

Doelmatigheid in de zorginkoop

*Voorbeelden van doelmatigere zorginkoop
door zorgverzekeraars*

Significant B.V.

Thorbeckelaan 91

3771 ED Barneveld

T 0342 40 52 40

KvK 39081506

info@significant.nl

www.significant.nl

Ministerie van VWS

Barneveld, 1 november 2012

Referentie: KH/mu/12.176

Versie: 1.0

Auteur(s): Krisje Hurkens, Ruud Plu, Brechtje Riphagen, Maria Schipper

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
1. Achtergrond en aanleiding	4
2. Aanpak	5
3. Bevindingen	6
3.1 Alle inkoopinstrumenten worden ingezet	6
3.2 De rol van de verzekeraars verschilt in de opzet en uitvoering van initiatieven	7
3.3 Informatievoorziening speelt een centrale rol	8
3.4 Initiatieven zijn vaak intensief in de uitvoering	8
3.5 Verzekeraars kiezen veelal voor een zachte sturing	9
3.6 Resultaten zijn nog niet in alle gevallen meetbaar	9
3.7 Verzekeraars borgen hun initiatieven	10
3.8 Inkoopbeleid medisch specialistische zorg	10
A. Casusbeschrijvingen	11
A.1 Algemeen - Preferentiebeleid eerstelijns farmacie	12
A.2 Achmea - IDEA-pakjesmodel en sterrensysteem in de farmacie	16
A.3 Achmea - Stichting Mirro - verbetering GGZ	18
A.4 Achmea - Achmea-PraktijkStatus voor huisartsenpraktijken	21
A.5 CZ - Module Optimaal Geneesmiddelengebruik	23
A.6 CZ - Kostenreductie ketenzorg	25
A.7 CZ - Project Acute Zorg	27
A.8 CZ - Inkoop van hulpmiddelen: incontinentiemateriaal en verbandmiddelen	29
A.9 CZ - Medisch-specialistische zorg - sturen op volume, prijs en kwaliteit	33
A.10 Friesland Voorop	36
A.11 De Friesland - Anderhalve lijn	39
A.12 De Friesland - Integrale zorginkoop GGZ	42
A.13 Menzis - TopZorg medisch-specialistische handelingen	44
A.14 Menzis - Ouderenzorg	46
A.15 Menzis - Anneemsommen ziekenhuizen	49
A.16 Multizorg - Doelmatige inkoop medisch-specialistische zorg	51
A.17 ONVZ - Preferred Care Fysiotherapie	53
A.18 VGZ - Factpacks medisch-specialistische zorg	56
A.19 VGZ - Ketenzorg dementie	58
A.20 Zorg en Zekerheid - Eerstelijnszorg middels gezondheidscentra	61
B. Lijst met geïnterviewden	63
C. Onderzoeksteam	65

Voorwoord

01 Voor u ligt het rapport Doelmatigheid in de zorginkoop, voorbeelden van doelmatige zorginkoop door verzekeraars. Het onderzoek is uitgevoerd in de periode mei - oktober 2012.

02 Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van de zorgverzekeraars die vragenlijsten hebben ingevuld en hebben meegewerkt aan de (verdiepende) interviews. Wij willen dan ook onze waardering en oprechte dank uitspreken richting de betreffende medewerkers van de zorgverzekeraars.

03 Ten slotte danken wij de opdrachtgever Paul Thewissen en Ron Heijkant van het ministerie van VWS voor de uitstekende bijdrage aan het onderzoek.

04 Namens het onderzoeksteam,

Krisje Hurkens, projectleider

1. Achtergrond en aanleiding

05 Een van de belangrijkste doelstellingen van het gezondheidszorgbeleid in Nederland is het in stand houden van een kwalitatief goede en toegankelijke gezondheidszorg. Om dit te realiseren wordt ernaar gestreefd de zorg betaalbaar te houden door de sterk gestegen uitgaven te beheersen.

06 Alle betrokken partijen - overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten - leveren hieraan een bijdrage. In de afgelopen periode zijn daartoe belangrijke afspraken gemaakt. Zo is in het Hoofdlijnenakkoord 2012 - 2015 voor de ziekenhuiszorg/medisch-specialistische zorg afgesproken de uitgavengroei in de komende jaren te begrenzen tot 2,5% per jaar. Deze maximale groeiruimte is voor de jaren 2013 en 2014 ook afgesproken voor de geestelijke gezondheidssector. Met de huisartsen is een akkoord gesloten over de huisartsenzorg.

07 Sinds de invoering van Zorgverzekeringswet hebben zorgverzekeraars, als regisseurs van de zorg, een belangrijk rol bij de beheersing van de zorguitgaven. Door middel van zorginkoop kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders hieraan een belangrijke bijdrage leveren. Dat doen zij door op tal van terreinen initiatieven te ontplooiën of te ondersteunen.

08 Tegelijkertijd hebben de initiatieven in het algemeen weinig bekendheid, en met name wat betreft de resultaten van deze inspanningen. Om recht te doen aan de inspanningen van verzekeraars, en ook de potentie van doelmatigheid te onderbouwen is het wenselijk een beter overzicht te hebben van wat er in de sector gebeurt, welke resultaten dat oplevert en welke lessen eruit te trekken zijn. Mede om te laten zien dat zorgverzekeraars via de zorginkoop belangrijke bijdragen leveren aan ons zorgstelsel en zo het veld te stimuleren.

09 Het ministerie van VWS heeft daarom onderzoeksbureau Significant de opdracht gegeven een onderzoek uit te voeren om een dergelijke inventarisatie op te stellen, met als doel een breed publiek te informeren en te inspireren ten aanzien van het onderwerp doelmatigheid.

2. Aanpak

10 De doelstelling van het onderzoek is het geven van inzicht in de activiteiten die verzekeraars samen met zorgaanbieders ondernemen om doelmatigheid in de zorg te verbeteren; dit aan de hand van een selectie van voorbeelden uit de praktijk.

11 Onder doelmatigheid wordt in dit onderzoek onder meer verstaan:

1. Verbeterde prijs-kwaliteitverhouding (bijvoorbeeld zelfde kwaliteit tegen lagere kosten), waaronder ook substitutie wordt meegenomen;
2. Beheersing van volume en kosten;
3. Verlaging van de zorgvraag (preventie) versus langetermijnkosten (kortetermijnlasten versus langetermijnbaten).

12 Er is gekozen voor een mix van initiatieven van alle afzonderlijke zorgverzekeraars, die samen het hele zorgveld bestrijken en waarbij uiteenlopende zorginkoopinstrumenten worden toegepast. Op die wijze is beoogd het brede scala aan zorginkoop in beeld te brengen. Om een dergelijke mix te kunnen samenstellen, is in eerste instantie aan alle zorgverzekeraars gevraagd initiatieven aan te dragen.

13 Vervolgens is uit een totale lijst een twintigtal initiatieven geselecteerd waarvoor diepte-interviews hebben plaatsgevonden (semigestructureerd). Hierbij is getracht een zo evenwichtig mogelijk beeld neer te zetten van wat er is aangeleverd, met een goede afspiegeling over de sectoren, zorgverzekeraars en de verschillende zorginkoopinstrumenten. Daar waar zorgverzekeraars vergelijkbare initiatieven ontplooiën, is ook de verdeling van alle casussen over de zorgverzekeraars in ogenschouw genomen. De casusbeschrijvingen zijn op basis van de interviews tot stand gekomen. Zij zijn niet getoetst bij zorgaanbieders of andere (betrokken) partijen.

14 Het is dus geenszins de bedoeling geweest om *alle* initiatieven te onderzoeken. Uit deze rapportage mag dan ook niet worden afgeleid dat er geen andere doelmatigheidsinitiatieven zouden zijn. Ook mag niet worden geconcludeerd dat andere zorgverzekeraars geen vergelijkbare initiatieven hebben ontplooid. Dit is verder niet onderzocht.

3. Bevindingen

15 Het onderzoek heeft als doel een illustratief beeld te geven van de doelmatigheidsinitiatieven van zorgverzekeraars. Het is niet de bedoeling om normatieve uitspraken te doen. Wel is getracht om aan de hand van deze initiatieven, die het zorgveld in z'n volle breedte bestrijken, elementen te destilleren die de rol van zorgverzekeraars kenmerken. Deze elementen komen in dit hoofdstuk Bevindingen aan de orde.

16 De inventarisatie beoogt een weerspiegeling te zijn van verschillende zorgvormen, verzekeraars en benaderingen. Voor de meeste van de aangehaalde initiatieven geldt dat ook een of meer andere zorgverzekeraars op dit vlak actief zijn, soms met een andere aanpak, soms op overeenkomstige wijze. Met de selectie van een initiatief voor deze inventarisatie wordt geen voorkeur van de onderzoekers uitgesproken.

3.1 Alle inkoopinstrumenten worden ingezet

17 Zorgverzekeraars hebben een aantal instrumenten om zorg doelmatig in te kopen, zoals:

- Door concurrentiestelling zorg gedifferentieerd of selectief inkopen;
- Invloed op verbetering van de uitkomsten van de geleverde zorg (kwaliteitsturing) aan de verzekerden (en deze koppelen aan het honoreren van meerwaarde);
- Verzekerden actief stimuleren om naar betere of doelmatige zorgaanbieders te gaan;
- Gebruiken van benchmarkinformatie (spiegelinformatie) op het gebied van kwaliteit, gebruik en/of kosten om inzicht te geven in verschillen tussen zorgaanbieders;
- Het aanbrenge van prikkels in de contractering en het relatiebeheer om zorgaanbieders efficiënter te laten werken;
- Het proberen te voorkomen van tarief- en prijsmaximalisatie door zorgaanbieders;
- Gepast gebruik van zorg stimuleren en ongewenste volumegroei voorkomen;
- Projecten en innovatie: doelmatigheidsafspraken buiten de reguliere bekostigingskaders en contracteercycli met zorgaanbieders (denk aan innovatie, shared savings, et cetera).

18 Al deze instrumenten worden door de zorgverzekeraars ingezet, echter niet allemaal even frequent. Initiatieven waarbij de zorgverzekeraar:

1. Door concurrentiestelling zorg gedifferentieerd of selectief inkoop;
2. Invloed op verbetering van uitkomsten van de geleverde zorg heeft (kwaliteitssturing);
3. Verzekerden stimuleert om naar betere of doelmatige zorgaanbieders te gaan;

zijn in de inventariserende vragenlijst het meest genoemd. Een groot deel van de initiatieven is ontplooid in de sectoren farmaceutische zorg, medisch-specialistische zorg, GGZ en huisartsen/eerstelijnszorg. Initiatieven in de sectoren mondzorg, hulpmiddelen en fysiotherapie komen minder vaak voor; ook zijn er diverse initiatieven rond ouderenzorg, op het snijvlak van cure en care.

19 Zorgverzekeraars worden bij het ontplooiën van hun initiatieven vooral gedreven door het verbeteren van de kwaliteit van de geleverde zorg. Ook kostenoverwegingen spelen een rol, vooral op middellange, maar soms ook op korte termijn.

20 Uit de interviews is naar voren gekomen dat zorgverzekeraars geen nadrukkelijke voorkeur lijken te hebben voor een of meerdere instrumenten. De doelstellingen zijn leidend, het instrument is volgend en kan variëren. Het beheersen van de zorgkosten kan immers zowel door middel van het aanreiken en stimuleren van goedkopere alternatieven (Preferentiebeleid door verschillende zorgverzekeraars, Achmea IDEA-pakjesmodel), maar ook door substitutie van tweedelijnszorg naar de eerste lijn (CZ Acute Zorg, De Friesland Anderhalve lijn), het terugdringen van zorgbehoefte en het werken met gestandaardiseerde tools en protocollen (Stichting Mirro), het gebruik van (spiegel)informatie (Achmea PraktijkStatus) of het werken met vaste aanneesommen (Menzis Aanneesommen ziekenhuizen) worden bereikt.

3.2 De rol van de verzekeraars verschilt in de opzet en uitvoering van initiatieven

21 De opzet en uitvoering van de beschreven initiatieven is verschillend. Soms wordt er door de verzekeraar pragmatisch aangehaakt bij initiatieven uit het zorgveld, denk hierbij aan Preferred Care Fysiotherapie (ONVZ) en Eerstelijnszorg middels gezondheidscentra (Zorg en Zekerheid). In andere gevallen is het initiatief nadrukkelijker door de verzekeraar opgezet, zoals Inkoop van hulpmiddelen (CZ) of Factpacks (VGZ).

22 Zorgverzekeraars kiezen verschillende rollen om initiatieven tot stand te laten komen. Menzis kiest voor Ouderenzorg voor een faciliterende rol die een initiatief van het veld ondersteunt, maar neemt bij TopZorg een actieve rol in. De Friesland Zorgverzekeraar (DFZ) heeft het initiatief genomen om, samen met andere partijen, te komen tot een herinrichting van het zorglandschap (Friesland Voorop).

23 Vooral als gestreefd wordt naar meer geïntegreerde zorg nemen zorgverzekeraars nadrukkelijker zelf het initiatief. Voorbeelden zijn Ketenzorg dementie van VGZ, Integrale zorginkoop GGZ van DFZ en Eerstelijnszorg via gezondheidscentra door Zorg en Zekerheid.

24 Een groot deel van de initiatieven gaat van start in het kerngebied van de zorgverzekeraar, waar men relatief meer verzekerden heeft en ook relaties met zorgaanbieders onderhoudt. Bij bewezen resultaten worden de initiatieven uitgebreid naar andere regio's (de fase waar case-management dementie VGZ nu voor staat). Projecten als Anderhalve lijn (DFZ) en Acute zorg (CZ) zijn specifiek gericht op een lokale situatie. Multizorg laat zien ook actief te willen zijn in regio's waar men geen marktleider is. Sommige initiatieven gaan van start met één of enkele zorgaanbieders en worden daarna uitgerold naar een groter aantal zorgaanbieders (Aanneesom ziekenhuizen Menzis).

25 Het aangrijpingspunt varieert. De initiatieven variëren van een herinrichting van de zorg (De Friesland, Anderhalve zorg) en het willen verbeteren van de kwaliteit van de zorg in een bepaalde sector (Menzis TopZorg, Friesland Integrale inkoop GGZ en andere) tot het inzetten van meer traditionele inkoopinstrumenten (Inkoop hulpmiddelen met een dagprijs en Overheadreductie ketenzorg; beide CZ). Het lijkt erop dat de effectiviteit van het inzetten instrument ook afhankelijk is van de sector. Daar waar de zorgverlener verder afstaat van de verzekerde (hulpmiddelen, farmacie) is het instrument meer inkoopgedreven.

Nagenoeg alle initiatieven hebben een relatie met de meerjarenvizie/het strategisch beleid en het profiel van de zorgverzekeraar en kennen een langere looptijd.

26 Bij de totstandkoming en uitvoering van initiatieven werken verzekeraars soms samen, zoals bij het Preferentiebeleid eerstelijns farmacie. Later zijn zij dit op onderdelen verder gaan uitwerken, maar dan niet meer gezamenlijk. Nadat CZ bij de inkoop van hulpmiddelen (incontinentiemateriaal) dagprijzen had geïntroduceerd, zijn later ook andere zorgverzekeraars op dit vlak actief geworden (en zelfs samen gaan werken bij het toepassen op andere gebruiksmiddelen).

3.3 Informatievoorziening speelt een centrale rol

27 Een rode draad in de meeste van de beschreven initiatieven is de rol van informatievoorziening. Veel initiatieven zijn gestart vanuit een analyse van gegevens bij de verzekeraar over zorggebruik en declaraties, soms aangevuld met externe informatie over bijvoorbeeld kwaliteitsindicatoren. De analyses laten verschillen zien in bijvoorbeeld zorggebruik, praktijkvariatie of organisatiewijze en vormen de basis van een dialoog met zorgaanbieders over verandering. In diverse initiatieven wordt door de verzekeraar op deze wijze inzicht gegeven dat de zorgaanbieder zelf niet heeft.

28 Voorbeelden van deze werkwijze zijn het gebruik van factpacks door VGZ en de PraktijkStatus van Achmea. Een ander voorbeeld van het gebruik van spiegelinformatie is Overheadreductie Ketenzorg door CZ dat ten doel heeft verschillen tussen zorgaanbieders in de omvang van de overhead inzichtelijk te maken. Bij de initiatieven van Multizorg (doelmatige inkoop MSZ) en Achmea (IDEA) wordt informatie gebruikt om indicatoren te ontwikkelen die vervolgens gebruikt worden om de hoogte van de overeen te komen tarieven te kunnen koppelen aan de uitkomsten van zorg (Multizorg) of de hoogte van de beloning van de apothekers vast te stellen (IDEA).

3.4 Initiatieven zijn vaak intensief in de uitvoering

29 Bepalende factoren bij de uitvoering zijn draagvlak, relatiebeheer met het 'veld', communicatie met verzekerden en het hanteren van behandelstandaarden. Dit maakt de uitvoering van veel initiatieven intensief en vergt inspanningen van de verzekeraar. Dit geldt voor zowel de totstandkoming als de uitvoering van een initiatief. Grote projectteams (IDEA-pakjesmodel), ruime betrokkenheid uit en samenwerking met het veld en de wetenschap (CZ Module Optimaal Geneesmiddelengebruik), uitvoerige communicatietrajecten en stuurgroepen, zijn geen uitzondering bij de ontwikkeling en invoering van de zorginitiatieven. Dit maakt dat initiatieven een gedegen voorbereiding vergen, maar zorgen er aan de andere kant voor dat de initiatieven bestendig zijn. Ook een omvangrijker initiatief als Friesland Voorop laat een intensieve voorbereiding zien.

30 Enkele initiatieven zijn gebaseerd op de ontwikkeling van behandelstandaarden of samenwerkingsafspraken tussen zorgprofessionals en deze vergen meer onderling overleg. Verzekeraars zorgen hierbij voor de mogelijkheid om kennis te delen door overleggen te faciliteren en partijen bij elkaar te brengen (bij Stichting Mirro/Achmea en Preferred Care/ONVZ). In veel interviews komt naar voren dat verzekeraars het draagvlak vanuit het veld belangrijk vinden en dat zij daarom aansluiten bij initiatieven van het veld (Menzis Ouderenzorg en Zorg en Zekerheid Eerstelijnszorg gezondheidscentra).

3.5 Verzekeraars kiezen veelal voor een zachte sturing

31 Veel van de beschreven initiatieven hebben overeenkomstig dat verzekeraars kiezen voor de zachte sturing en de weg der geleidelijkheid. 'Harde' afspraken over prijs of volume komen relatief weinig voor, met uitzondering van bijvoorbeeld geneesmiddelen. Wel wordt in veel initiatieven ingezet op dialoog en geleidelijke verandering, op basis van feitelijke informatie. Zo blijkt bijvoorbeeld in de medisch-specialistische zorg dat zorgverzekeraars terughoudend zijn in het te strikt toepassen van inkoopinstrumenten als selectieve inkoop en sturing van verzekerden (CZ Medisch-specialistische zorg). Hierbij zou mee kunnen spelen dat verzekeraars in een publicitair gevoelige omgeving opereren.

3.6 Resultaten zijn nog niet in alle gevallen meetbaar

32 Enkele initiatieven zijn al langer geleden gestart en hebben aantoonbaar resultaat opgeleverd (Preferentiebeleid, CZ Module optimaal geneesmiddelengebruik). De meeste van de opgenomen initiatieven zijn van te recente datum om concrete resultaten te kunnen aantonen. Toch laat een initiatief als dat van CZ rond verbandmiddelen zien dat ook op korte termijn aantoonbaar resultaat kan worden geboekt. De meeste andere initiatieven zijn vooralsnog echter beperkt tot het inzichtelijk maken van de situatie via benchmarkinformatie met als doel in een volgende fase kwaliteits- of doelmatigheidswinst te kunnen boeken.

33 Hierbij speelt een rol dat verzekeraars bij de start van een initiatief weinig meetbare doelstellingen hebben geformuleerd. Uit de interviews ontstaat niet het beeld dat de zorgverzekeraars zich vooraf het maximaliseren van doelmatigheidswinsten ten doel stellen. Dit verklaart mogelijk waarom slechts in een beperkt aantal gevallen is gewerkt met een vooraf goedgekeurde business-case (bijvoorbeeld CZ Acute Zorg, Overheadreductie ketenzorg). In de farmacie zijn de doelstellingen het best meetbaar. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat hier al eerder is begonnen met het ontplooiën van initiatieven. Een andere mogelijke verklaring is dat resultaten op product-niveau gemakkelijker meetbaar zijn dan op het niveau van dienstverlening.

