

# Toekomst van de organisatie en financiering van de eerstelijns

Marc Bruijnzeels PhD

Marc Bruijnzeels PhD

Politicoloog

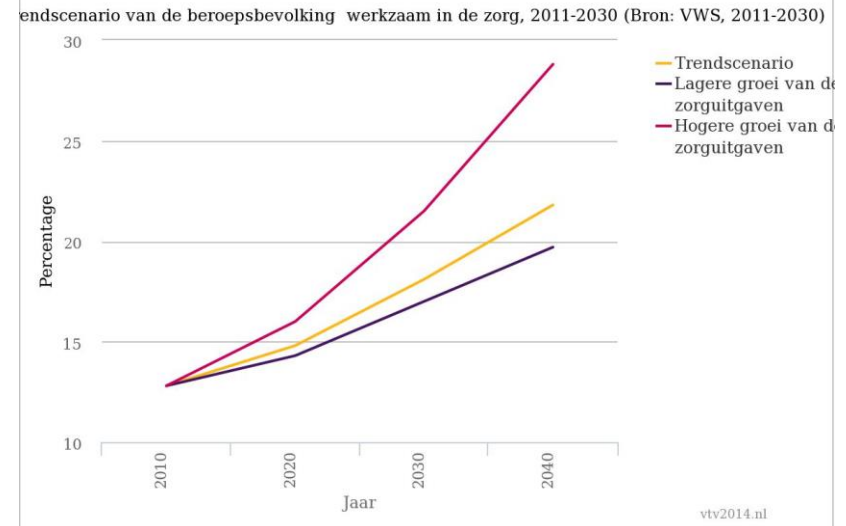
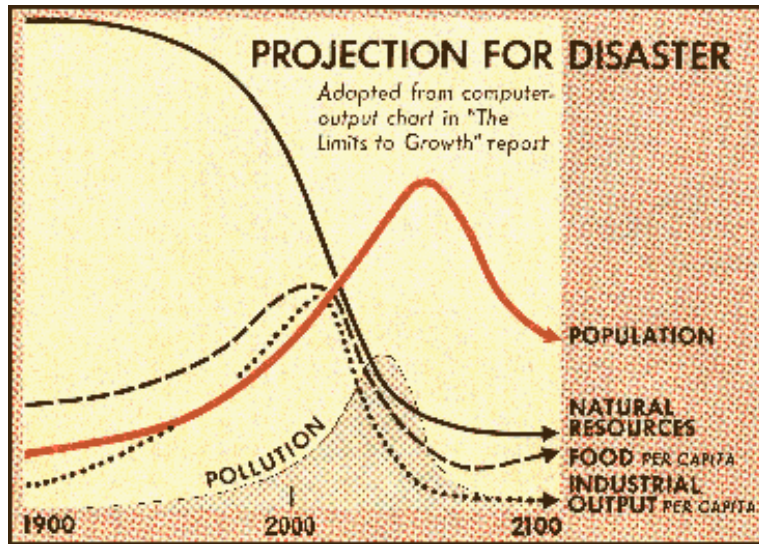
- 17 jaar Erasmus MC
  - 10 jaar huisartsgeneeskunde (3 jaar GGD)
  - 7 jaar Beleid & Management Gezondheidszorg (2 jaar ZONMW)
- 5 jaar ROS directeur: Lijn 1, regio Haaglanden
- 7 jaar directeur Jan van Es Instituut
- Recent:  
Kwartiermaker Population Health Management, LUMC Campus Den Haag

# Opbouw

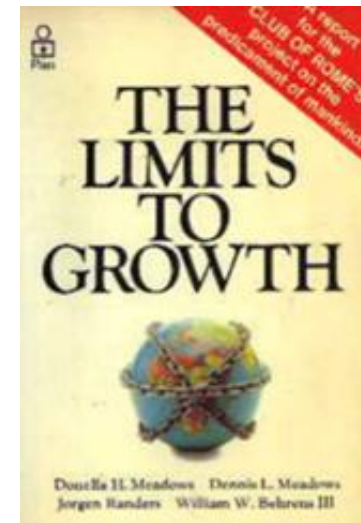
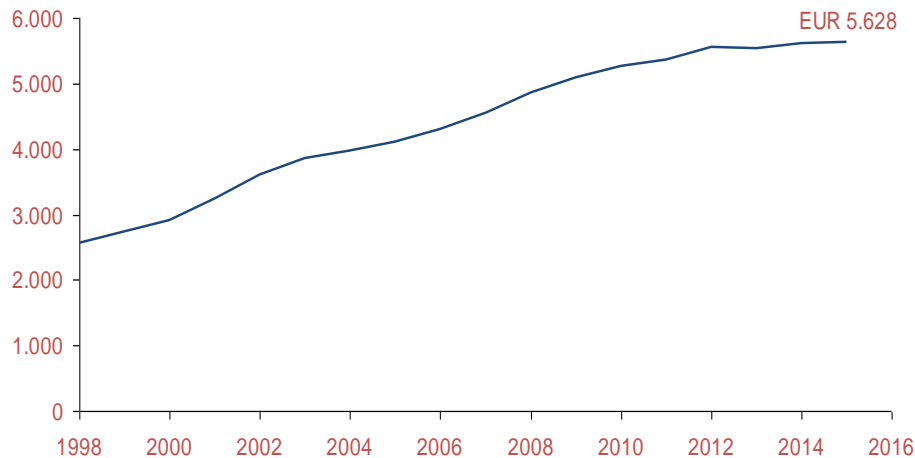
---

- 1. Toekomstige ontwikkelingen**
- 2. Organisatie van de huisartsenzorg**
- 3. Ontwikkeling financiering**
- 4. Uw keuze**

# Maatschappelijk vastlopen van systemen



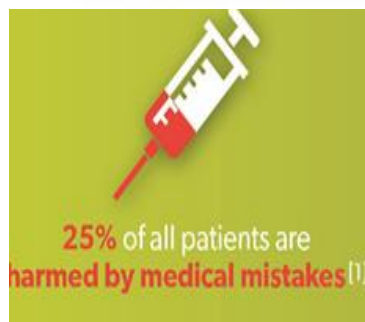
**Ontwikkeling uitgaven aan zorg (gezondheids- en welzijnszorg) per inwoner in Nederland**  
Zorguitgaven per inwoner<sup>1</sup> [EUR]



# Het probleem



# Consequenties van een gefragmenteerd systeem



Rationele maatschappelijke belangen en de rationale individuele belangen zijn in conflict met elkaar!

Enige barrières:

- Nieuwe technologieën met té weinig impact;
- Aanbodgedreven zorg (doktersgecentreerd);
- En te weinig waardering en gebruik van de aanwezige systeemkennis bij clinici en organisaties

