

Integrale zorg in de buurt

NYFER
Maliestraat 1
3581 SH UTRECHT
T 030-2364703
F 030-2368345
E nyfer@nyfer.nl
I www.nyfer.nl

Dit onderzoek is uitgevoerd met financiële steun van de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn, zorgverzekeraar CZ, Mediq, Actiz en Stichting Else. De visies en conclusies weergegeven in dit rapport komen niet noodzakelijkerwijs overeen met die van de opdrachtgever

Ontwerp en zetwerk
Quina design, Breukelen

© auteursrecht NYFER, Utrecht, april 2012

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

Integrale zorg in de buurt

Meer gezondheidsresultaat per euro

Lucienne Berenschot
Leo van der Geest

Doelstelling NYFER

NYFER doet toegepast-wetenschappelijk economisch onderzoek op een groot aantal beleidsterreinen. De resultaten daarvan worden ingebracht in het publieke debat over economie en samenleving. NYFER wil meten, analyseren en vergelijken om het sociaal- en financieel-economisch beleid op een hoger plan te brengen. Onderzoeksterreinen zijn arbeidsmarkt en sociale zekerheid, gezondheidszorg, onderwijs, kenniseconomie, stedelijke vernieuwing en ruimtelijke ontwikkeling, marktordening, regulering en mededinging, en financiële economie. Het onderzoek is multidisciplinair en combineert economische met historische en bestuurlijke inzichten. Veel onderzoek plaatst nationale ontwikkelingen in een breder, internationaal perspectief. Er is bijzondere aandacht voor een heldere presentatie.

Inleiding

Minister Schippers van VWS wil “zorg en ondersteuning in de buurt”. Zorg die laagdrempelig en nabij is, waar je terecht kunt met eenvoudige vragen, die onnodige medicalisering tegengaat, zelfstandigheid en zelfredzaamheid bevordert en ertoe bijdraagt dat mensen zo lang en zo gezond mogelijk in het dagelijkse leven kunnen blijven functioneren. De ‘eerste lijn’ speelt hierin een sleutelrol: de huisarts, de wijkverpleging, de thuiszorg, de apotheek, de tandarts, de fysiotherapeut, de diëtist, de psycholoog, de jeugdzorg, het maatschappelijk werk en al die andere zorgaanbieders die niet-complexe zorg dichtbij huis verlenen. Als de eerste lijn zich goed organiseert, is zij volgens de minister in staat om 80% van alle zorgvragen adequaat op te vangen. Daarvoor moet er wel wat veranderen: meer naar de mensen toe gaan, de bereikbaarheid vergroten, beter samenwerken, minder versnippering, minder doorverwijzen, meer preventief werken, mensen aanspreken op wat zij zelf kunnen en hen daarbij ondersteunen. De organisatie en financiering van de zorg moeten de ontwikkeling in de richting van meer samenhangende zorg in de buurt ondersteunen. Deze opgave is niet vrijblijvend. Hervorming van de eerstelijnszorg is noodzakelijk om aan de vraag tegemoet te komen, de kwaliteit te waarborgen en de kosten in de hand houden.

Dit rapport analyseert wat nodig is om “integrale zorg in de buurt” te realiseren. Daarbij staat het perspectief van de zorgvrager centraal: de mens die – blijvende – problemen met zijn gezondheid ervaart die hem in zijn dagelijkse leven hinderen en waarvoor hij professionele hulp vraagt. Problemen die vaak niet uitsluitend medisch zijn, maar voor een deel ook in het fysieke, psychische en sociale vlak liggen. ‘Integrale’ zorg houdt in dat de zorg zich op de volle breedte van de vraag richt, waarbij niet de aandoening, maar de mens in zijn sociale omgeving centraal staat. Bij de integrale zorg zijn doorgaans verschillende disciplines betrokken, het aanbod omvat zowel *cure* als *care*, de coördinatie tussen zorgverleners is goed geregeld en de zorg is erop gericht de kwaliteit van leven te verbeteren.

Een belangrijk uitgangspunt van deze studie is dat vernieuwing van zorg vanuit de praktijk ontstaat: door initiatieven van zorgvragers, zorgverleners, professio-

nals en financiers die vaak met grote inzet bezig zijn de zorg te verbeteren. Het hoofdrapport geeft daarvan aansprekende voorbeelden. De taak van bestuurders en beleidsmakers is hiervoor gunstige voorwaarden te scheppen, blokkades weg te nemen en te bevorderen dat goede resultaten navolging krijgen.

Conclusies en aanbevelingen in hoofdpunten

Conclusies

Zorg staat voor grote uitdagingen

- De zorgvraag verschuift steeds meer naar chronische aandoeningen. Van de 65-plussers heeft meer dan de helft een chronische aandoening en vaak meer dan één. Ook veel jongeren kampen al met chronische problemen. De vraag naar zorg krijgt hierdoor een ander karakter. Het aanbod moet daarop inspelen. Doel is niet genezing, maar kwaliteit van leven en beperking van risico's door aanpassing van de leefstijl, inpassen van de ziekte in het dagelijkse leefpatroon en blijvende maatschappelijke participatie ondanks de beperkingen van de ziekte.
- Medische kennis en technologie nemen in hoog tempo toe. Zorgvragers zelf zijn mondiger, beter geïnformeerd en beter georganiseerd en dwingen kwaliteitsimpulsen af in de zorg. De combinatie van toenemende medische mogelijkheden en hogere verwachtingen stuwt de uitgaven aan publiek gefinancierde zorg op
- Sinds 2000 zijn de zorguitgaven in euro's per hoofd bijna verdubbeld. Slechts een klein deel hiervan (15%) is toe te schrijven aan de vergrijzing. Ook in de jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg zijn de uitgaven sterk toegenomen. Dit is niet vol te houden: zorgpremies slokken een steeds groter deel op van het besteedbare inkomen van Nederlanders en de overheidsfinanciën dreigen te ontsporen. Ook vanuit arbeidsmarktperspectief loopt de huidige ontwikkeling spaak: als de trends zo doorgaan, zijn er tot 2030 nog meer dan een miljoen mensen extra nodig om in de vraag naar zorg te voorzien, terwijl de beroepsbevolking krimpt. Om goede, toegankelijke en betaalbare zorg ook op termijn te waarborgen, moet de doelmatigheid omhoog.

Zorgsector onvoldoende tegen uitdagingen opgewassen

- De zorgsector is in zijn huidige inrichting, organisatie en financiering onvol-

doende tegen deze uitdagingen opgewassen. De zorgsector is een conglomeraat van professionals, instellingen en organisaties met elk hun eigen werkgebied, functie, grootte, financiering en cultuur, variërend van lokaal en wijkgericht tot regionaal en bovenregionaal, terwijl de vraag uitgaat naar laagdrempelige, generalistische voorzieningen dichtbij huis. Functies als zorgcoördinatie, medicatie- en zorgmanagement worden soms helemaal niet, soms door verschillende zorgverleners versnipperd ingevuld. Afstemming tussen zorggebruiker, curatieve zorg, thuiszorg, wijkverpleging, welzijnswerk e.d. hangt nog te veel van de goedwillendheid en het initiatief van de betrokken zorgverleners af.

- De financiering van de zorg kent een soortgelijke versnippering. Dit leidt tot ondoelmatigheden, gebrek aan samenhang, onduidelijke verantwoordelijkheden en inadequate reacties op (veranderingen in) de zorgvraag.

Paradigmashift nodig

- Er is een paradigmashift in de zorg nodig, door de RVZ omschreven als: “van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag” (van zz naar gg). Essentiële elementen daarvan zijn: (i) niet de aandoening maar de mens in zijn sociale omgeving centraal stellen; (ii) de focus richten op gezondheid, kwaliteit van leven en het bevorderen daarvan; (iii) goede coördinatie tussen zorggebruiker, zorgverleners en organisaties die bij de zorg betrokken zijn, en (iv) preventie als integraal onderdeel van de zorg.
- De ‘eerste lijn’ speelt hierin een hoofdrol. Het gaat dan niet alleen om de huisarts, maar ook om farmaceutische en paramedische zorg, de thuiszorg – (wijk)verpleging en verzorging – en de maatschappelijke zorg. De eerste lijn neemt niet alleen het overgrote deel van de chronische zorg voor haar rekening, maar is als eerste aanspreekpunt en poortwachter ook cruciaal voor toegankelijke en doelmatige gezondheidszorg in den brede (‘zinnige en zuinige zorg’).
- Naast kwaliteit en toegankelijkheid zal (ook in de eerste lijn) meer gestuurd moeten worden op doelmatigheid: meer gezondheidsresultaat per euro

Mens centraal

- Het centraal stellen van de zorgvrager is meer dan alleen een kwestie van goede dienstverlening. Bij chronische ziekten hangen de risico’s en gezondheidsuitkomsten voor een belangrijk deel af van de capaciteit van mensen zelf om hun gezondheid te managen. Ondersteuning van zelfmanagement is daarom een essentieel onderdeel van integrale zorg om de ziektelast van chronische aandoeningen te reduceren.

