

Samenwerken aan een gezonder Nederland met goede zorg voor iedereen.



Samenwerken aan een gezonder Nederland met goede zorg voor iedereen.

Zorgen voor een betere samenwerking in de regio en meer werk maken van preventie. Deze kernpunten staan centraal in onze gemeenschappelijke oproep. Vanuit CZ, Menzis en Zilveren Kruis slaan we de handen ineen en dragen we concrete verbetervoorstellen aan voor de opstellers van een nieuw regeerakkoord, om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te verbeteren.

Een nieuw gezondheidszorgstelsel is hiervoor niet nodig. Zorgverleners, gemeenten en zorgverzekeraars werken binnen het huidige stelsel samen om inwoners zo lang mogelijk gezond en vitaal te houden, en te zorgen voor de juiste zorg dichtbij als er toch zorg nodig is.

We vragen de Rijksoverheid deze beweging te ondersteunen met de volgende verbeteringen:

Meer preventie

- 1 Gezondheidsplicht vanuit alle zorgwetten
- 2 Regionaal gezondheidsdoel met gezamenlijk preventiebudget
- 3 Preventieve overheidsmaatregelen

Betere samenwerking in de regio

- 1 Regionale invulling van het landelijk hoofdlijnenakkoord
- 2 Congruente bestuurlijke regiogrenzen
- 3 Regionaal mandaat voor resultaat
- 4 Volgbeleid op transformatie JZOJP en (digitale) innovatie
- 5 Ruimte voor financieringsexperimenten zonder productieprikkel
- 6 Verbetering van risicoverevening

Als CZ, Menzis en Zilveren Kruis springen we over onze eigen schaduw heen omwille van het grotere maatschappelijke belang. Dat doen wij het liefst niet alleen, maar met alle partijen in de zorg. Zo bouwen we aan een gezonder Nederland met goede zorg voor iedereen, nu en in de toekomst.



Joep de Groot



Ruben Wenselaar



Georgette Fijneman



Inhoudsopgave

Inleiding			4
Meer preventie	6	Betere samenwerking in de regio	13
① Gezondheidsplicht vanuit alle zorgwetten	8	① Regionale invulling van het landelijk hoofdlijnenakkoord	14
② Regionaal gezondheidsdoel met gezamenlijk preventiebudget	10	② Congruente bestuurlijke regiogrenzen	15
③ Preventieve overheidsmaatregelen	12	③ Regionaal mandaat voor resultaat	17
		④ Volgbeleid op transformatie JZOJP en (digitale) innovatie	19
		⑤ Ruimte voor financieringsexperimenten zonder productieprikkel	21
		⑥ Verbetering van risicoverevening	23



Inleiding

Het gezondheidszorgstelsel in Nederland is goed

Voor iedereen in Nederland is de zorg zeer toegankelijk en zijn er zorgvoorzieningen nabij in een dicht netwerk van zorgverleners. Nederlanders kunnen ook rekenen op een breed basispakket en betalen relatief lage eigen bijdragen in vergelijking met inwoners van andere Europese landen. Weinig Nederlanders zien af van behandeling vanwege de kosten, de reisafstand of de wachttijd. Door de sterke eerstelijnszorg worden mensen in Nederland niet onnodig in een ziekenhuis opgenomen. Bovendien behoort het Nederlandse sterftecijfer bij behandelbare oorzaken tot de laagste in Europa. Dit alles blijkt uit internationaal onderzoek¹.

De zorg voor alle Nederlanders toegankelijk, bereikbaar en betaalbaar te houden kent ook grote uitdagingen. De vraag naar reguliere zorg blijft stijgen en de medische mogelijkheden nemen toe, met als resultaat dat ook de zorgkosten blijven stijgen. Tegelijkertijd is er sprake van een toenemend tekort aan zorgprofessionals wat leidt tot wachtlijsten, enorme werkdruk en ziekteverzuim bij zorgpersoneel.

Het gezondheidszorgstelsel tijdens de coronacrisis

Het gezondheidszorgstelsel functioneert ook tijdens de coronacrisis goed, dankzij de ruimte voor samenwerking binnen het stelsel en de rolopvatting en flexibiliteit van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, toezichthouders en overheden.

Bij een acute-zorg crisis van dergelijke omvang is centrale aansturing en intensieve samenwerking noodzakelijk en zinvol. Keuzevrijheid en concurrentie zijn tijdelijk van

Samenwerken tijdens de coronacrisis

Het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) heeft tijdens de coronacrisis een belangrijke rol in het beschikbaar houden van de acute zorg. Zorgmedewerkers maken overuren in moeilijke omstandigheden met hoge werkdruk. Vanwege de toestroom van corona-patiënten moeten ziekenhuizen noodgedwongen hun reguliere en planbare zorg afschalen, met impact voor volume en omzet. Ook de inkoop van (schaarse) hulpmiddelen voor de bescherming van zorgprofessionals en het opschalen van testcapaciteit wordt centraal gecoördineerd en georganiseerd. Zorgen zijn er ook, bijvoorbeeld ten aanzien van de flexibele opschaling van IC-capaciteit en beschikbare voorraden voor persoonlijke beschermingsmiddelen en geneesmiddelen.

Zorgverzekeraars bieden gezamenlijk financiële steun aan getroffen zorgaanbieders voor het mislopen van inkomsten tijdens de coronacrisis (de continuïteitsregeling). Ook vergoeden zij de extra kosten die zorgaanbieders als gevolg van het coronavirus worden gemaakt. Hiermee zorgen zorgverzekeraars dat zorgaanbieders niet failliet gaan en de zorg voor klanten ook na de crisis nog beschikbaar is. Daarnaast hebben zorgverzekeraars zich ingezet om de reguliere zorg zo goed mogelijk te laten doorgaan, onder meer via het stimuleren en vergoeden van digitale zorg.

¹ *State of Health in the EU. Nederland. Landenprofiel gezondheid 2019*

ondergeschikt belang. Maar zodra deze acute zorgcrisis voorbij is, wordt de doelmatigheid van de zorg en een beheersbare groei van de zorguitgaven weer belangrijker. Er zijn grenzen aan de betaalbaarheid van zorg en aan de beschikbaarheid van voldoende zorgmedewerkers. Om ook in de toekomst goede, betaalbare en toegankelijke zorg voor iedereen te kunnen garanderen, moeten partijen elkaar scherphouden om kwaliteitsverbetering, doelmatigheid en innovatie te stimuleren. Internationaal onderzoek wijst uit dat juist ons zorgstelsel hiervoor de juiste prikkels bevat. Bovendien biedt de overgang naar een ander gezondheidszorgstelsel geen enkel uitzicht op betere prestaties, terwijl dit wel veel financiële impact heeft en een jarenlange transitie vergt².

Verbetering mogelijk binnen het huidige gezondheidszorgstelsel

In het gezondheidszorgstelsel is concurrentie noodzakelijk om innovatie te stimuleren, doelmatigheid te bevorderen en daarmee de toegankelijkheid en betaalbaarheid van goede zorg te borgen. Concurrentie tussen zorgverzekeraars is, in tegenstelling tot wat velen denken, niet gericht op financieel gewin. Het is slechts een middel in het gezondheidszorgstelsel dat ten dienste staat van het maatschappelijk doel van kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor alle inwoners. Dynamiek in de

onderlinge verhoudingen zorgt voor een gezonde prikkel om onderscheidend te willen zijn. Voor een zorgaanbieder om de beste zorg te leveren, de zorg innovatiever aan te bieden of om klantvriendelijker te worden in service en dienstverlening. En voor zorgverzekeraars om zich te onderscheiden op service en dienstverlening en door goede zorginkoop inwoners toegang tot goede zorg voor een zo laag mogelijke premie te kunnen bieden³. Al deze voordelen komen ten goede aan de inwoners in Nederland.

