



Meer gezondheid tegen lagere kosten

Beschrijving doelstellingen
en randvoorwaarden
'Mijn zorg' Oostelijk Zuid Limburg





SiRM – Strategies in Regulated Markets
Marja Appelman
Nieuwe Uitleg 24 2514 BR Den Haag

Den Haag, 23 januari 2013

marja.appelman@sirm.nl 06-28775725



Inhoudsopgave

1	Samenvatting	5
2	Inleiding	7
3	Visie en doelstellingen 'Mijn zorg'	9
3.1	Aanleiding	9
3.2	Regio Oostelijk Zuid Limburg	10
3.3	Populatiegebonden aanpak	11
3.4	Patiënt centraal	12
3.5	Samenwerking huisartsen – Atrium	13
3.6	Integrale aanpak	14
3.7	Groeimodel	16
3.8	Verbetering marktpositie	16
4	Randvoorwaarden	19
4.1	Intern draagvlak	19
4.2	Regelvrije zone en vrijwaring macro-budgettair kader	20
4.3	Borgen financiële groeiruumte	20
4.4	Investerings	21
5	Vormgeving van een integrale populatiegebonden aanpak van de zorg	23
5.1	Interventies	23
5.2	Uitwerken interventies	29
5.3	Afbakening populatie en zorgkosten	30
5.4	Financiële afspraken	31
5.5	Contractpartner(s)	33
5.6	Kwaliteitsafspraken	34

De nadruk ligt op zelfsturing en interventies in lifestyle en preventie



1. Samenvatting

In het initiatief 'Mijn zorg' willen CZ, Atrium MC en Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg (HOZL) de mogelijkheden onderzoeken om een langdurige verbintenis met elkaar aan te gaan. Het doel hiervan is samen met Huis voor de Zorg, met netwerkorganisaties en met andere relevante stakeholders een toekomstbestendige integrale populatiegebonden aanpak te ontwikkelen, die leidt tot kwalitatief goede zorg en gezondheid en die de groei in de zorgkosten in de regio Oostelijk Zuid Limburg beperkt. In de maanden juni tot en met september 2012 heeft Marja Appelman (SiRM, kwartiermaker) gesprekken gevoerd met CZ, Atrium, HOZL en Huis voor de Zorg en netwerkorganisaties (hierna: de initiatiefnemers) om deze mogelijkheden nader te onderzoeken.

Uit de gesprekken blijkt dat de initiatiefnemers de intentieverklaring om 'Mijn zorg' te starten nadrukkelijk en op alle onderdelen onderschrijven. Ook blijkt uit de gesprekken dat ze duidelijk voor elkaar kiezen en dat hiervoor intern een goed draagvlak bestaat.

'Mijn zorg' moet leiden tot duurzaamheid door doelmatigere zorg. Het doel is de zorg anders te organiseren, zodat niet de productie maar het resultaat centraal komt te staan. Het gevolg voor de patiënten en burgers zal zijn dat zij meer kwaliteit van zorg en gezondheid ervaren. De initiatiefnemers zullen hiertoe kwaliteitsdoelen formuleren. De financiële doelstelling hiervan is de ontwikkeling van de totale kosten op populatieniveau om te buigen. De consequentie daarvan kan zijn dat Atrium minder groeit dan het macrokader. De groei van HOZL mag alleen groter zijn dan de groeirimte op grond van het macrokader indien de kosten elders minimaal met dat bedrag dalen.

'Mijn zorg' wil werken volgens het shared savings mechanisme. In de huidige bekostigingssystematiek komt een volumebesparing doorgaans vooral ten goede aan de zorgverzekeraar. Dit ontmoedigt de zorgaanbieders om te investeren in kwaliteitsverhogende kosten- en volumebesparingen. Het shared savings mechanisme corrigeert deze ondoelmatige financiële prikkel, door de besparingen te delen tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraar én patiënten.

'Mijn zorg' start met zorginhoudelijke interventies om tot doelmatigere zorg te komen. De nadruk ligt hierbij op interventies die de mens in zijn rol van patiënt centraal stellen en die bijdragen aan verbetering van zorg en gezondheid en verlaging van de zorgkosten.

De juiste zorg op de juiste plaats is een van de manieren om dit te realiseren. Kernbegrippen daarbij zijn zelfzorg en zorg op maat. De afspraak is dat Atrium en HOZL ondanks hun gezamenlijke verantwoordelijkheid niet per se alle interventies samen hoeven uit te voeren. Of dit wel of niet aan de orde is, hangt samen met de scope van de interventie. Bij interventies die alleen gericht zijn op huisartsen is betrokkenheid van Atrium niet nodig, andersom geldt hetzelfde. Het is mogelijk dat voor de gezamenlijke interventies op termijn een aparte entiteit wordt opgericht.

De hierboven genoemde shared savings afspraken worden op korte termijn verbonden aan de ontwikkeling van de zorgkosten die met de interventies zijn gemoeid. De volgende stap is dan de shared savings afspraken voor de totale populatie te verbinden aan de ontwikkeling van de kosten voor de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet. Dit leidt op termijn tot de inzet van een breder scala aan interventies om te komen tot het einddoel: prestatieverbetering voor de volledige populatie, niet alleen op het domein van de curatieve zorg maar ook op de domeinen care en welzijn. Op bestuurlijk niveau verbinden de partijen hun werkzaamheden binnen Mijn Zorg met de overige bestuurlijke innovaties in de regio, waaronder Voor Elkaar in Parkstad.

De inzet is om 'Mijn zorg' als proeftuin erkend te krijgen bij VWS. Dit biedt een goed uitgangspunt om eventueel te bewerkstelligen dat het Ministerie bereid is een regelvrije zone te creëren en flankerende afspraken te maken bij het budgettair kader voor initiatieven zoals 'Mijn zorg'.

2. Inleiding

Met 'Mijn zorg' willen de initiatiefnemers (CZ, Atrium, HOZL en Huis voor de Zorg en netwerkorganisaties) via een regionale populatiegebonden ordening van de zorg komen tot kwalitatief goede zorg en gezondheid, die tegelijkertijd de zorgkosten beperkt. Insteek is de juiste zorg op de juiste plek te geven en preventie en zelfzorg te versterken, met behoud of vergroting van patiënttevredenheid. CZ noemt deze regionale populatiegebonden ordening van de zorg ook wel 'Regioregie'.

De intentieverklaring gaat uit van de wens te komen tot een langdurige verbintenis. De initiatiefnemers willen samen met andere relevante stakeholders (zoals provincie, gemeenten, werkgevers en V&V-organisaties) een toekomstbestendige integrale aanpak ontwikkelen voor de regio Oostelijk Zuid Limburg. Deze aanpak gaat uit van een groeimodel met concreet meetbare doelen voor zowel de korte als de lange termijn. De eerste fase is gericht op versterking van de eerstelijnszorg en optimalisering van de ketenzorg in de eerste en tweede lijn.

Marja Appelman (SiRM, kwartiermaker) heeft de doelstellingen en randvoorwaarden in kaart gebracht en een werkplan geformuleerd dat door de initiatiefnemers wordt gedragen. Werkplan 1.0 beschrijft de activiteiten die uitgevoerd moeten worden voordat 'Mijn zorg' kan worden gestart. Het is beschreven in een separaat visiedocument, dat de doelstellingen en randvoorwaarden beschrijft.

Aan de basis voor dit werkplan liggen acht bilaterale gesprekken met alle initiatiefnemers en vier plenaire gesprekken (zonder Huis voor de Zorg en netwerkorganisaties). De gesprekken gingen over de visie, doelstellingen en de randvoorwaarden van de initiatiefnemers bij 'Mijn zorg' als zodanig en bij de vormgeving van een integrale populatiegebonden aanpak van de zorg. De gesprekspartners waren:

- Atrium: Frans Stals (voorzitter medische staf), Meindert Sosef (bestuurslid medische staf), Michel Foppen en Leon Op 't Hoog (divisiedirecteuren)
- HOZL: Esther van Engelshoven (algemeen directeur), Yvonne Guldemond (medisch directeur), Ronald Linden (voorzitter medische staf huisartsen), Marijn Verburg (beleidsadviseur), Mathijs Limpens (Bestuurslid STAK), Bem Bruis (huisartsen)
- CZ: Wiro Gruisen (Manager Regioregie)
- Huis voor de Zorg en netwerkorganisaties: Jo Maes (directeur), Marc VanderBroeck (medewerker) en Jan Wuite namens de namens de netwerkorganisaties zoals de gezamenlijke ouderenbonden KBO, ANBO en PCOB.

De juiste zorg op de juiste plaats



3. Visie en doelstellingen ‘Mijn zorg’

Met ‘Mijn zorg’ ontwikkelen de initiatiefnemers een toekomstbestendige, integrale populatiegebonden aanpak. Deze moet leiden tot meer gezondheid en goede uitkomsten van zorg, en moet tegelijkertijd de groei van de zorgkosten afremmen.

3.1 Aanleiding

De betaalbaarheid van de zorg staat in Nederland onder grote druk, en daarmee ook de toegankelijkheid ervan. De kosten van de gehele zorg stegen volgens het CBS tussen 2001 en 2011 met gemiddeld zes procent. Het Centraal planbureau verwacht dat de totale uitgaven aan zorg bij ongewijzigd beleid zullen toenemen van ruim dertien procent van het BBP in 2010 tot 22 procent in 2040. Dit kan betekenen dat een modaal gezin in 2040 een derde van het inkomen aan zorg moet besteden en dat de collectieve uitgaven aan zorg andere collectieve uitgaven gaan verdringen.