Organisatorische versterking nodig

- Er is behoefte aan nieuwe organisatievormen in de eerste lijn. Multidisciplinaire samenwerking, kwaliteitsbeheersing, preventie en integratie van *cure* en *care* zijn daarbij sleutelwoorden. Dit vergt een enorme omslag vanuit de traditionele situatie waarin eerstelijns zorgaanbieders voornamelijk vanuit hun eigen praktijk en discipline opereren en ook de bekostiging langs die lijnen is georganiseerd.
- Er is geen blauwdruk voor de inrichting van effectieve zorg voor chronisch zieken. Lokale omstandigheden bepalen welke organisatievorm in een bepaalde context optimaal is.
- Het benutten van bronnen uit de omgeving (familie, buurt, gemeenschap, samenleving) is belangrijk om de zorg te optimaliseren. Er moeten verbindingen tot stand worden gebracht tussen de verschillende domeinen die bij integrale zorg betrokken zijn (nulde, eerste en tweede lijn, cure, care, maatschappelijke ondersteuning, welzijn).
- De keten-dbc's hebben belangrijke vernieuwingen in de organisatie van de zorg teweeggebracht. Maar het zijn 'halffabricaten' die moeten worden doorontwikkeld tot integrale zorgprogramma's. Keten-dbc's kunnen ook voor chronische gezondheidsondersteuning voor groepen mensen als ouderen, sociaal-psychisch kwetsbaren e.d. van waarde zijn.

Veranderingen in financiering nodig

- De bekostigingssystematiek maakt het moeilijk om maatwerk te leveren voor patiënten en hun zorgvraag. De aard en diversiteit van zorgbehoefte zijn dusdanig veranderd dat de standaardverrichtingen, waarvoor aanbieders worden betaald, lang niet altijd passend zijn voor een adequate ondersteuning. Daardoor zijn er weinig of geen prikkels om in te zetten op preventie, verbetering van de leefstijl en bevordering van zelfmanagement.
- Door een gebrek aan transparantie is in veel situaties niet duidelijk welke zorg wordt geleverd en welke resultaten worden behaald. Dit geldt met name voor de huisartsenzorg die voor een deel wordt bekostigd via het inschrijftarief. Het is niet duidelijk wat de huisarts daarvoor moet doen en of zij dat op een adequate manier doet. Het gebrek aan transparantie maakt het ook onmogelijk goede van minder goede kwaliteit te onderscheiden.
- Financiële kaders voor de eerste en tweede lijn, de AWBZ, de Zvw, de jeugdzorg, de ggz enz. belemmeren een integrale aanpak van chronische zorg. Een

kwetsbare oudere ontvangt huishoudelijke hulp uit de Wmo, persoonlijke verzorging uit de AWBZ, terwijl de huisartsenzorg en rollator door de zorgverzekeraar uit de Zvw worden bekostigd. De versnipperde bekostiging leidt ertoe dat de verantwoordelijkheid van zorginstellingen en zorgverleners zich beperkt tot alleen datgene waarvoor zij betaald worden. Voor 'integrale' zorg is niemand verantwoordelijk.

- Bij de uitvoering van de AWBZ lukt het zorgkantoren onvoldoende om op kwaliteit en doelmatigheid te sturen. Het is twijfelachtig of dat bij uitvoering van de AWBZ rechtstreeks door verzekeraars zal verbeteren, zolang adequate stimulansen voor sturing op goede en doelmatige AWBZ-zorg ontbreken.
- De financiële kaders, zoals die worden vastgelegd in het Budgettair Kader Zorg, belemmeren uitgavensubstitutie. Als de eerste lijn zorg overneemt van de tweede lijn, leidt dat niet tot besparingen omdat het budget voor de tweede lijn vastligt. De ruimte die vrijkomt, wordt opgevuld met andere verrichtingen. Zorgverzekeraars slagen er onvoldoende in hier tegenwicht aan te bieden en zijn niet risicodragend voor de kosten in de tweede lijn. Vanaf dit jaar komt daar langzaam verandering in en nemen prikkels voor verzekeraars toe om substitutie van de tweede naar de eerste lijn te bevorderen.
- Op uitvoeringsniveau leidt het steeds verder opknippen van de zorg in declareerbare producten en handelingen, bedoeld om efficiencywinst te boeken, juist tot het tegenovergestelde effect: door de versnippering nemen transactien- en registratiekosten toe en daalt de productiviteit. Bovendien blokkeert het innovatie (substitutie, taakherschikking, integraliteit) die voor meer kwaliteit en doelmatigheid moeten zorgen. In de thuiszorg is gebleken dat die formule niet werkt en dat een beroep op de professionele autonomie en vakbekwaamheid niet alleen tot betere dienstverlening, meer tevredenheid bij cliënten en arbeidsvreugde bij professionals leidt, maar ook tot grotere doelmatigheid.
- De nieuw ingevoerde integrale bekostiging voor een drietal chronische aandoeningen (diabetes, COPD, vasculair risicomangement) heeft belangrijke impulsen gegeven voor vernieuwing in het zorgveld. Een knelpunt is dat de integrale bekostiging zich beperkt tot afzonderlijke aandoeningen en tot het zorgaanbod in de eerste lijn, terwijl integrale zorg ook specialistische hulp omvat wanneer zich complicaties voordoen. Coördinatieproblemen tussen de eerste en tweede lijn blijven voortduren, zolang de financiële knip tussen beide blijft bestaan.
- Mede door het achterwege blijven van financiële aanpassingen pakt de integrale bekostiging duur uit. De extra kosten van ketenzorg worden bij lange

na niet gecompenseerd door lagere declaraties van de huisarts, paramedici, het ziekenhuis (specialist) of medicijnen. Als taakverschuivingen in het kader van de ketenzorg niet gepaard gaan met verschuivingen in de uitgaven, dreigt ketenzorg te stranden.

Vernieuwing komt 'bottom up'

- Ondanks alle obstakels en barrières zijn er ook veelbelovende initiatieven. Diverse zorggroepen en gezondheidscentra zetten stappen naar integrale zorg. Uit internationale ervaringen blijkt dat vernieuwingen in chronische zorg vaak beginnen met kleine aanpassingen in het zorgproces rond mensen met eenzelfde aandoening, gevolgd door veranderingen in zorgteams in houding, visie en competenties. Vervolgens moeten de hervormingen doorzetten naar zorgprogramma's voor bredere patiëntengroepen tot aan de organisatie van de zorg voor een gehele populatie.
- Ook op gemeentelijk niveau komen initiatieven van de grond om de lokale gezondheidssituatie te verbeteren en participatie te bevorderen. De weg naar een meer samenhangend aanbod van zorg, ondersteuning en welzijn op lokaal niveau is echter nog lang. Gemeenten en verzekeraars zijn geen 'natuurlijke partners' en samenwerking komt nog maar nauwelijks van de grond. De komende jaren valt geen grote vooruitgang te verwachten in de integratie tussen gezondheidszorg en gemeentelijk zorg- en welzijnsbeleid. Het gevaar is dat er twee parallelle stelsels ontstaan: voor het sociale domein op lokaal niveau en het zorgdomein op regionaal niveau.

Wie gaat het doen?

- Vernieuwingsprocessen moeten door de betrokken zorgverleners en patiënten/zorggebruikers zelf worden vormgegeven en gedragen. De rol van leiderschap in het veranderproces is cruciaal. Voortrekkers van vernieuwing in de eerste lijn, hoeven niet altijd artsen te zijn; ook een manager, een verpleegkundig specialist of iemand anders kan een organisatie in beweging brengen. Bij het verandermanagement gaat het vooral ook om het motiveren van het team en het verankeren van één gezamenlijk gedragen visie in de organisatie. Naast leiderschap zijn financiële *incentives* een belangrijke drijfveer voor veranderingen. Deze prikkels kunnen vanuit de organisatie komen, maar ook vanuit het zorgsysteem of de financiële aansturing door de overheid of verzekeraar.
- Vanuit het zorgstelsel bekeken, is er nog sprake van een hybride situatie.

De overheid bepaalt nog altijd een groot deel van de regels om de zorg te ‘managen’ en ook de bekostiging van zorg is nog grotendeels landelijk geregeld. Door de verzekeraar gestuurde managed care is een kansrijke optie om zinnige en zuinige zorg te realiseren, aangepast aan de lokale of regionale situatie. Daarbij past selectieve contractering van zorgaanbieders. Deze wordt door verzekeraars echter nog mondjesmaat en met de nodige reserve toegepast. Reputatieschade ligt op de loer. Toch zijn bindende afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders de enige remedie tegen explosief stijgende zorguitgaven.

- Het is de vraag in hoeverre de overheid verzekeraars hiervoor (meer) ruimte wil bieden en of verzekeraars zich durven te wagen aan striktere normering van zorg en zorgverleners. Ervaringen uit de VS leren dat afspraken rond *managed care* in ieder geval niet in achterkamers tot stand moeten komen. Optimale transparantie, zorgvuldige communicatie, het betrekken van zorggebruikers bij vernieuwingsprocessen en *monitoring* door onafhankelijke onderzoekspartners om de effecten te volgen en publiceren, zijn noodzakelijk om te leren van ervaringen en het vertrouwen van politiek en publiek te winnen.

