

Opzet inleidende tekst website Proeftuinen Populatiemanagement
Aldien Poll

Proeftuinen Populatiemanagement

De overheid streeft de komende decennia naar gepast gebruik van zorg om de toegang tot zorg voor iedereen betaalbaar te houden. Van burgers wordt gevraagd geen gebruik van de zorg te maken als het niet noodzakelijk is, om zo de groei in de stijgende kosten om te buigen.

De overheid is zich ervan bewust dat verandering in regels daar ook aan bij moet dragen: in stand houden van het complexe gezondheidszorgsysteem leidt tot onnodige verspilling van geld. Er zijn daarom op veel terreinen proeftuinen ingericht onder supervisie van de overheid om die veranderingen mogelijk te maken en te toetsen op hun effecten. Eén van die proeftuinen betreft 'populatiemanagement'.

Populatiemanagement betekent dat de organisatie van de zorg gericht is op de *vragen* en *behoeften* van een herkenbare groep mensen in relatie tot hun gezondheid, bijvoorbeeld alle mensen die ingeschreven staan bij dezelfde huisarts, of alle mensen in een wijk of regio, of alle mensen met dezelfde type aandoeningen of alle mensen met dezelfde risico's op beperkingen en ziekte. Met management wordt bedoeld dat professionals en instellingen de zorgvragen die binnen zo'n populatie leven, kennen en organiseren.

De huidige organisatie van de zorg is gericht op effectief en efficiënt organiseren en bekostigen van het handelen van professionals en instellingen, en dus niet op efficiënt en effectief organiseren van de zorgvragen en behoeften in relatie tot hun gezondheid van een populatie. De huidige bekostiging wordt aanbodfinanciering genoemd, bekostiging van zorgvragen en behoeften van een populatie wordt vraagfinanciering genoemd.

Populatie**bekostiging** betekent dat de organisatie van zorg voor de populatie gekoppeld wordt aan vraagfinanciering. Deze bekostiging moet nog ontwikkeld worden en is dus *niet* een optelsom van alle huidige aanbod-bekostigingsafspraken met professionals en zorginstellingen bij een populatie.

1 De gezondheidszorg verandert

Na ruim een halve eeuw verzorgingsstaat komen er in de zorg ingrijpende veranderingen. De afgelopen decennia is een complex systeem ontstaan van instellingen, regelingen, specialisaties, koepels, professionele praktijken en controle. Grotendeels onder toezicht van de overheid. Het systeem heeft goede resultaten behaald in termen van gezondheid, maar heeft ook tot minder goeie resultaten geleid in termen van mis-organisatie, zoals versnippering, verkokering, dubbelingen en medicalisering.

Ook de rollen in de gezondheidszorg zijn de laatste 50 jaar veranderd. Beroepsgroepen en instellingen richten zich meer en meer op specialisatie van zorg en op financiële regelingen van de overheid; individuele professionals worden gestuurd door administratieve regels. Burgers zijn steeds beter geïnformeerd en eisen oplossingen voor hun problemen, gericht op behoud of verbetering van kwaliteit van leven. Er ontstaat een spanning tussen de verdere doorontwikkeling van het gezondheidszorgsysteem door de overheid, de aanbod specialisatie van beroepsgroepen en

instellingen, de taakopvatting van de professionals en de vragende burger die zijn eigen gezondheid wil organiseren.

2. Kentering

Het besef groeit dat het steeds efficiënter organiseren van de zorg in instellingen en praktijken niet de enige zaligmakende weg is naar een beter gezondheidszorgsysteem. Regels over producten, activiteiten, behandelcombinaties, declaraties, volumes en tarieven hebben een uiterst complex administratief systeem gebouwd waarin het oplossen van gezondheidsproblemen ondergeschikt is geraakt aan de juiste toepassing van de administratieve regels en afspraken.

Ervaringen van professionals, vaak ondersteund door onderzoek, leiden tot het besef dat niet voor iedere burger met een bepaalde aandoening dezelfde standaard-zorg tot een oplossing van het gezondheidsprobleem leidt: toepassen van medische standaarden vragen steeds om een zorgvuldige afweging en indien noodzakelijk om een afwijking van de standaard.

De steeds verdere specialisatie leidt tot coördinatie vraagstukken bij professionals en burgers; gezondheidsproblemen worden opgeknipt in onderdelen waardoor het gevaar bestaat dat het oorspronkelijke probleem uit het oog verloren wordt. Overheid en professionals beseffen dat dit tot onnodige of verkeerde zorg kan leiden.

