

Doelgroepgerichte zorgontwikkeling

Onderzoek naar de ontwikkelingen en mogelijkheden op de zorginkoopmarkt

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Context	8
Het kader	11
Vraagzijde	31
Inkoopzijde	40
Aanbodzijde	46
Nieuwe business modellen	64
Over BS Health Consultancy	73
Gesprekspartners	80
Geraadpleegde bronnen	82

Samenvatting

Het denken in doelgroepen biedt zorgverzekeraars en zorgaanbieders mogelijkheden om gezamenlijk zorg te ontwikkelen die beter inspeelt op de individuele behoeften en wensen van ouderen en chronisch zieken. Door segmentatie kan worden bepaald welke specifieke kennis en vaardigheden nodig zijn en op welke wijze die het beste georganiseerd kunnen worden in netwerken van zorg- en dienstverlening. Dit blijkt uit het empirisch onderzoek dat BS Health Consultancy heeft uitgevoerd naar de ontwikkelingen en mogelijkheden op de zorginkoopmarkt.

Ingeslagen weg naar meer marktwerking wordt doorgezet

Het nieuwe kabinet Rutte-Verhagen zet de ingeslagen weg naar meer marktwerking in de zorg voort. Zorgaanbieders worden in toenemende mate beloond naar prestatie. Zo zal in de ziekenhuiszorg naar verwachting in 2012 worden overgestapt op prestatiebekostiging, tegelijkertijd met de invoering van DOT (DBC's op weg naar transparantie). Met de DOT worden de huidige ruim 30.000 DBC's omgezet in circa 3.600 medisch herkenbare (geclusterde) zorgproducten. Ook in de kortdurende curatieve geestelijke gezondheidszorg zal worden overgestapt naar DBC-bekostiging.

De eerstelijnszorg wordt met gewijzigde financieringsmethoden, zoals integrale bekostiging, geprikkeld om beter samen te werken en ketenzorg te verlenen. Voor de farmaceutische zorg ontstaan meer vrijheden in de financiering van geneesmiddelen met de voorgenomen wijzigingen op het terrein van: het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS), de (voorwaardelijke) toelating van nieuwe geneesmiddelen in het pakket en het nieuwe vergoedingssysteem voor apothekers. De sturing op doelmatigheid, met onder andere het preferentiebeleid, wordt voortgezet om de geneesmiddelenprijzen onder controle te houden. Met name als gevolg van het gevoerde preferentiebeleid van zorgverzekeraars

lagen de prijzen van generieke geneesmiddelen in 2010 ongeveer 60% lager ten opzichte van begin 2008. Ook de zorgverzekeraars zullen meer prikkels ervaren, doordat in verantwoord tempo de ex-post compensaties van de risicoverevening zullen worden afgebouwd. Door de afbouw lopen zorgverzekeraars in toenemende mate financieel risico over de daadwerkelijk gerealiseerde zorgkosten die vallen onder de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Niet alleen voor de Zvw, maar ook voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is het kabinet voornemens om over te gaan van 'handelingsfinanciering' naar 'uitkomstfinanciering'. De verbetering van de ouderenzorg is een speerpunt van beleid de komende jaren. Mede door de sterk groeiende groep mensen in de leeftijd van 65 jaar en ouder. In 2010 bedroeg het aandeel van deze groep circa 15% en stijgt naar 20% in 2020. De aansturing van de AWBZ zal door de zorgverzekeraars worden overgenomen van de huidige 32 regionale zorgkantoren. Zorgverzekeraars zullen de AWBZ dan direct voor eigen verzekerden uitvoeren, wat voor patiënten tot één loket op het gebied van (medische) zorg zal moeten leiden. Ook leidt het naar verwachting tot een verbetering van de kwaliteit van de AWBZ-zorg door een betere zorginhoudelijke samenhang tussen cure en care, waarbij bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige een belangrijke rol kan spelen. De samenhang in kosten blijkt uit het feit, dat de Zvw-kosten voor verzekerden van 75 jaar en ouder met AWBZ-indicatie meer dan 2x hoger zijn dan bij ouderen zonder een AWBZ-indicatie.

Behoeften van patiënten en ouderen: disease- en casemanagement, (multidisciplinaire) samenwerking, preventie, bevorderen zelfstandigheid en transparantie in zorgkwaliteit

Mede als gevolg van de vergrijzing neemt het aantal mensen met chronische aandoeningen de komende jaren sterk toe. Dit komt doordat de prevalentie van veel chronische ziektes oploopt met de leeftijd. Tot 65 jaar heeft 14% van de Nederlandse bevolking een chronische aandoening. Boven de 65 is dat 57%. En boven de 90 is het zelfs 85%. Uit onderzoek blijkt dat patiënten met een chronische aandoening behoefte hebben aan diseasemanagement,

waarbij de patiënt centraal staat en wordt bediend vanuit een zoveel mogelijk sluitende zorgketen. Multidisciplinaire samenwerking is het fundament van goede zorg, maar blijft vatbaar voor verbeteringen. Bijna 30% van de patiënten met een chronische aandoening beoordeelt de samenwerking en afstemming tussen de zorgverleners nog als matig of slecht. Ouderen hebben veelal ook meerdere chronische aandoeningen tegelijk. Van de Nederlanders ouder dan 65 jaar heeft de helft 2 of meer chronische ziektes. Bij de 75-plussers heeft bijna 25% te kampen met minstens 4 ziektes. Multimorbiditeit maakt de zorg complex en daarom is het wenselijk dat de verschillende behandelingen op elkaar worden afgestemd door de inzet van casemanagement. Belangrijke geïnventariseerde behoeften en wensen van patiënten en ouderen zijn, naast diseasemanagement, casemanagement en verbetering van de (multidisciplinaire) samenwerking, ook vroegtijdige signalering en preventie, bevordering van de zelfstandigheid om zo lang mogelijk thuiswonend te kunnen blijven en transparantie in de kwaliteit van de geleverde zorg.

Zorgverzekeraars ontwikkelen vaker samen met zorgaanbieders zorgconcepten die aansluiten op de behoeften van de doelgroep

Zorgverzekeraars stellen in toenemende mate deze wensen en behoeften van hun verzekerden centraal bij zorginkoop. Om inzicht te verkrijgen in de specifieke wensen en behoeften van patiëntengroepen betrekken steeds meer zorgverzekeraars patiëntenorganisaties bij de zorginkoop. De zorginkooprol van zorgverzekeraars is sinds de invoering van de Zvw het stadium van de rituele dans voorbij. Er wordt met zorgaanbieders daadwerkelijk onderhandeld over kwaliteit, volume en prijs en er worden in toenemende mate pay-for-performance afspraken gemaakt. Tevens is een begin gemaakt met selectief contracteren: zorgaanbieders die niet voldoen aan de gestelde (kwaliteits)voorwaarden worden niet meer gecontracteerd dan wel gelden niet als voorkeuraanbieder. Zorginkoop kan steeds minder los worden gezien van zorgontwikkeling. Samen met geselecteerde zorgaanbieders ontwikkelen zorgverzekeraars in toenemende mate nieuwe zorgproposities

voor specifieke doelgroepen. Eventueel met bijdragen van door zorgverzekeraars opgezette innovatie- en participatiefondsen.

Zorgaanbod wordt meer doelgroepgericht

Er komen meer initiatieven van zorgaanbieders die doelgroepen centraal stellen en zorg bieden die beter is afgestemd op de behoeften van de klant. Een voorbeeld is het diabetes zorgprogramma van zorggroepen. Zorgprogramma's voor andere chronische aandoeningen zijn in 2010 nog minimaal gecontracteerd, ofschoon deze voor COPD en vasculair risicomanagement wel vaak in ontwikkeling zijn. Ook bieden een aantal zorggroepen een zorgprogramma ouderenzorg. Bijvoorbeeld Zorggroep Walcheren met "Ketenzorg Ouderen Walcheren", waarbij casemanagement een belangrijk onderdeel vormt. In toenemende mate sluiten zorgaanbieders nieuwe (multidisciplinaire) samenwerkingsverbanden om beter in te kunnen spelen op de behoeften van patiënten. Zo neemt het aantal samenwerkingscontracten van huisartsen met andere zorgverleners tussen 2007 en 2009 met 5% gestaag toe, tot 43%. Een ander voorbeeld van nieuwe multidisciplinaire samenwerkingsverbanden zijn de acht integrale regionale netwerken opgezet binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO), waarbij de academische ziekenhuizen in Nederland het voortouw hebben genomen. Het NPO streeft ernaar de kwaliteit van zorg voor ouderen te verbeteren door samenhangende zorg te ontwikkelen.

Het meer doelgroepgericht werken leidt ook tot andere wijze van organiseren. Zo groeit de laatste jaren in de zorg het aantal franchiseformules. Voorbeelden hiervan zijn Het Oogzorgnetwerk en Thomashuizen. Franchising is een hechte vorm van samenwerking tussen twee ondernemers, waarbij op basis van efficiënte taakverdeling een formule is ontwikkeld die leidt tot een uniforme uitstraling naar de markt. Ook het succesvolle Buurtzorg Nederland kent een vorm van franchise met de zelfstandig werkende 'Buurtzorgteams' van hoogopgeleide verpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden die, in

samenwerking met de huisarts, thuiszorg bieden aan cliënten in een bepaalde buurt of wijk. De verpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn evenwel in dienst en zijn geen zelfstandige ondernemers. Om goed voorbereid te zijn op de individuele cliëntenzorg maakt Buurtzorg onderscheid in vijf klantengroepen.

Op het gebied van vroegtijdige signalering en preventie is het PreventieConsult een nieuw initiatief. Het PreventieConsult is ontwikkeld door de beroepsorganisaties van huis- en bedrijfsartsen en is gericht op de betere opsporing, begeleiding en behandeling van mensen met een verhoogd risico op bepaalde aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten en diabetes. Met het PreventieConsult wordt beoogd preventie laagdrempelig en steviger in de reguliere zorg te verankeren.

Tot slot zijn er verschillende initiatieven om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken, zodat de patiënt in staat wordt gesteld om geïnformeerd te kiezen voor die zorgaanbieder die het beste aansluit op zijn of haar individuele wensen en behoeften. Bijvoorbeeld het programma Zichtbare Zorg, ingesteld door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Of het op een vergelijkbare manier meten van uitkomsten door ggz-instellingen met Routine Outcome Measurement (ROM). Dan wel de internetfunctionaliteiten van zorgverzekeraars die informatie verstrekken over onder andere reisafstand, wachttijd, kwaliteit en het oordeel van andere patiënten over de behandeling.

In voorliggend onderzoek zijn ter inspiratie op hoofdlijnen een vijftal mogelijke (nieuwe) business modellen gepresenteerd. Proposities waarmee zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer focus kunnen leggen op het bieden van toegevoegde waarde aan specifieke doelgroepen.

- Het **'elderly friendly network' keurmerk** wordt door de zorgverzekeraar in samenwerking met ouderenverenigingen uitgereikt aan zorgaanbieders die ouderenvriendelijke zorg verlenen. De zorgaanbieder wordt ondersteund door de

zorgverzekeraar met een apart team van experts om verbeteringen te realiseren, opdat voldaan wordt aan de vereisten om in aanmerking te komen van het keurmerk.

- De **tailormade senior living insurance** is een verzekeringsproduct waarbij de verzekerde een garantie krijgt op een tailormade woning die als het ware meegroeit met de zorgbehoefte en persoonlijke wensen van de verzekerde. De woning is gelegen rondom een multifunctioneel centrum. De verzekerde ontvangt goed afgestemde cure- en carezorg en kan gebruik maken van aanvullende dienstverlening zoals gemaksdiensten. Bewoners die (nog) geen intensieve zorg nodig hebben doen vrijwilligerswerk.
- **COPD-garantiezorg** houdt in dat een COPD-ketenzorgnetwerk afspraken maakt met de regionaal dominante zorgverzekeraar ten aanzien van de gemiddeld te bereiken verbetering van de gezondheid van patiënten met COPD (i.c. gezondheidswinst), uitgedrukt in de GOLD-score.
- De **DepreX-specialist** is een ggz-instelling die zich onderscheidt op het gebied van behandeling van depressie. De DepreX-specialist heeft met de dominante zorgverzekeraar in de regio een contract gesloten voor de uitvoering van de gehele depressieketenzorg tegen een vaste prijs per verzekerde in de regio. De DepreX-specialist zet met name in op preventie, e-health en eerstelijnszorg.
- Het **Specialised Reuma Network** is een franchiseformule die is opgezet door het Specialised Reuma Centre. Het Specialised Reuma Centre is een ziekenhuis die heeft gekozen zich te onderscheiden op het gebied van Reumatoïde Artritis. Samen met R&D-afdelingen van de farmaceutische industrie doet het ziekenhuis veel onderzoek naar de factoren die goed vooraf voorspellen welk geneesmiddel het meest effectief is voor een patiënt. De franchisenemers ontvangen de kennis die is opgedaan in de uitgevoerde onderzoeken. De zorgverzekeraar ondersteunt deze ontwikkeling door middel van een additionele vergoeding op basis van de afname van de ziekteactiviteit van de patiënten.

Context

Aanleiding

Zorgverzekeraars onderhandelen namens hun verzekerden met zorgaanbieders over de omvang, de kwaliteit en de prijs van de in te kopen zorg. Doel is te komen tot een voor de verzekerden kwalitatief goede zorg tegen een redelijke prijs.

Zorgverzekeraars vervullen daarmee een spilfunctie bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De zorginkoopmarkt komt langzamerhand van de grond. De wensen en behoeften van de verzekerden komen beter en meer centraal te staan bij de zorginkoop.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders gaan meer denken in doelgroepen. In plaats van dat zorginkoop georganiseerd is naar verstrekking/zorgaanbieder, worden in toenemende mate specifieke doelgroepen leidend bij de inkoop van zorg. Er wordt steeds minder gesproken over de inkoop van huisartsenzorg, en vaker van de inkoop van diabeteszorg, COPD-zorg, ouderenzorg etc.

Op dit moment kunnen er nog verschillende beperkingen worden aangeduid die ervoor zorgen dat de zorginkoopmarkt nog niet optimaal van de grond komt. Bijvoorbeeld gebrek aan transparantie in de kwaliteit van zorg, onvoldoende onderhandelingsruimte vanwege nog bestaande overheidsregulering, zoals voor het A-segment ziekenhuiszorg of onvoldoende prikkels voor de zorgverzekeraars vanwege ex-post correcties in de risicoverevening. Het nieuwe kabinet Rutte-Verhagen heeft de ambitie om de beperkingen te verminderen en zo veel mogelijk weg te nemen. Dit rapport gaat niet zozeer in op de beperkingen die er momenteel nog kunnen worden geïdentificeerd, maar op de mogelijkheden om de zorginkoopfunctie vorm te geven. In dit beschrijvende onderzoeksrapport worden inzichten gegeven aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om gezamenlijk

klantgerichte zorg voor doelgroepen te ontwikkelen.

Onderzoeksaanpak

Dit rapport is tot stand gekomen op basis van onze praktijkervaringen als adviseurs op de zorgmarkt. Aanvullend zijn vele interviews gehouden met vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiënten- en ouderenverenigingen en de zelfstandige bestuursorganen College voor zorgverzekeringen (CVZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In de gesprekken zijn de ontwikkelingen op de zorginkoopmarkt besproken en de mogelijke verbeteringen op dit terrein verkend, mede aan de hand van een aantal (innovatieve) voorgelegde business modellen. Wij zijn de geïnterviewden zeer erkentelijk voor hun tijd en bereidheid hun kennis en ervaring met ons te delen.

Voorts zijn aan de hand van deskstudie verschillende onderzoeken en rapporten geanalyseerd. Deze geraadpleegde bronnen en de namen van de

geïnterviewde personen zijn neergelegd in de bijlage. Tot slot willen wij Marja Sleeuwenhoek van Agis Zorgverzekeringen bedanken voor het tegenlezen van het rapport en de constructieve feedback.

Opbouw rapport

Na deze inleiding gaat hoofdstuk 1 in op het kader van de zorginkoopmarkt, zoals dat door de overheid wordt bepaald. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het voorgenomen overheidsbeleid van het nieuwe kabinet Rutte-Verhagen op het gebied van de gezondheidszorg. In hoofdstuk 2 staan de ontwikkelingen ten aanzien van de vraagzijde centraal en wordt ingegaan op de behoeften en wensen van de doelgroepen chronisch zieken en ouderen. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 de inkoopzijde beschreven, en daarmee de rol van de zorgverzekeraar. In hoofdstuk 4 worden de initiatieven van zorgaanbieders om tegemoet te komen aan de wensen en behoeften van de klant besproken. Tot slot worden op basis van de in voorgaande hoofdstukken

beschreven trends en ontwikkelingen enkele mogelijke (innovatieve) business modellen op hoofdlijnen gepresenteerd. Propositions die meer focus leggen op het bieden van toegevoegde waarde aan specifieke doelgroepen.

ZORGINKOOP BIEDT MOGELIJKHEDEN TOT ZORGONTWIKKELING

- Zorgverzekeraars vervullen een spilfunctie bij de uitvoering van de Zvw
- Wensen en behoeften verzekerden komen beter en meer centraal te staan bij zorginkoop
- Dit rapport gaat niet in op de beperkingen, maar de mogelijkheden om gezamenlijk betere zorg te ontwikkelen

Het kader

De ingeslagen weg van meer marktwerking wordt doorgezet

Met de stelselwijziging in 2006 is gekozen voor een zorgstelsel dat uitgaat van beloning naar prestatie. De implementatie van deze financieringsmethodiek is nog niet afgerond. Het kabinet Rutte-Verhagen is voornemens door te gaan op de ingeslagen weg van meer marktwerking in de zorg. Ook voor de AWBZ-sector wil het kabinet omschakelen van zogeheten 'handelingsfinanciering' naar 'uitkomstfinanciering'. Vooral de verbetering van de ouderenzorg is een speerpunt van beleid de komende jaren. Doelstellingen die het kabinet wil realiseren op het gebied van ouderenzorg zijn onder andere: meer zorgmedewerkers, meer (bij)scholing, meer rechten, meer en betere kwaliteitsnormen, een sterkere Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), minder overheid, meer buurtzorg, kleinere zorginstellingen en meer maatregelen

tegen ouderenmishandeling. De aansturing van de AWBZ zal naar verwachting door de zorgverzekeraars worden overgenomen van de huidige zorgkantoren. Zorgverzekeraars zullen de AWBZ dan direct voor de eigen verzekerden uitvoeren, hetgeen voor patiënten tot nog maar één loket op het gebied van (medische) zorg moet leiden. Ook zal het tot doelmatigheidsprikkels moeten leiden, omdat de zorgverzekeraars de AWBZ-instellingen zullen controleren op efficiency en kwaliteitsverbetering. Niet alleen voor AWBZ-zorg wil het kabinet Rutte-Verhagen meer doelmatigheidsprikkels invoeren, maar ook voor de ziekenhuiszorg, farmaceutische zorg en geestelijke gezondheidszorg. Met als doel de kosten die evenredig oplopen beter te beheersen. Het verzekerd pakket zal stringenter worden beheerd, waardoor meer zorg met eigen bijdragen of via de aanvullende verzekeringen betaald zal

moeten worden. Bij de zorgverzekeraars zullen tegelijkertijd meer prikkels worden gelegd, door in verantwoord tempo de ex-post compensaties van de risicoverevening af te bouwen. Een randvoorwaarde voor goede marktwerking in de zorg is volgens het kabinet ook het afschaffen van de numerus fixus voor de opleiding geneeskunde. Om aan de vraag van een kwart meer artsen in 2025 tegemoet te

komen wordt de numerus fixus in 5 jaar afgeschaft.

In figuur 1 is samengevat weergegeven welke belangrijke doelstellingen en (financierings)prikkels het kabinet Rutte-Verhagen wil neerleggen bij partijen in de markt om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de kosten beter te beheersen. Hierna wordt per sector kort stilgestaan bij de genoemde doelstellingen en prikkels.

