

Vergaderjaar 2012–2013

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 85

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 april 2013

In verschillende debatten met uw Kamer is aan de orde gekomen dat in het veld initiatieven ontstaan om zorg en ondersteuning in de buurt vorm te geven en daarmee de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de kosten te verlagen. Binnen de initiatieven wordt fors ingezet op het voorkomen van onnodig dure zorg (substitutie) en het realiseren van een samenhangend aanbod van zorg, ondersteuning en welzijn op lokaal niveau. Ook op het terrein van de medisch specialistische zorg en bijvoorbeeld diagnostiek wordt onderzocht hoe doelstellingen op het gebied van kwaliteit van zorg en gezondheidsuitkomsten gecombineerd kunnen worden met financiële doelstellingen.

Ik ben erg verheugd te kunnen constateren dat op veel plaatsen mensen dit soort veranderingen in gang zetten en bereid zijn voor de troepen uit te lopen. Ik vind dat dit innovatieve klimaat in het veld moet worden ondersteund en zal daarom een aantal van deze initiatieven actief gaan volgen en ondersteuning bieden. Op die manier wil ik meer inzicht krijgen in de belemmeringen waar partijen tegen aan lopen en de succes- en faalfactoren daarbij. De bevindingen uit de initiatieven bieden aanknopingspunten voor verder beleid. In deze brief licht ik dat voornemen toe.

Met deze brief geef ik tevens uitvoering aan de motie Van der Veen en aantal toezeggingen¹. Voor de zomer kom ik met een algemene brief over uitkomstbekostiging naar aanleiding van motie Smilde, uit de begrotingsbehandeling, en met een vervolg op het in het najaar 2012 aan de Kamer aangeboden iBMG-rapport.

¹ Motie Van der Veen, uit het AO Zorglandschap Kamerstuk 32 620, nr. 50; Toezeggingen uit het AO Zorglandschap Kamerstuk 32 620 nr. 56; Toezegging uit het plenair debat verloskunde, handelingen II 2011/12, nr. 86; Toezegging uit begrotingsbehandeling VWS 4, 5 en 6 december 2012; Toezegging uit het AO arbeidsmarktbeleid Kamerstuk 29 282, nr. 120; Toezegging AO Ziekenhuisbekostiging Kamerstuk 28 248 nr. 224.

Achtergrond en doelstelling

De kwaliteit en toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg is goed, de betaalbaarheid ervan staat echter onder druk. Als we de toegankelijkheid en de kwaliteit willen behouden én verder verbeteren is het nodig te komen tot verandering.

Uitgangspunt daarbij moet zijn dat mensen zolang mogelijk zelfredzaam blijven en de regie over hun leven houden. Professionele zorg wordt geboden voor zover de burger en zijn sociale omgeving hierin niet kan voorzien. Deze dient zo laag mogelijk in de keten te worden georganiseerd. Een gezondheidsprobleem zal in eerste instantie in de generalistische basiszorg behandeld worden. Pas wanneer dat niet kan, wordt doorverwezen naar medisch specialistische zorg. De as van de zorgketen start met zelfmanagement en eindigt met gespecialiseerde medisch specialistische zorg. Er wordt getracht een verschuiving te realiseren van professionele naar zelf- en mantelzorg en van specialistische naar minder complexe zorg. De inzet is daarom primair gericht op het voorkomen dat mensen gebruik moeten maken van meer gespecialiseerde dure zorg en op het actief verplaatsen van zorg van de tweede naar de eerste lijn, dan wel van de eerste lijn naar zelfmanagement.

Dit vereist een sterkere focus op het bevorderen van eigen regie, zelfredzaamheid, op preventieve zorg en op integrale en gepaste zorgverlening. De huidige zorg voldoet hier vaak nog onvoldoende aan. De zorgverlening is nog te vaak gefragmenteerd en met name chronisch zieken en ouderen hebben te maken met verschillende professionals die elk voor een onderdeel(tje) van de zorg verantwoordelijk zijn. Niemand is verantwoordelijk voor het geheel. Zorgverlening die is gericht op het zo lang mogelijk gezond en zelfredzaam houden van mensen vergt coördinatie, communicatie, regievoering en mogelijk zelfs gedeelde verantwoordelijkheid. De groeiende zorgvraag vereist meer samenwerking tussen de klassieke domeinen: preventie, zorg en welzijn.

Er zijn diverse oorzaken dat dit niet vanzelfsprekend tot stand komt. Verschillen in bekostigingsystemen, gebrek aan transparantie, verschillen in opleidingen en cultuur en gebrekkige informatie-uitwisseling zijn belangrijke elementen. In de genoemde initiatieven zijn dit veelal de zaken waarmee partijen gezamenlijk aan de slag gaan. Dit zal niet zonder slag of stoot gaan en overal tot een succes worden gebracht. Om meer inzicht te krijgen in de belemmeringen waar partijen tegen aan lopen en de succes- en faalfactoren daarbij wil ik een aantal van deze initiatieven expliciet volgen. De bevindingen uit de initiatieven bieden aanknopingspunten voor verder beleid. De kennis en ervaring die binnen de initiatieven worden opgedaan kunnen daarnaast bij goede resultaten uiteraard van grote waarde zijn voor andere regio's in het land.