En ook ontstaat het besef bij burgers, zo niet bij iedereen dan toch bij grote groepen, dat er keuzes mogelijk zijn. In overleg met professionals kan de burger kiezen voor een behandeling die het beste past bij het eigen gezondheidsprobleem, of afzien van een behandeling. De keuze kan ook bestaan uit inzetten op preventie van klachten, zelfmanagement of begeleiding via internet (e-health).

In de keten van afspraken is weinig ruimte voor kwaliteitsafspraken. De gezondheidszorg wordt bestuurd met administratieve regels waarmee verantwoording afgelegd kan worden over kosten in de zorg. Het besef groeit dat ook kwaliteit een belangrijke factor is om verantwoording over af te leggen. Het betreft de kwaliteit van het handelen van de zorgverleners, maar ook de kwaliteit van de organisatie van de zorg en van de afstemming van het handelen van zorgverleners op de kwaliteit van leven van de burger.

3. Verantwoordelijkheden

De kentering heeft gevolgen voor de verantwoordelijkheden en spelregels in de gezondheidszorg. Nu wordt de inrichting van de zorg bepaald door het ministerie van financiën, die de financiële kaders bepaalt voor alle type zorg, en door het ministerie van Volksgezondheid, die het beleid bepaalt voor de zorgverleners en de zorgverzekeraars. De koepels van zorgprofessionals bepalen wat goede zorg is en wat niet, vastgelegd in richtlijnen en standaarden. Er zijn verschillende toezichthouders die erop toezien dat uitvoerders in de zorg zich aan de financiële kaders en aan het beleid houden. Niemand mag er zonder toestemming van afwijken. De inspectie toetst de kwaliteit van het handelen zoals de beroepsgroep die heeft vastgelegd.

College van Zorgverzekeringen

Het college van zorgverzekeringen (CvZ) bepaalt welke zorg wel en niet vergoed mag worden door verzekeraars en legt dit vast in het basiszorgpakket. Zorg die niet in het basiszorgpakket zit mag ook niet vergoed worden. Het is een wettelijk vastgelegd pakket. De kentering in het zorgsysteem vraagt van het college om het basispakket en de omschrijvingen in het basispakket te toetsen aan de gewenste veranderingen; werkt het huidige basispakket mee of werkt het tegen om gewenste veranderingen tot stand te brengen? Dekkt het huidige pakket de vragen van de burgers?

Nederlandse Zorgautoriteit

De Nederlandse zorgautoriteit (NZA) bepaalt op welke wijze de zorg gedeclareerd mag worden en tegen welke tarief (in steeds meer gevallen mag de verzekeraar het tarief uit onderhandelen met de instellingen en zorgverleners). Het wordt vastgelegd in zogenaamde prestatieomschrijvingen en declaratieregels die leidend zijn voor verzekeraars en zorgaanbieders. De kentering in het zorgsysteem vraagt van de zorgautoriteit om de omschrijvingen en regels te toetsen aan de gewenste veranderingen; werken ze mee of werken ze tegen om gewenste veranderingen tot stand te brengen?

Veranderingen in de prestatie omschrijvingen en declaratieregels worden in veel gevallen voorgelegd aan alle belanghebbenden in het zorgveld. Het betreft zogenaamde consultatieronden. De huidige consultatieronden richten zich voor de huisartsenbesteding ook op de introductie van populatiemanagement. Het betreft de eerste stappen. De valkuil hierbij is dat de consultatie zich nog te veel richt op efficiënt en effectief besteden van het aanbod voor een specifieke populatie (*populatiebesteding*) in plaats van efficiënt en effectief organiseren van de zorgvraag en zorgbehoefte van een specifieke populatie (*populatiemanagement*).

Verzekeraar als inkoper

De verzekeraar als inkoper maakt contractafspraken met zorgverleners over de declaraties en betalingen conform het basispakket en de regels van de NZA. Daarbovenop kunnen beide contractpartijen afspraken maken over kwaliteit van zorg. Verzekeraars kunnen afspreken om een ander tarief te betalen of een ander volume in te kopen bij gewenste kwaliteit, maar kunnen niet afwijken van het basispakket of van de declaratieregels van de NZA. Het toetsen van klantervaringen door zorgverzekeraars is goed ontwikkeld met de CQ index, maar stimuleren van kwaliteit via contractafspraken is nog onderontwikkeld en biedt vele kansen voor de toekomst. De kentering in het zorgsysteem vraagt van de zorgverzekeraars om de inkoopafspraken te toetsen aan de gewenste veranderingen; werken de huidige afspraken mee of werken ze tegen om gewenste veranderingen tot stand te brengen?