# Zorgbehoefte is scheef verdeeld!

% of Population

% of Resources

1%

30%

10%

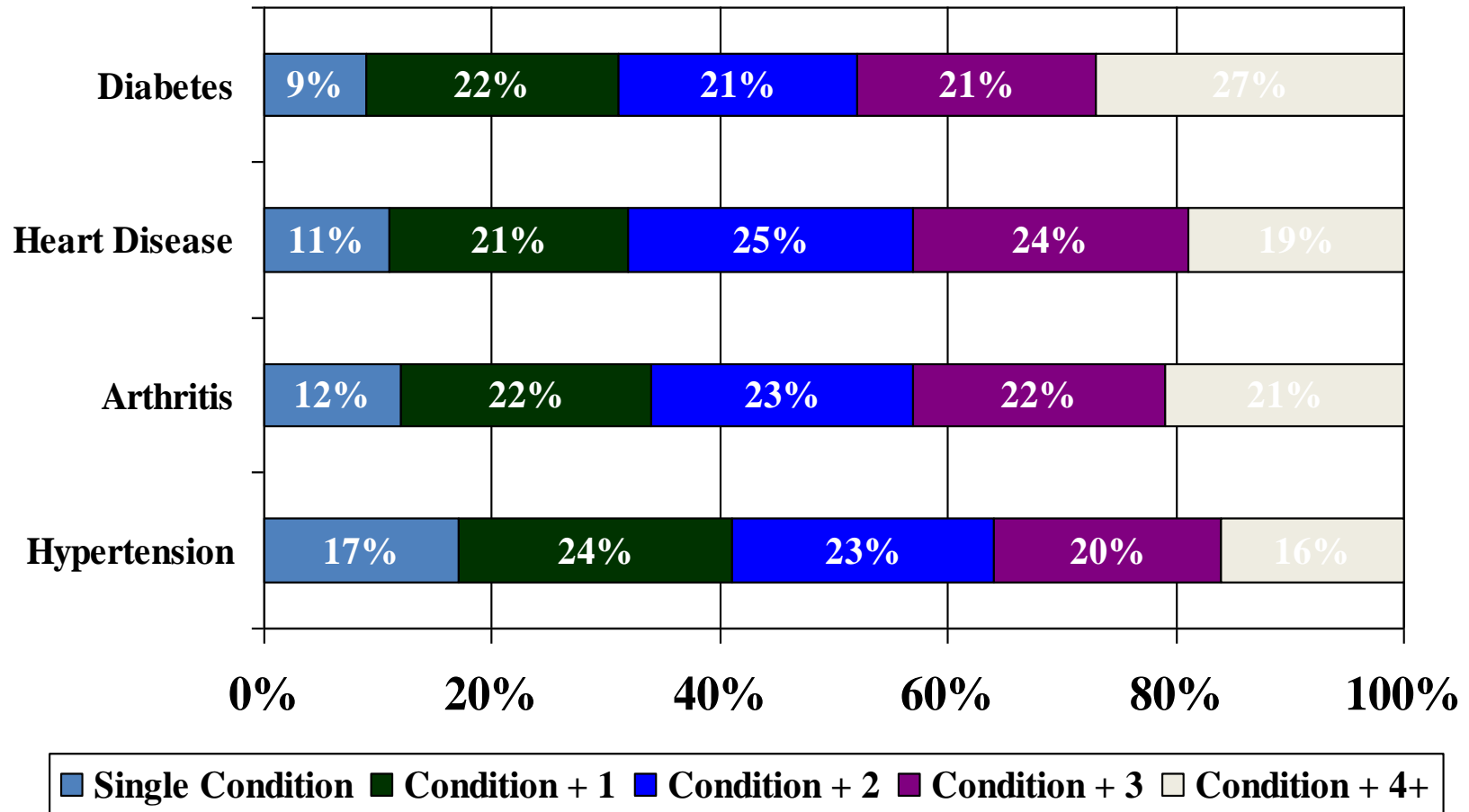
72%

50%

97%



# Co-morbidity is de norm



Source: Partnership for Solutions, Johns Hopkins University

# Somatische en Psychische Problematiek hangt samen SES

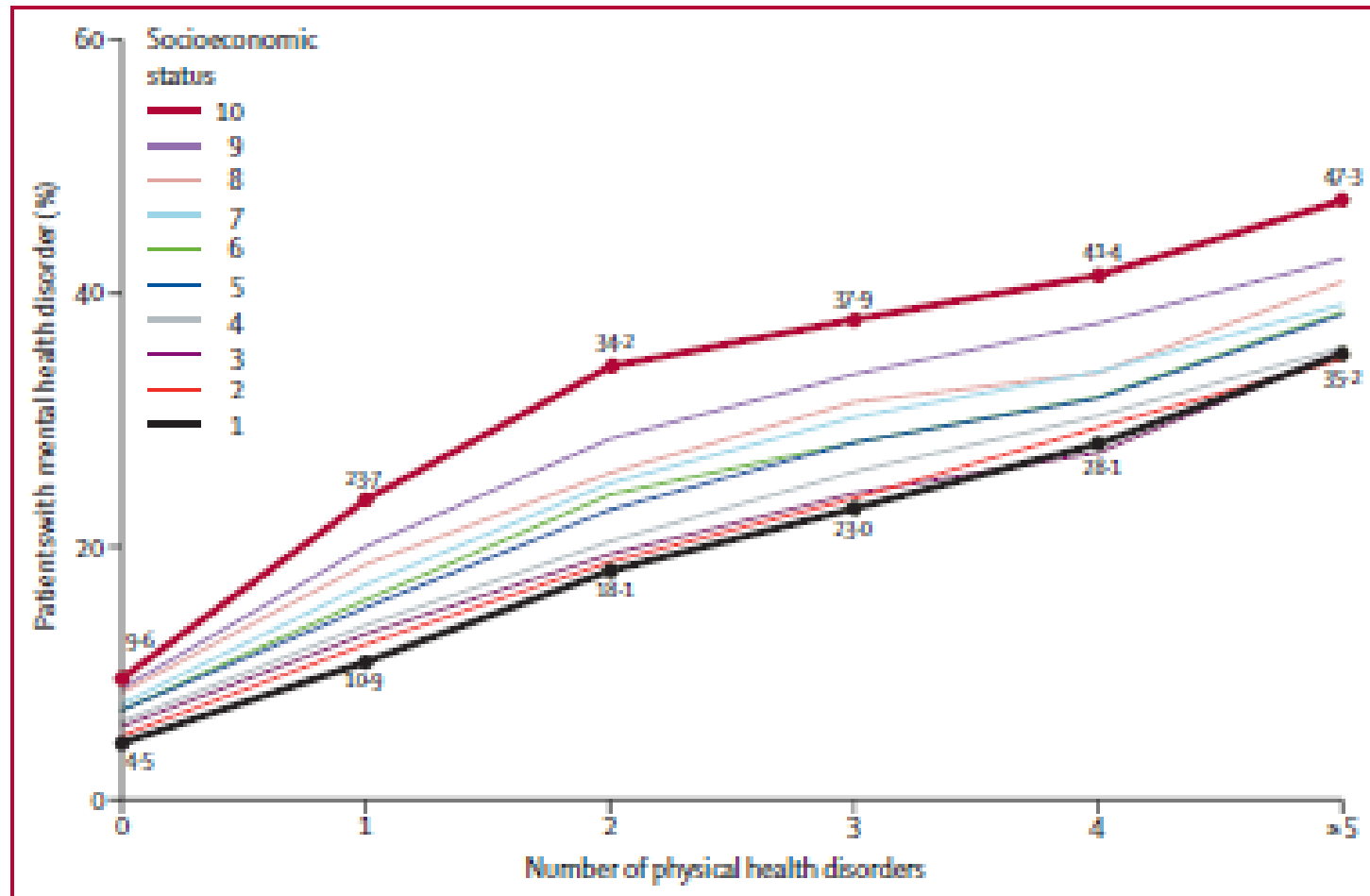
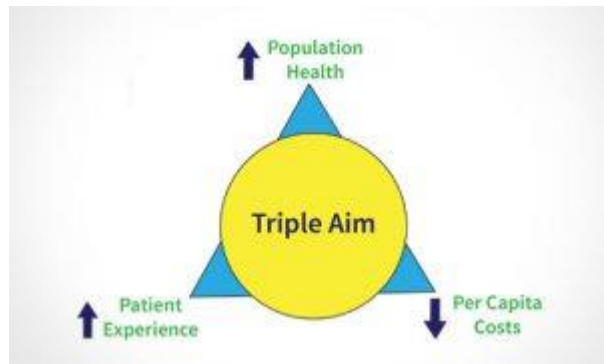


Figure 3: Physical and mental health comorbidity and the association with socioeconomic status  
On socioeconomic status scale, 1=most affluent and 10=most deprived.

# Van deeloplossingen naar een totaaloplossing



$$\text{Value} = \frac{\text{Quality (Outcomes, Safety, Service)}}{\text{Cost}}$$