	Zorgverzekeraars		Gemeenten
	Zvw ▪ Afschaffen ex-post compensaties	AWBZ ▪ uitvoering door zorgverzekeraars	
Eerstelijnszorg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Versterking zorg dichtbij huis ▪ Taakherschikking en substitutie van 2^e lijnszorg ▪ Stimulatie van ketenzorg 		
Ziekenhuiszorg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uitbreiding van de vrije prijsvorming ▪ Invoering van uniforme productdefinities (DOT) ▪ Prestatiebeposting en afschaffing FB ▪ Kwalitatief betere topzorg ▪ Toestaan winstuitkering in de zorg 		
Geneesmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preferentiebeleid wordt voortgezet ▪ Jaarlijkse herberekening GVS of nieuw systeem ▪ Dure geneesmiddelen voorgeschreven door specialisten onderbrengen bij ziekenhuisbudget 		
Geestelijke gezondheidszorg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Versterking 1^e lijn ggz ▪ Grotere doelmatigheid ▪ Invoering prestatiebeposting 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Overheveling alle taken op het gebied van jeugdzorg naar gemeenten, waaronder jeugd-ggz
AWBZ-zorg		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbetering (kwaliteit) ouderenzorg ▪ Omschakeling naar uitkomstfinanciering ▪ Scheiden van wonen en zorg ▪ Wettelijke verankering PGB 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Overheveling functies dagbesteding en begeleiding naar de Wet maatschappelijke ondersteuning

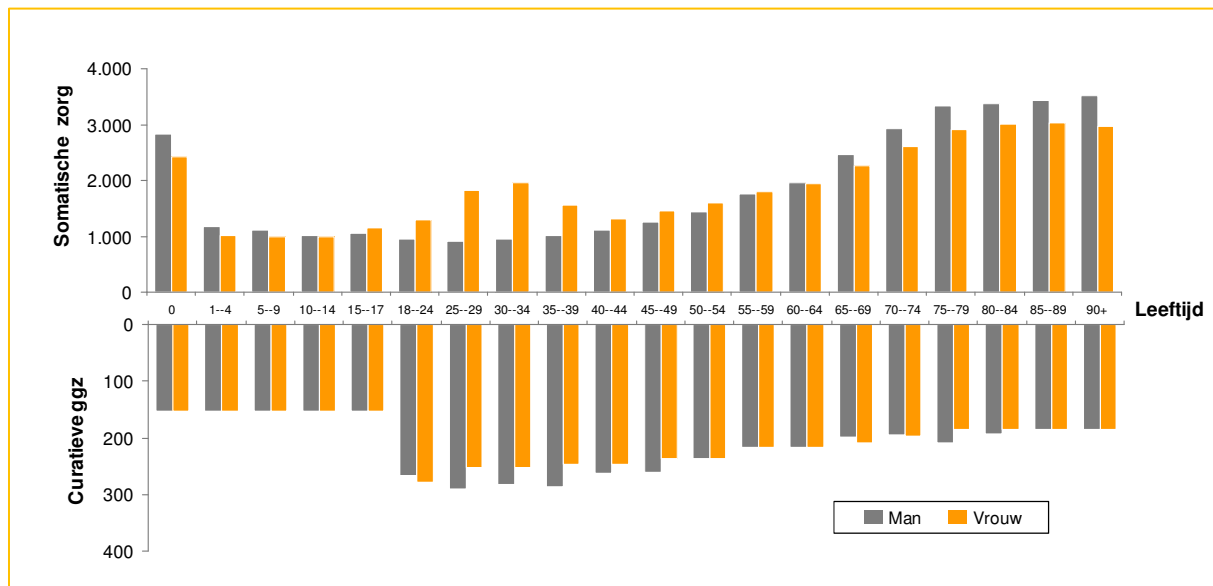
Figuur 1: Doelstellingen en (financierings)prikkels van kabinet Rutte-Verhagen

Afbouw ex-post correcties van risico- verevening stimuleert zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars worden vanuit overheidsbeleid in toenemende mate gestimuleerd om te investeren in de zorg voor die doelgroepen die verantwoordelijk zijn voor een groot deel van de zorgkosten. Het aantal ex-post (achteraf) correcties in de risicoverevening wordt geleidelijk verminderd, waardoor zorgverzekeraars in toenemende mate financieel risico lopen over de daadwerkelijk gerealiseerde zorgkosten. Risicoverevening houdt in dat zorgverzekeraars financieel worden gecompenseerd voor verzekerden met een ongunstig risicoprofiel (met name ouderen en chronisch zieken) om hiermee risicoselectie tegen te gaan. Alle zorgverzekeraars krijgen uit het Zorgverzekeringsfonds een financiële bijdrage, die de vereveningsbijdrage wordt genoemd. De hoogte van deze bijdrage is afhankelijk van de samenstelling van hun verzekerdenpopulatie en wordt voor de somatische zorg op basis van andere parameters, met andere bedragen

berekend, dan de curatieve geestelijke gezondheidszorg. Dit in verband met onder andere de verschillende schade-curven. De somatische zorg kent een piek in kosten bij oudere verzekerden, terwijl van de curatieve ggz het meest gebruik wordt gemaakt in 'het spitsuur van het leven', ofwel door volwassenen tussen de 24 - 50 jaar. Deze verschillen in bijdragen naar leeftijdsklassen -gesplitst naar het verdeelmodel somatische zorg en curatieve ggz- zijn weergegeven in figuur 2.

Behalve voor leeftijd en geslacht wordt de vereveningsbijdrage voor somatische zorg verder berekend op basis van nog 5 andere kenmerken van de verzekerden, namelijk: Farmacie kostengroepen (FKG's), Diagnose kostengroepen (DKG's), aard van inkomen, sociaal economische status en regio. De FKG's vormen een indicator voor de aanwezigheid van chronische aandoeningen en worden afgeleid uit specifieke soorten medicijnen die verzekerden in het voorgaande jaar (t-1) meer dan 180 dagen hebben voorgeschreven gekregen. De DKG's worden afgeleid van (klinische)



Figuur 2: Gewichten ex-ante berekening voor het criterium leeftijd en geslacht in euro's per verzekerde in 2010 (Bron: Staatscourant; analyse BS Health Consultancy)

DBC's en vormen ook een indicatie voor het chronisch gebruik van zorg.

Omdat de risicoverevening nog niet optimaal werkt, zijn er nog diverse ex-post compensatiemechanismen zoals de hoge kosten compensatie (HKC), de nacalculatie en de bandbreedte regeling. Met de ex-post compensatiemechanismen worden de zorgverzekeraars na afloop van het jaar deels gecompenseerd voor de gerealiseerde zorgkosten. Deze ex-post

compensatiemechanismen worden langzamerhand afgebouwd. Op dit moment hebben de ex-post compensatiemechanismen vooral nog betrekking op de ziekenhuiskosten en de kosten voor de curatieve ggz. In het regeerakkoord van VVD en CDA is aangegeven, dat het kabinet de ex-post compensaties voor zorgverzekeraars in verantwoord tempo wil afschaffen. Deze afschaffing heeft met name grote invloed

op kleinere zorgverzekeraars. Mede aanleiding voor De Friesland Zorgverzekeraar te willen fuseren met Achmea. Evenals een aantal andere regionale zorgverzekeraars is De Friesland Zorgverzekeraar met relatief veel ouderen en chronisch zieken in de verzekerdenportefeuille kwetsbaar wanneer de ex-post verevening wordt afgeschaft. Grote zorgverzekeraars zijn hier minder gevoelig voor. Zij hebben door de schaalgrootte een betere spreiding van verzekerden en daarmee is bij hen in feite sprake van een intern vereveningssysteem.

Versterking en verbetering van eerstelijnszorg door nieuwe financieringswijze

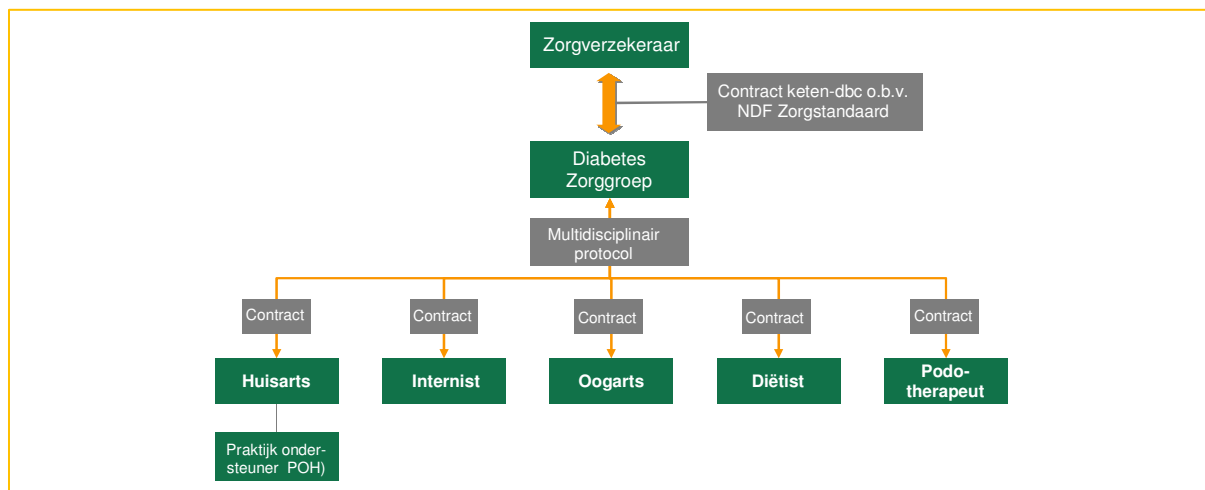
De eerstelijnszorg is in Nederland nog niet optimaal georganiseerd. Het beeld van de eerstelijnszorg is jarenlang geweest: lage organisatiegraad, weinig taakdelegatie, slechte samenwerking en onderlinge coördinatie, weinig aandacht voor substitutie van de tweede naar de eerste lijn en vaak weinig klantgericht

(bereikbaarheid, openingstijden). Door gewijzigde financieringsmethoden worden er prikkels gegeven om meer samen te werken, zoals met de 'financieringsmodule Samenwerking', 'module Modernisering en Innovatie', 'module Innovatie'. En sinds 2010 via integrale bekostiging door de invoering van de beleidsregel 'multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen'. Getracht wordt om de samenwerking te verbeteren door de zorg integraal rondom de vraag van de patiënt te organiseren.

Vanaf 1 januari 2010 is integrale bekostiging vooralsnog ingevoerd voor de chronisch aandoeningen diabetes mellitus type 2 en cardiovasculair risicomangement. Sinds 1 juli 2010 kunnen zorgaanbieders ook een integraal tarief declareren voor patiënten met COPD. Bij integrale bekostiging is er één hoofdcontractant, waarmee de andere zorgaanbieders (i.c. onderaannemers) in de keten contracten kunnen afsluiten en zo hun kosten kunnen declareren. De hoofdcontractant, veelal een zorggroep bestaande uit huisartsen, sluit met

zorgverzekeraars contracten om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren (zie figuur 3). Met als doelstelling de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het product van een zorggroep is een zorgprogramma, gebaseerd op een zogenoemde 'zorgstandaard'. Zorgstandaarden zijn normen die aangeven waar goede zorg voor een specifieke aandoening aan moet voldoen, gezien vanuit het patiëntenperspectief. In de afgesproken zo te noemen 'keten-DBC' of 'integraal tarief' voor een behandeling van een ziekte (bijvoorbeeld

diabetes) zijn de kosten opgenomen voor de betrokken zorgaanbieders, zoals huisartsen, praktijkondersteuners, diëtist en andere professionals. Ook kosten voor de organisatie, samenwerking en de (ICT-) infrastructuur zijn in het tarief verdisconteerd. Feitelijk is er nog geen sprake van een integrale prijs, omdat onder andere de farmaceutische zorg, diagnostiek en hulpmiddelen nog niet in het integrale tarief zijn opgenomen. Wel heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) begin 2010 in een advies aangegeven, dat de diagnostiek en farmaceutische zorg (exclusief de kosten van geneesmiddelen)



Figuur 3: Keten-DBC Diabetes op hoofdlijnen (Bron: RIVM; analyse BS Health Consultancy)

op korte termijn kunnen worden opgenomen in de integrale bekostiging. Geadviseerd wordt om de kosten van geneesmiddelen niet op te nemen in de integrale bekostiging, maar als zogenoemde 'add-on' daarbuiten te houden. Opgemerkt wordt dat zorgverzekeraar CZ al in pilots experimenteert met de opname van farmaceutische zorg in de integrale bekostiging.

De NZa heeft geadviseerd om naast diabetes, cardiovasculair risicomanagement en COPD ook integrale bekostiging voor de aandoening hartfalen in te voeren, zodra de zorgstandaard hiervoor is vastgesteld. Andere chronische aandoeningen die mogelijk in de toekomst in aanmerking kunnen komen voor integrale bekostiging van ketenzorg zijn onder andere artrose, astma, CVA, dementie, depressie en obesitas. Of voor deze aandoeningen daadwerkelijk integrale bekostiging wordt ingevoerd, zal grotendeels afhankelijk zijn van de resultaten van de lopende experimenten

aangaande integrale bekostiging. De zorgverzekeraars kijken verschillend aan tegen integrale bekostiging en de beoogde resultaten ervan. Zo is zorgverzekeraar CZ een duidelijke voorstander van integrale bekostiging en is zij van mening dat dit leidt tot verbetering van de kwaliteit van zorg met nauwelijks extra kosten. Zorgverzekeraar Achmea is daarentegen minder enthousiast over integrale bekostiging, omdat het naar verwachting tot extra kosten leidt en te bureaucratisch zou zijn. Eind 2011 brengt de NZa een rapport uit over de effecten van de introductie van integrale bekostiging ten aanzien van de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.

PRIKKELS ZORGVERZEKERAARS EN EERSTE LIJN

- Afbouw ex-post correcties risicoverevening stimuleert investeren in zorg voor ouderen en chronisch zieken
- Financiële prikkels 1^e lijn om samenwerking te verbeteren door zorg integraal rondom de patiënt te organiseren
- Meningsverschillen bestaan over effectiviteit integrale bekostiging

Verbetering van onderhandelingen ziekenhuiszorg met prestatiebekostiging en DOT

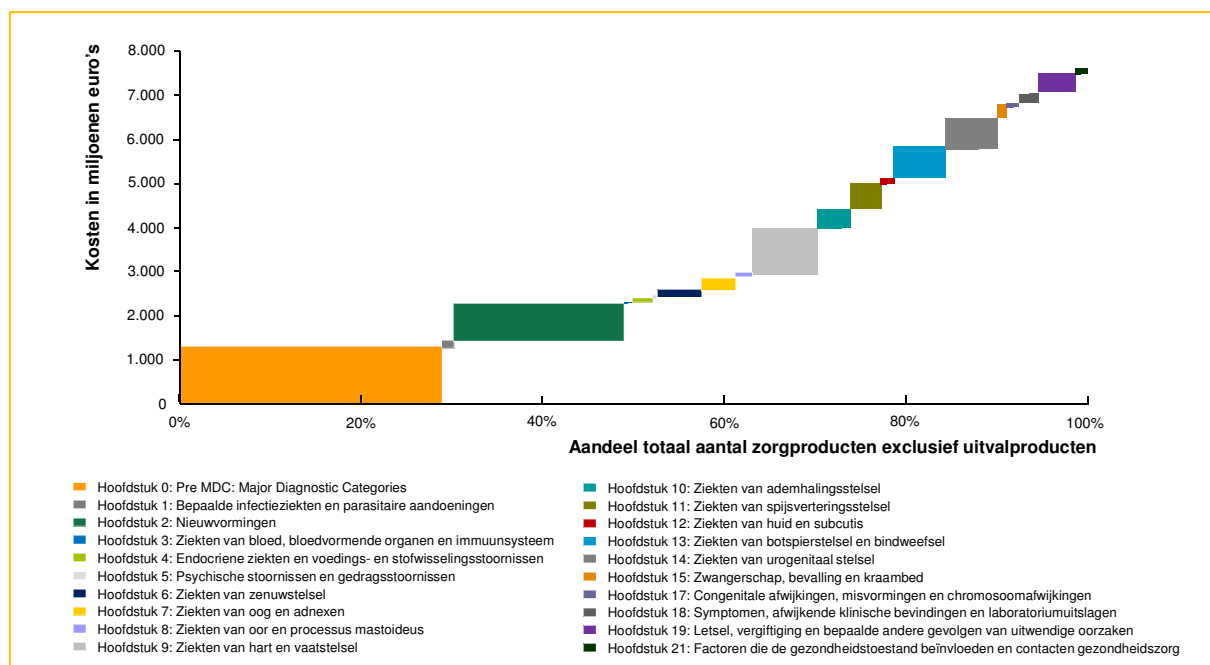
Het kabinet Rutte-Verhagen wil het voorgenomen besluit van kabinet Balkenende IV handhaven en de ziekenhuisbekostiging wijzigen van budgetfinanciering naar prestatiebekostiging. Ingeval van prestatiebekostiging van de ziekenhuiszorg zullen drie segmenten worden onderscheiden: het vrije segment, het gereguleerde segment en het vaste segment. In het vrije segment gaan zorgverzekeraars en ziekenhuizen vrij onderhandelen over de kwaliteit, prijs en volume van de zorg. De zorg waarover vrij onderhandeld wordt is planbaar (electieve zorg) en wordt geleverd door een groot aantal zorgaanbieders, waaronder zelfstandige behandelcentra (ZBC's). Het vrije segment is te vergelijken met het huidige B-segment van ziekenhuiszorg. Deze concurrentiële zorg omvat nu nog een derde van de ziekenhuiszorg, maar zal naar verwachting worden uitgebreid naar circa 50%. In het gereguleerde segment wordt ook vrij onderhandeld, maar dan

onder maximale tarieven. Deze zorg voldoet (nog) niet aan de (NZa-)criteria om vrij te onderhandelen. In dit segment zit zorg die wellicht op termijn overgaat naar het vrije segment. Voorts omvat dit segment ook de zorg die valt onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WMBV). Ook dure geneesmiddelen en intensive care zorg zullen onderdeel uitmaken van dit segment. Het gereguleerde segment zal ongeveer 40% van de ziekenhuiszorg bedragen. Het vaste segment omvat het deel van de ziekenhuiszorg dat niet geschikt is om over te onderhandelen en zal ongeveer de resterende 10% van de ziekenhuiszorg bedragen. Het gaat om zorg die veel investeringen vraagt en een grote fluctuatie van patiënten kent. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan donoruitname-teams, Spoed Eisende Hulp (SEH), traumahelikopters en brandwondenzorg. Naar verwachting zal tegelijkertijd met de overstap op prestatiebekostiging DOT (DBC's op weg naar transparantie) worden ingevoerd. De invoering van DOT is momenteel voorzien per 1 januari 2012.

De eerdere beoogde ambitieuze ingangsdata van de nieuwe productstructuur (in eerste instantie zelfs 2009) zijn niet gehaald. De huidige ruim 30.000 DBC's worden met de DOT omgezet in circa 3.600 medisch herkenbare (geclusterde) zorgproducten. De zorgproducten zijn specialisme-overstijgend waardoor niet elk specialisme meer zijn eigen DBC's heeft, maar specialismen die dezelfde zorg leveren ook dezelfde zorgproducten declareren. De zorgproducten worden geclusterd in zogenoemde zorgproductgroepen, op basis van aandoening, gebaseerd op de International Classification of Diseases (ICD10). In figuur 4 is de hoofdstukindeling van de nieuwe productstructuur weergegeven, gesplitst naar aantal zorgproducten (exclusief uitval) en de kosten. Wat hierin opvalt is dat de zorgproductgroep 'Nieuwvormingen' de meeste zorgproducten kent en dat relatief de meeste kosten worden gemaakt bij 'Ziekte van het hart en vaatstelsel'.

Behalve dat DOT tot een overzichtelijker aantal zorgproducten moet leiden,

betekent de invoering van DOT ook minder sturingsmogelijkheden en meer consistentie. In de DOT-structuur is de ingevoerde diagnose leidend. Als de geregistreerde zorgactiviteiten, bijvoorbeeld diagnostiek, een operatie, ligdagen, aansluiten bij de diagnose, dan leidt de zogenoemde 'grouper' een declarabel DBC-zorgproduct af. De 'grouper' is een landelijk beschikbare webservice die uit de aangeleverde dataset van een ziekenhuis het juiste zorgproduct afleidt en dit zorgproduct terugstuurt naar het ziekenhuis. Welke vervolgens als basis dient voor de declaratie aan de zorgverzekeraar. Indien de zorgactiviteiten niet aansluiten bij de diagnose dan wordt een 'uitvalproduct' afgeleid. De zorgproducten worden niet langer meer door de medisch specialist geregistreerd (en vervolgens gevalideerd). De genoemde verbeteringen als gevolg van de invoering van DOT zullen naar verwachting moeten leiden tot meer transparantie in de geleverde zorg en vertrouwen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen, en bovenal effectievere onderhandelingen.



Figuur 4: Hoofdstukindeling DOT, per hoofdstuk afgezet tegen het aantal zorgproducten en kosten (Bron: DBC Onderhoud; analyse BS Health Consultancy)

Het kabinet Rutte-Verhagen is voornemens gereguleerde winstuitkering in de zorg in te voeren. Hiermee kan geld uit de private markt voor de zorgsector aangetrokken worden ten behoeve van het realiseren van zorginnovaties, kwaliteitsverbeteringen, betere patiëntlogistiek en dienstverlening. Als voorwaarden die worden gesteld aan de mogelijke winstuitkeringen worden onder

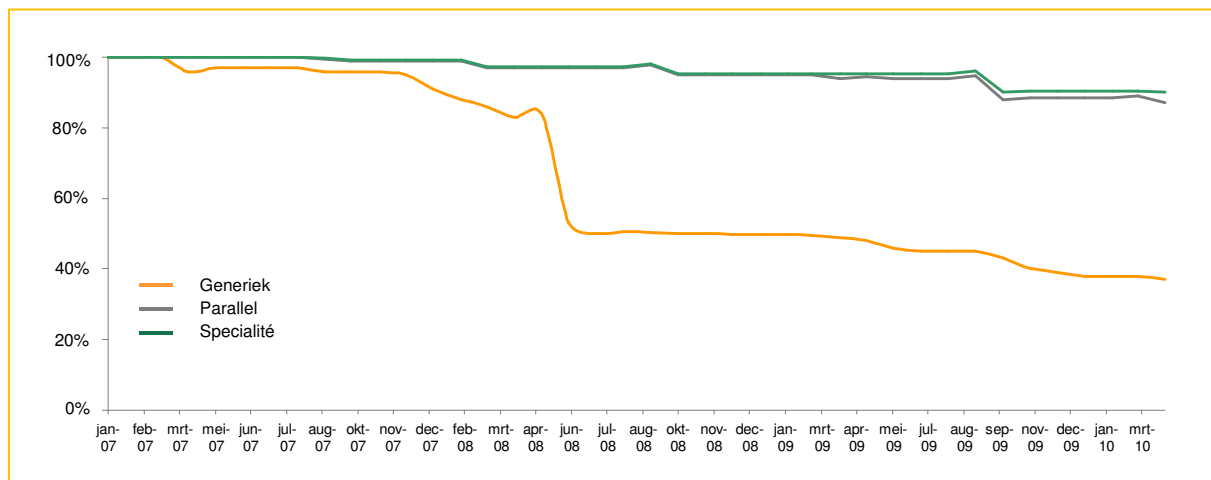
meer genoemd: een termijn van tenminste drie jaar moet zijn verstreken na het moment van investeren, een positieve beoordeling door een onafhankelijke toezichthouder moet zijn gegeven op vooraf gestelde minimumkwaliteits-eisen en een positieve beoordeling van de financiële buffers. Tot slot zal er ook een ziekenhuiskader komen. Zelfstandige behandelcentra zullen gedurende de

overgangsfase ook onder dit ziekenhuisregime worden gebracht teneinde 'cherry picking' te voorkomen.