Op regionale schaal (over de zorgwetten heen) is ook samenwerking tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten cruciaal, bijvoorbeeld als het gaat om het organiseren van een samenhangend aanbod van zorg en ondersteuning voor (kwetsbare) inwoners. Met als doel om inwoners te helpen zo lang mogelijk gezond en vitaal te blijven, en te zorgen voor de juiste zorg dichtbij huis als er toch zorg nodig is. Hiervoor zijn veelbelovende initiatieven zichtbaar.

Om deze ontwikkelingen te stimuleren en samenwerking tussen partijen te vergroten zijn de volgende verbeteringen van het gezondheidszorgstelsel nodig:

- meer preventie;
- betere samenwerking in de regio.

Meer preventie

- ① Gezondheidsplicht vanuit alle zorgwetten
- ② Regionaal gezondheidsdoel met gezamenlijk preventiebudget
- ③ Preventieve overheidsmaatregelen

Betere samenwerking in de regio

- ① Regionale invulling van het landelijk hoofdlijnenakkoord
- ② Congruente bestuurlijke regiogrenzen
- ③ Regionaal mandaat voor resultaat
- ④ Volgbeleid op transformatie JZOJP en (digitale) innovatie
- ⑤ Ruimte voor financieringsexperimenten zonder productieprikkel
- ⑥ Verbetering van risicoverevening

² *Zorgkeuzes in Kaart 2020, CPB*

³ *Op de zorgverzekeringsmarkt stapt jaarlijks tussen de 6 en 7% van de verzekerden over, ruim een miljoen mensen. Dit is voldoende voor een goede concurrentieprikkel.*

Meer preventie

De coronacrisis laat duidelijk zien wat de waarde van goede gezondheid is: mensen met gezondheidsrisico's lopen meer gezondheidsschade op wanneer zij worden besmet met het coronavirus. Dit brengt het belang van het behoud van een zo goed mogelijke gezondheid nadrukkelijker dan ooit onder de aandacht. Zie ook de brandbrief⁴ van experts op dit gebied.

De coronacrisis toont hiermee het belang van een gezonde leefstijl duidelijk aan, maar het belang is veel groter. Bij ongewijzigd beleid neemt het aantal chronisch zieken toe en heeft in 2040 zelfs één op de drie Nederlanders twee of meer chronische aandoeningen, die veelal gerelateerd zijn aan een ongezonde leefstijl. Bovendien nemen de gezondheidsverschillen tussen mensen met een hoge en lage sociaal economische status verder toe. Het goede nieuws is dat deze ziektelast deels te voorkomen en deels omkeerbaar is met een gezonde(re) leefstijl.

Behoud van gezondheid is primair ieders eigen verantwoordelijkheid, maar tegelijkertijd zijn ook een gezonde omgeving en een effectief preventiebeleid van cruciaal belang. Preventie heeft in ons zorgsysteem echter nog steeds een marginale rol. Niemand heeft hiervoor resultaatverantwoordelijkheid. Ons zorgstelsel beloont het behandelen van ziekte en niet het bevorderen van gezondheid. Dit moet veranderd worden om de gezondheidszorg ook voor toekomstige generaties toegankelijk en betaalbaar te houden.

Inzet op preventie komt lastig van de grond omdat:

- de verantwoordelijkheid en inkooprol vanuit de verschillende wetten (Wet publieke gezondheid (Wpg), Jeugdwet (JW), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet Langdurige zorg (Wlz)) belegd zijn bij verschillende partijen (gemeenten en zorgverzekeraars);
- de baten van preventieve investeringen vaak niet terugkomen bij de partijen die de preventieve investeringen financieren;

Om meer preventie te realiseren zijn de volgende verbeteringen nodig:

- 1 Gezondheidsplicht vanuit alle zorgwetten
- 2 Regionaal gezondheidsdoel met gezamenlijk preventiebudget
- 3 Preventieve overheidsmaatregelen

Uit onderzoek blijkt dat 77 % van de covid-19-patiënten die op een Nederlandse IC zijn behandeld met overgewicht kampt. Mensen met overgewicht hebben 44 % meer kans om te overlijden aan covid-19, en dat loopt op tot bijna 80 % bij mensen met ernstige obesitas. Ook patiënten met hart- en vaatziekten, respiratoire aandoeningen en nierziekten hebben een grotere kans op een ernstiger beloop van covid-19.

- er vaak geen structurele bekostiging is voor zorgaanbieders om preventieve zorg te verlenen;
- zorgverleners gericht zijn op genezing en 'reparatie', mede omdat er in de opleiding van artsen weinig aandacht wordt besteed aan kennis over behoud van gezondheid en leefstijl;
- het maken van een gezonde(re) keuze een individuele gedragsverandering vergt die niet afdwingbaar is en vaak ook moeilijk vol te houden is in een omgeving met veel verleiding tot ongezond gedrag.

Alle partijen, dus ook zorgverzekeraars, hebben een verantwoordelijkheid om behoud van gezondheid een hogere prioriteit te geven, onnodige ziektelast te voorkomen en kwaliteit van leven te versterken.

⁴ *Oproep medici wetenschappers en bestuurders aan ministers tot leefstijlcampagne, 11 november 2020.*

⁵ *Coronacrisis is wake up call voor gezondheidsbeleid, Zorgvisie, 3 september 2020.*

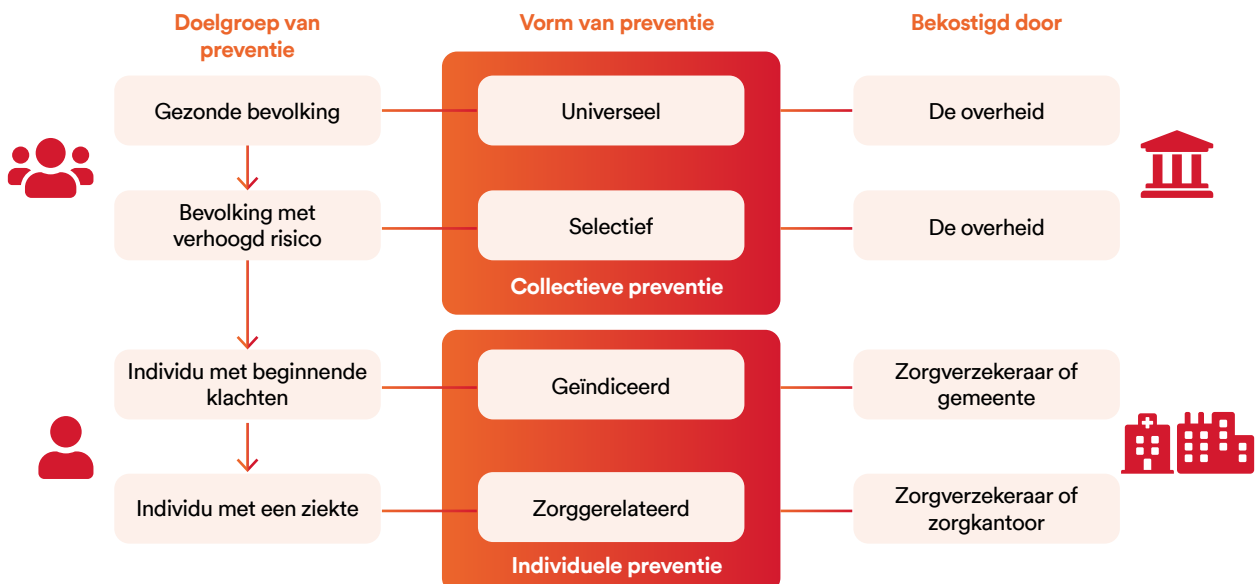
Preventie naar doelgroep

Collectieve preventie

- **Universele preventie** richt zich op de gezonde bevolking (of delen daarvan) en bevordert en beschermt actief de gezondheid van de bevolking. Bijvoorbeeld de bewaking van de kwaliteit van het drinkwater of het Rijksvaccinatieprogramma.
- **Selectieve preventie** richt zich op bevolkingsgroepen met een verhoogd risico en voorkomt dat personen met één of meerdere risicofactoren (determinanten) voor een bepaalde aandoening daadwerkelijk ziek worden. Bijvoorbeeld de griepvaccinatie voor ouderen of bevolkingsonderzoek borstkanker.