## ACO Operating Model

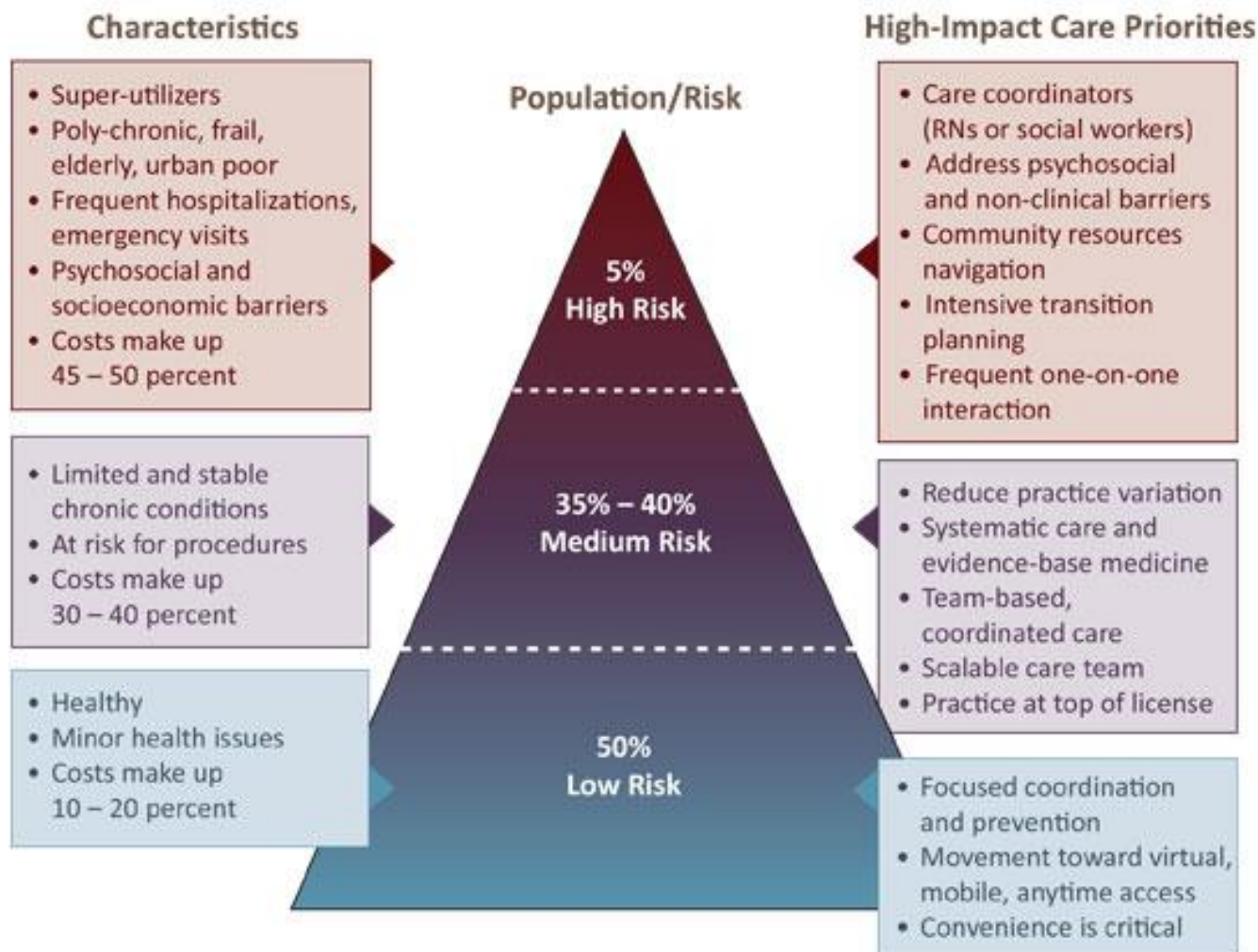


Public managers must be capable of organising market activity to produce the desired value. That is, they must balance: Valuable vs Authorisable vs Doable.



Figure 1: Mark Moore's public value strategic triangle

# Population Health Pyramid



# Kenmerken Population Health Management

---

1. Hele zorg continuüm:  
"intensive care management for individuals at the highest level of risk" and "personal health management... for those at lower levels of predicted health risk."
2. Meer dan één chronische aandoening: niet ziektespecifiek oppakken
3. Meer dan één coördinatiepunt in de zorg is
4. **Voorspellend modelleren**
5. Verbeteren van kwaliteit, gezondheid en financiële uitkomsten (Triple Aim)
6. Verscheidenheid aan individuele, organisationele en culturele interventies
7. **Binnen GEDEFINIEERDE populaties** (Geografisch afgelijnde regio)

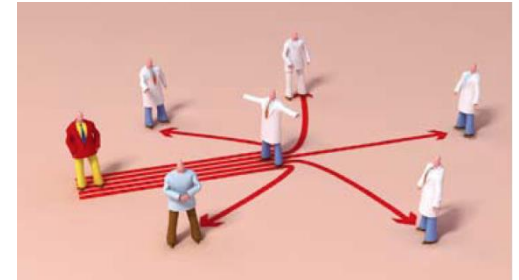


## Opbouw

1. Toekomstige ontwikkelingen
- 2. Organisatie van de huisartsenzorg**
3. Ontwikkeling financiering
4. Uw keuze

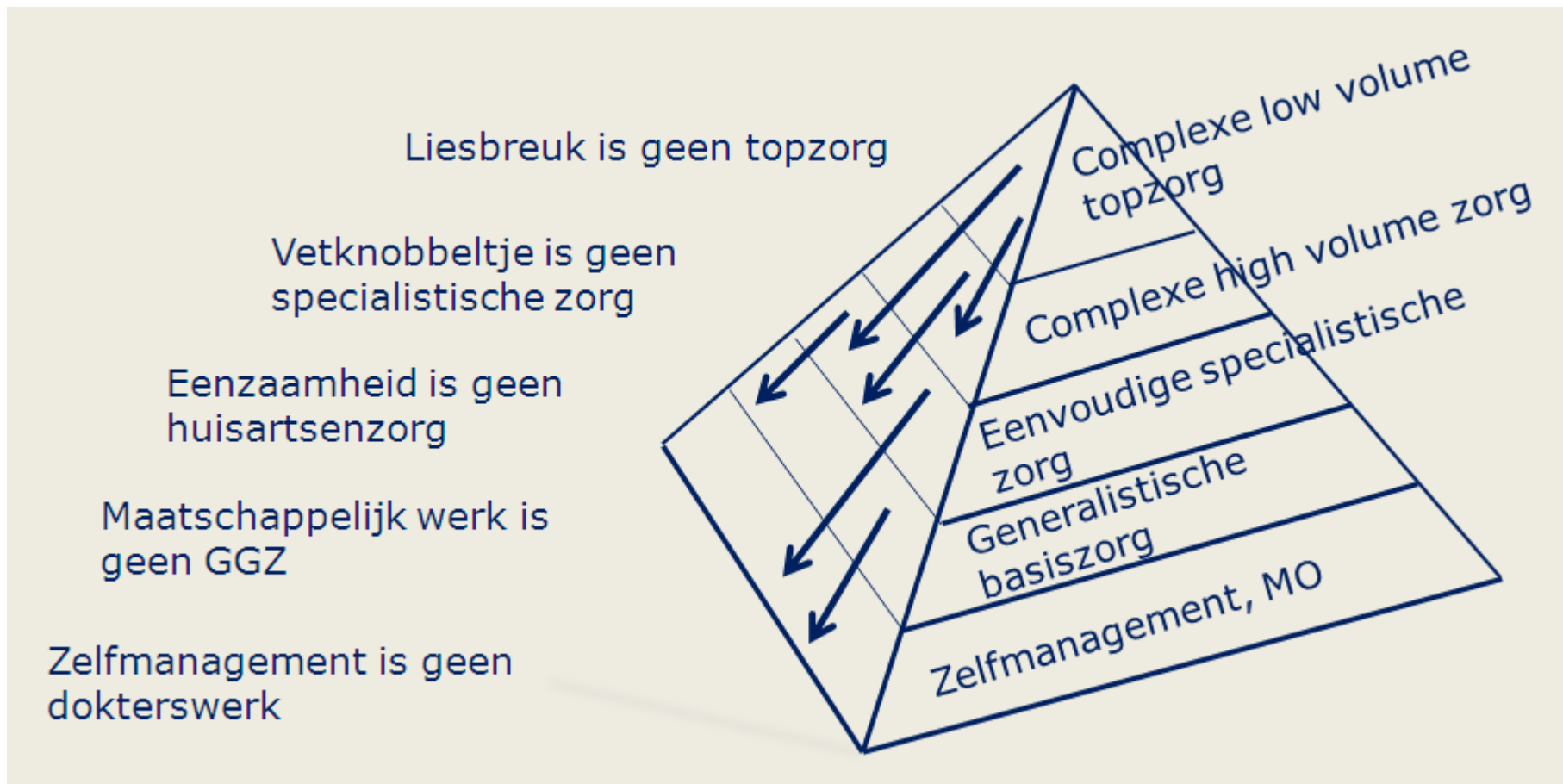
# De kracht van het eerstelijns systeem

- Mens gericht
- Populatie oriëntatie
- Veelomvattend
- Coördinatie
- Laagdrempelig poortwachter





# De eerstelijns heeft de wind mee



# Hoe hebben we dit nu in Nederland in de laatste decennia gestimuleerd?

## Ziektespecifiek



- individuele aanpak
- zorgstandaarden
- integrale bekostiging
- zorggroepen
- integratie 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn
- 1,5<sup>e</sup> lijns centra

**Disease  
management**

Ondernemersrationaliteit

## Community



- populatie aanpak
- zorgprogramma's
- GEZ module
- gezondheidscentra
- integratie 1<sup>e</sup> en 0<sup>e</sup> lijn
- van ZZ naar 3C