3.7 Verzekeraars borgen hun initiatieven

34 In veel situaties is aangegeven dat borging en doorontwikkeling van de initiatieven aandacht krijgt. Bij diverse verzekeraars wordt ook intern de vraag gesteld naar het rendement van een initiatief, ook met het oog op het al dan niet voorzetten ervan. Dat leidt er mede toe dat diverse initiatieven extern geëvalueerd zijn, zoals Ketenzorg dementie (VGZ), of worden, zoals PraktijkStatus (Achmea).

35 Alle initiatieven hebben een langere looptijd, maar na behaald resultaat wordt een project ook afgesloten of voorgezet in de staande organisatie. CZ MOG is gestopt als gevolg van het maken van landelijke resultaatsafspraken over generiek voorschrijven tussen het ministerie van VWS en huisartsen, waardoor het relatieve voordeel voor CZ sterk werd verminderd. Bij goed resultaat kan een initiatief wel leiden tot bredere implementatie. PraktijkStatus wordt binnen Achmea inmiddels beschouwd als '*business as usual*'. Over een langere periode gezien worden initiatieven ook doorontwikkeld. Een voorbeeld hiervan is TopZorg van Menzis, wat inmiddels alweer aan de zesde inkoopronde toe is en waarbij ook de doelstellingen in de loop der tijd geëvolueerd zijn.

36 Ook investeren zorgverzekeraars in de borging van de initiatieven. Een voorbeeld is het investeren in relatiemanagers (Achmea PraktijkStatus, VGZ Factpacks). Relatiebeheer speelt nadrukkelijk een ondersteunende rol bij instrumenten als benchmarking of selectieve inkoop.

3.8 Inkoopbeleid medisch specialistische zorg

37 Hoewel niet het hoofddoel van het onderzoek, is in diverse gesprekken ook het inkoopbeleid voor medisch-specialistische zorg aan bod gekomen. Dat staat hoog op de agenda bij zorgverzekeraars. De beschikbare groeiruimte van 2,5% is leidend, maar wordt door verzekeraars verschillend ingevuld. In hun contracteerbeleid voor 2013 gaan de verzekeraars door op de met het Hoofdlijnenakkoord ingeslagen weg. Veelal dienen de afspraken voor 2012 als basis. Het nog ontbreken van voldoende inzicht in de volumes en kostprijzen van de DOT's speelt zorgverzekeraars parten, maar desondanks wordt gestreefd naar een vervroeging in het sluiten van de contracten.

38 Alle zorgverzekeraars leggen ziekenhuizen in 2013 een vorm van kostenbegrenzing op. De een noemt het aanneemsom of omzetplafond, de andere zorgkostenplafond en weer een ander heeft het over een taakstellende begroting. Verzekeraars kiezen deels verschillende speerpunten, bijvoorbeeld volumeafspraken op productenniveau en de uitbreiding naar meer producten daarvan. Alle zorgverzekeraars richten zich op afspraken over kwaliteit en patiëntveiligheid en gaan daarbij uit van normen van de beroepsgroepen. Ook is er aandacht voor het verbeteren van de doelmatigheid en wordt er daarbij gekeken naar de spreiding tussen ziekenhuizen en de mogelijkheden van substitutie naar de eerste lijn. In een aantal gevallen worden meerjarenafspraken gemaakt die zijn gericht op het tot stand brengen van regiovisies/herprofilering en samenwerking rond concentratie en spreiding van de zorg.

S I G N I F I C A N T

A. Casusbeschrijvingen

A.1 Algemeen - Preferentiebeleid eerstelijns farmacie

Korte omschrijving van het initiatief

Zorgverzekeraars voeren preferentiebeleid om de kosten van geneesmiddelen te verlagen. Zij kunnen via hun polis bepalen dat hun verzekerden slechts aanspraak hebben op vergoeding van de door de zorgverzekeraar aangewezen geregistreerde geneesmiddelen, tenzij behandeling met een aangewezen geneesmiddel medisch niet verantwoord is.

Het effect is duidelijk zichtbaar en meetbaar; de inkoopvoordelen van de apothekers zijn grotendeels verdwenen. Bij een deel van de consument en de voorschrijvende artsen is meer kostenbewustzijn ontstaan. Indien beschikbaar wordt een goedkoper en gelijkwaardig geneesmiddel gekozen. Door het preferentiebeleid is voor de generieke geneesmiddelen een prijsverlaging van ruim 75% en soms zelfs 90% gerealiseerd.

Aanleiding van het initiatief

De kosten van de geneesmiddelen stegen rond het jaar 2000 jaarlijks veel harder dan de totale kosten van de zorg. De prijzen voor patentgeneesmiddelen waren nauwelijks hoger dan de prijzen van geneesmiddelen die uit patent waren en kunnen worden nageemaakt (generieke geneesmiddelen). Het bleek dat geneesmiddelen waarvan het patent is verlopen heel lucratief waren voor de apotheker. De inkoopvoordelen en de bonussen voor deze middelen werden niet vertaald naar lagere prijzen voor de zorgverzekeraar en de verzekerde.

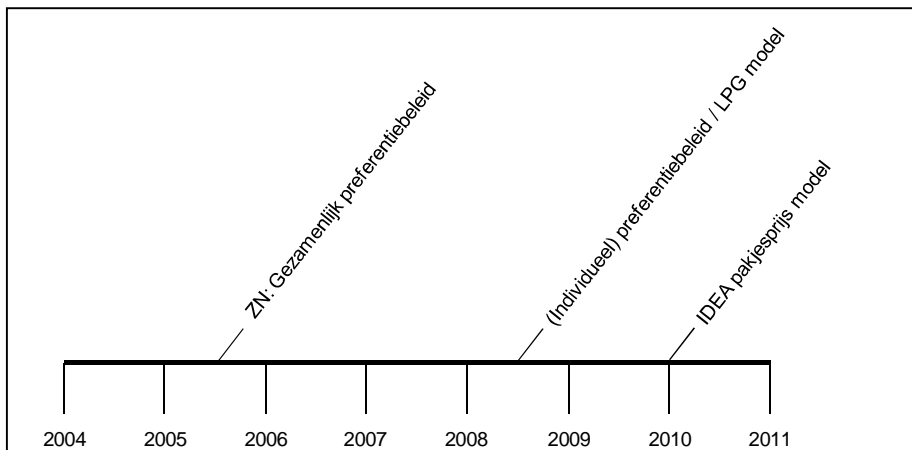
Sinds eind 2003 hadden zorgverzekeraars via de Ziekenfondswet de mogelijkheid om via de polisvoorwaarden preferentiebeleid te voeren. Deze mogelijkheid is overgenomen bij de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006.

Tot de invoering van het preferentiebeleid kon de apotheker in beginsel zelf besluiten welk merkloos geneesmiddel aan de patiënt werd geleverd. De apotheker bepaalde zelfstandig van welke fabrikant generieke geneesmiddelen werden verstrekt. Daarbij betaalde de zorgverzekeraar aan de apotheker de inkoopprijs, mits deze onder de limiet van het zogeheten geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) bleef.

Preferentiebeleid bevordert het gebruik van de goedkoopste generieke geneesmiddelen waar dat mogelijk is in plaats van een duurdere variant van dat geneesmiddel. Doordat zorgverzekeraars alleen generieke middelen tot een bepaalde prijs vergoeden zullen de producenten door onderlinge concurrentie de prijzen laten dalen. Doel van het preferentiebeleid is dus tweeledig: substitutie van patentgeneesmiddelen door generieke geneesmiddelen en daarnaast verlaging van de prijs van de generieke geneesmiddelen die door meerdere fabrikanten op de markt worden gebracht. Op die manier zouden de kosten van geneesmiddelen aanmerkelijk lager kunnen worden.

Uitvoering van het initiatief

In de periode 2005 - 2006 heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) voor de zorgverzekeraars Agis, CZ, De Friesland Zorgverzekeraar (DFZ), Delta Lloyd/Ohra, Menzis (Menzis Anderzorg en Confidor) en Uvit (Univé, VGZ, IZA, Trias) gezamenlijk preferentiebeleid opgesteld voor drie geneesmiddelen: de cholesterolverlagers simvastatine en pravastatine en de maagzuurremmer omeprazol. Voor consumenten betekende dit dat verzekeraars alleen nog maar de goedkoopste generieke variant vergoeden van een geneesmiddel met deze werkzame stoffen.



Per 1 juli 2008 hebben vier verzekeraars, Agis, CZ, Menzis (Menzis Anderzorg en Confidor) en Uvit (Univé, VGZ, IZA, Trias) gebruikgemaakt van de mogelijkheid om apart van elkaar het preferentiebeleid uit te breiden naar andere middelen. Om welke middelen het gaat, verschilde per verzekeraar. Er zijn lijsten van meer dan honderd preferente geneesmiddelen opgesteld in deze verzekeringsspecifieke versies van het preferentiebeleid. Dit betrof ongeveer 50% van de landelijke omzet aan generieke geneesmiddelen. Sindsdien wordt het preferentiebeleid steeds verder uitgebreid met producten die uit patent lopen. Sommige zorgverzekeraars beëindigen het preferentiebeleid voor geneesmiddelen die voldoende in prijs gedaald zijn.

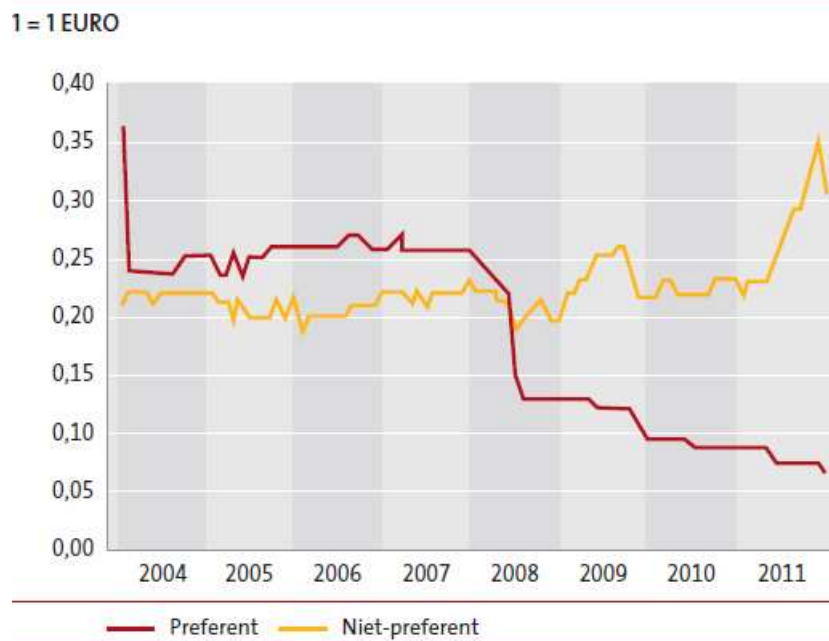
Achmea, Zorg en Zekerheid en DSW werken in diezelfde periode met een iets ander systeem. Zij schrijven niet voor welk medicijn moet worden verstrekt, maar zij bedingen een laagsteprijsgarantie (LPG). Zij betalen aan de apotheek de prijs van het goedkoopst beschikbare generieke geneesmiddel. De verzekeraars vergoeden dus niet de prijs die de fabrikant in rekening brengt aan apotheek, maar binnen een zekere bandbreedte de laagste prijs van het identieke generieke middel in de prijslijst van de lopende maand. Dit betekent een toenemende druk op de prijs van generieke geneesmiddelen. Immers, producenten die de prijs niet laten zakken binnen de bandbreedte zouden hun afzet kunnen kwijtraken. Zorgverzekeraar Achmea/Agis heeft in 2010 nog een andere variant van dit inkoopbeleid geïntroduceerd: het IDEA-contract, ook wel het pakjesmodel genoemd (zie hiervoor casus A.2).

Met uitzondering van Salland, AZVZ, ASR en ONVZ, hebben alle zorgverzekeraars preferentiebeleid opgenomen in de verzekeringspolissen. Voor de inkoopcontracten tussen verzekeraars en apothekers bestaan diverse varianten, waarbij steeds het doel is de prijs van generieke geneesmiddelen te verlagen.

De resultaten

De kosten van geneesmiddelen worden gemeten en gerapporteerd door het CVZ in het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) en door de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). De cijfers die hieronder zijn opgenomen zijn gebaseerd op de GIP-peilingen van september 2012.

Voor het leeuwendeel van de generieke geneesmiddelen (in 2010: ruim 90%) geldt dat deze onderwerp van preferentiebeleid zijn. De gerealiseerde prijsdalingen zijn aanzienlijk, ruim 75% in zes jaar tijd. Het verloop van deze prijsdaling per standaarddagdosis is weergegeven in Figuur 1: hieronder. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen die middelen waarvoor in 2011 door zorgverzekeraars een preferentiebeleid gold en de overige generieke geneesmiddelen. In de periode 2004 - 2008 bleven de prijzen redelijk stabiel vanwege het destijds lage aantal preferente geneesmiddelen. In de loop van 2008 en 2009 daalde de prijzen door uitbreiding van het preferentiebeleid van zorgverzekeraars voor aangewezen geneesmiddelen en het uit patent lopen van een groot aantal geneesmiddelen.



Figuur 1: Ontwikkeling van prijzen (per standaard dagdosis) voor medicijnen die wel en niet onder het preferentiebeleid vielen¹

¹ GIP-peilingen 2011, nr 33, september 2012, p 26.

Het effect van deze prijsverlagingen op de totale uitgaven voor preferente geneesmiddelen is erg groot. Ondanks het feit dat ten opzichte van 2004 het aantal afgeleverde dagelijkse doses met bijna 88% is toegenomen, zijn de uitgaven op Apothekersinkoopprijs (AIP)-niveau met ca € 250 miljoen gedaald (van € 629,3 miljoen in 2004 naar € 379,6 miljoen in 2011). Uitgaande van de afgeleverde hoeveelheden in 2011 en rekening houdend met de gerealiseerde prijsdalingen vanaf 2008, kan de besparing als gevolg van het preferentiebeleid voor het jaar 2011 worden berekend op ruim € 530 miljoen. In 2012 wordt ruim 60% van de geneesmiddelen verstrekt als generiek geneesmiddel. De kosten daarvan bedragen slechts ongeveer 10% van het totale geneesmiddelenbudget. De gemiddelde prijs van een maand therapie met een generiek geneesmiddel is circa € 2,-.

Het succes van het preferentiebeleid is mede te danken aan het feit de voorschrijvers standaard op stofnaam voorschrijven, hetgeen het afleveren van een generiek middel vergemakkelijkt. Ook het aantal generieke middelen dat wordt geproduceerd neemt toe. Sinds 2000 zijn er circa 120 geneesmiddelen uit patent gegaan waarvan de marktaandelen in belangrijke mate werden overgenomen door generieke middelen.

Toekomst

Het preferentiebeleid zal vanwege haar succes door verzekeraars worden voortgezet. Zorgverzekeraars zoeken wel naar mogelijkheden om de nadelen voor apotheken te verminderen. Zo zijn de voorraden nu vaak (te) hoog om leveringsproblemen van generieke middelen te kunnen opvangen. Daarnaast is meer communicatie naar verzekeren nodig. Aan hen moet immers worden uitgelegd dat het switchen tussen product geen invloed heeft op de werking en de kwaliteit van het geneesmiddel. Ook de groothandels hebben behoefte aan een aanpassing van het model, omdat zij door de lage prijzen mogelijk geen adequate vergoeding meer ontvangen voor de distributie van generieke geneesmiddelen.

A.2 Achmea - IDEA-pakjesmodel en sterrensysteem in de farmacie

Korte omschrijving van het initiatief

Als variant op het preferentiebeleid (zie casus A.1) heeft Achmea het zogenaamde 'IDEA-pakjesmodel' ontwikkeld. Dit model houdt in dat apotheken een vaste vergoeding krijgen voor bijna alle medicatie waar de patenten van zijn vervallen. Zo ontstaat een prikkel voor de apotheker om zoveel mogelijk generieke - en daarvan de goedkoopste - medicatie af te leveren. Apotheken die hierin slagen, realiseren financieel voordeel door de inkoop van patentvrije medicatie. Apotheken hebben in dit model de regie over hun eigen inkoop. Zij bepalen zelf of zij gebruik willen maken van het IDEA-pakjesmodel of van het preferentiebeleid. Ruim 75% van de door Achmea gecontracteerde apotheken heeft gekozen voor het IDEA-model.

Parallel aan de ontwikkeling van het IDEA-model is een nieuw kwaliteitsmodel ontwikkeld. Op basis van dit sterrensysteem kan een apotheek tot 3% opslag krijgen op de receptregelvergoeding.

Aanleiding van het initiatief

Achmea werkt met het preferentiebeleid volgens het principe van 'laagste prijs garantie'. Hierbij worden alleen de kosten voor het laagstgeprijsde middel met dezelfde werkzame stof vergoed aan de apotheker. De vervanging van geneesmiddelen naar goedkopere, generieke geneesmiddelen bleef voor Achmea-verzekerden achter bij verzekerden van andere verzekeraars.

Daarom is Achmea in 2009 begonnen met het ontwikkelen van een alternatief prijsmodel voor de inkoop van geneesmiddelen, gekoppeld aan een nieuw kwaliteitsbeleid. IDEA is in 2010 geïntroduceerd. Apothekers hebben de keuze voor één van beide systemen: preferentiebeleid op basis van laagste prijs garantie of het IDEA-model. Om de kwaliteit van de zorgverlening te stimuleren heeft Achmea tegelijkertijd een sterrensysteem voor apothekers geïntroduceerd.

Het IDEA-model prikkelt de apotheker tot substitutie. De apotheker kan hierdoor financieel voordeel realiseren als de prijs van het substitutiemiddel onder de pakjesprijs ligt. Het model biedt apothekers bovendien meer regie heeft over het eigen assortiment.

Uitvoering van het initiatief

IDEA is in 2009 gestart als project, met een projectleider en projectteam bestaande uit 9 personen. Sinds 2011 is het model ingebed als lijnactiviteit binnen zorginkoop.

Het basisprincipe achter IDEA is een vaste prijs gebaseerd op een gemiddeld prijsassortiment. Zowel geneesmiddelengroothandels als een dwarsdoorsnede van apotheehoudend Nederland (ketens, zelfstandige apotheken) en brancheorganisaties zijn bij de ontwikkeling van het IDEA-model betrokken. De eerste stap in de uitvoering was het vaststellen van een gemiddelde pakjesprijs. Hiervoor zijn rekenmodellen ontwikkeld. Ook is het nieuwe model geïntegreerd in het huidige apothekersinformatiesysteem (AIS) voor de afhandeling van declaraties. Klanten met vragen konden terecht bij de telefonische helpdesk van Achmea.

Met IDEA biedt Achmea apothekers een alternatief voor het preferentiebeleid waarbij blijvend wordt gestuurd op het verlagen van de kosten van het geneesmiddelengebruik en waarbij de apotheker meer ruimte heeft voor eigen invulling. Parallel aan de introductie van IDEA heeft Achmea een nieuw kwaliteitsmodel ('sterrensysteem') ontwikkeld. Met dit sterrensysteem wil Achmea de doelmatigheid van de farmaceutische zorg vergroten door te bevorderen dat de apotheker zich meer richt op zorginhoudelijke taken. De beloning die apothekers daarvoor van Achmea ontvangen is gebaseerd op meetbare indicatoren als kwaliteit, service en doelmatigheid.

Op basis van het sterrensysteem kan een apotheek tot 3% opslag krijgen op de beloning van farmaceutische zorg (de oude receptregelvergoeding). De sterren worden bepaald aan de hand van een 'mandjesmodel'. Als een apotheker voldoet aan het kwaliteitsprofiel van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), voldoet aan een aantal service aspecten, voldoende scoort op CQ-index en op geselecteerde zorgindicatoren, worden tot maximaal vier sterren toegewezen. De objectieve data waar deze beoordeling op gebaseerd is, wordt aangeleverd door de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). Ook een bezoek door een mystery guest van Achmea kan deel uitmaken van de beoordeling.

De resultaten

Ongeveer 75% van de apotheken heeft voor het IDEA-model gekozen (en dus 25% voor het preferentiebeleid). Het betreft tweejarige contracten. Met de introductie van IDEA is de substitutiegraad gestegen (er worden minder specialités en meer generieke geneesmiddelen voorgeschreven) en zijn totale geneesmiddelenkosten gedaald (door toegenomen gebruik van generieke/patentvrije geneesmiddelen).

Doordat de apotheker zelf regie houdt over het assortiment wordt diens medische kennis beter benut en is de positie van de apotheker in het Farmaco Therapie Overleg (FTO) met huisartsen versterkt. Daarnaast levert substitutie ook direct financieel voordeel op voor de apotheker. Dit is een prikkel om over te gaan tot substitutie, volgens het credo: 'goedkoop als het kan, duur als het moet'.