De uitdagingen zijn onevenredig groot voor de regio Oostelijk Zuid Limburg, omdat hier sprake is van bevolkingskrimp in combinatie met vergrijzing en geboortedaling. Hierdoor neemt de gemiddelde zorgzwaarte toe en stijgen de zorgkosten. Tegelijkertijd zal de geboortedaling leiden tot vermindering van het aanbod van zorgpotentieel, mantelzorgers en vrijwilligers.

‘Mijn zorg’ pakt de handschoen op om tegelijkertijd de stijging van de zorgkosten te beperken en knelpunten in de zorg op te lossen. Het gaat ervan uit dat kostenbeheersing lange tijd één van de beleidsdoelstellingen zal (moeten) zijn, omdat de zorgvraag sneller groeit dan het beschikbare budget. Maar tegelijkertijd biedt ‘Mijn zorg’ wel een alternatief voor de bezuinigingsmaatregelen die de overheid heeft om groei van de zorgkosten te beperken. Ervaringen in Duitsland en de Verenigde Staten leren dat het effectiever is als zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten in een regio hiertoe samenwerken. De initiatiefnemers willen met ‘Mijn zorg’ hun ideeën ten uitvoer brengen om te komen tot kwalitatief goede zorg en gezondheid en beperking van de zorgkosten, toegespitst op de lokale situatie in Oostelijk Zuid Limburg (doelmatige zorg).

‘Mijn zorg’ streeft naar een toekomstbestendige aanpak. Het richt zich dan ook niet alleen op verbetering van betaalbaarheid van zorg, maar ook op kwaliteit en toegankelijkheid. Bovendien heeft het verbeteringen voor alle stakeholders als uitgangspunt: patiënten, zorgverleners, zorgverzekeraar, overheid, gemeente en werkgevers.

3.2 Regio Oostelijk Zuid Limburg

'Mijn zorg' richt zich op de regio Oostelijk Zuid Limburg en die regionale aanpak is belangrijk. Ketenzorg en chronische zorg zijn voor burgers namelijk iets wat zij associëren met "dichtbij". Veranderen doe je dan ook het beste met partijen die in deze nabije omgeving opereren, vanuit een gedeelde visie: duurzame zorg in de regio Oostelijk Zuid Limburg bewerkstelligen.

De noodzaak tot prestatieverbetering is groot, want Oostelijk Zuid Limburg is een krimpregio met een relatief ongezonde populatie. De regio telt in 2025 naar verwachting ruim 15.000 minder inwoners dan nu (CBS, Regionale prognose 2009-2040). Bovendien gaf in 2011 een kwart van de inwoners aan dat de gezondheid minder is dan goed, tegen achttien procent in heel Nederland (RIVM, Zorgatlas, 2011). CZ maakt in Oostelijk Zuid Limburg netto verlies per verzekerde.

De regio biedt goede mogelijkheden om via een populatiegebonden aanpak te komen tot meer doelmatigheid. De praktische uitgangspunten zijn gunstig om 'Mijn zorg' van de grond te krijgen, gelet op de historie van samenwerking tussen met name CZ en HOZL (op het gebied van ketenzorg) en vanuit de zorgkantorregio. CZ heeft in Oostelijk Zuid Limburg bovendien een groot marktaandeel. En ook nu al worden diverse losse initiatieven uitgevoerd of gestart, die op een gegeven moment bouwstenen kunnen worden van 'Mijn Zorg'.

De doelstellingen van 'Mijn zorg' sluiten aan bij bovenregionale beleidsontwikkelingen, zoals het landelijke beleid en de convenanten die het rijk heeft afgesloten met de koepels van ziekenhuizen en huisartsen. Daarbij gaat het onder meer om beleid en afspraken die gericht zijn op kostenbeheersing, de verschuiving van zorg naar de eerste lijn en de concentratie en spreiding van medisch-specialistische functies in ziekenhuizen. Ook sluit het initiatief aan bij het provinciale beleid en het convenant dat de provincie met de Rijksoverheid heeft gesloten. Dit convenant richt zich namelijk onder meer op verbetering van de samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders om de zorg efficiënter en effectiever in te zetten. Verder worden besparingen die binnen 'Mijn zorg' worden gerealiseerd deels ook weer in de regio geherinvesteerd. Doel is te streven naar duurzame zorg.

In haar streven naar duurzame, integrale zorg, op maat en dichtbij burgers sluit "'Mijn Zorg' aan bij bredere maatschappelijke ontwikkelingen als decentralisatie AWBZ, kanteling WMO, Welzijn nieuwe Nieuwe Stijl en bij de projecten, programma's en activiteiten die door andere organisaties in dit kader worden uitgevoerd, zoals Voor Elkaar in Parkstad en Levensloop Bestendige Buurten.

3.3 Populatiegebonden aanpak

'Mijn zorg' introduceert een integrale populatiegebonden aanpak van zorg, een combinatie van interventies die bijdraagt aan betere resultaten voor de populatie. Daarmee groeit 'Mijn zorg' van de gebruikelijke microaanpak naar een macroaanpak (zie figuur 1). De microaanpak is de traditionele manier om zorg aan te bieden, met integratie rondom een behandeling. De volgende stap is de mesoaanpak, waarbij de zorgaanbieders de zorg rondom een bepaalde verrichting integreren. Hiermee hebben HOZL en Atrium al ervaring opgedaan voor chronische aandoeningen zoals diabetes en COPD. Maar die aanpak kent diverse beperkingen, met als belangrijkste dat ze niet bijdraagt aan effectieve zorg voor patiënten met multimorbiditeit. Bovendien blijken losse interventies/experimenten door gebrek aan samenhang en overkoepelende visie niet altijd even effectief. Daarom richt 'Mijn zorg' zich op de ontwikkeling van een macroaanpak: voor integrale zorg voor de totale populatie. Uit onderzoek van Curry & Ham (2010) blijkt dat dit in andere landen een goed uitgangspunt is voor daadwerkelijke verbeteringen in de zorg. Dit komt omdat de populatiegebonden (macro-)aanpak voor zorg de beste mogelijkheid geeft om vanuit een overkoepelende visie een samenhangende set aan interventies in te voeren.

Figuur 1: groei van een microaanpak naar een macroaanpak (figuur gebaseerd op Curry&Ham, Kingsfund, 'Clinical and service integration', 2010)



3.4 Mensen in hun rol van patiënt centraal, mensbeeld.

'Mijn zorg' stelt de patiënt centraal. Het werkt vanuit het beeld dat het basisgedrag van iedere mens is gebaseerd op zelfsturing. Dit basisgedrag is diep verankerd in ieders bewuste en onderbewuste. Actief burgerschap als gedrag sluit hier perfect bij aan. Dit mensbeeld is fundamenteel voor de verandering die mensen in Oostelijk Zuid Limburg gaan ervaren en benutten in hun rol van patiënt. En het is ook nodig om de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid verder te stimuleren. 'Mijn Zorg' wil op positieve wijze gebruikmaken van dit zelfsturend vermogen, op individuele basis en bij groepen personen. Het wil mensen veel minder afhankelijk maken van de grillen van de politiek en de mondialisering van de economie. Het stimuleert krachtige zelforganisatie, onder meer in coöperaties, ook als tegenmacht.

In lijn hiermee staat bij 'Mijn zorg' de gezondheid van de patiëntenpopulatie centraal in de kwaliteitsdoelstellingen en de financiële afspraken. Deze focus biedt de mogelijkheid om die zorg te verrichten die daadwerkelijk bijdraagt aan de gezondheid en de kwaliteit van leven van de patiëntenpopulatie. Deze focus wordt interactief ontwikkeld met de mensen in hun rol van (georganiseerde) patiënten in het gebied. De zorgverlener wordt beloond voor goede uitkomsten voor de patiënt. En het individu wordt in zijn rol als patiënt beloond doordat hij wordt versterkt in zijn vermogen tot krachtige zelfsturing en regie over de eigen gezondheid. Daarmee gaat 'Mijn zorg' een stap verder dan de keten-dbc's en de zorginkoopcontracten met procesgerichte kwaliteitsindicatoren. Die forceren immers dat zorgverleners strikt volgens de letter van richtlijnen, protocollen en zorgstandaarden werken. In 'Mijn zorg' zullen de zorgverleners weliswaar ook gebruik maken van richtlijnen, protocollen en zorgstandaard, maar hebben ze de ruimte om hiervan af te wijken wanneer dat gunstig is voor een individuele patiënt.

De patiënt centraal stellen vereist een gedragsverandering bij alle betrokken partijen; niet alleen bij zorgverleners, maar ook bij patiënten, burgers, werkgevers en zorgverzekeraars. Om deze gedragsverandering te bereiken, maakt 'Mijn zorg' het aantrekkelijk voor zorgverleners om zich in te zetten voor een betere gezondheid van de patiëntenpopulatie. 'Mijn zorg' doet dit door goede uitkomsten van zorg bij de patiëntenpopulatie te belonen, zodat zorgverleners profiteren van de investeringen die ze doen om de doelmatigheid van de zorg te verbeteren. 'Mijn zorg' biedt de zorgverleners vrijheid om de zorg af te stemmen op de vraag van de individuele patiënt.