**Community care**

Maatschappelijke rationaliteit

# Verspreiding Zorggroepen in Nederland

## Statutair oprichtingsjaar van zorggroepen

tot en met 2006



tot en met 2007



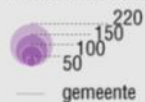
tot en met 2008



tot en met 2009

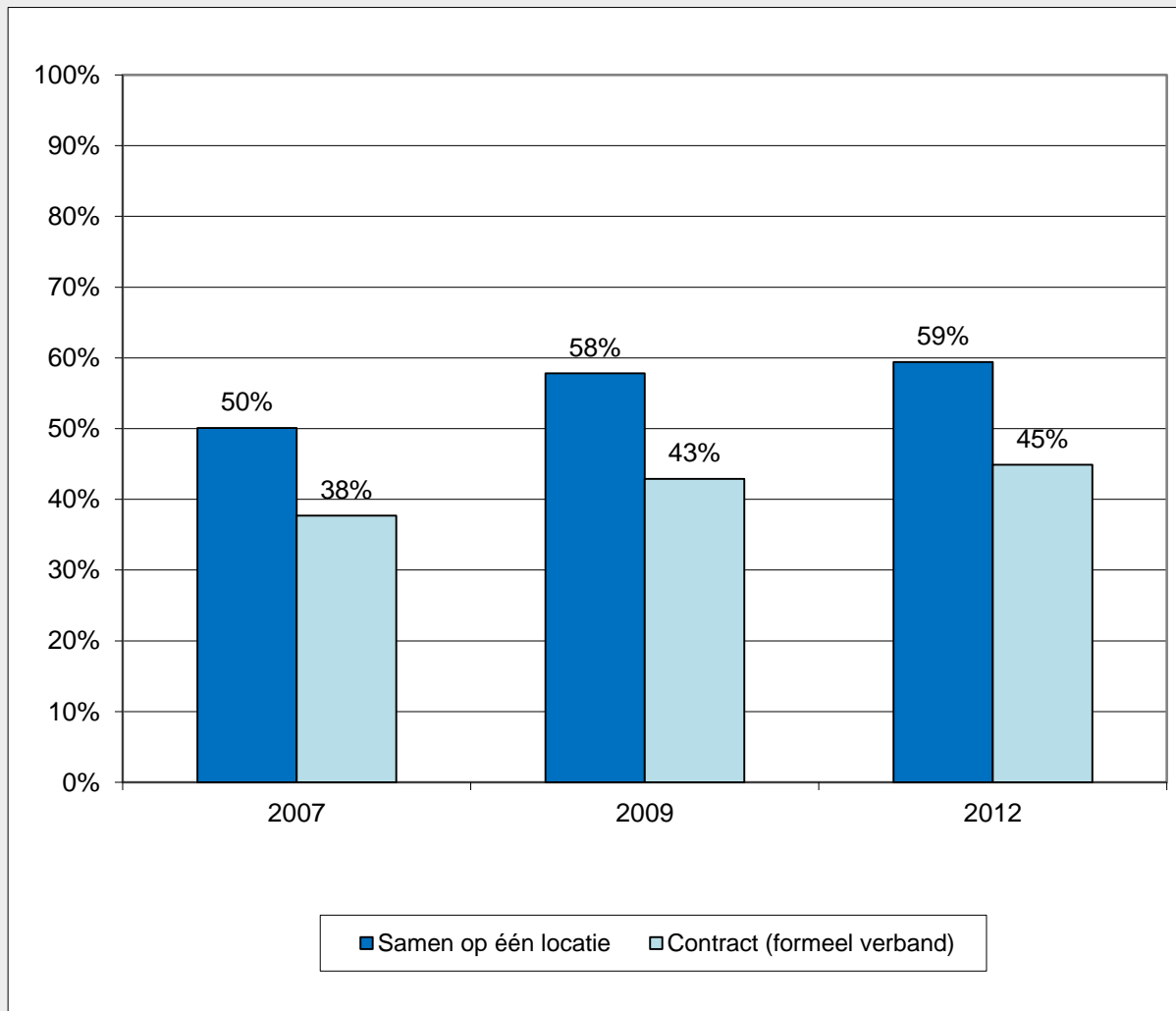


Aantal huisartsen per zorggroep

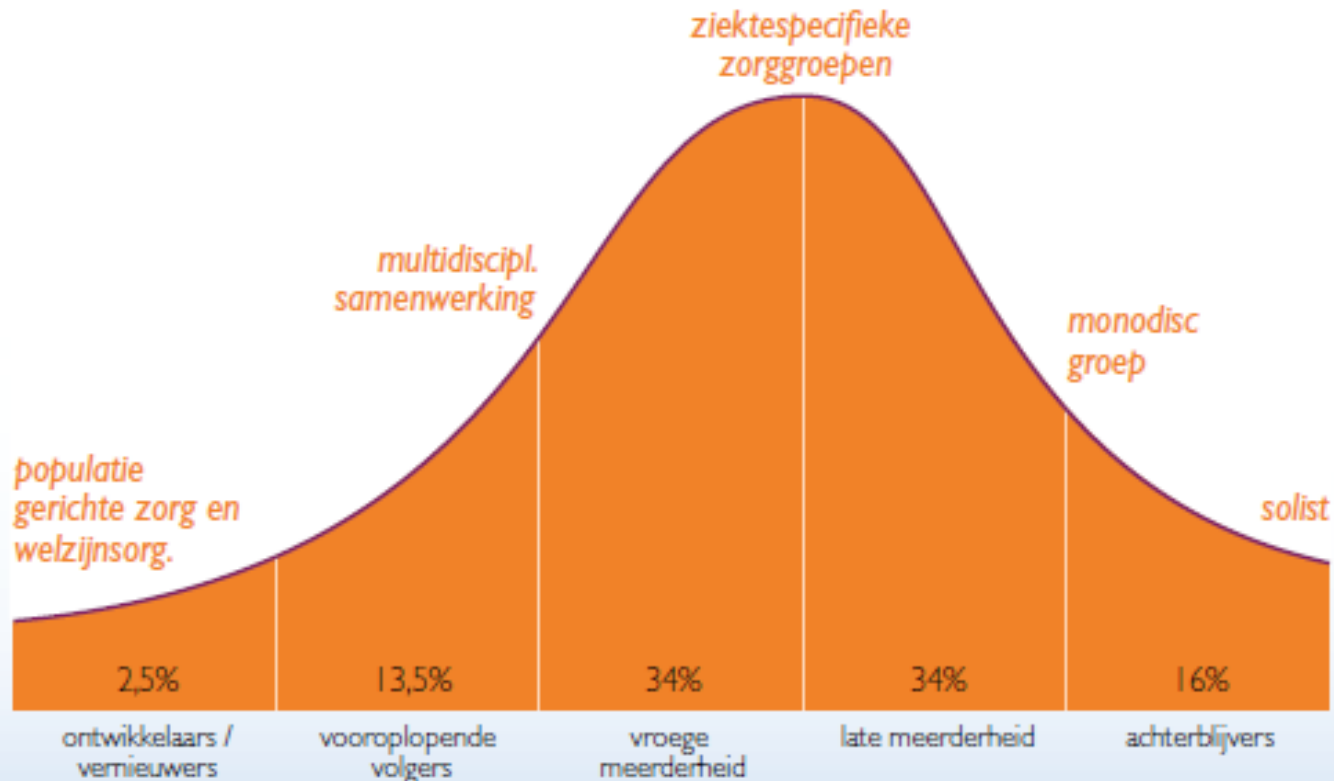


Bron: RIVM

# % huisartspraktijken met andere disciplines op één locatie en met formeel contract stagneert



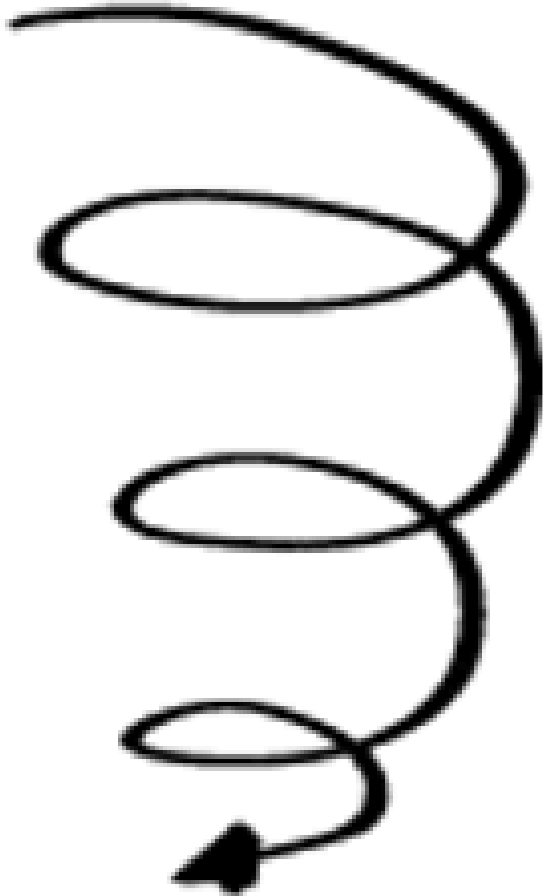
## Diffusiecurve



Volgens Rogers (1983) verspreiden kennis of technologie zich volgens een vast patroon, waarin een kleine groep vernieuwen in de tijd door vier andere groepen wordt gevolgd...