Toekomst

Het IDEA-model maakt inmiddels deel uit van het standaard inkoopbeleid van Achmea voor farmacie. Achmea is voornemens het kwaliteitsbeleid verder uit te breiden door kwaliteitsverschillen zichtbaar te maken en koplopers te belonen.

Meer informatie

<http://www.achmeazorg.nl/farmacie/Farmacie/Zorginkoop/IDEA/Pages/default.aspx>

A.3 Achmea - Stichting Mirro - verbetering GGZ

Korte omschrijving van het initiatief

Stichting Mirro (Mirro) is een gezamenlijk initiatief van zorgaanbieders (AZmn, GGZ Drenthe, GGZ inGeest, Parnassio Bavo Groep) en verzekeraar Achmea om te bevorderen dat binnen de geestelijke gezondheidszorg de juiste zorg op de juiste plek wordt geleverd. Hiervoor heeft Mirro specifieke protocollen voor screening en behandeling ontwikkeld. Daarnaast stimuleert Mirro individuen om zelf te werken aan hun mentale gezondheid. Dit wil Mirro bereiken door het ontwikkelen van diverse websites met preventieve informatie en zelfmanagementmodules.

Aanleiding van het initiatief

Voor Achmea was er een aantal redenen om een initiatief te ontplooiën binnen de GGZ. In de afgelopen 10 jaar zijn de kosten van GGZ-zorg met ruim 70% toegenomen. Bovendien is in het regeerakkoord van 2010 afgesproken verzekeraars risicodragend te maken voor de curatieve GGZ. Ook de maatschappelijke impact is groot: psychische klachten zijn arbeidsverzuimoorzaak nummer één. Echter, de grip op kosten, kwaliteit en toegankelijkheid van de GGZ blijkt voor verzekeraars beperkt.

Het merendeel van de mensen met psychische problemen gaat voor hulp naar de huisarts. Uit een onderzoek onder huisartspraktijken bleek onder meer dat een groot deel van de huisartsen zich niet voldoende geëquipeerd voelt om mensen met beginnende psychische klachten adequaat door te verwijzen. Niet zelden wordt een patiënt met lichtpsychische klachten doorverwezen naar de veel duurdere specialistische zorg, terwijl er veel goedkopere alternatieven voorhanden zijn. Ook gebeurt het dat lichtpsychische klachten niet als zodanig herkend worden, waardoor de klachten onbehandeld blijven en op den duur verergeren. Beide situaties zijn niet wenselijk, zowel voor de patiënt, die geen adequate behandeling krijgt, als voor de verzekeraar die te maken krijgt met hogere zorgkosten.

Uit het onderzoek onder huisartsenpraktijken bleek ook dat zorgstandaarden in de eerstelijns ontbreken. Binnen een aantal huisartsenpraktijken is een GGZ-praktijkondersteuner aanwezig, maar dit is in lang niet alle praktijken het geval. Op regionaal niveau zijn er grote verschillen waarneembaar met betrekking tot de organisatie binnen de huisartsenpraktijk. Dit maakt dat er weinig uniformiteit zit in het doorverwijzingbeleid, en dat het van veel verschillende factoren afhankelijk is waar een patiënt met een hulpvraag uiteindelijk terecht komt.

Uitvoering van het initiatief

Zorgverzekeraar Achmea en een aantal aanbieders van GGZ in het kerngebied (GGZ Drenthe, GGZ inGeest, Parnassia Bavo Groep en Ambulante Zorggroep Midden-Nederland) hebben de handen in een geslagen. Stichting Mirro (Mirro) is als gezamenlijk initiatief ondergebracht in een stichting, met daarin een bedrijfsbureau.

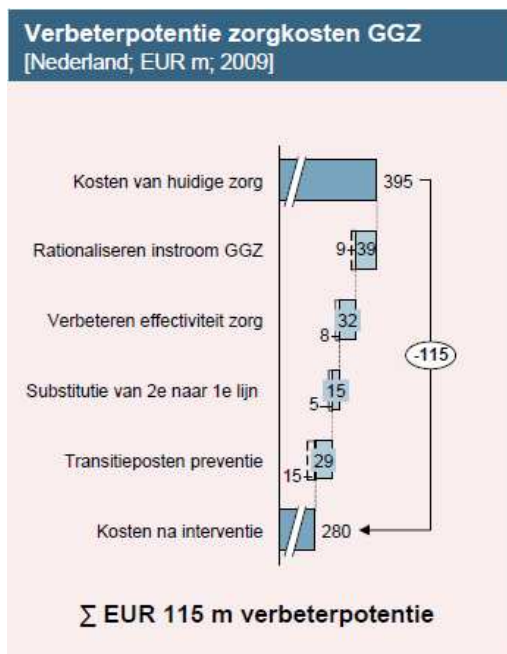
Mirro heeft als uiteindelijk doel om alle huisartsenpraktijken in Nederland een beter gestructureerde en georganiseerde standaardwerkwijze aan te bieden, door een screeningstool en behandelprotocollen te ontwikkelen. Door met deze gestandaardiseerde methode te werken, wordt een patiënt adequater doorverwezen en krijgt de patiënt hulp die is toegespitst op de zorgvraag.

Naast adequate doorverwijzing richt Mirro zich op preventie en zelfmanagement. Door websites aan te bieden aan verschillende doelgroepen, worden op een laagdrempelige manier handvatten geboden voor zelfmanagement. Deze websites richten zich zowel op jongeren als op volwassenen, en hebben thema's als 'rouw', 'verantwoord gamen', 'ik ga scheiden' en 'boos op de baas'. De websites worden breed via zoekmachines en marketing onder de aandacht gebracht bij burgers. Via deze weg wil Mirro de potentie van *E-health* als preventie- en zelfmanagementtool verder ontwikkelen en inzetten binnen de zorgketen.

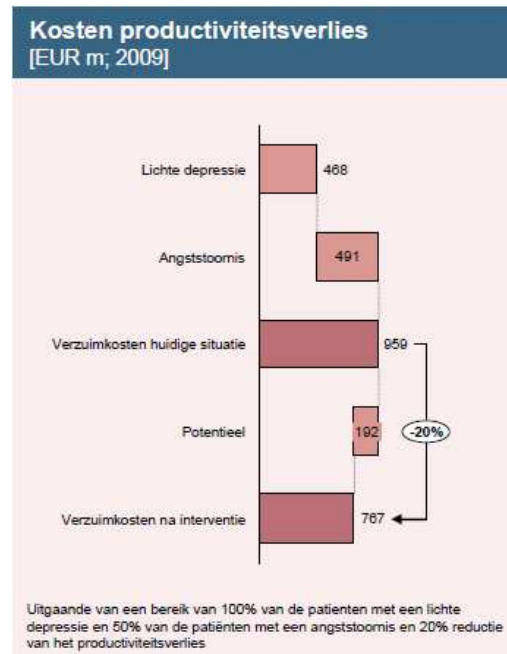
De partijen die samenwerken in deze stichting hebben ervaring met geprotocolleerd werken in zowel grootstedelijk als ruraal gebied. Via de deelnemende partijen wordt circa 10% van alle huisartsenpraktijken bereikt. Het komende halfjaar zal in bijna 1.000 huisartsenpraktijken in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht, Haarlem en Drenthe de Mirro-methode worden ingevoerd. In deze gebieden woont circa 40% van het aantal Achmea-verzekerden.

Om de huisartsen te betrekken, zijn er regionale klankbordgroepen. Daarnaast zit er namens de NHG een huisartsenvertegenwoordiging in de wetenschappelijke board en in het stichtingsbestuur.

Uit onderzoek blijkt (zie Figuur 2:) dat het totale landelijke besparingspotentieel binnen de GGZ-sector € 115 miljoen bedraagt. Bovendien zijn de maatschappelijke kosten van psychische klachten groot, met name door arbeidsverzuimkosten (zie Figuur 3:). Het is de doelstelling van Mirro om bij gebleken effectiviteit landelijk uit te rollen en het gehele besparingspotentieel binnen de GGZ te realiseren. Mirro wil ook de verzuimkosten met 20% terugdringen.



Figuur 2: Besparingspotentie Mirro-methode GGZ-kosten



Figuur 3: Maatschappelijke kosten productiviteitsverlies door psychische klachten

De resultaten

Mirro is ruim een jaar geleden van start gegaan. In dit eerste jaar zijn de eerste vier themawebsites gelanceerd. Tevens is er een uniform screeningsprotocol ontwikkeld (gebaseerd op een 'slimme vragenlijst') en is er een behandelprotocol voor beginnende psychische klachten opgesteld. Voor het toepassen van het screeningsprotocol zijn de betreffende hulpverleners (meestal sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en GGZ-praktijkondersteuners) getraind door Mirro. Voor het ondersteunen van de werkzaamheden binnen de huisartsenpraktijk is ook een digitale werkomgeving ontwikkeld. In deze werkomgeving worden de verschillende vragenlijsten en E-health modules samengebracht. Dit bevordert ook de samenwerking tussen de verschillende hulpverleners en zorgprofessionals.

Momenteel wordt een onderzoek uitgevoerd naar de effecten van de inzet van de ontwikkelde instrumenten op de kosten en effectiviteit van de GGZ-zorg. De resultaten van deze studie zijn nu nog niet beschikbaar. Na deze testfase is het - bij positief resultaat - de bedoeling dat het initiatief breder uitgerold wordt.

Toekomst

Achmea zou huisartsen en andere zorgprofessionals die werken volgens de ontwikkelde behandelprotocollen willen 'belonen', met op termijn een koppeling aan het wel of niet contracteren. Voordat Achmea hiertoe overgaat, zal in onderzoek moeten worden vastgesteld in hoeverre de ontwikkelde instrumenten effectief zijn.

Meer informatie

<http://www.mirro.nl/>

A.4 Achmea - Achmea-PraktijkStatus voor huisartsenpraktijken

Korte omschrijving van het initiatief

De Achmea-PraktijkStatus biedt huisartsen inzicht in het totale zorggebruik van hun patiënten, zoals farmacotherapeutische zorg, geestelijke gezondheidszorg, fysiotherapie en medisch-specialistische zorg. Het gaat dan bijvoorbeeld om het aantal behandelingen, de bezochte zorgverleners en de gemaakte kosten. Daarbij wordt de huisartsenpraktijk vergeleken met een gemiddelde huisartsenpraktijk (praktijkvariatie). Door deze informatie krijgt de huisarts meer inzicht in de eigen patiëntenpopulatie en mogelijkheden tot verbetering.

De PraktijkStatus-rapportage wordt door de relatiemanager van Achmea samen met de huisarts geïnterpreteerd en besproken. Het primaire doel is het faciliteren van de huisarts door het bieden van inzicht, om de kwaliteit en doelmatigheid van de huisartsenzorg te vergroten. De overtuiging is dat dit leidt tot een verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid.

Om de betrouwbaarheid van de PraktijkStatus te kunnen garanderen is dit instrument momenteel beschikbaar voor huisartsenpraktijken met minimaal 1.000 Achmea-verzekerden, in regio's waar Achmea de grootste verzekeraar is.

Aanleiding van het initiatief

De huisarts heeft als doorverwijzer en voorschrijver grote invloed op de kwaliteit van de zorg voor de patiënt en de kosten ervan. Daarmee vervult de huisarts een cruciale rol in het zorgstelsel.

Om te identificeren op welke wijze de huisarts de zorgverlening kan verbeteren en welke faciliterende rol Achmea daarin kan vervullen, heeft Achmea de PraktijkStatus ontwikkeld. Deze PraktijkStatus zorgt ervoor dat huisartsen en Achmea's relatiemanagers op basis van objectieve praktijkgegevens samen in dialoog kunnen gaan (partnermodel) over verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Daarbij gaat het niet alleen om huisartsenzorg, maar ook om bijvoorbeeld fysiotherapie, farmacie en medisch-specialistische zorg.

De PraktijkStatus bevat gegevens over de algemene kenmerken van de praktijk, zoals de demografische opbouw van de patiëntenpopulatie, en over specifieke patiëntenkenmerken, zoals het aandeel chronische patiënten en de sociaal-economische klassen. Ook bevat het een overzicht van het verwijsgedrag van de huisartsenpraktijk en biedt het inzicht in de gemiddelde integrale zorgkosten per patiënt. Daarbij wordt ook een vergelijking gemaakt tussen werkelijke en verwachte kosten op basis van de praktijkpopulatie en met omliggende huisartsenpraktijken. De PraktijkStatus laat zien of en hoe het zorggebruik verschilt van vergelijkbare praktijken. Desgewenst kan de PraktijkStatus ook verdiepende analyses bieden, bijvoorbeeld over het zorggebruik binnen het segment fysiotherapie, farmacie, geestelijke gezondheidszorg of ziekenhuiszorg.

Uitvoering van het initiatief

De PraktijkStatus is door Achmea zelf ontwikkeld in nauwe samenwerking met een kernteam van huisartsen. De capaciteit voor het ontwikkelen van PraktijkStatus-rapportages en het aantal relatiemanagers is sinds de introductie ervan in 2009 verder uitgebreid. Momenteel zijn twaalf relatiemanagers actief. Zij worden ondersteund door een team van zorginkopers, medisch adviseurs, analisten en administratief medewerkers.

De relatiemanager ondersteunt de huisarts in het vertalen van de rapportages naar concrete verbeteracties voor de praktijk.

Van belang voor de effectiviteit van het instrument is de kwaliteit van de rapportages en de deskundigheid en continuïteit van de relatiemanagers. Voor de vertrouwensrelatie met de huisartsenpraktijken is van belang dat de rapportages geen beoordelend maar feitelijk karakter hebben. Er is geen koppeling tussen de PraktijkStatus en bijvoorbeeld een bonus/malus-beloningsstelsel voor huisartsen. Het gebruik van de spiegelrapportages maakt inmiddels regulier onderdeel uit van het jaarlijkse zorginkoopproces huisartsenzorg.

PraktijkStatus-rapportages worden opgesteld voor praktijken waar Achmea minimaal 1.000 verzekerden heeft en die in het kernwerkgebied van de zorgverzekeraar vallen (vooral met uitzondering van het werkgebied van Agis). Het gaat hierbij momenteel om ruim 700 huisartsenpraktijken met in totaal zo'n 2,6 miljoen patiënten (dit aantal is geschat op basis van de aanname dat de helft van de patiënten bij deze huisartsenpraktijken bij Achmea is verzekerd). Met 691 praktijken, met in totaal 1.456 huisartsen, is een basisrapportage besproken.

In vervolg op de bespreking van de basisrapportage is inmiddels met 164 praktijken een verdiepingsrapportage (farmacie, MSZ, GGZ of paramedische zorg) besproken. Het doel is om met alle praktijken waarmee een basisrapportage is besproken, minimaal één keer per jaar ook één of meerdere verdiepingen te bespreken.

De resultaten

Door middel van de PraktijkStatus-rapportages beoogt Achmea huisartsen te ondersteunen in de verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening door praktijkvariatie inzichtelijk te maken en terug te dringen. In 2013 worden de resultaten verwacht van het onafhankelijke NIVEL-onderzoek naar de effectiviteit van de PraktijkStatus voor de relatie met de huisarts en de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg.

Met behulp van de PraktijkStatus kunnen huisartsenpraktijken met elkaar worden vergeleken en worden best practices uitgewisseld. De ervaringen hiermee zijn positief.

Toekomst

De PraktijkStatus-rapportages worden regelmatig verbeterd. Zo is de PraktijkStatus recentelijk uitgebreid met een rapportage waarin de huisartsenpraktijk met praktijken uit de regio wordt vergeleken. Ook worden rapportages ontwikkeld die inzicht bieden in de onderlinge (verwijs)relatie tussen zorgverleners. Bovendien wordt binnenkort een PraktijkStatus ontwikkeld voor andere onderdelen van de eerstelijnszorg, zoals fysiotherapie en farmacie.

Meer informatie

<http://www.achmeazorg.nl/huisartsen/Huisartsen/Pages/Achmea-PraktijkStatus.aspx>

<http://www.achmeazorg.nl/huisartsen/Downloadlijst/Huisartsen%20-%20Algemeen/Brochure-Achmea-PraktijkStatus.pdf>

<http://www.youtube.com/watch?v=emJcztBJgQc>

A.5 CZ - Module Optimaal Geneesmiddelengebruik

Korte omschrijving van het initiatief

Door middel van resultaatsafspraken heeft CZ huisartsen en apothekers gestimuleerd om het voorschrijfgedrag meer in lijn met de NHG-standaarden en prescriptie-indicatoren te brengen. Hiertoe hebben apothekers en huisartsen samengewerkt binnen een speciaal ontwikkelde Module Optimaal Geneesmiddelengebruik (MOG). Het initiatief van CZ had het doel het bevorderen van rationele en doelmatige farmacotherapie voor chronische ziekten, met behulp van een 'shared saving-model'. Na het bereiken van het beoogde doel is dit initiatief beëindigd.

Aanleiding van het initiatief

Bij het voorschrijven van medicatie volgen huisartsen niet altijd de (eigen) richtlijnen. Ook constateerde CZ in zijn werkgebied een hoger gebruik van statines/cholesterolverlagers met (duurdere) patentgeneesmiddelen dan het landelijk gemiddelde. In 2003 is CZ daarom gestart met de Module Optimaal Geneesmiddelengebruik (MOG). Na een herziening in 2008 heeft deze module bredere navolging gekregen. Via de module heeft CZ resultaatsafspraken gemaakt met Farmaco Therapie Overleg (FTO)-groepen, waaraan zowel huisartsen als apothekers deelnemen, en deze bij goed resultaat gekoppeld aan een honorering. CZ lanceerde dit initiatief enkele jaren voor dat landelijke afspraken werden gemaakt over het voorschrijven van generieke geneesmiddelen.

Uitvoering van het initiatief

Het MOG-initiatief van CZ kent meerdere fasen. In 2003 is door CZ voor het eerst een MOG opgesteld en zijn resultaatsafspraken met huisartsen gemaakt waarbij rationalisatie van het voorschrijfgedrag voorop stond. Als vervolg zijn zorgverzekeraars CZ en VGZ een samenwerking aangegaan met Universiteit Maastricht. Deze heeft in 2008 ongeveer 100 prescriptie-indicatoren beschreven op basis van de NHG-standaarden en de feitelijke cijfers over het voorschrijfgedrag van huisartsen. Voor dit laatste is gebruikgemaakt van de declaratiegegevens van apotheken. In tegenstelling tot de oorspronkelijke MOG uit 2003 staat in de nieuwe versie centraal dat de prescriptie-indicatoren op basis van de NHG-richtlijnen worden gevolgd. Door uit te gaan van deze indicatoren is impliciet een afweging gemaakt tussen gezondheidswinst versus doelmatigheid.

De nieuwe MOG uit 2008 is breed gecommuniceerd. In het primaire CZ-werkgebied zijn bijeenkomsten voor FTO-groepen gehouden en zijn de prescriptie-indicatoren en de resultaatsafspraken toegelicht. Een FTO-groep werd altijd door twee zorginkopers bezocht. In het voortraject zijn ook de LHV en KNMP betrokken. Daarnaast is in het Pharmaceutisch Weekblad een artikel verschenen over de nieuwe MOG. Binnen CZ is een interne projectorganisatie opgezet waarin zorginkopers huisartsenzorg en farmacie, een medisch adviseur, zorgcontrollers en medewerkers marketing & communicatie waren vertegenwoordigd.

Daarnaast is in de nieuwe MOG meer aandacht aan de apotheker besteed. De apotheker heeft in de nieuwe MOG de rol om als objectieve en deskundige kennisbron met de huisartsen in gesprek te gaan over hun voorschrijfgedrag. Wanneer de resultaatsafspraken door de groep werden behaald, werd de apotheker ook gehonoreerd.

In de resultaatsafspraken is een onderscheid gemaakt tussen nieuwe en bestaande patiënten. Voor nieuwe patiënten is per onderdeel van de MOG een normpercentage vastgesteld (voor bijvoorbeeld statines/cholesterolverlagers krijgt 90% van de nieuwe gebruikers de eerste keus volgens richtlijn voorgeschreven). Voor bestaande patiënten zijn door de zorginkopers met de FTO-groepen individuele resultaatsafspraken gemaakt op basis van cijfers (spiegelinformatie) en het mogelijke verbeterpotentieel.

Deelname aan de nieuwe MOG is beloond met € 250,- per onderdeel/geneesmiddel als de gemiddelde groepsnorm voor nieuwe gebruikers werd behaald. Op deze wijze is de beloning afhankelijk van de resultaten van de FTO-groep als geheel, waarvan de individuele zorgverlener deel uitmaakt.