Daarnaast zet 'Mijn zorg' in op versterking van de eigen regie door patiënten, met meer nadruk op patient empowerment: versterking van de zelfsturing, om zelfzorg en verbetering van gezondheidsvaardigheden mogelijk te maken. De integrale populatiegebonden aanpak van 'Mijn zorg' past daarmee in de verschuiving van Zorg en Ziekte naar Gedrag en Gezondheid (ZZ naar GG), die de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg al eerder formuleerde. Hierbij ligt de nadruk op zelfsturing en interventies in lifestyle en preventie.

'Mijn zorg' maakt ook gebruik van het gedachtegoed van bedrijfseconoom Michael Porter: de beste zorg is het goedkoopst. Het doel is mensen te laten profiteren van de betere doelmatigheid die 'Mijn zorg' moet opleveren. Ze krijgen goede kwaliteit van zorg, een betere toegankelijkheid van zorg en beheersing van de verzekeringspremie (als gevolg van beperking van de kostengroei).

Het klantenperspectief geldt op drie niveaus:

- Operationeel: in de spreek- en behandelkamer
- Tactisch: in samenspraak met bestaande organisaties van klanten en overlegplatforms in de regio en
- Strategisch in stuurgroepen en beleidsprioritering voor de regio.

Hierbij wordt op alle drie de niveaus onafhankelijke monitoring ingezet, met hulpmiddelen die zijn ontwikkeld in het NPO en een panel van 6.000 inwoners van Oostelijk Zuid Limburg. De participatie in de regio vraagt om geormerkte gelden van de zorgaanbieders en -verzekeraars want ook dat hoort bij de innovatie.

3.5 Samenwerking huisartsen – Atrium

Het succes van 'Mijn zorg' staat of valt met de mate waarin Atrium, medisch specialisten en de huisartsen van HOZL erin slagen synergie te creëren. In 'Mijn zorg' werken de huisartsen van HOZL daarom primair samen met Atrium om te komen tot meer doelmatigheid. Atrium, HOZL en de huisartsenpraktijken zijn namelijk elkaars belangrijkste partners bij het verstrekken van curatieve zorg in de regio. Het doel is om in de toekomst de samenwerking uit te breiden met andere partners, om de as maatschappelijke ondersteuning en eerstelijns zorg te versterken en meer zelfzorg en ontzorging mogelijk te maken.

Het proces vraagt om een regisseur. Vaak zal dit de huisarts zijn. Die is immers bij uitstek de generalist die naar de hele mens kijkt en zich niet beperkt tot één orgaan of ziektebeeld. Bovendien kan de huisarts als poortwachter een belangrijke rol vervullen in de integrale populatiegebonden aanpak van 'Mijn zorg'. Huisartsen hebben vanuit hun generalistische invalshoek en de vertrouwensrelatie met hun patiënten grote invloed op de route van de patiënt door de gezondheidszorg, en daarmee ook op de kwaliteit en kosten daarvan. Daarnaast faciliteert 'Mijn zorg' de verplaatsing van zorgfuncties van de tweede naar de eerste lijn als dat aangewezen is.

3.6 Integrale aanpak

De motivatie om met 'Mijn zorg' de genoemde gedragsverandering bij zorgaanbieders, ziektekostenverzekeraars, gemeenten en alle burgers van Oostelijk Zuid Limburg in gang te zetten, is er. Maar motivatie alleen volstaat niet. Ook financiële prikkels, de capaciteit en gelegenheid bij alle betrokkenen zijn bepalend voor de effectiviteit. Dit verklaart de inzet van het shared savings mechanisme, waardoor de initiatiefnemers de besparingen delen die worden gerealiseerd. Dit mechanisme corrigeert voor de financiële prikkels die leiden tot ondoelmatigheid in de reguliere bekostiging (zie paragraaf 5.4 voor nadere toelichting). Deze prikkels ontstaan doordat de reguliere bekostiging het voor zorgaanbieders financieel aantrekkelijk maakt om veel verrichtingen te declareren, terwijl ze niet profiteren wanneer hun investeringen leiden tot betere uitkomsten en beperking van de zorgkosten. Het vergt transparantie naar de burgers om hier iets aan te veranderen. Zij kunnen zorgaanbieders alleen aanspreken op hun gedrag als ze begrijpen dat verrichtingen soms alleen uit financiële overwegingen worden ingezet. Bovendien biedt het shared savings mechanisme een alternatief voor de ondoelmatige prikkel die ontstaat door de dreigende korting van huisartsen die doen wat de bedoeling is, namelijk zorg bieden op de plaats waar die het meest doelmatig is.

Actieve betrokkenheid van de burgers zorgt ervoor dat ook zij gemotiveerd zijn om aan de besparingen bij te dragen. Doelmatigheid in zorgconsumptie vertaalt zich immers in beperking van de premiegroep. Ook zij moeten dus informatie krijgen over de kosten van de zorg en de besparingen die te realiseren zijn.

'Mijn zorg' start met zorginhoudelijke interventies om te komen tot betere resultaten. Die interventies omvatten ook organisatorische en financiële maatregelen. Dit is nodig om alle betrokkenen aan te zetten tot gedragsverandering en om te komen tot integrale zorg die bijdraagt aan de gezondheid van de patiëntenpopulatie. Elke interventie combineert daarom verschillende vormen van integratie (zie figuur 2). Het feit dat in de aanpak van 'Mijn zorg' aan meerdere knoppen tegelijk kan worden gedraaid, betekent dat de kans van slagen van de interventies wordt vergroot. Hierbij gaat het ten eerste om klinische integratie, door bijvoorbeeld zorgpaden, protocollen en kwaliteitseisen voor de eerste en tweede lijn te integreren. Ten tweede gaat het om de integratie van zorgverlening, door effectief te verwijzen en op plaatsen waar dit nodig is een consult van de medisch specialist te laten uitvoeren door de huisarts of multidis-

ciplinaire teams. Ten derde gaat het om functionele integratie, waarbij de interventies worden ondersteund door bijvoorbeeld trainingen, informatie-uitwisseling en multidisciplinaire patiëntendossiers. Ten vierde gaat het om organisatorische integratie: de initiatiefnemers willen voor 'Mijn zorg' een samenwerkingscontract afsluiten. Ten vijfde en als onderliggend ordenend principe voor alle andere interventies gaat het om integratie van zorg in alle leefgebieden van de mensen in hun rol van patient.

Figuur 2: 'Mijn zorg' richt zich op interventies met een combinatie van verschillende vormen van integratie



3.7 Groeimodel

'Mijn zorg' wordt vormgegeven als groeimodel. Bewust, want een integrale populatiegebonden aanpak is complex, zeker gelet op de noodzaak tot gedragsverandering die erbij komt kijken. De aanpak is nieuw in Nederland en heeft een geheel andere insteek dan bestaande initiatieven, waarin bijvoorbeeld verrichtingen en zorgprotocollen centraal staan. Het groeimodel biedt ruimte om al doende te leren.

In eerste instantie is 'Mijn zorg' beperkt tot de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet. Stip aan de horizon is om te komen tot een volledig integrale populatiegebonden aanpak waarin ook care en welzijn zijn ondergebracht. Het uiteindelijke doel is dus de samenwerking te verbreden naar de zorgverleners in de care, gemeenten, GGD, werkgevers, scholen, sportverenigingen en niet in de laatste plaats alle maatschappelijke organisaties, actief in de zorg. In dit verband is het ook van belang in het groeimodel de aandacht voor het vrijwilligersbeleid enerzijds en het mantelzorgbeleid anderzijds mee te nemen.

De gedachte van het groeimodel heeft ook betrekking op:

- De afbakening van de relevante zorgkosten
- De betrokken zorgaanbieders
- De geselecteerde interventies
- De financiële afspraken
- De contractpartners
- Kwaliteitsafspraken
- Betrokkenheid en monitoring van mensen in hun rol van patiënt op alle drie de niveaus

Zie hoofdstuk 5 voor nadere toelichting op al deze punten.

3.8 Verbetering marktpositie

Naast het primaire doel van kwaliteitsverbetering en kostenbeperking is het ook de bedoeling om met 'Mijn zorg' de marktpositie van de betrokken initiatiefnemers te verbeteren. Iedere partij heeft hierbij zijn eigen invalshoek:

- Atrium ziet 'Mijn zorg' als instrument om zich te kunnen focussen op hoogwaardige (en voor medisch specialisten aantrekkelijke) patiëntenzorg. Daarnaast wil het kwaliteitswaarde boeken. Via 'Mijn zorg' kan Atrium meesturen in de wijze waarop de taakverschuiving van de meer eenvoudige zorg naar de eerste lijn wordt vormgegeven. Atrium realiseert zich dat 'Mijn zorg' voor haar organisatie bij succes zal leiden tot mogelijk minder omzetgroei en minder volumestijging doordat eenvoudige zorg wordt beperkt tot eerste lijn.
- HOZL verwacht dat 'Mijn zorg' kan bijdragen aan haar overall positionering..HOZL zal 'Mijn zorg' inzetten om huisartspraktijken (versneld) naar een hoger niveau te tillen: standaardisatie van chronische zorg verder uitbreiden, zorg verplaatsen van de tweede naar de eerste lijn, versterking van integrale wijkgerichte zorg.