# Integratie spiraal

---



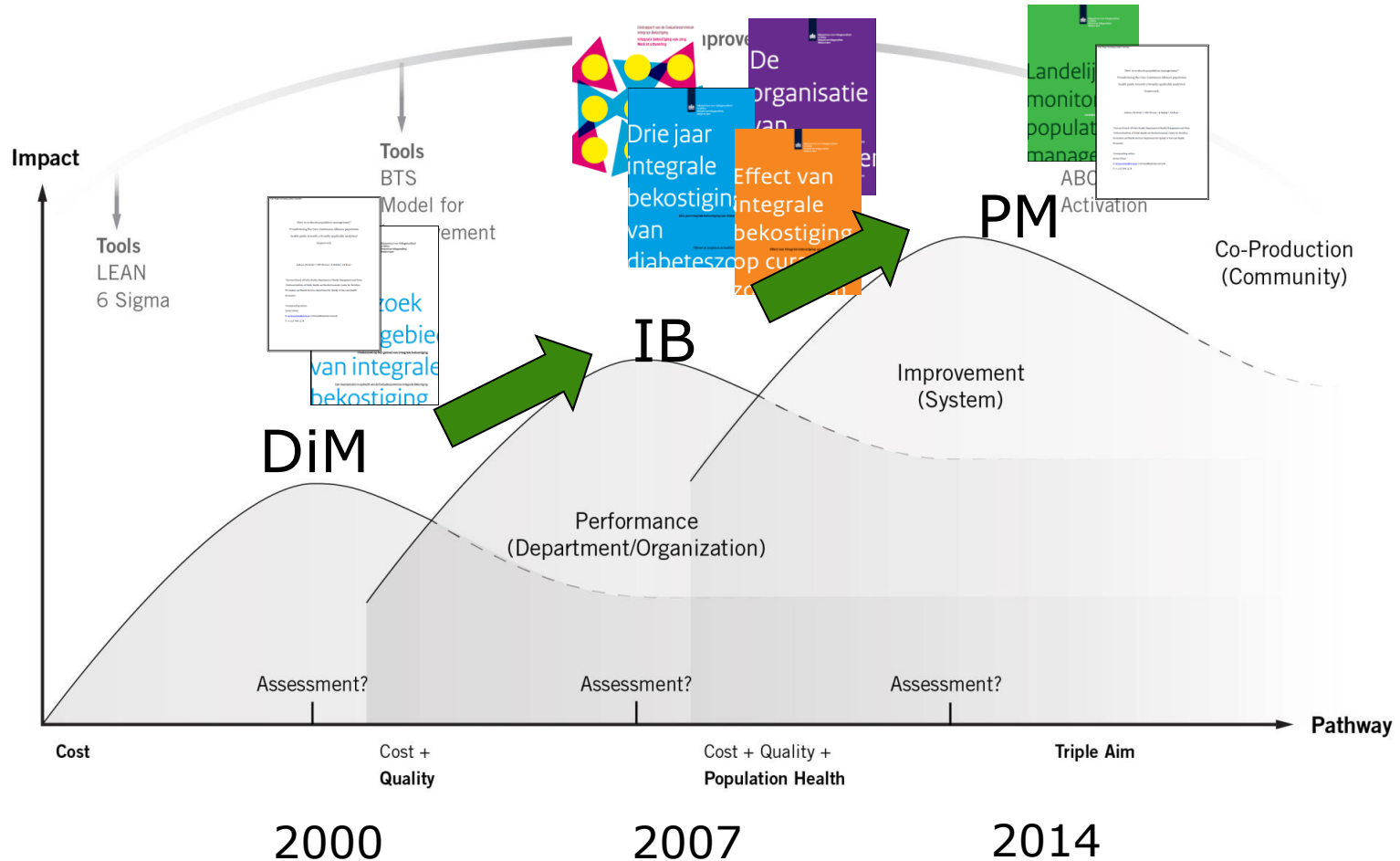
Samenwerking gemeente,  
ziekenhuis etc

Regionale Zorggroep

Wijkgericht Gezondheidscentrum

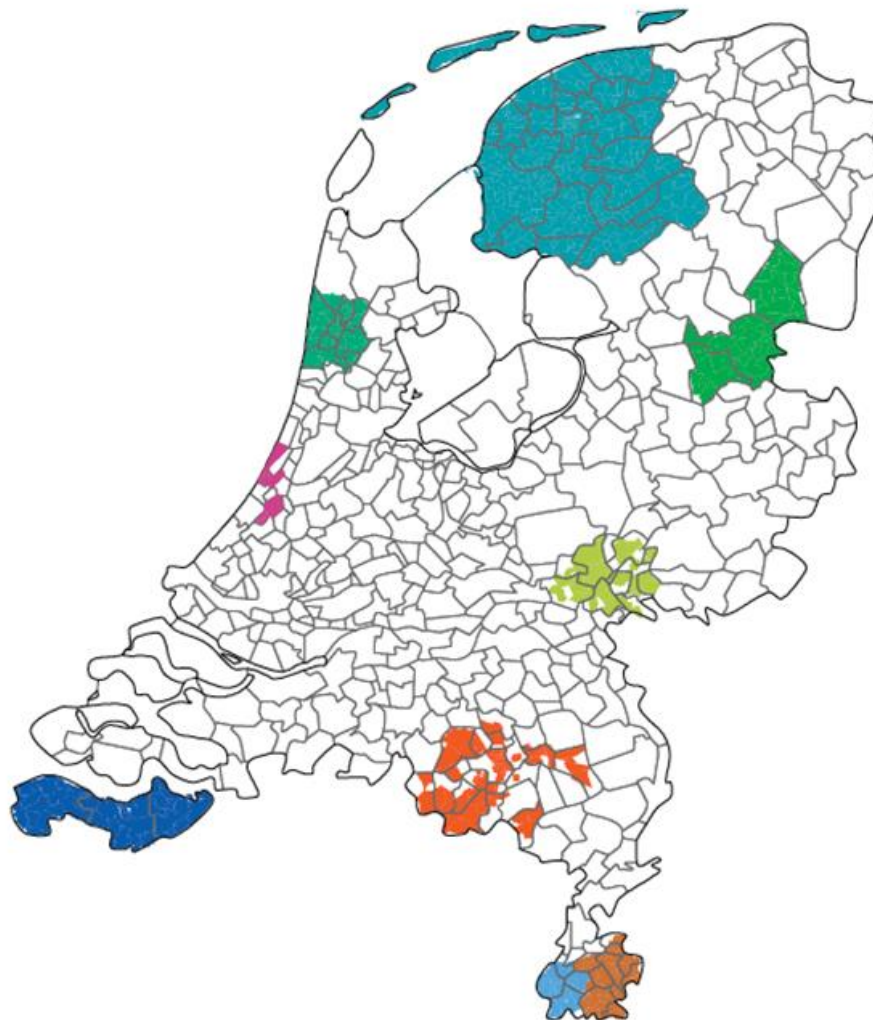
Huisarts, assistente, poh

# Beleidsontwikkeling richting PHM



# Proeftuinen VWS vanaf 2014

---



## Proeftuin

- Blauwe Zorg
- Friesland Voorop
- GoedLeven
- Mijn Zorg
- PELGRIM
- PZF regio Rijnland
- SSiZ
- SmZ
- Vitaal Vechtdal



# Resultaat Regio in Beeld

---

Een integraal populatiegericht gezondheidszorginitiatief is een samenwerkingsverband van meer dan twee type organisaties, o.a. werkzaam in de gezondheidszorg, gericht op bevorderen van de gezondheid van een geografisch afgebakende populatie dat in een regionale governancestructuur (met minimaal de vertegenwoordiging van eerste en tweedelijnszorgaanbieders) een programma uitvoert dat meerdere doelgroepen en gezondheidsvraagstukken in de populatie adresseert. Dit initiatief heeft als ambitie om de maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid en kosten voor de populatie te dragen.