Sturing op doelmatigheid en meer vrijheden in de financiering van geneesmiddelen

In de afgelopen jaren zijn relatief veel zorgkosten bespaard op het extramurale farmaciebudget. Mede als gevolg van de afspraken vanaf 2004 in de geneesmiddelenconvenanten, maar bovenal als gevolg van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid. Als gevolg van

het individuele preferentiebeleid van zorgverzekeraars zijn de prijzen van generieke geneesmiddelen - in vergelijking met het prijsniveau eind 2007- per 1 juni 2008 in één klap gehalveerd (zie figuur 5). In 2009 zette deze daling verder door en daalde het prijsniveau nog eens met bijna 9%. Deze daling kan vooral worden toegeschreven aan de verdere uitbreiding van het individuele preferentiebeleid van zorgverzekeraars. In het regeerakkoord staat aangegeven dat het preferentiebeleid zal worden voortgezet om de geneesmiddelenprijzen onder controle te houden.



Figuur 5: Prijsontwikkeling receptgeneesmiddelen per inkoopkanaal (januari 2007 = 100) (Bron: SFK; analyse BS Health Consultancy)

In het regeerakkoord wordt gesproken over de keuze voor een nieuw systeem waarmee geneesmiddelenprijzen worden berekend. De mogelijkheid is ook dat gekozen wordt voor het handhaven van het huidige geneesmiddelenvergoedings-systeem (GVS), maar dan wel met een jaarlijkse herberekening. Het selectief loslaten van de positieve vergoedingslijst (GVS) en de overgang naar een situatie met een meer algemeen omschreven aanspraak op farmaceutische zorg, zoals aangegeven in de langetermijnvisie geneesmiddelenvoorziening, vraagt oude zekerheden los te laten, maar biedt tegelijkertijd nieuwe mogelijkheden. Gecombineerd met een voorwaardelijke toelating in het pakket van nieuwe geneesmiddelen. Dit kan snelle toegang voor de patiënt betekenen, maar ook voorwaarden voor fabrikanten over bijvoorbeeld het delen van financiële risico's (risk sharing) of het uitvoeren van vervolgonderzoek. In de toekomst zal het belang van richtlijnen en zorgstandaarden verder toenemen wanneer de aanspraak op farmaceutische zorg meer functioneel

wordt omschreven en de stand van de wetenschap en praktijk de basis vormt voor de aanspraak op farmacie. Op het gebied van extramurale farmacie is in het regeerakkoord ook de ambitie geformuleerd tot een nieuw vergoedingensysteem te komen voor apothekers waarbij er per geleverde dienst een tarief wordt vastgesteld en de bonussen verdwijnen. Dit sluit aan bij de 14 door de NZa opgestelde prestatiebeschrijvingen 'farmaceutische zorg', elk met een aantal bijhorende activiteiten. De prestatiebeschrijvingen zullen de gezamenlijke taal gaan vormen voor de zorgverzekeraars en apothekers als basis voor vrije onderhandelingen, en dan niet alleen op prijs, maar ook op basis van kwaliteit en toegevoegde waarde.

Met de invoering van prestatiebekostiging zal het ziekenhuisbudget niet langer meer bestaan waaruit de huidige 20% van de kosten van intramurale dure geneesmiddelen worden bekostigd. Naar verwachting zal – conform het NZa-advies – gekozen worden voor een zogenoemde 'add-on systematiek' waarbij de dure

geneesmiddelen worden vergoed op basis van 100% van de landelijke netto-inkoopprijs per stof in het jaar T-1. In de praktijk zal een doelmatig gebruik van dure geneesmiddelen vooral worden bevorderd wanneer het zorgverzekeraars lukt om met het ziekenhuis een lagere prijs dan het maximumtarief voor het dure geneesmiddel te bedingen. Hiervoor is het wel noodzakelijk in de risicoverevening prikkels in te bouwen voor zorgverzekeraars. De financiering van dure geneesmiddelen zou in de toekomst ook een stap verder kunnen gaan dan de NZa geadviseerde 'add-on systematiek'. Dit gelet op de opvatting van de nieuwe Minister van VWS, mevrouw Schippers. Zij heeft mede in de door haar opgestelde visie op de toekomst van de gezondheidszorg "Dichtbij betere Zorg", expliciet aangegeven dat dure geneesmiddelen zo snel mogelijk moeten worden opgenomen in een DBC.

Een andere ontwikkeling op het gebied van dure geneesmiddelen is de afbakening tussen intra- en extramurale farmaceutische zorg. Het voorstel is om bepaalde

dure geneesmiddelen die door medisch specialisten worden voorgeschreven en die nu onder de extramurale farmaceutische zorg (GVS) vallen, onder de geneeskundige zorg te brengen. Per 1 juli 2011 is het voornemen de TNF-alfaremmers over te hevelen naar het ziekenhuisbudget. In een later stadium wordt mogelijk dezelfde werkwijze toegepast bij ook andere in dit verband relevante in het GVS opgenomen groepen medisch-specialistische geneesmiddelen. Het is de verwachting dat ziekenhuizen met de overheveling afspraken gaan maken met externe zorgverleners en farmaceutische organisaties die de toediening (extramuraal) verzorgen voor het ziekenhuis.

PRIKKELS ZIEKENHUIS- EN FARMACEUTISCHE ZORG

- Ingeslagen weg prestatiebekostiging ziekenhuizen wordt voortgezet
- DOT betekent een overzichtelijker aantal zorgproducten en meer consistentie
- Vrijheden financiering extramurale geneesmiddelen biedt mogelijkheden, maar vraagt oude zekerheden los te laten
- Voornemen om dure medisch-specialistische (GVS) geneesmiddelen over te hevelen naar ziekenhuisbudget

Ggz-sector wordt geconfronteerd met veranderingen en onzekerheden

Kortdurende (tot een jaar) curatieve ggz, die gericht is op het herstel dan wel het stabiliseren van een psychische stoornis bij patiënten, valt sinds 1 januari 2008 onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het geldt niet langer als een aanspraak volgens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Als gevolg van de overheveling kopen zorgverzekeraars de kortdurende curatieve ggz voortaan in en vindt contractering niet langer meer vanuit de zorgkantoren plaats. In 2009 bedroegen de ggz-kosten die worden gedekt onder de Zvw ongeveer € 3,6 miljard. Op dit moment vindt de inkoop van de kortdurende curatieve ggz nog plaats volgens het representatiemodel. Het representatiemodel houdt in dat de door de representerende zorgverzekeraars gesloten contracten met zorgaanbieders op non-concurrentiële deelmarkten, alsmede de overeengekomen tarieven en aanverwante afspraken, onverkort gelden voor alle zorgverzekeraars. Aanvankelijk zou het representatiemodel vanaf 2011

vervallen, maar door de val van kabinet Balkenende IV vindt geen doorvoering van de prestatiebekostiging en invoering van een verdergaande marktwerking in de ggz per 2011 plaats en wordt dientengevolge het representatiemodel nog behouden. Ook wordt voorlopig verder gegaan met de bekostiging op basis van de oude NZa parameters en de financiering op basis van DBC's met vaste DBC tarieven (met een door de NZa vast te stellen verrekenfactor). Uitzondering op deze systematiek vormen de ggz-aanbieders die sinds 2008 zijn toegetreden en de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten. Hun bekostiging vindt geheel plaats op basis van DBC's met maximumprijzen, dus zonder vangnet. De huidige bekostiging van de traditionele ggz-instellingen op basis van budgetparameters stimuleert zorgverzekeraars nog onvoldoende om met veel nieuwe ggz-aanbieders contracten te sluiten. Wanneer prestatiebekostiging in de curatieve ggz wordt ingevoerd zal dit naar verwachting wel een stimulans zijn voor

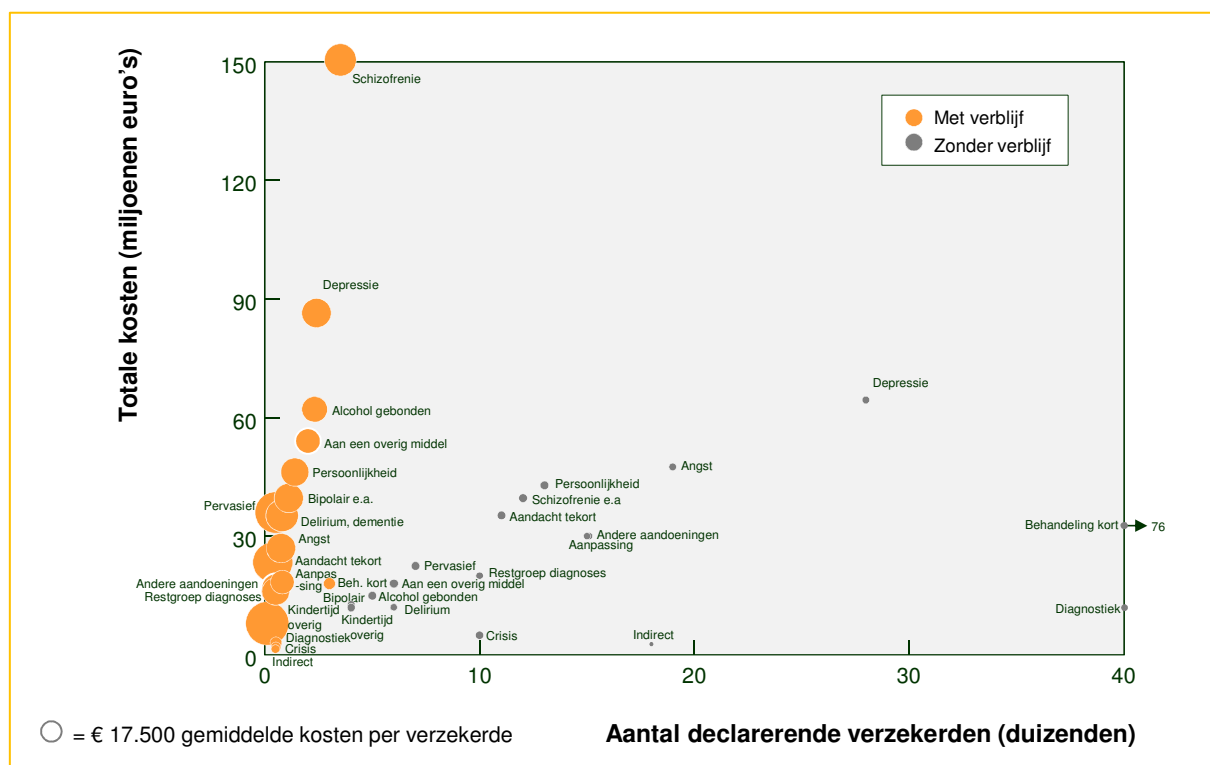
zorgverzekeraars om meer nieuwe ggz-aanbieders te contracteren. Hiermee zullen traditionele ggz-instellingen geprikkeld worden efficiënter te gaan werken. Passend in het streven naar een grotere doelmatigheid in de ggz-sector, ook als ambitie verwoord in het regeerakkoord.

Als gezegd is de overgang naar de DBC-bekostiging in de ggz door de val van kabinet Balkende IV niet doorgevoerd. In december 2010 hebben veldpartijen met het ministerie van VWS afgesproken om de dubbele registratie vanaf 2012 op te heffen. Het ministerie van VWS heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) opdracht gegeven om eind eerste kwartaal 2011 een plan te hebben hoe dit kan worden gerealiseerd. Wanneer de NZa het akkoord van GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland van voorjaar 2010 als uitgangspunt neemt, zal de budgetgarantie worden overgeheveld naar de dbc-systematiek en stapsgewijs in enkele jaren worden afgeschaft.

Wanneer de ggz overstapt op prestatiebekostiging is het de wens een stabiele productstructuur te hebben. De NZa heeft in haar consultatiedocument in oktober 2010 aangegeven dat de huidige productstructuur van DBC's nog te grofmazig is en dat er te veel variatie is tussen de patiënten die eronder vallen. In de DBC-systematiek wordt een relatie gelegd tussen de diagnose van een patiënt en de bijbehorende kosten van de behandeling. Er is een productstructuur vastgesteld met daarin voor de langdurige behandelgroepen 14 verschillende hoofdgroepen. Elke hoofdgroep wordt gekenmerkt door een diagnose. Zoals in figuur 6 weergegeven zijn de hoofdgroepen 'schizofrenie' en 'depressie' verantwoordelijk voor een groot deel van de zorgkosten. De bijzondere- en kortdurende behandelgroepen hebben geen onderverdeling naar diagnose hoofdgroepen wegens privacy-beperkingen, zoals deze zijn opgelegd door het College bescherming persoonsgegevens (Cbp). De NZa stelt voor in 2012 te gaan werken met de

zogenoemde 'DBC-matrix'. Daarin dient de DBC voor verantwoording en onderhandeling met zorgverzekeraars, terwijl de verrichte activiteiten de basis vormen voor de maandelijkse declaratie. Ggz-instellingen houden per DBC hun verrichtingen bij, bijvoorbeeld onderzoek

en therapieën. De DBC-matrix kan niet in het gehele veld op draagvlak rekenen. GGZ Nederland schat in dat het jaren aan tijd en veel geld zal kosten om de nieuwe systematiek te ontwikkelen tot een niveau waarop deze geïmplementeerd kan worden.



Figuur 6: Uitsplitsing kosten en aantal declarerende verzekerden naar productgroepen 2008 (Bron: ZN; analyse BS Health Consultancy)

De komende jaren zal voor de ggz worden ingezet op een goed functionerende eerste lijn. In het regeerakkoord staat aangegeven dat goede ggz-ketenzorg in de eerste lijn wordt bevorderd en dat een deel van de tweede lijns-ggz dient te worden uitgevoerd in de eerste lijn, door onder andere praktijkondersteuners ggz.

Verbetering AWBZ-zorg met veranderingen in de aansturing en financieringswijze

De verbetering van de ouderenzorg is een speerpunt van beleid de komende jaren. Met veranderingen in de aansturing en financieringswijze van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wil het kabinet de kwaliteit van de AWBZ-zorg en klantgerichtheid verbeteren en de kosten beter beheersen.

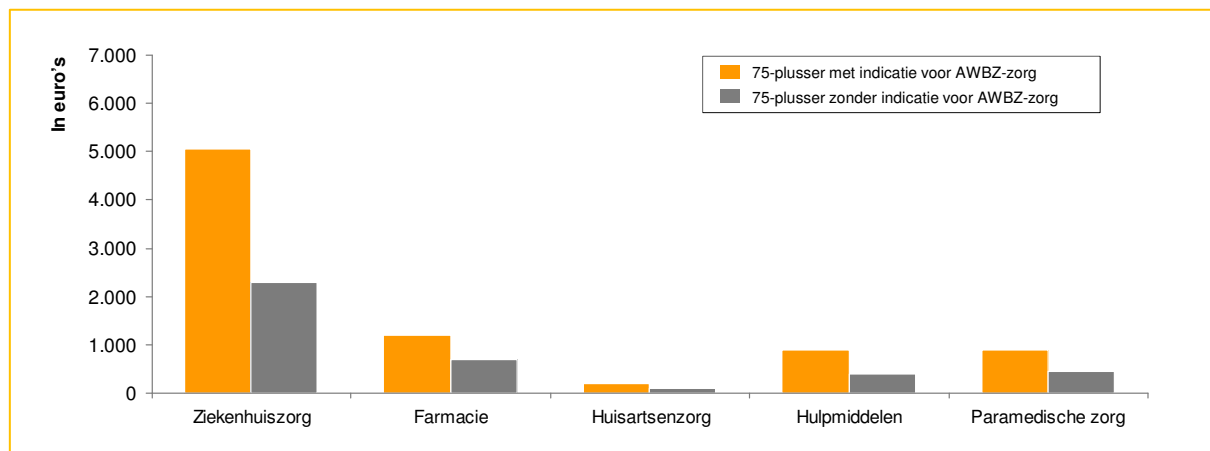
In het regeerakkoord staat aangegeven dat zorgverzekeraars de volksverzekering voor langdurige zorg, de AWBZ, voor eigen verzekerden gaan uitvoeren. De verwachting is dat wanneer de zorgverzekeraars

de AWBZ voor de eigen verzekerden gaan uitvoeren meer toegevoegde waarde en maatwerk kan worden geboden aan patiënten die langdurig behoefte hebben aan zorg en ondersteuning, dan met de huidige constructie van 32 regionale zorgkantoren. De overheveling van de taken van de zorgkantoren naar de zorgverzekeraars dient voor de patiënten tot één loket op het gebied van (medische) zorg te leiden en ook tot een verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van AWBZ-zorg. De kwaliteit en prijs zullen transparanter (kunnen) worden. De overheveling van taken vraagt van zorgverzekeraars en zorgaanbieders een ontwikkeling in denken en handelswijze, van het verstrekken en ontvangen van een vast budget naar het daadwerkelijk onderhandelen over kwaliteit, volume en prijs.

De toekomst van de AWBZ stond al langer ter discussie in de politiek vanwege jarenlange onvrede over het functioneren van de AWBZ en twijfels over de houdbaarheid op lange termijn, mede in verband met de vergrijzing van de

Nederlandse bevolking. Veelgenoemde problemen zijn de zeer globaal omschreven aanspraken op zorg, de weinig eenduidige indicatiestelling, de inconsistente bekostigingssystematiek en de risicoloze uitvoering door de zorgkantoren. Met de overheveling zullen de zorgverzekeraars niet direct risico gaan lopen, maar het perspectief is wel dat de zorgverzekeraars (delen van) de AWBZ financieel risicodragend gaan uitvoeren. Randvoorwaarde hiervoor is evenwel een eenduidige en specifieke omschrijving van de aanspraken. Tevens zal een goed functionerende risicoverevening voor de AWBZ-zorg moeten worden ontwikkeld met adequate prikkels die zorgverzekeraars stimuleren om AWBZ-zorggebruikers aan te trekken met goede en patiëntgerichte AWBZ-zorg. Verzekerden krijgen meer keuzevrijheid wanneer de zorgverzekeraars zelf voor eigen verzekerden de AWBZ gaan uitvoeren, omdat zij niet langer zijn aangewezen op het ene zorgkantoor in hun regio. Zoals in figuur 7 weergegeven zijn patiënten die zorg uit de AWBZ gebruiken

over het algemeen ook 'dure' verzekerden in het kader van de Zvw. Verzekerden van 75 jaar en ouder blijken zonder AWBZ-indicatie gemiddeld jaarlijks circa € 3.500 aan zorgkosten te hebben die vallen onder de Zvw. Voor verzekerden ouder dan 75 jaar met een AWBZ-indicatie zijn de gemiddelde kosten die worden vergoed uit de Zvw ongeveer € 8.000. Deze cijfers bevestigen niet alleen de behoefte aan betere zorgketens met meer zorginhoudelijke samenhang tussen de cure en care, waarbinnen bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige een belangrijke rol kan spelen. Maar ook geven deze cijfers de noodzaak aan van een goed functionerende risico-verevening. In de (tijdelijke) situatie waarin zorgverzekeraars nog geen financieel risico lopen over de AWBZ-zorg blijft de zorg op het grensvlak van Zvw en AWBZ een aandachtspunt. Immers, zorgverzekeraars hebben een financiële stimulans om, waar mogelijk, zorg die zich op het grensvlak van Zvw en AWBZ bevindt, af te wentelen op de AWBZ.



Figuur 7: Kosten per verstrekking vergoed uit de basisverzekering (Zvw) voor personen boven de 75 jaar met en zonder AWBZ-zorg in 2008 (Bron: Vektis; analyse BS Health Consultancy)

Behalve de overheveling van taken van de zorgkantoren naar zorgverzekeraars worden in het regeerakkoord ook andere wijzigingen ten aanzien van het financieringssysteem van de AWBZ aangegeven. Zo heeft het kabinet Rutte-Verhagen de ambitie om de huidige wijze van financiering per behandeling te veranderen in financiering op resultaat en om over te gaan tot het scheiden van wonen en zorg. De functies ‘dagbesteding’ en ‘begeleiding’ worden overgeheveld van de AWBZ naar de Wet maatschappelijke

ondersteuning (Wmo). Het persoonsgebonden budget (PGB) wordt wettelijk verankerd, met in achtneming van bestaande financiële kaders. Het aantal mensen die ervoor kiest om zelf de AWBZ-zorg in te kopen via een PGB is de afgelopen jaren sterk toegenomen. De stijging was in 2010 zo sterk dat er zelfs een subsidiestop is ingevoerd. Ongeveer één op de tien gebruikers van AWBZ-zorg kiest op dit moment voor een PGB. De groep mensen die kiest voor een PGB en de groep mensen die kiest voor zorg in

natura verschilt van elkaar. Van de mensen die kiezen voor een PGB heeft een relatief groot deel een psychiatrische aandoening of een verstandelijke handicap. Het PGB biedt patiënten een grote keuzevrijheid om de zorg in te richten zoals zij dat willen.

Tot zover een weergave van de verwoorde ambities van de huidige regering.

Waarmee de speelruimte op de zorginkoopmarkt voor de zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn aangegeven. Vertrekpunt hierbij vormt de vraagzijde.