De resultaten

CZ heeft vooraf de rentabiliteit van de extra honorering berekend ten opzichte van gezondheids- en doelmatigheidswinst, maar heeft geen financiële businesscase opgesteld voor de lancering van de nieuwe MOG. De doelstelling van de nieuwe MOG was met name gericht op een grotere deelname van FTO-groepen dan bij de oude MOG het geval was. In de uitvoering is gebleken dat de FTO-groepen die al 'goed' presteerden zich in eerste instantie hebben aangemeld.

In de periode 2008 - 2010 hebben zich 87 FTO-groepen aangemeld. Tezamen vertegenwoordigen zij 890 deelnemende zorgverleners en de praktijken omvatten circa 600.000 CZ-patiënten. Ongeveer 80% van deze FTO-groepen heeft de afgesproken verbetering op het voorschrijfgedrag bij nieuwe patiënten gerealiseerd en de extra honorering ontvangen. Daarmee is de doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening verbeterd en heeft de nieuwe MOG voor CZ een positief financieel resultaat opgeleverd. De exacte hoogte van het resultaat is niet bekend, vanwege een samenloop van verschillende prijs- en volumeontwikkelingen tegelijkertijd. De resultaten laten zien dat huisartsen en apothekers bereid zijn om voor een relatief kleine honorering resultaatsafspraken te maken om gezondheidswinst voor de patiënt te verbeteren en een besparing op de farmaciekosten te realiseren.

Belangrijk voor de werking van de nieuwe MOG is dat de prescriptie-indicatoren zijn opgesteld door wetenschappers en hiermee niet-onderhandelbare feiten zijn. Dit motiveert huisartsen en apothekers meer tot verbetering dan de daarvoor verstrekte spiegelinformatie die als rapportcijfers van de zorgverzekeraar werden gezien. Ook het betrekken van medisch deskundigen ('peers') was een belangrijke factor.

Toekomst

Door landelijke resultaatsafspraken over generiek voorschrijven tussen het ministerie van VWS en de huisartsen in 2009/2010 is het relatieve voordeel van de nieuwe MOG sterk verminderd, waardoor besloten is met deze module te stoppen. De prescriptie-indicatoren worden in het vervolg door CZ gebruikt als spiegelinformatie, die jaarlijks aan apotheken en huisartsen wordt gezonden.

Meer informatie

<http://www.cz.nl/faq-lijst-mog.pdf>

A.6 CZ - Kostenreductie ketenzorg

Korte omschrijving van het initiatief

CZ streeft ernaar om de overheadkosten in de ketenzorg te beperken. Het tarief voor ketenzorg-DBC's (Diabetes Mellitus, COPD, CVRM) bestaat uit een zorgdeel en een overheaddeel. In de praktijk blijkt dat de verhouding daartussen sterk verschilt tussen zorggroepen die ketenzorg aanbieden. CZ heeft een rekenmodel ontwikkeld dat zorggroepen spiegelinformatie verschaft en inzicht geeft in deze verschillen. Deze informatie wordt door CZ betrokken bij de onderhandelingen met de zorggroepen over het aandeel overheadkosten en in welke mate deze kunnen worden gereduceerd. Dit heeft geleid tot een totale daling van de overheadkosten met 4%. Om zeker te stellen dat deze reductie niet ten koste gaat van de kwaliteit, wordt de kwaliteit op enkele aspecten in de gaten gehouden.

Een onderdeel van de ketenzorg afspraken die CZ maakt, is dat de zorggroep verantwoording aflegt over de daadwerkelijk geleverde zorg. In 2011 is op basis hiervan 17% bespaard op de kosten van ketenzorg door terugvordering van de voorgefinancierde, maar niet-geleverde zorg.

Aanleiding van het initiatief

Door de toename van het aantal mensen met één of meer chronische aandoeningen verandert de zorgvraag. Een antwoord hierop is een intensievere samenwerking tussen aanbieders van verschillende soorten zorg die nodig zijn voor chronisch zieke patiënten, oftewel ketenzorg. Uitgangspunt is dat het gezamenlijk aanbieden van zorg in de zorgketen, op een plek dicht bij de patiënt, leidt tot hogere kwaliteit. Effectieve ketenzorg vermindert bovendien de druk op specialistische tweedelijnszorg. Voor de integrale bekostiging van de gezamenlijke zorg van verschillende aanbieders is een zogenaamde keten-DBC-tarief ontwikkeld. Deze vorm van bekostiging maakt het voor zorgaanbieders eenvoudiger om de zorg samenhangend te organiseren rondom de zorgvraag van de patiënt. Een DBC is een Diagnosebehandelcombinatie oftewel een geheel van stappen die nodig zijn om een aandoening of ziekte te behandelen, van het eerste consult tot en met de laatste controle.

Ketenzorg, beschreven in een keten-DBC, wordt aangeboden en verzorgd door zorgaanbieders die zich in een zorggroep georganiseerd hebben. De zorggroep sluit contracten met zorgverzekeraars om chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren. In het tarief voor de keten-DBC voor de zorggroep is een vergoeding opgenomen voor zorg en voor overhead. Binnen de zorggroep worden afspraken gemaakt over de onderlinge verdeling van deze vergoeding.

CZ koopt bij 35 regionale zorggroepen ketenzorg in via keten-DBC's. Deze zorggroepen hebben binnen de regio's min of meer een monopoliepositie. De ketenzorg die wordt ingekocht heeft betrekking op de chronische aandoeningen Diabetes Mellitus, COPD en Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM). De tarieven voor deze keten-DBC's zijn vrij onderhandelbaar. Uit een eerdere kosteneffectiviteitsstudie naar de vermindering van de druk op de tweedelijnszorg als gevolg van ketenzorg, die CZ heeft laten uitvoeren, blijkt dat verzekerden die van 2006 tot en met 2009 ketenzorg Diabetes II ontvingen iets minder vaak zijn doorverwezen naar de tweedelijnszorg (specialist) dan verzekerden die geen ketenzorg ontvingen. CZ heeft geconstateerd dat de door bovengenoemde 35 regionale zorggroepen geoffreerde DBC-tarieven sterk van elkaar verschillen.

Met name het overheaddeel varieert van 20 tot 40% van de totale DBC-kosten. Deze verschillen worden voornamelijk veroorzaakt door het aantal ondersteunende functies per zorggroep, zoals assistenten en kwaliteitsmanagers. CZ heeft zich tot doel gesteld om de overheadkosten te reduceren door deze meer met elkaar in lijn te brengen en zo de uitgaven voor ketenzorg zoveel mogelijk te besteden aan directe zorg.

Uitvoering van het initiatief

Met behulp van een zelf ontwikkeld rekenmodel levert CZ aan alle zorggroepen spiegelinformatie met betrekking tot de overheadkosten. Daarmee verkrijgen alle partijen inzicht in hun positie ten opzichte van andere zorggroepen. De informatie uit het rekenmodel wordt door CZ gebruikt in de inkoopgesprekken met de afzonderlijke zorggroepen. Daarbij wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan de kosten van de overhead en wordt - waar mogelijk - overeengekomen te hoge overheadkosten, eventueel meerjarig, af te bouwen. Hierbij wordt rekening gehouden met contracten die zorggroepen reeds hebben gesloten.

De afspraken over de (afbouw van de) overheadkosten worden gemaakt in de kernwerkgebieden van CZ. Buiten deze kernwerkgebieden volgt CZ in principe de afspraken die de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel met de zorggroepen maakt, tenzij deze fors afwijken van afspraken die in het kernwerkgebied worden gemaakt. In dat geval onderhandelt CZ zelf met de zorggroep over de eventuele afbouw van de overheadkosten.

De kwaliteit van de zorg die wordt geleverd door de zorggroepen wordt gemonitord aan de hand van onafhankelijke Zichtbare Zorg-indicatoren. Deze monitor heeft uitgewezen dat hogere overheadkosten niet samenhangen met een betere kwaliteit van zorg en dat de afbouw van overhead niet ten koste gaat van de kwaliteit van de geboden zorg.

De resultaten

De door CZ gehanteerde aanpak heeft sinds 2011 geleid tot een daling van de overheadkosten binnen de drie zorgketens (Diabetes II, COPD en CVRM) met gemiddeld 4%. Dit komt overeen met een besparing van circa € 0,6 miljoen zijnde circa 2% van de totale schadelast ketenzorg (overhead- en zorgkosten).

Bijkomend resultaat van de onderhandelingen tussen CZ en de zorggroepen is dat helderheid is ontstaan over de omvang van de daadwerkelijk verleende zorg. Aangezien over 2011 sprake is van minder consulten dan waarvan bij de financiering was uitgegaan, heeft een terugvordering van € 5,4 miljoen plaatsgevonden. Dit bedrag komt overeen met 17% van de totale zorgketenkosten.

Toekomst

CZ onderzoekt of er gedifferentieerd ingekocht kan worden, waardoor het mogelijk wordt om meer kwaliteit in te kopen, meerjarencontracten af te sluiten of rekening te houden met zorgzwaarte. Daarnaast wordt bekeken of dezelfde aanpak ook kan worden toegepast bij zorgketens voor depressie en dementie.

Meer informatie

<http://www.cz.nl/inkoopkader-cz-integrale-zorgprogrammas/2013.pdf>

A.7 CZ - Project Acute Zorg

Korte omschrijving van het initiatief

50 tot 80% van de bezoekers van de spoedeisende eerstehulpdiensten (SEH's) bij ziekenhuizen in de regio Den Haag meldt zich rechtstreeks bij de spoedeisende hulp zonder dat daartoe aanleiding bestaat. De bedoeling is dat patiënten zich in eerste instantie bij een huisartsenpost melden; alleen wanneer dat noodzakelijk is, worden zij doorgestuurd naar een SEH. Doordat teveel patiënten zich rechtstreeks melden bij de SEH's, worden onnodig hoge kosten gemaakt. Door het plaatsen van een 24-uurshuisartsenpost direct voor de SEH zorgt CZ ervoor dat bezoekers van de SEH eerst door een huisarts worden gezien. Hierdoor kan het aantal SEH-bezoeken aanzienlijk worden verlaagd.

Het doel is dat 50% van de zelfverwijzers door de huisarts wordt behandeld, en niet meer naar de SEH doorstroomt.

Aanleiding van het initiatief

Uit analyses van CZ blijkt dat er binnen de regio Den Haag sprake is van een groot aantal patiënten dat zonder verwijzing van de huisarts gebruikmaakt van de spoedeisende eerstehulpdiensten (SEH) bij ziekenhuizen (zelfverwijzers). Van deze zelfverwijzers had 50 tot 80% door de huisarts geholpen kunnen worden. Hierdoor is de zorg duurder dan noodzakelijk is.

Uitvoering van het initiatief

Op initiatief van CZ wordt bij de SEH's bij ziekenhuizen in de regio Den Haag een huisarts geplaatst, die beoordeelt of iemand naar de SEH wordt doorverwezen of niet. Deze huisarts is zowel overdag als 's nachts beschikbaar. De huisartsenpost wordt gefinancierd door CZ en beurtelings door verschillende huisartsen uit de regio bemenst.

De ziekenhuizen worden door CZ (financieel) ondersteund bij het verminderen van de SEH-capaciteit. De beloning van de huisartsen en de afbouwkosten worden ruimschoots gecompenseerd door de besparing op de kosten van de minder verleende SEH-zorg.

Bij het HagaZiekenhuis is de geïntegreerde SEH-huisartsenpost op 1 september 2012 gestart. Bij het Medisch Centrum Haaglanden start die op 1 januari 2013. Tegenover de opening van het aantal huisartsenposten bij ziekenhuizen staat een sluiting van huisartsenposten elders in de regio. Daarover zijn door CZ afspraken gemaakt met de andere grote verzekeraar in de regio, Azivo/Menzis.

De resultaten

De beoogde resultaten geven aan dat de aanpak rendabel is. Doelstelling is dat in geheel Den Haag minimaal 50% van het aantal zelfverwijzers voortaan eerst bij de huisarts of huisartsenpost terechtkomt. Dit wordt allereerst gerealiseerd bij het Medisch Centrum Haaglanden en het HagaZiekenhuis. Naar verwachting wordt hiermee de komende drie jaar per saldo ongeveer € 5 miljoen bespaard.

S I G N I F I C A N T

Toekomst

Het beleid van CZ is erop gericht om op die plekken waar dat zinvol en mogelijk is een geïntegreerde SEH-huisartsenpost in te richten. Op de meeste plaatsen is dit al gerealiseerd of zijn er plannen voor.

Meer informatie

<http://www.hagaziekenhuis.nl/a-tm-z/specialismen/spoedplein.aspx>

A.8 CZ - Inkoop van hulpmiddelen: incontinentiemateriaal en verbandmiddelen

Dagprijs incontinentiemateriaal

Korte omschrijving van het initiatief

CZ heeft vanaf 2004 een contract voor de levering van incontinentiemateriaal gesloten met een beperkt aantal gespecialiseerde leveranciers op basis van een dagprijs in plaats van een prijs per stuk. Met deze dagprijs kan de leverancier een vast bedrag per verzekerde per dag declareren. De hoogte van de dagprijs hangt af van de ernst van de incontinentieproblematiek van de verzekerde. De leverancier is verplicht voor deze dagprijs passende zorg te leveren. CZ wil met de invoering van de dagprijs de efficiency bij aanbieders vergroten en verspilling van incontinentiemateriaal tegengaan. Dit heeft geresulteerd in een relatief lage stijging van 5% zorgkosten in de periode 2006 - 2011 voor incontinentiemateriaal, in vergelijking met een stijging van 30% voor alle hulpmiddelen in diezelfde periode.

Aanleiding van het initiatief

Door gepast gebruik van incontinentiemateriaal te stimuleren en de uitgifte van het incontinentiemateriaal te concentreren bij een aantal leveranciers, is het mogelijk te besparen op de kosten van incontinentiemateriaal.

In 2004 besloot CZ incontinentiemateriaal niet meer te contracteren bij individuele zorgaanbieders (veelal apothekers), maar bij gespecialiseerde leveranciers en te gaan werken met een dagprijs, waarmee een vast bedrag per verzekerde per dag gedeclareerd kan worden. De leverancier is verantwoordelijk voor het leveren van passende zorg voor deze dagprijs. De hoogte van de dagprijs hangt af van het patiëntenprofiel. CZ wilde op deze manier meer grip krijgen op het verbruik van incontinentiematerialen en de daarmee gepaard gaande kosten. Uitgangspunt hierbij is dat de verzekerde passende, kwalitatief goede zorg krijgt. Door de nieuwe wijze van contracteren wordt verspilling van incontinentiemateriaal tegengestaan. Tevens zorgt het werken met dagprijzen ervoor dat niet standaard de duurste hulpmiddelen worden gebruikt.

Uitvoering van het initiatief

Een verzekerde met incontinentieproblematiek wordt via de huisarts en/of specialist verwezen naar een leverancier voor incontinentiemateriaal. Deze leverancier heeft een incontinentieverpleegkundige in dienst die in een intakegesprek met de verzekerde en aan de hand van een indicatieprotocol de ernst van de problematiek vaststelt. Op basis van dit protocol wordt de verzekerde ingedeeld in een categorie, waaraan een dagprijs is gekoppeld. De leverancier is verantwoordelijk om voor de toegekende dagprijs de verzekerde te voorzien van passende incontinentiematerialen en is verantwoordelijk voor het voorraadbeheer hiervan.

De verzekerde wordt door een incontinentieverpleegkundige van de leverancier begeleid in het juiste gebruik van de incontinentiematerialen. Samen evalueren zij de klanttevredenheid en de effectiviteit van de geleverde materialen. Indien noodzakelijk vindt er een bijstelling van de geleverde incontinentiematerialen plaats, eventueel na herindicatie.

Om het risico op toename van de indicatiezwaarte tegen te gaan, wordt de indicatiestelling door CZ gebenchmarkt. In een samenwerking tussen CZ, Achmea en VGZ, die in 2012 zijn overgestapt op dagprijzen, is de indicatiestelling verder geprotocolleerd.

De resultaten

CZ is positief over de resultaten van het gevoerde beleid voor incontinentiemateriaal. De verspilling en de kosten van het materiaal zijn teruggedrongen. De (relatieve) kostendaling is zichtbaar via Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP)-peilingen. In de periode 2006 - 2011 zijn de totale zorgkosten voor hulpmiddelen in Nederland met 30% gestegen; de stijging van de kosten voor incontinentiemateriaal was in die periode 5%. Op basis van contacten met verzekerden concludeert CZ dat zij tevreden zijn over de kwaliteit van de intake en de begeleiding.

Toekomst

Naar aanleiding van de positieve resultaten van de invoering van dagprijzen voor incontinentiemateriaal wil CZ verkennen of de dagprijsystematiek ook toe te passen is op andere gebruiksmiddelen, zoals verbandmiddelen (zie hierna). Met het invoeren van de dagprijzen hebben de verzekeraars de handen ineen geslagen om zorg landelijk te protocolleren.

Meer informatie

<http://www.cz.nl/incontinentiemateriaal>

Verbandmiddelen

Korte omschrijving van het initiatief

CZ gebruikt voor de bepaling of voorgeschreven verbandmiddelen voor vergoeding via de Zorgverzekeringswet (Zvw) in aanmerking komen een door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) opgesteld aanvraagformulier. Dit aanvraagformulier moet naast het recept bij de zorgverzekeraars/gecontracteerde leveranciers ingediend worden. Hiermee willen verzekeraars als CZ voorkomen dat verbandmiddelen ten onrechte ten laste van de Zvw worden gedeclareerd. Resultaat is dat het aantal gebruikers in 2011 met 27% is gedaald en dat de kosten met 11,5% zijn afgenomen. Beide dalingen zetten zich in 2012 voort.

Aanleiding van het initiatief

In de regeling Zorgverzekering is bepaald dat er op grond van de Zorgverzekeringswet aanspraak is op vergoeding van verbandmiddelen in het geval van chronische wondzorg. De kosten voor acute en niet-complexe en niet-chronische wondzorg (zoals snijwondjes etc.) komen voor rekening van de verzekerde zelf. Om te kunnen beoordelen of verbandmiddelen voor vergoeding op grond van de Zvw in aanmerking komen, hebben de zorgverzekeraars in 2010/2011 gezamenlijk een aanvraagformulier ontwikkeld.

In de contracten tussen CZ en de leveranciers van verbandmiddelen is met ingang van 2012 opgenomen dat het formulier als verplichte aanvulling op het recept door de behandelaar of verstrekker moet zijn ingevuld. Door de invoer van dit aanvraagformulier houden verzekeraars grip op de kosten die gepaard gaan met verbandmiddelen.

Uitvoering van het initiatief

CZ heeft met meerdere leveranciers overeenkomsten gesloten voor de levering van verbandmiddelen. Deze leveranciers beoordelen met behulp van het aanvraagformulier in hoeverre een verzekerde in aanmerking komt voor een vergoeding van de kosten van deze verbandmiddelen vanuit de Zvw. Zij stellen zelf de best passende producten vast. Wanneer een verzekerde verbandmiddelen via een niet-gecontracteerde leverancier betreft, is vooraf een akkoordverklaring van CZ nodig.

De resultaten

Het aantal recepten en de kosten van verbandmiddelen zijn voor CZ fors teruggelopen. Het aantal patiënten/gebruikers is in 2011 met 27% gedaald ten opzichte van 2010. De kosten zijn met 11,5% gedaald. Deze daling heeft zich in 2012 sterker voortgezet.

De toekomst

In navolging van het invoeren van dagprijzen voor incontinentiemateriaal en ter bevordering van de doelmatigheid van de zorg, wil CZ ook dagprijzen introduceren voor verbandmiddelen. CZ zoekt hiervoor aansluiting bij instellingen die ervaring hebben met wondzorg, zoals het Mitralis Expertise Centrum Wondzorg, onderdeel van het Atrium Medisch Centrum in Heerlen. Dit wondzorgcentrum heeft, gebaseerd op een driejarig onderzoek, een voorstel voor tariefcategorieën ingediend bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

SIGNIFICANT

Om doelmatigheid van zorg verder te stimuleren werkt CZ samen met de andere zorgverzekeraars ook aan het niet langer vergoeden van producten waarvan de werking niet (wetenschappelijk) is vastgesteld.

type wondzorg	Niet complexe of niet chronische wondzorg	Complexe, chronische wondzorg
marktaandeel	40% van de recepten 20% van de kosten	60% van de recepten 80% van de kosten
genomen initiatieven	<ul style="list-style-type: none">• door middel van het aanvraagformulier geen vergoeding meer	<ul style="list-style-type: none">• stimulering doelmatig gebruik• dichtzetten specifieke producten

Tabel 1: Samenvatting van huidige en toekomstige initiatieven om de doelmatigheid van verband-middelengebruik te stimuleren. De genoemde percentages zijn een ruwe schatting

Meer informatie

<http://www.cz.nl/verbruiksartikelen>

A.9 CZ - Medisch-specialistische zorg - sturen op volume, prijs en kwaliteit

CZ streeft naar een zorgbrede beheersing van kosten. Om dit te realiseren stuurt CZ op de kwaliteit, doelmatigheid en het volume van medisch-specialistische zorg. Dit gebeurt op verschillende manieren. Ten eerste via selectieve inkoop van - in 2013 - vijf medisch- specialistische behandelingen. Daarbij worden door CZ alleen die ziekenhuizen gecontracteerd die voldoen aan minimumeisen. Deze minimumeisen zijn gebaseerd op de eisen die door de beroepsgroep zelf zijn opgesteld, aangevuld met specifieke eisen die CZ aan de zorg stelt.

