

“DE KLANT ALS KOMPAS”

STRATEGISCH ZORGINKOOPBELEID
DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR
2010 – 2013

DE FRIESLAND
ZORGVERZEKERAAR
RUST IN DE KOP

Inhoudsopgave

Voorwoord	5	4.2.1.2. Subdoelstellingen ketenzorg	30
Management samenvatting	6	4.2.2. Huisartsenzorg	31
1. Inleiding	9	4.2.2.1. Subdoelstellingen huisartsenzorg	33
2. Visie op zorg: investeren in zorg dicht bij de klant	11	4.2.3. Paramedie	33
2.1. Pro-actieve, op gezondheid en zelfredzaamheid gerichte aanpak	11	4.2.3.1. Subdoelstellingen	34
2.2. Generalistische zorg als eerste stap voor minder specialistische en intramurale zorg ('stepped care')	12	4.2.4. Geboortezorg	34
2.3. Toegankelijk en integraal, coördinatie over de gehele zorgketen	12	4.2.4.1. Subdoelstellingen geboortezorg	34
3. Strategische hoofddoelstellingen 2013 en algemene instrumenten	14	4.3. Mondzorg	36
3.1. Klantgerichtheid van de zorginkoop	14	4.3.1. Subdoelen	37
3.1.1. Subdoelen	15	4.4. Eerstelijnsdiagnostiek	38
3.2. Kwaliteit en transparantie	16	4.4.1. Subdoelstellingen	38
3.2.1. Subdoelen	21	4.5. Farmaceutische zorg	38
3.3. Partnerships	22	4.5.1. Subdoelen	40
3.3.1. Contractuele relatie met zorgaanbieders: verschillende contractvormen	22	4.6. Hulpmiddelen & Vervoer	41
3.3.2. Subdoelen	25	4.6.1. Subdoelstellingen hulpmiddelen	41
3.4. Zelfmanagement, E-health, ICT en innovatie	25	4.6.2. Subdoelstellingen vervoer	42
3.4.1. Ondersteuning door De Friesland: Stichting Gerrit en Qwiek®	26	4.7. Medisch specialistische zorg (MSZ)	42
3.4.2. Innovatie	26	4.7.1. Subdoelstellingen	44
3.4.3. Subdoelen	27	4.8. GGZ	47
4. Doelstellingen 2013: specifieke invulling	28	4.8.1. Subdoelstellingen	49
4.1. Preventie	28	4.9. Langdurende zorg	50
4.1.1. Subdoelstellingen	29	4.9.1. Subdoelen	50
4.2. Focus op zorg in de eigen omgeving	29	5. Internetgerelateerde polis	55
4.2.1. Integrale bekostiging	30	6. Consequenties voor de organisatie	56
4.2.1.1. Schotten in de zorg: Preventie-Cure-Care	30	6.1. Interne informatievoorziening	56
		6.2. Besturingsmodel	57
		7. Duurzaamheid	58
		Bijlage 1. Good Governance	59
		Bijlage 2: Ketenzorg	59
		Bijlage 3. Gezamenlijke inkoop	59



VOORWOORD

Voor u ligt het Strategisch Zorginkoopbeleid van De Friesland Zorgverzekeraar voor de jaren 2010-2013. Het is gemaakt met het in maart 2010 vastgestelde strategisch plan 'Gedreven door Zorg' als basis en inspiratie. Met de plannen en keuzes in dit document geeft De Friesland een nieuwe richting aan haar zorginkoop.

In onze visie wordt kwaliteit voor onze klanten en lagere kosten gerealiseerd door sterk in te zetten op preventie: het voorkomen van ziekte of verergering ervan. We willen zorg bovendien zoveel mogelijk in de eigen omgeving van de klant realiseren. Dit betekent maximaal inzetten op het voorkomen van ziekte en zorgafhankelijkheid, en faciliteren dat mensen zelfredzaam blijven. En het betekent optimale behandeling en voorkomen van verergering, in de gevallen dat er wel sprake is van een aandoening.

De klantvraag legitimeert ons handelen en "De Klant als kompas" is ons motto. Wij zullen onze klanten dus actief betrekken bij de zorginkoop. We gaan zorgconsumerende én (nog) niet zorgconsumerende klanten vragen naar wat zij nu en in de toekomst willen. Ook gaan we zorgconsumerende klanten vragen hoe zij de zorg hebben ervaren.

Met de inzichten die we opdoen gaan wij aan de slag. Wij werken hierbij samen met de klant én namens de klant met zorgaanbieders. Zorgaanbieders zien wij als partner. Alleen door samenwerking kunnen we de kwaliteit en de transparantie van het zorgaanbod bevorderen en zorg betaalbaar houden. Want dat is en blijft onze ambitie: onze klanten goede zorg en kwaliteit van leven garanderen, nu en in de toekomst.

Klantgericht werken heeft ook invloed op onze organisatie. Het impliceert bijvoorbeeld een continue samenwerking tussen Zorginkoop en Marketing/Commercie, waarbij laatstgenoemde continue in verbinding staat met de klant.

Dit Strategisch Zorginkoopbeleid is niet alleen ontwikkeld door medewerkers van De Friesland, maar ook door klanten, zorgaanbieders en andere belanghebbenden. Hun inbreng is van zeer waardevolle betekenis geweest.

Namens de Raad van Bestuur en de Directie

Diana Monissen
Voorzitter Raad van Bestuur

MANAGEMENT SAMENVATTING

Preventie, het versterken van de positie van de klant en de juiste zorg op de juiste plaats zijn belangrijke speerpunten van het Strategisch Zorginkoopbeleid van De Friesland voor de komende drie jaar. De inzet van De Friesland is er vooral op gericht ziekte te voorkomen. Waar dat niet kan, is het streven verergering van ziekte of aandoening tegen te gaan, de zelfredzaamheid te versterken en zo de kwaliteit van leven te bevorderen.

Veel meer dan tot nu toe het geval is geweest, gaat De Friesland haar klanten actief betrekken bij de inkoop van zorg. Door rechtstreeks te vragen wat de wensen en behoeften zijn, maar ook door onderzoek te doen naar ervaringen van klanten met de zorg. Krijgen mensen de behandeling die het meest geëigend is voor hun probleem? De resultaten van deze onderzoeken worden teruggekoppeld naar zorgaanbieders en spelen direct een rol bij de inkoop van zorg en de eisen die aan de kwaliteit ervan worden gesteld.

Belangrijke speerpunten zijn preventie, versterken van de positie van de klant en de juiste zorg op de juiste plaats.

De behoefte van de klant staat bij De Friesland centraal, maar dat betekent niet dat die klant ook alles krijgt wat hij of zij wenst. Om de kosten van de zorg nu en in de toekomst beheersbaar te houden en daarmee de zorg voor iedereen betaalbaar en toegankelijk, wordt gekeken naar de zorg met de beste kwaliteit/prijsverhouding die goed aansluit op de behoeften van klanten.

In hoofdstuk twee geeft De Friesland haar visie op zorg. Waar behoefte aan bestaat en waar De Friesland de komende jaren in wil investeren, is goede zorg in samenhang dicht bij huis. Goed doorontwikkelde ketenzorg dus, met oog voor preventie (beweegprogramma's, stoppen met roken etcetera) en het stimuleren van zelfmanagement. Hiermee houdt de patiënt zelf meer de regie over zijn ziekte en dus zijn eigen leven.

Gerichte medische hulp en alleen dan als het echt nodig is. Dat is wat klanten graag willen en het is uiteindelijk goedkoper. Van belang zijn goede afspraken met eerste lijn en tweede lijn over wanneer iemand medisch specialistische zorg nodig heeft en wanneer niet. Dat betekent goede diagnostiek in de eerste lijn, eventueel met ondersteuning vanuit de tweede lijn, zodat de klant op ieder moment verzekerd is van de juiste zorg op de juiste plaats.

Zorg is niet alleen de behandeling maar ook de begeleiding en verzorging van klanten. De Friesland streeft er dan ook naar de huidige (financiële) schotten tussen Basisverzekering (Zvw), AWBZ en Wmo te slechten, zodat een klant die gebruik maakt van meerdere vormen van zorg geen enkele hinder ondervindt van administratieve belemmeringen. De Friesland start een speciaal landelijk project met steun van het ministerie om de afstemming tussen cure en care te verbeteren. Hiermee loopt De Friesland vooruit op de mogelijke politieke beslissing om vanaf 2012 de AWBZ uit te laten voeren door de zorgverzekeraar voor eigen klanten.

Met het oog op kwaliteit en doelmatigheid wil De Friesland toe naar meer concentratie van ziekenhuiszorg. In de nabije toekomst zal niet meer ieder ziekenhuis alles kunnen bieden. Ziekenhuizen zullen onderling afspraken moeten maken en zich concentreren op die zaken waar zij echt goed in zijn. Ze moeten voldoende

ervaring en expertise hebben om niet alleen de behandeling goed uit te voeren, maar ook de voor- en nazorg goed te regelen. Daar heeft de klant baat bij en het zorgt voor een betere inzet van personeel en middelen, zodat kosten beheersbaar blijven.

In hoofdstuk drie wordt dieper ingegaan op klantgerichtheid en hoe De Friesland klanten daadwerkelijk bij de zorginkoop wil betrekken. Er staat beschreven wat De Friesland onder kwaliteit en transparantie verstaat en wat zij op die punten verwacht van zorgaanbieders. Bij kwaliteit gaat het onder meer om wacht- en doorlooptijden, effectiviteit van een behandeling, veiligheid (vermijdbare schade) en toegankelijkheid, zo dichtbij als mogelijk.

Om transparantie te bevorderen en de keuzemogelijkheden voor klanten te vergroten, zal De Friesland overgaan tot het steeds breder en dieper presenteren van kwaliteitsgegevens op basis van indicatoren, klantervaringen en serviceaspecten. Dit zoveel mogelijk in overleg met zorgaanbieders.

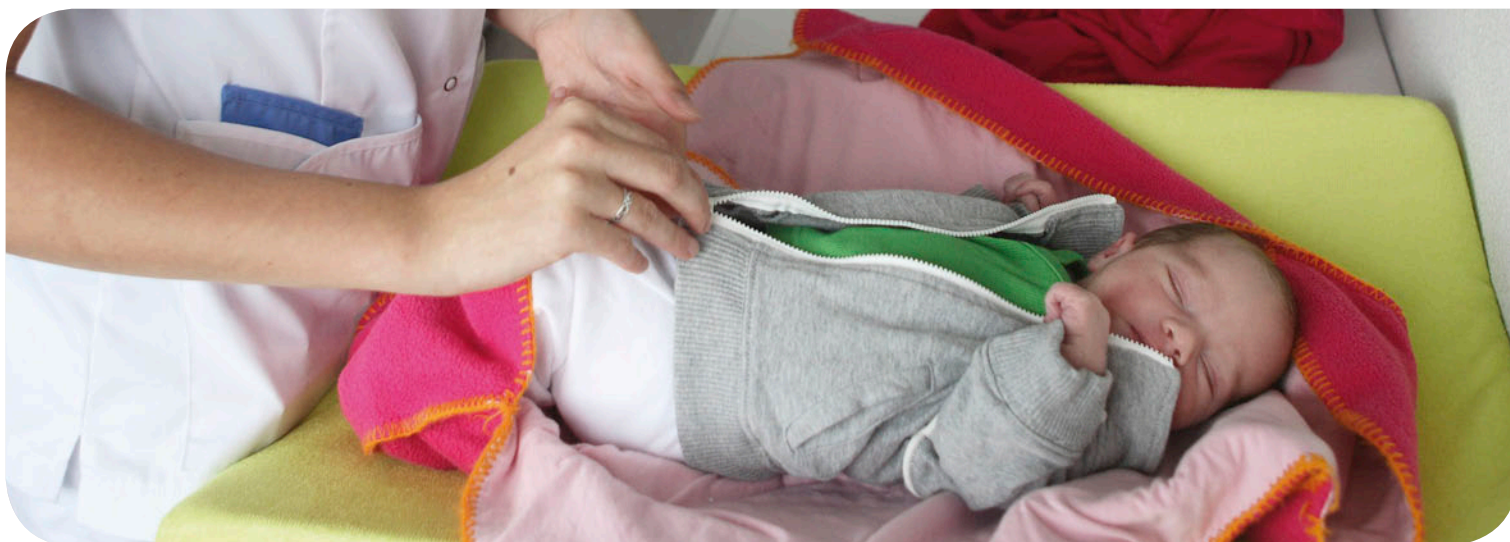
Bij de zorginkoop ziet De Friesland zorgaanbieders als partners. Beiden werken immers in veel gevallen voor een en dezelfde klant. De belangen lopen vaak minder uiteen dan gedacht, ook waar het gaat om het beheersbaar houden van de kosten. De Friesland biedt daarom ook ruime mogelijkheden om partnerships aan te gaan en samen te werken aan – kwalitatief – betere zorg. De samenwerkingsvormen lopen op van een basispartner

tot strategisch partner. Bij die laatste meest vergaande vorm ontwikkelt De Friesland samen met de zorgaanbieder een visie op zorg en nieuwe zorgconcepten.

Veel aandacht is er ook voor ICT, innovatie en E-health. Het gebruik van moderne technologie, zoals therapie op afstand, wordt steeds belangrijker. Het biedt klanten de mogelijkheid om op ieder door hen gewenst tijdstip therapie te volgen. Innovatie is bijvoorbeeld gericht op zelfmanagement; mogelijkheden om bijvoorbeeld bij diabetes zelf de ontwikkeling van de ziekte in de gaten te houden. Het is ook noodzaak met het oog op een steeds krappere arbeidsmarkt en beperkte middelen voor de zorg.

In hoofdstuk vier wordt voor preventie en ketenzorg en vervolgens per verstrekking uitgebreid uit de doeken gedaan wat de doelstellingen zijn voor zorginkoop op die terreinen. Er wordt toegelicht waarom deze keuzes zijn gemaakt en wat de samenhang is met andere verstrekkingen of bijvoorbeeld ketenzorg.

Het zorginkoopbeleid sluit af met drie hoofdstukken over het nieuw te ontwikkelen internetlabel, de consequenties voor de organisatie en duurzaamheid. Zo wil De Friesland een voortrekkersrol vervullen op het gebied van maatschappelijk verantwoord ondernemen binnen de zorg, met een accent op goed werkgeverschap en het zuinig omgaan met milieu en energie.





I. INLEIDING

In het strategisch plan 'Gedreven door Zorg' maakt De Friesland een aantal belangrijke keuzes die ook zichtbaar worden in doelstellingen voor zorginkoop:

- Realiseren van maximale ervaren gezondheid voor onze klanten door onder andere focus op kwaliteit, preventie en inkoop van de juiste zorg op de juiste plaats;
- Borgen van duurzame relaties met onze klanten en werven van eventuele nieuwe klantengroepen;
- Realiseren van betere marges van De Friesland door scherpe inkooprijzen en beheersbare volumes (lagere schadelast) en daarmee de zorg betaalbaar houden;
- Duurzame relaties met zorgaanbieders (partnerships).

Voor De Friesland is het spreken over 'de klant centraal', 'focus op kwaliteit' en 'partnerships met zorgaanbieders' geen loze terminologie: het is essentieel voor het verbeteren van de positie van De Friesland, qua marktaandeel en financiën.

In de visie van De Friesland wordt kwaliteit voor onze klanten én lagere kosten gerealiseerd door sterk in te zetten op preventie; op het voorkomen van ziekte of de verergering ervan. Het realiseren van een dergelijke visie sluit aan op ontwikkelingen die in het zorglandschap al zichtbaar zijn, maar De Friesland zal daar ook zelf een actieve rol in moeten spelen. Gegeven de sterke verankering van De Friesland in de regio kan dit alleen in samenwerking met de zorgaanbieders in deze regio. Hierbij zoeken we zoveel mogelijk naar het gezamenlijk belang.

Hierbij staat de wens van de klant centraal. Het perspectief van de klant geldt als primair uitgangspunt voor de keuzes die we in de zorginkoop maken. Niet in termen van 'u vraagt, wij draaien', maar door het bieden van de zorg met de – vanuit de klant gezien – beste kwaliteit/prijs verhouding. De Friesland wil de klant optimaal helpen kiezen en ondersteunen bij het voeren van regie over zijn eigen leven. Dit draagt niet alleen bij aan hogere klanttevredenheid, maar ook uiteindelijk aan verantwoord gebruik en betaalbaarheid van zorg.

De relatie tussen de zorginkoop en het marktaandeel van De Friesland zal de komende jaren belangrijk zijn. Vernieuwende zorginkoop kan zorggebruikers aan De Friesland binden en kan

ook een bijdrage leveren aan de werving van nieuwe verzekerden, waaronder ook veel mensen die niet ziek zijn en weinig van zorg gebruik maken.

Om dit alles mogelijk te maken kijken we naar segmentatie van verschillende klantgroepen met behulp van het BSR-model (Brand Strategy Research). Dit model geeft inzicht in waarden, behoeften en motivaties van mensen in een bepaalde markt of domein. Het beschrijft de drijfveren die ten grondslag liggen aan merkvoorkeuren, keuzes en gedragingen van consumenten.

Relevant voor alle klantsegmenten is transparantie over de geleverde kwaliteit van zorg. Door de kwaliteit inzichtelijk en vergelijkbaar te maken, kunnen we bouwen aan het vertrouwen van onze klanten in de zorg. De Friesland kan er zorgaanbieders mee stimuleren om hun resultaten continu te verbeteren. Kwaliteit is ook datgene wat de zorggebruiker zoekt en vormt daarmee ook het perfecte bindmiddel tussen klant en zorgverzekeraar.

**Kwaliteit en lagere
kosten realiseren
door in te zetten op
preventie.**



2. VISIE OP ZORG: INVESTEREN IN ZORG DICHT BIJ DE KLANT¹

Investeren in hoogwaardige, samenhangende zorg, zo dicht mogelijk in de eigen omgeving van de klant, is volgens De Friesland de beste manier om eerder genoemde doelstellingen te realiseren².

Dit betekent maximaal inzetten op:

- Het voorkomen van ziekte en zorgafhankelijkheid (universele, selectieve en geïndiceerde preventie);
- Aandoeningen optimaal behandelen en voorkomen dat er complicaties en vermijdbare zorgafhankelijkheid optreden (zorggerelateerde preventie);
- Het maximaal faciliteren van mensen om zelfredzaam te blijven ook als intensieve zorg noodzakelijk wordt.

Figuur: Verschuiving naar zorg in de eigen omgeving



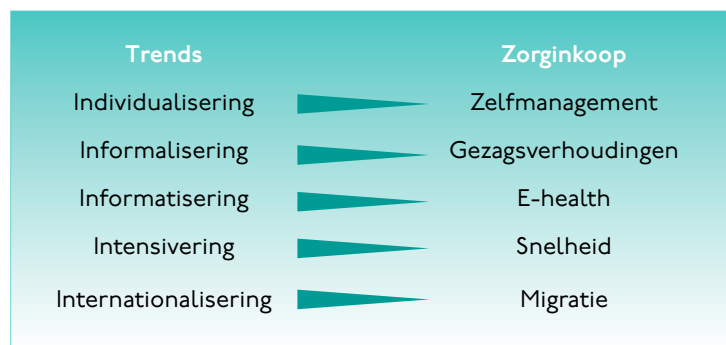
Door zorg te leveren in de eigen woonomgeving, wordt het mogelijk om met minder kosten hogere kwaliteit van leven te realiseren voor meer mensen. Dit hangt samen met de volgende factoren:

- Mensen krijgen een grotere rol in het sturen van hun eigen gezondheid en zorg;
- Mensen krijgen de zorg minder in instellingen aangeboden en meer in de eigen omgeving;
- De grotere focus op alle vormen van preventie, waardoor er minder complicaties zijn en minder vermijdbare acute opnames;
- Een krachtige focus op gepastheid van zorg.

¹ Delen van deze tekst zijn gebaseerd op het Visiedocument 'Integrale zorg in de eigen omgeving: de toekomst van chronische zorg en de huidige eerste lijn, VWS mei 2010.

² Zie: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010). Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Den Haag.

Figuur: Ontwikkelingen in de samenleving en relevantie voor zorginkoop



Hoe moet de zorg eruit gaan zien om deze ambities waar te kunnen maken? In de volgende paragrafen gaan we daar dieper op in. We formuleren een integrale visie, die dwars door de huidige scheidslijnen van Wmo, AWBZ en Zvw, en door de grens van 'cure' en 'care' heenloopt. Naarmate het aantal ouderen in onze samenleving groeit, we met elkaar ook steeds ouder worden, maar tegelijkertijd ook meer jaren leven met een chronische aandoening (RIVM 2010), zijn dit type grenzen immers ook niet langer functioneel.

2.1. Pro-actieve, op gezondheid en zelfredzaamheid gerichte aanpak

De zorg dient in de nabije toekomst gericht te zijn op het zo lang mogelijk in de eigen omgeving kunnen blijven wonen, maatschappelijk actief te blijven en eigen verantwoordelijkheid te kunnen nemen. Wij maken daarom afspraken met lokale overheden en zorgaanbieders over wijk- en risicogroep gerelateerde aanpak van problemen.

Mensen met gezondheidsrisico's of chronische aandoeningen zijn in de toekomst bekend. Ze worden optimaal begeleid en onder-

steund, waarbij de patiënt maximaal zelf de regie voert. Zelfmanagement, ondersteund door laagdrempelige ICT applicaties, is hierbij een sleutelbegrip. Om dat voor elkaar te krijgen is een pro-actieve houding van zorgaanbieders nodig. Zij zullen proces- en uitkomstinformatie continu moeten meten en analyseren, om zo de zorg en dienstverlening voor alle behandelde patiënten steeds verder te verbeteren.

Tegelijkertijd dienen mensen niet onnodig te worden gemedicaliseerd. Goede zorg volgens De Friesland is optimaal ingebed in de natuurlijke hulpstructuren in een wijk of buurt en probeert mensen zo zelfredzaam mogelijk te maken. Zorgaanbieders die deze visie delen, weten dat arbeid en maatschappelijke participatie van groot belang zijn voor zowel de kwaliteit van leven, als ook de ervaren en objectieve gezondheid van hun patiënten³.

2.2. Generalistische zorg als eerste stap voor meer specialistische en intramurale zorg ('stepped care')

Mensen dienen ervan op aan te kunnen dat zij evidence based zorg krijgen voor al hun zorgvragen. Waar mogelijk in een generalistische context, dicht bij huis. Door alleen die mensen door te verwijzen die zorg in een meer specialistische context nodig hebben, wordt mogelijk onnodige, of onnodig dure, zorg voorkomen. Naarmate de financiële druk op de zorg toeneemt krijgt dit systeem van filteren steeds meer gewicht.

Filteren draait om het stellen van de zogenaamde 'indicatie' voor vervolgzorg. In een toekomst waar het inkomen van specialistische en intramurale zorginstellingen direct afhankelijk is van de zorg die ze daadwerkelijk leveren, bestaat het gevaar van 'supply-induced demand'. Dit is het fenomeen dat zorgaanbod haar eigen vraag schept. Om dit te voorkomen zijn actieve eerstelijns poortwachters nodig, vaak in de vorm van huisartsen. Deze kunnen, op basis van adequate diagnostiek, vaststellen of er daadwerkelijk sprake is van een indicatie voor een verwijzing, opname of een interventie. Ook zullen tweedelijns zorgaanbieders transparant moeten zijn over de 'ongewenste praktijkvariatie' in hun zorgpraktijk.

De standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) geven veelal scherp aan wanneer een verwijzing naar gespecialiseerde vervolgzorg geïndiceerd is, en wanneer medisch specialistische begeleiding van patiënten na bijvoorbeeld een myocard infarct of een hersenbloeding niet langer geïndiceerd is. De meeste van deze patiënten hebben na een jaar medisch-specialistische follow-up meer aan een pro-actieve en integrale benadering in een zorgsetting in de eigen omgeving. Door scherper de indicatiestelling vast te stellen kan in Nederland het aantal kinderen waarbij amandelen worden geknipt worden gehalveerd, en door krachtiger op conservatieve behandeling in te zetten kan het aantal hernia-operaties en benigne prostaat operaties fors worden gereduceerd. Bij bijvoorbeeld hernia-operaties is de langere termijn meerwaarde van een operatieve interventie niet aangetoond⁴. De kosten van een niet-operatieve behandeling zijn significant lager. Naast het scherper stellen van indicaties is ook substitutie van zorg mogelijk op aandoeningen als osteoporose, hypertensie, hyper- en hypothyreoïdie, enzovoort – allemaal zorgproblemen waarvoor veel patiënten feitelijk nog onnodig in de medisch specialistische context worden behandeld.