PRIKKELS GGZ en AWBZ-zorg

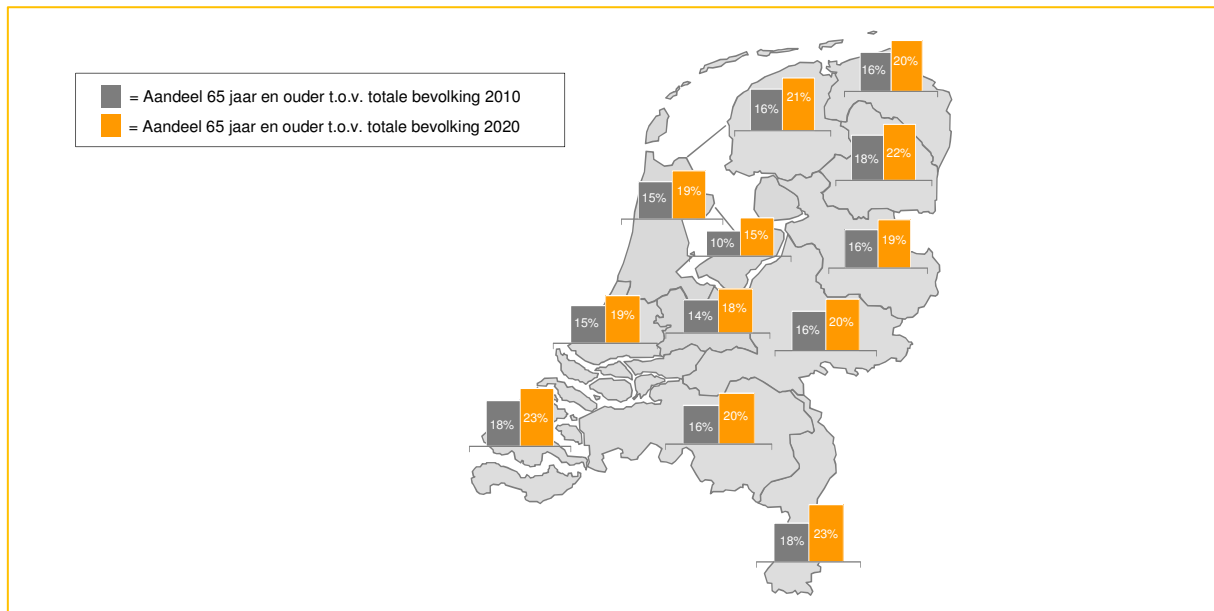
- Overstap ggz naar DBC-bekostiging
- Versterking 1^e lijn ggz
- Aansturing AWBZ van zorgkantoren naar zorgverzekeraars
- Verandering financiering AWBZ per behandeling naar financiering op resultaat

Vraagzijde

Gemiddelde leeftijd bevolking stijgt

Het aandeel van de groep personen met een leeftijd van 65 jaar en ouder bedraagt in Nederland circa 15% (2010). De prognose is dat dit aandeel zal gaan stijgen naar 20% in 2020. Mede veroorzaakt door de gestage groei van de levensverwachting. In 1970 was de gemiddelde levensverwachting voor mannen 70,8 jaar en voor vrouwen 76,5 jaar. In

2010 is deze verwachting met respectievelijk 7,5 jaar en 5,8 jaar gestegen tot 78,3 jaar voor mannen en 82,3 jaar voor vrouwen. Vooral buiten de Randstad is het aandeel Nederlanders van 65 jaar en ouder relatief hoog. Ook in 2020 zullen naar verwachting relatief veel ouderen wonen in de provincies Drenthe, Zeeland en Limburg, de zogenoemde krimpregio's (zie figuur 8).



Figuur 8: (Prognose) % Nederlanders van 65+ in 2010 en 2020 per provincie (Bron: CBS; analyse BS Health Consultancy)

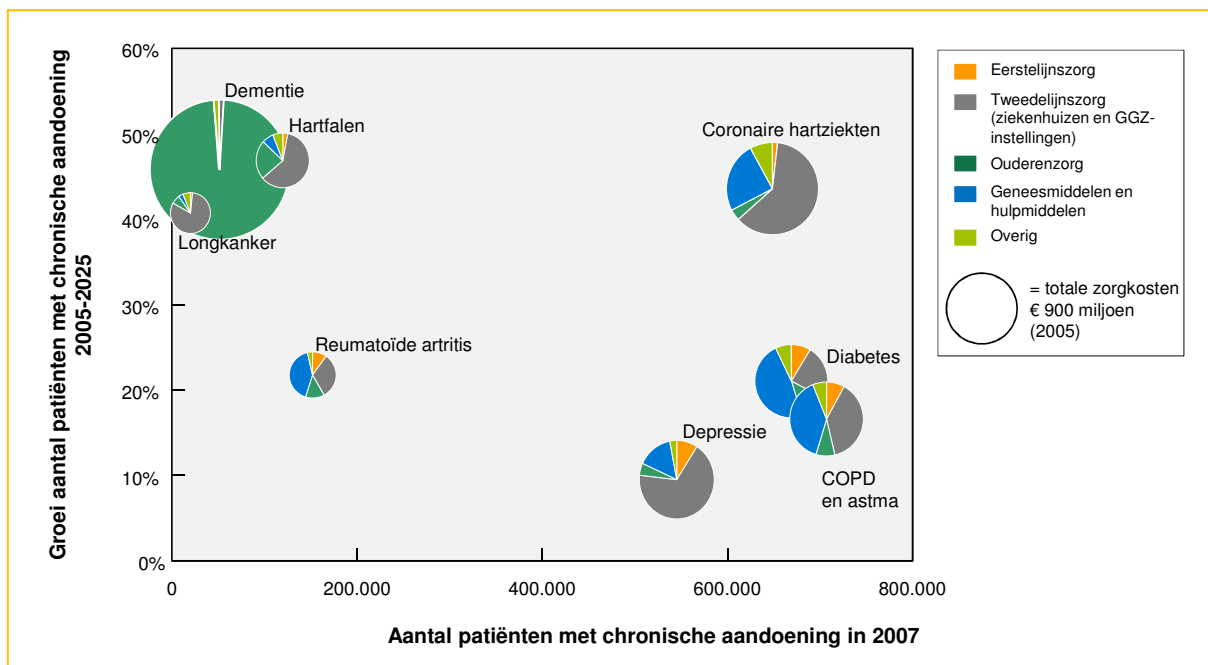
Toename patiënten met chronische aandoeningen

Mede als gevolg van de vergrijzing neemt het aantal mensen met chronische aandoeningen de komende jaren sterk toe. Dit komt doordat de prevalentie van veel chronische ziektes oploopt met de leeftijd. Tot 65 jaar heeft 14% van de Nederlandse bevolking een chronische aandoening. Boven de 65 is dat 57% en boven de 90 is het zelfs 85%.

De verwachting is dat het aantal mensen met coronaire hartziekten tussen 2005 en 2025 met meer dan 40% toeneemt (zie figuur 9). Dergelijke hoge stijgingen worden ook verwacht voor het aantal mensen met dementie, longkanker of hartfalen. Het aantal patiënten met reumatoïde artritis neemt met ruim 20% toe. Zoals in figuur 9 is weergegeven neemt het aantal mensen met diabetes op basis van alleen demografische ontwikkelingen toe tot ruim 800.000 in 2025. Dit geldt ook voor het aantal

mensen met astma of COPD. Op basis van alleen demografische ontwikkelingen neemt het aantal mensen met een depressieve stoornis met 'slechts' 10% toe. Desalniettemin stelt de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), dat depressie in 2020 volksziekte nummer twee zal zijn (na hart- en vaatziekten).

Grofweg komt ongeveer 70% van de totale zorgkosten binnen de Zorgverzekeringswet voor rekening van mensen met een chronische aandoening (20% van de verzekerden). Dit is nog exclusief de eventuele AWBZ-kosten. Zoals in figuur 9 is weergegeven zijn de totale kosten van dementie relatief hoog, met meer dan € 3 miljard per jaar. Deze kosten vallen voor een groot deel onder de AWBZ. Tot slot zijn er ook nog kosten die door gemeenten (uitvoerder van de Wmo) worden gemaakt, zoals onder andere voor hulpmiddelen, deze kosten vallen in figuur 9 met enkele andere 'kleine' kostenposten samen onder de noemer 'overig'.



Figuur 9: (Groei) prevalentie en totale kosten (gesplitst naar sector) van sterk groeiende en veel voorkomende chronische aandoeningen (Bron: RIVM; analyse BS Health Consultancy)

Chronische ziektes en aandoeningen komen vaak tegelijk voor met andere (chronische) ziektes en aandoeningen. Dat geldt zeker op hogere leeftijd. Van de Nederlanders ouder dan 65 jaar heeft de helft 2 of meer chronische aandoeningen of ziektes. Bij de 75-plussers heeft nog maar een vijfde geen chronische aandoening. In deze leeftijdsgroep heeft bijna 25% te kampen met minstens 4

ziektes. Deze zogenaemde multimorbiditeit, ofwel het tegelijkertijd hebben van twee of meer stoornissen of aandoeningen bij een patiënt, maakt de zorg complex. Het op elkaar afstemmen van de verschillende behandelingen is derhalve wenselijk en noodzakelijk in het kader van kwaliteit van zorg en kostenbeheersing.

Behoeften van de doelgroepen chronisch zieken en ouderen

Uit vele onderzoeken blijkt dat ouderen en chronisch zieken behoefte hebben aan diseasemanagement en casemanagement. Gesprekken met vertegenwoordigers van de verschillende ouderenbonden bevestigen dit unaniem. Vooralsnog werken zorgverleners nog teveel vanuit hun eigen domein en bekijken daarmee slechts een deel van de problemen van de patiënt. Diseasemanagement is een programmatische aanpak waarbij de patiënt centraal staat en waarbij wordt voorzien in een zoveel mogelijke sluitende keten van vroegtijdige onderkenning, preventie, zelfmanagement en zorg (care cycle). Diseasemanagement is gericht op een bepaalde patiëntencategorie, bijvoorbeeld diabetespatiënten of patiënten met COPD.

Voor een deel van de patiënten met multimorbiditeit zal diseasemanagement voor afzonderlijk chronische ziekten plaats moeten maken voor casemanagement, vanwege de complexe zorgbehoefte.

Casemanagement biedt de mogelijkheid om de zorg 'op maat' te leveren, omdat de casemanager alle zorg en diensten rond een oudere of chronische patiënt goed op elkaar afstemt. Hierbij is een grote taak voor (gespecialiseerde) verpleegkundigen, praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen weggelegd op het gebied van de zorgcoördinatie, trajectbegeleiding en ondersteuning van de omgeving, zoals mantelzorgers.

Multidisciplinaire samenwerking geldt als het fundament van goede zorg. Uit onderzoek van de Algemene Rekenkamer blijkt dat bijna driekwart (71%) van de mensen met een chronische aandoening die met meer zorgverleners te maken hebben, de samenwerking en afstemming tussen deze zorgverleners over het algemeen als uitstekend (9%) of goed (62%) beoordeelt (2009). De overige 29% beoordeelt deze als matig (25%) of slecht (4%). In vergelijking met 2002 en 2005 zijn mensen met een chronische aandoening in 2009 niet significant meer tevreden geworden over de samenwerking en

afstemming tussen zorgverleners met wie zij te maken hebben.

Naast de introductie van ziekte specifieke ketenzorgprogramma's kan de samenwerking tussen de disciplines die bij de zorg betrokken zijn worden verbeterd door een infrastructuur te creëren die ontmoeting en samenwerking stimuleert. Het fysiek tegenkomen van hulpverleners in een goed gesitueerd en geoutilleerd gezondheids- of medisch eerstelijnscentrum, werkt in de praktijk als hefboom voor samenwerking. Specialisten in de tweede lijn dienen volgens patiënten- en ouderenverenigingen veel meer 'outreaching' (als consulent) naar huisartsen op te treden. Zo wordt in de ggz gewerkt aan een 'Doctor to doctor policy' waarbij psychiaters bij huisartsen langsgaan. Wanneer huisartsen hen beter kennen, zullen ze makkelijker hun advies inwinnen. Daarnaast wordt veel meer gewerkt met praktijkondersteuners voor diverse terreinen. In verzorgingshuizen wordt het ook steeds normaler dat de huisarts de verpleeghuisarts consulteert.

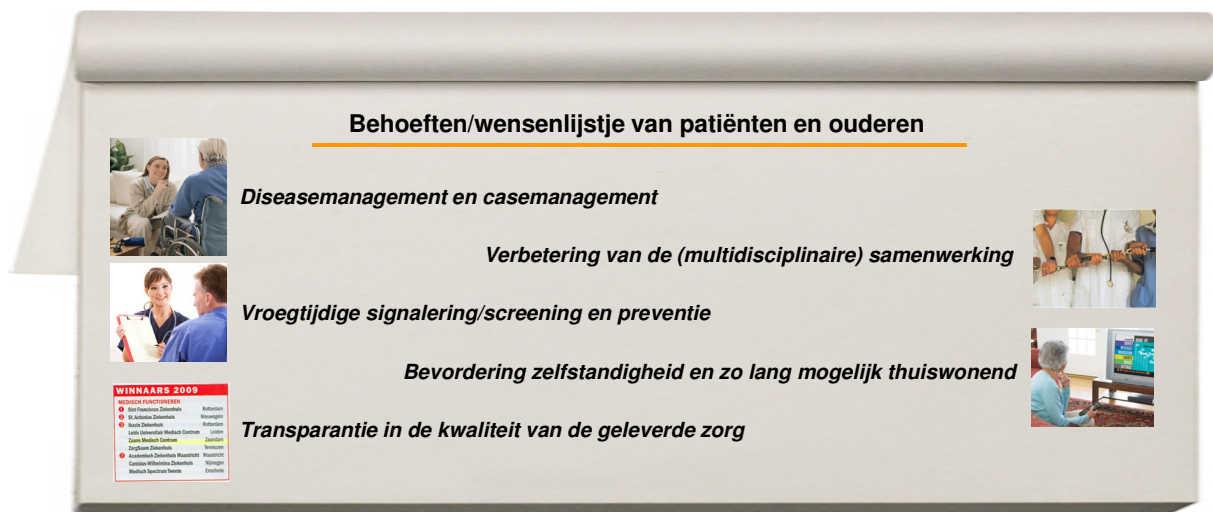
Patiënten- en ouderenverenigingen vragen de huisarts de regie te nemen over een proactief systeem van casefinding of vroegsignalering. Onder andere op het gebied van kwetsbaarheid en periodieke screening bijvoorbeeld ten aanzien van polyfarmacie. Ook met het beter opsporen en behandelen van hoge bloeddruk en verhoogd cholesterol is nog verdere gezondheidswinst te bereiken.

Preventie van beperkingen en bevorderen van zelfstandigheid, met als doel ouderen en patiënten, conform hun wens, steeds langer zo zelfstandig en actief mogelijk thuis te kunnen laten wonen, kent tal van aangrijpingspunten. Variërend van het aanpassen van woningen, inzet van slimme hulpmiddelen en thuistechnologie (domotica), vervoersvoorzieningen, het verzorgen van warme maaltijden en huishoudelijke hulp, tot het verhogen van zelfmanagementvaardigheden, het ondersteunen van mantelzorgers en dagopvang. Het aanbod van aanpasbare en aangepaste woningen voor ouderen blijft nog achter bij de vraag en er zal de

komende jaren sterk geïnvesteerd moeten worden om aan de groeiende vraag te kunnen voldoen. Dit geldt ook voor voorzieningen met verpleeghuisfaciliteiten. Het zal naast de kwaliteit van zorg ook moeten gaan om de kwaliteit van wonen. De voorzieningen dienen erop gericht te zijn de bewoners de mogelijkheden te bieden om op hun eigen wijze het leven vorm te geven. Volgens de Gezondheidsraad vraagt dit om een grotere flexibiliteit en differentiatie in leefomgeving en sociale context, dan nu het geval is in de

verpleeghuiszorg.

Patiënten wensen transparantie van de geleverde zorg, opdat ze zelf kunnen bepalen naar welke zorgaanbieder ze gaan voor een medische behandeling of ingreep. Vooral de kwaliteit is van doorslaggevend belang bij de keuze. Uit onderzoek, dat onder andere is uitgevoerd door Independer, blijkt dat bijna 80% van de Nederlanders bereid is om langer te wachten als de kwaliteit van bijvoorbeeld een knie-operatie in het ene ziekenhuis hoger ligt dan in een ander ziekenhuis.



Figuur 10: Behoeften/wensenlijstje van patiënten en ouderen (Bron: interviews belangenorganisaties, diverse rapporten; analyse BS Health Consultancy)

Ook is een groot deel van de ondervraagden bereid om verder te reizen en meer te betalen voor een ziekenhuis dat een hogere kwaliteit biedt. Bijna 90% van de ondervraagden geeft aan dat specialistische deskundigheid een belangrijke eis is waaraan een ziekenhuis moet voldoen. Op de tweede plaats staat duidelijke communicatie, wat voor 37% een belangrijke eis is, gevolgd door een persoonlijke benadering (30%).

Patiëntenorganisaties als belangenbehartiger

In de toenemend concurrerende zorgmarkt wint de positie van de individuele patiënt aan gewicht. Om deze positie verder te verbeteren en te verstevigen spelen patiënten- en consumentenorganisaties een belangrijke rol. Vooral als het gaat om het behartigen van de belangen van de groeiende groep chronisch zieken.

De patiënten- en consumentenbeweging is in Nederland zeer divers georganiseerd. Zij behartigt belangen van patiënten, gehandicapten, consumenten en ouderen

op verschillende terreinen. De organisaties ontplooiën vele activiteiten op het terrein van de gezondheidszorg, maar ook wat betreft welzijn, vervoer, huisvesting, werk en financiën. De meeste van de organisaties richten zich op een specifieke ziekte of aandoening. Nederland telt circa 180 van deze zogenoemde categoriale organisaties.

Patiënten- en gehandicaptenorganisaties zijn op meerdere niveaus actief: op lokaal, regionaal, landelijk en internationaal niveau. Patiënten- en gehandicaptenorganisaties in Nederland bundelen hun krachten steeds meer. Dit geldt ook voor de landelijke koepels de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-raad). Zij zijn voornemens in 2012 te gaan fuseren, mede onder druk van subsidie afbouw vanuit publieke middelen. Ook zullen ouderen- en patiëntenorganisaties in toenemende mate nieuwe (3^e) geldstromen trachten te verwerven om de subsidiereductie te kunnen compenseren.

Voorlichting, lotgenotencontact en belangenbehartiging behoren tot de kerntaken van de zogenoemde categoriale organisaties. Ten aanzien van de taak belangenbehartiging zijn de werkdoelen van de categoriale organisaties vooral, het verbeteren van diagnoses en behandelmethoden, het bevorderen van wetenschappelijk onderzoek, kwaliteitsverbetering en vernieuwing van de zorg, zie figuur 11.

De belangenbehartiging van de categoriale organisaties is voornamelijk gericht op zorgaanbieders, overheid en zorgverzekeraars. Deze laatste partij is voor de patiëntenorganisaties de laatste jaren veel belangrijker geworden. Patiëntenorganisaties worden in toenemende mate betrokken bij de zorginkoop van zorgverzekeraars. Een voorbeeld daarvan is zorgverzekeraar Agis die samenwerkt met vijf Zorgbelang-organisaties om de zorg



Figuur 11: Werkdoelen belangenbehartiging van categoriale organisaties (Bron: NPCF; analyse BS Health Consultancy)

voor mensen met een depressie te verbeteren. De Zorgbelang-organisaties verzamelen de ervaringen en wensen van mensen in de regio die voor een depressie zijn behandeld. Een ander initiatief is de Masterclass Zorginkoop. De Masterclass was een samenwerkingsproject tussen Diabetesvereniging Nederland (DVN), de Astma Fonds Longpatiëntenvereniging, de Reumapatiëntenbond en zorgverzekeraars CZ en Menzis. Het doel van de masterclass was het ondersteunen van de vrijwilligers van de patiëntenorganisaties om samen met zorgverzekeraars de beste zorg in te kopen bij zorgverleners.

Ook door de ontwikkeling van zogenoemde zorgstandaarden wordt meer met de behoeften en wensen van de patiënten rekening gehouden. Zorgstandaarden zijn normen die, gezien vanuit het patiënten perspectief, aangeven waar goede zorg voor een specifieke aandoening aan moet voldoen. In de zorgstandaard staat de mens die zorg vraagt centraal. Door gebruik te maken van zorgstandaarden houden de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders

niet alleen rekening met de eisen die de medische wetenschap stelt aan de zorgverlening. Maar ook met de eisen die de zorggebruikers stellen aan de organisatie van de zorg, alsook de zelfzorgaspecten van het zorgproces. Inmiddels zijn zorgstandaarden voor diabetes, vasculair risicomanagement en COPD beschikbaar. Een zorgstandaard wordt opgesteld door de patiëntenvereniging en de organisaties van zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van mensen met de betreffende chronische aandoening.

VRAAGZIJDE VERTREKPUNT VAN ZORGINKOOP

- Het aandeel ouderen (65+) stijgt van 15% (2010) naar 20% (2020)
- Mede door de vergrijzing neemt het aantal mensen met een chronische aandoening toe
- Behoeften patiënten en ouderen: disease- en casemanagement, (multidisciplinaire) samenwerking, preventie, bevorderen zelfstandigheid en transparantie in zorgkwaliteit
- Patiëntenorganisaties worden in toenemende mate betrokken bij zorginkoop

Inkoopzijde

Zorgverzekeraars hebben vanuit de Zorgverzekeringswet de zorgplicht voor hun verzekerden zorg te leveren wanneer dit nodig is. Vanuit de zorginkooprol geven zorgverzekeraars vorm en inhoud aan deze plicht. In dit hoofdstuk wordt de ontwikkeling van deze zorginkooprol van zorgverzekeraars geschetst.