Sturing vindt bovendien plaats via een maximum te vergoeden zorgvolume. CZ doet dit momenteel voor negen aandoeningen. Ook maakt CZ met die ziekenhuizen die daartoe bereid zijn, gestaffelde prijsafspraken. Wanneer boven het basisvolume zorg wordt verleend, geldt een lagere behandelprijs.

Selectieve inkoop en staffelprijzen

Korte omschrijving van het initiatief

Sinds 2011 stelt CZ voor een aantal aandoeningen eisen op het gebied van medische kwaliteit en patiëntervaringen. Eerst alleen voor borstkankerzorg, later ook voor blaasverwijdering en bariatric. In 2013 gaat CZ dit ook doen voor dikke darmkanker en perifere arterieel vaatlijden.

Per aandoening worden criteria voor de kwaliteit van de zorg vastgesteld. Zo worden medisch-inhoudelijke eisen gesteld aan het aantal operaties per jaar of het hebben van een medisch keurmerk. Daarnaast worden patiëntgerichte eisen gesteld, zoals patiëntbegeleiding door een gespecialiseerde verpleegkundige of ondersteuning in het nazorgtraject. Per aandoening stelt CZ de meest optimale set van kwaliteitseisen samen. De set bestaat uit landelijke minimumeisen op grond van wetenschappelijke inzichten en richtlijnen, eventueel aangevuld met CZ-specifieke eisen. Over deze eisen wordt overlegd met zorgprofessionals.

Op basis van de gestelde eisen categoriseert CZ ziekenhuizen. Alleen ziekenhuizen die voldoen aan de landelijke (minimum) kwaliteitseisen worden gecontracteerd.

De kwaliteitsindicatoren waarop CZ de ziekenhuizen toetst zijn beschikbaar en transparant voor verzekerden. Met behulp van de Zorgvergelijker kunnen verzekerden eenvoudig medische kwaliteit, patiëntervaringen en andere indicatoren van ziekenhuizen vergelijken. Ziekenhuizen die de beste zorg leveren, worden door CZ actief aanbevolen.

Bepaalde ziekenhuizen die contractafspraken maken met CZ kiezen ervoor om extra behandelingen boven het zogenaamde basisvolume, tegen marginalere kosten te leveren. Dit biedt CZ de mogelijkheid tot volumeverschuiving. Door behandelingen van duurdere ziekenhuizen onder te brengen bij een ziekenhuis dat tegen marginale kosten levert, kan een doelmatigheidsvoordeel worden gerealiseerd.

Aanleiding van het initiatief

CZ heeft vastgesteld dat er tussen ziekenhuizen verschillen bestaan in de kwaliteit van medisch-specialistische behandelingen. Om ervoor te zorgen dat ziekenhuizen zich toeleggen op de medische behandelingen waarin zij het best zijn, streeft CZ ernaar dat ziekenhuizen zich specialiseren.

CZ heeft ervaren dat specialisatie van medisch-specialistische zorg niet of onvoldoende wordt gerealiseerd door het enkel aanbieden van kwaliteitsinformatie over ziekenhuizen aan verzekerden. Deze informatievoorziening heeft volgens CZ vooralsnog namelijk niet geleid tot een verschuiving van behandelingen naar de beste ziekenhuizen.

Om effectiever en meer gericht toe te werken naar de door CZ gewenste specialisatie van ziekenhuizen, heeft CZ gekozen voor selectieve inkoop op basis van kwaliteitscriteria. Deze criteria worden ontleend aan de normen van de beroepsgroepen zelf, Zichtbare Zorg-indicatoren, de CQ-index, en informatie die ziekenhuizen zelf aanleveren. Alleen met die ziekenhuizen die voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen, worden voor de betreffende behandelingen overeenkomsten afgesloten.

Uitvoering van het initiatief

De ontwikkeling van de selectiecriteria voor medisch-specialistische behandelingen wordt binnen CZ aangestuurd door een stuurgroep, waaronder voor de verschillende aandoeningen aparte werkgroepen zijn gepositioneerd. De ontwikkelde criteria en wijzigingen daarvan worden door de werkgroep getoetst bij patiëntenverenigingen en beroepsverenigingen en voorgelegd aan de betreffende ziekenhuizen.

De resultaten

De selectieve contractering van medisch-specialistische behandelingen leidt tot specialisatie en daarmee concentratie van ziekenhuiszorg. Het effect dat hiermee op termijn wordt beoogd is verbetering van kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorg.

Concentratie en specialisatie van medisch-specialistische behandelingen wordt niet alleen bewerkstelligd door middel van selectieve zorginkoop. Volumeverhuivingen tussen ziekenhuizen onderling houden ook verband met andere factoren zoals verwijsgedrag van huisartsen, wachtlijsten bij ziekenhuizen, de mate van vergoeding van behandelingen etc. Door dit samenstel van factoren is het vrijwel niet mogelijk te bepalen of en in welke mate volumeverhuivingen zijn toe te rekenen aan selectieve zorginkoop.

Toekomst

Per 1 oktober 2012 moet voor zorgaanbieders en patiënten duidelijk zijn welke medisch-specialistische zorg in 2013 selectief zal worden ingekocht door CZ. Het aantal aandoeningen dat in dat jaar selectief wordt ingekocht, wordt uitgebreid van drie naar vijf. De criteria voor de selectieve inkoop van deze aandoeningen zijn ontwikkeld en geactualiseerd. Bestaande criteria zijn ten dele aangepast. Deze aanpassing houdt ten eerste in dat niet langer alleen het totaal aantal behandelingen per ziekenhuis wordt meegewogen, maar ook het aantal behandelingen per medisch specialist in dat ziekenhuis. Ook zijn er nieuwe uitkomstcriteria toegevoegd. Door uitkomstcriteria te blijven ontwikkelen, beoogt CZ de kwaliteit van de zorg te blijven verbeteren.

Een belangrijk aandachtspunt is de afstemming met andere zorgverzekeraars met als doel te komen tot een uniforme aanpak. Daartoe is een werkgroep van Zorgverzekeraars Nederland opgericht voor onderlinge afstemming tussen zorgverzekeraars en de uitwisseling van niet-concurrentiële informatie. Vervolgens maakt iedere zorgverzekeraar wel zijn eigen afwegingen.

Volumebeperkende inkoop

Korte omschrijving van het initiatief

CZ heeft in 2012 voor een aantal medisch-specialistische behandelingen per ziekenhuis een maximum aantal jaarlijkse behandelingen vastgesteld. Het daadwerkelijke aantal behandelingen wordt per maand gemonitord. Op deze wijze kan maandelijks worden gezien of het aantal behandelingen het afgesproken maximumvolume te boven gaat. Indien dat het geval is, wordt het surplus aan behandelingen tijdig bij andere ziekenhuizen ondergebracht.

Aanleiding van het initiatief

Om te kunnen sturen op de beheersing van het volume van medisch-specialistische behandelingen en de uitgaven aan ziekenhuiszorg, heeft CZ ziekenhuizen gevraagd om voor bepaalde aandoeningen, waarvoor dat in de transitiefase naar de DOT-systematiek mogelijk is, een zogenaamd prijs/volumevoorstel te doen. Voor deze aandoeningen met bijbehorende volumes is binnen het ziekenhuis geen substitutie mogelijk met andere volumes.

Uitvoering van het initiatief

Het aantal medische specialistische behandelingen van bepaalde aandoeningen, die het ziekenhuis verwacht uit te voeren, wordt onder meer bepaald door extrapolatie van in het verleden gerealiseerde volumes. Daarbij wordt ook een maandelijkse spreiding geprognosticeerd en gemonitord, waarbij rekening wordt gehouden met praktijkvariatie. Indien het aantal behandelingen het geprognosticeerde aantal per maand overschrijdt, worden patiënten bemiddeld naar andere ziekenhuizen. Op die manier wordt overproductie tegengegaan en wordt voorkomen dat er wachtlijsten ontstaan. Om dit proces in goede banen te leiden, dienen administratieve processen binnen ziekenhuizen te worden gestroomlijnd. Deze volumebeheersende aanpak wordt door CZ in beginsel alleen gevolgd bij die ziekenhuizen waar deze verzekeraar marktleider is.

De resultaten

Resultaten van de volumebeheersende aanpak van CZ zijn momenteel nog niet voorhanden. CZ heeft tot en met de eerste helft van oktober 2012 met 75% van de ziekenhuizen een overeenkomst gesloten op basis van volume- en prijsafspraken. Onderdeel van het contract is het opleveren van een periodieke monitor. Aan de hand van deze monitors zullen in 2013 de resultaten van de volumebeheersing in beeld worden gebracht.

Toekomst

De volumebeperkende aanpak wordt door CZ ook in 2013 voortgezet.

Meer informatie

<http://www.cz.nl/zorgaanbieder/medisch-specialistische-zorg/medisch-specialist/beleid/selectieve-contractering>

<http://www.cz.nl/consument/zorgadvies/kwaliteit/afspraken-over-zorginkoop/medisch-specialistische-zorg>

A.10 Friesland Voorop

De Friesland Zorgverzekeraar is een aantal projecten gestart in het kader van preventie, versterking van de positie van de klant en de herinrichting van het zorglandschap in de regio. Doel van deze projecten is goede zorg op de juiste plaats, in samenhang en dicht bij huis. De projecten waartoe De Friesland Zorgverzekeraar initiatief heeft genomen zijn Friesland Voorop, Anderhalve lijn centra en integrale zorginkoop GGZ.

Korte omschrijving van het initiatief

Zorgverzekeraar heeft het initiatief genomen om samen met patiënten, zorgprofessionals en bestuurders te komen tot de herinrichting van het Friese zorglandschap. Zij formuleren voor acht expertgroepen (SEH-IC, oncologie, complexe vaatchirurgie, electieve zorg, chronische zorg, ouderenzorg en geboortezorg) scenario's voor betere, integrale zorgvoorzieningen in Friesland. De scenario's richten zich hoofdzakelijk op concentratie van operatieve ingrepen en spreiding van voor- en nazorg, een grotere rol voor de huisartsen en de inzet van Zorg ICT die de positie van patiënten versterkt. Van de scenario's wordt bezien of ze rendabel zijn voor De Friesland Zorgverzekeraar als zorglandschap van de toekomst.

Aanleiding van het initiatief

Preventie, het versterken van de positie van de klant en de juiste zorg op de juiste plaats zijn belangrijke speerpunten van het Strategisch Zorginkoopbeleid van Zorgverzekeraar De Friesland. Vergrijzing en toenemende zorgvraag veroorzaken meer druk op kwaliteit en kosten van de zorg. Om ervoor te zorgen dat er ook in de toekomst aan de kwantitatieve en kwalitatieve zorgvraag kan worden voldaan, zijn ingrepen nodig. De Friesland Zorgverzekeraar heeft de ambitie om in de regio Friesland te komen tot integrale zorgvoorzieningen die kwalitatief goede, veilige en betaalbare zorg mogelijk maken, nu en in de toekomst. De uitdagingen zijn in de figuur hieronder weergegeven.



Figuur 4: Uitdagingen voor Friesland

Uitvoering van het initiatief

Het initiatief wordt uitgevoerd in samenwerking met klanten, professionals en bestuurders. 2020 is de stip aan de horizon, en vanaf 2013 worden de eerste stappen gezet om deze ambitie te realiseren. De ambitie is om de zorg in Friesland zo vorm te geven dat deze ook in de toekomst voor iedereen van hoge kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar blijft. Om de belangen van alle betrokkenen goed in beeld te houden is gekozen voor een structuur van Raad van Deskundigen (bestaande uit externe bestuurders en medici die de stuurgroep gevraagd en ongevraagd van zwaarwegend advies voorzien) en een stuurgroep (zorgbelang, bestuurders, stafvoorzitters, huisartsen en De Friesland) met een onafhankelijk voorzitter en multidisciplinaire expertgroepen zorg, chronische zorg en ouderenzorg. Inhoudelijke input van klanten en professionals is onmisbaar: zij weten wat nodig is en zullen de basis leggen voor de nieuwe inrichting. Daarnaast worden in het najaar van 2012 per expertgroep, maar ook in samenhang, business cases opgesteld.

Bij de opzet van het programma heeft De Friesland Zorgverzekeraar gebruik gemaakt van ervaringen met programma's voor concentratie en spreiding van ziekenhuiszorg in met name het Verenigd Koninkrijk en Canada. Op basis van deze internationale ervaringen zijn kritische succesfactoren geïdentificeerd. De belangrijkste zijn:

- Start met de zorggebieden waar verbetering van kwaliteit en bereikbaarheid het hardst nodig is;
- Zorg voor de participatie van de betrokken ziekenhuizen, medici, burgers en patiëntengroepen;
- Gebruik gevalideerde data en aanvaarde normen om tot een herontwerp van het zorglandschap te komen;
- Volg een heel helder uitgerold stappenplan;
- Hanteer snelheid in het proces;
- Vraag de politiek vooraf helderheid over steun aan de uitkomsten;
- Hanteer duidelijke 'go/no go'-momenten in de besluitvorming;
- Mind shift naar 'wij/regio' en 'van buiten naar binnen' denken en doen is noodzakelijk voor de succesvolle modellering om te komen tot het optimale voorkeursscenario.

Tevens speelt de betrokkenheid van de diverse stakeholders ten behoeve van draagvlak in het programma een belangrijke rol. Deze dienen op de juiste momenten betrokken te worden.

De resultaten

De acht expertgroepen hebben hun eindrapportages ingediend bij de stuurgroep. Het proces is vanaf het begin iteratief ingestoken: de expertgroepen hebben vrij kunnen nadenken over de mogelijkheden voor verbeteringen van de zorg (voor de toekomst). De scenario's richten zich hoofdzakelijk op concentratie van operationele ingrepen en spreiding van voor- en nazorg, een grotere rol voor de huisartsen en de inzet van Zorg ICT en E-health waardoor de positie van de patiënten versterkt wordt.

Toekomst

De scenario's worden in het najaar van 2012 individueel en in samenhang financieel uitgewerkt. Op basis van die eerste financiële uitwerking en de inhoudelijke adviezen van de expertgroepen zal naar verwachting eind 2012 een eerste besluit worden genomen over de toekomst van het zorglandschap. Die eerste besluitvorming zal vanaf 2013 gevolgd worden door het opstellen en uitwerken van implementatieplannen, per expertgroep en in samenhang.

A.11 De Friesland - Anderhalve lijn

Korte omschrijving van het initiatief

De Friesland Zorgverzekeraar en Zorgkantoor Friesland werken aan de realisatie van anderhalvelijnscentra. Dit zijn centra waarin tweedelijns expertise wordt geïntegreerd met eerstelijns functies en waarin een verbinding tussen cure en care ontstaat. In deze centra is aandacht voor ouderenzorg, preventie, adequate diagnostiek, zelfmanagement en ondersteuning.

Het doel van deze initiatieven is zorgaanbod te realiseren met de beste kwaliteit/prijsverhouding die aansluit op de behoeften van klanten. De doelmatigheidswinst wordt gerealiseerd door het voorkomen van onnodige of dubbele diagnostiek, vroegsignalering, substitutie van tweede naar eerste lijn en het langer zelfstandig thuis kunnen wonen. Met de anderhalvelijnscentra wordt ook de koppeling gemaakt met het Wmo-domein voor bijvoorbeeld noodzakelijke woningaanpassing, de inzet van bijvoorbeeld E-health (domotica) en maatschappelijk werk.

Aanleiding van het initiatief

Concentratie van topklinische zorg vraagt om versterking van de zorg dicht bij huis. Van belang zijn daarbij goede afspraken met eerste lijn en tweede lijn over wanneer iemand medisch-specialistische zorg nodig heeft en wanneer niet. Dat betekent goede diagnostiek in de eerste lijn, eventueel met ondersteuning vanuit de tweede lijn, zodat de klant op ieder moment verzekerd is van de juiste zorg op de juiste plaats.

Daarnaast is de vraag naar zorg aan het veranderen. Als gevolg van de vergrijzing en de toenemende levensverwachting ontstaat er een toename in multimorbiditeit, meer vraag naar zorg voor chronische aandoeningen, en meer vraag naar ondersteuning ten behoeve van behoud van zelfredzaamheid. Vanuit het traditioneel aanbod in de eerste- en tweedelijns verwacht DFZ hier in de toekomst geen goed en betaalbaar antwoord op te kunnen geven. Doel van de anderhalvelijnscentra is de zorg voor kwetsbare ouderen zo te organiseren en aan te bieden dat de toenemende zorgvraag tegelijkertijd toegankelijk en betaalbaar is en blijft voor iedereen. Dit doel vraagt om nieuwe zorgvormen en andere zorgorganisaties. Het uitgangspunt daarbij is dat de zorgvraag van de klant leidend is. De zorg moet zo veel mogelijk in de eigen omgeving van de klant plaatsvinden. Hiermee kan onnodige intramurale en specialistische zorg zo veel mogelijk worden voorkomen.

Uitvoering van het initiatief

DFZ heeft in 2011 een 'call' uitgezet voor initiatieven op het gebied van anderhalvelijns zorg. Zorgaanbieders zijn actief benaderd via een website en in bijeenkomsten. Hieronder zijn twee - bij de strategische doelen van DFZ aansluitende - projecten: Transcare en Project Anderhalvelijnscentrum Drachten.

Project Transcare

Transcare is een eerstelijns samenwerkingsverband tussen huisarts, fysiotherapeut en psycholoog. De zorgverlening is specifiek gericht op patiënten met chronische pijn. Vroeger werden veel van deze patiënten in de tweede lijn behandeld. Nu kunnen ze in de eerste lijn worden behandeld. Voor de meer specialistische zorg is er een consultpoli opgezet, die samenwerkt met de pijnpoli van het ziekenhuis en waar samenwerking met de anesthesioloog (bestrijding acute en chronische pijn) plaatsvindt.

De uitvoering ligt met name bij de initiatiefnemers. Het project wordt deels gefinancierd vanuit het innovatiefonds van De Friesland Zorgverzekeraar. Ter ondersteuning van de multidisciplinaire aanpak wordt een ICT-systeem ontwikkeld voor patiëntendossiers. Een accountmanager en een adviserend geneeskundige van De Friesland Zorgverzekeraar fungeren als 'sparringpartners'

Knelpunt in het project is onder andere de huidige financieringsstructuur. Op het moment dat zorg van de tweede naar de eerste lijn verschuift, krijgen patiënten te maken met een eigen bijdrage en een eigen risico voor de inzet van psycholoog en fysiotherapeut. Een ander knelpunt is dat er nog veel gewerkt wordt met papieren dossiers en de multidisciplinaire aanpak vraagt om een ondersteunend ICT-systeem.

Project Anderhalvelijnscentrum Drachten

Vanuit een huisartsenhospitaal (dit bestaat sinds eind 2010), waar patiënten kunnen worden opgenomen die verzorging en en/of monitoring nodig hebben, zonder dat specialistische zorg nodig is, kwam het plan voor de bouw van een anderhalvelijns centrum. Na bijvoorbeeld een val van een oudere wordt deze al snel ter observatie opgenomen in het ziekenhuis, terwijl dit vaak niet nodig is. Patiënt kan ook tijdelijk opgenomen worden in het huisartsenhospitaal: hier zijn goedkopere bedden met huisartsenzorg beschikbaar.

De bouw van het centrum vindt momenteel plaats. Zorg en service worden onder één dak aangeboden. Zo zijn er een huisarts, fysiotherapeut, ergotherapeut, verpleegkundig specialist, praktijkondersteuner en een psycholoog aanwezig, maar ook een supermarkt gericht op ouderen, een Wmo-loket, computervoorzieningen et cetera. Daarnaast komen er waarschijnlijk voorzieningen voor mondzorg, een farmaceutisch expertisecentrum, eerstelijns diagnostisch centrum en worden er diverse E-health modules aangeboden. De rol van DFZ in dit project is die van co-financier en sparringpartner.