Inventarisatie van pilots en proeftuinen

Er op diverse plekken in het land interessante initiatieven gestart. Aangezien ik niet alle initiatieven kan volgen heb ik zorgverzekeraars gevraagd een selectie voor te dragen. Daarnaast is separaat met een aantal andere innovatoren gesprekken gevoerd. Hieruit kwam een divers beeld naar voren: enerzijds is sprake van pilots die zich richten op een specifiek thema, anderzijds zijn er regionale proeftuinen waarin verzekeraars en aanbieders van zorg gezamenlijk via gezondheidsmanagement van een populatie proberen de stijging van de kosten af te remmen en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Bij deze initiatieven zijn ook vaak patientorganisaties en/of gemeenten betrokken.

Het gemeenschappelijke kenmerk van vrijwel alle *regio-initiatieven* is dat ze gericht zijn op het geven van een nadere invulling van zorg en ondersteuning in de buurt. Afhankelijk van de zorgvraag in de diverse regio's en de belangstelling van de zorgaanbieders en de verzekeraars, liggen de accenten op verschillende terreinen. Er wordt overal fors ingezet op substitutie van zorg binnen de curatieve zorg, maar ook op substitutie van de curatieve zorg naar bijvoorbeeld zelfzorg of welzijn/maatschappelijke ondersteuning. Veel initiatieven zetten daarnaast in op taakherschikking, e-health, diagnostiek en farmacie. Ook onderwerpen als integratie SEH-HAP, geboorte zorg, actieve opsporing van kwetsbare ouderen en de verschuiving van intra- naar extramurale AWBZ zorg worden ingezet om de kwaliteitsverbetering en kostenbesparing te realiseren.

Partijen kiezen er voor dit niet alleen vanuit hun eigen perspectief te doen, maar zijn bereid hierbij over de grenzen van hun eigen domein afspraken te maken.

De bekostigingsafspraken die met verzekeraars worden gemaakt sluiten aan op de beoogde doelen. De aanbieders van zorg worden gezamenlijk financieel geprikkeld om goede zorgresultaten te bereiken, de betreffende groep mensen zo gezond mogelijk te houden en gelijktijdig de kosten te beheersen. Hiertoe worden bijvoorbeeld prestatieopslagen afgesproken die worden toegekend als bepaalde doelen (kwaliteit en/of besparingen) worden gehaald.

Sommige initiatieven willen ook afspraken maken over de verdeling van middelen, als er sprake is van een besparing (*shared savings*). Shared savings is een vorm van uitkomstbekostiging waarbij, als de financiële en kwalitatieve doelstellingen worden gehaald, de aanbieders achteraf worden beloond voor de behaalde resultaten. De prikkel bestaat er voor de zorgverlener uit dat hij/zij per verzekerde kan bepalen wat goede zorg is; de één meer en de ander minder, zonder dat dat eendimensionaal van invloed is op zijn of haar omzet. Minder behandelen kan dus een positieve prikkel geven.

Shared savings is dus een vorm van uitkomstbekostiging voor integrale zorg. Het kan er voor zorgen dat verschillende soorten aanbieders zich sneller (want financieel interessant) gezamenlijk achter eenzelfde (gezondheids)doel scharen. Dit kan zorgen voor meer zorg in de buurt, ontzorgen en integrale zorgverlening. Shared saving is op deze wijze vooral een instrument om imperfecties in bestaande bekostigingsmodellen (verschillende bekostigingsmodellen die gericht zijn op productie of juist op afwenteling waardoor substitutie en samenwerking niet wordt beloond) te corrigeren door de gezamenlijke uitkomsten te belonen. Het werken met shared savings kent ook een risico: als aanbieders te veel zijn gericht op het behalen van financiële doelstellingen kan het leiden tot verschraling van zorg. Dit is een aspect dat ik nauwlettend in de gaten wil houden.

Ik vind het van groot belang op te merken dat de uitgangspunten van het stelsel bij de regio-initiatieven niet in het gedrang mogen komen. Ik denk dan aan een vermindering van de keuzevrijheid patiënt, het bemoeilijken van de toetreding van nieuwe aanbieders, monopolievorming etc. De initiatieven moeten zich houden aan de regelgeving rondom mededinging. Verder kan ook geen sprake zijn van uitbreidingen van het verzekerd pakket en van verruiming van indicatiecriteria ten laste van de collectieve middelen. Eventuele extra zorg kan wel uit de shared savings gefinancierd worden.