- CZ wil als onderlinge waarborgmaatschappij zonder winstoogmerk met 'Mijn zorg' in de eerste plaats haar maatschappelijke doelstelling als 'zorginkoper' realiseren: CZ streeft voor haar verzekerden in de regio Oostelijk Zuid Limburg naar betere gezondheid na voor een betaalbare premie. Daarnaast wil CZ de loyaliteit van haar zorgverzekerden vergroten en haar zichtbaarheid als regisseur in de zorg vergroten, zodat ze haar maatschappelijke rol ook in de toekomst kan blijven vervullen. Op vergelijkbare wijze wil CZ haar zichtbaarheid vergroten naar andere stakeholders in de regio. En CZ wil zelf leren van 'Mijn zorg'. Er komt een intern traject om de zorginkoop intern beter af te stemmen.
- Huis voor de Zorg streeft ernaar om via 'Mijn zorg' mensen te versterken en aan te spreken in hun kracht en zelfsturing. Hiervoor kan het zijn netwerk gebruiken en bestaande structuren waarin zorgvragers zijn georganiseerd, maar het kan ook nieuwe zorgvragers mobiliseren. Het wil actief burgerschap versterken, ervaringen verzamelen, criteria formuleren voor dit actief burgerschap en vanuit patiëntenperspectief monitoren hoe dit zich ontwikkelt. Het Huis voor de Zorg en de met haar verbonden koepel- en patiëntenorganisaties zien samenwerking tussen zorgverleners op regionaal niveau als een vereiste voor duurzame zorg. In regionaal verband kunnen zorgverleners kwaliteit verhogen, onnodige zorg voorkomen en daarmee kosten beter beheersen.

We streven ernaar mensen aan te spreken in hun kracht en zelfsturing



4. Randvoorwaarden

Randvoorwaarden om van 'Mijn zorg' een succes te kunnen maken, zijn intern draagvlak, een regelvrije zone, vrijwaring van het macrobudgettair kader, "feeders"/"bleeders" en investeringen.

4.1 Intern draagvlak

Het draagvlak bij de initiatiefnemers van 'Mijn zorg' is er. Ze voelen de intrinsieke motivatie om te komen tot goede zorg en gezondheid en beperking van de zorgkosten, zoals beschreven in hoofdstuk 3. Daarnaast hebben ze ieder hun eigen redenen om voor de aanpak van 'Mijn zorg' te kiezen:

- Het draagvlak voor 'Mijn zorg' binnen HOZL is goed. Huisartsen profiteren financieel van taakverschuiving vanuit de tweede lijn. 'Mijn zorg' biedt bovendien mogelijkheden voor ondersteuning aan de solistische huisartsenpraktijken, voor wie het relatief zwaar is om zich verder te ontwikkelen.
- De gesprekspartners bij Atrium verwachten dat er intern motivatie is om te participeren in 'Mijn zorg', vanuit het besef dat kostenbeheersing en daarmee beperkingen van eenvoudige zorg tot de eerste lijn onafwendbaar is. Dan kun je maar beter aan tafel zitten om mee te bepalen hoe dat gebeurt. Voorwaarde is dat de kwaliteit van zorg aantoonbaar tenminste gelijk blijft.
- Binnen CZ is Regioregie een strategische pijler. Maar dit neemt niet weg dat het spannend is om Regioregie intern te operationaliseren. Parallel met 'Mijn zorg' zet CZ daarom een intern veranderingstraject in.
- Huis voor de Zorg verwacht dat het via 'Mijn zorg' mensen kan versterken en aanspreken in hun kracht en zelfsturing. Een mens met een zorgbehoefte wil ook nog steeds als mens gezien worden en wil intrinsiek zoveel mogelijk zijn verantwoordelijkheid nemen voor zijn eigen gezondheid en zijn zorg. 'Mijn zorg' biedt ruimte om meer inzet te bieden op ondersteuning van mensen om deze verantwoordelijkheid te nemen (bij zelfmanagement en preventie, maar ook in ieder consult). Dit vereist aandacht in het zorgverleningsproces en is als zodanig een aspect van kwaliteit van zorg..

Natuurlijk zijn er randvoorwaarden om het interne draagvlak te kunnen behouden. Die zijn uitgewerkt in de volgende paragrafen.

4.2 Regelvrije zone en vrijwaring macrobudgettair kader

Bezuinigingen van het macrobudgettair kader kunnen het draagvlak en de financiële ruimte voor 'Mijn zorg' verminderen. Eventuele bezuinigingen via eenmalige kortingen of permanente tariefsverlagingen zouden de financiële situatie van HOZL en Atrium (en daarmee hun financiële armslag voor investeringen) immers verslechteren. Bovendien is het moeilijk om plannen te maken en investeringen te plegen als mogelijke beleidswijzigingen de businesscase onzeker maken.

Huisartsen zullen niet gemotiveerd zijn om zorg uit de tweede lijn te substitueren als het macrobeheersingsinstrument voor huisartsenzorg dit afstraft. Het is belangrijk de integrale benadering van 'Mijn zorg' als alternatief te zien voor het huidige macrobeheersingsinstrument. 'Mijn zorg' is dan ook enorm gebaat bij een experimentstatus bij het Ministerie van VWS. Die biedt de ruimte die nodig is om compensatie te verkrijgen voor alle extra geleverde zorg, mocht de landelijke overheid het macrobeheersingsinstrument voor huisartsenzorg alsnog toepassen. Ook biedt het ruimte om een regelvrije zone te creëren, met vrijwaring van wijzigingen in beleid en tarieven vanuit VWS en NZa.

Daarnaast kunnen de shared savings enige financiële ruimte bieden om het project 'Mijn zorg' te vrijwaren van het macrobudgettair kader. Met de budgettaire ruimte die hiermee vrijkomt heeft HOZL ruimte om te groeien door taakverschuiving van de tweede naar de eerste lijn. Dit moet dan worden geregeld via het regiocontract. Deze budgettaire ruimte is trouwens geen echte vrijwaring, maar financiële compensatie voor de eventuele korting.

4.3 Borgen financiële groeiruumte

De initiatiefnemers willen bij VWS bewerkstelligen dat de uitkomsten van 'Mijn zorg' geen negatieve effecten genereren voor het landelijke huisartsenkader. Ze vinden het van belang dat 'Mijn zorg' tot meer doelmatigheid leidt dan gebruikelijke zorginkoop. De financiële doelstelling is de ontwikkeling van de totale kosten op populatieniveau om te buigen (inclusief beperkte groeiruumte op basis van het macrobudget).

Dat impliceert:

- Atrium: minder groei dan de ruimte die beschikbaar is op grond van het macrokader;
- HOZL: groei mag alleen groter zijn dan de groeiruumte op grond van het macrokader als de kosten elders minimaal met dit bedrag dalen (dit impliceert dat dit vooral van Atrium vandaan zal moeten komen);
- Een en ander zal gerelateerd zijn aan de landelijke verrekeningssystematiek en de te verwachten demografische ontwikkelingen.

CZ en HOZL hebben begrip voor het feit dat Atrium tijd nodig heeft voor afbouw van laagcomplexe zorg (met bijzondere aandacht voor de vaste kosten van het ziekenhuis en het inkomen van de individuele medisch specialist). De initiatiefnemers zetten zich in voor een veilige stabiele omgeving voor drie à vijf jaar voor Atrium, met dien verstande dat afspraken hierover moeten passen binnen de zorginkooppkaders van CZ.

Dit maakt het in principe mogelijk om deels via natuurlijk verloop het omzetverlies op te vangen. Binnen de beperkte groeirimte heeft Atrium ruimte voor extra groei op speerpunten. Medisch specialisten behouden daardoor ruimte voor vakinhoudelijk aantrekkelijk werk.

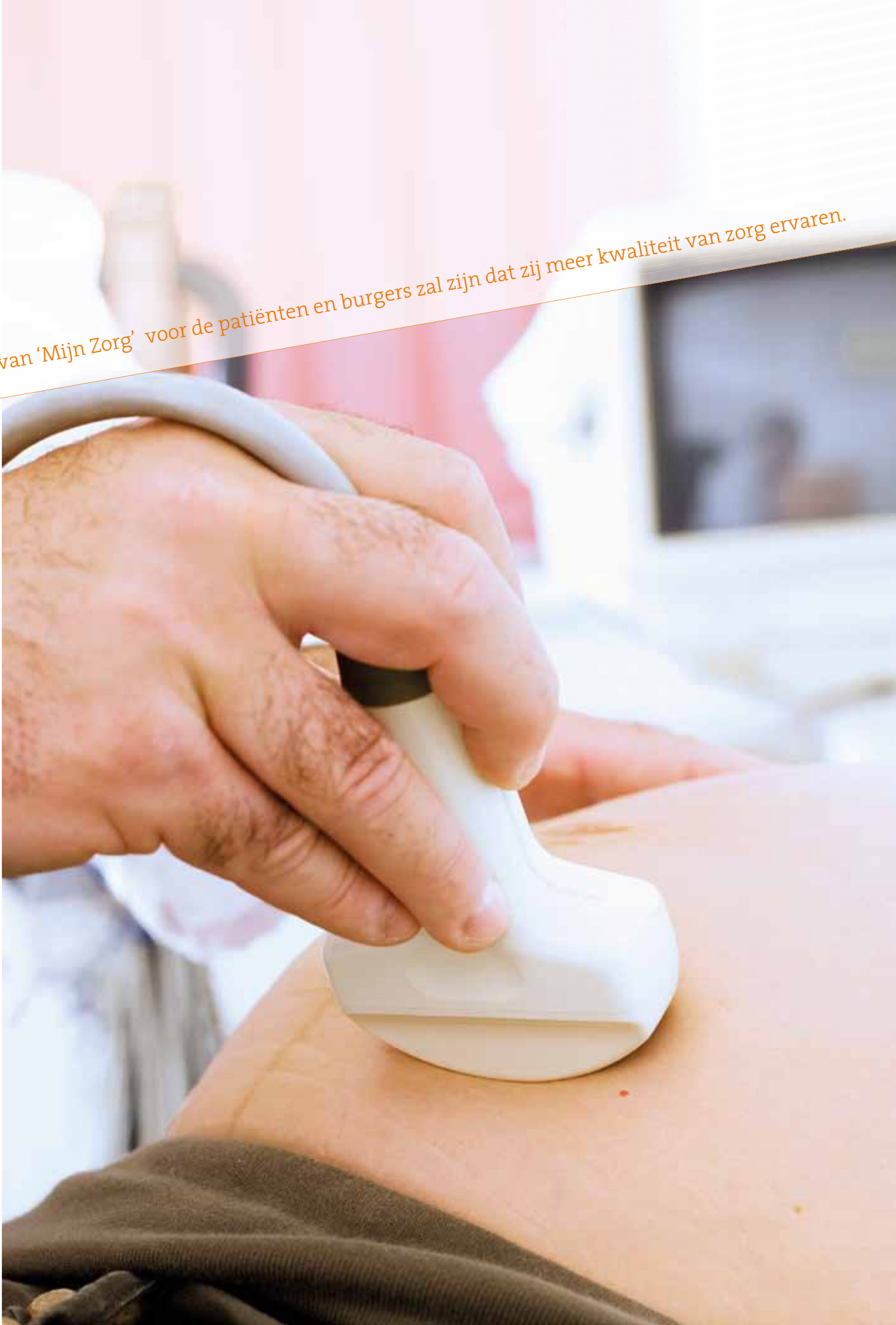
De initiatiefnemers zullen in de tweede fase contractueel vastleggen hoe ze borgen dat Atrium en HOZL binnen de hun beschikbare groeirimte blijven. Daarmee wordt het een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