Verzekeraar als verzekeraar

De verzekeraar biedt verzekeringen aan voor dekking van de kosten van zorg uit het basispakket en aanvullende verzekeringen voor dekking van kosten van zorg die niet in het basispakket is opgenomen. De omschrijvingen in de verzekeringen (polisvoorwaarden) worden getoetst door de Nederlandse zorgautoriteit, er mogen geen onwaarheden in staan. Alles wat de verzekeraar belooft moet ook volgens de regels van de Nza gedeclareerd kunnen worden. De kentering in het zorgsysteem vraagt van verzekeraars om de omschrijvingen in de verzekeringen te toetsen aan de gewenste veranderingen; werken de huidige polisvoorwaarden mee of werken ze tegen om gewenste veranderingen tot stand te brengen? Nemen we in onze polisvoorwaarden ook inzichten over kwaliteit van zorg op, of is dat nog een onontgonnen terrein?

Management van instellingen

Het management van instellingen is verantwoordelijk voor het voortbestaan van de organisatie. Met het contract dat gesloten wordt met verzekeraars kan de organisatie kosten declareren bij de verzekeraar. Met een efficiënte inrichting van het werk in de organisatie en correcte administratie van alle handelingen conform het contract, kan het management de organisatie behoeden voor tekorten en sturen op een positief rendement. Sturen op kwaliteit van zorg wordt nog onvoldoende opgenomen in de rapportage systemen van het management; er liggen kansen voor instellingen om dit wel te gaan doen. De kentering in het zorgsysteem vraagt van het management van zorginstellingen om de inrichting en de werkwijze te toetsen aan gewenste veranderingen; werken de huidige inrichting en werkwijze mee of werken ze tegen om gewenste veranderingen tot stand te brengen?

Professional

De professional is verantwoordelijk voor het primaire behandelproces. Hij of zij handelt volgens de medische standaarden en richtlijnen en wordt daarbij tevens gestuurd door administratieve richtlijnen van de zorgautoriteit en van het management van instellingen. Al deze richtlijnen passen in veel gevallen goed bij standaard klachten, maar vaak niet bij gecombineerde zorgvragen. Het is voor de professional en de burger niet altijd mogelijk om tot een pakket van afspraken te komen dat op maat de vragen van de burger beantwoordt. De kentering in het zorgsysteem vraagt ook van de professionals om zich te bezinnen op hun rol en mogelijkheden bij beantwoorden van zorgvragen die niet precies passen in de huidige standaarden of richtlijnen of regels van het management.

Burger

De kern van de komende veranderingen in het zorgsysteem is een grotere verantwoordelijkheid voor de burger. Die zal een groter deel van de kosten voor zorg zelf moeten betalen en meer verantwoordelijkheid gaan dragen voor zijn welzijn en gezondheid. Dit brengt mee dat de burger voor ingrijpende keuzes zal komen te staan; welke zorg ga ik waar halen en hoeveel geld en

inspanningen heb ik daarvoor nodig. Het wordt voor de burger en professional niet makkelijk om gezamenlijk tot een pakket van afspraken te komen die passen bij ieders verantwoordelijkheden. De kentering in het zorgsysteem vraagt ook van de burger om zich te bezinnen op zijn rol en de mogelijkheden die het zorgsysteem biedt.

4. Strategie

Alle gewenste aanpassingen in het gezondheidszorgsysteem aan de veranderende omgeving kunnen niet los van elkaar plaatsvinden. Het vraagt om een gezamenlijke visie en een sfeer van samenwerken waarin alle betrokkenen die hierboven zijn benoemd met elkaar bespreken wat de veranderingen voor hen betekent. Wat kan het college bij dragen, wat de zorgautoriteit, wat de verzekeraar in een polis of met inkoop. Wat kan het management bijdragen, wat de burger en de professional. En vooral wat is onze gezamenlijke strategie en aanpak om tot de gewenste aanpassingen te komen (fig 1).



Fig. 1

De nieuwe visie (1) op ons gezondheidszorgsysteem vraagt om een strategie (2), een tactische aanpak (3) en een ontwerp (4) van de uitvoering van de aanpassingen. Pas als er een goed ontwerp is kan tot de uitvoering(5) worden overgegaan. Monitoring (6) van de uitvoering kan tot bijstelling (7) van het ontwerp leiden. Mochten de aanpassingen van het ontwerp niet leiden tot de gewenste veranderingen dan kan men zich opnieuw afvragen of de gekozen strategie en aanpak wel de juiste waren. Mogelijk moeten daar wijzigingen in aangebracht worden die verwerkt worden in een nieuw ontwerp.