Dit alles betekent niet dat er een tegenstelling is tussen bijvoorbeeld huisarts en specialist. De klassieke metafoor van de 'eerste' en de 'tweede lijn' vervaagt. Specialisten zullen zelf ook een belangrijke rol spelen in de zorg in de eigen omgeving: in een consultatieve rol voor bijvoorbeeld de huisarts of als regisseur van een hartfalen zorgprogramma. In deze rol, echter, zullen ook zij gericht dienen te zijn op het voorkomen van vermijdbare zorgconsumptie verderop in de zorgketen.

2.3. Toegankelijk en integraal, coördinatie over de gehele zorgketen

Mensen dienen 24 uur per dag, 7 dagen per week met al hun zorgvragen terecht te kunnen in een vertrouwde omgeving, liefst bij hen in de buurt. Men wordt daar geholpen of verwezen naar de juiste plek. Hiertoe zou generalistische medische, paramedische, farmaceutische, verpleegkundige en verzorgende expertise aanwezig moeten zijn en meer gespecialiseerde expertise als

³ Buijs, P., F. v. d. Heuvel, et al. (2009). "Patiënten verwachten bij ziekteverzuim een prominente rol van de huisarts." *Huisarts en Wetenschap* 52: 147-51.

⁴ In 65 procent van de tonsillen operaties is er geen sprake van evidence based indicatie voor de operatie. Staaij, B. v., E. v. d. Akker, et al. (2005). "Adenotonsillectomie bij kinderen: arts en ouders op één lijn?" *Huisarts en Wetenschap* 48: 571-6; Peul, W. C., W. B. van den Hout, et al. (2008). "Prolonged conservative care versus early surgery in patients with sciatica caused by lumbar disc herniation: two year results of a randomised controlled trial." *BMJ* 336 (7657): 1355-8.

het nodig is. Tevens is het van belang dat de zorg integraal en in afstemming plaatsvindt. Ketenzorg speelt hierbij een belangrijke rol (zie ook paragraaf 4.2 en bijlage 2).

Feitelijk valt het zorgveld uiteen in twee soorten zorg, die elk een eigen karakter hebben en daardoor ook elk een eigen financiering en zorgaanbieders. Je hebt diagnose/symptoomgerichte zorg, die zich bezig houdt met voorkomen, verminderen en genezen van aandoeningen. En je hebt ondersteuningsgerichte zorg, die gericht is op het mogelijk maken van een persoonlijk en maatschappelijk functioneren. De diagnose/symptoomgerichte zorg wordt betaald onder de Zvw. De ondersteuningsgerichte zorg, inclusief welzijnsarrangementen zoals vrijwilligers, mantelzorgers en welzijnsorganisaties, valt onder de AWBZ en Wmo.

Helaas functioneert dit gescheiden systeem bij lange na niet perfect. De administratieve schotten tussen AWBZ, Zvw en Wmo staan een naadloze aansluiting van de twee soorten zorg in de weg. Met name in zorg die buiten de muren van instellingen wordt geleverd, is het door elkaar lopen van drie verschillende financieringsstelsels een bron van veel kwaliteitsverlies, inefficiëntie, en administratieve lasten. Ook in de GGZ loopt een arbitraire grens tussen Zvw en AWBZ, die weinig aansluit bij de realiteit en dynamiek van de zorgverlening.

De realiteit is dat mensen van beide typen zorg gebruik maken. Mensen die werken in de (wijk-)verpleegkundige zorg kunnen hier van getuigen. Zij zien dagelijks patiënten met chronische klachten die, naarmate hun leven vordert, steeds meer een beroep doen op ondersteunende zorg. De hiernavolgende figuur geeft dit schematisch weer. De afbeelding is natuurlijk slechts een (stereotype) voorbeeld; in de werkelijkheid kunnen behoeftes langs deze dimensies veel grilliger zijn.

Figuur: Verschuiving diagnose/symptoom gerichte zorg naar ondersteuningsgerichte zorg



Het ligt in de rede dat de hervorming van de AWBZ, met name voor wat het extramuraal gedeelte betreft, de komende jaren hoog op de politieke agenda staat. De Friesland zou graag samen met klanten en zorgaanbieders de huidige extramuraal AWBZ zorg in de Zvw laten opgaan. Op die manier kan een veel krachtigere en naadloze zorgervaring worden geboden aan klanten en kan De Friesland haar meerwaarde beter inzetten. De klant zou dienen te beschikken over één aanspreekpunt en de zorg als één samenhangend geheel dienen te ervaren.

Zorg voor en met de klant moet in samenhang worden georganiseerd. Zorgaanbieders moeten een taakverdeling afspreken en de zaken met elkaar coördineren, zodat het voor de klant allemaal soepel werkt. Hoe dat in de 'back office' verder is georganiseerd, staat daar in principe los van. Daar staat de integraliteit en de taakverdeling in het kader van effectiviteit, doelmatigheid, professionele zelfsturing en samenwerking centraal.

**We investeren in
samenhangende zorg,
zo dicht mogelijk in
de eigen omgeving
van de klant.**

3. STRATEGISCHE HOOFDDOELSTELLINGEN 2013 EN ALGEMENE INSTRUMENTEN

De zorginkoop realiseert in 2013 de volgende strategische hoofddoelstellingen:

- De totale zorgkosten zijn 2 procent onder het landelijk gemiddelde (draagt bij aan het operationele resultaat: verschil inkomsten en kosten);
- Kwaliteit van ingekochte zorg is boven het landelijk gemiddelde op de voor ons relevante landelijk beschikbare kwaliteitsmaten;
- Draagt bij aan vernieuwende, commercieel onderscheidende zorgconcepten die in klantketens door co-creatie tot stand komen.

Uiteindelijk moeten de doelstellingen van zorginkoop ook een bijdrage leveren aan klantenbinding en klantengroei van De Friesland.

In dit hoofdstuk en het volgende wordt uiteengezet hoe we deze doelstellingen denken te gaan realiseren de komende jaren. Hierbij houden we het in het vorige hoofdstuk beschreven toekomstbeeld voor ogen. In dit hoofdstuk staan de meer algemene instrumenten beschreven; in het volgende hoofdstuk gaan we nader in op de aanpak per sector. Per paragraaf worden subdoelen aangegeven voor 2013 als ook voor de kortere termijn.

3.1. Klantgerichtheid van de zorginkoop

In de driehoeksrelatie zorgaanbieder, klant en zorgverzekeraar krijgt de klant een steeds prominenter rol. De Friesland vindt het belangrijk om de klant continu te betrekken bij de zorginkoop: door zorginkoop wordt meerwaarde gecreëerd voor onze klant. Een voorbeeld waaruit dit blijkt, is het avondspreekuur van huisartsen. De Friesland heeft via de zorginkoop op geleide van de klantvraag de huisartsen hiertoe gestimuleerd.

'De klant als kompas' betekent ook het actief zoeken naar moge-

lijkheden om ook mensen die nog nauwelijks gebruik maken van zorg aan ons te binden. Door zorgaanbod te helpen ontwikkelen voor collectiviteiten, zoals bedrijven en overheidsorganisaties, kunnen we hen helpen met het reduceren van ziekteverzuim (zie hiervoor ook paragraaf 4.1 en 4.2). Om nieuwe individuele klanten aan ons te binden moeten we ook in heel andersoortige zorginkoop concepten leren denken – zie hiervoor hoofdstuk vijf.

Voor een effectieve bijdrage aan de kwaliteit van zorg is het belangrijk dat ervaringen van klanten structureel worden geïnventariseerd. De positie van de klant, en de mogelijkheid tot zelfregie, wordt hierdoor versterkt (empowerment) (RVZ: Patiënt als sturende kracht, maart 2010). Daarnaast is ook zelfmanagement en de daarbij horende focus op zelfredzaamheid een belangrijke ontwikkeling (zie ook hoofdstuk vier).

De Friesland wil zowel de inbreng van de klant in het zorginkoopproces als de informatievoorziening aan de klant over de kwaliteit van de ingekochte zorg borgen door:

- Aan het begin van de zorginkoopcyclus inzicht te verkrijgen in de wensen van de klant. Dit met als doel de zorginkoopcriteria optimaal te laten aansluiten op de klantvraag;
- Aan het eind van de zorginkoopcyclus de klant te betrekken bij de evaluatie (de ervaren kwaliteit) van de geleverde zorg. Dit met als doel deze ervaring te betrekken bij het opstellen van de nieuwe inkoopcriteria.

Zorgaanbieders zullen bij dit proces nauw worden betrokken (zie ook rapportage Blauw). Hiermee beogen wij:

- Een continue verbetering van kwaliteit en innovatie in de zorg, leidend tot meerwaarde voor de klant;
- Een betere informatievoorziening aan klanten;
- Een continue verbetering van de eigen dienstverlening en de ontwikkeling van nieuwe producten.

Wij betrekken dus zowel vooraf als achteraf de klant bij de zorginkoop. Instrumenten daarvoor zijn:

- Het convenant en jaarlijks werkplan met Zorgbelang Fryslân;
- Input van categorale patiëntenverenigingen en eigen klantenpanels (voor individuele en collectieve klanten);
- De mening van de klanten over inkoopbeleid via internet en het klachten en geschillencircuit;
- Ervaringsonderzoeken via de CQ-index (stichting Miletus) en klantonderzoeken van zorgaanbieders;
- Informatie van de cliënten- en familieraden. In het geval er sprake is van een cliëntenraad moet de zorgaanbieder zich verzekerd hebben van de instemming van de cliëntenra(a)d(en) van zijn instelling(en) met de inhoud van de overeenkomst met De Friesland.

3.1.1. Subdoelen

Essentieel bij een doelstelling als deze is om niet te blijven steken in mooie woorden. De relatief goede relatie tussen De Friesland en de patiënten- en cliëntenorganisaties in de regio dient te worden gekoesterd. Deze kan sterk positief worden beïnvloed, indien De Friesland echt waar maakt wat we hier beloven. Dit begint

met het realiseren van doelen die op korte termijn haalbaar zijn; het zogenaamde 'laaghangend fruit'.

- 2010 Er worden 'quick wins' onderzocht (reeds bekende input en resultaten van klant-metingen, gesprekken met klantorganisaties) op punten die reeds concreet voor de zorginkoop zou kunnen worden meegenomen. Voor nieuwe strategische initiatieven, zoals bijvoorbeeld het internetlabel, zijn enkele vernieuwende commercieel onderscheidende zorgconcepten/producten in ontwikkeling die begin 2011 beschikbaar komen.
- 2011 Begin 2011 is een goed gestroomlijnd proces beschreven en besproken met patiënten- en cliëntenorganisaties en ook zorgaanbieders (zie ook paragraaf 3.2). Hoe wordt de input vanuit de klant gerealiseerd, welke instrumenten worden toegepast? Het eindproduct is een Plan van aanpak inclusief begroting voor de jaren 2011-2013. Binnen een aantal nog nader te selecteren zorgsectoren of klantgroepen worden inkoopcriteria geobjectiveerd op basis van analyse van klantgroepen. Voor de zorginkoop voor 2012 worden in expliciet overleg met patiënten- en



cliëntenorganisaties als ook zorgaanbieders een aantal zorginkoopcriteria aangescherpt of ingevuld op basis van de tot dan toe geïnventariseerde klantwensen. Tevens verdere ontwikkeling en implementatie van vernieuwende commercieel onderscheidende zorgconcepten.

- 2012 Verdere ontwikkeling inkoopcriteria op basis van analyse van klantgroepen. De zorginkoop is voor de patiënt/ cliënt relevante klantgroepen of sectoren aantoonbaar vertaald naar inkoopcriteria op basis van analyse van klantgroepen.
- 2013 Het actief betrekken van de klant is integraal onderdeel van de zorginkoop. Klantgroepen zijn actief betrokken bij resultaten. Tevens zijn diverse vernieuwende commercieel onderscheidende zorgconcepten gerealiseerd.

Belangrijke onderwerpen voor klanten:

Een zorgverzekeraar moet zich bemoeien met de kwaliteit van de zorg en daar invloed op hebben. Bijvoorbeeld door eisen te stellen in het contract met de zorgverlener.

Een zorgverzekeraar heeft ook een maatschappelijke rol. Bijvoorbeeld zorgen dat er voldoende verplegend personeel wordt opgeleid.

Een zorgverzekeraar moet ook een rol hebben bij het voorkomen van gezondheidsproblemen. Bijvoorbeeld door te wijzen op ongezonde gewoonten.

Een zorgverzekeraar moet zijn klanten begeleiden in het hele zorgtraject.

Bron: Onderzoek van Smart Agent van februari 2010, Belevingsonderzoek De Friesland Zorgverzekeraar

3.2. Kwaliteit en transparantie

Onze klanten zien voor ons een belangrijke rol weggelegd bij het in kaart brengen van de kwaliteit van zorg en het stimuleren van verbetering. Feitelijk komt dit neer op het transparant maken van het zorgaanbod. Hiermee kan De Friesland een bijdrage leveren aan de gezondheid van haar klanten, maar ook aan de betaalbaarheid van de zorg. Kwalitatief goede zorg betekent namelijk ook het vermijden van onnodige zorg en daarmee onnodige kosten.

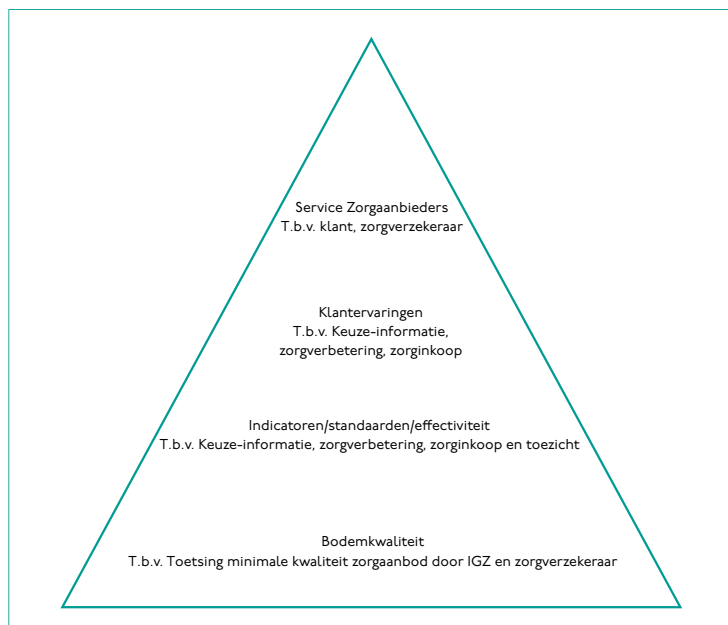
Kwaliteit kent de volgende dimensies:

- ♦ *Klantgerichtheid en tijdigheid (inclusief service, minimale wacht- en doorlooptijden, en continuïteit van zorg)*
In een zorgsysteem dat is afgestemd en toegesneden op de klantvraag wordt voortdurend de ervaring van de zorgconsumerende klant gemeten. Tevens wordt rekening gehouden met voorkeuren van de (nog) niet zorgconsumerende klant. Onnodige wachttijden worden voorkomen. Ook is de zorg goed op elkaar afgestemd, onder andere door een soepele overdracht van gegevens. De toekomstige focus voor De Friesland ligt op het realiseren van meerwaarde concepten (zie tabel hoofdstuk zes, pagina 56).
- ♦ *Effectiviteit (doeltreffend)*
Effectieve, vakkundig uitgevoerde zorg is zoveel mogelijk 'evidence based' en wordt geleverd volgens de professionele richtlijnen of (zorg)standaarden.
- ♦ *Veiligheid*
Het voorkomen van vermijdbare complicaties en letsel.
- ♦ *Toegankelijkheid*
Klanten die zorg nodig hebben, kunnen deze zo dicht mogelijk in de eigen omgeving krijgen. Soms is vanwege kwaliteitsoverwegingen een wat langere reistijd gewenst.

De doelmatigheid van zorg komt in de zorginkoop tot uiting via de prijs en de mate waarin dit een bijdrage levert aan de gezondheid van klanten. Bovendien vermijdt doelmatige zorg verspilling. De Friesland streeft naar een uitstekende prijs-kwaliteit verhouding, door zich te concentreren op kwaliteit. Dit gebeurt vanuit de overtuiging dat focus op kwaliteit tot lagere kosten leidt, terwijl focus op kosten veelal leidt tot lagere kwaliteit.



Figuur: Kwaliteitsdriehoek



Toelichting figuur: De kwaliteitsdriehoek geeft de verschillende onderdelen van kwaliteit weer. De Inspectie (IGZ) is leidraad voor toetsing van de minimale kwaliteit (bodemkwaliteit). De indicatoren geven input voor keuze-informatie voor de klant, maar ook voor verbetering van de zorg en zorginkoop en toezicht. Klantervaringen (onder andere via uitkomsten CQ-index) leveren ook input voor keuze-informatie, verbetering van de zorg en voor de zorginkoop. De servicekwaliteit heeft betrekking op bijvoorbeeld openingstijden, telefonische bereikbaarheid etcetera.

Het kwaliteitsbeleid heeft vier aspecten:

- De Friesland neemt de zorgvraag van haar klanten als vertrekpunt;
- De Friesland stelt kwaliteitseisen aan haar zorgaanbieders. Het gaat hier om eisen voor minimale kwaliteit. Aan de zorgaanbieders waar De Friesland een bijzondere partnership relatie mee heeft (zie paragraaf 3.3) worden additionele eisen gesteld;
- De Friesland stuurt op het zichtbaar maken van kwaliteit via prestatie-indicatoren;
- De Friesland wil, samen met zorgaanbieders, werken aan continue verbetering van kwaliteit.

Zorgvraag van onze klanten

Bij de zorginkoop formuleren wij zogenaamde criteria die leidend zijn in de onderhandelingen en de samenwerking met zorgaanbieders. Deze criteria vinden wij door:

- Analyses te maken van schadelast van klantgroepen met hetzelfde ziektebeeld;
- Analyses te maken van klantervaringen die zichtbaar worden in de CQ-index, medische effectiviteit (indicatoren), klantenpanels, cliëntenraden en uitkomsten van convenant Zorgbelang Fryslân;
- Analyses te maken van de nieuwe zorgconcepten die, mede met inbreng van De Friesland, ontwikkeld gaan worden.

Onze klanten hebben uiteraard een belangrijke stem in het bepalen van de relevantie van de verschillende kwaliteitsaspecten. De Friesland verwacht hierbij dat mensen niet alleen geïnteresseerd zullen zijn in klantgerichtheid van de zorg, maar met name ook in effectiviteit en veiligheid.

Kwaliteitseisen: minimale kwaliteit

Voor contracteren geldt dat er moet worden voldaan aan de kwaliteitseisen die De Friesland minimaal stelt:

- Zorgaanbieders moeten kunnen garanderen dat de door de beroepsgroepen, zorgaanbiederskoepels en IGZ vastgestelde minimumnormen voor kwaliteit en veiligheid van het zorgaanbod te allen tijde worden geborgd;
- Zorgaanbieders voldoen aan de eisen met betrekking tot het Veiligheids Management Systeem (VMS);
- Zorgaanbieders voldoen aan de kwaliteitswetgeving (zoals Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet BIG, WGBO, Wet klacht-recht cliënten zorgsector, Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen en de op handen zijnde Wet Cliëntenrechten Zorg).

Het bovenstaande heeft als consequentie dat De Friesland optimalisatie van de zorginfrastructuur gaat stimuleren, op die plekken waar hogere volumes bijdragen aan betere kwaliteit. Bepaalde zorgvormen zullen alleen in gespecialiseerde centra worden ingekocht, zoals bariatrische chirurgie en kinderdiabetes.

Actief sturen op transparantie van kwaliteit via prestatie-indicatoren

Om op een uniforme wijze over de geleverde inhoud van de zorg te kunnen communiceren, zijn prestatie-indicatoren nodig. Daarmee wordt de door de zorgaanbieders geleverde kwaliteit in kaart gebracht. Deze prestatie-indicatoren zijn voor alle betrokkenen



van belang. Zorgverzekeraars kunnen op basis van deze gegevens zorg inkopen. Klanten kunnen keuzes maken en beter inzicht krijgen in het zorgaanbod en hoe en waarom bepaalde zorg is ingekocht. Zorgaanbieders kunnen hun werkwijze continu verbeteren. Voor alle betrokkenen wordt door prestatie-indicatoren vergelijking tussen zorgaanbieders mogelijk.

Vanuit deze achtergrond is de website 'ikzoekgoedezorg.nl' een belangrijk instrument voor De Friesland. Via deze website kunnen klanten beschikken over betrouwbare en vergelijkbare informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg, gekoppeld aan zelfmanagement-ondersteuning, contact met lotgenoten en andere E-health mogelijkheden.

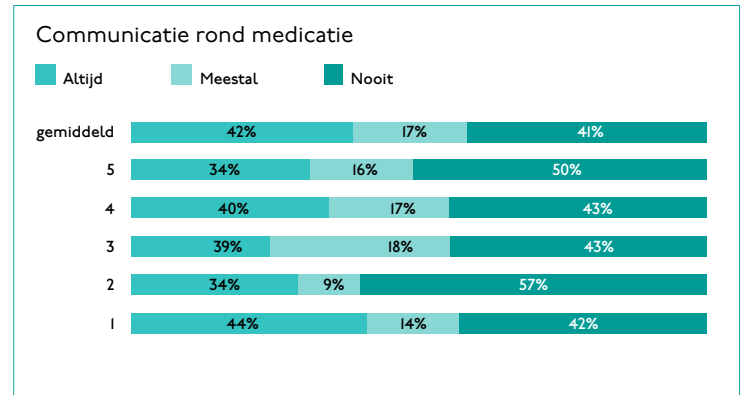
'Ikzoekgoedezorg.nl' gaan we de komende jaren met voorrang verder uitbreiden en professionaliseren. Dit betekent dat we niet alleen per sector, maar ook voor ziektebeelden als bijvoorbeeld diabetes en COPD, betrouwbare en valide publieksinformatie beschikbaar stellen. Deze informatie gaan we verbinden met portals en online communities voor verschillende klantgroepen met hetzelfde ziektebeeld. De eerste concrete stappen, zoals met MijnDVN, zijn hiertoe al genomen.

**De Friesland
stuurt op het
zichtbaar maken
van kwaliteit via
prestatie-indicatoren.**

De Friesland wil aansluiten bij de al landelijk ontwikkelde of nog te ontwikkelen indicatoren. Voor de kwaliteitseisen sluiten wij dan ook aan bij hetgeen door Zichtbare Zorg en Normen Verantwoorde Zorg is en wordt ontwikkeld. Indien er landelijk geen indicatoren worden ontwikkeld of de ontwikkelingen achterblijven, dan gaan wij de te ontwikkelen kwaliteit en indicatoren samen met de zorgaanbieder en de klant vormgeven.

Prestatie-indicatoren gaan over klantgerichtheid, effectiviteit, veiligheid en toegankelijkheid. Voor de eerste dimensie maken we in toenemende mate gebruik van de, eveneens landelijk ontwikkelde, CQ-index. Deze vragenlijst biedt ook veel mogelijkheden voor monitoring van effectiviteit en veiligheid van de zorg.

Figuur: Voorbeeld van CQ resultaten met relevantie voor medicatieveiligheid



Toelichting figuur: In de figuur zijn klantervaringen te zien, waarbij kwaliteit van farmaceutische zorg is uitgevraagd via de CQ-index. Het gaat hierbij om mensen die zijn opgenomen in een ziekenhuis en een nieuw medicijn krijgen voorgeschreven. De figuur geeft aan dat er bij de ziekenhuizen een groot verbeterpotentieel is rondom communicatie bij medicatie.

Actief, samen met zorgaanbieders, sturen op continue verbetering van kwaliteit

Een van de belangrijkste doelen van prestatie-indicatoren is het stimuleren van een continu verbeterproces van en door de zorgaanbieders. Hierbij kunnen wij ook analyses van onze eigen data gebruiken en delen met zorgaanbieders, zoals bijvoorbeeld informatie over de ervaren servicekwaliteit.

