



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Samen werken aan duurzame zorg

Landelijke monitor proeftuinen



Samen werken aan duurzame zorg

Landelijke monitor proeftuinen

H.W. Drewes, R. Heijink, J.N. Struijs, C.A. Baan

Colofon

Ontwerp

Xerox/OBT, Den Haag

Foto

Peter van Beek / Hollandse Hoogte

Infographics

Frederik Ruys (Vizualism)

Een publicatie van het

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Postbus 1

3720 BA Bilthoven

Auteursrecht voorbehouden

© 2015, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden redactie, auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaand schriftelijke toestemming van het RIVM en de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

RIVM-rapportnummer: 2015-0076

ISBN: 9789069602813

Publiekssamenvatting

In 2013 heeft het ministerie van VWS op voordracht van de verzekeraars negen regionale initiatieven benoemd tot proeftuinen. Deze proeftuinen hebben als doel om preventie, zorg en welzijn in samenhang vorm te geven. Dit rapport beschrijft de proeftuinen en de ontwikkelingen die zich sinds de oprichting hebben voorgedaan. Daarnaast geeft het de gezondheid, de kwaliteit van de zorg en de kosten in de proeftuinregio's weer. Ook wordt ingegaan op de ervaringen van bestuurders met de proeftuinen.

Zorgaanbieders, verzekeraars, en vaak ook gemeenten en vertegenwoordigers van burgers / patiënten, werken binnen de proeftuin gezamenlijk aan duurzame zorg en maatschappelijke ondersteuning. Met behulp van een aantal interventies proberen deze partijen een basis te leggen voor de benodigde samenwerking, de organisatie en de bekostiging van de proeftuinen. De proeftuinen worden bestuurd door vertegenwoordigers van de betrokken partijen. Volgens hen wijzen de eerste ervaringen op een verbeterde samenwerking. Tegelijkertijd zoeken zij nog naar een goede aansturing van de proeftuin en de mogelijkheden van nieuwe bekostigingsvormen.

Voor het welslagen van de proeftuinen is een goede samenwerking essentieel. Hiervoor is het van belang dat de organisatiebelangen van álle partijen meer op één lijn komen te liggen met de doelstelling van de proeftuin. Ook is aandacht nodig voor alternatieve vormen van bekostiging en voor transparantie van de kwaliteit en kosten van de zorg.

Abstract

In 2013, the Dutch Ministry of Health designated nine regional innovation initiatives as 'pioneer sites' in a nationwide effort to achieve a better health, improved quality of care and cost control (Triple Aim). RIVM has monitored the sites with a particular focus on their design, the Triple Aim, and the experiences of members of the steering groups of the sites.

Healthcare providers, insurers and often stakeholders like municipalities and representatives of citizens / patients are working jointly to achieve sustainable care and support. On the basis of a number of interventions they attempt to lay the foundation for the necessary cooperation, organisation and funding of the sites. Pioneer sites are run by stakeholders' representatives. According to them, first experiences indicate that cooperation has improved. At the same time, the sites are still seeking the best organisational and management structures to work with and exploring new forms of funding such as shared savings.

For the pioneer sites to be successful, good cooperation is essential. This requires that organisational interests of all stakeholders are more aligned to the objectives of the pioneer sites. Alternative forms of funding and transparency of the quality and costs of care also need attention.

Inhoud

Kernboodschappen	7
1 Inleiding	13
1.1 Achtergrond	13
1.2 De Landelijke monitor proeftuinen	14
1.3 LMP rapport 3: Samen werken aan duurzame zorg	15
1.4 Ontwikkelingen buiten de proeftuinen	15
1.5 Leeswijzer	16
2 Wat is de stand van zaken ten aanzien van de vormgeving en ontwikkeling van de proeftuinen?	17
2.1 Organisatie van de proeftuinen	17
2.2 De populatiegerichte activiteiten	28
3 Hoe staat het in de proeftuinen met de gezondheid, de kwaliteit van zorg en de kosten?	34
3.1 Inleiding	35
3.2 Gezondheid	39
3.3 Ervaren kwaliteit van zorg	44
3.4 Kosten	51
4 Wat zijn de ervaringen van de stuurgroepleden van de proeftuinen tot nu toe?	59
4.1 Hoe verloopt de samenwerking?	59
4.2 Wat zijn de ervaringen met de sturing?	64
4.3 Hoe worden de bekostiging en contractering ervaren?	66
4.4 Hoe verhouden de proeftuinen zich tot de uitgangspunten van het zorgstelsel?	74
4.5 Wat zijn de ervaringen vanuit een meerjarenperspectief?	78
5 Beschouwing	81
5.1 Samenvatting resultaten	81
5.2 Resultaten in perspectief	83
5.3 Reflectie op methoden	90
5.4 Aanbevelingen	91
Literatuur	95

Bijlagen	100
Bijlage 1 Auteurs, projectteam en begeleidende commissies	101
Bijlage 2 Afkortingen	103
Bijlage 3 Methoden en data	106
Bijlage 4 Proeftuinen	140
Bijlage 5 Memo Resultaatbeloning en shared savings (NZa, 2015)	240

Kernboodschappen

Landelijke monitor proeftuinen populatiemanagement

De afgelopen jaren zijn in Nederland diverse initiatieven ontstaan met als doel het zorgstelsel duurzamer vorm te geven. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in het voorjaar van 2013 aangegeven een aantal van deze initiatieven actief te willen volgen. Hiervoor heeft zij negen initiatieven benoemd als zogenaamde ‘proeftuin’. Het doel van deze proeftuinen is om de gezondheid van de populatie en de kwaliteit van zorg te verbeteren en de groei in (zorg)uitgaven te beheersen (Triple Aim). In de proeftuinen werken verschillende actoren in de regio, waaronder zorgverzekeraars, zorgaanbieders en/of gemeenten, samen. Zij zetten gezamenlijk interventies op om bovengenoemde doelen te realiseren. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) monitort in opdracht van het ministerie van VWS de vormgeving en ervaringen van deze proeftuinen populatiemanagement. Het doel van de Landelijke monitor proeftuinen populatiemanagement (LMP) is om meer inzicht te verkrijgen en te geven in de ervaringen van alle bij de proeftuinen betrokken actoren. Daarnaast heeft de LMP als doel de ontwikkelingen in de gezondheid van de betreffende populaties, de kwaliteit van zorg en de kosten te beschrijven. Hiermee beoogt het RIVM zicht te krijgen op de succes- en faalfactoren van deze initiatieven en lessen te trekken voor het beleid. De LMP is medio 2013 gestart. De opzet van de LMP en de initiële vormgeving van de proeftuinen zijn in eerdere rapporten beschreven. Het huidige rapport geeft een actualisatie van de vormgeving van de negen proeftuinen. Het rapport geeft daarnaast inzicht in de gezondheid van de populaties en de kwaliteit van zorg en de kosten bij aanvang van de negen proeftuinen. Het betreft hier met nadruk *geen* effectevaluatie van de proeftuinen en hun activiteiten. Wel worden de eerste ervaringen van betrokken actoren anderhalf jaar na de introductie van de proeftuin gepresenteerd. De bevindingen zijn gebaseerd op de LMP-vragenlijst, interviews met stuurgroepleden van de proeftuinen en op een aantal beschikbare databronnen zoals de Gezondheidsmonitor en registratiebestanden van Vektis.

Proeftuinen zijn netwerken van zorgaanbieders, verzekeraars en vaak ook Zorgbelang

Vooralsnog zijn de proeftuinen vormgegeven als partnerships: netwerken van meerdere actoren zonder dat er sprake is van contractuele afspraken en/of juridische entiteiten. Het aantal *actoren* dat actief betrokken is, verschilt per proeftuin, en varieert van vier tot meer dan 40 actoren. In acht van de negen proeftuinen wordt het netwerk aangestuurd door een stuurgroep, in de negende proeftuin overlegt de zorgverzekeraar met ieder actor afzonderlijk. De stuurgroep is het besluitvormende orgaan waarin huisartsen, verzekeraars, ziekenhuizen, en veelal Zorgbelang zijn vertegenwoordigd. De gemeente is actief betrokken bij zes proeftuinen. Het aantal actoren in de stuurgroep varieert van vijf tot 25. De stuurgroep geeft veelal sturing aan kleinere eenheden, zoals werkgroepen (verantwoordelijk voor proeftuin brede onderwerpen zoals ICT) en projectgroepen (verantwoordelijk voor ‘zorginhoudelijke’ interven-

ties). In zeven van de negen proeftuinen worden burgers in de stuurgroep vertegenwoordigd door Zorgbelang. Daarnaast heeft Zorgbelang aanvullende rollen, variërend van het evalueren van interventies tot het bieden van workshops ter bewustwording van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

Proeftuinen bouwen het fundament met beperkte en pragmatische set aan interventies

De proeftuin wordt door de actoren gezien als een katalysator voor de transitie naar duurzame zorg en ondersteuning. Een dergelijke transitie is een structurele maatschappelijke verandering die vraagt om gedragsveranderingen van betrokken actoren en om wijzigingen van cultuur en bestaande (organisatie)structuren. In de meeste proeftuinen worden naast zorginhoudelijke interventies ook 'randvoorwaardelijke' interventies geïmplementeerd om bij te dragen aan deze transitie. De randvoorwaardelijke interventies versterken de fundamenteën om de doelen te realiseren, door bijvoorbeeld de ICT-infrastructuur van verschillende zorgaanbieders te verbinden, nieuwe rollen van zorgverleners/actoren vorm te geven en innovatieve bekostigingsmethoden voor preventie, zorg en ondersteuning te ontwikkelen. De zorginhoudelijke interventies zijn tot op heden vooral beperkt tot het zorgdomein, zoals het doelmatiger voorschrijven van geneesmiddelen en anderhalvelijnszorg, en richten zich minder op preventie en welzijn. De keuze van zorginhoudelijke interventies wordt vooral ingegeven door pragmatische overwegingen.

Samenwerking is verbeterd en te verbeteren

Stuurgroepleden ervaren de proeftuin als een initiatief waarbij zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten *gezamenlijk* werken aan een gemeenschappelijk ideëel doel: duurzame zorg. Anders dan in voorgaande jaren wordt er nu in gezamenlijkheid met alle betrokken actoren gewerkt aan de overkoepelende strategie en de interventies: zorgverzekeraar(s), zorgaanbieders, Zorgbelang en soms ook gemeenten ontwikkelen samen de interventies en maken hierover afspraken. Zo worden interventies rondom doelmatig geneesmiddelengebruik gezamenlijk opgepakt door apothekers, specialisten, huisartsen, Zorgbelang en verzekeraars. Stuurgroepleden geven aan dat zij door de komst van de proeftuin een verbeterde samenwerking en/of netwerkontwikkeling ervaren, maar dat er ruimte is voor verdere verbetering. Zo bestaat er soms een discrepantie tussen wat met de mond wordt beleden en de ondernomen activiteiten. Onderliggende belangen worden niet openlijk besproken in alle proeftuinen. Dit is wel van belang, omdat de afzonderlijke organisatiebelangen van de diverse actoren haaks kunnen staan op het realiseren van de doelstellingen van de proeftuin. Zo zal bijvoorbeeld de verschuiving van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn of het voorkómen van dubbele diagnostiek zorgen voor volumereductie voor ziekenhuizen en diagnostische centra.

Gemeenschappelijk doel van de proeftuin vooral ingekleurd vanuit kwaliteit van zorg en zorgkosten

Duurzame zorg is voor alle proeftuinen het gemeenschappelijke ideële doel. Dit ideële doel is vooralsnog vooral ingekleurd vanuit de kwaliteit van zorg en de zorgkosten. Een daadwerkelijke populatiegerichte aanpak waarbij populatiedoelen centraal worden gesteld en waarbij ook de gezondheid centraal staat, staat nog in de kinderschoenen. Dit hangt samen met organisatiebelangen die nog niet in lijn liggen met deze bredere inkleuring van het gemeen-

schappelijke doel van de proeftuin. Ook is de invulling per regio nog beperkt gestoeld op de behoefte van de populatie, en vooral ingestoken vanuit de actoren die aan tafel zitten. Dit komt onder andere naar voren bij de uiteenlopende ambities voor de komende drie jaar. Bij optimale duurzame zorg, zal meer worden gestuurd op behoud van functionaliteit en eigen regie van de burger waardoor preventie een belangrijk onderdeel wordt en kosten meer vanuit maatschappelijk perspectief worden meegenomen.

Proeftuinen hebben verschillende vertrekpunten wat betreft de gezondheid en zorgkosten

De eerste metingen van gezondheid, ervaren kwaliteit van zorg en zorgkosten, op basis van Triple-Aim indicatoren, laten zien dat de proeftuinregio's in deze verschillende uitgangsposities hebben. Ten aanzien van gezondheid zien we dat de populaties van de proeftuinen in de krimpregio's in Zuid-Limburg en Zeeuws-Vlaanderen gemiddeld ongezonder zijn; zij rapporteerden in 2012 meer beperkingen, meer chronische aandoeningen en een slechtere ervaren gezondheid dan gemiddeld in Nederland. Drie regio's scoren over het algemeen beter dan het landelijk gemiddelde op de verschillende gezondheidsindicatoren. Ook de kosten van de zorg laten verschillen tussen de proeftuinregio's zien. In vijf proeftuinregio's waren in 2012 de kosten voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) hoger dan het Nederlands gemiddelde en in drie regio's lager. Daarbij zien we dat in sommige proeftuinregio's vooral voor specifieke sectoren zoals de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) of subgroepen zoals ouderen de kosten hoog zijn. De totale Zvw-kosten per inwoner in 2012 lagen in de proeftuinregio met de hoogste kosten bijna 35% hoger dan in de regio met de laagste kosten. De verhouding van de Zvw-kosten over sectoren, zoals huisartsenzorg en ziekenhuiszorg, is vergelijkbaar tussen de proeftuinen. Op het gebied van (ervaren) kwaliteit van zorg komt geen eenduidig patroon naar voren en wijken de proeftuinen niet af van het landelijke gemiddelde.

Informatie over gezondheid, kwaliteit van zorg en zorgkosten laat te wensen over

Ondanks dat de proeftuinen werken aan een betere transparantie, ervaren stuurgroepleden dat het inzicht in de gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten nog beperkt is. Voor een populatiegerichte aanpak waarbij populatiedoelen centraal worden gesteld, is de beschikbaarheid van goede informatie een voorwaarde. Niet alleen om de behoefte van de populatie in kaart te brengen, maar ook voor de inkoop- en feedbackcyclus. Het monitoren van de gezondheid, kwaliteit van zorg en zorgkosten (in brede zin) vereist het delen van data over zorg, functioneren en welzijn waarbij zowel zorggebruikers als personen die nog geen zorg gebruiken mee worden genomen. Dit vereist meer transparantie en ook een verdere ontwikkeling van indicatoren op het terrein van bijvoorbeeld functioneren, welzijn en sociale binding. Pas dan is het mogelijk om de behoeftes van de populatie in kaart te brengen, en vast te stellen welke zorgarrangementen en ondersteuning nodig zijn. Hiermee wordt het ook mogelijk een goede feedbackcyclus in te richten waarbij uitkomsten van interventies worden teruggekoppeld, zodat het voor alle partijen inzichtelijk wordt wat de meerwaarde van de proeftuin is en kunnen eventuele bijstellingen goed onderbouwd worden.

Governance nog in ontwikkeling

De proeftuinen zijn vormgegeven als partnerships; het zijn netwerken van meerdere actoren zonder contractuele afspraken en/of juridische entiteiten. Zeven van de negen proeftuinen

hebben een programmamanager, die voornamelijk via Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) of RVVZ-gelden wordt gefinancierd. Stuurgroepleden van proeftuinen waar geen programmamanager aanwezig is, geven aan een dergelijke persoon te missen. Toezicht en adviesgroepen zijn binnen de proeftuinen zeer beperkt aanwezig; één proeftuin heeft een adviesgroep geïntroduceerd. In de proeftuinen is men nog op zoek naar de optimale vorm van bestuur met bijbehorende mandaten; proeftuinen waarin relatief veel actoren meebeslissen ervaren weliswaar een breed draagvlak, maar ook een tragere en daarmee voor sommige actoren frustrerende besluitvorming. Binnen drie proeftuinen zijn juridische entiteiten geïntroduceerd voor met name anderhalvelijnszorg. Echter, de vraag kan worden gesteld in hoeverre de Triple Aim kan worden gerealiseerd, omdat een eenduidige (financiële) prikkel voor alle deelnemers binnen de proeftuinen nog ontbreekt. Daarnaast werken meerdere proeftuinen aan de oprichting van een stichting of coöperatie om de financiën en governance voor de gehele proeftuin goed te kunnen organiseren. Mogelijk zullen dergelijke nieuwe juridische entiteiten in de toekomst op proeftuinniveau financiële risico's voor de totale zorgkosten van haar populatie op zich nemen, naast de bestaande zorginhoudelijke verantwoordelijkheden.

Proeftuinen ervaren problemen bij financiële ondersteuning en langetermijnbekostiging

De ervaringen van de proeftuinen met betrekking tot de financiële ondersteuning door verzekeraars en gemeenten wisselen per verzekeraar, per proeftuin en per project. Door de stuurgroepleden wordt er een spanningsveld ervaren tussen de rol die de verzekeraar heeft als samenwerkingspartner in de proeftuin en als kritische zorginkoper in het zorgstelsel. De zorgverzekeraar, en daarmee de zorginkoop, is nog opgesplitst volgens de traditionele financieringskolommen waardoor spanning optreedt ten aanzien van de integratie die in de proeftuin wordt nagestreefd. Zorgaanbieders van meerdere proeftuinen geven aan dat ze meer financiële ondersteuning voor projectmanagement nodig hebben en dat meerjarencontracten voor het doen van investeringen en het realiseren van de doelstellingen essentieel zijn. Stuurgroepleden geven hierbij aan dat medewerking van bijvoorbeeld ziekenhuizen verder onder druk kan komen te staan wanneer de reikwijdte van de interventies groeit zonder dat aan aanvullende randvoorwaarden wordt voldaan, zoals het geven van meerjarencontracten. Meerdere zorgverzekeraars geven echter aan dat het bieden van meerjarencontracten en het investeren in preventie lastig is met de huidige inrichting van het zorgstelsel waarin inkomsten en uitgaven in jaarlijkse cycli worden vastgesteld en het overheidsbeleid regelmatig verandert. Ten aanzien van projectmanagement speelt de discussie in hoeverre dit de randvoorwaardelijke en coördinerende activiteiten van zorggroepen btw-plichtig zijn. Het ministerie van VWS en het ministerie van Financiën zoeken hierbij naar een oplossing. Duidelijkheid kan (financiële) rust creëren binnen de proeftuinen en onnodige vertraging van het aangaan van samenwerkingsverbanden en contractinnovaties voorkomen.

Alternatieve bekostigingsvormen mondjesmaat toegepast, duidelijkheid rollen en kaders gewenst

Binnen het huidige zorgstelsel zijn er diverse mogelijkheden voor het toepassen van nieuwe vormen van bekostiging. Zo hebben een aantal proeftuinen een beroep op de Beleidsregel Innovatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gedaan of bereiden deze voor, bijvoorbeeld

voor interventies van geïntegreerde GGZ en geboortezorg. Daarnaast biedt de nieuwe bekostigingssystematiek voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg ruimte voor multidisciplinaire bekostiging en beloning voor goede uitkomsten. Een aantal verzekeraars heeft met zorgaanbieders eerste afspraken gemaakt over het toekennen van een financiële beloning, wanneer besparingen worden behaald (shared savings afspraken). Deze afspraken zijn momenteel nog niet contractueel vastgelegd. Daarnaast bestaat onduidelijkheid bij stuurgroepleden over in hoeverre het mogelijk is om de besparingen te besteden aan interventies die niet gedekt worden binnen de Zvw, zoals collectieve preventie-activiteiten. Een recente memo vanuit de NZa op verzoek van VWS geeft antwoord op een deel van de vragen. Een reactie vanuit VWS volgt in een brief aan de Tweede Kamer. Mogelijkheden rondom financiering en verantwoordelijkheden aangaande selectieve preventie worden momenteel inzichtelijk gemaakt in een projectgroep van VWS.

Conclusie en belangrijkste aanbevelingen

De proeftuinen kunnen in het licht worden gezien van de transitie in de gezondheidszorg. Transities zijn maatschappelijke structurele veranderingen die een grote impact op de samenleving hebben en derhalve tijd vergen. Een belangrijke basis voor het realiseren van de doelstelling is succesvolle samenwerking. Hoewel er al grote stappen gezet zijn, is het voor de toekomstige ontwikkeling van de proeftuinen noodzakelijk dat verder wordt geïnvesteerd in de samenwerking. Hierbij is aandacht nodig voor het op één lijn krijgen van de organisatiebelangen van alle actoren (zorgaanbieders en zorgverzekeraars) met de doelstelling van de proeftuin. De uitwerking van de ideële doelstelling in concrete doelstellingen voor de korte, middellange en lange termijn kan hier aan bijdragen. Bij het uitwerken van deze doelstellingen is het van belang de populatie consequent centraal te stellen, omdat deze de gemene deler is voor alle betrokken actoren. Vanuit het principe dat de inhoud leidend is, kan het voor partijen makkelijker worden om elkaar te vinden. Ook is het van belang dat de financiële prikkels in lijn zijn met de geformuleerde doelstellingen (van de organisatie en de proeftuin); noodzakelijke alternatieve bekostigingsvormen verdienen aandacht. Werken aan transparantie tenslotte, is van belang om gerichte interventies aan te kunnen bieden die zo goed mogelijk aansluiten bij de behoefte aan zorg en ondersteuning en die input geven voor een goede verbetercyclus.

1

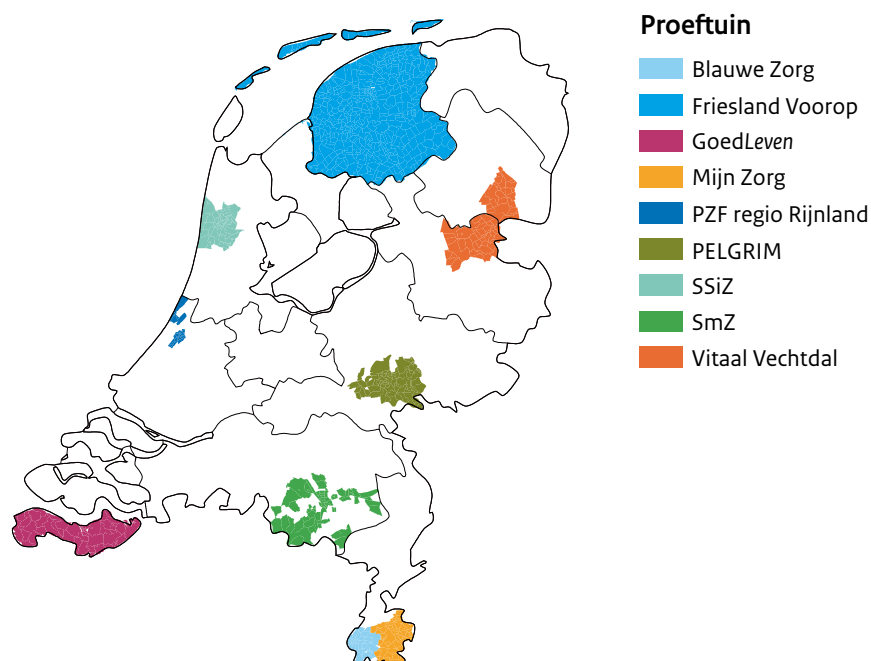
Inleiding

1.1 Achtergrond

De levensverwachting van de gemiddelde Nederlander is de afgelopen decennia fors toegenomen, mede dankzij een betere gezondheidszorg. Tegelijkertijd zijn de kosten van de zorg sterk gestegen. De algemene verwachting is dat de vraag naar zorg in de toekomst verder zal stijgen door onder andere de verdere vergrijzing van de Nederlandse bevolking en een toename van het aantal chronisch zieken. Daarnaast verandert ook de aard van de zorgvraag, doordat mensen langer met een ziekte (kunnen) leven en de zorg dus meer moet worden toegespitst op het kunnen blijven functioneren van patiënten bij voorkeur in de eigen omgeving. Tegen deze achtergrond wordt, zowel door het beleid als in de praktijk, gezocht naar manieren om het zorgsysteem meer toekomstbestendig te maken. Zo zijn in de afgelopen jaren in de praktijk diverse initiatieven ontstaan met als doel de zorg anders vorm te geven en daarmee de houdbaarheid van de zorg te bevorderen.

De minister van VWS heeft in het voorjaar van 2013 aangegeven een aantal van deze initiatieven actief te willen volgen (VWS, 2013a). Hiervoor heeft zij op voordracht van de zorgverzekeraars negen initiatieven benoemd als zogenaamde ‘proeftuin’. In deze proeftuinen zetten betrokken actoren op het gebied van preventie, zorg en welzijn, samen met zorgverzekeraars, in op een betere samenwerking en afstemming in de regio, het voorkomen van onnodige zorg, en substitutie van zorg. Hiervoor stellen zij gezamenlijk plannen op, werken interventies uit en implementeren deze. Het uiteindelijke doel is het verbeteren van de gezondheid van de populatie en de kwaliteit van de zorg en het verlagen van de zorgkosten (ook wel de ‘Triple Aim’ genoemd). De negen proeftuinen zijn door de zorgverzekeraars geselecteerd op basis van onder andere marktaandeel, motivatie van de betrokkenen, en hun historie op het gebied van samenwerking en innovatie.

Figuur 1.1: De negen proeftuinen en bijbehorende regio



Figuur 1.1 toont de namen van de negen proeftuinen en de regio waarin zij actief zijn. Een aantal proeftuinen bevindt zich in een zogenaamde krimpregio (GoedLeven, Blauwe Zorg en Mijn Zorg). In deze regio's zorgen de afnemende bevolkingsaantallen, en een daarmee samenhangend meer vergrijsde bevolking, voor een extra sterk gevoel dat verandering noodzakelijk is.

1.2 De Landelijke monitor proeftuinen

De proeftuinen worden vanaf 2013 een aantal jaren gevolgd binnen de Landelijke monitor proeftuinen populatiemanagement (LMP) van het RIVM. Daarnaast nemen de proeftuinen ook deel aan platformbijeenkomsten waarin onderling ervaringen worden uitgewisseld en waarvan ook het ministerie van VWS, Vilans en toezichthoudende partijen als de NZa, de Autoriteit Consument & Markt (ACM) en het Zorginstituut Nederland deelnemen. Het doel van de LMP is om meer inzicht te geven in de ervaringen van de bij de proeftuinen betrokken partijen, en in de uitkomsten van het veranderingsproces in termen van de gezondheid van de regionale populatie, de kwaliteit van zorg en kosten. Hiermee streeft het RIVM ernaar zoveel mogelijk zicht te krijgen op de succes- en faalfactoren van deze initiatieven en lessen te trekken voor het beleid.

1.3 LMP rapport 3: Samen werken aan duurzame zorg

Het doel van dit derde LMP-rapport ‘Samen werken aan duurzame zorg’ is drieledig. Als eerste wordt een actualisatie gegeven van de organisatie(structuur) en worden activiteiten van de proeftuinen beschreven. Ten tweede geeft het rapport een eerste beschrijving van de gezondheid van de populaties in de proeftuinregio’s en van de kwaliteit en kosten van de zorg. Tot slot beschrijft het rapport de ervaringen van de proeftuindeelnemers met betrekking tot onder andere motivatie, samenwerking en belangen, sturing, en financiering en contractering. Hiermee beantwoordt het rapport de drie onderzoeksvragen zoals weergegeven in Tekstbox 1.1. De gehanteerde kwantitatieve en kwalitatieve methoden zijn gebaseerd op het eerder gepubliceerde raamwerk (Struijs et al., 2014; Heijink et al., 2014). Hierin zijn bijvoorbeeld gezondheid, kwaliteit en kosten uitgewerkt op basis van bestaande raamwerken en indicatorensets. Er is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van beschikbare databronnen. Overigens betreft de beschrijving van de proeftuinregio’s aan de hand van de Triple Aim met nadruk *geen effectevaluatie* van de proeftuinen en hun activiteiten. Het woord ‘nulmeting’ is hier dan ook niet van toepassing, omdat proeftuinen elk hun eigen voortraject kennen en op verschillende momenten van start zijn gegaan. Het doel is om weer te geven hoe de proeftuinregio’s ervoor staan bij aanvang.

Tekstbox 1.1: Onderzoeksvragen en opbouw rapport

- Wat is de stand van zaken ten aanzien van de vormgeving en ontwikkeling van de proeftuinen? (Hoofdstuk 2)
- Hoe staat het in de proeftuinen met de gezondheid, de kwaliteit van zorg en de kosten? (Hoofdstuk 3)
- Wat zijn de ervaringen van de stuurgroepleden van de proeftuinen tot nu toe? (Hoofdstuk 4)

1.4 Ontwikkelingen buiten de proeftuinen

De proeftuinen zijn aan VWS voorgedragen door de zorgverzekeraars. Tegelijkertijd zijn ook buiten de proeftuinen initiatieven gestart die beogen een betere samenwerking tussen regionale actoren op het gebied van preventie, zorg en welzijn te realiseren. Voor een completer beeld en een betere interpretatie van het resultaat van de proeftuinen, wordt in de tweede helft van 2015 door het RIVM geïnventariseerd welke initiatieven er inmiddels buiten de proeftuinregio’s bestaan en in hoeverre deze vergelijkbaar zijn met de proeftuinen. Dit aspect zal worden betrokken bij de evaluatie in 2017.

Naast deze regionale ontwikkelingen vinden er ook op landelijk niveau veranderingen plaats die van invloed kunnen zijn op de proeftuinen. Hierbij kan worden gedacht aan veranderingen in de bekostiging van de zorg, zoals de nieuwe huisartsenbekostiging per 2015, en aan veran-

deringen in de financieringsstructuur, zoals de recente hervormingen in de langdurige zorg en de daarbij behorende grotere verantwoordelijkheid voor gemeenten. Dergelijke ontwikkelingen kunnen het proces binnen de proeftuinen beïnvloeden, doordat de aandacht van de betrokken partijen (tijdelijk) wordt afgeleid van de proeftuinactiviteiten of, doordat de rol en belangen van de verschillende actoren veranderen.

1.5 Leeswijzer

Het rapport is als volgt opgebouwd: Hoofdstuk 2 bevat een beschrijving van de proeftuinen met betrekking tot hun organisatiestructuur en activiteiten. In Hoofdstuk 3 worden de proeftuinregio's beschreven in termen van de gezondheid van de populaties, de kwaliteit en de kosten van de zorg. Hoofdstuk 4 beschrijft vervolgens de ervaringen van de verschillende actoren in de proeftuin. Hoofdstuk 5 geeft tenslotte een beschouwing van de resultaten en plaatst deze in een breder perspectief. De bijlagen bevatten een verantwoording van de gebruikte databronnen en methoden (Bijlage 3) en een uitgebreide beschrijving van de proeftuinen (Bijlage 4).

2

Wat is de stand van zaken ten aanzien van de vormgeving en ontwikkeling van de proeftuinen?

Leeswijzer

In dit hoofdstuk worden de vormgeving en ontwikkeling van de proeftuinen beschreven. De onderzoeksmethode is beknopt weergegeven in Tekstbox 2.1. In paragraaf 2.1 volgt als eerste een beschrijving van de organisatie van de proeftuinen aan de hand van drie thema's: sturing, uitvoering en financiering. In paragraaf 2.2 volgt een beschrijving van de activiteiten aan de hand van het analytische raamwerk voor een populatiegerichte aanpak. Een gedetailleerde beschrijving van de organisatiekenmerken en activiteiten per proeftuin is opgenomen in Bijlage 4.

2.1 Organisatie van de proeftuinen

Proeftuinen zijn netwerken van autonome organisaties met een eigen stuurgroep en projectgroepen en/of werkgroepen

De proeftuinen zijn evenals in 2013 en 2014 netwerken van autonome organisaties, waarin burgers, gemeente, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en soms ook andere partijen als werkgevers en bedrijven vertegenwoordigd zijn. Een schematische weergave van een proeftuin wordt gegeven in Figuur 2.1. Binnen de proeftuinen kan onderscheid worden gemaakt tussen een bestuurlijke en een uitvoerende of operationele laag. De bestuurlijke laag bestaat in meerdere proeftuinen uit een stuurgroep en een dagelijks bestuur. Binnen de uitvoerende laag kan onderscheid worden gemaakt tussen werkgroepen (gericht op proeftuinbrede randvoorwaardelijke interventies zoals ICT en financiën) en projectgroepen (gericht op zorginhoudelijke interventies). Bijlagen 4.1-4.9 geven de organisatie van de afzonderlijke proeftuinen weer.

Geen van de proeftuinen heeft op dit moment een toezichthoudende laag; een van de proeftuinen kent een adviesraad. Er wordt door meerdere proeftuinen gewerkt aan de oprichting van een stichting of coöperatie, om de financiën en governance beter te kunnen organiseren. Hieronder wordt zowel de bestuurlijke als uitvoerende laag besproken. Vervolgens zal de financieringsstructuur binnen de proeftuinen aan de orde komen.

Tekstbox 2.1: Onderzoeksmethode beschrijving vormgeving proeftuin

Inhoud: Elke vier maanden wordt de programmamanagers van de proeftuinen gevraagd de vormgeving van de proeftuin te beschrijven aan de hand van een standaardformulier. De opbouw van dit formulier is gebaseerd op relevante elementen die in de literatuur worden genoemd (Heijink et al., 2014). Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten voor de volgende elementen:

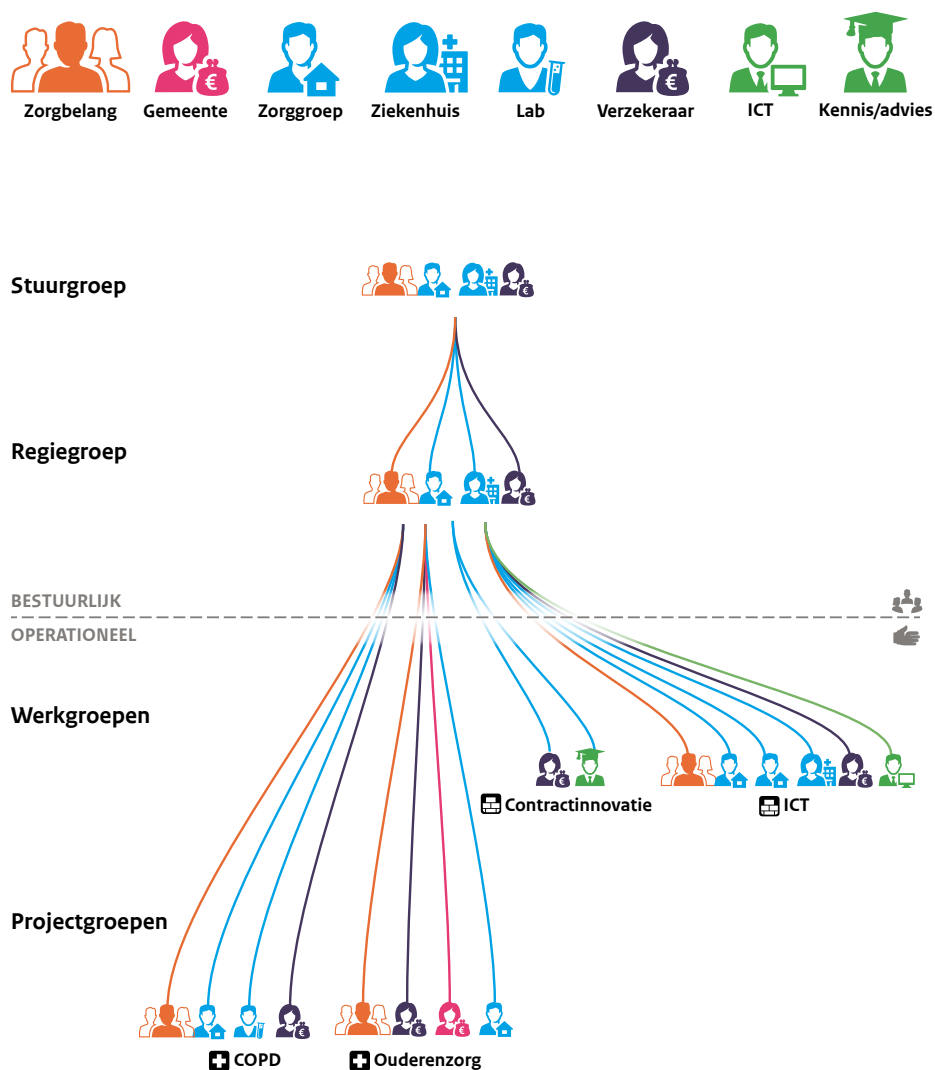
- Doelstellingen van de proeftuin (zo SMART mogelijk);
- Organisatiekenmerken van de proeftuin (juridische entiteit, betrokken organisaties en hun rol, organisatiestructuur, burger- en/of patiëntenparticipatie, governance structuur, zorgverleners);
- Kenmerken van contracten op proeftuinniveau (reikwijdte, voorwaarden vormgeving en prikkels, inclusiecriteria patiënten en contractduur);
- De uitwerking van de zes stappen van populatiemanagement (zie analytisch kader in Tekstbox 2.3);
- Beschrijving van alle interventies die ontwikkeld of geïmplementeerd worden. Van alle interventies wordt het volgende in kaart gebracht: korte beschrijving, doel, doelgroep, betrokken organisaties en hun rol, betrokken zorgverleners en hun rol, bekostiging (financieringsbron, contract en contractduur), materialen, procedures, hoe en waar aangeboden, wanneer en hoeveel aangeboden, aanpassingen, evaluatie, en monitoring).

Elke beschrijving wordt telefonisch doorgenomen met de programmamanager.

Tijdpad: Tussen oktober 2014 en maart 2015 vond de actualisatie elke vier maanden plaats.

Analyse: Beschrijvende analyses.

Figuur 2.1: Schematische weergave van een proeftuin



Interventies: Zorginhoudelijke Randvoorwaardelijke

2.1.1 Sturing

Vrijwel alle proeftuinen hebben een stuurgroep; het aantal deelnemers van de stuurgroepen varieert sterk tussen de proeftuinen

In alle proeftuinen, met uitzondering van Friesland Voorop, wordt het netwerk aangestuurd door een stuurgroep. De stuurgroepen variëren sterk qua grootte; van vier (PELGRIM) tot 25 deelnemende organisaties (GoedLeven). De stuurgroep is het beslissingsbevoegde orgaan binnen de proeftuin en zorgt voor de ontwikkeling en bewaking van de strategie. Onder de stuurgroep ressorteren kleinere eenheden, zoals een dagelijks bestuur of bestuurlijke samenwerkingsstructuren voor afzonderlijke programma's. Deze zijn verantwoordelijk voor de meer praktische besluiten binnen afgesproken kaders. Friesland Voorop kent geen stuurgroep maar drie bestuurlijke overleggen waarin de zorgverzekeraar met de andere actoren afzonderlijk aan tafel zit (verzekeraar – ziekenhuizen, verzekeraar – huisartsen en verzekeraar – gemeente).

Huisartsen, ziekenhuizen en zorgverzekeraars hebben in vrijwel alle proeftuinen een sturende rol

Tabel 2.1 toont welk *type actoren* bij de proeftuinen betrokken is en op welke manier (van meebeslissen tot raadplegen/informereren). Net als in 2013, zijn bij acht van de negen proeftuinen huisartsen, ziekenhuizen en zorgverzekeraars betrokken als lid van de stuurgroep. De andere actoren in Tabel 2.1 zijn niet bij alle proeftuinen betrokken en hun rol varieert van raadplegen/informereren tot meebeslissen. Zo is in Vitaal Vechtdal de gemeente als meebeslissende actor betrokken, terwijl deze in vijf proeftuinen geen adviserende of meebeslissende rol heeft. Het aantal *actoren* dat daadwerkelijk actief betrokken is, varieert per proeftuin van vier (PELGRIM) tot meer dan 40 organisaties (Friesland Voorop). Voor elke proeftuin worden de betrokken organisaties per proeftuin in Bijlage 4 gepresenteerd.

Verbreding van de stuurgroep verwacht

De verwachting van de proeftuinen is dat het aantal participerende en meebeslissende actoren in de komende periode zal toenemen. Meerdere proeftuinen verkennen momenteel de samenwerking met GGZ-instellingen en gemeenten. De motivatie voor uitbreiding met gemeenten komt voort uit de transities in de langdurige zorg en jeugdzorg waardoor meer afstemming met de gemeente noodzakelijk is. Daarnaast speelt ook de wens om krachten te bundelen op het terrein van preventie een belangrijke rol.

Burgerparticipatie in alle proeftuinen aanwezig; invulling hiervan varieert tussen proeftuinen

In zeven van de negen proeftuinen vertegenwoordigt Zorgbelang¹ de burgers in de stuurgroep. Daarnaast zorgt Zorgbelang voor de evaluatie van projecten binnen de drie proeftuinen Blauwe Zorg, Mijn Zorg en PELGRIM en voor een inventarisatie van de behoeften van de burgers in het kader van de proeftuinen Friesland Voorop, GoedLeven en Mijn Zorg. Voor deze

¹ In Nederland zijn dertien regionale Zorgbelang organisaties actief. Zij behartigen de belangen van zorgvragers in de regio en zetten zich in voor de kwaliteit van de zorg. Zij zijn met elkaar en met de landelijke patiëntenorganisaties verenigd in Zorgbelang Nederland (www.zorgbelang-nederland.nl).

Tabel 2.1: Actoren en hun participatiegraad per proeftuin*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Burger									
Zorgbelang**	●	◐	●	●	●	●	◐	●	◐
Gemeente									
Gemeente	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	●
GGD	◐	◐	◐	◐					●
Zorgaanbieders									
Thuiszorg	◐	◐	●	◐					●
Jeugdzorg			●						
GGZ	◐		●		◐		●		
Huisarts	●	◐	●	●	●	●	●	●	●
Langdurige zorg			●	◐					●
Ziekenhuis	●	◐	●	●	●	◐	●	●	●
Overige***	◐	◐	●	◐	●	●	●	◐	◐
Zorgverzekeraar									
Preferente	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Overige***									
Kennisinstituten	◐	◐	◐	◐	●	◐		◐	◐
ROS			◐	◐	●	●	◐		

1. Blauwe Zorg; 2. Friesland Voorop; 3. GoedLeven; 4. Mijn Zorg; 5. PZf regio Rijnland; 6. PELGRIM; 7. SSiZ; 8. SmZ; 9. Vitaal Vechtdal.

● Meebeslissen op stuurgroepniveau; ◐ Co-produceren is meebeslissen/creëren op projectniveau; ◐ Adviseren/raadplegen; ◐ Informeren.

* Enkele nuances bij interpretatie van de tabel: meerdere actoren kunnen onder één zorgorganisatie vallen; participatiegraad en actoren zijn vermeld zoals aangegeven door de proeftuinen zelf.

** In proeftuin 9 worden patiënten niet vertegenwoordigd via Zorgbelang maar via individuele burgers of patiëntenverenigingen.

*** Overige betreffen (zorg)organisaties zoals apothekers (proeftuin behalve 2 en 6), verloskundige- en kraamzorgorganisaties (proeftuin 2 en 7), revalidatie (proeftuin 3) en laboratoria (proeftuin 5 en 7).

ROS = Regionale Ondersteuningsstructuur

inventarisatie wordt gebruik gemaakt van een vragenlijst over de gezondheid van de populatie, discussiebijeenkomsten met burgers of een online community. Daarnaast biedt Zorgbelang in de proeftuin Blauwe Zorg workshops aan ter bewustwording van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. In Vitaal Vechtdal wordt Zorgbelang niet op bestuurlijk niveau betrokken, maar nemen burgers deel aan een aantal werkgroepen. In deze proeftuin wordt ook via een vragenlijst de vitaliteit van burgers gemeten om bewustwording ten aanzien van vitaliteit te realiseren. De resultaten van deze vragenlijst zullen ook gebruikt worden voor het gericht inzetten van interventies in de proeftuin.

2.1.2 Uitvoering

Samenstelling van de project- en werkgroepen varieert

Wergroepen zorgen in de proeftuinen voor de uitvoering van de plannen veelal betreffende ICT, contractinnovatie, communicatie en monitoring. Daarnaast hebben de proeftuinen twee tot negen projectgroepen die zorgdragen voor de ontwikkeling en implementatie van specifieke zorginhoudelijke interventies. De samenstelling van deze uitvoerende organen varieert naar gelang het thema; de stuurgroepleden zijn niet per se betrokken bij alle uitvoerende projecten. De bij de werk- en projectgroepen betrokken actoren zijn per proeftuin schematisch weergegeven in Bijlagen 4.1-4.9. Huisartsen en zorgverzekeraars zijn bij vrijwel alle project- en werkgroepen betrokken.

Zorginhoudelijke interventies vooral gericht op substitutie, integratie en zelfmanagement

Tabel 2.2 laat zien welke interventies de proeftuinen hebben geïmplementeerd of voornemens zijn te implementeren in 2015. In Bijlage 4 zijn de interventies voor alle proeftuinen in meer detail uitgewerkt. De interventies zijn overwegend op het zorgdomein gericht en veel minder op preventie en welzijn. De meerderheid van de proeftuinen start met interventies op het terrein van farmacie. De zorginhoudelijke interventies omvatten in eerste instantie vooral substitutieprojecten, gevolgd door geïntegreerde zorginterventies en interventies ter bevordering van zelfmanagement. Substitutieprojecten betreffen voornamelijk substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg en substitutie van *spécialité* naar generalistische medicijnen. Geïntegreerde zorginterventies betreffen naast verbetering van bestaande chronische zorgmodules, integratie van zorg voor kwetsbare ouderen door bijvoorbeeld het proces rondom ziekenhuisopname en -ontslag beter te organiseren. Zelfmanagement richt zich onder meer op bewustwording en capaciteit van chronisch zieken om zich gezond te kunnen gedragen. Interventies gericht op collectieve preventie worden in drie van de negen proeftuinen uitgevoerd.

Tabel 2.2: Typen interventies

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Preventie									
Leefstijl interventies			●	●					●
Zelfmanagement									
Bewustwording	●		●						●
Zelfhulpversterking				●				●	
Geïntegreerde zorgpaden									
Kwetsbare ouderen		●		●	●	●	●		●
Geboortezorg		●					●		
GGZ	●						●		
Diabetes				●	●		●	●	
COPD					●		●	●	
VRM					●		●		
Anders								●	
Substitutie									
Farmacie	●		●	●	●		●	●	●
Anderhalvelijnszorg	●	●		●		●	●	●	
Concentratie & specialisatie		●							
Diagnostiek	●						●	●	
Randvoorwaardelijke interventies									
Gedrag/teamklimaat	●	●	●	●			●		
Inventarisatie behoeften burgers			●	●					●
Data-infrastructuur		●			●				

1. Blauwe Zorg; 2. Friesland Voorop; 3. GoedLeven; 4. Mijn Zorg; 5. PZF regio Rijnland; 6. PELGRIM; 7. SSiZ; 8. SmZ; 9. Vitaal Vechtdal.

● interventies die geïmplementeerd zijn voor maart 2015; ● interventies die na 1 maart 2015 geïmplementeerd zullen worden.

GGZ = geestelijke gezondheidszorg; COPD = Chronic Obstructive Pulmonary Disease; VRM = Vasculair risicomanagement

Randvoorwaardelijke interventies gericht op de cultuur, gedrag en data-infrastructuur

Om de doelstellingen van de proeftuin te behalen, worden in een aantal proeftuinen randvoorwaardelijke interventies geïntroduceerd ter ondersteuning van de benodigde beweging. Deze randvoorwaardelijke interventies zijn gericht op het verzamelen van data en de data-infrastructuur. Zo wordt in een aantal proeftuinen op basis van beschikbare data uit zorgregistraties en declaratiegegevens of op basis van vragenlijsten onder burgers geïnventariseerd wat de behoeften van burgers zijn op het gebied van zorg en ondersteuning (zie paragraaf 2.2). Daarnaast worden er randvoorwaardelijke interventies opgestart die erop gericht zijn veranderingen in de cultuur (bijvoorbeeld samenwerking) en het gedrag (bijvoorbeeld kostenbewust gedrag) te stimuleren. Zo heeft een aantal proeftuinen gewerkt aan de verbetering van het teamklimaat door een gezamenlijke training of door werkconferenties waarin zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten met elkaar in gesprek gingen over het realiseren van de ambities.

2.1.3 Financiering

Programmamanagement wordt voornamelijk gefinancierd vanuit ROS- en RVVZ-gelden

Alle proeftuinen hebben één of twee programmamanagers. Deze zijn veelal werkzaam als zelfstandige of in dienst bij een Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) (zie Tabel 2.3). Bij Friesland Voorop, PELGRIM en Vitaal Vechtdal is het programmamanagement belegd bij één van de betrokken organisaties, respectievelijk de zorgverzekeraar, de zorggroep en het ziekenhuis.

Tabel 2.3: Programmamanagement per proeftuin

Proeftuin	Programmamanagement
Blauwe Zorg	Zelfstandige voor 0,4 fte, gefinancierd door VGZ vanuit RVVZ-gelden.
Friesland Voorop	Programmamanagement vanuit DFZ. Verdere info niet aangeleverd.
GoedLeven	Zelfstandige voor 0,6 fte, via ROS gefinancierd.
Mijn Zorg	Programmamanager voor 0,4 fte, via ROS gefinancierd.
PZF regio Rijnland	Twee programmamanagers: één voor 0,4 fte vanuit Health Base, gefinancierd door Z&Z vanuit RVVZ-gelden en één voor 0,2 fte, via ROS gefinancierd.
PELGRIM	Manager zorggroep voor 0,2 fte, gefinancierd vanuit zorggroep en verzekeraar.
SSiZ	Zelfstandige voor 0,4 fte, gefinancierd door VGZ vanuit RVVZ-gelden.
SmZ	Twee programmamanagers (beide 0,6 fte), één via ROS gefinancierd en één gefinancierd vanuit projectgelden.
Vitaal Vechtdal	Projectmanagement (0,5 fte) door lid van Raad van Bestuur van ziekenhuis ondersteund door een regiocoach vanuit In voor Zorg.

DFZ = De Friesland Zorgverzekeringen; Z&Z = Zorg en Zekerheid; ROS = Regionale ondersteuningsstructuur; PZF = Populatiegerichte Zorg en Financiering; SSiZ = Samen Sterk in Zorg; SmZ = Slimmer met Zorg; fte = fulltime equivalent; RVVZ = Reserves Vrijwillige ziekenfondsverzekering; Zorgverzekeraars dragen hiervoor geld af aan Zorgverzekeraars Nederland die vervolgens op basis van het aantal inwoners per regio een herverdeling van deze gelden maakt (NZa,2013).

Zorginhoudelijke interventies voornamelijk gefinancierd vanuit Zorgverzekeringswet

Het merendeel van de zorginhoudelijke interventies wordt vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) betaald (zie ook Bijlage 4). Dit geldt bijvoorbeeld voor de anderhalvelijnszorg projecten die in vier proeftuinen worden uitgevoerd. Hierbij houdt de specialist een consult in de eerste lijn of houdt een kaderarts bewegingsapparaat een eerstelijnsconsult met patiënten die normaal naar de tweede lijn zouden zijn doorverwezen. Hierbij zijn afspraken gemaakt met de betrokken specialisten over het tarief dat zij per consult ontvangen. Ook de meeste andere zorginhoudelijke projecten, bijvoorbeeld op het gebied van farmacie, diagnostiek en zelfmanagement, worden vanuit de Zvw gefinancierd.

Meerdere zorginhoudelijke interventies via NZa beleidsregel Innovatie bekostigd

Voor meerdere zorginhoudelijke interventies wordt gebruik gemaakt van de NZa beleidsregel Innovatie. Onder deze beleidsregel zijn of worden aanvragen gedaan voor de interventies geïntegreerde GGZ (SSiZ), geboortezorg (Friesland Voorop en SSiZ), de leefstijlcoach (Mijn Zorg) en anderhalvelijnszorg (Blauwe Zorg, tot 1 januari 2015). In een aantal proeftuinen wordt in het kader van integrale tarieven nog gewerkt aan de berekening van de tarieven alsook aan de benodigde kwaliteitsindicatoren. Voor wat betreft de GGZ, anderhalvelijnszorg en geboortezorg zijn de aanvragen bedoeld om één integraal tarief te kunnen declareren voor de totale eerste- en tweedelijnszorg. Dit kan niet binnen de reguliere bekostigingssystematiek. De betaaltitel voor de leefstijlcoach wordt ingezet voor de bekostiging van de begeleiding op het gebied van leefstijl voor mensen met een hoog risico op een chronische aandoening.

Juridische entiteiten geïntroduceerd voor geïntegreerde zorgbundels

De proeftuinen werken aan het opzetten van juridische entiteiten op projectniveau (zie Tabel 2.4). In twee proeftuinen (Blauwe Zorg en Mijn Zorg) zijn nieuwe juridische entiteiten opgericht voor anderhalvelijnscentra. In Blauwe Zorg bezitten de tweede en eerste lijn ieder 50% van de aandelen van het anderhalvelijnscentrum. In Mijn Zorg heeft de eerste lijn een meerderheidsaandeel van 51% in het anderhalvelijnscentrum. Binnen SSiZ is net voor de komst van de proeftuin VICINO opgericht, een aparte juridische entiteit voor geïntegreerde GGZ. VICINO is de afgelopen jaren sterk gegroeid. Binnen Friesland Voorop is een tender uitgeschreven voor zes anderhalvelijnscentra.

Alternatieve manieren voor het financieren van preventie-activiteiten

De proeftuinen zoeken naar manieren voor het financieren van preventieve activiteiten. In GoedLeven is er een zogenaamde grootboekrekening geïntroduceerd waar deelnemende organisaties elk een bedrag op hebben gestort voor de financiering van interventies. Vitaal Vechtdal heeft met de introductie van de regionale zorgpolis ruimte gecreëerd voor preventie door per afgesloten polis vijf euro naar een door de verzekerde vrij te kiezen sportvereniging over te maken. Het totaalbedrag mag door de sportvereniging besteed worden aan een activiteit (of project) die bijdraagt aan een vitaler Vechtdal. Hiervoor zijn spelregels opgesteld door het bestuur van Vitaal Vechtdal (Vitaal Vechtdal, 2015).

Tabel 2.4: Juridische entiteiten binnen de proeftuinen

Proeftuin	Geïntegreerde juridische entiteiten binnen proeftuinen
Blauwe Zorg	Anderhalvelijnscentrum (Stichting; 50% zorggroep en 50% ziekenhuis)
Friesland Voorop	-
GoedLeven	-
Mijn Zorg	Pluspunt (B.V.; 51% zorggroep en 49% ziekenhuis)
PZF regio Rijnland	-
PELGRIM	-
SSiZ	VICINO (B.V.; GGZ NHN en twee zorggroepen)
SmZ	-
Vitaal Vechtdal	-

PZF = Populatiegerichte Zorg en Financiering; SSiZ = Samen Sterk in Zorg; SmZ = Slimmer met Zorg; GGZ NHN = geestelijke gezondheidszorg Noord-Holland-Noord.

Financiële prikkels geïntroduceerd voornamelijk ter stimulering van kostenbewust gedrag en substitutie

Binnen de proeftuinen worden in contracten verschillende financiële prikkels geïntroduceerd, vooral om kostenbewust gedrag en substitutie te stimuleren. Voor farmacie zijn er bijvoorbeeld op hoofdlijnen afspraken gemaakt over het verdelen van behaalde besparingen bij meer doelmatig geneesmiddelengebruik (zie Tekstbox 2.2 voor een verdere toelichting op shared savings), overigens veelal nog zonder detailberekeningen over de te behalen besparingen. In de proeftuin Blauwe Zorg worden apothekers gestimuleerd om meer patiënten conform formularia om te zetten naar goedkopere (generieke) medicijnen met eenzelfde effectiviteit. Ze krijgen een vast bedrag per gebruiker van cholesterolverlagers. Wanneer apothekers meer patiënten omzetten naar het voorkeursmedicijn dan de norm houden ze meer geld over. PELGRIM stimuleert goed doorverwijzen van huisartsen naar de kaderarts bewegingsapparaat door alleen die verwijzingen te vergoeden die ook terecht waren.

Mijn Zorg wil graag huisartsenpraktijken stimuleren om aan alle projecten van de proeftuin deel te nemen. Hiervoor kunnen praktijken een Triple Aim huisartsenpraktijk worden met bijbehorende prestatiedeelname-verplichting aan de proeftuinprojecten en vergoeding vanuit het zogenaamde segment 3 voor resultaatbeloning en zorgvernieuwing in de nieuwe huisartsenbekostiging (VWS, 2014).

Tekstbox 2.2: Vormen van bekostiging

Er bestaan een aantal traditionele bekostigingsmethoden in de zorg (Eijkenaar & Schut, 2015): 1) per zorgactiviteit (fee-for-service), 2) per zorgbundel per patiënt (bundled payment/integrale bekostiging), 3) per zorgbundel per verzekerde (capitation) en 4) per periode (salaris of budget). Betaling per zorgactiviteit is de meest gebruikte methode en staat voor het betalen per geleverde zorgactiviteit, zoals een consult of een behandeling. Bij *betaling per zorgbundel per patiënt* ontvangt de zorgverlener één bedrag per patiënt voor een bundel van zorgactiviteiten, behorende bij een specifieke diagnose. Deze zorgactiviteiten kunnen door één of verschillende zorgverleners worden uitgevoerd. Een voorbeeld hiervan is de keten-DBC diabetes waarbij één bedrag per diabetespatiënt wordt betaald. *Betaling per zorgbundel per verzekerde* staat voor het betalen van één bedrag ter dekking van de kosten van een bredere set aan zorgactiviteiten, onafhankelijk van of de verzekerde wel of geen zorg nodig heeft en dus ook onafhankelijk van een eventuele diagnose. Tot slot wordt bij *bekostiging via salaris of budget* een totaalbedrag per periode voor een vooraf bepaald takenpakket afgesproken zonder dat er sprake is van een duidelijk afgebakende populatie.

Naast deze traditionele methoden wordt de laatste jaren steeds vaker gesproken over het belonen van zorgverleners op basis van behaalde uitkomsten, ofwel *uitkomstbekostiging*. Er bestaan verschillende definities van uitkomstbekostiging, afhankelijk van hoe het begrip ‘uitkomst’ wordt ingevuld. De minister benoemde uitkomstbekostiging als “bekostiging gericht op het stimuleren van goede uitkomsten van medische behandeling in termen van kwaliteit en kosten” (VWS, 2013a). Eijkenaar en Schut (2015) hanteren een breder begrip van uitkomstbekostiging waarbij vijf soorten uitkomsten worden onderscheiden: 1) goede kwaliteit van zorg, 2) kostenbewust gedrag, 3) goede coördinatie en doelmatige substitutie, 4) kosteneffectieve innovatie en 5) effectieve preventie. Ze spreken van *adequate* uitkomstbekostiging wanneer een bekostigingsmethode alle vijf de uitkomsten stimuleert.

De vier traditionele bekostigingsvormen kunnen al elementen van adequate uitkomstbekostiging bevatten. Zo stimuleert bekostiging per zorgbundel per patiënt kostenbewust gedrag en substitutie binnen de zorgbundel. Het nadeel van bekostigingsmethoden als integrale bekostiging en capitation is dat ze een prikkel bevatten om in te leveren op kwaliteit (behalve als dit samengaat met hogere kosten van zorg).

Vandaar dat bij het gebruik van zorgbundels vaak wordt gesproken over het toevoegen van expliciete financiële prikkels voor het leveren van goede kwaliteit van zorg. Met andere woorden, de beloning van de zorgverlener hangt dan ook af van zijn/haar kwaliteit volgens expliciete kwaliteitsindicatoren.

Tot slot wordt er, ook binnen de proeftuinen, veel gesproken over het maken van afspraken over zogenaamde *shared savings* als stimulans voor kostenbewust gedrag en doelmatige substitutie. Bij dergelijke afspraken wordt eerst een schatting gemaakt van de verwachte zorgkosten voor een groep patiënten/verzekerden. Wanneer in de praktijk lagere zorgkosten worden gerealiseerd, wordt een gedeelte van het bespaarde bedrag uitgekeerd aan zorgaanbieders als bonus voor de geleverde besparing. Shared savings afspraken kunnen zo een onderdeel zijn van uitkomstbekostiging. In de Verenigde Staten bestaan voorbeelden van contracten waar voorwaarden worden verbonden aan het uitkeren van shared savings, onder andere op het gebied van kwaliteit (Song et al., 2014). Naast shared savings afspraken kunnen ook afspraken worden gemaakt over het verdelen van eventuele kostenoverschrijdingen (shared losses).

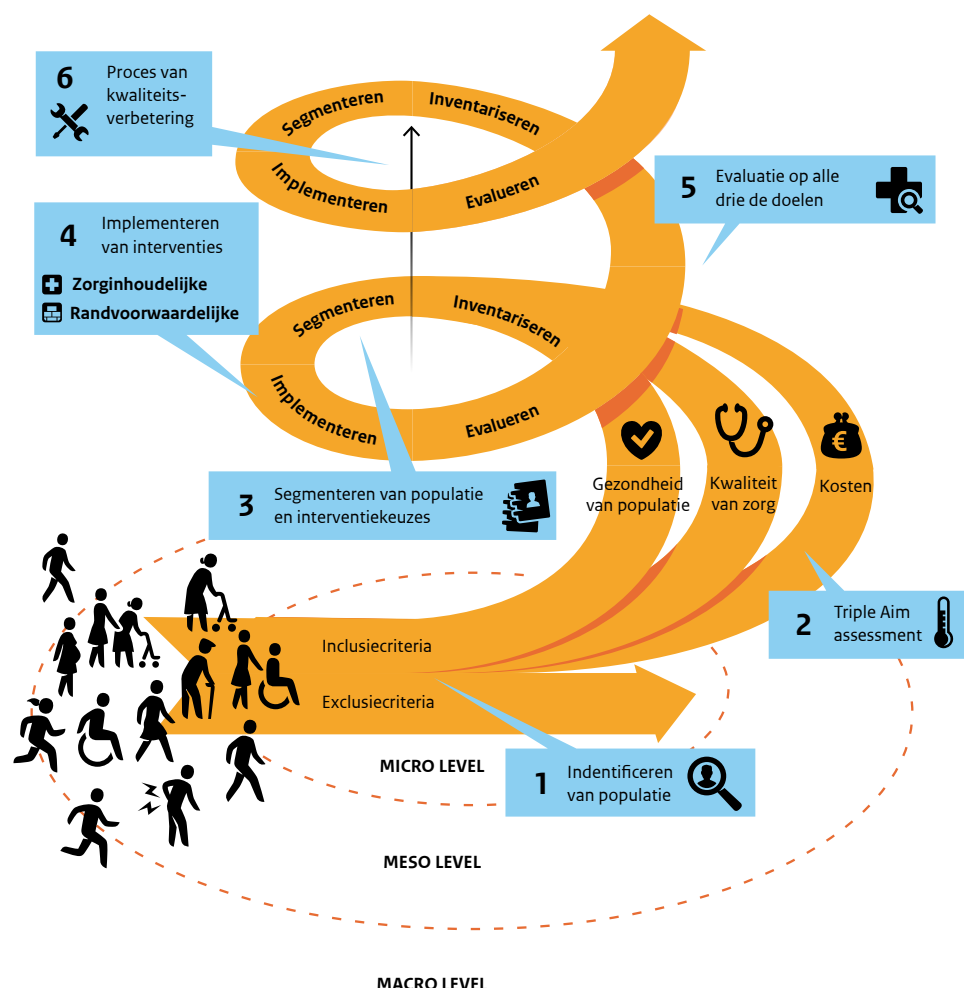
Naast uitkomstbekostiging wordt ook de term *populatiebekostiging*, of *populatiegebonden bekostiging* veel gebruikt. In algemene zin gaat populatiebekostiging over het bekostigen van de zorg voor een afgebakende populatie, waarbij de afbakening gebaseerd kan zijn op bijvoorbeeld regio, zorgverzekeraar of ziekte. Eijkenaar en Schut (2015) spreken over “*ziekte-overstijgende, multidisciplinaire bekostiging van afgebakende zorgvormen voor afgebakende populaties (patiënten of verzekerden)*”.

2.2 De populatiegerichte activiteiten

De proeftuinen beogen de gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten te verbeteren voor de populatie. Om de Triple Aim vanuit de populatie vorm te geven, en dus de populatie centraal te stellen, zijn zes stappen geïdentificeerd die hiervoor belangrijk zijn. Deze zes stappen worden samengevat in Tekstbox 2.3. In de rest van deze paragraaf, zullen de activiteiten van de proeftuinen worden beschreven aan de hand van deze zes stappen.

Tekstbox 2.3: Het analytische raamwerk voor een populatiegerichte aanpak (Struijs et al., 2014)

Een populatiegerichte aanpak, ook wel populatiemanagement genoemd, kan worden beschreven aan de hand van een serie van zes stappen die zich idealiter continue opvolgen.



Hieronder volgt een toelichting op de zes stappen van een populatiegerichte aanpak.

Ad 1: Populatie identificeren

In de eerste stap wordt de populatie gedefinieerd door de proeftuin. Dit kan op basis van verschillende in- en exclusiecriteria, zoals geografie (alle inwoners van een bepaalde regio), zorgverzekering (alle ingeschrevenen bij een bepaalde verzekeraar) of zorgverlener (alle ingeschrevenen bij een bepaalde huisarts).

Ad 2: Triple Aim - status vaststellen

In stap 2 wordt de gezondheid van de populatie en de kwaliteit en kosten van de zorg in kaart gebracht voor de in stap 1 gedefinieerde populatie. Hiermee wordt de behoefte aan preventie, zorg en ondersteuning in kaart gebracht.

Ad 3: Segmenteren van de populatie en onderbouwen van de interventiekeuze

Op basis van de uitkomsten van stap 2 wordt de populatie in stap 3 ingedeeld in subgroepen waarop specifieke interventies kunnen worden geselecteerd en toegesneden.

Ad 4: Implementeren van interventies

In deze stap wordt voor alle subgroepen uit stap 3 een portfolio aan interventies geïmplementeerd op het gehele continuüm van preventie tot palliatieve zorg. Naast deze gerichte interventies kunnen er ook randvoorwaardelijke interventies worden ingezet om gedrags- of contextfactoren te beïnvloeden, zoals kostenbewustzijn en de realisatie van een data-infrastructuur voor uitkomstbepaling.

Ad 5: Evalueren van interventies

In stap 5 wordt het effect van de interventies geëvalueerd aan de hand van diverse uitkomstmaten. Idealiter komen deze uitkomstmaten (grootweg) overeen met de drie doelen gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten.

Ad 6: Feedback-loop

In de laatste stap staat het kwaliteitsverbeteringsproces centraal. Gebaseerd op de informatie uit stap 5 kunnen verbetercycli worden geïmplementeerd ten aanzien van voorgaande stappen.

De effectiviteit van de proeftuinen wordt beïnvloed door verschillende organisatorische en omgevingsfactoren op micro-, meso- en macroniveau, zoals kenmerken van de regio, betrokken organisaties, financiering en wet- en regelgeving.

Stap 1: Populaties op drie manieren afgebakend

Zoals in de eerdere rapportage over de proeftuinen is beschreven, zijn vier proeftuinen afgebakend op basis van het geografische gebied (zie Tabel 2.5). De andere vijf proeftuinen omvatten de patiënten van huisartsen aangesloten bij de deelnemende multidisciplinaire zorggroep. SmZ richt zich hierbij vervolgens specifiek op de patiënten die verzekerd zijn bij de deelnemende verzekeraars (CZ en VGZ). In tegenstelling tot initiatieven in het buitenland, zijn er nog geen contracten voor (een deel van) het zorgaanbod van de populatie afgesloten. Mocht dit het geval zijn, dan zal wellicht de populatie afbakening niet meer geografisch zijn.

Tabel 2.5: Afbakening van populatie van de negen proeftuinen

Proeftuin	Afbakening	Populatie	Aantal
Blauwe Zorg	HA van zorggroep/ ESV	Alle patiënten van huisartsen aangesloten bij ZIO	170.000
Friesland Voorop	Geografisch	Alle inwoners van Friesland	646.200
GoedLeven	Geografisch	Alle inwoners van Zeeuws-Vlaanderen	106.500
Mijn Zorg	Geografisch	Alle inwoners van Oost-Zuid-Limburg	270.000
PZF regio Rijnland	HA van zorggroep/ ESV	Alle patiënten van huisartsen aangesloten bij Rijncoepel	55.000
PELGRIM	HA van zorggroep/ ESV	Alle patiënten van huisartsen die deelnemen aan PELGRIM	42.000
SSiZ	HA van zorggroep/ ESV*	Alle patiënten van huisartsen aangesloten bij zorggroep HONK	270.600
SmZ	HA van zorggroep/ ESV + zorgverzeke- raars	Alle CZ- en VGZ-verzekerden van huisartsen aangesloten bij de zorggroep PoZoB of DOH	300.000
Vitaal Vechtdal	Geografisch	Alle inwoners van de gemeenten Hardenberg, Ommen en Coevorden	113.000

HA = huisartsen; ESV = eerstelijnsamenwerkingsverband; PZF = Populatiegerichte Zorg en Financiering; SSiZ = Samen Sterk in Zorg; SmZ = Slimmer met Zorg

* In principe de HA van de zorggroep, maar er zijn ook specifieke initiatieven waarvoor een geografische afbakening wordt gehanteerd, zoals bij geboortezorg.

Stap 2: Twee proeftuinen leggen basis voor inzicht in gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten in de proeftuinregio

Tot op heden hebben de stuurgroepleden beperkt inzicht in de gezondheid van de inwoners en de kwaliteit van zorg en (zorg)kosten in de proeftuinregio's (zie Tabel 2.6). Beschikbare data betreffen vooral specifieke subgroepen. Deze data vormen de input voor het maken van een business case voor een potentiële interventie. Twee proeftuinen richten zich wel op het creëren van een data-infrastructuur voor een Triple Aim assessment (stap 2) en het segmenteren van de populatie en het onderbouwen van de interventiekeuze (stap 3). Zo richt PZF regio Rijnland zich op het realiseren van een real-time database. Hiertoe heeft de proeftuin data-extracties vanuit zorgregistraties van de huisartsen, apothekers en het huisartsenlaboratorium gekoppeld aan declaratiegegevens van verzekeraars voor CVRM-, diabetes- en COPD-patiënten. Friesland Voorop heeft een projectgroep ingericht voor het realiseren van een gezamenlijke data-infrastructuur, al is deze vanwege ontbrekende financiering nu stilgelegd. Binnen Friesland is medio 2014 echter besloten tot de oprichting van het Fries sociaal planbureau. Dit planbureau krijgt de taak om data van alle stakeholders te combineren en te bewerken ten behoeve van het beleid van provincie, gemeenten en zorgverzekeraars. In enkele andere proeftuinen wordt onderzoek gedaan naar de wensen en behoeften via vragenlijsten (zie paragraaf 2.1.1). De resultaten worden nu verworven en zijn behalve in Friesland Voorop nog niet benut voor de invulling van de proeftuin.

Tabel 2.6: Overzicht van data gebruikt door proeftuinen bij het kiezen van interventies

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kosten-data voor specifieke groepen	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Data over kosten en kwaliteit en/of gezondheid voor specifieke groepen	●	●	●	●	●		●	●	●
Data over 2 of 3 van de TA gekoppeld voor subgroepen					●				
Data over TA gekoppeld voor totale populatie									
Real time inzicht in TA voor totale populatie									

1. Blauwe Zorg; 2. Friesland Voorop; 3. GoedLeven; 4. Mijn Zorg; 5. PZF regio Rijnland; 6. PELGRIM; 7. Samen Sterk in Zorg; 8. Slimmer met Zorg; 9. Vitaal Vechtdal.

TA = Triple Aim: gezondheid van de populatie, kwaliteit en kosten van zorg.

Stap 3: Segmenteren van populatie en keuze van interventies veelal pragmatisch

Gezien het feit dat de proeftuinen nog onvoldoende zicht hebben op de gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten op populatieniveau (stap 2), is het logisch dat ook het segmenteren van de populatie in subgroepen en het toespitsen van de interventies hierop, nog niet vanuit de populatiegedachte gebeurt. De proeftuinen kiezen de zorginhoudelijke interventies voornamelijk op basis van beschikbaarheid en realiseerbaarheid van bestaande interventies. Data zijn vooralsnog alleen inzichtelijk voor twee van de drie doelen waardoor een keuze op basis van mogelijke bijdrage aan het realiseren van de Triple Aim nog niet mogelijk is, of alleen voor subpopulaties. Twee proeftuinen (Friesland Voorop en PZF regio Rijnland) onderbouwen de keuze van de interventies met data over het zorggebruik en toekomstscenario's op het niveau van de proeftuinpopulatie.

Stap 4: De meeste interventies zijn op het zorgdomein gericht

Zoals vermeld in paragraaf 2.1, hebben de meeste proeftuinen een combinatie van zorginhoudelijke en randvoorwaardelijke interventies geïmplementeerd. Tot op heden zijn de meeste zorginhoudelijke interventies gericht op een klein deel van de populatie en overwegend op het klassieke zorgdomein (farmacie en chronisch zieken). Interventies gericht op integratie van zorg met preventie, GGZ of welzijn worden in enkele proeftuinen opgepakt. Voor verdere invulling van de interventies en de bekostiging, zie paragraaf 2.1.2.

Stap 5: Monitoring van de interventies binnen de proeftuinen in ontwikkeling

De mate waarin de evaluatie van de interventies binnen de proeftuinen al wordt uitgevoerd of is uitgewerkt, verschilt tussen de proeftuinen. De meeste interventies (zullen) worden geëvalueerd; de uitwerking van de evaluaties verschilt, zowel in de keuze van uitkomstmaten en gebruikte databronnen als evaluerende instantie. Bij Blauwe Zorg en Mijn Zorg is de evaluatie gericht op zowel gezondheid en kwaliteit van zorg als kosten. Bij andere proeftuinen is dit nog niet zover uitgewerkt. Binnen Friesland Voorop en SSiZ zullen voor de evaluatie hoofdzakelijk declaratiegegevens gebruikt worden en zullen de zorgverzekeraar en zorgaanbieders de evaluatie hoogstwaarschijnlijk gezamenlijk uitvoeren. Mijn Zorg en PELGRIM hebben de evaluatieplannen grotendeels gereed, maar een aantal proeftuinen werkt nog aan het ontwerp van de evaluatie(s).

Stap 6: Wijze waarop terugkoppeling plaatsvindt nog in ontwikkeling

In de meeste proeftuinen koppelen projectgroepen de voortgang van interventies terug naar de stuurgroep. De voortgangrapportages geven vooral informatie over het zorggebruik/declaraties en in sommige gevallen patiëntervaringen. Echter, de inbedding van deze terugkoppeling in het perspectief van de Triple Aim op populatieniveau is nog zeer beperkt of niet aanwezig. Dit is logisch gezien de nog te ontwikkelen infrastructuur op populatieniveau. Een aantal proeftuinen geeft aan dat het meten van uitkomsten op projectniveau op dit moment het meest haalbare is.

3

Hoe staat het in de proeftuinen met de gezondheid, de kwaliteit van zorg en de kosten?