Wensen en kwaliteitsbehoeften verzekerden staan in toenemende mate centraal

Zorgverzekeraars (b)lijken in toenemende mate de wensen en kwaliteitsbehoeften van hun klanten centraal te stellen bij hun zorginkoop. Enerzijds direct bij het sluiten van contracten met zorgaanbieders. Voorbeeld hiervan is zorgverzekeraar CZ die vanaf 1 januari 2011 vier ziekenhuizen niet contracteert voor borstkankerzorg, omdat zij niet voldoen aan de (volume)kwaliteitskaders van CZ. Deze zogenoemde selectieve contractering zal

naar verwachting ook van toepassing worden op andere aandoeningen, waaronder blaaskanker. Een ander voorbeeld is zorgverzekeraar Zilveren Kruis Achmea die prestatie-indicatoren vaststelt waarmee gezondheidscentra kunnen aantonen waar ze goed in zijn en daar ook naar beloond worden. Anderzijds stellen zorgverzekeraars ook indirect de wensen van hun klanten centraal bij hun zorginkoop door het verstrekken van informatie over het zorgaanbod, zodat verzekerden op basis van hun individuele behoeften en wensen een keuze kunnen maken voor een zorgaanbieder. Voorbeeld hiervan is zorgverzekeraar Univé-VGZ-IZA-Trias (UVIT) die met de internetfunctionaliteit ‘Vergelijk en Kies’ informatie verstrekt over onder andere reisafstand, wachttijden, kwaliteit en het oordeel van andere patiënten over de behandeling in verschillende ziekenhuizen, klinieken en ggz-instellingen. Een ander voorbeeld is zorgverzekeraar Menzis die

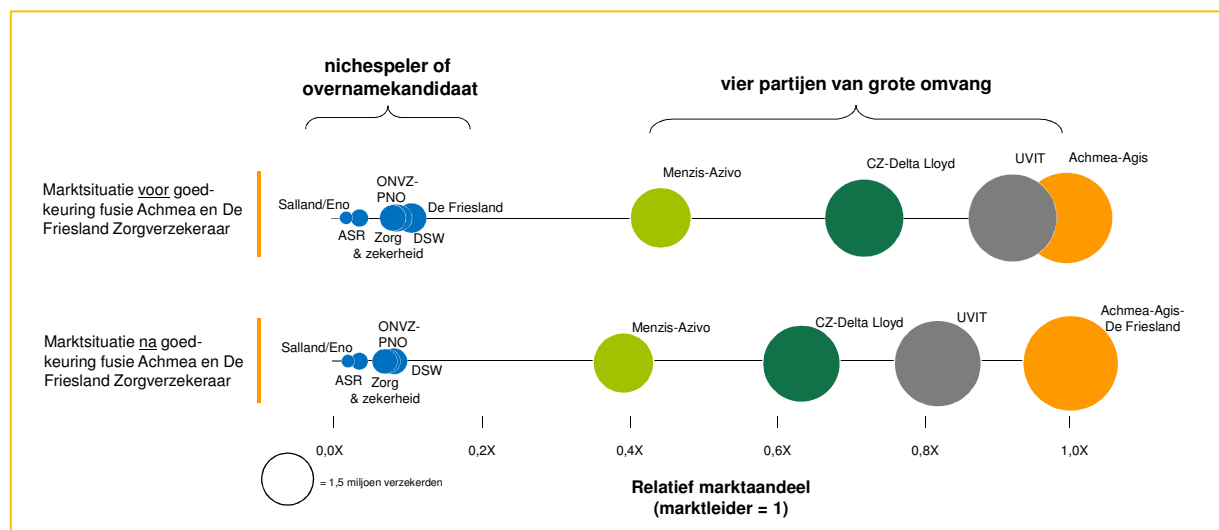
met het predikaat TopZorg aan haar verzekerden kenbaar maakt welke ziekenhuizen zeer goede zorg verlenen bij een aantal aandoeningen, zoals hernia en heupartrose. Voor het verkrijgen van het keurmerk TopZorg wordt gekeken naar de medische kwaliteit van de behandeling, de snelheid van de toegang tot behandeling en de kwaliteit van de informatie die aan patiënten wordt verstrekt.

Zorginkoop kritische succesfactor voor onderscheidend vermogen

Wanneer de fusie van Achmea en De

Friesland Zorgverzekeraar wordt goedgekeurd is 90% van de Nederlandse bevolking verzekerd bij een van de vier grote zorgverzekeraars, zie figuur 12.

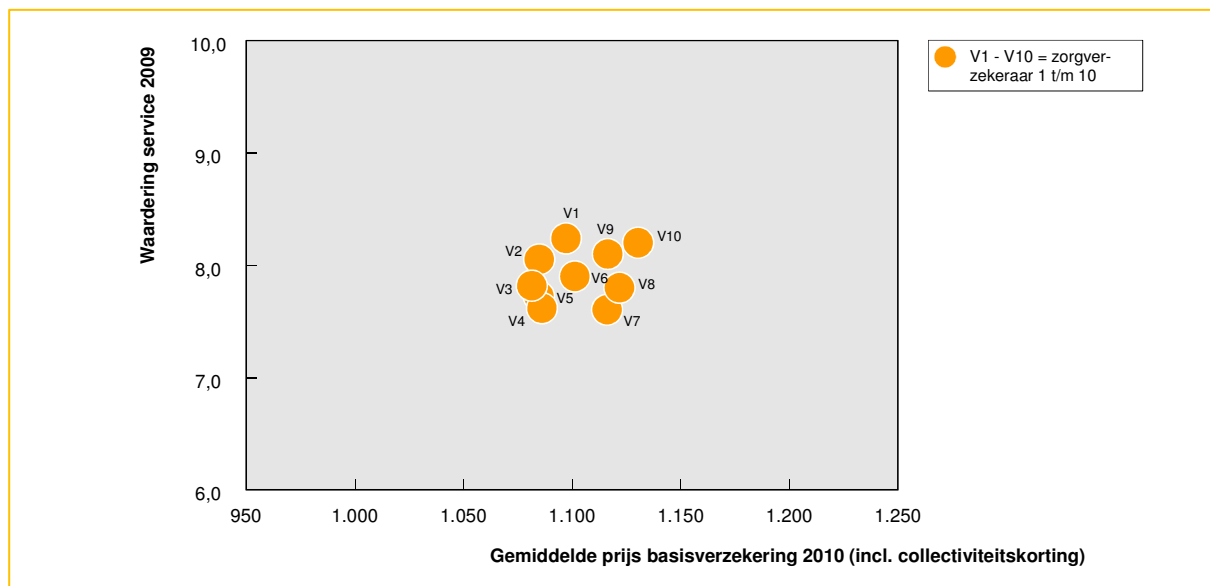
Het percentage verzekerden dat per jaar van zorgverzekeraar wisselt is de laatste jaren, met 3 tot 5%, marginaal. Vooral onder ouderen is de mobiliteit laag, slechts 1% van de verzekerden van 65 jaar en ouder is in 2010 gewisseld van zorgverzekeraar. De lage mobiliteit onder ouderen en chronisch zieken maakt het mogelijk en aantrekkelijk voor



Figuur 12: Marktverhoudingen Nederlandse markt voor zorgverzekeringen in 2010 (Bron: analyse BS Health Consultancy)

zorgverzekeraars om te investeren in deze doelgroepen. Zorgverzekeraars gaan immers door de afbouw van de ex-post mechanismen in toenemende mate financieel risico lopen over de daadwerkelijk gerealiseerde zorgkosten. Deze zorgkosten omvatten maar liefst 95% van de totale kosten van zorgverzekeraars. Slechts 5% van de kosten wordt besteed aan beheerskosten, zoals administratie en

marketing. Niet alleen vanuit financieel perspectief is de zorginkoop een kritische succesfactor, maar ook vanuit onderscheidend vermogen. Ook in 2010 waren er tussen zorgverzekeraars relatief weinig verschillen in de premie van de basisverzekering (circa € 1.100 per jaar) en klanttevredenheid (rond de 8,0), zie figuur 13.



Figuur 13: Gemiddelde prijs en waardering dienstverlening per zorgverzekeraar (Bron: NIVEL; analyse BS Health Consultancy)

Zorginkoop ontplooit zich tot zorgontwikkeling.

De zorginkooprol van zorgverzekeraars is sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 het stadium van de rituele dans voorbij. Er wordt met zorgaanbieders daadwerkelijk onderhandeld over kwaliteit, volume en prijs en er worden in toenemende mate 'pay-for-performance' afspraken gemaakt. Ook is een begin gemaakt met selectief contracteren: zorgaanbieders die niet voldoen aan de gestelde (kwaliteits)voorwaarden worden niet meer gecontracteerd (getuige het eerder genoemde voorbeeld van CZ ten aanzien van borstkanker) en zorgverzekeraars gaan voorkeuraanbieders aanwijzen. Zorginkoop ontplooit zich tot zorgontwikkeling. Samen met geselecteerde zorgaanbieders ontwikkelen zorgverzekeraars steeds vaker gezamenlijk nieuwe zorgproposities voor specifieke doelgroepen. Eventueel gefinancierd vanuit door zorgverzekeraars opgezette innovatie- en participatiefonds, zoals bijvoorbeeld Agis Participaties, het

Participatiefonds van De Friesland Zorgverzekeraar of het Health Innovation Fund van Achmea, opgericht samen met ABN AMRO en Mediq. Of via aparte stichtingen zoals CbusineZ, een aan zorgverzekeraar CZ verbonden stichting die zich specifiek richt op innovaties in de zorgbranche, of Stichting Phoenix waarmee DSW participeert in diverse samenwerkingsverbanden zoals Coöperatie i.o. Vlietland Ziekenhuis. Een ander voorbeeld is Stichting Zorg Binnen Bereik. Stichting Zorg Binnen Bereik is door zorgverzekeraar Achmea en Philips opgezet met als doel de komende jaren te werken aan nieuwe oplossingen voor chronische aandoeningen, zoals diabetes, COPD en chronisch hartfalen. De aanpak van Zorg Binnen Bereik kenmerkt zich door een combinatie van e-health, ketenzorg en zelfmanagement van de patiënt.

Zorgverzekeraar Menzis heeft een aparte divisie Zorgaanbod opgezet om eigen zorgaanbod gescheiden van de zorgverzekeraar te organiseren. Met de

gezamenlijke holding ZorgPunt breidt Menzis samen met de private investeringsmaatschappij Reggeborgh de keten van gezondheidscentra uit. Evenals de andere zorgverzekeraars heeft Menzis de doelstelling het versterken van een geïntegreerde eerste lijn om zodoende onder meer substitutie van zorg (van 2^e naar de 1^e lijnszorg) te realiseren. Om deze doelstelling te bereiken kiest Menzis expliciet voor verticale integratie. De vraag is echter hoe deze ontwikkeling zich verhoudt in relatie tot het in het regeerakkoord VVD-CDA verwoorde fusieverbod van zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Door zorginkoop steeds minder los te zien van zorgontwikkeling, komen zorgverzekeraars langzamerhand in de fasen aan de rechterzijde van het Inkoopontwikkelingsmodel van Van Weele terecht (zie figuur 14). Van Weele onderscheidt zes verschillende stadia in zijn Inkoopontwikkelingsmodel.

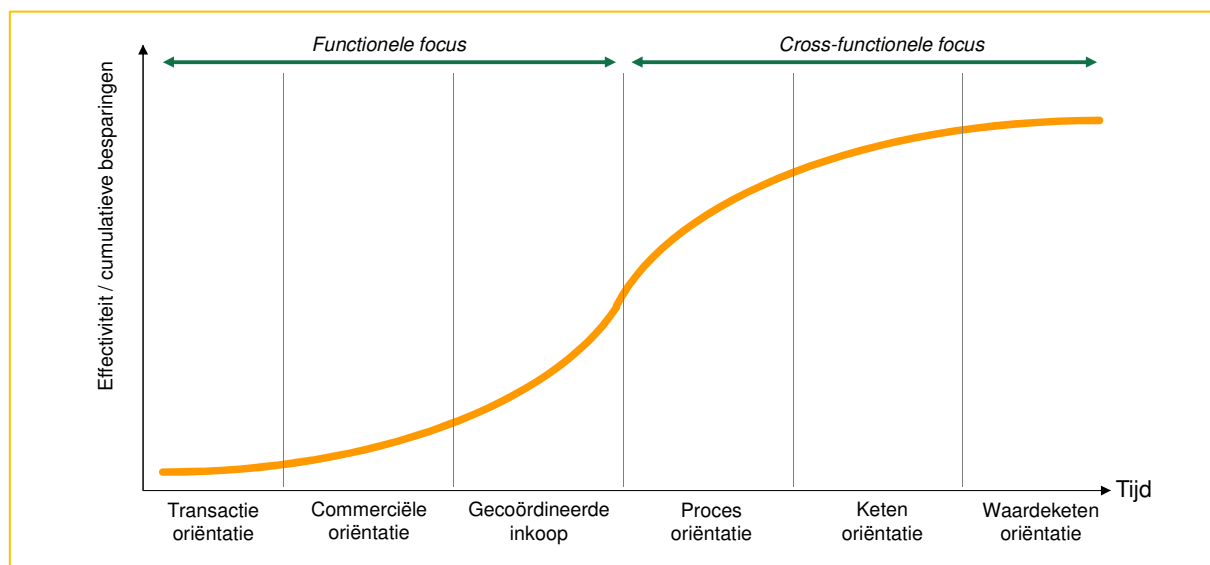
Daar waar inkoop in het eerste stadium (transactie oriëntatie) nog als primaire

taak heeft voldoende zorg te contracteren voor verzekerden, staat in het tweede stadium (commerciële oriëntatie) de laagste prijs centraal. In het derde stadium is sprake van gecoördineerde inkoop. Daarbij kan worden gedacht aan de inkoop van de totale zorg voor een chronische aandoening of doelgroep. Het daaropvolgende stadium is meer proces geïntegreerd. Zorginkoop raakt betrokken bij meer strategische kwesties en er wordt intensief samengewerkt met andere interne afdelingen, zoals met de afdeling verkoop/commercie (sprake van cross-functionele focus). Gezamenlijk worden proposities voor verzekerden (collectiviteiten) in de markt gezet. In het vijfde stadium (keten oriëntatie) wordt de zorgaanbieder meer in het proces geïntegreerd. Het doel voor inkoop in het laatste stadium is een zo efficiënt en effectief mogelijke waardeketen te ontwerpen. Met deze waardeketen kan de zorgverzekeraar met de zorgaanbieders samen een propositie aan verzekerden gaan aanbieden waarbij een bepaalde gezondheidswinst wordt gegarandeerd.

Tot slot wordt opgemerkt dat niet voor alle zorg de zorginkoop het hoogste niveau hoeft te behalen. Hierdoor zal er meer differentiatie ontstaan in de samenwerkingsmodellen met zorgaanbieders. Ook zullen niet alle zorgverzekeraars zich tot doel stellen het laatste stadium te behalen, hetgeen leidt tot meer verschillen in de profielen van de zorgverzekeraars.

ZORGINKOOP GERICHT OP ZORGONTWIKKELING

- Wensen verzekerden steeds meer leidend bij inkoop van zorg
- Zorginkoop kritische succesfactor zorgverzekeraars
- Zorgverzekeraars selecteren voorkeuraanbieders om samen nieuwe zorgproposities te ontwikkelen
- Eventueel gefinancierd vanuit eigen innovatie- en participatiefondsen



Figuur 14: Inkoopontwikkelingsmodel Van Weele (Bron: Van Weele; analyse BS Health Consultancy)

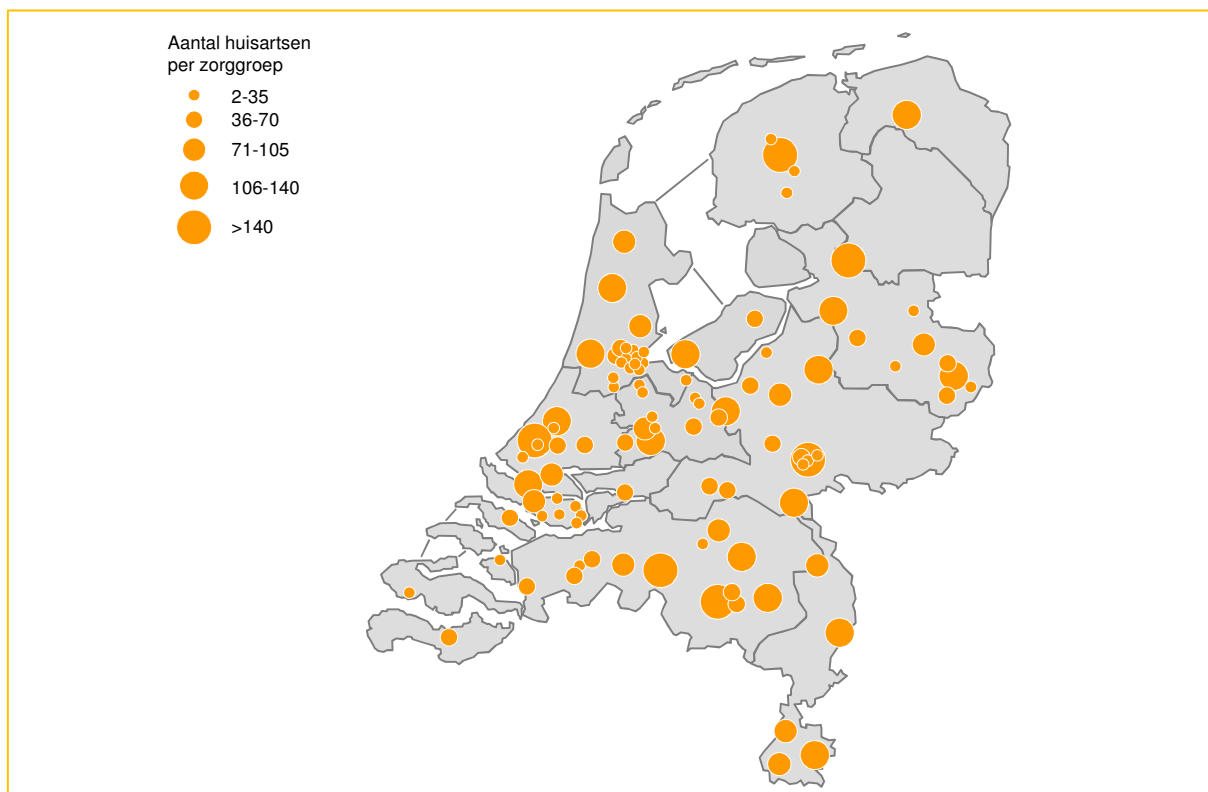
Aanbodzijde

Er zijn steeds meer initiatieven van zorgaanbieders die specifieke doelgroepen centraal stellen en zorg bieden die beter is afgestemd op de behoeften van de klant. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op deze initiatieven van zorgaanbieders, onderverdeeld naar de geïnventariseerde behoeften van de doelgroepen chronisch zieken en ouderen: diseasemanagement en casemanagement, verbetering van de (multidisciplinaire) samenwerking, vroegtijdige signalering/screening en preventie, bevorderen zelfstandigheid en zo lang mogelijk thuiswonend en transparantie in de kwaliteit van de geleverde zorg.

Diseasemanagement en casemanagement zijn in ontwikkeling

De Algemene Rekenkamer concludeert in haar onderzoek (november 2010) dat integrale zorg bij chronische aandoeningen traag tot stand komt en nog

slechts op beperkte schaal bestaat, met uitzondering van diabeteszorg. Alle zorggroepen in Nederland hebben sinds 2010 een keten-DBC contract voor het diabetes zorgprogramma, maar zorgprogramma's voor andere chronische aandoeningen zijn nog niet overal gecontracteerd. Momenteel participeert ruim 75% van alle huisartsen in een zorggroep. Binnen een zorggroep nemen gemiddeld 76 huisartsen deel. In vergelijking met 2008 zijn er weinig veranderingen in het aantal deelnemende huisartsen en aantal patiënten per zorggroep. Ook zijn de huisartsen nog steeds de belangrijkste spelers in zorggroepen. Wel gaan in toenemende mate ook andere zorgverleners zich organiseren in zorggroepen, zoals fysiotherapeuten en apothekers. In figuur 15 zijn de zorggroepen met het aantal deelnemende huisartsen in Nederland weergegeven.



Figuur 15: Spreiding van zorggroepen in Nederland 2010 (Bron: RIVM; LVG; Adviesgroep Ketenzorg; verschillende ROS'en; analyse BS Health Consultancy)

Zorgprogramma's voor COPD en vasculair risicomanagement (VRM) werden in 2010 nog niet veel gecontracteerd, maar zijn veelal wel in voorbereiding en worden vanaf 2011 in toenemende mate gecontracteerd. De zorgprogramma's voor hartfalen, astma, depressie en dementie

zijn momenteel slechts op beperkte schaal gecontracteerd, dan wel in voorbereiding. Deze laatst genoemde zorgprogramma's worden nu bekostigd op basis van de NZa-beleidsregel 'innovatie'. De zorggroepen met meerdere zorgprogramma's kennen een complexe juridische structuur en

kunnen meerdere rechtspersonen hebben. Daardoor zijn multimorbide patiënten voor hun chronische zorg bij meerdere zorggroepen ‘in zorg’.

Een aantal zorggroepen in Nederland biedt ook een zorgprogramma ‘ouderenzorg’ aan of is deze aan het ontwikkelen. Bijvoorbeeld Zorggroep Walcheren, die met een subsidie van het ministerie van VWS, samen met andere zorgverleners en ouderenbonden “Ketenzorg Ouderen Walcheren” ontwikkelt. In deze ouderenzorgprogramma’s vormt casemanagement een belangrijk onderdeel. De Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) is momenteel bezig op basis van de ervaringen uit de praktijk een concept-zorgprogramma voor kwetsbare ouderen op te stellen. Te gebruiken door eerstelijnszorgbedrijven die met een dergelijke zorgprogramma aan de slag willen gaan.

Het inzetten van casemanagement voor ouderen wordt in de praktijk

gewaardeerd. Dit blijkt onder andere uit de resultaten van een pilot rond casemanagement voor ouderen met complexe zorgvragen in Stadskanaal van zorgverzekeraar Menzis, samen met Zorggroep Meander en Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). In de pilot werden thuiswonende ouderen met complexe zorgvragen en hun mantelzorger voor een periode van zes maanden intensief begeleid door een casemanager, een ervaren HBO verpleegkundige. Doel was, door het organiseren van zorg op maat, de oudere zo lang mogelijk zelfredzaam te laten blijven in de thuissituatie.