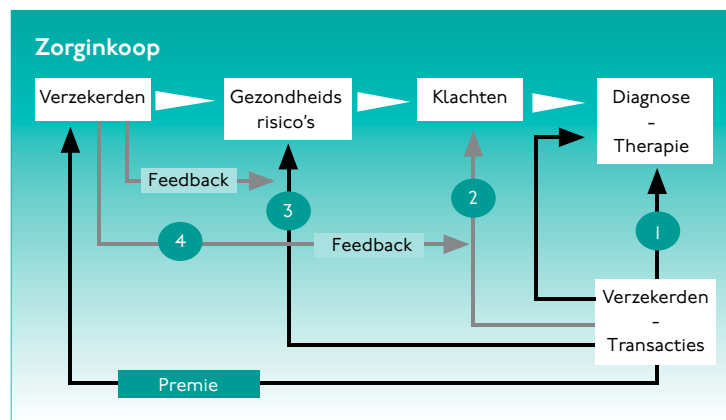
Concreet willen wij, waar relevant sector-overstijgende, afspraken maken over:

- Voorkomen van over- en ondergebruik bij verschillende klantgroepen met hetzelfde ziektebeeld;
- Patiëntveiligheid:
 - o Communicatie en informatie-uitwisseling met klant en tussen zorgaanbieders;
 - o Medicatieveiligheid: Het voorkomen dat de patiënt schade oploopt door fouten in het proces van voorschrijven, afleveren en toedienen van medicatie. Hierbij zullen alle bij dit proces betrokken partijen (voorschrijver, aflevertaars, gebruikers) worden betrokken;
 - o Veiligheid van woon- en leefomgeving naar aanleiding van Normen Verantwoorde Zorg (met name in care);
 - o Voorkomen van misuse (onnodig zorggebruik, infecties, doorligwonden etcetera).
- Promotie van best practices, zodat uniformiteit in de zorg meer wordt gewaarborgd;
- Stimuleren van naadloze uitvoering van zorg voor mensen met een chronische aandoening over de grenzen van AWBZ en Zvw, bijvoorbeeld voor dementie, depressie, diabetes, COPD;
- Verplaatsing van ziekenhuiszorg naar zorgaanbieders in de eigen omgeving;
- Uitkomsten van de verschillende CQ-indexen, gekoppeld aan inkoopcriteria;
- Samen met zorgaanbieders analyseren en monitoren van kwaliteitsgegevens.

De Friesland kiest er hierbij niet voor om in de schoenen van de zorgaanbieders te gaan staan. Zorgaanbieders zijn zelf het beste in staat om invulling te geven aan hoogwaardige, doelmatige zorg. Wel wil de Friesland krachtiger dan voorheen ontwikkeling stimuleren. Pay for performance is hierbij een krachtig vehikel: door kwaliteit die past bij de zorgvraag te belonen, willen we de prikkels in ons zorgstelsel steeds meer helpen gelijk te richten met de eigen, interne 'drive' van zorgaanbieders.

Wij gaan in 2010 nadere invulling geven aan deze ambities. Hierbij zullen we ook op zoek gaan naar strategische partnerships: zorgaanbieders die op de verschillende onderdelen de voortrekkersrol kunnen en willen spelen.

Figuur: Diverse zorginkoopprocessen



Toelichting:

1. Kostenmanagement: focus op volume en tarieven
2. Procesmanagement: focus op organisatie van zorg voor specifieke klantgroepen
3. Risicomanagement: focus op preventie en veiligheid
4. Feedbackmanagement: focus op informatie van verzekerde (analyse van schadelast en klantervaringen)

3.2.1. Subdoelen

- 2010 Een plan van aanpak Kwaliteit voor diverse klantgroepen opstellen voor 2012-2015 met daarin opgenomen: toepassing van klantervaringen, medische uitkomsten en deze uitkomsten vervolgens koppelen aan kosten. Dit betekent dat er afspraken met zorgaanbieders worden gemaakt over:
- Het betrouwbaar aanleveren van prestatie-indicatoren, conform de Zichtbare Zorg en ZN indicatoren sets en de afspraken zoals gemaakt met Zorgbelang Fryslân;
 - Pay for performance (per sector), waarbij de kwaliteit van het zorgaanbod leidend is voor financiële afspraken;
 - Totale kosten in de keten met zorgaanbieders in de eerste lijn en evaluatie van rol verwijsgedrag.

Tegelijkertijd worden ziekenhuizen met hoge afwijkingen ten opzichte van het landelijk gemiddelde (praktijkvariatie) op de belangrijkste aandoeningen om uitleg gevraagd. Er worden prioriteiten gesteld voor de overige verbeteracties voor 2011 en verder. En tenslotte worden voorbereidingen getroffen ten aanzien van het opstellen van minimum volume normen voor de meest relevante hoog-risico interventies.

- 2011 Vanaf 2011 voldoen alle zorgaanbieders aantoonbaar aan de minimale kwaliteitseisen en komen alle zorgaanbieders de transparantie-afspraken uit 2010 na. Deze informatie is goed vindbaar op www.ikzoekgoedezorg.nl. In 2011 worden minimum volume normen voor de meeste relevante hoog-risico interventies vastgesteld en wordt het taakverdeling- en concentratie beleid voor de ziekenhuis en de acute zorg infrastructuur vastgesteld, in overleg met zorgaanbieders en klanten. De ongewenste praktijkvariatie tussen de ziekenhuizen is met 10 procent afgenomen. Pay for performance richt zich in deze fase nog vooral op het belonen van het goed aanleveren van de kwaliteitsgegevens, nog niet op de uitkomsten.
- 2012 Pay for performance breidt zich uit: partijen die betere zorgprestaties leveren kunnen betere inkoopvoorwaarden krijgen.
- 2013 Voor belangrijke hoog-risico interventies en de acute zorg infrastructuur is de taakverdeling en concentratie afgerond. In 2013 wordt Pay for performance toegepast in de belangrijkste sectoren. Vanaf 2013 kunnen partijen die minder dan gemiddeld presteren, mindere inkoopvoorwaarden ontvangen.

3.3. Partnerships

Wij zien zorgaanbieders als partners. Indien wij met een zorgaanbieder een relatie aangaan, dan is dat een relatie die gekenmerkt wordt door een wederzijds belang en een wederzijdse verantwoordelijkheid. Immers, de klant van de zorgaanbieder is ook onze klant. Samen met zorgaanbieder maken wij voor de klant waar dat er goede zorg wordt geleverd. Deze relaties variëren in intensiteit. Afhankelijk van de mate waarin zorgaanbieders kunnen bijdragen aan het realiseren van onze doelstellingen, investeert De Friesland in meer of mindere mate in de relatie. Hiervoor is

een systeem van categorieën opgesteld, waarin zowel basispartners als strategisch partners bestaan. Zie de tabel op pagina 24 voor een compleet overzicht van de categorieën met hun voorwaarden en manieren waarop De Friesland in hen investeert. Een logisch gevolg hiervan is dat daarmee ook een systematiek van gedifferentieerd leveranciersmanagement ontstaat.

Voor alle partners geldt dat De Friesland alleen overeenkomsten sluit met zorgaanbieders die voldoen aan eisen die wij samen met onze klanten hebben geformuleerd voor het leveren van goede zorg. Het gaat hierbij niet alleen om eisen op het gebied van opleiding, kwaliteit (zie paragraaf 3.1.3) en administratie, maar ook op het gebied van good governance (zie bijlage I). In de overeenkomsten wordt afgesproken welke landelijke indicatoren van belang zijn. Het tijdig aanleveren van de prestaties op deze indicatoren is belangrijk. Indien noodzakelijk stuurt De Friesland actief op nakoming van de overeenkomst. Om van de financiële vermogenspositie en de bedrijfsvoering bij instellingen op de hoogte te blijven, hanteert De Friesland het Early Warning System (EWS).

3.3.1. Contractuele relatie met zorgaanbieders: verschillende contractvormen

Zoals in hoofdstuk twee besproken, zijn er in de financiering van zorg nog diverse bureaucratische belemmeringen die hoogwaardige zorg in de weg staan. Het schot tussen de AWBZ financiering en de Zvw financiering verhindert bijvoorbeeld om te investeren in dementiezorg buiten de muren van een zorginstelling. Hierdoor kunnen we mensen met dementie en hun omgeving niet adequaat ondersteunen in hun eigen omgeving. Dergelijke perverse financiële prikkels, die haaks staan op het leveren van hoge kwaliteit zorg, zijn ook een barrière voor het integraal leveren van chronische zorg in de eigen omgeving.

De Friesland wil juist uitgaan van financiële prikkels die bewegingen richting hoogwaardige, doelmatige en toegankelijke zorg belonen. Het gaat hier feitelijk om vormen van 'gain sharing' of 'shared savings': De Friesland wil partijen gaan belonen die helpen haar doelen waar te maken. Beloning voor inhoudelijke prestaties is iets waar zorgaanbieders al langer behoefte aan hebben. Maar het concept draagt ook een zekere spanning in zich. Beloning betekent immers ook verschil maken tussen zorgaanbieders. Niet iedereen kan 'bovengemiddeld goed' zijn. Desalniettemin gaat De Friesland volgende vormen van partnerships onderscheiden.

Basispartner

Basispartners moeten financieel gezond zijn en voldoen aan de

minimale eisen ten aanzien van prestatieniveau en rapportage. Ze worden vermeld op de site van De Friesland. De Friesland biedt verder de voordelen van elektronisch declareren en heldere betalingstermijnen.

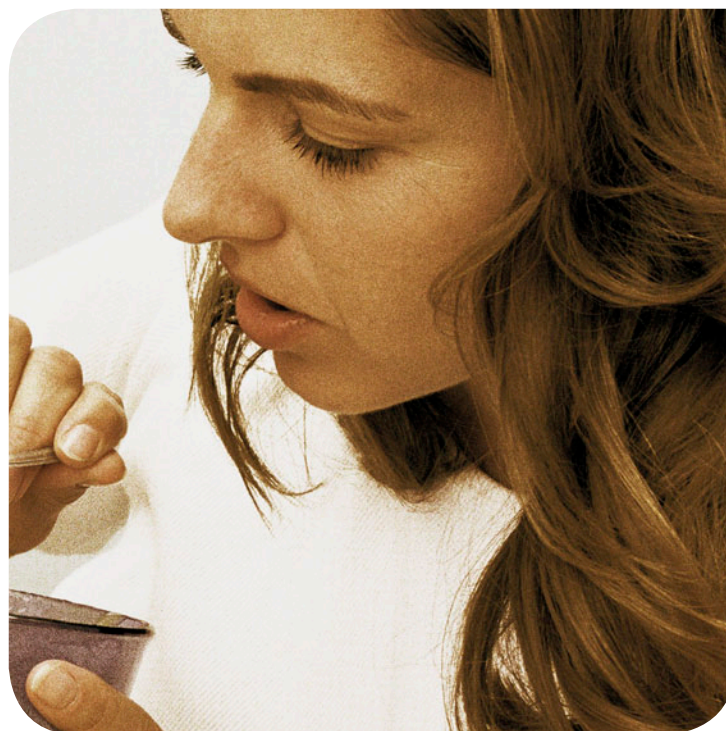
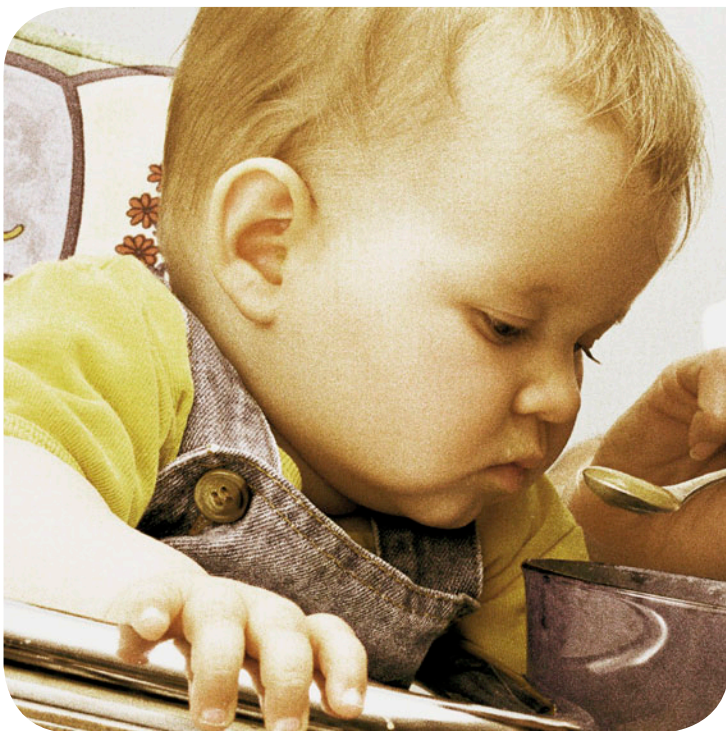
Faciliterend partnership

Zorgaanbieders waarvan het duidelijk is dat er potentieel is om uit te groeien tot strategisch partner wil De Friesland faciliteren. Het gaat hier om zorgaanbieders die zich aantoonbaar breed inzetten voor kwaliteitsverbetering, maar ook maatwerk voor onze klanten kunnen bieden. Deze zorgaanbieders hebben een beleid op het punt van bereikbaarheid, beschikbaarheid en toegankelijkheid. Facilitering door De Friesland uit zich bijvoorbeeld in het beschikbaar stellen van E-health- en zelfmanagementtoepassingen voor de klanten, zoals Qwiek®. Ook kan het De Friesland Innovatiefonds besluiten om te investeren, indien er een goede businesscase kan worden ontwikkeld. Daarnaast zijn er mogelijkheden voor gezamenlijke publiciteit (PR) via de communicatiekanalen van De Friesland.

Strategisch Partnership

De Friesland wil een strategisch partnerschap aangaan met zorgaanbieders voor wie geldt dat het realiseren van hun doelen resulteert in het realiseren van de doelen van De Friesland: lagere overall zorgkosten, aantoonbaar bovengemiddelde kwaliteit, vernieuwende commercieel onderscheidende zorgconcepten en bijdragend aan de groei van het aantal verzekerden. Deze samenwerkingsvorm geldt voor organisaties waarmee er sterke synergie bestaat, ook op het gebied van visie. Strategische partnerships zijn voor de lange termijn en meerjarencontracten zijn mogelijk.

Partijen die voor dit type samenwerking in aanmerking komen zijn bijvoorbeeld 'anderhalvelijns'-centra, gericht op preventie en zelfmanagement. Maar ook met ziekenhuizen kunnen strategische partnerships worden gesloten. Vaak zal dit niet gaan over het gehele zorgaanbod van een ziekenhuis, maar bijvoorbeeld specifiek over het aanbieden van excellente oncologische zorg of kinderdiabetes zorg, of zorg voor rughernia patiënten. Andere voorbeelden kunnen zijn geïntegreerde eerstelijns organisaties of innovatieve GGZ zorgaanbieders.



Tabel: Vorm, voorwaarden, beloning partnerships/relatie met zorgaanbieders (cumulatief)

Vorm	Voorwaarden	Beloning/investering
Strategisch partnership	<p>Kennis van/bijdrage aan De Friesland:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moet kennis hebben van context waarin de klant en De Friesland zich bevindt - Draagt reeds bij aan hoofddoelstellingen strategisch zorginkoopbeleid: <ol style="list-style-type: none"> (1) Aantoonbaar bovengemiddelde kwaliteit van zorg leveren en (2) Aantoonbaar een kostenniveau hebben dat onder het gemiddelde ligt (incl. de zorgkosten 'verderop' in de zorgketen) en/of (3) Bijdragen aan groei De Friesland verzekeren (onder andere met vernieuwende commercieel onderscheidende zorgconcepten) <p>'Aantoonbaar' kan ook inhouden dat potentiële partner een voor De Friesland heel aantrekkelijke businesscase heeft.</p>	<p>Co-creatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gezamenlijk visie ontwikkelen op klantvraag - Gezamenlijk concrete initiatieven op thema's ontwikkelen <p>Mogelijkheid tot:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Offreren bij selectieve zorginkoop - Gain sharing afspraken - Meerjarencontracten - Rendementsverdeling - Grace-period <p>Facilitering:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitering/sponsoring van zorgaanbieders in combinatie met publiciteit
Faciliterend partnership	<p>Kwaliteit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beschikt over klantkennis van voor De Friesland van belang zijnde klantgroepen: kan maatwerk leveren naar aanleiding van specifieke vraag van deze klantgroepen - Zet in op alle items van patiëntveiligheid (zie 3.2) <p>Samenwerking:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Is bereid tot co-creatie/co-makship (pro-actieve houding) - Heeft bewezen potentie om bij te dragen aan de hoofddoelstellingen uit het Strategisch Zorginkoopbeleid (zie strategisch partnership) en/of draagt al bij aan een deel van deze doelstellingen <p>Organisatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heeft minimaal een vastgesteld beleid voor 2 jaar (onder andere visie op bereikbaarheid, beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg) - Minimaal 10.000 De Friesland verzekeren kunnen bereiken, rechtstreeks of via een netwerkorganisatie - Heeft MVO-beleid en wil daarover afspraken maken 	<p>Mogelijkheid tot:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toegang tot Innovatiefonds - Contractering in het kader van specifieke AV-producten (bijv. Het Beterschap) - Meedoen aan een traject dat leidt tot additioneel gedifferentieerde zorginkoop <p>Facilitering (gekoppeld aan maatwerk voor onze klanten) op het gebied van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - E-Health - Zelfmanagement - 1/2 lijns centra (zie 4.2.2) - Preventie <p>PR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mogelijkheid voor PR via communicatiekanalen DFZ
Basispartner	<p>Kwaliteit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voldoet aan kwaliteitswetgeving (zie 3.2) - Volgt standaarden van de beroepsgroep(en) - Doet cyclisch aan kwaliteitsverbetering - Voldoet aan kwaliteitseisen die samen met de klant door De Friesland zijn geformuleerd - Levert de landelijke kwaliteitsindicatoren tijdig, juist en volledig aan <p>Samenwerking:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Draagt bij aan doelstellingen op het gebied van preventie, ketenzorg of E-health <p>Organisatie en administratie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beschikt over productkennis - Voldoet aan eisen opleiding en administratieve inrichting, - Voldoet aan eisen good governance (zie bijlage I) - Is financieel gezond (Early Warning Systeem), zo niet dan is er sprake van een duidelijk financieel beleid om tot een financieel gezonde positie te komen 	<p>Zorgcontract:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voordelen van elektronisch declareren - Basistarief (met mogelijkheid om in aanmerking te komen voor gedifferentieerde tarieven) - Uitwerking pay for performance <p>PR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vermelding op de site
Geen partner	<ul style="list-style-type: none"> - Voldoet niet aan voorwaarden basispartner - Heeft fraude gepleegd (dit is korter dan 2 jaar geleden vastgesteld bij formele/materiële controle) 	Niet van toepassing, geen relatie en geen overeenkomst

NB

- Deze tabel is toegespitst op zorgaanbieders, maar er bestaat ook de mogelijkheid om met andere organisaties een partnership aan te gaan.
- Een partnership kan betrekking hebben op een deel van een organisatie;
- Indien blijkt dat niet meer aan de voorwaarden kan worden voldaan, wordt een overgangstermijn afgesproken.

3.3.2. Subdoelen

- 2010 Implementatie van invulling van partnerships, inclusief kwantificeren doelstellingen 2011-2013.
- 2011 De eerste strategische en faciliterende partnerships zijn afgesproken.
- 2012 Verdere uitrol van partnerships en eerste resultaten bijdrage strategische hoofddoelstellingen.
- 2013 Er is aantoonbaar voordeel gerealiseerd door samenwerking met faciliterende en met name strategische partners.

Belangrijke onderwerpen voor zorgaanbieders:

- ♦ De dominante positie van De Friesland in Friesland biedt voor- en nadelen. Voordelen zijn duidelijkheid, korte lijnen en continuïteit. De positie van De Friesland geeft een zekere rust en duidelijkheid in het Friese Zorglandschap. Nadelen zijn dat er weinig uitdaging is om innoverend te zijn en dat wie betaalt, bepaalt.
- ♦ Van De Friesland wordt een regierol verwacht waar het gaat om strategische samenwerking. De Friesland dient meer regie te voeren, een duidelijkere visie te tonen over hoe het zorglandschap idealiter ingedeeld zou moeten zijn.
- ♦ De regiefunctie van De Friesland mag ook betrekking hebben op de zorgketen.
- ♦ Regie op basis van overleg en transparantie.
- ♦ Een sterkere regie van De Friesland moet liever niet ten koste gaan van de eigen positie en continuïteit van de organisatie van de zorgaanbieders.
- ♦ Gezamenlijke belangen zijn onder andere kwaliteit en toegankelijkheid verhogen, efficiency verbeteren en de kosten beperken. Streven naar een betaalbare en bereikbare zorg.
- ♦ Geen activiteiten ontwikkelen die er al zijn, maar witte vlekken invullen. Kortom, niet het wiel zelf uitvinden.

Bron: Onderzoek Blauw, april 2010

3.4. Zelfmanagement, E-health, ICT en innovatie

Zelfmanagement is nog een onderbelicht item in de zorg. Temeer als men zich realiseert dat de klant slechts een miniem deel van zijn tijd doorbrengt in het bijzijn van zorgaanbieders. Zelfmanage-

**Samen met de
zorgaanbieder
maken wij voor de
klant waar dat er
goede zorg wordt
geleverd.**

ment houdt in dat de klant zelf in actie komt en de regie op zijn of haar eigen leven houdt. Het is bij uitstek relevant voor mensen met één of meerdere chronische ziekten. De hang naar zelfmanagement vormt een gezond tegenwicht tegen de neiging tot 'overnemen van regie', die in de zorg toch nog vaak voorkomt.

Mensen die zelf sturing geven aan hun eigen zorgproces, vergroten de doelmatigheid en verhogen de kans op positieve zorguitkomsten. Cruciaal hierbij is dat de klant kan beschikken over zijn/haar eigen gegevens via het Electronisch Patiënten Dossier (EPD). Dit EPD kan zich op termijn ontwikkelen tot een daadwerkelijk 'Personal Health Record' (PHR). De Friesland wil dan ook verder investeren in E-health-toepassingen en specifiek ook de ontwikkeling van Qwiek® (zie ook paragraaf 3.4.1).

E-health-toepassingen zoals telemonitoring, telebehandeling (inclusief E-mail consulten), onlinediensten (zoals het maken van afspraken, herhaalrecepten aanvragen), domotica (aansturing van de woonomgeving op afstand), online communities (zelfhulpgroepen) vormen een belangrijke belofte in de zorg. Kwetsbare mensen kunnen zich veilig voelen door goed ingezette domotica;

de controle van hartfalen patiënten kan door telemonitoring vele malen beter en efficiënter worden georganiseerd. In het goed gebruik van deze technologieën ligt een sleutel om aan het verwachte personeelstekort en de dreigende kostenstijging in de zorg het hoofd te bieden. Met telebehandeling komen we tegemoet aan de wens van de klant om de zorg zo lang en dicht mogelijk bij huis te ontvangen. Door deze ontwikkelingen te bevorderen, willen wij zelfredzaamheid van de zorgklant stimuleren.

Bevorderen betekent overigens ook het kritisch benaderen van initiatieven. Niet elke E-health toepassing is even goed. E-health applicaties moeten wel goed in, veelal nieuwe, zorgprocessen in-gebed kunnen worden. Van 'technology-push' is nog geen patiënt beter geworden.

3.4.1. Ondersteuning door De Friesland: Stichting Gerrit en Qwiek®

De klant dient centraal te staan in het zorgproces. In de praktijk is dit niet altijd het geval. Ook blijkt uit diverse onderzoeken dat patiënten behoefte hebben aan een sterkere informatiepositie. Gezondheid 2.0 kan daaraan een bijdrage leveren. Volgens Advies



Gezondheid 2.0 van RVZ (februari 2010) is Gezondheid 2.0 "een nieuwe maatschappelijke ontwikkeling waarbij de burger/patiënt participeert in communities die hem of haar ondersteunen in zijn activiteiten om gezond te blijven, weer gezond te worden of te leren omgaan met een aandoening of beperking". In de praktijk komt dit vaak neer op het gebruik van social media.

Social media kunnen helpen bij een betere informatie-uitwisseling met patiënten. De klant wisselt ervaringen uit met lotgenoten en krijgt meer mogelijkheden om zelf het initiatief te nemen. De Friesland wil dit stimuleren, onder meer door vernieuwende diensten als Qwiek® te steunen in hun ontwikkeling. Qwiek® is een technologisch platform, dat als doelstelling heeft om allerlei online zorgdiensten voor mensen te ontsluiten op een gebruiksvriendelijke manier.

Een andere manier waarop De Friesland Gezondheid 2.0 stimuleert is via Stichting Gerrit, een samenwerking met Friese zorgverleners op het gebied van ICT en informatie-uitwisseling.

3.4.2. Innovatie

Innovatie vindt plaats als zorgaanbieders merken dat ze op 'integrale zorgproducten van hoge kwaliteit' een goede marge kunnen realiseren tussen de aan De Friesland berekende tarieven en de interne kostprijzen. Het is De Friesland er veel aan gelegen om ontwikkeling van dit type producten te bevorderen. 'Goede prikkels' zorgen ervoor dat de focus zoveel mogelijk op zorguitkomsten is gericht en niet puur op kostenverlaging.