Individuele preventie

- **Geïndiceerde preventie** richt zich op mensen met beginnende klachten en voorkomt dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening. Bijvoorbeeld een beweegprogramma voor mensen met lage rugklachten of online groepscurriculum voor jongeren die last hebben van depressieve klachten.
- **Zorggerelateerde preventie** richt zich op mensen met een ziekte of aandoening en voorkomt dat een bestaande aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte. Bijvoorbeeld een stoppen-met-roken-programma voor een COPD-patiënt of een Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) voor een patiënt met obesitas.



Bron: Loket Gezond Leven

① Gezondheidsplicht vanuit alle zorgwetten

Gezondheidsplicht vanuit alle zorgwetten

Een gezonde leefstijl is voor veel mensen geen gemakkelijke opgave. Hiermee starten is al niet eenvoudig, maar een gezonde leefstijl volhouden is een nog grotere opgave gezien de vele verleidingen van ongezond leven. Velen hebben ondersteuning nodig. Het is belangrijk dat inwoners weten waar deze te vinden is. Dit vergroot de mogelijkheid om hun vitaliteit te versterken.

De uitdaging

Hoewel het voor iedereen van belang is, is in de samenleving geen enkele partij/instantie verantwoordelijk voor de ondersteuning van behoud van gezondheid van inwoners. Daardoor is de aanpak vaak te vrijblijvend. Vooral bij selectieve preventie zijn taken en verantwoordelijkheden in de Wet publieke gezondheid (nog) onvoldoende duidelijk belegd. Gemeenten en de GGD 's hebben hierin een verantwoordelijkheid, maar een beperkt budget en veronderstellen dat de baten van hun preventie-inspanningen elders neerdalen. Bovendien zijn zij hierover geen resultaatverantwoording verschuldigd. Kansen vanuit selectieve preventie blijven daardoor onbenut en ondertussen blijft de prevalentie van leefstijl-gerelateerde ziektes maar toenemen. Ook de maatschappelijke verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders op gebied van preventie kan beter worden gedefinieerd, zodat preventie beter opgepakt wordt.

Uit klantonderzoek blijkt ook dat klanten dit niet de verantwoordelijkheid van één partij vinden, maar verschillende partijen een taak toedichten met betrekking tot het stimuleren van een gezonde leefstijl.

Onze oplossing

Zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en GGD 's moeten beter samenwerken aan het gedeelde belang van behoud van gezondheid van inwoners en het voorkomen van vermijdbare ziektelast vanuit het concept van positieve gezondheid. Daarvoor moet er een gezondheidsplicht met een gedeelde verantwoordelijkheid komen op selectieve preventie voor verschillende partijen; zorgverzekeraars, gemeentes en GGD 's.

- Vanuit de meerjarige regionale afspraken zijn zorgverzekeraars verplicht zich in te spannen om samen met gemeenten en zorgorganisaties de goede gezondheid van inwoners te stimuleren. Deze gezamenlijke inspanningen zijn gericht op selectieve preventie en betere gezondheidsuitkomsten van inwoners in de regio. Daarvoor moeten gemeenten hun ondersteuningsaanbod op het gebied van laagdrempelige selectieve preventie ook beter ontsluiten voor zorgverleners, zodat zij hun patiënten daar naartoe kunnen verwijzen.
- Gemeenten zijn al wettelijk verplicht zich in te spannen voor selectieve preventie. Dit kan nog versterkt worden door (net als bij de Jeugdwet (JW) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)) een spiegelbepaling voor gemeenten op te nemen in de Wet publieke gezondheid (Wpg) om op preventie samen te werken met zorgverzekeraars in de regio. Deze verplichting wordt 'gespiegeld' in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Naast verbetering van de inzet op selectieve preventie, blijven zorgverzekeraars uiteraard aanspreekbaar op het stimuleren van geïndiceerde en zorg-gerelateerde preventie. Voor de universele preventie ligt die taak bij de gemeenten en de GGD 's.

⁶ Klantonderzoek vanuit Menzis (N=1603).

1 Gezondheidsplicht vanuit alle zorgwetten

Voorbeeldproject Positieve Gezondheid

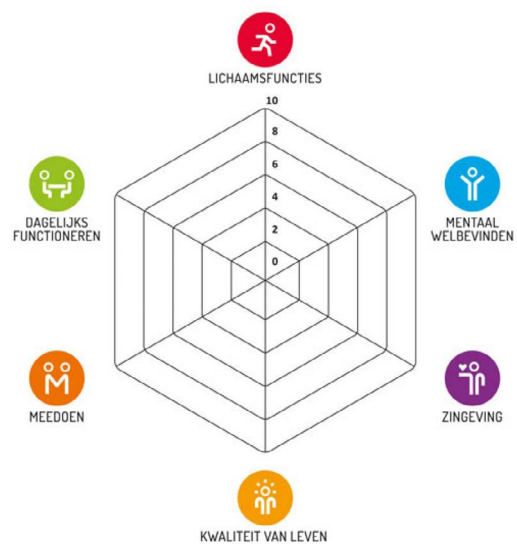


Huisartsenpraktijk Hartje Dorp uit Munstergeleen wil de zorg voor patiënten verbeteren met het principe van Positieve Gezondheid. Samen met zorgverzekeraar CZ, Anders Beter en de Gemeente Sittard-Geleen zijn afspraken gemaakt om te komen tot andere vormen van ondersteuning. Door meer aandacht en tijd voor inwoners, willen we samen met elkaar het leven in Munstergeleen leuker maken. Dit zou uiteindelijk ook tot lagere zorgkosten moeten leiden. Het ministerie van VWS ondersteunt deze samenwerking (oftewel de preventie-coalitie) met subsidie.

Bron: Anders Beter

Positieve Gezondheid: een brede kijk op gezondheid die meer oplevert

Focussen op gezondheid en niet op ziekte. Kijken naar wat iemand nog wel kan en hoe iemand een zo goed mogelijk leven kan leiden. Positieve gezondheid staat voor het vermogen van mensen om zich aan te passen en eigen regie te voeren binnen fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Dit biedt niet alleen kansen voor patiënten, cliënten en inwoners, maar ook voor de samenwerking en samenhang tussen professionals in zorg, welzijn en wonen. Ook CZ, Menzis, VGZ en Zilveren Kruis hebben met het Institute for Positive Health (IPH) afspraken gemaakt om het gedachtegoed van Positieve Gezondheid landelijk te bevorderen.