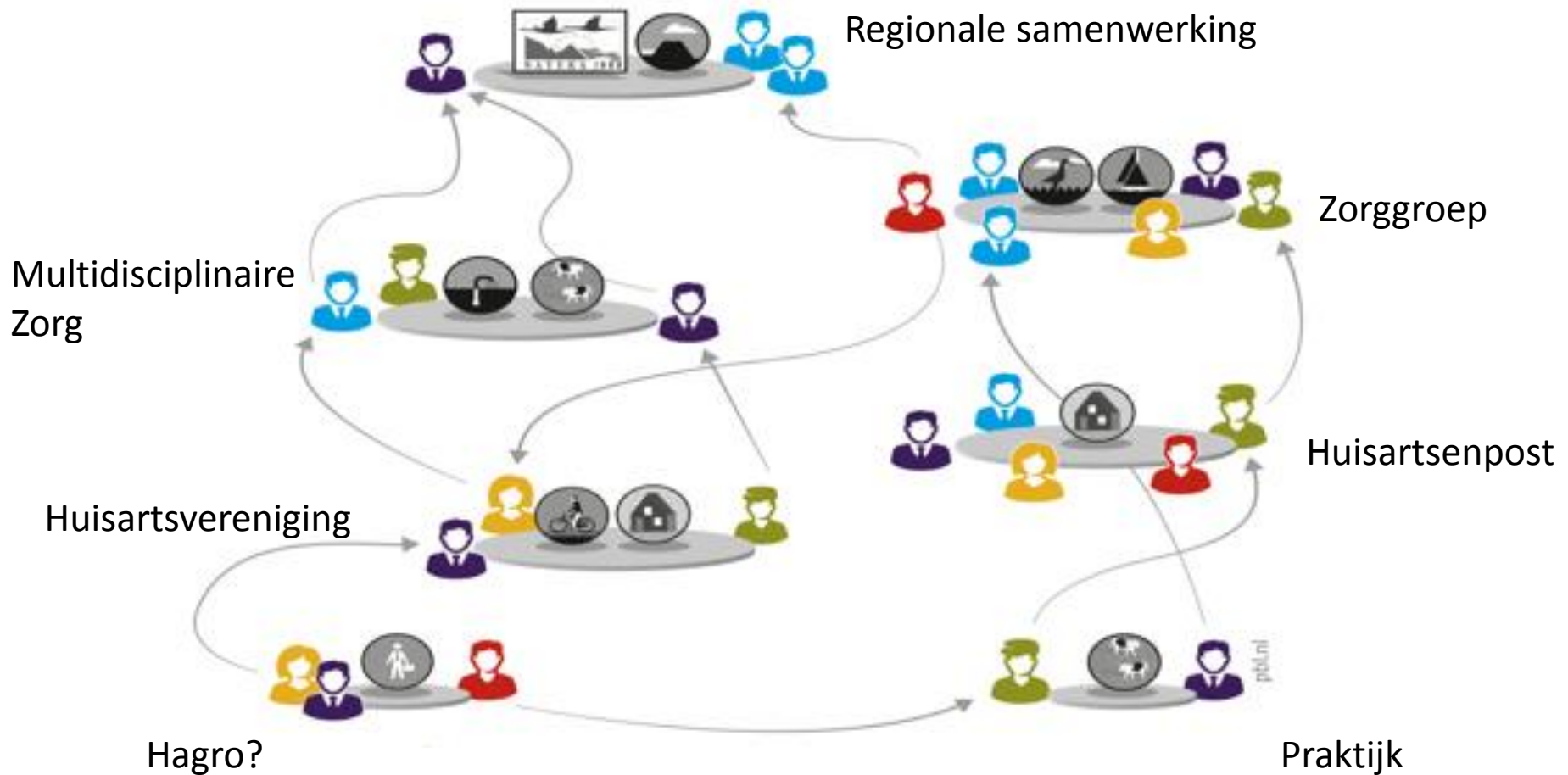
# 32 Populatiegerichte initiatieven\*

---

1. Beter Samen (krijtmolen alliantie)
  2. Amsterdamse aanpak gezond gewicht
  3. Zorgvernieuwing Ouderenzorg
  4. programma populatiegerichte zorg
  5. Programma Ouderenzorg
  6. De Vitale Verzekerde en Burger in Deventer
  7. Kans voor de Veenkoloniën
  8. Vitaal Vechtdal
  9. Pelgrim (Populatiemanagement eerstelijns gezondheidszorg regio Arnhem in model)
  10. Gezond Veluwe
  11. Oldenzaal Vitaal
  12. Programma gericht op COPD in Nijkerk
  13. Programma gericht op Cardiovasculair risicomangement in Nieuwegein
  14. Gezonde zorg gezonde regio
  15. GoedLeven
  16. Verbonden in zorg
- Slimmer met zorg
  - Proeftuin Ruwaard
  - Samendraads
  - LOQS
  - Mijnzorg
  - Anders Beter
  - regio Nijmegen op een lijn
  - Blauwe zorg
  - Samenspel
  - Friesland voorop
  - Regioplan Heerenveen
  - Zorgnetwerk Zenderen
  - Leertuin Drechtsteden
  - De Gezonde Regio
  - Samen sterker in zorg (SSiZ)
  - Gezonde wijkaanpak van gemeente Rotterdam
  - Netwerk palliatieve zorg Rotterdam
  - Programma expeditie duurzame zorg Rotterdam Feijenoord

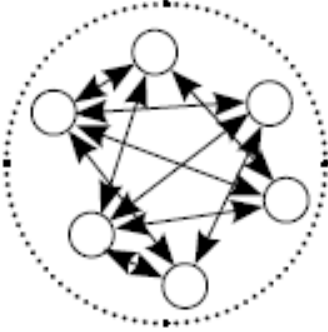
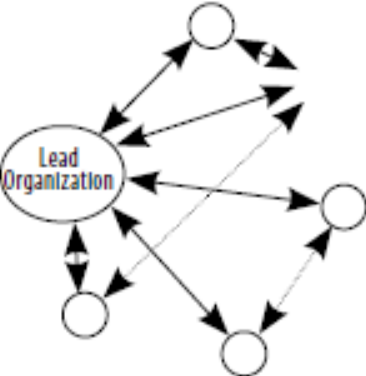
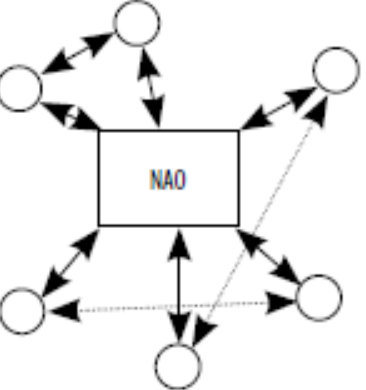
\* groen: themagerichte programma's

# Huidig netwerk: themagericht, versnipperd en kent weinig regie



# Vormen van netwerksturing

Tabel 17.2 Drie vormen van network governance (bron: Provan & Kenis, 2008)

Netwerk governance	Zelfregulerend netwerk	Leiderorganisatie-netwerk	Netwerk administratieve organisatie (NAO)
Visualisatie			
Principe	Geen administratieve entiteit, participatie in netwerkmanagement door alle partijen	Administratieve entiteit (en netwerkmanager) is een belangrijke netwerkpartij die ook een rol heeft in het primaire proces	Een toegewezen en aparte entiteit is gecreëerd om het netwerk te managen

# Stap 1: Integrator

De belemmeringen zijn niet technisch, maar worden veroorzaakt door belangentegenstellingen (politiek!)

Noodzaak voor een integrator: een entiteit gelegen in de regio die verantwoordelijkheid neemt voor de doelstelling (dus inhoudelijk) en de verantwoordelijkheid voor de uitvoering.

In de

**Noodzaak regionale  
governance structuur**

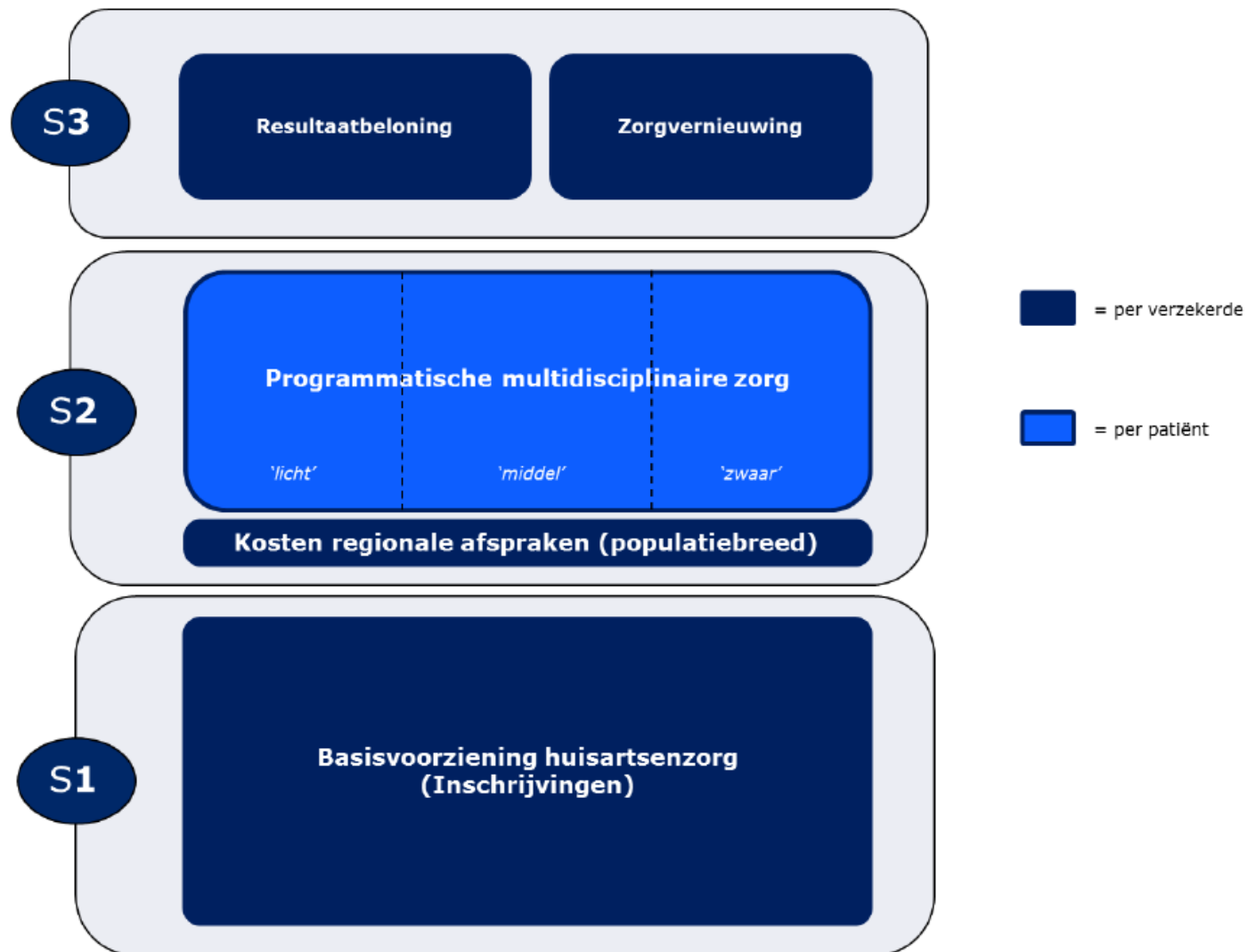
- Integreert en zijn/haar omgeving in het zorgproces
- Geïntegreerd multidisciplinair werken op alle niveau's
- Andere kijk op zorg- en hulpsysteem: kwaliteit, financiering, risicostratificatie e.d.