Dit kan werken als zorgaanbieders de verantwoordelijkheid krijgen over complete zorgprocessen, zoals bijvoorbeeld is gebeurd bij de introductie van de ketendbc's. Dan blijkt ook dat het plotseling de moeite waard wordt om in een 'ketenzorg informatie systeem' (KIS) te investeren.

Er zijn twee manieren waarop De Friesland innovaties financieel ondersteunt.

Ten eerste is er het Innovatiefonds. Aanvragen voor dit fonds worden getoetst aan het strategisch beleid van De Friesland; er is geen ruimte voor 'innovation for innovation's sake'. Belangrijk bij het afwegen van eventuele honorering is ook de vraag in hoeverre een innovatie specifiek voor De Friesland vruchten kan afwerpen of dat een innovatie ook meteen voor andere zorgverzekeraars

dezelfde voordelen biedt. Het Innovatiefonds van De Friesland richt zich primair op de eerste groep innovaties.

Ten tweede heeft De Friesland een Participatiefonds. Via dit fonds investeert De Friesland direct in het ontwikkelen van technologische vernieuwing. Zo wil De Friesland helpen om innovaties van de grond te krijgen. Via het participatiefonds zullen alleen innovaties worden gesteund, waarvan het aannemelijk is dat deze uiteindelijk via reguliere geldstromen levensvatbaar zullen zijn. Tevens dient er ook een rendement tegenover te staan dat in verhouding staat tot het risicoprofiel van de investering.

3.4.3. Subdoelen

Voor De Friesland is innovatie geen doel op zich: vernieuwing speelt zich altijd af als onderdeel van het integrale beleid voor ouderen, voor chronische zieken, enzovoort. Voor dit thema worden dan ook geen specifieke subdoelen geformuleerd. Zie voor subdoelen zelfmanagement paragraaf 4.2.1.1.

**Met zelfmanagement
houdt de klant de
regie.**

Qwiek®:

Qwiek® vormt de centrale spil om (gestandaardiseerde) diensten met andere bronnen op verschillende manieren te ontsluiten, gericht op klanten. Standaardisatie van diensten maakt het zorgverleners en verzekeraars mogelijk om sneller hun diensten via het Internet aan te bieden. Het onderstaand voorbeeld geeft aan dat een klant op één manier zijn diensten kan afhandelen, inzage heeft in zijn PHR en daarbij ook verschillende externe bronnen kan raadplegen.

Mevrouw Monsma wil graag een afspraak maken bij haar huisarts en kan haar agenda met die van haar huisarts vergelijken. De opties voor een afspraak worden helder weergegeven en ze kan direct een afspraak plannen. Vervolgens krijgt ze via SMS een herinnering op de dag van de afspraak.

Het consult bij de huisarts levert een doorverwijzing op. Mevrouw Monsma heeft inzage in het verslag van het consult en de doorverwijzing via het PHR. In haar regio kan ze kiezen uit drie ziekenhuizen die allemaal binnen een straal van 20 km van haar huis liggen. Ze krijgt een overzicht van de ziekenhuizen en bij ziekenhuis A wordt in dit geval ook een video consult aangeboden. Dat komt mevrouw Monsma het beste uit, dus maakt zij een afspraak op dezelfde manier als hiervoor. De herinneringsdienst wordt weer ingeschakeld en geeft eenvoudig aan dat de betreffende arts de relevante informatie uit haar PHR kan halen.

4. DOELSTELLINGEN 2013: SPECIFIEKE INVULLING

4. Doelstellingen 2013: specifieke invulling

In hoofdstuk twee is onze visie op het zorglandschap van de toekomst beschreven. In hoofdstuk drie hebben we onze hoofd doelstellingen uiteengezet en de algemene instrumenten die we willen hanteren om deze te realiseren. In dit hoofdstuk komen deze verschillende lijnen samen in de aanpak en doelstellingen per sector.

4.1. Preventie

Aandacht voor kwaliteit van leven, de toenemende zorgvraag en de beheersbaarheid van de zorgkosten vragen om meer aandacht voor preventie. De Friesland vindt dat preventie een duidelijke rol moet hebben in de totale zorgketen. We staan voor een aanpak waarbij preventie, cure en care met elkaar verweven zijn en op elkaar aansluiten. Ook vanuit de overheid wordt preventie gelukkig een steeds belangrijker onderwerp.

Preventie kan zich richten op een individu. De termen die hierbij worden gehanteerd zijn 'zorggerelateerde preventie'⁵ en 'geïndiceerde preventie'⁶. Maar het kan ook gaan om een collectief of (sub)populatie in de bevolking. In dat geval hebben we het over 'universele preventie'⁷ en 'selectieve preventie'⁸. De Friesland concentreert zich vanuit de zorginkoop ten eerste op zorggerelateerde preventie en daaraan gekoppeld de geïndiceerde preventie. De Zvw en AWBZ hebben immers betrekking op individuele verzekerden.

Geïndiceerde preventie richt zich op individuen met een geïdentificeerd gezondheidsrisico. Zorggerelateerde preventie betreft preventieve activiteiten die zich richten op mensen die al gezondheidsproblemen hebben. In beide gevallen is het van belang dat er gerichte inspanningen worden gedaan om verdere gezondheidsschade zoveel mogelijk te voorkomen. Dit met als doel een

zo goed mogelijke kwaliteit van leven realiseren. Activiteiten in het kader van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie zijn onlosmakelijk verbonden aan de zorg die wordt geleverd door de zorgaanbieders.

De Friesland ziet een nauwe relatie tussen zorggerelateerde preventie en ketenzorg. Immers, veel programma's in het kader van ketenzorg zijn gericht op chronisch zieken. Hierbij wordt gestreefd naar een zo goed mogelijke kwaliteit van leven en het voorkomen van verergering. De ketendbc cardiovasculair risicomangement maakt het mogelijk om geïndiceerde preventie structureel in het aanbod van zorg te integreren. Er kan op dit gebied steeds meer en dankzij de toegenomen communicatiemogelijkheden zijn mensen daarover ook beter geïnformeerd. Dat is belangrijk, omdat het eigen gedrag en de eigen leefstijl een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van chronische aandoeningen, maar ook bij het beloop ervan. Goed leren omgaan met de eigen chronische aandoening heeft een grote impact op de uiteindelijke gevolgen. Dit betekent een omslag van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. (RVZ: Zorg voor je Gezondheid, april 2010). Hierin komt ook het belang van zelfmanagement en zelfregie weer terug (zie ook paragraaf 3.4).

Een voor De Friesland heel interessante doelgroep zijn bedrijven of instellingen. Vaak kan een krachtige focus op 'vitaliteit' het werkplezier van de werknemers vergroten en het arbeidsverzuim verlagen. Door werkgevers en werknemers te helpen bij beginnende klachten of gezondheidsrisico's vroeg tegen te gaan wint iedereen. Mensen blijven langer in het arbeidsproces en voelen zich gezonder (verzuim heeft een negatieve invloed op de gezondheidsbeleving). De werkgever heeft minder verzuim. De Friesland bespaart op zorgkosten én kan met het behaalde

⁵ Richt zich op individuen met een ziekte of één of meerdere gezondheidsproblemen.

⁶ Richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen.

⁷ Richt zich op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van verhoogd risico op ziekte.

⁸ Richt zich (ongevraagd) op (hoog) risicogroepen in de bevolking.

succes meer verzekeren voor zich winnen via collectiviteiten bij bedrijven.

Preventie gaat in belangrijke mate over veranderingen in houding en leefstijl. De Friese bevolking heeft een relatief gezonde leefstijl ten opzichte van de naastgelegen provincies, afgemeten aan het alcoholgebruik, het aantal zware rokers en overgewicht. Daar staat tegenover dat de algemene levensverwachting iets achter blijft. Het is daarom belangrijk om de goede positie met betrekking tot leefstijlfactoren vast te houden.

Aangezien mensen elkaar wat betreft leefstijl beïnvloeden is het logisch om aandacht te besteden aan specifieke groepen in de samenleving. De Friesland wil dit doen met partners, zoals bijvoorbeeld de gemeenten en aanbieders van geïntegreerde leefstijl interventies. Hierbij is het essentieel om de goede insteek te kiezen: onnodige medicalisering, maar ook onnodige ongerustheid bij mensen, dient te worden vermeden. Ongerichte screeningsactiviteiten, zoals Total Body Scans, richten vaak meer schade aan dan nut en leiden tot nodeloze zorgkosten. De overheid zal per 2011 Stoppen met Roken-interventies vergoeden en per 2012 waarschijnlijk ook de gecombineerde leefstijl/beweegKuur-interventie. De Friesland wil hier pro-actief op inzetten om de goede uitgangspositie van de regio vast te houden en te verbeteren.

4.1.1. Subdoelstellingen

- 2010 Voorbereiding op implementatie van Stoppen met roken programma's en BeweegKuur (zie ook paragraaf 4.2.3). Voorbereiding Plan van aanpak leefstijl-interventies en voorbereiding plan van aanpak zorginterventies voor gezondheidsproblemen Arbeid en Gezondheid. Voorbereiding beleid maatschappelijke rol preventie. Zie verder 2011.
- 2011 Start en uitrol implementatie van Stoppen met Roken programma's. Start met uitrol en inkoop BeweegKuur Diabetes (zie ook paragraaf 4.2.3). Plan van aanpak, inclusief businesscase, gereed voor De Friesland met daarin opgenomen welke leefstijlinterventies voor de 20 procent meest gebruikende zorgklanten geïntroduceerd dienen te worden om een optimaal gezondheidseffect te realiseren, als ook een optimaal effect op de zorgkosten. Hierbij worden onze klanten en de betrokken zorgaanbieders maximaal verbonden. Ook worden

concrete doelen voor obesitas en roken geformuleerd, eventueel nog opgesplitst voor mensen met en zonder gezondheidsproblemen of –risico's.

Plan van aanpak gereed voor het actief aanbieden van zorginterventies voor gezondheidsproblemen op het gebied van Arbeid en Gezondheid. Doelstelling hierbij is het (fors) reduceren van zowel ziekteverzuim als zorgkosten bij De Friesland aangesloten collectiviteiten.

Beleid gereed met betrekking tot de maatschappelijke rol van De Friesland. Dat betekent dat concreet moet zijn welke doelen worden nagestreefd op het gebied van de collectieve preventie en met welke partijen overeenkomsten dienen te worden gesloten om deze doelen te realiseren.

- 2012: Implementatie van BeweegKuur Diabetes en voorbereiding implementatie BeweegKuur voor overgewicht en obesitas (zie ook paragraaf 4.2.3)
- 2013: In Friesland rookt nog 27-29 procent van de bevolking. Dit zijn streefpercentages. Uit de RIVM zorgatlas 2005-2008 blijkt dat momenteel 30,1-31,6 procent van de Friese bevolking rookt. In Friesland leidt nog 41-43 procent van de bevolking aan overgewicht. Dit zijn streefpercentages. Uit RIVM zorgatlas 2005-2008 blijkt dat momenteel 44,5-45,9 procent van de Friese bevolking overgewicht heeft.

4.2. Focus op zorg in de eigen omgeving

In de toekomst zullen huisartsenzorg, fysiotherapie, diëtitiek, wijkverpleging en thuiszorg meer met elkaar verbonden zijn. Dat zal vaak leiden tot daadwerkelijke organisatorische integratie (eerstelijnscentra en dergelijke). Soms zal er ook 'virtuele integratie' zijn, waarbij de individuele zorgaanbieders nog bedrijfsmatig zelfstandig zijn. Dit laatste zal met name op het platteland een oplossing zijn om ook daar zorg van hoge kwaliteit te kunnen bieden.

Voor De Friesland staat niet voorop wat de organisatievorm is. Wij hechten vooral aan aanspreekpunten die de verantwoordelijkheid hebben over integrale patiëntentrajecten. Dit type zorg wordt vaak 'ketenzorg' genoemd: zorg waarbij continue afstemming en coördinatie plaatsvindt tussen de verschillende schakels in het zorgproces en die is afgestemd op de klantvraag. Ketenzorg is belangrijk omdat er steeds meer chronische zieken komen. Deze mensen hebben bovendien ook steeds vaker meerdere chronische ziekten tegelijk. In sommige gevallen; zoals diabetes,

COPD, en cardiovasculair risicomanagement; is disease-management nodig. In andere gevallen, zoals bij multimorbiditeit en kwetsbare ouderen, neemt de integrale regie meer de vorm van case-management aan.

Ook de klanten moeten duidelijke aanspreekpunten hebben. Het is onze ambitie om te komen tot een virtueel loket voor Zvw, AWBZ en Wmo dat voor onze klanten optimaal bereikbaar is (zie verder paragraaf 4.7).

Zelfmanagement en zelfredzaamheid staan bij zorg in eigen omgeving centraal (zie ook paragraaf 3.4). De klant dient te beschikken over voldoende kennis en vaardigheden en als partner betrokken te worden in de zorg. Hierdoor kan de klant zelf ook meer verantwoordelijkheid nemen voor de eigen gezondheid. De zorgaanbieder en de klant maken samen afspraken over welk persoonlijk behandelplan nodig is en het beste bij hem of haar past. Zorg op maat dus.

4.2.1. Integrale bekostiging

Wij gaan de zorg voor chronisch zieken zoals DM type II, CVRM en COPD via de beleidsregel Integrale Bekostiging bij zorggroepen, waaronder mogelijk ook eerstelijnscentra, inkopen. Deze zorggroepen zijn eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en de coördinatie, afstemming en samenwerking tussen de verschillende disciplines. Bij voorkeur levert de zorggroep lokaal- en wijkgerichte zorg, zodat goede zorg dichtbij de klant kan worden geleverd. De Friesland vindt de ontwikkeling richting geïntegreerde eerstelijnscentra zeer wenselijk. Wij willen ons hiermee actief profileren. De Friesland kan ook buiten de regio gaan opvallen als zorgverzekeraar die kwalitatief hoogwaardige ketenzorg aanbiedt, daar waar collega verzekeraars soms minder actief zijn. Onderzocht zal worden of dit een interessante trekker voor nieuwe verzekerden kan zijn voor De Friesland⁹.

In verband met de co- en multimorbiditeit (twee of meerdere aandoeningen) is het niet wenselijk om voor elk ziektebeeld een aparte zorggroep te contracteren. Een belangrijk thema voor De Friesland is de zorg voor kwetsbare ouderen en patiënten met multimorbiditeit, waarvoor case-management is aangewezen. Hierbij staan voor ons thema's als polyfarmacie (gebruik van meerdere geneesmiddelen) en de integratie thuiszorg – huisartsenzorg hoog op de agenda.

Er geldt een aantal belangrijke voorwaarden voor de inkoop van ketenzorg voor chronische ziekten. Zie hiervoor bijlage 2. Tevens streven wij naar een zo snel mogelijke integratie van de farmaceutische zorg en de diagnostiek in de integrale keten tarieven. De Friesland wil hier waar mogelijk ook experimenteel in voorop lopen.

4.2.1.1. Schotten in de zorg: Preventie-Cure-Care

Klanten die zorg nodig hebben, moeten zo weinig mogelijk hinder ondervinden van administratieve belemmeringen in de zorg. Daarom start De Friesland met een experiment waarbij klanten die verschillende vormen van zorg nodig hebben, een budget krijgen. Met dit budget kunnen ze de zorg die ze nodig hebben zelf inkopen, zonder administratieve rompslomp. Het is een persoonsvolgend budget, dat over de grenzen van de AWBZ en de Zvw heen gaat. Het doel van het experiment is te verkennen of een dergelijk systeem kan bijdragen aan meer keuzevrijheid voor klanten en meer gevoel van controle en zelfredzaamheid. Ook gaan we de ontwikkeling van de netto zorgkosten (AWBZ én Zvw) volgen.

4.2.1.2. Subdoelstellingen ketenzorg

- 2010 *Integrale inkoop:* Start inkoop COPD en DM II ketenzorg, waarbij de focus ligt op het inkopen van het patiëntenresultaat en minder op proces en structuurkenmerken. Het gaat om zowel intermediate uitkomsten (HbIAc, rookstatus, etc) als daadwerkelijke uitkomsten: COPD opnames, diabetische voet, diabetische retinopathie, cardiovasculair incident, etcetera. Hiervoor is communicatie met zorgaanbieders van belang, want dit is een nieuwe manier van denken. Tevens worden hierbij patiëntengroepen betrokken. Een businesscase hiervoor wordt door De Friesland uitgewerkt .
Zelfmanagement: Start ontwikkeling zelfmanagementinstrument voor mensen met Diabetes in samenwerking met DVN.
Experiment: Doelstellingen voor persoonsvolgend budget experiment uitgewerkt.
- 2011 *Integrale inkoop:* Start inkoop CVRM, Dekking DM II in eigen regio 60 procent, COPD 15 procent, CVRM 20 procent. Opstellen beleid met betrekking tot inkoop ketenzorg bij

⁹ Hierbij moet dan ook de businesscase op de kortere termijn worden onderzocht. Voor Diabetes zal deze zeker positief zijn.

zorggroepen elders in het land.

Kwaliteit: Aanleveren landelijk verplichte data is een voorwaarde voor financiering. Start met actieve terugkoppeling naar zorgaanbieders van eindpunten chronische zorg van hun patiëntengroepen.

Zelfmanagement: Verdere ontwikkeling en implementatie zelfmanagementinstrument voor mensen met diabetes.

2012 *Integrale inkoop:* Dekking DM II in kernregio 70 procent, COPD 30 procent, CVRM 40 procent.

Kwaliteit: Er worden met zorgaanbieders afspraken op uitkomsten gemaakt. De eerste prestatie-afspraken met zorgaanbieders worden gekoppeld aan patiëntenresultaat (pay for performance). Er vindt een actieve terugkoppeling naar zorgaanbieders van eindpunten chronische zorg van hun patiëntengroepen plaats.

Zelfmanagement: Ontwikkeling en uitrol zelfmanagementinstrument naar andere ziektebeelden als COPD en CVRM.

2013 *Resultaten:*

- Zorggroepen met ketenzorg contracten laten stijging in scores op procesindicatoren en intermediaire uitkomsten zien. Doelstelling is een score bij de beste 25 procent op indicatoren van zichtbare zorg;

- Substantiële afname van cardiovasculaire incidenten, COPD-opnames, diabetische voeten en retinopathie, aantal rokers en aantal mensen met overgewicht;
- Dekking DM II in eigen regio 75 procent, COPD 50 procent, CVRM 60 procent;
- Zelfmanagementinstrumenten ontwikkeld voor diabetes, COPD en CVRM.

4.2.2. Huisartsenzorg

De Friesland ziet de generalistische geneeskundige zorg, met de huisarts en de wijkverpleegkundige als kernspelers, als de spil van de Nederlandse gezondheidszorg. De Friesland zet dan ook in op versterking van de huisartsgeneeskundige zorg en het zoveel mogelijk beslechten van de grenzen tussen de huisartsgeneeskundige zorg (onderdeel van de Zvw) en thuiszorg (AWBZ en Wmo). Hierbij wil De Friesland inzetten op twee speerpunten:

- Verbeteren van ouderenzorg, inclusief polyfarmacie en coördinatie kwetsbare ouderen (GFI ≥ 4 , Groninger frailty indicator), om zo de kwaliteit van leven van ouderen te verbeteren.
- 'De juiste zorg op de juiste plek': geen zorg in duurdere voorzieningen die beter dichtbij in de eigen omgeving kan worden geleverd.



Ouderenzorg

Meer coördinatie, meer pro-actief opsporen, monitoren en ondersteunen van kwetsbare ouderen maakt het langer leven in de eigen omgeving mogelijk. Dat gekoppeld aan een goede aanpak van polyfarmacie geeft reductie van opnames en vermindering van het aantal valincidenten en onnodig medicatiegebruik. Dit leidt uiteindelijk weer tot verbetering van de gezondheid en daling van de zorgkosten.

De Friesland wil prestatie-afspraken maken met huisartsen. De overheid heeft aangegeven dat de GEZ (samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten) middelen met name voor dit type zorg beschikbaar zullen blijven. Binnen deze zorgvormen willen we actief samenwerking tussen huisartsenzorg, geriatrische expertise en thuiszorg bevorderen.

De juiste zorg op de juiste plaats

Door de prestatiebekostiging van Nederlandse ziekenhuizen en medisch specialisten is er een sterke stimulans voor ziekenhuizen om zorg naar zich toe te trekken. Een nadelig effect van deze marktwerking is dat patiënten soms naar een ziekenhuis toe gaan waar ze eigenlijk niet thuis horen. Cijfers over spoedeisende hulp (SEH) bezoeken laten zien dat zo'n 80 procent eigenlijk op de huisartsenpost gezien zou kunnen worden. Dit blijkt ook uit de groei van allerhande poli's waar feitelijk eerstelijnszorg wordt verricht; griepoli's, stoppen met roken poli's, osteoporose poli's.

De Friesland staat zeer positief tegen over ondernemerschap, maar voelt zich eveneens verantwoordelijk voor doelmatige en niet nodeloos medicaliserende zorg. Zij wil daartoe onder andere de huisartsenzorg beter toerusten om:

- Scherper verwijsbeleid te voeren en richtlijnconform te verwijzen;
- Scherper toe te zien op de terugkeer van patiënten naar de huisarts (geen te lange follow up in de ziekenhuizen);
- Meer zorgtrajecten eigenstandig te behandelen, eventueel met consultatie van medisch specialisten (zonder openen DBC);
- Verschuiving van patiëntenstromen van SEH naar huisartsenpost (HAP) te bevorderen.

Deze ambities staan in het licht van de bijzondere context van de Friese huisartsenzorg. Friesland heeft relatief veel apotheekhoudende huisartsen en solopraktijken. In veel regio's in Nederland is de vergrijzing onder de huisartsenpopulatie groot en dreigen tekorten. Het risico is dat Friesland hier extra veel last van gaat hebben. De Friesland wil dan ook in overleg met de lokale zorgaanbieders

hard gaan werken aan het realiseren van de genoemde ambities. Voor de huisartsenzorg reserveren we financiële middelen als extra stimulering. En ook met een aantal zorgaanbieders gaan we strategische partnerships aan. Bij dit alles wordt het behoud en de groei van het marktaandeel van De Friesland als expliciete doelstelling gehanteerd.

Anderhalvelijnscentra

Een onderdeel van deze strategie vormt de ontwikkeling van anderhalvelijnscentra die zorg, welke enige specialisering vereist, dicht in de eigen omgeving kunnen leveren, zonder dat daarvoor ziekenhuiszorg hoeft te worden aangesproken. Hierbij kan gedacht worden aan de zorg voor ouderen, maar ook basis cardiovasculaire zorg kan hieronder vallen, alsmede basis gynaecologische zorg en preoperatieve screening. Het gaat met name om het goed kunnen leveren van de diagnostische en controle functie en voor routine therapeutische interventies. In een dergelijk centrum kunnen gespecialiseerde huisartsen werken (full time, of een deel van hun tijd), maar er kunnen ook medisch specialisten werken. Dit moet leiden tot substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn.



4.2.2.1. Subdoelstellingen huisartsenzorg

2010 *Juiste zorg op juiste plaats:* Uitwerking details van huisartsenbeleid, inclusief businessplan, samen met patiëntenorganisaties en zorgaanbieders. Gesprekken met potentiële strategische partners. Nauwe samenhang met ziekenhuisinkoop is hierbij essentieel. Voorbereiden beleid met betrekking tot ombuigen patiëntenstromen acute zorg en vaststellen percentage waarmee het aantal (acute) opnames voor Diabetes, Astma/COPD, CVRM moet dalen in 2012.

Anderhalvelijnscentra: In samenwerking met patiënten en zorgaanbieders een businessplan ontwikkelen voor anderhalvelijnsconcept(en) (is niet aan een locatie gebonden), door middel van onder andere het stimuleren van substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn.

2011 *Juiste zorg op juiste plaats:* Meetmethodiek ontwikkelen voor SEH-gebruik. In overleg met DWF en ziekenhuizen een actieplan opstellen om onnodig gebruik van SEH en huisartsenpost terug te dringen. Onderdeel van het actieplan is het vaststellen van een percentage waarmee het aantal SEH-bezoeken moet dalen in 2012.

Verder ontwikkelen van beleid met betrekking tot het ombuigen patiëntenstromen acute zorg en vaststellen percentage waarmee het aantal (acute) opnames voor kwetsbare ouderen en mensen met hartfalen moet dalen in 2012.