Resultaat: minder ziekenhuisopnames van ouderen en betere, multidisciplinair afgestemde kwaliteit van zorg tegen lagere kosten

Er zijn van beide projecten nog geen concrete resultaten. Voor het project Transcare is een tussenevaluatie uitgevoerd. Daaruit blijkt dat het project goed van start is gegaan. Voor het project Anderhalvelijnscentrum Drachten is een evaluatie lastig als gevolg van het ontbreken van een controlegroep. Een monitoringssysteem wordt ontwikkeld om de meerwaarde zo goed mogelijk in kaart te brengen. De business case is gebaseerd op demografische ontwikkelingen en aannames over onder meer ouderenzorg.

Toekomst

Op basis van de evaluatie en monitoring zal de meerwaarde van het nieuwe zorgconcept anderhalve lijn in kaart worden gebracht. Indien nodig vindt bijstelling plaats.

Meer informatie

<http://www.defriesland.nl/zorgaanbieders/samenwerken-met-de-friesland/anderhalvelijnszorg/anderhalvelijnszorg.aspx>

A.12 De Friesland - Integrale zorginkoop GGZ

Korte omschrijving van het initiatief

De Friesland Zorgverzekeringen en Zorgkantoor Friesland zijn voornemens om GGZ-zorg in 2013 op een integrale wijze in te kopen. Dit betekent dat de GGZ-zorg, die wordt gefinancierd vanuit de AWBZ en de Zvw, door middel van één inkoopprocedure wordt ingekocht. Hiermee beoogt De Friesland Zorgverzekeraar dat klanten zo weinig mogelijk hinder zullen ondervinden van de huidige financieringsschotten en dat ketenzorg wordt gestimuleerd. Ook wordt beoogd dubbele diagnostiek en behandeling, en daarmee dubbele vergoeding te voorkomen.

Aanleiding van het initiatief

In de GGZ hebben patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars te maken met verschillende bekostigingssystemen: Basisverzekering (Zvw), AWBZ en Wmo. In de praktijk blijkt dat patiënten veelvuldig zorg nodig hebben die zich uitstrekt over meerdere domeinen en dus financieringsstromen. Door de complexiteit van de zorgvragen van GGZ cliënten is niet alleen het aantal betrokken instanties groot, maar is vaak ook een vorm van langdurige zorg of ondersteuning noodzakelijk. Door de gescheiden financieringsstromen werd voorheen de aansluiting en afstemming belemmerd. Door die versnippering, en het ontbreken van een eindverantwoordelijke, worden initiatieven voor ketenzorg bemoeilijkt.

De Friesland streeft met integrale zorginkoop de schotten tussen de systemen te slechten, zodat een patiënt die gebruik maakt van meerdere vormen van zorg geen hinder ondervindt van administratieve, financiële en infrastructurele belemmeringen. Gestreefd wordt naar een betere aansluiting en afstemming van de verschillende zorgvormen, waarmee ook inefficiënties worden voorkomen. Ook de zorgaanbieder, die zowel care (AWBZ-) als cure (Zvw-)zorg levert, is gebaat bij integrale zorginkoop. De zorgaanbieder heeft dan te maken met één inkoopbeleid en daarmee eenduidige kwaliteitseisen die voor de verschillende financieringsvormen overeenkomen dan wel op elkaar aansluiten.

Uitvoering van het initiatief

In 2013 wordt voor het eerst een geïntegreerd inkoopbeleid voor GGZ voor cure en care gepresenteerd. De GGZ-zorg uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) worden dan op dezelfde wijze ingekocht. De wijze waarop zorginstellingen worden beoordeeld, de wijze waarop selectiecriteria worden toegepast en de wijze waarop budget- of tariefafspraken worden gemaakt zijn voor beide financieringsvormen hetzelfde. Een nog bestaand verschil is dat de afspraken binnen het AWBZ domein volgens het prijsmodel gaan (het geld volgt de patiënt); binnen de Zvw wordt met de zorginstelling een budget ($P \times Q$) afspraak gemaakt. Daarnaast geldt bijvoorbeeld voor alle zorgaanbieders een toeslag op het basistarief wanneer zij een goede propositie hebben vanuit de ketenbenadering.

De resultaten

Door de GGZ op een integrale wijze in te kopen wil DFZ/Zorgkantoor Friesland er samen met de zorgaanbieders voor zorgen dat binnen de GGZ in Friesland een naadloze aansluiting van de zorg ontstaat die van hoogwaardige kwaliteit is. Met integrale zorginkoop beoogt De Friesland dat de GGZ-zorg beter gestroomlijnd wordt en inefficiënties worden voorkomen door deze zorg in ketens aan te bieden. Deze doelstellingen zullen jaarlijks met de zorginstellingen worden besproken en geëvalueerd.

A.13 Menzis - TopZorg medisch-specialistische handelingen

Korte omschrijving van het initiatief

Menzis is in 2008 gestart met het maken van afspraken met ziekenhuizen over patiënten-informatie en de kwaliteit en snelheid van de behandeling van onder meer borstkanker, gescheurde meniscus, liesbreuk, spataderen en staar. Ziekenhuizen die de beste zorg offereerden, kregen het Menzis TopZorg-predicaat. Het aantal medisch-specialistische behandelingen die voor dit predicaat in aanmerking kunnen komen, is sinds de eerste tranche in 2008 verder uitgebreid. Ook in 2013 worden nieuwe behandelingen aan de TopZorg toegevoegd. De inkoop van TopZorg start met een offerteprocedure en niet met bilaterale onderhandelingen tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder. Het uitgangspunt was (en is) betere kwaliteit voor Menzis-verzekerden tegen dezelfde kosten. De offerteprocedure heeft daarnaast - als bijvangst van het gevolgde inkoopproces - geleid tot een verlaging van de kosten met bijna 2% voor de eerste tranche TopZorg-behandelingen.

Aanleiding van het initiatief

Het doel van TopZorg is het zichtbaar maken van kwalitatieve verschillen in zorgaanbod en beheersing van de kosten van medisch-specialistische behandelingen. Zorgaanbieders die voldoen aan landelijk overeengekomen richtlijnen, kunnen een TopZorg-predicaat van Menzis krijgen en zich zo onderscheiden.

Menzis heeft zich ten doel gesteld te komen tot een concentratie van ziekenhuiszorg op basis van kwaliteit en doelmatigheid. Het gaat hierbij om medische resultaten - zoals genezingspercentage, sterftecijfer en complicaties - en om patiëntgerichtheid, wachttijden, doorlooptijden en informatievoorziening. Om deze beweging op gang te brengen, is het predicaat TopZorg geïntroduceerd voor ziekenhuizen die aan de eisen van Menzis voldoen. Ziekenhuizen die er niet aan voldeden, krijgen een regulier contract. Per 2012 is voor rughernia- en heupoperaties een stap gezet richting selectieve inkoop: voor deze zorg sluit Menzis alleen contracten met ziekenhuizen die TopZorg aanbieden.

Uitvoering van het initiatief

TopZorg is gestart als een nieuwe wijze van het inkopen van zorg, namelijk via een offerteprocedure in plaats van bilaterale onderhandelingen. Via de offerteprocedure worden eisen gesteld aan de in te kopen zorg, om in aanmerking te kunnen komen voor het TopZorg-predicaat.

Het differentiëren van zorgaanbieders door het introduceren van een (kwaliteits)predicaat en het inkopen van medisch-specialistische zorg via een offerteprocedure was bij de introductie van TopZorg een nieuw concept en is in de jaren daarna doorontwikkeld.

Het initiatief is gestart met het uitwerken van selectieve zorginkoop van vijf behandelingen in het vrij onderhandelbare B-segment van ziekenhuiszorg. Het aantal TopZorg-behandelingen is inmiddels uitgebreid tot tien (naast negen medisch-specialistische behandelingen ook voor fysiotherapie).

Het inkoopproces, dat gebaseerd is op een offerteprocedure, bevat prikkels om de kwaliteit van zorg en service te verhogen. Ziekenhuizen kunnen bij Menzis een plan van aanpak indienen, om binnen een afgesproken tijdsperiode te voldoen aan de gestelde TopZorg-eisen. Deze criteria gaan uit van landelijke richtlijnen, met name van Zichtbare Zorg. Het initiatief wordt uitgevoerd door een team van Menzis. Hierbij zijn ook landelijke, regionale en categorale patiënten- en consumentenorganisaties betrokken. Zij leveren input voor de wenselijke kwaliteit vanuit het patiëntenperspectief.

De resultaten

Sinds 2008 hebben honderden patiënten - zelf of op advies van Menzis - voor hun behandeling gekozen voor een zorgverlener met een TopZorg-predicaat. Dit neemt niet weg dat de informatievoorziening aan verzekerden over TopZorg volgens Menzis altijd beter kan. Bemiddeling van verzekerden naar TopZorg is cruciaal voor het slagen van een (selectief) inkooptraject. Op die wijze vindt zoveel mogelijk zorgverlening plaats door aanbieders die kwalitatief betere en meer doelmatige zorg verlenen.

Inmiddels wordt een bedrag van circa € 150 miljoen via TopZorg gecontracteerd. Dit is ruim 7% van de totale ziekenhuiskosten en een kwart van de kosten van het B-segment van Menzis in 2011. De offerteprocedure voor TopZorg heeft aantoonbaar geresulteerd in een verlaging van de totale zorgkosten van bijna 2% voor de eerste tranche TopZorg-behandelingen als gevolg van lager geoffreerde behandeltarieven.

Veel zorgverleners zagen in TopZorg aanleiding om verbetertrajecten in te zetten. Daarmee fungeert TopZorg als katalysator voor interne verbeterprocessen binnen ziekenhuizen.

Toekomst

Het aantal TopZorg-behandelingen wordt dit jaar verder uitgebreid met darm- en prostaatkanker. De TopZorg-predikaten worden voor het eind van 2012 toegekend. Menzis zal daarnaast in de toekomst bij TopZorg de wensen van de patiënt meer centraal stellen. Naast de bestaande CQ-index zal Menzis in de toekomst zelf patiëntervaringsonderzoeken uitvoeren.

Meer informatie

<http://www.menzis.nl/web/Consumenten/Zorgadvies/TopZorg.htm>

A.14 Menzis - Ouderenzorg

Korte omschrijving van het initiatief

Menzis ondersteunt diverse projecten in de ouderenzorg, vaak regionaal georiënteerd. Kern van het Menzis-ouderenbeleid is dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig moeten kunnen blijven wonen in hun vertrouwde omgeving en dat zij de regie blijven voeren over hun eigen leven. Om dit te realiseren, werkt Menzis aan proactieve, samenhangende zorg voor (kwetsbare) ouderen, waarin alle zorgaanbieders (cure, care en ondersteuning) geregisseerd samenwerken, met als doel verbetering van het welbevinden voor de klant, kwaliteit van zorg en doelmatigheid.

Aanleiding van het initiatief

Door ontwikkelingen als vergrijzing, toenemende comorbiditeit en complexere zorg voor ouderen verandert de zorgvraag voor ouderen. De vraag naar preventieve zorg neemt toe en curatieve zorgvragen raken meer verweven met vragen op het gebied van welzijn, participatie, arbeid en wonen. Er is toenemend behoefte aan zorg dichtbij of in huis, aangepast aan de persoonlijke situatie. Ondersteuning bij zelfmanagement en zelfredzaamheid staat steeds meer centraal.

Tegelijkertijd stijgen de zorgkosten voor ouderen. De kosten nemen bovendien exponentieel toe op hogere leeftijd. Daarmee is het relatieve aandeel van ouderen in de totale zorgkosten hoog. De verwachting is dat dit aandeel verder zal toenemen als gevolg van de vergrijzing.

De demografische en maatschappelijke ontwikkelingen zijn voor Menzis aanleiding om diverse projecten rondom de organisatie van ouderenzorg op te starten en in bestaande initiatieven te participeren.

Uitvoering van het initiatief

Menzis stelt zich ten doel om ouderen langer in hun eigen omgeving, zelfstandig en op eigen kracht te laten leven en wonen. Menzis onderscheidt hierbij drie groepen ouderen: vitale ouderen, kwetsbare ouderen en ouderen met een complexe zorgvraag. Vitale ouderen zijn zelfstandig, zelfredzaam en hebben een beperkte zorgbehoefte. Voor deze groep is het met name van belang vitaal te blijven door het bieden van preventie en ondersteuning. Kwetsbare ouderen vormen de groep die, met de juiste zorg en ondersteuning, zelfstandig kan blijven wonen. Voor ouderen met een complexe zorgvraag is vaak meer gespecialiseerde zorg noodzakelijk.

De focus ligt voor Menzis op kwetsbare ouderen. Optimale zorg en ondersteuning voor deze doelgroep, zowel care als cure, wordt geleverd door een geïntegreerd netwerk van samenhangende zorg en welzijn. In dit netwerk wordt intensief samengewerkt tussen verschillende partijen, zoals de eerste- en tweedelijnszorg, thuiszorg, gemeenten, welzijnsorganisaties, woningcorporaties en mantelzorgers. De oudere staat centraal en heeft één aanspreekpunt voor alle levensgebieden. Menzis nodigt zorgaanbieders uit om innovatieve projecten op te zetten.

Menzis ondersteunt de uitvoering van projecten onder meer door het beschikbaar stellen van kennis en financiële middelen. De daadwerkelijke uitvoering ligt bij de zorginstellingen. Ook participeert Menzis in het Nationaal Programma Ouderenzorg van ZonMw.

Momenteel is Menzis betrokken bij een tiental projecten op het gebied van ouderenzorg in de eigen kernwerkgebieden. De meeste projecten zijn circa 3 jaar geleden gestart. De projecten bevinden zich in verschillende fases en hebben betrekking op verschillende thema's. Binnen Menzis is één persoon verantwoordelijk voor de coördinatie. Deze persoon is tevens aanspreekpunt voor de initiatiefnemers. (*Zie kaders voor voorbeeldprojecten.*)

Specialist ouderenzorg

In een gezondheidscentrum in Velp is op gezamenlijk initiatief van Menzis en Stichting Een Plus Samenwerking een specialist Ouderenzorg aangesteld. Kenmerkend voor het initiatief is dat complexe zorg voor ouderen binnen de eerstelijns geleverd wordt. Uit de eerste resultaten blijkt dat door de inzet van deze specialistische zorg dichtbij huis, ouderen met een complexe zorgvraag enkele maanden langer thuis kunnen blijven wonen. Zonder de specialistische zorg zou opname in de tweedelijns of een verpleeghuis noodzakelijk zijn geweest.

SamenOud

In 2009 - 2010 heeft het UMCG in Stadskanaal een pilotstudie uitgevoerd naar de effectiviteit van case-management voor kwetsbare ouderen en ouderen met een complexe hulpvraag. Hieruit bleek dat tweederde van de ouderen met een casemanager zich beter kon redden en met minder hulp toe kon. Bij een kwart van de ouderen met een complexe hulpvraag kon opname in een verpleeghuis uitgesteld of voorkomen worden.

Zorgprogramma Kwetsbare ouderen

Menzis biedt huisartsen binnen de module Modernisering en Innovatie (M&I) de mogelijkheid een financieringsverzoek voor initiatieven rondom ouderenzorg in te dienen. In dit kader is bij huisartsenpraktijk Bemmel (Zorggroep Arnhem) een praktijkverpleegkundige Ouderenzorg werkzaam. Deze verpleegkundige ondersteunt de huisarts bij de begeleiding van ouderen. Tijdens een huisbezoek wordt de behoefte aan zorg en ondersteuning in kaart gebracht en ondersteunt de verpleegkundige bij de aanvraag van hulp. Hierbij richt de verpleegkundige zich met name op ouderen met dementie en hun verzorgers.

Menzis beoogt met het Zorgprogramma Kwetsbare ouderen om kwetsbare ouderen in beeld te krijgen en passende zorg te organiseren. Door in een vroegtijdig stadium te screenen komen potentiële kwetsbare ouderen in beeld. De huisarts vervult daarbij een belangrijke rol. Met behulp van het Huisarts Informatie Systeem (HIS), wordt een groep ouderen geselecteerd en uitgenodigd voor een gesprek met de praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige voor een verdere screening. De screeningsinstrumenten die hierbij worden ingezet, zijn ontwikkeld bij de deelnemende universiteiten in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg. Wanneer hiertoe aanleiding bestaat, wordt in een multidisciplinair team besproken welke interventies nodig zijn. In samenwerking met de oudere wordt een individueel zorgleefplan vastgesteld en een casemanager aangewezen. Deze casemanager is verantwoordelijk voor het organiseren van gepaste zorg en ondersteuning en fungeert als aanspreekpunt voor de oudere. De casemanager evalueert het zorgleefplan ook samen met de oudere en diens mantelzorgers. In de toekomst wil Menzis dit graag uitbreiden buiten de eerstelijns.

De resultaten

In het Zorgprogramma Kwetsbare ouderen is een kader opgesteld waaraan initiatieven moeten voldoen. Ook wordt gemeten in welke mate deze initiatieven bijdragen aan de gestelde doelen. Alle projecten die door Menzis zijn opgestart, worden gestimuleerd of (mede)gefinancierd, worden geëvalueerd op basis van kritieke prestatie-indicatoren.

S I G N I F I C A N T

Deze indicatoren hebben betrekking op de:

1. Klant: hierbij gaat het om meetbare resultaten rondom bijvoorbeeld 'kwaliteit van leven' en 'algemene dagelijkse handelingen'. Dit wordt gemeten door middel van vragenlijsten en indexen;
2. Kwaliteit: hierbij worden aspecten als medicijngebruik, aantal doorverwijzingen naar de tweede-lijn, de aanwezigheid van een aanspreekpunt, casemanager en leefplan gemeten;
3. Kosten.

Indien de beoogde doelstellingen worden gehaald, kan overgegaan worden tot structurele zorg-inkoop. De eerste evaluaties aan de hand van de kritieke prestatie-indicatoren moeten nog worden uitgevoerd.

Toekomst

Menzis is voornemens om vanuit het Zorgprogramma zelf meer projecten te initiëren en uit te voeren voor kwetsbare ouderen. Opgedane ervaringen en successen kunnen zo breder uitgerold worden en een structureel vervolg krijgen.

Meer informatie

<http://www.menzis.nl/web/Zorgaanbieders/Contact1/Nieuwsbrief/NieuwsbriefZorgDecember2010/VernieuwingenInDeOuderenzorg.htm>

A.15 Menzis - Aanneemsommen ziekenhuizen

Korte omschrijving van het initiatief

Om meer grip te krijgen op de ontwikkeling van de zorgkosten, biedt Menzis ziekenhuizen in haar kernwerkgebieden een aanneemsom. Een aanneemsom is een vast budget per jaar voor de behandeling van alle verzekerden van Menzis die zich melden bij het desbetreffende ziekenhuis. Inkopen via een aanneemsom is gestart om uitvoering te geven aan het hoofdlijnenakkoord en doelmatige, gepaste zorg op de juiste plaats te stimuleren. De hoogte van de aanneemsom staat los van de daadwerkelijke productie. Bijkomende afspraak is dat er geen wachtlijsten mogen ontstaan. De aanneemsom prikkelt ziekenhuizen om hun eigen zorgaanbod kritisch te bezien en meer zorg over te dragen, bijvoorbeeld aan de eerste lijn. De tot nu toe behaalde resultaten zijn nog beperkt, omdat de systematiek van aanneemsommen pas in 2011 is ingevoerd. Voor Menzis zorgt deze systematiek voor toegenomen beheersbaarheid van de kosten, en daarmee de zekerheid om binnen afspraken die genoemd zijn in het hoofdlijnenakkoord te blijven.

Aanleiding van het initiatief

De start van het idee om de medisch-specialistische zorg met behulp van een systeem van aanneemsommen in te kopen dateert van begin 2011. Belangrijke aanleiding was de transitie van DBC naar DOT, waardoor er door het ontbreken van informatie over producten en prijzen veel onduidelijkheid ontstond voor zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars. Voor ziekenhuizen was het onzeker hoe de inkomsten zich zouden ontwikkelen, voor zorgverzekeraars ontstond er een situatie waarin de schadelast niet goed te overzien en mogelijk onbeheersbaar werd. Om de schadelast en kostenontwikkeling toch beheersbaar te houden heeft Menzis een systeem ontwikkeld op basis van aanneemsommen. Hierbij wordt vooraf een vast budget vastgesteld waarvoor een ziekenhuis alle Menzis verzekerden behandelt, die zich bij het ziekenhuis melden, zonder dat er wachtlijsten mogen ontstaan. Voor de deelnemende ziekenhuizen betekent een contractafspraken met een aanneemsom ook meer financiële duidelijkheid vooraf. Belangrijk voordeel voor de verzekeraar is risicoreductie.