Wat betreft de *pilots* die zich meer richten op een specifiek thema, de meerwaarde van het actief volgen van deze innovaties is dat ze inzicht kunnen geven in wat wel en wat niet werkt en bij goed resultaat als best practice voor anderen kunnen fungeren. Ook hier staan de zelfde vragen voor mij centraal; leiden deze innovaties tot meer gezondheid, betere kwaliteit en minder kosten.

De thema's lopen in hun aard zeer uiteen en variëren van technische innovaties tot alternatieve vormen van bekostiging. Ook bij de pilots vind ik het van belang dat de uitgangspunten van het stelsel gerespecteerd blijven en dat pakketverbreding niet aan de orde is.

Zoals ik eerder al opmerkte lopen er veel interessante initiatieven in het land waarvan de lessen wellicht generaliseerbaar zijn naar andere regio's of vertaald kunnen worden naar landelijk beleid. Ik ben me er dan ook zeer wel van bewust dat er meer initiatieven zijn dan die die de verzekeraars mij hebben aangedragen. Het is voor mij echter onmogelijk om alle initiatieven te volgen. Na gesprekken met de verschillende betrokkenen heb ik besloten de volgende initiatieven te volgen:

A. *Regionale proeftuinen*

1. «Slimmer met Zorg», Eindhoven
2. «Blauwe zorg», Maastricht Heuvelland
3. «Mijn zorg», Parkstad
4. «Samen sterker in zorg», Alkmaar
5. «Friesland Voorop», Friesland
6. «Regioplan Goed leven», Zeeuws Vlaanderen
7. Proeftuin populatiemanagement, Arnhem
8. «Populatiegerichte eerstelijnsvoorziening», Leiden
9. «Vitaal Vechtdal», Hardenberg

B. *Pilots*

1. Een proef met substitutie in 14 huisartsen praktijken (Parkstad);
2. «Betalen voor zinnige zorg» in AMC: onderzoek of door een andere manier van werken en bekostigen de kwaliteit van zorg kan toenemen en onnodige zorg kan worden voorkomen;
3. Het oprichten van een onafhankelijk Diagnose Informatie en Preventie Centrum (Woerden);
4. De inzet van een gezamenlijk budget van verzekeraar en gemeente op een aantal trajecten in de reeds succesvolle aanpak te Utrecht Overvecht;
5. De inzet van een specialist ouderengeneeskunde in de huisartsenpraktijk (Velp);
6. De inzet van een klinisch farmacoloog in de huisartsenpraktijk (o.a. in Utrecht).

Voor een korte omschrijving van de initiatieven verwijs ik u naar de bijlage.

Ondersteuning van de proeftuinen en pilots

Om te kunnen leren van de verschillende proeftuinen en pilots ben ik voornemens de initiatieven als volgt te volgen en te ondersteunen:

Proeftuinen:

De proeftuinen zijn zelf verantwoordelijk voor hun eigen onderzoek naar uitkomsten en effecten. Om de verschillende proeftuinen enigszins te kunnen vergelijken en consequenties te kunnen trekken voor het landelijk beleid zal ik daar «bovenop» een landelijke monitor instellen.

Deze landelijke monitor zal bestaan uit een proces- en een uitkomstmonitor. In de procesmonitor wordt op basis van interviews, gegevens beschikbaar bij de initiatieven zelf en openbare documenten onder andere beschreven hoe de samenwerking, afspraken en besluitvormingsprocessen verlopen, voor welke alternatieve bekostigingsvorm is gekozen, welke interventies worden gepleegd en welke oplossingen de proeftuinen hebben gevonden voor de uitdagingen gedurende het proces. Op deze manier ontstaat inzicht in succes- en faalfactoren voor het realiseren van zorg en ondersteuning in de buurt.

In de uitkomstmonitor worden de effecten beschreven op de doelstellingen; verbeteren van kwaliteit van zorg voor het individu, verbeteren van de gezondheid van de groep en de verlaging van de kosten. Op het gebied van kosten kan men denken aan de kosten in de eerste en tweede lijn, de vervolgcosten na de huisarts (diagnostiek, medicatie, paramedisch, etc). Op het gebied van gezondheid kan gedacht worden aan het voorkomen van depressie in de populatie, overgewicht en de ervaren gezondheid. Kwaliteit is lastiger te meten, maar cliënttevredenheid is in ieder geval een aspect dat hierbij betrokken dient te worden. Om de administratieve belasting van de proeftuinen niet te verzwaren wordt zoveel als mogelijk aangesloten bij de evaluaties die de proeftuinen zelf al door universiteiten of kennisinstituten laten uitvoeren.

Een deel van de ingediende proeftuinen bevindt zich nog in de ontwerpfasen, dat betekent dat de plannen nog niet volledig zijn uitgewerkt en dat uitwerking nog de nodige tijd vergt. Tevens is duidelijk dat een aantal proeftuinen incrementeel van start gaan en dat de uitvoering stapsgewijs wordt opgepakt. Om deze reden zal het eerste jaar (2013) in het teken staan van een nulmeting van de proces- en uitkomstmonitor. De uitvoering van de proeftuinen en het meten van de resultaten gebeurt in 2014–2016. De eindmeting vindt plaats in 2017.