## Opbouw

1. Toekomstige ontwikkelingen
2. Organisatie van de huisartsenzorg
- 3. Ontwikkeling financiering**
4. Uw keuze

# Financiering op middellange termijn

Figuur 3: Mogelijke invulling bekostiging op middellange termijn



# Gewijzigde financiering en focus

	Monodisciplinair Huisartsen	Multidisciplinair Eerste lijn
Wijk 10.000 – 20.000	Praktijkmanagement	Wijkmanagement
Regio 100.000 – 200.000	Ondersteuning ketenzorg	
	Regiomanagement	

- Substitutie
- Populatiegerichte zorg



# KWADRANTENMODEL

---

	<b>Monodisciplinair Huisartsen</b>	<b>Multidisciplinair Eerste lijn</b>
<b>Wijk 10.000 – 20.000</b>	Het stimuleren van huisartsen-samenwerkingsverbanden van 5 – 10 huisartsen	Het stimuleren van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden van eerstelijns zorgaanbieders (incl. wijkverpleegkundigen)
<b>Regio 100.000 – 200.000</b>	Het stimuleren van het ontstaan en doorontwikkelen van regio-organisaties die een bredere ondersteunende en kwaliteitsverhogende rol spelen voor de huisartsen	Het stimuleren van het ontstaan en doorontwikkelen van multidisciplinaire regio-organisaties die de integrale verantwoordelijkheid voor de zorg in een regio op zich kunnen nemen

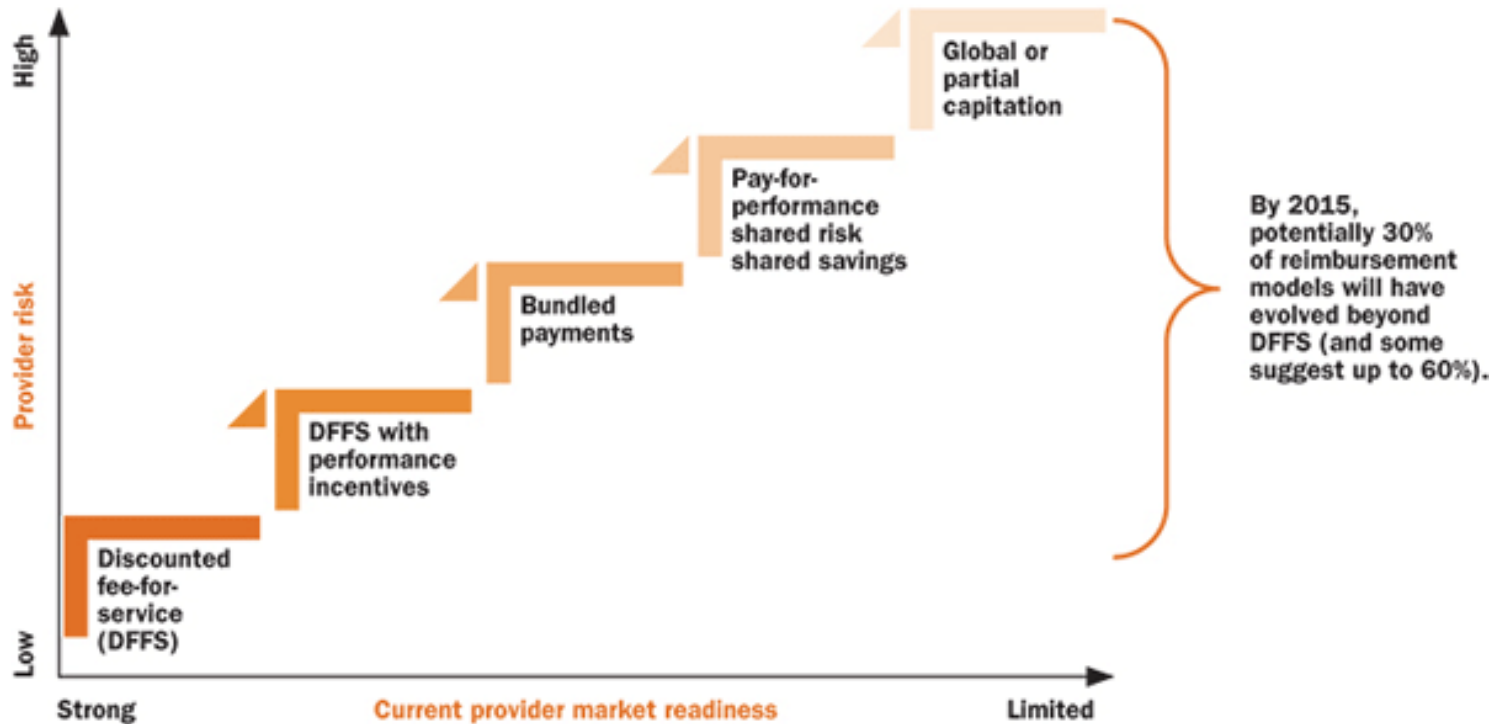
# Recente ontwikkelingen in de Nederlandse “inkoop”

---

1. Totaalbedrag per patiënt, zonder consulten
2. Shared Savingscontract voor specifieke chronische aandoeningen: ontwikkeling naar één chronische zorgcontract voor de huisartspraktijk
3. Value Based Health Care contract voor alle hartfalen patiënten
4. Totaal zorgcontract voor alle ZVW zorg in een regio
5. Substitutie???

# Verschuiven financiële risico's naar zorgverleners

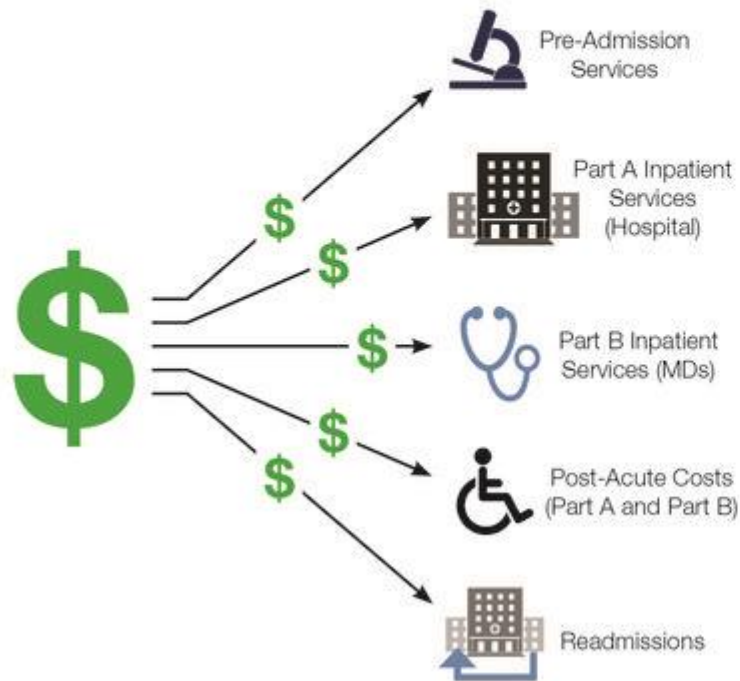
## Expected evolution of contracting and reimbursement models from pay for volume to pay for value



# Episode bekostiging

## Traditional Fee-for-Service

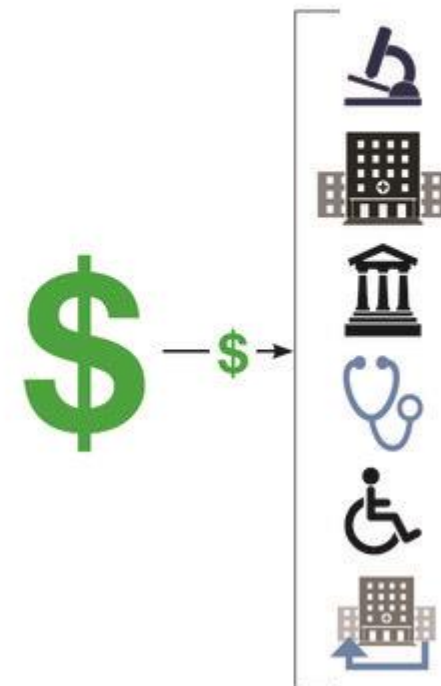
Payment for each service regardless of quantity or quality