4.4 Investerings

HOZL, Atrium en CZ zijn alle bereid om te investeren in 'Mijn zorg' om (de interventies binnen) Regioregie mogelijk te maken. Dat is een belangrijk gegeven, want ervaringen met integrale bekostiging in het buitenland laten zien dat mede-investering de kans op succes vergroot. De verwachting is dat CZ, Huis voor de Zorg, HOZL en Atrium op een gegeven moment zelf de benodigde investeringen kunnen financieren vanuit de shared savings.

Het is nog een punt van discussie wie de voorinvesteringen voor de korte termijn financiert. De initiatiefnemers werken de verdeling van de voorinvesteringen in de volgende fase van het initiatief uit. Ze maken concrete afspraken nadat de businesscases van verschillende interventies zijn uitgewerkt en er inzicht is in de benodigde voorinvesteringen.

Het gevolg van 'Mijn Zorg' voor de patiënten en burgers zal zijn dat zij meer kwaliteit van zorg ervaren.



5. Vormgeving van een integrale populatiegebonden aanpak van de zorg

De initiatiefnemers hebben met elkaar en de kwartiermaker gesproken over de vormgeving van een integrale populatiegebonden aanpak van de zorg. Daarbij ging het over mogelijke interventies waarmee ze van start willen gaan, de afbakening van de populatie en de zorgkosten, de financiële afspraken, de keuzes voor de contractpartners en de keuzes op het gebied van kwaliteitsafspraken.

5.1 Interventies

'Mijn zorg' start met zorginhoudelijke interventies om te komen tot meer doelmatigheid. De groslijst met mogelijke interventies die hiervoor is gemaakt (zie figuur 3) is dynamisch. Voortschrijdend inzicht kan ertoe leiden dat interventies aan de groslijst worden toegevoegd of eruit worden verwijderd. Organisatorische maatregelen zoals trainingen en informatie-uitwisseling ondersteunen de zorginhoudelijke interventies op punten waar dit nodig is.

Enkele interventies op de groslijst zijn van toepassing op Atrium en alle HOZL-huisartsenpraktijken (A), andere alleen op het eerstelijns plus centrum (B) en weer andere zullen eerst alleen uitgerold worden in zogenaamde pilot huisartsenpraktijken (C).

Verder staan op de groslijst interventies waarvoor ten zijner tijd ook andere partijen in de zorg nodig zijn (D). Hieronder worden alle interventies van de groslijst volgens deze indeling nader toegelicht.

Figuur 3: Groslijst interventies 'Mijn zorg'

Inventarisatie potentiële interventies			
Nr.	Naaminterventie	Bestaande interventie	Doelgroep
A) Atrium alle HOZL-huisartsenpraktijken			
1	Voorschrijven conform HOZL formularium/ voorschift	ja	Patiënten met DM en CVRM, later eventueel uitbreiden naar bv COPD
2	Farmaceutische zorg in de keten	ja	Diabetes, COPD, mogelijk CVRM
B) Eerstelijns plus centrum			
3	Inrichten van huisartsenbedden	neen	Alle patiënten
4	Consultatiefunctie medisch specialist	neen	Patiënten met een chronische aandoening
5	Ouderenzorg	neen	Oudere patiënten
6	Eenvoudige verrichtingen dermatologische zorg in de 1e lijn	ja	Patiënten met eenvoudige dermatologische aandoeningen
7	Eenvoudige verrichtingen gynaecologie in de 1e lijn	ja	Patiënten waarbij eenvoudige gynaecologische verrichtingen plaatsvinden
8	Kleine chirurgie verrichtingen in de 1e lijn	ja	Patiënten waarbij kleine chirurgische ingrepen plaatsvinden
9	Diagnostiek: echo onderzoek in de 1e lijn	ja	Patiënten die in aanmerking komen voor dit echo onderzoek
C) Pilot-huisartsenpraktijken			
10	Consultatiefunctie medisch specialist	ja	Patiënten met een chronische aandoening
11	Verrichtingen in de 1e lijn: Uitbreiden chronische zorg voor patiënten met eindorgaan falen als gevolg van cardiovasculaire aandoeningen	ja	Patiënten met eindorgaanfalen die zich in de chronische fase bevinden
12	Verwijzen naar de 2e lijn door de huisartsen alleen conform NHG standaarden	ja	Alle patiënten
13	Verwijzing door de huisarts naar de GGZ na gebruik screenings instrument	ja	Patiënten die zich bij de huisarts presenteren met GGZ problematiek
14	Verwijzen: Diagnostiek en verwijzing subacromiale schouderklachten	ja	Patiënten met subacromiale schouderklachten
15	Rationeel verwijzen	neen	alle
16	Centrale inkoop diagnostiek aangevraagd door de 1e lijn	ja	Alle patiënten in de 1e lijn waarvoor diagnostiek door de huisarts wordt aangevraagd
17	Diagnostiek: Breed invoeren van point of care testen in de dagpraktijken en huisartsenpost	ja	Patiënten met: acute hoest, pijn op de borst klachten, 6 uur verdenking van diepe veneuze trombose
18	Doelmatig voorschrijven geneesmiddelen	neen	alle
D. Toekomstige interventies HOZL, Atrium en andere partijen			
19	Wijkgerichte aanpak	ja	Thuiswonende kwetsbare ouderen
20	Integratie HAP en SEH	ja	alle
21	Preventie: Primaire, secundaire en tertiaire preventie diabeteszorg en andere chronische aandoeningen	neen	Primair diabetes, maar ook hoogrisico-groepen
22	Patientempowerment	neen	alle
23	Terugdringen ligdagen ziekenhuizen	neen	Patiënten die een ingreep hebben ondergaan in het ziekenhuis
24	Voorkomen van opnames op basis van "sociale indicatie"	neen	Patiënten die niet direct medisch specialistische zorg nodig hebben maar waarvan de sociale context zodanig is dat zij daar niet langer (alleen) kunnen verblijven

A. Interventie voor Atrium en alle HOZL-huisartsenpraktijken

- Farmacie
 - Een benchmark met 'best practices' dient om het besparingspotentieel van de zorggroep te bepalen voor generieke substitutie en therapeutische substitutie.
 - Integreeren farmaceutische zorg in de keten dbc's chronische zorg. Deze interventie bestaat uit drie onderdelen: 1) eerste en tweede uitgifte gesprek protocol, 2) medicatiereviews polyfarmacie en 3) voorschrijven conform HOZL formularium/voorschrift (transmuraal). Doel van dit laatste is komen tot doelmatig voorschrijven van generieke middelen door de huisarts en door de tweede lijn. Controle op voorschrijfgedrag van artsen door eerstelijns apothekers en de ziekenhuisapotheker. Als basis kan dienen het voorschrijven van medicatie voor patiënten met DM en CVRM. In de toekomst uitbreiden naar het voorschrijven van inhalatie corticosteroïde bij COPD patiënten.

B. Eerstelijns plus centrum in Kerkrade

Versterking van de eerste lijn betekent dat meer zorg in de eerste lijn kan blijven en zorg vanuit 2e lijn kan worden terugverwezen. Deze versterking komt tot stand via intensievere samenwerking van huisartsen met medisch specialisten (inclusief scholing, consultatie op locatie of via korte poliklinische loupe), waarbij de medisch specialist de eerste lijn adviseert. Dit nog op te richten centrum moet behalve ketenzorg aan ouderen en jeugd ruimte bieden voor een aantal interventies:

- Inrichten huisartsenbedden
- Verrichtingen in de eerste lijn:

Kleine chirurgische ingrepen en andere eenvoudige behandelingen uitvoeren in de eerste lijn binnen de domeinen gynaecologie, dermatologie en chirurgie

- Consultvoering

Consultatie door huisartsen van een 2e lijn specialist, voor patiënten binnen de huidige chronische zorg DBC's. Gezamenlijk consult voor patiënten en inrichten multidisciplinair overleg 1e en 2e lijn.