Aanbevelingen

Gezondheid en kwaliteit van leven centraal

- Beoordeel investeringen in de gezondheidszorg vanuit het perspectief van wat zij bijdragen aan betere gezondheid en kwaliteit van leven. Ook in de verdeling van budgetten moet dit het leidende beginsel zijn.
- Ontwikkel handzame indicatoren om de bijdrage van eerstelijns zorgaanbieders aan de kwaliteit van leven te monitoren. Ook binnen de *care* (AWBZ en WMO) en geestelijke gezondheidszorg moet de bijdrage die de zorg levert aan de kwaliteit van leven, zichtbaar worden gemaakt.
- De financiering van huisartsen, thuiszorginstellingen en andere eerstelijns zorgaanbieders moet gericht zijn op een zo goed mogelijke bijdrage aan de doelen gezondheidsbevordering en kwaliteit van leven. Een te mechanische koppeling van de beloning aan specifieke uitkomstindicatoren lijkt daarvoor niet de aangewezen weg; gezondheidsuitkomsten hangen af van talrijke factoren die maar voor een beperkt deel binnen de invloedssfeer van zorgaanbieders vallen. Het creëren van flexibel in te vullen ‘scharrelruimte’ in het be-

loningsstelsel biedt meer perspectief. Dit geeft verzekeraars en zorgverleners mogelijkheden om inspanningen gericht op de aanpak van aperte knelpunten die veel gezondheidsschade berokkenen, te bekostigen. In de farmaceutische sector bleek dit een effectieve manier om kwaliteitsimpulsen gericht op medicatieveiligheid en multimorbiditeit te stimuleren.

Ondersteuning van zelfmanagement

- Investeer in versterking van individuele kennis en capaciteiten voor risicogroepen en mensen die al een chronische aandoening hebben. In Kinzigal (Duitsland) zijn goede ervaringen opgedaan met een patiëntenacademie die mensen traint in kennis en vaardigheden op het gebied van zelfmanagement. Ook groepstrainingen kunnen een effectief middel zijn.
- Maak mensen eigenaar van hun eigen medische dossier.
- Heroverweeg de voorgenomen inperking van het pgb. Het zelfstandig inkopen van zorg, uiteraard met waarborgen om oneigenlijk gebruik tegen te gaan, versterkt de positie van de zorgvrager.
- Maak meer gebruik van de mogelijkheden van *e-health* om zorgvragers te informeren en ondersteunen bij hun vragen. Dit kan bijvoorbeeld door verzekerden via een patiëntenportaal toegang tot relevante informatie te geven.
- Zorg, zeker bij ketenzorg, voor wettelijke verankering van het individuele behandelplan als basis voor de zorgrelatie. Het (digitale) plan wordt door de zorgvrager (cliënt) en zorgverlener samen opgesteld en geeft alle betrokken zorgverleners inzicht in de ingezette behandeling, behandeldoelen, gemaakte afspraken en de ontwikkeling van de gezondheid/ziektelast. Het individuele behandelplan fungeert als houvast voor zorggebruikers (een soort contract) om duidelijkheid over hun rechten én plichten in hun zorgproces te scheppen.
- Train zorgverleners in het ontwikkelen van bredere dan uitsluitend medische of verzorgende vaardigheden. Leer hun hoe zij mensen kunnen ondersteunen met behoud van hun onafhankelijkheid, zelfredzaamheid en zelfrespect.
- Ontwikkel een handzame methode (*checklist*) om het vermogen van mensen tot zelfmanagement te bepalen en pas die toe in elke zorgrelatie.

Versterking organisatiekracht eerste lijn

- Benut de professionele zorgorganisaties met *managed care* potenties die vanuit de eerste lijn zijn ontstaan, voor het ontwikkelen van integrale en doelmatige zorgprogramma's, in samenspraak met verzekeraars en zorggebruikers en

afgestemd op het verzorgingsgebied. Hiervoor is experimenteeruimte nodig in de sfeer van regelgeving en bekostiging.

- Nieuwe zorgproducten en samenwerkingsvormen zullen zich werkende weg moeten uitkristalliseren. Zorg voor zorgvuldige *monitoring* tijdens dit proces om de opgedane ervaringen te benutten en onvolkomenheden te repareren. Het patiëntenperspectief, marktverhoudingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, doelmatigheid en gezondheidsuitkomsten staan hierbij centraal.
- Om de mogelijkheden tot doorontwikkeling van zorgproducten open te houden, is flexibiliteit in productomschrijvingen en bijbehorende bekostiging nodig. Leg de besluitvorming hierover op decentraal niveau, binnen vooraf vastgestelde financiële grenzen.
- Accepteer dat er regionale verschillen in de inrichting van het zorgaanbod zullen ontstaan door deze ‘bottom up’ ontwikkeling. Andere Europese landen als Zwitserland en Duitsland kennen die situatie ook. Toegankelijkheid, kwaliteit (afgemeten aan gezondheidsuitkomsten) en doelmatigheid van zorg blijven kernwaarden van het zorgstelsel, waarop de centrale overheid moet blijven toezien.

Adequate financieringsmechanismen

- Baseer de financiering van de zorg ten minste voor een deel op resultaat (optimale uitkomsten in termen van gezondheid en kwaliteit van leven) in plaats van verrichtingen (productie). Zorgaanbieders moeten financieel niet worden gestraft als zij mensen gezond houden en onnodige verrichtingen terugbrengen.
- Er moet ruimte zijn voor prijsverschillen tussen zorgaanbieders. Aanbieders die aantoonbaar betere kwaliteit leveren dan anderen moeten daarvoor kunnen worden beloond. Uiteraard vereist dit dat kwaliteitsverschillen zichtbaar kunnen worden gemaakt.
- De bekostiging moet samenwerking tussen ketenpartners aanmoedigen, als dit waarde toevoegt in termen van betere gezondheidsresultaten (c.q. kwaliteit van leven). De bekostiging mag geen belemmeringen opwerpen om zorgprocessen slimmer in te richten.
- Binnen Nederland zijn er grote lokale en regionale verschillen in gezondheidssituatie, maatschappelijke context en zorgaanbod. Afstemming op de lokale/regionale situatie is belangrijk om maatwerk te kunnen leveren.
- De financiering moet een gelijk speelveld tussen verschillende aanbieders van zorg (waaronder nieuwe toetreders) waarborgen.

- De bekostiging moet transparant zijn en een adequate (geen excessieve) beloning bieden voor daadwerkelijk gemaakte kosten.
- Bij het bekostigen van nieuwe (integrale) zorgproducten is het zaak ook financiële afspraken te maken over reductie van enkelvoudige zorgproducten die daarin opgaan om te voorkómen dat vernieuwingen stagneren door onevenredige uitgavenstijgingen.

Sturing op gezondheidsuitkomsten

- Maak meer gebruik van de informatie die op populatieniveau (wijk/stad/regio) al voorhanden is (bijvoorbeeld bij de GGD). Benut deze informatie voor analyses van de gezondheidssituatie in het verzorgingsgebied, het stellen van prioriteiten in de gezondheidsondersteuning en als instrument voor *monitoring*. Koppeling van de gezondheidsinformatie met gegevens over het zorggebruik van de populatie, kan hierbij een waardevolle rol vervullen.
- Ontwikkel ook voor de eerste lijn geschikte indicatoren om gezondheidsuitkomsten inzichtelijk te maken (bijvoorbeeld op basis van de SF-36). Met de keten-dbc's is daar een aanvang mee gemaakt voor enkele chronische aandoeningen. In de *care* is het Omaha-systeem een bruikbaar instrument om behoeften van cliënten in kaart te brengen en de kwaliteit en uitkomsten van de zorg te monitoren. Het is zaak die informatie verder uit te bouwen en te gebruiken voor continue verbetering van het zorgaanbod.
- Gebruik geaggregeerde behandelresultaten en gezondheidsuitkomsten voor inhoudelijke *feedback* ten behoeve van de zorgpraktijk (spiegelinformatie).