② Gezondheidsdoel per regio met gezamenlijk preventiebudget

Gezondheidsdoel per regio met gezamenlijk preventiebudget

Inwoners zijn gebaat bij integrale en resultaatgerichte ondersteuning om gezonder te leven.

De uitdaging

Ondanks dat veel partijen in de regio wel het nut zien van inzet op selectieve preventie, komen preventieve interventies vaak niet van de grond of stagneren deze. Bijvoorbeeld wanneer beperkt budget beschikbaar is, baten niet meteen zichtbaar te maken zijn of bij een andere partij of verder in de toekomst terecht komen. Bovendien zijn ze vaak kleinschalig en versnipperd en komt opschaling onvoldoende tot stand.

Onze oplossing

Gemeenten, GGD 's, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren nemen alle hun verantwoordelijkheid met betrekking tot preventie. In iedere regio stellen zij gezamenlijk een gezondheidsdoel op dat ze in hun regio binnen 5 jaar willen bereiken, bijvoorbeeld over het verminderen van overgewicht, diabetes type 2 of depressie. Deze afspraak is onderdeel van de meerjarige regionale afspraken. Gemeenten (sociale wijkteams, scholen, voedselbank), GGD 's, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren, werkgevers en opleidingsinstellingen ondernemen vanuit een meervoudige aanpak verschillende initiatieven die bijdragen aan het regionale gezondheidsdoel. De initiatieven moeten effectief en opschaalbaar zijn en niet leiden tot onnodig medicaliseren. Er worden onderling afspraken gemaakt over verantwoordelijkheden en aanspreekbaarheid op de te behalen resultaten. Deze worden ook regelmatig gemonitord om eventuele bijstelling mogelijk te maken om het regionale gezondheidsdoel ook daadwerkelijk te behalen.

Als het regionaal gezondheidsdoel is bepaald, verantwoordelijkheden zijn belegd en resultaatsafspraken zijn gemaakt, stellen de overheid (via het gemeentefonds), zorgverzekeraars en overige partijen hiervoor gezamenlijk een gestapeld preventie-budget beschikbaar.

② Gezondheidsdoel per regio met gezamenlijk preventiebudget

Amsterdam Vitaal en Gezond



Zorgen dat iedereen in Amsterdam ook in de toekomst vitaal en gezond kan leven én gebruik kan maken van goede en betaalbare ondersteuning en zorg. Dat is het gezamenlijke doel van de partijen die deelnemen in de stadsbrede coalitie Amsterdam Vitaal en Gezond. De gemeente Amsterdam, Cliëntenbelang Amsterdam, zorg- en welzijnsaanbieders verenigd in SIGRA en zorgverzekeraar Zilveren Kruis werken structureel samen aan het zelfde lange termijn perspectief: alle Amsterdammers gelijke kansen op goede gezondheid en tien gezonde levensjaren extra. De samenwerkingspartners in Amsterdam Vitaal en Gezond gaan actief aan de slag met met quick wins op allerlei belangrijke thema's die kansen bieden voor gezondheidswinst en kwaliteit van leven vanuit goede verbinding tussen de medische en sociale wereld.

Bron: Vitaal en Gezond Amsterdam

Preventie Akkoord Achterhoek 2020-2030



In de Achterhoek hebben zo'n vijftig Achterhoekse partners het Preventie Akkoord Achterhoek getekend. Het akkoord sluit aan op het nationale Preventie Akkoord dat roken, overgewicht en probleemdrinken wil terugdringen. De Achterhoekse variant gaat een stap verder door ook het geluk van inwoners centraal te stellen; ook dit draagt bij aan gezondheid. Het akkoord borduurt voort op de regionale visie op zorg en gezondheid, die laat zien hoe de gezondheidszorg in de Achterhoek ook in 2030 op een goed niveau én betaalbaar kan worden gehouden.

Bron: Gezondheid & Geluk voorop in de Achterhoek

Gezond in Drenthe: implementatie van de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)

Effectieve preventie van overgewicht vraagt om een integrale aanpak en aansluiting met het sociale domein. Daarvoor heeft Zilveren Kruis een contract gesloten met Stichting Gezond in Drenthe voor de implementatie van GLI. De stichting Gezond in Drenthe is een samenwerkingsverband rondom GLI met de Vereniging Drentse gemeentes, GGD Drenthe, Provincie, Wilhelmina Ziekenhuis Assen, Sport Drenthe, diëtisten, leefstijlcoaches en fysiotherapeuten.

Stichting Gezond in Drenthe gaat de (nieuwe) multidisciplinaire zorg in de gehele provincie Drenthe organiseren en implementeren. Het streven is dat alle Drentse gemeentes over ten minste één multidisciplinair GLI team beschikken. Samen met de beroepsgroepen worden er lokale teams geformeerd, die deze specifieke zorg gaan uitvoeren in een integrale setting.

③ Preventieve overheidsmaatregelen

Preventieve overheidsmaatregelen

Voor iedereen is het lastig om gezonde keuzes te maken wanneer ongezonde verleidingen groot zijn. Het stimuleren van de gezonde keuzes vanuit de overheid helpt.

De uitdaging

Bij het maken van goede voornemens staat gezonder leven vaak bovenaan. Velen wil gezonder eten, meer bewegen, stoppen met roken en/of minder drinken. Maar er zijn veel verleidingen in ieders omgeving die dit lastig maken. De sociale en fysieke omgeving waarin iemand verkeert zijn vaak medebepalend voor hoe gezond iemand leeft. Ook opleidingsniveau en inkomen spelen een rol; ongezond eten is vaak gemakkelijker en goedkoper en niet alle preventieve interventies worden uit de basisverzekering vergoed. Daarnaast zijn zorgprofessionals vooral gericht op ziektes behandelen, mede omdat in de opleiding van zorgprofessionals slechts zeer beperkt geïnvesteerd wordt in kennisoverdracht over positieve gezondheid en het belang van een gezonde leefstijl.

Onze oplossing

Om makkelijker gezonde keuzes te maken is een integraal en effectief gezondheidsbeleid vanuit de (Rijks)overheid van belang. Een gezondheidsbeleid met meer aandacht voor een gezonde leefomgeving en het stimuleren van gezonde keuzes en een gezonde leefstijl, ondersteund door overheidsmaatregelen. Een inspirerend voorbeeld hiervan is het IJslandsmodel⁸. Het integraal gezondheidsbeleid heeft ook invloed op gemeentelijke bestemmingsplannen met voldoende kinderspeelgelegenheden, trapveldjes, en ontmoedigen van fastfood in vestigingsbeleid. Als ook meer aandacht voor bewustwording over gezonde leefstijl via het consultatiebureau en in het onderwijs van kinderen. Daarnaast is het zinvol om vanuit de Rijksoverheid bewezen effectieve preventieve interventies, zoals GLI <18 jaar en valpreventie voor ouderen op te nemen in de basisverzekering. Het onnodig 'medicaliseren van leven' en dubbele aanspraak vanuit verschillende wetten, moet voorkomen worden.

Ook zorgprofessionals kunnen een belangrijke rol spelen bij het integreren van leefstijladviezen in behandeling en verwijzing. Traditioneel zijn zorgprofessionals vooral gericht op het behandelen van de ziekte van hun patiënten in plaats van op het ondersteunen van hun gezondheid. In de opleiding van zorgprofessionals moet daarom meer aandacht worden besteed aan het concept positieve gezondheid, het belang van het behoud van gezondheid en de mogelijkheden voor het stimuleren van een gezonde leefstijl om onnodige ziektelast te voorkomen.