Leeswijzer

Dit hoofdstuk beschrijft de proeftuinregio's aan de hand van de Triple Aim; gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten (zie Tekstbox 3.1). Paragraaf 3.1 gaat in op de gezondheid van de populaties binnen de negen proeftuinregio's in 2012, aan de hand van verschillende dimensies van gezondheid: mortaliteit, ervaren gezondheid, ziekteprevalentie, beperkingen en leefstijl. Paragraaf 3.2 geeft inzicht in de *ervaren* kwaliteit van zorg, vanuit het perspectief van de inwoners van de proeftuinregio's. Hierbij komen verschillende dimensies van kwaliteit aan bod, zoals het algemene oordeel over kwaliteit van zorg, samenwerking en afstemming tussen zorgverleners en zelfmanagement. In paragraaf 3.3 worden de kosten gerelateerd aan gezondheid en zorg in 2012 besproken. Wat betreft zorgkosten gaat het hierbij om de kosten binnen de Zvw en AWBZ. Aan het begin van iedere paragraaf (3.1-3.3) wordt eerst kort ingegaan op een aantal methodologische aspecten die van belang zijn bij de interpretatie van de resultaten. Tekstbox 3.2 geeft een korte uitleg over de databronnen die zijn gebruikt voor het beschrijven van de Triple Aim. Meer detailinformatie over de methoden is te vinden in Bijlage 3.

3.1 Inleiding

Tekstbox 3.1: Triple Aim

Het begrip Triple Aim werd in 2008 geïntroduceerd door Berwick et al. (2008). Zij beschreven dat voor het realiseren van een 'high-value' zorgsysteem drie doelen moeten worden nagestreefd: het verbeteren van de ervaringen van individuele patiënten in de zorg, het verbeteren van de gezondheid van de populatie en het verlagen van de zorgkosten per inwoner. Dit streven zou moeten samengaan met een betere integratie en afstemming tussen verschillende zorgverleners, gebaseerd op de behoeften van de populatie.

In eerste instantie was de Triple Aim gericht op het Amerikaanse zorgsysteem en beleid. Inmiddels wordt de Triple Aim ook buiten de VS gehanteerd. Zoals beschreven in Drewes et al. (2014) en verderop in Hoofdstuk 4 spelen de Triple Aim doelen ook een rol in de proeftuinen. Vandaar dat deze in dit rapport centraal staan. Daarnaast wordt er in (sommige van) de proeftuinen ook naar andere doelen gestreefd, zoals het handhaven van de toegankelijkheid van de zorg, of naar 'subdoelen' die uiteindelijk moeten leiden tot betere uitkomsten op de Triple Aim, zoals substitutie van zorg en beter zelfmanagement.

Tekstbox 3.2: Databronnen

De beschrijving van de proeftuinregio's aan de hand van de Triple Aim is grotendeels gebaseerd op de volgende drie databronnen: 1) de Gezondheidsmonitor (beschrijving gezondheid); 2) de LMP-vragenlijst (beschrijving ervaren kwaliteit van zorg en productiviteit; en 3) declaratiegegevens van verzekeraars (beschrijving zorgkosten). Hieronder worden de belangrijkste kenmerken van de databronnen en de methoden samengevat.

Gezondheidsmonitor

Inhoud: De Gezondheidsmonitor bevat gegevens uit vragenlijsten die zijn uitgezet door de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en) en uit de Gezondheidsenquête van het CBS. Voor dit rapport is geput uit deze vragenlijsten voor de onderwerpen: ervaren gezondheid, beperkingen, chronische aandoeningen, risico op angststoornissen en depressie, eenzaamheid, lengte en gewicht, bewegen, alcoholgebruik en roken. Verder zijn de demografische variabelen leeftijd en geslacht gebruikt.

Methode: De vragenlijsten zijn voornamelijk via internet en schriftelijk afgenomen. Een klein deel van de respondenten heeft telefonisch of face-to-face meegedaan.

Tijdpad: De vragenlijsten zijn verspreid over 2012 uitgezet.

Steekproef: Voor beide vragenlijsten zijn apart aselechte steekproeven getrokken, gestratificeerd naar regio en in de GGD-vragenlijsten naar leeftijd. Ruim 376.000

volwassenen hebben een GGD-vragenlijst ingevuld en 11.000 volwassenen de Gezondheidsenquête.

Analyse: In de analyses zijn weegfactoren gebruikt om rekening te houden met de representativiteit van de respondenten voor de onderliggende populatie. Beschrijvende statistiek is gebruikt voor het presenteren van de resultaten per proeftuin. De uitkomsten zijn gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht.

Vektis data

Inhoud: De databestanden van Vektis geven inzicht in de zorgkosten en zijn gebaseerd op de registraties (van declaratiegegevens) van zorgverzekeraars. De bestanden bevatten gegevens over de totale gedeclareerde zorgkosten per verzekerde binnen de Zvw, inclusief uitgaven die vanuit het verplicht of vrijwillig eigen risico zijn betaald. De Zvw-uitgaven zijn uitgesplitst naar sectoren, zoals ziekenhuiszorg, huisartsenzorg en geneesmiddelen. Voor 2012 zijn ook de totale AWBZ-uitgaven beschikbaar (niet nader uitgesplitst). Naast een databestand voor de algemene populatie zijn aparte databestanden gebruikt voor de subpopulaties diabetes, ouderen en depressie.

Tijdpad: De databestanden bevatten gegevens over de jaren 2011 en 2012.

Inclusie: Alle voor de basisverzekering verzekerde personen, die staan ingeschreven in de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA).

Analyse: Beschrijvende statistiek is vervolgens gebruikt voor het presenteren van de resultaten per proeftuin, per zorgsector en per (sub)populatie. De uitkomsten zijn gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht en aantal chronische aandoeningen.

LMP- vragenlijst onder burgers

Inhoud: De LMP-vragenlijst is in acht proeftuinregio's uitgezet onder de algemene bevolking en onder de subpopulaties diabetes en ouderen. De vragenlijst betreft de volgende onderwerpen: persoonlijke gegevens, algemene gezondheid, leefstijl, psychisch welbevinden, zelfmanagement, omgaan met medische informatie, participatie, samenwerking en afstemming tussen zorgverleners en ervaren kwaliteit van zorg. In de vragenlijst voor ouderen waren extra vragen over welbevinden opgenomen. De diabetes-vragenlijst bevatte extra vragen over leefstijladviezen en ervaren kwaliteit van de diabeteszorg.

Methode: De vragenlijsten zijn via internet of schriftelijk ingevuld. Na een eerste uitnodiging per brief is nog tweemaal een herinneringsbericht verzonden.

Tijdpad: De vragenlijst is uitgezet in december 2014 en januari 2015.

Steekproef: Zorgverzekeraars hebben per proeftuinregio een aselechte steekproef getrokken uit iedere (sub)populatie. De steekproefgrootte bedroeg per proeftuin 1200 personen voor de algemene populatie en 600 personen voor zowel de diabetes- als de ouderenpopulatie. Uiteindelijk hebben ruim 7000 volwassenen de vragenlijst ingevuld (2841 uit de algemene steekproef, 2724 ouderen en 1472 mensen met diabetes).

Analyse: Beschrijvende statistiek is vervolgens gebruikt voor het presenteren van de resultaten per proeftuin. De representativiteit is getoetst voor de variabelen 'leeftijd' en 'geslacht'. Daarnaast zijn de responspercentages per vraag/instrument geanalyseerd.

Afbakening populaties en regio's

In de paragrafen 3.1 t/m 3.3 worden de resultaten gepresenteerd per proeftuinregio. Dit betreft de uitkomsten voor alle inwoners in een, op basis van 4-cijferige postcodes, afgebakend gebied. De postcode-grenzen van iedere proeftuinregio zijn aangeleverd door de proeftuinen zelf. Een aantal proeftuinen richt zich in de praktijk niet op de totale populatie in de regio, maar op de inwoners die ingeschreven staan bij een bepaalde zorggroep en/of verzekerden van een specifieke zorgverzekeraar (zie paragraaf 2.2). Een dergelijke subselectie kon in de hier gebruikte databronnen echter niet worden gemaakt. Er wordt vanuit gegaan dat de resultaten niet heel anders zouden zijn voor deze subselecties, aangezien de betrokken zorggroepen en preferente zorgverzekeraars een behoorlijk marktaandeel hebben in de betreffende regio's. In de vervolgmeting zal hier wel specifiek aandacht aan worden besteed.

De resultaten van de proeftuinregio's worden vergeleken met die van niet-proeftuinregio's. In het kader van de leesbaarheid wordt voor deze laatste groep de term 'landelijk gemiddelde' gebruikt, ook al is de berekening gebaseerd op alle postcodegebieden buiten de proeftuinregio's, ofwel 'de rest van Nederland'. Het gemiddelde voor de rest van Nederland is niet helemaal gelijk aan het landelijk gemiddelde, maar de verschillen tussen beide zijn minimaal. Beide uitkomsten geven hetzelfde resultaat voor de vergelijking met de proeftuinregio's (zoals uit Tabel 3.1 afgeleid kan worden, omvat 'de rest van Nederland' bijna 85% van de totale landelijke populatie).

Naast de resultaten voor de *algemene populatie* in iedere regio is er, voor de uitkomsten 'ervaren kwaliteit van zorg' en 'zorgkosten' ook gekeken naar de resultaten voor drie subgroepen: *ouderen met meervoudig medicijngebruik*, *mensen met diabetes* en *mensen met depressie* (alleen voor kosten). Deze subgroepen zijn gedefinieerd op basis van gegevens over zorg- en medicatiegebruik (zie Bijlage 3 voor gedetailleerde criteria).

Verschillen tussen proeftuinen in demografische en sociaaleconomische kenmerken

Tabel 3.1 geeft een aantal demografische en sociaaleconomische kenmerken van de proeftuinregio's en de rest van Nederland (NL) weer. De proeftuinregio's verschillen duidelijk qua omvang van de populatie, variërend tussen de 100.000 en 650.000 inwoners. Qua demografische kenmerken valt op dat alle proeftuinregio's, behalve PZF Rijnland, een hoger percentage 65-plussers hebben dan de rest van Nederland. Dit percentage varieert tussen de 14,4 (PZF Rijnland) en 21,7% (GoedLeven). De man-vrouw verhouding varieert in mindere mate; tussen de 48,5 en ruim 50%. De sociaaleconomische variabelen laten zien dat regio Mijn Zorg meer laagopgeleiden, minder hoog-inkomens huishoudens en minder mensen met betaald werk heeft dan de andere proeftuinen. PZF Rijnland aan de andere kant heeft, naast een jongere populatie, ook een hogeropgeleide populatie en meer werkenden dan de andere proeftuinen. Wanneer de regio's worden vergeleken met de rest van Nederland komt een wisselend beeld naar voren. Zo is het percentage arbeidsongeschikten op twee regio's na vergelijkbaar met of lager dan de rest van Nederland. Het percentage mensen met betaald werk is in vijf regio's vergelijkbaar met de rest van Nederland en in vier regio's lager.

Tabel 3.1: Demografische en sociaaleconomische kenmerken van proeftuinregio's in 2012 (Bron: CBS StatLine en Gezondheidsmonitor)

	Blauwe Zorg	Friesland Voorop	Goed Leven	Mijn Zorg	PZF Rijnland	PELGRIM	SSiZ	SmZ	Vitaal Vechtdal	NL gemiddelde
Aantal inwoners regio ¹	176.055	646.910	106.270	273.500	183.920	417.780	273.340	516.500	112.655	14.072.500
Leeftijds-opbouw (% 65+) ¹	19,6	17,7	21,7	20,6	14,4	16,3	17,6	17,5	17,3	15,9
Geslacht (% man) ¹	48,5	50,0	49,6	49,4	49,0	49,3	49,5	50,3	50,3	49,2
Opleiding (% hoog opgeleid) ²	34,8 (33,3-36,2)	25,5 (24,1-26,9)	20,3 (18,4-22,3)	23,6 (22,6-24,6)	46,5 (43,8-49,1)	31,5 (29,6-33,5)	31,9 (30,0-33,8)	33,3 (32,4-34,1)	14,3 (11,5-17,6)	31,3 (31,0-31,6)
Inkomen (% hoog inkomen) ²	20,9 (19,8-22,0)	16,7 (15,6-17,9)	24,2 (22,2-26,3)	17,0 (16,2-17,9)	30,8 (28,5-33,2)	23,5 (21,8-25,2)	26,4 (24,8-28,1)	25,0 (24,3-25,7)	17,4 (14,0-21,3)	24,9 (24,6-25,1)
Werkend (% betaald werk) ²	57,3 (55,9-58,6)	60,8 (59,5-62,2)	59,8 (57,7-61,9)	55,4 (54,4-56,3)	65,4 (63,0-67,7)	62,9 (61,1-64,7)	63,0 (61,4-64,7)	62,4 (61,6-63,2)	62,7 (58,6-66,7)	63,2 (62,9-63,4)
Arbeidsongeschikt (% volledig arbeidsongeschikt) ²	5,8 (5,2-6,6)	3,2 (2,6-3,8)	4,5 (3,6-5,6)	6,9 (6,3-7,5)	2,2 (1,6-3,2)	4,8 (3,9-6,1)	4,6 (3,7-5,6)	4,0 (3,7-4,4)	3,2 (2,1-4,8)	3,9 (3,8-4,1)

¹ Op basis van CBS StatLine 2014.

² Op basis van Gezondheidsmonitor (alleen volwassenen).

PZF = Populatiegerichte Zorg en Financiering; SSiZ = Samen Sterk in Zorg; SmZ = Slimmer met Zorg.

3.2 Gezondheid

Opmerkingen bij 3.2 Gezondheid

- Behalve mortaliteit zijn alle uitkomsten in deze paragraaf gebaseerd op zelfgerapporteerde gegevens uit de Gezondheidsmonitor. Dit geeft een beeld van de gezondheidsstatus van iedere proeftuinregio *vanuit het perspectief van de inwoners*. Het is bekend dat zelfgerapporteerde gezondheidsuitkomsten kunnen afwijken van uitkomsten gebaseerd op bronnen zoals zorgregistraties.
- Zelfrapportage kan ook van invloed zijn op de verschillen tussen de proeftuinregio's als gevolg van verschillen in de manier van antwoorden tussen regio's, bijvoorbeeld doordat inwoners in bepaalde proeftuinregio's een bepaald gezondheidsprobleem sneller als beperkingen ervaren of meer/minder sociaal wenselijk antwoorden.
- Alle resultaten, behalve mortaliteit, hebben betrekking op de thuiswonende volwassen bevolking. Personen woonachtig in institutionele huishoudens en jongeren (onder de 19 jaar) zijn niet meegenomen in de Gezondheidsmonitor.

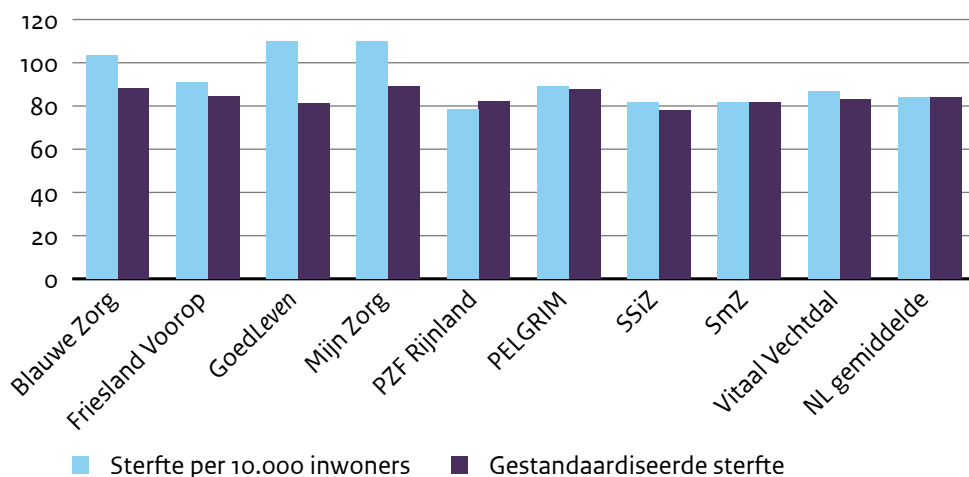
Tabel 3.2 geeft inzicht in de gezondheid van de inwoners van negen proeftuinregio's, op basis van verschillende gezondheidsdimensies en -indicatoren. De tabel toont het waargenomen en het voor leeftijd en geslacht gestandaardiseerde (gewogen²) gemiddelde voor iedere gezondheidsindicator en proeftuinregio. Met groen en rood wordt aangegeven wanneer een proeftuin een *statistisch significant* betere (groen) of mindere (rood) gezondheidsuitkomst heeft ten opzichte van het landelijk gemiddelde.

De sterfte per 10.000 inwoners varieert tussen 78 (PZF Rijnland) en 110 (GoedLeven); na standaardisatie verschillen nog beperkt zichtbaar

Figuur 3.1 geeft inzicht in de variatie in mortaliteit tussen proeftuinregio's in 2012, gebaseerd op de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS. De figuur toont dat de totale sterfte per 10.000 inwoners in de proeftuinregio's Blauwe Zorg (104), GoedLeven (110) en Mijn Zorg (110) hoger ligt dan in de andere regio's. In PZF Rijnland (78), SSiZ (82) en SmZ (82) is deze relatief laag. Het landelijk gemiddelde is 84 per 10.000 inwoners. De figuur laat ook zien dat deze variatie voor een belangrijk deel samenhangt met de verschillen in leeftijdsopbouw tussen regio's. Zo verandert de relatieve sterfte het sterkst in de meest vergrijpsde regio's (GoedLeven en Mijn Zorg) na standaardisatie. De gestandaardiseerde sterfte per 10.000 inwoners varieert tussen de 78 in proeftuinregio SSiZ en 89 in Mijn Zorg.

² De weging wordt toegepast ten behoeve van de representativiteit van de resultaten. Meer informatie over de wegingprocedure is te vinden in Bijlage 3 en in Buelens et al., 2013.

Figuur 3.1: Sterfte proeftuinregio's (sterfte per 10.000 inwoners en gestandaardiseerde sterfte*)



* Gestandaardiseerd naar de bevolkingsopbouw (leeftijd en geslacht) van de totale Nederlandse bevolking.
PZF = Populatiegerichte Zorg en Financiering; SSIz = Samen Sterk in Zorg; SmZ = Slimmer met Zorg.

Per proeftuinregio ervaart twintig tot dertig procent van de inwoners zijn of haar gezondheid als niet goed

Tussen de 19% (PZF Rijnland) en 32% (Mijn Zorg) van de inwoners in de proeftuinregio's ervaart zijn of haar gezondheid als niet goed ('gaat wel', 'slecht' of 'zeer slecht') (zie Tabel 3.2). Voor vier proeftuinregio's (Blauwe Zorg, GoedLeven, Mijn Zorg en SmZ) is dit percentage significant hoger (ongunstiger) dan het landelijk gemiddelde (ruim 23%). Twee proeftuinregio's, Friesland Voorop en PZF Rijnland, laten een significant betere ervaren gezondheid zien. De overige drie regio's verschillen niet van het landelijk gemiddelde. De ervaren gezondheid is gemiddeld genomen slechter bij mensen met een hogere leeftijd en bij vrouwen ten opzichte van mannen. Na standaardisatie voor leeftijd en geslacht blijft eenzelfde mate van variatie tussen de proeftuinregio's bestaan. Aangezien de meeste regio's meer vergrijsd zijn dan landelijk gemiddeld, daalt het percentage inwoners met een minder goede ervaren gezondheid na standaardisatie in de meeste regio's.

Het percentage mensen met één of meer beperkingen is in twee proeftuinregio's significant hoger en in drie proeftuinregio's significant lager dan het landelijk gemiddelde

Het percentage mensen dat beperkingen ervaart in horen, zien of in bewegen loopt uiteen van ruim 11% in de proeftuinregio PZF Rijnland tot bijna 19% in Mijn Zorg. Landelijk heeft bijna 15% van de mensen één of meerdere functiebeperkingen (zie Tabel 3.2). Naast PZF Rijnland hebben ook de proeftuinregio's Friesland Voorop en SSIz een significant lager percentage inwoners met beperkingen ten opzichte van het landelijk gemiddelde. De regio's GoedLeven en Mijn Zorg

hebben daarentegen een significant hoger percentage inwoners met één of meer beperkingen. De uitkomsten variëren enigszins tussen de subcategorieën horen, zien en bewegen, maar deze verschillen zijn niet altijd statistisch significant. Na standaardisatie voor leeftijd en geslacht blijven dezelfde proeftuinregio's statistisch significant verschillend ten opzichte van het landelijk gemiddelde, met uitzondering van GoedLeven.

Het percentage inwoners met één of meer chronische aandoeningen varieert tussen de 57% en 70% en is in vier proeftuinregio's hoger en vier proeftuinregio's lager dan het landelijk gemiddelde

Tabel 3.2 laat ook zien dat het percentage inwoners dat één of meer chronische aandoeningen rapporteert, in vier proeftuinregio's significant hoger (63%-70%) is dan het landelijk gemiddelde (60%) en in vier regio's significant lager (57%-58%). In de regio's met een hoger (lager) percentage inwoners met één of meer chronische aandoeningen is ook het percentage inwoners met multimorbiditeit (twee of meer aandoeningen) hoger (lager). Doordat chronische aandoeningen vaker voorkomen op oudere leeftijd en meer bij vrouwen dan bij mannen (CBS, 2013), wordt een gedeelte van de variatie verklaard door de verschillen in de demografische opbouw tussen regio's. De gestandaardiseerde uitkomsten laten daardoor voor een aantal regio's ook kleinere verschillen zien ten opzichte van het landelijk gemiddelde. De uitkomsten zijn gebaseerd op een lijst van negentien langdurige chronische aandoeningen (zie Bijlage 3 voor meer details).

Het percentage mensen met een matig of hoog risico op een angststoornis of depressie ligt in twee proeftuinregio's boven en in drie proeftuinregio's onder het landelijk gemiddelde

Het percentage mensen met een matig of hoog *risico op* een angststoornis of depressie is landelijk gemiddeld 40%. In de proeftuinregio's Mijn Zorg en SmZ is dit percentage significant hoger dan gemiddeld, respectievelijk 43% en 42%. In drie regio's ligt het percentage onder het landelijk gemiddelde: Friesland Voorop (35%), GoedLeven (36%) en SSiZ (38%). Aangezien de relatie tussen leeftijd en psychische gezondheid minder sterk is dan tussen leeftijd en lichamelijke gezondheid, heeft standaardisatie naar leeftijd hier een minder groot effect dan bij de indicatoren voor lichamelijke gezondheid.

Een ander aspect van psychische gezondheid is eenzaamheid. De resultaten van de Gezondheidsmonitor tonen dat in de proeftuinregio's GoedLeven, Mijn Zorg en SmZ een groter percentage van de inwoners eenzaam is ten opzichte van het landelijk gemiddelde (respectievelijk 47%, 40% en 40% versus landelijk 39%). Eenzaamheid is hierbij gemeten aan de hand van de zogenaamde eenzaamheidsschaal (De Jong-Gierveld & Kamphuis, 1985) waarin uitspraken over zowel emotionele (sterk gemis aan intieme relatie) als sociale eenzaamheid (gemis aan betekenisvolle relaties met bredere groep mensen) zijn opgenomen. Het percentage mensen dat eenzaam is, is laag in de proeftuinregio's PELGRIM (37%), PZF Rijnland (37%), Friesland Voorop (37%) en Vitaal Vechtdal (32%).

Tabel 3.2: Uitkomst per gezondheidsindicator per proeftuinregio, waargenomen (W) en gestandaardiseerd (S) (Bron: Gezondheidsmonitor)

	Blauwe Zorg		Friesland Voorop		GoedLeven		Mijn Zorg		PZF Rijnland	
	W	S	W	S	W	S	W	S	W	S
Ervaren gezondheid										
Ervaren gezondheid (% 'gaat wel' tot 'zeer slecht')	26,2	25,8	19,2	18,3	26,7	24,8	32,2	31,2	19,0	19,5
Beperkingen										
Beperkingen (% 1 of meer beperkingen)	14,8	14,5	12,4	12,0	17,5	15,5	18,9	17,4	11,2	12,0
Chronische aandoeningen										
Chronische aandoeningen (% minimaal 1 aandoening)	62,9	63,5	58,0	58,1	66,1	61,5	69,7	68,5	57,0	62,3
Psychische gezondheid										
Eenzaamheid (% eenzaam)	37,7	38,5	37,2	36,7	46,7	45,0	40,4	40,8	37,1	37,8
Angst en depressie (% medium of hoog risico)	40,5	41,5	35,2	34,9	35,7	36,6	43,3	44,8	38,5	38,2
Leefstijl										
Roken (% rokers)	22,6	22,9	23,3	23,8	20,1	21,1	25,6	26,4	22,9	22,6
Alcohol (% overmatige drinkers)	9,6	9,2	9,4	9,5	7,7	7,6	6,8	6,5	11,7	11,9
BMI (% overgewicht)	46,5	47,1	47,4	47,2	53,5	51,6	54,4	51,9	42,1	44,1
Bewegen <55 jaar – (% voldoet aan combinorm)	59,7	59,2	63,9	64,0	62,2	62,8	51,2	51,6	65,9	65,4
Bewegen >55 jaar – (% voldoet aan combinorm)	70,7	71,1	77,6	77,8	77,3	77,8	64,3	64,4	81,7	81,6

Rood is voor de gezondheid significant negatiever en groen significant positiever dan het Nederlands gemiddelde (oranje).

Tabel 3.2: Vervolg

	PELGRIM		SSiZ		SmZ		Vitaal Vechtdal		NL
	W	S	W	S	W	S	W	S	W
Ervaren gezondheid									
Ervaren gezondheid (% 'gaat wel' tot 'zeer slecht')	22,7	22,9	22,4	21,4	24,5	24,0	21,9	20,7	23,5
Beperkingen									
Beperkingen (% 1 of meer beperkingen)	13,8	13,8	11,9	11,6	15,5	15,3	14,9	14,0	14,8
Chronische aandoeningen									
Chronische aandoeningen (% minimaal 1 aandoening)	62,5	60,5	57,3	60,3	57,9	56,9	57,1	54,4	60,4
Psychische gezondheid									
Eenzaamheid (% eenzaam)	36,9	36,4	39,5	39,2	40,4	40,4	31,6	29,2	38,9
Angst en depressie (% medium of hoog risico)	39,9	39,5	38,1	38,8	41,9	43,1	35,4	33,4	39,9
Leefstijl									
Roken (% rokers)	21,8	21,8	20,5	21,1	21,3	21,4	24,7	25,0	22,7
Alcohol (% overmatige drinkers)	7,4	7,4	10,0	10,1	9,2	9,2	11,1	11,0	8,4
BMI (% overgewicht)	48,1	47,8	45,1	44,1	48,4	47,7	51,3	49,4	48,3
Bewegen <55 jaar – (% voldoet aan combinorm)	62,4	62,6	67,1	67,4	61,4	61,4	67,9	68,4	62,3
Bewegen >55 jaar – (% voldoet aan combinorm)	75,1	75,4	81,9	82,3	75,5	76,0	74,4	74,4	76,4

Het percentage rokers varieert tussen de 20% en 26% tussen proeftuinregio's en het percentage inwoners met overgewicht tussen de 42% en 54%

De leefstijlindicatoren roken en overmatig alcoholgebruik laten een iets ander patroon zien wat betreft de verschillen tussen proeftuinregio's. Zo heeft regio Mijn Zorg een iets hoger percentage rokers ten opzichte van het landelijk gemiddelde (26% tegenover 23%), terwijl het percentage overmatige drinkers in de regio relatief laag is (bijna 7% ten opzichte van ruim 8% landelijk gemiddeld). Voor proeftuin SSiZ is dit precies andersom, met een relatief hoog percentage overmatige drinkers en een relatief laag percentage rokers. Verder toont Tabel 3.2 dat in vijf van de negen proeftuinregio's het percentage overmatige drinkers significant hoger is ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Het percentage mensen met overgewicht (BMI ≥ 25) varieert van 42% in proeftuinregio PZF Rijnland tot 54% in proeftuinregio Mijn Zorg, ten opzichte van 48% landelijk gemiddeld. Deze regio's springen er ook uit wat betreft het percentage mensen dat aan de beweegnorm of fitnorm voldoet. Zo ligt dit percentage bij 55-plussers op 82% in PZF Rijnland tegenover 64% in regio Mijn Zorg. Ook proeftuin SSiZ kent een relatief hoog percentage mensen dat voldoende beweegt volgens deze normen; 82%.

3.3 Ervaren kwaliteit van zorg

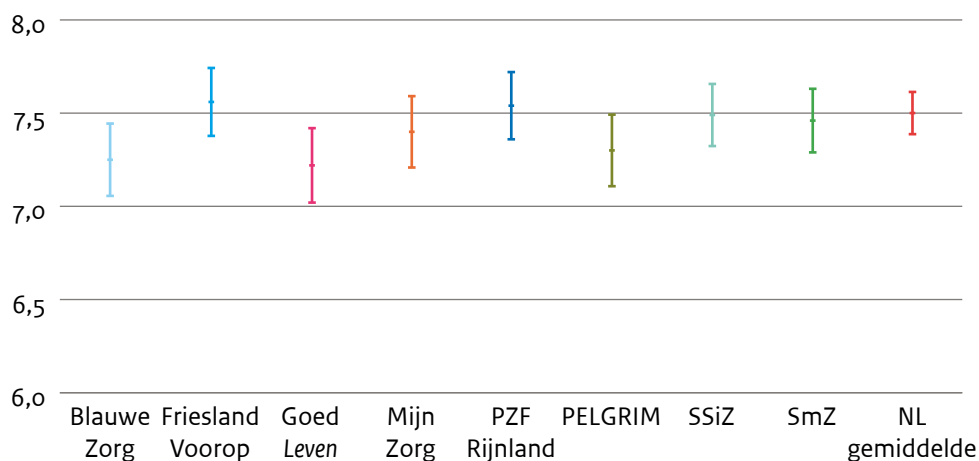
Opmerkingen bij 3.3 Ervaren kwaliteit van zorg

- In één van de negen proeftuinregio's is de LMP-vragenlijst nog niet uitgezet. De uitkomsten op het gebied van ervaren kwaliteit van zorg zullen voor deze regio in een later stadium worden gepresenteerd.
- De resultaten geven inzicht in de *ervaren* kwaliteit van zorg. Hiermee richt deze paragraaf zich dus vooral op (een aantal) subjectieve aspecten van kwaliteit van zorg, maar niet alle. Zo geeft de LMP-vragenlijst inzicht in hoe burgers de afstemming en samenwerking tussen zorgverleners en de kwaliteit van de zorg ervaren. Naast deze kenmerken van het zorgproces, wordt in deze paragraaf ook ingegaan op uitkomsten waar proeftuinen zich op richten en die moeten ondersteunen bij een betere organisatie en kwaliteit van zorg, namelijk zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden. Andere kwaliteitsaspecten als patiëntveiligheid en tijdigheid van zorg en objectieve kwaliteitsmaten zullen in het vervolg van de LMP aan bod komen.
- Uit responsanalyses blijkt dat de demografische samenstelling (qua leeftijd en geslacht) van de deelnemende respondenten licht verschilt ten opzichte van de onderliggende populaties, zoals weergegeven in Bijlage 3.5. Verder varieert de mate waarin respondenten vragen hebben beantwoord tussen de verschillende onderdelen van de vragenlijst, en hangt de mate van respons voor sommige vragen ook samen met leeftijd (zie Bijlage 3.5).

De totale zorg wordt beoordeeld met een cijfer tussen de 7 en 8 in de proeftuinen en wijkt niet af van het landelijk gemiddelde

Het cijfer dat respondenten geven voor de *totale zorg* varieert, op een schaal van 0 tot 10, tussen de 7 en 8 in alle subpopulaties en voor alle regio's (zie Tabel 3.5.7-3.5.9). Zoals Figuur 3.2 illustreert, zijn er geen statistisch significante verschillen tussen de proeftuinregio's waar te nemen, voor de algemene populatie varieert het gemiddelde cijfer per regio tussen 7,2 en 7,6. Ouderen geven gemiddeld een iets hoger cijfer voor de totale zorg dan respondenten in de algemene en diabetespopulatie. Verder valt op dat de diabetespopulatie een licht hoger (ongeveer een half punt) cijfer geeft aan de diabeteszorg dan aan de totale zorg.

Figuur 3.2: Cijfer op een schaal van 0 tot 10 voor de totale zorg per proeftuinregio, Nederlands gemiddelde en 95% betrouwbaarheidsinterval (algemene populatie)



De samenwerking en afstemming tussen zorgverleners worden over het algemeen positief beoordeeld; ouderen zijn hier iets meer tevreden over dan de algemene en diabetespopulatie

Tabel 3.3 geeft per proeftuinregio weer welk percentage van de respondenten de vraag “Hoe beoordeelt u over het algemeen de samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgverleners?” beantwoordde met ‘goed’ of ‘uitstekend’ (deze vraag is gebaseerd op eerder RIVM onderzoek, zie Struijs et al., 2012). De tabel laat zien dat de samenwerking en afstemming tussen zorgverleners over het algemeen positief beoordeeld wordt, met percentages tussen de 70 en 90% per proeftuinregio, zowel in de algemene populatie als onder ouderen en mensen met diabetes. Ouderen beoordelen de samenwerking iets positiever dan respondenten uit de algemene en diabetespopulatie. Verder valt op dat Friesland Voorop voor alle drie de populaties het hoogste percentage scoort, terwijl respondenten in de proeftuinregio’s Mijn Zorg en GoedLeven (behalve bij ouderen) minder positief zijn. Er zijn nauwelijks significante verschillen ten opzichte van het landelijk gemiddelde zichtbaar. Ook eerder RIVM-onderzoek onder diabetespatiënten in zorggroepen vond een hoog percentage patiënten dat tevreden was over de samenwerking en afstemming; in die studie gaf zelfs meer dan 90% van de respondenten een positief oordeel (Struijs et al., 2012).

Tabel 3.3: Percentage respondenten dat de samenwerking en afstemming tussen zorgverleners in het algemeen als goed of uitstekend beoordeelt (%) (95% betrouwbaarheidsinterval tussen haakjes)

	Blauwe Zorg	Friesland Voorop	Goed Leven	Mijn Zorg	PZF Rijnland	PELGRIM	SSiZ	SmZ	NL gemid- delde
Algemeen (n=2013)	75 (68-81)	87 (82-91)	75 (69-81)	71 (64-77)	80 (74-86)	78 (72-83)	77 (71-83)	81 (75-87)	82 (78-86)
Ouderen (n=1739)	75 (68-81)	92 (88-96)	91 (86-95)	81 (75-87)	84 (79-90)	87 (82-91)	86 (82-91)	86 (81-90)	87 (82-91)
Diabetes (n=1278)	82 (75-88)	91 (86-96)	76 (63-78)	71 (63-78)	78 (70-85)	86 (80-92)	88 (82-93)	79 (72-86)	83 (78-89)

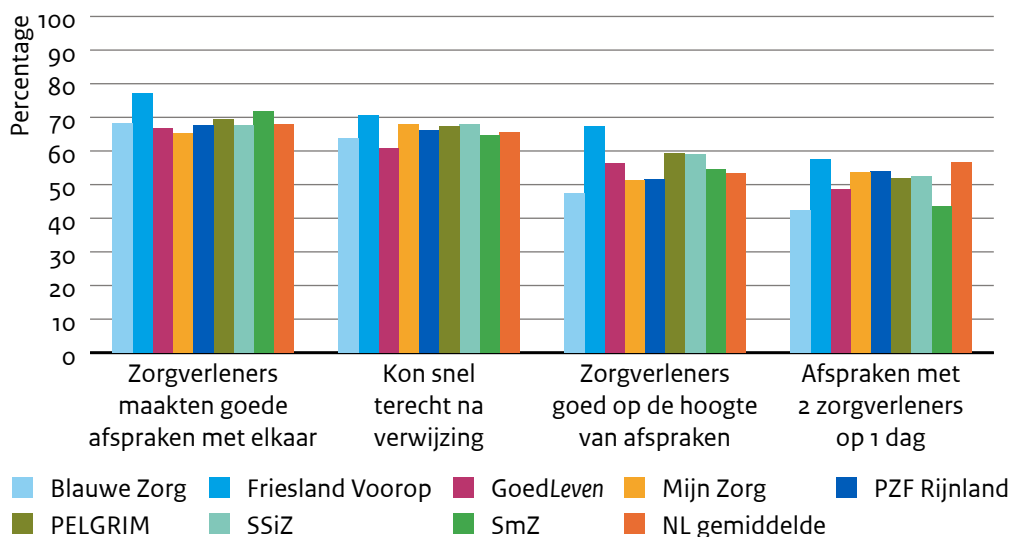
PZF = Populatiegerichte Zorg en Financiering; SSiZ = Samen Sterk in Zorg; SmZ = Slimmer met Zorg.

Het percentage respondenten dat aangeeft dat zorgverleners ‘meestal’ of ‘bijna altijd’ goed op de hoogte waren van onderlinge afspraken ligt tussen de 48 en 67% per proeftuin

In de vragenlijst zijn ook meer specifieke vragen gesteld over het maken van afspraken tussen verschillende zorgverleners (gebaseerd op Struijs et al., 2012 en Stubbe et al., 2007). Figuur 3.3 toont voor iedere proeftuinregio het percentage mensen dat meestal of bijna altijd een positieve ervaring had met betrekking tot 1) of zorgverleners goede afspraken maakten met elkaar; 2) of men na verwijzing snel terecht kon bij een andere zorgverlener; 3) of de zorgverleners goed op de hoogte waren van afspraken met andere zorgverleners; en 4) of afspraken bij twee verschillende zorgverleners (in dezelfde instelling) werden gecombineerd op één dag.

De figuur toont dat het merendeel van de respondenten in de algemene populatie, tussen de 65% en 77% per proeftuinregio, aangeeft dat zorgverleners meestal of bijna altijd goede afspraken maken met elkaar. Voor alle respondenten samen is dit percentage 69% in de algemene populatie, 75% bij ouderen, en 71% onder mensen met diabetes (zie Bijlage 3.5). Ouderen oordelen hier dus iets positiever. Wanneer wordt gevraagd of zorgverleners goed op de hoogte waren van afspraken met andere zorgverleners, zijn de resultaten iets minder positief; 48% tot 67% per proeftuinregio geeft hier ‘meestal’ of ‘bijna altijd’ als antwoord. Anders gezegd, gemiddeld 45% van alle respondenten vindt dat zorgverleners ‘bijna nooit’, ‘over het algemeen niet’ of ‘soms’ goed op de hoogte waren van afspraken met andere zorgverleners. Ook hier geven ouderen gemiddeld een positiever oordeel dan respondenten uit de algemene of diabetespopulatie (zie Bijlage 3.5). Figuur 3.3 toont verder dat ongeveer twee derde van de respondenten uit de algemene populatie na een verwijzing meestal of bijna altijd snel terecht kon bij een andere zorgverlener (61% tot 71% per proeftuinregio).

Figuur 3.3: Percentage respondenten dat ‘meestal’ of ‘bijna altijd’ scoort op vier vragen over het maken van afspraken (algemene populatie)



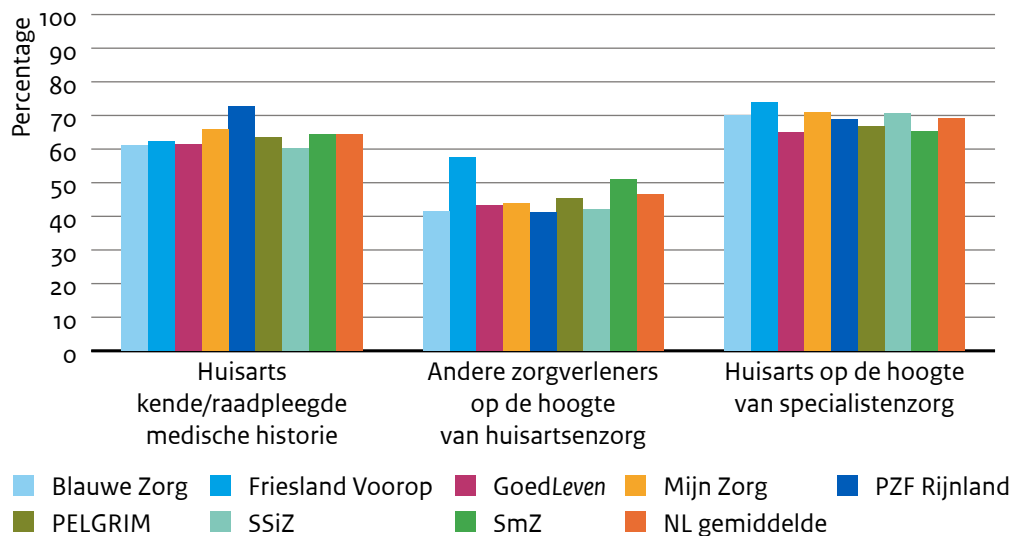
Wanneer de proeftuinen onderling worden vergeleken valt op dat de respondenten in Friesland deze vragen over het maken van afspraken positiever beantwoorden ten opzichte van respondenten in de overige regio's. Daarnaast zijn de ervaringen van respondenten in de proeftuinregio Blauwe Zorg in het algemeen minder positief. Hierbij moet wel gezegd worden dat de verschillen in de meeste gevallen niet statistisch significant zijn.

Huisarts meestal of altijd op de hoogte van specialistenzorg voor gemiddeld 69% van de respondenten uit de algemene populatie; bij ouderen en mensen met diabetes ligt dit percentage op 82% en 76%

Gebaseerd op de Patient Perceptions of Integrated Care (PPIC) vragenlijst (Singer et al., 2011; Tietschert et al., forthcoming) zijn vragen gesteld over de mate waarin zorgverleners op de hoogte zijn van zorg die geleverd is door andere zorgverleners (medische historie). Figuur 3.4 toont het percentage respondenten dat ‘meestal’ of ‘altijd’ antwoordde op drie PPIC-vragen: 1) of de huisarts de medische geschiedenis kende/raadpleegde; 2) of andere zorgverleners op de hoogte waren van de zorg die de respondent kreeg van de huisarts; en 3) of de huisarts op de hoogte was van de zorg die de respondent kreeg van de specialist. Gemiddeld geeft bijna 65% van de respondenten uit de algemene populatie (60-73% per proeftuinregio) aan dat de huisarts meestal of bijna altijd de medische historie kende/raadpleegde. Voor de ouderen (74%) en diabetespopulatie (70%) lag dit percentage enigszins hoger.

Verder toont de figuur dat voor 40 tot 50% van de respondenten per proeftuinregio andere zorgverleners meestal of altijd op de hoogte waren van de huisartsenzorg. Tegelijkertijd was de huisarts volgens ruim twee derde (69%) van de respondenten uit de algemene populatie meestal of altijd op de hoogte van de zorg geleverd door specialisten versus 65 tot 74% per proeftuinregio. Bij ouderen en mensen met diabetes ligt dit percentage op 82 en 76%. De percentages voor de proeftuinregio's verschillen niet statistisch significant van elkaar noch ten opzichte van het landelijk gemiddelde.

Figuur 3.4: Percentage respondenten dat ‘meestal’ of ‘altijd’ scoort op drie vragen over of zorgverleners op de hoogte waren van eerder geleverde zorg (algemene populatie)



Voor het merendeel van de respondenten was er niet één zorgverlener die altijd op de hoogte was van alle zorgbehoeften of van alle medicijnen

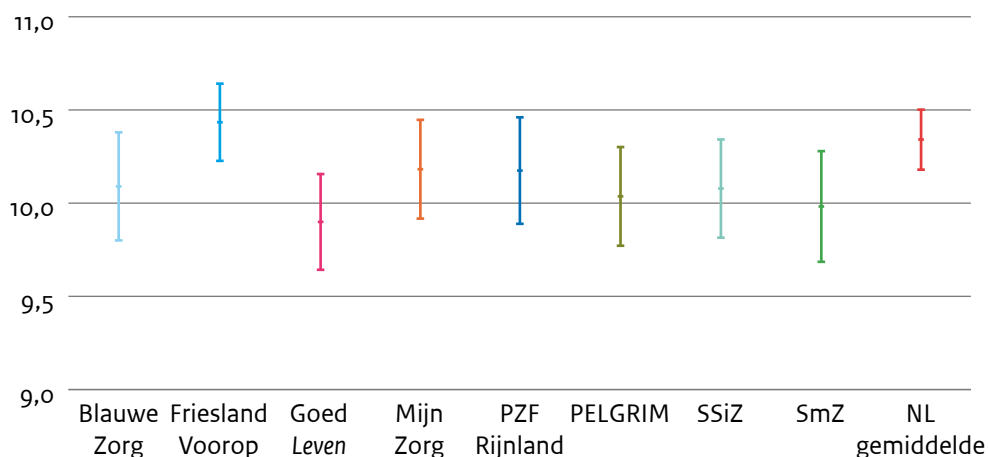
In de LMP-vragenlijst waren twee vragen gericht op of er één zorgverlener altijd op de hoogte was van alle zorgbehoeften en of er één zorgverlener altijd op de hoogte was van alle medicatie. De resultaten laten zien dat bijna 30% (tussen de 23 en 34% per proeftuinregio) van de respondenten uit de algemene populatie één zorgverlener had die altijd op de hoogte was van alle zorgbehoeften (zie Bijlage 3.5 voor alle resultaten). Op het gebied van medicatie ligt het percentage hoger en is voor 47% (40 tot 51% per proeftuinregio) van de respondenten één zorgverlener op de hoogte van alle medicijnen. Dit verschil is ook bij de ouderen en diabetespopulatie zichtbaar en heeft waarschijnlijk ook te maken met het feit dat ‘alle zorgbehoeften’ een breder scala aan zorg en zorgverleners omvat dan ‘alle medicijnen’. Verder geldt ook voor deze twee vragen dat de subpopulaties ouderen en diabetes positiever oordelen dan de algemene populatie. De percentages voor de proeftuinregio’s verschillen niet statistisch significant van elkaar of ten opzichte van het landelijk gemiddelde.

In alle proeftuinregio’s heeft het grootste deel van de algemene populatie adequate gezondheidsvaardigheden; onder ouderen ligt het niveau substantieel lager

Vaardigheden die nodig zijn om informatie over gezondheid te kunnen verkrijgen, begrijpen, beoordelen en gebruiken worden ook wel gezondheidsvaardigheden genoemd (van der Heide et al., 2013). Gezondheidsvaardigheden kunnen mensen bijvoorbeeld helpen met het managen van hun chronische ziekte. Adequate gezondheidsvaardigheden kunnen daarmee een bijdrage leveren aan een betere uitkomst van de zorg.

De gemiddelde somscore (op een schaal van 0 t/m 12) voor gezondheidsvaardigheden varieert tussen de 9,9 en 10,4 per proeftuinregio (zie Figuur 3.5). Inwoners van de proeftuinregio’s lijken dus (redelijk) goed in staat informatie over gezondheid te kunnen verwerken. Per proeftuinregio ligt het percentage mensen dat beschikt over adequate gezondheidsvaardigheden rond de 91 tot 96%. De gezondheidsvaardigheden verschillen sterker tussen de (sub) populaties dan tussen de regio’s (zie Bijlage 3.5). De gemiddelde somscore varieert namelijk tussen de 7,6 en 8,5 per regio voor ouderen en tussen de 9,3 en 10 per regio voor mensen met diabetes. De gezondheidsvaardigheden van ouderen zijn dus minder positief. Zowel bij de algemene populatie als bij de ouderen heeft GoedLeven een significant lagere score ten opzichte van de rest van Nederland. Voor de overige proeftuinregio’s wordt geen verschil gevonden. Figuur 3.5 geeft de resultaten voor de algemene populatie weer.

Figuur 3.5: Somscore voor gezondheidsvaardigheden per proeftuinregio, Nederlands gemiddelde en 95% betrouwbaarheidsinterval (algemene populatie)



Geen grote verschillen in het zelfmanagementniveau tussen proeftuinregio's, wel tussen ouderen en mensen met diabetes

Zelfmanagement gaat over de capaciteiten die patiënten hebben met betrekking tot zelfbehandeling en zelfmonitoring, het coördineren van eigen zorg, effectief communiceren met zorgverleners en actief deelnemen aan besluitvormingsprocessen (Wagner et al., 2001). Zelfmanagement is een belangrijke voorwaarde voor het realiseren van een betere organisatie en kwaliteit van zorg. Alle proeftuinen proberen dan ook een beter zelfmanagement-niveau te realiseren in de regio.

Het niveau van zelfmanagement, gebaseerd op de Patient Activation Measure (PAM), varieert in beperkte mate tussen de proeftuinregio's (zie Tabel 3.4). De gemiddelde score is voor geen van de regio's significant verschillend ten opzichte van het landelijk gemiddelde. In de algemene populatie scoort iedere proeftuinregio, op een schaal van 0 tot 100, gemiddeld tussen de 58 en 62. Voor ouderen (scores tussen 54 en 57) en mensen met diabetes (scores tussen 57 en 61) ligt het niveau van zelfmanagement lager. Deze resultaten zijn vergelijkbaar met de gemiddelde score van 57-61 die in eerdere Nederlandse studies onder chronisch zieken en de algemene bevolking werden gevonden (Hendriks et al., 2013).

Tabel 3.4: Gemiddelde PAM-score per proeftuinregio (score tussen 0 en 100) (95% betrouwbaarheidsinterval tussen haakjes)

	Blauwe Zorg	Friesland Voorop	Goed Leven	Mijn Zorg	PZF Rijnland	PELGRIM	SSiZ	SmZ	NL gemiddelde
Algemeen (n=2200)	61 (59-63)	60 (58-63)	59 (57-61)	61 (59-63)	62 (60-64)	60 (58-62)	62 (60-64)	58 (56-60)	61 (60-63)
Ouderen (n=2057)	55 (53-57)	56 (54-58)	54 (52-56)	55 (53-57)	55 (53-57)	57 (57-59)	56 (54-58)	56 (54-58)	55 (53-57)
Diabetes (n=1330)	57 (55-59)	61 (58-63)	58 (55-60)	59 (56-61)	59 (56-61)	59 (56-61)	60 (58-62)	58 (56-60)	59 (57-61)

PAM = Patient Activation Measure; PZF = Populatiegerichte Zorg en Financiering; SSiZ = Samen Sterk in Zorg; SmZ = Slimmer met Zorg.

3.4 Kosten

Opmerkingen bij 3.4 Kosten

- Wat betreft de zorgkosten worden de totale kosten binnen de Zvw (inclusief verplicht en vrijwillig eigen risico) en AWBZ gepresenteerd, waarbij de Zvw-kosten worden uitgesplitst naar sectoren. De Zvw en AWBZ vormen samen ongeveer 75% van de totale zorgkosten (Van den Berg et al., 2014). Zorg gefinancierd vanuit eigen betalingen, aanvullende verzekeringen, of de Wmo ontbreekt vanwege een gebrek aan gegevens.
- Wat betreft kosten buiten de zorg beperken we ons in dit rapport tot productiviteitskosten gerelateerd aan gezondheidsproblemen. Deze gegevens zijn gebaseerd op de LMP-vragenlijst waarin wordt gevraagd naar de impact van lichamelijke/psychische problemen op het werk.

In 2012 hadden zeven proeftuinregio's hogere zorgkosten en twee regio's lagere zorgkosten ten opzichte van het landelijk gemiddelde

De totale kosten³ voor Zvw en AWBZ per inwoner varieerden tussen de €3000 en de €4300 in 2012 (zie Tabel 3.5). Zeven proeftuinregio's hadden significant hogere kosten ten opzichte van

³ De resultaten in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op declaratiegegevens van zorgverzekeraars. Volgens de economische literatuur en terminologie spreken we dan eigenlijk over *zorguitgaven* in plaats van zorgkosten. Een kostenberekening is namelijk gebaseerd op de inzet van arbeid en kapitaal maal een kostprijs, terwijl de declaraties gebaseerd zijn op afgesproken/onderhandelde prijzen en budgetten. Echter, aangezien in de praktijk in dit verband vaak wel over zorgkosten wordt gesproken en het gebruik van de termen productiviteitskosten en zorguitgaven naast elkaar mogelijk verwarring veroorzaakt, wordt hier de term zorgkosten gebruikt.

het landelijk gemiddelde en twee regio's lagere kosten. De variatie tussen proeftuinregio's in Zvw-kosten is in grote lijnen vergelijkbaar met de variatie in AWBZ-kosten. De drie regio's met hoogste Zvw-kosten hebben ook de hoogste AWBZ-kosten. Hetzelfde geldt voor de twee regio's met het laagste kostenniveau. Deze samenhang tussen Zvw-kosten en AWBZ-kosten kwam ook in eerder onderzoek naar voren (Vektis, 2013). Hierbij moet wel worden opgemerkt dat vooral in de AWBZ-zorg de kosten per regio beïnvloed kunnen zijn door de mate waarin zorgaanbieders aanwezig zijn in de regio (Vektis, 2013). Dit geldt vooral voor de langdurige GGZ en gehandicaptenzorg waar mensen woonachtig zijn in instellingen. In regio's met een groot aanbod aan intramurale AWBZ-zorg kunnen de kosten hierdoor hoger zijn.

Tabel 3.5: Zorgkosten per inwoner per proeftuin opgesplitst naar sectoren in 2012
- waargenomen – (in €) en tussen haakjes als % van de totale Zvw-kosten¹

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	NL
Ziekenhuis- zorg	1164	1237*	1163	1266*	1213*	1138*	1373*	1226*	1050*	1170
	(50,8%)	(53,8%)	(58,0%)	(58,6%)	(58,9%)	(57,0%)	(54,9%)	(56,3%)	(56,3%)	(56,6%)
Farmacie	306*	333*	258*	273	260*	243*	338*	279*	246*	273
	(13,4%)	(14,5%)	(12,9%)	(12,7%)	(12,6%)	(12,2%)	(13,5%)	(12,8%)	(13,2%)	(13,2%)
GGZ	158*	237	188*	216	159*	248*	250*	226	208	221
	(6,9%)	(10,3%)	(9,4%)	(10,0%)	(7,7%)	(12,4%)	(10,0%)	(10,4%)	(11,2%)	(10,7%)
Huisartsen- zorg	140*	145*	142*	139*	151*	130*	145*	135*	142*	136
	(6,1%)	(6,3%)	(7,1%)	(6,4%)	(7,3%)	(6,5%)	(5,8%)	(6,2%)	(7,6%)	(6,6%)
Hulp- middelen	95*	106*	88	90*	95*	85*	138*	99*	77*	88
	(4,1%)	(4,6%)	(4,4%)	(4,2%)	(4,6%)	(4,3%)	(5,5%)	(4,5%)	(4,1%)	(4,3%)
Overig Zvw ²	410*	197*	148*	150	164	134*	200*	173*	128*	157
	(18,8%)	(10,5%)	(8,3%)	(8,2%)	(8,9%)	(7,6%)	(10,2%)	(9,8%)	(7,6%)	(8,7%)
Totaal Zvw	2292*	2299*	2005*	2161*	2060	1996*	2499*	2178*	1866*	2066
Totaal AWBZ	1755*	1761*	1559*	1447*	1539*	1309*	1796*	1357	1218*	1375
Totaal Zvw + AWBZ	4047*	4060*	3564*	3608*	3599*	3306*	4295*	3535*	3084*	3441

¹ Zie voetnoot 3

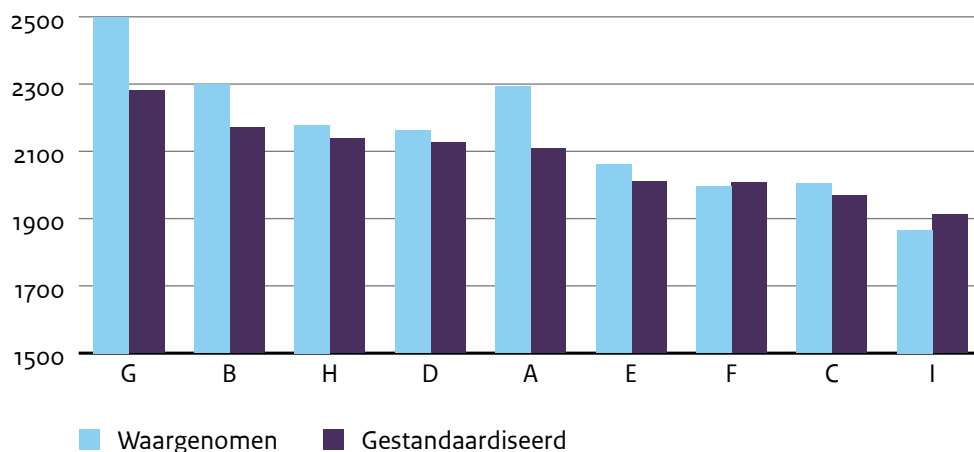
² Onder Overig Zvw valt mondzorg, paramedische zorg, ziekenvervoer, geboortezorg, buitenland en alle overige zorg uit het basispakket die niet onder een van de genoemde sectoren valt.

* Significant verschillend ten opzichte van het landelijk gemiddelde ($p < 0,05$); rood is significant hoger en groen significant lager dan het landelijk gemiddelde (oranje).

De totale Zvw-kosten per inwoner in 2012 varieerden tussen de €1866 en €2500. Met andere woorden, het Zvw-kostenniveau lag in de proeftuinregio met de hoogste Zvw-kosten bijna 35% hoger dan in de regio met de laagste zorgkosten. In vijf proeftuinregio's waren de Zvw-kosten hoger ten opzichte van het landelijk gemiddelde en in vier regio's lager. Op één regio (E) na waren al deze verschillen statistisch significant. In Bijlage 3.6 zijn ook de zorgkosten voor 2011 opgenomen. Deze tonen een vergelijkbaar beeld als in 2012, zowel wat betreft welke proeftuinregio's hogere dan wel lagere kosten hadden als de mate van variatie tussen de regio's. Dit bevestigt dat de resultaten voor 2012 geen toevallige verschillen in zorgkosten tussen de proeftuinregio's laat zien. Tabel 3.5 laat verder zien dat de totale AWBZ-kosten per inwoner in 2012 varieerden tussen de €1200 (regio I) en €1800 (regio G) per inwoner per proeftuinregio. Ook voor de totale AWBZ-kosten wijken vrijwel alle regio's significant af van het landelijk gemiddelde.

De variatie in zorgkosten tussen proeftuinregio's toont dat de proeftuinen vanuit verschillende vertrekpunten de 'proeftuinperiode' in zijn gegaan. Figuur 3.6 toont naast de waargenomen ook de gestandaardiseerde totale Zvw-kosten per inwoner, waarbij is gestandaardiseerd voor leeftijd, geslacht en het aantal chronische aandoeningen. De totale Zvw-kosten zijn gemiddeld hoger bij ouderen, bij vrouwen ten opzichte van mannen en bij mensen met meer chronische aandoeningen. Na standaardisatie verdwijnt een deel van de variatie tussen proeftuinregio's, zoals de paarse kolommen laten zien. Overigens hebben dezelfde regio's nog altijd significant hogere/lagere kosten ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Dit betekent dat het verbeterpotentieel, afgaande op de verschillen ten opzichte van het landelijk gemiddelde, minder groot is dan de waargenomen kosten doen vermoeden. Het feit dat sommige regio's te maken hebben met een groter percentage ouderen en chronisch zieken met hogere zorgkosten is mogelijk ook van invloed op de te kiezen invulling van de proeftuin.

Figuur 3.6: Totale Zvw-kosten per inwoner per proeftuinregio in 2012, waargenomen en gestandaardiseerd voor leeftijd, geslacht en aantal chronische aandoeningen, in € (algemene populatie)

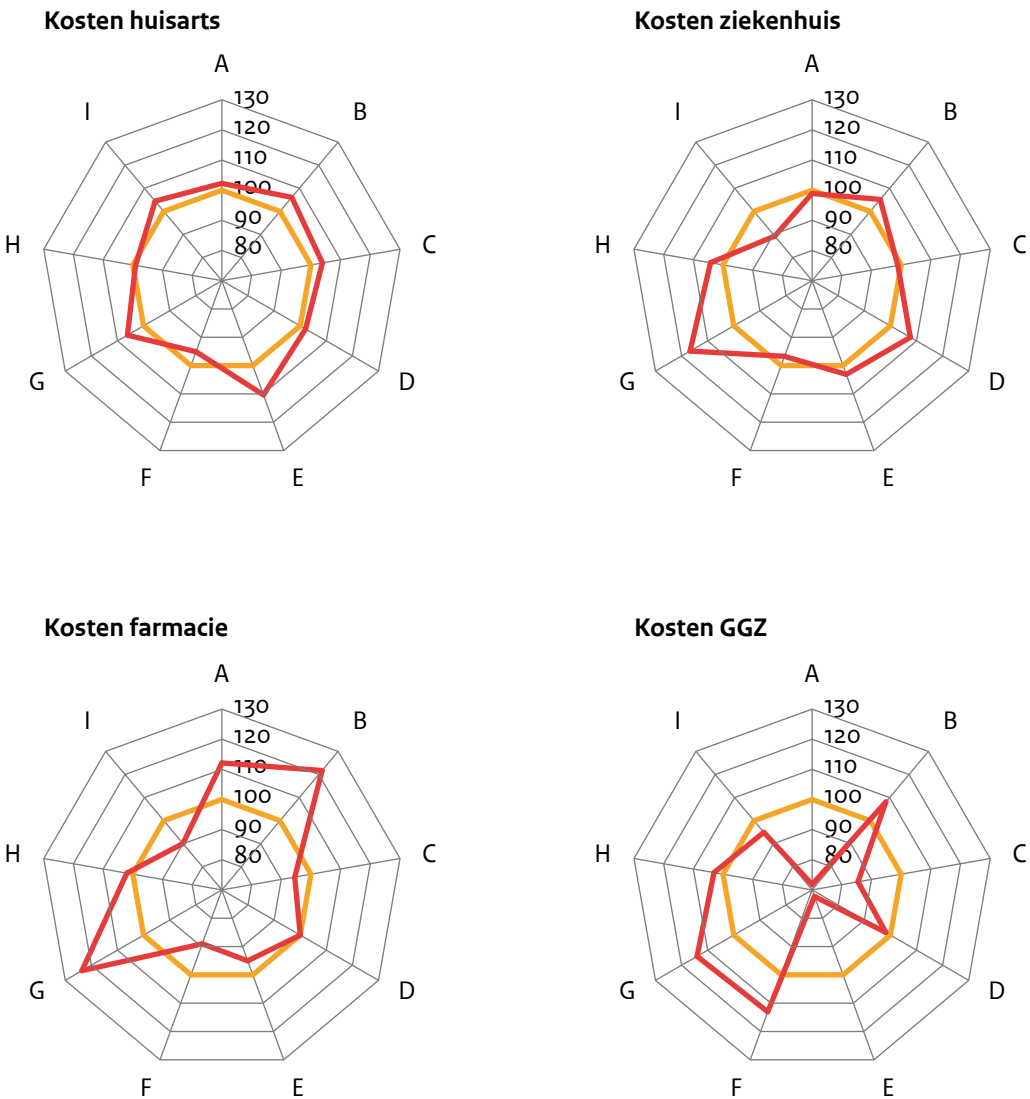


De verdeling van de Zvw-kosten over sectoren is vergelijkbaar tussen de proeftuinen

Tabel 3.5 toont ook de verdeling van de kosten per zorgsector binnen de Zvw (voor de totale AWBZ-kosten was een dergelijke specificering vanwege gebrek aan data niet mogelijk). In alle proeftuinen is een vergelijkbare verdeling van de Zvw-kosten zichtbaar, zo gaat in alle proeftuinregio's meer dan de helft van de totale Zvw-kosten naar de ziekenhuiszorg (51-59%) en tussen de 12 en 15% naar farmaceutische zorg. Over het algemeen hebben de proeftuinen met hogere totale Zvw-kosten ook hogere kosten voor de verschillende sectoren. Echter, er zijn uitzonderingen. Zo heeft regio I substantieel lagere totale Zvw-kosten dan het landelijk gemiddelde, maar liggen de kosten van huisartsenzorg in deze regio wel op een bovengemiddeld niveau. En proeftuinregio A heeft gemiddelde kosten voor ziekenhuiszorg, terwijl de kosten voor geneesmiddelen aanzienlijk hoger zijn dan gemiddeld. Net als voor de totale Zvw-kosten geldt ook voor de kosten per sector dat er weinig verschil te zien is tussen 2011 en 2012 binnen een proeftuin.

Deze sectorspecifieke resultaten geven een meer gedetailleerd inzicht in verschillen tussen regio's, en ook in waar het mogelijke verbeterpotentieel zit. Het is belangrijk hierbij op te merken dat de variatie in kosten en de verdeling van de kosten over sectoren beïnvloed wordt door de inrichting van het zorgaanbod en het zorgbeleid in de regio. Het kan zijn dat binnen sommige regio's afwijkende afspraken bestaan over de sector waarin specifieke groepen patiënten behandeld worden. Aan de andere kant kan niet worden uitgesloten dat de verschillen in kosten ook worden beïnvloed door verschillen in de manier van behandelen en de efficiëntie van de zorg, zoals blijkt uit verschillende onderzoeken over praktijkvariatie (zie bijvoorbeeld Douven et al., 2012; ZN, 2014).

Figuur 3.7: Zvw-kosten per sector per inwoner in 2012, waargenomen (oranje = landelijk gemiddelde; rood = sectorspecifieke kosten) (100 = landelijk gemiddelde)



De meeste proeftuinregio's spelen in op meer doelmatig geneesmiddelengebruik; in 2012 kenden drie regio's substantieel hogere kosten dan het landelijk gemiddelde

Figuur 3.7 toont de kosten per Zvw-sector voor iedere proeftuinregio ten opzichte van het landelijk gemiddelde. De figuur laat zien dat de variatie tussen de proeftuinregio's niet voor iedere sector hetzelfde is. Zoals beschreven in paragraaf 2.1.2 zetten een aantal proeftuinen op dit moment in op meer doelmatig geneesmiddelengebruik. Kijkend naar Figuur 3.7 valt in dit verband op dat drie proeftuinen hoger dan gemiddelde farmaciekosten hebben. Twee regio's (B en G) hebben 20 tot 25% hogere kosten ten opzichte van het landelijk gemiddelde en in één regio zijn de kosten 12% hoger (regio A) (zie ook Tabel 3.5). Aan de andere kant zijn er vier regio's met significant lagere farmaciekosten van 5% (regio C en E) en 10% (regio F en I) onder het landelijk gemiddelde.

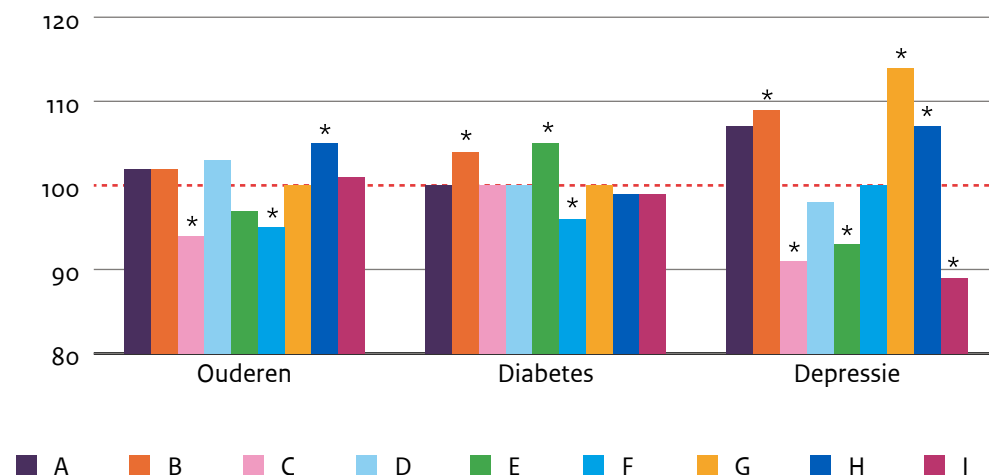
Standaardiseren voor leeftijd, geslacht en aantal chronische aandoeningen verklaart een deel van de verschillen, zo hebben regio B en G na standaardisatie 13% en 8% hogere kosten ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Uit studies van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) blijkt dat de variatie in farmaciekosten ook gerelateerd is aan het voorschrijfgedrag van huisartsen in de regio's (IVM, 2013). Het IVM rapporteerde op basis van 24 indicatoren over de mate waarin huisartsen richtlijnen volgen en kiezen voor de meest doelmatige middelen⁴. Het IVM keek daarbij ook naar regionale verschillen en significante regionale verschillen op een aantal clusters van indicatoren, waaronder doelmatige therapiekeuze.

De variatie in Zvw-kosten tussen proeftuinregio's is voor diabetes minder groot dan voor ouderen en depressie

Figuur 3.8 toont de totale Zvw-kosten per inwoner voor de drie subpopulaties ouderen, diabetes, en depressie. De kosten worden weergegeven in de vorm van indexcijfers waarbij 100 gelijk is aan het landelijk gemiddelde voor de betreffende subpopulatie. In de figuur valt een aantal zaken op. Als eerste dat de mate van variatie verschilt tussen de subpopulaties. Voor depressie is er aanzienlijk meer variatie tussen proeftuinregio's dan voor de andere twee groepen (zie Bijlage 3.6 voor de achterliggende getallen). Voor diabetes liggen de kosten in het merendeel van de regio's om en nabij het landelijk gemiddelde. De verschillen ten opzichte van het landelijk gemiddelde zijn overigens voor iets minder dan de helft van de kolommen significant (significant voor 6 proeftuinen bij depressie, voor 3 proeftuinen bij diabetes en voor 3 proeftuinen bij ouderen). Na standaardisatie zijn dezelfde regio's significant verschillend van het landelijk gemiddelde. Alleen voor diabetes verschillen regio F en E niet meer significant van het landelijk gemiddelde (zie Bijlage 3.6).

⁴ De 24 indicatoren zijn ingedeeld in 4 clusters: therapiekeuze (voorschrijven van voorkeursmiddelen); CVRM en diabetes; patiëntenzorg; en volume (o.a. volume antibiotica en langdurige gebruikers antidepressiva).

Figuur 3.8: Totale Zvw-kosten per inwoner voor drie subgroepen in 2012, waargenomen (100 = landelijk gemiddelde)



* significant verschillend ten opzichte van landelijk gemiddelde (p = 0,05).

Vervolgens valt op dat sommige proeftuinen voor de ene subpopulatie meer afwijken van het landelijk gemiddelde dan voor de andere subpopulatie. Zo heeft proeftuinregio G significant hogere kosten voor depressie, maar een gemiddeld kostenniveau voor ouderen en diabetes. Bij regio I valt juist op dat vooral de kosten voor mensen met depressie een stuk lager liggen dan gemiddeld, terwijl de andere twee subpopulaties een gemiddeld kostenniveau kennen. In regio F zijn de kosten voor diabetes en ouderen relatief laag, en gemiddeld voor depressie. Samenvattend lijkt het verbeterpotentieel voor iedere proeftuin te variëren tussen subpopulaties.

Ongeveer 14% van de respondenten van de LMP-vragenlijst was één of meer dagen afwezig van werk vanwege ziekte; ongeveer 30% had tijdens het werk last van lichamelijke of psychische problemen

Naast de kosten binnen de zorg kan op basis van de LMP-vragenlijst ook een eerste indruk gegeven worden van kosten buiten de zorg, namelijk de productiviteitsverliezen die ontstaan als gevolg van ziekte en/of beperkingen. Uit de vragenlijst blijkt dat ongeveer 14% (BI: 12-16%) van de respondenten uit alle proeftuinregio's in de afgelopen vier weken één of meer dagen afwezig was vanwege ziekte (kortdurend verzuim). Hierbij zijn geen significante verschillen tussen de proeftuinen waar te nemen. De omvang van het kortdurende verzuim is voor alle proeftuinen gemiddeld 37% (BI: 29-45%) van het totaal aantal te werken uren. Naast kortdurend verzuim geeft de LMP-vragenlijst ook inzicht in de impact van lichamelijke of psychische problemen op het functioneren *tijdens* het werk. Ongeveer 30% van de respondenten in alle proeftuinen geeft aan op één of meer dagen tijdens het werk last te hebben gehad van lichamelijke of psychische problemen.

4

Wat zijn de ervaringen van de stuurgroepleden van de proeftuinen tot nu toe?

Leeswijzer

Dit hoofdstuk gaat in op de ervaringen van de stuurgroepleden van de proeftuinen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt naar de ervaringen ten aanzien van de samenwerking (paragraaf 4.1), de sturing (paragraaf 4.2), de bekostiging en contractering (paragraaf 4.3), de uitgangspunten van het zorgstelsel (paragraaf 4.4) en het meerjarenperspectief (paragraaf 4.5). De resultaten zijn gebaseerd op 63 semi-gestructureerde interviews met de stuurgroepleden van de negen proeftuinen. In Tekstbox 4.1 worden de methoden beknopt beschreven. Bijlage 3.7 geeft een uitgebreide beschrijving van de methoden.

4.1 Hoe verloopt de samenwerking?

Samenwerking versterkt met de komst van de proeftuinen

Geïnterviewden van zowel de ziekenhuizen, zorggroepen, patiëntvertegenwoordiging, verzekeraars als gemeenten ervaren een verbeterde samenwerking en/of netwerkontwikkeling met de komst van de proeftuin. Zo geven ze aan dat huisartsen, specialisten en verzekeraar door de proeftuin meer in gesprek met elkaar zijn over specifieke zorgactiviteiten en elkaar beter weten te vinden als ze elkaar nodig hebben. Hoe de samenwerking wordt ervaren, verschilt wel enigszins tussen de actoren. Ziekenhuisbestuurders bijvoorbeeld zien wel een positief effect op de samenwerking maar ervaren dit minder sterk dan de andere actoren. Tot op heden wordt de rol van de gemeente nog als afwachtend ervaren binnen de meeste proeftuinen. Gemeenten geven zelf ook aan dat ze nog zoekende zijn naar hun rol, maar zien wel de toegevoegde waarde van het gezamenlijk kijken naar hoe de activiteiten van de betrokken actoren op elkaar kunnen aansluiten. In één van de proeftuinen ervaart men nog geen echte verbetering in de samenwerking door het grote aantal actoren met conflicterende belangen binnen de proeftuin.

Tekstbox 4.1: Kwalitatieve dataverzameling

Inhoud: In totaal zijn 63 semi-gestructureerde interviews gehouden met de stuurgroepleden/sleutelfiguren van de negen proeftuinen. In alle interviews zijn de volgende thema's structureel aan bod gekomen: motivatie, proeftuin-activiteiten, ervaren succes- en knelpunten, met hierbij in het bijzonder aandacht voor de financiële onderhandelingen, keuzevrijheid, burgerparticipatie, kwaliteit van zorg en transparantie. In totaal zijn er van acht proeftuinen 4-11 stuurgroepleden geïnterviewd. In de proeftuin zonder stuurgroep zijn sleutelfiguren geïnterviewd. De geïnterviewden bestonden uit negen programmamanagers, negen stuurgroepleden werkzaam bij een verzekeraar, dertien eerstelijnsbestuurders (waarvan zeven praktiserend huisarts), twee huisartsen, negen ziekenhuisbestuurders, vijf medisch specialisten, vier stuurgroepleden vanuit de gemeente, negen vanuit de regionale Zorgbelang organisaties en drie vanuit overige zorgaanbieders.

Voorafgaand aan het interview zijn de geïnterviewden uitgenodigd een vragenlijst in te vullen voor het meten van het teamklimaat binnen de proeftuin, het vertrouwen en de mate van verbondenheid met de proeftuin. Er zijn in totaal 54 lijsten ingevuld (één proeftuin heeft hier niet aan meegedaan). Deze lijsten zijn gebruikt om eventuele knelpunten verder uit te diepen en zijn verweven in de resultaten. Tot slot zijn de ACM en NZa gevraagd vanuit hun perspectief te reflecteren op de ervaringen van de stuurgroepleden.

Tijdpad: De interviews zijn afgenomen in de periode juli 2014 t/m januari 2015.