In de proeftuinen 'Populatiemanagement' wordt niet de hele gezondheidszorg op de schop genomen. De gezamenlijke strategie waarmee in de proeftuinen geëxperimenteerd zal worden bestaat uit drie pijlers.

1. **Triple Aim strategie (fig 2)**

Met dit model worden 'drie doelstellingen' in samenhang benoemd. De eerste doelstelling betreft het in kaart brengen van gezondheidsvragen van een populatie, de tweede doelstelling betreft het benoemen van de kwaliteit van zorg. Het omschrijven van de

kwaliteit kent meerdere dimensies, zoals de ervaringen van de populatie, de mate van invloed op de kwaliteit van leven en de mate waarin aan het medisch/technisch gewenste niveau wordt voldaan. De derde doelstelling betreft de verandering van aanbod- naar vraagfinanciering . De financiering is hierbij gericht op dekking van noodzakelijke kosten om aan de gezondheidsvragen van een populatie te voldoen waarbij de professional en de burger de gelegenheid krijgen om voor 'zorg op maat' te kiezen in plaats van een strikt en van te voren vastgelegd aanbod. Het doel is om de totale kosten van een populatie te beheersen in relatie tot de gezondheid en de kwaliteit.

Met het Triple Aim model is aangetoond dat samenhangende sturing op kosten, ervaringen en kwaliteit van zorg bij de specifieke populatie betere resultaten laat zien dan wanneer op de afzonderlijke onderdelen wordt gestuurd.

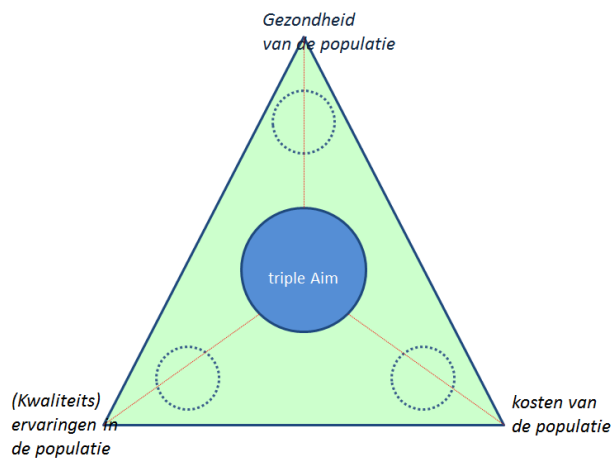


fig 2.

er worden samenhangende afspraken gemaakt over gezondheid, (kwaliteits)ervaringen en zorgkosten van een populatie. Het ene moment kan er meer aandacht zijn voor (kwaliteits)ervaringen, het andere moment voor de gezondheid of de kosten van de populatie.

voorbeeld 1

populatie:	mensen met hart en vaatziekten die ingeschreven staan bij een huisartsenzorggroep
gezondheidsdoel:	geen hartinfarcten, herseninfarcten, blindheid, amputaties, nierfalen
(kwaliteits)ervaringen:	goede afstemming van zorg, goede kwaliteit van leven,
kosten van de populatie:	minder dan de verwachte groei in de totale zorgkosten van de populatie

2. Populatie management (fig 3), zie voor verdere uitwerking bijlage 1

De Triple Aim doelstellingen zijn geheel gericht op het *formuleren* van samenhangende doelstellingen voor een populatie in termen van gezondheid, (kwaliteits) ervaringen, kosten. Populatiemanagement richt zich op het *organiseren* van de doelstellingen: wat zijn de kenmerken van de populatie, wie moet wat doen om de doelen te halen. Welke burger moet welke zorg krijgen om gezondheid in stand te houden of te verbeteren, wat moet de kwaliteit van de zorg zijn, wat mogen de maximale kosten zijn. En, niet onbelangrijk, wáár moet de zorg aangeboden worden, is alle zorg toegankelijk?

Het organiseren van de zorg voor een populatie kan ook alleen met samenhangende afspraken tussen alle betrokkenen en op basis van een administratie die de afspraken mogelijk maken.



Fig 3

Nadat Triple Aim doelstellingen zijn geformuleerd (fig 2) vraagt populatiemanagement om het vastleggen van afspraken over de kwaliteit van de zorg, over kosten van de zorg én over toegang tot de zorg. De verhoudingen tussen kosten, kwaliteit en toegang bepalen in hoeverre de Triple aim doelstellingen gehaald worden.