Uitvoering van het initiatief

Menzis heeft met 25 (voor Menzis grote) ziekenhuizen contracten gesloten voor 5 jaar met daarbij een aanneemsom per jaar. Het totaalpakket aan behandelingen wordt uitgevoerd voor een van tevoren vastgesteld budget. Indien het ziekenhuis meer zorg levert dan afgesproken, dan is dat voor rekening van het ziekenhuis. Maar als het in staat is binnen de aanneemsom te blijven, dan houdt het geld over. Ook kan het zijn dat er minder Menzis-verzekerden behandeld worden dan verwacht. Ook dan is het financiële voordeel voor het ziekenhuis.

S I G N I F I C A N T

Voor de ziekenhuizen waarbij geen aanneemsom werd afgesproken, is een plafond vastgelegd. Het verschil tussen een aanneemsom en een plafond is alleen dat de aanneemsom gegarandeerd is en dat het plafond een maximum stelt aan de te vergoeden productie. De doelmatigheidsprikkel, waarbij een ziekenhuis geld over kan houden door op een doelmatige manier zorg te leveren, is dus alleen aanwezig bij het systeem met een aanneemsom. In beide gevallen is er sprake van een doorleverplicht. De aanneemsomcontracten hebben een looptijd van 5 jaar, waarbij de aanneemsom per jaar wordt vastgesteld. De plafondcontracten hebben een looptijd van 1 jaar.

Ondanks dat er niet meer op verrichtingenniveau wordt vergoed, wordt er nog wel op verrichtingenniveau gedeclareerd. Op deze manier houdt Menzis inzicht in de werkelijke productie. Aan het eind van dit jaar worden de tarieven van de ontvangen declaraties teruggerekend naar de aanneemsom. De wachttijden worden door Menzis gemonitord. In het contract met het ziekenhuis is opgenomen dat de wachttijden niet mogen oplopen, dit om te voorkomen dat het ziekenhuis bij het bereiken van de aanneemsom of het plafond de patiënt in de wachtstand zet tot het begin van het nieuwe jaar. Monitoring vindt verder plaats aan de hand van de ontvangen declaraties. In sommige gevallen vraagt Menzis productieparameters op. Er vindt geen controle plaats van indicatiestelling of andere parameters.

De resultaten

Door te werken met een vaste budgetafpraak krijgt Menzis grip op de volumeontwikkeling en daarmee op de totale kosten. Van het systeem van aanneemsommen gaat bovendien een prikkel uit tot doelmatiger werken en beheersing van het productievolume. In welke mate zich dit effect voordoet, is nog niet te zeggen. Daarvoor is meer tijd nodig.

Toekomst

Menzis is voornemens om het systeem van aanneemsommen verder te verfijnen door er meer prikkels tot doelmatig werken aan toe te voegen.

Meer informatie

<http://www.skipr.nl/actueel/id9416-menzis-contracteert-haga-met-vaste-aanneemsom.html>

A.16 Multizorg - Doelmatige inkoop medisch-specialistische zorg

Korte omschrijving van het initiatief

Multizorg VRZ is een inkooporganisatie die namens meerdere relatief kleinere zorgverzekeraars zorg inkoop. Bij het maken van deze inkoopafspraken met ziekenhuizen koppelt Multizorg VRZ kwaliteit aan behandel tarieven. Dit gebeurt onder meer op basis van cijferanalyses en in dialoog met de zorgaanbieder.

Aanleiding van het initiatief

Multizorg VRZ is een inkooporganisatie die namens DSW, ONVZ, ASR, Eno en Zorg en Zekerheid zorg inkoop. De verzekeraars die Multizorg VRZ vertegenwoordigt kunnen per zorgsoort verschillen; het kan ook voorkomen dat een verzekeraar in zijn kerngebied zelf bepaalde zorg contracteert.

Multizorg VRZ streeft ernaar om kwaliteit van zorg te stimuleren, goede zorg tegen een scherpe prijs in te kopen, voldoende keuzemogelijkheden voor verzekerden te bieden en gepast zorggebruik te bevorderen. De belangrijkste pijlers zijn beheersing van zorgkosten, het zo goed mogelijk afdekken van financiële risico's en inkopen op basis van kwaliteit. Het verkrijgen van meer transparantie en inzicht terugdringen van praktijkvariatie en het hanteren van normen voor zogenoemde hoogcomplex-laagvolume-behandelingen zijn de instrumenten die Multizorg daarbij inzet.

Uitvoering van het initiatief

Multizorg VRZ heeft heel duidelijk gekozen voor de lijn waarin de dialoog met ziekenhuizen en medisch specialisten centraal staat. Multizorg VRZ wil als zorginkooporganisatie niet een norm opleggen, maar de dialoog aangaan met de medisch specialisten en beroepsverenigingen. Het doel van Multizorg VRZ is samen te komen tot afspraken over kwaliteit in een open dialoog waarbij ziekenhuizen en medisch specialisten zelf gestimuleerd worden hierover na te denken en dit te verbeteren.

Op het gebied van kwaliteit richt Multizorg zich derhalve op het verkrijgen van meer transparantie en inzicht in de geleverde zorg. Daartoe wordt gebruikgemaakt van openbare kwaliteitsindicatoren, zoals van Zichtbare Zorg en de IGZ. Multizorg VRZ ervaart dat ziekenhuizen steeds meer cijfermatig inzicht bieden in de kwaliteit van zorg. Daartoe voert Multizorg VRZ ook zelf cijfermatige analyses uit, in samenwerking met MediQuest. Op basis van beschikbare kwaliteitsindicatoren worden benchmarks uitgevoerd. De 25 à 30 ziekenhuizen waarbij de verzekeraars aangesloten bij Multizorg VRZ een voldoende groot marktaandeel hebben, worden meegenomen in deze benchmarks en als spiegelinformatie afgezet tegen het landelijk gemiddelde. Dit wordt onder meer gedaan voor behandelingen met een groot volume, zoals hernia-, staar-, heup-, knie- en amandeloperaties en voor enkele complexe aandoeningen zoals blaas- en borstkanker. Doel hiervan is te komen tot concrete kwaliteitsverbeteringen, zoals betere zorguitkomsten.

Op basis van voornoemde analyses heeft Multizorg VRZ concrete en bindende afspraken gemaakt met 12 ziekenhuizen, waarbij geleverde kwaliteit gekoppeld is aan de tarieven. Na een evaluatiemoment krijgen deze afspraken een vervolg. Zo zijn met de Tergooiziekenhuizen afspraken gemaakt over de koppeling van de uitkomsten van zorg en de tarieven per verrichting. Afgesproken is dat meer dan 1,5% heroperaties bij de behandeling van rughernia leidt tot een neerwaartse bijstelling van de tarieven. Dit geldt tevens bij meer dan 0,5% complicaties bij staaroperaties. Met het Meander Medisch Centrum zijn afspraken gemaakt over de bekostiging van de verrichting van totale prostaatverwijdering door middel van de Da Vinci-operatierobot. Zolang nog niet vaststaat of de Da Vinci-operatierobot daadwerkelijk meerwaarde heeft voor de patiënt en leidt tot doelmatiger zorg, is Multizorg VRZ met het Medisch Centrum overeengekomen dat maximaal het tarief voor een normale prostaatverwijdering wordt vergoed. Indien het ziekenhuis alsnog de meerwaarde voor patiënt en zorgverzekeraar kan aantonen, vindt nieuw overleg over het tarief plaats.

Om gepast gebruik van zorg te bevorderen, wordt in de onderhandelingen tussen Multizorg VRZ en ziekenhuizen ook aandacht besteed aan het daadwerkelijk leveren van zorg volgens uitgangspunten van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), bijvoorbeeld voor spataderen.

Multizorg VRZ volgt in het inkoopbeleid de door de landelijke beroepsverenigingen vastgestelde minimumnormen voor een aantal zogenoemde hoogcomplexe-laagvolume-behandelingen. Indien een ziekenhuis niet meer kan voldoen aan deze normen, treedt Multizorg VRZ in overleg met het ziekenhuis om vervolgens hierover nadere afspraken te maken.

De resultaten

Op dit moment zijn er nog geen concrete opbrengsten ten aanzien van de hierboven genoemde casuïstiek zichtbaar. Dit hangt onder meer samen met de overgang van DBC naar DOT in 2012. Resultaat is wel de toegenomen transparantie over de kwaliteit en doelmatigheid van zorg, onder meer door de toegenomen openheid van ziekenhuizen en medisch specialisten in de dialoog met Multizorg VRZ.

Toekomst

Multizorg VRZ is voornemens om samen met de zorgaanbieders in de kerngebieden bindende afspraken te maken over kwaliteit en doelmatigheid van de geboden zorg. Betrouwbare data, die de basis vormen voor de dialoog met de zorgaanbieder, zijn hierbij essentieel. Multizorg VRZ wil in de dialoog met de zorgaanbieder meer focus leggen op het hele proces van zorgverlening, waarbij gepast gebruik en praktijkvariatie standaard onderwerp van gesprek zijn. Meer inzicht in de wijze van indicatiestelling is essentieel voor verbetering van de effectiviteit en doelmatigheid van zorg. Verantwoording door de zorgprofessional over de keuze voor een bepaalde behandeling of verrichting, niet alleen achteraf maar ook gedurende het proces, is daarvoor een vereiste.

Meer informatie

<http://www.multizorg.nl/dossiers/ziekenhuizen/zkhsbeleid.html>

A.17 ONVZ - Preferred Care Fysiotherapie

Korte omschrijving van het initiatief

Preferred Care is een landelijk kwaliteitsnetwerk van fysiotherapiepraktijken. Het initiatief is in 2009 gestart. Het doel van Preferred Care is verhoging van de kwaliteit van fysiotherapeutische behandelingen door het invoeren van evidence based-protocollen. Om dit te realiseren is een systeem van kennisdeling ingevoerd over resultaten van behandelingen. De samenwerking met Preferred Care stelt de aangesloten fysiotherapeuten in staat gegevens over de toegepaste behandelmethodes op te slaan, te evalueren en uiteindelijk de meeste effectieve best practice te ontwikkelen. Door systematische monitoring en analyse van verzamelde data ontstaat bovendien een benchmarksysteem, dat de fysiotherapeuten in het netwerk, maar ook de zorgverzekeraar en consumenten en patiënten inzicht biedt in de effectiviteit van behandelwijzen.

De bij Preferred Care aangesloten fysiotherapiepraktijken werken volgens vastgestelde evidence based-protocollen en bieden snelle en kwalitatief hoogwaardige fysiotherapeutische zorg. Omdat er minder consulten nodig zijn om de behandeldoelen te behalen, wordt doelmatigheidswinst behaald. Sinds 2009 heeft ONVZ een contract afgesloten met Preferred Care met als gezamenlijk doel een doelmatigheidswinst te realiseren van gemiddeld 10%. Om hoogwaardige fysiotherapie te kunnen inkopen en aanbieden aan haar verzekerden, geeft ONVZ Preferred Care-fysiotherapiepraktijken een opslag op het basistarief.

Aanleiding van het initiatief

Geïnspireerd door de resultaten met diagnostiek en verwijzing van cliënten naar fysiotherapiepraktijken door EMcare, een polikliniek arbeidsgeneeskunde voor werkenden met aandoeningen aan het houdings- en bewegingsapparaat, hebben ONVZ en Multizorg VRZ onderzoek laten doen naar de mogelijkheden van een vergelijkbare aanpak binnen de reguliere zorg. Dit heeft geresulteerd in het kwaliteitsnetwerk van fysiotherapiepraktijken Preferred Care, dat door EMcare op 1 april 2009 is opgericht en waarbij zich, kort na de start, ook de zorgverzekeraars ASR (via Multizorg), Achmea en CZ hebben aangesloten.

Uitvoering van het initiatief

Preferred Care stelt zich ten doel om de kwaliteit, doelmatigheid en transparantie van fysiotherapeutische zorg te verbeteren. De fysiotherapiepraktijken leveren kwalitatief hoogwaardige zorg door gebruik te maken van door Preferred Care ontwikkelde protocollen op basis van wetenschappelijke inzichten. De protocollen zien ook toe op het voorkomen van recidieven na afronding van de behandeling door het geven van adviezen ten aanzien van leefstijl, gedrag en coping. Naast het ontwikkelen van protocollen voor fysiotherapeutische zorg speelt monitoring een belangrijke rol. Preferred Care beheert een database op basis waarvan een interne benchmark tussen praktijken wordt gemaakt en waarbij onder andere het aantal consulten per cliënt inzichtelijk wordt.

Preferred Care verzorgt ook trainingen, workshops en intervisiebijeenkomsten voor de aangesloten praktijken. Voorts ondersteunt zij de registratie van gegevens in het patiëntendossier en de daarvoor benodigde ICT. Ook visiteert zij de praktijken minimaal één keer per jaar.

ONVZ heeft met Preferred Care contractafspraken gemaakt die gelden voor alle aangesloten fysiotherapiepraktijken. Hierbij krijgen de Preferred Care-fysiotherapiepraktijken een opslag op het basistarief dat ONVZ standaard aan gecontracteerde fysiotherapiepraktijken biedt aan andere praktijken. Ten aanzien van de geleverde zorg is afgesproken dat de start van de behandeling van hun verzekerden binnen één week moet plaatsvinden. Daarnaast is afgesproken dat een hogere doelmatigheid wordt nagestreefd door implementatie van het kwaliteitssysteem. Op deze wijze kan een fysiotherapiepraktijk in dezelfde tijd meer patiënten behandelen en dalen de kosten per patiënt. De opslag op het basistarief motiveert aangesloten praktijken tot hoge kwaliteit en alert te blijven op verdere verbetermogelijkheden. ONVZ speelt als contractpartner geen rol in de organisatie en uitvoering van Preferred Care.

De resultaten

Hogere kwaliteit van zorg leidt tot een effectiever en efficiënter behandelproces. Uit extern onderzoek is gebleken dat de partnerpraktijken van Preferred Care gemiddeld bijna 10% minder consulten per behandeling uitvoeren, rekening houdend met verschillen in patiëntenpopulatie. De cliënttevredenheid is hoog. De gemiddelde overallscore op de CQ-index (schaal 0-10) in 2011 en eerste helft van 2012 is 8,8. Alle praktijken scoren 8,5 of hoger. In 2011 hebben alle aangesloten fysiotherapeuten bij 91% van hun patiënten de behandeling gebaseerd op de protocollen van Preferred Care.

Preferred Care levert jaarlijks aan ONVZ een resultaatoverzicht met gegevens over cliënttevredenheid. Voor 2012 is aanvullend een dataprotocol opgesteld, waarin onder andere gegevens over het aantal behandelingen, de gemiddelde consulten per patiënt en de diagnose zijn verwerkt. Op basis van deze gegevens en eigen gegevens van ONVZ en ASR wordt een vergelijking gemaakt tussen de resultaten van de praktijken van Preferred Care en andere praktijken. Daarbij wordt gecorrigeerd voor verschillen in patiëntenpopulatie. In het najaar van 2012 zullen de resultaten van deze analyse beschikbaar komen.

Toekomst

ONVZ streeft ernaar dat iedere patiënt de mogelijkheid heeft om binnen redelijke reisafstand te kiezen voor de hoge kwaliteit van zorg in een Preferred Care-praktijk. ONVZ onderschrijft de doelstelling van Preferred Care om het netwerk verder uit te breiden en uiteindelijk een landelijke dekking te bereiken. Uitgangspunt daarbij is wel dat het initiatief daadwerkelijk bijdraagt aan verbetering van de doelmatigheid van zorg, zowel in termen van kostenbesparing als in termen van kwaliteit en cliënttevredenheid. Daartoe zullen de resultaten blijvend worden gemonitord.

Aandachtspunt voor ONVZ is dat er per praktijk relatief weinig ONVZ-verzekerden zijn, waardoor het lastig wordt om betrouwbare uitspraken te doen over de behaalde doelmatigheid voor ONVZ. Het is daarom van belang dat meer zorgverzekeraars aansluiten en dat het aantal deelnemende praktijken verder toeneemt. Om de samenwerking voort te zetten, heeft ONVZ als eis gesteld dat het netwerk komend jaar met ten minste vijf vestigingen uitgebreid wordt.

S I G N I F I C A N T

Voor ONVZ is de samenwerking met Preferred Care meer dan alleen contractering. Het is ook een stap in het ontwikkelen van inkoop van zorg waarbij keuzevrijheid van de verzekerde, professionele autonomie van de zorgverlener en het stimuleren van doelmatigheid in de zorg met elkaar in balans zijn. Daarnaast past het initiatief in de visie van ONVZ, die inhoudt dat veranderingen die leiden tot verbetering van kwaliteit en doelmatigheid met name uit de beroepsgroep zelf moeten komen.

Meer informatie

http://www.onvz.nl/zorg.htm?nr_tp_disp=11842&ch=def&id=nieuws-preferred-care

<http://www.preferredcare.nl/>

A.18 VGZ - Factpacks medisch-specialistische zorg

Korte omschrijving van het initiatief

Vanaf 2012 heeft VGZ het contracteerbeleid voor medisch-specialistische zorg herzien. Naast het standaardiseren van de contracten, het herzien van de inkoopteams en het hanteren van kostenplafonds worden als startpunt voor de onderhandelingen zogenoemde factpacks gebruikt. Doel van deze factpacks is ziekenhuizen inzicht te geven in hun productie en resultaten en daarbij tevens een vergelijking te maken met andere ziekenhuizen. De factpacks bevatten informatie over de kwaliteit en klantbeleving, prijsstelling, mix, volume, bedrijfsvoering en efficiency. Met deze nieuwe aanpak streeft VGZ ernaar de uitgavengroei van medisch-specialistische zorg te beheersen.

Aanleiding van het initiatief

De introductie van prestatiebekostiging van ziekenhuiszorg (DOT's), de toegenomen risicodragendheid voor zorgverzekeraars en de bestuurlijke afspraken om de uitgavengroei van ziekenhuiszorg te beheersen zijn voor VGZ aanleiding geweest om de inkoop van (onder meer) ziekenhuiszorg te optimaliseren. Ook speelt de wens om meer onderscheid te kunnen maken in kwaliteit van zorg. In het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012 - 2015 hebben partijen een gemiddelde uitgavengroei van ziekenhuiszorg van maximaal 2,5% per jaar afgesproken. Om deze doelstelling te realiseren, wil VGZ met elk ziekenhuis een omzetplafond afspreken, onder gelijktijdige verbetering van de doelmatigheid van ziekenhuiszorg. Benchmarkinformatie in de vorm van factpacks vormt de basis van de besprekingen met individuele ziekenhuizen. Hiermee is sinds het inkoopproces voor 2012 een nieuwe structuur ontstaan voor de inkoopbesprekingen.

Uitvoering van het initiatief

Het gebruik van door VGZ ontwikkelde factpacks voor de zorginkoop vormt een onderdeel van een bredere herziening van het inkoopbeleid van VGZ. De nieuwe inkoopstructuur bestaat uit de volgende onderdelen:

1. Via een standaardisering van de overeenkomsten wil VGZ duidelijke prestatiecontracten invoeren, kwaliteit meer inzichtelijk maken en faciliteren, de bevoorschotting omzetten in financiering onderhanden werk en afspraken maken over het monitoren van het contract.
2. Nieuw samengestelde zorginkoopteams medisch-specialistische zorg bestaan uit twee inkopers en één medisch adviseur. Bij de 25 grootste ziekenhuizen voor VGZ neemt ook een lid van directie/managementteam van VGZ deel. De inkoopteams worden ondersteund door een kernteam, waarin zowel interne als externe expertise bijeen is gebracht (beleid, financiën, bedrijfsinformatie, juridische zaken, informatievoorziening, et cetera).
3. Voor elk van de ziekenhuizen stelt VGZ een kostenplafond vast dat bestaat uit een basisbedrag waarop een potentieel doelmatigheidsbedrag is geïdentificeerd. Het basisbedrag is gebaseerd op rekenstaten en declaraties, met enkele aanpassingen voor zorgvernieuwing, honoraria vrijgevestigde medisch specialisten, kapitaallasten en verzekerdenmutaties.

Factpacks bevatten per ziekenhuis informatie over de volgende vier gebieden: kwaliteit en klantbeleving, prijsstelling, mix, volume, bedrijfsvoering en efficiency. Het doel van de factpacks is individuele ziekenhuizen inzicht te geven in hun functioneren ten opzichte van andere ziekenhuizen en om met het ziekenhuis een dialoog te voeren over het geïdentificeerde doelmatigheidspotentieel. Dit gebeurt aan de hand van gegevens over het betreffende ziekenhuis en van benchmarkinformatie.