Analyse: Alle interviews zijn opgenomen en getranscribeerd. De transcripten zijn inductief gecodeerd en geanalyseerd in MAXQDA.

Dat je met alle partijen rond de tafel zit en dat is natuurlijk normaal met andere initiatieven niet zo. Want dan is het vaak een initiatief van die partij of van die partij, dus ja, voordelen zijn, denk ik, dat je met allemaal rond de tafel zit en dat het in die zin ook breder gedragen gaat worden. (Iq8, Zorgbelang)

Vertrouwen en openheid tussen actoren groeit maar blijft aandacht verdienen

Vertrouwen en openheid worden als belangrijk ervaren voor het realiseren van succesvolle samenwerking binnen de proeftuin. Het vertrouwen dat netwerkpartners hebben in elkaar verschilt tussen proeftuinen en actoren. Dit hangt mede samen met de historie en cultuur van de organisaties in de betreffende regio, de mate waarin men zich houdt aan de afspraken, de mate waarin openlijk wordt gesproken over (conflicterende) belangen en vertrouwen. Beperkt vertrouwen en openheid hebben een vertragende werking op het realiseren van de ambities. In een aantal regio's verdient dit volgens stuurgroepleden meer aandacht dan tot op heden gebeurt. Zo worden deelnemende zorgaanbieders in één proeftuin niet betrokken bij de evaluatie van de proeftuin, wordt Zorgbelang in een aantal proeftuinen veelal niet benoemd

als actor en mag het ziekenhuis in een van de regio's niet meer afstemmen met huisartsen zonder tussenkomst van de zorggroep. In sommige proeftuinen zijn specifieke interventies opgestart om vertrouwen en openheid te creëren.

Ja, ik denk soms dat het ook te maken heeft met cultuur. Dus dat het te maken heeft met een bepaalde cultuur die er is in een regio en die al veel langer bestaat, zeg maar, die het ook maakt dat de één het ervaart als een bedreiging en de ander dat meer ziet ook als kansen, zeg maar. En dat is dus niet, dat zit niet in het hier en nu en dat zit ook niet omdat er toevallig weer een minister zit of een zorgverzekeraar, het gaat veel langer terug. (I44, eerstelijns bestuurder)

Samenwerken doe je niet vanzelf; je moet elkaars keuen kennen, je moet begrip voor elkaars problematieken kennen. Dat kost even tijd, maar als je die tijd neemt zie je gewoon dat het een heel stuk beter gaat. We hebben nu min of meer een inhaalslag gemaakt in de regio om door samen met de gemeente... (I12, verzekeraar)

Ik vind, in de laatste twee jaar, door alles wat we samen gedaan hebben, met name binnen de proeftuin, is de relatie ongelooflijk veel beter geworden. Hebben we, denk ik, echt het gevoel gehad: 'We kunnen samen er iets van maken.' Dat leefde bij de huisartsen, in ieder geval bij ons bestuur, erg sterk: 'Dit is een plan dat we samen, de gezondheidszorg en ook de huisartsenzorg in de regio, op een hoger plan kunnen brengen.' ...ik had wat dat betreft toch veel vertrouwen in de mensen waarmee we aan tafel zaten en ook de slagkracht van de contactpersonen van de verzekeraar maar als je dan uiteindelijk kijkt wat er uit het contract komt denk je: 'Nou, dat is toch weer eigenlijk, net weer de plank misgeslagen. Niet het vertrouwen van de huisartsen willen winnen, niet zeggen: 'Jongens, kom op, we gaan met zijn allen dit doen.' Nee, toch weer een beetje knippen en dat is jammer, dat is jammer, ja. (I57, eerstelijns bestuurder)

Het ideale doel bindt maar vergt verdere uitwerking

Uit geformuleerde doelen van de proeftuinen (zie Bijlage 4) blijkt dat de proeftuinen de zogenoemde Triple Aim nastreven. Alhoewel ervaren wordt dat dit de actoren bindt binnen de proeftuinen, is er variatie merkbaar tussen proeftuinen en actoren (zie Bijlagen 4.1 - 4.9). Het verbeteren van de kwaliteit van zorg en verminderen van de zorgkosten wordt door allen wel genoemd. Het verbeteren van de gezondheid wordt niet vaak expliciet als doel benoemd (waarbij de proeftuin Vitaal Vechtdal en GoedLeven uitzonderingen zijn). Voor de proeftuinen in de krimpregio's is naast duurzame zorg (betaalbare en dezelfde of betere kwaliteit van zorg in de toekomst) ook het bereikbaar houden van de zorg een belangrijk doel. De mate waarin het ideale doel ook wordt ervaren in bestaande plannen wisselt tussen proeftuinen. Proeftuinen waar het stroever loopt, daar wordt ook benoemd dat de ideale doelen verder uitgewerkt moeten worden.

Mensen worden ook wel warm als er een soort van ideëel doel wat niet mijn doel is, niet mijn omzet is. Niet het belang van de huisarts is, maar echt letterlijk het belang wat we allemaal hebben. Daar is het veel moeilijker 'nee' tegen te zeggen. (I23, zorggroep)

Dus als je qua visie, als je daar niet genoeg tijd neemt en je start te snel terwijl je in de visie gewoon elementaire dingen niet, het er niet over eens bent, loop je onherroepelijk iets verderop in het project vast. Dat is schijnwinst. (I27, verzekeraar)

... Ga nou eens met elkaar bekijken, als je zegt 'substitutie', ... schrijf het eens op de muur en maak er nou eens een visie op. En ik kan je zeggen, ik heb geen idee wat de visie is van onze regio. Ik vraag me af of andere regio's; we kunnen wel iets roepen, maar is het echt zo? Zetten we daarop in? Bereiden we ons daarop voor? Natuurlijk gaan we allemaal zeggen: 'Nee, we moeten naar, we moeten' maar wat doe je dan? Want anders is het voor mij geen visie hoor, dat zit niet in de haarvaten. (I30, programmamanager)

Actoren ook vanuit organisatiebelangen gemotiveerd voor de proeftuin

Naast de ideële doelen, zijn stuurgroepleden ook vanuit hun organisatiebelang gemotiveerd voor de proeftuin. Zo doen ziekenhuizen met name mee omdat dit hun relatie met de huisartsen/zorggroep kan verbeteren en mogelijk ook toekomstig omzetverlies kan worden voorkomen. Een aantal multidisciplinaire zorggroepen verwacht vooral dat door deelname aan de proeftuin de mogelijkheden voor de gewenste meerjarencontractering voor innovatieve projecten zal verbeteren. Gemeenten zien vooral toegevoegde waarde van de proeftuin in het realiseren van een betere afstemming met andere actoren, iets dat voor de gemeenten nodig is in het kader van hun nieuwe verantwoordelijkheden op het gebied van zorg en welzijn. Verzekeraars hebben ook als doel om met de proeftuin meer experimenteerruimte te krijgen om hun prestaties te kunnen verbeteren.

Proeftuinen vooral als knellend ervaren voor organisatiebelangen van ziekenhuizen

Stuurgroepleden ervaren dat de ideële doelstellingen van de proeftuin tegenstrijdig kunnen zijn met de organisatiebelangen van meerdere actoren, zoals ziekenhuizen, diagnostische centra, GGZ-instellingen en aanbieders van hulpmiddelen. Of, zoals ook wordt gezegd, het is onvermijdelijk dat bepaalde zorginstellingen er financieel op achteruitgaan als gevolg van de ingezette beweging. Zo hebben verschillende interventies tot doel het zorgvolume in de tweede lijn te reduceren, dubbele diagnostiek te voorkomen en de zelfmanagement-capaciteit van burgers te vergroten. Dit zal omzet en capaciteit van bijvoorbeeld ziekenhuizen en diagnostische centra reduceren. Stuurgroepleden spreken tot op heden voornamelijk over de nadelen van de proeftuin voor de ziekenhuizen. Wat betreft de ziekenhuiszorg wordt onderscheid gemaakt tussen het belang van het ziekenhuis en het belang van de maatschappen, waarbij aangegeven wordt dat met name het belang van het ziekenhuis wordt geschaad. De ziekenhuizen binnen de proeftuinen gaan verschillend om met de verwachte reductie aan

inkomsten als gevolg van de proeftuinactiviteiten; een aantal werkt proactief mee aan de invulling van nieuwe taken waar anderen een terughoudende houding hebben.

Kijk, iedereen snapt 'het moet anders' en het blijven praten in wereldvrede is volkomen veilig voor iedereen totdat het in je achtertuin staat. (I63, verzekeraar)

Wij hebben in deze regio een overcapaciteit aan bedden. Het is wel een regio die enorm gaat vergrijzen de komende jaren, dus mijn gedachte is eigenlijk: 'Als die ziekenhuisbestuurders inzien dat hun totaalbudget eigenlijk helemaal niet ter discussie staat, dat kan gewoon licht blijven groeien door die vergrijzing, alleen zij zullen andere dingen moeten gaan doen: de onderkant van de zorg afstoten, diabetes, COPD en aan de bovenkant de zwaardere specialismen uitbreiden om die toekomstige vergrijzing op te kunnen vangen.' Dan maakt het ziekenhuis een transitie door, maar zo voelen zij dat niet. Ze zien het bij het eerste project meteen al als een bedreiging van: 'Jullie halen die COPD patiënten uit het ziekenhuis. Ik heb veel te veel longartsen. Die longartsen die moeten blijven produceren. Dat kost mij als ziekenhuis geld als ze niet meer produceren.' En die tegenstrijdige belangen die worden niet echt uitgesproken maar die voel je in alles. Nou, waar ze dan een gemeenschappelijk belang hebben is om dat samen wat te vertragen en te dempen en de energie langzaam eruit te trekken. (Iq1, verzekeraar)

Verschillende strategieën door bestuurders ingezet om belemmerende organisatiebelangen te reduceren

Om organisatiebelangen waar nodig ondergeschikt te maken aan de Triple Aim, geven stuurgroepen leden aan dat het van belang is om nadruk te leggen op het gezamenlijke traject, om incrementeel en niet disruptief te werken en om de inhoud leidend te laten zijn. Binnen een aantal proeftuinen worden de verschillende belangen openlijk met elkaar besproken waardoor begrip ontstaat voor elkaars uitgangspunten. Met name ziekenhuizen geven daarnaast aan dat een langetermijnvisie alsook flankerend beleid door bijvoorbeeld meerjarencontracten wenselijk zijn om mee te werken aan substitutieprojecten die binnen de proeftuin worden opgezet (zie verder paragraaf 4.5). Doordat meerdere proeftuinen een veelheid aan activiteiten ontplooiën, kunnen actoren van een aantal activiteiten profiteren waarmee ze een mogelijk verlies op andere activiteiten kunnen compenseren. Of de betrokken organisatie, ondanks mogelijk conflicterende organisatiebelangen, in beweging komt, hangt ook samen met leiderschap. Zo zijn er ziekenhuisbestuurders die erin slagen om de achterban mee te nemen in het proces waar het andere niet lukt.

Interventies in opstartfase relatief klein en met beperkte belangentegenstellingen

In de opstartperiode zijn bewust projecten gekozen waarbij slechts in beperkte mate belangen-tegenstellingen tussen actoren naar voren komen. De farmacieprojecten zijn daar een goed voorbeeld van; de betrokken actoren (ziekenhuis, apotheker en huisarts) hebben niet tot nauwelijks financieel nadeel van een gezamenlijk initiatief op dit thema. Daarnaast worden interventies in het begin op relatief kleine schaal geïmplementeerd. Zo worden de anderhalve-

lijnszorg-projecten in de meeste proeftuinen beperkt tot een select aantal specialismen of patiënten. Stuurgroepleden verwachten dan ook dat actoren zich in de toekomst wellicht anders zullen gaan gedragen wanneer bij het uitbreiden van de projecten/interventies de belangentegenstellingen duidelijker naar voren komen.

4.2 Wat zijn de ervaringen met de sturing?

Proeftuinen zijn nog zoekende naar de optimale sturingsvorm

Zoals in paragraaf 2.1 vermeld, hebben acht van de negen proeftuinen een stuurgroep. Stuurgroepleden ervaren dat de stuurgroep naast een ontwikkelagenda en besluitvorming ook zorgt voor het creëren van vertrouwen en openheid tussen actoren en overzicht biedt over de proeftuin. Een aantal proeftuinen ervaart dat de stuurgroep de ontwikkelingen in de proeftuin ook kan vertragen doordat het realiseren van overeenstemming met een groter aantal actoren lastiger is. Daarnaast kost het stuurgroepleden de nodige tijd om het benodigde mandaat voor beslissingen te krijgen vanuit de eigen organisatie. Wanneer het op stuurgroepniveau niet lukt om vooruitgang te boeken, zoekt men naar alternatieven om de snelheid van beoogde projecten binnen de proeftuin te behouden. Zo heeft men in SmZ kleinere resultaatverwoordelijke groepen geïntroduceerd waaraan minder actoren deelnemen per groep. Ook is in een aantal proeftuinen een dagelijks bestuur opgezet en binnen enkele proeftuinen worden zelfs activiteiten ontplooid zonder expliciete instemming van de stuurgroep. Programmamanager geven aan dat ze nog zoekende zijn naar een optimale verhouding tussen snelheid en polderen.

We moeten er ook voor zorgen dat dat platform wel wat leaner wordt dan de vorige keer, want het was zo'n grote groep dat je daar eigenlijk nooit uitkwam. We zaten daar aan tafel met, en dan doe ik even met mijn ogen dicht, zo'n 25 tot 30 man. Ja, daar kun je geen besluiten nemen, dat gaat gewoon niet werken. Dus we proberen dat nu wat te downsize, en er is nog wel, dus we proberen nu eigenlijk als kern neer te zetten. (154, ziekenhuis)

En wat ik dan heel erg zie is een gemeente die zegt: 'Ja we doen mee' en dan vervolgens als de pen ergens bijna boven hangt, dan zeggen ze: 'Ja, maar daar gaan wij over dus ja dat gaan we hier niet bespreken, we gaan hier geen besluiten nemen'. ... En dan zitten we aan tafel met de stuurgroep, maar zonder mandaat. ...Daar kan ik best begrip voor hebben, maar zeg dan: 'jongens als hier iets besloten moet worden, houd er rekening mee dat het terug moet naar de Raad, dat daar zes weken overheen gaat voordat het in hun agenda zit, dat er vervolgens nog zes weken overheen gaat voor er een Raad geweest is, en vervolgens komt het terug in de stuurgroep. Ja dan zijn we drie maanden verder, maar ja dan weet je dat. En dan kun je daar met elkaar rekening mee houden, ... (13, Zorgbelang)

Leiderschap als belangrijke factor ervaren voor de voortgang de proeftuin

Stuurgroepleden van meerdere proeftuinen noemen het belang van leiderschap. Enerzijds om actoren op stuurgroepniveau te inspireren en te activeren. Stuurgroepleden van een aantal proeftuinen merken dat ze een inspirerende leider voor de proeftuin missen. Anderzijds is leiderschap nodig om de achterban van stuurgroepleden succesvol mee te krijgen. Hierin variëren de betrokken bestuurders die deelnemen aan de proeftuin. Zo wordt in een aantal proeftuinen de ontwikkeling in de proeftuin gekoppeld aan de leiderschapskwaliteiten van de ziekenhuisbestuurders. Ook de rol van de programmamanagers en projectleiders is volgens stuurgroepleden van invloed op het functioneren van de proeftuin. De positie van de programmamanagers wisselt tussen proeftuinen, bijvoorbeeld ten aanzien van de mate waarin de actoren openstaan voor nieuwe ideeën van de programmamanager. Ook worden niet alle programmamanagers goed geïnformeerd over de contacten en afspraken tussen actoren.

Omdat ik toch gemerkt heb, het is een traject waarbij samenwerken, elkaar wat gunnen, elkaar vertrouwen, buiten je eigen, ja, je eigen domein of over je eigen schaduw kunnen heenstappen, dat dat cruciale facetten zijn. En dat is het moeilijkste voor partijen die het meest te verliezen hebben, dus in casu het ziekenhuis, en zonder (naam persoon) was dit nooit gebeurd. Dus dat is echt; die dynamiek heeft dat geholpen. ...Omdat hij ... durft te vertrouwen op dat het goed komt en hij ziet het belang van het grotere doel. En hij snapt dat je dan af en toe even als ziekenhuis misschien, nou, hij controleert, maar een stukje pijn moet lijden om dat hogere doel te kunnen zien en niet blijft hangen in je kleine sub-belang, maar dat je dat durft los te laten. (I28, zorggroep)

En ik denk serieus dat de opstelling van ons bestuur medische staf, met name van de voorzitter, daarin enorm geholpen heeft want die heeft van het begin af aan gezegd: 'Wij vinden dit een belangrijk project' dus het kwam ook steeds terug in stafvergaderingen en zo en we zijn daar gewoon heel stevig in gaan zitten. Dat heeft een uitstraling, dat is een voorbeeldfunctie. Het is ook een vorm van leiderschap, om het maar zo te zeggen. (I32, ziekenhuis)

Betrokkenheid van Zorgbelang in stuurgroep wordt positief bevonden

Alle proeftuinen zijn gemotiveerd om patiënten en burgers te betrekken in de sturing van de proeftuin. Tot op heden worden burgers/patiënten in de stuurgroep door Zorgbelang vertegenwoordigd. Het moment waarop Zorgbelang betrokken werd, hing mede samen met het vertrouwen en samenwerkingsklimaat tussen de overige deelnemers van de proeftuin. Zo gaven meerdere stuurgroepleden aan dat er eerst overeenstemming en vertrouwen tussen zorgaanbieders en verzekeraars moest zijn, alvorens Zorgbelang werd benaderd. In de zeven proeftuinen waarbij Zorgbelang als stuurgroeplid deelneemt, is men positief over de bijdrage. De directeurs van de regionale Zorgbelang organisaties reflecteren op voorstellen en discussies waarbij ze ervoor zorgen dat het burger-/patiëntperspectief wordt meegenomen. De stuurgroepleden ervaren dat een meer creërende en proactieve rol vanuit de burgers/patiënt-vertegenwoordiging lastiger is; deelname van Zorgbelang aan projectgroepen wordt in

sommige proeftuinen bemoeilijkt door ontoereikende competenties van de projectgroepleden die burgers/patiënten vertegenwoordigen.

Nee, ik denk dat op bestuurlijk niveau dat dat op zich een goede vertegenwoordiging omdat ze echt het aspect inbrengen van 'wat betekent het voor de burger en hoe kunnen we dat scherp krijgen?' door middel van vragenlijsten, interviews of methodes die zij daarvoor hebben. (I35, overige)

Dat is jammer. Het is ook lastig, ik vind het ook heel erg lastig om goede vertegenwoordiging te hebben. Want wij hebben dan een cliëntenberaad die dan, zal ik maar zeggen, vanuit patiëntengroepen is opgesteld. Is ook heel erg lastig. Het is lastig om... om mensen te vinden die op zo'n manier mee kunnen denken. Eigenlijk zouden huisartsen daar in hun praktijk wat kritischer moeten kijken, want hoe, ja. Of specialisten, van: 'Welke mensen zouden wat mee kunnen denken?' (I40, ziekenhuisbestuurder)

Trend van patiëntenparticipatie naar burgerparticipatie

Verzekeraars en zorgaanbieders worstelen met de mate waarin Zorgbelang representatief is voor de belangen van alle burgers in de proeftuinregio. Alhoewel Zorgbelang een groot aantal patiëntenverenigingen, gehandicaptenorganisaties, ouderenbonden en cliëntenraden vertegenwoordigt, is er in meerdere proeftuinen een trend zichtbaar om de inspraak van burgers te verbreden naar een vertegenwoordiging van alle burgers. Zo overweegt men in de proeftuinen van CZ een community in te richten waarin burgers zelf betrokken zullen worden bij de inrichting van de proeftuin. Zorgbelang Fryslân heeft, op basis van een inventarisatie onder Friese burgers, een beleidsnota geschreven met de visie van de Friese burgers over de zorg in 2020. Deze wordt door DFZ als input gebruikt voor het huidige inkoopbeleid. Stuurgroepleden van Zorgbelang en zorgaanbieders geven aan dat de financiering van de patiënt- en burgerparticipatie onder druk staat. Provincies bouwen hun subsidies aan de betreffende Zorgbelang organisaties af, waardoor er onrust ontstaat over de onafhankelijkheid en continuïteit van Zorgbelang. De onafhankelijkheid baart een aantal zorgaanbieders zorgen omdat regionale Zorgbelang organisaties hiermee financieel afhankelijker worden van de verzekeraars.

4.3 Hoe worden de bekostiging en contractering ervaren?

Meningen over de wijze van en bereidheid tot financiering van overhead wisselen

Tot op heden wordt de overhead, zoals programmamanagement, vooral bekostigd vanuit eigen middelen van zorgaanbieders en uit RVVZ- en ROS-gelden. Enkele proeftuinen geven aan tevreden te zijn met het budget dat ter beschikking wordt gesteld voor het programmamanagement. Andere proeftuinen laten kritische geluiden horen. Zo zijn zorgaanbieders in zes van de negen proeftuinen teleurgesteld over het ontbreken van een financiële tegemoetkoming voor hun inzet aan middelen en mankracht. Daarbij komt dat het geld dat wordt geïnvesteerd in programmamanagement, voortvloeit uit al gealloceerde gelden zoals RVVZ- en ROS-gelden.

Een aantal zorgaanbieders vindt dan ook dat verzekeraars niet of nauwelijks extra investeren in de proeftuin. De verzekeraars vinden daarentegen wel dat ze extra investeren in programma- en projectmanagement, gedeeltelijk ook via de reguliere bekostigingsafspraken waar een extra bedrag wordt bijgeteld in het kader van de proeftuin. Hierbij geeft een van de verzekeraars ook aan dat niet zoveel extra geld nodig is als er een intrinsieke motivatie is bij zorgaanbieders. Meerdere zorgaanbieders, en dan met name de visionaire leiders, zouden structureel financiële ruimte willen om te kunnen investeren in projectmanagement voor innovatie.

Bekostiging, ja, dat loopt goed...Ik bedoel, we hebben eigenlijk gewoon eigenlijk een viertal begrotingen, zeg ik altijd: eentje voor patiëntparticipatie, die wordt via zorgverzekeraar gedaan. Voor de proeftuin, voor de inhoudelijke, wordt ook via, inhoudelijk wordt via de M&I module gedaan en daar is gewoon heel netjes mee omgegaan. En, zeg maar, de kosten vanuit de verzekeraar worden via de verzekeraar gedaan en de kosten van ons zijn gemaximeerd tot een bepaald bedrag waarvan wij zeiden van: 'Nou, dat hebben wij ervoor over' in de vorm van, met name ook inzet en dergelijke, daar hebben we een begroting voor gemaakt. (I37, zorggroep)

Ik wil verantwoordelijkheid dragen voor mijn eigen investeringen, ik wil niet meer handje hoeven ophouden bij alles ... Het gaat er mij over, geef mij nou op één of andere manier middelen om zelf creatief te zijn en accepteer dat daar sommige dingen ook van gaan mislukken. (I23, zorggroep)

Ik ben ervan overtuigd... als mensen het echt willen dan heb je helemaal niet zoveel extra geld nodig. Want het zit vaak in het slim verbinden van zaken, slim met elkaar afstemmen van het sociale domein en het medische domein, met elkaar in contact willen treden, ook gewoon die vergadering wil hebben en daar misschien dan wel; als je meteen begint van: 'Ja, maar we hebben een vergadering dus daar moet dan vacatiegeld voor komen' of 'we hebben een projectleider nodig dus die moet betaald worden.' Ik ben er nog niet zo van overtuigd. Kijk, het helpt altijd wel. Natuurlijk helpt het altijd wel, maar het is niet per definitie de factor tot het succes. Die zit gewoon intrinsiek.... (I12, verzekeraar)

Samenwerking met verzekeraar is ingewikkeld door haar inkoopproces en haar interne structuur

De ervaringen van zorgaanbieders met betrekking tot de financiële ondersteuning door verzekeraars en gemeenten wisselen per verzekeraar, per project en per proeftuin. Er is een aantal prominente knelpunten uit de interviews naar voren gekomen. Ten eerste de vraag van zorgverzekeraars om een uitgewerkte business case alvorens zij financiering van projecten overwegen. Dit vertraagt en frustreert het proces voor zorgaanbieders omdat het maken van business cases tijdrovend is, data lastig of niet uit bestaande registraties te halen is of omdat het slecht te voorspellen is wat een interventie kan opleveren. Alhoewel de zorgaanbieders wel de toegevoegde waarde zien van een business case, is met name het gevraagde detailniveau een knelpunt en schaadt dit ook het onderlinge vertrouwen. Een tweede knelpunt is het reguliere inkoopproces. Dit heeft een negatief effect op de implementatie van interventies (bepaalde onderdelen worden niet vergoed of zijn tegenstrijdig met de reguliere inkoop). Tevens zorgt het reguliere inkooppro-

ces voor een verstoring van de samenwerkingsrelatie. Actoren werken binnen de proeftuin gezamenlijk aan het ideële doel waarbij vertrouwen van belang is. Met het reguliere inkoopproces dat de verzekeraar noopt tot scherp inkopen, staat de verzekeraar vervolgens tegenover de zorgaanbieders. Daarmee ontstaat het gevoel dat de zorgverzekeraar niet achter het gedeelde doel staat. Het derde knelpunt is dat de huidige financiële afspraken veelal voor één jaar gelden. Dit geeft spanning ten opzicht van de langetermijndoelen van de proeftuin waarvoor op korte termijn wellicht investeringen nodig zijn. Het laatste knelpunt betreft de vrij complexe en gefragmenteerde organisatie van zorgverzekeraars. In lijn met de financieringskaders is de organisatie van de verzekeraar veelal opgedeeld in verschillende kolommen zoals farmacie, huisartsenzorg en medisch specialistenzorg. Hierdoor is het lastig om alle onderdelen op één lijn te krijgen en de zorginkoop te stroomlijnen met de doelen van de proeftuin.

Business case

Waar we wel moeite mee hebben is dat vanuit de zorgverzekeraar zij garanties tot twee cijfers achter de komma willen en ja, die kunnen wij nu nog niet geven. Dus wij willen de dingen gewoon gaan doen omdat we denken dat het op de lange termijn wat gaat opleveren maar dat kunnen we niet altijd met data onderbouwen. En dat komt ook omdat, nou ja, de data vanuit de zorgverzekeraar is niet betrouwbaar. ... En als er dan conclusies getrokken worden op basis van data waarvan wij zeggen van: 'Dat kan niet, die zijn niet betrouwbaar', ja dan kom je in het verkeerde spel met elkaar terecht en dan gaat die proeftuin belemmerend werken. En dat vind ik heel erg jammer. (I9, programmamanager)

Niet dat ik het nut van een business case volledig wil afschieten, maar soms zijn dingen evident goed qua kwaliteit en waarschijnlijk ook qua kostenbesparing zonder dat je nu aan de voorkant kunt kwalificeren, kwantificeren wat die kwaliteits- of geldelijke winst is. En op het moment dat het heel evident is maar je kunt het niet helemaal kwantificeren, dan lopen we er nu tegenaan dat het dus niet gaat gebeuren. Ja, en soms moet je dus dingen wel op vertrouwen doen. (I23, zorggroep)

Reguliere inkoop

Dus je werkt samen aan een vernieuwing en dan heb je de praktijk van alle dag waarin die inkooprelatie een rol speelt en waarin ook "nee" verkocht wordt ook op thematieken die misschien hier ontwikkeld worden. Ja, dat frustreert. (I9, programmamanager)

En dat bedoel ik niet in negatieve zin, maar er komt zoveel op je af waarin dan, ja, het gehele land even voor gaat voor beleid uit te zetten en op de proeftuinen. Dat is gewoon een worsteling waar je mee zit... Ik zit er vanuit integrale zorg, vanuit eerstelijnszorg, ik ga niet over tweedelijnszorg. En wij proberen intern wel die verbinding te leggen, maar het beleid voor ziekenhuizen voor dit jaar is helemaal veranderd ten opzichte van andere jaren. Daar werken ze met budgettering, niet meer met één budget, maar met verschillende kavels, zeg maar. Ja, weet je, dat is al een hele andere manier van denken. Als ik dan ook nog er tussendoor kom: 'Dit hebben we als anderhalvelijnszorg en wat betekent dat' want het is niet voor één kavel, het raakt heel veel kavels. Het raakt integrale prijzen, nou ja, weet je, dan, dan wordt het in één keer heel complex. En dat wil niet zeggen dat iemand niet luistert, maar de vraag is of het dan opgepakt kan worden. Nou ja, dat is soms wel lastig. (I33, verzekeraar)

Lange versus korte termijn

Kijk, je kan alleen maar afbouwen als je meerjarencontracten hebt, anders kan het niet... Anders loop je een te groot risico. Je loopt echt een te groot risico. Dat kunnen we ons helemaal niet veroorloven als ziekenhuis. Dus wil je die zorg gaan ombuigen, ja, dan moeten daar meerjarencontracten tegenover staan....we leggen het verzoek voor een meerjarencontract elke keer weer op tafel, alleen de zorgverzekeraar doet daar geen uitspraken over. En die blijft continu toch maar, die zit heel erg in die cyclus van eenjarige inkoop. (I18, ziekenhuis)

Als je nu wilt dat ziekte en zorg gaat kantelen naar gezondheid en gedrag, ja, dan moet je dat, feitelijk moet je voor tien jaar een afspraak kunnen maken, zou je zeggen, van die kanteling gaan we aan werken, we gaan samen met de gemeente en de scholen zorgen dat we daarop inzetten en dat betekent dus dat je over X jaar een grotere productiviteit hebt in deze regio en minder ziekte. Dat is voor de werkgevers interessant en dat is voor de zorgverzekeraar interessant, maar waar die patiënt tegen die tijd verzekerd is...Ik kan hem niet binden. Althans, wettelijk is dat niet mogelijk. Van de andere kant denk ik, als je echt commercieel bent is daar natuurlijk iets op te verzinnen, dat je de klantbinding vergroot. (I16, huisarts)

Fragmentatie

Wat je merkt is dat het heel lastig is om de zorginkopers buiten het bestaande inkoopkader te laten denken. En concreet betekent dat gewoon dat je, al die zorginkopers kopen toch in silo's: farmacie, huisartsgeneeskunde, medisch specialistenzorg, fysiotherapie. Daar zitten, zeg maar, twee knelpunten in: enerzijds, het is heel lastig om te praten over opbrengsten buiten de eigen silo want daar worden de inkopers ook niet op beoordeeld en het tweede is dat de discussie over het loslaten van bijvoorbeeld bestaande indicatoren die gebruikt worden bij de inkoop maar eigenlijk niet zinvol zijn, ja, dat we daar ook, zeg maar. Want je koopt nu in en je zegt dat je kwaliteit inkoopt, maar je kwaliteitscriteria niet deugen. (I19, programmamanager)

We hebben voor dit traject bijvoorbeeld echt intern een multidisciplinair team geformeerd waarin de inkoper eerste lijn zit, inkoper tweede lijn, afdeling data. Je moet ook kunnen laten zien wat dan die patiëntenstroom is en dus ook de bijbehorende financiële stroom en dan wordt het vertaald in de inkoop van 2015. .. En dus die, ja, dat betekent dat de inkoper tweede lijn nu in onderhandeling is met het ziekenhuis om het plafond daar, om dat neerwaarts bij te stellen. En anders wordt het geen, dan hebben we misschien aan de voorkant wel een positieve business case, maar hij moet ook nog gerealiseerd worden anders schieten we er niks mee op. Dus het is best ingewikkeld en wat je dus ziet is dat je ook je interne systeem aan het veranderen bent en dat je samenhangende inkoopteams krijgt. (I27, verzekeraar)

Eerste shared savings afspraken gemaakt binnen de proeftuinen

Shared savings afspraken worden door meerdere stuurgroepleden gezien als mogelijkheid om verder te kunnen investeren in de proeftuin. Binnen vier proeftuinen zijn er shared savings afspraken gemaakt. De verzekeraars van twee proeftuinen geven aan dat ze op korte termijn nog niet zo ver zijn binnen de proeftuin. De shared savings afspraken die tot nu toe gemaakt zijn hebben met name betrekking op de farmacieprojecten. Wanneer de kosten lager uitvallen dan verwacht kan worden op basis van de trend in andere gebieden, dan zullen de besparingen gedeeld worden. De shared savings afspraken zijn overigens nog in beperkte mate concreet uitgewerkt, en afspraken zijn over het algemeen nog niet vastgelegd in ondertekende contracten. Er zijn nog wisselende beelden over de mogelijkheden van shared savings afspraken. Er is met name discussie over de mogelijkheden om deze te besteden aan van Zvw uitgesloten activiteiten, zoals collectieve of selectieve preventie. Sommigen zien de benodigde wetswijziging en het ontvangen van een betaaltitel voor shared savings als voorwaarden. De vraag is echter of de mogelijke wettelijke belemmering hierin de daadwerkelijke barrière is om shared savings afspraken uit te keren (zie verderop in deze paragraaf). Meerdere zorgaanbieders verwachten overigens dat ze nooit shared savings zullen ontvangen omdat ze weinig vertrouwen hebben in een eerlijke berekening door de zorgverzekeraars. Naar aanleiding van vragen vanuit de proeftuinen heeft de NZa op verzoek van VWS een memo geschreven (zie Bijlage 5). VWS zal in een brief aan de Tweede Kamer ingaan op de mogelijkheden rondom shared savings.

En de gedachte dat de shared savings de eerste vijf / zes / zeven jaar kan financieren en daarna is die put leeg, dan moet je toe naar een ander financieel model van die BlueShield BlueCross of varianten daarop. (I7, verzekeraar)

Nou, dat is het enige wat bij ons, vind ik, nog steeds niet goed geregeld is..., we hebben nog geen hele goede financiële structuur eronder staan. Daar zijn ze mee bezig. Dus we hebben geen juridische structuur: coöperatie, BV, stichting. We hebben ook niet heel goed overlegd 'gaat het allemaal naar één rekening en wordt dat alleen maar besteed aan proeftuinproject en wie beheert dat, wie heeft er zeggenschap over?' Daar zijn allemaal nog geen afspraken over. Dat wordt uitgewerkt. (I5, huisarts)

En als je dan de kosten, de directe kosten die je gemaakt hebt, hebt afgetrokken en dan savings verdelen volgens de afspraken die we daarover gemaakt hebben, dat zal voor een belangrijk deel, ik denk zeker twee derde, opnieuw worden ingezet voor de regio zelf. Als we tegen die tijd een betaaltitel hebben van VWS. (I27, verzekeraar)

Het is technisch mogelijk... We kunnen het overmaken aan een stichting en als we maar heel helder hebben wat die stichting met die gelden gaat doen, als dat in de statuten maar keurig uitgeschreven staat, dan is het te doen. Het gaat in feite over de bereidheid van de zorgverzekeraar om die gelden in te zetten. Niet meer en niet minder. (I7, verzekeraar)

Populatiebekostiging nog ver weg

De proeftuinen worden door vele stuurgroepleden geassocieerd met populatiebekostiging. Zoals beschreven in Tekstbox 2.2 gaat populatiebekostiging in algemene zin over het bekostigen van alle zorg voor een afgebakende groep patiënten, verzekerden of inwoners van een bepaalde regio. Populatiebekostiging is volgens stuurgroepleden van alle proeftuinen een goed middel om de doelstelling te behalen. Tegelijkertijd zijn er wisselende beelden over de invulling van populatiebekostiging. De invulling varieert van het populatie-breed afrekenen met shared savings voor Zvw-kosten tot een budget voor de totale populatie van de proeftuin of voor specifieke subpopulaties (vanuit meerdere financieringsbronnen zoals Zvw, AWBZ en Wmo). Echter, ze benoemen tegelijkertijd dat er nog een lange weg te gaan is, ook in de smalle variant van populatiegebonden afspraken over shared savings voor Zvw-kosten voor de proeftuinpopulatie. Allereerst omvatten de huidige interventies binnen de proeftuin veelal een klein deel van de populatie van de proeftuin. Zo worden sommige interventies ingezet in een beperkt aantal huisartsenpraktijken of voor een specifieke subgroep van mensen met eenzelfde chronische aandoening. Daarnaast melden stuurgroepleden dat aanbieders nog niet voldoende georganiseerd zijn in een juridische entiteit, die ook het vermogen heeft en de verantwoordelijkheid aan kan om risico's te dragen die met populatiebekostiging samenhangen. Tevens wordt in het kader van populatiebekostiging gesproken over de benodigde integratie van verschillende financieringsstromen, in ieder geval de integratie van de budgettaire kaders binnen de Zvw. Wanneer daadwerkelijk wordt zorggedragen voor de totale populatie, is het wenselijk dat investeringen in preventie ook leiden tot gunstigere resultaten voor zorgaanbieders. Zo geeft men bijvoorbeeld aan dat ziekenhuizen omzet verliezen wanneer ze sterk bijdragen aan succesvolle preventie, aangezien de huidige financiering vooral op zorgproductie gebaseerd is. Overigens is het mogelijk om te bekostigen op zorgproductie en tegelijkertijd preventie en goede uitkomsten te stimuleren (zie Tekstbox 2.2). Tot slot wordt aangegeven dat op dit moment rekenmodellen ontwikkeld worden voor de berekening van het budget. De eerste stappen richting populatiebekostiging lijken via uitbreiding van zorgbundels voor specifieke groepen te gaan. Zo wordt voor kwetsbare ouderen een model ontwikkeld waarin alle Zvw-kosten voor kwetsbare 75-plussers zijn opgenomen.

Ja, dat zal wellicht ook in de toekomst gebeuren, maar kijk, op dit moment zijn die interventies nog zo relatief klein van schaal en je pakt misschien een paar procent van het totale regiobudget. Dus ja, dan kun je daar wel afspraken over maken, terwijl je maar met een heel klein deel mee bezig bent. Dat is nu nog te vroeg. (I8, programmamanager)

Populatiebekostiging het is geen doel, dat wij bijvoorbeeld naar een bedrag per verzekerde willen wat dan als een soort budget ter beschikking zou worden gesteld aan de groep van aanbieders. Hè, echt een beetje het ACO-model....Dat kan een uitkomst zijn, maar ons onze veronderstelling is dat we daar nog heel ver vandaan zijn omdat dat betekent dat je als aanbieder ook dusdanig georganiseerd bent en ook het vermogen hebt om met die verantwoordelijkheid en in feite het gedelegeerde risico te dealen. Dus daar zijn we nou echt in onze ogen echt ver vandaan. En dan heb ik het niet over drie jaar, dan heb ik het eerder over tien jaar. (I22, verzekeraar)

Geloof ik in regiobekostiging? Nou, dat is nog een hele stap verder want als je bedenkt dat alleen diabetes al zestig miljoen is, dit gaat over honderden miljoenen wat er aan zorg in onze regio besteed wordt. Nou, dat, dat, er is niemand die dat kan behappen, zeg maar, weet je, en de vraag is wat dan een zorgverzekering nog gaat doen. Dus ik geloof erin stapsgewijs om die budgetten te gaan, of de populaties eigenlijk, te gaan invullen waarbij ik ook nog steeds geloof dat je dan een heel deel, lees dan bijvoorbeeld die vijfenvijftig procent, niet op die manier gaat inkopen. Dus wij willen die ambulante DBC's erin, wij willen het lab erin, we willen eigenlijk de diagnostiek er steeds verder in, eigenlijk willen we een stuk naar voren qua preventie erin. Weet je, zo willen we hem uit gaan vullen. Maar dat is, dat blijkt gewoon in de praktijk niet eenvoudig. (I31, eerstelijns bestuurder)

Volgbeleid verdient vooral in toekomst aandacht

De deelnemende verzekeraars hebben afgesproken dat binnen de proeftuinen de preferente zorgverzekeraar inhoudelijk wordt gevolgd door de andere verzekeraars. Binnen een aantal proeftuinen is hier door verzekeraars toch van afgeweken. Verzekeraars en aanbieders hebben ook ervaren dat verzekeraars ook onderling moeten (leren) samenwerken; zeker in regio's waarbij geen preferente zorgverzekeraar is. Alhoewel een gedeelde strategie voor zorgverzekeraars ook gunstig is voor de onderhandelingspositie, wordt het volgen van elkaar door hen niet als noodzakelijk gezien. Zo geven ze aan dat het succes van de projecten hier voor hen niet van afhangt. Zeker in de toekomst, wanneer de projecten groter worden en contractinnovatie op grotere schaal zal plaatsvinden, zal het volgbeleid mogelijk nog meer onder druk komen te staan. Zorgaanbieders van meerdere proeftuinen hebben hier hun zorgen over geuit omdat een regionale benadering medewerking van zowel de preferente als de niet-preferente verzekeraar vereist.

Ja. Dat is ook de basisafspraken die verzekeraars gemaakt hebben op zich. Tot nu toe hebben ze ons daar niet in gehinderd. (I32, ziekenhuis)

Er zijn twee verzekeraars die niet helemaal op dezelfde manier invullen. Die ook niet helemaal kunnen zeggen: 'You're in the lead and I follow.' Dat is ook lastig. Daar merk je iets van verschillende benaderingen. (I10, zorgaanbieder)

'Weet je, ik ga zorgaanbieders niet vragen om onderscheid te maken tussen verzekerden van [naam verzekeraar] en andere verzekerden. Dat hoef je van mij niet te doen; sterker nog, als ik jou was zou ik het niet doen.' Ik bedoel, dat is gewoon bijna niet werkbaar in de praktijk. Dan zeg ik tegelijkertijd: 'Ik kan jou geen shared savings geven over geld wat ik niet binnenkrijg.' (I22, verzekeraar)

Preventie moeizaam van start in proeftuinen; geen wettelijke belemmeringen

Een aantal proeftuinen zou meer willen doen aan preventie, maar ervaart dat dit moeizaam van de grond komt. Het opzetten van interventies wordt als complex ervaren; het vergt tijd en inzicht in data om preventie gericht te kunnen inzetten en het is lastig en veel werk om de burger goed te benaderen. Ook de financiering is een uitdaging. Binnen een aantal proeftuinen wordt het gezien als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zowel de gemeente, zorgaanbieders, bedrijven als scholen. Het financieren en uitvoeren van preventie vergt dan ook een brede coalitie waar nog aan gewerkt moet worden. Er zijn wisselende inzichten in hoeverre ook de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor preventie. Eén van de zorgverzekeraars is van mening dat preventie geen taak van de verzekeraars is en dat verzekerden dit ook niet van hen verwachten. Andere melden juist dat ze wel in preventie willen investeren, maar hierin belemmerd worden door het ontbreken van een betaaltitel voor selectieve preventie. Dit betekent overigens niet dat zorgaanbieders of zorgverzekeraars de besparingen hier niet aan mogen besteden. VWS zal binnenkort komen met een Kamerbrief waarin ze zal ingaan op de mogelijkheden rondom het uitkeren van shared savings. Binnen twee proeftuinen wordt concreet samen gewerkt tussen gemeente en zorgverzekeraar om samen collectieve en/of selectieve preventie-activiteiten te ontplooiën.

Nee, op zich is het wel mogelijk, maar wat wel heel belangrijk is, en gelukkig zie je dat nu wel ook bij [naam verzekeraar] ontstaan, is dat, ja, wij als twee partijen wel de financiers zijn en je moet wel ook de wil hebben, laat ik het zo zeggen. Het is ook wel makkelijk af en toe om je als gemeente, nu spreek ik mezelf ook aan, maar ook [naam verzekeraar] als zorgverzekeraar, om je te verschuilen achter de wettelijke kaders en ik denk dat er vaak wel, op het moment dat je het wil, dan zie je vaak de mogelijkheden ook wel, laat ik het dan zo zeggen. (I46, gemeente)

Nou, zo'n, zo'n, kijk, zo'n, zo'n, zo'n betaaltitel voor secundaire preventie dat wordt dan bij herhaling afgewezen. Is niet erg, maar daar moet wel een beleid onder liggen waarom je dat dan niet doet. En alleen zeggen 'om te voorkomen dat je te dik wordt ben je zelf verantwoordelijk voor', wij denken dat dat antwoord, ja, geen stand houdt. (I63, verzekeraar)

Btw-problematiek blijft belemmering, ook binnen proeftuinen

Zoals eerder ervaren bij de introductie van de integrale bekostiging en zorggroepen, zijn ondersteunende en coördinerende activiteiten van zorggroepen btw-plichtig. Eerder heeft het ministerie van VWS aangegeven dat het niet mogelijk is om van deze btw heffing af te zien. Vooral de proeftuinen die bezig zijn met het inrichten van andere organisaties/zorggroepen, hebben binnen de proeftuin hinder van deze problematiek. Ziekenhuizen hebben geen btw verplichting over hun ondersteunende en coördinerende activiteiten. Enkele geïnterviewden zien dan ook een mogelijk gevaar dat dit aanleiding zal zijn om naar alternatieve structuren te zoeken. Een ander punt dat ontstaat met het groter worden van zorggroepen, is de mogelijke verplichting tot loonheffing omdat zorgverleners die als ZZP'er werken bijna alleen nog zorg verlenen via de zorggroep (zie quote).

Btw vind ik wel een hele grote hobbel. Het grootste risico is dankzij al jarenlang lopende discussie tussen VWS en Financiën over de Europese richtlijn btw dat heel veel wat hier afgestemd en afgesproken wordt dat 1/5 naar de Belastingdienst gaat en dat gun ik de Belastingdienst of de B.V. Nederland wel, maar ik vind het wel het waanzinnig rondpompen van geld. Het zou mooi zijn als VWS en Financiën eindelijk deze keer de knoop door... Aan de politiek gaan we steeds duidelijker maken, de Tweede Kamer, dat die btw ellende een keer helder moet worden en beslecht moet worden want anders dwing je beide partijen om een soort ziekenhuisconstructie te maken die btw vrijgesteld is en dat is te bizar voor woorden. Als je in dit soort structuren gaat denken als ACO Dutch style en er dus dan gaat.....1/5 van het geld verdwijnt gewoon. Dus daar zit wel, je moet nu al nadenken over hoe die constructie er over drie jaar uit moet zien om die btw zoveel als mogelijk te vermijden. Dat is een lastige. (l7, verzekeraar)

Het gaat met name om, er zit wat wet- en regelgeving vaak gewoon in de weg en ook allerlei fiscale constructies die onhandig zijn. Ik moet btw betalen over activiteiten die ik doe. Dat maakt de zorg in één keer duurder, dus wijzen ze hem af. Weet je, dat soort dingen zijn natuurlijk voor een zorgverzekeraar heel erg lastig. (l25, zorggroep)

Nou, btw is echt wel een issue. Dus dat is, dus gewoon btw problematiek in totaal zorglandschap is echt een probleem. En een ander issue daarin is, als je naar die zorgketens kijkt, dan is het in principe zo dat wij als zorggroep bijvoorbeeld de psychologen contracteren, maar als die psychologen alleen nog maar geld via ons krijgen dan heb je dus een loonbelastingprobleem. En dat is ook wel echt een issue, want als er steeds meer ketens komen, dan kan het dus zo zijn dat, ja, zeg maar, uiteindelijk bij wijze van spreken honderd procent van je werk via zo'n keten loopt. Dit is onterecht vind ik want de zorggroep heeft geen invloed op wie welk werk krijgt want de huisarts verwijst wel of niet. Dus wij contracteren wel en wij betalen uiteindelijk wel uit, maar wij hebben geen enkele zeggenschap over welke zorgverlener welke patiënt wel of niet krijgt, hoeveel ze ze wel of niet krijgen. Dus dat is wel echt een punt wat met in principe de Belastingdienst, het ministerie van Financiën opgepakt zou moeten worden, van als die ketens steeds meer op die manier gaan functioneren, ja, dan zit je met loondienstverbanden wat het niet zijn in mijn ogen, maar ja, zij kunnen dat zeker zo gaan beoordelen. (l31, zorggroep)

4.4 Hoe verhouden de proeftuinen zich tot de uitgangspunten van het zorgstelsel?

In 2013 stelde de minister van VWS dat de uitgangspunten van het zorgstelsel bij de proeftuinen niet in het gedrang mogen komen (VWS, 2013a). Hierbij zijn een aantal uitgangspunten⁵ expliciet genoemd, waaronder keuzevrijheid, transparantie en informatie, kwaliteit van zorg, en mededinging (betwistbare marktposities).

⁵ Een volledig overzicht van de uitgangspunten of voorwaarden voor het huidige zorgstelsel van gereuleerde concurrentie is te vinden in Van de Ven et al. (2009, 2013).

Keuzevrijheid wordt niet belemmerd, keuzegedrag wordt wel beïnvloed

Volgens vrijwel alle stuurgroepleden, ook Zorgbelang, wordt de keuzevrijheid van de deelnemende populaties niet nadelig beïnvloed binnen de proeftuinregio's. Een aantal proeftuinen probeert wel de keuzes in het zorggebruik te beïnvloeden. Zo biedt Blauwe Zorg informatie over het zorgaanbod via het Transmuraal Interactief Patiënten Platform (TIPP) waarbij de patiënt keuze-informatie wordt voorgelegd en begeleid wordt naar de zorgaanbieder van zijn of haar keuze. Ook worden in een aantal proeftuinen financiële prikkels toegepast om het keuzegedrag te beïnvloeden. Zo hoeven burgers geen eigen bijdrage te betalen aan het specialistische consult in de anderhalvelijnszorg projecten; het eigen risico wordt niet aangesproken. Daarnaast betalen patiënten ook minder of niet bij als generieke medicijnen worden voorgeschreven (in plaats van de *spécialités*). Enkele stuurgroepleden merken wel op dat de keuzevrijheid in de toekomst wellicht onder druk kan komen te staan wanneer de projecten en organisaties grootschaliger worden.

Transparantie voor verbetering vatbaar

Stuurgroepleden ervaren dat er binnen de proeftuin meer informatie wordt uitgewisseld tussen de betrokken actoren dan voorheen. Er is hierin echter wel variatie tussen actoren en proeftuinen. Er worden verschillende oorzaken aangegeven voor beperkingen in de informatie-uitwisseling: gebrek aan vertrouwen, gebrek aan prioriteit, geen inzicht willen geven in verbeterpotentieel ten aanzien van de Triple Aim vanwege mogelijke schade voor het organisatiebelang, of belemmerende privacy wetgeving. Maar ook tussentijdse terugkoppelingen op projectniveau vanuit de verzekeraar verlopen trager en zijn wisselend van kwaliteit. De beperkte transparantie maakt dat er nog geen data op populatieniveau worden gedeeld tussen alle actoren. Ook op projectniveau is nauwelijks sprake van een adequate data-uitwisseling, terwijl dit noodzakelijk is om gericht te kunnen interveniëren, het verbeterpotentieel te kunnen bepalen en effecten te kunnen berekenen, en de interventies waar nodig aan te passen. Feedback op kortere termijn of real-time is gewenst. Verzekeraars zetten zich momenteel in om hun backoffice hierin te verbeteren.

Op projectniveau

[naam verzekeraar] wisselt makkelijker informatie uit, dat wel degelijk. Wij krijgen voorrang op allemaal informatie uit aanvragen en weet ik veel wat, dus dat is wel positief. Ze kunnen het lang niet altijd leveren, dat is een heel ander verhaal. (I31, eerstelijns bestuurder)

Discipline-informatie wordt open en bloot besproken, het wordt besproken in onze werkgroep en ziekenhuizen zitten daar nu ook in, gaan ook met diezelfde spiegelinformatie werken. Dus ook over datgene wat zij presteren wordt nu gespiegeld. En we hebben wel partijen gevraagd nu ook te verklaren dat ze akkoord gaan met dat coalitiepartners dat onderling die gegevens mogen inzien en ook aan de achterban kenbaar kunnen maken....zorggroepen veel verder zijn in het beschikbaar hebben van bepaalde data die inzicht geven in hun populatie, maar niet alleen aantallen van mensen met dit of dat, maar ook een aantal kwaliteitsindicatoren die landelijk bepaald zijn. En de ziekenhuizen zijn wat dat betreft hopeloos. (I15, programmamanager)

Op populatieniveau

Maar daar hebben ze ook die diverse bronnen aan elkaar gelinkt en dat maakt het wel een stuk interessanter want dan kan je werkelijk zeggen van: 'Ja, maar die groep heeft veel zorgconsumptie maar gaat er dan ook nog eens vanuit de gemeente veel aandacht naar die club toe of is dat nou juist niet zo? En wat is daar dan? Wonen die op vervuilde grond of zo of is dat een bekende achterstandsbuurt?' Meestal wel, maar is dat ook werkelijk zo? Ik denk dat dat ook privacy is en ook voor hun eigen toko als verzekeraar, dat ze niet heel happig zijn om hun getalletjes vrij te geven. (16o, huisarts)

Ons hele concept hangt af van het goed meten en door blijven meten van data. Dat betekent dat data van een patiënt.... de patiënt / een patiëntburger moet over verschillende partijen gedeeld worden...En dan komen wij in de knel met onze beperking met data, maar ook ziekenhuizen komen in de knel met hun privacy zaken en het informed consent van alle patiënten is gewoon no go. Dat weten we uit ervaring. Je kunt nooit 100% van de patiënt informed consent vragen. Wil je een betekenisvolle dataset hebben, dan zou je toch een groot deel van de patiënten data moeten kunnen beheren. (17, verzekeraar)

Kwaliteit van zorg verdient aandacht

Alle proeftuinen hebben als doel de kwaliteit en duurzaamheid van de zorg te verbeteren. De proeftuin zal, naar verwachting van de stuurgroepleden, dan ook niet leiden tot verschraling van zorg. Integendeel, men verwacht dat de proeftuin de kans op verschraling vermindert die volgens de geïnterviewden door de verhoogde druk op de zorg in geheel Nederland dreigt. Het meten van kwaliteit verdient echter wel aandacht. Zo laat de transparantie te wensen over door een beperkte uitwisseling van data tussen de actoren en zijn evaluatieplannen nog in ontwikkeling (zie paragraaf 2.2).

Proeftuinen ervaren onzekerheid en belemmeringen vanuit ACM

Geïnterviewden ervaren een spanning tussen de gewenste marktwerking vanuit het Nederlandse zorgsysteem en de samenwerking tussen alle betrokken actoren (zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars). Een verdergaande regionale samenwerking tussen een beperkt aantal grote zorgaanbieders kan betekenen dat er voor patiënten nog weinig te kiezen overblijft. Daarnaast vragen gemeenten zich af in hoeverre ze mogen samenwerken met specifieke zorgverzekeraars zonder daarmee de markt te verstoren. Vooral binnen de krimpregio's wordt de invloed van de ACM als belastend en belemmerend ervaren. De vraag naar concrete voorbeelden waarin de ACM daadwerkelijk beperkend had gewerkt, leverde weinig op en voor zover er voorbeelden gegeven konden worden, hadden deze vaak weinig met de proeftuin te maken. De zorgaanbieders zijn vooral onzeker over tot hoe ver de ACM de samenwerking toestaat. De ACM geeft in een reactie aan, zorgaanbieders de mogelijkheid te bieden om vooraf te toetsen of projectplannen in lijn zijn met de Mededingingswet. Slechts twee van de negen proeftuinen hebben hier gebruik van gemaakt.

Er is huiver voor de ACM. ...Want je kunt zien bijvoorbeeld, waar goede voorbeelden zijn is vaak geen ACM. [lacht] Dus in Singapore hebben ze één ziekenhuis vijf locaties klaar, in Denemarken hebben ze één EPD, klaar. Dus juist doordat wij hier zo zorgvuldig zijn en zeggen van: 'Ja, maar concurrentie en boetes' en het kan alleen maar achteraf, dus vooraf is er altijd een hoop huiver om samen te gaan werken. 'Ja oké, maar mag dat dan wel? Zijn we wel voldoende gedekt?' Er kan ook niks ontstaan zonder dat of wij er, zeg maar, garant voor staan of de verzekeraar. Want als zorgaanbieders zelf een initiatief hebben dan, nou, dat kan eigenlijk niet want stel dat ze daarin afspraken maken dan. Dus dat staat wel een beetje haaks op die visie. Want die visie zegt eigenlijk: 'Er moet gewoon meer samengewerkt worden. (I49, Zorgbelang)

De insteek was of is dat [naam zorgaanbieder] dé aanbieder wordt van diagnostiek. Dat is ook getoetst, voor zover ik begrijp, met de NMa en toen is ook gezegd van: "joh, zo lang de verzekeraar kan aantonen dat het in het belang is van de patiënt, de verzekeraar vertegenwoordigt namelijk de patiënt, dan kan er heel veel". Maar goed, nu is ook natuurlijk de discussie rondom de hulpmiddelen bij [naam zorgverzekeraar] tussendoor gekomen, nu die uitspraak, waarbij toch eigenlijk de bewegingsruimte minder groot lijkt te zijn dan uit het voorgesprek bleek. Dus om die reden en ook omdat er ook een gesprek heeft plaatsgevonden met een aanbieder in die regio die dus veel zou verliezen, die meteen zei: "ja, maar wij hebben daar recht op, volgens ons kan dat niet", is er wat twijfel ontstaan. Dus we zitten gewoon "ja, wat kun je en wat kun je niet?" Dat speelt wel een rol. Dus dat is eigenlijk de twijfel hierbij. (I8, programmamanager)

Slechts twee van de negen proeftuinen hebben vooraf advies ingewonnen bij ons. De ACM wil graag vernemen waar er twijfels bestaan zodat ze eventuele problemen ook kan benoemen en hierin andere tuinen ook kan adviseren en kan aangeven waar grenzen liggen. (ACM).

Bekostiging vanuit meerdere financieringsbronnen binnen huidige wetgeving lastig

In de eerste periode zijn enkele proeftuinen (GoedLeven, Vitaal Vechtdal, Friesland Voorop en Blauwe Zorg) aangelopen tegen beperkingen door gefragmenteerde bekostiging als gevolg van een verscheidenheid aan bronnen (Wmo, Zvw, AWBZ) en de structuur van organisaties (gemeenten, verzekeraars en landelijke overheid). Tot op heden worden projecten voorname-lijk gefinancierd vanuit een en dezelfde financieringsbron, met name de Zvw, en binnen specifieke dealkaders, zoals farmacie of huisartsenzorg. Er zijn verschillende mogelijkheden om geldstromen die voortvloeien vanuit de verschillende wetten te bundelen. Zo investeren in Amsterdam Noord zowel de gemeente als Achmea in een gezamenlijk fonds. En binnen Vitaal Vechtdal wordt door de verzekeraar en gemeente geïnvesteerd in preventie; per afgesloten polis gaat er een bedrag naar een fonds voor sportverenigingen. Indien sportverenigingen extra activiteiten organiseren ten gunste van de gezondheid van de populatie, dan kunnen ze hiervoor een beroep doen op het fonds (zie Vitaal Vechtdal, 2015 voor de criteria).

4.5 Wat zijn de ervaringen vanuit een meerjarenperspectief?

Beweging is in gang gezet

Binnen de proeftuinen is een beweging gestart waarin gezamenlijk verantwoordelijkheid wordt genomen voor de duurzaamheid van de zorg en ondersteuning alsook voor de gezondheid van de populatie. Meerdere actoren ervaren nu het momentum om de schotten tussen klassieke domeinen en rollen te slechten. Hierbij geven enkele respondenten wel de kwetsbaarheid van de proeftuin aan. Het gezamenlijk werken aan de Triple Aim wordt in enkele regio's door een beperkt aantal initiatiefnemers/visionairs gestimuleerd en kleine successen zijn nodig om met vertrouwen de proeftuinactiviteiten verder uit te kunnen breiden.

Voor mij was de belangrijkste conclusie in het overleg met VWS en al die verzekeraars die daar zaten, die allemaal voor eigen proeftuin natuurlijk, eigenlijk allemaal hetzelfde zeiden, van: 'Ja, die beweging, daar gaat het om.' En die beweging die is nu dus in gang gezet, alleen dat is voor de buitenkant, voor de buitenwereld, heel moeilijk waarneembaar wat dat nou precies is omdat die buitenwereld, ja, natuurlijk uitkomsten wil zien. (I27, verzekeraar)

Het zijn voor ons dan ook geen projecten, maar het is eigenlijk een beweging die wij in gang willen zetten die dan, als het goed is, nooit meer ophoudt. Dus wij hebben er ook een hekel aan als dit als een project wordt gezien; het is geen project, het is een experimenteer beweging. (I 27, verzekeraar)

Historie beïnvloedt succes van de proeftuin

De ontwikkelingen binnen de proeftuinen kunnen niet los gezien worden van de historie van de regio. Geïnterviewden van meerdere regio's geven aan dat een langere historie van samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen en zorggroepen, een basis is voor succesvolle ontwikkeling van de proeftuin. Hetzelfde geldt uiteraard ook andersom, daar waar in het verleden schade is berokkend tussen actoren, is de relatie kwetsbaarder. Overigens speelt de regionale marktcontext eveneens een rol, zoals het marktaandeel, aantal verzekeraars en aantal zorgaanbieders.

Het proces vergt meer tijd dan in 2013 werd verwacht

Stuurgroepleden van alle proeftuinen geven aan dat het realiseren van de doelen en het slechten van de scheidslijnen tussen de klassieke domeinen vertrouwen en openheid vergt. Het werken aan vertrouwen en openheid blijkt arbeidsintensiever en tijdrovender dan op voorhand verwacht werd. Overall, hadden bestuurders van te voren verwacht dat het proces sneller zou gaan, maar het kweken van vertrouwen en elkaar leren verstaan kosten tijd. Daarnaast vergt de transitie naar duurzame zorg gedragsveranderingen van zowel zorgverleners, zorgverzekeraars, beleidsmedewerkers als burgers. Zo zijn zorgverleners zich tot op heden beperkt bewust van de kosten. Geïnterviewden geven aan dat burgers met name de eigen verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid moeten leren accepteren en meer proactief en kostenbewust gedrag moeten gaan vertonen.

Ambities voor komende drie jaar uiteenlopend

Stuurgroepleden verschillen in hun verwachtingen over wat aan het einde van de proeftuinperiode gerealiseerd zal zijn. Stuurgroepleden vanuit zorgaanbieders en Zorgbelang hebben de ambitie om de specifieke projectdoelen te bereiken. Daarnaast vinden de zorgaanbieders, Zorgbelang en de verzekeraars eveneens dat ze met de proeftuin werken aan de fundamenten voor duurzame zorg, die gekenmerkt wordt door meerjarencontracten, transparantie van data met mogelijkheden tot frequent bieden van spiegelinformatie, betrokken zelfbewuste burgers en het ontwerpen en introduceren van contractinnovatie. Proeftuinen worden in dit kader meermaals door de stuurgroepleden als vliegwiel of katalysator benoemd.

Dat je een aantal wezenlijke grote transities in gang hebt gezet op strategische thema's die in ieder geval moeten liggen op het gebied van hoe je op een andere manier als ziekenhuis en eerste lijn gaat opereren, even niet letterlijk, maar, en dat je daarvoor al een aantal initiatieven in gang gezet hebt. (I30, programmamanager)

En ik denk dat we in de randvoorwaardelijke sfeer in de regio samen afspraken hebben gemaakt over hoe je bewegingen in de toekomst beter kan faciliteren. He, want waar we het net al over hadden: het is nu duwen en trekken, maar als je met elkaar een set randvoorwaarden creëert die ervoor zorgt dat iedereen weet wat de spelregels zijn en dat je daar wat mee kan doen, verwacht ik wel dat er versnelling komt in de hele dialoog over hoe je de zorg op een kwalitatief hoger peil en ook efficiënter kan aanbieden in de regio. Dus dat zal wel voor een versnelling van verschillende veranderingen gaan zorgen. (I54, ziekenhuisbestuurder)

Engagement van achterban van belang

Stuurgroepleden benadrukken het belang van het betrekken van de achterban; zowel de zorgverleners, medewerkers van gemeente en verzekeraars alsook de patiënten en burgers. Aangezien de meeste interventies nog in de kinderschoenen staan en proeftuinen zich in eerste instantie ook op randvoorwaarden hebben gericht, is dit vooral een wens voor de toekomst. In een aantal trajecten is al gebleken dat de achterban minder betrokken was dan de stuurgroepleden. Zo bleken bestuurders van enkele zorggroepen naar de mening van huisartsen te snel te gaan met een aantal plannen. Dit hangt mede samen met de benodigde cultuur- en gedragsveranderingen; zo wordt nu van zorgverleners bijvoorbeeld kostenbewustzijn verwacht. Belangrijk in het betrekken en motiveren van de achterban, is het tonen van daadkracht en toegevoegde waarde. Daarom geven meerdere stuurgroepleden aan dat data en kleine successen nodig zijn om de achterban te kunnen meenemen in het proces. Dit is een van de redenen waarom als eerste farmacieprojecten zijn opgezet.

Dat is helemaal een ver-van-ons-bed-show. Dat is niet wat wij doen. Wij doen heel erg één op één en dat onze populatie in de praktijk goed loopt. Ja, maar dat is zo'n klein stukje. Maar wij zijn niet bezig met 'hoe gaan we heel de proeftuinregio nou aanpakken?' Dat doen we niet. En dat is voor ons een andere manier van denken en dat geeft ook dus vertraging met hoe we het moeten oppakken. (15, huisarts)

Grootste knelpunt zal zijn, denk ik, om patiënten daarin mee te krijgen, in deze beweging. Patiënten hebben nu al vaak het gevoel, en zeker ouderen, dat ze niet goed behandeld worden, dat ze uitgekleet worden dus dat mechanisme van naar die huisarts toe meer, dat moet je wel goed uitleggen aan mensen. Dat wij ons werk net zo goed kunnen doen als we de goede hulpmiddelen hebben dan zo'n dokter in de tweede lijn. Dat moet, daar ligt een heel belangrijke taak. (113, Zorgbelang)

Waar we nu, laten we maar zeggen, nu de uitdaging voor staan is dat enthousiasme en die gedrevenheid ook te laten indalen in de rest van de organisaties en bij wijze van spreken bij de mensen, de zorgverleners in het veld. (117, programmamanager)

Ik denk dat, het zijn twee dingen: ik denk dat wij als bestuurders allemaal, ook binnen de stuurgroep wel, niet alleen moeten zorgen dat we enthousiast zijn in de stuurgroep, maar er ook voor zorgen dat alle vazallen daaronder net zo enthousiast zijn en betrokken. En ook als je een grotere instelling hebt, ook je medebestuurders, dat dat heel belangrijk is. (125, eerstelijns bestuurder)

En doordat we gekozen hebben voor de aanpak die we deden, dus eerst intern en eerst de randvoorwaarden oké, hebben we nog relatief weinig weerstand ondervonden in het veld. En nu met de eerste, de eerste, zeg maar, sessies met zorgverleners in het veld ging dat eigenlijk ook bijzonder prettig, dus ik hoop dat we dit kunnen vasthouden. Maar wat natuurlijk wel betekent is dat dus, nou ja, we moeten nu zorgen dat de mensen in het veld geïnteresseerd raken maar dan ook blijven en dat ze, zeg maar, zich verbinden aan dit traject en er ook verbonden aan blijven. En dat zijn allemaal dingen die we nog moeten ervaren en ondervinden. (119, programmamanager)

Daarom is dit ook zo belangrijk omdat we hiermee simpelweg kunnen laten zien dat we aan het verspillen zijn en we kunnen laten zien hoe we dat kunnen voorkomen. Ja, dan moet er volgens mij voldoende druk ontstaan om het te laten gebeuren, want ik kan het niet. (16, eerstelijns bestuurder)

5

Beschouwing

Leeswijzer

Als eerste worden in paragraaf 5.1 de belangrijkste resultaten per onderzoeksvraag kort samengevat. In paragraaf 5.2 worden de resultaten vervolgens in breder perspectief geplaatst waarna we in paragraaf 5.3 reflecteren op de gebruikte data en methoden. Tot slot worden in paragraaf 5.4 aanbevelingen gedaan voor de proeftuinen, het veld en het ministerie van VWS.

5.1 Samenvatting resultaten

Het doel van dit derde rapport van de Landelijke monitor proeftuinen populatiemanagement is het geven van een geactualiseerde beschrijving van de negen proeftuinen, de kenmerken van de populaties en de eerste ervaringen van de stuurgroepleden van de proeftuinen. Hiertoe zijn drie onderzoeksvragen geformuleerd. De resultaten worden hieronder per onderzoeksvraag samengevat.

Onderzoeksvraag 1: Wat is de stand van zaken ten aanzien van de vormgeving en ontwikkeling van de proeftuinen?

De proeftuinen zijn netwerken waar per proeftuin vier tot meer dan 40 autonome organisaties deel vanuit maken. Zorggroepen, ziekenhuizen en zorgverzekeraars hebben in vrijwel alle proeftuinen een sturende rol. Op één regio na werken alle proeftuinen met een stuurgroep als besluitvormend orgaan waaronder werk- en/of projectgroepen ressorteren. In zeven proeftuinen vertegenwoordigt Zorgbelang de burgers in de stuurgroep. De stuurgroep heeft sturing aan kleinere eenheden, zoals werkgroepen (verantwoordelijk voor proeftuinbrede onderwerpen als ICT) en projectgroepen (verantwoordelijk voor zorginhoudelijke interventies betreffende het aanbod van preventie, zorg en welzijn). De proeftuinen hebben veelal één programamanager die via ROS- of RVVZ-gelden gefinancierd wordt. Tot op heden zijn de zorginhoudelijke interventies vooral beperkt tot het zorgdomein, zoals het doelmatiger voorschrijven van geneesmiddelen en anderhalvelijnszorg, en richten zich minder op preventie en welzijn. Deze worden dan ook hoofdzakelijk bekostigd vanuit de Zvw. Bij deze interventies worden innovatieve financiële prikkels geïntroduceerd om een gedragsverandering van zorgaanbieders te realiseren en daardoor de doelmatigheid van de zorg te vergroten.

Projectmanagement en projectgroepleden die de interventies opzetten, worden vanuit eigen middelen en projectgelden gefinancierd. Naast zorginhoudelijke interventies, werken de proeftuinen aan het verbeteren van de randvoorwaarden zoals het versterken van de samenwerking en de data-infrastructuur. Een daadwerkelijke populatiegerichte aanpak waarbij de populatie centraal wordt gesteld, staat nog in de kinderschoenen.

Onderzoeksvraag 2: Hoe staat het in de proeftuinen met de gezondheid, de kwaliteit van zorg en de kosten?

De proeftuinregio's hebben verschillende 'uitgangsposities' voor wat betreft de gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten. Zo zijn de inwoners van drie proeftuinregio's (Blauwe Zorg, GoedLeven en Blauwe Zorg), die vallen binnen de zogenaamde krimpregio's, minder gezond dan het landelijk gemiddelde. Inwoners van deze regio's rapporteerden in 2012 meer beperkingen, meer chronische aandoeningen en een slechtere ervaren gezondheid. Drie regio's (Friesland Voorop, PZF Rijnland en SSiZ) scoren over het algemeen beter dan het landelijk gemiddelde op de verschillende gezondheidsindicatoren. Op het gebied van de ervaren kwaliteit van zorg zien we geen significante verschillen tussen proeftuinregio's. Er zijn wel verschillen tussen subgroepen zichtbaar; ouderen beoordelen de kwaliteit van zorg overwegend positiever dan de algemene populatie. Verder waren inwoners van de proeftuinregio's positief over de samenwerking en afstemming tussen zorgverleners. Toch lijkt er op onderdelen verbetering mogelijk; zo is er voor het merendeel van de burgers niet één zorgverlener die altijd op de hoogte is van alle zorgbehoeften en medicijnen. Net als voor gezondheid, variëren de kosten van de zorg tussen de proeftuinregio's. In vijf proeftuinregio's waren in 2012 de Zvw-kosten significant hoger dan het Nederlands gemiddelde en in drie regio's lager. De AWBZ-kosten waren in twee regio's significant lager en in zes regio's significant hoger. De verhouding van de Zvw-kosten over sectoren, zoals huisartsenzorg en ziekenhuiszorg, is vergelijkbaar tussen proeftuinregio's. Toch zijn er regio's die op onderdelen, onder andere farmacie en GGZ, afwijken van de overige regio's. Tot slot bleek dat de variatie in kosten van mensen met diabetes een stuk kleiner was dan de variatie in zorgkosten voor de subpopulaties ouderen en mensen met een depressie.

Onderzoeksvraag 3: Wat zijn de ervaringen van de stuurgroepleden van de proeftuinen tot nu toe?

Stuurgroepleden zien de proeftuin als een initiatief waarbij zorgaanbieders, verzekeraars en gemeente *gezamenlijk* werken aan een gemeenschappelijk ideëel doel. Geïnterviewden zien de proeftuin als vliegwiel voor de transitie naar duurzame zorg en ondersteuning, waarbij men met een aantal interventies een basis probeert te leggen voor de samenwerking en de organisatie en bekostiging hiervoor tracht in te richten. Geïnterviewden geven aan nog op zoek te zijn naar de optimale sturingsvorm voor de proeftuin; proeftuinen waarin relatief veel actoren meebeslissen ervaren een breed draagvlak, maar ook een tragere besluitvorming. Over het algemeen wordt de betrokkenheid en bijdrage van Zorgbelang in de stuurgroep als positief ervaren. Men geeft aan dat de samenwerking tussen zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten is verbeterd met de komst van de proeftuinen, evenals het vertrouwen en de openheid tussen actoren. Er is nog wel verbetering mogelijk; woorden zijn niet altijd in lijn met daden en belangen worden niet in alle proeftuinen besproken. Doelen en verwachtingen van de proef-

tuin die de stuurgroepleden benoemen tijdens de interviews zijn vooral in lijn met het eigen organisatiebelang en niet altijd in lijn met het ideële gemeenschappelijke doel. De organisatiebelangen van de diverse actoren zorgen voor wrijving, omdat deze haaks kunnen staan op de doelstellingen van de proeftuin. Zo kan de verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn of het voorkómen van dubbele diagnostiek voor ziekenhuizen en diagnostische centra tot een volumereductie leiden. Stuurgroepleden geven aan dat de medewerking van bijvoorbeeld ziekenhuizen (verder) onder druk kan komen te staan als de reikwijdte van de interventies groeit zonder dat daar aanvullende randvoorwaarden, zoals meerjarencontracten, tegenover staan. Er wordt een spanningsveld ervaren tussen de rol die de verzekeraar heeft als samenwerkingspartner in de proeftuin aan de ene kant en als kritische zorginkoper in het zorgstelsel aan de andere kant. Stuurgroepleden vanuit de zorgaanbieders van meerdere proeftuinen geven aan dat ze meer financiële ondersteuning en meerjarencontracten nodig hebben voor het kunnen doen van investeringen en het realiseren van de doelstellingen van de proeftuin. Geïnterviewden geven aan dat shared savings hier een bijdrage aan kunnen leveren. Tegelijkertijd heeft men vragen over de mogelijkheden van het uitbetalen van shared savings. Stuurgroepleden vanuit de zorgverzekeraars geven aan dat het bieden van meerjarencontracten en investeren in preventie lastig is gezien de huidige inrichting van het zorgstelsel waarin inkomsten en uitgaven in jaarlijkse cycli worden gecalculeerd en vastgesteld (invulling van risicoverevening, tarieven e.d. kunnen jaarlijks wijzigen evenals de populatie van verzekeraars).

5.2 Resultaten in perspectief

Aansluitend op de samenvatting van de resultaten in paragraaf 5.1 worden hieronder de onderzoeksresultaten in perspectief geplaatst.