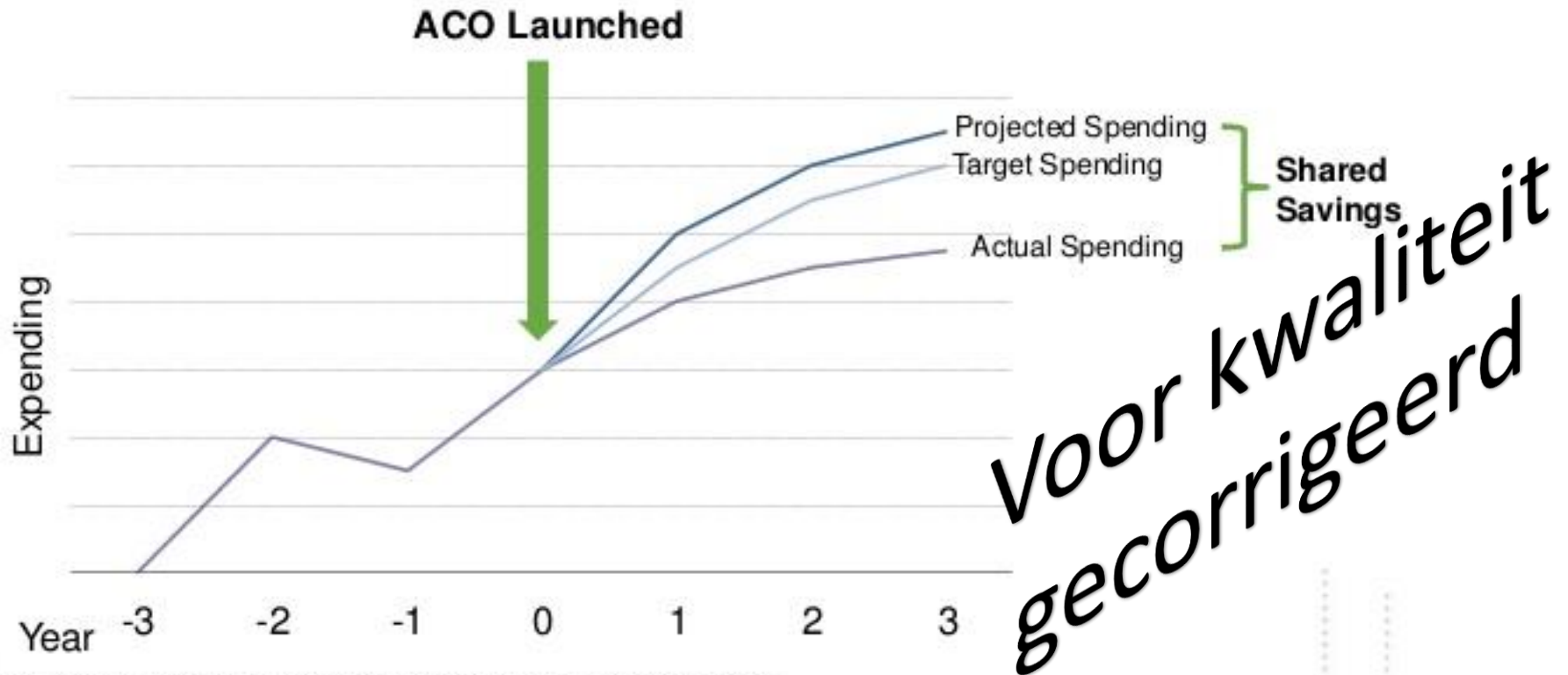
vs.

## Bundled Payments

Payment for comprehensive, coordinated intervention



## The Shared Savings Model

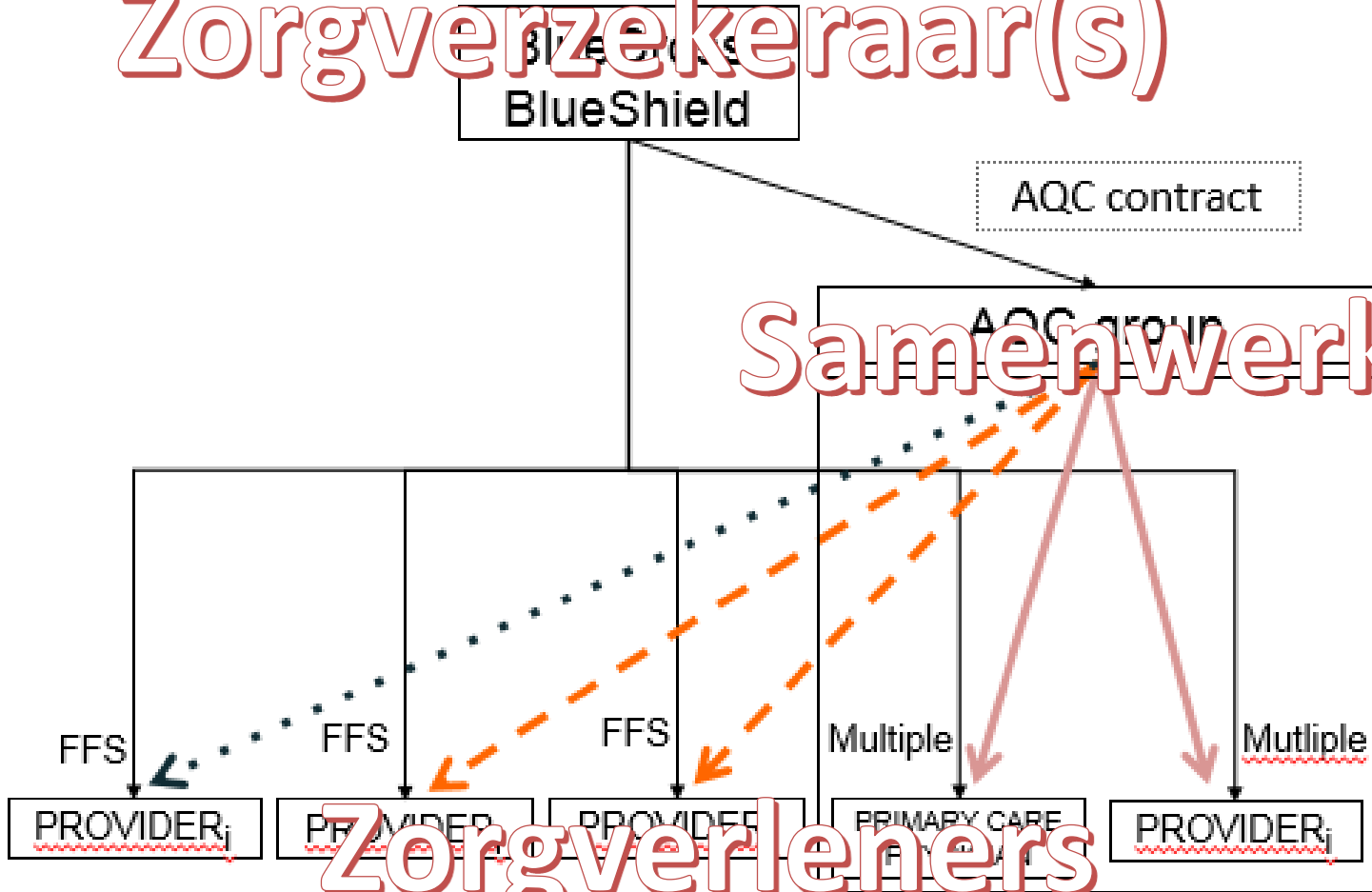


Source: Lewis, Julie. "What Could be Next for Health Reform? The Debate in Washington" Presentation. The Dartmouth Institute for Health Policy & Clinical Practice. 2009-07-02.

# Structuur van de netwerk governance ?

Alternative Quality Contract (AQC)




Zorgverzekeraar(s)



Samenwerking

Zorgverleners

# Waarom loopt men hier achteraan?

Initiatief	Land	Populatie	Triple Aim uitkomsten
Blue Cross Alternative Quality Contract 5 jaar		1,35 miljoen verzekerden*	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Kwaliteit score 25% omhoog (obv 34 kwaliteit/tevredenheidindicatoren)</b></li> <li>– <b>Shared savings t.o.v. trend van 5.8%-9.1% *</b></li> </ul>
Torbay/Devon Community Care Group meerjaren totaalbudgetten  (Health & Social Act 2012)		281.900 verzekerden	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>33% daling ziekenhuis bedbezetting</b></li> <li>– <b>24% daling spoedopnames 75+</b></li> <li>– <b>Minder ouderen in verpleeghuizen</b></li> <li>– <b>Geen vertraging meer in transmurale zorgoverdracht</b></li> <li>– <b>Resterend budget wordt volledig geïnvesteerd in preventie</b></li> <li>– <b>Krijgt nu nationale navolging</b></li> </ul>
Gesundes Kinzigtal Shared savings contract 10 jaar en verlengd		32.000 verzekerden	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>53% minder sterfgevallen na hartfalen</b></li> <li>– <b>1,5 jaar langer leven GK deelnemers</b></li> <li>– <b>23% minder groei ZKH opnamen</b></li> <li>– <b>40% minder opnames GGZ</b></li> <li>– <b>10% meer verzekerden ZV AOK</b></li> <li>– <b>'Shared saving' per AOK verzekerde: €150 per verzekerde per jaar (-10%)</b></li> </ul>

# Mijn voorspelling

---



1. Populatiegerichte zorg?
2. Regionale Governance?
3. Meer verantwoordelijkheid bij de zorg voor de zorgkosten?