Populatiegebonden financiering

- Een systematiek die meer ruimte biedt aan vernieuwing én greep houdt op de kostenontwikkeling, is de zogenaamde 'populatiegebonden financiering'. Hierbij worden de middelen die, na ex-ante verevening, beschikbaar zijn voor de zorg aan een bepaalde (verzekerden)populatie gepoold en als *virtueel budget* beschikbaar gesteld om zo goed en doelmatig mogelijk de zorg te leveren waarop verzekerden recht hebben.* In de Nederlandse context gaat het dan om Zvw- of AWBZ-gelden (of beide) die aan verzekeraars ter beschikking staan om zorg voor hun verzekerden in te kopen. Vanuit de filosofie dat het

* Dit is iets anders dan een regiobudget, waarbij collectieve middelen voor de gehele bevolking aan een regionale overheid ter beschikking worden gesteld om de zorg in een bepaalde regio te organiseren.

geld de zorg volgt, dienen ook afspraken over bekostiging decentraal te worden gemaakt tussen verzekeraar en zorgaanbieders. De verzekeraar is daarbij risicodragend

- Mogelijke besparingen op zorgkosten kunnen als *shared savings* ten goede komen aan zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars om, in samenspraak met zorggebruikers, verdere verbeteringen in zorgprogramma's te financieren. Populatiegebonden financiering en *shared savings* arrangementen brengen een risico van onderbehandeling met zich mee. Daarom moeten zij altijd gepaard gaan met *monitoring* van gezondheidsuitkomsten en tevredenheid van zorggebruikers. Ook kwaliteitscomponenten in de bekostiging van zorgaanbieders vragen om *monitoring* van uitkomsten om inzicht te krijgen of de beoogde kwaliteitswinsten daadwerkelijk worden bereikt

Uitgebreide samenvatting, conclusies en aanbevelingen

Grote veranderingen in de vraag naar zorg

In de afgelopen decennia zijn belangrijke verschuivingen in het vóórkomen van ziekten opgetreden. Infectieziekten zijn afgenomen, chronische ziekten, zoals astma, diabetes, depressie en angststoornissen komen steeds vaker voor. Eén op de drie chronisch zieken heeft twee of meer aandoeningen (multimorbiditeit). Chronische ziekten komen vaker voor naarmate mensen ouder worden. Van de 65-plussers zegt ruim 70% dat zij langdurige aandoeningen hebben of hebben gehad; van de mensen boven de 75 jaar geeft 37% aan dat zij met drie of meer aandoeningen kampen. De verschuiving van acute ziekten naar chronische aandoeningen heeft belangrijke gevolgen voor de vraag naar zorg: deze krijgt een permanent karakter en is niet zozeer gericht op genezing als wel op beperking van risico's door aanpassing van de leefstijl, het inpassen van de ziekte in het dagelijkse leefpatroon en blijvende maatschappelijke participatie ondanks de beperkingen die de ziekte met zich brengt.

Een tweede belangrijke ontwikkeling is dat medische kennis en technologie in hoog tempo toenemen. Daardoor is er steeds meer mogelijk op het gebied van medische behandeling. Het zorgaanbod wordt daarmee geavanceerder en vaak ook duurder. Zorgvragers zelf zijn mondiger, beter geïnformeerd en beter georganiseerd. Zij wensen kwalitatief hoogwaardige zorg en goede dienstverlening en dwingen kwaliteitsimpulsen af in de zorg, met name waar het chronische aandoeningen betreft. Doorgaans zijn meerdere aanbieders bij de zorgverlening betrokken. Gezien de veelheid aan spelers en belangen is een doelmatige afstemming van het zorgaanbod op de vraag een moeilijke exercitie. Dit stuwt de uitgaven aan publiek gefinancierde zorg op

Ook buiten de curatieve sector is er een groeiende vraag naar zorg. Jaarlijks doen ruim 600.000 mensen een beroep op langdurige zorg die wordt bekostigd uit de AWBZ. Om de snel stijgende AWBZ-uitgaven terug te dringen, worden delen van de AWBZ-zorg ondergebracht onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning,

die gericht is op het bevorderen van participatie. Daarmee krijgen gemeenten een grotere rol binnen de zorg. Ook in de jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg zijn de uitgaven in de afgelopen jaren sterk toegenomen.

De zorguitgaven nemen in hoog tempo toe. Tussen 2003 en 2010 is het volume van de zorguitgaven met gemiddeld 4% per jaar toegenomen. Slechts een klein deel van deze stijging (15%) is toe te schrijven aan de vergrijzing. Het tempo waarin de publiek gefinancierde zorguitgaven stijgen is moeilijk vol te houden zonder dat de overheidsfinanciën ontsporen. Ook vanuit arbeidsmarktperspectief is de huidige ontwikkeling niet vol te houden. Zouden de huidige trends zich doorzetten, dan zijn er tot 2030 nog meer dan een miljoen mensen extra nodig om in de vraag naar zorg te voorzien. En dat terwijl de beroepsbevolking krimpt. Om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg ook op langere termijn te waarborgen, moet de doelmatigheid omhoog.

Gefragmenteerd aanbod

De zorgsector is in zijn huidige inrichting, organisatie en financiering onvoldoende tegen deze uitdagingen opgewassen. De inrichting van zorgprocessen (en de attitude van zorgverleners) weerspiegelt nog sterk het curatieve, op genezing gerichte model, terwijl de vraag steeds meer een chronisch en niet-medisch karakter heeft. Effectieve behandeling (begeleiding) volgens het chronisch ziekenmodel houdt in dat niet zozeer de aandoening als wel de mens in zijn omgeving centraal wordt gesteld. Qua organisatie kenmerkt de zorgsector zich door een veelheid van aanbieders, disciplines, toegangscriteria, werkmethoden en organisatievormen, met alle coördinatieproblemen van dien, terwijl de vraag uitgaat naar laagdrempelige, generalistische voorzieningen dichtbij huis. De financiering van de zorg kent een soortgelijke versnippering, wat leidt tot ondoelmatigheden, gebrek aan samenhang, afschuiven van verantwoordelijkheden en inadequate reacties op (veranderingen in) de zorgvraag.

Paradigmashift nodig

Om aan de maatschappelijke uitdagingen tegemoet te komen, is een 'paradigmashift' in de zorg nodig. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft deze samengevat in de leus: "van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag" (van zz naar gg). Deze paradigmashift houdt in dat de focus in de zorgverlening verschuift naar behoud en bevordering van gezondheid in plaats van behandeling van ziekte. Daarnaast wordt de 'mens in zijn omgeving' onderwerp van zorg in

plaats van de ziekte of de aandoening, en dan niet als passieve ‘consument’, maar als betrokken burger die het heft over zijn gezondheid en zorg zoveel mogelijk in eigen hand houdt. Aan de aanbodkant is een ‘integrale’ benadering van de zorgvraag nodig: meer samenhang, minder versnippering en vooral meer aandacht voor de vraag achter de ‘vraag’: hoe kunnen mensen binnen hun eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheid een optimale kwaliteit van leven bereiken, ondanks lichamelijke (en psychische) ongemakken en beperkingen die het leven nu eenmaal met zich brengt.

De ‘eerste lijn’ speelt een hoofdrol in het realiseren van deze veranderingen. Daarbij moet niet alleen worden gedacht aan de huisartsenzorg, maar ook aan de farmaceutische en paramedische zorg, de thuiszorg – (wijk)verpleging en verzorging – en de maatschappelijke zorg. De eerste lijn neemt niet alleen het overgrote deel van de chronische zorg voor haar rekening, maar is als eerste aanspreekpunt en poortwachter ook cruciaal voor toegankelijke en doelmatige gezondheidszorg in den brede (‘zinnige en zuinige zorg’), zoals internationaal onderzoek overtuigend heeft aangetoond.

Eisen aan integrale zorg

In de internationale literatuur wordt het (uitgebreide) Chronic Care Model (CCM) veel toegepast als referentiekader voor de inrichting van kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg voor chronisch zieken. Waaraan moet de zorg voldoen vanuit dit perspectief?

Allereerst moet de focus zich richten op ‘gezondheid’ in plaats van ziekte, zoals hierboven al aangegeven. Daarnaast is inspelen op de eigen rol en mogelijkheden van mensen en hun directe omgeving cruciaal (zelfmanagement). Zorgprofessionals kunnen mensen helpen om de regie over hun gezondheid en inpassing van de aandoening in het dagelijkse leven in handen te nemen en te houden door informatie te geven, de zorgvrager, diens familie en mantelzorgers te begeleiden en motiveren, en door hen te ondersteunen bij het behandelen van gezondheidsproblemen (stellen van doelen, nemen van beslissingen en het aanpassen van de leefstijl). De ondersteuning is succesvoller naarmate de zorgverlener zich zelf overbodig(er) weet te maken in plaats van afhankelijkheid te creëren. Een verschuiving in de focus van ‘productie’ naar gezondheidsbevordering en -onder-

steuning heeft directe gevolgen voor het 'verdienmodel' van zorgaanbieders en de wijze van bekostiging in de zorg.

Voor effectieve chronische zorg is vaak een multidisciplinair zorgteam nodig, met een vast aanspreekpunt dat de zorg coördineert. Relevante informatie over de zorgvraag moet bekend zijn bij alle leden van het zorgteam en regelmatig worden doorgesproken. Goede coördinatie is een vanzelfsprekendheid. In de spreekkamer moet er aandacht zijn voor de gezondheidsproblemen (klachten, beperkingen), maar ook voor de persoon en diens eigen mogelijkheden om de gezondheid te bevorderen en een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te bereiken. Zorgvrager en zorgteam kiezen samen voor de behandeling. Het zorgteam bewaakt de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van de zorg (follow-up). Er is blijvend contact tussen het zorgteam en de zorgvrager.

Bij de behandeling wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van richtlijnen en protocollen die niet alleen de meest recente inzichten van de medische wetenschap weerspiegelen, maar waarin ook het perspectief van de zorgvrager doorklinkt. In de Nederlandse context bieden zorgstandaarden en zorgpaden hiervoor een aanzet. Informatie die van belang is voor de zorgvraag wordt opgeslagen en gedeeld, zodat alle betrokkenen, waaronder vanzelfsprekend de zorgvrager, inzicht hebben in het actuele verloop van de ziekte en de behandeling en alle factoren die daarbij van belang zijn. Op populatieniveau kan deze informatie worden samengebracht en worden gebruikt voor kwaliteitsverbetering en de evaluatie en planning van zorg.