Ontwikkelingen proeftuinen in perspectief van transities

Vanuit het beleid zijn de afgelopen jaren verschillende trajecten ingezet om preventie, zorg en welzijn te integreren met als doel de gezondheid van de bevolking en de kwaliteit van de zorg te verbeteren en tegelijk de kosten beheersbaar te houden. Al in 2007 publiceerde het ministerie VWS een langetermijnvisie op preventie waarin de verbinding tussen preventie en zorg een leidend thema was (VWS, 2007) en deze visie werd voortgezet in de nota 'Gezondheid dichtbij' in 2011 (VWS, 2011) en het nationaal preventie programma in 2013 (VWS, 2013b). Daarnaast heeft VWS met de zogenoemde 'programmatische aanpak' richting gegeven aan de verandering van chronische zorg (VWS, 2008) waarbij zorgstandaarden, multidisciplinaire samenwerking en integrale bekostiging elementen waren om zorg geïntegreerd vorm te kunnen geven. Tegelijkertijd wordt er meer nadruk gelegd op versterking van zorg en ondersteuning in de buurt, op de eigen verantwoordelijkheid van de burger en staat het uitgangspunt dat mensen zolang mogelijk gezond en zelfredzaam blijven met regie over hun eigen leven centraal (VWS, 2012). Met de decentralisatie van overheidstaken richting gemeenten per 1 januari 2015 (VWS, 2013c), komen gemeente, zorgaanbieders, burgers en zorgverzekeraars in een andere verhouding tot elkaar te staan. Deze dynamiek laat zich ook binnen de proeftuinen zien.

Samenwerking cruciaal voor het realiseren van een duurzaam zorgsysteem

Het recentelijk geïntroduceerde ABCD-model van de commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen (Kaljouw & van Vliet, 2015) schetst een integrale en dynamische benadering van de gezondheidszorg in vier toekomstige zorggebieden; voorzorg (A), gemeenschapszorg (B), laagcomplex tot complexe zorg (C) en hoogcomplex zorg (D). Een genoemde randvoorwaarde van dit ABCD-model is de samenwerking tussen de diverse partijen en daarmee het ontstaan van een breed netwerk van zorg, welzijn en dienstverlening. Deze netwerkvorming is juist binnen de proeftuinen al gestart en vormgegeven. Voor succesvolle samenwerking binnen het netwerk zijn door stuurgroepleden factoren naar voren gebracht die ook in de wetenschappelijke literatuur regelmatig genoemd worden als kritische succesfactoren bij het vormen van dergelijke netwerken: de inhoud leidend laten zijn en gelaagd leiderschap (Bengoa et al., 2013; Best et al., 2012; Fisher et al., 2012; Shortell et al., 2014), het hebben van een gedeelde ambitie en doelstellingen (Shortell et al., 2014; Rogers, 2003; Bell et al., 2013), een congruentie van prikkels voortvloeiend uit zowel het algemene belang als het organisatiebelang (Shortell et al., 2014, Fisher & Corrigan, 2014; Bengoa, 2013), vertrouwen tussen alle actoren en het hebben van een open cultuur (Kaats & Opheij, 2012). Het voldoen aan deze succesfactoren vraagt om een incrementele aanpak die tijd vergt (Goodwin et al., 2013; Avelino, 2011). Deze transitie naar duurzame zorg vergt verandering van menselijk gedrag, cultuur en (organisatie)structuren waarvoor succesvolle cycli nodig zijn (Bengoa et al., 2013; Rogers, 2003; Rotmans, 2005). Proeftuinen worden dan ook door betrokkenen gezien als 'vliegwiel' voor het realiseren van een betere gezondheid van de populatie en kwaliteit van zorg en een verminderde groei van de zorgkosten.

Gezondheidswinst essentiële voorwaarde of bijkomend effect?

De proeftuinen verwijzen vaak naar Berwick's Triple Aim (Berwick et al., 2008) als conceptueel model om hun ambities en doelstellingen vorm te geven. Het Triple Aim model betreft het simultaan verbeteren van de gezondheid van de populatie en de ervaren kwaliteit van zorg, en het verlagen van de per capita zorgkosten. Er bestaan echter nog andere conceptuele modellen om een zorgsysteem meer duurzaam vorm te geven, waaronder het value-based health care delivery model van Porter (Porter, 2010). Hoewel beide modellen veel overlap vertonen, is er een essentieel verschil. Een basisprincipe van het Triple Aim model is dat interventies *gelijktijdig* bijgedragen aan verbeteringen op alle drie de doelen (gezondheid, kosten, kwaliteit). Berwick stelt hiermee expliciet dat interventies waarvan geen noemenswaardige verbeteringen van de gezondheid van de populatie worden verwacht, buiten het concept van de Triple Aim vallen en dus geen prioriteit moeten krijgen. Porter's value-based health care delivery model interpreteert het concept 'gezondheidswinst' wat breder en ziet interventies zonder directe gezondheidswinst maar wel met kwaliteitsverbetering en/of kostenreductie ook als interventies waarop geprioriteerd moet worden. De invulling van gezondheidswinst en de relevantie ten opzicht van de andere doelstellingen (kwaliteit en kosten van de zorg) zijn leidend bij de keuze van de zorginhoudelijke interventies en daarmee eveneens voor de vormgeving en het verbeterpotentieel binnen de proeftuinen. De huidige gestarte zorginhoudelijke interventies van de proeftuinen sluiten op dit moment beter aan bij Porter's value based delivery model. Vanuit Berwick, maar ook vanuit het beleid om burgers langer zelfredzaam te laten zijn met regie over eigen leven, zou veel meer een vraaggestuurd aanbod van zorg en ondersteuning

centraal moeten staan, gericht op het bevorderen van het functioneren van burgers/patiënten. Hiermee wordt duurzame zorg ingekleurd vanuit de populatie gerichte benadering. Immers, bij een populatie gerichte benadering van duurzame zorg, wordt meer gestuurd op behoud van functionaliteit en eigen regie van de burger, waardoor het belang van preventie toeneemt en kosten veel meer vanuit een maatschappelijk perspectief worden meegenomen.

Doel proeftuin in lijn met internationale ontwikkelingen; de weg ernaar toe verschilt vooralsnog

Ook internationaal zijn diverse ontwikkelingen gaande waarbij zorgaanbieders in gezamenlijkheid trachten het zorgsysteem duurzaam vorm te geven. In de Verenigde Staten hebben veel zorgaanbieders zich verenigd in een nieuwe juridische entiteit, zoals Accountable Care Organizations (ACOs) (Barnes et al., 2014) en het in Nederland veel besproken Alternative Quality Contract groups (Chernew et al., 2011; Song et al., 2014; Ruwaard et al., 2015). In Engeland zijn in 2013 Clinical Commission Groups geïntroduceerd (NHS, 2015). Ook in andere landen zijn regionale initiatieven ontstaan zoals Gesundes Kinzigtal in Duitsland (Hildebrandt, 2011) en Microsystems in Baskenland (Bengoa, 2013). Ondanks de verschillen tussen de zorgsystemen in de diverse landen, is de gekozen oplossingsrichting in het buitenland in essentie vergelijkbaar met die van de proeftuinen; het stimuleren van zorgaanbieders om in gezamenlijkheid verantwoordelijkheid te dragen voor zowel de kwaliteit als de kosten van de zorg. Een belangrijk onderdeel lijkt hierbij bekostigingshervormingen van de zorg, waarbij steeds vaker niet meer per verrichting wordt betaald (minder volume prikkels) maar meer via bekostigingsmodellen als shared savings contracten welke meer value-based incentives bevatten. In dit kader worden er in het buitenland veelal juridische entiteiten geïntroduceerd die de financiële verantwoordelijkheid op zich nemen namens meerdere zorgaanbieders. Op deze manier wordt getracht om zorgaanbieders te stimuleren de doelmatigheid van de zorg te verbeteren en gelijktijdig preventie beter vorm te geven. Het ontstaan van zorggroepen in Nederland waarbij aanbieders zowel de klinische als financiële verantwoordelijkheid op zich nemen voor de gecontracteerde chronische zorg kan ook in dit licht gezien worden (Struijs, 2012; Struijs & Baan, 2011).

Doorontwikkeling proeftuinen naar een juridische entiteit en bekostigingshervormingen?

Vooralsnog zijn de proeftuinen vormgegeven als partnerships; netwerken van meerdere actoren zonder dat er sprake is van contractuele afspraken en/of juridische entiteiten. Het is de vraag hoe de proeftuinen zich de komende tijd verder zullen organiseren. Tot op heden hebben drie proeftuinen juridische entiteiten geïntroduceerd voor specifieke interventies (anderhalvelijnszorg en geïntegreerde GGZ zorg). Hiermee blijft de vraag bestaan in hoeverre de Triple Aim kan worden gerealiseerd, omdat een eenduidige (financiële) prikkel voor alle betrokken actoren ontbreekt. Naast deze entiteiten, werken zorgaanbieders in meerdere proeftuinen aan de oprichting van een stichting of coöperatie om de financiën en de governance goed te kunnen organiseren. Een toekomstig scenario is dat binnen de proeftuinen deze nieuwe juridische entiteiten echt verantwoordelijkheid gaan nemen voor de financiële risico's van de totale zorgkosten van haar populatie, zoals binnen het Alternative Quality Contract (Chernew et al., 2011; Song et al., 2014; Ruwaard et al., 2015).

Uitdagingen uitkomstbekostiging niet uniek voor proeftuinen

In de proeftuinen wordt nagedacht over en gewerkt aan nieuwe vormen van bekostiging van zorg. Zo is de verwachting dat op korte termijn integrale bekostiging voor geboortezorg en zorg voor kwetsbare ouderen binnen de proeftuinen worden geïntroduceerd. Dat houdt in dat zorgactiviteiten uit verschillende zorgsectoren, voornamelijk eerste- en tweedelijnszorg, als één prestatie zullen worden gecontracteerd. Zoals beschreven in Hoofdstuk 4 worden er ook shared savings afspraken gemaakt. De stappen die op dit vlak worden gezet in de proeftuinen, passen in de zoektocht naar betere vormen van bekostiging die ook buiten de proeftuinen (en in het buitenland) plaatsvindt. Eijkenaar en Schut gebruiken hiervoor de term *adequate uitkomstbekostiging*. Dit is een bekostigingsmethode die goede kwaliteit, kostenbewust gedrag, substitutie, innovatie en effectieve preventie stimuleert (Eijkenaar & Schut, 2015). Zij concluderen dat adequate uitkomstbekostiging in 2020 nog niet haalbaar is gelet op de noodzakelijke randvoorwaarden hiervoor en de lessen uit het buitenland wat betreft het introduceren van nieuwe bekostigingsmethoden. Er zijn nog verschillende uitdagingen, waar ook de proeftuinen mee geconfronteerd worden, op het gebied van wederzijds vertrouwen tussen inkopers en aanbieders van zorg, gedeelde data en/of ICT- infrastructuur en transparantie van kwaliteit. Dit maakt dat volgende stappen in het invoeren van innovatieve bekostigingsmethoden zorgvuldig moeten worden gezet. Zo is het bijvoorbeeld belangrijk dat kwaliteitsinformatie verder wordt ontwikkeld én gebruikt om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de zorg die via een integraal tarief wordt bekostigd om zo te voorkomen dat het belonen via zorgbundels ten koste gaat van kwaliteit. Bij het zetten van verdere stappen kan allereerst gebruik worden gemaakt van de bestaande ruimte voor innovatieve bekostigingsmethoden binnen het huidige zorgstelsel, zoals segment 3 (S3) van de huisartsbekostiging (NZa, 2015) en de Beleidsregel Innovatie (NZa, 2012). Ook lijken shared savings afspraken binnen het huidige systeem te kunnen worden gemaakt. De recente memo van NZa bevestigt dat (NZa, 2015). Het ministerie van VWS zal het veld en ook de Kamer informeren over de mogelijkheden rond het uitkeren van shared savings. Daarnaast zal met de uitwerking van de motie Wolbert inzichtelijk worden gemaakt welke mogelijkheden het stelsel biedt voor de financiering van selectieve preventie en de mogelijkheden voor een betaaltitel binnen de Zvw (Tweede Kamer, 2014). Alhoewel genoemde vragen en problemen beantwoord en erkent dienen te worden, moet ook worden opgepast dat de discussie niet oneigenlijk wordt gebruikt voor het frustreren van het proces.

Organisatiebelang prevaleert boven de Triple Aim doelstelling op proeftuinniveau: op zoek naar de gemene deler in belangen?

De Triple Aim is alleen te realiseren wanneer men in staat is vooruit te kijken met het algemeen belang voor ogen en niet uitsluitend het eigen organisatiebelang (Fisher et al., 2012 ; Porter & Kramer, 2011; Berwick et al., 2008; Kaljouw & van Vliet, 2015). Zoals uit gesprekken met de stuurgroepleden blijkt (zie Hoofdstuk 4), is dit voor de meeste organisaties binnen de proeftuinen nog niet het geval. Zo is men met name vanuit organisatiebelangen gemotiveerd om aan de proeftuin deel te nemen en lopen de ambities voor de komende drie jaar sterk uiteen. Er is dus meer nodig; organisatie doelen zullen meer in lijn moeten komen met de Triple Aim doelen. Naast het werken aan vertrouwen, is het verder uitwerken van een gedeelde visie en concrete doelstellingen voor de korte en middellange termijn belangrijk (Bell et al., 2013; Fisher et al., 2012; Porter & Kramer, 2011). Introductie van alternatieve bekostigingsvormen en bijbehorende

financiële prikkels, met of zonder een aparte juridische entiteit zijn hierbij belangrijke elementen. Er is daarnaast ook aandacht nodig voor de prikkels binnen de organisaties, zoals beloningsstructuren binnen de verzekeraars (Shortell et al., 2014; Porter & Kramer, 2011; Berwick et al., 2008).

Vragen over rol verzekeraar binnen proeftuin gezien diens rol als kritische zorginkoper binnen het gereguleerde concurrentie model

Binnen het Nederlandse zorgsysteem, dat gebaseerd is op gereguleerde concurrentie, heeft de zorgverzekeraar de rol van kritische zorginkoper voor zijn verzekerde populatie. De verzekeraar heeft daarbij als doel kwalitatief goede zorg in te kopen tegen een aanvaardbare prijs. Aangezien de zorgverzekeraar een centrale positie heeft met het inkopen van doelmatige zorg dient er voldoende vrijheid te zijn voor het bepalen van de inhoud van contracten tussen zorgverzekeraar en zorgverlener (wat betreft prijs, kwaliteit en volume) en voor selectief contracteren (Van de Ven et al., 2013). Echter binnen de proeftuin heeft de zorgverzekeraar ook een co-creërende rol en draagt daarmee als samenwerkingspartner bij aan de hervormingen van de zorg, samen met verschillende (type) zorgaanbieders. Deze twee rollen scheppen verwarring in het huidige proces; enerzijds denkt de verzekeraar mee in de visie van de proeftuin en dus ook buiten de ‘gebaande paden’, anderzijds wordt door dezelfde verzekeraar nog steeds binnen de bestaande budgettaire kaders kritisch zorg ingekocht. Naast deze verwarring, wordt de rol van de verzekeraar mogelijk in de toekomst te dominant doordat deze fungeert zowel als betaler als vormgever van de zorg. Wellicht is deze co-creërende rol in een volgende fase minder nodig, wanneer uitkomstbekostiging en wellicht een integrator wordt geïntroduceerd, waardoor de zorgverzekeraar vervolgens geïntegreerde zorg in het belang van de totale populatie kan inkopen.

Lopende discussie over btw-plichtigheid ondersteunende en coördinerende activiteiten raakt vormgeving contractinnovatie binnen proeftuinen

Momenteel speelt de discussie in het zorgveld in hoeverre de ondersteunende en coördinerende activiteiten van zorggroepen btw-plichtig zijn (Nunen, 2014; BDO, 2015). Een eerste rechterlijke uitspraak heeft aangegeven dat deze ondersteunende en coördinerende activiteiten btw-plichtig zijn en men is nu in afwachting van de uitkomst van twee bezwaarprocedures. In de praktijk blijken de regionale Belastingdiensten wisselend om te gaan met de btw-plichtigheid; in sommige regio's wordt voorlopig geen btw geheven, terwijl in andere regio's zorggroepen een belastingaanslag hebben ontvangen voor de ondersteunende en coördinerende activiteiten (Nunen, 2014; BDO, 2015). Recentelijk heeft BDO in opdracht van InEen een advies uitgebracht over hoe te handelen ten aanzien van deze ‘btw-problematiek’. BDO adviseert de zorggroepen om uitstel te vragen bij de belastingdienst tot er inhoudelijke duidelijkheid is verschaft. Het ministerie van VWS en het ministerie van Financiën zoeken naar een oplossing (BDO, 2015). Duidelijkheid over de aanpak van de btw-problematiek zal rust brengen binnen de proeftuinen bij het vormgeven van de formele samenwerking en de bekostiging van de benodigde ondersteuning en afstemming van de verschillende zorgactiviteiten. Indien er geen oplossing komt, zal dit leiden tot verdere vertragingen omdat er gezocht zal worden naar andere samenwerkingsverbanden en contractinnovaties.

De proeftuinen staan niet alleen in de trend naar burgerparticipatie

De proeftuinen beogen de kwaliteit van zorg en ondersteuning en daarmee de patiëntgerichtheid te verbeteren. Dit vereist betrokkenheid van de populatie in het vormen en organiseren van de proeftuin (Best et al., 2011; Shortell et al., 2014). Dit rapport toont dat meerdere proeftuinen proberen burgers te betrekken, maar variatie is zichtbaar in de gehanteerde vormen en methoden. Ook verschilt de rol van de burgerparticipatie binnen de proeftuinen. Deze komt overeen met de drie vormen die de NHS in 2013 al adviseerde, te weten: individuele participatie (burgers in regie van hun eigen gezondheid en zorg), public participation (populatie invloed geven op bestuurlijk/beleidsniveau), en het meten van ervaringen (input voor de feedbackcyclus) (NHS, 2013). Binnen de proeftuinen wordt gezocht naar oplossingen voor bekende problemen zoals het gebrek aan vertegenwoordigers met voldoende competenties en de beperkte representativiteit via geïnstitutionaliseerde participatie (Van den Bovenkamp, 2010). Als antwoord op het laatste probleem, is een transitie zichtbaar van patiënt- naar burgerparticipatie via niet-geïnstitutionaliseerde vormen zoals online communities.

Mogelijkheden rondom financiering, bekostiging en verantwoordelijkheden preventie worden momenteel inzichtelijk gemaakt

Een aantal proeftuinen zou meer willen doen aan preventie dan nu het geval is. Echter er bestaat onduidelijkheid over de financiering, bekostiging en de verantwoordelijkheden van gemeenten en zorgverzekeraars hierin. In relatie tot financiering worden vier vormen van preventie onderscheiden: universeel (gericht op de gehele bevolking), selectief (gericht op risicogroepen), geïndiceerd (gericht op individuen met verhoogd risico op ziekte) en zorggerelateerd (gericht op individuen met ziekte). Voor geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie is bekostiging vanuit de Zvw of de Wet langdurige zorg (Wlz) mogelijk zolang de activiteiten aan de voorwaarden van de Zvw en Wlz voldoen. Een voorwaarde is dat behandelingen of interventies binnen de Zvw moeten voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk' (Zorginstituut Nederland, 2015). Volgens de Wet publieke gezondheid (Wpg) hebben gemeenten een verantwoordelijkheid wat betreft collectieve vormen van preventie. Ondanks deze wettelijke invullingen, blijft er, voornamelijk op het grensvlak van collectieve en individuele preventie onduidelijkheid bestaan over verantwoordelijkheden. Zoals gesteld in de motie Wolbert (Tweede Kamer, 2014) en in recente toezeggingen van de minister van VWS aan de Tweede Kamer, is onderzoek nodig naar wat er kan binnen bestaande wetten op het gebied van selectieve preventie. Ook buitenlandse ervaringen met financiering en bekostiging van collectieve preventie bij risicogroepen worden hierbij in kaart gebracht. Dit onderzoek wordt momenteel vanuit het ministerie van VWS gecoördineerd.

Uitgangspunten van het zorgstelsel niet in gedrang bij huidige omvang proeftuinen; mogelijk belemmering in informatie-uitwisseling tussen actoren

De minister van VWS stelde bij de benoeming van de proeftuinen dat de uitgangspunten van het zorgstelsel niet in het gedrang mogen komen. Hierbij werden expliciet de uitgangspunten keuzevrijheid van de patiënt, betwistbare marktposities en monopolievorming en toezicht op kwaliteit/verschraling benoemd (VWS 2013a, 2013b). Zoals beschreven in Hoofdstuk 4 treden er volgens de stuurgroepleden op dit moment geen veranderingen in de keuzevrijheid van burgers/patiënten en betwistbare marktposities op. Dit heeft deels te maken met de beperkte

schaal waarop de proeftuinen op dit moment acteren in de praktijk. Wanneer er schaalvergroting plaatsvindt en ook meerdere organisaties aansluiten (al dan niet in een nieuwe juridische vorm) kan het zijn dat hier wel verandering in op gaat treden. Het uitgangspunt 'transparantie en informatie' verdient nadrukkelijk aandacht. Men ervaart verbetering in de informatie-uitwisseling tussen actoren, maar loopt ook tegen belemmeringen aan. Het delen van informatie over kwaliteit en kosten is nodig voor het opzetten en monitoren van (nieuwe) interventies. Dit vraagt van de actoren wel dat zij onderling informatie delen, wat in strijd kan zijn met de organisatiebelangen en mogelijk met de privacy-wetgeving. Dit gebrek aan transparantie van kwaliteit is in de afgelopen jaren al in verschillende rapporten over de zorg in het algemeen signaleerd (Algemene Rekenkamer, 2013; Gezondheidsraad, 2013; Van den Berg et al, 2014). De voorgestelde algemene verordening gegevensbescherming van de Europese Commissie (Europese commissie, 2012) geeft hierbij onrust in het veld; zorgaanbieders zien hierbij het gevaar dat data-uitwisseling verder belemmerd zal worden.

Proeftuinen starten vanuit een verschillend vertrekpunt wat betreft gezondheid en kosten; hierdoor zullen de verbetermogelijkheden en -oplossingen verschillen tussen de regio's

Alle proeftuinen gaven bij aanvang aan op termijn een verbetering op het gebied van gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten te willen realiseren. Uit de beschrijving in dit rapport blijkt dat het vertrekpunt van de proeftuinen op deze uitkomsten varieert, zeker wat betreft de gezondheidsstatus en kosten in de betreffende regio's. Deze verschillen in populaties en het zorgaanbod tussen de regio's maken dat verschillende oplossingen nodig zullen zijn om de uiteindelijke doelstellingen te behalen. Op dit moment staat de populatiegerichte aanpak waarbij populatiedoelen centraal worden gesteld nog in de kinderschoenen. Dat wil zeggen dat de invulling van de proeftuin en de interventies op dit moment nog vooral afhangt van de actoren die aan tafel zitten in iedere proeftuin en minder van de behoefte vanuit de populatie. Daarnaast varieert het verbeterpotentieel van de proeftuinen. Er zijn verschillen in gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten tussen proeftuinregio's en het landelijk gemiddelde, na correctie voor factoren die buiten de controle van de proeftuin liggen zoals demografische verschillen tussen regio's. De in dit rapport gevonden variatie tussen regio's komt overigens overeen met bevindingen uit eerdere studies. Zo bestudeerden Verweij en Van der Lucht (2011; 2014) de krimpregio's in Nederland. Zij vonden eveneens een minder goede gezondheidsstatus in deze regio's. Op de website www.volksgezondheinzorg.info publiceerde het RIVM een aantal regionale vergelijkingen voor de in dit rapport gebruikte gezondheidsindicatoren (met een iets andere regio-indeling) waaruit vergelijkbare resultaten naar voren komen. De mate van variatie qua zorgkosten, zowel wat betreft de Zvw als de AWBZ, is vergelijkbaar met eerdere bevindingen van Vektis (Vektis, 2013). Op het gebied van kwaliteit van zorg is geen vergelijkingsmateriaal op regionaal niveau beschikbaar. Voor een aantal uitkomstmaten (cijfer voor kwaliteit, zelfmanagement, gezondheidsvaardigheden en kwaliteit van leven) kan wel worden vastgesteld dat de resultaten in de buurt liggen van uitkomsten van eerdere landelijke studies.

5.3 Reflectie op methoden

Hieronder volgen allereerst een aantal opmerkingen over de landelijke monitor van de proeftuinen in zijn geheel. Daarna worden een aantal methodologische kanttekening geplaatst bij de gegevensverzameling van dit rapport.

Proeftuinen geen toevallige selectie van initiatieven

De proeftuinen die in de LMP worden gevolgd zijn in 2013 geselecteerd door de minister van VWS. Een belangrijke voorwaarde voor selectie was dat de preferente zorgverzekeraar het initiatief ondersteunde. Ook is gelet op onder andere de mate waarin sprake was van samenwerking tussen verschillende domeinen en het hebben van haalbare doelstellingen (VWS, 2013a). Dit betekent dat we niet te maken hebben met een toevallige (random) selectie van initiatieven. Hierdoor is het op dit moment onduidelijk in hoeverre de resultaten uit dit rapport te vertalen zijn naar andere regionale initiatieven. Voor een completer beeld en een betere interpretatie van het resultaat van de proeftuinen, zal het RIVM in de tweede helft van 2015 inventariseren welke initiatieven er buiten de proeftuinregio's bestaan en in hoeverre deze vergelijkbaar zijn met de proeftuinen.

Rapport betreft geen effectevaluatie; deze volgt in 2017

Dit rapport omvat een beschrijving van de vormgeving en ontwikkeling van de proeftuinen, de populatie en de eerste ervaringen van stuurgroepleden. Daarmee geeft het rapport een eerste inzicht in het proces tot nu toe, maar betreft het met nadruk geen effectevaluatie. Uit de literatuur is bekend dat een langere volgorperiode nodig is voor een effectevaluatie van dergelijke initiatieven (CCA, 2010). De leden van de stuurgroepen geven in de interviews ook aan dat tijd nodig is om randvoorwaarden voor een succesvolle samenwerking te realiseren, zoals vertrouwen en meerjarencontracten (zie Hoofdstuk 4). In de toekomstige evaluaties zal het van belang zijn om inzichten te verkrijgen op verschillende analyseniveaus, aangezien er op verschillende niveaus veranderingen plaatsvinden; van de gehele proeftuinregio tot specifieke subpopulaties (zoals de selectie 75-plussers of mensen met diabetes in dit rapport) tot specifieke patiënten waar geïmplementeerde interventies op gericht zijn. Ten aanzien van de procesevaluatie zal een langere periode ruimte bieden om inzicht te krijgen in de relaties in verschillende context-mechanisme-uitkomsten. Elke proeftuin kent haar eigen karakteristieken waarmee bijvoorbeeld bottom-up en top-down leiderschap een ander effect zal hebben (Best, 2012). Het ontrafelen van deze en andere mechanismen van welbekende succesfactoren zal in toekomstige rapportages een plek krijgen.

Eerste inventarisatie ervaringen voornamelijk van bestuurders

De in dit rapport beschreven ervaringen van proeftuindeelnemers, zijn gebaseerd op interviews met leden van de stuurgroep van de proeftuinen. Dit betekent dat vooral de ervaringen van bestuurders van zorgaanbieders zijn meegenomen; slechts enkele stuurgroepleden zijn niet lid als bestuurder maar als lid van de medische staf of als huisarts. De ervaringen van zorgverleners die werkzaam zijn bij de betrokken zorgaanbieders en kwalitatieve data van burgers ontbreken op dit moment nog. De oorspronkelijk geplande interviews met zorgverleners zijn uitgesteld in overleg met de proeftuinen omdat door de complexiteit van de proeftuin de zorgverleners later betrokken zijn. Voorgaande evaluaties hebben laten zien dat ook de

ervaringen van zorgverleners (Struijs et al., 2009; Struijs et al., 2012) en burgers (Jung et al., 2002) relevant zijn voor aanvullende inzichten. Individuele interviews en focusgroepen met zowel zorgaanbieders als burgers zullen de komende tijd plaatsvinden.

Beschrijving gezondheid, kwaliteit en kosten van zorg aan de hand van aantal databronnen

In dit rapport is voor de beschrijving van de gezondheid van de populatie, de kwaliteit van zorg en kosten voornamelijk gebruik gemaakt van een aantal reeds beschikbare databronnen, aangevuld met een LMP-vragenlijst onder burgers. Met name ten aanzien van kwaliteit van zorg zijn de gegevens nog beperkt omdat nog geen gebruik gemaakt kon worden van bijvoorbeeld zorgregistraties. Hierdoor hebben de uitkomsten van kwaliteit van zorg alleen betrekking op de *ervaren* kwaliteit van zorg. In de komende tijd zullen andere bronnen worden aangeboord om het inzicht in kwaliteit van zorg te vergroten. Ook wat betreft de kosten van de zorg zijn nog niet alle mogelijkheden benut. In dit rapport is vooral gekeken naar de totale kosten met opsplitsingen naar sectoren. In de toekomst zal verkend worden of ook detailbestanden van zorgverzekeraars nodig zijn om meer inzicht te krijgen waar precies in de zorg substitutie plaatsvindt. Naast de zorgkosten worden de productiviteitskosten ook meegenomen binnen de LMP. Dit is in de huidige evaluatie beperkt tot een grove inventarisatie via de vragenlijst. Er wordt gestreefd naar het benutten van bestaande registraties zodat productiviteitskosten vanuit een longitudinaal perspectief meegenomen kunnen worden.

Respons LMP-vragenlijst 30%

Het responspercentage van de LMP-vragenlijst was ongeveer 30%. Om na te gaan of de respondenten van de LMP representatief zijn voor de totale onderzoekspopulatie, zijn de leeftijd en het geslacht van de respondenten van de vragenlijst vergeleken met die van de totale onderzoekspopulatie. Hieruit bleek een gering verschil in demografische kenmerken tussen de respondenten en non-respondenten. In het vervolg van de monitor zal mogelijk gebruik worden gemaakt van zogenaamde imputatie-methoden (Multiple Imputation) om verlies van informatie door (gedeeltelijke) non-respons op te vangen.

5.4 Aanbevelingen

Aansluitend op de discussie in paragraaf 5.2 en 5.3 volgen hieronder aanbevelingen waarop het beleid en het veld zich in de toekomst zouden kunnen richten.

Er is meer nodig om een goede samenwerking en duurzame zorg te realiseren

Een belangrijke basis voor succesvolle samenwerking is overeenstemming over de doelstellingen. De resultaten van dit rapport tonen dat doelen en verwachtingen van stuurgroepleden nog afwijken van de meer abstracte en ideële doelstelling en ambitie binnen de proeftuin. Daarnaast blijkt uit de interviews dat men nog voornamelijk denkt vanuit het eigen organisatiebelang; het organisatiebelang is hierbij veelal nog niet in lijn met het ideële doel van de proeftuin. Een voorwaarde voor een succesvolle samenwerking is dat de organisatiebelangen in lijn zijn met de gezamenlijke doelen (Porter & Kramer, 2011; Shortell et al., 2014; Fisher et al.,

2014). Om aan deze voorwaarde tegemoet te komen, kunnen nog een aantal stappen worden gemaakt:

1. Werk de ideële doelstelling/ambitie uit in concrete doelstellingen voor de korte, middellange en lange termijn. Hierdoor worden de eventueel tegengestelde belangen van de verschillende actoren zichtbaar en kunnen deze bespreekbaar worden gemaakt. Stel bij het formuleren van de concrete doelstellingen consequent de populatie centraal omdat dit de gemene deler voor alle betrokken actoren is. Vanuit het principe dat de inhoud leidend is, kan het voor partijen makkelijker worden om elkaar te vinden (Best et al., 2012; Porter & Kramer, 2011; Shortell et al., 2014).
2. Zorg voor financiële prikkels en financieel comfort die in lijn zijn met de geformuleerde doelstellingen (Berwick et al., 2009; Fisher et al., 2014; Porter & Kramer, 2011).
3. Zorg voor een feedbackcyclus ten aanzien van het proces en de geformuleerde doelstellingen op het gebied van gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten. Hierdoor wordt voor alle partijen inzichtelijk wat de meerwaarde van de proeftuin is en kunnen eventuele bijstellingen goed onderbouwd worden (Shortell et al., 2014; Struijs et al., 2014).

Investeer in dataverzameling en indicatorenontwikkeling

Voor een goede feedbackcyclus is goede data cruciaal. De invulling van de doelstellingen van de proeftuin is niet alleen belangrijk voor de keuze van de zorginhoudelijke interventies, maar ook voor de dataverzameling die noodzakelijk is om te kunnen monitoren of de doelstellingen zijn behaald. Het monitoren van de Triple Aim vraagt, naast data en indicatoren op het terrein van kwaliteit van zorg en kosten, ook om data en ontwikkeling van indicatoren op het terrein van gezondheidswinst in termen van functioneren van burgers, welzijn en sociale binding. Pas dan is het mogelijk om de populatie in kaart te brengen, en vast te stellen aan welke zorgarrangementen en ondersteuning behoefte is. Dit hoeft overigens niet te betekenen dat alle data opnieuw verzameld moeten worden. Bij het realiseren van de dataverzameling kan men gebruik maken van bestaande datasystemen. Hierbij is de verwachting dat slimmer gebruik kan worden gemaakt van bestaande datasystemen door deze via trusted third parties te koppelen (Hildebrandt, 2009; Struijs et al., 2014). Wellicht zal dit versneld gebeuren wanneer ook de financiële verantwoordelijkheid wordt neergelegd bij een groep van aanbieders.

Geef elkaar vertrouwen en tijd

Er wordt vaak gesproken over de transitie in de gezondheidszorg. Een transitie is een structurele maatschappelijke verandering die het resultaat is van op elkaar inwerkende en elkaar versterkende ontwikkelingen (Rotmans, 2005). Voor het bewerkstelligen van een transitie zijn tal van samenhangende innovaties nodig: vernieuwingen op het niveau van o.a. technologieën, regels en organisatievormen, maar ook culturele en gedragsveranderingen. Omdat transities gedrags- en systeemveranderingen impliceren die een grote impact op de samenleving hebben, is er tijd nodig om die veranderingen te kunnen laten plaatsvinden. Een belangrijke randvoorwaarde voor de gedrags- en systeemveranderingen is het eerder genoemde netwerk dat alleen succesvol kan functioneren indien er vertrouwen heerst tussen de actoren. Dit zal zich middels kleine cycli ontwikkelen om draagvlak en daadkracht te laten zien; zo zijn kleine successen op korte termijn nodig om de achterban te blijven motiveren voor de proeftuinen. Om de veranderingen te versnellen is het ook belangrijk dat de proeftuinen zo veel als

mogelijk van elkaars ervaringen gebruik maken en leren. Bijvoorbeeld ten aanzien van het betrekken van de burger bij de proeftuin en het opzetten van lokale evaluaties. Dit laatste schiet er bij vele zorginhoudelijke interventies in de proeftuinen nog bij in omdat de complexiteit van het opzetten van de afzonderlijke interventies al veel tijd en inzet vergt.

Vraagbaak voor proeftuinen meer benutten

Zowel de NZa als ACM zijn bereid om mee te denken met de proeftuinen over mededingingsvraagstukken en contractinnovatie. Tot op heden wordt hier door de proeftuinen nog maar beperkt gebruik van gemaakt. Tegelijkertijd constateren we in deze rapportage wel dat stuurgroepleden vragen hebben rondom deze thema's. Daarnaast is er bij de proeftuinen behoefte aan *concrete* ondersteuning ten aanzien van aspecten rondom contractinnovatie. Bepaalde vraagstukken zoals privacy, mededinging en modelontwikkeling van shared savings en bijbehorende modelcontracten, vragen specifieke kennis en kunde en zijn te complex voor individuele zorgaanbieders. Het zou helpen als proeftuinen ondersteuning krijgen in deze gedeelde vraagstukken zodat het een en ander kan worden uitgezocht en ontwikkeld. Hier zullen de proeftuinen en andere vergelijkbare regionale initiatieven baat bij hebben.

Experimenteer met de mogelijkheden voor innovatieve bekostigingsprincipes die er binnen de huidige wettelijke kaders zijn

Binnen het huidige zorgsysteem zijn mogelijkheden voor het toepassen van nieuwe vormen van bekostiging, bijvoorbeeld binnen de Beleidsregel Innovatie. Een aantal proeftuinen maakt hier gebruik van via aanvragen voor de bekostiging van geïntegreerde geboortezorg en GGZ. Daarnaast biedt de nieuwe bekostigingssystematiek voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg ruimte voor multidisciplinaire bekostiging en beloning voor goede uitkomsten. Ook is het binnen de huidige wetgeving mogelijk om zorgaanbieders een beloning toe te kennen wanneer besparingen worden behaald (shared savings). Het is hierbij voor de zorgverzekeraar niet mogelijk om in een shared savings contract vast te leggen dat de betreffende besparing besteed moet worden aan collectieve preventie. Afspraken over collectieve preventie kan een zorgverzekeraar wel met een zorgaanbieder vastleggen in een ander contract. Gezien de grootte van de bedragen waar het tot op heden over gaat, is het de vraag of deze shared savings afspraken niet in eerste instantie op basis van vertrouwen kunnen plaatsvinden. Wel is het van belang om in gesprek te blijven over wat te doen wanneer de shared savings een grotere omvang krijgen. De overheid kan hierbij ondersteunend optreden door helder aan te geven wat wel en wat niet kan binnen de huidige wetgeving en door onduidelijkheid zo snel mogelijk weg te nemen, zoals de NZa voorstelt in een recent verschenen memo (NZa, 2015).

Biedt duidelijkheid en beleidsrust in de bekostiging

Beleidsrust - een periode van minimale of geen beleidsverandering - kan helpen in het ontwikkelen en experimenteren met nieuwe bekostigingsvormen. Zo wordt er veelvuldig gesproken over het inzetten van meerjarencontracten bij zorginkoop. Partijen zijn echter nog voorzichtig met het afsluiten hiervan, mede omdat beleidswijzigingen de nodige onzekerheid opleveren over toekomstige inkomsten, uitgaven en verantwoordelijkheden. In de afgelopen jaren zijn veel hervormingen doorgevoerd, zoals in de Wmo, jeugdzorg, GGZ, de invoering van integrale bekostiging medisch specialistische zorg en het 3-segmenten-

model. Dit vraagt de nodige tijd en inspanning wat mogelijk ten koste kan gaan van de inspanningen die nodig zijn om de proeftuin vorm te geven, wat op zichzelf ook een behoorlijke tijds- en financiële investering vraagt van de betrokken actoren. Duidelijkheid en beleidsrust in de bekostiging vermindert de kans op risicomijdend gedrag en verhoogt de kans op het doorvoeren van (meer risicovolle) innovatieve hervormingen (Ruwaard et al., 2015). De proeftuinen krijgen dan in de komende periode meer ‘rust en ruimte’ waarbij zij kunnen vertrouwen op stabiele werkbare ‘randvoorwaarden’ op bijvoorbeeld het gebied van het budgettaire kaders.

Besprek en onderzoek mogelijke oplossingen over financieringskaders heen

Vooralsnog zijn de interventies hoofdzakelijk gefinancierd vanuit de Zvw. Vanuit de proeftuinen is het wenselijk om voor toekomstige ideeën en uiteindelijk voor het behalen van betere integratie tussen domeinen, oplossingen te vinden voor het bekostigen over financieringskaders heen, bijvoorbeeld het tegelijk benutten van gelden uit Zvw en Wlz of binnen de Zvw tussen huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg (wat aparte dealkaders zijn). Het is daarom wenselijk om initiatieven die hiertoe ontwikkeld worden te verkennen en aanvullende mogelijkheden te onderzoeken. Uiteindelijk is geen van de sectoren alleen verantwoordelijk voor de gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten (Stoto, 2013; Kindig et al., 2013; Gourevitch et al., 2012).

Literatuur

- Algemene Rekenkamer (2013). *Transparantie ziekenhuisuitgaven: uitgavenbeheersing in de zorg deel 2*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Ash AS, Schwartz M, Peköz EA. (2003). Comparing outcomes across providers. In: LI Iezzoni (ed.) *Risk adjustment for measuring health care outcomes*. Chicago: Health Administration Press.
- Avelino F. (2011). *Power in transition. Empowering discourses on sustainability transitions*. PhD thesis. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Barnes AJ, Unruh L, Chukmaitov A, van Ginneken E. (2014). Accountable care organizations in the USA: types, developments and challenges. *Health Policy*, 118(1), 1-7. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.07.019
- BDO, BDO consultancy. (2015). Memo 'Btw in de ketenzorg', gericht aan InEen.
- Bell J, Kaats EAP, Opheij W. (2013). Bridging disciplines in alliances and networks: in search for solutions for the managerial relevance gap. *International Journal Strategic Business Alliances*, 3(1), 50-67.
- Bengoa R. (2013). Transforming health care: an approach to system-wide implementation. *International Journal of Integrated Care*, 13, e039.
- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. (2008). The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769. doi: 10.1377/hlthaff.27.3.759
- Best A, Greenhalgh T, Lewis S, Saul JE, Carroll S, Bitz J. (2012). Large-system transformation in health care: a realist review. *Milbank Quarterly*, 90(3), 421-456. doi: 10.1111/j.1468-0009.2012.00670.x
- Buelens B, Meijers R, Tennekes M. (2013). Weging gezondheidsmonitor 2012. Den Haag: CBS.
- Cameron AC, Trivedi PK. (2010). *Microeconometrics Using Stata*. College Station: Stata Press.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek (2014). CBS Statline Bevolkingsaantallen. Retrieved Oktober 2014, from <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81922ned&D1=21%2Cq2&D2=a&HDR=T&STB=G1&VW=D>
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek (2013). *Gezondheid en zorg in cijfers 2013*. Den Haag/Heerlen: CBS.
- CCA, Care Continuum Alliance (2010). *Outcomes guidelines report*. Washington DC: CCA.
- Chernew ME, Mechanic RE, Landon BE, Safran DG. (2011). Private-payer innovation in Massachusetts: the 'alternative quality contract'. *Health Affairs*, 30(1), 51-61. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0980
- Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. (2004). Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Family Medicine*, 36(8), 588-594.
- De Hollander EL, Zwart L, de Vries SI, Wendel-Vos W. (2012). The SQUASH was a more valid tool than the OBiN for categorizing adults according to the Dutch physical activity and the combined guideline. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65(1), 73-81. doi: 10.1016/j.jclinepi.2011.05.005

- De Jong Gierveld J, Kamphuis FH. (1985). The development of a Rasch-type loneliness-scale. *Applied Psychological Measurement*, 9(3), 289-299.
- Douven R, Mocking R, Mosca I. (2012). *The effect of physician fees and density differences on regional variation in hospital treatments*. Den Haag: CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis.
- Drewes HW, Heijink R, Struijs JN, Baan CA. (2014). *Landelijke monitor populatiemanagement. Deel 1: beschrijving proeftuinen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- EIB, Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (2012). *Eindrapport van de evaluatiecommissie integrale bekostiging*. Den Haag: Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging.
- Europese Commissie. (2012). *Voorstel Algemene verordening gegevensbescherming*. Brussel: Europese Commissie.
- Eijkenaar F, Schut E. (2015). *Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg?* Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.
- Fisher ES, Shortell SM, Kreindler SA, van Citters AD, Larson BK. (2012). A framework for evaluating the formation, implementation, and performance of accountable care organizations. *Health Affairs*, 31(11), 2368-2378. doi: 10.1377/hlthaff.2012.0544
- Fisher ES, Corrigan J. (2014). Accountable health communities: getting there from here. *JAMA*, 312(20), 2093-2094. doi: 10.1001/jama.2014.13815
- Fransen MP, van Schaik TM, Twickler TB, Essink-Bot ML. (2011). Applicability of internationally available health literacy measures in the Netherlands. *Journal of Health Communication*, 16 Suppl 3, 134-149. doi: 10.1080/10810730.2011.604383
- Gezondheidsraad. (2013). *Publieke indicatoren voor kwaliteit van curatieve zorg. De stand van de discussie*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner DL. (2013). *Co-ordinated care for people with complex chronic conditions: key lessons and markers for success*. London: The King's Fund.
- Gourevitch MN, Cannell T, Boufford JJ, Summers C. (2012). The challenge of attribution: responsibility for population health in the context of accountable care. *American Journal of Public Health*, 102(S3), S322-S324.
- Ham C, Zollinger-Road P. (2012). What are the lessons from the USA for clinical commissioning groups in the English National Health Service? *Lancet*, 379(9811), 181-191.
- Heijink R, Drewes HW, Struijs JN, Baan CA. (2014). *Landelijke Monitor Populatiemanagement. Deel 2: Ontwerprapport*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Hendriks M, Plass AM, Heijmans M, Rademakers J (2013). *Minder zelfmanagementvaardigheden, dus meer zorggebruik? De relatie tussen patiënt activatie van mensen met diabetes en hun zorggebruik, zorgkosten, ervaringen met de zorg en diabetes-gerelateerde klachten*. Utrecht: NIVEL.
- Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, Tusler M. (2005). Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health Services Research*, 40(6 Pt 1), 1918-1930. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00438.x
- Hildebrandt H. (2011). Better health, improved care and lower health care costs—the international strive for integration. Should not we be confident enough to go into risk? Integrated Care = higher quality but less costs to the sickness funds/health insurances. Results of the German and Swiss experiences of the last years. *International Journal of Integrated Care*, 11, 1.
- IVM, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. (2013). *Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2013*. Utrecht: IVM.

- Jung H, Wensing M, Olesen F, Grol R. (2002). Comparison of patients' and general practitioners' evaluations of general practice care. *Quality & Safety in Health Care* 11:315-319.
- Jylha M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science and Medicine*, 69(3), 307-316. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.05.013
- Kaats EAP, Opheij W. (2012). *Leren samenwerken tussen organisaties*. Deventer: Kluwer.
- Kaljauw M, van Vliet K (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Kindig DA, Isham G, Siemering KQ. (2013). *The Business Role in Improving Health: Beyond Social Responsibility*. Washington DC: National Academy of Sciences.
- McWhinnie JR. (1981). Disability assessment in population surveys: results of the OECD Common Development Effort. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 29(4), 413-419.
- Meeuwissen LE, de Bakker DH. (2009). 'Consumer quality'-index 'Huisartsenzorg' meet patiëntervaringen en vergelijkt huisartspraktijken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 153(A180), 1-7.
- NHS, National Health Services. (2013). *Transforming towards public participation in health and care: the NHS belongs to us all*. (00381). Redditch: NHS England.
- NHS, National Health Services. (2015). About CCG's, from: <http://www.nhs.uk>. Retrieved 2 mei, 2015
- Nunen JJGM. (2014). Btw over multidisciplinaire chronische zorg. *Nederlands Tijdschrift voor Fiscaal Recht*, 20, 6-9.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. (2012). *Memo: Professionalisering beleidsregel Innovatie*. Utrecht: NZa.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. (2013). *Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en Kwaliteitsontwikkeling*. (BELEIDSREGEL BR/CU-7028). Utrecht: NZa.
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. (2015). *Memo 'Beantwoording vragen van VWS over proeftuinen en resultaat beloning'*. Utrecht: NZa.
- Porter ME. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481 Supplementary Appendix 2471. doi: 10.1056/NEJMp1011024
- Porter ME, Kramer MR. (2011). Creating shared value. *Harvard Business Review*, 89(1-2).
- Rademakers J, Nijman J, van der Hoek L, Heijmans M, Rijken M. (2012). Measuring patient activation in The Netherlands: translation and validation of the American short form Patient Activation Measure (PAM13). *BMC Public Health*, 12, 577. doi: 10.1186/1471-2458-12-577
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2014). *Proeftuinen onderweg naar Triple Aim*. Rapportage Landelijke Monitor Populatiemanagement. Bilthoven: RIVM.
- Rogers EM. (2003). *Diffusion of innovations* (5th Revised edition). New York NY: Simon & Schuster Ltd.
- Rotmans J. (2005). *Maatschappelijke innovatie tussen droom en werkelijkheid staat complexiteit*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Ruwaard S, Struijs JN, Douven R, Polder J. (2015). Leren van zorgbrede bekostiging à la VS. *Medisch Contact* (13), 628-631.

- Savelkoul M, vanTilburg TG. (2010). Wat is eenzaamheid en hoe wordt het gemeten?, from <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/eenzaamheid/wat-is-eeenzaamheid-en-hoe-wordt-het-gemeten/>
- Shortell S, Addicott R, Walsh N, Ham C. (2014). *Accountable care organisations in the United States and England. Testing, evaluating and learning what works*. London: The King's Fund.
- Singer SJ, Burgers J, Friedberg M, Rosenthal MB, Leape L, Schneider E. (2011). Defining and measuring integrated patient care: promoting the next frontier in health care delivery. *Medical Care Research and Review*, 68(1), 112-127. doi: 10.1177/1077558710371485
- Song Z, Rose S, Safran DG, Landon BE, Day MP, Chernew ME. (2014). Changes in health care spending and quality 4 years into global payment. *New England Journal of Medicine*, 371(18), 1704-1714. doi: 10.1056/NEJMs1404026
- Stoto, MA. (2013). *Population health in the affordable care act era*. Washington DC: AcademyHealth.
- Struijs JN, Baan CA. (2011). Integrating care through bundled payments--lessons from The Netherlands. *New England Journal of Medicine*, 364(11), 990-991. doi: 10.1056/NEJMp1011849
- Struijs JN, vanTil JT, Baan CA. (2009). *Experimenteren met de keten-dbc diabetes. De eerste zichtbare effecten*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Struijs JN, de Jong-van Til JT, Lemmens LC, Drewes HW, Bruin SR, Baan CA. (2012). *Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg. Effecten op zorgproces en kwaliteit van zorg*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Struijs JN, Drewes, HW, Heijink R, Baan CA. (2014). How to evaluate population management? Transforming the Care Continuum Alliance population health guide toward a broadly applicable analytical framework. *Health Policy*, 119(4), 522-529. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.12.003
- Stubbe J, Spreeuwenberg P, ten Asbroek G. (2007). *CQ-index Diabetes Schaalconstructie, betrouwbaarheid en discriminerend vermogen van de ervaringenvragenlijst*. Utrecht: NIVEL.
- Tietschert MV, van Raak AJA, Angeli F, Singer SJ, Ruwaard D. Translating the PPIC to measure integrated care in the Netherlands: Combining equivalence and contextualization approaches for optimal results. (forthcoming).
- Tweede Kamer. (2014). *Motie van het lid Wolbert*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.
- Van de Ven WPM, Schut FT, Hermans HEGM, de Jong JD, van der Maat M, Coppens R, Friele RD. (2009). *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag*. Den Haag: ZonMw.
- Van de Ven WP, Beck K, Buchner F, Schokkaert E, Schut FT, Shmueli A, Wasem J. (2013). Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? *Health Policy*, 109(3), 226-245. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.01.002
- Van den Berg MJ, de Boer D, Gijzen R, Heijink R, Limburg LCM, Zwakhals SLN. (2014). *Zorgbalans 2014. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Van den Bovenkamp HM. (2010). *De beperkte macht van patiënten: een studie naar actie burgerschap in de Nederlandse gezondheidszorg*. PhD thesis. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Van den Brink C, Savelkoul M. (2013). Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*, from <http://www.nationaalkompas.nl/algemeen/meta-informatie/bronbeschrijvingen/achtergronddocument-gezondheidsmonitor>

- Van der Heide I, Uiters E, Zantinge EM. (2013). Wat zijn gezondheidsvaardigheden? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\ Determinanten\Leefstijl\Gezondheidsvaardigheden, 11 juni 2013.
- Vektis. (2013). *Zorgthermometer. Zorg in regio's*. Zeist: Vektis.
- Vitaal Vechtdal. (2015). *Vitaal Vechtdalpolis spelregels*. Retrieved 4 april 2015, from <http://www.vitaalvechtdalpolis.nl/spelregels-sportverenigingen>
- Verweij A, van der Lucht F. (2011). *Gezondheid in krimpregio's*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Verweij A, van der Lucht F. (2014). *Gezondheid in krimpregio's: verdiepingsstudie*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2007). *Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie*. Den Haag: VWS.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2008). *Programmatische aanpak voor chronisch zieken*. Den Haag: VWS.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2011). *Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij'*. Den Haag: VWS.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2012). *Zorg en ondersteuning in de buurt*. Den Haag: VWS.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2013a). *Kamerbrief betreffende proeftuinen en pilots 'betere zorg met minder kosten'*. Den Haag: VWS.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2013b). *Agenda voor een Nationaal Programma Preventie*. Den Haag: VWS.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2013c). *Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst*. Den Haag: VWS.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2014). *Voorhangbrief bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg*. Den Haag: VWS.
- Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, Sixta C. (2001). Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27(2), 63-80.
- Wendel-Vos GC, Schuit AJ, Saris WH, Kromhout D. (2003). Reproducibility and relative validity of the short questionnaire to assess health-enhancing physical activity. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(12), 1163-1169.
- ZN, Zorgverzekeraars Nederland (2014). *Praktijkvariatierapport 7 aandoeningen electieve zorg 2014*. Zeist: ZN.

Bijlagen

Bijlage 1

Auteurs, projectteam en begeleidende commissies

Landelijke monitor proeftuinen

Auteurs en projectleiding

Prof.dr. C.A. Baan	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
Dr. H.W. Drewes	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
Dr. R. Heijink	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
Dr. J.N. Struijs	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg

Redactie en projectondersteuning

Drs. L.C.M. Limburg	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
E.M. Slichter	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij

Wetenschappelijke Adviescommissie

Dr. D.H. de Bakker	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)
Dr. R. van Breugel	VGZ Zorgverzekeraar
Drs. V.A.J. op den Brink	ROS Robuust
Prof.dr. T.E.D. van der Grinten	Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, voorzitter
Drs. E.G. Hiddink, PharmD	Health Base
Dr. J.B.F. Hutten	Ministerie van VWS, Directie Publieke Gezondheid
Dr. P.P.T. Jeurissen	Ministerie van VWS, Directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt
Mr. H.J. van Kasteel	Ministerie van VWS, Directie Curatieve Zorg (per 01-03-2015)
Drs. A.D. Mosterdijk	Ministerie van VWS, Directie Curatieve Zorg (tot 01-03-2015)
Prof.dr. J.A.M. van Oers	RIVM, Bureau Directieraad
Prof.dr. K. Putters	Sociaal Cultureel Planbureau
Prof.dr. F.T. Schut	Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Prof.dr. K. Stronks	Universiteit van Amsterdam, Academisch Medisch Centrum, Sociale Geneeskunde

Prof.dr. R. Torenvlied
Prof.dr. N.J. de Wit

Universiteit Twente, Vakgroep Public Administration
Universiteit Utrecht, Universitair Medisch Centrum Utrecht

Klankbordgroep RIVM

Dr. M.J. van den Berg
Drs. L.I. Hartman
Prof.dr. J.A.M. van Oers
Prof.dr. J.J. Polder
Prof.dr.ir. A.J. Schuit
Drs. L. Stokx

RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
RIVM, Communicatie
RIVM, Bureau Directieraad, voorzitter
RIVM, Bureau Directieraad
RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
RIVM, Bureau Directieraad

Met bijdragen van

Drs. R. Hendriks
Drs. B.M. Steenkamer
Drs. E. de Vries

RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg

Met dank aan

De proeftuinen, in het bijzonder de programmamanagers en de geïnterviewde stuurgroepleden.

Bijlage 2

Afkortingen

ACM	Autoriteit Consument & Markt
ACO	Accountable Care Organization
ATC	Anatomical, Therapeutical and Chemical
AVM	Apothekers Vereniging Maastricht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
aZM	academisch Ziekenhuis Maastricht
AZR	AWBZ-brede zorgregistratie
BGGZ	Basis geestelijke gezondheidszorg
BI	Betrouwbaarheidsinterval
BIBO	Better in, better out
CAZO	Categorale zorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CCM	Chronic Care Model
CGA	Compleet Geriatrisch Assessment
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease / chronisch obstructieve longziekte
COROP	Coördinatie Commissie Regionaal OnderzoeksProgramma
CQI	Consumer Quality Index
CTS	Carpaal tunnel syndroom
CVRM	Cardiovasculair Risicomanagement
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DFZ	De Friesland Zorgverzekeringen
DIAZOM	Diabetes Zorg op Maat, project binnen SmZ
DiaZon	Diabeteszorggroep Noord-Kennemerland
DM	Diabetes mellitus
DOH	De Ondernemende Huisarts
DOT	DBC's op weg naar transparantie
DVN	Diabetesvereniging Nederland
ECG	Electrocardiogram
ELPC	Eerstelijnspluscentrum
EMG	Electromyogram
ESV	Eerstelijnsamenwerkingsverband
FKG	Farmaceutische Kosten Groep
Fte	Fulltime-equivalent

GB-GGZ	Generalistische basis geestelijke gezondheidszorg
GES	Geïntegreerd eerstelijns samenwerken
GEZ	Geïntegreerde eerstelijnszorg
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
HA	Huisarts
HAFANK	Hartfalen Noord-Kennemerland
HAG	Huisartsgeneeskunde
HAGRO	Huisartsengroep
HAP	Huisartsenpost
HIDHA	Huisarts in dienst van huisarts
HIS	Huisarts Informatie Systeem
HKN	Huisartsen Kop van Noord-Holland
HONK	Huisartsen Organisatie Noord-Kennemerland
HOZL	Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg
HZNK	Huisartsenzorg Noord-Kennemerland
ICPC	International Classification of Primary Care
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IQ	IQ healthcare
IVM	Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
KBA	Kaderarts Bewegingsapparaat
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LMP	Landelijke monitor proeftuinen (RIVM)
M&I	Modernisatie & Innovatie bekostigingsmodule
MCA	Medisch Centrum Alkmaar
MCL	Medisch Centrum Leeuwarden
MFB	Medisch Farmaceutische Beslisregels
MMC	Maxima Medisch Centrum
MU	Maastricht University
MUMC	Maastricht Universitair Medisch Centrum
NDF	Nederlandse Diabetes Federatie
NHN	Noord-Holland-Noord
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PAM	Patient Activation Measure
PDCA	Plan, do, check, actualize
PELGRIM	Populatiemanagement eerstelijnsgezondheidszorg regio Arnhem in model
POH	Praktijkondersteuner van de huisartsenpraktijk
PoZoB	Praktijkondersteuning Zuidoost-Brabant
PPIC	Patient Perceptions of Integrated Care
PZF	Populatiegerichte Zorg en Financiering
REOS	Regionaal ondersteuningsstructuur
RHZ	Regionale HuisartsenZorg

RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROS	Regionale Ondersteuningsstructuur
RVVZ	Reserves Vrijwillige ziekenfondsverzekering, Innovatiefonds zorgverzekeraars
SBSQ	Set of Brief Screening Questions
SEH	Spoedeisende Hulp
SES	Sociaaleconomische status
SGGZ	Specialistische geestelijke gezondheidszorg
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden
SmZ	Slimmer met Zorg
SOKA	Stichting Ouderenzorg Kanaalzone
SOLK	Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten
SSiZ	Samen Sterker in Zorg
Starlet DC	Starlet Diagnostisch Centrum
Stizon	Stichting Informatievoorziening voor Zorg en Onderzoek
STZ	Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen
SVRZ	Stichting voor regionale zorgverlening
SWO	Samenwerkingsovereenkomst
TIPP	Transmuraal Interactief Patiënten Platform
TNO	Nederlandse organisatie voor Toegepast-Natuurwetenschappelijk Onderzoek
UMCG	Universitair Medisch Centrum Groningen
V&V	Verpleging en verzorging
VAL	Verenigde Apotheken Limburg
VEZN	Versterking Eerstelijn Zuid-Nederland
VGZ	Zorgverzekeraar
VRM	Vasculair risicomanagement
VSV	Verloskundig Samenwerkingsverband
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VV&T	Verpleging, verzorging en thuiszorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wpg	Wet publieke gezondheid
Wtcg	Wet tegemoetkoming chronische zieken en gehandicapten
Z&Z	Zorg en Zekerheid
ZB	Zorgbelang
ZIO	Zorg in Ontwikkeling, eerstelijns zorgorganisatie
ZIP	Zorginhoudelijke pilots
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 3

Methoden en data

De Hoofdstukken 2 - 4 beginnen met een beknopte beschrijving van de methoden voor dit rapport. Deze bijlage geeft een nadere toelichting op de betreffende methoden. In bijlage 3.1 wordt ingegaan op de verschillende manieren van gegevensverzameling. Vervolgens wordt in bijlage 3.2 ingegaan op de onderzoekspopulatie. Bijlagen 3.3 - 3.7 geven vervolgens inzicht in de methoden en analyses van de afzonderlijke gegevensmodules.

B 3.1 Manieren van gegevensverzameling

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen die centraal staan in dit rapport, zijn kwantitatieve en kwalitatieve gegevens gebruikt. Hierbij werden de volgende gegevensmodules gebruikt:

Kwantitatieve gegevensmodules:

- Gezondheidsmonitor (bestaande databron)
- Doodsoorzakenstatistiek (bestaande databron)
- LMP-enquête (verzameld)
- Vektis-data (bestaande databron)

Kwalitatieve gegevensbronnen:

- Ingevulde formats voor de beschrijving van de proeftuin
- Semigestructureerde interviews

Na een toelichting op de onderzoekspopulatie van beide gegevensmodules (paragraaf B 3.2), worden in de volgende paragrafen (B 3.3 - B 3.7) de wijzen van gegevensverzameling verder toegelicht.

B 3.2 Onderzoekspopulatie

De Landelijke monitor proeftuinen populatiemanagement evalueert de negen proeftuinen en haar proeftuinpopulaties. De proeftuinen zijn aangedragen door het ministerie van VWS op voordracht van de verzekeraars.

Kwantitatieve gegevensmodule

De LMP onderscheidt de volgende onderzoekspopulaties:

- Proeftuinregio: alle inwoners van de geografische regio van de proeftuin. De proeftuinregio's zijn gedefinieerd aan de hand van de postcodes zoals deze door de proeftuinen zijn aangeleverd.
- Proeftuinpopulatie: de populatie die valt binnen de proeftuin zoals afgebakend door de betreffende proeftuin. Voor een aantal proeftuinen is dit afgebakend tot patiënten van huisartsen aangesloten bij de deelnemende zorggroep en/of specifieke verzekeraar.
- Interventiepopulatie: de mensen die daadwerkelijk interventies ontvangen binnen de proeftuin.
- Subpopulaties: binnen de LMP wordt naast bovenstaande populaties ingezoomd op drie subpopulaties binnen de proeftuin, te weten: mensen met diabetes, mensen met angst en depressieve (klachten) en ouderen.

Kwalitatieve gegevensmodule

De onderzoekspopulatie voor de kwalitatieve gegevensmodule betreffen in dit rapport de stuurgroepleden en programmamanagers van de proeftuinen. In de volgende rapportages zullen ook burgers en zorgaanbieders nadrukkelijker worden meegenomen.

B 3.3 Gezondheidsmonitor

Databronnen

De Gezondheidsmonitor is een landelijke vragenlijst waaraan in 2012 ruim 387.000 volwassenen Nederlanders hebben deelgenomen. De Gezondheidsmonitor bevat gegevens uit door GGD-en uitgezette vragenlijsten in september-november 2012 (ruim 376.000 respondenten), aangevuld met gegevens uit de Gezondheidsenquête van het CBS (bijna 11.000 respondenten). Voor dit rapport is gebruik gemaakt van de volgende onderwerpen uit deze vragenlijsten: ervaren gezondheid, beperkingen, chronische aandoeningen, angst en depressie, eenzaamheid, lengte en gewicht, bewegen, alcoholgebruik en roken. De vragenlijsten zijn op verschillende manieren afgenomen: via internet, schriftelijk, telefonisch en ook face-to-face.

Onderzoekspopulatie

De proeftuinregio's zijn gedefinieerd aan de hand van de postcodes zoals deze door de proeftuinen zijn aangeleverd. De Gezondheidsmonitor is opgebouwd uit de Gezondheidsenquête en GGD-enquêtes. De steekproeftrekking verschilt enigszins tussen deze vragenlijsten. Voor de jaarlijkse Gezondheidsenquête wordt een steekproef getrokken uit de landelijke populatie van 0 jaar of ouder, gestratificeerd naar COROP-gebied. Voor de GGD-vragenlijsten wordt gestratificeerd naar een combinatie van GGD-regio en leeftijdscategorie (en vaak ook gemeente), waarbij alleen inwoners ouder dan 19 zijn meegenomen. Binnen elk stratum is een aselechte steekproef getrokken proportioneel aan de populatieomvang. Iedere GGD-regio bepaalde zelf de omvang van de steekproef. De uiteindelijk gebruikte dataset bevat alleen volwassenen (jongeren onder de 19 jaar uit de Gezondheidsenquête zijn geëxcludeerd).

Uitkomstmaten

Binnen de gezondheidsmonitor wordt inzicht gegeven in de gezondheid van de populatie op een aantal uitkomstmaten, te weten ervaren gezondheid, beperkingen, chronische aandoeningen, mentale gezondheid en leefstijl. Hieronder volgt een nadere toelichting per dimensie.

- **Ervaren gezondheid**

De *ervaren gezondheid* wordt in de Gezondheidsmonitor gemeten aan de hand van de vraag “Hoe is over het algemeen uw gezondheid?”, met vijf antwoordcategorieën van ‘Zeer goed’ tot ‘Zeer slecht’. Meerdere onderzoeken hebben aangetoond dat deze algemene gezondheidsvraag significant geassocieerd is met mortaliteit (Jylhä, 2009). In dit rapport wordt de gemiddelde score weergegeven en het percentage respondenten dat de vraag beantwoordde met ‘Slecht’ of ‘Zeer slecht’.

- **Beperkingen**

In de Gezondheidsmonitor waren zeven vragen opgenomen over *beperkingen*, verdeeld over drie dimensies: horen (twee vragen over het kunnen volgen van gesprekken in een groep en één-op-één), zien (twee vragen over het kunnen lezen van kleine letters in de krant en het kunnen herkennen van iemand op afstand) en bewegen (drie vragen over het kunnen tillen, iets oppakken van de grond en het lopen van 400 meter). Deze vragen zijn gebaseerd op de OECD Disability Survey (McWhinnie, 1981). Elke vraag kent vier antwoordcategorieën van ‘Ja, zonder moeite’ t/m ‘Nee, dat kan ik niet’. Een respondent heeft een beperking als ‘Ja, met grote moeite’ of ‘Nee, dat kan ik niet’ wordt geantwoord op één van de onderliggende vragen. In dit rapport wordt het percentage inwoners met een beperking weergegeven, zowel voor de drie afzonderlijke dimensies als voor minimaal één dimensie. Overigens wordt het gebruik van hulpmiddelen voor horen, zien en bewegen in de vragen meegenomen, dus het gaat om ervaren beperkingen eventueel met deze hulpmiddelen.

- **Chronische aandoeningen**

Het onderdeel *chronische aandoeningen* in de Gezondheidsmonitor bestaat uit een lijst van negentien chronische aandoeningen waarvan aan de respondent wordt gevraagd of hij/zij de betreffende aandoening heeft gehad in de afgelopen 12 maanden. De volgende aandoeningen worden meegenomen: suikerziekte, beroerte, hartinfarct, ernstige hartaandoening, kanker, migraine/ernstige hoofdpijn, hoge bloeddruk, vernauwing bloedvaten in buik/benen, astma of COPD, psoriasis, chronisch eczeem, duizeligheid met vallen, ernstige of hardnekkige darmstoornissen, incontinentie, gewrichtsslijtage van heup of knieën, chronische gewrichtsontsteking, ernstige of hardnekkige aandoening van rug, andere ernstige of hardnekkige aandoening van nek of schouder, andere ernstige of hardnekkige aandoening van elleboog, pols of hand. In dit rapport berekenen we het percentage inwoners dat één of meerdere chronische aandoening heeft gehad in de afgelopen 12 maanden.

- **Mentale gezondheid**

Voor *psychische gezondheid* zijn twee dimensies uit de Gezondheidsmonitor gebruikt: *eenzaamheid* en *risico op angststoornis en depressie*. Eenzaamheid is “een negatieve situatie, gekenmerkt door gemis en teleurstelling” (Savelkoul & van Tilburg, 2010). Eenzaamheid wordt gemeten

op basis van de 'Loneliness Scale' die bestaat uit elf vragen, met elk drie antwoordcategorieën (De Jong Gierveld, 1989). De drie antwoordcategorieën per vraag ('ja'; 'min of meer'; 'nee') worden omgezet in één eenzaamheidspunt of niet. Meer punten betekent meer eenzaamheid (twee of meer missings betekent geen score). De elf vragen worden voor iedere respondent omgezet in twee uitkomsten: een somscore over alle vragen heen en een dichotome variabele waarbij drie of meer eenzaamheidspunten als afkappunt zijn gebruikt (De Jong Gierveld & Kamphuis, 1985). Het risico op angststoornis en depressie is gemeten met de 'Kessler Psychological Distress Scale' welke bestaat uit tien vragen met ieder vijf antwoordcategorieën. Door de scores (1-5 per vraag) op te tellen worden respondenten ingedeeld in een van de volgende categorieën: laag/geen risico (score van 10-15), matig risico (score 16-29) en hoog risico (score 30-50).

- **Leefstijl**

Op het gebied van *leefstijl* zijn vier typen uitkomsten uit de Gezondheidsmonitor opgenomen; roken, alcoholgebruik, overgewicht en bewegen. We rapporteren het percentage mensen dat aangeeft op dit moment te *roken*. *Overmatig alcoholgebruik* is gedefinieerd als: meer dan 14 glazen alcohol per week voor vrouwen en meer dan 21 glazen alcohol per week voor mannen. Volgens de veelgebruikte standaard is het percentage inwoners met overgewicht bepaald op basis van BMI ($BMI \geq 25$). Tot slot wordt de fysieke activiteit in de Gezondheidsmonitor gemeten aan de hand van de SQUASH vragenlijst (Wendel-Vos et al., 2003; de Hollander et al., 2012). Of iemand al dan niet voldoende beweegt kan volgens twee normen worden bepaald: tenminste 5 dagen per week minimaal 30 minuten per dag matig intensief bewegen (Beweegnorm) of ten minste drie keer per week minimaal 20 minuten zwaar intensieve lichamelijke activiteit (Fitnorm). In dit rapport wordt het percentage inwoners dat aan één van beide normen voldoet berekend.

Respons Gezondheidsmonitor

In totaal hebben 387.195 personen meegedaan aan de Gezondheidsmonitor. Onderstaande tabel geeft voor de verschillende items uit de vragenlijst weer welke percentages van de respondenten deze heeft beantwoord.

Tabel B 3.3.1: Responspercentage per item uit de Gezondheidsmonitor

	Blauwe Zorg	Friesland Voorop	Goed Leven	Mijn Zorg	PZF Rijnland	PELGRIM	SSiZ	SmZ	Vitaal Vechtdal	Overig
Aantal respondenten	9.675	6.605	2.395	13.189	2.219	4.908	6.310	23.759	1.050	317.085
Ervaren gezondheid										
% met 'gaat wel' tot 'zeer slecht' ervaren gezondheid	98,6	98,8	98,5	98,2	99,4	98,8	99,3	98,7	99,0	98,7
Beperkingen										
% met 1 of meer beperking	98,4	94,6	98,0	97,8	96,0	96,8	98,0	98,6	96,1	97,1
Chronische aandoeningen										
% met minimaal 1 chronische aandoening	91,2	86,8	85,0	91,5	94,3	87,4	95,0	86,0	84,5	87,8
Mentale gezondheid										
% eenzaam	95,2	90,1	89,2	94,1	90,5	92,9	92,3	91,4	91,0	92,6
% met matig of hoog risico op angststoornis of depressie	97,0	90,7	94,1	96,0	91,4	93,4	94,0	95,8	91,7	94,2
Leefstijl										
% overmatige drinkers	89,8	91,7	90,9	88,7	91,9	91,9	91,6	92,1	91,4	91,2
% met overgewicht	95,9	96,8	96,7	94,9	97,2	97,6	95,2	95,3	96,7	96,1
% rokers	98,7	98,9	97,8	98,4	99,6	97,9	99,2	98,3	98,0	98,3
% voldoet aan beweegnorm of fitnorm	94,7	93,7	91,7	93,9	94,6	94,6	93,9	94,6	92,3	93,9

Analyse

Voor alle gezondheidsindicatoren gebaseerd op de Gezondheidsmonitor is het gemiddelde en het betrouwbaarheidsinterval (BI) berekend per proeftuin. Hierbij zijn weegfactoren gebruikt waarmee de resultaten representatief worden gemaakt voor de onderliggende populatie. Deze weegfactoren zijn berekend door het CBS op basis van leeftijd, geslacht, GGD-regio, gemeente, burgerlijke staat, urbanisatiegraad, type huishouden, herkomst en inkomen (zie Buelens et al., 2013 voor meer details). Daarnaast is bij de berekening van de BI'en rekening gehouden met de (gestratificeerde) wijze van steekproeftrekking.

Voor de standaardisatie zijn per gezondheidsuitkomst (behalve mortaliteit) logistische regressiemodellen geschat met de gezondheidsuitkomst als afhankelijke variabele en leeftijd en geslacht als onafhankelijke variabelen. Deze modellen zijn geschat voor de gehele populatie. Op basis van deze modeluitkomst is per gezondheidsindicator voor iedere respondent een verwachte uitkomst voorspeld. Per proeftuin en uitkomstmaat is vervolgens de ratio berekend tussen de voorspelde en de waargenomen uitkomst. Deze ratio is vervolgens vermenigvuldigd met het geobserveerde gemiddelde op landelijk niveau. Deze standaardisatiemethode is veelvuldig toegepast in eerder onderzoek (Ash et al., 2003).

Betrouwbaarheid

Onderstaande tabel toont de score per proeftuinregio voor iedere gezondheidsindicator inclusief BI.