Naast deze monitor zal een begeleidingsgroep worden ingesteld. Hierdoor beschikken de proeftuinen over een platform om tal van onderwerpen, waaronder eventuele belemmeringen, gezamenlijk te bespreken. De initiatieven hebben ook aangegeven graag van elkaar te leren en verwachten tegen een aantal dezelfde zaken aan te lopen. Een gezamenlijk platform biedt een mogelijkheid hierin te voorzien. Naast de verschillende proeftuinen zullen ook het ministerie, de Nederlandse Zorgautoriteit, de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en het CVZ deelnemen. De ACM heeft zich bereid verklaard om bij mogelijke mededingingstechnische problemen vooraf een voorlopige zienswijze te willen afgeven. Hieraan kunnen uiteraard geen rechten worden ontleend.

Pilots

In tegenstelling tot de proeftuinen heeft het volgen en ondersteunen van de pilots een meer individueel karakter. Dit vanwege het meer diverse karakter van de pilots. Een gezamenlijk platform ligt dan ook minder voor de hand. Dit neemt niet weg dat ik ook de pilots zal ondersteunen in die zin dat wanneer zij tegen belemmeringen aanlopen, ik bereid ben te kijken of er een oplossing voor deze belemmeringen kan worden bedacht. Ik zal hen daar waar nodig in contact brengen met specialisten bij NZA, ACM en CVZ.

Ook de pilots zijn zelf verantwoordelijk voor het monitoren van de effecten. Ik zal hierin wel meekijken of de monitor de juiste elementen bevat om uiteindelijk een uitspraak te kunnen doen over de betekenis van de pilot voor het landelijke niveau.

De proeftuinen en pilots worden in principe voor 3 jaar benoemd (exclusief het opstartjaar 2013). Verlenging is mogelijk indien er uitzicht is op het behalen van de beoogde resultaten. Ervaring met de NZa beleidsregel innovatie en ervaringen uit het buitenland leren dat dit soort trajecten veelal pas na 5 jaar echte resultaten laten zien.

Beleidsregel innovatie NZa

Voor de bekostiging van de diverse activiteiten lijkt de beleidsregel innovatie van de Nza vooralsnog voldoende ruimte te bieden. De beleidsregel is per 1 november 2012 zowel inhoudelijk als procesmatig aangepast.

De reikwijdte van de beleidsregel is verruimd doordat er twee categorieën aan toe zijn gevoegd. In het verleden kwamen alleen innovatieve zorgprestaties die gericht waren op nieuwe of vernieuwde zorglevering met een betere prijs/ kwaliteitsverhouding in aanmerking. Per november 2012 komen ook experimenten in aanmerking die gericht zijn op een efficiënte zorgorganisatie waaronder mede begrepen substitutie van tweedelijns gezondheidszorg naar eerstelijns gezondheidszorg en experimenten die gericht zijn op verbetering van kwaliteit van zorg voor de patiënt.

Daarnaast is de rol van de NZa veranderd. Dit betekent onder meer dat de NZa bij een experimentaanvraag intensiever zal sturen op een degelijke experimentopzet waardoor goed gemeten kan worden wat de resultaten zijn van het experiment. Dit laat onverlet dat partijen zelf verantwoordelijk zijn en blijven voor de opzet van het experiment. De NZa zal hierbij wel met partijen mee denken.

De consequentie van deze wijziging is dat de initiatieven geen experimenteerstatus in het kader van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) nodig hebben om verder tot wasdom te komen.

Tot slot

Het is belangrijk te realiseren dat veel van bovengenoemde initiatieven meerjarige trajecten zijn en dat het dus enige jaren zal duren voordat de eerste resultaten zichtbaar zijn. Voor sommige pilots zijn de resultaten wellicht eerder te verwachten. Ik zal u middels periodieke voortgangsrapportages informeren. Daarin zal ik relevante uitkomsten, voor zover aanwezig, melden en tevens verslag doen van andere ontwikkelingen in en rond de initiatieven. Ook de uitkomsten van de procesmonitor zal ik u doen toekomen.

Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

Proeftuinen:

10. «Slimmer met Zorg», Eindhoven
 In Eindhoven en omstreken straten de zorggroepen PoZoB en DOH, cliëntenorganisatie Zorgbelang en zorgverzekeraars CZ en VGZ een project dat moet leiden tot verbetering van zorg voor een lagere prijs: «Slimmer met Zorg». Kernbegrippen zijn zinnige en zuinige zorg op maat, versterking van de eerste lijn, ontzorgen en kostenbesparingen eerlijk delen (shared savings). Er wordt ingezet op een hechte samenwerking tussen alle betrokken partijen. Daarnaast wordt de gids- en verwijsfunctie van de eerstelijns nadrukkelijker gebruikt en substitutie vanuit de tweedelijns bevorderd, onder andere door medisch specialistische expertise onderdeel te laten zijn van eerstelijns zorgprogramma's. E-health gaat een belangrijke rol spelen. Een alternatief bekostigings- en beloningsmodel maakt deel uit van het experiment en moet leiden tot de juiste prikkels om de noodzakelijke veranderingen door te voeren.
11. «Blauwe zorg», Maastricht Heuvelland
 Samen zorgen voor verantwoorde en kwalitatief hoogwaardige zorg voor de inwoners in de regio Maastricht en Heuvelland die bovendien duurzaam en betaalbaar is. Dat is het doel van de samenwerking tussen zorggroep ZIO (Zorg In Ontwikkeling), zorgverzekeraar Coöperatie VGZ, en Huis voor de Zorg, de patiënten belangen behartiging voor Limburg. Blauwe Zorg richt zich op twee pijlers: pijlers één richt zich op interventies binnen de zorg, gefinancierd uit de Zorgverzekeringswet (o.a. op gebied van diagnostiek, farmacie, zorg bij chronische aandoeningen en anderhalvelijnszorg). Pijler twee richt zich op gedragsbeïnvloeding, van zowel zorgverlener als patiënt. Een nieuwe manier van financiering van de zorg, die niet meer samenhangt met het aantal verrichte behandelingen, maar met het resultaat van de behandelingen, is een cruciaal onderdeel van Blauwe Zorg. Naar verwachting kunnen door de proef de totale regionale zorgkosten met 2% naar beneden. Deze besparing kan dan weer worden ingezet voor initiatieven die de deelnemende partijen belangrijk vinden. Het is een methode die een belangrijke bijdrage kan leveren aan het doorbreken van de vicieuze cirkel van zorg- en kostengroei, waardoor de betaalbaarheid van de zorg steeds verder onder druk is komen staan.
12. «Mijn zorg», Parkstad
 «Mijn zorg» is een gezamenlijk initiatief van de Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg, het Atrium Ziekenhuis, zorgvragers organisatie het Huis voor de Zorg en zorgverzekeraar CZ. Doelstelling van het initiatief is het ontwikkelen van een toekomstbestendige integrale populatiegebonden aanpak, die leidt tot kwalitatief goede zorg en gezondheid en die de groei in zorgkosten in de regio Oostelijk Zuid-Limburg beperkt. In dit concept zullen laag complexe verrichtingen, eerstelijns diagnostiek en chronische zorg onder regie van de huisartsen en in samenwerking met de tweede lijn, de V&V sector en de gemeente in de wijk op een patiëntgerichte en (kosten)effectieve wijze verricht worden. Het initiatief kenmerkt zich in de eerste fase door een pragmatische aanpak in twee pilots: een eerstelijns pluscentrum in Kerkrade en een pilot met een aantal grote huisartsenpraktijken verspreid over de hele regio.
13. «Samen sterker in zorg», Alkmaar
 Dit is een initiatief in de regio Alkmaar van Huisartsen Organisatie Noord-Kennemerland, Medisch Centrum Alkmaar, Coöperatie VGZ, Zorgbelang Noord-Holland, Starlet Diagnostisch Centrum en GGZ Noord-Holland-Noord. Zij vormen de kern van een nieuwe netwerkorganisatie die regie aanbrengt in zorgketens waar verschillende

zorgverleners in de buurt, in het ziekenhuis of GGZ instelling samen nodig zijn om de zorguitkomsten te verbeteren. Met andere zorgpartners en zorgfinanciers, zoals gemeenten en zorgkantoor, worden nieuwe samenwerkingsmodellen met integrale zorg- en preventieprogramma's ontwikkeld, getest en geïmplementeerd. Er wordt begonnen met chronische zorg, ouderen wijkzorg, diagnostiek, spoedzorg, farmaceutische zorg, ggz en geboortezorg. Zorg wordt hierin zo dicht mogelijk bij de patiënt in de buurt geleverd. Lijn overstijgende (horizontale) populatiegebonden zorgafspraken zullen leiden tot relatieve kostenbesparingen die voor een groot deel geherinvesteerd worden in preventie en innovatie. Dit leidt tot betere gezondheid(s-zorg), hogere patiënttevredenheid en lagere zorgkostengroei. Het beoogde resultaat in 2017 is: relatief meer gezondheid, minder zorg, effectiever en efficiënter geleverd met een lagere zorgkostengroei en hogere patiënttevredenheid, ten opzichte van vergelijkbare groep(en) verzekerden in de rest van Nederland.