Het werken volgens dit model heeft grote gevolgen voor de wijze waarop de zorg is georganiseerd: de rol- en taakverdeling van professionals in de eerste en tweede lijn, de werkwijze in een zorgteam en de opleiding/training van zowel professionals als zorgvragers. Chronische zorg vereist continuïteit van de zorgrelatie en samenhang in het aanbod. Dit moet prioriteit krijgen in de doelstellingen, structuur, cultuur, werkwijzen en bekostiging van zorgorganisaties.

Het leven van de zorgvrager speelt zich grotendeels af buiten de zorgsector. Het benutten van bronnen uit de omgeving (familie, buurt, gemeenschap, samenleving) is dan ook belangrijk om de zorg te optimaliseren. Er moeten verbindingen tot stand worden gebracht tussen de verschillende domeinen die bij 'integrale' zorg betrokken zijn (nulde, eerste en tweede lijn, cure, care, maatschappelijke ondersteuning, welzijn).

Uitdagingen voor de Nederlandse (gezondheids)zorg

De Nederlandse eerstelijnszorg staat, zeker in internationaal perspectief, op een hoog niveau. Er vinden belangrijke vernieuwingen plaats die aansluiten bij de richting die door het uitgebreide Chronic Care Model wordt uitgezet. Tegelijkertijd is duidelijk dat er nog een lange weg te gaan is.

Bevordering van zelfmanagement staat nog in de kinderschoenen. Er is geen duidelijke visie op zelfmanagement en er is weinig kennis van effectieve methoden om zelfmanagement te bevorderen. Professionals zijn niet opgeleid om zelfmanagement te ondersteunen en hebben ook niet altijd goed inzicht in ervaringen en wensen van patiënten. In het spreekuur ontbreekt vaak de tijd om met patiënten te overleggen en de persoonlijke mogelijkheden te verkennen. Financiering voor (het uitproberen van) zelfmanagement is niet beschikbaar of onvoldoende flexibel. Ook bij de zorgvrager zijn er knelpunten. Het is niet altijd eenvoudig om de omslag naar volwaardig partner in het zorgproces te maken. Vaak is de aanvankelijke reactie er één van ontkenning, teleurstelling of boosheid dat de artsen de problemen niet gewoon ‘oplossen’. Het vergt een (tijds)investering van de huisarts om patiënten te overtuigen dat een andere aanpak nodig is en hun het vertrouwen te geven dat zij zelf een actieve rol kunnen spelen in het bewaken van de gezondheid, waarbij zij mogen rekenen op professionele ondersteuning. Die investering past slecht in de huidige organisatie van de huisartsenzorg, die gebaseerd is op (korte) standaardconsulten en een hoge patiënttevredenheid over de medische behandeling.

Wat de organisatie van de zorg betreft gaat het Chronic Care Model uit van multidisciplinaire teams in de eerste lijn die onderling goed samenwerken. In Nederland bestaat de eerstelijnszorg voor een belangrijk deel uit kleine praktijken waar weinig verschillende disciplines vertegenwoordigd zijn. Specialistische zorg (‘eerstelijns plus’) is doorgaans niet aanwezig. De laatste jaren zijn weliswaar steeds meer samenwerkingsverbanden ontstaan (zorggroepen), maar ook deze zijn vaak nog relatief los van karakter. Functies als zorgcoördinatie, medicatie- en zorgmanagement worden soms helemaal niet, soms door verschillende zorgverleners versnipperd ingevuld. Afstemming met thuiszorg, wijkverpleging e.d. hangt nog te veel van de goedwillendheid en het initiatief van de betrokken zorgverleners af. Hoewel huisartsen streven naar het volgen van patiënten, wordt het meestal aan de patiënt overgelaten om een afspraak te maken en aan te geven wanneer

aanvullende hulp of zorg nodig is; alleen in noodsituaties wordt deze hulp of zorg vanuit de eerste lijn zelf geïnitieerd.

In het CCM staat continuïteit in de zorg centraal: de chronische zorggebruiker wordt steeds gevolgd op basis van een persoonlijk dossier dat relevante gegevens over de gezondheidstoestand bevat. Zorgverleners zetten informatie over diagnoses, behandelingen en gezondheidsresultaten in het dossier. De patiënt zelf kan gegevens inzien en toevoegen. Hoewel de digitalisering van Nederlandse eerste-lijns praktijken internationaal gunstig afsteekt, is die vooral op de ‘eigen kring’ gericht. Onderling communiceren huisartsen gemakkelijk, maar met andere (para) medische disciplines en specialisten is de communicatie vaak moeizaam. Het is zeker nog geen gemeengoed om informatie tussen zorgaanbieders te delen en werkwijzen op elkaar af te stemmen waardoor de continuïteit en effectiviteit van de zorg kunnen toenemen. Rechtstreekse digitale communicatie met patiënten is eerder uitzondering dan regel.

In de Nederlandse situatie zijn huisbezoeken van de huisarts schaars geworden. Zij weet dan ook vaak niet wat zich achter de afspelt en hoe de sociale omgeving van de patiënt er uitziet. Werkers in de welzijnssector en wijkverpleegkundigen zijn hiervan vaak beter op de hoogte. De wijkverpleegkundige komt achter de voordeur van de patiënt, is fysiek in de wijk aanwezig en kan daar banden met relevante spelers opbouwen. Nadat de positie van de wijkverpleegkundige in de afgelopen decennia stelselmatig is uitgehold, is deze de laatste jaren bezig aan een sterke *come-back*. De wijkverpleegkundige kan zowel verpleegkundige, medisch-technische, psychosociale, palliatieve als terminale zorg verlenen. Daarnaast kan de wijkverpleegkundige organisatorische taken vervullen, zoals het organiseren en begeleiden van de mantelzorg, werkbegeleiding en kwaliteitszorg. Tevens kan zij een rol spelen bij de indicatie en als coach voor andere zorgverleners. Als verbindende schakel tussen zorgaanbieders die vanuit verschillende disciplines bij het zorgproces betrokken zijn, kunnen wijkverpleegkundigen van groot belang zijn voor goede en doelmatige zorg voor chronisch zieken.

Binnen het uitgebreide CCM spelen ook andere maatschappelijke organisaties een belangrijke rol bij preventie, gezondheidsbevordering en hulpverlening en begeleiding van patiënten. In Nederland gaapt er een diepe kloof tussen de eerstelijnszorg aan de ene kant en de publieke gezondheidszorg (gemeente, GGD) en welzijnszorg aan de andere kant. Ook van samenwerking tussen de eerste lijn

en bedrijfsgezondheidszorg (arbeidsre-integratie) is nog nauwelijks sprake. De financiële en beleidsmatige schotten tussen de verschillende zorgdomeinen zijn hier debet aan, maar ook verschillen in cultuur en werkwijzen tussen de betrokken organisaties bemoeilijken communicatie en afstemming.

Het uitgebreide CCM pleit voor populatiemanagement om preventie te bevorderen, oorzaken van ongezondheid op te sporen en gerichte programma's om de gezondheid in wijken en buurten te verbeteren. Dit vereist *pooling* van budgetten van zorgverzekeraars en gemeenten op basis van gemeenschappelijk belang. Daarnaast zijn informatiesystemen nodig die (medische) gegevens van bewoners combineren met andere data, en deze op een zodanige manier ordenen, analyseren en presenteren dat ze kunnen worden gebruikt voor de verbetering van het algehele gezondheidsniveau in een wijk, gemeente of regio. In Nederland staat populatiegerichte zorg nog in de kinderschoenen.

Sinds enkele jaren is het beleid in de Zvw gericht op het versterken van zorg in de eerste lijn, dichtbij huis. In de AWBZ worden maatregelen voorbereid om meer samenhang tussen *cure* en *care* tot stand te brengen en de zorg beter in te bedden in de lokale samenleving. Dat sluit in theorie naadloos aan bij het uitgebreide Chronic Care Model. Als zorgverzekeraars de kort- en langdurige zorg gaan uitvoeren voor hun verzekerden, kunnen zij voor meer samenhang zorgen. Gemeenten kunnen de uitbreiding van zorgtaken in het kader van de begeleiding en ondersteuning aangrijpen om de zorg meer op maat en in overleg met de mensen zelf in te vullen en verbindingen met ander lokaal welzijnsbeleid te leggen. Of hiermee ook werkelijk integrale, op maat gesneden zorg en ondersteuning in de buurt tot stand komt, is echter nog verre van zeker. Het is nog onduidelijk hoe gemeenten hun nieuwe taken gaan invullen en voor verzekeraars zijn er weinig prikkels om werk te maken van de samenhang tussen *cure* en *care*. Samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars komt maar moeizaam van de grond: de bedrijfsmatige en politiek-bestuurlijke logica sluiten slecht op elkaar aan en cultuurverschillen zijn groot. Hoewel er veel wordt verwacht van verzekeraars, gemeenten en de zorgsector zelf, zijn de randvoorwaarden nog niet op orde. Dit maakt het moeilijk om hoge verwachtingen van 'marktwerking' en decentralisatie te hebben.