Tabel B 3.3.2: Gezondheid proeftuinregio's (per indicator het gewogen gemiddelde en tussen haakjes het 95% betrouwbaarheidsinterval)
(Bron: Gezondheidsmonitor, 2012)

	Blauwe Zorg	Friesland Voorop	Goed Leven	Mijn Zorg	PZF Rijnland	PELGRIM	SSiZ	SmZ	Vitaal Vechtdal	NL
Ervaren gezondheid										
% met 'gaat wel' tot 'zeer slecht' ervaren gezondheid	26,2 (25,0-27,4)	19,2 (18,0-20,4)	26,7 (24,8-28,8)	32,2 (31,2-33,2)	19,0 (17,1-21,0)	22,7 (21,0-24,6)	22,4 (20,9-24,0)	24,5 (23,8-25,2)	21,9 (17,8-26,5)	23,6 (23,3-23,8)
Beperkingen										
% met 1 of meer beperking - totaal	14,8 (14,0-15,7)	12,4 (11,5-13,5)	17,5 (15,9-19,2)	18,9 (18,1-19,7)	11,2 (9,8-12,7)	13,8 (12,4-15,3)	11,9 (10,8-13,1)	15,5 (15,0-16,1)	14,9 (11,7-18,7)	14,9 (14,7-15,1)
Chronische aandoeningen										
% met minimaal 1 chronische aandoening	62,9 (61,4-64,4)	58,0 (56,3-59,6)	66,1 (63,5-68,6)	69,7 (68,6-70,8)	57,0 (54,3-59,7)	62,5 (60,4-64,6)	57,3 (55,3-59,3)	57,9 (57,0-58,8)	57,1 (51,6-62,4)	60,4 (60,1-60,7)
Mentale gezondheid										
% eenzaam	37,7 (36,2-39,1)	37,2 (35,5-38,8)	46,7 (44,1-49,2)	40,4 (39,3-41,6)	37,1 (34,5-39,8)	36,9 (34,8-39,0)	39,5 (37,5-41,5)	40,4 (39,5-41,3)	31,6 (27,2-36,3)	39,0 (38,7-39,3)
% met matig of hoog risico op angststoornis of depressie	40,5 (39,0-42,0)	35,2 (33,6-36,8)	35,7 (33,3-38,1)	43,3 (42,2-44,5)	38,5 (35,8-41,2)	39,9 (37,7-42,1)	38,1 (36,1-40,1)	41,9 (41,0-42,8)	35,4 (30,5-40,6)	40,0 (39,7-40,3)
Leefstijl en persoonsgebonden factoren										
% rokers	22,6 (21,3-24,0)	23,3 (21,9-24,7)	20,1 (18,2-22,2)	25,6 (24,6-26,6)	22,9 (20,6-25,3)	21,8 (20,1-23,7)	20,5 (18,9-22,3)	21,3 (20,5-22,0)	24,7 (20,4-29,5)	22,7 (22,5-23,0)
% overmatige drinkers	9,6 (8,7-10,6)	9,4 (8,5-10,5)	7,7 (6,5-9,2)	6,8 (6,2-7,5)	11,7 (10,1-13,5)	7,4 (6,5-8,6)	10,0 (8,8-11,3)	9,2 (8,7-9,7)	11,1 (7,4-16,3)	8,4 (8,2-8,6)
% met overgewicht	46,5 (45,1-48,0)	47,4 (45,8-49,1)	53,5 (51,0-56,0)	54,4 (53,3-55,5)	42,1 (39,5-44,7)	48,1 (46,0-50,2)	45,1 (43,1-47,1)	48,4 (47,5-49,3)	51,3 (46,2-56,5)	48,3 (48,0-48,6)
% voldoet aan beweegnorm of fitnorm (<55 jaar)	59,7 (57,5-61,9)	63,9 (61,7-66,1)	62,2 (58,4-65,8)	51,2 (49,6-52,9)	65,9 (62,3-69,3)	62,4 (59,6-65,1)	67,1 (64,3-69,8)	61,4 (60,1-62,6)	67,9 (60,9-74,2)	62,3 (61,9-62,7)
% voldoet aan beweegnorm of fitnorm (55+ jaar)	70,7 (69,1-72,2)	77,6 (75,8-79,3)	77,3 (74,8-79,6)	64,3 (62,9-65,7)	81,7 (79,1-84,0)	75,1 (72,1-78,0)	81,9 (80,2-83,5)	75,5 (74,6-76,4)	74,4 (67,4-80,3)	76,6 (76,3-76,9)

B 3.4 Doodsoorzakenstatistiek

Databronnen

De Doodsoorzakenstatistiek is een registratie van het CBS waarin gegevens over de doodsoorzaken van alle overleden inwoners van Nederland zijn opgenomen. In dit rapport is gebruik gemaakt van de Doodsoorzakenstatistiek over het jaar 2012.

Onderzoekspopulatie

De proeftuinregio's zijn gedefinieerd aan de hand van de postcodes zoals deze door de proeftuinen zijn aangeleverd. Alle respondenten uit de vragenlijst en alle personen in de Doodsoorzakenstatistiek zijn op basis van deze 4-cijferige postcodelijsten toegewezen aan een proeftuin, of de rest van Nederland.

Uitkomstmaat: Mortaliteit

Voor *mortaliteit* worden twee uitkomsten gebruikt; de totale sterfte per 10.000 inwoners in een regio en de direct gestandaardiseerde sterfte per 10.000 inwoners. De direct gestandaardiseerde sterfte geeft de sterfte per 10.000 inwoners weer als de sterftekenmerken van de regio zouden gelden voor de Nederlandse bevolking.

Analyse

In de direct gestandaardiseerde sterfte per 10.000 inwoners is het sterftecijfer gecorrigeerd voor verschillen in demografische opbouw tussen populaties. Voor elke regio is hiervoor per geslacht en leeftijdsklasse (in totaal 10 leeftijdsklassen) de sterfte per 10.000 inwoners vermenigvuldigd met de fractie van de bevolking in die groep in Nederland. De fractie is hierbij gelijk aan het aandeel, qua aantal personen, van de specifieke geslacht/leeftijdsklasse in de totale bevolking.

B 3.5 LMP-vragenlijst

Databron

De LMP-vragenlijst bestond uit drie versies die elk in een aparte (sub)populatie zijn uitgezet: de algemene populatie, diabetespopulatie en ouderenpopulatie. In iedere versie is gebruik gemaakt van eenzelfde basisset aan onderwerpen: persoonlijke gegevens (leeftijd, geslacht, opleiding, herkomst), algemene gezondheid, leefstijl, psychisch welbevinden, zelfmanagement, omgaan met medische informatie, participatie ((vrijwilligers)werk en mantelzorg), samenwerking en afstemming tussen zorgverleners en de mening over kwaliteit van zorg. In de vragenlijst voor ouderen zaten daarnaast nog extra vragen over welbevinden en de vragenlijst voor mensen met diabetes bevatte extra vragen over leefstijladviezen en over de ervaren kwaliteit van de diabeteszorg.

De respondenten uit de subpopulatie ouderen ontvingen een uitnodiging met een schriftelijke vragenlijst en de respondenten in de algemene en diabetespopulatie kregen een uitnodiging voor deelname via internet (indien men toch liever een schriftelijke vragenlijst wilde invullen is deze op aanvraag toegestuurd). In totaal is tweemaal een herinneringsbericht verzonden.

Populaties

De proeftuinregio's zijn gedefinieerd aan de hand van de postcodes zoals deze zijn aangeleverd door de proeftuinen. Alle respondenten zijn in de steekproeftrekking op basis van woonplaats (4-cijferige postcode), zoals deze bekend was bij de zorgverzekeraar, toegewezen aan een proeftuinregio of de rest van Nederland. Voorafgaand aan de steekproeftrekking zijn alle verzekerden onder de 18 jaar geëxcludeerd, evenals alle verzekerden die het afgelopen jaar een andere vragenlijst hadden ontvangen (ter voorkoming van overbelasting) en alle verzekerden waarvan geen inschrijftarief bij een huisarts was gedeclareerd. Dit laatste criterium is gebruikt om 'zwaardere' intramurale patiënten niet te belasten met deze vragenlijst. Iedere zorgverzekeraar heeft per regio en per (sub)populatie een aselechte steekproef getrokken uit de populatie naar rato van het marktaandeel van de verzekeraar in die regio en (sub)populatie. Dit komt overeen met een aselechte steekproef uit een bestand waarin alle verzekeraars zijn samengenomen.

In de subpopulatie ouderen zijn alle verzekerden van 75 jaar en ouder meegenomen voor wie in het laatste half jaar medicijnen met minimaal vier verschillende ATC-codes op ATC2 niveau waren gedeclareerd. De selectiecriteria voor de diabetespopulatie zijn gebaseerd op het zorggebruik van verzekerden in de eerste lijn en op medicatiegebruik, zie onderstaande tabel.

Tabel B 3.5.1: Selectiecriteria diabetespopulatie

Selectie criterium	Codes
Criterium 1 Alle verzekerden met een huisarts-declaratie onder de Beleidsregel 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen' of onder Ketenzorg Diabetes Koptarief	<i>“Verzekerden met in het laatste registratie-halfjaar (april-september) een zorggroep-declaratie met één van de volgende prestatiecodes”:</i> 0001, 40050, 11602, 15000, 15001, 15004, 15005, 15007, 15008, 15009, 15010, 15011, 15012, 15013, 15014, 15015, 15016, 15017, 15018, 15019, 15020, 15021, 15022, 15025, 15026, 15027, 15028, 15029, 15030, 15031, 15032, 15033, 15034, 15035, 15036, 15037, 15038, 15039, 15040, 15043, 15044, 15045, 15060, 15061, 15062, 15064, 15065, 15075, 15076, 15087, 15088, 15089, 15091, 15092, 15093, 15098, 15099, 15100, 15105, 15106, 15111, 15118
Criterium 2 Alle verzekerden met een declaratie voor minimaal één van de hiernaast genoemde diabetesmedicijnen	<i>“Verzekerden met in het laatste registratie-halfjaar (april-september) een medicatie-declaratie met één van de volgende ATC-codes”:</i> A10BA02, A10BB01, A10BB03, A10BB09, A10BB12, A10BD02, A10BD03, A10BD04, A10BD05, A10BD07, A10BD08, A10BD11, A10BF01, A10BG02, A10BG03, A10BH01, A10BH02, A10BH03, A10BH05, A10BX02, A10BX04, A10BX07

Representativiteit

In alle regio's is door iedere verzekeraar een steekproef getrokken naar rato van het marktaandeel in de regio. Aangezien de preferente verzekeraar uit de ene ontbrekende proeftuin in het geheel nog niet mee kon doen aan de vragenlijst ontbrak deze ook in de steekproeftrekking voor de overige regio's. Uiteindelijk kunnen met de resultaten in dit hoofdstuk dus alleen uitspraken worden gedaan over de totale populatie van de vijf aan de vragenlijst deelnemende verzekeraars in acht proeftuinregio's.

Uiteindelijk is de vragenlijst geheel of gedeeltelijk ingevuld door ruim 7000 respondenten, waarvan 2841 respondenten uit de algemene steekproef (respons van 23,7%), 2724 uit de ouderensteekproef (respons van 48,6%) en 1472 uit de diabetessteekproef (respons van 26,3%). De demografische samenstelling (qua leeftijd en geslacht) van de respondenten in het databestand kon worden vergeleken met die van de totale onderliggende populatie. Dit is gedaan voor de verzekerden van Menzis, VGZ, Zorg en Zekerheid en de Friesland Zorgverzekeraar. Voor CZ waren deze onderliggende cijfers niet beschikbaar. Tabel B 3.5.2 toont de verdeling voor de variabelen leeftijd en geslacht.

Tabel B 3.5.2: Verdeling naar leeftijd en geslacht in de onderliggende populatie ("Totaal") en voor alle inwoners die hebben deelgenomen aan de vragenlijst ("Respons")

Regio	Algemene populatie				Ouderenpopulatie				Diabetespopulatie			
	% 65+		% vrouw		% 80+		% vrouw		% 65+		% vrouw	
	Totaal	Respons	Totaal	Respons	Totaal	Respons	Totaal	Respons	Totaal	Respons	Totaal	Respons
1	36	41	53	47	58	57	59	60	69	56	46	48
2	25	31	51	56	60	55	60	57	65	61	51	42
3*	33	25	49	56	59	60	55	60	70	68	48	44
4*	27	35	50	46	56	55	55	55	62	54	41	26
5	24	33	53	55	62	61	63	59	60	55	49	45
6	25	28	52	55	58	60	61	59	61	60	50	42
7	31	43	53	55	61	58	61	62	65	55	49	54
8	28	34	52	53	59	51	61	60	65	58	48	41
10	27	34	52	52	60	61	60	55	63	59	49	31

1. Blauwe Zorg; 2. Friesland Voorop; 3. GoedLeven; 4. Mijn Zorg; 5. PZF regio Rijnland; 6. PELGRIM; 7. SSiZ; 8. SmZ; 10. rest van Nederland.

*In Regio 3 en Regio 4 heeft CZ een groot marktaandeel waardoor de representativiteitstoets in de tabel met meer onzekerheid is omgeven (CZ ontbreekt daarin).

Uitkomstmaten

Met de LMP-vragenlijst zijn meerdere uitkomstmaten in kaart gebracht die als volgt zijn gemeten:

- **Algemeen cijfer voor kwaliteit van de totale/diabeteszorg**
De vraag “Op een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 de slechts mogelijke zorg is en 10 de best mogelijke zorg; welk cijfer zou u geven aan de *totale zorg* die u in de afgelopen 12 maanden ontving?” is gebaseerd op een vraag uit de CQ-Index Huisartsenzorg (Meeuwissen, 2009). In de LMP-vragenlijst is de scope van deze vraag aangepast in de totale zorg of de diabeteszorg. De vraag werd door respondenten beantwoord op een schaal van 0 t/m 10. In de vragenlijst voor de diabetespopulatie is dezelfde vraag nog eens opgenomen met totale zorg vervangen door diabeteszorg.
- **Samenwerking en afstemming**
Het onderwerp samenwerking en afstemming bestond uit 12 vragen. Hiervan ging één vraag over de beoordeling van samenwerking tussen zorgverleners in het algemeen en zes vragen over het maken van afspraken tussen zorgverleners en verwijzen. Deze zeven vragen zijn gebaseerd op eerder onderzoek (Stubbe et al., 2007; Struijs et al., 2012). De algemene beoordelvingsvraag bestond uit vijf antwoordcategorieën, van ‘Uitstekend’ t/m ‘Slecht’, plus ‘Niet van toepassing’. De respondenten zijn hierbij ingedeeld in twee categorieën: ‘Uitstekend’ of ‘Goed’ tegenover ‘Matig’ of ‘Slecht’. De zes vragen over het maken van afspraken tussen zorgverleners bestonden uit vijf antwoordcategorieën van ‘Bijna niet’ t/m ‘Bijna altijd’. Voor elke vraag zijn de respondenten ingedeeld in ‘Meestal’ of ‘Bijna altijd’ tegenover ‘Bijna nooit’, ‘Over het algemeen niet’ of ‘Soms’.
De laatste vijf vragen over samenwerking en afstemming komen uit de Patient Perceptions of Integrated Care (PPIC) vragenlijst (Singer et al., 2012). Deze gaan over het op de hoogte zijn van zorgverleners van welke zorg andere zorgverleners geleverd hebben. De eerste drie PPIC vragen betreffen het op de hoogte zijn van zorgverleners van de medische geschiedenis van de patiënt en de zorg die wordt verleend door andere zorgverleners. Deze drie vragen kenden vier antwoordcategorieën (Nooit, Soms, Meestal, Altijd) waarbij respondenten zijn ingedeeld in twee groepen ‘Meestal’ of ‘Altijd’ tegenover ‘Soms’ of ‘Nooit’. De laatste twee vragen van de PPIC vragenlijst gaan over coördinatie, waarbij als eerste wordt gevraagd of er een zorgverlener was die op de hoogte was van alle zorgbehoeftes en als tweede of er een zorgverlener was die op de hoogte was van alle gebruikte medicijnen. Respondenten zijn bij deze twee vragen ingedeeld in twee categorieën: ‘Ja, altijd’ tegenover ‘Ja, enigszins’ of ‘Nee’.
- **Gezondheidsvaardigheden**
Gezondheidsvaardigheden zijn gemeten aan de hand van de Set of Brief Screening Questions (SBSQ), ontwikkeld door Chew et al. (2004) en vertaald door Fransen et al. (2011). De SBSQ bestaat uit 3 vragen over het omgaan met medische informatie: 1) “Hoe vaak helpt iemand u met het lezen van brieven of folders van uw huisarts of het ziekenhuis?”, 2) “Hoe zeker bent u ervan dat u medische formulieren zelf goed invult?”, en 3) “Hoe vaak is het moeilijk voor u om meer te weten te komen over uw gezondheid, omdat u geschreven informatie niet goed begrijpt?”. Per vraag zijn er vijf antwoordcategorieën van ‘Nooit’ t/m

‘Altijd’, waarbij aan ‘Nooit’ de hoogste score wordt toegekend (5) en aan ‘Altijd’ de laagste (1). Een lage score komt dus overeen met meer problemen in het omgaan met medische informatie.

In lijn met eerdere studies zijn de resultaten verwerkt tot twee uitkomsten. Als eerste is een somscore berekend over de drie vragen heen. Als tweede zijn de respondenten ingedeeld in wel/geen adequate gezondheidsvaardigheden. Deze tweedeling is gebaseerd op de gemiddelde score over de twee vragen waarbij respondenten met een gemiddelde score van twee of minder worden ingedeeld in ‘inadequaar’ (Chew et al, 2004; Fransen et al., 2011).

- **Zelfmanagement**

Zelfmanagement is gemeten met de Patient Activation Measure (PAM). De meest recente versie van de PAM is gebruikt. Deze bestaat uit 13 vragen die inzicht geven in welke mate mensen in staat zijn om met hun gezondheidsproblemen om te gaan (Hibbard et al., 2005). Iedere vraag kent vijf antwoordcategorieën, van ‘Helemaal niet mee eens’ t/m ‘Helemaal mee eens’ plus de optie ‘Niet van toepassing’. De PAM13 is recent vertaald en gevalideerd in de Nederlandse context (Rademakers et al., 2012).

Op basis van de officiële PAM-methode zijn de antwoorden samengevoegd tot een score op een schaal van 0 tot 100, waarbij 0 (100) een lage (hoge) mate van zelfmanagement aangeeft. In deze methode worden respondenten die meer dan drie vragen niet of met ‘Niet van toepassing’ beantwoorden geëxcludeerd. Bij respondenten die 1-3 vragen niet of met ‘Niet van toepassing’ beantwoorden wordt voor de ontbrekende vragen de gemiddelde score op de overige vragen ingevuld.

Respons per item/instrument

Onderstaande tabellen beschrijven voor iedere (sub)populatie het aantal respondenten dat per vraag/instrument is meegenomen in de berekening van de resultaten. Respondenten die niet zijn meegenomen hebben de betreffende vraag overgeslagen (mogelijk vanwege routing in de vragenlijst), een incorrect antwoord gegeven, of niet van toepassing aangekruist. Dit laatste kan bij de vragen “Samenwerking en afstemming algemeen” en “Zelfmanagement” (zie ook voetnoot 3).

Tabel B 3.5.3: Aantal respondenten per vraag/instrument – algemene populatie

	Blauwe Zorg	Friesland Voorop	Goed Leven	Mijn Zorg	PZF Rijnland	PELGRIM	SSiZ	SmZ	Rest NL
Totaal aantal respondenten	256	293	272	259	272	272	308	280	629
Cijfer kwaliteit van totale zorg	220	249	232	233	231	225	251	227	513
Samenwerking en afstemming algemeen	185	212	200	194	199	191	212	188	432
Goede afspraken tussen zorgverleners	170	197	183	190	188	180	188	177	406
Bij verwijzing snel terecht kunnen	166	187	176	177	178	172	178	164	387
Zorgverleners goed op de hoogte van onderlinge afspraken	164	181	176	172	180	172	178	165	375
Verschillende afspraken gecombineerd op 1 dag	158	172	167	168	167	158	156	152	354
Tegenstrijdige adviezen	163	189	180	176	182	174	177	171	389
Kende/raadpleegde huisarts uw medische historie	183	204	191	188	191	186	198	177	419
Andere zorgverleners op de hoogte van huisartszorg	145	172	173	160	165	157	164	145	351
Huisarts op de hoogte van specialistenzorg	167	187	182	176	179	172	187	173	395
Eén zorgverlener op de hoogte van alle zorgbehoefte	162	191	179	174	176	165	176	170	378
Eén zorgverlener op de hoogte van alle medicijnen	167	195	183	176	172	169	177	169	393
Health Literacy (SBSQ) ¹	255	289	269	256	269	267	301	276	623
Zelfmanagement (PAM) ²	199	211	208	215	224	205	236	216	486

¹ Health Literacy wordt gemeten op basis van 3 vragen. Wanneer iemand 1 van de 3 vragen niet invult wordt deze geïmputeerd op basis van het gemiddelde van alle respondenten. De non-respons in deze tabel is dus gebaseerd op het aantal respondenten dat 2 of 3 vragen niet invult.

² Zelfmanagement wordt gemeten op basis van 13 vragen. Wanneer iemand 1 tot 3 vragen niet invult of 'niet van toepassing' invult wordt er wel een uitkomst berekend waarbij de missende vragen worden ingevuld met de gemiddelde waarde uit de overige vragen. De non-respons in deze tabel is dus gebaseerd op het aantal respondenten dat 4 of meer vragen niet invult of 'niet van toepassing' aankruist.

Tabel B 3.5.4: Aantal respondenten per vraag/instrument – ouderenpopulatie

	Blauwe Zorg	Friesland Voorop	Goed Leven	Mijn Zorg	PZF Rijnland	PELGRIM	SSiZ	SmZ	Rest NL
Aantal respondenten	280	309	261	270	256	285	337	308	418
Cijfer kwaliteit van totale zorg	217	244	213	218	210	231	262	246	333
Samenwerking en afstemming algemeen	174	184	181	178	158	192	212	200	260
Goede afspraken tussen zorgverleners	156	170	155	166	146	168	185	184	233
Bij verwijzing snel terecht kunnen	147	143	149	145	133	153	172	169	217
Zorgverleners goed op de hoogte van onderlinge afspraken	145	151	150	151	137	156	173	164	223
Verschillende afspraken gecombineerd op 1 dag	144	140	146	154	129	136	167	156	208
Tegenstrijdige adviezen	146	151	147	152	134	156	174	168	221
Kende/raadpleegde huisarts uw medische historie	168	178	172	180	156	180	191	194	259
Andere zorgverleners op de hoogte van huisartszorg	156	170	170	167	151	166	179	186	237
Huisarts op de hoogte van specialistenzorg	166	180	171	178	163	171	190	192	252
Eén zorgverlener op de hoogte van alle zorgbehoefes	168	180	167	173	169	176	202	190	257
Eén zorgverlener op de hoogte van alle medicijnen	174	186	171	178	171	178	204	190	264
Health Literacy (SBSQ) ¹	265	293	247	256	245	272	322	302	393
Zelfmanagement (PAM) ²	215	225	192	198	193	231	254	250	299
Social Care Outcomes (ASCOT)	227	253	208	223	210	237	272	266	325

¹ Health Literacy wordt gemeten op basis van 3 vragen. Wanneer iemand 1 van de 3 vragen niet invult wordt deze geïmputeerd op basis van het gemiddelde van alle respondenten. De non-respons in deze tabel is dus gebaseerd op het aantal respondenten dat 2 of 3 vragen niet invult.

² Zelfmanagement wordt gemeten op basis van 13 vragen. Wanneer iemand 1 tot 3 vragen niet invult of 'niet van toepassing' invult wordt er wel een uitkomst berekend waarbij de missende vragen worden ingevuld met de gemiddelde waarde uit de overige vragen. De non-respons in deze tabel is dus gebaseerd op het aantal respondenten dat 4 of meer vragen niet invult of 'niet van toepassing' aankruist.

Tabel B 3.5.5: Aantal respondenten per vraag/instrument – diabetespopulatie

	Blauwe Zorg	Friesland Voorop	Goed Leven	Mijn Zorg	PZF Rijnland	PELGRIM	SSiZ	SmZ	Rest NL
Aantal respondenten	147	152	159	159	127	151	171	169	237
Cijfer kwaliteit van totale zorg	139	140	151	145	119	138	161	159	221
Cijfer kwaliteit van diabeteszorg (DM06)	142	144	152	155	119	141	165	164	228
Samenwerking en afstemming algemeen	119	109	134	130	104	116	136	143	195
Goede afspraken tussen zorgverleners	112	93	124	112	96	107	126	129	187
Bij verwijzing snel terecht kunnen	110	104	131	117	98	107	125	132	181
Zorgverleners goed op de hoogte van onderlinge afspraken	103	95	123	105	95	102	117	126	174
Verschillende afspraken gecombineerd op 1 dag	111	105	130	115	96	109	128	133	188
Tegenstrijdige adviezen	124	119	137	131	104	120	137	143	201
Kende/raadpleegde huisarts uw medische historie	102	101	114	111	94	102	109	116	175
Andere zorgverleners op de hoogte van huisartszorg	114	115	136	122	100	109	125	133	195
Huisarts op de hoogte van specialistenzorg	118	112	125	119	99	108	130	129	187
Eén zorgverlener op de hoogte van alle zorgbehoeftes	122	112	137	125	102	113	128	136	196
Eén zorgverlener op de hoogte van alle medicijnen	139	140	151	145	119	138	161	159	221
Leefstijladvisering roken (DM03)	141	137	150	151	115	137	164	153	227
Leefstijladvisering roken (DM04)	115	112	131	133	108	119	139	141	190
Health Literacy (SBSQ) ¹	134	126	138	149	114	140	159	160	210
Zelfmanagement (PAM) ²	126	135	140	145	112	132	142	148	213

¹ Health Literacy wordt gemeten op basis van 3 vragen. Wanneer iemand 1 van de 3 vragen niet invult wordt deze geïmputeerd op basis van het gemiddelde van alle respondenten. De non-respons in deze tabel is dus gebaseerd op het aantal respondenten dat 2 of 3 vragen niet invult.

² Zelfmanagement wordt gemeten op basis van 13 vragen. Wanneer iemand 1 tot 3 vragen niet invult of 'niet van toepassing' invult wordt er wel een uitkomst berekend waarbij de missende vragen worden ingevuld met de gemiddelde waarde uit de overige vragen. De non-respons in deze tabel is dus gebaseerd op het aantal respondenten dat 4 of meer vragen niet invult of 'niet van toepassing' aankruist.

Tabel B 3.5.6: Respons per item/instrument in relatie tot geslacht (% vrouw) en leeftijd (% 65+)

	% vrouw Non-missing	Missing	% 65+ Non-missing	Missing
Cijfer kwaliteit van totale zorg	54	47	34*	28
Gezondheidsvaardigheden	53	53	33	47
Zelfmanagement	53	55	35*	28
Samenwerking en afstemming algemeen	53	46	34*	26
Goede afspraken tussen zorgverleners	53	53	34	32
Bij verwijzing snel terecht kunnen	53	53	33	33
Zorgverleners goed op de hoogte van onderlinge afspraken	53	53	33	33
Verskillende afspraken gecombineerd op 1 dag	52	53	34	33
Tegenstrijdige adviezen	53	52	33	33
Kende/raadpleegde huisarts uw medische historie	53	53	34	32
Andere zorgverleners op de hoogte van huisartszorg	52	54	33	33
Huisarts op de hoogte van specialistenzorg	52	54	35	31
Eén zorgverlener op de hoogte van alle zorgbehoeftes	53	52	34	32
Eén zorgverlener op de hoogte van alle medicijnen	53	53	34	32

Betrouwbaarheid

Onderstaande tabellen tonen voor de algemene populatie en voor de ouderen- en diabetespopulatie, de gemiddelde uitkomst inclusief BI, opgesplitst naar proeftuinregio.

Tabel B 3.5.7: Gemiddelde score en 95% betrouwbaarheidsinterval per vraag/instrument per proeftuinregio – algemene populatie

	Blauwe Zorg	Friesland Voorop	Goed Leven	Mijn Zorg	PZF Rijnland	PELGRIM	SSiZ	SmZ	NL gemiddelde
Cijfer kwaliteit van totale zorg (0-10)	7,3 (7,1-7,4)	7,6 (7,4-7,7)	7,2 (7,0-7,4)	7,4 (7,2-7,6)	7,5 (7,4-7,7)	7,3 (7,1-7,5)	7,5 (7,3-7,7)	7,5 (7,3-7,6)	7,5 (7,3-7,6)
Gezondheidsvaardigheden (somscore tussen 3 en 15)	10,1 (9,8-10,4)	10,4 (10,2-10,6)	9,9 (9,6-10,2)	10,2 (9,9-10,4)	10,2 (9,9-10,5)	10,0 (9,8-10,3)	10,1 (9,8-10,3)	10,0 (9,7-10,3)	10,3 (10,2-10,5)
Gezondheidsvaardigheden (% adequaat)	91,0 (87,5-94,5)	96,2 (94,0-98,4)	93,7 (90,8-96,6)	94,5 (91,7-97,3)	93,3 (90,3-96,3)	93,3 (90,2-96,3)	94,0 (91,3-96,7)	91,3 (88,0-94,6)	95,5 (93,9-97,1)
Zelfmanagement (PAM score 0-100)	61,3 (59,0-63,5)	60,4 (58,3-62,6)	58,7 (56,6-60,7)	61,1 (59,0-63,2)	62,4 (60,3-64,5)	59,7 (57,6-61,9)	62,5 (60,5-64,5)	58,3 (56,4-60,3)	61,4 (60,1-62,7)
Samenwerking en afstemming algemeen (% goed of uitstekend)	74,6 (68,3-80,9)	86,8 (82,2-91,4)	75,0 (69,0-81,0)	70,6 (64,2-77,0)	79,9 (74,3-85,5)	77,5 (71,5-83,4)	76,9 (71,2-82,6)	80,9 (75,2-86,5)	81,9 (78,3-85,6)
Goede afspraken tussen zorgverleners (% meestal of bijna altijd)	68,2 (61,2-75,3)	77,2 (71,3-83,0)	66,7 (59,8-73,5)	65,3 (58,5-72,1)	67,6 (60,8-74,3)	69,4 (62,7-76,2)	67,6 (60,8-74,3)	71,8 (65,1-78,4)	68,0 (63,4-72,5)
Bij verwijzing snel terecht kunnen (% meestal of bijna altijd)	63,9 (56,5-71,2)	70,6 (64,0-77,1)	60,8 (53,6-68,0)	67,8 (60,9-74,7)	66,3 (59,3-73,3)	67,4 (60,4-74,5)	68,0 (61,1-74,9)	64,6 (57,3-72,0)	65,6 (60,9-70,4)
Zorgverleners goed op de hoogte van onderlinge afspraken (% meestal of bijna altijd)	47,6 (39,9-55,2)	67,4 (60,6-74,3)	56,3 (48,9-63,6)	51,2 (43,7-58,7)	51,7 (44,3-59,0)	59,3 (51,9-66,7)	59,0 (51,7-66,2)	54,5 (46,9-62,2)	53,3 (48,3-58,4)
Verskillende afspraken gecombineerd op 1 dag (% meestal of bijna altijd)	42,4 (34,7-50,1)	57,6 (50,2-65,0)	48,5 (40,9-56,1)	53,6 (46,0-61,1)	53,9 (46,3-61,5)	51,9 (44,1-59,7)	52,6 (44,7-60,4)	43,4 (35,5-51,3)	56,8 (51,6-61,9)
Kende/raadpleegde huisarts uw medische historie (% meestal of altijd)	61,2 (54,1-68,3)	62,2 (55,6-68,9)	61,3 (54,3-68,2)	66,0 (59,2-72,7)	72,8 (66,4-79,1)	63,4 (56,5-70,4)	60,1 (53,3-66,9)	64,4 (57,3-71,5)	64,4 (59,9-69,0)
Andere zorgverleners op de hoogte van huisartszorg (% meestal of altijd)	41,4 (33,3-49,4)	57,6 (50,2-65,0)	43,3 (35,9-50,8)	43,8 (36,0-51,5)	41,2 (33,7-48,7)	45,2 (37,4-53,0)	42,1 (34,5-49,7)	51,0 (42,9-59,2)	46,4 (41,2-51,7)
Huisarts op de hoogte van specialis- tenzorg (% meestal of altijd)	70,0 (63,1-77,0)	73,8 (67,5-80,1)	64,8 (57,9-71,8)	71,0 (64,3-77,7)	68,7 (61,9-75,5)	66,9 (59,8-73,9)	70,6 (64,0-77,1)	65,3 (58,2-72,4)	69,1 (64,6-73,7)
Eén zorgverlener op de hoogte van alle zorgbehoeftes (% Ja, altijd)	23,5 (16,9-30,0)	32,5 (25,8-39,1)	34,1 (27,1-41,0)	29,3 (22,5-36,1)	31,3 (24,4-38,1)	23,0 (16,6-29,5)	30,7 (23,8-37,5)	25,9 (19,3-32,5)	27,5 (23,0-32,0)
Eén zorgverlener op de hoogte van alle medicijnen (% Ja, altijd)	41,3 (33,8-48,8)	50,8 (43,7-57,8)	50,8 (43,6-58,1)	44,9 (37,5-52,3)	51,2 (43,7-58,7)	40,2 (32,8-47,7)	48,0 (40,6-55,4)	42,6 (35,1-50,1)	47,1 (42,1-52,0)

Tabel B 3.5.8: Gemiddelde score en 95% betrouwbaarheidsinterval per vraag/instrument per proeftuinregio – ouderen

	Blauwe Zorg	Friesland Voorop	Goed Leven	Mijn Zorg	PZF Rijnland	PELGRIM	SSiZ	SmZ	NL gemiddelde
Cijfer kwaliteit van totale zorg (0-10)	7,6 (7,4-7,7)	7,9 (7,8-8,1)	7,9 (7,7-8,0)	7,4 (7,2-7,6)	7,7 (7,5-7,9)	7,8 (7,6-7,9)	7,8 (7,6-7,9)	7,8 (7,6-7,9)	7,8 (7,7-8,0)
Gezondheidsvaardigheden (somscore tussen 3 en 15)	8,2 (7,8-8,6)	8,4 (8,0-8,8)	7,6 (7,1-8,0)	7,9 (7,5-8,4)	8,5 (8,1-8,9)	8,0 (7,6-8,4)	8,7 (8,4-9,1)	8,5 (8,2-8,9)	8,5 (8,1-8,8)
Gezondheidsvaardigheden (% adequaat)	75,1 (69,9-80,3)	77,5 (72,7-82,3)	67,6 (61,8-73,5)	73,0 (67,6-78,5)	77,6 (72,3-82,8)	72,8 (67,5-78,1)	79,8 (75,4-84,2)	77,8 (73,1-82,5)	77,4 (73,2-81,5)
Zelfmanagement (PAM score 0-100)	54,9 (53,1-56,7)	56,0 (54,2-57,8)	53,8 (51,7-55,9)	55,0 (52,9-57,0)	55,2 (53,2-57,1)	57,2 (55,3-59,1)	56,3 (54,4-58,2)	55,8 (54,0-57,5)	55,1 (53,5-56,7)
ASCOT (QALYscore tussen -0,17 en 1)	0,78 (0,76-0,80)	0,80 (0,78-0,82)	0,79 (0,76-0,81)	0,78 (0,76-0,81)	0,79 (0,77-0,81)	0,79 (0,77-0,81)	0,80 (0,78-0,82)	0,80 (0,78-0,82)	0,80 (0,78-0,82)
Samenwerking en afstemming algemeen (% goed of uitstekend)	74,7 (68,2-81,2)	91,8 (87,9-95,8)	90,6 (86,3-94,9)	80,9 (75,1-86,7)	84,2 (78,5-89,9)	86,5 (81,6-91,3)	86,3 (81,7-91,0)	85,5 (80,6-90,4)	86,5 (82,4-90,7)
Goede afspraken tussen zorgverle- ners (% meestal of bijna altijd)	68,6 (61,3-75,9)	82,9 (77,3-88,6)	83,2 (77,3-89,1)	66,9 (59,7-74,0)	71,2 (63,9-78,6)	79,8 (73,7-85,9)	71,9 (65,4-78,4)	73,4 (67,0-79,8)	76,8 (71,4-82,3)
Bij verwijzing snel terecht kunnen (% meestal of bijna altijd)	70,1 (62,6-77,5)	67,1 (59,4-74,9)	65,8 (58,1-73,4)	69,7 (62,1-77,2)	69,2 (61,3-77,1)	71,2 (64,0-78,4)	70,3 (63,5-77,2)	65,7 (58,5-72,9)	72,8 (66,9-78,7)
Zorgverleners goed op de hoogte van onderlinge afspraken (% meestal of bijna altijd)	66,2 (58,5-73,9)	69,5 (62,2-76,9)	77,3 (70,6-84,1)	57,6 (49,7-65,5)	65,0 (56,9-73,0)	76,3 (69,6-83,0)	64,7 (57,6-71,9)	59,8 (52,2-67,3)	71,3 (65,3-77,3)
Verskillende afspraken gecombi- neerd op 1 dag (% meestal of bijna altijd)	38,2 (30,2-46,2)	57,9 (49,6-66,1)	48,6 (40,5-56,8)	44,2 (36,3-52,0)	51,9 (43,3-60,6)	57,4 (49,0-65,7)	61,1 (53,7-68,5)	53,2 (45,3-61,1)	55,3 (48,5-62,1)
Kende/raadpleegde huisarts uw medische historie (% meestal of altijd)	73,2 (66,5-79,9)	73,0 (66,5-79,6)	79,1 (73,0-85,2)	71,7 (65,1-78,3)	73,7 (66,8-80,6)	73,9 (67,5-80,3)	71,2 (64,8-77,6)	74,7 (68,6-80,9)	74,1 (68,8-79,5)
Andere zorgverleners op de hoogte van huisartszorg (% meestal of altijd)	58,3 (50,6-66,1)	67,1 (60,0-74,1)	60,0 (52,6-67,4)	55,7 (48,1-63,2)	56,3 (48,4-64,2)	63,9 (56,5-71,2)	54,2 (46,9-61,5)	62,4 (55,4-69,3)	62,0 (55,8-68,2)

Tabel B 3.5.8: Vervolg

	Blauwe Zorg	Friesland Voorop	Goed Leven	Mijn Zorg	PZF Rijnland	PELGRIM	SSiZ	SmZ	NL gemiddelde
Huisarts op de hoogte van specialis- tenzorg (% meestal of altijd)	78,9 (72,7-85,1)	86,1 (81,0-91,2)	85,4 (80,1-90,7)	81,5 (75,7-87,2)	78,5 (72,2-84,9)	79,5 (73,5-85,6)	79,5 (73,7-85,2)	81,8 (76,3-87,2)	85,7 (81,4-90,0)
Eén zorgverlener op de hoogte van alle zorgbehoeftes (% Ja, altijd)	42,3 (34,8-49,8)	50,6 (43,2-57,9)	43,7 (36,2-51,3)	38,7 (31,4-46,0)	45,6 (38,0-53,1)	51,7 (44,3-59,1)	41,6 (34,8-48,4)	41,1 (34,0-48,1)	48,2 (42,1-54,4)
Eén zorgverlener op de hoogte van alle medicijnen (% Ja, altijd)	58,6 (51,3-66,0)	63,4 (56,5-70,4)	63,2 (55,9-70,4)	55,1 (47,7-62,4)	60,8 (53,5-68,2)	63,5 (56,4-70,6)	62,7 (56,1-69,4)	60,5 (53,6-67,5)	66,3 (60,6-72,0)

Tabel B 3.5.9: Gemiddelde score en 95% betrouwbaarheidsinterval per vraag/instrument per proeftuinregio – diabetespopulatie

	Blauwe Zorg	Friesland Voorop	Goed Leven	Mijn Zorg	PZF Rijnland	PELGRIM	SSIz	SmZ	Rest van NL
Cijfer kwaliteit van totale zorg (0-10)	7,4 (7,2-7,7)	7,8 (7,6-8,0)	7,6 (7,4-7,9)	7,6 (7,4-7,8)	7,7 (7,4-8,0)	7,6 (7,3-7,8)	7,7 (7,5-7,9)	7,5 (7,3-7,7)	7,5 (7,4-7,7)
Cijfer kwaliteit van diabeteszorg (0-10)	8,0 (7,8-8,3)	8,2 (8,0-8,4)	8,2 (8,0-8,4)	8,0 (7,7-8,2)	8,0 (7,7-8,3)	7,9 (7,6-8,1)	8,1 (7,9-8,3)	8,0 (7,8-8,2)	8,0 (7,8-8,2)
Leefstijladvisering roken - gevraagd of u rookt? (% ja)	61,0 (52,9-69,1)	69,3 (61,6-77,1)	70,0 (62,6-77,4)	68,9 (61,5-76,3)	75,7 (67,8-83,5)	71,5 (63,9-79,1)	68,3 (61,1-75,4)	68,6 (61,3-76,0)	69,6 (63,6-75,6)
Gezondheidsvaardigheden (somscore tussen 3 en 15)	9,4 (8,9-9,8)	9,8 (9,4-10,1)	9,5 (9,1-10,0)	9,5 (9,1-10,0)	9,6 (9,1-10,1)	9,3 (8,8-9,8)	10,0 (9,7-10,4)	9,7 (9,4-10,1)	9,7 (9,3-10,0)
Gezondheidsvaardigheden (% adequaat)	86,3 (80,7-91,9)	90,0 (85,2-94,8)	87,8 (82,7-93,0)	89,8 (85,1-94,6)	88,8 (83,2-94,4)	87,9 (82,7-93,2)	92,8 (88,9-96,7)	89,2 (84,5-93,9)	88,8 (84,8-92,9)
Zelfmanagement (PAM score 0-100)	56,9 (54,7-59,1)	60,6 (58,1-63,2)	57,8 (55,3-60,3)	58,6 (56,2-61,0)	58,7 (56,0-61,4)	58,9 (56,4-61,4)	60,0 (57,7-62,4)	58,0 (55,9-60,1)	59,4 (57,4-61,4)
Samenwerking en afstemming algemeen (% goed of uitstekend)	81,2 (74,5-87,9)	91,1 (86,1-96,2)	76,4 (69,4-83,5)	70,7 (63,1-78,3)	77,7 (69,9-85,4)	86,4 (80,4-92,4)	87,8 (82,4-93,1)	78,9 (72,4-85,5)	83,4 (78,3-88,5)
Goede afspraken tussen zorgverleners (% meestal of bijna altijd)	74,8 (67,0-82,6)	80,7 (73,3-88,2)	68,7 (60,8-76,5)	60,0 (51,5-68,5)	70,2 (61,4-79,0)	70,7 (62,4-79,0)	73,5 (66,1-81,0)	76,9 (70,0-83,9)	66,7 (60,0-73,3)
Bij verwijzing snel terecht kunnen (% meestal of bijna altijd)	68,8 (60,1-77,4)	76,3 (67,7-85,0)	62,9 (54,4-71,4)	64,3 (55,4-73,2)	67,7 (58,3-77,1)	64,5 (55,4-73,6)	66,7 (58,4-74,9)	73,6 (66,0-81,3)	64,7 (57,8-71,6)
Zorgverleners goed op de hoogte van onderlinge afspraken (% meestal of bijna altijd)	53,6 (44,3-63,0)	65,4 (56,2-74,6)	54,2 (45,6-62,8)	52,1 (43,0-61,2)	57,1 (47,3-67,0)	56,1 (46,6-65,5)	63,2 (54,7-71,7)	56,1 (47,6-64,6)	64,1 (57,1-71,1)
Verschillende afspraken gecombineerd op 1 dag (% meestal of bijna altijd)	49,5 (39,8-59,2)	51,6 (41,5-61,7)	52,0 (43,2-60,9)	41,9 (32,4-51,4)	60,0 (50,1-69,9)	46,1 (36,4-55,8)	52,1 (43,0-61,2)	50,8 (42,0-59,6)	55,7 (48,3-63,1)
Kende/raadpleegde huisarts uw medische historie (% meestal of altijd)	74,2 (66,5-81,9)	63,9 (55,2-72,5)	70,1 (62,4-77,8)	69,5 (61,5-77,4)	73,1 (64,5-81,6)	69,2 (60,9-77,5)	67,9 (60,0-75,7)	72,7 (65,4-80,1)	67,7 (61,2-74,1)
Andere zorgverleners op de hoogte van huisartszorg (% meestal of altijd)	54,9 (45,2-64,6)	55,4 (45,7-65,2)	57,0 (47,9-66,1)	47,7 (38,4-57,1)	56,4 (46,3-66,5)	59,8 (50,2-69,4)	51,4 (41,9-60,8)	57,8 (48,7-66,8)	54,3 (46,9-61,7)

Tabel B 3.5.9: Vervolg

	Blauwe Zorg	Friesland Voorop	Goed Leven	Mijn Zorg	PZF Rijnland	PELGRIM	SSiZ	SmZ	Rest van NL
Huisarts op de hoogte van specialis- tenzorg (% meestal of altijd)	79,8 (72,4-87,2)	77,4 (69,7-85,1)	75,0 (67,7-82,3)	73,8 (65,9-81,6)	71,0 (62,1-79,9)	80,7 (73,3-88,2)	75,2 (67,6-82,8)	72,9 (65,4-80,5)	78,5 (72,7-84,2)
Eén zorgverlener op de hoogte van alle zorgbehoeftes (% Ja, altijd)	31,4 (22,9-39,8)	42,0 (32,8-51,1)	33,6 (25,3-41,9)	30,3 (22,0-38,5)	31,3 (22,1-40,5)	38,9 (29,7-48,1)	36,9 (28,6-45,3)	35,7 (27,4-44,0)	34,8 (27,9-41,6)
Eén zorgverlener op de hoogte van alle medicijnen (% Ja, altijd)	59,8 (51,1-68,6)	61,6 (52,6-70,7)	53,3 (44,9-61,7)	49,6 (40,8-58,4)	53,9 (44,2-63,6)	57,5 (48,4-66,7)	53,1 (44,4-61,8)	52,9 (44,5-61,4)	51,0 (44,0-58,0)

B 3.6 Vektis-data

Databron

Voor het analyseren van de zorgkosten is gebruik gemaakt van databestanden van Vektis over de verslagjaren 2011 en 2012. Deze databestanden zijn gebaseerd op de registraties (van declaratiegegevens) van zorgverzekeraars. De bestanden bevatten gegevens over de totale gedeclareerde zorgkosten per verzekerde in een jaar binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw), inclusief kosten die vanuit verplicht of vrijwillig eigen risico zijn betaald. De zorgkosten zijn naar sector uitgesplitst (zoals ziekenhuiszorg, huisartsenzorg en farmacie). Voor 2012 zijn ook de totale AWBZ kosten meegeleverd door Vektis, zonder verdere opsplitsing. Zorgkosten die buiten de Zvw of AWBZ vallen, bijvoorbeeld onder een aanvullende verzekering, zijn niet meegenomen. Het databestand is door Vektis verrijkt met een aantal variabelen die nodig waren voor het identificeren van subgroepen, zoals hieronder uitgewerkt.

Het AWBZ bestand is niet helemaal compleet, aangezien declaraties van indicatievrije zorg, zorg die niet op cliëntniveau gedeclareerd wordt, en declaraties van jongeren met indicaties van Bureau Jeugdzorg ontbreken. In de AWBZ kosten zijn ook de PGB-kosten opgenomen op basis van informatie over de geïndiceerde of toegewezen functie of zorgwaartepakket (ZZP). Vektis heeft geen informatie over de daadwerkelijk geleverde zorg.

De resultaten wat betreft productiviteit zijn gebaseerd op de LMP-vragenlijst. Meer informatie over deze bron is te vinden in Bijlage 3.5.

Populatie

In het zorgkosten-databestand zijn alle daadwerkelijk voor de basisverzekering verzekerde personen, die tevens ingeschreven staan in de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) opgenomen. Onverzekerden en mensen die niet verzekerd hoeven te zijn (bijvoorbeeld militairen) zitten hier niet in. Daarnaast zijn ook mensen die wel kosten hebben gemaakt, maar niet in de GBA vindbaar waren, geëxcludeerd. Net als voor de onderdelen gezondheid en kwaliteit zijn de proeftuinregio's samengesteld op basis van de door de proeftuin aangeleverde 4-cijferige postcodes.

Verder zijn door Vektis variabelen aangeleverd waarmee de subpopulaties konden worden geïdentificeerd. Voor de subgroep ouderen is de selectie gebaseerd op leeftijd (75 jaar of ouder op 1 januari) en medicatiegebruik (minimaal 1 FKG in het betreffende jaar). Voor de subpopulatie depressie zijn twee inclusiecriteria gehanteerd: een GGZ-DBC met diagnosecode '011 - Depressieve stoornissen' of medicatiegebruik binnen de FKG depressie (dep). De selectiecriteria voor diabetes zijn in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel B 3.6.1: Selectiecriteria diabetes

Criterion 1

Verzekerden met een declaratie onder de Beleidsregel 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen'.

Op basis van de prestatiecodes: 40001, 40050 en 11602.

Criterion 2

Verzekerden met een declaratie onder de Beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties'.

Op basis van de prestatiecodes: 15000, 15001, 15004, 15005, 15007, 15008, 15009, 15010, 15011, 15012, 15013, 15014, 15015, 15016, 15017, 15018, 15019, 15020, 15021, 15022, 15025, 15026, 15027, 15028, 15029, 15030, 15031, 15032, 15033, 15034, 15035, 15036, 15037, 15038, 15039, 15040, 15043, 15044, 15045, 15060, 15061, 15062, 15064, 15065, 15075, 15076, 15087, 15088, 15089, 15091, 15092, 15093, 15098, 15099, 15100, 15105, 15106, 15111, 15118

Criterion 3

Verzekerden met een declaratie binnen de FKG diabetes type 2 zonder hypertensie (D2A) of de FKG diabetes type 2 met hypertensie (D2B).

Criterion 4

Verzekerden met een declaratie voor diabetes gerelateerde ziekenhuiszorg.

Op basis van de DBC-codes (Specialisme-diagnose): 0301-0751, 0301-0754, 0301-0755, 0301-0757, 0301-0759, 0303-0432, 0303-0521, 0303-0531, 0305-2065, 0313-0221, 0313-0222, 0313-0223, 0318-0902, 0335-0222

Analyse

Voor iedere proeftuinregio zijn de gemiddelde zorgkosten, plus interkwartiel-afstand en betrouwbaarheidsinterval, berekend. Vervolgens is op basis van regressiemodellen voor iedere kostencategorie en voor iedere subgroep geanalyseerd welke proeftuinen significant afwijken van de rest van Nederland. De regressiemodellen zijn voor iedere kostencategorie en iedere subpopulatie apart geschat. Dummy-variabelen per regio zijn in deze modellen gebruikt als enige onafhankelijke variabelen.

Voor de standaardisatie zijn regressiemodellen gebruikt met leeftijd, geslacht en het aantal chronische aandoeningen als onafhankelijke variabelen. Het door Vektis aangeleverde bestand bevatte een reeks dummy-variabelen waaruit blijkt of een individu binnen een chronische groep valt. Deze indeling in chronische groepen is gebaseerd op de criteria die worden toegepast voor de Wet tegemoetkoming chronische ziekten en gehandicapten (Wtcg) 2013. De criteria omvatten zowel medicijngebruik als het gebruik van ziekenhuiszorg. Er worden 25 chronische groepen onderscheiden (zie ook <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/tegemoetkoming-chronisch-ziekten-en-gehandicapten-wtcg>).

De regressiemodellen schatten de relatie tussen zorgkosten en leeftijd, geslacht en chronische aandoeningen voor de gehele (sub)populatie. Op basis van de uitkomsten van dit model zijn de kosten op individueel niveau voorspeld. Per proeftuin, subgroep en kostencategorie is vervolgens de ratio berekend tussen de verwachte kosten en de geobserveerde kosten. Deze ratio is vervolgens vermenigvuldigd met de geobserveerde gemiddelde kosten op landelijk niveau. Deze standaardisatiemethode is veelvuldig toegepast in eerder onderzoek (Ash et al., 2003).

Betrouwbaarheidsintervallen zijn, zowel voor de gemiddelde kosten als voor de gestandaardiseerde kosten, berekend met de zogenaamde 'bootstrap-methode'. Dit houdt in dat uit de totale populatie met herhaling (1000 maal) een willekeurige groep wordt geselecteerd waarvoor telkens de gemiddelde kosten met spreiding wordt berekend. Op basis van de resultaten van deze 1000 herhalingen wordt het BI geschat (Cameron en Trivedi, 2010).

Representativiteit

In alle gevallen is gebruik gemaakt van de zogenaamde ophoogfactor die door het CBS aan de dataset is toegevoegd. Deze is toegevoegd als correctie voor ontbrekende verzekerden van zogenaamde volmachthouders in de dataset. Zorgverzekeraars zijn in te delen in risicodragers en volmachthouders. De gegevens van verzekerden van volmachthouders worden apart aangeleverd door zorgverzekeraars, maar deze gegevens worden onvoldoende betrouwbaar geacht door CBS. Op basis van de persoonlijke karakteristieken van deze verzekerden, die wel betrouwbaar worden geregistreerd, zijn ophooggewichten bepaald. Door de ophoogfactor te gebruiken zijn de uitkomsten representatief zijn voor de totale landelijke populatie.

Betrouwbaarheid

Onderstaande tabellen tonen voor alle (sub)populaties de zorgkosten per inwoner inclusief BI, opgesplitst naar proeftuinregio en zorgsector. De resultaten worden gepresenteerd voor 2011 en 2012.

Tabel B 3.6.2: Zorgkosten algemene populatie in 2011 per proeftuinregio (A-I) en per zorgsector (€ per inwoner en 95% betrouwbaarheidsinterval)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	NL
Zvw totaal (BI)	2327 (2286-2386)	2329 (2296-2363)	2033 (2018-2049)	2156 (2134-2177)	2085 (2045-2124)	2025 (2001-2049)	2574 (2547-2601)	2249 (2228-2269)	1903 (1875-1932)	2105 (2101-2108)
Huisarts (BI)	145 (144-145)	157 (156-157)	143 (143-144)	143 (143-144)	154 (153-155)	135 (135-136)	150 (150-150)	145 (145-146)	145 (145-146)	141 (141-141)
Farmacie (BI)	355 (346-363)	396 (389-403)	292 (289-295)	309 (304-314)	290 (283-298)	279 (274-284)	393 (387-498)	315 (311-319)	289 (283-295)	309 (309-310)
Ziekenhuis (BI)	1117 (1093-1140)	1137 (1115-1160)	1103 (1092-1114)	1159 (1144-1173)	1191 (1162-1220)	1109 (1092-1125)	1302 (1282-1322)	1224 (1207-1241)	987 (967-1007)	1131 (1128-1133)
Hulpmiddelen (BI)	93 (91-98)	104 (103-109)	87 (86-89)	88 (87-91)	89 (86-93)	80 (78-82)	132 (132-137)	94 (92-95)	77 (75-80)	85 (86-86)
GGZ (BI)	191 (176-206)	294 (278-310)	234 (226-242)	279 (267-292)	174 (154-193)	269 (257-281)	313 (300-326)	250 (241-260)	262 (247-278)	256 (254-257)
Zvw overig (BI)	427 (410-444)	242 (237-247)	173 (172-175)	178 (176-180)	187 (183-191)	154 (151-156)	285 (280-289)	219 (217-222)	143 (141-146)	183 (183-183)

Tabel B 3.6.3: Zorgkosten algemene populatie in 2012 per proeftuinregio (A-I) en per zorgsector (€ per inwoner en 95% betrouwbaarheidsinterval)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	NL
Zvw totaal (BI)	2292 (2252-2331)	2299 (2265-2333)	2005 (1979-2030)	2161 (2137-2184)	2060 (2020-2099)	1996 (1970-2023)	2499 (2471-2527)	2178 (2159-2198)	1866 (1837-1896)	2066 (2062-2070)
Huisarts (BI)	140 (139-140)	145 (144-145)	142 (141-142)	139 (139-140)	151 (150-151)	130 (129-130)	145 (144-145)	135 (135-136)	142 (142-143)	136 (136-136)
Farmacie (BI)	306 (299-314)	333 (326-339)	258 (255-262)	273 (268-278)	260 (252-267)	243 (239-248)	338 (333-343)	279 (275-283)	246 (241-252)	273 (272-273)
Ziekenhuis (BI)	1164 (1138-1190)	1237 (1210-1263)	1163 (1151-1175)	1266 (1249-1283)	1213 (1179-1246)	1138 (1119-1156)	1373 (1350-1396)	1226 (1212-1240)	1050 (1029-1072)	1170 (1167-1173)
Hulpmiddelen (BI)	95 (91-98)	106 (103-109)	88 (86-89)	90 (88-92)	95 (91-98)	85 (83-87)	138 (135-140)	99 (97-101)	77 (74-81)	88 (88-88)
GGZ (BI)	158 (143-172)	237 (221-253)	188 (166-210)	216 (204-227)	159 (145-172)	248 (233-263)	250 (240-261)	226 (217-236)	208 (196-221)	221 (218-223)
Zvw overig (BI)	430 (412-448)	241 (236-247)	167 (165-168)	177 (174-179)	183 (179-187)	152 (150-155)	256 (251-260)	213 (211-216)	141 (138-145)	179 (178-179)
AWBZ totaal (BI)	1755 (1697-1813)	1761 (1715-1806)	1559 (1537-1581)	1447 (1420-1473)	1539 (1489-1590)	1309 (1278-1341)	1796 (1761-1831)	1357 (1332-1381)	1218 (1182-1253)	1375 (1370-1379)

Tabel B 3.6.4: Zorgkosten ouderenpopulatie in 2011 per proeftuinregio (A-I) en per zorgsector (€ per inwoner en 95% betrouwbaarheidsinterval)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	NL
Zvw totaal (BI)	8793 (8280-9305)	8987 (8568-9406)	8336 (8121-8551)	9030 (8708-9352)	8856 (8367-9345)	9003 (8623-9384)	8864 (8565-9162)	9555 (9273-9836)	8830 (8296-9365)	8932 (8878-8985)
Huisarts (BI)	324 (313-335)	429 (415-443)	398 (491-405)	359 (350-367)	361 (348-374)	355 (346-365)	340 (333-348)	374 (366-383)	395 (382-409)	357 (355-358)
Farmacie (BI)	1907 (1826-1987)	2194 (2100-2288)	1917 (1872-1963)	2046 (1961-2131)	1906 (1821-1990)	1851 (1776-1925)	2056 (1992-2121)	2032 (1971-2092)	1953 (1859-2047)	2006 (1994-2018)
Ziekenhuis (BI)	4561 (4163-4959)	4396 (4046-4746)	4434 (4267-4602)	5143 (4871-5415)	5093 (4698-5487)	5054 (4723-5384)	4469 (4234-4703)	5473 (5231-5715)	4952 (4532-5371)	4992 (4948-5036)
Hulpmiddelen (BI)	580 (537-623)	685 (638-732)	715 (690-740)	672 (638-706)	704 (651-757)	639 (599-678)	772 (735-809)	703 (674-732)	757 (698-817)	682 (676-688)
GGZ (BI)	144 (84-203)	323 (231-416)	201 (156-246)	129 (63-195)	114 (59-170)	495 (373-617)	243 (162-323)	184 (137-230)	234 (161-308)	212 (200-224)
Zvw overig (BI)	1277 (1057-1498)	960 (900-1020)	670 (636-703)	681 (647-715)	678 (620-736)	610 (573-646)	983 (927-1039)	789 (758-820)	539 (490-587)	683 (677-689)

Tabel B 3.6.5: Zorgkosten ouderenpopulatie in 2012 per proeftuinregio (A-I) en per zorgsector (€ per inwoner en 95% betrouwbaarheidsinterval)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	NL
Zvw totaal (BI)	8564 (8042-9087)	8596 (8185-9007)	7886 (7672-8009)	8699 (8381-9018)	8197 (7706-8687)	8005 (7689-8321)	8397 (8107-8687)	8834 (8568-9100)	8501 (7958-9044)	8443 (8390-8496)
Huisarts (BI)	320 (306-333)	383 (371-395)	400 (393-407)	339 (331-347)	380 (366-393)	348 (337-358)	335 (328-342)	345 (337-353)	389 (374-404)	349 (347-350)
Farmacie (BI)	1756 (1679-1833)	2030 (1948-2112)	1795 (1751-1840)	1881 (1799-1964)	1818 (1734-1903)	1730 (1668-1793)	1868 (1811-1926)	1887 (1832-1942)	1835 (1737-1933)	1849 (1839-1859)
Ziekenhuis (BI)	4528 (4129-4926)	4358 (4039-4676)	4310 (4122-4498)	5143 (4870-5415)	4470 (4062-4879)	4325 (4050-4600)	4435 (4192-4679)	5034 (4806-5263)	4881 (4418-5343)	4764 (4722-4806)
Hulpmiddelen (BI)	569 (525-612)	685 (638-731)	684 (659-731)	654 (622-685)	774 (704-844)	627 (590-663)	765 (730-800)	692 (662-723)	731 (683-780)	683 (677-688)
GGZ (BI)	91 (84-203)	248 (231-416)	93 (156-246)	86 (63-195)	83 (59-170)	407 (373-617)	173 (162-323)	139 (137-230)	185 (161-308)	167 (200-224)
ZVW overig (BI)	1301 (1010-1593)	893 (814-972)	603 (581-624)	597 (569-625)	671 (607-735)	568 (535-601)	821 (778-864)	737 (706-769)	479 (439-519)	632 (626-638)
AWBZ totaal (BI)	10358 (9587-11129)	11066 (10416-11716)	11972 (11590-12354)	9428 (8997-9859)	13123 (12227-14019)	10020 (9444-10597)	10313 (9851-10775)	8953 (8574-9333)	10007 (9349-10664)	9815 (9735-9894)

Tabel B 3.6.6: Zorgkosten diabetespopulatie in 2011 per proeftuinregio (A-I) en per zorgsector (€ per inwoner en 95% betrouwbaarheidsinterval)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	NL
Zvw totaal (BI)	5682 (5446-5918)	6099 (5895-6304)	5784 (5674-5894)	5630 (5501-5759)	6114 (5858-6371)	5651 (5479-5823)	6069 (5934-6204)	6004 (5879-6128)	5828 (5498-6158)	5802 (5778-5827)
Huisarts (BI)	209 (205-214)	275 (270-280)	236 (234-238)	227 (225-230)	235 (230-239)	218 (215-222)	232 (230-235)	227 (225-230)	231 (226-237)	224 (224-224)
Farmacie (BI)	1078 (1038-1117)	1318 (1278-1358)	1115 (1094-1135)	1105 (1078-1132)	1190 (1129-1250)	1094 (1056-1131)	1186 (1160-1212)	1107 (1084-1130)	1189 (1132-1246)	1161 (1156-1166)
Ziekenhuis (BI)	2841 (2680-3001)	2958 (2797-3120)	3090 (3001-3178)	3057 (2956-3159)	3459 (3248-3669)	3021 (2885-3157)	3001 (2896-3107)	3270 (3170-3371)	3302 (3043-3560)	3120 (3102-3139)
Hulpmiddelen (BI)	414 (392-437)	487 (465-509)	516 (502-531)	443 (429-458)	483 (457-509)	455 (436-474)	579 (560-598)	519 (503-534)	538 (499-577)	483 (480-485)
GGZ (BI)	182 (114-250)	273 (212-333)	225 (191-260)	220 (167-273)	167 (101-233)	334 (271-397)	293 (245-340)	231 (190-272)	263 (148-379)	255 (247-263)
Zvw overig (BI)	958 (863-1052)	787 (761-814)	602 (590-614)	577 (564-591)	581 (556-606)	528 (514-542)	778 (751-805)	650 (637-662)	304 (281-328)	559 (556-562)

Tabel B 3.6.7: Zorgkosten diabetespopulatie in 2012 per proeftuinregio (A-I) en per zorgsector (€ per inwoner en 95% betrouwbaarheidsinterval)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	NL
Zvw totaal (BI)	5702 (5475-5929)	5908 (5721-6095)	5668 (5557-5778)	5703 (5569-5837)	6000 (5740-6260)	5473 (5307-5639)	5711 (5586-5837)	5654 (5534-5774)	5606 (5324-5889)	5688 (5664-5713)
Huisarts (BI)	207 (203-212)	254 (249-258)	237 (235-240)	223 (220-225)	239 (234-244)	214 (211-217)	225 (222-227)	214 (211-216)	225 (219-231)	220 (219-220)
Farmacie (BI)	1032 (974-1089)	1172 (1138-1207)	1035 (1017-1054)	1010 (981-1040)	1119 (1042-1197)	990 (957-1024)	1072 (1049-1096)	1040 (1017-1063)	1053 (1009-1097)	1063 (1059-1068)
Ziekenhuis (BI)	2949 (2804-3094)	3046 (2889-3203)	3159 (3069-3250)	3334 (3220-3449)	3444 (3226-3663)	2965 (2835-3095)	2968 (2862-3075)	3117 (3020-3214)	3289 (3042-3535)	3170 (3150-3189)
Hulpmiddelen (BI)	402 (379-425)	473 (451-495)	500 (487-512)	440 (426-455)	497 (470-523)	462 (443-480)	589 (570-608)	514 (499-530)	556 (519-592)	477 (474-480)
GGZ (BI)	152 (95-209)	236 (185-287)	164 (130-199)	157 (125-190)	112 (77-147)	300 (237-363)	194 (163-225)	181 (148-213)	176 (114-238)	224 (213-235)
Zvw overig (BI)	960 (866-1053)	727 (703-752)	572 (562-582)	538 (524-551)	588 (565-612)	541 (529-554)	663 (644-682)	588 (575-600)	307 (235-379)	535 (533-538)
AWBZ totaal (BI)	3540 (3252-3827)	4133 (3879-4387)	4146 (4009-4284)	3313 (3170-3456)	4355 (4040-4670)	3195 (3002-3388)	3193 (3041-3345)	3100 (2964-3236)	2651 (2393-2908)	3259 (3233-3285)

Tabel B 3.6.8: Zorgkosten depressiepopulatie in 2011 per proeftuinregio (A-I) en per zorgsector (€ per inwoner en 95% betrouwbaarheidsinterval)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	NL
Zvw totaal (BI)	5917 (5542-6291)	6233 (5942-6524)	5201 (5059-5342)	5637 (5427-5846)	5008 (4640-5375)	5668 (5406-5931)	6369 (6132-6607)	5659 (5488-5831)	4940 (4677-5204)	5556 (5522-5590)
Huisarts (BI)	213 (207-218)	245 (239-251)	213 (210-216)	209 (206-213)	220 (213-226)	199 (195-202)	216 (213-219)	220 (217-223)	206 (202-210)	206 (206-207)
Farmacie (BI)	918 (868-968)	977 (928-1026)	779 (751-807)	756 (728-783)	768 (706-829)	750 (702-798)	943 (903-983)	832 (800-865)	688 (652-725)	799 (792-805)
Ziekenhuis (BI)	1993 (1833-2154)	2108 (1957-2259)	1855 (1785-1926)	1961 (1862-2060)	2093 (1852-2334)	1915 (1798-2031)	2147 (2030-2264)	2120 (2029-2210)	1591 (1468-1713)	1931 (1915-1948)
Hulpmiddelen (BI)	207 (184-230)	247 (224-270)	204 (191-216)	183 (170-197)	222 (190-253)	172 (154-190)	280 (259-301)	213 (199-227)	158 (140-175)	186 (184-189)
GGZ (BI)	1630 (1394-1866)	2174 (1968-2379)	1858 (1742-1974)	2254 (2094-2414)	1420 (1194-1647)	2385 (2190-2581)	2302 (2121-2482)	1901 (1774-2028)	2098 (1888-2307)	2141 (2114-2167)
Zvw overig (BI)	955 (937-973)	482 (440-525)	292 (279-304)	273 (254-293)	285 (258-313)	248 (230-265)	481 (446-516)	373 (355-391)	199 (182-217)	293 (290-296)

Tabel B 3.6.9: Zorgkosten depressiepopulatie in 2012 per proeftuinregio (A-I) en per zorgsector (€ per inwoner en 95% betrouwbaarheidsinterval)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	NL
Zvw totaal (BI)	5523 (5160-5886)	5605 (5320-5889)	4705 (4581-4829)	5037 (4866-5208)	4764 (4463-5065)	5133 (4349-4830)	5881 (5668-6095)	5526 (4866-5208)	4589 (4349-4830)	5142 (5106-5177)
Huisarts (BI)	205 (199-211)	223 (218-229)	212 (209-214)	204 (201-208)	226 (220-233)	192 (188-196)	209 (206-213)	204 (201-207)	202 (198-206)	199 (199-200)
Farmacie (BI)	820 (766-873)	858 (810-906)	709 (683-735)	709 (675-743)	755 (688-823)	654 (623-684)	881 (839-923)	760 (728-793)	603 (568-638)	723 (717-729)
Ziekenhuis (BI)	2011 (1853-2169)	2206 (2041-2372)	2017 (1936-2098)	2094 (1987-2200)	1944 (1780-2107)	1912 (1800-2023)	2217 (2088-2347)	2193 (2051-2335)	1779 (1632-1926)	1962 (1943-1981)
Hulpmiddelen (BI)	224 (197-250)	245 (223-268)	194 (183-205)	186 (173-199)	224 (196-253)	188 (166-210)	287 (266-307)	221 (205-237)	151 (134-168)	187 (185-190)
GGZ (BI)	1488 (1236-1741)	1640 (1441-1839)	1301 (1229-1373)	1581 (1473-1688)	1341 (1137-1545)	1961 (1747-2174)	1868 (1728-2009)	1789 (1663-1915)	1678 (1505-1850)	1795 (1768-1822)
Zvw overig (BI)	775 (634-916)	431 (402-460)	272 (261-283)	263 (249-278)	273 (243-303)	227 (209-245)	419 (387-450)	358 (339-377)	176 (160-193)	275 (271-278)
AWBZ totaal (BI)	3626 (3242-4010)	3280 (3013-3548)	3367 (3215-3519)	2923 (2750-3097)	4067 (3638-4469)	3044 (2805-3284)	3140 (2923-3358)	2630 (2467-2792)	1963 (1761-2165)	2711 (2679-2743)

B 3.7 Semi-gestructureerde interviews

In totaal 63 semi-gestructureerde interviews

In de periode juli 2014 – januari 2015 zijn 63 interviews gehouden met voornamelijk stuur-groepleden. Vijfenvijftig stuurgroepleden zijn geïnterviewd vanuit hun betrokkenheid bij minimaal één van de acht proeftuinen. Friesland Voorop kende op het moment van dit onderzoek geen stuurgroep; daarom zijn door de proeftuin aangedragen sleutelfiguren geïnterviewd. De geïnterviewden betroffen overwegend bestuurders. De exacte aantallen staan weergegeven in Tabel B 3.7.1. In totaal werden 52 interviews face-to-face gehouden. De elf telefonische interviews zijn met stuurgroepleden van zes verschillende proeftuinen.

Tabel B 3.7.1: Kenmerken van geïnterviewden

Huisartsen/zorggroep	15	Aantal geïnterviewden per proeftuin*	
Bestuurders	13	Blauwe Zorg	7
Huisartsen	2	Friesland Voorop	8
Ziekenhuis	14	GoedLeven	9
Bestuurders	9	Mijn Zorg	8
Specialisten	5	PZF regio Rijnland	6
Verzekeraars	9	PELGRIM	6
CZ	2	Samen Sterker in Zorg	7
VGZ	3	Slimmer met Zorg	12
Z&Z	1	Vitaal Vechtdal	6
Menzis	1		
Achmea	1		
DFZ	1		
Overige	3		
Gemeenten	4	Totaal aantal geïnterviewden	63
Patiëntvertegenwoordigers	9		
Programmamanagers	9		

* Er zijn geïnterviewden, met name vanuit de verzekeraars maar ook een patiëntvertegenwoordiger, die bij meerdere proeftuinen tegelijk betrokken zijn en zodanig dubbel worden meegeteld.

Purposive sampling van stuurgroepleden: vertegenwoordiging van alle deelnemende type actoren

Zoals beschreven in Hoofdstuk 2, vormen de proeftuinen voorsnog netwerken van autonome organisaties met veelal een stuurgroep en werk- en projectgroepen. Alle proeftuinen is gevraagd om een overzicht toe te sturen van alle deelnemende stuurgroepleden. Van deze aangeleverde lijsten is een selectie gemaakt waarbij het uitgangspunt was om alle deelnemende actoren te spreken. Dit betekent dat als er twee personen deelnamen vanuit eenzelfde organisatie en belang, dat hiervan dan een persoon aselect is gekozen. Twee proeftuinen, Vitaal Vechtdal en Friesland Voorop, hebben zelf een lijstje met namen aangeleverd die geïnterviewd mochten worden.

Inhoud interviews op basis van vooraf opgestelde topic lijst

In alle interviews zijn de volgende thema's structureel aan bod gekomen: motivatie, proeftuin-activiteiten, ervaren succes- en knelpunten, met hierbij in het bijzonder aandacht voor de financiële onderhandelingen, keuzevrijheid, burgerparticipatie, kwaliteit van zorg en transparantie. Voorafgaand aan het interview ontvingen stuurgroepleden een vragenlijst om het samenwerkingsklimaat te inventariseren. Het is gebruikt als input voor het interview.

Interviews afgenomen door een onderzoeker en met goedkeuring getranscribeerd

Alle interviews zijn door één of twee onderzoekers afgenomen, waarbij eenzelfde onderzoeker bij alle interviews (mede)geïnterviewd heeft. Voorafgaand aan het interview hebben de geïnterviewden een informed consent getekend voor deelname, geluidsopname en vertrouwelijke verwerking van de resultaten. De geluidsopname is woord voor woord getranscribeerd en voorgelegd ter goedkeuring en eventuele aanvulling aan de geïnterviewden. Alle geïnterviewden zijn akkoord gegaan met de transcripten.

Interviews zijn anoniem

De interviews betreffen gevoelige informatie waar de LMP uiterst voorzichtig mee om wil gaan. Namen van personen en organisaties zijn daarom verwijderd uit deze rapportage. Dit beperkt wellicht soms de mate van gedetailleerde informatie omdat soms ook zonder namen kan worden nagegaan welke persoon/ organisatie het betreft. Om deze reden hebben we wel type actor neergezet maar niet de proeftuin bij de quotes.

Analyses

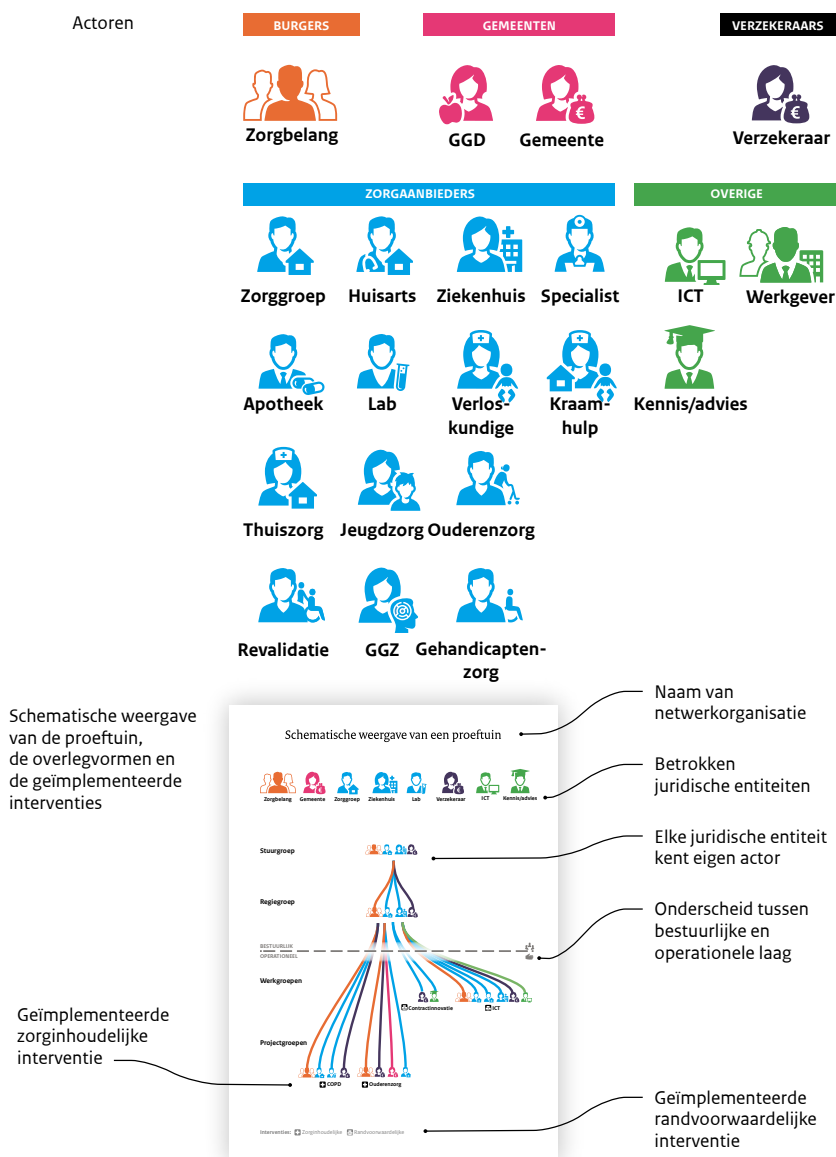
De transcripten zijn met behulp van MaxQDA¹¹ geanalyseerd. De transcripten zijn voor een aantal thema's afzonderlijk inductief gecodeerd door een eerste codeur. De tweede codeur heeft vervolgens de codes gecontroleerd en resultaten van de analyses zijn besproken binnen het onderzoeksteam. Dit cyclische proces is een aantal keer herhaald. De code-boom is samengesteld door drie onderzoekers. Een vierde onderzoeker buiten het LMP-onderzoeksteam heeft de codes en analyses gecontroleerd per thema.