⁸ [Trimbos Het IJslandse preventiemodel](#)

Betere samenwerking in de regio

Transformatie van de zorg per regio is noodzakelijk om juiste zorg op de juiste plek (JZOJP) te realiseren voor alle inwoners in de regio. De essentie van JZOJP⁹ is:

- Het voorkomen van (duurdere) zorg;
- Het verplaatsen van zorg (dichterbij mensen thuis);
- Het vervangen van zorg (door andere zorg zoals e-health).

Voor de transformatie van het zorglandschap is partij- en domein-overstijgende samenwerking nodig en dat gaat niet vanzelf. Nu wijzen partijen soms naar elkaar als er investeringen nodig zijn en verdwalen kwetsbare inwoners die zorg en hulp nodig hebben tussen loketten, aanvragen en vergoedingen. Door gebrekkige samenwerking ontstaat ondoelmatigheid en ontijdigheid, waardoor inwoners niet altijd (en niet altijd tijdig) de zorg en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben en de kosten onnodig oplopen. Betere samenwerking is juist in de regio nodig, omdat inwoners het liefst zoveel mogelijk gebruik maken van zorg in de nabije omgeving. Uit declaratiegegevens van Menzis blijkt dat gemiddeld 70% van de zorg in de eigen regio wordt gebruikt.

Om betere samenwerking in de regio te realiseren zijn de volgende verbeteringen nodig:

- 1 Regionale invulling van het landelijk hoofdlijnenakkoord
- 2 Congruente bestuurlijke regiogrenzen
- 3 Regionaal mandaat voor resultaat
- 4 Volgbeleid op transformatie JZOJP en (digitale) innovatie
- 5 Ruimte voor financieringsexperimenten zonder productieprikkel
- 6 Verbetering van risicoverevening

Zorgtransformatie: Hoe een contract van tien jaar de zorg in de Mijnstreek omdoert

Ziekenhuizen kunnen best kleiner. Het Limburgse Zuyderland en zorgverzekeraar CZ wilden dat bewijzen met een tienjarig contract. In het contract spelen 'anderhalvelijnscentra' een belangrijke rol. Specialisten werken in deze anderhalvelijnscentra voor mensen met relatief lichte klachten. Hiermee wordt simpele zorg snel buiten de ziekenhuismuren afgehandeld. Het ziekenhuisgedeelte van het Zuyderland beloofde daarbij 5% minder geld uit te geven aan behandelingen.

⁹ Rapport Taskforce De juiste zorg op de juiste plek, 2018

1 Regionale invulling van het landelijk akkoord

Regionale invulling van het landelijk akkoord

Alle inwoners in Nederland moeten kunnen rekenen op de beschikbaarheid van zorg en ondersteuning; dichtbij waar het kan en verder weg waar het moet.

De uitdaging

Zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en zorgaanbieders zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van zorg en ondersteuning voor inwoners en de transformatie van de zorg naar juiste zorg op de juiste plek (JZOJP) in een regio. Elke regio is anders en voor regioplannen is geen algemene blauwdruk te maken. Initiatieven voor zorg en ondersteuning zijn vaak kleinschalig en versnipperd waardoor ze gezamenlijk nog te weinig impact hebben. Een versnelling is nodig om te voorkomen dat kwetsbare mensen die zorg en hulp nodig hebben tussen de verschillende domeinen verdwalen en om de beschikbaarheid van zorg en ondersteuning in de toekomst te waarborgen.

Onze oplossing

Partijen in de regio stellen gezamenlijk meerjarige regionale afspraken op voor de uitvoering van de vijf zorgwetten. In deze regionale afspraken worden gezamenlijke doelen en werkafspraken voor de regio gemaakt, waarop partijen commitment geven. De meerjarige regionale afspraken zijn een invulling van het landelijk hoofdlijnenakkoord. De meerjarige regionale afspraken zijn SMART¹⁰ en gaan minimaal over de volgende vier thema's:

- Preventie en gezondheidsbehoud van de inwoners van de regio;
- Reductie van schottenproblematiek en afwenteling tussen wetten;
- Waarborgen van beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg en ondersteuning;
- Transformatie van zorg naar JZOJP.

Reeds opgestelde regiovisies en regionale preventieakkoorden zijn het fundament voor de meerjarige regionale afspraken. Op basis van de meerjarige regionale afspraken richten de inkopers in de regio (gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren) hun inkoopbeleid op deze gezamenlijke doelen. Wanneer activiteiten van zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders rond de organisatie van zorg en ondersteuning in de regio beter op elkaar worden afgestemd, levert dit focus, synergie en transformatiekracht op om zorg en ondersteuning toegankelijk te houden en doelmatig te leveren. Deze nauwere samenwerking in de regio zal er ook voor zorgen dat kwetsbare mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben uit verschillende domeinen beter worden geholpen.

Voor regio-overstijgende zorg, zoals hoog-complexe (acute) zorg en landelijke netwerkzorg, worden in het kader van JZOJP op landelijk niveau afspraken gemaakt.



¹⁰ SMART: specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdgebonden

② Congruente bestuurlijke regiogrenzen

Congruente bestuurlijke regiogrenzen

Inwoners zijn gebaat bij goede afstemming in de regio en aansluiting van het aanbod aan zorg en ondersteuning over de wettelijke schotten heen. Op dit moment komt dit nog onvoldoende van de grond.

De uitdaging

Er bestaat een diversiteit aan regio-indelingen die leidt tot een wirwar aan overlegtafels en samenwerkingsverbanden voor het maken van regionale plannen. Het is niet duidelijk welke partijen verbonden zijn aan welke tafel:

- Voor de Zorgverzekeringswet en de Wet Langdurige zorg is Nederland verdeeld in 32 zorgkantorregio's;
- Voor de Wet publieke gezondheid bestaan er 25 GGD/GHOR-veiligheids-regio's;
- Voor de Jeugdwet bestaan er 42 samenwerkingsregio's;
- Voor de Wet maatschappelijke ondersteuning zijn er 355 gemeenten;
- Voor de samenwerking tussen zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten op de onderwerpen ouderenzorg, preventie en ggz hanteren de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een regio-indeling met 46 regionale werkstructuren.

Vaak zijn diverse partijen ook aan meerdere regio's en tafels verbonden. Dit zorgt voor onnodig veel overleg. Bovendien ontbreekt door deze indelings-verwarring de synergie vanuit het werken aan een gezamenlijk domein-overstijgend plan voor een regionaal toekomstbestendig zorglandschap.

Onze oplossing

Uniformeer de bestuurlijke regiogrenzen voor het opstellen van plannen voor de regio. Start hiervoor een onderzoek welke bestuurlijke regio-indeling optimaal is voor goede regionale samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Laat deze bestuurlijke regio-indeling uitgangspunt zijn voor de regionale invulling van het landelijk hoofdlijnenakkoord.

② Congruente bestuurlijke regiogrenzen

Verschillende bestuurlijke regiogrenzen



Voorbeeld van een gemeente in een gefragmenteerde regio-indeling

Woonplaats	Grootste verzekeraar	Zorgkantoor regio	Zorgkantoor verzekeraar	Jeugdzorg regio	GGD/DHOR regio	Gemeentelijk samenwerkingsverband
Veenendaal	Menzis	Utrecht	Zilveren Kruis	FoodValley	Utrecht	Foodvalley

Gemeente Veenendaal: hier is de eerste zorgverzekeraar (Zvw) Menzis, het zorgkantoor (Wlz) is van Achmea, de Jeugdzorg-regio (JW) is Food Valley en GGD/GHOR-regio is Utrecht (Wpg). Doordat samenwerking nodig is tussen veel verschillende samenwerkingspartijen zijn veel overleggen nodig met veel partijen om tot een gezamenlijke regiovisie te kunnen komen.