Conclusies en aanbevelingen

Oriëntatie op gezondheid centraal

De maatschappelijke opgave voor de gezondheidszorg verschuift van bestrijding van ziekten naar het realiseren van een zo hoog mogelijk niveau van gezondheid voor de bevolking als geheel. Vanuit dit perspectief is gezondheidszorg geen kostenpost, maar een zinvolle investering in menselijk kapitaal. Het verleggen van de focus van ziektebehandeling naar gezondheidsbevordering en -ondersteuning heeft implicaties voor de invulling van zorg, de opleiding van zorgverleners en de wijze waarop zorg wordt gefinancierd en georganiseerd. Gezondheidsbevordering richt zich op andere resultaten dan de bestrijding van ziekten: een zo 'normaal' mogelijk functioneren wordt het doel. De eerste lijn heeft van oudsher een sterke traditie in het over de grenzen van het medisch domein heen kijken. Die gerichtheid op kwaliteit van leven moet behouden blijven.

Aanbevelingen

1. Beoordeel investeringen in de gezondheidszorg vanuit het perspectief van wat zij bijdragen aan betere kwaliteit van leven. Ook in de allocatie van budgetten moet dit het leidende beginsel zijn. Kwaliteit valt dan niet altijd samen met de meest geavanceerde medische technologie of dure operaties die nauwelijks bijdragen aan een hogere levensverwachting of betere kwaliteit van leven.
2. Ontwikkel handzame indicatoren om de bijdrage van eerstelijns zorgaanbieders aan de kwaliteit van leven te monitoren (bijvoorbeeld naar het model van de SF-36). Met behulp van dit instrument kunnen ook de kosteneffectiviteit van behandelingen worden beoordeeld en ontwikkelingen in de ziekte last worden gevolgd. Dataverzameling kan plaatsvinden door zorgverzekeraars, zorggroepen of (op regionaal niveau) door de GGD. Ook binnen de *care* (AWBZ en WMO) en geestelijke gezondheidszorg moet de bijdrage die de zorg levert aan de kwaliteit van leven, zichtbaar worden gemaakt.
3. De bekostiging van huisartsen, thuiszorginstellingen en andere eerstelijns zorgaanbieders moet gericht zijn op een zo goed mogelijke bijdrage aan de doelen gezondheidsbevordering en kwaliteit van leven. Daarvoor volstaan de nu gebruikelijke 'zorgproducten' niet. Ook voor kwaliteit van zorg moet ruimte zijn in het beloningssysteem. Dat vergt maatwerk. Een te mechanische koppeling van de beloning aan specifieke uitkomstindicatoren lijkt daarvoor niet de aangewezen weg. Het creëren van flexibel in te vullen ruim-

te ('scharrelruimte') in het beloningsstelsel biedt meer perspectief. Dit geeft verzekeraars en zorgverleners mogelijkheden om inspanningen gericht op de aanpak van aperte knelpunten die veel gezondheidsschade berokkenen, te bekostigen. In de farmaceutische sector bleek dit een effectieve manier om kwaliteitsimpulsen gericht op medicatieveiligheid en multimorbiditeit te stimuleren.

Bevordering van zelfregie

Het belang van zelfmanagementondersteuning wordt in Nederland breed onderschreven, maar daadwerkelijke ondersteuning komt amper van de grond. Het risico dreigt dat zelfmanagement verwordt tot een bezuinigingsperspectief waarin meer taken en verantwoordelijkheden bij de zorgvrager worden gelegd, terwijl de ondersteuning uit beeld verdwijnt. Aan de kant van de zorgverlener is nog lang niet voldaan aan de randvoorwaarden voor effectieve zelfmanagementondersteuning. Ook heeft de zorggebruiker nog weinig tools in handen om als volwaardige partner te opereren: hij heeft bijvoorbeeld geen toegang tot zijn eigen medische dossier en is, met het goeddeels afschaffen van persoonsgebonden budgetten (pgb's), niet meer in staat om zelfstandig zorg en ondersteuning op maat in te kopen. Voordat onder de noemer 'zelfmanagement' meer taken en verantwoordelijkheden naar de zorggebruikers worden doorgeschoven, is het zaak dat hiervoor de randvoorwaarden worden gecreëerd.

Aanbevelingen

Allereerst is het noodzakelijk de positie en capaciteiten van mensen met betrekking tot gezondheidsmanagement te versterken. Collectief gebeurt er al het nodige op het gebied van voorlichting en informatie met betrekking tot bijvoorbeeld het belang van bewegen, gezond eten, niet roken, matig drinken enz. Aan versterking van individuele kennis en capaciteiten voor risicogroepen en mensen die al een chronische aandoening hebben, ontbreekt het nog.

1. Investeer in versterking van individuele kennis en capaciteiten voor risicogroepen en mensen die al een chronische aandoening hebben. In Kinzigtal (Duitsland) zijn goede ervaringen opgedaan met een patiëntenacademie die mensen traint in kennis en vaardigheden op het gebied van zelfmanagement. Ook groepstrainingen kunnen een effectief middel zijn.
2. Een belangrijk instrument om de positie van de zorgvrager als volwaardig

- partner waar te maken is toegang tot het eigen medische dossier.
3. Ook herinvoering/behoud van het pgb om zelfstandig zorg in te kunnen kopen, uiteraard met waarborgen om oneigenlijk gebruik tegen te gaan, draagt bij tot het versterken van de positie van de zorgvrager.
 4. Ten slotte kan meer gebruik worden gemaakt van de mogelijkheden van *e-health* om zorgvragers te informeren en ondersteunen bij hun vragen. Dit kan bijvoorbeeld door elke verzekerde via een patiëntenportaal toegang tot relevante informatie te geven.

In de tweede plaats dienen de randvoorwaarden binnen het zorgaanbod op orde zijn. Dit houdt in: één aanspreekpunt voor de zorgvrager, duidelijkheid omtrent de zorg die men kan verwachten en onderlinge afstemming van het handelen van zorgverleners. Het individuele behandelplan vervult hierin een sleutelrol. Adequate ict-ondersteuning is een *must*.

5. Zorg voor een wettelijke verankering van, het individuele behandelplan als basis voor de zorgrelatie. Het (digitale) plan wordt door de zorgvrager (cliënt) en zorgverlener samen opgesteld en geeft alle betrokken zorgverleners inzicht in de ingezette behandeling, behandeldoelen, gemaakte afspraken en de ontwikkeling van de gezondheid/ziektelast. Mensen dienen te allen tijde inzage te hebben in hun behandelplan.

Het derde spoor is opleiding en equipering van zorgverleners voor een andere rol in de verhouding met de zorgvrager.

6. Train zorgverleners in het ontwikkelen van bredere dan uitsluitend medische of verzorgende vaardigheden. Leer hen hoe zij mensen kunnen ondersteunen in het behouden van hun onafhankelijkheid, zelfredzaamheid en zelfrespect.
7. Ontwikkel een handzame methode (*checklist*) om het vermogen van mensen tot zelfmanagement te bepalen en pas die toe in elke zorgrelatie.
8. Evalueer instrumenten voor het bevorderen van zelfmanagement, zoals groepstrainingen, patiëntenacademie e.d., en pas vervolgens de resultaten daarvan toe in de zorgpraktijk.

Versterking van de organisatiekracht in de eerste lijn

Een beter op de vraag afgestemd zorgaanbod vereist nieuwe organisatievormen in de eerste lijn. Multidisciplinaire samenwerking, kwaliteitsbeheersing, preventie en integratie van *cure* en *care* zijn daarbij sleutelwoorden. Dit vergt een enorme omslag vanuit de traditionele situatie, waarin eerstelijns zorgaanbieders voornamelijk vanuit hun eigen praktijk en discipline opereren en ook de bekostiging langs die lijnen is georganiseerd. Ook de strakke voorschriften ten aanzien van zorgproducten en -diensten laten zorgverleners weinig ruimte voor vernieuwing, terwijl juist zij de capaciteit hebben om die tot stand te brengen. Dat blijkt uit ervaringen wereldwijd. Om die capaciteit te benutten, moet ruimte worden geboden. Tekenend zijn de ontwikkelingen die in gang zijn gezet bij de introductie van de keten-dbc als integraal product in het bekostigingsstelsel. Op diverse plaatsen is die nieuwe ruimte door bevlogen professionals en constructief meedenkende verzekeraars aangegrepen voor een innovatieve doorontwikkeling van het zorgaanbod, afgestemd op behoeften in hun werkgebied. Hier en daar zijn zorggroepen ontstaan die *managed care* organiseren. Dergelijke professionele organisaties zijn onmisbaar om integrale concepten waarbij een veelheid aan individuele zorgverleners is betrokken, te ontwerpen en implementeren, zo blijkt ook uit internationale ervaringen. Zo kan vanuit de praktijk langs inhoudelijke weg ook zorgaanbod worden ontwikkeld over bestaande grenzen in het zorgstelsel heen: combinaties van eerstelijnszorg, specialistische zorg, care arrangementen en lokaal, niet-medisch aanbod. Het is aan te bevelen om een aantal van deze initiatieven, waarbij zorggroepen zich in samenwerking met verzekeraars ontwikkelen tot ‘managed care’ organisaties, te gebruiken als *pilots* om de mogelijkheden voor vernieuwing in de gezondheidszorg te verkennen.