Prestatie-afspraken met huisartsen over lage verwijscijfers, specialisering. Voorbereiden werkwijze voor het hanteren van kwaliteitsinformatie over de tweedelijnszorg bij doorverwijzen van een aantal aandoeningen. Dit in overeenstemming met indicatoren die via MSZ worden aangeleverd.

Informatie moet bij de zorgaanbieders bekend zijn, via ICT-applicatie.

Ouderenzorg: In minimaal twee regio's afspraken maken met de betrokken huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde over integrale ouderenzorg voor kwetsbare ouderen.

Onderzoeken bij hoeveel bewoners per verzorgingshuis er sprake is van polyfarmacie.

Anderhalvelijnscentra: Uitrol en implementatie van anderhalvelijnscentra in minimaal twee regio's.

2012 *Juiste zorg op juiste plaats:* Substantiële afname van (acute) opnames en SEH-gebruik. Uitvoering afspraken uit actieplan.

Huisartsen die gebruik maken van kwaliteitsinformatie bij

verwijzen (gericht verwijzen) en informatieverstrekking over kwaliteitsinformatie naar de klant belonen. Aantoonbare daling van het aantal verwijzigingen op een aantal aandoeningen, waaronder in ieder geval diabeteszorg, zorg voor Astma/COPD-patiënten en CVRM.

Ouderenzorg: Afhankelijk van de evaluatie en de resultaten van de integrale ouderenzorg, verder uitrollen naar minimaal drie regio's. Afspraken over polyfarmacie opnemen in de overeenkomst.

Anderhalvelijnscentra: Uitrol en implementatie van anderhalvelijnscentra in minimaal drie regio's.

2013 *Juiste zorg op juiste plaats:* Aantoonbare daling integrale Zwv kosten per patiënt door krachtige regiefunctie eerste lijn waardoor juiste zorg op juiste plek plaats vindt.

Ouderenzorg: Integrale ouderenzorg verder uitrollen naar vijf regio's. Evalueren afspraken en resultaten polyfarmacie, eventueel bijstellen. Best presterende zorgaanbieders belonen via resultaatsafspraken.

Anderhalvelijnscentra: Uitrol en implementatie van anderhalvelijnscentra in vijf regio's. Eind 2013 zijn er vijf anderhalvelijnscentra gerealiseerd.

4.2.3. Paramedie

Fysiotherapeutische zorg is vaak effectiever als het in samenwerking met andere zorgaanbieders, zoals huisartsen, diëtisten en verpleegkundigen, wordt geleverd. Maar ook als het monodisciplinair is, kan de zorg voor klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat zeer kosten-effectief zijn.

De toegevoegde waarde van dit type zorg is een onderwerp van levendige discussie, ook op nationaal niveau. Een belangrijke vraag is in hoeverre fysiotherapie onderdeel van de basisverzekering zal blijven. Op dit moment zijn met name evidence-based interventies niet verzekerd; zoals de BeweegKuur Diabetes en vitaliseringsprogramma's voor ouderen voorafgaand aan zware operaties. Langdurige fysiotherapeutische begeleiding via de chronische lijst wordt wel vergoed. De komende twee jaar zullen verschillende behandelingen van aandoeningen die voorkomen op deze lijst op evidence worden getoetst.

De Friesland wil sturen op programmatische paramedische zorg, doelmatig en effectief, en multi- of monodisciplinair daar waar dat meerwaarde heeft. De rol van fysiotherapeutische interventies in beweegprogramma's maakt dat deze zorgcategorie ook

een grote rol kan krijgen in de service naar collectiviteiten (zie paragraaf 4.1).

In de afgelopen jaren hebben zich voor de overige paramedische beroepsgroepen geen grote veranderingen in de markt voorgedaan. De Friesland streeft naar het bestendigen van de goede relatie in deze relatief stabiele markt. Mochten zich in de komende periode hierin veranderingen voordoen, dan zal De Friesland hierop anticiperen, waarbij de behoefte van de klant als uitgangspunt geldt.

4.2.3.1. Subdoelstellingen

2010 *Inkoopcriteria vaststellen*: Zodra Kwaliefy landelijk is geïmplementeerd en voldoet aan onder meer de validiteitseisen, gaat De Friesland deze gegevens gebruiken voor het vaststellen van inkoopcriteria en mogelijk inzetten voor tariefsdifferentiatie.

Transparantie in kwaliteit: Het is van belang dat goede kwaliteit wordt beloond. Daarom kent De Friesland al enige jaren tariefsdifferentiatie bij fysiotherapie.

Spiegelinformatie: De Friesland verstrekt periodiek spiegelinformatie. Bij afwijking vindt door middel van een audit toetsing plaats aan de normen van het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR). Hierdoor wordt inzicht verkregen in de kwaliteit van de geleverde zorg. Dit traject wordt in samenwerking met het KNGF in de loop van 2010 vorm gegeven.

Wens van de klant: De Friesland gaat op haar site specialisaties zichtbaar maken, de klant informeren over het zorgaanbod en zo mogelijk over de kwaliteit van de zorg. Daarnaast gaat De Friesland praktijken stimuleren om de klant te informeren over het zorgaanbod en de specialisaties.

Preventie – Runningtherapie: Eind 2010 wordt de pilot hardloophtherapie, voor mensen met lichte tot matige depressieve klachten, geëvalueerd op effectiviteit en patiëntervaring. Mede afhankelijk van de uitkomsten neemt De Friesland een besluit over een mogelijk vervolg.

Preventie – BeweegKuur: Voorbereiding op implementatie van BeweegKuur. VWS heeft aangegeven dat de gecombineerde leefstijlinterventie BeweegKuur naar verwachting per 2012 wordt opgenomen in de basisverzekering.

2011 *Preventie – BeweegKuur*: De Friesland start per 2011 met de uitrol en inkoop van de BeweegKuur voor Diabetes type II, in combinatie met het reeds bestaande beweegprogramma voor deze doelgroep.

Kwaliteit: In 2011 werkt De Friesland voor fysiotherapie met de auditprocedure. Deze audit levert inzicht in doelmatigheid en effectiviteit van de fysiotherapeutische behandelingen.
Kwaliteitsindicatoren: Aan de hand van objectieve kwaliteitsindicatoren wordt inzicht verkregen in de kwaliteit van de geleverde fysiotherapeutische zorg. De Friesland zal de uitkomsten van deze indicatoren gebruiken voor het inkoopproces en maakt dit inzichtelijk voor de klant.

2012 *Preventie – BeweegKuur*: Per 2012 bestaat de inkoop van deze zorg uit de BeweegKuur. Beweegprogramma's worden dan niet meer separaat ingekocht. Zodra de NISB de BeweegKuur beschikbaar heeft voor meerdere doelgroepen waaronder obesitas/overgewicht, gaat De Friesland hier ook afspraken over maken.

2013 Resultaten: Eind 2013 heeft De Friesland de volgende resultaten bereikt:

- De BeweegKuur Diabetes type II (en mogelijk meer programma's) is voor de hele regio gecontracteerd en voor verzekerden beschikbaar;
- De auditprocedure is uitgewerkt en geïmplementeerd;
- De klantbehoefte wordt cyclisch onderzocht;
- Zorg op de juiste plaats door de juiste zorgaanbieder;
- De Friesland koopt fysiotherapeutische zorg volledig in op basis van kwaliteitsindicatoren.

4.2.4. Geboortezorg

Goede geboortezorg is van groot belang voor onze klanten en verdient extra aandacht. De perinatale sterfte en morbiditeit moet verder teruggedrongen worden. Het beleid van De Friesland is dan ook gebaseerd op het door de Stuurgroep zwangerschap en geboorte eind 2009 gepresenteerde rapport "Een goed begin". Deze stuurgroep heeft van VWS de opdracht gekregen om te adviseren hoe zorg rond zwangerschap en geboorte kan worden verbeterd.

4.2.4.1. Subdoelstellingen geboortezorg

De Friesland legt haar focus voor de komende jaren concreet op:

- Afspraken maken met het zorgveld over het verbeteren van de inhoud van de zorg;
- Aandacht schenken aan de klanten met een hoog gezondheidsrisico, met name de (nog niet) zwangeren, die roken, alcohol gebruiken, overgewicht hebben en/of psychofarmaca gebruiken.

2010 *Bevallende vrouw niet alleen:* Feit is dat veel vrouwen niet gedurende de gehele bevalling professioneel worden bijgestaan. De Friesland zet daarom in op tijdige inzet van (meer uren) partusassistentie (kraamverzorging). Om een concrete toename in aantal uren partusassistentie vast te kunnen stellen, wordt er een nulmeting uitgevoerd. *Kwalitatief goede geboortezorg:* In de regio Friesland is nog een aantal verloskundig actieve huisartsen werkzaam. Om de kwaliteit van deze zorg te kunnen waarborgen, stelt De Friesland als voorwaarde dat deze huisartsen staan ingeschreven in het CHBB register Verloskunde. Daarnaast verwachten wij dat verloskundig actieve huisartsen vanaf 2011 actief deelnemen aan een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) en vanaf 2011 deelnemen aan Perinatale Registratie Nederland (PRN). Deelname aan PRN is ook een voorwaarde voor verloskundigen. Door registratie is het mogelijk om inzicht te krijgen in onder meer risicofactoren van perinatale sterfte. Dit biedt transparantie en hierdoor kan de zorg mogelijk worden verbeterd (bron: Dr. Anita Ravelli, epidemioloog AMC).

2011 *Visiedocument:* Begin 2011 wil De Friesland een visiedocument Geboortezorg gereed hebben, dat wordt gedragen



door de beroepsbeoefenaren. Alle beroepsgroepen die actief zijn in de geboortezorg, hebben door middel van gesprekken bijgedragen aan het tot stand komen van deze visie. Medio 2011 wordt gestart met de implementatie van activiteiten die voortkomen uit deze visie.

Juiste zorg op de juiste plek – samen verantwoordelijk: De komende jaren wil De Friesland aandacht besteden aan juiste zorg op de juiste plek oftewel de zorg tijdens de zwangerschap en de plaats van de bevalling. Enerzijds wordt een deel van de gezonde zwangeren begeleid in de tweede lijn en anderzijds wordt een deel van de hoogrisico zwangeren begeleid in de eerste lijn. De Friesland is van mening dat er duidelijke afspraken moeten worden gemaakt binnen de verschillende VSV's in de regio. Het gaat hierbij dan om afspraken over verwijzingen, consulten, poliklinische- en klinische bevallingen en medium risk. Dit alles dient vervolgens te zijn vastgelegd in richtlijnen. Het is immers een gezamenlijke verantwoordelijkheid de zorg doelmatig in te zetten en het onnodig medicaliseren van bevallen te voorkomen.

Gezond oud worden, begint al in de baarmoeder: Roken blijkt een directe oorzaak te zijn van extreme vroeggeboorte. Roken tijdens de zwangerschap veroorzaakt in Nederland jaarlijks 220 extreme vroeggeboortes, dat wil zeggen bij de 28e zwangerschapsweek of eerder. Ook worden jaarlijks, als direct gevolg van het roken tijdens de zwangerschap, 3.000 ondervoede baby's in Nederland geboren. Dit blijkt uit onderzoek van TNO onder 15.000 moeders (bron: RIVM). Uit onderzoek blijkt dat één op de tien moeders rookt tijdens de zwangerschap. De cursus Stoppen met roken wordt in samenwerking met het zorgveld aangeboden. Zie hiervoor ook paragraaf 4.1.1.

Moeder en kind in de hoofdrol: Er is in een aantal gevallen sprake van een thuissituatie, die er op neer komt dat er geen veilige omgeving voor de vrouw is om te bevallen. Om dit goed te kunnen beoordelen, dient er een huisbezoek voor de 34ste zwangerschapsweek plaats te vinden in geval van een eerste kind. Hierover dienen verschillende afspraken gemaakt te worden met de kraamzorg en de verloskundigen. Ten eerste over wie dit huisbezoek gaat uitvoeren. Ten tweede over welke criteria beoordeeld dienen te worden tijdens het thuisbezoek. En tenslotte over hoe de informatie-overdracht tussen de diverse zorgaanbieders zorgvuldig plaats kan vinden. Het uiteindelijke doel is dat de bevalling plaatsvindt in een veilige omgeving, zowel voor de zwangere, het (on)geboren kind als voor de professional.

2012 *Juiste zorg op de juiste plek*: Zie 2011, toename aantal bevallingen op de juiste plaats.

2013 *Resultaten*: Eind 2013 heeft De Friesland de volgende resultaten bereikt:

- a. De perinatale sterfte in Friesland ligt op het landelijk niveau. Deze ligt nu nog boven het landelijk gemiddelde;
- b. Het aantal uren partusassistentie is substantieel gestegen;
- c. Het aantal huisbezoeken bij zwangerschap van een eerste kind voor de 34ste week ligt op > 80 procent;
- d. Geboortezorg op de juiste plaats door de juiste zorgaanbieder;
- e. Er liggen richtlijnen met betrekking tot overdracht, verwijzing etcetera in alle VSV's in Friesland;
- f. In alle VSV's wordt actief geanticipeerd op vrouwen die roken tijdens de zwangerschap en overal in Friesland wordt de cursus Stoppen met roken aangeboden;
- g. Alle gecontracteerde verloskundig actieve huisartsen zijn ingeschreven in het CHBB register verloskunde. Alle gecontracteerde verloskundig actieve huisartsen registreren via PRN en nemen deel aan een VSV.

4.3. Mondzorg

De klanten van De Friesland hebben baat bij een kwalitatief goede mondzorg, ruime en vrije keuze uit zorgaanbieders en het betaalbaar houden van de premie. Dit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van De Friesland en zorgaanbieders. De Friesland wil in samenwerking met de beroepsgroepen, de GGD, gemeenten en woningbouwcoöperaties, investeren in de kwaliteit en beschikbaarheid van de mondzorg. Om het belang van de klanten zo goed mogelijk te behartigen, wil De Friesland door de contacten met de beroepsgroepen een hernieuwde inhoudelijke meerwaarde creëren.

De NMT, het Capaciteitsorgaan en het RIVM verwachten de komende jaren tekorten aan zorgaanbieders in de mondzorg. In Friesland werken op dit moment 240 tandartsen (landelijk 8.000). De verhouding tandarts/inwoners in Friesland is daarmee 1:3000. Landelijk is deze verhouding 1:2500. Daarnaast is 10 procent van de tandartsen boven de 60 jaar en zullen de komende jaren met pensioen gaan. Praktijken die nu vrijkomen, worden vaak overgenomen door buitenlandse tandartsen, die de Nederlandse taal niet altijd goed beheersen. In de periode 2014-2020 moeten zich elk jaar tussen de 15 en 20 tandartsen in Friesland vestigen om de

mondzorg te garanderen. Verhoudingsgewijs zijn er ook weinig orthodontisten (landelijk 300, Friesland 6, benodigd 12), tandprothetici (landelijk 400, Friesland 13, benodigd 16) en mondhygiënisten (landelijk 2.300, Friesland 20, benodigd 100). Dit is exclusief de mondhygiënisten en tandtechnici die in dienst zijn van tandartspraktijken.

De vraag naar mondzorg gaat de komende jaren stijgen. Uit cijfers van het CBS blijkt dat ouderen vaker een tandarts bezoeken. Dit komt onder andere omdat steeds meer ouderen door de toegenomen kwaliteit van de mondzorg in de afgelopen decennia, nog beschikken over hun eigen gebit. De vraag naar esthetische mondzorg neemt toe in de leeftijdsgroep van 25 tot 40 jaar.

Een bepaalde groep ouderen, gehandicapten en jeugdigen (4-19 jaar) schiet tekort in de zelfzorg en gaat niet geregeld voor een controlebezoek naar de tandarts. Zorggerelateerde preventie moet voorkomen dat het aantal gebitsafwijkingen binnen deze groep toeneemt.

Preventieve mondzorg bij jonge kinderen wordt in een groot deel van de provincie geregeld via de GGD in samenwerking met tandartsen. Kinderen tot twee jaar zijn de basis van de preventieve groepen en vallen tot nu toe buiten de normale consultoproepen



van de tandartsen. Zij worden door de consultatiebureaus nog één maal gezien. De kosten van het aantal angstbehandelingen en narcose behandelingen (bijzondere tandheelkunde in de tweede lijn) nemen ieder jaar toe. Door afnemend controlebezoek aan de tandarts door hun ouders, raken jonge kinderen van 1-4 jaar niet meer vanzelfsprekend vertrouwd met de tandarts.

De overheid zal in 2011 een besluit nemen over de invoering van vrije prijsvorming binnen de mondzorg. Indien hiertoe wordt overgegaan, kunnen wij in de polisvoorwaarden vergoedingen per verrichting opnemen.

Het beschikbaar komen van zorginhoudelijke informatie via Zichtbare Zorg voor mondzorg wordt in 2012 verwacht. Zodra dit mogelijk is, wil De Friesland deze informatie toegankelijk maken voor haar klanten.

4.3.1 Subdoelen

2010 *Samenwerking met zorgaanbieders*: Het voorbereiden van het instellen van een stuurgroep samen met zorgaanbieders uit de eerste en tweede lijn. Deze stuurgroep moet beleid gaan ontwikkelen over de langere termijn beschikbaarheid van mondzorg in Friesland.

Beschikbaarheid - faciliterend vestigingsbeleid: De Friesland gaat in samenwerking met vertegenwoordigers van zorgaanbieders:

1. De beschikbaarheid van de diverse beroepsgroepen in het kerngebied van De Friesland inventariseren.
2. De behoeften aan de diverse vormen van mondzorg inventariseren voor de klanten van De Friesland in het algemeen en de risicogroepen in het bijzonder.

Preventie: Bijdragen aan de opzet van het preventieprogramma (poetsinstructie, voorlichtings sessies aan ouders en dieetadviezen) voor kinderen tot twee jaar in samenwerking met de GGD/JGZ en het CBT. Het UMCG koppelt hieraan een universitair onderzoek. De financiering zal plaatsvinden via de basisverzekering en deels via innovatieve gelden.

2011 *Beschikbaarheid - faciliterend vestigingsbeleid*: In samenwerking met zorgaanbieders faciliterend vestigingsbeleid ontwikkelen op basis van de resultaten van het onderzoek in 2010. Hiertoe wordt in 2011 een beleidsplan opgesteld.

Aandachtspunten ten aanzien van dit beleid zijn:

- Ondersteuning van PR-activiteiten: het actief benaderen van tandheelkundestudenten en preventieassistenten

omwille van vestiging in Friesland;

- Het voorfinancieren van de inventaris;
- Administratieve ondersteuning door het mogelijk maken van elektronisch declareren;
- De mogelijkheden van taakherschikking. Hierbij kan gedacht worden aan mondhygiënisten en preventieassistenten die werkzaamheden van de tandartsen overnemen. Voor preventieassistenten ontwikkelt IGZ opleidingseisen;
- Het registreren van de praktijkprofielen in samenwerking met beroepsgroep en op geleide van de klantvraag/klantonderzoek gericht op bestendigheid en kwaliteit mondzorg.

Preventie: Start van het preventieprogramma 0-2 jarigen in de gemeente Dongeradeel, locatie Dokkum.

Aansluiten bij het initiatief van de GGD/JGZ, CBT en tandartsen om de preventie voor de groep 4 tot 19/22 jaar te stimuleren.

Op verzoek van de JGZ heeft het NIGZ in samenwerking met het Landelijk Platform Collectieve Mondzorg een handleiding ontwikkeld voor professionals, met aandachtspunten voor de preventieve mondzorg bij 0-19-jarigen.

Het bevorderen van de mondzorg bij ouderen met beperkte mogelijkheden tot zelfzorg door het beschikbaar stellen van



de Cursusmap van het CBT aan verzorgenden en verpleegkundigen in AWBZ-instellingen. De cursusmap van het CBT is in 2010 ontwikkeld met ondersteuning van het innovatiefonds van De Friesland.

Invoering vrije prijsvorming: Het opnemen van vergoedingen per verrichting in de polisvoorwaarden voor 2010, indien de overheid is overgaan tot de invoering van vrije prijsvorming.

2012 *Beschikbaarheid - faciliterend vestigingsbeleid:*

Het implementeren van het faciliterend vestigingsbeleid, dat moet leiden tot overname van vrijgekomen praktijken door zo mogelijk in Nederland opgeleide tandartsen.

Bereikbaarheid: De uitkomsten van het onderzoek naar de behoeften van de mondzorg bij klanten van De Friesland, dienen als basis voor de polisvoorwaarden voor 2012. Na publicatie van de resultaten van Zichtbare Zorg maakt De Friesland deze kenbaar aan haar klanten via de site "Ikzoekgoedezorg".

Preventie: Verdere uitrol van het project (nul tot twee jaar) in de regio's in Friesland met een vergelijkbare demografische opbouw als de gemeente Dongeradeel.

2013 *Beschikbaarheid - faciliterend vestigingsbeleid:* In 2013 is voor elke klant van De Friesland kwalitatief goede mondzorg in de eerste lijn beschikbaar en bereikbaar.

Preventie: Het verlenen van preventieve mondzorg aan 0-2-jarigen in 50 procent van Friesland door de GGD-verpleegkundigen van de consultatiebureaus. Dit moet gebeuren met ondersteuning van tandartsen en preventieassistenten en in samenwerking met het CBT. Vanaf 2013 3 procent minder beroep op mondzorg in de tweede lijn en Bijzondere Tandheelkunde als gevolg van preventieve maatregelen vanaf 2011. Het aantal kinderen dat op een reguliere manier (onder andere periodieke controle) naar de tandarts gaat met 4 jaar moet minimaal 95 procent van de totale groep zijn.

4.4. Eerstelijnsdiagnostiek

Goede diagnostiek is van belang om adequate zorg te kunnen leveren en om de patiënt goed te kunnen doorverwijzen. Patiënten hebben een snelle, kwalitatief goede diagnosestelling in de buurt nodig, en zo min mogelijk onnodige verwijzingen. Diagnoses die in de buurt kunnen plaatsvinden zijn bloedonderzoek, onderzoek van urine en faeces en functieonderzoeken zoals ECG's, echo's, endoscopieën en longonderzoeken; radiologisch onderzoek en bijvoorbeeld fundusfoto's (foto van het netvlies van het oog).

Dit type diagnostiek vindt op dit moment plaats in ziekenhuizen, in eerstelijnsdiagnostische centra en bij de huisarts. De prijs/kwaliteit verhouding van deze zorg is ongunstig: veel verrichtingen worden nog betaald op prijsniveaus die dateren van voor de verregaande automatisering. De Friesland gaat bekijken hoe hier geld te besparen is, met behoud van kwaliteit. Deze analyses worden in nauwe samenhang met de ontwikkeling van anderhalvelijnscentra verricht. Waar mogelijk zal De Friesland voor maatregelen die kunnen leiden tot lagere zorgkosten niet de landelijke ontwikkelingen afwachten.

4.4.1. Subdoelstellingen

Zie paragraaf 4.7.

4.5. Farmaceutische zorg

De ontwikkelingen gaan snel op het gebied van de farmaceutische zorg. Er wordt meer zorg buiten de muren van een instelling geleverd. Voorheen lag de focus op inkoop en distributie van geneesmiddelen. Tegenwoordig verschuift dit naar zorgverlenschap, ingebed in de totale zorg voor de klant. Dalende prijzen



van generieke geneesmiddelen zijn, in de afgelopen jaren, gevolgd door hogere tarieven en ruimere mogelijkheden om zorgverlenerschap extra te belonen. Het aantal oudere en kwetsbare patiënten dat veel middelen tegelijkertijd gebruikt, is gestegen en zal in de toekomst alleen maar toenemen. Daarmee neemt ook de kans op fouten en onveilige situaties toe. In Friesland geldt bovendien de bijzondere situatie dat een groot deel van onze klanten in niet-stedelijk gebied woont. Mensen maken veelal gebruik van de dienstverlening van de apotheekhoudende huisarts, waarvan er in Friesland tweemaal zoveel zijn dan het landelijk gemiddelde.

Veilige en doelmatige farmaceutische zorg kan in deze context alleen bestaan bij nauwe samenwerking tussen medische en farmaceutische competenties. De eerste en tweede lijn moeten goed op elkaar aansluiten. Ook de patiënt zélf kan, mits goed geïnformeerd en begeleid, veel invloed uitoefenen op de eigen veiligheid en de effectiviteit van de ingezette behandeling.

Thema's voor de komende jaren zijn:

Bevorderen doelmatig voorschrijven medisch specialisten

De afgelopen jaren heeft De Friesland met name ingezet op het doelmatig voorschrijven van huisartsen. De komende jaren wil De Friesland daarnaast haar focus richten op doelmatig voorschrijven door medisch specialisten. Er wordt door hen, meer dan in de eerste lijn, specialité voorgeschreven. Niet overal worden de richtlijnen voor de eerste keus middelen gevolgd. Dit heeft in toenemende mate politieke aandacht.