Voorbeeld van een gemeente in een uniforme regio-indeling

Woonplaats	Grootste verzekeraar	Zorgkantoor regio	Zorgkantoor verzekeraar	Jeugdzorg regio	GGD/DHOR regio	Gemeentelijk samenwerkingsverband
Enschede	Menzis	Twente	Menzis	Twente	Twente	Twente (OZJT/Samen14)

Gemeente Enschede: hier is de eerste zorgverzekeraar (Zvw) ook Menzis, het zorgkantoor (Wlz) is van Menzis, de Jeugdzorgregio (JW) is Twente, de GGD/GHOR-regio is ook Twente. In de regio Twente werken alle gemeenten (verantwoordelijk voor Wmo, JW en Wpg) ook onderling al goed samen binnen OZJT/Samen14. In een dergelijke regio zijn er minder verschillende partijen, waardoor een gezamenlijke regiovisie gemakkelijker tot stand komt.

③ Regionaal mandaat voor resultaat

Regionaal mandaat voor resultaat

Om per regio voor alle inwoners een passend en samenhangend aanbod van zorg en ondersteuning te organiseren is daadkrachtige besluitvorming van cruciaal belang.

De uitdaging

Zorgverzekeraars nemen het initiatief voor het opstellen van regiobeelden en regiovisies en zijn aanspreekbaar op het maken van regionale afspraken voor een toekomstbestendig zorglandschap¹¹. Betrokken partijen in de regio hebben te maken met tegenstrijdige belangen wat de opvolging van gemaakte afspraken beperkt; zorgverzekeraars en gemeenten blijven ieder voor zich werken vanuit hun eigen (inkoop)beleid, zorgaanbieders werken ieder voor zich vanuit hun eigen zorgaanbod. Door gebrekkig mandaat is het beoogde resultaat van de regionale afspraken minder groot en/of duurt het behalen van de doelen langer. Bij het maken van de afspraken is expertise uit de regio onmisbaar, maar bij de uitvoering mag er geen sprake zijn van vrijblijvendheid.

Onze oplossing

Voorafgaand aan het opstellen van de meerjarige regionale afspraken organiseren de betrokken partijen (zonder overheidsinterventie) hun mandaat. Hiermee ontstaat commitment van de regionale partijen ten aanzien van het te behalen resultaat op de thema's zoals genoemd bij 1.

- De 1^e en 2^e zorgverzekeraar¹² met het grootste marktaandeel in de regio nemen het initiatief voor het opstellen van de meerjarige regionale afspraken en krijgen van alle zorgverzekeraars (inclusief zorgkantoren) het mandaat om dit af te sluiten.
- Ook gemeenten (zie kader OZJT/Samen14), zorgaanbieders en welzijnsorganisaties, patiëntorganisaties en burgerinitiatieven (burgerraad) organiseren binnen de regio hun eigen vertegenwoordiging met mandaat, zodat ook zij met één stem per regio kunnen spreken en de meerjarige regionale afspraken vanuit dit mandaat kunnen afsluiten.

De andere zorgverzekeraars en gemeenten maken hun zorginkoop congruent op de overeengekomen meerjarige regionale afspraken.

Er komt een regionale tafel om de voortgang van meerjarige regionale afspraken te monitoren en om de gezamenlijk gestelde doelen te realiseren binnen de gezamenlijk gestelde termijnen. De financiering loopt via de reguliere zorginkoop van zorgverzekeraars en gemeenten en bijbehorende werkagenda's. Voor preventie wordt een gezamenlijk preventiebudget beschikbaar gesteld.

¹¹ NZa De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars

¹² Wanneer de 1^e en 2^e zorgverzekeraar samen minder dan 50% marktaandeel hebben kan ook de 3^e zorgverzekeraar aansluiten.

③ Regionaal mandaat voor resultaat

Wanneer het opstellen van de meerjarige regionale afspraken dan wel de realisatie ervan in een impasse raakt, kan door één of meerdere betrokken partijen een onafhankelijke instantie worden ingeschakeld. Deze onafhankelijke instantie kan een bemiddelende rol spelen, en heeft in uiterste gevallen de bevoegdheid om op verzoek partijen aan te spreken op hun verantwoordelijkheid en daarmee een doorbraak te forceren. Voor de zorgverzekeraars en zorgkantoren heeft de Nederlandse Zorgautoriteit deze bevoegdheid. Ook voor het gemeentelijk domein is een dergelijke instantie nodig.

Regionaal overheidstoezicht is overbodig

Iedere vorm van regionaal overheidstoezicht (regionale zorgautoriteit, regionale regisseurs vanuit de rijksoverheid) creëert een nieuwe bestuurlijke laag en verhoogt daarmee de complexiteit van de samenwerking in de regio. Waarbij in plaats van een versnelling juist een vertraging op de loer ligt doordat partijen de regie aan deze autoriteit overlaten en daardoor achterover gaan leunen.

Best practice OZJT/Samen 14 in Twente



OZJT/Samen14 is de samenwerking tussen de veertien Twentse gemeenten op het gebied van jeugdhulp en Wmo voorzieningen. Door de inkoop, contractmanagement, monitoring en expertise efficiënt te organiseren, zorgt OZJT/ Samen14 ervoor dat alle veertien gemeenten een duurzaam en betaalbaar zorgstelsel kunnen realiseren voor hun inwoners waarin zij kunnen beschikken over goede, professionele zorg dichtbij huis.

De gemeenten binnen OZJT/Samen14 werken samen met zorgaanbieders op basis van 1) samenwerken in vertrouwen, 2) verlaging van de administratieve lasten en 3) leren van en ontwikkelen met elkaar. Door gezamenlijk opdrachtgeverschap zijn de gemeenten een sterke gesprekspartner voor leveranciers zoals zorgaanbieders en vervoersbedrijven. En met OZJT is er één aanspreekpunt voor de overeenkomst en zijn de werkwijzen op elkaar afgestemd. Dit vermindert de administratieve last. Voor gemeenten biedt deze samenwerking financiële schaalvoordelen en is er veel kennis en ervaring dichtbij.

Bron: samen14.nl

④ Volgbeleid op transformatie JZOJP en (digitale) innovatie

Volgbeleid op transformatie JZOJP en (digitale) innovatie

Inwoners hebben er belang bij dat effectieve en doelmatige (digitale) innovaties zo snel mogelijk landelijk toegankelijk zijn. Hiervoor is het nodig dat de investeringen in transformatie eerlijk worden gedeeld.

De uitdaging

*Zinnvolle projecten die in de regio de transformatie van het zorgaanbod naar de juiste zorg op de juiste plek (JZOJP) realiseren, stagneren wanneer alleen de primaire zorgverzekeraar in die regio alle kosten moet dragen en de overige zorgverzekeraars hier onvoldoende of niet aan bijdragen. In de praktijk blijken de huidige gelijkgerichte afspraken (congruent gedrag) hiervoor niet altijd voldoende basis te bieden, terwijl de beleidsregel *Juiste zorg op de juiste plek* van de Autoriteit Consument & Markt (ACM) daarvoor wel ruimte biedt¹³. Bovendien blijft het landelijk opschalen van succesvolle innovaties voor transformatie van zorg achter. Wanneer iedere zorgverzekeraar bij de contractering van een zorginstelling focust op een andere innovatie wordt géén van de innovaties groot en blijft de impact beperkt. Ook wordt het gezamenlijk innoveren van samenwerkende zorgaanbieders hiermee onvoldoende ondersteund.*

Onze oplossing

Via de zorginkoop is meer kruisbestuiving gewenst tussen regio's met betrekking tot JZOJP en innovaties. Op deze specifieke onderwerpen is meer afstemming nodig om de transformatie te versnellen.