Tegelijkertijd zijn er nog veel haken en ogen aan deze ontluikende organisatievormen en de vernieuwingen in het zorgaanbod die zij tot stand brengen. Zo is nog onvoldoende duidelijk hoe zorggebruikers een volwaardige rol kunnen spelen in de ontwikkeling van innovatief zorgaanbod. Ook de positie van de zorggroep op de markt vraagt om nadere verkenning: in hoeverre verwerven lokale of regionale zorggroepen aanmerkelijke marktmacht en leidt dit tot ongewenste neveneffecten voor zorggebruikers (keuzemogelijkheden) en zorgaanbieders die geen onderdeel van het samenwerkingsverband vormen?

Ook het schaalniveau waarop de vernieuwingen gestalte krijgen, is nog een onderwerp van aandacht. Nu spelen initiatieven zich af op het niveau van wijk, stad

of regio. Er is nog weinig zicht op welk schaalniveau doelmatige zorg het best is te realiseren. Ook internationale ervaringen wijzen niet in de richting van één superieur organisatiemodel dat als blauwdruk voor de inrichting van effectieve zorg voor chronisch zieken kan dienen. Lokale omstandigheden bepalen – in samenhang met historisch gegroeide verhoudingen – welke organisatievorm in een bepaalde context optimaal is.

Zorginhoudelijk is het zaak niet te fixeren op de bestaande keten-dbc's. Dit zijn 'halffabricaten' die van waarde zijn bij de verdere productontwikkeling, maar niet in beton gegoten moeten worden. Bij multimorbiditeit bijvoorbeeld is maatwerk nodig, waarbij de zorgstandaarden voor individuele aandoeningen belangrijke input zijn maar het eindproduct méér moet behelzen dan de stapeling daarvan. Daarnaast kunnen keten-dbc's ook uitstekend benut worden voor chronische gezondheidsondersteuning voor groepen mensen als ouderen, sociaal-psychisch kwetsbaren e.d.

Aanbevelingen

1. Benut de professionele zorgorganisaties met *managed care* potenties die vanuit de eerste lijn zijn ontstaan, voor het ontwikkelen van integrale en doelmatige zorgprogramma's, in samenspraak met verzekeraars en afgestemd op het verzorgingsgebied. Hiervoor is experimenteeruimte nodig in de sfeer van regelgeving en bekostiging.
2. Nieuwe zorgproducten en samenwerkingsvormen zullen zich werkende weg moeten uitkristalliseren. Zorgvuldige *monitoring* tijdens dit proces is nodig om de opgedane ervaringen te benutten en onvolkomenheden te repareren. Het patiëntenperspectief, marktverhoudingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, doelmatigheid en gezondheidsuitkomsten staan hierbij centraal. Het verdient aanbeveling de *monitoring* in handen van een onafhankelijke externe en deskundige partij te geven.
3. Om de mogelijkheden tot doorontwikkeling van zorgproducten open te houden, is flexibiliteit in productomschrijvingen en bijbehorende bekostiging nodig. Om die reden dient de besluitvorming hierover op decentraal niveau te liggen, binnen vooraf vastgestelde financiële grenzen.
4. Politiek en centrale overheid moeten accepteren dat er regionale verschillen in de inrichting van het zorgaanbod zullen ontstaan door deze '*bottom up*'

ontwikkeling. Andere Europese landen als Zwitserland en Duitsland kennen die situatie ook. Toegankelijkheid, kwaliteit (afgemeten aan gezondheidsuitkomsten) en doelmatigheid van zorg blijven kernwaarden van het zorgstelsel, waarop de centrale overheid streng moet blijven toezien.

Adequate financieringsmechanismen

De noodzaak van zorgvernieuwingen zoals hierboven beschreven, wordt breed onderschreven. De invoering ervan stuit echter keer op keer op de financieringsmethodiek zoals het zorgstelsel die kent. Niet alleen bestaan er verschillende regimes voor Zvw, AWBZ en WMO onder beheer van verschillende partijen, ook binnen de afzonderlijke financieringsregimes zijn er strakke voorschriften – deels ontwikkeld door de sector zelf – waaraan en hoe de middelen besteed mogen worden. Zo is de AWBZ gebaseerd op zorgfuncties met daaraan gekoppelde functie-niveaus en tarieven. Een wijkverpleegster die diverse zorgfuncties tegelijk aanpakt, bereikt meer kwaliteit en doelmatigheid. Bij de indicatiestelling en toewijzing van AWBZ-middelen zijn echter niet die kwaliteit en doelmatigheid leidend, maar de mate waarin het werk binnen de vooraf gedefinieerde functies past; daarop wordt immers gecontroleerd en afgerekend. Het is zorgwekkend dat zelfs als de budgetten onder grote druk staan, praktijkervaringen die doelmatigheidswinsten tonen niet worden aangegrepen om ook andere aanbieders aan te zetten tot efficiënter opereren. Gebrek aan doelmatigheid zou dan minder hoeven worden afgewenteld op zorggebruikers door inperking van het recht op zorg.

Bij de uitvoering van de AWBZ lukt het zorgkantoren onvoldoende om op kwaliteit en doelmatigheid te sturen. Het is twijfelachtig of dat bij de uitvoering van de AWBZ rechtstreeks door verzekeraars zal verbeteren, zolang adequate stimulansen voor investeringen in goede en doelmatige AWBZ-zorg ontbreken.

Binnen de Zvw is het bestaan van macrobudgetten voor eerste en tweede lijn een probaat middel om substitutie-effecten in de tweede lijn door betere zorg in de eerste lijn teniet te doen. Ziekenhuizen besteden de vrijgevallen middelen dan aan andere zorg, ongeacht of die zinlijk en zuinig is. Voor de zorgproducten binnen de Zvw geldt hetzelfde als in de AWBZ: tien korte consulten van één patiënt waarbij een geneesmiddel wordt voorgeschreven worden zonder meer vergoed, een aantal langere gesprekken om te zoeken naar de diepere oorzaak achter de gezondheidsklachten zijn niet te declareren ook al leveren die meer gezondheidswinst op.

Deze situatie kan niet blijven voortbestaan. De noodzaak om de stijgende zorguitgaven te beheersen is groot. Tot nu toe zijn vooral ingrepen aan de kant van de zorgvrager (pakketverkleining, eigen bijdragen, hogere premie) gebruikt om de kosten beheersbaar te houden. De tijd is rijp om ook het zorgaanbod zijn aandeel te laten leveren door effectieve prikkels voor meer doelmatigheid in te voeren. Om dezelfde of meer kwaliteit voor minder geld te leveren, is ruimte voor vernieuwing nodig.

Een manier om die ruimte te scheppen, is het invoeren van nieuwe producten. De keten-dbc is daar een voorbeeld van. Dit is een enorme impuls geweest voor innovatie vanuit het zorgveld en dat is pure winst. Omdat de keten-dbc's naast de bestaande zorgproducten zijn ingevoerd, hebben zij echter ook tot onevenredige uitgavenstijgingen geleid: het integrale product wordt vergoed maar de declaraties voor de enkelvoudige producten die daarin zijn opgenomen, zijn nauwelijks verminderd. Het *fee for service* stelsel maakt dat aantrekkelijk voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars slagen er onvoldoende in dit te corrigeren. De vernieuwingen die het zorgstelsel nodig heeft, komen zo op gespannen voet te staan met een hogere kostenefficiëntie die eveneens nodig en ook mogelijk is.

Het via een centrale aanpak hervormen van het complexe stelsel aan zorgproducten is een kostbare en tijdrovende zaak. De invoering van het dbc-stelsel voor ziekenhuiszorg is daarvan een voorbeeld. Een alternatief om ruimte te bieden aan vernieuwing én greep te houden op de kostenontwikkeling, is de zogenaamde 'populatiegebonden financiering'. Daarbij worden op decentraal niveau de zorgmiddelen voor een groep verzekerden beschikbaar gesteld om zo goed en doelmatig mogelijk de zorg te leveren waarop verzekerden recht hebben. De populatie en de zorg waarop dit betrekking heeft kunnen variëren en zijn gerelateerd aan een verzekerdenpopulatie in een geografisch gebied. Middelen kunnen afkomstig zijn uit Zvw- en/of AWBZ-gelden. De verzekeraar kan, in samenspraak met zorgaanbieders en zorggebruikers, die middelen met een grotere vrijheid dan nu inzetten om een passend aanbod van zorg en gezondheidsondersteuning te realiseren. Voorwaarde hierbij is wel dat de verzekeraar risicodragend is: bij ex-post verevening ontbreekt een prikkel voor doelmatigheid.