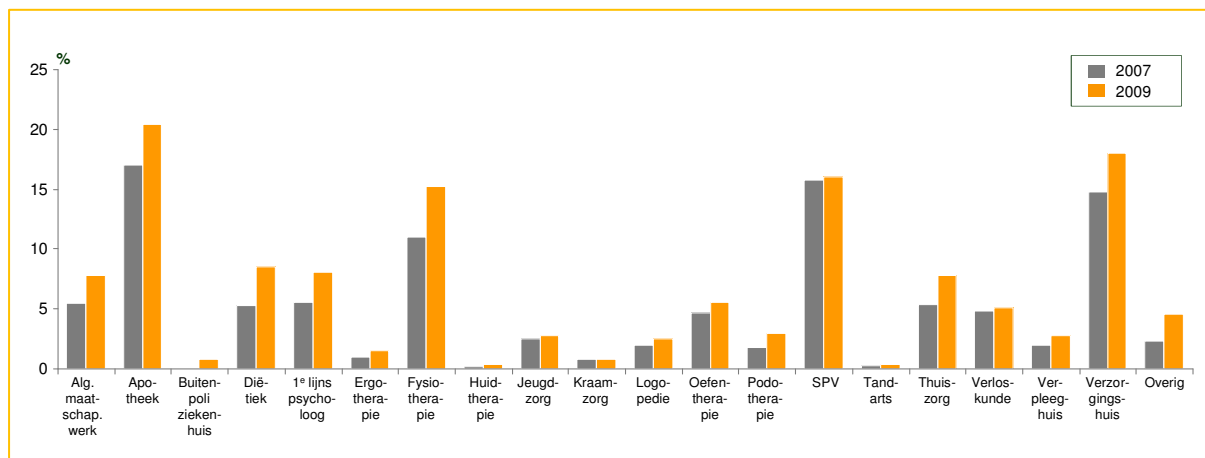
Ook bij dementie wordt casemanagement in toenemende mate ingezet. De inzet van casemanagement kan leiden tot lagere kosten, zowel in de Zvw als de AWBZ. Zo kunnen opnames in een instelling voor kortdurende of langdurende opnames worden voorkomen of uitgesteld, maar er kan ook sprake zijn van kostenvermindering door verbetering van medicijngebruik en valpreventie.

Nieuwe samenwerkingsverbanden om beter in te spelen op klantbehoeften

In toenemende mate gaan zorgaanbieders nieuwe samenwerkingsverbanden aan om beter in te kunnen spelen op de behoeften van patiënten. Bijvoorbeeld met sectorgenoten zoals de zes topklinische ziekenhuizen die gezamenlijk de Santeongroep hebben opgericht. Samen zoeken zij naar vernieuwende oplossingen om de beste medische zorg te leveren aan patiënten. Of de zeven ggz-instellingen die met het samenwerkingsverband SynQuest een kwaliteitsformule ontwikkelen. Deze formule bewaakt dat bewezen effectieve

behandelingen worden toegepast en dat de uitkomsten van de behandeling gestandaardiseerd worden gemeten.

Ook groeien de multidisciplinaire samenwerkingen gestaag, mede gestimuleerd door gewijzigde financieringsmethoden. Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat tussen 2007 en 2009 het aantal samenwerkingscontracten van huisartsen met andere zorgverleners met 5% is toegenomen tot 43%. In figuur 16 is gesplitst naar type discipline, het percentage huisartsenpraktijken weergegeven dat een samenwerkingsverband heeft in 2007 en 2009.



Figuur 16: Percentage huisartsenpraktijken dat een samenwerkingscontract met andere discipline heeft in 2007 en 2009, gesplitst per type discipline (Bron: NIVEL; analyse BS Health Consultancy)

De 'ziekenhuis buitenpoli' is in de meting van 2009 nieuw toegevoegd.

Langzamerhand ontstaan centra waarbij eerste- en tweedelijns disciplines gezamenlijk worden aangeboden. Zo kan, vanuit multidisciplinaire huisartsenpraktijken, zorggroepen of gezondheidscentra, ook gespecialiseerde zorg dicht bij de patiënt worden geleverd.

Een ander voorbeeld van nieuwe multidisciplinaire samenwerkingsverbanden zijn de acht regionale netwerken opgezet binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). Het NPO streeft ernaar de kwaliteit van de zorg voor ouderen te verbeteren door samenhangende zorg te ontwikkelen, die beter is afgestemd op de individuele behoeften van ouderen. Het NPO is een programma van ZonMw, in samenwerking met de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). De opdrachtgever van het NPO is het ministerie van VWS. Het programma is in april 2008 van start gegaan waarbij in het begin het accent vooral lag op de vorming van bestuurlijke netwerken. De acht

Universitair Medische Centra (UMC's) in Nederland hebben hierin het voortouw genomen en hebben allemaal een netwerk geïnitieerd. Deze netwerken zijn in de afgelopen jaren gegroeid en breiden zich steeds verder uit in de regio. Meer partijen sluiten zich bij de netwerken aan, zoals huisartsen, apothekers, ziekenhuizen, ggz-instellingen, revalidatiecentra, verzorgings- en verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties. Ook ouderen- en patiëntenverenigingen zijn actief betrokken bij de verschillende netwerken en hebben binnen het programma een belangrijke stem welke projecten en experimenten worden uitgevoerd om de zorg anders te organiseren. De regionale netwerken doen voorstellen voor deze projecten en experimenten en mogen daarbij over de grenzen van bestaande regelgeving en financieringsstromen heen kijken. De opgedane kennis dient uiteindelijk landelijk verspreid en ingevoerd te worden. Om dit te kunnen realiseren is het de uitdaging voor de acht netwerken om de financiering te borgen na afloop

van het programma in april 2012. Onder andere zorgverzekeraars en leveranciers kunnen een rol spelen bij de nieuwe (structurele) financieringsmogelijkheden.

Op dit moment sluiten zorgaanbieders in toenemende mate partnerships met leveranciers en zorgverzekeraars. Zo hebben het Atrium Medisch Centrum en het farmaceutische bedrijf Sanofi-Aventis gezamenlijk een vernieuwend en kwaliteitsverbeterend initiatief opgezet dat de patiënt centraal stelt en tot voor de patiënt aantoonbaar betere zorg moet leiden. Een ander voorbeeld is het Oogzorgnetwerk dat samen met zorgverzekeraar CZ de Oogbus heeft opgezet. De OOGbus stopt, op afspraak, bij verzorgingshuizen om bewoners en buurtbewoners te onderzoeken op mogelijke oogafwijkingen.

Het Oogzorgnetwerk is een initiatief van het Oogziekenhuis Rotterdam en vormt met haar franchiseformule een nieuwe vorm van samenwerking. De oogheelkundige afdelingen in ziekenhuizen zijn in dit model de

franchisenemers. Rondom de partnerziekenhuizen worden contacten opgebouwd met optometristen, opticiens, huisartsen, revalidatie-instellingen voor blinden en slechtzienden, thuiszorgorganisaties en verpleeg- en verzorgingshuizen. Het verbeteren van de medische kwaliteit en organisatie door kennisuitwisseling, delen van best practices en opzetten van innovatie projecten is het doel. De service-organisatie van het Oogzorgnetwerk faciliteert de netwerkpartners door de beschikbare informatie te ontsluiten, adviezen te geven en mogelijkheden binnen de oogheelkundige zorg te signaleren.

Franchiseformules komen van oudsher veel voor in de retail en horeca, zoals HEMA, Albert Heijn, Los Gauchos (grillrestaurant), Beans & Bagels (lunchroom). Franchising is een hechte vorm van samenwerking tussen twee ondernemers, waarbij op basis van een efficiënte taakverdeling een formule is ontwikkeld die leidt tot een uniforme uitstraling naar de markt. Een formule is

een volledig bedrijfsconcept: de samenhang tussen product, prijs, plaats en promotie. De partners zijn franchisegever en franchisenemer. De franchisegever ontwikkelt, test en onderhoudt de formule. Hij beschikt over het business concept, de naam en rechten en houdt zich voornamelijk bezig met strategische zaken, zoals marketing, automatisering en gezamenlijk inkoop. De franchisenemer exploiteert de formule in zijn eigen bedrijf. Hij is zelfstandig ondernemer met eigen verantwoordelijkheden, gebruikmakend van de schaalgrootte van de franchisegever. Het principe van franchising is feitelijk “toestemming

krijgen om een bepaalde formule, dienst of concept te mogen exploiteren”. Hiervoor betaalt in de regel de franchisenemer de franchisegever een vergoeding.

De laatste jaren groeit het aantal franchiseformules ook in de zorg. In figuur 17 is een aantal voorbeelden van franchiseformules weergegeven. Opvallend is dat veel van deze formules zijn ontstaan uit ‘onvrede’ met het reguliere zorgaanbod. Zoals de franchiseformules De Driestroom, Thomashuizen en Support & Co in de gehandicaptenzorg. Aanleiding van de drie franchiseformule is vooral de ontevredenheid met de grootschalige

									
Sector	Gehandicapten	Gehandicapten	Gehandicapten	Jeugdzorg	GGZ	GGZ	Ziekenhuiszorg	Eerstelijnszorg	Eerstelijnszorg
Product	Verblijfsfunctie gehandicaptensector	Verblijfsfunctie gehandicaptensector	Dagbesteding of woonvoorziening gehandicaptensector	Verblijfsfunctie gezinshuis	Behandeling tweedelijns GGZ	Behandeling eerstelijns GGZ	Behandeling oogheelkunde	Farmaceutische zorg	Behandeling eerstelijnszorg
Doel franchise	Kleinschaligheid terugbrengen in combinatie met ondernemerschap			Middel om kleinschalige zorg gericht op de ontwikkeling van jongeren te creëren	Middel om samen te werken met andere zorgorganisaties en gezamenlijk nieuwe producten op de markt te brengen		Middel om een samenwerkingsverband te realiseren ten behoeve van branding, inkoop, kennisuitwisseling en versterken/behouden van de professie		Middel om administratie uit handen te nemen waarmee de 'tijd voor zorg' weer toeneemt

Figuur 17: Voorbeelden van franchiseformules in Nederlandse gezondheidszorg

vormen van zorgverlening. Bij deze organisaties wordt weer naar de 'menselijke maat' gezocht, door het realiseren van een platte organisatie met lage kosten door een lage overhead en minder bureaucratie. De financiering van franchiseformules in de gehandicaptenzorg vindt met name plaats via PGB's. Zoals eerder aangegeven in hoofdstuk 1 heeft een relatief groot aandeel van de mensen die kiezen voor een PGB een verstandelijke handicap. Bij Gezinshuis.com is de franchiseformule ook een middel om kleinschalige zorg te creëren, gericht op de ontwikkeling van jongeren. De franchiseformule van Gezinshuis.com vindt zijn oorsprong in de jeugdhulpverlening, maar breidt ook uit naar de gehandicaptenzorg.

In de geestelijke gezondheidszorg bestaan ook franchiseformules, zoals PsyQ en Indigo. Hierbij valt op, dat beide formules het initiatief zijn van reguliere ggz-instellingen, die samen met andere reguliere ggz-instellingen een nieuw laagdrempelig (behandel)product op de

markt zetten. Tot slot kunnen ook in de eerstelijnszorg franchiseformules worden geïdentificeerd, zoals Symphony gezondheidscentra en Kring-Apotheken. Bij Symphony gezondheidscentra is het doel van de franchiseformule met name gericht op het uit handen nemen van de administratie waarmee de 'tijd voor zorg' weer toeneemt. Bij Kring-Apotheken is het doel, net als bij het Oogzorgnetwerk, een samenwerkingsverband te realiseren ten behoeve van branding, inkoop, kennis-uitwisseling en versterken/behouden van de professie.

NIEUWE SAMENWERKINGSVORMEN IN DE ZORG

- Diabeteszorgprogramma's worden op grote schaal gecontracteerd
- Zorgprogramma's voor COPD en VRM zijn veelal nog in voorbereiding
- Het aantal samenwerkingscontracten van huisartsen met andere zorgverleners stijgt gestaag tot 43% in 2009
- Het aantal franchiseformules groeit in de zorg

Wijkverpleegkundigen en huisartsen gezamenlijk de spil bij bevordering zelfstandigheid

Buurtzorg Nederland kent ook een vorm van franchise. Buurtzorg Nederland werkt met zelfstandig werkende “Buurtzorg-teams” van hoogopgeleide verpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden die, in samenwerking met de huisarts, thuiszorg bieden aan cliënten in een bepaalde buurt of wijk. De verpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn veelal in dienst bij Buurtzorg Nederland en zijn geen zelfstandige ondernemers die voor eigen rekening en risico als “echte” franchisenemers optreden. Alle buurtzorgteams zijn autonoom en verantwoordelijk voor hun eigen reilen en zeilen. Wel kan een team een beroep doen op een coach. De coach ondersteunt het team indien dit nodig is, bijvoorbeeld bij het voorbereiden en afhandelen van sollicitatierondes en het regelen van huisvestingskwesties. Ook worden de Buurtzorgteams ondersteund door een centraal kantoor in Almelo waarbij gebruik wordt gemaakt van moderne ICT-

toepassingen waardoor de administratieve kosten tot een minimum worden beperkt. Door de kleinschalige, buurtgebonden organisatie en door de verantwoordelijkheden voor de organisatie van de zorg neer te leggen bij de verpleegkundigen en ziekenverzorgenden, in samenwerking met de huisarts, heeft Buurtzorg minder overhead- en managementkosten.

Buurtzorg Nederland is opgericht als reactie op de schaalvergroting in de thuiszorg, met als doel de versnippering in de thuiszorg tegen te gaan. Maar bovenal om de cliënt een vaste goed opgeleide zorgverlener te bieden voor de coördinatie van alle zorg, met zo min mogelijk verschillende handen aan het bed. Tezamen met een sterke samenwerking met de huisarts. Om goed voorbereid te zijn op de individuele cliëntenzorg maakt Buurtzorg een onderscheid in vijf groepen cliënten:

- Chronisch zieken en gehandicapten;
- Ouderen met meervoudige pathologie;
- Mensen in de terminale fase van het ziek zijn;

- Mensen die nog niet genezen zijn, maar uit het ziekenhuis zijn ontslagen;
- Mensen die lijden aan een dementieel syndroom.

Door deze indeling kan Buurtzorg bepalen welke specifieke kennis nodig is en op welke wijze die kennis georganiseerd, beschikbaar gesteld en gebruikt kan worden om deze verschillende groepen goede zorg te bieden. Buurtzorg Nederland is de afgelopen jaar sterk gegroeid. De omzet van het bedrijf groeide van 1 miljoen euro in 2007 naar 40,6 miljoen in 2009. Voor 2010 komt de omzet waarschijnlijk uit op ongeveer 80 miljoen euro.

Het Buurtzorg-concept sluit goed aan bij het beleid van de overheid en de behoefte aan casemanagement, het bevorderen van de zelfstandigheid en zo lang mogelijk thuiswonend te blijven vanuit de vraagzijde. De werkwijze van Buurtzorg wordt in het regeerakkoord van het kabinet Rutte-Verhagen zelfs als model gesteld voor de hele thuiszorg. De zorg dient niet gericht te zijn op productie of

het aantal uren zorg, maar op duurzame zorguitkomsten, zoals gezondheidswinst, oplossingen voor de cliënt, kwaliteit van leven en zorgonafhankelijkheid. Een belangrijk deel van de activiteiten dient gericht te zijn op de inschakeling van en afstemming met andere zorgprofessionals. De huisarts en de wijkverpleegkundigen zijn gezamenlijk de belangrijkste schakels in het bieden van casemanagement en buurtzorg. De komende jaren zal meer worden gestuurd op deze vanuit cliëntenperspectief gemeten parameters. In figuur 18 is voor de regio Rotterdam aangegeven hoe verschillende thuiszorgorganisaties, die werkzaam zijn voor patiënten met dementie en Alzheimer, scoren op de ervaringen van patiënten op de aspecten participatie en sociale redzaamheid en samenwerking met andere zorgverleners. Ten aanzien van het aspect of de patiënten zoveel mogelijk hun eigen leven kunnen blijven leiden blijkt weinig differentiatie nog zichtbaar tussen de thuiszorgorganisaties. Er bestaan meer verschillen ten aanzien van de aspecten of de zorgverlener



Figuur 18: Waardering ervaringen cliënten thuiszorginstellingen die werkzaam zijn voor patiënten met dementie en Alzheimer in regio Rotterdam (Bron: Kiesbeter.nl; analyse BS Health Consultancy)

voldoende helpt bij dagbesteding, activiteiten en regelzaken en of de zorgverleners goed samenwerken met andere hulpverleners.

Behalve zorgverzekeraars als uitvoerder van de Zvw, en in de nabije toekomst tevens van de AWBZ, spelen gemeenten vanuit de Wmo uiteraard ook een belangrijke rol bij het tegemoet komen

aan de behoefte van veel ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig in de eigen buurt te kunnen blijven wonen. Een goede samenwerking tussen de verschillende financiers is daarbij onmisbaar, omdat de opbrengsten van sommige investeringen niet in dezelfde financieringsstroom vallen. De opbrengsten van goede ondersteuning en bevordering van

mantelzorg door een gemeente vallen bijvoorbeeld veelal niet in de Wmo, maar in de AWBZ. Door de inzet van mantelzorgers kunnen ouderen langer thuis blijven wonen waardoor kosten voor verzorging en verpleging in een verzorgingshuis of verpleegtehuis kunnen worden bespaard. Ook preventie is een aandachtsgebied waar de verschillende financiers elkaar kunnen versterken. Een voorbeeld van een samenwerking tussen zorgverzekeraar en gemeenten is 'Parkstad in Beweging'. Zorgverzekeraar CZ en de Parkstad-gemeenten hebben samen met GGD Zuid Limburg en het Huis voor de Sport in 2008 een overeenkomst gesloten om samen te zorgen voor een betere gezondheid van de inwoners van Parkstad. De gezondheid van mensen in Parkstad is gemiddeld minder goed dan in de rest van Nederland. De levensverwachting is lager en mensen leven ongezonder. De partners van Parkstad in Beweging hebben in 2010 actief ingezet op de 'wijk', door het aanbieden van een valpreventieprogramma, een proef met

een preventief consult bij de huisarts en de inzet van een beweegkuur.

Vroegtijdig signalering en preventie als onderdeel van reguliere zorg

De laatste jaren is veel aandacht voor preventie. De urgentie van preventie wordt steeds vaker onderkend. Er is een toename van chronische aandoeningen onder andere als gevolg van een ongezonde leefstijl zoals roken, overgewicht en te weinig bewegen. Deze ongezonde leefstijl zorgt ervoor dat Nederlanders meer jaren in ongezondheid doorbrengen, wat de kwaliteit van leven en de kosten van de zorg nadelig beïnvloedt. Om de ongezonde leefstijl om te buigen is meer aandacht voor het voorkomen van ziekten. Preventie van ziekten kan op verschillende manieren worden gerealiseerd, zoals met vaccinatieprogramma's, bevolkingsonderzoeken, periodieke onderzoeken, maar ook met maatregelen buiten de directe gezondheidszorg, zoals

het ontmoedigen van roken en aandacht voor meer bewegen.

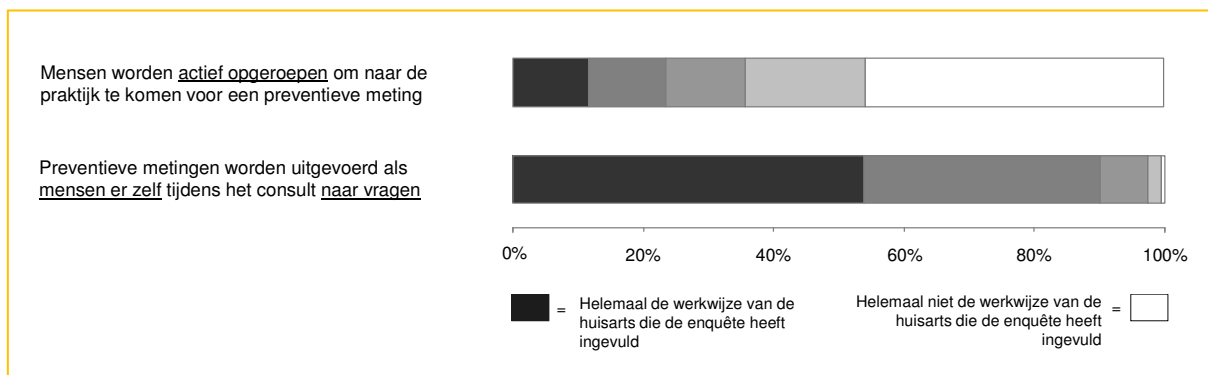
Een veelgebruikte indeling van preventie is die naar ziektestadium: primaire, secundaire en tertiaire preventie. Onder primaire preventie vallen activiteiten die als doel hebben om ziekte te voorkomen. Bij secundaire preventie worden ziekten of afwijkingen in een vroeg stadium opgespoord en behandeld en bij tertiaire preventie worden complicaties en ziekteverergering voorkomen. Ook het bevorderen van de zelfredzaamheid van patiënten valt hieronder. De kosteneffectiviteit van tertiaire preventie is veelal gemakkelijker aan te tonen dan van secundaire en primaire preventie. De kostenbesparingen van tertiaire preventie worden veelal op korte termijn gerealiseerd. Zorgverzekeraars investeren samen met zorgaanbieders op grote schaal in (coachings)programma's voor patiënten met chronische aandoeningen. Voor secundaire en primaire preventie dienen in de meeste gevallen eerst meerkosten te worden gemaakt, die mogelijk pas op langere termijn

opbrengsten met zich mee kunnen brengen. Deze opbrengsten zijn dan veelal geen vermindering van kosten, maar stijging van de levensverwachting en de verbetering van kwaliteit van leven. Medeten behoeve van groei of behoud van (collectief) verzekerden, zijn er verschillende zorgverzekeraars die ook in toenemende mate investeren in deze vormen van preventie. Zo biedt Agis in samenwerking met Philips het online beweegprogramma 'Directlife' aan haar (collectief) verzekerden. En (collectief) verzekerden van Univé-VGZ-IZA-Trias krijgen de kans om aan hun overgewicht te werken met behulp van onder meer een internetforum, groepstrainingen, een sms-dienst en een bewegingsmeter. Voor het pilotproject Gericht op Gewicht werkt Univé-VGZ-IZA-Trias samen met de Nederlandse Obesitas Kliniek.