14. «*Friesland Voorop – Deltaplan voor de zorg in Friesland*», Friesland De vijf algemene Friese ziekenhuizen en het UMCG (Universitair ziekenhuis in Noord-Nederland), een afvaardiging van de Friese Huisartsen Vereniging, Zorgbelang Fryslan en De Friesland Zorgverzekeraar hebben het initiatief genomen om gezamenlijk het zorglandschap in Friesland voor de toekomst goed in te richten. Hierbij staat de kwaliteit van zorg en de betaalbaarheid nu en in de toekomst centraal. Dit gebeurt onder andere door (zeer) specialistische medische zorg te bundelen en niet meer afzonderlijk in elke van de verschillende ziekenhuizen aan te bieden. En tegelijkertijd te zorgen voor goede basiszorg dicht bij de burgers in de buurt. Er zijn expertrapportages opgeleverd die scenario's met dit uitgangspunt voor de toekomst beschrijven. Deze expertrapportages worden momenteel uitgewerkt in diverse deelprogramma's. Eén van de deeltrajecten gaat over de eerstelijnszorg, waarbij ouderenzorg en chronisch zieken speerpunt zijn. Voor deze trajecten worden SMART doelstellingen geformuleerd op populatieniveau.
15. «*Regioplan Goed leven*», Zeeuws Vlaanderen Zeeuws Vlaanderen is een van de drie krimpregio's in Nederland. Er is sprake van een sterk ingezette vergrijzing en tegelijkertijd is er ook sprake van een sterke ontgroening van de bevolkingsopbouw. Dat uit zich onder meer in het niet kunnen vervullen van alle type vacatures in de zorg. Bij ongewijzigd beleid wordt de kwaliteit, de beschikbaarheid, de bereikbaarheid en daarmee ook de betaalbaarheid, sneller dan elders in Nederland, bedreigd. De partijen CZ Zorgverzekeraar, Klaverblad Zorgbelang, Nucleus Zorg en ZorgSaam hebben het initiatief genomen om in 2022 het doel na te streven om het aantal jaren doorgebracht in «goed ervaren gezondheid» en ook het aantal jaren dat men zonder chronische ziekte doorbrengt in Zeeuws-Vlaanderen twee jaar hoger te laten zijn dan het landelijk gemiddelde.. De totale kosten van de gezondheidszorg wil men minder snel laten stijgen dan in de rest van het land terwijl de «ervaren zelfredzaamheid» van volwassenen en ouderen een nog nader te bepalen percentage beter moet scoren ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Momenteel wordt een populatiemanagement-programma GoedLeven ontworpen om deze doelen te realiseren, waarbij er vier hoofdthema's zijn: Gezond blijven, Het zelf blijven doen, Effectieve zorg en Ontdubbelen. Gedragsverandering van professionals en de bevolking zijn de werkzame ingrediënten. De uitvoering van het programma start naar verwachting in het derde kwartaal van 2013, waarbij inmiddels twee quick win projecten worden opgestart.

16. *Proeftuin populatiemanagement Arnhem*

Dit is een initiatief van Zorggroep Arnhem en verzekeraar Menzis met als doel de gezondheid van de populatie en van het individu te vergroten en de groei van de zorgkosten af te buigen.

Om dit doel te bereiken wordt gezocht naar nieuwe vormen van financiering. Het idee is dat de zorggroep wordt omgevormd tot een accountable care organisatie (ACO). Populatiebeposting via accountable care biedt de mogelijkheid om voor een groep verzekerden afspraken te maken over gewenste gezondheids-, kwaliteits- en zorgkostenuitkomsten. De zorgverleners bepalen in samenspraak met verzekerden en zorgverzekeraar wat de «zorg op maat» behelst die bij de betreffende verzekerden het beste past om die uitkomsten te bereiken. Zorgaanbieders en verzekeraars spreken een virtueel bedrag af ongeacht het aantal en type activiteiten dat nodig is om de beoogde kwaliteit en/of gezondheid te behalen voor een bepaalde patiënt. Om het gebruik van de gezondheidszorg te beperken en het zelfmanagement te bevorderen zullen verschillende e-health applicaties worden ingezet (bijv. «moet ik naar de dokter.nl», «Mijn Medicijncoach» en «thuisarts.nl»).

17. *«Populatiegerichte Zorg en Financiering in de regio Rijnland, Leiden*

Betere zorg, betere gezondheid, lagere kosten. Dat is het doel van initiatiefnemers Stichting Rijncoepel, het Diaconessenhuis en verzekeraar Zorg en Zekerheid in het traject Populatiegerichte Zorg en Financiering in de regio Rijnland. Het initiatief richt zich op het slimmer, beter en efficiënter inrichten van de huidige werkwijze binnen de samenwerking tussen de ketenpartners in de eerste en tweede lijn met als doel de zorg voor chronische patiënten te verbeteren en daarmee dus kosten te besparen.

Het project is zowel gericht op het ontwikkelen van concrete verbeteringen in zorgprocessen, werkwijzen en samenwerking, als op het inbedden van deze verbeteringen in de operationele en economische bedrijfsvoering van de partijen (incl. inkoop door de zorgverzekeraar en de realisatie van shared benefits): slimmer organiseren en slimmer financieren (lean and keen).

