

Mening: Ketenzorg veelbelovend maar achterhaald

Van 2013 tot 2015 vindt het Nationaal onderzoek naar de meerwaarde van de geïntegreerde eerste-lijnszorg plaats (met subsidie van Zon-MW). Doel van het onderzoek is om vast te stellen welke aspecten van geïntegreerde eerstelijnszorg bijdragen aan de doelmatigheid en de kwaliteit van

geïntegreerde zorg. Ketenzorg is een vorm van geïntegreerde zorg in de eerste lijn. Ze wordt gezien als dé oplossing om de zorg voor chronisch zieken efficiënt en effectief te organiseren. Uitgangspunt is dat de zorg rond een patiënt gecoördineerd plaatsvindt en dat de disciplines die bij een patiënt ingezet worden efficiënt en effectief samenwerken. Dat is beter voor de patiënt en bespaart kosten, zo is de vooronderstelling.

Om ketenzorg succesvol te kunnen invoeren moet er volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) aan drie voorwaarden worden voldaan (IGZ, 2006). Er is centrale sturing nodig, er zijn veldnormen nodig en er dient een adequate financiering te zijn: een totaalbudget in plaats van financiering via de consulten van de betrokken disciplines. Om de centrale sturing vorm te geven stimuleerde de overheid de totstandkoming van zorggroepen. Inmiddels zijn er zo'n 140. Strategische redenen zijn de belangrijkste drijfveer om een zorggroep te starten. "Zorggroepen zijn organisaties van en door huisartsen. De huisartsen zijn regievoerder van de chronische zorg, de huisartsen zijn uitvoerders van de zorg en de huisartsen zijn eigenaar (...) van de zorggroep" (De Wildt en Leusink, 2008). Uit meta-analyses naar ketenzorg komt een tweeslachtig beeld over de effectiviteit naar voren, vooral omdat de wetenschappelijke kwaliteit van de onderzoeken ambivalent bleek (Drewes *et al.*, 2008). Uit het rapport van de Landelijke Vereniging voor Georganiseerde eerste lijn (De Wildt en Leusink, 2008) blijkt dat huisartsen "niet gewend zijn zich aan protocollen te houden". Dat kan een verklaring bieden voor de waarneming van de IGZ dat de zorgstandaard diabetes nauwelijks nog geïmplementeerd is (IGZ, 2012). Ook constateerde het rapport dat de patiënt niet echt centraal staat, multidisciplinaire patiëntendossiers en zorgplannen bijna nergens gebruikt worden en patiënten weinig ondersteuning krijgen bij zelfmanagement.

Een onverwacht effect van de invoering van ketenzorg is de weerstand van de zorgverzekeraars. Een zorgverzekeraar die een keten-DBC (Diagnose-Behandel Combinatie) inkoop loopt het risico niet alleen verzekerde zorg te betalen maar "mogelijk ook elementen buiten de te verzekeren prestaties", zoals de NZa in zijn Uitvoeringstoets (NZa, 2010) stelt. Achmea wil de zorgkosten alleen vergoeden aan de uiteindelijke zorgverleners (Smit, 2011). Dit tast de integrale bekostiging aan en de vrijheid van de zorggroep om naar eigen inzicht met het budget te werken ten gunste van de patiënt.

BEN IPENBURG

Zelfstandig beleidsadviseur
in de zorg

Een tweede onverwacht effect is de invloed van marktwerking. Als patiënten voor de behandeling van hun chronische ziekte een zorggroep kiezen waar niet hun eigen huisarts aan deelneemt, komt het idee van integrale zorg automatisch ter discussie. Bij multimorbiditeit ontstaan samenwerkingsproblemen als een zorggroep

niet alle ziektes gecontracteerd heeft of per ziekte een aparte zorggroep heeft ingesteld.

Een derde onverwacht effect is dat een goedsluitende keten tussen tweede- en eerstelijnsketenzorg kostenverhogend werkt. De uitvoeringslasten zijn hoger (Struijs *et al.*, 2012). Tevens blijkt de integratie van de eerste lijn met de verpleging en verzorging niet tot stand te komen. Het lijkt toch logisch dat verpleeghuizen of in ieder geval de specialisten ouderengeneeskunde, en de gespecialiseerde verpleegkundigen van de thuiszorg onderdeel van de keten en de integrale bekostiging zouden uitmaken?

Het belangrijkste gevolg van de invoering van ketenzorg is een nieuwe organisatielaag in de gezondheidszorg – met potentieel een aanmerkelijke marktmacht – van zorggroepen met hun eigen strategische dynamiek om zich te positioneren en te ontwikkelen, en te groeien als zorgbedrijven die gespecialiseerd zijn in chronische zorg.

Sinds de jaren tachtig is de samenleving sterk veranderd; er is een culturele omslag gaande van idealisme naar pragmatisme, van overheid-gestuurd naar markt-gestuurd, van samenwerking naar concurrentie. Ketenzorg is een verouderd concept want het probeert idealen van twintig jaar geleden vorm te geven. Vasthouden aan dit organisatie- en zorgconcept hindert de (door)ontwikkeling van nieuwe, eigentijdse concepten.

LITERATUUR

Drewes, H.W., *et al.* (2008) *Effectiviteit van disease management. Een overzicht van de (internationale) literatuur*. Den Haag: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

IGZ (2006) *Staat van de gezondheidszorg 2006. Patiënt en recht: de rechtspositie van de patiënt goed verzekerd?* Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

IGZ (2012) *Implementatie zorgstandaard Diabetes na vier jaar onvoldoende gevorderd. Meer bestuurskracht nodig van zorggroepen*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

NZa (2010) *Uitvoeringstoets Mededingingsanalyse zorggroepen. Samenwerken en concurreren in ketenzorg*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Smit, M. (2011) Noodklok zorggroepen: ketenzorg strandt. *Medisch Contact*, 33/34, 1941.

Struijs, J., *et al.* (2012) *Effect van integrale bekostiging op curatieve zorgkosten: een analyse voor diabeteszorg en vasculair risicomangement op basis van registratiebestanden Vektis, 2007–2010*. Den Haag: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Wildt, J.E. de, en G. Leusink (2008) *Nulmeting Zorggroepen*. Den Haag: Landelijke Vereniging voor Georganiseerde eerste lijn.

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.