De potentiële voordelen achter dit financieringsmodel zijn dat de zorg en gezondheidsondersteuning vooraf kunnen worden georganiseerd (en niet alleen maar

achteraf gedeclareerd), afgestemd op de gezondheidssituatie van de populatie en dat coördinatie tussen zorgverleners, verzekeraar(s) en zorggebruikers op decentraal niveau gemakkelijker tot stand komt. Cruciaal is dat een positief verzekeringstechnisch resultaat, het verschil tussen de middelen die de verzekeraar ontvangt voor de populatie (ex ante gecorrigeerd voor kenmerken van de populatie) en de werkelijke uitgaven, niet aan de zorg wordt onttrokken. De verzekeraar kan dit in de eigen kas laten terugvloeien en herinvesteren in zorg of preventie. In Kinzigtal (Duitsland) deelden alle deelnemende partijen in de besparingen en vormde dit een belangrijke prikkel voor doelmatigheid en preventie.

Aanbevelingen

1. De financieringssystematiek van de zorg moet meer prikkels voor doelmatigheid krijgen. De afschaffing van de ex-post verevening in de Zvw voor verzekeraars is een stap in de goede richting, maar niet genoeg. Ook binnen de AWBZ-zorg moet dringend naar prikkels worden gezocht om op prijs/kwaliteitverhouding te sturen. Voor zorgaanbieders kunnen *shared savings* een prikkel vormen tot zinnige en zuinige zorg.
2. Experimenteer met populatiegebonden bekostiging (waarbij een verzekeraar de premie-inkomsten na ex ante verevening voor zijn verzekerden in een geografisch gebied als virtueel budget krijgt toegewezen) om te kijken of daarmee inderdaad in samenspraak met zorggebruikers en -aanbieders vernieuwingen in de zorg tot stand komen binnen de bestaande financiële grenzen. Vanuit de filosofie dat het geld de zorg volgt, dienen ook afspraken over bekostiging decentraal te worden gemaakt tussen verzekeraar en zorgaanbieders.
3. Cruciaal daarbij is dat het verzekeringstechnische resultaat in zorg en preventie wordt geherinvesteerd. Het ligt in de rede om daarbij de gebiedskeuze af te stemmen op (bewezen) potentie van zorgorganisaties om tot vernieuwend, integraal aanbod van zorg en preventie te komen, over de grenzen van eerste en tweede lijn en van Zvw en AWBZ heen.
4. In de bekostiging van zorgaanbieders moet de standaardbeloning voor productie (*fee for service*) afnemen en moeten kwaliteitscomponenten (kwaliteit van leven) een grotere rol gaan spelen. Daarmee ontstaan prikkels om knelpunten in de zorg aan te pakken, de organisatie te verbeteren, nieuwe medische en technologische mogelijkheden te benutten of betere service te leveren. In de apothekersbranche heeft dit tot veelbelovende initiatieven geleid.
5. Bij het bekostigen van nieuwe (integrale) zorgproducten is het zaak afspraken te maken over de substitutie van enkelvoudige zorgproducten die daarin

opgaan. Als afschaffing geen optie is, kan tenminste worden gestuurd op reductie om te voorkómen dat vernieuwingen stagneren door onevenredige uitgavenstijgingen.

6. Populatiegebonden financiering en *shared savings* arrangementen brengen een risico van onderbehandeling met zich mee. Daarom moeten zij altijd gepaard gaan met *monitoring* van gezondheidsuitkomsten en tevredenheid van zorggebruikers. Ook kwaliteitscomponenten in de bekostiging van zorgaanbieders vragen om *monitoring* van uitkomsten om inzicht te krijgen of de beoogde kwaliteitswinsten daadwerkelijk worden bereikt.

Sturing op gezondheidsuitkomsten

De grote uitdaging van een doelmatige gezondheidszorg zit in de omslag van sturing op uitgaven naar sturing op gezondheidsuitkomsten. De grootste baten van de zorg zitten immers in gezondheidswinsten die zich vertalen in meer welzijn en arbeidsproductiviteit voor de samenleving als geheel. Positieve gezondheidsresultaten blijken ook een belangrijke stimulans voor professionals te zijn om verbeteringen door te voeren. Bij invoering van populatiegebonden financiering is het een *must* om te monitoren op gezondheidsuitkomsten, om het risico op onderbehandeling te verkleinen.

Aanbevelingen

1. Op populatieniveau (wijk/stad/regio) is al veel informatie voorhanden (bijvoorbeeld bij GGD en RIVM), maar deze wordt nog (te) weinig gebruikt. De informatie kan worden benut voor analyses van de gezondheidssituatie in het verzorgingsgebied, het stellen van prioriteiten in de gezondheidsondersteuning en als instrument voor monitoring. Koppeling van de gezondheidsinformatie met gegevens over het zorggebruik van de populatie, kan hierbij een waardevolle rol vervullen.
2. Ook voor de eerste lijn moeten geschikte indicatoren worden ontwikkeld om gezondheidsuitkomsten inzichtelijk te maken. Met de keten-dbc's is daar een aanvang mee gemaakt voor enkele chronische aandoeningen. In de care is bijvoorbeeld het Omaha-systeem een bruikbaar instrument om behoeften van cliënten in kaart te brengen en de kwaliteit en uitkomsten van de zorg te monitoren. Het is zaak die informatie verder uit te bouwen en te gebruiken. Zowel op populatieniveau als voor geaggregeerde behandelresultaten moet het

gebruik gericht zijn op inhoudelijke *feedback* ten behoeve van de zorgpraktijk (spiegelinformatie). Rechtstreekse koppeling van gezondheidsuitkomsten aan beloning is niet raadzaam; de koppeling aan kwaliteitsinitiatieven gericht op betere gezondheidsuitkomsten wel. Ook moet ervoor worden gewaakt dat essentiële elementen van de beroepsbeoefening die niet in indicatoren te vangen zijn, zoals de vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverlener, niet ondergeschikt worden gemaakt aan de noodzaak tot verantwoording.

Lokale inbedding

De beleidsvoornemens van het kabinet ('zorg en ondersteuning in de buurt') lijken goed aan te sluiten bij het uitgebreide Chronic Care Model. Door gemeenten te betrekken bij de zorg is een betere inbedding in de lokale samenleving en gerichtheid op participatie mogelijk en door AWBZ en Zvw in de uitvoering met elkaar te verbinden is meer samenhang tussen *care* en *cure* mogelijk. Toch is integrale zorg dicht bij huis geen gelopen race. Gemeenten en verzekeraars zijn geen 'natuurlijke partners' en samenwerking komt nog niet of nauwelijks van de grond, ondanks pogingen daartoe van de brancheorganisaties en bestuurslagen. Het gevaar is dat er twee parallelle stelsels ontstaan voor het sociale domein op lokaal niveau en het zorgdomein op regionaal niveau.

Aanbeveling

Betere samenwerking tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning kan niet worden afgedwongen. Partnerships moeten zich in de lokale uitvoeringspraktijk ontwikkelen. Innovatief lokaal zorgbeleid dat gericht is op kwaliteit en lokale behoeften, kan ook eerstelijns professionals, met name huisartsen en thuiszorginstellingen, aanspreken. In Zweden was dat een effectieve *trigger* voor samenwerking. Gezien de initiatieven die vooruitstrevende huisartsen en thuiszorgaanbieders in Nederland ontwikkelen, lijkt dat ook hier een haalbaar perspectief. Het ontbreken van prikkels voor samenwerking bij verzekeraars en gemeenten is daarbij wel een handicap.

Veelbelovende initiatieven

Hoopgevend is dat er ondanks alle obstakels en barrières ook veelbelovende initiatieven zijn. In het hoofdrapport worden een aantal van deze initiatieven uitgediept (Kinzigital, PoZoB, Utrecht Overvecht, Geïntegreerde Farmaceutische Zorg

en Buurtzorg). Uit internationale ervaringen blijkt dat vernieuwingen binnen de kaders van het CCM vaak beginnen met kleine aanpassingen in het zorgproces rond mensen met eenzelfde aandoening, gevolgd door veranderingen in zorgteams wat betreft houding, visie en competenties van alle teamleden. Vervolgens moeten de hervormingen uitwaaiëren naar zorgprogramma's voor patiënten met één of meer chronische aandoening(en) tot aan de organisatie van de zorg voor een gehele populatie. Het CCM benadrukt dat vernieuwingsprocessen door de betrokken zorgverleners zelf dienen te worden vormgegeven en gedragen. Verder wordt de rol van leiderschap in het veranderproces onderstreept. Stabiel en geëngageerd leiderschap in zowel het team als de organisatie heeft niet alleen invloed op de wijze waarop veranderingen in werkwijzen worden doorgevoerd, maar ook op de behaalde resultaten. Sturend leiderschap is nodig om prioriteiten te stellen, beleids- of ondernemingsplannen bij te stellen en de vereiste middelen vrij te maken. Het is niet noodzakelijk dat een arts deze rol op zich neemt; dit kan ook een manager, een verpleegkundig specialist of iemand anders zijn, afhankelijk van de organisatie. Bij het verandermanagement gaat het vooral ook om het motiveren van het team en het verankeren van één gezamenlijk gedragen visie in de organisatie. Naast leiderschap zijn financiële *incentives* een belangrijke drijfveer voor veranderingen. Deze prikkels kunnen vanuit de organisatie komen, maar ook vanuit het zorgsysteem of de financiële aansturing door de overheid of verzekeraar.