Voor de klant is een eenduidig voorschrijfbeleid van belang, omdat minder omzettingen leiden tot een lagere kans op fouten, een hogere therapietrouw en minder onduidelijkheid. De Friesland wil de komende jaren afspraken met ziekenhuizen maken op het gebied van doelmatig geneesmiddelengebruik in het ziekenhuis en poliklinische voorschriften. Ook worden er afspraken gemaakt over opname- en ontslag medicatie. Kortom, in de totale zorgketen worden er afspraken gemaakt over de farmaceutische zorg.

Borgen van continuïteit van farmaceutische zorg op het platteland

De farmaceutische zorg op het platteland is voor De Friesland een belangrijk aandachtspunt. Het platteland vergrijsst en ontvolkt. Dit geldt zowel voor artsen als patiënten. Daarnaast wordt de zorg complexer, waardoor een apotheekhoudende huisartsenpraktijk steeds moeilijker draaiend te houden is. Het gevaar is

dat er in de toekomst een tekort aan goede farmaceutische zorg ontstaat op het platteland. De Friesland gaat onderzoeken welke alternatieve vormen van farmaceutische zorg- en dienstverlening er kunnen worden ontwikkeld, mede aan de hand van de wensen van klanten en kenmerken van de betreffende regio. Vast staat dat samenwerking tussen zorgaanbieders een belangrijk ingrediënt is van alle mogelijke oplossingen.

Beleidsontwikkeling vrije prijsvorming

Met ingang van 2012 wordt - naar verwachting - een systeem met vrije prijzen en tarieven ingevoerd voor de farmaceutische zorg. De Friesland zal hiervoor een inkoopbeleid met instrumenten ontwikkelen dat leidt tot een doelmatige inzet van middelen en marktconforme zorgkosten.

Beleidsontwikkeling poliklinische apotheken

In Nederland worden de poliklinische apotheken op verschillende manieren vorm gegeven. In Friesland zijn de poliklinische apotheken in opkomst. Er zijn recentelijk de eerste ervaringen mee opgedaan. Friesland gaat hierover een visie ontwikkelen om in dit proces het voortouw te kunnen nemen. Uiteraard op geleide van de wensen van de klant en de uitkomsten van gesprekken met de betreffende politieken en andere relevante



partijen. Daarnaast is het van belang om de politheken onderling te vergelijken, vanwege hun populatie en positie, zowel binnen Friesland als landelijk.

Zorgprojecten en functionele prestatiebeschrijvingen

Binnen de ruimte van de huidige tariefbeschikking en de beleidsregel innovatie worden door De Friesland aanvullende zorgprojecten gestimuleerd. Bijvoorbeeld het farmaceutisch thuisconsult en projecten uit de vrij onderhandelbare module op het gebied van therapietrouw en zelfmanagement, polyfarmacie, patiëntveiligheid en dergelijke. De evaluatie en resultaten van de projecten bieden een schat aan informatie over de effectiviteit van de projecten zelf en over de inhoud. Deze informatie biedt input voor het beleid 2011 en uiteindelijk de daadwerkelijke implementatie van functionele prestatiebeschrijvingen per 2012. Daarbij wordt nadrukkelijk ook gekeken naar de ontwikkelingen ten aanzien van de integrale bekostiging (zie ook paragraaf 4.2.1).

4.5.1. Subdoelen

2010 *Doelmatig voorschrijven medisch specialisten*: Verzamelen en analyseren landelijke data voorschrijfgedrag medisch specialisten, op basis van deze uitkomsten analyse maken op De Friesland data.

Continuïteit van farmaceutische zorg op het platteland: Factsheet opstellen.

Beleidsontwikkeling vrije prijsvorming: Ontwikkelen van verschillende modellen en waar nodig partners zoeken.

Poliklinische apotheken: Data verzamelen/factsheet maken van de huidige politheken.

Zorgprojecten en functionele prestatiebeschrijvingen: Evaluatie van de lopende projecten.

Klantervaringsonderzoek onder gebruikers van het farmaceutisch thuisconsult.

2011 *Doelmatig voorschrijven medisch specialisten*: Focus bepalen ziekenhuizen/medicijn groepen. Afspraken op twee geneesmiddelen groepen. Realiseren van 10 procent verbetering ten opzichte van 2010 op basis van voorgeschreven recepten.

Continuïteit van farmaceutische zorg op het platteland: Inventariseren van wensen en verwachtingen van de klant. Onderzoek doen onder zorgaanbieders. Opstellen profiel apotheekvoorziening op het platteland.

Beleidsontwikkeling vrije prijsvorming: Keuze maken uit de modellen en afspraken maken met eventuele partners.

Richtlijn is dat het model leidt tot minimaal een marktconforme kostenontwikkeling farmacie.

Poliklinische apotheken: Ervaringen van gebruikers verzamelen. Opstellen van een visiedocument en uitdragen naar zorgaanbieders. Poliklinische apotheek moet uiteindelijk leiden tot veiligere zorgverlening, hogere kwaliteit tegen minimaal gelijkblijvende klanttevredenheid. Dit wordt nader geoperationaliseerd ten behoeve van 2012 en verder.

Zorgprojecten en functionele prestatiebeschrijvingen: Uitkomsten gebruiken voor besluitvorming over voortzetting van de projecten en de module farmaceutisch thuisconsult. Daarbij is de creatie van klantwaarde leidend.

2012 *Doelmatig voorschrijven medisch specialisten*: Afspraken op aanvullend twee geneesmiddelengroepen. Realiseren van 10 procent verbetering ten opzichte van 2011 op basis van voorgeschreven voorschriften.

Continuïteit van farmaceutische zorg op het platteland: Apotheekvoorzieningen toetsen aan het profiel, tijdpad en afspraken maken over verbeterpunten en terugkoppeling.

Alternatieve vormen van farmaceutische zorgverlening ontwikkelen, passend binnen het profiel. Dit alles binnen een minimaal marktconforme kostenontwikkeling.

Beleidsontwikkeling vrije prijsvorming: Implementeren en evalueren van het gekozen model.

Poliklinische apotheken: Opstellen en implementeren van beleid. Best practice ontwikkelen.

Zorgprojecten en functionele prestatiebeschrijvingen: Uitkomsten gebruiken voor besluitvorming over de functionele prestatiebekostiging en de daadwerkelijke invulling daarvan.

2013 *Doelmatig voorschrijven medisch specialisten*: Afspraken op aanvullend twee geneesmiddelengroepen. Realiseren van 10 procent verbetering ten opzichte van 2012 op basis van voorgeschreven recepten.

Continuïteit van farmaceutische zorg op het platteland: Monitoring van de afspraken en terugkoppeling. Alternatieve vormen van farmaceutische zorgverlening ontwikkelen, passend binnen het profiel. Met praktijken die niet aan het profiel voldoen wordt geen contract gesloten.

Poliklinische apotheken: Beleid evalueren en waar nodig bijstellen.

Zorgprojecten en functionele prestatiebeschrijvingen: Evaluatie en aanpassing verzekeringsvoorwaarden.

4.6. Hulpmiddelen & Vervoer

Om aan de vraag van hulpmiddelenzorg te kunnen blijven voldoen, is het noodzakelijk om hulpmiddelenzorg in te kopen met een goede prijs-kwaliteitverhouding. Helaas neemt, door de toenemende concentratie van leveranciers in de hulpmiddelenmarkt, de onderhandelingsruimte van De Friesland af.

Hulpmiddelenzorg draagt bij aan het zoveel mogelijk wegnemen van beperkingen, al of niet ontstaan door een gezondheidsprobleem. Hierdoor wordt de kwaliteit van leven verhoogd. Vaak is de inzet van een hulpmiddel een vorm van zorggerelateerde preventie.

De Friesland vindt het van belang dat de kwaliteitseisen aan hulpmiddelen goed aansluiten bij de wensen van de klant. De klant moet daarom betrokken worden bij de vaststelling van deze eisen. De SEMH (Stichting Erkenning Medische Hulpmiddelen), de StAr (Stichting Audicien Register) en HKZ (Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) formuleren in samenwerking met klanten deze kwaliteitseisen. Vanaf 2010 vindt er voor het eerst op het gebied van hoorzorg een CQ-meting plaats. Nog niet alle beroepsgroepen staan hier positief tegenover. Er is al wel bijval van zorgverzekeraars, gebruikers, voorschrijvers en fabrikanten.

In de Zvw is de aanspraak op hulpmiddelenzorg op dit moment grotendeels geformuleerd via een 'productgerichte limitatieve lijst'. Deze lijst biedt niet altijd voldoende keuzemogelijkheden en maatwerk. Daarom streeft het VWS sinds 2009 naar een zo volledig mogelijk functiegerichte aanspraak op hulpmiddelenzorg in de Zvw met ingang van 2012.

De nieuwe Wet ambulancezorg (Waz) schrijft voor hoe per 1 januari 2011 de ambulancehulpverlening geregeld is. Momenteel loopt een landelijk traject van vergunningverlening aan de hand van het Programma van Eisen. In het najaar van 2010 wordt bekend welke zorgaanbieder in de regio Friesland de ambulancezorg gaat leveren. De Friesland gaat met deze zorgaanbieder samenwerken. Tevens werkt de NZa aan een nieuw bekostigingssysteem per 2012.

Voor het zittend ziekenvervoer worden de komende jaren geen grote wijzigingen in de markt verwacht. Daarom continueren wij het huidige contracteerbeleid.

4.6.1 Subdoelstellingen hulpmiddelen

- 2010 *HM&V faciliterend aan andere accounts:* Het account HM&V is faciliterend aan andere accounts binnen Zorginkoop en draagt daarom nadrukkelijk bij aan de realisatie van hun subdoelstellingen. Hierbij neemt het account HM&V een proactieve houding aan. Dit vindt onder andere zijn beslag in:
- Het tijdig verstrekken van hulpmiddelen om de zelfredzaamheid van klanten te behouden of te vergroten;
 - Samenwerking met Specialistische Thuiszorg Teams;
 - Een tijdige en volledige afstemming over de hulpmiddelenzorg met de Transferpunten van ziekenhuizen bij het ontslag van een klant.
- 2011 *De klant als kompas:* Daar waar SEMH, StAr en HKZ erkende kwaliteitscriteria zijn, stellen we deze criteria als eis aan de leverancier. De komende periode (2011 t/m 2013) participeert De Friesland in de evaluatie en bijstelling van deze kwaliteitscriteria. De Friesland informeert de klant hierover via de communicatiekanalen van De Friesland. De Friesland faciliteert leveranciers die (nog) geen branchespecifieke kwaliteitscriteria hanteren om toe te werken naar kwaliteitscriteria in samenspraak met klantvertegen-



woordigers. Hiervoor geldt een termijn van twee jaar. In 2011 voldoet 80 procent van de leveranciers aan deze kwaliteitscriteria. Met de overige 20 procent zijn voor zover mogelijk kwaliteitstrajecten afgesproken.

Vanaf 2011 inventariseert De Friesland via klantenpanels wat de wensen zijn van de klant over de kwaliteitseisen van de hulpmiddelenzorg. Ten behoeve van de zorginkoop 2012 neemt 30 procent van de audiciens deel aan de CQ-meting.

- 2012 *De klant als kompas*: De Friesland bevraagt via klantenpanels individuele klanten naar hun ervaringen met de geleverde hulpmiddelenzorg op basis van de kwaliteitseisen. Op basis hiervan worden de inkoopspecificaties gemaakt. Ten aanzien van de CQ-meting hoorzorg realiseren wij een verbetering van 10 procent op minimaal één kwaliteitscriterium.

Functiegerichte aanspraak op hulpmiddelenzorg: De effectiviteit van het verstrekte hulpmiddel is vergroot, daar waar de beperking van klant functioneel is omschreven. Hierdoor is er een betere aansluiting tussen de hulpvraag van de individuele klant en het aanbod in de markt. Dit verhoogt de kwaliteit van leven.

Om tot een doeltreffende verstrekking te komen, worden er door landelijke werkgroepen, waarin ook patiëntenverenigingen betrokken zijn, protocollen opgesteld. Om de transparantie naar de klant te vergroten zijn deze protocollen op de website van De Friesland te vinden.

- 2013 *Kwaliteitscriteria leidend*: 100 procent van de door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieders van hulpmiddelen voldoen per soort zorgaanbieder aan de betreffende kwaliteitseisen van SEMH, StAr of HKZ, getoetst door de informatie uit de klantenpanels. Er wordt afscheid genomen van partijen die ondanks de facilitering niet aan deze kwaliteitseisen kunnen voldoen.

De Friesland inventariseert vooraf en bevraagt individuele klanten achteraf naar hun ervaringen met de geleverde hulpmiddelenzorg op basis van de kwaliteitseisen. Op basis hiervan worden de inkoopspecificaties gemaakt.

4.6.2 Subdoelstellingen vervoer

- 2011 *Nieuwe zorgaanbieder ambulancezorg*: De kwaliteit van de dienstverlening wordt aan de hand van het Programma van Eisen geëvalueerd met de nieuwe zorgaanbieder van ambulancezorg.

- 2012 *Nieuwe zorgaanbieder ambulancezorg*: De Friesland implementeert met de nieuwe zorgaanbieder van ambulancezorg de invoering van de prestatiebekostiging.

- 2013 *Nieuwe zorgaanbieder ambulancezorg*: De Friesland evalueert samen met de zorgaanbieder van ambulancezorg het resultaat van de nieuwe prestatiebekostiging.

4.7. Medisch specialistische zorg (MSZ)

Er is veel beweging in de medisch specialistische zorg in de regio. Medisch specialistische zorg bestaat uit zorg die geleverd wordt door ziekenhuizen of zelfstandige behandelcentra (ZBC), revalidatiecentra, laboratoria en trombosediensten. Ook landelijk zijn de ontwikkelingen intens. Hierbij zijn continue focus op taakverdeling en concentratie en de waarschijnlijke komst van geheel productiegefinancierde zorg het meest in het oog springend.

Het is in Nederland nodig om de ziekenhuisinfrastructuur te herschikken en wel om verschillende redenen. Allereerst is er een groot capaciteitsoverschot van kosten-intensieve voorzieningen. Met name medisch-ondersteunende voorzieningen zijn niet goed afgestemd op de vraag (zie ook de discussie over de eerstelijnsdiagnostiek). Tegelijkertijd zijn de demografische projecties zodanig dat netto er niet zozeer sprake zal zijn van 'krimp', maar meer van 'vertraagde groei'.

Met de zorgaanbieders en de klanten gaat De Friesland daarom het gesprek aan over de toekomst van de medisch specialistische zorg, wie waarin zou kunnen excelleren en waar zorgfuncties afgebouwd dienen te worden.

Bij het doorvoeren van veranderingen wil De Friesland hierbij vooral varen op de competenties en kwaliteiten die in de regio beschikbaar zijn. Het initiatief tot verandering moet in eerste aanleg bij de ziekenhuizen (en ZBC's) zelf vandaan komen. Onder het motto specialiseren en concentreren. De Friesland is in principe niet de regisseur, maar wel de partij die dingen mogelijk maakt. We brengen positieve prikkels aan door aantoonbaar hoge kwaliteit en doelmatigheid te belonen. Lage kwaliteit, of het niet kunnen aantonen van de kwaliteit, wordt daarentegen niet beloond.

Om dit alles te stimuleren kan De Friesland - naast de landelijk beschikbare kwaliteitsinformatie - informatie uit haar eigen bronnen gebruiken. Dit geeft inzichten in nieuwe thema's als praktijkvariatie, acute zorg infrastructuur en portfolio-keuzes van ziekenhuizen.



Tot slot geldt dat medisch specialistische zorg een onderdeel is van de totale zorgketen. Afstemming met zorgaanbieders in bijvoorbeeld de eerste lijn is daarom van belang, bijvoorbeeld in relatie tot mensen met een chronische ziekte.

4.7.1. Subdoelstellingen

De Friesland focust zich op kwaliteit. We willen via gerichte ziekenhuisinkoop actief substitutieruimte creëren en zorgen dat prijsstijgingen en volume groei vertragen door:

2010 *Wacht- en doorlooptijden voor specialismen:* Op basis van beschikbare informatie wordt er per specialisme van de wacht- en doorlooptijden een nulmeting gemaakt en vergeleken met de treeknorm en de toegangstijden die in de polis zijn opgenomen.

Wacht- en doorlooptijden voor aandoeningen waarbij snelheid van de behandeling essentieel is: Voor twee aandoeningen, namelijk mammacarcinoom en CVA, worden wacht- en doorlooptijden benoemd die wenselijk zijn. Het lopende jaar wordt gebruikt voor het inventariseren van beschikbare wacht- en doorlooptijden en eventuele knelpunten.

Indicatoren Zichtbare Zorg (ZiZo): Indicatoren eerste¹⁰ en tweede¹¹ tranche worden bij de zorgaanbieders opgevraagd. Deze indicatoren worden gecontroleerd op betrouwbaarheid, volledigheid, juistheid en inhoud en worden met de ziekenhuizen besproken. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan mogelijke verschillen in de casemix en patiëntselectie. Vervolgens worden verbeterafspraken gemaakt en contractueel vastgelegd. De CQ-Index wordt geanalyseerd en waar nodig worden verbeterafspraken gemaakt. De zorgprofielen voor de aandoeningen die uit de doelgroepanalyse en plan van aanpak voortkomen, worden opgevraagd.

Doelgroepanalyse: Per jaar wordt door De Friesland voor twee aandoeningen een gedetailleerde doelgroepanalyse en plan van aanpak opgesteld. De keuze van de aandoeningen wordt gebaseerd op indicatoren, volume, kosten en verbeterpotentieel op doelmatigheid. In 2010 worden diabetes volwassenen en prostaatacarcinoom uitgewerkt. De opgestelde doelgroepanalyse en plan van aanpak wordt besproken met zorgaanbieders om draagvlak te creëren en gezamenlijk verbeteringen in te zetten.

Resultaten Gupta Strategists: De analyse en resultaten van

Gupta Strategists worden gekoppeld aan kwaliteitsinformatie van de zorgaanbieders. Hierover gaat De Friesland met de ziekenhuizen in gesprek. Doelstelling is om doelmatige zorg in te kopen, grip te krijgen op de kosten en de zorg daar te leveren waar dit noodzakelijk en mogelijk is. Teneinde kwaliteit te verbeteren en kosten te verlagen tevens beleid voorbereiden met betrekking tot concentratie van aandoeningen in samenwerking met zorgaanbieders.

Afbouw ex-post risicoverevening: We anticiperen op de afbouw ex-post risicoverevening door onder andere te kijken naar de verzekerdendportefolio en de zorgkosten.

Eerstelijns diagnostiek: Diagnostiek dient in toenemende mate in de eerste lijn belegd te worden en verder door te ontwikkelen tot een krachtige diagnostische faciliteit, inclusief specialistische expertise. De Friesland formuleert een businessplan waarin onder andere de indicatiestelling voor de diagnostiek en de rol van de verwijzer wordt omschreven. Draagvlak in zowel de eerste als de tweede lijn en expertiseoverdracht dient hierbij geborgd te zijn. Onderdeel van het businessplan is een kosten-batenanalyse inclusief de doelstelling over het rendement van de eerstelijns diagnostische faciliteit en benodigde capaciteit. In het kader van de ontwikkeling van Eerstelijns Diagnostische Faciliteiten gaat De Friesland vanaf 2010 en verder actief monitoren op vermijdbare DBC's (dubbele DBC's, praktijkvariatie, follow-up) door middel van het formuleren van gedragsregels (en uiteindelijk middels betere dan wel mindere inkoopvoorwaarden) en het stimuleren van de rol van de huisarts hierin.

B-segment (2010 en verder):

- Onze afgesproken prijzen voor het B-segment dienen op of onder het gemiddelde landelijke prijsniveau te liggen, waarbij rekening gehouden wordt met ons marktaandeel;
- Er ligt een verdere focus op casemixverschillen; de verschillen worden geanalyseerd en zo mogelijk worden hierover verbeterafspraken gemaakt met de zorgaanbieders.

Kapitaallasten (2010 en verder):

- De Friesland gaat zich uitdrukkelijk richten op de capaciteit in de regio en daarbuiten. Hierbij wordt aandacht besteed aan:
 - Centralisatie / samenwerking;
 - Spreiding en aantal locaties;
 - Bezettingsgraad in relatie tot toekomstige groei.

¹⁰ Tranche 1: 10 aandoeningen, in 2010 verplicht over jaar 2009 aan te leveren.

¹¹ Tranche 2: 13 aandoeningen, in 2010 gevraagd over jaar 2009 aan te leveren, maar vanuit ZiZo niet verplicht.

- Er wordt een constant kapitaallastenniveau nagestreefd. Hiervoor is er een focus op meer gereguleerde nieuw- en verbouw in de provincie Friesland op lange termijn noodzakelijk.

2011 *Wacht- en doorlooptijden voor specialismen:* Op specialismenniveau worden verbeterafspraken gemaakt en waar mogelijk garantieafspraken. Dit zijn afspraken over gegarandeerde toegangstijden en over de kwaliteit van de ingrepen. *Wacht- en doorlooptijden voor relevante aandoeningen waarbij snelheid van de behandeling essentieel is:* Met de zorgaanbieders worden verbeterafspraken gemaakt op de in 2010 benoemde aandoeningen en vervolgens vastgelegd in de overeenkomst. Hierbij wordt geprobeerd aansluiting te vinden met lean-trajecten van ziekenhuizen. *Indicatoren ZiZo:* De indicatoren eerste, tweede en derde¹² tranche worden bij de zorgaanbieders opgevraagd, waarbij oncologische zorg als speerpunt is benoemd. In lijn met 2010 worden de indicatoren gecontroleerd en besproken met aandacht voor onder andere casemix en patiëntselectie. Indien voor de eerste en tweede tranche wordt voldaan aan betrouwbaarheid, volledigheid en juistheid van aanlevering, gelden betere inkoopvoorwaarden dan wanneer dit niet het geval is. De aanlevering van de (door Zizo niet verplichte) derde tranche wordt door De Friesland eveneens als belangrijk ervaren. Vervolgens worden verbeterafspraken gemaakt en contractueel vastgelegd. De CQ-Index wordt geanalyseerd en waar nodig worden verbeterafspraken gemaakt. De zorgprofielen voor de aandoeningen die uit de doelgroepanalyse en plan van aanpak voortkomen, worden opgevraagd. Door middel van zachte sturing door de huisarts en keuzeondersteunende informatie op de website wil De Friesland de klant verleiden om naar het ziekenhuis met de beste kwaliteit van zorg te gaan. *Doelgroepanalyse:* Voor twee aandoeningen wordt een doelgroepanalyse en plan van aanpak opgesteld. Voorlopig is gekozen voor tonsillectomieën en baarmoederhalskanker. De opgestelde doelgroepanalyse en plan van aanpak wordt besproken met zorgaanbieders om draagvlak te creëren en gezamenlijk verbeteringen in te zetten. *Oncologische zorg:* Voor twee oncologische aandoeningen wordt in samenspraak met de zorgaanbieders, IKNO en belangenverenigingen een doelgroepanalyse en plan van

aanpak geformuleerd. Tijdens de formulering van deze businesscase wordt onder andere bekeken of (verdere) centralisatie van de betreffende oncologische aandoening noodzakelijk en mogelijk is. Daarnaast wordt ook aandacht besteed aan psychosociale zorg bij oncologie en implementatie van de LAST-meter.

Resultaten Gupta Strategists: De uitkomsten en resultaten van eerder gedane analyses (2011 e.v.) worden herijkt. Tevens is beleid gereed en concretisering met betrekking tot concentratie van aandoeningen in samenwerking met zorgaanbieders.

Eerstelijns diagnostiek (EDF): In 2011 wordt een Eerstelijns Diagnostische Faciliteit in een nog nader te bepalen ziekenhuisregio gecontracteerd. Noodzakelijk is ook dat inhoudelijke gesprekken gevoerd worden met de specialisten in dienst van Eerstelijns Diagnostische Faciliteit. Er is mede hierdoor een daling zichtbaar op de 'niet geïndiceerde DBC's'. De netto eerstelijns diagnostische kosten (prijs en volume) dalen (gecorrigeerd voor landelijke ontwikkelingen).