- Diagnostiek in de eerste lijn

Faciliteit voor het verrichten van echo-onderzoek, voor het uitvoeren en beoordelen van vaginale, abdominale en skelet echo's in de eerste lijn, conform de huidige certificering. Daarnaast ook röntgendiagnostiek en bloedafname/bloedbepaling.

C. Pilot huisartsenpraktijken

Mogelijke interventies voor de pilot huisartsenpraktijken richten zich op het verplaatsen van zorg, verwijzing en diagnostiek. Deels zijn deze interventies in samenwerking met Atrium.

- Verrichtingen in de eerste lijn:

Uitbreiding van chronische zorg voor patiënten met eindorgaan falen als gevolg van cardiovasculaire aandoeningen: De huidige zorg binnen de DBC cardiovasculair risicomanagement richt zich op de primaire preventie. 'Mijn Zorg' wil deze zorg uitbreiden naar zorg voor patiënten met eindorgaan falen die zich in de chronische fase bevinden (status na myocard infarct, perifere arterieel vaatlijden, hartfalen, CVA/ TIA). Hiervoor is het belangrijk dat er goede transmurale afspraken komen met de 2e lijn (cardiologen, neurologen en vaatchirurgen). De tweede lijn dient hierbij actief terug te verwijzen naar de eerste lijn voor vervolgzorg in de chronische fase.

- Verwijzen door de eerste lijn

- Verwijzen naar de tweede lijn door de huisartsen conform de NHG-standaarden. Bij de start zal een nulmeting plaatsvinden. Vervolgens wordt periodiek het verloop van de verwijzingen geëvalueerd. Er wordt een scholingstraject aan gekoppeld: de deelnemende praktijken bespreken hun verwijzingen met elkaar. Waarbij ook benchmarking van de deelnemende praktijken plaatsvindt.
- Rationeel verwijzen zal gericht zijn op mogelijkheden van substitutie van zorg in de eerste lijn, "herleving" van de verwijskaart waardoor er een evaluatiemoment is voor de huisarts en patiënt, uitbreiden van de diagnostiek in de eerste lijn met eveneens een benchmark van deelnemende praktijken, het uitbreiden van de telemogelijkheden zoals teledermatologie/cardiologie enz., in kaart brengen van de praktijkvariatie mbt de specialistische zorg met mogelijk selectief inkoopbeleid door de zorgverzekeraar, gestructureerde verwijsinformatie en uitwisseling ("zorgdomein")
- Bij specifieke schouderklachten vindt differentiaaldiagnostisch echo onderzoek plaats ter bepaling of verwijzing naar de tweede lijn aangewezen is.
- Verwijzing van patiënten naar de GGZ na gebruik van een screeningsinstrument

- Diagnostiek in de eerste lijn

- Centrale inkoop diagnostiek wordt aangevraagd door de eerste lijn.
- Brede invoering van point of care testen in de dagpraktijken en huisartsenpost: Invoeren van een aantal point of care testen conform wetenschappelijke evidence binnen de huisartsengeneeskunde. 1) CRP test invoeren in dagpraktijk en HAP conform NHG-standaard acute hoest om onnodig antibioticum voorschrijven te voorkomen. 2) Combinatie test troponine en ECG (conform EHBO protocol) om bij patiënten met meer dan zes uur klachten van pijn op de borst een myocard infarct uit te sluiten. 3) Combinatie test D-dimeren met de eerstelijnsbeslisregel conform NHG-standaard 2012 DVT om diepe veneuze trombose veilig uit te sluiten.

D. Mogelijke toekomstige interventies door Atrium, huisartsen samen met andere zorgverleners richten zich op een wijkgerichte aanpak, preventie, patient empowerment en het terugdringen van ligdagen in ziekenhuizen.

- Wijkgerichte aanpak

Ondersteuning van thuiswonende kwetsbare ouderen door een wijkgerichte aanpak in samenwerking met care en gemeente, waarin best practices samenkomen (wijkzuster nieuwe stijl met liaisonfunctie naar huisarts en andere zorgverleners, virtuele verzorgingshuis, mantelzorgondersteuning et cetera).

- Integratie HAP en SEH

Integratie van HAP en SEH moet onnodig dure (ziekenhuis)zorg voorkomen.

- Preventie

Primaire, secundaire en tertiaire preventie diabeteszorg en andere chronische aandoeningen. De huidige keten-DBC diabetes is incompleet. Gebruikmaking van een individueel behandelplan en zelfmanagement komt nog bijna niet voor. Ondersteuning van zelfmanagement met e-health evenmin (denk aan digital patiëntenportaal). Optimalisering diabeteszorg richt zich ook op het vroeg opsporen van pre-diabetes.

Interventies:

- Preventie en zorg op maat organiseren aan de hand van de NDF Zorgstandaard;
- De patiënt en zijn sociale context staan centraal, met nadruk op patient empowerment, actieve zelfzorg en zelfmanagement naar vermogen;
- Begeleiding naar een gezonde leefstijl heeft een prominente plaats;
- Nieuwe ketenpartners doen hun intrede, zoals werkgevers, scholen, en gemeenten;
- Preventie en zorg op maat moeten onderdeel zijn van een integrale aanpak, waarbij op wijkniveau in samenwerking met relevante stakeholders activiteiten worden opgepakt die bijdragen aan de inrichting van een gezonde leefomgeving en bevordering van een gezonder consumptiepatroon.

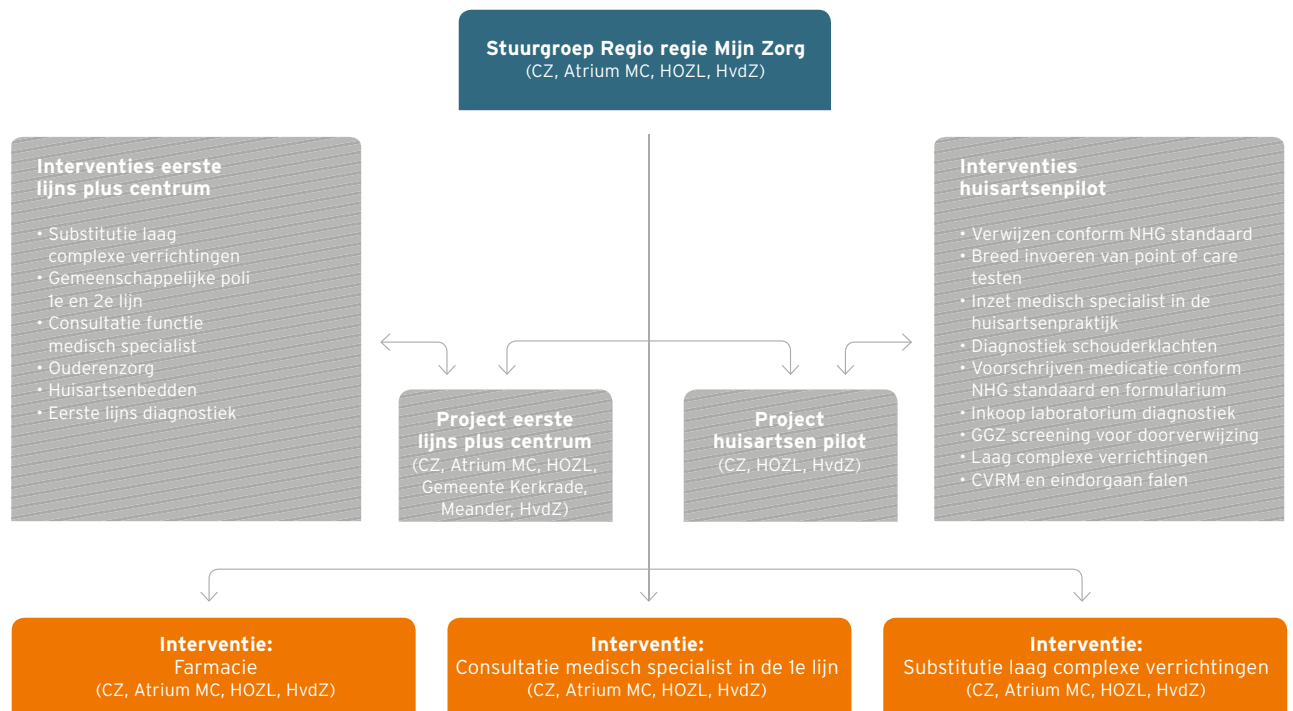
- Patient empowerment

Een scala van 'geïntegreerde' interventies die gefaseerd ingevoerd worden. Denk aan 'shared decision making' in de eerste en tweede lijn, mantelzorgondersteuning (www.wehelpen.nl), keuzehulpmiddelen (ga ik hiermee naar de dokter, 1 minuut dokter etc.), lotgenotencontact nieuwe stijl in de regio ("patients like me"), training gezondheidsvaardigheden, meedenken en meebeslissen op regionaal niveau ("Zorgkanaltijdbeter" in de regio): een cyclisch proces van feedback voor verbetering in samenwerking met betrokken zorgverleners).