De vraag naar en ook het aanbod van gezondheidstesten, zijn de laatste jaren sterk toegenomen. Zoals in figuur 19 is weergegeven riep het grootste deel van de huisartsen in 2008 mensen niet actief op voor een preventieve meting. Wel

werden in de meeste gevallen preventieve metingen uitgevoerd als de patiënt tijdens het consult hier zelf om vroeg. De werkwijze van huisartsen ten aanzien van de opsporing van veel voorkomende chronische aandoeningen wordt wel actiever. Zo hebben de beroepsorganisaties van bedrijf- en huisartsen (NHG, LHV, NVAB) en de drie gezondheidsfondsen Hartstichting, Nierstichting en Diabetes Fonds de krachten gebundeld en hebben het

PreventieConsult ('APK Consult') ontwikkeld voor een betere opsporing, begeleiding en behandeling van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus 2 en nierschade. Met het PreventieConsult wordt beoogd preventie laagdrempelig en steviger in de reguliere zorg te verankeren en daarmee tevens een drempel op te werpen tegen het commerciële aanbod van zelftests en health checks.



Figuur 19: Werkwijze van huisartsen die de enquête hebben ingevuld ten aanzien van de opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten in percentage in 2008 (Bron: NIVEL; analyse BS Health Consultancy)

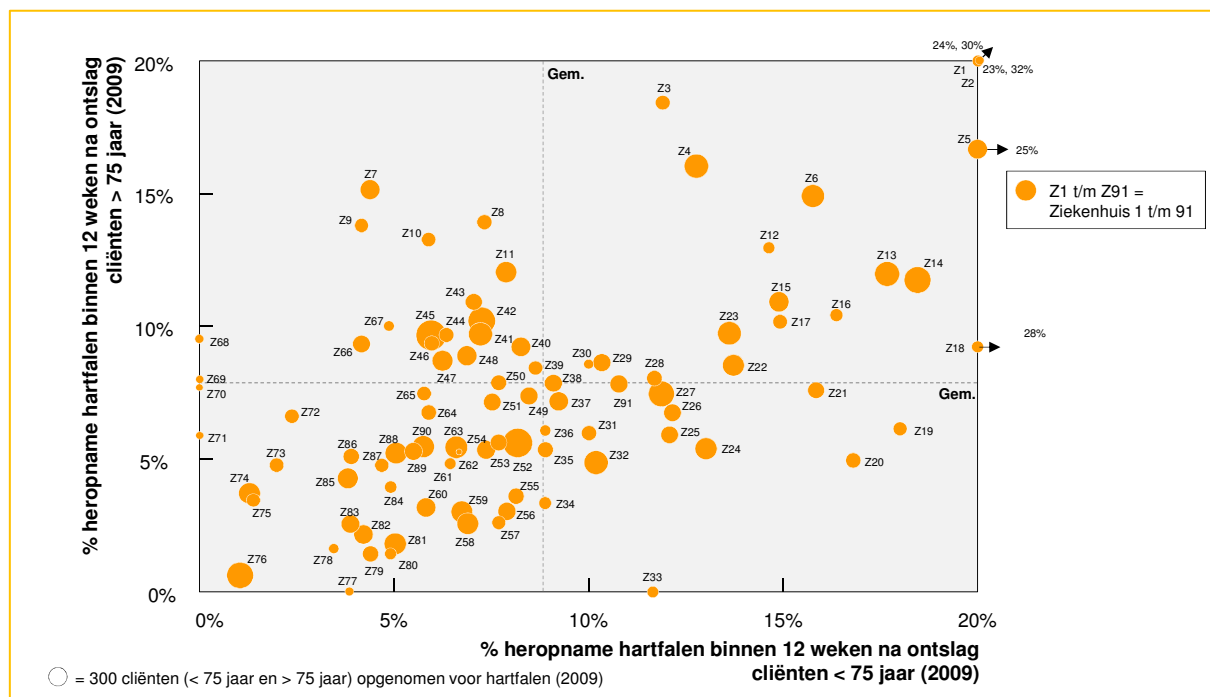
Transparantie bevordert de kwaliteit van zorg

In de gezondheidszorg ontstaat meer transparantie in de kwaliteit van zorg. Het zichtbaar maken van de kwaliteit van de zorg en van verschillen in kwaliteit is essentieel voor de werking van het zorgstelsel. De kern van het zorgstelsel is dat de patiënt en consument in staat wordt gesteld om geïnformeerd te kiezen. Om deze transparantie te kunnen realiseren wordt zorgaanbieders gevraagd aan verschillende stakeholders steeds meer informatie te verstrekken over de kwaliteit van de geleverde zorg. Bijvoorbeeld aan toezichthouders, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). In 2007 heeft de IGZ in opdracht van het ministerie van VWS het programma Zichtbare Zorg opgericht. Het programma Zichtbare Zorg ondersteunt de zorgsectoren bij het realiseren van de ambitie om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken. Daarnaast zet het programma zich in om te waarborgen dat de gepubliceerde informatie valide, betrouwbaar en daadwerkelijk

vergelijkbaar is. Ook zorgverzekeraars trachten de kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijk te maken voor haar verzekerden. Bijvoorbeeld met vergelijkingssites, door het aanwijzen van voorkeuraanbieders of door het selectief contracteren van zorgaanbieders die aan de door de zorgverzekeraar opgestelde minimale kwaliteitseisen voldoen, zoals CZ met het contracteren van borstkankerzorg. Aangespoord door de rol van de zorgverzekeraar en de veranderende financieringssystematiek, worden ziekenhuizen in toenemende mate gedwongen af te wegen welke behandelingen voor welke doelgroepen zij willen blijven aanbieden en welke niet. Relatief laag complexe (chronische) curatieve zorg zal verschuiven naar gezondheidscentra dichterbij de burger. In de praktijk valt het voor ziekenhuizen niet mee om te specialiseren, een eigen profiel te kiezen. Het kiezen wat wel/niet meer wordt gedaan is lastig en doet soms pijn. Bij de afweging spelen onder andere aspecten mee als de kostendekkendheid, de relevantie voor het ziekenhuis en hoe

de kwaliteit van de geleverde zorg scoort ten opzichte van collega-ziekenhuizen. In figuur 20 is ter illustratie aangegeven hoe de verschillende ziekenhuizen in Nederland scoren ten aanzien van heropname bij hartfalen. Behalve de grote spreiding, valt verder op dat het

gemiddelde percentage heropname bij hartfalen in 2009 bij de doelgroep jonger dan 75 met 8,8% iets hoger ligt dan het gemiddelde percentage 'heropname bij hartfalen' bij de doelgroep ouder dan 75 jaar van 7,8%.

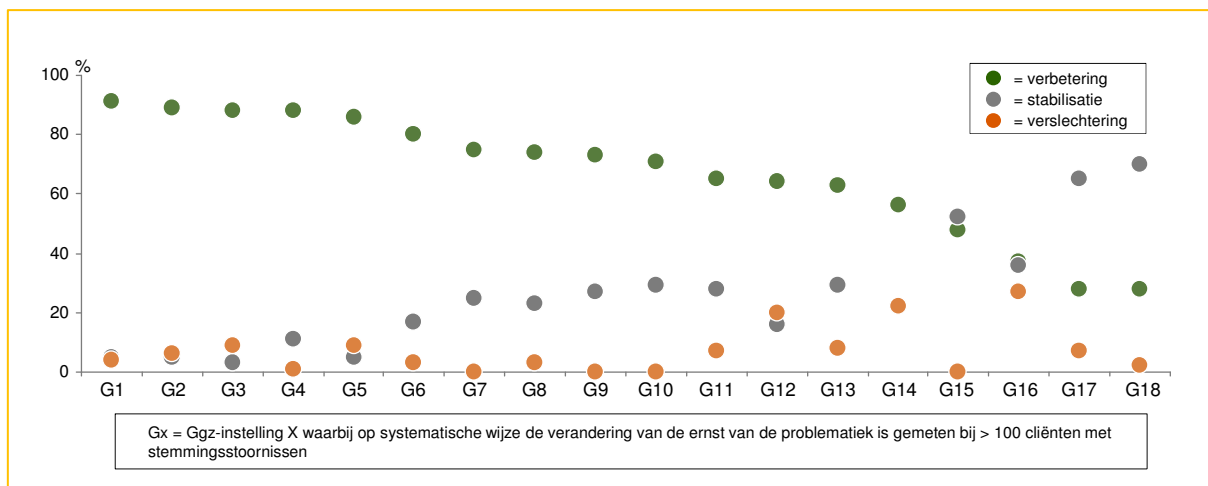


Figuur 20: Score van de verschillende Nederlandse ziekenhuizen ten aanzien van het percentage heropname bij hartfalen in 2009 (Bron: NVZ en NFU; analyse BS Health Consultancy)

In 2010 hebben GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland afspraken gemaakt over het investeren in het meten van uitkomsten en klantervaringen. Ggz-instellingen gaan op een vergelijkbare manier uitkomsten meten met Routine Outcome Measurement (ROM). Het toepassen van ROM is een middel om op basis van indicatoren de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken. Met ROM wordt periodiek, in elk geval aan het begin en na afloop van de behandeling, met vragenlijsten bij cliënten de ernst van de problematiek gemeten. Zo kan zorg geëvalueerd, bijgestuurd en verbeterd worden. In figuur 21 is ter illustratie voor een 18-tal ggz-instellingen, waarbij op systematische wijze de verandering van de ernst van de problematiek is gemeten bij meer dan 100 cliënten met stemmingsstoornissen, het percentage cliënten weergegeven waarbij de ernst van de problematiek is verbeterd, gestabiliseerd of verslechterd in 2009.

INITIATIEVEN ZORGAANBIEDERS GERICHT OP KLANTGERICHTE ZORG

- T.b.v. goede individuele cliëntenzorg maakt Buurtzorg onderscheid in vijf cliëntengroepen
- PreventieConsult beoogt preventie laagdrempelig en steviger in de reguliere zorg te verankeren
- Ggz-instellingen gaan met ROM de kwaliteit van zorg inzichtelijk maken



Figuur 21: Percentage cliënten met stemmingsstoornissen waarbij de ernst van de problematiek is verbeterd, gestabiliseerd of verslechterd, gesplitst naar ggz-instelling waarbij op systematische wijze de verandering van de ernst van de problematiek is gemeten bij meer dan 100 cliënten met stemmingsstoornissen in 2009 (Bron: ZN; analyse BS Health Consultancy)

Nieuwe business modellen

Op hoofdlijnen worden in dit hoofdstuk ter inspiratie enkele mogelijke (nieuwe) business modellen gepresenteerd. Proposities waarmee zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer focus kunnen leggen op het bieden van toegevoegde waarde aan specifieke doelgroepen. In dit laatste hoofdstuk schetsen we enkele modellen voor de doelgroepen ouderen en mensen met de chronische aandoening COPD, depressie en reumatoïde artritis.

Elderly friendly network

Concept

Met een knipoog naar de smiley's van de Stichting Kind en Ziekenhuis die worden uitgereikt aan ziekenhuizen die zich bij hun zorg voor kinderen (en hun ouders) positief onderscheiden, kan ook voor de doelgroep ouderen een keurmerk worden uitgegeven. Zorgaanbieders die ouderenvriendelijke zorg verlenen kunnen in het bezit komen van het zogenoemde 'elderly friendly network' keurmerk. De zorgaanbieders kunnen bijvoorbeeld zorggroepen zijn die speciale ouderenzorgprogramma's hebben



ontwikkeld, apothekers die speciale dienstverlening voor ouderen aanbieden bij vragen over geneesmiddelen of het actief bevorderen van goed geneesmiddelengebruik. Of ziekenhuizen die goed gecoördineerde zorg voor ouderen verlenen met betere meetbare medische uitkomsten. Resultaten uit verschillende onderzoeken laten zien dat maar liefst 15 tot 50% van de oudere patiënten er in het ziekenhuis op achteruit gaat in plaats van vooruit. Het ontbreken van adequate zorgcoördinatie naar, in en

vanuit het ziekenhuis is een van de grootste knelpunten voor een samenhangend en effectief zorgcontinuüm.

Het 'elderly friendly network' keurmerk wordt uitgereikt door een zorgverzekeraar in samenwerking met de ouderenvereniging(en). Voorafgaand worden de vereisten waaraan de zorgaanbieders moeten voldoen om voor het keurmerk in aanmerking te kunnen komen samen met de beroepsverenigingen vastgesteld. Een voorbeeld van een vereiste voor ziekenhuizen is, dat voorafgaand aan een ziekenhuisopname alle 65-plussers worden gescreend op het aspect kwetsbaarheid. Bij positieve screening coördineert vervolgens een specialist ouderengeneeskunde het hele traject.

De zorgverzekeraar faciliteert de zorgaanbieders met een apart team van experts en opleiders om verbeteringen te realiseren, zodat voldaan wordt aan de vereisten om in aanmerking te komen van het keurmerk. Zorgaanbieders die in het

bezit zijn van het keurmerk behoren tot de 'voorkeuraanbieders' van de zorgverzekeraar en genieten daarmee meer volume en financiële voordelen.

Toegevoegde waarde

Een belangrijk resultaat van deze propositie is de verbetering van de zorg voor de doelgroep ouderen, omdat het zorgaanbieders stimuleert de geleverde zorg te verbeteren om daarmee in aanmerking te komen van het keurmerk. Voor de zorgaanbieders levert het keurmerk een betere profilering op, meer volume en financiële voordelen. Zorgverzekeraars kunnen zich met deze propositie onderscheiden naar haar bestaande en/of potentieel nieuwe verzekerden en ouderencollectiviteiten. Het keurmerk zorgt voor klantvriendelijkere, kwalitatief betere en efficiëntere ouderenzorg voor verzekerden. Ook voor de ouderenverenigingen leidt dit tot extra profilering. De vereniging laat zien dat zij bijdraagt aan de verwezenlijking van behoeften van (nieuwe) leden.

Tailormade senior living insurance



Concept

Uit statistieken blijkt dat het aanbod van aanpasbare en aangepaste woningen voor ouderen sterk achterblijft bij de vraag. Bouw en organisatie van voorzieningen dienen erop gericht te zijn de bewoners -gegeven hun beperkingen- de mogelijkheden te bieden om op eigen wijze hun leven vorm te geven. Dit vraagt om een grotere flexibiliteit en differentiatie in de leefomgeving. Voorts zal door de vergrijzing, en de daarmee samenhangende stijging van de zorgkosten, de vraag naar en de noodzaak van mantelzorg toenemen.

De 'tailormade senior living insurance' is een verzekeringsproduct waarmee de verzekerde een garantie krijgt op een 'tailormade woning' die als het ware meegroeit met de zorgbehoefte en persoonlijke wensen van de verzekerde. Mensen die op jonge leeftijd de

verzekering afsluiten betalen maandelijks een lager bedrag dan mensen die de verzekering pas op latere leeftijd afsluiten. De tailormade woning is gelegen rondom een multifunctioneel centrum voor wonen, zorg en welzijn, met een gezondheidscentrum, verpleeghuis, dagbehandeling, huisartsenbedden voor tijdelijke opvang, een restaurant, internetcafé en een bibliotheek. De bewoners van de tailormade woningen kunnen naast eventuele benodigde zorg ook gebruik maken van aanvullende diensten zoals een klusjesman, die bijvoorbeeld een lamp ophangt als men dat zelf niet meer kan. De opzet van (het complex met) tailormade woningen is dat een bepaald maximaal percentage bewoners intensieve zorg nodig heeft en het andere deel nog niet. De bewoners van de tailormade woningen die nog geen intensieve zorg nodig hebben, hebben dan ook niet het gevoel tussen de 'rollators en

rolstoelen' te wonen. De bewoners die nog fit zijn, doen vrijwilligerswerk. Voor de bewoners die intensieve zorg nodig hebben koken zij of organiseren bijvoorbeeld activiteiten als schilderen, bloemschikken, bioscoop etc.

Toegevoegde waarde

Deze propositie biedt mensen de mogelijkheid te sparen en verzekerd te zijn van een woning voor de oude dag die de ruimte biedt om op eigen wijze het leven vorm te geven, met alle benodigde (zorg)faciliteiten in de directe omgeving. De zorgverzekeraar kan met deze propositie een bredere naturaverzekering aanbieden dan alleen een verzekering voor de zorgkosten. De zorgverzekeraar kan met deze propositie toegevoegde waarde bieden aan haar verzekerden door de verschillende behoeften van een oudere in een verzekeringsproduct onder

te brengen: goede cure-zorg, goede care-zorg, eigen (aangepaste) woning en aanvullende dienstverlening zoals allerlei gemaksdiensten. Door de vele verschillende betrokken partijen en regelingen (schotten) is een dergelijke propositie in de huidige praktijk nog lastig vorm te geven.

Zorgaanbieders die gevestigd zijn in het multifunctionele centrum kunnen, mede door de goede infrastructuur die ontmoeting en samenwerking stimuleert, integrale zorg verlenen aan de bewoners van de tailormade woningen. Daarmee onderscheiden de zorgaanbieders zich van andere zorgaanbieders in de omgeving. Door de intensieve samenwerking met de (zorg)verzekeraar en huisvestiging in het multifunctionele centrum zijn de zorgaanbieders verzekerd van voldoende klantenstroom.

COPD-garantiezorg



Concept

In toenemende mate wordt goede en klantgerichte zorg van hoge kwaliteit beloofd. Zorgverzekeraars kijken meer gericht naar de wijze van financiering van zorgaanbieders en tot welke incentives deze beloningsvormen kunnen leiden.

De 'COPD-garantiezorg' houdt in dat een COPD-ketenzorgnetwerk afspraken maakt met een regionaal dominante zorgverzekeraar ten aanzien van de gemiddeld te bereiken verbetering van de gezondheid van patiënten met COPD, de zogeheten gezondheidswinst. Bij COPD wordt de GOLD indeling aangehouden waarmee de ernst van de chronische aandoening wordt aangegeven. De GOLD indeling loopt van GOLD I (licht COPD) tot en met GOLD IV (zeer ernstige COPD). De COPD-ketenzorgnetwerk maakt prestatieafspraken met de zorgverzekeraar om de gemiddelde GOLD score te verlagen, bijvoorbeeld van 2,6 naar 2,0.

Het COPD-ketenzorgnetwerk bestaat uit, zowel eerste, als tweede lijns zorgaanbieders. Vanuit een gezamenlijke coöperatie of BV zijn de zorgaanbieders verantwoordelijk om met effectieve en efficiënte ketenzorg de afgesproken gezondheidswinst te realiseren.

Toegevoegde waarde

Met dit model stuurt de zorgverzekeraar direct op de einduitkomst die voor de patiënt het meest van belang is, te weten gezondheidswinst. De zorgverzekeraar kan zich samen met de betrokken zorgaanbieders met deze propositie met gegarandeerde gezondheidswinst onderscheiden naar verzekerden (met COPD). Bovendien stimuleert dit business model eerste en tweede lijns zorgaanbieders om samen zo effectief en efficiënt mogelijke ketenzorg te bieden. Teneinde de afgesproken gezondheidswinst te realiseren en daarmee het verkrijgen van de overeengekomen financiële vergoeding.

Deprex-specialist



Concept

In tegenstelling tot medisch-specialistische zorg beschrijven de GGZ-DBC's de behandeling die geleverd wordt nog in minuten. Er is nog geen sprake van uitkomstgerelateerde DBC's. De DepreX-specialist is een ggz-instelling die zich onderscheidt op het gebied van behandeling van depressie. De DepreX-specialist heeft met de dominante zorgverzekeraar in de regio een contract gesloten voor de uitvoering van de gehele depressieketenzorg, tegen een vaste prijs per verzekerde in de regio en niet per DBC. Daarnaast worden uiteraard een aantal kwaliteitsafspraken gemaakt als randvoorwaarden.

Om de gehele depressieketenzorg te kunnen leveren voor de afgesproken vaste prijs per verzekerde en kwaliteitseisen heeft de DepreX-specialist verschillende business modellen opgezet, afhankelijk van de complexiteit van de problematiek.

De DepreX-specialist zet met name in op preventie, e-health en eerstelijnszorg. De DepreX-specialist werkt volgens een stepped care model. Voor relatief eenvoudige gevallen werken verschillende zorgverleners van de DepreX-specialist in de gezondheidscentra in de regio waar gestandaardiseerde kortdurende programma's worden aangeboden met ondersteuning van e-health. Deze zorgverleners werken intensief samen met huisartsen en andere verwijzers en geven proactief voorlichting en advies. Verzekerden kunnen gebruik maken van een informatielijn die 7 x 24 uur telefonisch bereikbaar is en ook online is de DepreX-specialist bereikbaar voor informatie en vragen. Ook wordt vanuit de DepreX-specialist actief voorlichting en advies gegeven aan risicogroepen, zoals mantelzorgers die iemand verzorgen met dementie of Parkinson. Specialistische en multicomplexe gevallen worden

doorverwezen naar de tweede lijn van de DepreX-specialist. Daar worden meer langdurige zorgprogramma's aangeboden met eventueel verblijf. Voor deze zorg in de tweede lijn wordt vaker een arts/psychiater ingezet.

Toegevoegde waarde

Voordeel van dit model is dat de DepreX-specialist wordt uitgedaagd om efficiënter te werken binnen de vastgestelde kwaliteitskaders. Ook wordt door de DepreX-specialist actief geïnvesteerd in preventie, omdat voorkoming leidt tot een beter bedrijfsresultaat. De DepreX-specialist wordt immers niet afgerekend op het aantal minuten behandeling, maar ontvangt een vast bedrag per verzekerde

(abonnementstarief). Om deze reden heeft de DepreX-specialist ook belang bij groei van het aantal verzekerden in de regio voor de betreffende zorgverzekeraar. Ook heeft de zorgverzekeraar er belang bij dat haar verzekerden behandeld willen worden door de DepreX-specialist. Zij betaalt immers een vast bedrag per verzekerde ter dekking van de kosten die de DepreX-specialist maakt voor depressiezorg. De zorgverzekeraar heeft in dit model een deel van haar risico bij de DepreX-specialist neergelegd. De toegevoegde waarde voor de verzekerde is ggz gericht op voorkoming van depressie en het zo snel mogelijk verbeteren van de ernst van de problematiek.