Bijlage 4

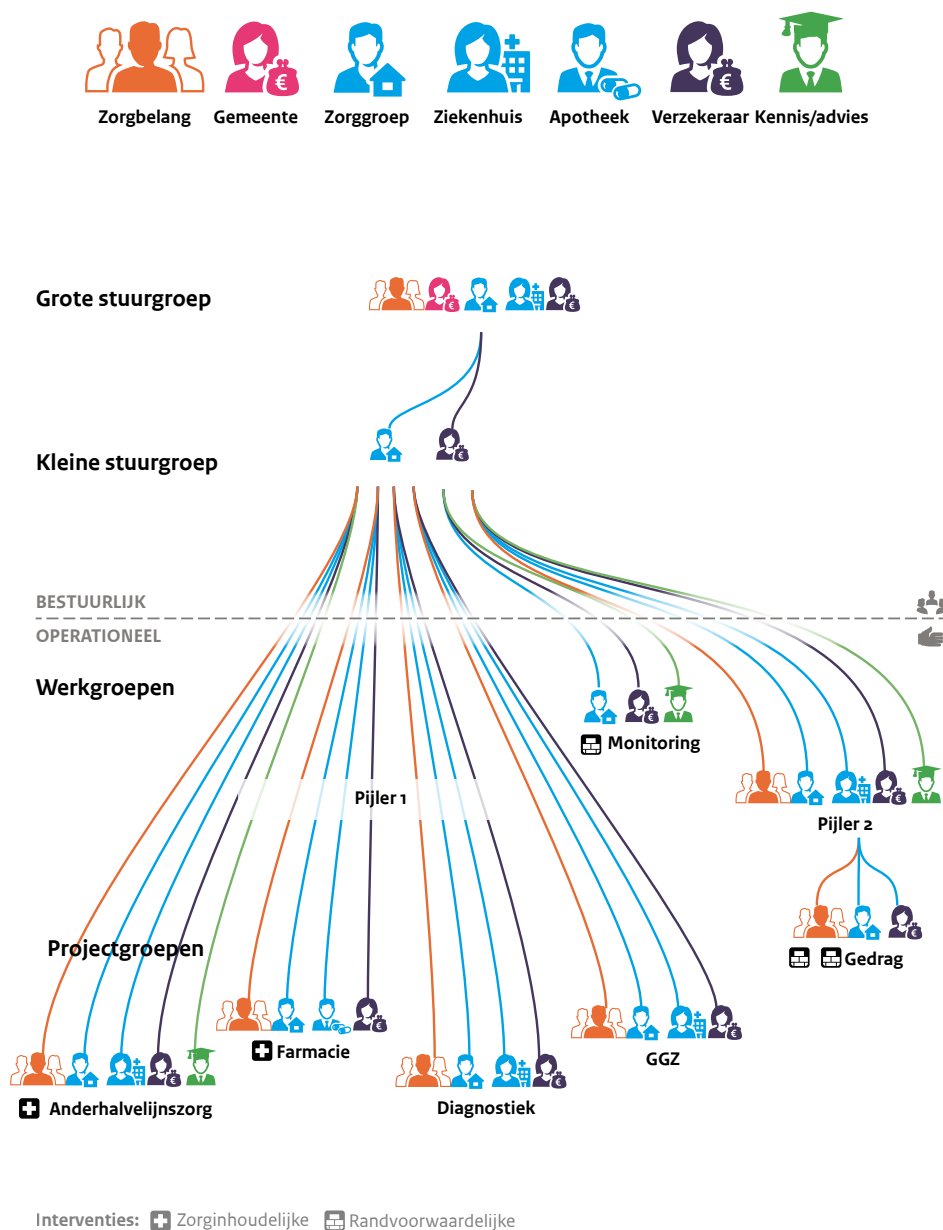
Proeftuinen

In paragraaf 2.1 is een algemene beschrijving van de proeftuinen gegeven. In deze Bijlagen 4.1 - 4.9 worden alle proeftuinen achtereenvolgens in meer detail beschreven. Elke beschrijving geeft met figuren en tabellen inzicht in de organisatiestructuur van de proeftuin, de betrokken actoren en de programma's en interventies.

Figuur B 4.0: Legenda schematische weergave van een proeftuin



Figuur B 4.1: Schematische weergave van de proeftuin Blauwe Zorg



Tabel B 4.1.1: Toelichting ten aanzien van sturing binnen Blauwe Zorg

Grote stuurgroep	Verantwoordelijkheid voor het maken van business cases, meerjarenplannen en beslissingsbevoegde orgaan binnen de proeftuin.
Kleine stuurgroep	Verantwoordelijkheid voor het maken van business cases, meerjarenplannen en beslissingsbevoegde orgaan binnen de proeftuin.
Projectgroepen	Verantwoordelijk voor ontwerp, uitvoering en evaluatie van specifieke projecten.
Randvoorwaardelijke werkgroepen	Verantwoordelijk voor ontwerp en uitvoering van specifieke ondersteunende taken.
Programma-management	Onafhankelijk adviseur, ML Zorgadvies
Projectmanagement	Wisselend per project, veelal aangesteld door Zorg in Ontwikkeling, eerstelijns zorgorganisatie (ZIO).
Financiële contracten	Per zorginhoudelijke interventie, 1-jarige contracten. Programmamanagement via ZIO gecontracteerd, 1-jarig contract.

Tabel B 4.1.2: Populatiemanagement stappen Blauwe Zorg

Doel	De juiste zorg aan de juiste patiënt op de juiste plaats tegen de juiste kosten in een duurzame setting. Analoom aan groene stroom ziet 'Blauwe Zorg' zichzelf als hét voorbeeld om de gezondheidszorg opnieuw vorm te geven, zodat: 1. Het gezondheidszorgsysteem verantwoorde, kwalitatief hoogwaardige zorg levert én duurzaam en betaalbaar is. 2. Neerwaartse ombuiging in de groei van regionale integrale zorgkosten. Er wordt gestreefd naar een ombuiging van minimaal 50% van de nominaal landelijke groei, waarbij de medisch inhoudelijke kwaliteit van en de klanttevredenheid over de zorg minimaal gelijk gebleven, maar zo mogelijk zijn verhoogd.
1. Populatie	Alle patiënten van huisartsen aangesloten bij ZIO.
2. Assessment	Het vaststellen van de gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten gebeurt voor specifieke subgroepen, zoals mensen met diabetes, zorggebruikers van interne geneeskunde, etc. Data uit publiek gezondheidsdomein worden nog niet meegenomen; business cases worden gemaakt op basis van kwaliteit van zorg resultaten en kosten van verzekeraar. Er is nog geen koppeling tussen bestanden van gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten.
3. Risicostatificering	Keuze interventies is vooralsnog pragmatisch gebaseerd op het verder ontwikkelen van al lopende trajecten, zoals TIPP, indien plannen vooraf positieve business cases opleveren. Stratificering van aanbod binnen interventies, zie doorverwijsmogelijkheden/ plannen per project.
4. Interventies	Twee gedragsinterventies: Shared Decision Making, kostentransparantie in de huisartsenpraktijk. Drie zorginhoudelijke interventies: farmacie, anderhalvelijnszorg, diagnostiek.
5. Monitoring	MU monitort anderhalvelijnszorg project. Farmacie door ZIO en MU, de evaluatie van de overige projecten is in ontwikkeling (zie beneden voor meer details per interventie).
6. Feedback-loop	Er is geen PDCA-cyclus proeftuin overstijgend.

Tabel B 4.1.3: Beschrijving van betrokken actoren Blauwe Zorg

Organisatie-naam	Omschrijving (type, functie, omvang)	Participatie op proeftuin-niveau (1-5)*	Stuurgroep	Aantal x lid Projectgroep
1. Gemeente Maastricht	Gemeente met ruim 120.000 inwoners.	1	Nee	0
2. GGD Zuid Limburg	Geneeskundige gezondheidsdienst van de 18 Zuid-Limburgse gemeenten.	1	Nee	0
3. ZIO	Eerstelijnsorganisatie waarbij aangesloten: huisartsen verenigd in RHZ (82 volgens jaarverslag 2013) en fysiotherapeuten deelnemend aan Fy'net (78 volgens jaarverslag 2013).	5	Ja	3
4. Apothekers Vereniging Maastricht	27 apothekers in Maastricht zijn hierbij aangesloten.	5	Nee	1
5. Envida	Sinds 1 januari 2014 zijn Groene Kruis Domicura (GkD) en Vivre gefuseerd tot Envida. Envida biedt diensten aan op het gebied van wonen, welzijn en zorg aan cliënten, vooral chronisch zieken en ouderen, in Zuid Limburg. Zowel thuiszorg als zorg in instellingen. GkD had in 2013 een omzet van ruim €50 mln. en bijna 1000 fte. Vivre telde eind 2013 1700 bedden voor V&V, een jaaromzet van €110 mln. en ruim 1300 fte.	1	Nee	0
6. Mondriaan GGZ	Instelling voor GGZ zorg in Limburg met 45 locaties en 2200 medewerkers en jaarlijks meer dan 14.000 cliënten. Jaaromzet in 2012 van €150 mln. Mondriaan is ook opleidingsinstituut.	1	Nee	0

Organisatie-naam	Omschrijving (type, functie, omvang)	Participatie op proeftuinniveau (1-5)*	Stuurgroep	Aantal x lid Projectgroep
7. MUMC+	aZM en MU (Faculteit Health, Medicine and Life Sciences) werken samen onder de naam Maastricht UMC+. Het Maastricht UMC+ heeft 715 bedden (2013), ruim 7000 medewerkers (2013) en 4000 studenten. MUMC+ heeft 3 kerntaken: patiëntenzorg, onderwijs & opleiding en onderzoek. Jaarlijks bijna 30.000 opnames met een jaarbudget van kleine €500 miljoen.	5	Ja	3
8. Huis voor de Zorg	Onafhankelijke organisatie voor zorgvragers in Limburg (bundeling van 9 doelgroep organisaties). 30 medewerkers op dit moment.	5	Ja	4
9. Maastricht University	Bijna 16.000 studenten en ongeveer 4000 medewerkers.	4	Nee	1
10. Coöperatie VGZ	In totaal 4.2 miljoen klanten (2014); marktaandeel in de regio is 70%.	5	Ja	3

*Participatie (op proeftuinniveau, niet op projectniveau): 1 = informeren, 2 = raadplegen, 3 = adviseren, 4 = co-produceren en 5 = meebeslissen.

Tabel B 4.1.4: Interventies/projecten

Blauwe Zorg kent twee pijlers. Pijler 1 betreft interventies binnen de zorg die gefinancierd worden uit de Zvw. Pijler 2 gaat over gedragsbeïnvloeding van zorgverlener en patiënt. Binnen Pijler 1 Blauwe Zorg zijn drie zorginhoudelijke projectgroepen met interventies geïmplementeerd (farmacie, medisch specialistische inzet, diagnostiek). Daarnaast werkt men aan voorbereidingen voor de GGZ. Pijler 2 bestaat vooralsnog uit twee gedragsbeïnvloedende interventies, te weten Shared Decision Making en Kostentransparantie in de huisartsenpraktijk.

A) ZORGINHOUDELIJKE INTERVENTIES Blauwe Zorg

Medisch specialistische inzet (anderhalve-lijnszorg)	Situatie maart 2015
Omschrijving	Substitutie van tweede lijn naar anderhalve lijn en eerste lijn. Medisch specialisten (internisten, neurologen, orthopeden, dermatologen en cardiologen) houden tweewekelijks consulten in twee stadspoli's voor patiënten met niet-acute klachten. De specialist onderzoekt de patiënt en geeft na maximaal 2 consulten en eventueel aanvullende diagnostiek advies voor verdere behandeling door de eigen huisarts of voor verwijzing naar de tweede lijn.
Doel	1. Substitutie van electieve conservatieve tweedelijnszorg naar de eerste lijn. 2. Zicht krijgen op (on)mogelijkheden van medisch specialistische consultatie in de wijk. 3. Minder (onnodige) verwijzingen naar de tweede lijn bij een hogere of gelijkblijvende patiënttevredenheid en lagere kosten.
Doelgroep	Patiënten van huisartsen aangesloten bij ZIO, met niet-acute klachten die normaal doorgestuurd zouden worden naar de tweede lijn.
Werkgroep	ZIO, MUMC+ en MU.
Betrokken zorgverleners	Huisartsen en medisch specialisten interne geneeskunde, neurologie, orthopedie, dermatologie, cardiologie, KNO, oogheelkunde.
Bekostiging	Financieringsbron: Zvw huisartsenzorg. Bekostigingsprincipe: per consult betaalt VGZ aan joint venture (stichting met 50% aandeel MUMC+ en 50% aandeel ZIO). Per verrichting is er een afgesproken verhouding wat de huisarts en het ziekenhuis ontvangen. Volgbeleid: principeafpraak over volgen. Contractduur: 1 jaar.

Medisch specialistische inzet (anderhalve-lijnszorg)	Situatie maart 2015
Fasering	Van april 2013-april 2014: Vijf medisch specialisten (interne geneeskunde, neurologie, orthopedie, dermatologie en cardiologie) houden tweewekelijks consulten in vijf huisartsenpraktijken voor patiënten (n=435) met niet-acute klachten. Vanaf mei 2014: Medisch consulten door medisch specialisten in twee stadspoli's in Maastricht voor alle patiënten met niet-acute klachten van huisartsen aangesloten bij ZIO, die normaal om die reden zouden zijn doorverwezen naar de tweede lijn. Vanaf 2015 worden 100 patiënten per week verwacht.
Aanpassingen	Pilot fase hield medisch specialist consult in huisartsenpraktijk; vanaf mei 2014 in 2 stadspoli's.
Evaluatie	MU, op gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten.

Farmacie	Situatie maart 2015
Omschrijving	ZIO en VGZ streven gezamenlijk naar het uitvoeren van twee experimenten, één op microniveau en één op macroniveau: 1. Het inbedden van de farmaceutische zorg én middelen in de diabetesketen bekostiging (keten-DBC). Door meer te werken volgens beroepsstandaarden en het gebruik van spiegelinformatie. Dit kan uitgebreid worden naar andere chronische zorgketens (COPD, astma, VRM, ouderenzorg en GGZ). 2. Financiering van de farmaceutische zorg op basis van prikkels die (op korte termijn) leiden tot daling in regionale kosten. Dit experiment stelt een situatie voor waarbij de apotheker niet meer wordt betaald voor omzet en volume, maar voor kwalitatieve productie.
Doel	Substitutie.
Doelgroep	Diabetespatiënten ingeschreven bij huisartsen aangesloten bij ZIO; in totaal 14000 VGZ diabetes patiënten waarvan 3000 omgezet kunnen worden.
Projectgroep	ZIO, AVM, MUMC+.
Betrokken zorgverleners	Huisartsen en apothekers.
Bekostiging	Financieringsbron: Zvw (farmaceutische zorg). Bekostigingsprincipe: Apothekers krijgen een vast bedrag, per gebruiker van cholesterolverlager. Eenzijdig risico-component per verzekerde. Zetten apothekers meer patiënten om, dan houden ze meer over. Zetten ze niets om, dan ontvangen ze het standaard bedrag. Referentiedatum voor berekenen van aantal omzettingen, 1 juli 2014. Volgbeleid: nog onbekend voor proeftuin. Contractduur: 1 jaar

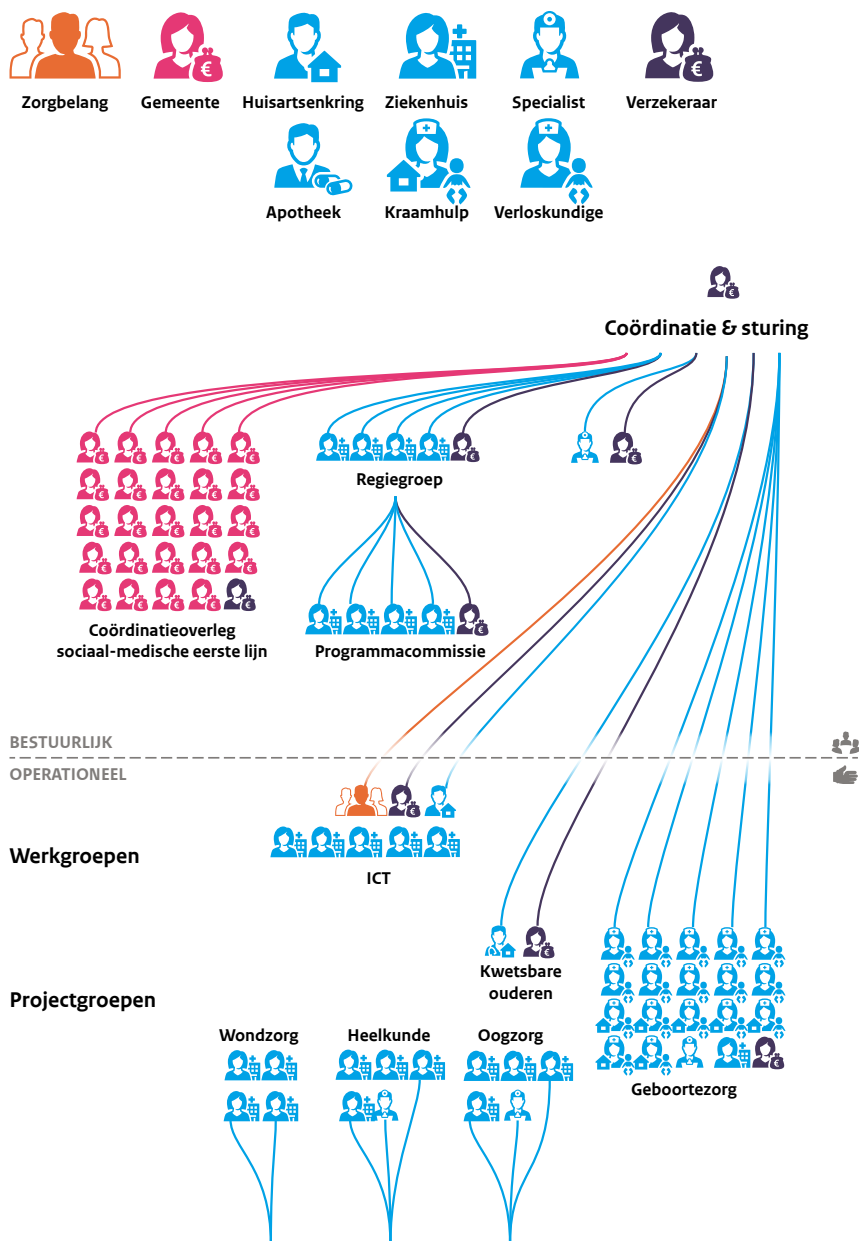
Farmacie	Situatie maart 2015
Fasering	Vanaf 2015 doelmatig voorschrijven en uitleveren van cholesterolverlagende middelen voor de gehele DM II en VRM populatie. In 2014 is er door 35 huisartsen al wel gestart. Daarnaast vindt de definitie plaats van een regionaal formulier astma/COPD.
Evaluatie	MU/HAG, uitkomstmaten onbekend.

Project Diagnostiek	Situatie maart 2015
Omschrijving	Aanvraaggedrag en aanbidding eerstelijnsdiagnostiek bestaat uit drie interventies: 1. ICT: digitaal aanvragen mogelijk maken. 2. Logistiek: optimalisatie van priknetwerk. 3. Kwaliteit van aanvraagproces: rationaliseren van aanvraaggedrag, mede door probleemgestuurd aanvragen te introduceren.
Doel	Vermindering kosten eerstelijnsdiagnostiek en doelmatiger doorverwijzen. Optimalisatie van prikpostnetwerk (front office). Doelmatige contractering, analyse en beoordeling diagnostiek (back office).
Doelgroep	Patiënten: patiënten ingeschreven bij huisartsen aangesloten bij ZIO die labonderzoek nodig hebben. Verwachte n: nog onbekend. Zorgverleners: huisartsen en diagnostiek aanbieders. Verwachte n: 3 diagnostiekaanbieders in de regio.
Projectgroep	ZIO en MUMC+ (nog onbekend of er een nieuwe organisatorische eenheid komt).
Betrokken zorgverleners	Huisartsen en laboranten.
Bekostiging	Financieringsbron: eerstelijns Zvw. Bekostigingsprincipe: reguliere bekostigingsprincipe, vooralsnog onder beraad, onbekend welke eventuele prikkels VGZ zal inzetten voor doelmatige diagnostiek. Volgbeleid: nog onbekend voor proeftuin. Contractduur: 1 jaar.
Fasering	VGZ vooralsnog geen besluit of ze naar 1 aanbieder gaat of A, B, C status gaat introduceren. Start november 2014, oplevering van resultaten in juni 2015; implementatie tweede helft 2015.
Evaluatie	Geen afspraken over monitoring gemaakt tot nu toe omdat budget hiervoor ontbreekt.

B) GEDRAGSINTERVENTIES Blauwe Zorg

Gedrags-interventies	Situatie maart 2015
Omschrijving	1. Transparantie kosten geneesmiddelen: kosten overgedragen aan leveranciers HIS. 2. Shared decision making door middel van keuzehulpen ontwikkeld door de Stichting Patiënt Plus: inmiddels geïmplementeerd op de stadspoli's voor knie- en heupartrose.
Doel	Samen meer effect sorteren, meer vertrouwen als uitgangspunt. Van ZZ (ziekte en zorg) naar GG (gezondheid en gedrag). Van duur naar goedkoop. 'Zoveel mogelijk thuis'. 'Burgers, patiënten en professionals aan het stuur'.
Doelgroep	Alle patiënten van bij ZIO aangesloten huisartsen.
Werkgroep	Huis voor de Zorg, ZIO, VGZ.
Betrokken zorgverleners	Huisartsen en POH.
Bekostiging	Financieringsbron: VEZN. Bekostigingsprincipe: Huis voor de Zorg ontvangt een overall bedrag per jaar voor haar inzet bij de proeftuin. Volgbeleid: alleen de preferente verzekeraar investeert. Contractduur: 1 jaar.
Fasering	Medicijnkosten zichtbaar in de HIS'sen. Keuzehulpen knie- en heupartrose geïmplementeerd.
Evaluatie	Monitoring van effect keuzehulpen via vrijwilliger van Huis voor de Zorg.

Figuur B 4.2: Schematische weergave van de proeftuin Friesland Voorop



Tabel B 4.2.1: Toelichting ten aanzien van sturing binnen Friesland Voorop

Centrale sturing	Er is geen overkoepelende stuurgroep. DFZ houdt zelf overzicht en stuurt de gehele proeftuin aan, via onderstaande overlegorganen.
Stuurgroep sociaal-medische eerste lijn	Hiermee wordt gemeentelijk beleid met eerste lijn afgestemd gezien de nieuwe verantwoordelijkheden van de gemeenten. Er zijn 64 wijken onderscheiden binnen de provincie. De afspraak is dat gemeenten verantwoordelijk worden voor de wijkteams hiervan en dat DFZ haar beleid voor wijkverpleegkundigen hierop afstemt.
DFZ en LHV huisartsenkring Friesland	DFZ overlegt periodiek met de huisartsen, vertegenwoordigd door de LHV huisartsenkring Friesland, over onderwerpen als substitutie, toekomstvisie huisartsenzorg en anderhalvelijnscentra. De toekomstvisie op de Friese huisartsenzorg impliceert dat DFZ de huisartsen zal ondersteunen bij het ontstaan van huisartsensamenwerkingsverbanden. Daarnaast hebben huisartsen en DFZ in werkgroepen (met medisch specialisten) voor diabetes, COPD/ Astma en kwetsbare ouderen nieuw beleid en transmurale protocollen ontwikkeld.
Coördinatiegroep	Ziekenhuisbestuurders en DFZ coördineren de transities in de medisch specialistische zorg in de provincie Friesland.
Programma-management team	Medewerkers van DFZ en zorgmanagers van de Friese ziekenhuizen ondersteunen provinciaal werkende vakgroepen medisch specialisten om hun ziekenhuis overstijgende initiatieven uit te werken tot scenario's. Scenario's waaruit de zorgverzekeraar een keuze maakt t.b.v. haar zorginkoopbeleid.
Provinciaal Substitutie overleg	De LHV kring Friesland heeft in samenwerking met DFZ per ziekenhuis een provinciaal substitutieoverleg georganiseerd. Medisch specialisten maken samen met huisartsen afspraken per ziekenhuisregio over de voorwaarden waaronder de zorg voor patiëntengroepen overgedragen kan worden naar de eerste lijn.
Financiële contracten	DFZ financiert het programma en projectmanagement alsook vacatiegelden vanuit de beheerskosten. Afgezien van enkele pilots voor wondzorg, geboortezorg en kwetsbare ouderen zijn er nog geen integraal ingevoerde zorginhoudelijke interventies.

Tabel B 4.2.2: Populatiemanagement stappen Friesland Voorop

Doel	Kwaliteit van zorg bewaken en verbeteren en zorg toegankelijk en betaalbaar houden. Dit betekent zorg die aansluit bij wat patiënten zelf willen; dichtbij als het kan (eerste lijn en eigen omgeving), verder weg als het moet (met de hoogste kwaliteit), en met goede communicatie en dus uitstekende informatietechnologie. In 2020 behoort Friesland tot de best presterende zorgregio's in Nederland.
1. Populatie	Gehele provincie Friesland; n=646.200.
2. Assessment	DFZ maakt bij veel verkenningen gebruik van de onderzoeksgegevens van TNO ten behoeve van de 'broedplaatsen'. Medio 2014 heeft de provincie besloten dat er een Fries sociaal planbureau komt dat als taak krijgt de data van alle stakeholders te combineren en te bewerken ten behoeve van het beleid van provincie, gemeenten en zorgverzekeraars. Men is nu bezig met een rondgang langs de stakeholders om de databestanden die gekoppeld kunnen worden te inventariseren. Wanneer initiatieven binnen de proeftuin gepaard gaan met investeringen (bijvoorbeeld anderhalvelijnscentra) of met concentratie en desinvesteringen (bijvoorbeeld oogheelkunde) wordt bij ieder project, samen met de betrokken partijen een business case gemaakt. De business case moet uitsluitsel geven over de vraag of het initiatief (project) voldoende maatschappelijke baten oplevert. Daarnaast dient aannemelijk te worden gemaakt dat met het project een SMART omschreven verbetering van de kwaliteit mogelijk wordt gemaakt.
3. Risico-stratificering	Op basis van de inventarisatie door Zorgbelang van de gewenste zorg in de toekomst bij de Friese burgers, de onderzoeksgegevens t.b.v. de broedplaatsen en de eerste fase van het project (resultante uit de werkgroepen), zijn de gewenste veranderingen benoemt. DFZ heeft de gewenste veranderingen beschreven in haar toekomstvisie op de Friese gezondheidszorg. De geformuleerde veranderingen worden niet allemaal tegelijk geïmplementeerd. Prioritering van deze gewenste verandering gebeurt pragmatisch, is gedeeltelijk ook afhankelijk van daar waar energie en motivatie is om te veranderen.
4. Interventies	Er zijn nog geen lopende zorginhoudelijke of randvoorwaardelijke interventies. Nadere toelichting op de voorbereide interventies volgt hieronder na deze tabel.
5. Monitoring	Ja, binnen DFZ zal een eigen evaluatie uitgevoerd worden van de activiteiten en interventies. De details van de evaluaties van de afzonderlijke interventies staan vermeld bij de gedetailleerde beschrijving van de interventies. De evaluatie van de proeftuin door DFZ omvat daarnaast: Evaluatieperiode: niet bekend (vanwege 4.) Uitkomstmaten: nog niet bekend (vanwege 4.)
6. Feedback-loop	Per project wordt hierover nagedacht. Geen overkoepelende feedback-loop.

Tabel B 4.2.3: Beschrijving van betrokken actoren Friesland Voorop

Organisatie-naam	Omschrijving (type, functie, omvang)	Participatie (1-5)**	Regie/ programma-groepen	Aantal x lid Projectgroep
1. Gemeenten in de provincie Friesland	De provincie Friesland bestaat uit 24 gemeenten met in totaal bijna 650.000 inwoners.	4	0	1
2. Friese huisartsen vereniging	Belangenbehartiger van het merendeel van de huisartsen in Friesland en onderdeel van de landelijke LHV.	1 t/m 4 afhankelijk van onderwerp	1	2 (ICT en toekomst)
3. VSV Leeuwarden e.o.	Samenwerkingsverband van zorgverleners in verloskundige zorg in Leeuwarden e.o. Gerelateerd aan MCL.	4	0	0
4. VSV Heerenveen e.o.	Samenwerkingsverband van zorgverleners in verloskundige zorg in Heerenveen e.o. Gerelateerd aan Tjongerschans.	4	0	1
5. VSV Drachten e.o.	Samenwerkingsverband van zorgverleners in verloskundige zorg in Drachten e.o. In 2012/2013 gereorganiseerd. Gerelateerd aan Nij Smellinghe ziekenhuis.	4	0	0
6. VSV Sneek e.o.	Samenwerkingsverband van zorgverleners in verloskundige zorg in Sneek e.o. Gerelateerd aan Antonius ziekenhuis.	4	0	0
7. MCL	Topklinisch (STZ) en opleidingsziekenhuis met locaties in Leeuwarden en Harlingen. Stichting Zorgpartners Friesland is eigenaar. Ruim 3000 medewerkers (loondienst), ruim 600 bedden, 30.000 opnames en omzet van €290 mln. in 2012.	1 t/m 4, afhankelijk van het onderwerp	1	Maatschappen in verschillende ziekenhuis overstijgende initiatieven

Organisatie-naam	Omschrijving (type, functie, omvang)	Participatie (1-5)**	Regie/ programma-groepen	Aantal x lid Projectgroep
8. Tjongerschans	Tjongerschans biedt basiszorg in Heerenveen en omgeving (ziekenhuis in Heerenveen en polikliniek in Lemmer). Stichting Zorgpartners Friesland is eigenaar. Ruim 1100 medewerkers, 240 bedden, 14.000 opnames en €90 mln. omzet in 2012.	4	1	Maatschappen in verschillende ziekenhuis overstijgende initiatieven
9. Stichting Zorggroep Pasana*	Opgericht in 2007 uit een fusie tussen Talma Sionsberg (ziekenhuis Sionsberg Dokkum en 2 verpleeghuizen), Stichting zorgcentra Dongeradeel, zorgcombinatie Ameland en zorgcentrum Talma Hoeve. Omzet van €80 mln. in 2012 en ruim 900 fte. In 2012 zijn Nij Smellinghe en Pasana bestuurlijk opgegaan in Nij Smellinghe/Pasana. Algemeen ziekenhuis in Drachten met meer dan 1000 medewerkers (830 fte), 339 bedden, 13.000 opnames en €90 mln. omzet in 2012.	4	1	Maatschappen in verschillende ziekenhuis overstijgende initiatieven
10. Antonius Ziekenhuis*	Algemeen ziekenhuis met locaties in Sneek en Emmeloord. Onderdeel van de Antonius Zorggroep (bevat ook thuiszorg). 950 fte, ruim 300 bedden en €110 mln. omzet in 2012.	4	1	Maatschappen in verschillende ziekenhuis overstijgende initiatieven
11. UMCG	Academisch ziekenhuis in Groningen met ruim 10.000 medewerkers, 67.000 opnames (dag & klinisch) en €1,1 mld. omzet in 2013.	4	0	0

Organisatie-naam	Omschrijving (type, functie, omvang)	Participatie (1-5)**	Regie/programma-groepen	Aantal x lid Projectgroep
12. Zorgbelang Fryslan	Regionale Zorgbelang organisatie met 20 medewerkers. Vereniging van 90 patiënten/ consumenten-organisaties.	1 t/m 3, afhankelijk van het onderwerp	0	1 (ICT)
13. Klanten/ burgers	Inwoners van de provincie Friesland worden regelmatig door DFZ geïnformeerd over de proeftuin Friesland Voorop.	1	0	0
14. De Friesland Zorgverzekeringen N.V.	Zorgverzekeraar met 565.000 verzekerden. 65% van de inwoners in Friesland is verzekerd bij De Friesland. Onderdeel van Achmea concern.	5	0	4
15. Deloitte	Consultancy	3	0	1
16. Adstrat	Consultancy	3	0	1

* Oktober 2014 is een fusie tussen Nij Smellinghe/Pasana en Antonius goedgekeurd door ACM.

** Participatie op proeftuinniveau: 1 = informeren, 2 = raadplegen, 3 = adviseren, 4 = co-produceren en 5 = meebeslissen.

Tabel B 4.2.4: Interventies/projecten

A) RANDVOORWAARDELIJKE INTERVENTIES Friesland Voorop

FIT	Situatie maart 2015
Omschrijving	Het doel is dat er een ICT infrastructuur wordt ontwikkeld waardoor alle zorgverleners relatief eenvoudig informatie met elkaar kunnen delen en onafhankelijk van een specifieke locatie patiëntenzorg kunnen leveren met alle relevante patiënten informatie.
Doel	De conclusie van de expertgroepen was dat Friesland Voorop niet kan worden gerealiseerd zonder een adequate ondersteuning van ICT.
Doelgroep	Alle zorgverleners en aanbieders in provincie Friesland die door de Friesland gecontracteerd zijn.
Betrokken organisaties	Huisartsen, ziekenhuizen (inclusief UMCG), Zorgbalang, en DFZ.
Betrokken zorgverleners	Alle betrokkenen.

FIT	Situatie maart 2015
Bekostiging	Er is nog geen overeenstemming over bekostiging van deze interventie. Financieringsbron: nog onbekend. Bekostigingsprincipe: nog onbekend. Volgbeleid: onbekend. Contractduur: nog onbekend.
Fasering	Plannen zijn nog in ontwikkeling.
Evaluatie	DFZ evalueert zelf; indicatoren en tijdpad nog niet vastgesteld.

Anderhalve- lijnscentra	Situatie maart 2015
Omschrijving	Het doel is dat er anderhalvelijnscentra ontstaan waarbij de eerste lijn verder geprofessionaliseerd kan worden en specialistische zorg dichtbij kan worden aangeboden.
Doel	Zorg dichtbij als het kan en hiermee doelmatiger (zelfde kwaliteit en minder kosten). Het primaire doel is dat de huisarts, met adequate ondersteuning van de medisch specialist, de patiëntenzorg langer dan nu het geval is, in de eerste lijn kan voortzetten. Het secundaire doel is dat laagcomplexiteit ziekenhuiszorg tegen lagere integrale kosten en dezelfde kwaliteit in de eerste lijn kan worden gegeven.
Doelgroep	Regionaal georganiseerde huisarts.
Betrokken organisaties	Huisartsen, en andere zorgorganisaties, en DFZ.
Betrokken zorgverleners	Alle betrokkenen.
Bekostiging	Via opslag op de tarieven.
Fasering	Tender uitgeschreven voor ca. 6 anderhalvelijnscentra. Evaluatie van de voorstellen en planvorming vindt voorjaar 2015 plaats.
Evaluatie	DFZ evalueert zelf; indicatoren en tijdpad nog niet vastgesteld.

B) ZORGINHOUDELIJKE INTERVENTIES Friesland Voorop

Interventies binnen Friesland Voorop zijn binnen onderstaande programma's ondergebracht.

Planbare zorg met laag risico	Situatie maart 2015
Omschrijving	Niet-complexe electieve zorg wordt geconcentreerd op diverse locaties. Voor- en nazorg vinden plaats in de buurt.
Doel	Zie oprichting coördinatiegroep substitutie Friesland.
Doelgroep	Alle inwoners provincie Friesland.

Planbare zorg met laag risico	Situatie maart 2015
Betrokken organisaties	Huisartsen, ziekenhuizen en vakgroep organisaties van medisch specialisten, en DFZ.
Betrokken zorgverleners	Verschillende disciplines medisch specialisten en huisartsen.
Bekostiging	Nog niet gerealiseerd.
Fasering	Er zijn nog geen projecten gestart. Er zijn wel meerdere plannen in ontwikkeling die variëren in status. De plannen zijn al verder gevorderd voor wondzorg, oogheelkunde, reumatologie en longgeneeskunde en chirurgie. Wondzorg is kandidaat voor contractinnovatie.
Evaluatie	Per project verschillend.

Zorg met hoog risico	Situatie maart 2015
Omschrijving	Planbare zorg met een hoog risico moet van topkwaliteit zijn. Daarom zal deze zorg in de toekomst geconcentreerd worden. Friesland Voorop richt zich nu eerst op complexe vaatchirurgie en complexe oncologie.
Doel	Specialisatie en concentratie.
Doelgroep	Alle inwoners van Provincie Friesland; in eerste instantie gericht op oncologische zorg en vaatproblemen.
Betrokken organisaties	De vier ziekenhuizen.
Betrokken zorgverleners	Specialisten (o.a. medisch oncologen en oncologisch chirurgen).
Bekostiging	Reguliere dbc's.
Fasering	Start volgt later; vermoedelijk 2016.
Evaluatie	DFZ voert evaluatie zelf uit.

Geboortezorg	Situatie maart 2015
Omschrijving	Er komen vier regionaal georganiseerde verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's). Hierin werken alle zorgverleners samen voor optimale zorg aan moeder en kind.
Doel	Integratie (voorkómen gefragmenteerd zorgaanbod).
Doelgroep	Alle kraamverzorgsters, verloskundigen, gynaecologen en kinderartsen doen per VSV regio mee.
Betrokken organisaties	4 VSV's, ziekenhuizen en organisaties van 10 verloskundigen, 7 kraamzorgorganisaties; nieuwe structuur wordt besproken; voortborduren op 4 VSV's.

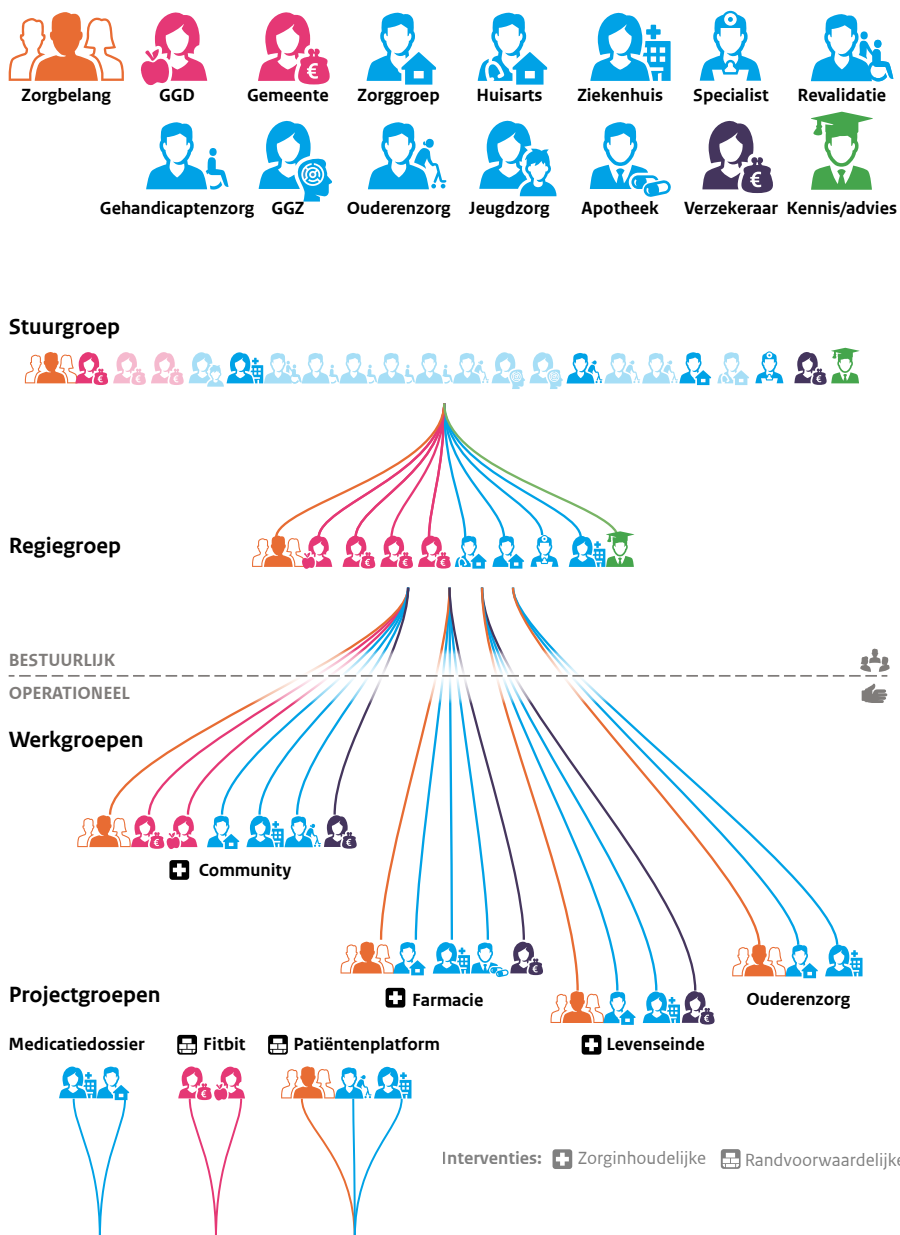
Geboortezorg	Situatie maart 2015
Betrokken zorgverleners	Gynaecologen, kinderartsen, verloskundigen en kraamverzorgsters.
Bekostiging	Er is nog geen overeenstemming over bekostiging van deze interventie. VSV Heerenveen wordt als pilot gebruikt. Financieringsbron: Zvw. Bekostigingsprincipe: 1 van de 4 VSV regio's heeft besloten mee te gaan met de innovatieregulering 'Integraal tarief geboortezorg'. Ze zullen 1 bedrag ontvangen per gezond geboren kind. Hoe dit verder besteed wordt, mogen ze zelf bepalen. Hiervoor wordt een nieuwe juridische entiteit geïntroduceerd. Volgbeleid: onbekend want er is nog geen contractpartij. Contractduur: onbekend, nog geen contract gesloten.
Fasering	Plannen zijn voor 1 VSV in vergevorderd stadium. Het oprichten van een juridische entiteit wordt nu verkend. Verwachte introductie van deze juridische entiteit en start, najaar 2015.
Evaluatie	Nog onbekend.

Substitutieprojecten	Situatie maart 2015
Omschrijving	Behandeling van patiënten met laag complexe zorg verschuiven naar de eerste en anderhalve lijn; dit wordt gestimuleerd door budgetafspraken met ziekenhuizen.
Doel	Substitutie.
Doelgroep	Alle patiënten met laag complexe zorg.
Betrokken organisaties	De vier ziekenhuizen en de huisartsen.
Betrokken zorgverleners	Alle betrokken specialismen en huisartsen.
Bekostiging	Via M&I verrichtingen, S3 en nieuwe tarieven voor anderhalvelijnszorg.
Fasering	De stimulans tot verschuiving naar de eerste lijn komt van: • budgettaire taakstelling ziekenhuizen, en • provincie breed substitutieoverleg (medisch specialisten, huisartsen en DFZ).
Evaluatie	Nog onbekend.

Spoedzorg	Situatie maart 2015
Omschrijving	1. De spoedzorg wordt provinciaal georganiseerd, waarbij huisartsenposten, spoedeisende hulp en de ambulancedienst nauw samenwerken. 2. Eén organisatie voor de IC zorg. Waarbij de IC het portfolio van het ziekenhuis volgt. De discussie hierover wordt dus gevoerd via de portfolio-inrichting per ziekenhuis. 3. Alle ziekenhuizen werken onderling nauw samen, onder meer met behulp van tele-IC.
Doel	Substitutie, decentralisatie/ centralisatie.
Doelgroep	Alle burgers van de provincie Friesland.
Betrokken organisaties	Ziekenhuizen, ambulancediensten en HAP.
Betrokken zorgverleners	Specialisten, ambulanceorganisatie, huisartsen.
Bekostiging	Nog in onderhandeling in oktober.
Fasering	Implementatie vanaf 2015: alle ziekenhuizen hebben een HAP op hun terrein; bij 2 ziekenhuizen is een spoedplein gebouwd (Sneek en Heerenveen). Voorbereiding van organisatie voor IC zorg en tele-IC en telemonitoring zal later verder worden opgepakt; voorrang wordt gegeven aan initiatieven in de provincie van vakgroepen die ziekenhuis overstijgende plannen hebben.
Evaluatie	DFZ; details nog onbekend.

Zorgpad kwetsbare ouderen	Situatie maart 2015
Omschrijving	Geïntegreerd zorgpad voor kwetsbare ouderen.
Doel	-
Doelgroep	Kwetsbare ouderen, geïdentificeerd conform vastgelegde criteria.
Betrokken organisaties	De uitvoering van de zorgpaden wordt voorbereid in pilots waaraan ziekenhuizen, huisartsen, thuiszorg en verpleeghuis deelnemen.
Betrokken zorgverleners	Geriaters, huisartsen, verpleeghuisartsen, thuiszorg, medewerkers, verpleegkundigen. Er zijn 2 pilot regio's Dokkum en Heerenveen.
Bekostiging	Er is nog geen overeenstemming over bekostiging van deze interventie. Financieringsbron: Zvw. Bekostigingsprincipe: Beoogd wordt om per kwetsbare oudere een vast bedrag toe te kennen waar alle betrokken partijen van het zorgpad uit zullen worden betaald. De pilotfase zal worden benut om de bedragen te berekenen. Volgbeleid: onbekend. Contractduur: onbekend, nog geen contract gesloten.
Fasering	Plannen worden uitgewerkt.
Evaluatie	Onbekend.

Figuur B 4.3: Schematische weergave van de proeftuin GoedLeven



Tabel B 4.3.1: Toelichting ten aanzien van sturing binnen GoedLeven

Stuurgroep	Is beslissingsbevoegd orgaan binnen proeftuin; komen 1 keer per maand samen.
Regiegroep	Voortgang van projecten bespreken en nieuwe voorstellen van projecten worden als voorgenomen besluit vastgesteld. O.b.v. matrix van toegevoegde waarde voor proeftuin: wat schiet GoedLeven ermee op, de aanbieder, de patiënt en de verzekeraar. Voor ieder project adviseert de regiegroep de stuurgroep. Frequentie: om de zes weken.
Projectgroepen	Projectgroepen zorgen voor de uitvoering en implementatie van projectplannen. Elke projectgroep kent een projectleider, die de voortgang bewaakt.
Programma-management	RosRobuust
Project-management	RosRobuust, Opera Consultancy
Financiële contracten	Geen contract op proeftuinniveau; projecten worden apart bekostigd. Participanten hebben in totaal €140.000 gestort op grootboekrekening voor projecten. Programmamanagement gefinancierd via ROS-gelden. Duur contract 1 jaar.

Tabel B 4.3.2: Populatiemanagement stappen GoedLeven

Doel	In 2022 is in Zeeuws-Vlaanderen: 1. De levensverwachting ten opzichte van een relevante vergelijkingsgroep: a. gemiddeld hoger; b. gemiddeld hoger in goede ervaren gezondheid; c. gemiddeld hoger zonder chronische ziekten; d. gemiddeld hoger zonder lichamelijke beperkingen; e. gemiddeld hoger in goede geestelijke gezondheid. 2. De ervaren zelfredzaamheid van volwassenen en ouderen beter t.o.v. het landelijk gemiddelde. 3. De jaarlijkse stijging van totale zorgkosten gemiddeld minder t.o.v. het landelijk gemiddelde. 4. Nog steeds goede, toegankelijke basiszorg dichtbij en bereikbare, kwalitatief hoogwaardige specialistische zorg.
1. Populatie	Alle inwoners van Zeeuws-Vlaanderen.
2. Assessment	Er wordt nog gewerkt aan een overall scan van de populatie van kosten, zorg en gezondheid. Ze zijn nu met TNO aan het verkennen hoe ze de koppeling tussen verschillende databronnen kunnen maken.
3. Risico-stratificering	Tot op heden vindt de keuze van de interventies pragmatisch plaats; daar waar een idee is en motivatie/tijd/energie. Interventies worden toegespitst op de subgroepen die in Tabel B 4.3.4 zijn genoemd (overzicht van interventies).
4. Interventies	Twee randvoorwaardelijke (Expeditie en Community) en twee zorginhoudelijke interventies (Farmacie, Einde Levensfase).
5. Monitoring	Nog niet uitgewerkt.
6. Feedback-loop	Nog niet uitgewerkt.

Tabel B 4.3.3: Beschrijving van betrokken actoren GoedLeven

Organisatiernaam	Omschrijving (type, functie, omvang)	Participatie (1-5)*	Stuurgroep	Aantal x lid Projectgroep
1. Hulst	Gemeente met ruim 27.000 inwoners.	4	Ja	0
2. Sluis	Gemeente met ruim 23.000 inwoners.	4	Ja	0
3. Terneuzen	Gemeente met bijna 55.000 inwoners.	4	Ja	0

Organisatienaam	Omschrijving (type, functie, omvang)	Participatie (1-5)*	Stuurgroep	Aantal x lid Projectgroep
4. GGD Zeeland	GGD Zeeland heeft ruim 300 medewerkers, waarvan de meeste arts, verpleegkundige of doktersassistent.	4	Ja	0
5. Medische Staf Huisartsen	Vereniging fungerend als overlegorgaan bij Nucleus Zorg. Behartigt belangen van leden binnen Nucleus.	5	Ja	1
6. Nucleus Zorg (HAP en eerstelijns Zorggroep)	Koepelorganisatie voor huisartsen. Per 31-12-2011 waren er 46 mensen in dienst (23 fte). Koepel voor ruim 60 huisartsen, 2 huisartsenposten en Nucleus chronische zorg.	5	Ja	1
7. Emergis	Instelling voor alle soorten GGZ-zorg. Behandelt jaarlijks 10.000 mensen. Ongeveer 1400 medewerkers op 50 locaties in Zeeland. In 2012 406 bedden en 224 plaatsen voor beschermd wonen en een omzet van bijna €100 mln.	5	Ja	0
8. Regionaal Gezondheidscentrum Zeeuws-Vlaanderen (RGC)	Tweedelijns GGZ-centrum voor kortdurende GGZ voor volwassenen en ouderen in Zeeuws-Vlaanderen. Maatschap tussen stichting Emergis en stichting ZorgSaam (beide 50%).	5	Ja	0
9. Zeeuwse Gronden	GGZ organisatie gericht op mensen met een ernstige psychiatrische ziekte. Heeft vijf woonlocaties in Zeeuws-Vlaanderen.	5	Ja	0

Organisatienaam	Omschrijving (type, functie, omvang)	Participatie (1-5)*	Stuurgroep	Aantal x lid Projectgroep
10. ZorgSaam	ZorgSaam biedt ziekenhuiszorg, ambulancezorg, thuiszorg en intramurale ouderenzorg in Zeeuws-Vlaanderen. Gehele stichting had in 2012, 1600 medewerkers in ziekenhuis, 880 in V&V, 450 in Wmo-zorg (in 2012) en omzet van €172 mln.	5	Ja	2
11. Medische staf Stichting ZorgSaam	Bestond in 2012 uit 120 leden.	5	Ja	2
12. Juvent	Stichting voor jeugdhulp (tot 23 jaar). Biedt hulp aan ca. 1500 kinderen bij gedrags-, opvoedings-, ontwikkelingsproblemen (intramuraal, pleegzorgplekken, dagbehandeling, thuiszorg). Ongeveer 500 medewerkers en omzet van €33 mln. in 2012.	5	Ja	0
13. Arduin	Zorginstelling (stichting) in Middelburg voor mensen met lichamelijke, gedragsmatige of meervoudige beperking. In 2013 1200 medewerkers, 540 cliënten op 185 woonlocaties en 200 cliënten thuis. Omzet van €50 miljoen in 2013.	5	Ja	0
14. De Okkernoot	Kleinschalige woonvoorziening voor mensen met verstandelijke handicap in het dorp Schoondijke.	5	Ja	0
15. Gors	Gors biedt zorg aan huis en op locatie (in heel Zeeland) aan meer dan 800 mensen met een functiebeperking. Zowel intra- als extramuraal. In 2013 670 medewerkers en een omzet van €33 mln.	5	Ja	0

Organisatienaam	Omschrijving (type, functie, omvang)	Participatie (1-5)*	Stuurgroep	Aantal x lid Projectgroep
16. Tragelzorg	Instelling in Zeeuws-Vlaanderen voor mensen met verstandelijke handicap. In 1999 ontstaan uit een fusie tussen 3 instellingen. Ruim 730 medewerkers en omzet van ruim €40 mln. in 2013.	5	Ja	0
17. Caramus	Instelling (stichting) voor ouderenzorg (wonen, welzijn, zorg en behandeling) in Zeeuws-Vlaanderen. In 2013 680 medewerkers, 600 cliënten (intra- en extramuraal) en omzet van €30 mln.	5	Ja	0
18. Stichting Ouderenzorg Kanaalzone	SOKA biedt wonen, welzijn en zorg voor ouderen in woonzorgcentra, aanleunwoningen of thuis in Zeeuws-Vlaanderen. 3 locaties voor V&V. In 2012 340 mensen in loondienst en een omzet van €15 mln.	5	Ja	0
19. SVRZ	Stichting voor Regionale Zorgverlening heeft 8 zorgcentra en verschillende groepswoningen en woonzorgcentra in Zeeland (verpleging, verzorging, welzijn). In 2013 2400 medewerkers in heel Zeeland, ongeveer 1400 plekken/ cliënten zorg met verblijf, omzet van €125 mln.	5	Ja	0
20. Warmande	Organisatie, ontstaan in 2001, voor VV&T-zorg met 3 wooncentra en 1 verpleeghuislocatie.	5	Ja	0

Organisatienaam	Omschrijving (type, functie, omvang)	Participatie (1-5)*	Stuurgroep	Aantal x lid Projectgroep
21. Revant	Revant biedt gespecialiseerde revalidatie (klinisch en poliklinisch) in West-Brabant en Zeeland. In totaal 5 locaties waarvan 3 in Zeeland. Gehele organisatie bestaat in 2013 uit 488 medewerkers (excl. medische specialisten) met een totale omzet van €32 mln.	5	Ja	0
22. Klaverblad Zeeland	Samenwerkingsverband van 8 organisaties die opkomen voor belangen zorggebruikers en mantelzorgers in Zeeland. 25 medewerkers.	5	Ja	2
23. CZ	Zorgverzekeraar met landelijk 3,4 miljoen verzekerden. Marktaandeel van meer dan 60% in de regio.	5	Ja	2
24. Robuust	Eén van de 15 regionale ondersteuningsstructuren in Nederland. Gericht op geïntegreerde eerstelijnszorg. Werkzaam in Zuid-Nederland. Zeeland is 1 van de 7 regio's van Robuust.	4	Ja	0
25. Netwerk palliatieve zorg Zeeland	Netwerk voor ondersteuning en kennis in palliatieve zorg.	5	Nee	1

* Participatie op proeftuinniveau: 1 = informeren, 2 = raadplegen, 3 = adviseren, 4 = co-produceren en 5 = meebeslissen.

Tabel B 4.3.4: Interventies/projecten

A) RANDVOORWAARDELIJKE INTERVENTIES GoedLeven

Expeditie GoedLeven	Situatie maart 2015
Omschrijving	Expeditie bestond uit wandeling van Terneuzen naar GoedLeven; een kort college van gespreksvaardigheden, een college van nieuwe beweging, keukentafelgesprekken met patiënten, en reflectie op samenwerking (met Klaverblad en deelnemende organisaties).
Doel	-
Doelgroep	Alle participerende organisaties van GoedLeven, patiënten, en een Emaus verpleeghuis.
Betrokken organisaties	Alle deelnemers van GoedLeven.
Betrokken zorgverleners	Zorgverleners van deelnemers van GoedLeven uitgenodigd; uiteindelijk deden ongeveer 50 personen mee.
Bekostiging	Uit budget van GoedLeven (ze hebben een grootboekrekening, alle participerende leden hebben geld gestort; o.b.v. fte, €140.000 in pot, max. €5000 voor dit project) Sponsors: aannemer, verhuurbedrijf, sportschool, lokale uitgever.
Fasering	10 september 2014.
Evaluatie	Alle deelnemers geëvalueerd, videoblog gemaakt en beschikbaar via nieuwsbrief.

Community	Situatie maart 2015
Omschrijving	In de community kunnen inwoners van Zeeuws-Vlaanderen online meepraten en meedenken met GoedLeven (via ikwilmeedenken.nl). De community zal ook ingezet worden om inhoud te geven aan het merk GoedLeven. Hoe zien inwoners GoedLeven en de rol van GoedLeven en hoe zien participanten dit?
Doel	De community is een middel om met grote groepen inwoners (zij zijn ook afnemers van Zorg & Welzijn) verbeter ideeën te verzamelen en de uitwerking van ideeën aan hen voor te leggen. Op deze manier wordt invulling gegeven aan de participatie van inwoners aan het vorm geven van toekomstbestendige zorg en welzijn in Zeeuws-Vlaanderen.
Doelgroep	We gaan in gesprek met alle inwoners van Zeeuws-Vlaanderen.
Betrokken organisaties	Alle deelnemers van de proeftuin.

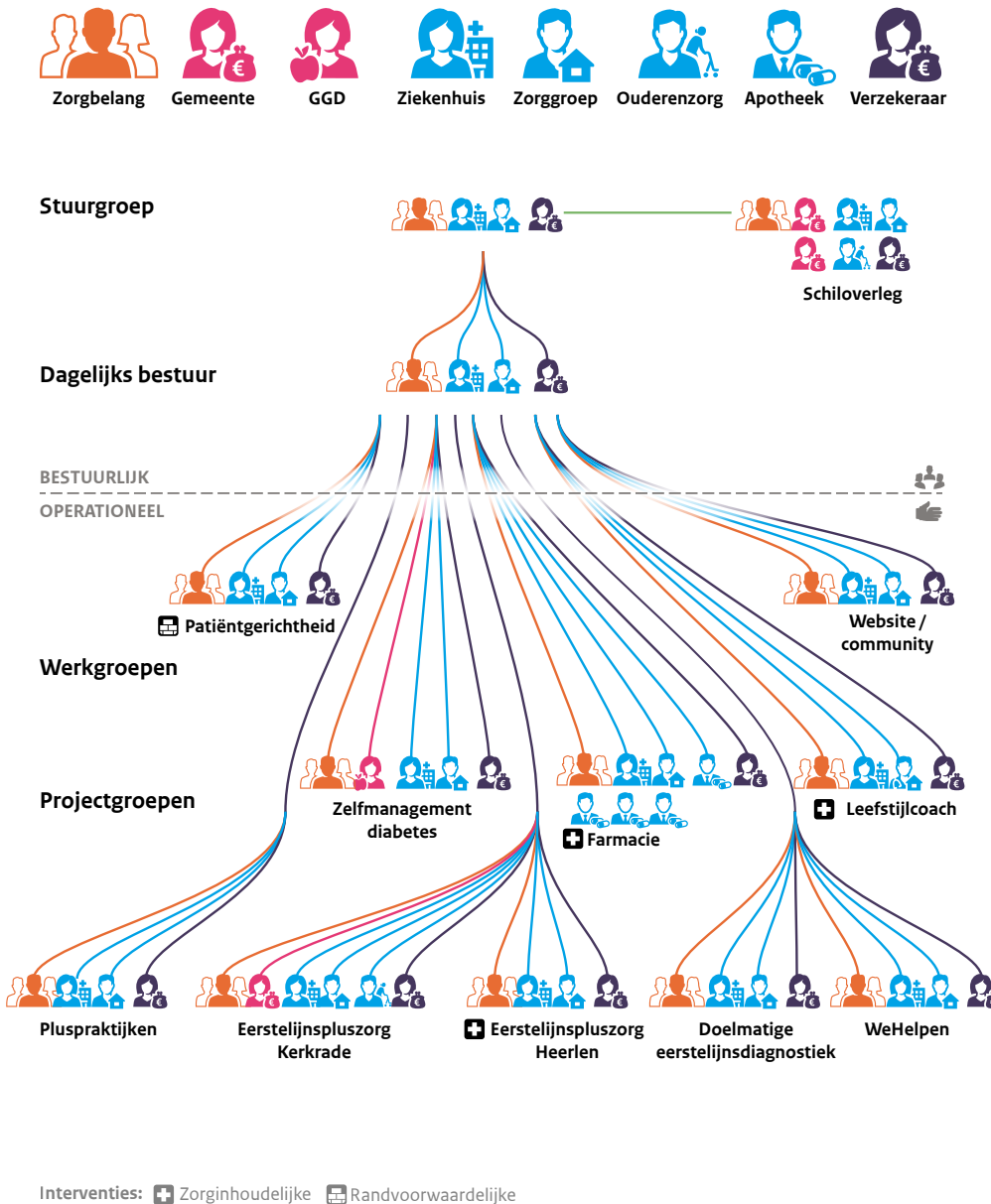
Community	Situatie maart 2015
Betrokken zorgverleners	Alle deelnemers van GoedLeven zijn uitgenodigd om actief deel te nemen in de community.
Bekostiging	CZ financiert dit in eerste instantie vanuit haar beheerskosten.
Fasering	In februari 2015 is de online Community van GoedLeven van start gegaan.
Evaluatie	De werking van de community wordt geëvalueerd.

B) ZORGINHOUDELIJKE INTERVENTIES GoedLeven

Farmacie	Situatie maart 2015
Omschrijving	Op korte termijn genereren van besparingen door generieke en therapeutische substitutie van geneesmiddelen.
Doel	Het genereren van besparingen op korte termijn is van belang om enerzijds investeringsruimte te creëren voor andere onderdelen van GoedLeven en anderzijds om concrete resultaten te laten zien, die het enthousiasme van partijen voor GoedLeven moeten voeden.
Doelgroep	In eerste instantie: generieke en therapeutische substitutie of stoppen van cholesterolverlagende en ATII blokkers die extramuraal worden afgeleverd. +/- 2000 burgers kunnen worden omgezet.
Werkgroep	Klaverblad, apothekers, Nucleus Zorggroep, ZorgSaam, Opera (projectmanagement).
Betrokken zorgverleners	Huisartsen, apothekers, internisten en cardiologen.
Bekostiging	Geen aparte bekostiging en contract voor het omzetten van de patiënten. Bekostigingsprincipe: de besparingen zullen, na aftrek van eventuele kosten om het project mogelijk te maken, leiden tot 'shared savings' die op een nog nader af te spreken wijze worden bepaald en verdeeld. Het realiseren van deze 'shared savings' biedt tevens de gelegenheid om budget te creëren om te investeren in nieuwe initiatieven in het kader van 'GoedLeven' (aldus opgesteld in businessplan).
Fasering	Vanaf september 2014 gestart.
Evaluatie	Op basis van claimdata door Opera.

Einde Levensfase	Situatie maart 2015
Omschrijving	Verskillende onderdelen: 1. Traject gericht op totale bevolking om het onder de aandacht te brengen en waar nodig informatie te bieden; 2. Gericht traject op mensen die waarschijnlijk binnen 1 jaar overlijden om hiermee gericht een gesprek te voeren over het levenseinde; inventarisatie van de behoefte van mensen t.a.v. tijdig praten over einde levensfase. 3. Daarnaast zullen zorgverleners nascholing ontvangen.
Doel	Bewustwording bij de bevolking en de zorg- en hulpverleners te stimuleren, zodat in de actieve palliatieve fase patiënt en zorg- en hulpverleners op de hoogte zijn van de wensen van de patiënt en de zorg over de schotten en lijnen heen daar op afgestemd kan worden. Het traject 'Praat tijdig over uw levenseinde' wil het bewustzijn van de mensen in Zeeuws-Vlaanderen over hun stem in deze fase stimuleren.
Doelgroep	De burgers van Zeeuws-Vlaanderen. De tweede doelgroep is de groep patiënten, die op basis van een zeer gedegen screening door huisarts en wijkverpleegkundige naar verwachting binnen 1 jaar komt te overlijden. Zorg- en hulpverleners van Zeeuws-Vlaanderen.
Werkgroep	CZ, ZorgSaam, medisch specialisten, huisartsen, Klaverblad, Netwerk palliatieve zorg.
Betrokken zorgverleners	Huisartsen, specialisten.
Bekostiging	ZonMw projectsubsidie van oktober 2014 t/m februari 2015 (€35.000).
Fasering	Folder is ontwikkeld en beschikbaar in huisartsenpraktijken.
Evaluatie	Niet uitgewerkt.

Figuur B 4.4: Schematische weergave van de proeftuin Mijn Zorg



Tabel B 4.4.1: Toelichting ten aanzien van sturing binnen Mijn Zorg

Stuurgroep	Besluitvorming over zaken betreffende het programma. Met name over inhoudelijke zaken, zoals starten nieuwe projecten (doorgroeiprogramma), bekostigingsprincipes (waaronder shared savings), businessplannen, netwerkontwikkeling. Frequentie 1 keer per maand.
Dagelijks bestuur	Praktische en organisatorische zaken worden in het Dagelijks Bestuur besloten. Terugkoppeling hiervan vindt plaats via statusrapportages die aan de stuurgroep worden voorgelegd. Frequentie is 1 keer per 4 weken, indien nodig vaker.
Projectgroepen	Ontwikkeling en implementatie van projecten.
Programma-management	Robuust.
Project-management	Robuust/HOZL (Pluspraktijken), ChangEffect (farmacie), Opera Consultancy (WeHelpen, Leefstijlcoach), ML Zorgadvies (eerstelijnspluszorg Heerlen), NDF (zelfmanagement diabetes), Huis voor de Zorg (patiëntgerichtheid), BHL Ament (eerstelijnspluszorg Kerkrade/ouderenzorg), Mixe/Branddoctors (website/ community).
Financiële contracten	Geen contract op proeftuinniveau; projecten worden apart bekostigd. Subsidie voor projectleiders via VEZN, Provincie Limburg, CZ-fonds of financiering via partijen zelf. Voor de rest waar nodig (extra) financiering binnen bestaande (landelijke) regelgeving. Partijen investeren echter veel van de projectkosten zelf om de shared savings zo hoog mogelijk te houden. Programmamanagement gefinancierd via ROS-gelden, tijdsduur is onbepaald.

Tabel B 4.4.2: Populatiemanagement stappen Mijn Zorg

Doel	Ontwikkelen van een toekomstbestendige integrale populatie gebonden aanpak, die leidt tot kwalitatief goede zorg en gezondheid en die de groei in de zorgkosten in de regio Oostelijk Zuid-Limburg beperkt. 'Mijn Zorg' gaat er vanuit dat het effectiever is als zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten in een regio hiertoe samenwerken. Verbeteringen voor alle stakeholders zijn het uitgangspunt: patiënten, zorgverleners, zorgverzekeraar, overheid, gemeente en werkgevers.
1. Populatie	Alle inwoners van Oostelijk-Zuid Limburg, circa 270.000.
2. Assessment	Vooralsnog is geen analyse gemaakt van de gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten van de totale populatie. Er zijn bij de partijen natuurlijk wel gegevens bekend over de gezondheidssituatie in de regio en totale kosten. Reden om een proeftuin te starten. Per project wordt een business case opgesteld waarbij kosten worden meegenomen. Tevens vindt er binnen de regio een inventarisatie plaats van zelfmanagement-capaciteit van de regio. High risk and high cost analyses worden momenteel ontworpen.
3. Risico-stratificering	Vooralsnog zijn de interventies geselecteerd op basis van pragmatiek, gericht op de thema's 'gezond, zelf, juiste zorg en kostenbewust'. Nagedacht wordt over een aanpak van 'high risks, high costs' in het kader van de meerjarenambitie.
4. Interventies*	2 ondersteunende (patiëntgerichtheid nulmeting, website/community) en 3 lopende zorginhoudelijke interventies (farmacie, eerstelijnspluszorg Heerlen, leefstijlcoach) en er zijn er nog 5 in voorbereidende fase (stimuleren WeHelpen, zelfmanagement diabetes, pluspraktijken, doelmatige diagnostiek, eerstelijnspluszorg Kerkrade/ verbeteren van zorg aan ouderen in kwetsbare positie).
5. Monitoring	Alle projecten binnen de proeftuin worden geëvalueerd. Er wordt gewerkt met de PDCA-cyclus, dus ook tijdens het project vinden metingen en verbeteringen plaats. De aanpak verschilt, mede vanwege de (kwantitatieve) meetbaarheid van projecten. Voor enkele projecten is externe ondersteuning: eerstelijnspluszorg (Maastricht University), zelfmanagement bij diabetes (NDF), leefstijl coaching (Maastricht University en Tilburg University), patiëntgerichtheid (IQ healthcare), farmacie (nog werven) en pluspraktijken (Maastricht University).

6. Feedback-loop

Elke projectgroep moet periodiek informatie verzamelen over de stand van zaken van het project (waar mogelijk kwantitatief) en het project bijsturen (PDCA-cyclus). Dit moet de kwaliteit verbeteren en het proces borgen. De projectgroep, de zorggroep en de stuurgroep zijn samen verantwoordelijk voor de bijsturing van projecten.

Er is een vaste werkwijze voor de aanpak van projecten:

- De stuurgroep beslist over het starten van nieuwe interventies (aangedragen door leden of ideeën uit de regio) waarbij beoordeeld wordt of dit project bijdraagt aan de doelen van Triple Aim (vertaald in vier thema's: gezond, zelf, juiste zorg en kostenbewust. Een project kan onder meerdere thema's tegelijk vallen). Dit is de verkenningsfase.
- Na een positief besluit, wordt een projectgroep geformeerd bestaande uit leden van alle partijen, die een businessplan moet opstellen (plan van aanpak qua inhoud, organisatie en, afhankelijk van het projectdoel, een financiële analyse (business case) gericht op het effect van het project op de zorguitgaven van de verzekeraars).
- Bij een positief besluit over het businessplan wordt een implementatieplan opgesteld en het project ingevoerd, waarbij periodiek het project moet worden geëvalueerd en bijgesteld.

* Binnen het Platform Zorg van de Provincie Limburg is er nog een werkgroep waarin drie proeftuinen, Anders Beter, Blauwe Zorg en Mijn Zorg, werken aan een bronsgroene zone in Zuid Limburg gericht op een integrale aanpak om de gezondheid te bevorderen.

Tabel B 4.4.3: Beschrijving van betrokken actoren Mijn Zorg

Organisatie-naam	Omschrijving (type, functie, omvang)	Participatie (1-5)*	Stuur-groep	Aantal x lid Projectgroep
1. Gemeente Kerkrade	Gemeente met bijna 50.000 inwoners.	4	Nee	1
2. Gemeente Heerlen	Gemeente met bijna 90.000 inwoners.	4	Nee	1
3. Huisartsen-OZL	Zorggroep waarin 132 huisartsen uit de regio zijn verenigd. HOZL kent een aantal werkmaatschappijen: Diagnostiek en Behandelcentrum, Chronische Zorg, Eerstelijns Business Center, en een huisartsenpost.	5	Ja	10
4. BENU apotheek	BENU is een keten met ruim 300 apotheken in Nederland; alle apotheken in OZL doen mee.	4/5	Ja (stuur-groep farmacie)	1
5. Mediq apotheek	Mediq is een internationale onderneming en leverancier van hulpmiddelen, geneesmiddelen en zorg; alle apotheken in OZL doen mee.	4/5	Ja (stuur-groep farmacie)	1
6. Service apotheken Parkstad	Samenwerking van 5 apotheken (10 apothekers) in Kerkrade en Landgraaf. Alle apotheken in OZL doen mee.	4/5	Ja (stuur-groep farmacie)	1
7. VAL	Bij de Verenigde Apotheken Limburg zijn 36 apotheken aangesloten. Alle apotheken in OZL doen mee.	4/5	Ja (stuur-groep farmacie)	1

Organisatie-naam	Omschrijving (type, functie, omvang)	Participatie (1-5)*	Stuur-groep	Aantal x lid Projectgroep
8. Meander Groep Zuid-Limburg	Meander Groep is brede zorgaanbieder in regio Parkstad en Westelijke Mijnstreek met 5000 werknemers en omzet van €168 miljoen. Jaarlijks zo'n 20.000 cliënten in de regio. Actief in o.a. thuiszorg, verpleging en verzorging en kraamzorg.	4	Nee	1
9. Atrium-Orbis	Oorspronkelijk is Atrium-MC aangesloten, inmiddels gefuseerd met Orbis medisch en Zorgconcern. Atrium is een topklinisch ziekenhuis met 3 locaties in Heerlen, Brunssum en Kerkrade. In 2012 had het Atrium MC 1230 erkende bedden, bijna 31.000 opnames, meer dan 500.000 polikliniekbezoeken en bijna 39.000 dagopnamen.	5	Ja	10
10. Huis voor de Zorg	Onafhankelijke organisatie voor zorgvragers in Limburg (bundeling van 9 doelgroep organisaties). 30 medewerkers op dit moment.	5	Ja	1-
11. CZ	Landelijk 3,4 miljoen verzekerden. Marktaandeel van meer dan 60% in de regio.	5	Ja	10

* Participatie op proeftuinniveau: 1 = informeren, 2 = raadplegen, 3 = adviseren, 4 = co-produceren en 5 = meebeslissen.

Tabel B 4.4.4: Interventies/projecten

A) RANDVOORWAARDELIJKE INTERVENTIES Mijn Zorg

Patiëntgerichtheid	Situatie maart 2015
Omschrijving	'Mijn Zorg' functioneert als één van de twee pilotregio's voor het uitzetten van een vragenlijst met betrekking tot patiëntgerichtheid in de regio.
Doel	De patiëntgerichtheid in de regio aantoonbaar verbeteren. Het uitzetten van deze vragenlijst is daarbij een 0-meting die vervolgens moet leiden tot input voor gerichte verbeteracties.
Doelgroep	Er zijn drie doelgroepen en vragenlijsten: • Voor mensen met diabetes en/of COPD; deze vragenlijst richt zich op de zorg zoals mensen die in de keten ervaren. • Voor mensen die minimaal één nacht hebben verbleven op een verpleegafdeling van het ziekenhuis (orthopedie, vaatchirurgie, cardiologie, oncologie, longgeneeskunde en interne geneeskunde). • Voor zorgverleners in het ziekenhuis. Later wordt uitbreiding naar andere subpopulaties verwacht.
Werkgroep	Huis voor de Zorg, CZ, HuisartsenOZL, Atrium-Orbis MC. Daarnaast participeren op suprareginaal niveau de NPCF, Zorgbelang Gelderland, IQ healthcare.
Betrokken zorgverleners	Huisarts/POH, personeel van verpleegafdelingen, zorgprofessionals binnen ziekenhuis.
Bekostiging	Geen contract naar zorgaanbieders; IQ healthcare wordt betaald door CZ.
Fasering	Vragenlijst is in december uitgezet; vragenlijst blijft nog even open vanwege nog lage respons (<10%). Respons verhogende maatregelen als incentives, mondeling afnemen en nogmaals aanschrijven zijn ingezet.
Aanpassingen	Vanwege allerlei redenen is gaandeweg besloten dat de vragenlijst bij (ex-) ziekenhuispatiënten niet mondeling wordt afgenomen door getrainde vrijwilligers van het Huis voor de Zorg.
Evaluatie	IQ healthcare voert dit onderzoek uit inclusief de evaluatie. Partijen geven ook procesreflecties (kwalitatief).