- Terugdringen ligdagen ziekenhuizen
 - Herstelzorg op de juiste plaats en het juiste moment: herstel van een patiënt na een ingreep en behandeling verloopt soms voorspoediger als die fase in een verpleeghuis of in de thuissituatie plaatsvindt. Maar dit is alleen mogelijk als daarvoor de benodigde randvoorwaarden goed zijn ingeregeld. Het vraagt om adequate afstemming met de V&V-sector op het gebied van ketenzorg, medisch specialistische verpleging thuis, thuiszorg, et cetera. Ook hierin is afstemming met de huisarts van belang. Op dit moment is de gemiddelde verpleegduur in Atrium, vergeleken met de landelijke cijfers, nog boven het gemiddelde.
 - Opnamen op basis van "sociale indicatie" voorkomen. De praktijk laat zien dat soms patiënten worden opgenomen die op zich niet direct medisch-specialistische zorg nodig hebben, maar van wie de sociale context in de thuissituatie dusdanig is, dat zij daar niet langer (alleen) kunnen blijven. Bestaat een situatie waarbij patiënten onder toezicht van een huisarts (of verpleeghuisarts) tijdelijk opgenomen kunnen worden in "huisartsbedden" of daartoe bestemde bedden bij een aantal verpleeg- en verzorgingshuizen in de regio, dan kan dit een dure ziekenhuisopname zonder medisch-specialistische indicatie voorkomen.

Figuur 4 toont de structuur waarin werkgroepen in de eerste fase gestart zijn met de uitwerking van de interventies. Dit wordt voortgezet in de tweede fase.

Figuur 4: Structuur werkgroepen uitwerking interventies



5.2 Uitwerken interventies

De interventies waarover op korte termijn onder de vlag van 'Mijn zorg' financiële afspraken kunnen worden gemaakt over shared savings, hebben betrekking op farmacie, verrichtingen in de eerste lijn en consultvoering. Vervolgens kunnen ook andere interventies worden uitgewerkt. Alle interventies met een positieve businesscase kunnen onder de shared savings vallen. Op korte termijn ligt de nadruk op quick wins, vanwege het belang van kostenbeheersing en ook omdat de quick wins een financiële buffer creëren voor toekomstige interventies door Regioregie Oostelijk Zuid Limburg. Op termijn wordt een breder scala aan interventies ingezet (waaronder interventies waarbij het langer duurt voordat ze renderen). Het einddoel: prestatieverbetering voor de volledige populatie.

De interventies zullen in businesscases worden uitgewerkt. Bij de uitwerking van de businesscases wordt waar relevant ook onderzocht of het nodig is om zogenaamde 'feeders' en 'bleeders' te vereffenen en wat daarvan de kosten zijn. Bij een positieve business case volgt er een implementatieplan. Centraal hierin staat een uitwerking van procesdoelen, processtappen, een communicatieplan en het meten en bijsturen van de procesresultaten.

5.3 Afbakening populatie en zorgkosten

De populatie waar het in 'Mijn zorg' om draait, is in eerste instantie afgebakend tot alle CZ-verzekerden die zijn ingeschreven bij de HOZL-huisartsen. Voor deze populatie worden interventies ingezet, vanuit de gedachte dat die in samenhang meer bijdragen aan de gezondheid van de populatie dan wanneer ze afzonderlijk worden doorgevoerd. 'Mijn zorg' biedt die samenhang in eerste instantie op twee manieren:

- Een samenhangende visie op het initiëren van interventies. Dit geeft de initiatiefnemers de mogelijkheid en motivatie om de doelmatigheid van de zorg te verbeteren.
- Benchmarking: de totale verzekeringspopulatie vormt het uitgangspunt voor het uitwisselen van data ten behoeve van samenwerking, doorontwikkeling en leren.

De afspraak is dat de genoemde populatie op termijn ook het uitgangspunt wordt voor de shared savings afspraken. Op korte termijn niet, want in eerste instantie worden de shared savings afspraken verbonden aan de zorgkosten van de interventies. In de tweede fase wordt bestudeerd of het mogelijk en wenselijk is om de totale populatie beperkt te laten meewegen in de shared savings afspraken. Hierbij zullen de resultaten voor de interventies zwaar wegen en de resultaten voor de totale populatie licht.

De afbakening van de zorgkosten voor deze populatie neemt in de loop der tijd toe:

- Eerst: de kosten die samenhangen met de interventies zijn het uitgangspunt voor de shared savings afspraken. Figuur 5 beschrijft de eerste gedachten over afbakening van de zorgkosten voor farmacie, verrichtingen in de eerste lijn en consultvoering.
- Vervolgens: alle kosten onder de Zorgverzekeringswet basispakket, ongeacht wie die kosten genereert. Verbreding van de interventie vanuit de pilot huisartsenpraktijken naar alle huisartsenpraktijken.
- Uiteindelijk: alle zorgkosten, inclusief Wmo en ABWZ.

*In dat stadium wordt het noodzakelijk om te kijken naar de contractrelatie tussen HOZL, huisartsenpraktijken en CZ. Momenteel lopen alleen de contracten (en financiële middelen) voor keten-dbc's en lab via HOZL; huisartsen contracteren zelf de huisartsentarieven met CZ.

Figuur 5: eerste gedachten over afbakening zorgkosten bij drie interventies

Farmacie	Verrichtingen	Consultvoering
<ul style="list-style-type: none"> • Af te bakenen tot alle medicijnkosten (op grond van de basisverzekering ZVV) van alle CZ verzekerden ingeschreven bij HOZL-huisartsen • Eventueel verder af te bakenen <ul style="list-style-type: none"> - Tot specifieke doelgroep (DM, CVRM, COPD) - Tot medicatie voorgeschreven door HOZL-huisartsen en Atrium • Is het wenselijk om apothekers te betrekken in de shared savings afspraken? 	<ul style="list-style-type: none"> • Af te bakenen tot nader aan te wijzen DBC's en M&I-modules (op grond de basisverzekering ZWV) verricht bij alle CZ-verzekerde ingeschreven bij HOZL-huisartsen 	<ul style="list-style-type: none"> • Mogelijk af te bakenen tot alle kosten (op grond van de basisverzekering ZVW) van een nader aan te wijzen doelgroep CZ-verzekerden ingeschreven bij HOZL-huisartsen <ul style="list-style-type: none"> - Niet alle kosten voor die doelgroep worden door deze interventie beïnvloed • Mogelijk af te bakenen tot nader aan te wijzen specialismen of DBC's (op grond de basisverzekering ZWV) verricht bij alle CZ-verzekerde ingeschreven bij HOZL-huisartsen <ul style="list-style-type: none"> - Hoe neem je dan de door de huisarts gemaakte kosten mee?

In de tweede fase van 'Mijn zorg' volgt de concretiseren van de afbakening voor de korte termijn. Dit betekent uitwerking van de shared savings afspraken en de benodigde zorginhoudelijke informatievoorziening aan de hand van de interventies die op korte termijn in 'Mijn zorg' worden uitgevoerd. En het betekent ook uitwerking van de benodigde informatievoorziening om voor de totale populatie te benchmarken en voor de (schaduw)boekhouding van de financiële afspraken.

Bij de tweede fase horen ook afspraken over de vraag hoe snel het mogelijk is de stap te zetten van de eerste focus op zorgkosten die samenhangen met de interventies naar shared savings afspraken die verbonden zijn aan de totale populatie. CZ hecht aan een snel groeipad, om recht te doen aan de populatiegebonden aanpak van 'Mijn zorg'.

5.4 Financiële afspraken

Hoewel het in principe de bedoeling is om gedurende het hele initiatief 'Mijn zorg' te werken met het shared savings principe, moet dit nog wel verder worden uitgewerkt en geconcretiseerd. De gedachte is dat de shared savings afspraken kunnen helpen om ondoelmatige financiële prikkels binnen het zorgsysteem weg te nemen. Het is zeker niet het doel om aanjagende prikkels te introduceren.

Bij het shared savings mechanisme delen de initiatiefnemers de besparingen die de zorgaanbieder weet te realiseren. In de huidige bekostigingssystematiek komt een volumebesparing doorgaans grotendeels aan de zorgverzekeraar ten goede. Dat ontmoedigt de zorgaanbieders om te investeren in kwaliteitsverhogende kosten- en volumebesparingen. Het shared savings mechanisme corrigeert deze ondoelmatige financiële prikkel.

De afspraak is om gedurende het hele initiatief 'Mijn zorg' afspraken te maken over de beoogde ontwikkeling van de kosten op grond van de Zorgverzekeringswet basispakket.

- Bij de start van het initiatief wordt hierover alleen een schaduwboekhouding bijgehouden, om te leren over de vormgeving en uitwerking van het shared savings principe op populatieniveau (geen financiële gevolgen). Zo kunnen de initiatiefnemers leren hoe ze moet omgaan met de gevolgen van exogene veranderingen (in beleid/tarieven, in de samenstelling van de populatie en zorginhoudelijk) op shared savings.
- Op termijn delen de initiatiefnemers de besparingen ten opzichte van de beoogde kostenontwikkeling op populatieniveau (wel financiële gevolgen).

Zoals beschreven in de vorige paragraaf werken de initiatiefnemers in de tweede fase uit waarover ze op korte termijn shared savings afspraken maken met financiële gevolgen: de geselecteerde interventies zijn daarbij het uitgangspunt. De initiatiefnemers zullen afspreken binnen welke kostenontwikkeling ze in aanmerking komen voor shared savings. Daarbij gaat het om de ontwikkeling van de zorgkosten die samenhangen met de interventies voor 'Mijn zorg'. Goede kwaliteitsprestaties vormen de voorwaarde voor het uitkeren van shared savings. De initiatiefnemers zullen afspreken hoe hun kwaliteitsprestaties de omvang van de financiële uitkering zal beïnvloeden.