Met betrekking tot JZOJP: De 1^e en 2^e zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel in de regio¹⁴ zijn aan zet om transformatie op instellingsniveau en transformatie in de regio te realiseren. Overige zorgverzekeraars volgen de instellings-overstijgende interventies voor JZOJP (waarvan de impact aanzienlijk is) in principe op inhoud en stellen hiervoor middelen beschikbaar. Alleen op basis van zwaarwegende argumenten kunnen zorgverzekeraars van deze afspraken afwijken (vgl. 'in principe-afpraak' in de huisartsenzorg).

Met betrekking tot innovatie: Innovatie is cruciaal om inwoners van steeds betere zorg en ondersteuning te voorzien, maar ook om de zorg en ondersteuning steeds beter te organiseren. Concurrentie is daarbij nodig om veelbelovende initiatieven te ontwikkelen en uit te proberen. Wanneer experimenten vervolgens succesvol zijn en passen bij de meerjarige afspraken in de regio is het van belang dat zorgverzekeraars deze van elkaar overnemen zodat ze voor alle verzekerden toegankelijk worden. Het maatschappelijk belang vraagt om een combinatie van onderscheidend vermogen op innovatie in de opstartfase en afstemming in de opschalingsfase. Landelijke opschaling vereist dat succesvolle

¹³ ACM Beleidsregel over afspraken in het kader van de beweging 'De juiste zorg op de juiste plek'.

¹⁴ Wanneer de 1^e en 2^e zorgverzekeraar samen minder dan 50% marktaandeel hebben kan ook de 3^e zorgverzekeraar aansluiten.

④ Volgbeleid op transformatie JZOJP en (digitale) innovatie

zorginnovaties moeten worden overgenomen door andere zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dit kan over 2 assen:

- Over de as van de zorgaanbieder: de zorgaanbieder vraagt de zorgverzekeraar de zorginkoop-afspraken over de innovatie van een andere zorgverzekeraar over te nemen voor de eigen verzekerden. Op dat moment moet ook duidelijk zijn wat de impact is van de transformatie die de zorgaanbieder gaat bereiken met de opschaling van de innovatie.
- Over de as van de zorgverzekeraar: de ene zorgverzekeraar kan een succesvolle innovatie van een zorgaanbieder overnemen van de andere zorgverzekeraar door de innovatie ook bij zorgaanbieders in de eigen regio in te kopen als die past bij de behoeften in betreffende regio. Landelijke zorgverzekeraars zorgen zo voor het opschalen van innovaties over de regio's heen.

Deze oproep voor meer volgbeleid geldt alléén voor instellings-overstijgende interventies voor JZOJP en innovatie. Overige zorginkoop van zorgverzekeraars blijft ongewijzigd.



Voorbeeld stagnatie: observatiebedden

In de regio heeft een zorgaanbieder in samenwerking met een zorgverzekeraar een experiment met een beperkt aantal observatiebedden (6-8 bedden) gestart om de verkeerde-bed-problematiek aan te pakken. Deze observatiebedden worden niet altijd bezet door patiënten die verzekerd zijn bij deze zorgverzekeraar, maar zijn ook beschikbaar voor patiënten die bij andere zorgverzekeraars verzekerd zijn. De preferente zorgverzekeraar kan alleen een afspraak maken over de infrastructuur en de financiering voor de eigen verzekerden. Of de innovatie daadwerkelijk gestart kan worden is afhankelijk van de bereidheid van andere zorgverzekeraars om ook voor hun verzekerden de afspraak te volgen en een eerlijk deel te bekostigen.

⑤ Ruimte voor financieringsexperimenten zonder productieprikkel

Ruimte voor financieringsexperimenten zonder productieprikkel

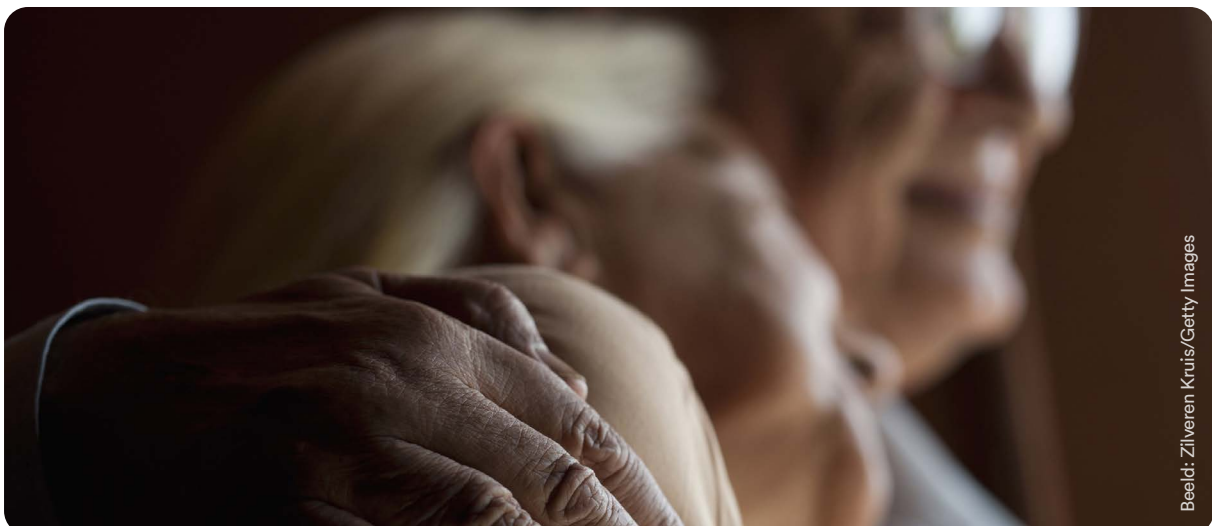
Patiënten en cliënten hebben recht op de best mogelijke behandeling. Bij de keuze voor de juiste behandeling mogen financiële prikkels voor zorgaanbieders en financiële schotten tussen domeinen geen rol spelen.

De uitdaging

In de zorg zijn financiële prikkels niet altijd ondersteunend aan de transformatie van zorg naar JZQJP. Zorgverleners worden veelal per uur, per verrichting of per behandeling betaald, waardoor er een sterke productieprikkel is om meer zorg te leveren dan noodzakelijk. Dit drijft de zorgkosten op, zonder dat er betere gezondheidsuitkomsten zijn voor de patiënt. Bovendien zijn financiële budgetten per domein georganiseerd, waardoor domein-overstijgende samenwerking wordt geremd.

Onze oplossing

De transformatie van zorg en het organiseren van zorg over de wetten heen, is gebaat bij het experimenteren met contractvormen en financiering van zorg. Het is van belang dat de financiering aansluit bij de regionale situatie en daarmee draagvlak heeft van de zorgverleners. Zorgverzekeraars zijn hierop ook volop actief. De ruimte om als zorgverzekeraar samen met partijen uit de regio te kunnen blijven experimenteren moet behouden blijven en verder worden vergroot waar het gaat om gezamenlijke financiering vanuit verschillende stelsels. Hiervoor moet ook de verantwoording van de zorgkosten door zorgverzekeraars worden vereenvoudigd en de risicoverevening worden aangepast.