Effectiviteitanalyse 2011 en verder:

- In het rapport "Kostenbesparende Projecten" van ZonMW (september 2009) staat de vraag centraal welke ZonMW projecten bij invoering kosten kunnen besparen of welke juist extra kosten genereren. Naar aanleiding van deze quickscan worden per jaar twee interventies uitgewerkt die tot een betere kosten/effectiviteit leiden;
- Rapport "Praktijkvariatie" van Plexus (juli 2009). Naar aanleiding van dit rapport worden twee aandoeningen per jaar geanalyseerd en besproken met de zorgaanbieders die significant afwijken van de rest van Nederland (heupslijtage, hernia, tonsillen, cataract, benigne prostaat hyperplasie, blinde darm). Hierover worden vervolgens afspraken gemaakt;
- Aan de hand van de analyse diabeteszorg in Friesland worden de inkoopcriteria diabeteszorg aangepast voor ziekenhuiszorg en ketenzorg.

2012 *Indicatoren ZiZo:* De indicatoren, eerste, tweede, derde (indien beschikbaar) vierde¹³ tranche worden bij de zorgaanbieders opgevraagd. De hieruit volgende controle en het maken van verbeterafspraken is in lijn met 2011. Indien voor de eerste, tweede en derde tranche wordt voldaan aan betrouwbaarheid, volledigheid en juistheid van aanlevering

¹² Tranche 3: 26 aandoeningen, in 2011 voor het eerst gevraagd om over 2010 aan te leveren.

¹³ Tranche 4: 20 aandoeningen + over 7 aandoeningen zal praktijkvariatie worden bepaald. Mogelijk in 2012 eerste uitvraging.



gelden betere inkoopvoorwaarden dan wanneer dit niet het geval is. De CQ-Index wordt geanalyseerd en waar nodig worden verbeterafspraken gemaakt. De zorgprofielen voor de aandoeningen die uit de doelgroepanalyse en plan van aanpak voortkomen, worden opgevraagd.

Door middel van zachte sturing door de huisarts en keuze-ondersteunende informatie op de website, wil De Friesland de klant verleiden om naar de zorgaanbieder met de beste kwaliteit van zorg te gaan. Als de zorgaanbieder onder de norm presteert, dan vindt er harde sturing plaats (niet contracteren). Hierover vindt overleg plaats met patiënten-organisaties.

Oncologische zorg: In 2012 wordt minimaal één plan van aanpak geïmplementeerd.

Eerstelijns diagnostiek: Er vindt een verdere uitrol van EDF's naar twee andere regio's plaats.

2013 *Indicatoren ZiZo:* Idem als in 2012, maar dan met inzet van pay for performance en gecombineerde harde en zachte sturing.

Oncologische zorg: Het eerder geïmplementeerde plan van aanpak wordt voorlopig geëvalueerd. Daarnaast worden nieuwe doelgroepanalyses en plan van aanpak voor andere oncologische aandoeningen opgesteld.

Eerstelijns diagnostiek: Er vindt een verder uitrol van EDF's naar overige regio's plaats tot de noodzakelijke capaciteit is bereikt. Eind 2013 zijn de doelstellingen op netto rendement eerstelijns diagnostiek en ziekenhuis zorgkosten conform de businesscase behaald. De Friesland is in dit jaar landelijk gezien in de laagste 25 procent op het gebied van het aantal 'niet geïndiceerde DBC's'.

4.8. GGZ

De afgelopen jaren zijn steeds meer mensen gebruik gaan maken van geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Over de laatste 2 jaar zijn deze uitgaven met gemiddeld ongeveer 8,5 procent per jaar toegenomen. In voorgaande jaren 2000 – 2007 nam het volume met gemiddeld 6,4 procent toe. De Friesland wil inzetten op een integrale GGZ: preventie-cure-care. Vooral preventieve activiteiten moeten er voor zorgen dat het zorggebruik daalt. Hiervoor gaat De Friesland investeren in de Basis GGZ functie.

Uit Trendrapportages van het Trimbos blijkt dat op jaarbasis bijna een kwart van de volwassenen een psychische stoornis heeft. Uit diezelfde rapportage blijkt ook dat een aanzienlijk percentage

mensen met psychische klachten geen professionele hulp zoekt in Nederland (ruim 64 procent). Tevens komt naar voren dat 50 procent van de mensen met een depressie binnen drie maanden spontaan herstelt. Daarnaast zijn er ook mensen met psychische stoornissen die redelijk tot goed kunnen functioneren en geen professionele hulp nodig hebben.

Nu en in de toekomst zullen mensen met psychosociale problemen in 90 procent van de gevallen als eerste bij de huisarts terecht komen. Deze is een belangrijke schakel bij het al dan niet verwijzen van een patiënt naar andere zorgaanbieders. Afhankelijk van het type klacht besluit de huisarts op dit moment om zelf een aantal gesprekken met de patiënt te voeren of te verwijzen. Dit kan naar een eerstelijnspsycholoog, een maatschappelijk werker of naar de tweedelijnszorg: de psychiaters, psychotherapeuten, GZ psychologen en SPV-en (sociaal/psychiatrisch verpleegkundigen), ergo- en vaktherapeuten, bewegingstherapeuten. Ook de GGZ praktijkondersteuner ('POH-GGZ') maakt een voorzichtige entree in de huisartsenpraktijk.

De huidige organisatie van eerstelijns GGZ zorg is momenteel sterk versnipperd, waardoor de zorg ten aanzien van psychische problematiek nog te vaak rommelig is. Bij de huisarts ligt de aandacht vaak sterk op de lichamelijke verschijnselen. Daardoor komen psychische aspecten te weinig over het voetlicht. Te vaak is de behandeling nog gericht op het oplossen van acute klachten, waardoor te weinig aandacht wordt besteed aan preventie en vroege interventie van lichtere klachten. Ook wordt te weinig gedaan aan het voorkomen van terugval en worden behandelingen dikwijls niet aangeboden conform bewezen effectieve richtlijnen. Dit resulteert zowel in onderbehandeling als overbehandeling, met name in de vorm van medicatie. Voor veel (pre)depressieve patiënten geldt dat de kans groot is dat de aandoening chronisch of recidiverend wordt bij afwezigheid van adequate behandeling.

Ook is de samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders niet optimaal en wordt de patiënt onvoldoende betrokken bij het management van diens gezondheid. Dientengevolge is de therapietrouw aan de behandeling vaak gering. Het ontbreken van goede verbindingen tussen preventie, eerste lijn en de gespecialiseerde GGZ resulteren daarmee in discontinuïteit in de zorgketen en een te groot beroep op de (duurdere) tweedelijns GGZ zorg. Hier liggen belangrijke kansen om de zorg te verbeteren, de ziektelast te verminderen en tegelijkertijd duurdere zorg te voorkomen.



Landelijk wordt er nu gesproken over het belang van een 'basis GGZ zorgfunctie', waarin op een meer geïntegreerde wijze dan nu het geval is GGZ zorg kan worden verleend. Dit kan gebeuren voordat de klant naar een tweedelijns GGZ instelling wordt verwezen. De zorgkosten van de laatste instellingen groeien fors.

De Friesland wil in deze basis GGZ investeren, ook vanuit het besef dat het systeem van risicoverevening zal worden afgebouwd.

4.8.1 Subdoelstellingen

2010 In 2010 wil De Friesland door middel van uitgewerkt GGZ beleid in de komende jaren actief substitutieruimte creëren en de prijsstijgingen en volumegroei in de tweede lijns GGZ vertragen, leidend tot kwaliteitsverbetering en kostenverlaging, door:

- a) *Basis GGZ Functie*: Actief sturen op de ontwikkeling van de Basis GGZ functie in Friesland. Hierdoor vindt er minder doorstroming naar langdurende zorg plaats;
- b) *Zelfmanagement*: Inzetten op vergroten van zelfmanagement van klanten;
- c) *Preventie*: Interventies inzetten ter voorkoming/verergering van psychische klachten;
- d) *Indicatiestelling*: Actief sturen op indicatiestelling en het monitoren hiervan.
- e) *Substitutie van intramurale behandeling*: Substitutie van intramurale naar extramurale zorg na een analyse van de intramurale capaciteit en geleverde zorg in Friesland gerelateerd aan de rest van Nederland;
- f) *Kwaliteit*: Kwaliteit van de zorg verbeteren door op een vergelijkbare manier uitkomsten te meten met Routine Outcome Monitoring (ROM). Instellingen leveren de begin- en eindmetingen van behandeling of begeleiding aan voor een gezamenlijke benchmark op behandelresultaat. Tevens aansluiten bij landelijk programma voor structureel meten van klantervaringen via de CQ-index.

2011 *Basis GGZ*: Afspraken worden gemaakt met huisartsen, POH GGZ en eerstelijns psychologen, over te zetten stappen om te komen tot Basis GGZ voorzieningen.
Zelfmanagement: De Friesland biedt haar klanten een online diagnostische tool voor de meest voorkomende diagnoses in de GGZ, waarmee de klant zijn of haar vraag richting de huisarts kan verduidelijken. Daarnaast maakt De Friesland afspraken met zorgaanbieders over het (online) beschikbaar

stellen van informatie voor klanten gericht op zelfmanagement en het in voorkomend geval verwijzen van klanten naar (online) zelfhulpgroepen.

Preventie: Zicht krijgen op verschillende preventieactiviteiten die zorgaanbieders leveren, zowel geïndiceerde als zorggerelateerde preventie. Vervolgens plan van aanpak opstellen met preventieactiviteiten voor nog nader te bepalen klantgroepen.

Indicatiestelling: Met huisartsen, POH GGZ, eerstelijns psychologen afspraken maken over diagnostiek, verwijzing, deskundigheidsbevordering gericht op kwalitatieve indicatiestelling binnen een basis GGZ voorziening.

Intramurale behandeling: Op basis van de analyse van de huidige regionale situatie, concretiseren van de substitutie-doelstelling en hierover afspraken met zorgaanbieders;

Kwaliteit: Implementatie van ROM in behandeling en begeleiding van klanten en informatie aanleveren ten behoeve van de benchmark.

2012 *Basis GGZ Functie*: In de bestaande geïntegreerde eerstelijns voorziening(en) een start maken met de Basis GGZ Functie.

Zelfmanagement: Met zorgaanbieders worden afspraken gemaakt over het toepassen van een personal health record ten behoeve van de eigen klant.

Preventie: Er is inzicht in de relatie tussen zorggerelateerde preventie en ketenzorg (cure en care). Implementatie plan van aanpak hetgeen leidt tot geïntegreerde (geïndiceerde en zorggerelateerde) preventieconcepten aangeboden door zorgaanbieders.

Indicatiestelling: Binnen de te starten Basis GGZ voorziening is sprake van een multidisciplinaire beoordeling/indicatiestelling, zodat adequate doorverwijzing naar de eerste of tweede lijns GGZ plaats vindt.

Intramurale behandeling: Vervolg geven aan de afspraken met zorgaanbieders en evalueren over substitutie van intramurale zorg.

Kwaliteit: Verdere implementatie van ROM in behandeling en begeleiding van klanten. Vervolg aanleveren informatie ten behoeve van de benchmark.

2013 *Basis GGZ Functie*: In alle 5 regio's rondom de ziekenhuizen in Friesland is een Basis GGZ voorziening aanwezig.

Zelfmanagement: De klant heeft de mogelijkheid om gebruik te maken van (E-health)-toepassingen om zelf regie te houden over zijn of haar psychische gesteldheid. Zorgaanbieders bieden een personal health record aan. Ook voor

mensen met een chronische psychiatrische aandoening is het van belang om zelfmanagement te stimuleren.

Preventie: Er is sprake van een integrale aanpak van preventie, care en cure, gericht op het individu en het collectief voor de in het plan van aanpak te bepalen klantgroepen.

Indicatiestelling: In de Basis GGZ voorziening is sprake van een multidisciplinaire beoordeling/indicatiestelling, zodat adequate doorverwijzing naar eerste of tweedelijns GGZ plaats vindt. De juiste zorg op de juiste plaats.

Intramurale behandeling: In samenwerking met instellingen is het gemiddeld aantal intramuraal opgenomen klanten in Friesland in lijn gebracht met het landelijke gemiddelde (naar aanleiding van de analyse).

Kwaliteit: ROM is de basis voor levering van kwalitatieve zorg. Iedere GGZ-instelling past ROM toe.

4.9. Langdurende zorg

In de visie van De Friesland is het verzekeren van langdurende zorg een groot goed. Het gaat om het garanderen van zorg voor de meest kwetsbare groepen in onze samenleving. Om zorg die uit solidariteit per definitie moet worden geleverd. Het is daarom dat De Friesland extra alert anticipeert op veranderingen in de AWBZ.

De Friesland gaat er vanuit dat de AWBZ per 2012 wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars voor de eigen verzekerden (zie paragraaf 2.3). Tevens worden er naar verwachting steeds meer prestaties van de AWBZ naar de Zvw of Wmo overgeheveld. Vanwege praktische redenen hebben we het hier voorlopig nog over AWBZ, maar mogelijk gaat dit in de toekomst ook anders heten.

Wanneer de zorgverzekeraar zowel de Zvw als de AWBZ voor haar eigen verzekerden uitvoert, is de zorgverzekeraar integraal verantwoordelijk voor de inkoop van de totale keten preventie-cure-care. De Friesland werkt inmiddels al vanuit dit besef. We willen de continuïteit, kwaliteit en samenhang van de zorgketen op een hoger niveau brengen. We willen de afstemming en coördinatie steeds verder optimaliseren. Hierbij hoort ook het in paragraaf 4.2.1.1. genoemde experiment. De uitvoering moet in één hand geregeld worden. Als dat zo is, kan de klant en zijn/haar omgeving er op vertrouwen dat maatwerk wordt geleverd wanneer langdurige zorg en ondersteuning nodig is.

Vooruitlopend op de overheveling van de uitvoering van de AWBZ wil De Friesland de service naar de klant verder vergroten.

We gaan daartoe een virtueel zorgloket inrichten. Hier kunnen klanten terecht voor alle praktische en kwaliteitsinformatie over AWBZ, Wmo en Zvw. Nauwe samenwerking met gemeenten is hierbij van belang. Voor de mogelijkheden van cliëntenadvisering en ondersteuning wordt nauw samengewerkt met het Frieslab. De Friesland helpt klanten hiermee hun weg te vinden binnen de zorg, wonen en welzijn.

De zorg aan mensen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking hoort per definitie in een soort "romp" AWBZ over te blijven. Het gaat hier namelijk om langdurende en onverzekerbare zorg. Een ander, evenzeer belangrijk, principe is het garanderen van kwaliteit van leven. Onze overtuiging is dat kwaliteit van leven in het geval van langdurige zorg mogelijk wordt door een samenspel van participatie, samenhang van zorg, ondersteuning, aanvullende voorzieningen en zelfredzaamheid.

Het is dus zaak om er ook bij de hervormingen van de AWBZ voor te zorgen dat de klant zelf de regie houdt. Deze eigen regie – met begeleiding, werk en/of dagbesteding en in combinatie met kleinschalig wonen – is bijvoorbeeld voor mensen met een beperking erg aantrekkelijk. Het vergroot direct de eigenwaarde en leidt tot nieuwe vormen van zorg die meer tegemoet komen aan hun specifieke wensen. Daarnaast moet langdurende zorg meer in samenhang gebracht worden gebracht met de zorg die in de eerste lijn wordt geleverd. Voor De Friesland in het algemeen en zorginkoop in het bijzonder ligt er de taak om dit alles op geleide van klantwensen tot stand te brengen.

4.9.1. Subdoelen

2010 *Klanten met dementie* verblijven gemiddeld 2,5 jaar in een PG (psycho-geriatrische)-instelling. Door goede mantelzorgondersteuning, toegang tot zorg thuis en het aanbod aan welzijnsactiviteiten (Wmo), wordt de opname uitgesteld en de opnameduur verkort. Wel komt daarvoor (intensieve) thuiszorg in de plaats. De Friesland wil casemanagement in samenwerking met het Netwerk Ketenzorg Dementie Friesland opzetten en uitrollen. Daarbij zijn de taken en verantwoordelijkheden van de dementieketen duidelijk beschreven. Tevens wordt geïnvesteerd in de samenwerking met de gemeentes wat zich vertaalt in actieve participatie van het zorgkantoor in de loketten.

Klanten met CVA: Kwaliteit van zorg verbeteren door verbeterafspraken te maken met verpleeghuizen over wachttijd en ligduur op revalidatieafdelingen van verpleeghuizen.

Somatische revalidatie: Opstellen plan van aanpak in verband met overheveling somatische revalidatiezorg per 2012.
Palliatief terminale klanten extramuraal: Deze klanten hebben nu de keuze om in de thuissituatie te sterven of, als dat niet meer mogelijk is, in een hospice (waarbij het Palliatieve Netwerk Friesland een goede kwaliteit van zorg waarborgt). Veel klanten wensen te sterven in een verzorgingshuis of verpleeghuis in hun eigen dorp of stad. Zorgkantoor Friesland onderzoekt, in samenwerking met het Provinciaal Palliatief Netwerk, hoe de verdeling over de provincie Friesland in de hospices en intramurale zorg ligt en of deze recht doet aan de wensen van de klant.

Jeugdzorg: Verbetering van jeugdzorgketen door uitvoering te geven aan daarvoor opgestelde Intentieverklaring: "Het kind en gezinssysteem in Friesland ontvangen na de eerste melding tijdig de juiste hulp en zorg, waar nodig integraal en met continuïteit in begeleiding en altijd zonder belasting van de klant door het herhaald verstrekken van dezelfde informatie. Alle betrokken partijen zijn gecommiteerd aan het inzetten van het continuüm van hulp en zorg. Het kind en gezinssysteem staan centraal en er wordt toegewerkt naar het zoveel mogelijk weer in eigen kracht en regie zetten van ouders en kind – zelf verder gaan".

Langdurende zorgbehoefte:

- Voor mensen met gedragsmoeilijke problematiek en een matige verstandelijke beperking is het zorgaanbod in kaart gebracht en wordt samen met belangenbehartigers en zorgaanbieders geïnventariseerd waar lacunes in de (vervolg) zorg zitten, waardoor de klant niet altijd een soepele overgang naar vervolgzorg ervaart en onnodig recidiveert;
- Voor de groep klanten met 'niet-aangeboren hersenletsel' (NAH) is een uitbreiding van de behandelherkenning in de provincie gerealiseerd;
- Samen met de klant die langdurende zorg behoeft (denk bijvoorbeeld aan mensen met een blijvende beperking of mensen met een chronische ziekte), wordt geïnventariseerd waar kansen en mogelijkheden liggen om de zelfredzaamheid/eigen regie te versterken in de zorg;
- Voor mensen met verstandelijke beperking wordt een plan opgesteld hoe het kleinschalig wonen kan worden gestimuleerd.

2011 *Klanten met dementie:* Afspraken maken over het uitwisselen van klantinformatie door te participeren in het, binnen de ketenzorg dementie, bestaande registratiesysteem.

Monitoring vindt via het registratiesysteem plaats. Zorgaanbieders maken gebruik van de protocollen zorgpad en verwijzingsprotocol bij de verwijzing en transfer van klanten om de afstemming binnen de keten te optimaliseren. Casemanagement wordt verder geprofessionaliseerd en vormgegeven en we ontwikkelen een instrument voor structurele financiering. In nauwe samenwerking met huisartsenzorg ontplooiën we nieuwe initiatieven in twee regio's. Opzet van juiste begeleiding vanuit professionele zorg voor mantelzorg en vrijwilligers en verdere aanscherping van samenwerking AWBZ en Wmo om klanten zo lang mogelijk in eigen leefomgeving te kunnen laten wonen. De zorgaanbieders sluiten aan bij het vrijwilligers- en mantelzorgbeleid van de gemeenten in Friesland. Juist deze ondersteuning is nodig om intramurale opnames uit te stellen. Verpleeghuizen maken productieafspraken voor intermitterende opnames van dementerende klanten om de mantelzorgers te ontlasten en op adem te laten komen, met als doel om de thuissituatie langer in stand te houden en intramurale opnames uit te stellen.

Klanten met CVA: Verpleeghuizen maken deel uit van een regionale zorgketen CVA en maken geprotocolleerde afspraken over continuïteit en kwaliteit van de zorg. De prestatie indicatoren worden geanalyseerd. Op basis hiervan worden concrete afspraken gemaakt over de doorstroom in de keten met ziekenhuizen en Revalidatie Friesland. Provinciale (verpleeghuis) indicatoren zijn afgestemd met de indicatoren van de ketenpartners voor CVA. Ligduur op de afdeling revalidatie van een verpleeghuis is verkort met 1 procent ten opzichte van 2010.

Somatische revalidatie: Afspraken maken met de drie proeftuinen in Friesland en resultaten volgen. Tevens de betrokken klantgroepen hierbij betrekken.

Palliatief terminale klanten extramuraal: Zorgaanbieders maken deel uit van een regionale zorgketen voor palliatieve zorg en maken geprotocolleerde afspraken over (bij)scholing van personeel en stellen voor klanten en hun naasten een informatiefolder/-pakket beschikbaar. Ook is nazorg voor naasten mogelijk. Daarnaast worden drie pilots gestart met verzorgings- en/of verpleeghuizen om klanten met een ZZPIO op te nemen en te begeleiden in de palliatief terminale fase.

Jeugdzorg: Opzetten van een pilot naar aanleiding van de Vlieland conferenties over jeugdzorg. Binnen de pilot wordt gewerkt aan de volgende vier oplossingsrichtingen wordt gewerkt:



- Verbeteren van het diagnostisch proces, inclusief indicatiestelling;
- Van geschakelde zorg naar zorgprogramma's;
- Komen tot regie (casemanagement) in de zorgverlening;
- Informatie delen met cliënt en ketenpartners.

Langdurende zorgbehoefte:

- Voor mensen met gedragsmoeilijke problematiek en een matige verstandelijke beperking zijn er heldere afstemmingsafspraken gemaakt tussen zorgaanbieders binnen zowel de GZ als de GGZ en is het zorgaanbod geïntensiveerd door passende productieafspraken binnen deze sectoren teneinde de klant het noodzakelijke zorgaanbod te bieden zowel tijdens als na een intramurale opname;
- Voor de groep klanten met 'niet-aangeboren hersenletsel' (NAH) is een uitbreiding van de behandelerkenning in de provincie gerealiseerd, waarbij binnen de extramurale zorginkoop zorgaanbieders worden gestimuleerd om binnen de keten aantoonbare afspraken te maken tussen alle deelnemende zorgaanbieders over terugkeer of vervolg opname na afloop van de behandeling of nazorg;
- Samen met de klant die langdurende zorg behoeft, worden de mogelijkheden geanalyseerd om de zelfredzaamheid/eigen regie te versterken en vertaald naar stimulerende inkoopcriteria voor zowel intra- als extramurale zorg met betrekking tot het thema 'participatie en sociale redzaamheid' en de borging hiervan in het zorg/leefplan;
- Plan van aanpak opstellen om in samenwerking met zorgaanbieders, gemeenten, klantvertegenwoordigers en woningbouwcoöperaties tot afspraken te komen en zodoende de mogelijkheden van kleinschalige wooninitiatieven te bevorderen voor mensen met een verstandelijke beperking, waarbij de provinciale spreiding van belang is om aan de wensen van klanten (en hun naasten) te voldoen namelijk om zoveel mogelijk in de eigen omgeving te blijven.

2012 *Klanten met dementie:* Er zijn heldere afstemmingsafspraken gemaakt binnen de dementieketen (onder andere met casemanager, huisarts, specialist ouderengeneeskunde etcetera). Plan van aanpak opstellen voor E-health en domotica, in samenwerking met gemeenten, woningbouwcoöperaties en hulpmiddelenleveranciers, zodat de klant langer in

de eigen woonomgeving kan blijven en opname in intramurale setting langer wordt uitgesteld.

Evaluatie van de initiatieven met de huisartsen, uitbreiding hiervan naar vijf regio's en onderzoek naar mogelijkheden voor structurele financiering voor casemanagement.

Klanten met CVA: door verbeterde ketenafspraken rondom revalidatie in ziekenhuizen en verpleeghuizen, wordt de ligduur in verpleeghuizen verkort met 3 procent ten opzichte van 2010.

Somatische revalidatie: Implementatie plan van aanpak overheveling en voorbereiden DBC-systematiek.

Palliatief terminale klanten: deze klanten moeten goed geïnformeerd worden door zorgaanbieders over de mogelijkheden met betrekking tot de palliatieve zorg. De palliatieve zorg moet, naast extramuraal thuis of in een hospice, ook aangeboden en ingekocht worden bij verzorgings- en verpleeghuizen. Hier maken wij productieafspraken voor ZZPI0 op basis van kwalitatieve en randvoorwaardelijke eisen.

Jeugd zorg: Het integraal diagnostische proces wordt door alle betrokken zorgaanbieders gehanteerd; geen aanvullende losse diagnostiek. Zorgprogramma's zijn ontwikkeld. Individuele zorgaanbieders van het zorgproces weten welke disciplines dienen te worden geleverd en erkennen de autonomie van de casemanager.