Populatie management voor de triple aim doelstellingen uit voorbeeld 1

Om de doelstellingen uit fig 1 te halen moeten afspraken gemaakt worden over de organisatie van de zorg voor de betreffende doelgroep. De afspraken gaan over het vinden van de mensen, het maken van zorgplannen, het informeren over gezondheid, preventie, zelfmanagement, het definiëren van gewenste kwaliteit van het aanbod, van gewenste ervaringen, over de plaats waar de zorg geboden wordt en over de kosten van het zorgaanbod.

3. 'Gedrags economie'

Financiële prikkels verleiden mensen. Ook in de gezondheidszorg worden financiële prikkels geïntroduceerd om mensen te verleiden tot bepaalde handelingen. Het betreft prikkels voor burgers en prikkels voor professionals. Het introduceren van economische prikkels om mensen te verleiden bepaald gedrag te vertonen kan samengevat worden onder het kopje 'gedragseconomie'.

Prikkels voor burgers betreffen bijvoorbeeld eigen risico, bijbetalingen, kortingen of vouchers. Tot op heden worden geen onderscheid gemaakt tussen een financiële prikkel en het type burger. Eigen bijdragen of eigen risico's gelden voor iedereen¹. Er is weinig bekend over effectiviteit van prikkels. Dat is bij de huidige veranderingen in de zorg wel van belang, omdat uit de eerste gedragseconomische onderzoeken in de gezondheidszorg blijkt dat financiële prikkels op maat moeten worden aangeboden om burgers tot gedragsverandering te verleiden².

Gedrags economische prikkels voor professionals betreffen bijvoorbeeld financiële afspraken vooraf zoals vaste budgetten en vaste tarieven voor afgesproken zorg. Hiermee loopt de professional risico dat bij het leveren van teveel zorg geen uitbetaling plaatsvindt. Er zijn ook financiële afspraken achteraf mogelijk, bijvoorbeeld bepalen van een budget in vergelijking met uitkomsten andere professionals, bonus bij behalen indicatoren, shared savings afspraken.

Meer recente ontwikkelingen betreffen de veranderingen van de bestaande financiering van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. De veranderingen maken het mogelijk om financiële afspraken te maken met zorgverzekeraars voor alle ingeschreven *verzekerden*, ook als ze niet langs komen en voor *patiënten* die langs komen. Sommige afspraken betreffen 'prestaties'³ met vaste tarieven en prijzen vooraf, andere afspraken betreffen prestaties met vaste tarieven en prijzen achteraf. Voor weer andere prestaties gelden open tarieven voor- of achteraf, en zijn afhankelijk van bereikte resultaten.

Deze zeer ruime mogelijkheden in financiële prikkels maakt het voor verzekeraars en huisartsen(groepen) mogelijk om afspraken te maken over zeer kleine activiteiten, bijvoorbeeld het toedienen van een griepvaccinatie of zeer grote activiteiten, bijvoorbeeld het organiseren van zorg volgens Triple aim doelstellingen voor alle verzekerden met hart en vaatproblemen die ingeschreven staan in de huisartsenzorg. Ook kunnen afspraken gemaakt worden over het zo efficiënt mogelijk gebruik maken van het zorgsysteem voor alle verzekerden of voor een bepaalde populatie (bijvoorbeeld kwetsbare ouderen) (zie fig 4).

¹ Soms kan men kiezen voor de hoogte van een eigen risico. De keuze wordt mogelijk gemaakt in aanvullende verzekeringen van verzekeraars.

² Delivering better results with behavioral economics; George Loewenstein et al, July 2013 Health Affairs

³ Prestatie is een omschrijving van het zorgaanbod in producten of activiteit (en); een prestatiebeschikking maakt het mogelijk om het zorgaanbod te declareren.



Fig 4

huisartsen en verzekeraars kunnen (in de nabije toekomst) afspraken maken over basisvoorzieningen, maar ook afspraken over programmatische zorg voor specifieke groepen ingeschreven verzekerden. Daarnaast kunnen afspraken gemaakt worden over efficiënt gebruik van de zorgvoorzieningen en over zorgvernieuwingen.

bron NzA consultatie document

Naast de verruiming van 'prestaties' zullen huisartspraktijken gecompenseerd gaan worden voor de zorgwaarde van de ingeschreven populatie. Dit betekent dat de huisarts een hoger inschrijftarief ontvangt voor verzekerden van wie bekend is dat zij meer zorg nodig hebben.