De gegevens vormen de basis voor het inkoopoverleg tussen het ziekenhuis en VGZ. De factpacks zijn samengesteld aan de hand van zowel externe data als eigen gegevens van VGZ en bevatten onder meer de eigen declaratiegegevens van het ziekenhuis, de praktijkvariatiegegevens van Vektis en diverse openbare kwaliteitsmetingen zoals patiëntmetingen van de CQ-index, Zichtbare Zorg-indicatoren en de Elsevier-lijst. De factpacks bevatten ook informatie over het mogelijke verbeterpotentieel op elk van de eerdergenoemde vier gebieden. Dit verbeterpotentieel is door VGZ berekend op basis van normen die zijn opgesteld door beroepsgroepen zelf en een onderlinge vergelijking tussen ziekenhuizen.

De resultaten

Ten behoeve van de zorginkoop in 2012 heeft VGZ in totaal voor 93 ziekenhuizen een factpack ontwikkeld. De introductie van factpacks heeft geleid tot meer dialoog tussen VGZ en ziekenhuizen over de zorginkoop 2012, op basis van objectieve gegevens en benchmarkinformatie. Door deze aanpak heeft VGZ haar doelstelling voor 2012 behaald. De met de ziekenhuizen en ZBC's gesloten inkoopovereenkomsten passen binnen de maximale uitgavengroei van 2,5% uit het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012 - 2015.

Zoals ook uit een externe evaluatie is gebleken, leidde de introductie van factpacks tot een andere verhouding geënt op duurzaamheid en zakelijkheid tussen zorgverzekeraar en individuele ziekenhuizen. Voor beide partijen was aanvankelijk sprake van een gewenningsperiode. Hoewel de factpacks ontwikkeld zijn met het oog op kwaliteitsverbetering en het terugdringen van verschillen tussen ziekenhuizen, werden zij aanvankelijk te veel beschouwd als een onderbouwing van een door te voeren budgetkorting. In bepaalde gevallen kwam hierdoor de gewenste dialoog over kwaliteits- en doelmatigheidsbevordering niet voldoende van de grond.

Toekomst

De eerste ervaringen met de gestandaardiseerde aanpak en het gebruik van factpacks zijn positief, maar de evaluatie bevat tevens aanknopingspunten voor verbetering. Daar waar bij de inkoopgesprekken voor 2012 vooral de nadruk is gelegd op beheersing van het volume en het verbeterpotentieel, wordt bij de inkoopgesprekken voor 2013 meer aandacht besteed aan de kwaliteit van zorgverlening en klantbeleving. Ook zal, mede op voorstel van een aantal ziekenhuisbestuurders, meer ruimte worden geboden voor dialoog en zal extra aandacht worden besteed aan de verificatie en betrouwbaarheid van de voor de factpacks gebruikte gegevens. Deze verbeteringen worden periodiek gemonitord.

A.19 VGZ - Ketenzorg dementie

Korte omschrijving van het initiatief

VGZ maakt dementiezorg doelmatiger door middel van vroegsignalering, een regionale netwerkstructuur met casemanagement en ondersteuning door mantelzorg. Door deze werkwijze kunnen cliënten langer thuis blijven wonen. Dit komt tegemoet aan de wens van veel cliënten en blijkt bovendien kostenefficiënt. Noord-Holland Noord (NHN) fungeert als best practice. De bedoeling is om deze werkwijze breder uit te rollen.

Aanleiding van het initiatief

Directe aanleiding van het initiatief is de toenemende zorgvraag als gevolg van de vergrijzing. Van het aantal ouderen boven de 65 is momenteel circa 10% dementerend. De verwachting is dat dit percentage de komende vijftig jaar verdubbelt (Alzheimer Nederland, *Cijfers en feiten over dementie*. www.alzheimer-nederland.nl). Deze verwachte ontwikkeling vormt voor VGZ de reden om te bekijken in hoeverre kostenbesparingen bij de behandeling van dementie mogelijk zijn. Een aantal factoren speelt daarbij een rol. Ten eerste blijkt dat de diagnose dementie vaak pas in een laat stadium wordt gesteld. De zorg die de cliënt op dat moment nodig heeft, is meestal niet alleen ingrijpend maar ook kostbaar (bijvoorbeeld crisisopvang). Daarom zet VGZ momenteel actief in op 'vroegsignalering'. Ten tweede is dementie een langdurige ziekte waarbij relatief veel zorg nodig is. VGZ is van mening dat een deel van deze zorg verleend kan worden door mantelzorgers, waardoor de cliënt langer thuis kan blijven wonen.

Uit cliënttevredenheidsonderzoeken (met name spiegelrapportages van Alzheimer Nederland) blijkt dat cliënten met dementie niet tevreden zijn over het gebrek aan afstemming en informatie-uitwisseling over de geboden zorg tussen de verschillende zorgaanbieders met wie zij te maken hebben. Veelal is onduidelijk wie de regie heeft over de benodigde zorg. Ook blijkt uit deze onderzoeken dat cliënten het liefst zo lang mogelijk thuis blijven wonen.

VGZ heeft geconstateerd dat het mogelijk is om zorg te bieden die beter aansluit bij de behoeften van de cliënt en die bovendien kostenbesparend is. De regio NHN fungeert hierbij als *best practice*.

Uitvoering van het initiatief

In NHN wordt sinds tien jaar op de volgende wijze zorg geboden aan cliënten met dementie:

1. **Vroegsignalering.** Tussen huisartsen, de sectoren GGZ, Verpleging en Verzorging, en het ziekenhuis zijn samenwerkingsafspraken gemaakt ten aanzien van vroegsignalering en diagnostiek. De afspraken zijn opgenomen in het regionale zorgpad, waarin de rollen van de betrokken zorgaanbieders duidelijk zijn omschreven. Huisartsen worden gestimuleerd om bij reguliere contacten met ouderen vroegtijdig te letten op tekenen van dementie. Indien daartoe aanleiding bestaat verwijzen zij door naar Stichting Geriant, die vanaf dat moment diagnostiek, behandeling en begeleiding biedt. Dit gebeurt door een team bestaande uit onder meer een psychiater, een specialist ouderengeneeskunde en een casemanager.
2. **Regionale netwerkstructuur.** Het doel is om de partijen die onderdelen van de ketenzorg voor dementie leveren efficiënt met elkaar te laten samenwerken. Dementie vereist specialistische deskundigheid die op het juiste moment toegankelijk en bereikbaar moet zijn. Daarvoor wordt gewerkt met een casemanager. Deze onderhoudt het contact met cliënt en mantelzorger en bewaakt tijdige inzet van de noodzakelijke interventies en begeleiding (zie ook 3).

3. **Ondersteuning mantelzorgers.** Om ervoor te zorgen dat mantelzorgers hun belastende taak kunnen blijven uitvoeren, wordt op verschillende wijzen ondersteuning geboden. Zo wordt informatie verstrekt over dementie en psycho-educatie gegeven. Daarnaast wordt de mantelzorgers regelmatig bezocht en bijgestaan door de casemanager. Ook kan de casemanager eventueel voor respijtzorg zorgen. In sommige regio's wordt gebruikgemaakt van het *E-health* programma 'Dementie de baas'. Mantelzorgers krijgen via onlineondersteuning meteen antwoord op de vragen zij hebben.

De resultaten

Een analyse van de verschillende vormen van dementiezorg in de VGZ-regio's laat zien dat de aanwezigheid van een duidelijke en toegankelijke netwerkstructuur en casemanagement voor zowel de kwaliteit als de doelmatigheid van zorg van groot belang is. Door vroegtijdige inzet van begeleiding en ondersteuning wordt bespaard op de kosten van kortdurend verblijf (crisisopnamen, verblijf ten behoeve van observatie en screening), ziekenhuiszorg en langdurig verblijf door opname in een latere fase van het dementieproces.

De cliëntenaantallen en kosten van de geboden zorg in NHN zijn afgezet tegen die in andere VGZ-regio's. Door vroegsignalering worden meer mensen met dementie bereikt. Van alle inwoners in die regio krijgt 0,5% AWBZ-zorg of GGZ voor dementie. Het gemiddelde van alle VGZ-regio's ligt op 0,13%.

Wanneer er alleen gekeken wordt naar de GGZ-kosten (de kosten van een casemanager worden vanuit de Zvw vergoed), dan zijn de kosten in NHN in absolute zin het hoogst. Daar staat tegenover dat de gemiddelde kosten per persoon in NHN het laagst zijn (in 2008 € 4.500,- per persoon in NHN tegen ruim € 7.000,- per persoon over alle VGZ-regio's). De lagere kosten per persoon in NHN worden voornamelijk veroorzaakt door de lagere verblijfskosten in de GGZ (met name crisisopnamen). Tevens is gebleken dat de ziekenhuiskosten in NHN veel lager zijn (40% ten opzichte van het gemiddelde voor geheel VGZ).

Verder blijkt dat de kosten van het gehele zorgtraject van cliënten met dementie die een combinatie van GGZ en AWBZ-zorg krijgen lager zijn dan voor cliënten met alleen AWBZ-zorg (€ 54.540,- per persoon ten opzichte van € 102.916,- per persoon) en is het verblijf in een verpleeghuis korter. Wanneer alle regio's zich op deze combinatie van zorg zouden richten, zoals NHN doet, dan kan deze besparing per persoon leiden tot een landelijke besparing van € 200 miljoen per jaar.

Behalve kostenreductie heeft het initiatief tot gevolg dat de cliënt meer tevreden is over zijn behandeling. VGZ baseert zich daarbij op cliënttevredenheidsonderzoeken van Alzheimer Nederland, rapportages van NIVEL en een kleinschalige evaluatie van het recent in Venlo gestarte initiatief.

Toekomst

Op grond van de positieve ervaringen met de ketenzorg dementie is VGZ voornemens dit initiatief breder uit te rollen. Momenteel lopen er in alle zorgkantorregio's van VGZ initiatieven om te komen tot regionaal georganiseerde dementiezorg². Een van de grootste uitdagingen daarbij is de organisatie van de praktische samenwerking tussen alle betrokken partijen op lokaal niveau.

² Deze regio's zijn: Midden-Holland (Gouda e.o.), Waardenland (Gorinchem/Dordrecht e.o.), Midden-Brabant (Tilburg e.o.) Noordoost-Brabant (regio's: Den Bosch, Land van Cuyk, Oss-Uden-Veghel), Noord- en Midden-Limburg (Venlo en Remond/Sittard) en Nijmegen.

S I G N I F I C A N T

Meer informatie

<http://www.vgz-zorgkantoren.nl/LinkClick.aspx?fileticket=2DTz0KLaHik%3D>

<http://www.zorgvisie.nl/Financien/14248/Casemanager-dementie-bespaart-miljoenen.htm>

A.20 Zorg en Zekerheid - Eerstelijnszorg middels gezondheidscentra

Korte omschrijving van het initiatief

Voor Zorg en Zekerheid zijn gezondheidscentra het preferente model om eerstelijnszorg te organiseren. Daartoe wordt in het werkgebied een aantal projecten ondersteund, waarbij de verzekeraar vooral optreedt als partner in de uitvoering. Door de eerstelijnszorg te organiseren in gezondheidscentra verwacht Zorg en Zekerheid te kunnen inspelen op een veranderende zorgbehoefte en tegelijkertijd een doelmatigheidswinst te behalen door patiënten in de eerstelijns te behandelen, in plaats van in de tweedelijns.

Achtergrond van het initiatief

Om de zorgkosten beheersbaar te houden, wil Zorg en Zekerheid de eerstelijns zorg zoveel mogelijk organiseren in gezondheidscentra. Binnen gezondheidscentra kan taakdifferentiatie en specialisatie plaatsvinden.

Uitvoering van het initiatief

Het preferente model van gezondheidscentra wordt in een aantal projecten verder ontwikkeld. Voorbeelden hiervan zijn Populatiegerichte eerstelijnsvoorzieningen en Ketenzorg hartfalen (samenwerkende gezondheidscentra in Alphen a/d Rijn en Rijnland Ziekenhuis). Het initiatief voor het merendeel van de projecten lag bij de lokale zorgaanbieders. Zorg en Zekerheid neemt deel als sparringpartner of projectadviseur. In een aantal gevallen stelt Zorg en Zekerheid tevens budget beschikbaar.

Project: Populatiegerichte eerstelijnsvoorzieningen

In dit project werken vier gezondheidscentra (verenigd in stichting Rijncoepel) en het Diaconessen ziekenhuis en Zorg en Zekerheid samen met als doel in kaart te brengen hoe het aantal patiënten in de tweedelijns kan worden teruggebracht door de zorg in te richten op basis van het Chronic Care Model. Het uitgangspunt is zorg op de juiste plek, wat kan betekenen dat zorg zoveel mogelijk plaatsvindt in de eerste lijn en dat de zorg voor patiënten in de tweede lijn, indien mogelijk, wordt overgenomen door de eerste lijn. Hierdoor wordt onnodige tweedelijnszorg voorkomen. Eind 2012 moet het projectplan klaar zijn, en in 2013 wordt het geïmplementeerd. De drie deelnemende partijen zijn vertegenwoordigd in de stuurgroep. Financiering van het project komt deels van Zorg en Zekerheid. De verzekeraar vervult voorts een faciliterende rol. Daarnaast heeft Zorg en Zekerheid een coördinerende rol in het regionaal schakelpunt (sleutelnets) voor het laten aansluiten van de diverse informatie systemen (HIS, ZIS, apothekers informatie systeem, et cetera). Van belang in het project is of het project voor alle partijen rendabel is en of de kwaliteit van zorg voor de patiënten verbetert. TNO verricht onderzoek, zoals het vaststellen van zorgkosten en zorgbehoeftes van specifieke subpopulaties en het meten van (tussen)resultaten.

Project: Ketenzorg hartfalen - samenwerkende gezondheidscentra in Alphen a/d Rijn en Rijnland Ziekenhuis

In de regio is het aantal patiënten met hartfalen relatief hoog. Om het grote aantal patiënten met hartfalen op te kunnen vangen, hebben het Rijnlandziekenhuis en de huisartsen van drie gezondheidscentra in de regio gezamenlijk een aantal acties ondernomen. Protocolair is afgesproken wanneer een patiënt verwezen wordt naar de tweede lijn, en wanneer de zorg weer kan worden overgenomen door de eerste lijn. Met alle betrokken partijen worden transmurale zorgpaden rondom hartfalen opgesteld. Zorg en Zekerheid faciliteert dit project. Binnenkort worden protocollen gepresenteerd en afspraken gemaakt over concrete acties die de gezondheidscentra en het ziekenhuis nemen. Er zijn vooraf geen financiële targets gesteld.

Voor het welslagen is het volgens Zorg en Zekerheid belangrijk om in dit soort projecten de dialoog aan te gaan en om betrokken partijen te stimuleren tot transmurale afspraken te komen. Er wordt nadrukkelijk niet gekozen voor eenzijdige besluiten of het onder druk afdwingen van afspraken.

De resultaten

Beide projecten, die moeten leiden tot beheersing van de zorgkosten als gevolg van een verschuiving van de tweede naar de eerste lijn, bevinden zich nog in een opstartfase. Dit betekent dat de resultaten van beide projecten nog niet bekend zijn. Lokaal onderzoek laat echter zien dat huisartsen die werken in een hartfalenzorgketen minder naar de tweedelijnszorg doorverwijzen, dan huisartsen die niet in een zorgketen zijn georganiseerd (een stijging in DBC's van 0,2% ten opzichte van een stijging van 8%).

De verzekeraar heeft in beide projecten geen sturende rol, maar geeft meer randvoorwaarden mee waarbinnen er door de zorgaanbieders zelf invulling wordt gegeven aan de herinrichting van de zorg. Indirecte sturing is er bijvoorbeeld door budgetten van de tweedelijnszorg niet uit te breiden.

Toekomst

Verschuiving van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg is een manier waarop Zorg en Zekerheid de doelmatigheid van de zorg wil vergroten. Deze verschuiving kan op verschillende manieren plaatsvinden. Deze manieren zullen in de toekomst nader worden onderzocht. Hierbij kan worden gedacht aan het aanbieden van medisch-specialistische diagnostiek in een gezondheidscentrum. Ook kan het gaan om de uitbreiding naar de GGZ en om de zorg voor andere grote aantallen patiënten zoals chronisch zieken en ouderen.

Meer informatie

<http://www.zorgenzekerheid.nl/Zorgprofessionals/Service/Kies-uw-beroepsgroep/Geintegreerde-eerstelijns.htm#252187-content1>

SIGNIFICANT

B. Lijst met geïnterviewden

Casus	Geïnterviewde
A.1 Verschillende zorgverzekeraars - Preferentiebeleid eerstelijns farmacie	Niet van toepassing
A.2 Achmea - IDEA-pakjesmodel en sterrensysteem in de farmacie	Roland Eising, Manager Zorginkoop Farmacie Extramuraal
A.3 Achmea - Stichting Mirro	Bas de Bruijn, manager Zorginkoop GGZ
A.4 Achmea - Achmea Praktijk Status voor huisartsenpraktijken	Sander van Ekeren, Manager Zorginkoop Huisartsenzorg Achmea
A.5 CZ - Module Optimaal Geneesmiddelengebruik	Serge van Dijk, Zorginkoper farmacie
	Rens van Oosterhout, Manager farmacie & GGZ/MO
A.6 CZ - Overheadreductie ketenzorg	Kary Heldoorn, Manager Huisartsenzorg, Versterking eerste lijn en Ketenzorg
A.7 CZ - Project Acute Zorg	Gaby Prins, Zorginkoper Huisartsenzorg, Versterking 1e lijn & Ketenzorg
A.8 CZ - Inkoop van hulpmiddelen: incontinentiemateriaal en verbandmiddelen	Dion van Bommel, Manager Hulpmiddelen, Vervoer en Buitenland, divisie Zorg
A.9 CZ - Drie initiatieven inkoop medisch-specialistische zorg	Nico Martens, Zorginkoper sector Medisch-specialistische zorg
A.10/11/12 De Friesland	Diana Monissen, Voorzitter Raad van Bestuur
	Brenda van Haarst, Programmamanager Friesland Voorop
	Ursula de Jonge Baas, Accountmanager Huisartsenzorg
A.13 Menzis - TopZorg	Bert Geertsma, Zorgprogramma manager
A.14 Menzis - Ouderenzorg	Hannes Seesing, zorginkoper Huisartsenzorg Menzis
A.15 Menzis - Anneemsommen ziekenhuizen	Gerco Rietveld, Adviseur zorgmanagement
A.16 Multizorg - Doelmatige inkoop Medisch-specialistische zorg	Arnoud Zanen, Multizorg VRZ, Inkoper Medisch-specialistische zorg
	Paulien Dudok van Heel-Sakkers, ONVZ Medisch Adviseur
	Astrid Wauben, ASR Ziektekosten, Stafmedewerker Zorg
A.17 ONVZ - Preferred Care Fysiotherapie	Sanne van Rooij, Beleidsmedewerker Zorg
	Harald Miedema, Directeur EMcare en Preferred Care
A.18 VGZ - Factpacks medisch-specialistische zorg	Rene van den Broek, Beleidscoördinator Medisch-specialistische zorg

SIGNIFICANT

Casus	Geïnterviewde
	Maarten van der Vorst, (interim-)Directeur Zorginkoop
A.19 VGZ - Ketenzorg dementie	Jelle Vrijssen, Zorginkoper integrale zorg
	Anke Bielderma, Beleidscoördinator
A.20 Zorg en Zekerheid - Eerstelijns zorg middels gezondheidscentra (GEZ)	Erik Kramer, Senior zorginkoper
	Mary Stroet, Senior zorginkoper

C. Onderzoeksteam

- drs. B. (Bert) Karssen, partner Significant B.V.
- drs. R.C. (Ruud) Plu, partner Significant B.V.
- B.C. (Bas) Jurling, RA, director
- drs. G.A. (Georget) Bouman, managing consultant
- dr. M. (Maria) Schipper, managing consultant
- ir. C.A.M. (Krisje) Hurkens, senior adviseur/onderzoeker
- ir. J.J.M. (Coby) Peeters, senior adviseur/onderzoeker
- dr. ir. M.H. (Maarten) Batterink, adviseur/onderzoeker
- B. (Brechtje) Riphagen, MSc, adviseur/onderzoeker
- drs. L (Lydia) Vunderink, adviseur/onderzoeker
- drs. A.M. (Annemarijn) Walberg, adviseur/onderzoeker
- drs. H. (Henk) van Vliet, als ambassador verbonden aan Significant