Beeld: Zilveren Kruis/Getty Images

⑤ Ruimte voor financieringsexperimenten zonder productieprikkel

Uniformering van zorgbundels

Er zijn verschillende vormen van contractinnovatie om zorg in te kopen en te bekostigen. Eén vorm van contractinnovatie is bekostiging op basis van zogenoemde zorgbundels. Per specifieke aandoening wordt een vast bedrag (per patiënt) afgesproken voor een pakket van zorg die door een of meerdere zorgaanbieders wordt geleverd. Een zorgaanbieder of een groep van zorgaanbieders wordt verantwoordelijk voor het gehele zorgproces van de patiënt. Het resultaat of de 'uitkomst' van de zorg telt, niet de bekostiging per verrichting. Een zorgbundel stimuleert zorgaanbieders om beter samen te werken, goede kwaliteit te leveren en onnodige zorg te voorkomen. De schotten tussen verschillende zorgdisciplines worden daarmee doorbroken.

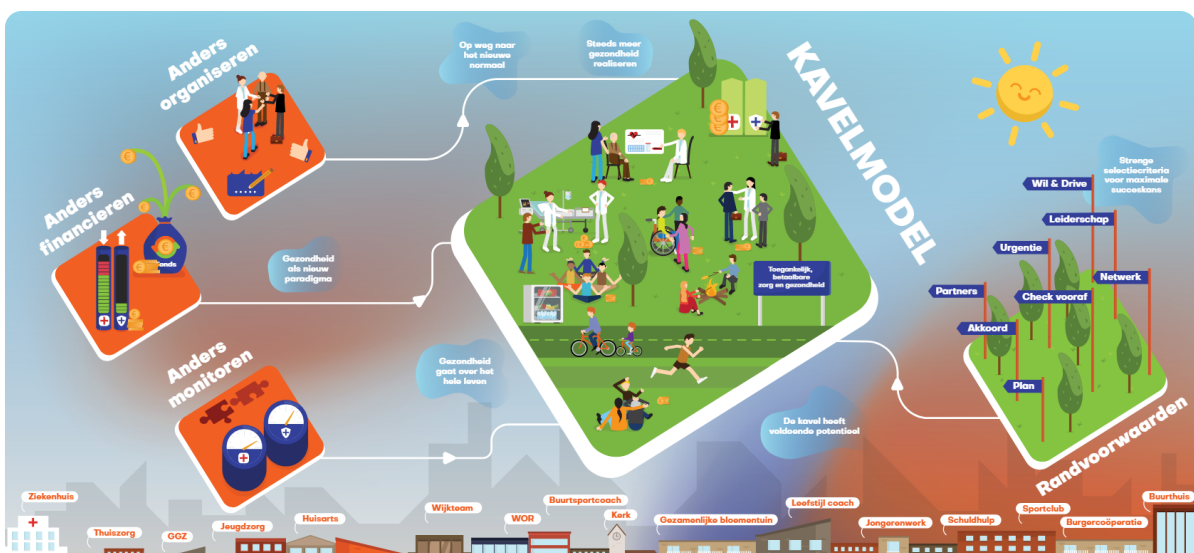
Zilveren Kruis en Menzis hebben voor een aantal aandoeningen zorgbundels afgesproken waarbij stappen zijn gezet om zorgbundels onderling te uniformeren, met uitzondering van de afspraken over vergoeding. Daarnaast heeft de NZa samen met een aantal zorgverzekeraars bestaande zorgbundels in kaart gebracht en op een uniforme manier omschreven. Zo kan deze vorm van contractinnovatie makkelijk worden opgeschaald door zorgverzekeraars met zorgaanbieders.

Voorbeeld van innovatieve financiering: het Kavelmodel

Het zorgsysteem is teveel ingericht op het behandelen van ziekte, waarbij structurele duurzame financiering van interventies die mensen gezond maken en houden ontbreekt. Een duurzame kanteling naar een systeem dat ingericht is op gezondheid kan het tij keren. Het Kavelmodel is een duurzaam model waarmee het mogelijk is in een bepaald gebied (de kavel), samen met de betrokken partijen, gezondheid anders te organiseren, te financieren en te meten (monitoren). Het betreft geen nieuw zorgsysteem, maar een toevoeging op het bestaande. Externe partijen wordt gevraagd te investeren in de zorg en preventie binnen het kavel, waardoor zorgkosten en maatschappelijke kosten (aantoonbaar) dalen met behoud of verbetering van zorgkwaliteit. Met deze aanpak worden inwoners gefaciliteerd om gezondere keuzes te maken en kunnen zorgaanbieders en andere partijen op basis van duurzame financiering gezondheid en niet zorg voorop stellen.

Het Kavelmodel is een initiatief van Health KIC en wordt gefaciliteerd door Noaber Foundation, Menzis, PGGM, Alles Is Gezondheid en het ministerie van VWS.

Bron: HealthKIC Het Kavelmodel



⑥ Verbetering van risicoverevening

Verbetering van risicoverevening

De toegankelijkheid van goede en betaalbare zorg en ondersteuning voor alle inwoners van Nederland, ook op hogere leeftijd of als er sprake is van een minder goede gezondheid, staat of valt met een goed functionerend risicovereveningssysteem en een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars.

De uitdaging

De meeste gezondheidswinst is mogelijk bij kwetsbare inwoners, vaak met hoge zorgkosten. Het organiseren van een goed en samenhangend aanbod aan preventie, zorg en ondersteuning in de regio (denk aan de werkagenda, wanbetalersregeling, gemeentepolis) is cruciaal om deze gezondheidswinst te realiseren. Dit vergt extra investeringen van zorgverzekeraars met een regionale verantwoordelijkheid. Doordat niet alle zorgverzekeraars zo'n regionale verantwoordelijkheid met bijkomende investeringen hebben, en deze ook niet worden verevend, ontstaat oneerlijke concurrentie in de premiepositie tussen zorgverzekeraars.

Oneerlijke concurrentie tussen zorgverzekeraars ontstaat ook door overcompensatie van de risicoverevening voor (jonge) gezonde verzekerden, waardoor zorgverzekeraars nieuwe polissen in de markt kunnen zetten met een lage premie voor deze doelgroep. Deze lage premie kan onmogelijk het gevolg zijn van betere zorginkoop of efficiëntere bedrijfsvoering. Op langere termijn leidt deze imperfecte risicoverevening tot meer focus op het verkopen van polissen, tot verschraling van de zorginkooprol en beperking van de maatschappelijke rolinvulling van zorgverzekeraars voor alle inwoners in de regio.

Onze oplossing

Zorgverzekeraars die geen regionale maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben, moeten wel hun aandeel nemen in de extra kosten die hiervoor door andere zorgverzekeraars worden gemaakt. Ter compensatie dragen zij hiervoor financieel bij aan een maatschappelijk fonds dat nog opgericht moet worden.

Ook moet de risicoverevening verbeterd worden door de overcompensatie van gezonde verzekerden te stoppen. Omdat de aanpassing van de risicoverevening veel doorlooptijd vergt, is het noodzakelijk een noodmaatregel in te voeren die de vereveningsvoordelen, die onmogelijk gerelateerd kunnen zijn aan doelmatige zorginkoop of bedrijfsvoering, beperkt. Dit elimineert de mogelijkheid dat zorgverzekeraars zich specifiek kunnen richten op een (financieel) interessante doelgroep. Dit neemt oneerlijke concurrentie weg en verbetert de gewenste dynamiek tussen zorgverzekeraars.

Samenwerken aan een gezonder Nederland met goede zorg voor iedereen.

Doet u mee?