Website/ community	Situatie vóór 1 maart 2015
Omschrijving	Website waarbij naast inhoudelijke informatie over Mijn Zorg, ook filmpjes worden getoond over bijvoorbeeld een dilemma waar partijen tegen aanlopen, maar ook aan samenwerken binnen de proeftuin. Stuurgroepleden gaan hier dan op reageren. In latere fase zal de community worden geïntroduceerd. Dit is een digitaal platform voor interactie met de burgers.
Doel	Enthousiasmeren van stakeholder over de proeftuin; informeren over de proeftuin voor geïnteresseerden en in toekomstige fase ook actief betrekken van burger.
Doelgroep	Op korte termijn zorgaanbieders, in latere fase ook burgers en patiënten.
Werkgroep	Huis voor de Zorg, CZ, HuisartsenOZL, Atrium-Orbis MC.
Bekostiging	CZ betaalt het bouwen van de website vooralsnog vanuit haar beheerskosten.
Fasering	Planning is op korte termijn de website online te plaatsen met filmpjes (verwachting juni 2015); afhankelijk van de ervaringen in GoedLeven zal de stap naar het betrekken van burgers verder worden geconcretiseerd in de vorm van een community.
Evaluatie	Nog niet ontwikkeld.

B) ZORGINHOUDELIJKE INTERVENTIES Mijn Zorg

Farmacie	Situatie maart 2015
Omschrijving	Er wordt op door partijen ontwikkelde formularia gestuurd om waar mogelijk de farmaciekosten te reduceren en kwaliteit gelijk te houden. Dit gebeurt door, indien medisch verantwoord, preferente naar generieke medicijnen om te zetten (cholesterolverlagers) of generieke medicatie vanaf begin voor te schrijven (cholesterolverlagers, ATII-blokkers en protonpompremmers).
Doel	Betaalbare zorg met behoud van kwaliteit en toegankelijkheid. Hierbij zijn drie middelen gekozen waarbij het financiële besparingspotentieel het grootste is.
Doelgroep	Bestaande en nieuwe patiënten die cholesterolverlagers, angiotensine II (ATII)-blokkers en protonpompremmers gebruiken. Bestaande gebruikers: n=22.000 (ongeveer); waarvan de verwachting is dat 70% omgezet zal worden.
Projectgroep	HuisartsenOZL, Atrium-Orbis MC, CZ, Huis voor de Zorg, Mediq, VAL, Service apotheek, BENU apotheek.
Betrokken zorgverleners	135 huisartsen, 36 apothekers en 45 medisch specialisten (van Atrium MC, zijnde de internisten, cardiologen en ziekenhuisapothekers).
Bekostiging	Er is geen contract gesloten, is ook niet het doel. CZ/VGZ financieren projectmanagement via VEZN-gelden en shared savings afspraken zijn met CZ gemaakt (waarbij specifiek verhouding van delen van savings is afgesproken).

Farmacie	Situatie maart 2015
Fasering	Fasegewijze realisatie (m.n. in verband met de tijd die nodig is om bestaande gebruikers om te zetten) van 10-25-45-60% best practices per kwartaal in de 4 kwartalen na de start. Doelstelling is om binnen een jaar (ingaaande per 1 juli 2014): • Een regionale werkwijze voor het doelmatig voorschrijven van genoemde geneesmiddelen om het proces te verbeteren en op te schalen naar andere medicijngroepen. • Elke fulltime huisarts die meedoet te motiveren gemiddeld 3 omzettesprekken per week te voeren. • Communicatieafspraken te hebben omschreven die een constructieve samenwerking tussen de professionals ondersteunen (huisarts, apotheek en specialist). • Spiegelinformatie voor specialisten te hebben verbeterd. • Een informatiesysteem op te zetten voor (bij)sturing op praktijk, organisatie en regionaal niveau. Dit zou het fundament moeten leggen voor een stabiele en blijvende samenwerking en communicatie tussen de professionals, patiënt en verzekeraar. Dit zal de basis worden voor het doelmatig voorschrijven van alle medicatie.
Aanpassingen	1. Later gestart dan april 2014, zodat eerst draagvlak gecreëerd kon worden. 2. In eerste instantie gericht op bestaande en nieuwe patiënten die cholesterolverlagers, angiotensine II (ATII)-blokkers en protonpompremmers gebruiken. Gaandeweg het project is de focus voor het omzetten van medicatie gericht op cholesterolverlagers, omdat daar de meeste besparingen te verwachten zijn. Voor nieuwe patiënten gelden wel alle drie de formularia.
Evaluatie	Model is in ontwikkeling. Uitvoering van meting en rapportage van resultaten door het projectteam, waarbij de informatie op praktijk, zorggroep en stuurgroep niveau wordt opgesteld. Onderzoeksbureau wordt nog geworven.

Eerstelijnsplus- centrum Kerkrade/ Ouderenzorg	Situatie maart 2015
Omschrijving	Een eerstelijnspluscentrum in Kerkrade zal specialistische zorg bieden in een eerstelijnssetting. Voor welke specialismen dit zal gebeuren is nog onbekend. De zorg voor ouderen in een kwetsbare positie zullen hierin in het bijzonder aandacht krijgen.
Rationale en doel	1. Verminderde zorgkosten door reductie tweedelijns DBC's en lagere kosten specialistische zorg binnen eerste lijn 2. Hogere kwaliteit van zorg, door zorg dicht bij huis aan te bieden. 3. Verbeteren van zorg aan ouderen in een kwetsbare positie.
Doelgroep	Patiënten uit Kerkrade en omgeving. Zorgverleners: nog uitwerken, in ieder geval huisartsen, medisch specialisten, thuiszorg, V&V-organisaties.
Projectgroep	HuisartsenOZL, Atrium-Orbis MC, CZ, Huis voor de Zorg, Meander Groep, gemeente Kerkrade.
Betrokken zorgverleners	Nog uitwerken, in ieder geval huisartsen, medisch specialisten, thuiszorg, verpleging & verzorgingsorganisaties.
Bekostiging	Gezamenlijke financiering van projectleiding, tenzij subsidie wordt verkregen via VEZN.
Fasering	ELPC Kerkrade zal na ELPC Heerlen versneld kunnen worden opgepakt door ervaringen in ELPC Heerlen. Project is nu gericht op de analyse van de zorg aan ouderen in een kwetsbare positie. Afhankelijk van de ontwikkelingen rondom het eerstelijnspluscentrum Heerlen wordt besloten of ook een dergelijk centrum in Kerkrade wordt opgericht. Tegelijkertijd willen partijen de zorg aan ouderen in een kwetsbare positie in de regio zeker verbeteren. Een 'eerstelijns geriatriesch centrum' kan hiervoor een mogelijkheid zijn.
Aanpassingen	Ja, tijdsframe aangepast; ELPC Heerlen kwam door omstandigheden eerder.
Evaluatie	Nog niet.

Eerstelijnsplus-centrum Heerlen 'PlusPunt MC'	Situatie maart 2015
Omschrijving	PlusPunt MC is een eerstelijnspluscentrum en biedt specialistische consulten binnen een eerstelijnssetting. PlusPunt is op 1 oktober 2014 geopend in Heerlen gericht op laag-complexe cardiologie. De doorontwikkeling van het centrum vindt plaats gericht op interne geneeskunde, KNO, dermatologie, kleine chirurgie en de doorontwikkeling van cardiologie naar patiënten met hartfalen en atriumfibrilleren.
Doel	Het ELPC moet leiden tot: 1. zinnige en zuinige zorg (geen overbodige diagnostiek); 2. huisarts als regisseur (voorkomen versnippering van zorg); 3. huisarts als poortwachter (voorkomen onnodige tweedelijnszorg); 4. ondersteuning van de huisarts (consultatie, scholing); 5. zorg in de wijk (dichtbij, laagdrempelig, makkelijk bereikbaar); 6. patiëntvriendelijke zorg (korte wachttijden, goede communicatie).
Doelgroep	Patiënten: bij start van PlusPunt gaat het om cardiologische, laag-risico patiënten. Bij doorgroei cardiologie gaat het ook om patiënten met atriumfibrilleren en hartfalen. Daarna, afhankelijk van besparingspotentieel, uitbreiding in 2015 met eerstelijnspluszorg aan patiënten voor de overige zorggebieden KNO, dermatologie, interne geneeskunde en kleine chirurgie. Voor de cardiologische laag-risico patiënten wordt uitgegaan van 3375 patiënten en 540 onderzoeken (per jaar).
Betrokken organisaties	PlusPunt MC is een BV van Atrium MC (49% aandeel) en HuisartsenOZL (51% aandeel). Huis voor de Zorg en CZ zijn betrokken bij de ontwikkeling. Allen nemen deel in projectgroep.
Betrokken zorgverleners	Huisartsen, medisch specialisten (cardiologen, specialisten van KNO, dermatologie, interne geneeskunde en chirurgen), POH-GGZ.
Bekostiging	Financieringsbron: Zvw. Bekostigingsprincipe: PlusPunt declareert de geleverde zorg aan de hand van DBC-zorgproducten (minus een korting van het tarief) en betaalt de medisch specialist voor hun advisering aan de hand van uurtarieven. Dit is een tijdelijke financiering in afwachting van de doorontwikkeling van PlusPunt; het is het streven om eerstelijnszorgproducten op te stellen en te declareren. Contractanten: CZ contracteert PlusPunt. Volgbeleid: VGZ heeft toegezegd CZ te volgen. Contractduur: per 1 oktober 2014, daarna jaarlijkse contractering (mogelijk meerjarencontractering).
Fasering	PlusPunt MC start met cardiologische eerstelijnspluszorg geleverd aan reguliere laag-risico patiënten. Het is de bedoeling om na de start van het ELPC de zorg uit te breiden en zo door te groeien naar een breed eerstelijnspluscentrum.

Eerstelijnsplus- centrum Heerlen 'PlusPunt MC'	Situatie maart 2015
Aanpassingen	De doorontwikkeling van PlusPunt kost meer tijd dan gedacht. Streven was om in december 2014 een besluit te kunnen nemen. Dit is verschoven naar juni 2015.
Evaluatie	Ja, Maastricht University (gefinancierd door provincie, verzekeraars en MU zelf). Uitkomstmaten: gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten. Onderzoek is in uitwerking, start 2015.

Project Leefstijlcoach	Situatie maart 2015
Omschrijving	CZ experimenteert (goedkeuring NZa) in 3 regio's, waaronder bij 'Mijn zorg', met (de vergoeding van) leefstijl coaching bij patiënten, via een Hbo-opgeleide leefstijlcoach in enkele proefgebieden. Leefstijl coaching omvat advisering en begeleiding bij voedings-, beweeg- en gedragsverandering bij mensen met een (hoog risico op) een chronische aandoening gerelateerd aan hun leefstijl. De leefstijlcoaches voeren het basisprogramma uit dat de AVLEG heeft opgesteld.
Doel	Verbeteren van de leefstijl van hoog-risico patiënten met een gecombineerde aanpak (Gecombineerde Leefstijl Interventie) die effectiever is dan de afzonderlijke interventies.
Doelgroep	Huisartsen, leefstijlcoaches. CZ/OHRA/Delta Loyd patiënten die diabetes, obesitas of cardiovasculaire aandoeningen hebben.
Betrokken organisaties	HuisartsenOZL, Atrium-Orbis MC, CZ, Huis voor de Zorg. Tevens is er een overkoepelende stuurgroep voor de drie pilotregio's.
Betrokken zorgverleners	Huisarts en leefstijlcoaches aangesloten bij NBLP.
Bekostiging	Financieringsbron: Zvw. Bekostigingsprincipe: Vergoeding van de integrale prestatie leefstijl coaching is toegestaan door de NZa als innovatief experiment via de beleidsregel 'innovatie'. De LSC declareert aan de zorggroep, de zorggroep declareert de verrichtingen (dus geen programma) bij CZ. Contractanten: CZ contracteert HOZL (HOZL betaalt LSC). Looptijd contract: CZ contracteert met HOZL voor de duur van het project (drie jaar). Volgbeleid: Beleid gevolgd door VGZ.
Fasering	Doordat de opzet en implementatie van het project meer tijd hebben gekost dan vooraf gedacht, is het project per 1 oktober 2014 gestart in plaats van per 1 juni 2014. Sindsdien loopt het project wel volgens planning en zijn er geen specifieke veranderingen in de projectaanpak nodig. Ook maakt de latere start niet uit, zolang de benodigde aantallen patiënten gehaald worden in het eerste jaar. Hiervoor heeft OZL nog de tijd tot 1 april 2015. Het project moet 1 april 2017 afgerond zijn.

Project Leefstijlcoach	Situatie maart 2015
Aanpassingen	Nee, interventie zelf niet. Wel startdatum verschoven.
Evaluatie	Evaluatie via Maastricht University en Tranzo. Uitkomstmaten: alle metingen worden op drie momenten tijdens de studie uitgevoerd: bij aanvang, 12 maanden en 24 maanden na baseline. De lichaamsmetingen (lengte en gewicht) worden uitgevoerd door de leefstijlcoach en de overige indicatoren (motivatieverandering, gedragsverandering, kwaliteit van leven) worden gemeten met vragenlijsten. Voor de procesevaluatie worden de volgende indicatoren gemeten: instroom, gevolgde zorgpad, barrières, compliance, cliënttevredenheid. Tijdsframe: projectduur is drie jaar.

Project Pluspraktijken	Situatie maart 2015
Omschrijving	‘Mijn Zorg’ wil met een aantal huisartsenpraktijken gaan werken aan de transformatie om tot ‘Triple Aim’ te komen: een betere gezondheid met een betere (ervaren) kwaliteit van zorg tegen lagere kosten(groei). Deze Pluspraktijken moeten een voorbeeldfunctie vervullen en vormen de huisartsenpraktijk van de toekomst. Het gaat om verschillende interventies in de vier themagroepen gezond, zelf, juiste zorg en kostenbewust (samen Triple Aim).
Doel	De praktijk moet een totaalconcept van goede zorg leveren in plaats van losse projecten waaraan vrijblijvend wordt meegewerkt. Dit moet bijdragen aan Triple Aim. Partijen zien dit als een systeemvernieuwing.
Doelgroep	Huisartsen en personeel van circa 15 huisartsenpraktijken en hun patiënten (in de opstartfase zullen circa 8 à 10 praktijken starten). Voor bepaalde interventies (ouderen- en jeugdzorg) gaat het ook om partijen in het sociale domein.
Betrokken organisaties	Huis voor de Zorg, CZ, HuisartsenOZL en voor bepaalde onderdelen Atrium MC en partijen in het sociale domein (o.a. MeanderGroep, gemeenten Heerlen/Kerkrade).
Betrokken zorgverleners	Huisartsen, POH's, medisch specialisten, medewerkers sociaal domein.
Bekostiging	Nieuw in dit concept is dat HuisartsenOZL een contract sluit met de betreffende huisartsenpraktijken en dat HuisartsenOZL, als hoofdaannemer, een contract sluit met de verzekeraar. Op deze wijze stuurt de zorggroep zelf om tot resultaten te komen. De verwachting is dat dit tot betere resultaten leidt. Contract wordt uitgewerkt als business concept, na goedkeuring door stuurgroep volgt implementatie project. Extra financiering/ resultaatbeloning vanuit S3 voor de deelnemende huisartsen.
Fasering	Project nog in uitwerking. Het is de bedoeling dat per 1 oktober 2015 de eerste praktijken starten en dat na enige tijd (in een groei-model) circa 15 koploperpraktijken het totaalpakket aan zorg gaan bieden. In de analyse wordt bepaald of de praktijken starten met alle modules of dat met een groei-model gewerkt kan worden. Ook moet een nulmeting plaatsvinden voordat de praktijk start.

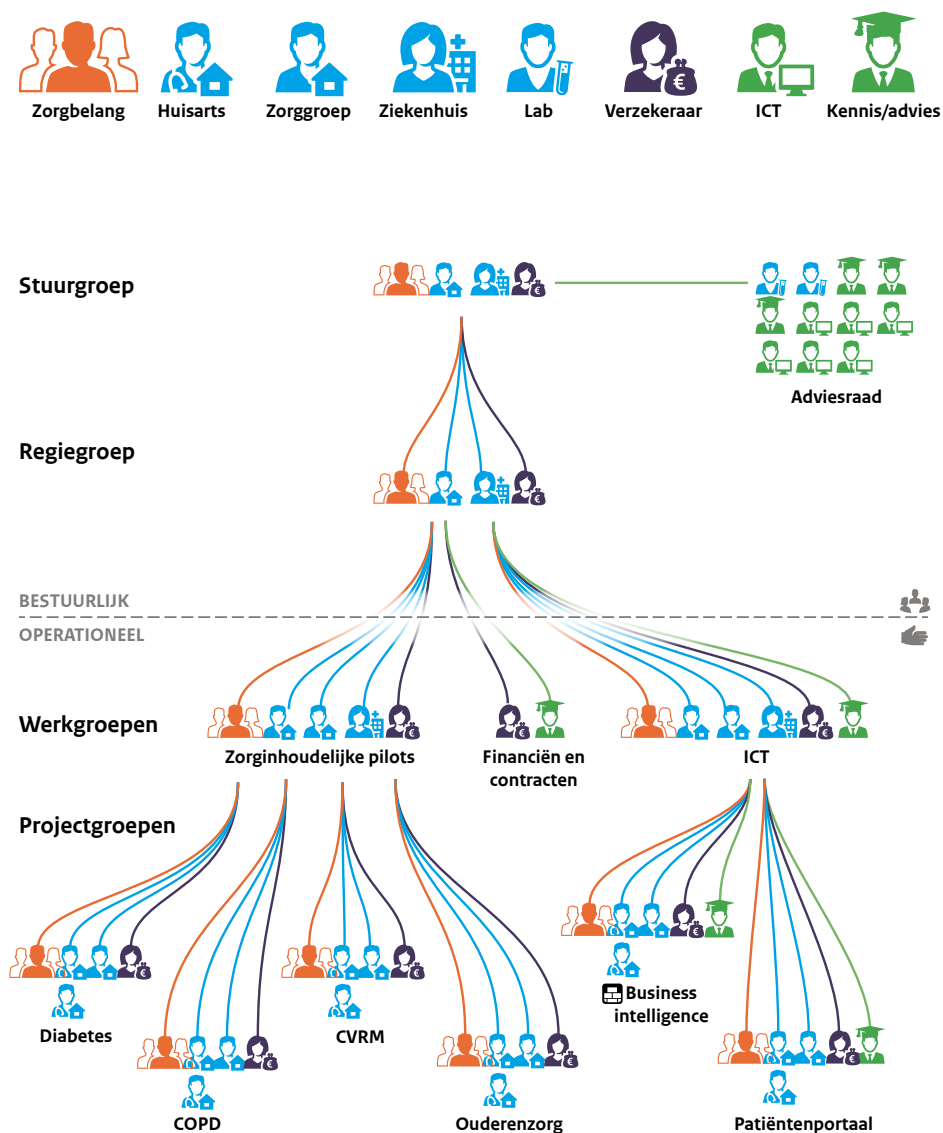
Project Pluspraktijken	Situatie maart 2015
Evaluatie	Ja. Voor de monitoringsanalyse wordt ondersteuning gevraagd aan Maastricht University.

Zelfmanagement diabetes	Situatie maart 2015
Omschrijving	Toewerken naar preventie en zorg op maat, o.a. aan de hand van het Individueel Zorgplan en nieuwe (door de NDF te ontwikkelen) patiëntprofielen. Bevorderen en versterken van de aandacht voor begeleiding van zelfmanagement en geïndiceerde preventie door aanvullende scholing, ondersteunende materialen en e-health-toepassingen (in aansluiting bij coöperatie Zelfzorg Ondersteund). Faciliteren van vroegopsporing zodat adequate behandeling tijdig kan beginnen. Gestart wordt met mensen die diabetes hebben, maar het is de bedoeling de aanpak te verbreden naar mensen die andere aandoeningen hebben. Project vindt in samenwerking met Nederlandse Diabetes Federatie/Expeditie Duurzame Zorg plaats.
Doel	Versterken zelfmanagement, waardoor een betere kwaliteit van zorg en leven ontstaat en maatschappelijke winst door hogere vitaliteit en arbeidsparticipatie. Zelfzorg en zorg op maat moet leiden tot doelmatige zorg.
Doelgroep	Mensen met DM2 woonachtig in de geografische regio OZL van de proeftuin.
Betrokken organisaties	HuisartsenOZL, NDF, CZ, GGD, Atrium-Orbis, Huis voor de Zorg, DVN afdeling Limburg.
Betrokken zorgverleners	Huisartsen en POH's.
Bekostiging	Financieringsbron: Zvw. Contractering is in uitwerking.
Fasering	- Vanaf januari 2014 ontwikkelen van plan van aanpak; vanaf maart- juni 2015 aanscherpen plan van aanpak; - Werving van een aantal pilotpraktijken (augustus - oktober 2015); - Inventarisatieronde bij pilotpraktijken (september – oktober 2015); - Vaststellen werkwijze per praktijk (oktober-november 2015); - Kick-off bijeenkomst / kennisdelingssessie 1 (november - december 2015); - Nulmeting (januari - februari 2016); - Implementatiefase (januari 2016 – september 2016) met kennisdelingssessies voor zorgverleners en scholings- en activatiebijeenkomsten voor patiënten; - Oplevering eindrapportage (30 september 2016).
Evaluatie	Nog in uitwerking. NDF zal zorgen voor de evaluatie.

WeHelpen	Situatie 1 maart 2015
Omschrijving	Door het stimuleren van het gebruik van de tool WeHelpen wordt de informele zorg verhoogd (ontzorgen). Een tweede doel is dat door de projectaanpak op Zuid-Limburgse schaal een infrastructuur voor samenwerking wordt geschapen.
Doel	Het verhogen van het welzijn en zelfsturing van de burger en verlaging van de druk op de formele zorg.
Doelgroep	Alle zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten uit de regio.
Projectgroep	CZ, Atrium-Orbis, HOZL en Huis voor de zorg, Meander. Hierboven zit nog een overkoepelende projectgroep van alle drie de proeftuinen, de provincie en WeHelpen. Het is de bedoeling dat andere partijen in de regio ook mee gaan doen.
Bekostiging	Om WeHelpen te stimuleren moet je ook lid zijn als deelnemende partijen (contributie), HOZL, Meander, CZ zijn al lid. Dit betalen de partijen uit eigen middelen. Overige actoren overwegen ditzelfde in het kader van traject. Voor het project heeft de Provincie Limburg een subsidie verstrekt.
Fasering	Een plan van aanpak is in ontwikkeling. Momenteel vindt een stakeholder analyse plaats, welke partijen kunnen het beste worden betrokken om het uit te voeren. Hierna zullen best practices gedeeld worden hoe in praktijk het gebruik van WeHelpen te stimuleren. Mogelijk dat pilots in de wijken plaatsvinden. Dit zal nog nader worden vormgegeven in de proeftuin. Per regio vindt een publiekscampagne plaats.
Evaluatie	Nog niet ontworpen.

Bijlage 4.5 PZF Regio Rijnland

Figuur B 4.5: Schematische weergave van de proeftuin PZF Regio Rijnland



Tabel B 4.5.1: Toelichting ten aanzien van sturing binnen PZF Regio Rijnland

Stuurgroep	Verantwoordelijk voor het vaststellen en bewaken van het inhoudelijke beleid, de financiële kaders waarbinnen dit moet gebeuren. De stuurgroep is beslissingsbevoegd en is - met mandaat van de achterliggende organisaties - gedelegeerd opdrachtgever voor het project.
Regiegroep	De regiegroep is verantwoordelijk voor de 'dagelijkse gang van zaken' binnen het project en stemt vanuit die rol ook af met relevante stakeholders. Dit altijd binnen de door de stuurgroep aangereikte kaders. De regiegroep maakt vlot schakelen mogelijk en bespaart inzet en dus tijd van de andere stuurgroepleden.
Adviesgroep	Input vanuit de adviesraad is essentieel, omdat dit de (regionale) scope verbreedt en het project enkel succesvol kan zijn wanneer er bij alle betrokkenen voldoende draagvlak is en blijft voor de insteek en voornemens van het project. De adviesraad bestaat daarom uit vertegenwoordigers van alle betrokken partijen die bovenregionaal werken en enkele externe adviesleden. De stuurgroep informeert de adviesraad over de voortgang van het project en belangrijke gebeurtenissen en keuzes. De leden adviseren de stuurgroep om het project succesvol te kunnen vervolgen.
Projectgroep Zorginhoudelijke pilots	In opdracht van de stuurgroep stelt de projectgroep zorginhoudelijke pilots (ZIP) de inhoudelijke kaders op voor de zorginhoudelijke werkgroepen, toetst de door hen opgeleverde pilotvoorstellen op effectiviteit, veiligheid en kosten en bewaakt de uitvoering daarvan. Daarnaast heeft de ZIP vanuit haar inhoudelijke deskundigheid een adviesrol naar de regiegroep in de verdere ontwikkeling en uitvoer van het project.
Zorginhoudelijke werkgroepen	In de zorginhoudelijke werkgroepen worden de pilotvoorstellen ontwikkeld (inclusief begroting en planning) en na akkoord van de ZIP uitgevoerd en geëvalueerd. De werkgroep draagt praktisch zorg voor de juiste bemensing en faciliteiten voor de pilot. Zo nodig, vraagt ze aan de ZIP ondersteuning daarin.
Projectgroep financiën en contracten	De projectgroep financiën en contracten verkent de mogelijkheden voor het innoveren van de bekostigings- en contracteringssystematiek. Zij voert daartoe overleg met de andere proeftuinen, VWS en de NZa. Wanneer de eerste verkenning is afgerond wordt bezien of het zinvol is andere projectleden aan te trekken.
Projectgroep ICT	De projectgroep ICT stelt de inhoudelijke kaders op voor de ICT-werkgroepen, toetst de door hen opgeleverde (pilot)voorstellen en bewaakt de uitvoering daarvan. Daarnaast heeft de projectgroep ICT vanuit haar betrokkenheid en deskundigheid op het terrein van ICT een adviesrol naar de regiegroep in de verdere ontwikkeling en uitvoer van het project.

ICT werkgroepen	In de ICT-werkgroepen worden (pilot)voorstellen opgesteld voor de verdere ontwikkeling van de ICT-systemen binnen de proeftuinen (inclusief begroting en planning). Na akkoord van de projectgroep ICT dragen de werkgroepen ook zorg voor de uitvoer en evaluatie. De werkgroepen zorgen voor de juiste bemensing en faciliteiten voor de pilots/implementatie in projectverband. Zo nodig vraagt ze aan de projectgroep ICT ondersteuning daarin.
Programma-management	Health Base.
Project-management	Health Base en Reos.
Financiële contracten	Proeftuin PZF kent op dit ogenblik drie financieringsbronnen (1-jarige contracten): 1. Zorg en Zekerheid a. Direct: subsidie Z&Z innovatiefonds (RVVZ gelden). b. Indirect: via verhoging GEZ-gelden Rijncoepel (ZVW). c. Indirect: REOS en Zorgbelang via ondersteuningsgelden. 2. Projectpartners: Pharmo/Stizon, PharmaPartners, Vital Health Software, Vita Valley en Health Base. Deze dragen bij in kosten van programma-managers/ projectleiders of geven kortingen op ICT-kosten. 3. Niet participerende derden: bieden financiering aan, nog niet gecontracteerd.

Tabel B 4.5.2: Populatiemanagement stappen PZF Regio Rijnland

Doel	Binnen een periode van vijf jaar ontwikkelen en invoeren van een toepasbaar model voor populatiegebonden zorg op basis van het 'Chronic Care Model'. Dit door de realisatie van een populatiegebonden zorgaanbod en financieringsmodel (shared benefits) en de realisatie van een ACO Dutch style. Voor de regio Zuid-Holland Noord de 'Triple Aim +1+1' -doelstelling⁶ realiseren door populatiegerichte geïntegreerde zorg in te voeren op basis van het Chronic Care Model (CCM⁷). Deze doelstelling is: 1. Meer gezondheid; 2. Betere kwaliteit van zorg; 3. Lagere kosten per jaar per patiënt; 4. De patiënt is in staat regie te voeren ('in the lead') (= +1); 5. De professional wordt naar tevredenheid gefaciliteerd (= +1). Dit zal leiden tot meetbaar meer kwaliteit van zorg, een aantoonbaar gezondere bevolking en 'minder meer' of lagere kosten (Triple Aim). Resultaten in de proeftuin worden vergeleken met 3 referentiegroepen: 1) rest van de Zorg en Zekerheid verzekerden (buiten proeftuin); 2) rest van Nederland; 3) historische situatie van de proeftuin.
1. Populatie	Alle patiënten ingeschreven bij RijnCoepel, 55.000 mensen. Uitbreiding vanaf juli 2015 verwacht.
2. Assessment	Er is vanaf het begin van de proeftuin gewerkt aan de data-infrastructuur om zicht te krijgen op de gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten van de populatie. In eerste instantie is pragmatisch gekozen voor een data-analyse van vier subpopulaties: mensen met diabetes, COPD, CVRM en kwetsbare ouderen. Op basis van de resultaten en inzichten uit deze analyses wordt op dit moment gestart met het uitwerken van interventies.
3. Risico-stratificering	Data-analyses worden voorgelegd aan de deelnemende organisaties en met zorgverleners besproken. In maart 2015 wordt gestart met de eerste geformuleerde interventie pilot 'Zorgen voor morgen' (optimalisatie CVRM).
4. Interventies	Aangezien de eerste data-analyses zijn afgerond, wordt nu gestart met het uitwerken van interventies. Zorgverleners zijn actief betrokken in het bedenken/ opstellen van interventies. Randvoorwaardelijke interventies/ programma's: BI/data-infrastructuur. Zorginhoudelijke interventies: COPD, VRM, Diabetes, kwetsbare ouderen. Zorginhoudelijke interventies zullen straks eerst kleinschalig worden geïntroduceerd om te testen en vervolgens, indien succesvol, zullen ze breder worden uitgezet.

⁶ www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/pages/default.aspx

⁷ www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2

5. Monitoring	Er vindt continue terugkoppeling en evaluatie plaats door Pharmo. Tijdpad: looptijd proeftuin. Uitkomsten: zorggebruik, kosten en kwaliteit van zorg op basis van zorgregistraties en zorgverzekeraarsdata.
6. Feedback-loop	Er wordt toegewerkt naar een planning & control cyclus, met heldere afspraken over planvorming, verantwoording en terugkoppeling op proeftuinniveau. Biedt ruimte om bij te sturen; niet specifiek bedoeld als verbetercyclus.

Tabel B 4.5.3: Beschrijving van betrokken actoren* PZF Regio Rijnland

Organisatie-naam	Omschrijving (type, functie, omvang)	Participatie (1-5)**	Stuur-groep	Aantal x lid Projectgroep
1. Stichting Rijncoepel	Multidisciplinair samenwerkingsverband van 32 huisartsen, apothekers, diëtisten, fysiotherapeuten en psychologen.	5	Ja	Ja
2. Alrijne Zorggroep	Fusieorganisatie vanaf okt 2014 van Diaconessenhuis Leiden, Rijnland Ziekenhuis en verpleeghuizen Leythenrode en Oudshoorn. Diaconessen perifeer ziekenhuis met 300 bedden, +/- 80 medisch specialisten en 1200 medewerkers in loondienst.	5	Ja	Ja
3. Zorg en Zekerheid	Verzekeraar met ruim 405.000 verzekerden, van alle burgers van de proeftuin heeft Z&Z 45% marktaandeel.	5	Ja	Ja
4. Noordwijk	Gemeente met 27.000 inwoners	1	Nee	Nee
5. Pharmo instituut/ STIZON	Ontwikkelen digitale structuur voor het opbouwen en beheren van stuur- en verantwoordings-informatie. Dit mede door gegevens van de zorgverleners, zorg verlenende instanties en Zorg en Zekerheid te integreren in de bestaande STIZON data-infrastructuur. www.pharmo.nl			
6. Pharma-Partners	www.pharmapartners.nl			
7. LUMC	Universitair medisch centrum, 6818 medewerkers (incl. >400 medisch specialisten).	4	Nee	Nee
8. Zorgbelang	Zorgbelang Zuid-Holland	5	Ja	Ja

Organisatie-naam	Omschrijving (type, functie, omvang)	Participatie (1-5)**	Stuur-groep	Aantal x lid Projectgroep
9. Health Base	Health Base is bedrijf dat ondersteuning biedt bij zorginformatiesystemen, 25 werknemers. www.healthbase.nl	5	Ja	Programma-manager
10. SCAL	Lab voor medisch diagnostisch onderzoek. Zal waarschijnlijk meedraaien in projecten. www.scallab.nl	1, volledige deelname gewenst	Nee	Ja
11. Atal-Medial	Medisch diagnostisch centrum. Zal waarschijnlijk meedraaien in projecten. www.atalmedial.nl	1, volledige deelname gewenst	Nee	Ja
12. Reos	Organisatie die ondersteuning biedt aan eerstelijnszorgverleners. Is mede-projectleider en adviseert en ondersteunt de pilotgroepen. www.reos.nl	5	Ja	Project-manager
13. Vital Innovators	Onderneming gericht op innovaties in de zorg. Richt zich op door ontwikkelen behandelrelatie, op inhoud en ondersteunt door ICT. www.vitalinnovators.nl	5	Nee	Ja
14. VitalHealth	www.vitalhealthsoftware.nl	5	Nee	Ja
15. Vilans	www.vilans.nl	5	Nee	Ja

* Participatie op proeftuinniveau: 1 = informeren, 2 = raadplegen, 3 = adviseren, 4 = co-producen en 5 = meebeslissen.

** Met aantal partijen wordt overleg gevoerd over mogelijke bijdragen aan projecten. Daarnaast wordt de populatie hoogstwaarschijnlijk vanaf 1 juli 2015 uitgebreid met Alphen op een Lijn (Alphen is gemeente met 107.000 inwoners).

Tabel B 4.5.4: Interventies/projecten

Tot op heden heeft men zich vooral op de Business Intelligence (BI) gericht. Zorginhoudelijke interventies zullen hieruit en hierna volgen. Dit wordt concreet uitgewerkt voor COPD en VRM zal hierna volgen. Hierna zal men zich verder richten op de risicostratificering tools. Na COPD en VRM, zullen DM, risicostratificering en kwetsbare ouderen volgen. Met GGZ zijn verken- nende en oriënterende gesprekken gaande.

A) RANDVOORWAARDELIJKE INTERVENTIES PZF Regio Rijnland

Data- infrastructure/BI	Situatie maart 2015
Omschrijving	Data van verschillende zorgaanbieders wordt geëxtraheerd, zodat deze kunnen worden gekoppeld en vervolgens inzichten kunnen worden verkregen.
Doel	Het optimaliseren van de effectiviteit van de zorg, en daarmee de patiëntte- vredenheid, gezondheid en kosten.
Doelgroep	Alle aangesloten partners en totale populatie van de proeftuin.
Betrokken organisaties	Pharmo/Stizon, PharmaPartners en Health Base: ontwikkeling BI-tools. Deelnemers stuurgroep: opdrachtgever en toezichthouder.
Betrokken zorgverleners	Zorgverleners betrokken bij werkgroepen BI, zie projectplan. Nog geen directe zorgverleners bij betrokken.
Bekostiging	Integraal deel van Proeftuin financiering. Financieringsbron: Z&Z bekostigt vanuit beheerskosten de benodigde inspanningen van Pharmo. Bekostigingsprincipe: lumpsum bedrag per verzekerde/ per analyse. Contractanten: Z&Z contracteert. Volgbeleid: niet-preferente verzekeraars investeren niet. Contractduur: 1 jaar (vanaf januari 2015)
Fasering	2014: data-extracties van zorgverzekeraar, apotheker en zorggroep gekoppeld. Analyses gedaan voor subgroepen COPD, VRM, DM en ouderen. 2015: gepland om data-extracties van ziekenhuis en lab te koppelen.
Evaluatie	-

B) ZORGINHOUDELIJKE INTERVENTIES PZF Regio Rijnland

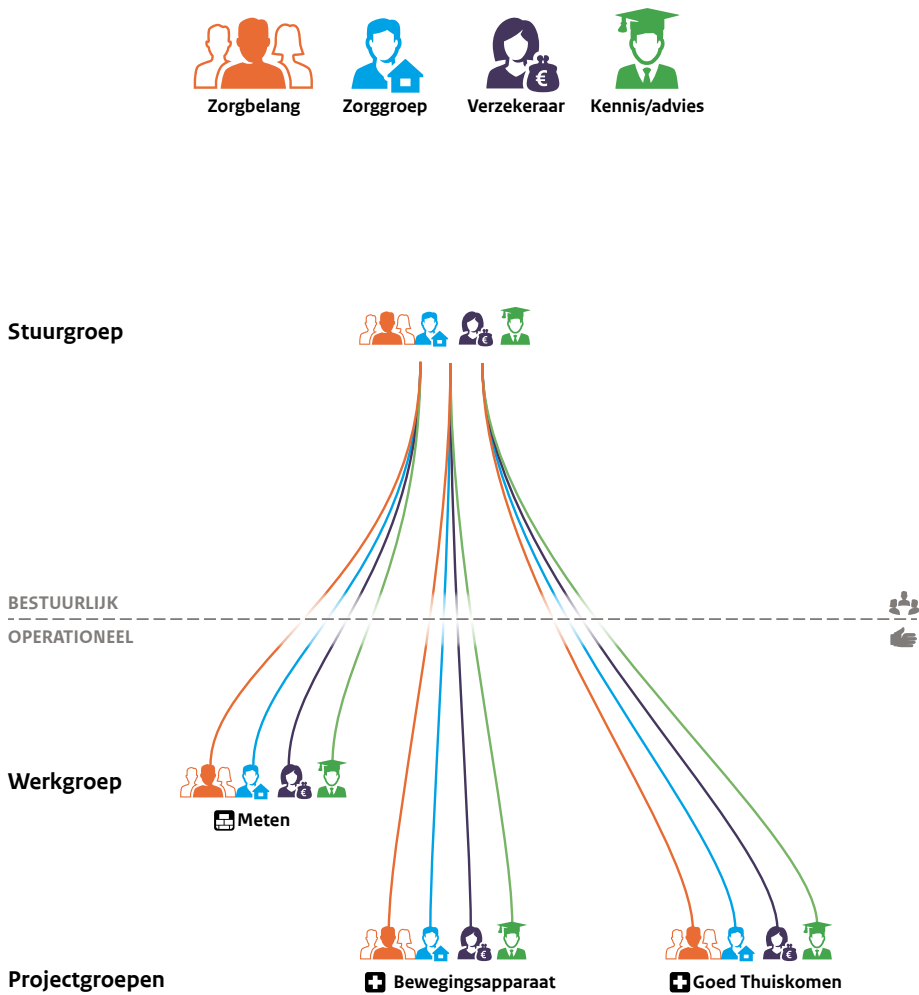
COPD	Situatie maart 2015
Omschrijving	Substitutie van tweede naar eerste lijn. Beter in lijn met GOLD-ziektestadia. Consult longarts in eerste lijn. Optimalisatie palliatieve zorg COPD.
Doel	Verbeteren Triple Aim.
Doelgroep	Zorgverleners en patiënten. COPD patiënten verzekerd bij Zorg en Zekerheid, ingeschreven bij Rijncoepel.
Betrokken organisaties	Zorg en Zekerheid, Rijncoepel en Alrijne Zorggroep.
Betrokken zorgverleners	Huisartsen, medisch specialisten, apothekers.
Bekostiging	Nog niet van toepassing.
Fasering	Nog in voorbereidende fase.
Evaluatie	Nog onbekend.

Project CVRM	Situatie maart 2015
Omschrijving	Substitutie en coördinatie eerste – tweede lijn. Meer controle hartfalenpatiënten in eerste lijn, stabiele patiënten in eerste lijn.
Doel	Verbeteren Triple Aim.
Doelgroep	Zorgverleners en patiënten. CVRM patiënten verzekerd bij Zorg en Zekerheid, ingeschreven bij Rijncoepel. Pilot fase 50 per huisarts 50 per apotheek (5-8 huisartsen, 2-5 apotheken).
Betrokken organisaties	Zorg en Zekerheid, Rijncoepel en Alrijne Zorggroep.
Betrokken zorgverleners	Huisartsen, medisch specialisten, apothekers.
Bekostiging	Nog niet van toepassing.
Fasering	Via BI-tooling.
Evaluatie	Nog onbekend.

Diabetes	Situatie maart 2015
Omschrijving	Doorverwijzen door tweede lijn naar paramedische zorg kan beter. Geen nieuwe interventie maar slimmer, beter en efficiënter inrichten van zorg. Proof of concept en inventarisatie van zorgkosten valideren voorgestelde werkwijze, door te kijken of de te verwachten kwaliteitsverbeteringen en mogelijke besparingen gerealiseerd kunnen worden. Deze moet inzicht geven in de mogelijke verbeterlagen. De eerste stap is de Proof of concept bij diabetes om te bezien waar winst te behalen is. Hierna kan worden gewerkt aan het slimmer, beter en efficiënter inrichten van de huidige zorg, substitutie, zelfmanagement en vertrouwen tussen zorgverleners. Hierna kan ook op patiëntniveau van rule based naar personalized medicine worden gewerkt.
Doel	1. Doorverwijzen door paramedici meer naar eerste i.p.v. tweede lijn. Slimmer, efficiënter organiseren van zorg, substitutie en zelfmanagement. 2. Diabetes wordt voornamelijk gebruikt om te experimenteren met verbeteringen o.b.v. goede data. Het uiteindelijke doel is om verbetering op de Triple Aim te behalen (zie 1^e doel).
Doelgroep	Diabetes patiënten verzekerd bij Zorg en Zekerheid, ingeschreven bij Rijncoepel.
Betrokken organisaties	Zorg en Zekerheid, Rijncoepel en Alrijne Zorggroep.
Betrokken zorgverleners	Huisartsen, medisch specialisten, apothekers.
Bekostiging	Nog niet van toepassing.
Fasering	Proof of concept wordt uitgevoerd in Q4 2014 en Q1 2015; in 2015 hopen ze de gemeente en GGZ ook te betrekken.
Evaluatie	Nog onbekend.

Kwetsbare Ouderen	Situatie maart 2015
Omschrijving	Combinatie van drie maatregelen: substitutie, anderhalvelijnszorg en coördinatie & consultatie. Geen nieuwe interventie maar slimmer, beter en efficiënter inrichten van zorg. Mogelijk aangevuld met de-prescribing.
Doel	Verbeteren Triple Aim.
Doelgroep	Specifieke afbakening volgt bij vaststellen interventies; zover is het nog niet. Zorgverleners. Men richt zich in ieder geval op kwetsbare ouderen.
Betrokken organisaties	Zorg en Zekerheid, Rijncoepel en Alrijne Zorggroep.
Betrokken zorgverleners	Huisartsen, medisch specialisten, apothekers.
Bekostiging	Nog niet van toepassing.
Fasering	Nog onbekend.
Evaluatie	Nog onbekend.

Figuur B 4.6: Schematische weergave van de proeftuin PELGRIM



Interventies: + Zorginhoudelijke + Randvoorwaardelijke

Tabel B 4.6.1: Toelichting ten aanzien van sturing binnen PELGRIM

Stuurgroep	Verantwoordelijk voor projectprogramma door middel van aansturing project-groep (tot december 2013 in ontwerpfasen). Nu verantwoordelijk voor aansturen werkgroepen.
Werkgroepen	Verantwoordelijk voor de implementatie en voortgang van de projecten dan wel evaluatie van de twee projecten.
Programma-management	Zorggroep Arnhem door fusie met Huisartsenvereniging Arnhem en Huisartsenpost is de nieuwe naam vanaf 1 januari 2015 "Onze Huisartsen".
Project-management	Onze Huisartsen.
Financiële contracten	Voor 2015 gerealiseerd;. Zorgkosten worden uit substitutie gelden gefinancierd. Algemene projectkosten worden deels door Onze Huisartsen betaald deels door de zorgverzekeraar.

Tabel B 4.6.2: Populatiemanagement stappen PELGRIM

Doel	De doelen van de proeftuin zijn: 1. De verwachte gezondheid van populatie en individu, in termen van uitkomsten (objectief en subjectief) handhaven of zelfs verbeteren. 2. Reductie van de groei van de zorgkosten in brede zin (Zvw, AWBZ en Wmo) bij de betreffende populatie, in eerste instantie middels substitutie. 3. Professionalisering van de zorggroep tot een eigentijdse zorgorganisatie. 4. Realiseren en leren van innovatieve vormen van waarde-gedreven contractering en bekostiging.
1. Populatie	Afbakeningscriterium: geografisch gebied. Op dit moment zijn alleen de inwoners van Westervoort en Duiven en de wijk Malburgen betrokken bij de interventies. Het gehele gebied van de proeftuin waar men interventies geleidelijk zou willen uitrollen indien succesvol, is het werkgebied van Onze Huisartsen. Daarnaast is er een traject vanuit Caranscoop die een rol speelt in de uitrol buiten de proeftuin.
2. Assessment	De gezondheid, behoefte en kosten van de gehele populatie zijn niet vastgesteld/inzichtelijk gemaakt voor de gehele proeftuinpopulatie. Voor de subpopulaties waar men zich op richt, zijn als onderdeel van de business case, wel de kosten inzichtelijk gemaakt.

3. Risico-stratificering	Keuze van interventies was in eerste instantie pragmatisch: wat is haalbaar, levert ook op korte termijn positieve financiële resultaten en de kans om het model verder te kunnen uitrollen over de rest van de regio. Op basis van positieve business cases en de kans om het model verder te kunnen uitrollen zijn twee interventies geselecteerd: Kaderarts Bewegingsapparaat en Goed Thuiskomen. Interventies worden toegespitst op de subgroepen die in Tabel B 4.6.4 zijn genoemd.
4. Interventies	Twee interventies worden aangeboden: Goed Thuiskomen en Kaderarts Bewegingsapparaat.
5. Monitoring	De proeftuin overall wordt niet geëvalueerd; maar de twee interventies wel. Voor beide interventies is een meetplan opgesteld waarin Triple Aim doelstellingen worden geobjectiveerd en processen worden geëvalueerd. De verschillende deelnemers van de proeftuin zorgen voor de meting: • Patiëntervaringen door Zorgbelang, • Kosten door Menzis. De procesevaluatie wordt uitgevoerd door de Meetgroep. Hierbij maken ze ondermeer gebruik van de procesevaluatie van de LMP in combinatie met eigen aanvullende interviews en vragenlijst.
6. Feedback-loop	Elke stuurgroep bijeenkomst is er een tussentijdse terugkoppeling over de ontwikkeling van beide projecten. Daarnaast worden de projecten geëvalueerd (zie meetplan). Stuurgroepleden zullen medio 2015 bekijken welke eventuele vervolgstappen er genomen worden o.b.v. de opgedane ervaringen.

Tabel B 4.6.3: Beschrijving van betrokken actoren PELGRIM

Organisatie-naam	Omschrijving (type, functie, omvang)	Participatie (1-5)*	Stuur-groep	Aantal x lid Projectgroep
1. Caransscoop	ROS regio Oost-Nederland, 16 adviseurs, 2 directieleden en 6 backoffice. Rol: adviseert over en geeft meetplan mee vorm, verzorgt transitimanager voor uitrol naar andere regio's.	5	ja	3
2. Gemeente Arnhem	Gemeente met 151.000 inwoners Rol: geen, wordt op de hoogte gehouden.	1	nee	0
3. Onze Huisartsen	Fusie tussen Huisartsenvereniging Arnhem, Huisartsenpost en zorggroep. De certificaathouders zijn 174 huisartsen (+/- 90% van de huisartsen in de regio, is certificaathouder in BV). Rol: initiator, mede-vormgever en coördinator.	5	ja	3
4. Rijnstate Ziekenhuis	In 2012 een half miljoen consulten op de poliklinieken en ruim 40.000 patiënten opnames voor diagnostiek of een behandeling; bijna 5.000 medewerkers, meer dan 300 medisch specialisten en 300 vrijwilligers, vanuit vijf verschillende locaties: Arnhem, Zevenaar, Velp, Arnhem-Zuid en Dieren. Rol: orthopeden en radiologen zijn betrokken bij het project Kaderarts bewegingsapparaat. Er zijn onder andere afspraken gemaakt over directe verwijzing door kaderarts en er vindt consultatie plaats. Ziekenhuis wordt op de hoogte gehouden van beide projecten.	3	nee	0
5. Zorgbelang Gelderland	34 medewerkers in 2014; in 2011 32 fte. Rol: mede-vormgever en verantwoordelijk voor meten van patiëntervaringen.	5	ja	3

Organisatie-naam	Omschrijving (type, functie, omvang)	Participatie (1-5)*	Stuur-groep	Aantal x lid Projectgroep
6. Menzis	Preferente zorgverzekeraar, 2,1 miljoen verzekerden in Nederland, 38% marktaandeel in de proeftuinregio. Rol: financier en mede-vormgever.	5	ja	3

* Participatie op proeftuinniveau: 1 = informeren, 2 = raadplegen, 3 = adviseren, 4 = co-produceren en 5 = meebeslissen.

Tabel B 4.6.4: Interventies/projecten

Binnen PELGRIM zijn twee zorginhoudelijke interventies (Bewegingsapparaat en Goed Thuiskomen), geen verdere randvoorwaardelijke interventies.

A) RANDVOORWAARDELIJKE INTERVENTIES PELGRIM

Geen, niet van toepassing.

B) ZORGINHOUDELIJKE INTERVENTIES PELGRIM

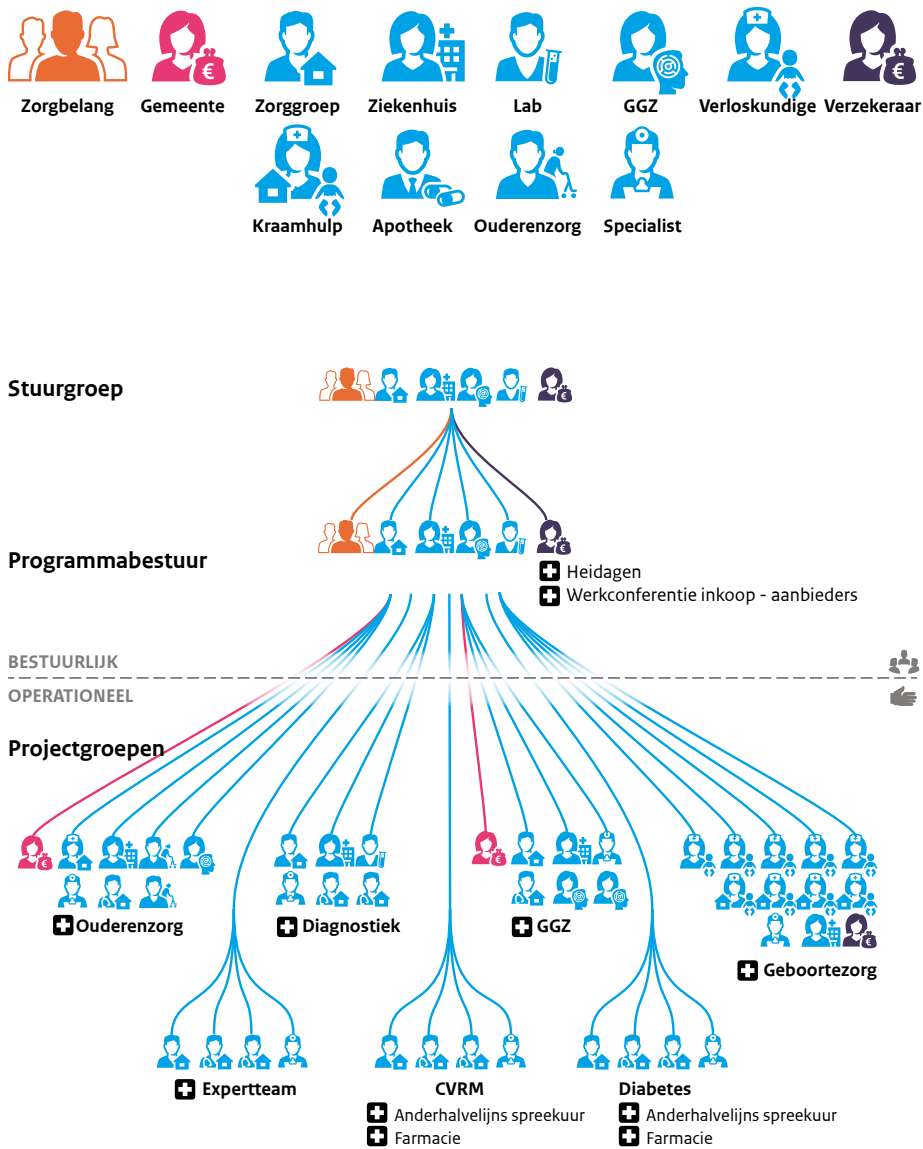
Project Bewegings- apparaat	Situatie maart 2015
Omschrijving	De inzet van een kaderarts bewegingsapparaat (KBA) die patiënten ziet waarbij het voor de eigen huisarts onduidelijk is welke diagnose en/of behandeltraject nodig zijn of de eigen huisarts onvoldoende expertise heeft om behandeling uit te voeren (bijvoorbeeld injectietechnieken).
Doel	Voor het realiseren van substitutie, zal de eerste lijn zoveel mogelijk taken en handelingen van de medisch specialisten overnemen. Doelen betreffen kwaliteit van zorg en service, gezondheidswinst en kostenreductie: 1. Patiënt: Toegankelijke en betaalbare zorg op maat en dichtbij huis geleverd. 2. Zorgaanbieder: Korte lijnen tussen kaderhuisarts en huisarts/specialist, waardoor er doelmatige zorg wordt geleverd en kennis- en informatieoverdracht plaatsvindt. 3. Zorgverzekeraar: Versterking van het imago van de zorgverzekeraar, doordat er een sterke eerste lijn wordt opgezet met een doelmatig gebruik van de tweede lijn. Hierbij zullen de zorgkosten dalen en de kwaliteit van zorg en klanttevredenheid toenemen. 4. Het realiseren van een 20% reductie van DBC's die worden geopend in de tweede lijn in 2014 ten opzichte van 2013 van de doelgroep.
Doelgroep	De doelgroep betreft patiënten met klachten van het bewegingsapparaat (volgens geselecteerde ICPC-codes), waarbij: 1. Voor de eigen huisarts de diagnose en/of het behandeltraject onduidelijk is. 2. Voor de eigen huisarts de diagnose wel duidelijk is, maar: a. hij/zij onvoldoende expertise heeft om de juiste behandeling te indiceren (denk hierbij ook aan braces, etc.); b. hij/zij heeft onvoldoende expertise om de behandeling uit te voeren (bijv. injectietechnieken); en c. hij/zij twijfelt over wel of niet opereren. Potentiële groep patiënten: 42.000, in totaal verwacht men 740 patiënten, die worden gezien door KBA.
Projectgroep	Onze Huisartsen HAGRO's, Menzis, Zorgbelang, Caransscoop.
Betrokken zorgverleners	Kaderarts bewegingsapparaat, alle huisartsen van twee HAGRO's (in Duiven en Westervoort), fysiotherapeuten, orthopeden, en radiologen.

Project Bewegings- apparaat	Situatie maart 2015
Bekostiging	Financieringsbron: Zvw (in 2014 via M&I, vanaf 2015 ook via M&I welke wordt aangemeld bij de substitutie monitor) Bekostigingsprincipe: Kaderarts heeft freelance dienstverband voor 1 dag per week bij Onze Huisartsen. Verwijzende huisarts ontvangt vergoeding van 1 consult per verwijzing voor het extra werk. Volgbeleid: Alle verzekeraars volgen de M&I. Contractant: Er is een nieuwe overeenkomst met betrekking tot de M&I gelden voor 2015. Indien het project wordt uitgebreid zal de M&I worden opgehoogd. Contractduur: 1 jaar.
Fasering	Introductie van KBA in 2014 in de genoemde praktijken; in 2015 mogelijke uitrol.
Evaluatie	Ja, op Triple Aim en proces. Zorgbelang evalueert patiëntervaringen, Zorggroep de procesevaluatie en Menzis de zorgkosten. Het proces wordt geëvalueerd door de meetgroep waarbij gebruik wordt gemaakt van de input van het RIVM uit de LMP.

Project Goed Thuiskomen	Situatie maart 2015
Omschrijving	Bij ouderen die worden ontslagen uit het ziekenhuis wordt via een afgestemd zorgpad, tussen ziekenhuis, huisarts en wijkverpleegkundige, na ontslag alle benodigde hulp in kaart gebracht, zodat zo nodig benodigde disciplines tijdig kunnen worden betrokken. De expliciet te benoemen centrale zorgverlener checkt of benodigde hulp geregeld is en zorgt na 2 weken voor evaluatie m.b.v. checklist en indien nodig wordt cyclus weer herhaald.
Doel	De kans dat ouderen (65 jaar en ouder) na ontslag binnen 6 maanden weer worden opgenomen, is 44%. De hypothese van zowel Menzis als Onze Huisartsen is dat het tijdig regelen van de benodigde hulp (zorg, welzijn) en goede afstemming hierover tussen de betrokken zorgverleners in de periode na het ontslag het aantal heropnames kan verminderen. Doelen: kwaliteit en service, gezondheidswinst en kostenreductie. Hierbij worden onder andere de volgende doelen nagestreefd: 1. Patiënt: één aanspreekpunt in de zorg/welzijn, meer grip op de situatie en minder heropnames. 2. Zorgaanbieder: beter gestructureerde zorg, minder ongeplande contacten en kennisdeling tussen de zorgverleners onderling. 3. Zorgverzekeraar: versterking van het imago van de zorgverzekeraar, minder heropnames dus minder kosten in de tweede lijn. Reductie van 50% van de heropnames van de doelgroep.
Doelgroep	In eerste instantie gericht op oudere patiënten van de huisartsenpraktijk Malburgen, die na een periode van opname weer terugkeren in de thuissituatie. Inclusiecriteria zijn: • Terugkomst na een opname in een ziekenhuis in een thuissituatie. In eerste instantie wordt gekozen om hierbij één ziekenhuis te betrekken, namelijk het Rijnstate. Na invoering van de interventie kan dit eenvoudig uitgebreid worden naar de overige ziekenhuizen in de omgeving. • Een opname is hier een klinische episode, dus geen dagopname. • Thuissituatie is de situatie waarbij de patiënt weer onder de verantwoordelijkheid van de zorg van een huisarts valt, dus ook in een verzorgingstehuis. • Ouderen van 65 jaar en ouder. Totaal aantal patiënten dat men verwacht is 1134, waarvan 635 Menzis verzekeren.
Projectgroep	Onze Huisartsen, Menzis, Zorgbelang Gelderland en Caransscoop.
Betrokken zorgverleners	Huisarts, POH en wijkverpleegkundigen, apotheek.
Bekostiging	Financieringsbron: vooralsnog uit algemene begroting door Onze Huisartsen en Verzekeraar. Daarnaast wordt de POH gefinancierd uit de POH-S module. Bekostigingsprincipe: n.v.t. Volgbeleid: n.v.t. Contractant: n.v.t. Contractduur: n.v.t.

Project Goed Thuiskomen	Situatie maart 2015
Fasering	Start vanaf juli 2014.
Evaluatie	Ja, op Triple Aim en proces (zie meetplan). De patiëntervaringen worden middels interviews door Zorgbelang Gelderland geïnventariseerd. De meetgroep evalueert het proces en Menzis de zorgkosten. Het proces wordt geëvalueerd door de meetgroep waarbij gebruik wordt gemaakt van de input van het RIVM uit de LMP.

Figuur B 4.7: Schematische weergave van de proeftuin Samen Sterk in Zorg



Tabel B 4.7.1: Toelichting ten aanzien van sturing binnen Samen Sterk in Zorg

Stuurgroep	Besluitvormend orgaan als het gaat om goedkeuring /start projectaanvragen. Orgaan dat strategische innovatie agenda initieert en bewaakt.
Programmabestuur	Verantwoordelijkheid voor de processturing binnen de proeftuin. Partijen zijn linking pin richting de verschillende projectgroepen.
Projectgroepen	Ontwerp en uitvoering van de betreffende projectplannen.
Programma-management	Extern ingehuurd (gefinancierd door VGZ).
Project-management	Vanuit betrokken organisaties zelf geleverd en gefinancierd. Externe inhuur op project Geboortezorg.
Financiële contracten	Bekostiging via afzonderlijke projecten. Voor 2015 voor programmamanagement gerealiseerd, duur contract 1 jaar.

Tabel B 4.7.2: Populatiemanagement stappen Samen Sterk in Zorg

Doel	Relatief meer gezondheid, minder zorg, effectiever en efficiënter geleverd met een lagere zorgkostengroei en hoger patiënttevredenheid t.o.v. het gemiddelde van vergelijkbare groep(en) verzekerden in de rest van Nederland.
1. Populatie	Alle patiënten van huisartsen ingeschreven bij HONK.
2. Assessment	Geen gekoppelde data beschikbaar op populatieniveau voor de gehele regio. In eerste instantie lag een sterke focus op het verkrijgen van data om zodoende business cases op te stellen waarbij shared savings rondom een gedefinieerde populatie een belangrijke plaats in nam, maar ook om de juiste interventies in te richten. Naast dat dit veel inspanning van partijen kostte is/ was dit lastig op te leveren. Vanwege de vertragende werking is besloten om dit niet meer leidend te laten zijn bij het op de rit zetten van projecten. Enthousiasme, geloof in betere samenwerking en resultaten zijn motieven om te starten. Monitoring vindt 'tijdens de rit' plaats om zodoende bij te sturen. De eerste data analyses op substitutie effect voor Vicino en Diabetes worden i.s.m. met de zorgaanbieders en VGZ gemaakt.
3. Risico-stratificering	De keuze van de interventies is tot op heden nog niet op basis van de data van de gehele populatie; veelal pragmatische keuze van beschikbare interventies/ ideeën, energie en positieve business cases. Vertrekpunt is kwaliteit, zorginhoudelijke verbetering. Subgroepen voor interventies zijn geselecteerd op basis van wetenschappelijke kennis en ervaring van zorgverleners.
4. Interventies	Twee randvoorwaardelijke interventies (2 heidagen met stuurgroepleden en gesprekstafel met zorginkopers en zorgaanbieders); 7 zorginhoudelijke interventies (CVRM, COPD, Diabetes, Geboortezorg, Farmacie, Ouderenzorg, Vicino).

5. Monitoring	Proeftuin overall wordt niet gemonitord; afzonderlijke interventies wel. Onderdeel van elk projectplan is monitoring (zie afzonderlijke interventies). Binnen de chronische werkgroepen wordt in nauwe samenwerking met VGZ met datadashboards gewerkt waardoor inzicht wordt ontwikkeld in bijvoorbeeld substitutie.
6. Feedback-loop	Ja, continue wordt de proeftuin geëvalueerd op basis van de evaluatie van de interventies en de ervaringen van de stuurgroepleden. Bijvoorbeeld tijdens de laatste werkconferentie van 2 dagen. Hierbij worden dan ook vragen gesteld als, ‘Hoe gaat het?’ en ‘Wat kan beter?’ Het is ook aan de programmamanager om continu hierop toe te zien bij de projecten en daarnaast is het onderdeel van de projectplannen zelf. Er is geen feedback-loop ten aanzien van de Triple Aim voor de totale populatie alleen op interventieniveau.

Tabel B 4.7.3: Beschrijving van betrokken actoren Samen Sterk in Zorg

Organisatie-naam	Omschrijving (type, functie, omvang)	Participatie (1-5)*	Stuur-groep	Aantal x lid Projectgroep
1. MCA Gemini Groep	MCA: algemeen ziekenhuis met 485 bedden, 24 PAAZ bedden, ruim 2600 medewerkers en 200 specialisten. Diagnostisch Centrum Heerhugowaard is onderdeel van MCA. In 2008 zijn MCA en Gemini ziekenhuis gefuseerd.	5	Ja	9
2. HONK/HZNK	Zorggroep bestaande uit 113 huisartsen, het bezit 2 BV's: HAPA (huisartsenpost Alkmaar, met 100 huisartsen) en HZNK (huisartsenzorg Noord-Kennemerland; drie zorggroepen opgericht, en project Hafank en ouderen-zorg.	5	Ja	8
3. Verloskundi-gen Alkmaar	Verloskundige praktijk, 4 verloskundigen.	5	Nee	1
4. Verloskundige praktijk Heerhugo-waard en omgeving	Verloskundige praktijk, 4 verloskundigen.	5	Nee	1
5. Verloskundige praktijk Zonwaard	Verloskundige praktijk, 2 verloskundigen.	5	Nee	1
6. Verloskundige praktijk Langedijk	Verloskundige praktijk, 1 verloskundige.	5	Nee	1
7. Verloskundig centrum Noord-Hol-land-Noord	Verloskundige praktijk, 2 verloskundigen.	5	Nee	1
8. Kraamvogel	Kraamzorgorganisatie.	5	Nee	1
9. KraamZus	Kraamzorgorganisatie.	5	Nee	1
10. Omring Kraamzorg	Kraamzorgorganisatie.	5	Nee	1

Organisatie-naam	Omschrijving (type, functie, omvang)	Participatie (1-5)*	Stuur-groep	Aantal x lid Projectgroep
11. Zin Kraamzorg	Kraamzorgorganisatie.	5	Nee	1
12. Starlet DC	Diagnostisch centrum, bijna 388.000 bloedafnamen (waarvan 172.000 trombose-dienst); >5400 fundusfoto's, 437 holterdiagnostiek, >7870 DIAZONpakket, >80 cardiale echo, 66 rust ECG.	5	Ja	1
13. GGZ Noord-Hol-land-Noord	GGZ NHN biedt geestelijke gezondheidszorg aan cliënten met ernstige psychische problemen en psychiatrische stoornissen; ultimo 2012 aantal patiënten in behande-ling/zorg 11.000; aantal personeelsleden fte in loondienst 1300.	5	Ja	2
14. Zorgbelang Noord-Hol-land	In totaal 7455 uren en €880.000 omzet begroot voor 2014.	3	Ja	0
15. Coöperatie VGZ	In totaal 4.2 miljoen klanten (2014); marktaandeel in de regio is 55% (verzekerden).	5	Ja	2
16. Gemeente Alkmaar	Gemeente met ruim 106.857 inwoners.	4	Nee	2

* Participatie op proeftuinniveau: 1 = informeren, 2 = raadplegen, 3 = adviseren, 4 = co-produceren en 5 = meebeslissen.

Tabel B 4.7.4: Interventies/projecten

Er kan binnen de proeftuin onderscheid worden gemaakt tussen zorggerelateerde interventies en randvoorwaardelijke interventies (projectoverstijgend/op proeftuinniveau). Binnen SSiZ worden meerdere interventies/projecten opgezet dan wel uitgevoerd (zie onderstaande tabellen).

A) RANDVOORWAARDELIJKE INTERVENTIES Samen Sterk in Zorg

Heidagen	
Omschrijving	In 2014 vonden er 2 heidagen met de stuurgroepleden plaats.
Doel	Overeenstemming realiseren over focus/doel en aanpak
Doelgroep	Alle stuurgroepleden namen deel aan de heidagen.
Bekostiging	Kosten werden betaald door alle partijen (uren aanwezigheid) en uit gereserveerd budget voor proeftuin.

Gesprek inkopers & aanbieders	
Omschrijving	In november 2014 heeft een werkconferentie plaatsgevonden met de verschillende regionale inkopers van de preferente verzekeraar en alle leden van het programmabestuur
Doel	Dit gesprek vond plaats om de knelpunten tussen de proeftuinambities en de ruimte hiervoor vanuit reguliere inkoop te bespreken.
Doelgroep	Alle programmabestuursleden namen deel.
Bekostiging	Geen kosten behalve menskracht; dit nam elke organisatie voor eigen rekening.

B) ZORGINHOUDELIJKE INTERVENTIES Samen Sterk in Zorg

Diabetes	Situatie maart 2015
Omschrijving	Een zorgprogramma waarbij vanuit een duidelijk gedefinieerde populatie wordt gewerkt; diabetespatiënten die stabiel zijn worden in de eerste lijn behandeld en patiënten met complexere problematiek in de tweede lijn. Belangrijk onderdeel van het programma is de aanwezigheid van een specialistisch spreekuur in de eerste lijn (anderhalvelijnssprekuur) sinds april 2014, het monitoren van verwijzingen en het voorschrijven conform richtlijnen.
Doel	Zoveel mogelijk substitutie waardoor kostengroei gereduceerd wordt en patiënten de juiste zorg op de juiste plek krijgen.
Doelgroep	Patiënten: patiënten met diabetes mellitus (n=10.000). Zorgverleners: 110 huisartsen en internisten van MCA.
Betrokken organisaties	DiaZon (zorggroep diabetes): ontwerp en uitvoering. Huisartsen (HONK), MCA en VGZ
Betrokken zorgverleners	Huisartsen, internisten, POH's.
Bekostiging	Reguliere keten-dbc diabetes, contract tussen zorggroep en VGZ. Specialistisch spreekuur in eerste lijn gecontracteerd in keten.
Fasering	Het anderhalvelijnssprekuur voor diabetici vindt 2x per maand plaats. Indien nodig/wenselijk, zal dit worden uitgebreid. Alle huisartsen doen vanaf het begin mee. Een aanpassing op het gebied van medicatie zal mogelijk na de zomer (2015) plaatsvinden, omdat dan de resultaten van een jaar lang dit beleid voeren bekend zijn.
Evaluatie	Het anderhalvelijnssprekuur wordt om de 3 maanden geëvalueerd als het gaat om toestroom, doorverwijzing, aard vragen, etc. Op 2 maart 2015 vindt met een klankbordgroep van patiënten, ketenzorgorganisatie, medici en VGZ een evaluatie plaats. De effectiviteit van de diabeteszorg wordt in de benchmark geëvalueerd, dit op initiatief van de zorggroep. Medicatiebeleid wordt vanuit VGZ geïnitieerd. Een query wordt opgesteld t.b.v. van het berekenen van de substitutie-effecten. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met MCA, HONK en VGZ.

CVRM	Situatie maart 2015
Omschrijving	De werkgroep richt zich op het opzetten van transmurale zorg voor mensen met hart- en vaatziekten. Interventies richten zich op anderhalvelijnssprek- uur, scholing & training, medicatie en leefstijl.
Doel	Zoveel mogelijk substitutie bereiken waardoor kostengroei gereduceerd wordt en patiënten de juiste zorg op de juiste plek krijgen.
Doelgroep	Patiënten met hart- en vaatziekten en patiënten met verhoogd risico hierop.
Betrokken organisaties	MCA, HONK en HAFANK (CVRM zorggroep Noord-Kennemerland), VGZ.
Betrokken zorgverleners	Huisartsen, internist, POH, verpleegkundige, cardioloog, neuroloog en zorggroep.
Bekostiging	Reguliere keten-dbc CVRM, contract tussen zorggroep en VGZ.
Fasering	De zorgstandaard wordt up-to-date gehouden door de zorggroep. Het anderhalvelijnssprekuur voor CVRM is twee keer per maand (start oktober 2014). Benchmarkbijekomsten zijn er ieder half jaar. Expertteam on demand. Medicatiespiegel ieder kwartaal. Scholing en training POH's ieder half jaar. Casuïstiek bespreking ieder half jaar.
Evaluatie	Zie onder interventie Diabetes.

COPD	Situatie maart 2015
Omschrijving	Het expertteam ondersteunt de behandeling van COPD patiënten in de eerst lijn door advies te geven op consultatie vragen en over de plaats van behandeling. Daarnaast is een medicatieschema beschikbaar voor doelmatig voorschrijven. Een transfer longverpleegkundige begeleidt de zwaardere COPD patiënten waardoor ziekenhuisopnames voorkomen/ verminderd worden. Patiënten met een GOLD 2 en klachten (MRC 3 of angst voor bewegen of onvoldoende bewegen) kunnen voor een beweegadvies worden verwezen naar de fysiotherapeut.
Doel	Zoveel mogelijk substitutie waardoor kostengroei gereduceerd wordt en patiënten de juiste zorg op de juiste plek krijgen.
Doelgroep	Patiënten met COPD in de regio Noord Kennemerland.
Betrokken organisaties	MCA, Kennemer Lucht en VGZ.
Betrokken zorgverleners	Longartsen, POH, longverpleegkundigen, huisartsen aangesloten bij Kennemer Lucht.
Bekostiging	Reguliere keten-dbc COPD, contract tussen zorggroep en VGZ.

COPD	Situatie maart 2015
Fasering	Een aanpassing op het gebied van medicatie zal mogelijk na deze zomer (2015) plaatsvinden omdat dan de resultaten van een jaar lang dit beleid voeren bekend zijn.
Evaluatie	Ook de COPD zorg wordt, op initiatief van de zorggroep, door middel van de benchmark geëvalueerd (2 maal per jaar). Medicatie evaluatie door VGZ. Einde 2015 zal de inzet van de transfer longverpleegkundige geëvalueerd worden.

Geïntegreerde geboortezorg	Situatie maart 2015
Omschrijving	Het inrichten van de nieuwe geboortezorg-organisatie, met integrale invoering van de aanbevelingen van 'Een goed begin'. De gezamenlijke triage en het gezamenlijk uitzetten van geboortezorgpaden, de thuisintake door de kraamverzorgende en de gezamenlijke zwangeren voorlichting zijn belangrijke stappen op weg naar integrale geboortezorg.
Doel	Het uiteindelijk realiseren van naadloze overgangen tussen verloskunde, gynaecoloog en kraamzorg voor alle bevallingen (eenvoudige en complexe) volgens de richtlijnen uit 'Een goed begin'. Hierdoor staat de zwangere centraal, kwaliteit verbetert, veiligheid wordt geborgd; zorg integraal en transparant aangeboden en doelmatigheid en efficiëntie wordt verbeterd.
Doelgroep	De zwangeren in het adherentiegebied van het Medisch Centrum Alkmaar, waarvoor geboortezorg wordt verleend door de vijf deelnemende verloskundige praktijken in Alkmaar en omstreken. Er wordt in 2015 uitdrukkelijk naar gestreefd om meer verloskundige praktijken in het adherentiegebied van het MCA bij het project aan te sluiten.
Betrokken organisaties	Verloskundige praktijken (5 - 8 praktijken). Kraamzorgorganisaties (5 organisaties). Vakgroep gynaecologie. MCA.
Betrokken zorgverleners	Verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden, klinisch verloskundigen en ondersteuners.
Bekostiging	Financieringsbron: Zvw. Bekostigingsprincipe: integraal geboorte tarief van mid-risk zwangeren. Volgbeleid: niet preferente verzekeraars volgen. Contractduur: 2 jaar, pilot van 1 januari 2015 – 1 januari 2017

Geïntegreerde geboortezorg	Situatie maart 2015
Fasering	Fasering: • 1 januari 2014 is gestart met pilot rondom gezamenlijke triage door eerstelijns verloskundigen, gynaecoloog en klinisch verloskundige van mid risk zwangeren, ten behoeve van een integraal geboorteplan dat is uitgewerkt in zorgpaden. Het betreft zwangeren waarvoor de begeleiding begint in de eerste lijn en die op basis van de Verloskundige Indicatie Lijst als 'mid risk' worden aangemerkt. • Vanaf september 2014 gestart met de thuisintake door de kraamverzorgende bij alle zwangerschappen. De kraamverzorgende stelt vervolgens de ketenpartners op de hoogte van de bevindingen die bij het huisbezoek via een standaardformulier zijn vastgelegd • In de loop van 2015 start de gezamenlijke voorlichting voor zwangeren. • De aanvraag van de Module Integrale Geboortezorg is begin 2015 gedaan en betreft de gezamenlijke triage door verloskundige, gynaecoloog en klinisch verloskundige van mid risk zwangeren, ten behoeve van een integraal geboorteplan dat is uitgewerkt in zorgpaden, de thuisintake en de zwangeren voorlichting. De nieuwe prestatie Module Integrale Geboortezorg van de NZa die vanaf 1 januari 2015 van kracht is, dient ertoe de samenwerking binnen de keten van geboortezorg te faciliteren en te stimuleren. cVGZ ziet deze module als een voorloper op een experiment voor integrale geboortezorg met passende financiering via de innovatie regeling van de NZa. • Verder inrichten van de nieuwe geboortezorg-organisatie, met integrale invoering van de aanbevelingen van 'Een goed begin'. Gaandeweg zullen we ontdekken wat de meest efficiënte manier van werken zal zijn, waarbij de uitkomsten van de zorg zo goed mogelijk worden gerealiseerd.
Evaluatie	Indicator: klantervaring. Metingen: er is via een enquête op beperkte schaal een nulmeting gedaan bij vrouwen die onlangs zijn bevallen. Gevraagd is naar de ervaringen met de voorlichting en de tevredenheid over de verleende zorg. Deze enquête wordt tijdens het experiment een aantal keren herhaald. Bekeken wordt of in de pilot gebruik kan worden gemaakt van de ReproQ Vragenlijst om de kwaliteit vanuit het oogpunt van de zwangere te meten. De verwachting is dat eind 2015 meer bekend zal worden over de resultaten (verschuivingen tussen eerste en tweede lijn).