De uitgangspunten van de vernieuwingen (gebaseerd op het Chronic Care model) zijn substitutie, zelfmanagement, zorgkwaliteit, procesverbetering. Belangrijk hierbij is de gedachte dat vooral professionals in staat zijn verbeteringen te herkennen en door te voeren (professional aan het roer). Om die laatste reden wordt in het project veel aandacht besteed aan de bedrijfsmatige aspecten van de zorginnovatie.

18. *«Vitaal Vechtdal», Hardenberg*

Huisartsen, medisch specialisten, de gemeente Hardenberg, Ziekenhuis en Ouderenzorg (Saxenburghgroep) en verzekeraar Achmea zijn een samenwerking gestart met als doel te komen tot een verbetering van de vitaliteit van de individuele burger door o.a. individuele gezondheidszorg te koppelen aan een gezondheidsbeleid gericht op de gehele populatie in de gemeenten Hardenberg, Ommen en Coevorden in het Vitaal Vechtdal.

Dit vereist enerzijds een optimale samenwerking tussen zorgverleners voor de individuele zorg en anderzijds een verbinding in programma's voor een op de populatie gericht zorg- en welzijnsbeleid in de regio.

Dit moet leiden tot ondersteuning en verbetering van de zelfredzaamheid en een nog vitalere bevolking. Daarnaast zal die samenhang een bijdrage kunnen leveren aan een beheerste groei van zorgkosten en een doelmatige inzet van arbeidskrachten in zorg en welzijn.

Partijen hebben als eerste aanzet daartoe een viertal aandachtsgebieden omschreven en projecten ontwikkeld. De projecten zijn: Langer Vitaal, Vroeg Erbij, de Gezonde Gemeente en de Vitale Werknemer.

Pilots:

1. *Substitutie in Parkstad: 14 huisartsen praktijken gaan zoveel mogelijk zorg substitueren naar de eerstelijns*
Kernelementen in de pilot zijn substitutie van specialistische tweedelijns zorg naar eerstelijns wijkzorg, rationalisatie van aanvraag gedrag en het creëren van nieuwe samenwerkingsverbanden tussen zorgprofessionals. Onderzocht wordt welke consequenties deze manier van werken heeft voor de organisatie van de huisartsenpraktijk, voor de patiëntenstromen van en naar het ziekenhuis en voor de kosten van de populatie in de betrokken huisartsenpraktijken.
2. *«Betalen voor zinnige zorg» in AMC:*
Het AMC is in januari van dit jaar een proeftuin gestart waarbij artsen actief zorg opsporen die onnodig of ongepast kan zijn. Centraal staan dan vragen als: hoe is overbehandeling te voorkomen, hoe is de evidence van de zorgverlening te vergroten en hoe kunnen patiënten meer bij de besluitvorming rond diagnostiek en behandeling worden betrokken. In eerste aanleg kijkt het AMC naar geriatrie, gynaecologie/verloskunde en de gastro-intestinale oncologie. Het AMC wil (met ondersteuning van Booz&Co) met deze aanpak invulling geven aan zijn maatschappelijke rol. Gepaste zorg is goed voor de patiënt. Het vermijden van onnodige zorg creëert daarnaast ruimte voor het oppakken van de toch al groeiende zorgbehoefte. De bevindingen zullen materiaal opleveren voor het betalen van kwaliteit (in plaats van volume) in de zorg: voor de deelname van de geriater in een multidisciplinair overleg op wijkniveau, voor de tijd die nodig is voor shared decision making etc. Productdefinities kunnen zo herijkt worden in de richting van kwaliteit. Huisartsen kunnen de aanpak met verwijzingen naar het ziekenhuis dat voor kwaliteit kiest ondersteunen. Met hun initiatief Dappere Dokters hebben de huisartsen in Amsterdam in samenspel met sommige ziekenhuizen o.a. gepleit voor een dergelijke aanpak in ziekenhuizen en een gestructureerde samenwerking tussen eerste en tweede lijn rond kwetsbare ouderen. Zorgverzekeraar Achmea ondersteunt het project.
3. *Het oprichten van een onafhankelijk Diagnose Informatie en Preventie Centrum te Woerden ((Woerden Zorg(t) Anders):*
Stichting «Woerden Zorg(t) Anders» heeft als missie de zorg aantoonbaar beter te maken tegen 30% lagere kosten. De onbeheersbare groei van de kosten van de gezondheidszorg enerzijds en de afhankelijke positie van patiënten anderzijds, vormen de aanleiding van dit initiatief. Ondoelmatige behandeling en diagnoses spelen patiënten stelselmatig parten. «Woerden Zorg(t) Anders» trekt als oplossing diagnose en behandeling van de patiënt uit elkaar. Met de oprichting van een Coöperatief Diagnose Informatie en Preventie Centrum krijgt de klant een onafhankelijke diagnose en een onafhankelijk advies over behandelingsopties en behandellocaties. De externe behandelaar start de behandeling straks op basis van de onafhankelijke diagnose en onder regie van de patiënt. Een onafhankelijke uitgevoerde en betaalde diagnose leidt tot doelmatiger behandelen, minder overbehandelingen en lagere kosten. De versnelling die zal optreden in de marktwerking voor behandeling zal de kwaliteit bevorderen en ook die kosten doen dalen. De coöperatieve vorm leidt tot meer zeggenschap en verantwoordelijkheid van de klant (patiënt).
4. *De inzet van een gezamenlijk budget van verzekeraar en gemeente op een aantal trajecten in de reeds succesvolle aanpak te Utrecht Overvecht:*
In Utrecht Overvecht zijn Achmea en de gemeente Utrecht in 2008 gestart met «de gezonde wijkaanpak» met het doel de gezondheid van de inwoners door publieke gezondheid, preventie, welzijn en zorg met elkaar te verbinden. In dit kader is een sterk netwerk ontstaan waarbij in eerste instantie naast de Gemeente Utrecht (GG&GD), de eerste lijn