Vooralsnog volstaat deze globale beschrijving van het shared savings mechanisme. Over de feitelijke invulling ervan moeten immers nog afspraken worden gemaakt. Om misverstanden en onjuiste verwachtingen te voorkomen is het evenwel wenselijk spoedig tot afspraken te komen over de vraag welke kosten voor een interventie wel en niet worden gefinancierd uit de shared savings. Bij de uitwerking van de interventies dient dit in de businesscase meegenomen te worden.

De initiatiefnemers hebben afgesproken volledig transparant te zijn naar elkaar over hun kosten (binnen de grenzen van de Mededingingswet). Dit is nodig voor toepassing van het shared savings principe. Volledige transparantie hanteert HOZL richting huisartsenpraktijken ook als vereiste om mee te kunnen doen aan 'Mijn zorg'-interventies.

5.5 Contractpartner(s)

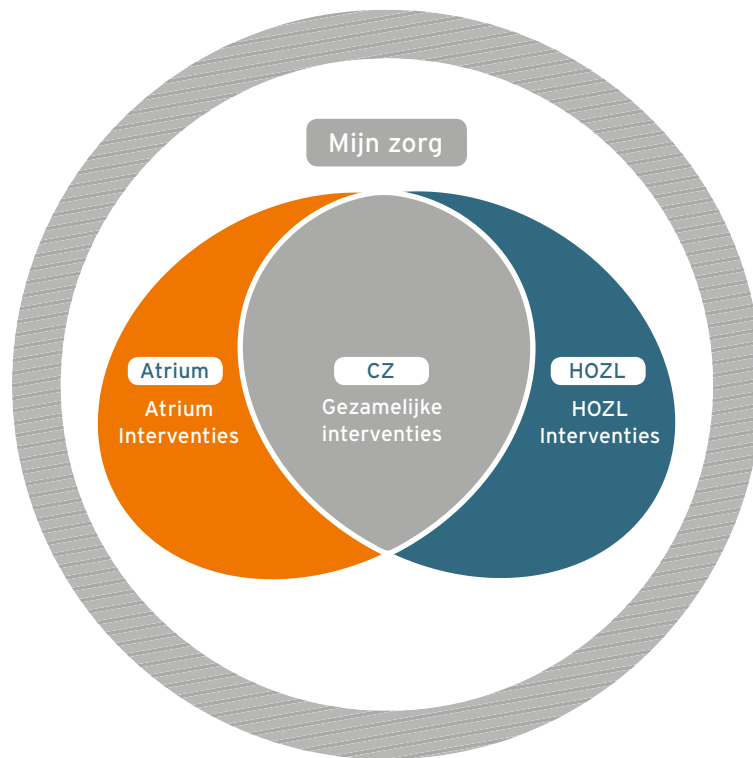
De initiatiefnemers zullen mogelijk op termijn geen veranderingen aanbrengen in contractpartijen. De initiatiefnemers blijven samenwerken in een stuurgroep en richten in ieder geval in deze fase geen aparte juridische entiteit op. Atrium en HOZL kunnen dan beide de contracten tekenen met CZ en Huis voor de Zorg. Organisatie van de gezamenlijke activiteiten geschiedt vanuit een stuurgroep (met werkgroepen). De toekomstige organisatie is, mede met het oog op de voorgenomen uitbreiding naar andere domeinen en partijen, onderwerp van nadere studie in de vervolgfase. Een mogelijke optie op termijn is om te komen tot juridische rechtspersonen Joint Venture.

Met de beperkte scope van 'Mijn zorg' op de korte termijn (beperkt aantal interventies en shared savings mechanisme nog niet gekoppeld aan een populatie) treden Atrium en HOZL als combinatie op in het samenwerkingscontract met CZ en Huis voor de Zorg voor 'Mijn zorg'. Beide partijen ondertekenen het samenwerkingscontract, dat onder meer afspraken bevat over de populatiegebonden aanpak, interventies, het shared savings mechanisme en informatie-uitwisseling.

De initiatiefnemers hebben afgesproken dat, ook al zijn Atrium en HOZL gezamenlijk verantwoordelijk, ze niet perse alle interventies samen hoeven uit te voeren. Dit zal wel vooraf binnen het project afgestemd worden. Zo kan HOZL bijvoorbeeld zonder Atrium een interventie op het gebied van de GGz uitvoeren, met eventueel een GGz-aanbieder als onderaannemer. HOZL en CZ kunnen die GGz-interventie bilateraal uitwerken (zie figuur 7). In de tweede fase moet worden bezien wat hiervan de gevolgen moeten zijn voor de shared savings afspraken (hoe worden de shared savings verdeeld tussen Atrium en HOZL) en het voorfinancieren van de investeringen.

Samenwerking tussen partijen is een middel om het maatschappelijke doel te realiseren: kwalitatief goede, patiëntgerichte, duurzame, betaalbare zorg. Hierbij wordt rekening gehouden met de belangen van alle partijen. Met de ervaring die de initiatiefnemers opdoen met deze werkwijze, bepalen ze gedurende de uitvoering van 'Mijn zorg' of ze deze situatie handhaven wanneer de scope ervan verbreedt.

De afspraak is VGZ te betrekken na afloop van de kwartiermakersfase. VGZ wordt dan geïnformeerd en dan volgen ook de afspraken over hoe en wanneer VGZ voor vervolg wordt betrokken. Na afloop van de tweede fase volgt de informatieverstrekking aan de overige zorgverzekeraars.



Figuur 7: Atrium en HOZL kunnen interventies samen en apart uitvoeren

5.6 Kwaliteitsafspraken

Tijdens de tweede fase van 'Mijn zorg' maken de initiatiefnemers op twee punten kwaliteitsafspraken:

- Afspraken over de minimumkwaliteit van de zorg die overgaat van de tweede naar de eerste lijn. Voor dezelfde behandeling dezelfde kwaliteitseisen stellen, zorgt voor borging van de kwaliteit voor de patiënt en tegelijkertijd voor een gelijk speelveld tussen de eerste en tweede lijn. Waar nodig worden ook afspraken gemaakt om de kwaliteit van de zorg te borgen, zoals scholing voor zorgverleners en lijnoverstijgende protocollen.
- Een set aan indicatoren voor benchmarking, schaduwboekhouding/contractmanagement van de shared savings en evaluatie:
 - Benchmarking (spiegelinformatie): Om te komen tot prestatieverbeteringen is het wenselijk dat alle betrokken zorgverleners (en waar relevant ook CZ) frequent inzicht krijgen in hun actuele prestaties. Daarbij gaat het om prestaties op populatieniveau, waar mogelijk uitgesplitst naar zorgverleners. Zo zien zorgverleners de effecten van hun inzet en kunnen ze snel goede ideeën van collega's tot zich nemen om te komen tot verdere prestatieverbeteringen. Voor benchmarking kan worden gewerkt met voorlopige cijfers. Mensen kunnen immers hun cijfers toelichten en nuanceren. En het doel is leren, niet elkaar afrekenen.

- Contractmanagement: Feitelijke informatie verkrijgen op basis waarvan de shared savings afspraken kunnen worden toegepast. De eerste periode betreft het deels afspraken met financiële gevolgen (shared savings afspraken verbonden aan interventies) en deels afspraken zonder financiële gevolgen (schaduwboekhouding over de vormgeving en uitwerking van het shared savings principe op populatieniveau).
- Evalueren: Feitelijke informatie verkrijgen op basis waarvan 'Mijn zorg' jaarlijks kan worden geëvalueerd.

Alle partijen erkennen dat bestaande indicatoren niet goed aansluiten bij het doel van 'Mijn zorg': verbetering van de gezondheid van de populatie en de kwaliteit van zorg. Tegelijkertijd willen ze niet te veel nieuwe kwaliteitsindicatoren en zo min mogelijk extra registraties.

De afspraak is om qua registratielast bij HOZL en Atrium alleen landelijk geaccepteerde indicatoren te gebruiken, om te borgen dat de indicatoren aansluiten bij HIS/KIS en bij vereisten vanuit de overheid en andere zorgverzekeraars. Daarnaast kunnen bestaande en nieuwe indicatoren worden gebruikt die worden gevuld via patiëntenvragenlijsten (over patiëntervaringen, gezondheid van de populatie en kwaliteit van leven). Verder kunnen indicatoren mogelijk worden gevuld vanuit openbare bronnen (zoals RIVM en CBS).

De volgende randvoorwaarden gelden voor de selectie van indicatoren:

- a) Er moet een vaste lijst met indicatoren komen die meerdere jaren geldt (wel in de pas blijven met reguliere inkoop en landelijke ontwikkelingen op dit punt).
- b) Waar mogelijk bevat de set uitkomstindicatoren, waar nodig procesindicatoren. Randvoorwaarde daarbij is dat de uitkomstindicator echt iets moet zeggen over de kwaliteit van zorg en dat goed moet worden geregistreerd.
- c) De indicatoren moeten (deels) aansluiten bij de beoogde resultaten van 'Mijn zorg' voor de hele populatie en (deels) bij de interventies voor de korte termijn.

Zodra de scope van 'Mijn zorg' verbreedt (meer interventies en shared savings gekoppeld aan de hele populatie) dienen de indicatoren aan te sluiten bij alle doelgroepen die worden onderscheiden voor Regioregie. Zoals indicatoren voor gezond geboren worden, gezond blijven door ondersteuning, beter worden bij ziekte, kwaliteit van leven met chronische ziekte en menswaardige palliatieve zorg.

De initiatiefnemers stellen voor om de ontwikkeling van kwaliteit te vergelijken met prestaties in het verleden. Dan is casemix correctie minder belangrijk. Dit wordt verder onderzocht in de tweede fase.