Ouderenzorg	Situatie maart 2015
Omschrijving	Pilot: Bij deelnemende huisartsenpraktijken, wordt met de huisarts een inventarisatie gedaan van de patiëntpopulatie met een screeningsinstrument ter ondersteuning. Wanneer de oudere als 'kwetsbaar' wordt aangemerkt wordt deze geanalyseerd d.m.v. afname van de CGA vragenlijst. Op basis daarvan wordt in overleg met de oudere en de huisarts een zorgplan opgesteld. Voor de benodigde zorg of begeleiding worden andere partijen betrokken. Het totale pakket wordt structureel gecoördineerd door de verpleegkundige ouderenzorg die verbonden is aan betreffende praktijk. Afhankelijk van de complexiteit van de problematiek wordt op kortere of langere termijn een multidisciplinair overleg gepland en vindt evaluatie van het zorgplan plaats. Zorg en ondersteuning, evenals consultatie van een specialist ouderengeneeskunde worden ingezet op basis van de specifieke behoefte van een individuele patiënt.
Doel	Met het project ouderenzorg wordt nagestreefd: 1. Het behouden en bevorderen van een goede basisvoorziening in de zorg voor en ondersteuning van kwetsbare ouderen op basis van actuele (medische) inzichten binnen zowel cure als care (zie specifieke elementen in doelomschrijving vorige rapportage). 2. Het creëren van de benodigde randvoorwaarden om het werk van betrokken zorgprofessionals in de zorg voor (kwetsbare) ouderen werkbaar en attractief te houden/maken. 3. Ervoor zorgen dat de zorgprofessionals zodanig worden ingezet, dat er optimale resultaten voor patiënten worden bereikt met de beschikbare middelen.
Doelgroep	Kwetsbare ouderen (75+) in de regio Noord-Kennemerland die baat hebben bij een integrale, multidisciplinaire en wijkgerichte benadering. Ouderen zijn ingeschreven bij een bij HONK aangesloten huisarts. In 2014 zijn bijna 800 patiënten in het programma gestroomd; 43 huisartsen nemen deel (peildatum maart 2015).
Betrokken organisaties	Een breed pallet aan partijen is betrokken bij het programma. Zorgorganisaties leveren zorg op het niveau van de individuele patiënt en zoeken gezamenlijk naar manieren om de zorg en/of samenwerking te verbeteren. Denk aan: huisartsen(organisatie), thuiszorgorganisaties (o.a. Evean, Actiezorg), Geriant (dementiezorg), welzijnsorganisaties en vrijwilligersorganisaties. VGZ en gemeenten zijn bij de ontwikkeling betrokken als financierende partijen.
Betrokken zorgverleners	Alle professionals werkzaam bij hierboven genoemde zorgorganisaties met als spil de verpleegkundige ouderenzorg en huisarts.

Ouderenzorg	Situatie maart 2015
Bekostiging	Financieringsbron: Zvw. Bekostigingsprincipe: integraal tarief op basis van de Beleidsregel Innovatie (opgebouwd uit uren verpleegkundige ouderenzorg, uren huisarts en consultatiemogelijkheid). Beschikking loopt tot 1 juli 2016. Volgbeleid: niet preferente verzekeraars volgen, behalve DSW en Stad Holland. Contractduur: 1 jaar, tot 31 december 2015.
Fasering	Medio 2013 gestart. Bij positieve evaluatie zal een vervolgproces starten over de inhoud en financiering na 2015.
Evaluatie	Binnen het programma worden kritieke prestatie-indicatoren geregistreerd in het keteninformatiesysteem. Begin 2015 wordt het programma door VGZ als één van de pilots in zes regio's in Nederland geëvalueerd. Status maart 2015: pilot wordt voortgezet tot 1 januari 2017 in de huidige vorm.

VICINO	Situatie maart 2015
Omschrijving	Het tijdig, adequaat en efficiënt behandelen van cliënten met psychische en sociale problemen vergt een integrale, klantgerichte aanpak vanuit de eerste lijn. Een aanpak die ervoor zorgt dat cliënten beter in staat zijn de regie op hun gezondheid en leven te hebben. Zorgprogramma's in de eerste lijn zijn oplossingsgericht en gericht op zelf aan de slag gaan. Daarbij wordt waar mogelijk gebruik gemaakt van e-mental health en routine outcome monitoring. Met het oog op het community care gedachtegoed wordt het netwerk van de cliënt ondersteund.
Doel	Het verbeteren van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg voor en ondersteuning van mensen met psychische en/of sociale problematiek in de regio Noord-Holland-Noord.
Doelgroep	Cliënten die bij huisarts met lichte tot matige, chronische, niet acute psychische problematiek komen. Op dit moment zijn 220 huisartsen aangesloten bij Vicino (potentieel is 300). Gerealiseerd = 13.000 patiënten in 2014.
Betrokken organisaties	VGZ (inkooprelatie, preferente verzekeraar). GGZ-NHN, HONK en HKN (aandeelhouders). Psychologen praktijken (+/- 80). 60% van de gemeenten in kader van Kind & Jeugd.
Betrokken zorgverleners	Huisartsen, POH GGZ, maatschappelijk werk, BGGZ en SGGZ, Kinder- en Jeugd-GGZ, diverse organisaties m.b.t. sggz zoals Triversum, Brijder Stichting Terwille verslavingszorg, etc.

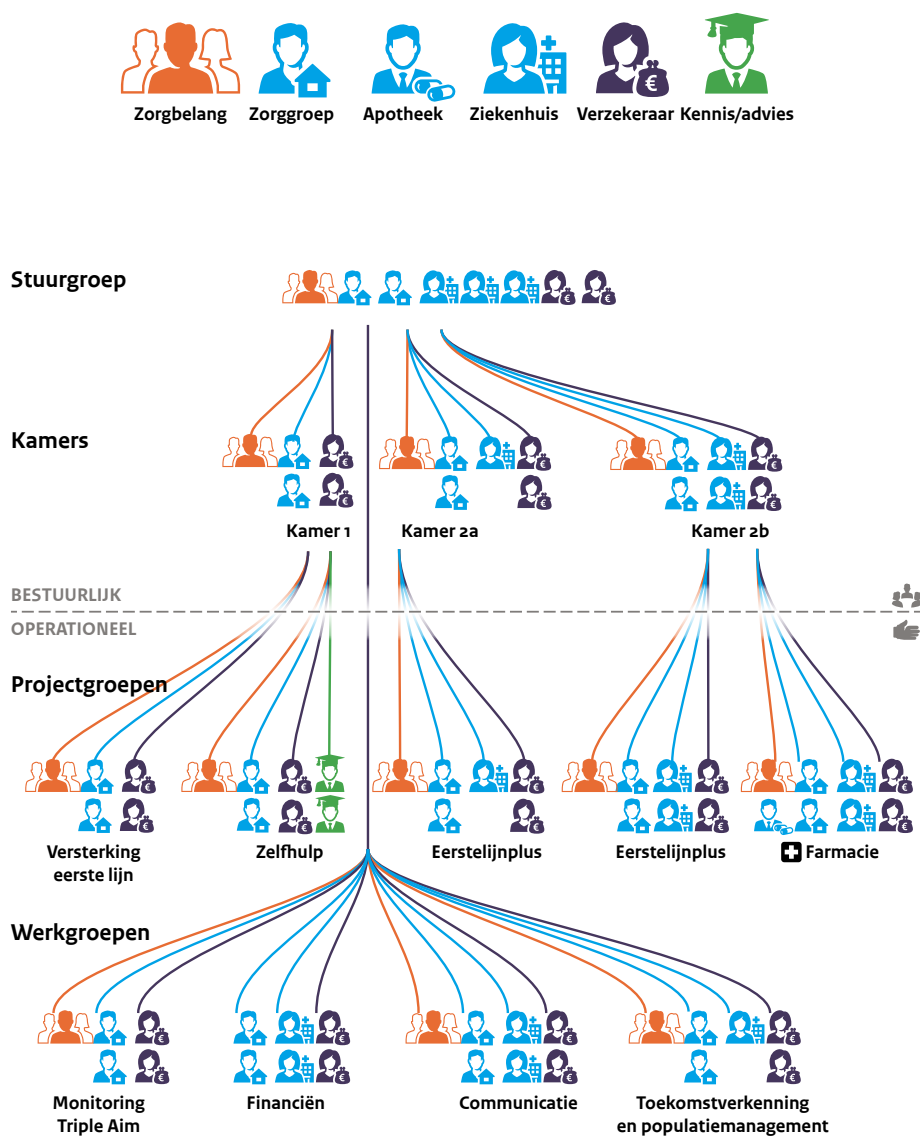
VICINO	Situatie maart 2015																						
Bekostiging	Financieringsbron: Zvw. Bekostigingsprincipe: keten-dbc GGZ (DBC contract op basis van Beleidsregel Innovatie; beschikking loopt tot 1 januari 2016. Er is nu sprake van de volgende trajecten: intake, POH-GGZ Kort, POH-GGZ Lang. Binnen de keten wordt dit gecombineerd door de GB-GGZ producten Kort, Middel en Intensief. Volgbeleid: niet aangeleverd. Contractduur: 1 jaar, tot 31 december 2015.																						
Fasering	Gestart: vanaf januari 2012. 1 januari 2012 samenwerking tussen GGZ-NHN en vier huisartsenpraktijken. Deze samenwerking is omgebouwd tot eerstelijns GGZ-keten waarbij HONK, HKN en GGZ-NHN een bedrijf hebben opgezet in regio. Op dit moment bieden 220 huisartsen gespecialiseerde psychologische hulp volgens het Vicino concept. <table> <tr> <th>Aantal minuten maximaal</th><th>Benaming prestatie</th></tr> <tr> <td>90</td><td>POH-GGZ Intake</td></tr> <tr> <td>180</td><td>POH-GGZ Kort</td></tr> <tr> <td>750</td><td>POH-GGZ Lang</td></tr> <tr> <td>300</td><td>GB GGZ Kort</td></tr> <tr> <td>500</td><td>GB GGZ Middel</td></tr> <tr> <td>750</td><td>GB GGZ Intensief</td></tr> <tr> <td>120</td><td>Transitie</td></tr> <tr> <td>15</td><td>S-GGZ consult (telefonisch/e-mail)</td></tr> <tr> <td>30</td><td>S-GGZ consult kort</td></tr> <tr> <td>60</td><td>S-GGZ consult lang</td></tr> </table>	Aantal minuten maximaal	Benaming prestatie	90	POH-GGZ Intake	180	POH-GGZ Kort	750	POH-GGZ Lang	300	GB GGZ Kort	500	GB GGZ Middel	750	GB GGZ Intensief	120	Transitie	15	S-GGZ consult (telefonisch/e-mail)	30	S-GGZ consult kort	60	S-GGZ consult lang
Aantal minuten maximaal	Benaming prestatie																						
90	POH-GGZ Intake																						
180	POH-GGZ Kort																						
750	POH-GGZ Lang																						
300	GB GGZ Kort																						
500	GB GGZ Middel																						
750	GB GGZ Intensief																						
120	Transitie																						
15	S-GGZ consult (telefonisch/e-mail)																						
30	S-GGZ consult kort																						
60	S-GGZ consult lang																						
Evaluatie	Voor de NZa heeft een evaluatie plaatsgevonden. De verschuiving van specialistische zorg naar GB-GGZ en de samenwerking POH-GGZ en HA heeft positieve financiële consequenties. De specialistische GGZ neemt sterk af (in vergelijking met landelijk) en de GB-GGZ is sterk toegenomen (in vergelijking met landelijk). Het hele model valt nog steeds binnen budgettaire kaders en gemiddelde POH-GGZ kan nog uitbreiden (nu gemiddeld 75 % inzet). Een eerste berekening laat zien dat de kosten voor een stabiele chronische GGZ patiënt op jaarbasis met gemiddeld €3.000 is gedaald.																						

Diagnostiek	Situatie maart 2015
Omschrijving	Binnen diagnostiek worden meerdere activiteiten ontplooid: 1. Boezemfibrilleren: er wordt gestreefd naar een transmuraal zorgmodel t.b.v. het stellen van de diagnose boezemfibrilleren (toekomstvisie: huisarts kan patiënt aanmelden bij specifieke buitenpoli Boezemfibrilleren in diagnostisch centrum Heerhugowaard). Het uiteindelijke doel is stabiele patiënten met boezemfibrilleren onder controle van de eerste lijn, huisarts, te organiseren. Het streven is om afspraken te maken over actieve terugverwijzing naar de eerste lijn en multidisciplinair overleg. Er wordt nu gewerkt aan een businessplan voor VGZ. Na akkoord van VGZ kunnen de inhoudelijke afspraken gemaakt en geïmplementeerd worden. 2. Artrose: er wordt nog onderzocht in hoeverre er een zorgpad te ontwikkelen is voor een specifieke patiëntengroep (boven de 50 jaar) die met knie/heupklachten in het ziekenhuis komt en waar vermoeden van artrose bestaat. Doel is het voorkomen van onnodige, dure, diagnostiek en in een vroegtijdig stadium de juiste behandeling te verlenen: met nadruk op voorkomen van verslechtering. Ook osteoporose staat op de agenda. 3. Breder gekeken naar substitutie mogelijkheden binnen diagnostiek.
Doel	Het uitgangspunt is om aanvragen m.b.t. diagnostiek zo effectief mogelijk te organiseren: in de eerste lijn waar mogelijk, in een zo vroeg mogelijk stadium met als doel behandeling van de patiënt zoveel mogelijk in de eerste lijn voort te zetten, voorkomen van dubbel diagnostiek en kwalitatief betere/ specifiekere verwijzingen naar de tweede lijn te realiseren.
Doelgroep	Patiëntenpopulatie HONK gebied.
Betrokken organisaties	Starlet DC, HONK en MCA.
Betrokken zorgverleners	Voor boezemfibrilleren zijn aangesloten: huisartsen, kaderarts, cardiologen, POH-ers, specialistische verpleegkundigen. Voor Artrose zijn aangesloten: huisartsen en orthopeden.
Bekostiging	Er zijn geen contracten op projectniveau gesloten met de verzekeraar; er wordt via reguliere vergoedingen vergoed. Er zijn afspraken gemaakt dat er voor specifieke aandoeningen, geen vergoeding meer plaats vindt indien rechtstreeks doorverwezen wordt door huisarts naar tweedelijnsdiagnostiek.
Fasering	Boezemfibrilleren in planningsfase: wordt nu business case voor VGZ gemaakt door HONK. Artrose: er wordt opnieuw gekeken naar de opzet van het netwerk, eerste ideeën lijken toch niet rendabel. Er wordt leerervaring opgehaald uit het land om vervolgens opnieuw de medisch inhoudelijke kant te ontwerpen
Evaluatie	N.v.t.

Farmacie	Situatie maart 2015
Omschrijving	Voor de gedefinieerde populatie zijn 3 interventies in de eerste en tweede lijn gedefinieerd: 1. Verdere verhoging van generiek voorschrijven daar waar nodig (wordt al goed gedaan in de regio); 2. Doelmatig voorschrijven (lees therapeutische substitutie) verder verhogen; 3. Voorkeursbeleid door MCA substitueerbare dure specialistische geneesmiddelen. Concrete deelinterventies: a. Er is in het MCA per 1 september 2014 een polytheek geopend voor de eerste uitgifte waardoor monitoring beter kan plaatsvinden; vanuit HONK worden initiatieven ondernomen om sturing daar waar mogelijk naar achterban te organiseren, opstellen transmuraal formularium (ziekenhuis-formularium is ondertekend), geneesmiddelencommissie stuurt waar nodig aan op voorschrijfgedrag aan de hand van spiegeldata van SFK en VGZ, eenduidigheid in registratie van uitgifte, etc. b. Binnen de interventies van Diabetes, COPD en VRM wordt het onderdeel Farmacie apart uitgewerkt. c. Polyfarmacie, gericht op patiënten ouder dan 75 jaar die qua medicijngebruik een risicogroep vormen en overbehandeling (in aanmerking komend voor afbouw en/of substitutie) meegenomen. Voor deze categorieën wordt een data-analyse gemaakt en de patiënten die onder één of meerdere risicogroepen vallen worden proactief kenbaar gemaakt bij betreffende huisartsen die daar met (nog te ontwikkelen) interventies actief op gaan handelen.
Doel	Verder verhogen van generiek voorschrijven in de hele regio door middel van een transmuraal formularium, waarbij de generieke substitutie per focusgeneesmiddel $\geq 95\%$ is (eerste en tweede lijn). Verhogen therapeutische substitutie voor specifieke geneesmiddelen groepen, vastgelegd in een transmuraal formularium. Het formularium geldt voor de eerste en tweede lijn. Voorkeursbeleid door MCA substitueerbare dure specialistische geneesmiddelen.
Doelgroep	Alle bij HONK ingeschreven patiënten die intramuraal (nu beperkt tot ziekenhuis) en extramuraal genees- en hulpmiddelen gebruiken behoren tot de doelgroep. Voor polyfarmacie wordt specifiek gekeken naar patiënten boven de 75 jaar die in de risicogroep vallen.
Betrokken organisaties	Specialisten, ziekenhuisapothekers, bij HONK aangesloten huisartsen, de openbare apothekers en verzekeraar VGZ.
Betrokken zorgverleners	Specialisten, huisartsen, apothekers en ziekenhuisapothekers.
Bekostiging	Financieringsbron: Zvw. Bekostigingsprincipe: binnen bestaande bekostiging. Volgbeleid: onbekend. Contractduur: onbekend.

Farmacie	Situatie maart 2015
Fasering	Op dit moment in implementatiefase bij chronische aandoeningen. Ofschoon de 3 interventies niet nieuw zijn (= onderdeel van de dagelijkse aansturing vanuit betrokkenen) wordt er op dit moment in deze proeftuin bewust kennis, tijd en capaciteit ingezet om op deze terreinen sneller stappen te maken. Binnen MCA / Gemini wordt gereorganiseerd op gebied van farmacie. Dit betekent dat vanaf zomer 2015 gestart kan worden met het uitrollen van een nieuw transmuraal formularium beleid. Het actualiseren van het huidige medicatiebeleid, spiegelinformatie en benchmarks moeten daar een belangrijke bijdrage aan leveren.
Evaluatie	Vanuit de verzekeraar wordt er per kwartaal spiegelinformatie aangeleverd a.d.h.v. zogenaamde Fact Packs. Zowel voor de eerste als tweede lijn.

Figuur B 4.8: Schematische weergave van de proeftuin Slimmer met Zorg



Interventies: Zorginhoudelijke Randvoorwaardelijke

Tabel B 4.8.1: Toelichting ten aanzien van sturing binnen Slimmer met Zorg

Stuurgroep	Afstemming over ontwikkelagenda's.
Kamers	Besluitvormend orgaan als het gaat om goedkeuring /start projectaanvragen.
Werkgroepen	Ontwerp en uitvoering van randvoorwaardelijke interventies, zoals monitoring.
Projectgroepen	Ontwerp en uitvoering van de betreffende projectplannen.
Programma-management	Robuust.
Project-management	Afzonderlijke zorgaanbieders hebben elk eigen projectmanagers aangesteld om binnen hun organisatie het project op te zetten/ er aan bij te dragen. Zorggroepen hebben een projectmanager vanaf 2013 betrokken die wordt bekostigd via VEZN gelden tot 1 april 2015. Ziekenhuizen hebben vanaf januari 2015 projectmanagers aangesteld vanuit hun eigen beheerskosten.
Financiële contracten	Bekostiging via afzonderlijke projecten. Voor 2015 voor programmamanagement bekostiging via ROS-gelden.

Tabel B 4.8.2: Populatiemanagement stappen Slimmer met Zorg

Doel	Op populatieniveau verwachte groei van zorgkosten beteugelen, bij een goede ervaren kwaliteit van zorg, en ervaren kwaliteit van zorg en gezondheidswinst leven. Het is nadrukkelijk de bedoeling dat het hele veld van zorg en welzijn gaat participeren, met daarbinnen optimaal samenwerkende zorgpartners. In eerste instantie wordt hierbij gericht op het zorgdomein; streven om in de toekomst welzijn erbij te betrekken.
1. Populatie	Alle CZ en VGZ verzekerde patiënten van huisartsen aangesloten bij PoZoB en DOH in regio Eindhoven. Dit betekent dat een deel van PoZoB praktijken in adherentiegebieden Helmond/Deurne en Weert niet in proeftuin betrokken is.
2. Assessment	De analyses vinden plaats per subpopulatie, bijvoorbeeld diabetes. Hierbij is nog geen sprake van systematische koppeling tussen verschillende databronnen als ziekenhuis, huisartsen en kosten zorgverzekeraars. Op populatieniveau is deze niet in kaart gebracht; wat wel in ontwikkeling is, is dat er gewerkt zal gaan worden om bij interventies te denken vanuit verbeterpotentieel op Triple Aim.
3. Risico-stratificering	Tot op heden zijn de interventies pragmatisch geselecteerd; daar waar men al mee bezig was, haalbaar is en potentieel vond gezien de positieve business case.

4. Interventies	Twee lopende zorginhoudelijke interventies (Farmacie en Zelfhulp). Daarnaast zijn er een aantal in voorbereiding: Eerstelijnpus diabetes en astma/COPD en versterking eerste lijn met vijf thema's.
5. Monitoring	Voor interventie Eerstelijnpus wordt een meetplan opgesteld waarin resultaatgebieden Triple Aim onderscheiden zijn. Voor farmacie is spiegelinformatie beschikbaar vanuit de gegevens van de zorgverzekeraars. Overige worden niet gemonitord of monitoring hiervan is nog niet uitgewerkt.
6. Feedback-loop	Dit is een taak van de stuurgroep, naar programmeren en regisseren. De focus ligt nu op project opstarten in mei hopen ze hierop te kunnen reflecteren over hoe volgende stap naar populatiemanagement gezet kan worden.

Tabel B 4.8.3: Beschrijving van betrokken actoren Slimmer met Zorg

Organisatie-naam	Omschrijving (type, functie, omvang)	Participatie (1-5)*	Stuurgroep	Aantal x lid Projectgroep
1. PoZoB	Zorggroep eerstelijns zorg voor patiënten met een chronische, psychische of ouderdomsaandoening. Ondersteunt ca. 200 huisartsen in regio Z-O Brabant en N-Limburg. Pozob telt 181 medewerkers met in 2013 omzet van €27 mln.	5	Ja	
2. DOH	Zorggroep gericht op geïntegreerde eerstelijnszorg in regio Eindhoven. Bestaat uit 16 grootschalige huisartsenpraktijken/ gezondheidscentra en 75 huisartsen/HIDHA. DOH telt 18 medewerkers.**	5	Ja	
3. Catharina Ziekenhuis	Topklinisch opleidingsziekenhuis in Eindhoven. In 2013 ruim 3600 medewerkers, 27.000 opnames en een omzet van €337 mln.	5	Ja	
4. Maxima medisch Centrum	Medisch centrum met basiszorg en topklinische functies in Eindhoven en Veldhoven. Ruim 3000 medewerkers en 200 specialisten. In 2012 25.000 opnames en totale omzet van €240 mln.	5	Ja	
5. St. Anna Ziekenhuis	Regionaal ziekenhuis gevestigd in Geldrop en Eindhoven. Ruim 1200 medewerkers en 100 specialisten werkzaam. In 2012 een omzet van €100 mln. Maakt onderdeel uit van de St. Anna Zorggroep.	5	Ja	
6. CaZo Stichting Categorale Zorg voor apothekers in Zuidoost Brabant	Na een voorbereidingsperiode van één jaar hebben 21 Service Apotheken de handen ineen geslagen en is er sinds 2011 de CaZo.	4	Nee	
7. Diagnostiek voor U	Eerstelijnsdiagnostiek. Speelt rol in project versterking eerste lijn.	4	Nee	

Organisatie-naam	Omschrijving (type, functie, omvang)	Participatie (1-5)*	Stuur-groep	Aantal x lid Projectgroep
8. Meetpunt kwaliteit**	Aangesloten in de rol van datamanagement van DOH en ontwikkeling data-infrastructuur.	3	Nee	
9. CZ	Landelijk 3,4 miljoen verzekerden. Marktaandeel met VGZ van 90% in de regio.	5	Ja	
10. VGZ	In totaal 4.2 miljoen klanten (2014); marktaandeel met CZ in de regio is 90%.	5	Ja	
11. Zelfhulp netwerk Zuid-oost Brabant	De Stichting Zelfhulp Netwerk Zuidoost-Brabant is het contactpunt tussen zelfhulpgroepen in de regio en mensen die naar een groep op zoek zijn. Eén telefoonnummer, één webadres!	4	Nee	
12. Zelfhulpverbandt.nl	Zelfsturend netwerk, opgezet in 2014 door een groep van ruim veertig mensen die zelf ervaring hebben met de opbouw en begeleiding van groepen, zelfhulpinitiatieven en netwerken in Brabant. Zelfhulp herkenbaar en vanzelfsprekend maken in de zorg.	4	Nee	
13. Zorgbelang Brabant	Zorgbelang Brabant is belangenbehartiger van zorgvragers in de regio.	5	Ja	

* Participatie op proeftuinniveau: 1 = informeren, 2 = raadplegen, 3 = adviseren, 4 = co-producteren en 5 = meebeslissen.

** Rol in werkgroep Monitoring Triple Aim, niet in projectgroepen.

Tabel B 4.8.4: Interventies/projecten

Er kan binnen de proeftuin onderscheid worden gemaakt tussen zorginhoudelijke interventies en randvoorwaardelijke interventies.

A) RANDVOORWAARDELIJKE INTERVENTIES Slimmer met Zorg

Geen, niet van toepassing.

B) ZORGINHOUDELIJKE INTERVENTIES Slimmer met Zorg

Farmacie	Situatie maart 2015
Omschrijving	2014 was vooral op doelmatige farmacotherapie gericht met oplevering formularia en clusters therapeutische substitutie, inclusief afstemming eerste en tweede lijn. 2015 richt zich op: 1. De basis farmaceutische zorg waarbij met name het op grotere schaal met MFB's werken (MFB's signaleren geautomatiseerd suboptimale therapie en risicosituaties) uitgewerkt zal worden. 2. Doelmatig voorschrijven met (naast kostenaspecten) meer focus op health-outcomes met betere integratie farmacie-project in chronische zorgprogramma's. 3. Beter design monitoring en concreet toepassen PDCA cycli op 3 niveaus.
Doel	Versterken basis farmaceutische zorg met goede voorbereiding en beslissingsondersteuning resulterend in forse risicoreductie en meer doelmatigheid.
Doelgroep	Mensen die opgenomen zijn in chronische zorg-programma's.
Projectgroep	Zorggroepen, ziekenhuizen, Zorgbelang, CZ, VGZ, CAZO.
Betrokken zorgverleners	Huisartsen, specialisten, apothekers.
Bekostiging	Financieringsbron: financiering farmacie toegekend door Versterking Eerstelijns Zuid-Nederland (VEZN) tot april 2015 ter vergoeding van de projectmanagementgelden. Daadwerkelijke uitvoering van MFB is reguliere zorg. Bekostigingsprincipe: prikkel geïntroduceerd door middel van shared savings afspraak. Volgbeleid: niet van toepassing; uitvoering MFB is reguliere zorg. Contractant: n.v.t. Contractduur: n.v.t.
Fasering	Project heeft eerste fase doelmatig voorschrijven (van twee jaar) afgerond, tweede fase wordt nu ingezet. Beschreven onderdelen worden momenteel uitgewerkt in nieuw jaarplan. Focus komt meer op kwalitatieve en proactieve aspecten van farmaceutische zorg te liggen.

Farmacie	Situatie maart 2015
Evaluatie	Doelmatigheid in oorspronkelijke uitwerking met alleen kostenaspecten is geëvalueerd. Zorgverzekeraars hebben daartoe verschillende formats gebruikt. Zorggroepen hebben zelf retrospectief, kwalitatief onderzoek verricht naar onderbouwing voorschriften cluster cholesterolverlagende middelen door steekproef van deelnemende huisartsen. Publicatie van de bevindingen wordt overwogen. Aanvullende afspraken worden gemaakt over de wijze waarop de nieuwe plannen worden gemonitord. Declaratiegegevens zorgverzekeraars zullen gecombineerd worden met data regionale apothekers specifieke kenmerken doelpopulatie vanuit KIS.

Eerstelijnsplus Diabetes en COPD/Astma (Kamer 2a en 2b)	Situatie maart 2015
Omschrijving	Invoeren van een meekijkconsult en gericht terugverwijzen van stabiele patiënten met een lage ziektelast naar de huisarts als hoofdbehandelaar (substitutie). Dit kunnen de eerste concrete acties zijn in een programmatische aanpak waarin voor/met subpopulatie diabetes en astma/COPD systematisch aan zinnige en zuinige zorg op maat gewerkt wordt (nulde, eerste en tweede lijn).
Doel	Resultaten worden in Triple Aim termen beschreven (onderdeel van projectplan).
Doelgroep	Diabetes patiënten type 2 en astma/COPD. Vooralsnog alleen DOH en PoZoB patiënten in eerste en tweede lijn. Uitbreiding naar uniforme afspraken in regio (uitbreiding naar SGE, specialisten maken geen onderscheid naar verzekerde patiënt).
Projectgroep	Kamer 2a: MMC, DOH, PoZoB, Zorgbelang Brabant, CZ en VGZ. Kamer 2b: CZE/St Anna, DOH, PoZoB, Zorgbelang Brabant, CZ en VGZ.
Betrokken zorgverleners	Internisten, longartsen, huisartsen, kaderartsen.
Bekostiging	Financiering uit VEZN tot 1 april 2015 (voor Diabetes type 2 en COPD), voor financiering kosten projectmanager, managementondersteuning, administratie, communicatie, locatiekosten en externe inhuur voor kamer 2a en 2b. Hierna zal nieuwe aanvraag worden ingediend voor afzonderlijke kamers. De zorgkosten (en dus tarieven voor meekijkconsulten of DOT's) of flankerend beleid vallen buiten de subsidie. Contractafspraken moeten nog gemaakt worden; gesprekken vinden in februari/maart plaats.

Eerstelijnsplus Diabetes en COPD/Astma (Kamer 2a en 2b)	Situatie maart 2015
Fasering	Januari 2013: start van ontwerpfasen van dit project. Augustus-september 2014: besloten is over te gaan tot het werken kamers (structuur binnen proeftuin). Fasering/ status Kamer 2a: Juni: verwachting dat MMC op korte termijn de korte loop introduceert, verwachtte start januari 2015. Juni-december 2014: zorginhoudelijke afstemming tussen MMC en PoZoB, afgerond in december. Januari 2015: eerste Kamer 2a bijeenkomst. Verwachte start project diabetes 1 maart 2015. Fasering/ status Kamer 2b: Juni-december 2014: overeengekomen eerstelijnsplus diabetes te gaan opzetten. Januari-februari 2015: verwachte start in Q2.
Evaluatie	Er wordt een meetplan voor de interventie opgesteld op basis van Triple Aim en populatie in kaart gebracht.

Zelfhulp doe je samen	Situatie maart 2015
Omschrijving	Dit project 'Zelfhulp doe je samen' is gericht op ontzorgen en vergroten van zelfregie van de zorgvrager. Het is aangetoond dat zelfhulp bijdraagt aan de gezondheid en leidt tot lagere zorgkosten. Daarnaast sluit het aan op de kantelingen in de zorg: van zorgen voor, naar zorgen dat.
Doel	Het doel van dit project is de zelfregie van mensen te vergroten door de eventuele inzet van zelfhulp en te streven naar: 1. Het vergroten van de bekendheid van zelfhulp binnen de gehele zorgdriehoek. 2. De zorgvragers (proberen) te verleiden tot de stap naar zelfhulp. 3. Het structureel benoemen van zelfhulp in het formele zorgproces (borgen). 4. Het onderzoeken van de effecten van zelfhulp en leren van de aanpak bij zorgvragers en zorgverleners.
Doelgroep	De zorgvragers in de regio Eindhoven: specifiek – de doelgroepen diabetes, astma/COPG en ggz. De eerstelijns zorgverleners in de regio Eindhoven van de zorggroepen DOH en PoZoB. Pilot binnen Flow Maxima Medisch Centrum: de doelgroep hart- en longrevalidatie. De inwoners van de regio Eindhoven.
Projectgroep	POH, DOH, MMC, Zorgbelang, Stichting Zelfhulpnetwerk Zuidoost Brabant, Zelfhulpverbindt, CZ en VGZ.

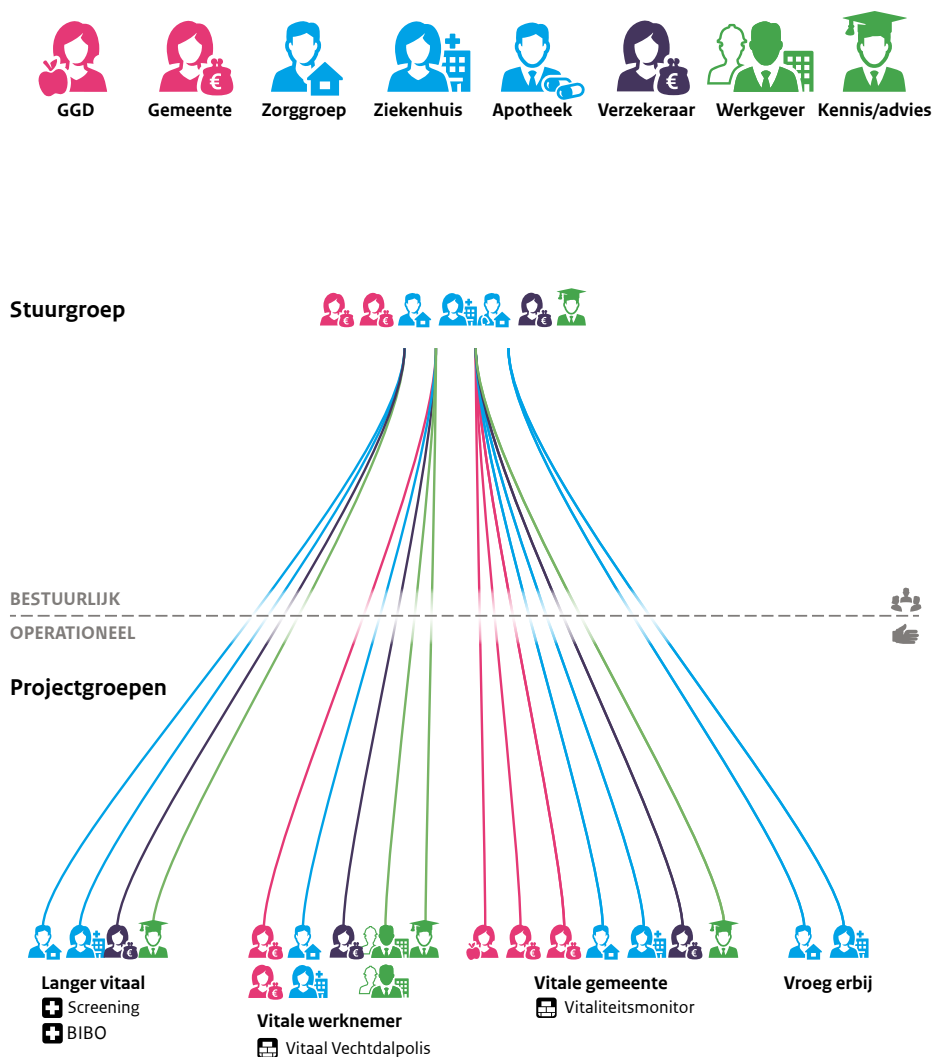
Zelfhulp doe je samen	Situatie maart 2015
Betrokken zorgverleners	Huisartsenpraktijken en ziekenhuis.
Bekostiging	De inzet die het de zorgverleners kost is voor eigen exploitatie. Voor de projectmanagementgelden is een aanvraag ingediend bij het CZ fonds.
Fasering	Gestart 1 januari 2015, met name met diabetes. Andere volgen in tweede kwartiel. Voor de doelgroep DOH wordt aansluiting gezocht bij de praktijkbezoeken, die vanaf maart 2015 afgelegd worden waarin het thema zelfmanagement en het semas model (om de zelfredzaamheid van patiënten te typeren) aan de orde komen. Voor de doelgroep PoZoB wordt aansluiting gezocht bij de implementatie van zorg op maat via Individueel Zorgplan in de huisartsenpraktijken, wat vanaf het eerste kwartaal 2015 vorm krijgt.
Evaluatie	Triple Aim evaluatie voorgenomen; stappen nog niet uitgewerkt.

Versterking eerste lijn	Situatie maart 2015
Omschrijving	Er is een plan opgesteld waarin vijf onderwerpen worden voorgesteld: cardiale diagnostiek, oogzorg, kaderarts bewegingsapparaat, fractuurpreventie door een osteoporose zorgpad, diagnostiek Carpaal Tunnel Syndroom (CTS).
Doel	Het doel van het project is door een verbeterd en versterkt huisartsgeneeskundig handelen goede, zinnige en zuinige zorg te bieden op de juiste plek. Het streven is dat op eigen kracht van de eerstelijns partijen te realiseren en zo een substitutie-effect te bereiken. Het liefst in samenwerking met de (regionale) ziekenhuizen/specialisten, omdat het belang van een goede, sluitende keten wordt onderkend.
Doelgroep	Wisselende doelgroepen voor de vijf projecten: • Mensen met klachten passend bij atriumfibrilleren en/of hartfalen resp. het controleren van mensen met gediagnosticeerd en behandeld atriumfibrilleren en hartfalen. • Mensen met oogklachten die nu door gemiddeld onvoldoende kennis en vaardigheid van de huisarts verwezen worden naar de oogarts dan wel via de opticien bij de oogarts terecht komen. • Mensen met klachten van het bewegingsapparaat die op het punt staan door de eigen huisarts verwezen te worden naar een orthopeed. • Mensen die verhoogd fractuurrisico hebben door osteoporose. • Mensen met mogelijke klachten van CTS waarbij diagnose bevestigd kan worden door een EMG zonder dat daarvoor verwijzing naar een neuroloog nodig is.
Betrokken organisaties	Huisartsen, Zorgbelang, verzekeraar.

Versterking eerste lijn	Situatie maart 2015
Betrokken zorgverleners	Vooralsnog de huisartsen (in vervolgstadium ook aanverwante zorgverleners).
Bekostiging	Ingediend als projectvoorstel bij VEZN.
Fasering	Projectvoorstel uitgewerkt in subsidieaanvraag; deze is ingediend in 2015. Gestreefd wordt te starten in juli 2015 met de uitvoering van de projecten.
Evaluatie	Projecten zullen t.z.t. op Triple Aim worden geëvalueerd.

Bijlage 4.9 Vitaal Vechtdal

Figuur 4.9: Schematische weergave van de proeftuin Vitaal Vechtdal



Tabel B 4.9.1: Toelichting ten aanzien van sturing binnen Vitaal Vechtdal

Stuurgroep	Zorgt voor ontwikkeling, besturing en uitvoering van het regionale preventieconcept, projectoverstijgende lijnen, afspraken en afstemming op proeftuinniveau.
Projectgroepen	Verantwoordelijk voor coördinatie en uitvoering van de afzonderlijke doelen van de projectgroepen (zie beschrijving hieronder van de afzonderlijke projecten).
Programma-management	Lid van RvB van Saxenburgh Groep verzorgt programmamanagement, met ondersteuning van een regiocoach vanuit het programma In voor Zorg!.
Project-management	De partners die het convenant Vitaal Vechtdal hebben ondertekend, verzorgen het projectmanagement van een van de vier programma's: Saxenburgh Groep (Vroeg erbij), Medrie (langer vitaal), Gezonde gemeente (gemeenten) en Achmea (gezonde werknemer).
Financiële contracten	Bekostiging via afzonderlijke projecten. Programmamanagement en inzet stuurgroep niet apart gefinancierd; moet door de partijen zelf gedragen worden. Tijdelijke ondersteuning in opzetten beweging Vitaal Vechtdal en daarbinnen realiseren van nieuwe rollen gemeente en zorgverzekeraar via 'In voor Zorg!' vanuit VWS. Projectmanagement en overige inzet deelnemende partners financieel gedragen door afzonderlijke organisaties.

Tabel B 4.9.2: Populatiemanagement stappen Vitaal Vechtdal

Doel	Een verbetering van de vitaliteit en kwaliteit van leven van de burgers van het Vechtdal door een doelmatige en gecombineerde regionale inzet van mensen, middelen, ideeën en activiteiten vanuit de volgende domeinen: • zorg (inclusief rol zorgverzekeraar en gemeente); • onderwijs en opleiding; • werk en bedrijfsleven; • huis en tuin (welzijn, sport, cultuur, gemeenten). Versterken van eigen kracht en zelfredzaamheid van de bewoners. Accent op preventie, innovatie, gedrag en gezondheid. Nabuurschap: iedereen wil een bijdrage leveren aan de samenleving (vrijwilligers, mantelzorg) en voelt betrokkenheid bij de buurt. Beheerste groei van de zorgkosten.
1. Populatie	Alle inwoners van het Vechtdal, de gemeenten Hardenberg, Ommen en Coevorden.
2. Assessment	Vaststellen van vitaliteit gebeurt door een steekproef van de gehele populatie. Deze is gestart onder regie van Achmea (projectmanagement) en met inzet van expertise van TNO en RIVM. Het gaat om een Vita-16 meting. De GGD neemt de meting af onder verantwoordelijkheid van de gemeenten.

3. Risico-stratificering	De interventies zijn vooralsnog door betrokken experts pragmatisch geïdentificeerd op basis van hun kennis en ervaring. Keuze op basis van data op populatieniveau wordt wel beoogd, maar is nog niet gebeurd. Er zijn inmiddels gesprekken gaande met Vektis over het aanleveren van de benodigde data. Een deel van de interventies zijn voor specifieke subgroepen (bijvoorbeeld BIBO), andere voor totale populatie (bijvoorbeeld publiekscampagne Vitaliteit).
4. Interventies	Er zijn concreet een aantal randvoorwaardelijke en zorginhoudelijke interventies geïmplementeerd, met name: • één regionale zorgpolis, de 'Vitaal Vechtdal polis'; • vitaliteitsmonitor, de Vita 16; • adequate opsporing kwetsbare ouderen vanaf thuis, huisarts tot in het ziekenhuis; • een regionale apotheek. Daarnaast is er een veelheid aan kleinere initiatieven op het gebied van zorg, sport, voeding, werkgevers en werknemers, buurtsamenwerking, et cetera. De huidige fase heeft als kenmerk dat er veel nieuwe crossovers ontstaan, binnen de uitgangspunten van Vitaal Vechtdal.
5. Monitoring	Ja, via de Vitaliteitsmonitor. Er is een meting gestart onder regie van Achmea (Vita 16) en met Vektis zijn gesprekken gaande over doen van een nulmeting (gezondheidstoestand in de regio). De programmalijnen Langer Vitaal en Gezonde gemeente zijn/worden geëvalueerd door de programmaleiders en besproken in de stuurgroep. De programmalijn Gezonde werknemer heeft de Vitaal Vechtdal polis opgeleverd en deze wordt geëvalueerd door Vrieling en Achmea. Op basis daarvan zal een doorontwikkeling plaatsvinden. De evaluatie zal vervolgens jaarlijks plaatsvinden.
6. Feedback-loop	Nee, monitoren op uitkomsten is het meest haalbare tot nu toe, per project.

Tabel B 4.9.3: Beschrijving van betrokken actoren Vitaal Vechtdal

Organisatie-naam	Omschrijving (type, functie, omvang)	Participatie (1-5)*	Stuurgroep	Aantal x lid Projectgroep
1. Coevorden	Gemeente met ruim 35.000 inwoners.	2-4	Nee	Geen
2. Hardenberg	Gemeente met bijna 60.000 inwoners.	5	Ja	1
3. Ommen	Gemeente met ruim 17.000 inwoners.	5	Ja	1
4. Dalfsen	Gemeente met bijna 28.000 inwoners.	2	Nee	Geen
5. Medrie	Huisartsenorganisatie die huisartsen faciliteert (264 aangesloten huisartsen). Aandeelhouders: HA-vereniging Zwolle, HA-Coöperatie Flevoland, HA-vereniging Hardenberg. Medrie heeft 6 huisartsenposten en organiseert ketenzorg. In 2013 170 medewerkers en omzet van €18 mln.	5	Ja	3
6. Saxenburgh groep	Saxenburgh is gericht op algemene ziekenhuiszorg (Röpcke-Zweers Ziekenhuis) en ouderenzorg (diverse locaties), een PAAZ en geriatrische revalidatie. In 2012 1200 fte personeel en een omzet van €112 mln. (waarvan €65 mln. ziekenhuis). Ouderenzorg is intramuraal (meerdere V&V-huizen), extramuraal en thuis.	5	Ja	3
7. Vrijgevestigde apotheken in regio en ziekenhuis-apotheek	Alle openbare apotheken, apotheekhoudend huisartsen en de ziekenhuisapotheek vormen een nieuwe organisatie van de regio apotheek Vechtdal.	4	Nee	1
8. Zorgbelang Overijssel	Zorgbelang is belangenbehartiger van zorgvragers in de regio.	1	Nee	1
9. TNO	Kennisinstituut gericht op innovatie. Kleine 4000 medewerkers in 2013.	3	Nee	1
10. Achmea	Zorgverzekeraar met landelijk 8 mln. verzekerden. Marktaandeel van >50% in de regio.	5	Ja	3

* Participatie op proeftuinniveau: 1 = informeren, 2 = raadplegen, 3 = adviseren, 4 = co-produceren en 5 = meebeslissen.

Tabel B 4.9.4: Interventies/projecten

RANDVOORWAARDELIJKE INTERVENTIES Vitaal Vechtdal
ZORGINHOUDELIJKE INTERVENTIES Vitaal Vechtdal

Binnen Vitaal Vechtdal wordt gewerkt met vier programmalijnen, waarin zowel zorginhoudelijke als randvoorwaardelijke interventies vallen:

- Vroeg Erbij: doel is dat ieder kind in de regio Vechtdal een goede start heeft. Vroeg Erbij sluit naadloos aan op de jeugdzorg in de gemeente, zodat een vloeiende keten ontstaat van informatie en advies – vroegsignalering – adequate opvolging – jeugdzorg op maat
- Langer Vitaal richt zich op mensen van 75 jaar en ouder
- Vitale Werknemer is geïnitieerd vanuit werkgevers en heeft als ambitie om voor de werknemers in de regio een bij vitaliteit passende werkomgeving en werkklimaat mogelijk te maken. De samenwerking binnen het project maakt het mogelijk om langetermijneffecten te bestuderen en van daaruit passende adviezen en trajecten te creëren
- Vitale Gemeente: met behulp van vitaliteitsmetingen, data van de GGD, zorgverzekeraar Achmea en gemeenten zijn buurten geïdentificeerd waar de vitaliteit van de bewoners onder druk staat ('lage SES'). De Vitale gemeente richt zich primair op deze zogenoemde 'lage SES'-groepen. Het programma heeft ten doel relatief vaak voorkomende gezondheids- en eenzaamheidsaspecten te adresseren en de vitaliteit te verhogen. Met gestandaardiseerde vitaliteitsmetingen zijn effecten van interventies goed in kaart te brengen en door te vertalen naar andere buurten en wijken.

Vroeg Erbij	Situatie maart 2015
Omschrijving	1. Voor (aanstaande) ouders is er passend advies, zorg en ondersteuning beschikbaar vanaf het moment dat men gezinsuitbreiding wenst tot aan de schoolperiode van een kind. 2. Vroeg Erbij maakt vroegsignalering mogelijk vanuit alle organisaties die betrokken zijn bij opvoeding en ontwikkeling. 3. Diverse innovatieve concepten voor preventie en zorg rond de geboorte worden ontwikkeld, geïmplementeerd en geëvalueerd om perinatale sterfte verder terug te dringen.
Doel	Betere gezondheid en kwaliteit van zorg.
Doelgroep	N=1450 (aantal geboorten per jaar in de regio). Circa 35.000 jongeren tot 18 jaar waarvan naar verwachting zo'n 10% tot de kwetsbare doelgroep behoort.
Betrokken organisaties	Gemeenten, ziekenhuis, zorggroep, verloskundige.
Betrokken zorgverleners	Alle zorgverleners die iets betekenen in het eerste levensjaar van het kind. Consultatiebureau, huisartsen, kinderartsen, gynaecoloog, kraamzorg en verloskundigen.
Bekostiging	Ontwerpfase even stopgezet. Aanvraag bij Stichting Achmea Gezondheidszorg voor financiering van het project afgewezen. Heroriëntatie op doelen. In het kader van het opstellen van een nieuw programmaplan wordt nu gekeken of de doelen van het jeugdzorgbeleid van de gemeente en Achmea, met een uitbreiding van de doelgroep (alle jongeren tot 18 jaar), een basis kan zijn voor de financiering.
Aanpassing	In nieuw programmaplan gekozen voor bredere doelgroep (0 tot 18).
Evaluatie	N.v.t.

Langer Vitaal: screening	Situatie maart 2015
Omschrijving	1. Vroegtijdig ouderen te signaleren die kwetsbaar zijn op lichamelijk, geestelijk of sociaal gebied. Wanneer er inderdaad sprake is van kwetsbaarheid op één van deze gebieden, dan worden er acties ondernomen die er op gericht zijn die kwetsbaarheid te verminderen. 2. Screening op dementie, eenzaamheid en polyfarmacie.
Doel	Ouderen langer op een prettige wijze zelfstandig thuis kunnen blijven wonen.
Doelgroep	Burgers: 75 jaar en ouder in 4 huisartsengroepen. N=5768. Daarvan 3200 een prescreening. Circa 250 huisbezoeken. Zorgverleners: 4 huisartsengroepen, thuiszorgorganisaties (doen een deel van de huisbezoeken): Icare, Carinova en Buurtzorg; ziekenhuis en specialist ouderengeneeskunde; welzijn; netwerk dementie.
Betrokken organisaties	4 Hagro's. Kenniscentrum: versturen screeningslijsten om kwetsbaarheid te meten. Gemeenten: stellen zgn. gebiedsteams samen met zorg- en welzijnsmedewerkers. Thuiszorg: voor thuisbezoeken ouderen. Burgerparticipatie in 'kernteam' (niet vanuit patiëntorganisatie). Ziekenhuis. Apotheken.
Betrokken zorgverleners	Praktijkondersteuners: zorg en ondersteuning bij ouderen thuis. Wijkverpleegkundigen: zorg en ondersteuning bij ouderen thuis.
Bekostiging	Stichting Achmea Gezondheidszorg financiering. Financiering voor 2 jaar, vanaf juni 2013. Medrie en huisartsen: onderzoek. Duur van het contract: tot april 2015. Begin volgend jaar resultaten beschikbaar en voorstel voor interventies in de praktijk en vervolgonderzoek.
Fasering	Aantal x screeningsinstrument toegepast: 3200. BIBO is maximaal uitgerold in de gehele populatie van de proeftuin.
Evaluatie	I.s.m. TNO wordt de evaluatie uitgevoerd in de vorm van een patiëntvragenlijst. Resultaten zijn begin 2015 beschikbaar.

Langer Vitaal: BIBO	Situatie maart 2015
Omschrijving	‘Better in, better out’ is erop gericht dat ouderen die gepland geopereerd worden aan knie of heup, met een betere conditie de operatie ingaan. Dit wordt bereikt door systematisch screening/ intake en waar nodig inzet van diëtisten/ fysio. Hierdoor kunnen zij na de operatie weer sneller zelfstandig thuis wonen.
Doel	Doel: sneller zelfstandig thuis kunnen wonen met minder functieverlies na een operatie. Minder patiënten naar verpleeghuis.
Doelgroep	Kwetsbare ouderen (65+) die een nieuwe heup of knie moeten krijgen d.m.v. electieve behandeling. Focus op verhoogd risico op kwetsbaarheid, ondervoeding en delier. (Alleen Achmea verzekerden zijn geïnccludeerd, vanwege restricties in de verzekering zijn er aparte afspraken nodig). N=7.
Betrokken organisaties	Eerste lijn (o.a. huisarts, fysio): betrokken bij screening in preoperatieve fase. Tweede lijn: betrokken in operatieve fase. Burgerparticipatie in opzet interventie (niet vanuit patiëntorganisatie).
Betrokken zorgverleners	Praktijkondersteuner eerste lijn: bezoekt oudere voor operatie en neemt vragen/testen af (is er een verhoogd risico op vertraagd herstel, ondervoeding of delier?). Fysiotherapeut eerste lijn: wordt ingeschakeld indien er sprake is van verhoogd risico. Diëtist eerste lijn: wordt ingeschakeld indien blijkt dat er sprake is van ondervoeding. Ziekenhuis en huisarts: worden geïnformeerd over acties in eerste lijn. Specialisten, fysio's en diëtisten in ziekenhuis: zetten eventuele behandeling voort rondom de operatie. Patiënt wordt binnen vier uur na operatie weer gemobiliseerd.
Bekostiging	Stichting Achmea Gezondheidszorg financiering. Financiering voor 2 jaar, vanaf juni 2013. Begin 2015 business case opstellen aan de hand van eerste resultaten.
Fasering	-
Evaluatie	Interventie wordt geëvalueerd met hulp van TNO. Op basis van informatie uit zorgregistraties (opnamedagen in ziekenhuis en verpleeghuis, behandelingen door fysio, complicaties). Daarnaast wordt een business case opgesteld op basis van beschikbare data.

Vitale Gemeente	Situatie maart 2015
Omschrijving	De ambitie is om vanuit het perspectief van de gemeentelijke overheid een bijdrage te leveren aan een Vitaal Vechtdal. Uitgangspunten: meer burger dan overheid, meer buurt/wijkgericht dan centraal gestuurd, meer preventief dan curatief, meer integraal dan versnipperd en meer collectief dan individueel. Vitaliteitsmonitor is hier een concrete uitwerking van. De vitaliteitsmonitor meet onder ruim 10.000 mensen binnen de regio de vitaliteit.
Doel	Relatief vaak voorkomende gezondheids- en eenzaamheidsaspecten te adresseren en de vitaliteit te verhogen, daarnaast meten van de vitaliteit in de regio.
Doelgroep	Primair mensen met lage SES.
Betrokken organisaties	Gemeenten Hardenberg en Ommen, RIVM, TNO, Achmea, GGD.
Betrokken zorgverleners	-
Bekostiging	Financieringsbron: gemeente. Bekostigingsprincipe: TNO wordt voor benodigde inzet en middelen gefinancierd voor het uitzetten van de Vitaliteitsmonitor.
Fasering	Vitaliteitsmonitor wordt in april uitgezet; binnen LMP van RIVM zit vitaliteitsmonitor eveneens verweven.

Vitale Werknemer	Situatie maart 2015
Omschrijving	Stimuleren van een vitaal werkklimaat en het voorkomen van stress en uitval op het werk. De Vitaal Vechtdal polis is een resultante hiervan. De Vitaal Vechtdal polis is een aanvullende zorgverzekering voor werkgevers en inwoners in het Vechtdal. De polis biedt een aantal extra voordelen: regiokorting, extra dekking (zoals fysiotherapie en programma's voor stressreductie). De polis is ontwikkeld in samenwerking met zorgpartners en ondernemers uit het Vechtdal.
Doel	Met deze polis is het voor werkgevers eenvoudig en aantrekkelijk (ook financieel) om de vitaliteit en inzetbaarheid van werknemers te vergroten. Als inwoners zorg nodig hebben, dan zijn ze snel aan de beurt, in de buurt. Ook kunnen bewoners (vaak met korting) meedoen aan activiteiten die bijdragen aan een goed gevoel en gezondheid. Doel: 1. Betere gezondheid van de populatie. 2. Betere toegankelijkheid van de zorg. 3. Minder zorgkosten (door preventie/voor erbij).
Doelgroep	Werkgevers in het Vechtdal. Inwoners van het Vechtdal. Sportverenigingen.
Betrokken organisaties	Achmea: verzekeraar. Vrieling: regionale tussenpersoon en specialist in verzekeringen. Werkgevers: Klanten. Sportverenigingen: meedoen aan vitaliteitsprojecten met financiële steun. Partners van Vitaal Vechtdal.
Betrokken zorgverleners	-
Bekostiging	Achmea in samenspraak met Vrieling. Coproductie met Vitaal Vechtdal ter versterking gedachtegoed Vitaal Vechtdal.
Fasering	De polis is geïntroduceerd eind 2014.
Evaluatie	Eerste evaluatie begin 2015. Dit kan leiden tot een aanpassing en verdere verbetering van de polis voor 2016.

Bijlage 5

Memo Resultaatbeloning en shared savings (NZa, 2015)

Onderwerp

Resultaatbeloning en shared savings

Datum

29 april 2015

1. Inleiding

Veldpartijen betrokken bij de proeftuinen 'betere zorg met minder kosten' hebben richting VWS en NZa de wens geuit om zorgverzekeraars in staat te stellen een besparing in schadelast te delen met de zorgaanbieders die hebben bijgedragen aan het realiseren van de besparing (shared savings¹). Daarnaast hebben deze veldpartijen de wens om de besparingen te kunnen herinvesteren in activiteiten die niet onder de Zvw vallen, maar wel kunnen bijdragen aan een lagere Zvw-schadelast. Tot slot willen zorgverzekeraars deze investeringen kunnen doen onder de Zvw, dat wil zeggen, aanmerken als Zvw uitgaven en inbrengen in de verevening.

Het volledig faciliteren van veldpartijen in hun wens om shared savings onder de Zvw uit te keren en (deels) te investeren in niet-Zvw-activiteiten vergt naar onze inschatting een wijziging van de Zvw. Wij denken echter dat het uitkeren van shared savings in bepaalde gevallen kan worden gezien als een resultaatbeloning en daarmee binnen het bestaande wettelijk kader past. In dit memo werken wij de mogelijkheden hiervoor nader uit. In de bijlage bij dit memo gaan wij in op een aantal specifieke vragen vanuit VWS.

2. Vraag VWS

VWS heeft de NZa gevraagd om een standpunt over de mogelijkheden van zorgverzekeraars om een resultaatbeloning te betalen aan een zorgaanbieder onder de volgende voorwaarden:

- Bij het in rekening brengen van de resultaatbeloning wordt gebruik gemaakt van ruimte binnen de huidige prestatie- en tariefregulering van de NZa.
- De middelen die de verzekeraar betaalt in het kader van een resultaatbeloning kunnen door de zorgverzekeraar als Zvw-uitgaven worden aangemerkt en ten laste van de verevening worden gebracht.²

3. Ruimte voor het belonen van resultaten binnen de huidige prestatie- en tariefregulering

Binnen de huidige prestatie- en tariefregulering van de NZa zijn verschillende mogelijkheden om een resultaatafhankelijke opslag gekoppeld aan een bestaande zorgprestatie in rekening te brengen. Deze mogelijkheden kunnen worden benut om shared savings uit te keren. Hieronder een aantal voorbeelden³.

¹ De 'savings' betreffen een reductie in schadelast, die het gevolg zijn van bepaalde inspanningen van de aanbieder. Het 'shared' wijst op de wens van de verzekeraar om die besparing te delen met de aanbieder of een andere partij.

² Wij gaan in dit memo enkel in op de voorwaarden die specifiek van belang zijn voor het kunnen aanmerken van een resultaatbeloning als Zvw-uitgaven. Uiteraard dient aan alle geldende regelgeving en vereisten te zijn voldaan om kosten als Zvw-uitgaven te kunnen aanmerken. In dit memo wordt deze regelgeving en vereisten ten behoeve van de leesbaarheid buiten beschouwing gelaten.

³ Bij de hier genoemde voorbeelden dient rekening te worden gehouden met onder andere de doorwerking in het eigen risico, doorwerking in het BKZ en het voorkomen van eventuele nadelige correcties achteraf voor consumenten.

Voorbeeld 1. Resultaatbeloning in sector met vrije tarieven, max(-max) tarieven of in sectoren waar prestatie- en tariefregulering niet van toepassing is (krachtens de Bub-Wmg).

Kenmerk

Pagina
2 van 6

Een ziekenhuis en een zorgverzekeraar komen overeen dat het ziekenhuis in jaar $t+1$ $x\%$ hogere tarieven mag declareren (ten opzichte van jaar t) voor een aantal DBC-zorgproducten in het B-segment, indien het ziekenhuis erin slaagt het volume van deze DBC-zorgproducten met $y\%$ te laten dalen in jaar t (ten opzichte van jaar $t-1$). Ook kan een resultaatbeloning volgens hetzelfde principe conditioneel worden gemaakt aan vooraf overeengekomen plannen ter verbetering van de kwaliteit van zorg. In geval van max(-max) tarieven is de tariefruimte van de betreffende prestatie beperkend voor de hoogte van de uit te keren resultaatbeloning.

Voorbeeld 2. Resultaatbeloning binnen de beleidsregel Innovatie
Zorgverzekeraar en zorgaanbieder komen een innovatieve zorgprestatie 'kwetsbare ouderen' overeen waarbij de zorgaanbieder, naast een tarief per behandelde oudere, ook een lumpsum-bedrag van €100.000 krijgt als het aantal opnames van ouderen in ziekenhuis, verpleeghuis en sGGZ met meer dan $z\%$ daalt tijdens de experimentperiode.

Voorbeeld 3. Resultaatbeloning als deelprestatie in sector met gereguleerde tarieven

Op basis van de deelprestatie 'resultaatbeloning' uit de beleidsregel huisartsenzorg worden de volgende afspraken gemaakt.

- Een zorgverzekeraar en een aanbieder komen een tarief bij de deelprestatie 'resultaatbeloning' overeen bij het behalen van vooraf vastgelegde scores op indicatoren voor doelmatig voorschrijven. Het tarief kan per ingeschreven verzekerde of als lumpsum worden uitgekeerd.
- Een zorgverzekeraar en een aanbieder komen een tarief bij de deelprestatie 'resultaatbeloning' overeen bij het aanvragen van 90% van de eerstelijnsdiagnostiek bij vooraf geselecteerde preferente aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek.

4. Mogelijkheden en beperkingen bij het in rekening brengen van een resultaatbeloning

De gelden die de zorgverzekeraar als Zwv-uitgaven aanmerkt en inbrengt in de verevening, moeten door de zorgverzekeraar besteed zijn aan Zwv-verzekerde prestaties. Ook de kosten voor een resultaatbeloning die als onderdeel van een Zwv verzekerde prestatie in rekening wordt gebracht, kunnen worden aangemerkt als Zwv uitgaven en ten last van de verevening worden gebracht. De zorgverzekeraar mag wel Wpg-, Wmo-, Wlz en andere activiteiten buiten de Zwv vergoeden, maar hij mag dit niet als Zwv-uitgaven aanmerken.

Principe van een resultaatbeloning is dat een zorgverzekeraar betaalt voor een afgesproken resultaat. Hierbij is niet van belang hoe de aanbieder dit resultaat behaalt en welke inspanning de aanbieder hiervoor levert. Het betalen van de beloning is dan afhankelijk van de verantwoording die de aanbieder aan de verzekeraar aflegt over het behaalde resultaat in relatie tot de afspraken die hierover vooraf zijn gemaakt. De zorgaanbieder is vervolgens vrij om de opbrengsten uit zorgprestaties (dus ook een resultaatbeloning) te besteden naar gelang de zorgaanbieder dit wenselijk acht, zolang de contractuele afspraken over het leveren van de betreffende zorgprestatie met de verzekeraar worden nagekomen en de prestatie ook daadwerkelijk wordt geleverd.

Er kan een risico ontstaan op het ten onrechte aanmerken van een resultaatbeloning als Zwv-uitgaven indien afspraken worden gemaakt

over de besteding van de resultaatbeloning. De verzekeraar betaalt dan niet meer (alleen) voor een resultaat maar (ook) voor de vastgelegde besteding. In feite kan de verzekeraar dan betalen voor een activiteit die geen onderdeel uitmaakt van de in rekening gebrachte 'dragende' zorgprestatie (de 'dragende' prestaties is de zorgprestatie waarvoor de afspraak is gemaakt dat de beloning die de zorgaanbieder krijgt afhankelijk is van behalen van bepaalde resultaten).

Kenmerk

Pagina
3 van 6

Hiervan is sprake indien een zorgverzekeraar een resultaatbeloning uitkeert, waarbij de zorgverzekeraar de vrijheid van de zorgaanbieder wat betreft de besteding heeft ingeperkt, zodanig dat de zorgaanbieder contractueel verplicht is het geld (deels) te besteden aan andere activiteiten die niet onderdeel zijn van de Zvw-verzekerde prestatie waar de resultaatbeloning op ziet. De kosten voor de activiteiten waarop de bestedingsafspraken betrekking hebben kunnen dan niet worden aangemerkt als Zvw-uitgaven en kunnen dan niet worden ingebracht in de risicoverevening.

De kosten voor de resultaatbeloning kunnen wel als Zvw-uitgaven worden aangemerkt indien de bestedingsafpraak de aanbieder verplicht om de middelen te besteden aan activiteiten die wel onderdeel zijn van de in rekening gebrachte 'dragende' zorgprestatie. Ter illustratie: een Huisartsen Informatiesysteem (HIS) is onderdeel van de basisvoorziening van de huisartsenzorg en kan als onderdeel worden gezien van de prestatie 'inschrijving' onder segment 1 van de beleidsregel huisartsenzorg. De verzekeraar kan met een huisartsenpraktijk een resultaatbeloning afspreken op basis van de beleidsregel Huisartsenzorg en daarbij de afspraak maken dat de eventuele middelen die op basis van de resultaatafpraak worden uitgekeerd, worden gebruikt voor een upgrade van het HIS.

Ook kan het maken van bestedingsafspraken over een resultaatbeloning in bepaalde gevallen in strijd zijn met artikel 35 Wmg. Als de activiteit waarover de bestedingsafspraken worden gemaakt is te beschouwen als zorg in de zin van de Wmg waarvoor prestatieregulering geldt of als een activiteit die deel uitmaakt van dergelijke zorg, dan is de vraag aan de orde of de prestatiebeschrijving die in rekening wordt gebracht deze activiteit ook al dekt. Is dat niet het geval, dan is het gevolg dat de zorgaanbieder een prestatie in rekening brengt, waarvoor geen (afzonderlijke) prestatieomschrijving door de NZa is vastgesteld of waarvoor een andere prestatieomschrijving door de NZa is vastgesteld. In beide gevallen wordt dan gehandeld in strijd met artikel 35 Wmg, zowel door de zorgaanbieder die de resultaatbeloning in rekening brengt als de zorgverzekeraar die deze betaalt of vergoed. In alle gevallen waarin de resultaatbeloning in strijd is met artikel 35 Wmg geldt tevens dat deze niet ten laste van de verevening mag worden gebracht.

Ook kan de situatie zich voordoen dat de 'dragende' prestatie niet onder prestatieregulering valt, maar de activiteit die door middel van de resultaatbeloning voor de 'dragende' prestatie wordt gefinancierd wel. Als dan voor deze activiteit, gesteld dat deze weer is aan te merken als zorg die onder prestatieregulering valt of onderdeel is van dergelijke zorg, geen prestatiebeschrijving door de NZa is vastgesteld en op de factuur wordt vermeld, is het eveneens op grond van artikel 35 Wmg verboden de resultaatbeloning in rekening te brengen alsmede om deze te betalen of vergoeden.

Ook op andere manieren kan de uitvoering van resultaatbeloning die gepaard gaat met bestedingsafspraken mogelijk in strijd komen met regulering (bijvoorbeeld bij het niet voldoen aan bepaalde

transparantieregels). Ten slotte is van belang om te bedenken dat voor de risicoverevening vereist is dat zorg feitelijk is geleverd, en ook bij art. 35 Wmg de feitelijk geleverde zorg bepalend is.

Kenmerk

Pagina
4 van 6

5. Conclusie

Op grond van het bovenstaande komen wij tot de volgende conclusie:

- De prestatie- en tariefregulering biedt op diverse manieren ruimte om een resultaatbeloning aan een zorgaanbieder te betalen. Deze kunnen worden ingezet om een besparing te delen (shared savings).
- De zorgverzekeraar kan de betaling van een resultaatbeloning aanmerken als Zvw-uitgaven en ten laste van de verevening brengen indien de resultaatbeloning een prijs betreft die is betaald voor een Zvw-verzekerde zorgprestatie of daar onderdeel van uitmaakt.
- Indien de zorgaanbieder contractueel verplicht wordt door de zorgverzekeraar om de resultaatbeloning te besteden aan een activiteit die geen Zvw-verzekerde prestatie is of hier onderdeel van uitmaakt, kunnen de kosten van die resultaatbeloning niet als Zvw-uitgaven worden aangemerkt en daarom niet ten laste van de verevening worden gebracht. Indien de zorgaanbieder contractueel verplicht wordt door de zorgverzekeraar om de resultaatbeloning te besteden aan bepaalde activiteit, kan onder omstandigheden ook sprake zijn van een overtreding van artikel 35 Wmg. Als dat het geval is, mag de resultaatbeloning eveneens niet in de risicoverevening worden gebracht.

6. Tot slot

De hierboven genoemde mogelijkheden bieden partijen ruimte voor het uitkeren van shared savings. Vraag is of deze mogelijkheden voldoende ruimte bieden om in de wens van partijen te voorzien. Naast het kunnen delen van de besparingen hebben partijen de wens geuit om de besparingen te kunnen herinvesteren in activiteiten die niet per definitie als Zvw-uitgaven kunnen worden bestempeld (bijvoorbeeld preventie). Het bestaande wettelijke kader is niet vormgegeven om het uitkeren van shared saving op deze wijze te faciliteren. In dit kader verdient ook de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om uitgekeerde shared savings niet als Zvw uitgaven aan te merken en ten laste van de verevening te brengen nadere uitwerking.

Bijlage I: Beantwoording specifieke vragen VWS

Kenmerk

VWS heeft een aantal specifieke vragen gesteld naar aanleiding van de discussie over Shared Savings. Vanzelfsprekend hebben wij de hierboven omschreven uitgangspunten toegepast bij de beantwoording.

Pagina
5 van 6

1. Wanneer op basis van een ZVW-aanspraak een prestatie wordt geformuleerd en die prestatie wordt gedeclareerd, valt deze declaratie dan automatisch onder de zorgverzekeringsuitgaven?

Reactie NZa: Een voorwaarde voor het kunnen aanmerken van kosten als Zvw-uitgaven die door een zorgverzekeraar ten laste van de verevening kunnen worden gebracht is dat de zorgprestatie op basis waarvan de kosten in rekening worden gebracht door het Zorginstituut wordt aangemerkt als Zvw-verzekerde zorg. Daarnaast dient uiteraard aan alle overige geldende regels en vereisten te zijn voldaan.

2. Wanneer op basis van een ZVW- aanspraak een prestatie vrij is omschreven en partijen declareren deze prestatie, valt deze declaratie dan automatisch onder de zorgverzekeringsuitgaven?

Reactie NZa: Vraag is wat precies wordt bedoeld met 'vrij omschreven'. Een vrij omschreven prestatie lijkt een verbijzondering van een 'gewone' zorgprestatie waarvoor in principe hetzelfde antwoord als onder vraag 1 opgaat.

3. Wanneer partijen een vrije prestatie invullen in de vorm van een resultaatsafspraken en die prestatie wordt gedeclareerd, vallen alle activiteiten onder die prestatie dan automatisch onder de zorgverzekeringsuitgaven?

Reactie NZa: In de huidige bekostiging kennen we (nog) geen op zichzelf staande prestatie 'resultaatbeloning'. Een resultaatbeloning kan dus alleen worden uitgekeerd bovenop een bestaande Wmg-prestatie (als deelprestatie of binnen de tariefruimte of het vrije tarief van de 'dragende' Wmg-prestatie). Zie verder de conclusie onder 5.

4. Wanneer het antwoord op bovenstaande vraag nee luidt, hoe voorkom je dan dat dit toch wordt gedeclareerd en is hier toezicht op, op een of andere manier?

N.v.t.

5. Geldt het antwoord op vraag 3 ook voor een vergelijkbaar initiatief dat een beroep doet op de beleidsregel innovatie?

Reactie NZa: Ja. Indien hetzelfde principe wordt gevolgd als onder vraag 1.

6. Wanneer partijen een resultaatsbeloning afspreken, op welke aspecten en in welk stadium, heeft de NZa dan zicht?

Reactie NZa: Dit is afhankelijk van de zorgprestatie die als basis wordt gebruikt en de beleidsregel waarop deze zorgprestatie staat.

- *De NZa heeft geen zicht op resultaatafspraken die binnen de bestaande tariefruimte overeen worden gekomen, tenzij de NZa besluit hier een specifiek onderzoek naar te doen, bijvoorbeeld in het kader van een Marktscan.*
- *Resultaatafspraken die op basis van de beleidsregel Innovatie overeengekomen worden ziet de NZa bij de beoordeling van de experimentaanvraag, indien partijen dit in de experimentaanvraag hebben opgenomen.*
- *Resultaatafspraken die overeengekomen worden op basis van de hiervoor bestemde deelprestatie in segment 3 van de beleidsregel huisartsenzorg ziet de NZa ook niet ex-ante. Monitoring van de kosten die op basis van deze deelprestatie in rekening worden gebracht kan achteraf op basis van*

declaratiegegevens, indien de NZa besluit hier specifiek onderzoek naar te doen.

Kenmerk

Pagina
6 van 6

.....
H.W. Drewes | R. Heijink | J.N. Struijs | C.A. Baan
.....

In 2013 benoemde het ministerie van VWS op voordracht van de verzekeraars negen initiatieven tot proeftuinen. Deze hebben tot doel preventie, zorg en welzijn op regionaal niveau beter vorm te geven. Dit rapport geeft een actualisatie van de vormgeving van de proeftuinen en een beschrijving van de kenmerken van de populaties. Het rapport geeft daarnaast inzicht in ervaringen van bestuurders van de proeftuinen.

De proeftuinen zijn een initiatief waarbij zorgaanbieders, verzekeraars en wisselend andere actoren als Zorgbelang en gemeenten, gezamenlijk werken aan duurzame zorg. Het wordt gezien als vliegwiel voor de transitie naar duurzame zorg en ondersteuning, waarbij men middels interventies probeert een basis te leggen voor de benodigde samenwerking, de organisatie en de bekostiging. De eerste ervaringen wijzen op een verbeterde samenwerking. Tegelijkertijd is men nog zoekende naar een goede sturing en organisatie van de proeftuinen. Aandacht voor het samenwerkingsproces, nieuwe bekostigingsvormen en transparantie zijn van belang voor de verdere ontwikkeling.

Dit is een uitgave van:

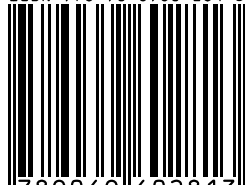
**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

juni 2015

De zorg voor morgen begint vandaag

ISBN 978-90-6960-281-3



9 789069 602813