(georganiseerd in één samenwerkingsverband), de welzijnsorganisatie en een GGZ organisatie waren aangesloten. In de afgelopen periode is dit netwerk uitgebreid met een V&V-instelling en de tweede lijn. Er is een gezamenlijke focus gekozen voor de populatie mensen met vage klachten, wat vaak overeen komt met mensen met multi-problematiek. In 2012 is daarnaast een pilot opgezet in het kader van de transitie AWBZ- begeleiding onder de noemer «Meedoen naar vermogen». Medewerkers vanuit verschillende organisaties, gericht op begeleiding en ondersteuning van sociaal kwetsbaren, worden hiervoor uitgeleend aan een sociaal buurtteam. In de praktijk blijkt de verbinding tussen dit sociale domein met het gezondheid/zorgdomein succesvol te zijn. De nieuwe pilot zal zich expliciet richten op een aantal trajecten waarbij nu tegen de grenzen van de financiering wordt aangelopen. Onderzocht wordt op een vorm van populatiebepoorting een middel kan zijn om hier een stap verder in te kunnen zetten.

5. *De inzet van een specialist ouderengeneeskunde in de huisartsenpraktijk, te Velp:*

Om een adequaat antwoord te geven op de toenemende problemen van kwetsbare ouderen en ouderen met complexe problematiek, is een multidisciplinaire samenwerkingsstructuur ingericht onder regie van een specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn. De huisarts verwijst kwetsbare ouderen en ouderen met complexe problematiek naar de praktijk ouderengeneeskunde, waarbij de huisarts de verwijsvraag en de gewenste inzet van de praktijk ouderengeneeskunde aangeeft. De praktijk ouderengeneeskunde legt een brede diagnostische basis voor de behandeling met essentiële inbreng van patiënt en mantelzorgers. Huisbezoeken maken hier altijd deel van uit. De praktijk ouderengeneeskunde stelt een zorgbehandelplan op. In dit zorgbehandelplan worden op één A4 de belangrijkste problemen weergegeven op de levensgebieden Somatisch, ADL, Maatschappelijk, Psychisch en Communicatief. Naast de geconstateerde problemen wordt aangegeven met welke doelen en acties de problemen worden aangepakt en wie deze acties uitvoert.

Doelstellingen: uitstel van opnamen in een verzorging- of verpleeghuis uitgesteld, beperking van verwijzing naar de medisch specialist en beter aanpak van medicijngeïnduceerde verwardheid en depressie. Tevens stijging zelf gerapporteerd welbevinden door ouderen en minder belasting van de mantelzorg.

6. *De inzet van een niet-verstreckende apotheker als onderdeel van de huisartspraktijk, te Utrecht:*

De medicatieveiligheid en het optimaliseren van de farmacotherapie van oudere en kwetsbare patiënten met polyfarmacie blijkt in de praktijk moeilijk te realiseren. In dit project zal daarom onderzoek gedaan worden naar een alternatieve rol van de apotheker in de eerste lijn; de niet verstreckende apotheker-farmacotherapeut met uitsluitend een adviserende functie in de huisartspraktijk. Deze apotheker-farmacotherapeut zal onderdeel uit maken van de ketenzorg en zich bezig houden met individuele patiëntenzorg van complexe en kwetsbare patiënten. Deze apotheker zal ook een consulent functie hebben binnen de huisartspraktijk en zich bezig houden met verbeterprojecten rondom veel voorkomende medicatiefouten. De effectiviteit zal gemeten worden door het vergelijken van geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames, voorschrijfbeleid, medicatiewijzigingen en indicatoren op praktijkniveau. De praktijken met een apotheker-farmacotherapeut worden vergeleken met praktijken met een samenwerking met een apotheker die aanvullende scholing heeft gedaan op het gebied van medicatiebeoordeling en met praktijken met gebruikelijke zorg. Tevens zal onderzocht worden hoe deze functie optimaal kan worden ingericht en geïmplementeerd.