Specialised Reuma Network

Concept

Bij Reumatoïde Artritis leidt vroegtijdige diagnostiek in combinatie met vroege en

agressieve medicamenteuze behandeling voor patiënten tot een gunstiger



ziekteverloop. In de laatste decennia zijn effectieve medicijnen ontwikkeld voor het onderdrukken van de ziekteactiviteit. Echter, de kosten van deze zogenoemde biologicals zijn relatief hoog (\pm € 15.000 per jaar per patiënt). En niet alle patiënten reageren op hetzelfde medicijn.

Een ziekenhuis in Nederland heeft gekozen om een 'vlag' op het ziekenhuis te plaatsen en zich te onderscheiden als 'Specialised Reuma Centre' (centre of excellence) op het gebied van Reumatoïde Artritis. Samen met de R&D-afdelingen van de farmaceutische industrie doet het ziekenhuis veel onderzoek naar de factoren die goed vooraf kunnen voorspellen welke biological het meest effectief is voor een patiënt. De reumaconsultanten van het ziekenhuis geven voorlichting aan de patiënt en zorgen voor intensieve monitoring van de (ziekteactiviteit van de) patiënt. Alle geregistreerde gegevens worden gebruikt voor verder onderzoek om de behandeling van reumatoïde artritis verder te optimaliseren. Daarnaast worden de

gegevens ten aanzien van de ziekte-activiteit van de patiënt gebruikt bij de berekening van de additionele financiering van de zorgverzekeraar. De dominante zorgverzekeraar in de regio van het Specialised Reuma Centre stimuleert en ondersteunt het ziekenhuis bij het ontwikkelen van haar expertise en de verbetering van de behandeling van mensen met reumatoïde artritis. De additionele financiering neemt toe naarmate de ziekteactiviteit (o.b.v. de DAS-score, 'disease activity score') van de patiënten sneller afneemt dan bij een gemiddelde reuma-patiënt.

De reumatologie-afdelingen van andere ziekenhuizen kunnen franchisenemer worden van het 'Specialised Reuma Netwerk', dat door het Specialised Reuma Centre is opgericht. Het Specialised Reuma Netwerk faciliteert de netwerkpartners met de uitwisseling van de kennis en resultaten uit de onderzoeken die het Specialised Reuma Centre heeft uitgevoerd, geeft adviezen en mogelijkheden om de farmacotherapeutische

behandeling van reumatoïde artritis te verbeteren.

Toegevoegde waarde

Het Specialised Reuma Netwerk bespaart kosten doordat direct het meest geschikte medicijn voor de individuele patiënt wordt voorgeschreven en de ziekteactiviteit daarmee sneller wordt onderdrukt. Hierdoor zijn minder operaties

noodzakelijk. Voor de patiënt betekent dit een toename van de kwaliteit van leven. Daarnaast verzuimt de patiënt minder bij zijn eventuele werkgever en is zijn of haar arbeidsproductiviteit hoger. De franchiseformule ondersteunt informatie-uitwisseling tussen ziekenhuizen en stimuleert het implementeren van onderzochte verbeteringen op grote schaal.

	 Elderly friendly network www.elderlyfriendlynetwork.nl	 Tailormade senior living insurance www.tailormadeseniorliving.nl	 COPD-garantiezorg www.COPD-garantiezorg.nl	 DepreX-specialist www.deprex-specialist.nl	 Specialised Reuma Netwerk www.specialisedreumanetwerk.nl
Doelgroep	Ouderen	Ouderen	Patiënten met COPD	Patiënten met Depressie	Patiënten met Reumatoïde artritis
Toegevoegde waarde	Verbetering van de zorg voor ouderen, omdat zorgaanbieders worden gestimuleerd ouderenvriendelijke zorg te verlenen om in aanmerking te komen van het 'elderly friendly network'-keurmerk	Dit verzekeringsproduct biedt mensen de mogelijkheid te sparen en verzekerd te zijn van een woning voor de oude dag die de ruimte biedt om op eigen wijze het leven vorm te geven, met alle benodigde (zorg)faciliteiten in de directe omgeving	Gezondheidswinst voor patiënten met COPD omdat de zorgverzekeraar met dit model prestatie-afspraken maakt met het COPD-ketenzorgnetwerk over de gemiddeld te bereiken verbetering van de gezondheid, uitgedrukt in de GOLD-score	Efficiënte en effectieve depressiezorg gericht op preventie, omdat de DepreX-specialist niet wordt afgerekend op het aantal minuten behandeling, maar een vast bedrag per verzekerde (abonnements-tarief) ontvangt.	Toename van kwaliteit van leven en verhoging van de arbeidsproductiviteit doordat het Specialised Reuma Centre en de franchiseemers direct het meest geschikte medicijn voor de individuele patiënt voorschrijven en de ziekteactiviteit daarmee sneller onderdrukken

Figuur 22: Doelgroepen en toegevoegde waarden van de vijf (nieuwe) business modellen

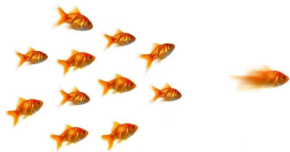
Over BS Health Consultancy

BS Health Consultancy is een adviesbureau specifiek gericht op de gezondheidszorg. Wij leveren advies en bieden ondersteuning bij strategische- en beleidsvraagstukken van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, farmaceutische bedrijven, (rijks)overheid en koepel- en brancheorganisaties. Daarbij combineren wij onze diepe marktkennis met gedegen kwalitatieve en kwantitatieve analyses.

Meer in het bijzonder kan BS Health Consultancy op de volgende gebieden ondersteuning bieden:

Strategie ontwikkeling

De juiste koers van de organisatie bepalen



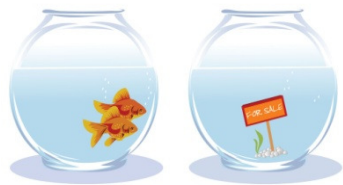
Strategie is de juiste koers van de organisatie bepalen waarbij een heldere visie een noodzakelijk vertrekpunt is. Randvoorwaarden bij het definiëren van een strategie zijn goede inzichten in zowel de interne als de externe omgeving van de organisatie, waaronder ook een beeld van mogelijke toekomstscenario's van de markt.

Enkele voorbeelden van uitgevoerde projecten:

- Ontwikkelen van een lange termijn strategie voor een middelgroot algemeen ziekenhuis
- Begeleiden bij het vaststellen van een nieuw meerjarenbeleid voor een academisch ziekenhuis aan de hand van de scenariomethode
- Ontwikkelen van een market entry strategie voor een Duitse kliniek
- Opstellen van een business plan voor een gezondheidscentrum
- Ondersteunen van een revalidatie- en astmacentrum bij het opstellen van een strategisch beleidsplan
- Ondersteunen bij de strategieontwikkeling voor een ggz-instelling
- Begeleiden van strategische beleidsvorming voor diverse verzorgingshuizen

Partnerselectie en fusiebegeleiding

De geschikte samenwerkingspartner zoeken en de totstandkoming van de samenwerking



Voor het realiseren van een strategie kan het nodig zijn een verdergaande samenwerking met een andere organisatie aan te gaan die over de vereiste activiteiten en/of competenties beschikt. Naast het zoeken van een geschikte samenwerkingspartner ondersteunt BS Health Consultancy ook bij de daadwerkelijke totstandkoming van de samenwerking of fusie.

Enkele voorbeelden van uitgevoerde projecten:

- Opstellen van een business case 'Nut & Noodzaak' ten aanzien van een fusie van 3 zorgverzekeraars
- Ondersteuning en advisering van stuurgroep bij fusie tussen zorgverzekeraars
- Onderzoek zorgverzekeraarsmarkt en mogelijke samenwerkingsmodellen voor diverse farmaceutische organisaties
- Fusiebegeleiding van verschillende verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen
- Verrichten van een strategische due diligence voor een investeerder op wasgoed- en linnenmarkt in de gezondheidszorg



Business case ontwikkeling

In kaart brengen van de risico's en opbrengsten van een investering

Veranderingen in de markt of omstandigheden in de organisatie kunnen een aanleiding zijn om investeringen te doen. Aan de hand van een business case worden alle risico's en opbrengsten van de te nemen beslissing op een volledige en gestructureerde wijze in kaart gebracht.

Enkele voorbeelden van uitgevoerde projecten:

- Ontwikkelen van een business case voor het outsourcen van de back-office voor een zorgverzekeraar
- Business case gestuurd onderzoek naar de synergievoordelen op het gebied van zorg en sociale zekerheid in opdracht van een koepelorganisatie voor verzekeraars
- Opstellen van een business case van een geneesmiddel voor een farmaceutische organisatie
- Opstellen van een business case voor een sportgezondheidscentrum
- Opstellen van een business case voor het verzelfstandigen van de paramedische dienstverlening voor een gehandicaptenorganisatie
- Onderzoek naar de kosten van de invoering van ROM en transparantie in de GGZ voor de brancheorganisatie van ggz-instellingen

Klantsegmentatie

Vaststellen wie de (winstgevende) klanten en wat hun behoeften zijn



Steeds meer organisaties in de zorg stellen de klant centraal om zich te wapenen tegen de toegenomen concurrentie. Vraagsturing, zorg op maat en nieuwe diensten worden ingezet om nieuwe klanten te werven, klantloyaliteit te vergroten en de inkomsten per klant te verhogen. De vraag is echter vaak hoe dit in de praktijk kan worden gebracht en wie eigenlijk de (winstgevende) klanten zijn.

Enkele voorbeelden van uitgevoerde projecten:

- Klantanalyse en segmentatie voor een zorgverzekeraar
- Ondersteuning bij het ontwikkelen van een strategie voor behoud van een grote collectiviteit voor een zorgverzekeraar
- Ondersteuning van een zorgverzekeraar bij het commerciële seizoen
- Identificatie groeisegmenten voor een algemeen ziekenhuis
- Opstellen van een marketingplan voor het werven van nieuwe leden voor een patiëntenvereniging



Benchmarking

Bepalen van verbeterpunten door te leren van anderen

Benchmarking is een methodiek om verschillen van de prestaties van de eigen organisatie ten opzichte van de prestaties van de markt te meten en vast te stellen. En vervolgens een strategie voor verbeteringen te ontwikkelen.

Enkele voorbeelden van uitgevoerde projecten:

- Verrichten van een benchmark 'effectieve bedrijfsvoering' voor zorgverzekeraars
- Uitvoeren van een concurrentie-analyse voor een categoriaal ziekenhuis
- Onderzoek naar de marktpositie van een regionale organisatie van zittend vervoer
- Verrichten van een benchmarkonderzoek op het gebied van arbocuratieve zorg
- Diagnose en aandragen van verbeterpunten voor verschillende welzijnsinstellingen
- Verrichten van benchmarkonderzoeken naar de bedrijfsprestaties van ggz-instellingen



Organisatiediagnose en verbetering

Probleemanalyse van de situatie en opstellen van verbetervoorstellen

Met een brede en diepe probleemanalyse van de situatie in de organisatie kunnen knelpunten zichtbaar worden gemaakt. Waarna een plan kan worden opgesteld met concrete verbetervoorstellen ten aanzien van het optimaliseren en (her)positioneren van bedrijfsprocessen en het (her)ontwerpen en inrichten van organisatiestructuren.

Enkele voorbeelden van uitgevoerde projecten:

- Doorlichten en herstructureren van de OK-afdeling van een groot stadsziekenhuis
- Ontwerpen en adviseren over een nieuwe inrichting van schadeverwerking bij een zorgverzekeraar
- Ondersteunen van een farmaceutische organisatie bij de herinrichting van de interne organisatie
- Opstellen van het organisatieontwerp voor een grote thuiszorgorganisatie
- Ontwerpen van de topstructuur van een gehandicapteninstelling
- Herontwerpen van de inkoopafdeling van een Academisch Ziekenhuis



Beleids(evaluatie)onderzoek

Externe beoordeling van (gevoerde of te voeren) beleid

Bij beleidsstudies gaat het om onderzoeken die een cruciale rol spelen binnen de beleidscyclus van organisaties, in het bijzonder bij overheden of aan de overheid gelieerde organisaties. Beleidsstudies zijn aan de orde in 3 fasen: beleidsvorming (zoals beleidsontwerpend onderzoek, ex ante beleidsevaluatie of haalbaarheidsonderzoek), beleidsuitvoering (zoals monitoring) en tot slot beleidsevaluatie (zoals effectevaluatie, uitvoeringsevaluatie of wet- en regelgevingevaluatie).

Enkele voorbeelden van uitgevoerde projecten:

- Onderzoek naar de haalbaarheid van een IZA-achtig systeem van eigen bijdragen in de nieuwe zorgverzekeringswet voor het Ministerie van VWS
- Haalbaarheidsonderzoek invoering eigen bijdrage systematiek in de Ziekenfondswet in opdracht van het Ministerie van VWS
- Effectiviteit- en efficiencyonderzoek bij Sectorfondsen in opdracht van het Ministerie van VWS
- Evaluatie van de effectiviteit van de activiteiten van Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening (DGV) in opdracht van het Ministerie van VWS

- Evaluatie organisatie psychosociale nazorg boeren naar aanleiding van vogelpest in opdracht van het Ministerie van VWS
- Literatuur- en programmaverkenning naar de werkwijze en waarde van arbocuratieve zorg in opdracht van de Ministeries van SZW, VWS en BZK

Kennisbijeenkomsten

Informatieve en inspirerende sessies over een specifiek onderwerp



De zorgmarkt kent de laatste jaren vele veranderingen. Om medewerkers, aangesloten leden of andere belanghebbenden over een specifiek onderwerp te informeren en te laten inspireren kan een organisatie ervoor kiezen om een kennisbijeenkomst te organiseren. BS Health Consultancy kan uw organisatie ondersteunen bij de invulling van een dergelijke kennissessie.

Enkele voorbeelden van uitgevoerde projecten:

- Verzorgen van kennissessies voor farmaceutische organisaties over onder andere de zorgverzekeraarsmarkt, ziekenhuismarkt, eerstelijnszorg en ggz-markt.
- Kennissessie over de ontwikkelingen op de zorginkoopmarkt voor een Nederlandse toezichthouder
- Inleiding op een invitational conference voor arbodienstverleners en interventiebedrijven
- Kennissessie over de ontwikkelingen ten aanzien van arbocuratieve zorg voor een grote verzekeringsmakelaar
- Inleiding op een congres voor fysiotherapeuten over de balans tussen zorgverlener en zorgondernemer
- Kennissessie over de transitie in de farmacieketen tijdens een congres voor apothekhoudende huisartsen

Voor vragen over het onderzoek, de dienstverlening van BS Health Consultancy of het downloaden van voorgaande onderzoeken, kunt u onze website www.bshealth.nl raadplegen en/of contact opnemen met:

Paul van den Broek

Mobiel: +31(0) 6 53 65 7102

E-mail: paulvandenbroek@bshealth.nl

Renate Streng

Mobiel: +31(0)6 28 48 7934

E-mail: renatestreng@bshealth.nl

Gesprekspartners

Organisatie	Contactpersoon
Achmea	Mevrouw M. Schultz van Haegen en de heer H. Hopmans
ADHD Behandelcentrum	De heer D. Birnie
Agis Zorgverzekeringen	Mevrouw M. Sleenwenhoek en de heer H. Flens
Alliance healthcare/Kring Apotheken	Mevrouw B. de Reijke
ANBO	Mevrouw M. Brands
CZ	De heer W. Gruissen
College voor zorgverzekeringen	Mevrouw M. Kuijpers en de heer M. van der Graaff
DBC Onderhoud	De heer J. Warners
De Friesland Zorgverzekeraar	De heer L. Kea en mevrouw N. van der Meulen
Jan van Breemen instituut	De heer D. van Schaardenburg
LVG	De heer M. Roosenboom
Menzis	Mevrouw R. Stegehuis, de heer N. de Jong, Mevrouw M. Vos en de heer P. Stoteler
Multizorg VRZ	De heer W. Bijl en de heer J. Visser

Organisatie	Contactpersoon
Nederlandse Zorgautoriteit	De heer K. Noorlag, de heer E. de Laat en de heer H. van Vliet
Netwerk Utrecht Zorg voor Ouderen (NUZO)	Mevrouw M. de Graaff en de heer B. Steunenberg
Pantein	De heer W. van Soest
PCOB	Mevrouw G. Abrahamse
Philips	De heer L. van der Vorst
Reumapatiëntenbond	Mevrouw C. Merkies
RIVM en Universiteit van Tilburg (Tranzo)	De heer J. Polder
Salland	De heer J. de Jong en de heer T. Geerdink
Sint Maartenskliniek	De heer B. van den Bemt
Unie KBO	Mevrouw E. Willemsen
Univé-VGZ-IZA-Trias (UVIT)	De heer M. Bontje
Vierstroom	De heer H. Schellekens
Zorg en Zekerheid	De heer J. Kroes
Zorgverzekeraars Nederland	De heer M. Bouwmans

Geraadpleegde bronnen

- Adviesgroep Ketenzorg. Overzicht zorggroepen, januari 2009
- Algemene Rekenkamer. Afstemming van de zorg rond chronische aandoeningen. Terugblik 2010. Den Haag, november 2010
- Arjan J. van Weele. Purchasing and supply chain management. London, 2010
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheid en zorg in cijfers 2009. Den Haag, december 2009
- Centraal Bureau voor de Statistiek. StatLine databank
- College voor zorgverzekeringen (CVZ). Uitvoeringstoets afbakening intra- en extramurale farmaceutische zorg. Diemen, april 2008
- CSO, koepel van ouderenorganisaties. Duurzame ouderenzorg: met, voor én door ouderen. Utrecht, mei 2010
- CSO, koepel van ouderenorganisaties. Werken aan betere ouderenzorg. Zorg voor en door ouderen. Utrecht, april 2010
- DBC Onderhoud. Rapportage productstructuur DOT RS05. Utrecht, juni 2010
- Economisch Statische Berichten nr. 4591. Erik Schut en Wijnand P.M.M. van de Ven. Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars onverstandig. Augustus 2010
- Franchising Etc. E-book “Wat is franchise”. Leeuwarden, 2008
- Gezondheidsraad. Ouderdom komt met gebreken. Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit. Den Haag, januari 2008
- Gezondheidsraad. Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Den Haag, april 2009
- GGZ Nederland. Brief GGZ Nederland aan Nederlandse Zorgautoriteit over consultatiedocument verbetering werking DBC-systeem. Amersfoort, oktober 2010
- GGZ Nederland. Visie op ROM in de ggz. Stuurgroep ROM ggz. Amersfoort, maart 2010
- Hans van Putten. Thomashuis. Hoe zorg ook kan. Houten, 2009
- Jos de Blok en Aart Pool. Buurtzorg: menselijkheid boven bureaucratie. Den Haag, 2010

- KNMP. Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Standpunt van de KNMG. Utrecht, maart 2010
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Introductiedossier bewindspersonen. Den Haag, oktober 2010
- Nederlandse Zorgautoriteit. Advies Bekostiging dure- en weesgeneesmiddelen. Onderzoeksresultaten X-factor. Utrecht, oktober 2008
- Nederlandse Zorgautoriteit. Advies Bekostiging dure geneesmiddelen. Utrecht, januari 2008
- Nederlandse Zorgautoriteit. Consultatiedocument Verbetering werking DBC-systeem. Voorstel voor verbeterde werking van het DBC-systeem binnen de GGZ. Utrecht, oktober 2010.
- Nederlandse Zorgautoriteit. Uitvoeringstoets Uitbreiding integrale bekostiging ketenzorg. Verruiming grenzen en soorten ketens. Utrecht, januari 2010
- Nederlandse Zorgautoriteit. Uitvoeringstoets Van budget naar prestatie. Prestatiebekostiging binnen de medisch specialistische zorg. Utrecht, oktober 2009
- NIVEL. Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars. CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2009. Utrecht, november 2009
- NIVEL. Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn. Achtergronden en resultaten van een trend- en verdiepingsstudie. Utrecht, juli 2010
- NIVEL. Preventie in de huisartsenpraktijk anno 2008. De vroege opsporing van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en nierziekten. Utrecht, juli 2008
- NPCF. Patiënten- en consumentenbeweging in Beeld. Brancherapport 2008. De categoriale organisaties. Utrecht, december 2008
- NVZ vereniging van ziekenhuizen en Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Databank kwaliteit
- RIVM. De organisatie van zorggroepen anno 2010. Huidige stand van zaken en de ontwikkeling in de afgelopen jaren. Bilthoven, september 2010.
- RIVM. J.N. Struijs en C.A. Baan. Keten-dbc voor diabetes. Bilthoven, februari 2008
- RIVM. Nationale Atlas Volksgezondheid

- RIVM. Van Gezond naar Beter. Kernrapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010, Bilthoven, maart 2010
- RIVM. Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025. Bilthoven, 2007
- RIVM. Website Kiesbeter.nl
- RIVM. Website Kosten van Ziekten
- Staatscourant nr. 15003, 6 oktober 2009. Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 september 2009, nr. Z/F-2958935, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering ter zake van de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars in het jaar 2010
- STG/Health Management Forum. Medische ouderenzorg in de toekomst. Anticiperen op ziekte en welbevinden. Scenariostudie. Leiden, 2007
- Stichting Farmaceutische Kengetallen. Pharmaceutisch Weekblad nr. 15. Prijzen geneesmiddelen verder gedaald. Den Haag, april 2010
- Vektis. Zorgthermometer Vooruitblik 2011. Zeist, november 2010
- Vrijheid en Verantwoordelijkheid. Regeerakkoord VVD-CDA. Den Haag, september 2010
- VVD-Tweede Kamerfractie. Dichterbij betere zorg. Nieuwe visie op gezondheidszorg. Den Haag, augustus 2008
- Zorgverzekeraars Nederland. De AWBZ in 2012. Op weg naar de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden. Zeist, september 2009
- Zorgverzekeraars Nederland. Inkoopgids DBC GGZ 1011. Kwaliteits- en profielinformatie voor zorgverzekeraars. Zeist, september 2010

BS Health Consultancy
Herenweg 111a
3645 DJ Vinkeveen
Telnr: 023-5428744
e-mail: info@bshealth.nl
www.bshealth.nl

Vinkeveen, december 2010