Langdurende zorgbehoefte:

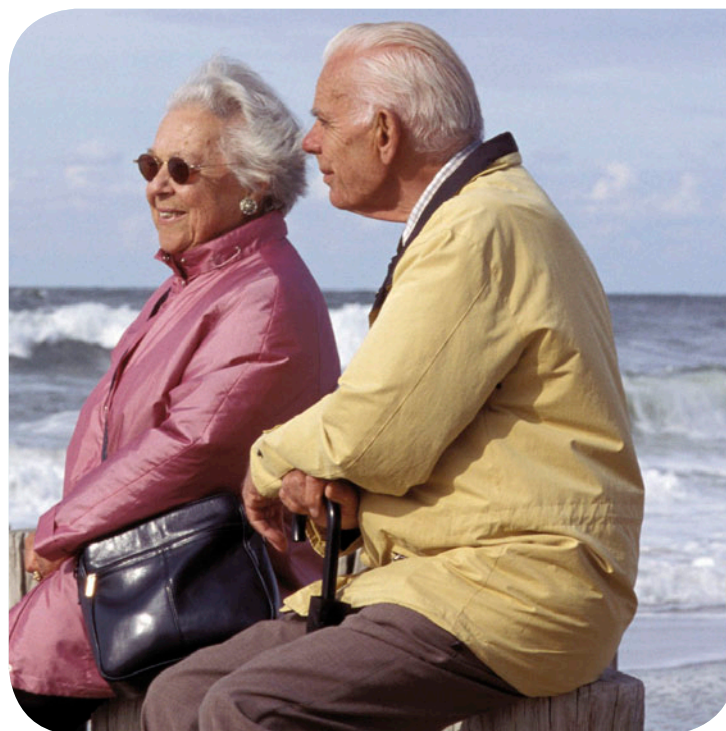
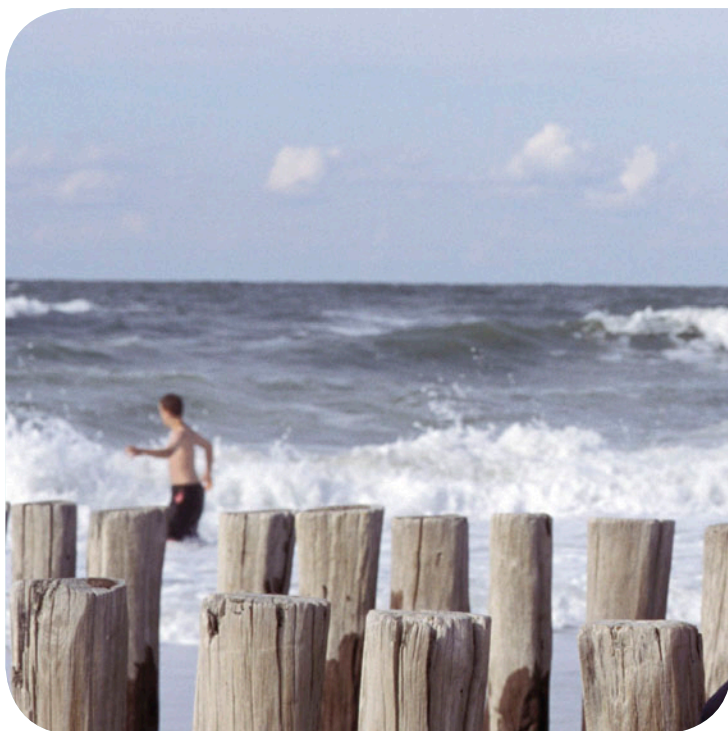
- Voor mensen met gedragsmoeilijke problematiek en een matige verstandelijke beperking: vervolg 2011; verdere implementatie afstemmingsafspraken binnen zowel de GZ als de GGZ en passende productieafspraken binnen deze sectoren;
- Voor de groep klanten met 'niet-aangeboren hersenletsel' (NAH) is door productieafspraken met het accent op de extramurale zorg het behandelaanbod uitgebreid en is de intramurale capaciteit bevroren;
- De klant die langdurende zorg behoeft ervaart de mogelijkheid van het behoud van de zelfredzaamheid/eigen regie waarbij de keuzemogelijkheid tussen hulpverleners vanzelfsprekend is en is vastgelegd in het zorg/leefplan;
- Plan van aanpak uitwerken in samenwerking met zorgaanbieders, gemeenten en woningbouwcoöperaties en zodoende tot afspraken komen in de zorginkoop van kleinschalige wooninitiatieven met voldoende provinciale spreiding.

2013 Resultaten:

- a. De intramurale ligduur voor klanten met dementie is verkort met 3,5 maand;
- b. De financiering voor de casemanagers is structureel ingebed in reguliere zorgfinanciering;
- c. De intramurale ligduur voor CVA-klanten in verpleeghuizen is verkort met 5 procent;
- d. Invoering overheveling somatische revalidatie via DBC--systematiek heeft plaatsgevonden;
- e. De palliatief terminale cliënt is goed geïnformeerd over de verschillende begeleidingsmogelijkheden bij het sterven en heeft de keuze waar en hoe te sterven;
- f. Uniform diagnostisch kader wordt door alle betrokken partijen in de jeugdzorg onderschreven en gehanteerd. Actieve betrokkenheid van casemanagers, die "over de grenzen" van de financieringsvormen de bevoegdheid hebben om zorg te coördineren en in te zetten. Invoering van het EPD/kinddossier, dat toegankelijk is voor alle zorgaanbieders;

g. Langdurende zorgbehoefte:

- Voor mensen met gedragsmoeilijke problematiek en een matige verstandelijke beperking is het zorgaanbod geïntensiveerd door ketensamenwerking met de borginstellingen, waarbij de klant naast passende zorg ook een soepele overgang naar vervolgzorg ervaart;
- Voor de groep klanten met 'niet-aangeboren hersenletsel' (NAH) is het behandelaanbod uitgebreid, waarbij de nadruk ligt op het extramuraal zorg verlenen onder andere door de intramurale capaciteit relatief te laten dalen met 4 procent;
- De klant die langdurende zorg behoeft, wordt gefaciliteerd om zo lang mogelijk de zelfredzaamheid/eigen regie te behouden en ervaart de keuzemogelijkheid van zorgaanbieder;
- Voor mensen met verstandelijke beperking is verspreid over de provincie, waar mogelijk, een kleinschalige woonomgeving gerealiseerd.



5. INTERNETGERELATEERDE POLIS

De Friesland kiest strategisch voor een nieuw innovatief landelijk label. Deze verzekering zal voornamelijk via internet gaan lopen en worden afgestemd op specifieke klantgroepen. Een belangrijke doelstelling voor dit internetlabel is om klanten keuzes te bieden uit een modulair zorg- en dienstenpakket. Voor deze nog nader te bepalen klantgroepen wil De Friesland nieuwe innovatieve zorgconcepten en servicediensten ontwikkelen en beschikbaar stellen.

Zorginkoop speelt in nauwe samenwerking met Marketing/Commercie een belangrijke rol in het ontwikkelen van een (nieuw) zorgaanbod voor deze polis en is ook verantwoordelijk voor het op tijd contracteren ervan. Dat kan De Friesland doen, maar bijvoorbeeld ook Multizorg waar het landelijke inkoop betreft.

De bijdrage van Zorginkoop is op de volgende punten substantieel:

- Er komt meer focus op de verwachtingen en behoeften van de niet-zorgconsumerende klanten;
- Nieuwe en innovatieve zorgconcepten en servicediensten moeten de basis vormen voor de meerwaarde van dit label, zorginkoop heeft hierin een adviserende, coördinerende en consulterende rol;
- Mogelijkheid tot modulaire opbouw van zorgdiensten, keuzevrijheid en samenstellingmogelijkheden op zorgdiensten. Dit is wat anders dan AV-pakketten, het betreft extra diensten;
- De ontwikkelde zorgconcepten en -diensten komen in co-creatie tot stand met aanbieders en worden daar ingekocht, met een landelijke scope;
- De uniciteit van nieuwe zorgconcepten en -diensten dient minimaal één jaar te zijn met bij voorkeur exclusiviteit, bij en door zorgaanbieders.

Voor 2010 en 2011 betekent dit:

- Gerichte selectie van zorgaanbieders en leveranciers ter realisatie van de concepten;
- Strategische partnerships met zorgaanbieders die, ook landelijk, invulling geven aan de nieuwe zorgconcepten en diensten.



6. CONSEQUENTIES VOOR DE ORGANISATIE

Inkopen vanuit het perspectief van de klant als kompas, met de doelstellingen van De Friesland zoals in dit document is uitgewerkt, vereist een krachtige en soms andere houding van de inkooporganisatie richting zorgaanbieders. Namens de klant inkopen betekent; trachten te komen tot een zo groot mogelijke synergie tussen wat zorgaanbieders willen leveren en wat zij willen inkopen. Idealiter spreken wij zorgaanbieders aan op wat zij aan de samenleving bijdragen en wat zij voor onze gezamenlijke klanten kunnen betekenen. Hierbij hoort steeds meer het besef dat dit over meer gaat dan een individuele bijdrage aan het zorgprobleem waar de zorgaanbieder op dat moment mee wordt geconfronteerd. Het gaat ook over de totale zorgkosten die de consequentie kunnen zijn van het al dan niet adequaat handelen van de zorgaanbieder.

Vanuit Zorginkoop kunnen twee perspectieven worden onderscheiden: de zorginkoop voor de reeds geïdentificeerde 'patiënt', als ook de zorginkoop voor de (nog) niet zorgconsumerende klant (werknemer of burger) die door De Friesland (of door een door de Friesland gecontracteerde zorgaanbieder) wordt benaderd in het licht van bijvoorbeeld een Arbeid en Zorg programma voor een collectiviteit. Met name bij de inkoop van zorg voor nog niet zorgconsumerende klanten, gaat gebruik gemaakt worden van de BSR inzichten en technieken. Hiermee kunnen onze producten en diensten veel meer worden afgestemd op behoeften en verwach-

tingen. Dit is iets wat de afgelopen jaren onvoldoende aandacht heeft gekregen binnen De Friesland.

Om deze nieuwe wereld van contacten met klanten en zorgaanbieders te kunnen creëren, moet vanuit Zorginkoop op andere competenties van medewerkers worden gestuurd. Daarbij is de samenwerking met Marketing/Commercie essentieel. Kijkend naar de benodigde veranderingen gericht op gedrag (competenties), moet de volgende beweging van de oude naar de nieuwe wereld tot stand worden gebracht, zie de tabel *Algemene veranderingsdynamiek*.

Een en ander vergt een andere aansturing, werkwijze en indeling van het cluster zorginkoop. In het najaar van 2010 wordt dit nader uitgewerkt. In de eerste helft van 2011 wordt dit geïmplementeerd.

6.1. Interne informatievoorziening

De Friesland heeft dringend behoefte aan interne informatievoorziening ten behoeve van de Zorginkoop. Medewerkers moeten op eenvoudige wijze inzicht krijgen in integrale zorgkosten en de potentie van substitutie. Deze informatie moet voor de verschillende klantgroepen opgevraagd kunnen worden. Doelen stellen heeft geen zin als die doelen niet kunnen worden gemo-

Tabel: Algemene veranderingsdynamiek

Van	Naar	Van	Naar
<i>Doelmatigheid</i>	<i>Doeltreffendheid</i>	<i>Interne focus</i>	<i>Externe oriëntatie</i>
<i>Efficiency</i>	<i>Effectiviteit</i>	<i>Stabiliteit</i>	<i>Flexibiliteit</i>
<i>Centraal</i>	<i>Decentraal</i>	<i>Managen</i>	<i>Ondernemen</i>
<i>Denken of doen</i>	<i>Denken en doen</i>	<i>Strategische planning</i>	<i>Strategisch management</i>
<i>Functioneel</i>	<i>Integraal</i>	<i>Veel coördinatie en afstemming</i>	<i>Minimale coördinatie en afstemming</i>
<i>Of/of denken</i>	<i>En/en denken</i>	<i>Commodities</i>	<i>Specialties</i>

nitord, en als accountmanagers niet ten minste maandelijks kunnen zien hoe de voortgang op de doelen is. Dit betekent dat op korte termijn een Business Intelligence Eenheid wordt opgericht, waardoor informatievoorziening continue beschikbaar komt voor zorginkoop.

6.2. Besturingsmodel

In het strategisch plan van De Friesland is vastgesteld dat de klant centraal moet staan in onze structuur. De klant moet leidend zijn voor ons handelen. Klantgroepen vormen het leidende inrichtingsprincipe binnen De Friesland.

Het klantgericht werken vanuit Zorginkoop vereist zoals gezegd ook een continue samenwerking met Marketing/Commercie. Hiervoor gaan we werken met zogenaamde Resultaat Verantwoordelijke Eenheden, waarin verschillende disciplines uit zowel Zorginkoop als Marketing zijn vertegenwoordigd. Het succes van

deze interne samenwerking zal onder andere blijken uit de mate waarin Zorginkoop loskomt van het huidige denken in verstrekkingen. Het doel is om meer te denken en handelen in klantgroepen. De verstrekkingen zijn uiteindelijk ter ondersteuning van de klantgroepen. We gaan van een leidende structuur gebaseerd op het wettelijke kader (de verstrekkingen) een beweging maken naar een leidende structuur op geleide van de klant (doelgroepmanagement). In onze front office naar klanten toe wordt de 'geïntegreerde zorg in de eigen omgeving' leidend. De verstrekkingen worden in de back office geplaatst. In de back office staan de zorgconsumerenden centraal en in de front office zorgconsumerende en niet-zorgconsumerenden. In de front office worden ook de meerwaardeconcepten ontwikkeld.

Om beter te gaan communiceren met zorgaanbieders, kunnen inzichten en technieken uit het BSR-model ook worden toegepast op onszelf en onze relatie met de zorgaanbieders.



7. DUURZAAMHEID

Duurzaamheid of maatschappelijk verantwoord ondernemen (MVO) is voor De Friesland een belangrijk thema. Daarbij gaat het niet alleen om zaken als zuinig omgaan met energie, bewust afvalbeleid of het streven naar een papierloze organisatie. Het is bovendien een kwestie van goed werkgeverschap. Het is investeren in goede arbeidsomstandigheden. Dus niet alleen zorgen voor goede arbeidsvoorwaarden, maar vooral ook de arbeidsomstandigheden zelf; veiligheid en mobiliteit voor personeel én betrokkenheid.

Anders dan in veel andere sectoren van de economie, staat maatschappelijk verantwoord ondernemen binnen de zorg nog in de kinderschoenen. De Friesland wil hierin een nadrukkelijke rol spelen. We willen vanuit onze rol als zorginkoper het onderwerp beter en breder op de agenda krijgen bij de zorgaanbieders. De Friesland trekt daarin op met MVO Nederland, die in tal van sectoren bijdraagt aan het vormgeven en invullen van goed MVO-beleid.

Juist in de zorg, waar het werk vaak fysiek en psychisch zwaar is, is goede begeleiding van personeel en het creëren van veilige werkomstandigheden van het grootste belang. Zeker met het oog op de toekomst, waarin de arbeidsmarkt verder onder druk komt te staan, loont het om zuinig en bewust om te gaan met personeel. De Friesland zal dit tot gespreksonderwerp maken bij inkoopgesprekken met die zorgsectoren, waarvan bekend is dat het werk extra zwaar is.

Veiligheid met betrekking tot patiënten en hun behandeling of verzorging is voor De Friesland al een belangrijk onderwerp waar het kwaliteit van zorg betreft, maar veiligheid voor het personeel hoort daar eveneens bij. De Friesland stimuleert de ontwikkeling van een kenniscentrum waar organisaties op het vlak van goed werkgeverschap van elkaar kunnen leren, kennis kunnen bundelen en ideeën kunnen opdoen voor verbetering.

Een ander onderdeel van goed werkgeverschap is good governance, en ook het respectvol benaderen van patiënten en van personeel. Hoe ga je om met ethische kwesties over wilsonbewaamheid of het wel of niet starten van een bepaalde behandeling? Of waar koop je als zorgaanbieder je medicijnen in? Is dat bij een fabrikant die maatschappelijk verantwoord werkt of juist niet.

Allemaal keuzes die behoren tot MVO. Transparantie en openheid is daarbij cruciaal en een onderdeel van kwaliteit.

Naast het investeren in mensen, kan er ook veel worden bereikt door bewust om te gaan met energie en afval. Daarover wil De Friesland ook afspraken maken met instellingen, over wat zij kunnen doen om zo energiezuinig mogelijk te werken. Door bewust te kijken naar de keuze van nieuwe apparatuur, verlichting of verwarming. Streven naar een papierloze organisatie en recycling van bijvoorbeeld incontinentiemateriaal binnen de ouderenzorg kan een belangrijke bijdrage leveren aan een gezonder milieu.

MVO uit zich ook in betrokkenheid bij de samenleving, bij goede doelen. De Friesland doet dat door nadrukkelijk te kiezen voor een maatschappelijke rol op de terreinen 'preventie en gezondheid' en 'wonen en leefbaarheid'. Hierin wil de Friesland niet solistisch optreden, maar graag samenwerken met andere partijen.

Sponsorgelden van De Friesland zijn dan ook vooral bestemd voor projecten die direct te maken hebben met preventie en leefbaarheid. Daarnaast wordt binnen De Friesland gewerkt aan een vrijwilligersproject om medewerkers een aantal uren per maand binnen bijvoorbeeld hospices, gehandicaptenzorg, GGZ of 'goede doelen projecten' te laten werken. De werkgever stelt hiervoor de middelen en mogelijkheden beschikbaar.

Zo kun je als werkgever op allerlei manieren betrokkenheid met mensen, milieu en samenleving tonen. Het levert ook veel op, zoals kennis en ervaring direct in de zorg, goodwill en een schonere organisatie. Dat laatste is lang niet altijd duurder. Wel gaat het vaak om investeringen die pas op langere termijn rendement opleveren. MVO-beleid is dan ook niet iets voor de korte termijn. Het is bewust investeren in mensen en een beter milieu.

De Friesland maakt MVO-beleid tot onderwerp van inkoopgesprekken. Ze wil organisaties bewust maken van hun rol en mogelijkheden om maatschappelijk verantwoord te ondernemen. Met partijen die graag een strategische samenwerking met De Friesland willen, zal MVO een belangrijk onderwerp op de agenda zijn. Idealiter zullen de partijen in de partnership daarbij gezamenlijk beleid ontwikkelen en kijken welke stappen ze kunnen zetten.

BIJLAGEN

Bijlage 1. Good Governance

Good governance richt zich op goed bestuur, toezicht en verantwoording. Daartoe behoort ook dat bestuurders en toezichthouders in de zorg verantwoordelijkheid nemen voor de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening in de zorginstellingen. Bovendien dienen zij hierover en over hun bedrijfsvoering in algemene zin transparant te zijn. De Friesland hecht aan goed bestuur, goed toezicht, verantwoording en transparantie en wil dat stimuleren. Vandaar dat wij het belangrijk vinden dat zorginstellingen de Zorgbrede Governancecode onderschrijven. Ook vinden wij het van belang dat de zorgaanbieder zorgt voor een goed werkklimaat voor zijn personeel. Good governance mag dan in eerste instantie betrekking hebben op zorginstellingen, maar is in afgeleide zin ook relevant voor individuele beroepsbeoefenaren in de zorg. Goed functioneren en zich integer gedragen wordt van elke zorgaanbieder verwacht. Elke zorgaanbieder die in gebreke blijft in de zin dat er sprake is van disfunctioneren of fraude, wordt dan ook niet (meer) gecontracteerd of alleen in zeer uitzonderlijke gevallen en onder strikte voorwaarden.

Bijlage 2: Ketenzorg

Ketenzorg moet uiteindelijk leiden tot:

- Betere afstemming op de klantvraag (maatwerk);
- Kwaliteitsverbetering, doelmatigheidsverbetering en betaalbaarheid van zorg;
- Betere coördinatie van zorg doordat verschillende zorgverleners goed samenwerken en zorg goed afstemmen rondom de klant (onder andere snellere in- en doorstroom).

Er gelden een aantal belangrijke voorwaarden voor de inkoop van ketenzorg voor chronische ziekten:

- Er is sprake van een geïntegreerd zorgaanbod van preventie, cure en care is rondom de klant georganiseerd. Het zorgaanbod is afgestemd op de klantvraag en de klant is actief betrokken bij de zorg;
- Multidisciplinariteit, coördinatie, afstemming en samenwerking tussen de verschillende betrokken disciplines zijn vereist. Er is sprake van een heldere taak- en verantwoordelijkheidsverdeling. Zie hiervoor ook de Handreiking verantwoordelijkheidsver-

deling bij samenwerking in de zorg;

- De zorg dient te voldoen aan de meest recente zorgstandaarden en omvat geprotocolleerde zorg met aandacht voor co- en multimorbiditeit. De zorg wordt zoveel mogelijk conform de zorgstandaarden en richtlijnen geleverd. Daardoor wordt zoveel mogelijk uniformiteit in kwaliteit van zorg gerealiseerd, zodat de te leveren zorg niet regio-afhankelijk is;
- Er wordt voldaan aan de landelijk gestelde prestatie-indicatoren (pi's, uitkomst-, proces- en structuurindicatoren) en minimale data set (MDS) van Zichtbare Zorg en van ZN. De pi's dienen op aanbiedersniveau (publiek) toegankelijk en inzichtelijk te worden gemaakt, conform de eisen van Zichtbare Zorg of de NZa;
- De kwaliteit van het zorgaanbod en de kosten worden inzichtelijk gemaakt, ofwel transparantie in het zorgaanbod en dubbele bekostiging moet worden voorkomen;
- Er is een duidelijke businesscase dat de integrale keten door vermindering van de zorgkosten in de tweede lijn rendeert;
- Er wordt aandacht besteed aan zelfmanagement, eigen verantwoordelijkheid, en er is aandacht voor bewegen en eventuele aandoeningsgerelateerde psychosociale problematiek;
- Er is sprake van adequate informatieoverdracht; het EPD speelt een belangrijke rol om te komen tot multidisciplinaire samenwerking van het zorgveld waarbij de burger ook inzage krijgt. Gebruik van een keteninformatiesysteem wordt sterk geprefereerd;
- Er is sprake van een helder en eenduidig aanspreekpunt voor de klant; duidelijk is wie inhoudelijk (eind)verantwoordelijk is en wie de zorgverlening coördineert;
- De zorg vindt zoveel mogelijk plaats in de eerste lijn (daar waar het kan en daar waar het moet in de tweede lijn).

Bijlage 3. Gezamenlijke inkoop

Om de doelstellingen en meerwaarde voor de klanten van De Friesland te realiseren, wordt gezamenlijk met andere zorgverzekeraars ingekocht of wordt de zorginkoop (deels) uitbesteed.

Binnen de inkoopcombinatie Multizorg-VRZ (MZ-VRZ) wordt gezamenlijk ingekocht. Kwaliteit van zorg is een belangrijk onderwerp bij de gezamenlijke inkoop. Jaarlijks wordt in een jaarplan

vastgelegd op welke terreinen gezamenlijk wordt ingekocht en wat de uitgangspunten daarbij zijn.

Redenen voor gezamenlijke zorginkoop

Inkoopsamenwerking kan nodig zijn als:

- ♦ Het leidt tot kortingen en betere inkoopvoorwaarden (bijvoorbeeld door het bundelen van volume), het gaat hierbij dus zowel om doelmatigheid als goede kwaliteit van zorg;
- ♦ Het leidt tot verminderen van transactiekosten en risico's;
- ♦ Er sprake is van het delen van middelen en de mogelijkheid tot specialisatie;
- ♦ Er sprake is van het delen van informatie, kennis en ervaring;
- ♦ Samen inkopen de basis is voor samenwerking op andere terreinen;
- ♦ Samen inkopen in lijn is met andere samenwerkingsactiviteiten.

Er zijn diverse vormen van samenwerking te bedenken, bijvoorbeeld:

- ♦ Het aanhaken bij het contract van een andere organisatie (volgen)
- ♦ Het uitbesteden aan één van de leden van een samenwerkingsverband
- ♦ Of het gezamenlijk komen tot een inkoopbeleid.

Samenwerking op zorginkoop hangt af van het zorgtype c.q. de zorgmarkt en dient dus per segment te worden beoordeeld. Maar het is tevens afhankelijk van de activiteiten van De Friesland op de (zorg)verzekeringsmarkt en de daarbij behorende geografische gebieden. In 2010 zal de definitieve strategie met betrekking tot deze gezamenlijke zorginkoop worden ingevuld.

