

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
www.rijksoverheid.nl

**Kenmerk**  
110702-102148-CZ

**Bijlage(n)**  
1

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de  
datum en het kenmerk van  
deze brief.*

Datum 23 april 2013  
Betreft Proeftuinen en pilots 'betere zorg met minder kosten'

Geachte voorzitter,

In verschillende debatten met uw Kamer is aan de orde gekomen dat in het veld initiatieven ontstaan om zorg en ondersteuning in de buurt vorm te geven en daarmee de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de kosten te verlagen. Binnen de initiatieven wordt fors ingezet op het voorkomen van onnodig dure zorg (substitutie) en het realiseren van een samenhangend aanbod van zorg, ondersteuning en welzijn op lokaal niveau. Ook op het terrein van de medisch specialistische zorg en bijvoorbeeld diagnostiek wordt onderzocht hoe doelstellingen op het gebied van kwaliteit van zorg en gezondheidsuitkomsten gecombineerd kunnen worden met financiële doelstellingen.

Ik ben erg verheugd te kunnen constateren dat op veel plaatsen mensen dit soort veranderingen in gang zetten en bereid zijn voor de troepen uit te lopen. Ik vind dat dit innovatieve klimaat in het veld moet worden ondersteund en zal daarom een aantal van deze initiatieven actief gaan volgen en ondersteuning bieden. Op die manier wil ik meer inzicht krijgen in de belemmeringen waar partijen tegen aan lopen en de succes- en faalfactoren daarbij. De bevindingen uit de initiatieven bieden aanknopingspunten voor verder beleid. In deze brief licht ik dat voornemen toe.

Met deze brief geef ik tevens uitvoering aan de motie Van der Veen en aantal toezeggingen<sup>1</sup>. Voor de zomer kom ik met een algemene brief over uitkomstbekostiging naar aanleiding van motie Smilde, uit de begrotingsbehandeling, en met een vervolg op het in het najaar 2012 aan de Kamer aangeboden iBMG-rapport.

---

<sup>1</sup> Motie Van der Veen, uit het AO Zorglandschap TK 2011-2012 36 620, nr.50; Toezeggingen uit het AO Zorglandschap TK 2011-2012 32620 nr.56; Toezegging uit het plenair debat verloskunde, handelingen II, TK 2011-2012 nr. 86; Toezegging uit begrotingsbehandeling VWS 4,5 en 6 december 2012; Toezegging uit het AO arbeidsmarktbeleid TK 29282 120; Toezegging AO Ziekenhuisbekostiging TK 2011-2012 28248 nr. 224.

## **Achtergrond en doelstelling**

De kwaliteit en toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg is goed, de betaalbaarheid ervan staat echter onder druk. Als we de toegankelijkheid en de kwaliteit willen behouden én verder verbeteren is het nodig te komen tot verandering.

**Kenmerk**  
110702-102148-CZ

Uitgangspunt daarbij moet zijn dat mensen zolang mogelijk zelfredzaam blijven en de regie over hun leven houden. Professionele zorg wordt geboden voor zover de burger en zijn sociale omgeving hierin niet kan voorzien. Deze dient zo laag mogelijk in de keten te worden georganiseerd. Een gezondheidsprobleem zal in eerste instantie in de generalistische basiszorg behandeld worden. Pas wanneer dat niet kan, wordt doorverwezen naar medisch specialistische zorg. De as van de zorgketen start met zelfmanagement en eindigt met gespecialiseerde medisch specialistische zorg. Er wordt getracht een verschuiving te realiseren van professionele naar zelf- en mantelzorg en van specialistische naar minder complexe zorg. De inzet is daarom primair gericht op het voorkomen dat mensen gebruik moeten maken van meer gespecialiseerde dure zorg en op het actief verplaatsen van zorg van de tweede naar de eerste lijn, dan wel van de eerste lijn naar zelfmanagement.

Dit vereist een sterkere focus op het bevorderen van eigen regie, zelfredzaamheid, op preventieve zorg en op integrale en gepaste zorgverlening. De huidige zorg voldoet hier vaak nog onvoldoende aan. De zorgverlening is nog te vaak gefragmenteerd en met name chronisch zieken en ouderen hebben te maken met verschillende professionals die elk voor een onderdeel(tje) van de zorg verantwoordelijk zijn. Niemand is verantwoordelijk voor het geheel. Zorgverlening die is gericht op het zo lang mogelijk gezond en zelfredzaam houden van mensen vergt coördinatie, communicatie, regievoering en mogelijk zelfs gedeelde verantwoordelijkheid. De groeiende zorgvraag vereist meer samenwerking tussen de klassieke domeinen: preventie, zorg en welzijn.

Er zijn diverse oorzaken dat dit niet vanzelfsprekend tot stand komt. Verschillen in bekostigingssystemen, gebrek aan transparantie, verschillen in opleidingen en cultuur en gebrekkige informatie-uitwisseling zijn belangrijke elementen. In de genoemde initiatieven zijn dit veelal de zaken waarmee partijen gezamenlijk aan de slag gaan. Dit zal niet zonder slag of stoot gaan en overall tot een succes worden gebracht. Om meer inzicht te krijgen in de belemmeringen waar partijen tegen aan lopen en de succes- en faalfactoren daarbij wil ik een aantal van deze initiatieven expliciet volgen. De bevindingen uit de initiatieven bieden aanknopingspunten voor verder beleid. De kennis en ervaring die binnen de initiatieven worden opgedaan kunnen daarnaast bij goede resultaten uiteraard van grote waarde zijn voor andere regio's in het land.

## **Inventarisatie van pilots en proeftuinen**

Er op diverse plekken in het land interessante initiatieven gestart. Aangezien ik niet alle initiatieven kan volgen heb ik zorgverzekeraars gevraagd een selectie voor te dragen. Daarnaast is separaat met een aantal andere innovatoren gesprekken gevoerd. Hieruit kwam een divers beeld naar voren: enerzijds is sprake van pilots die zich richten op een specifiek thema, anderzijds zijn er regionale proeftuinen waarin verzekeraars en aanbieders van zorg gezamenlijk via gezondheidsmanagement van een populatie proberen de stijging van de kosten af te remmen en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Bij deze initiatieven zijn ook vaak patientorganisaties en/of gemeenten betrokken.

Het gemeenschappelijke kenmerk van vrijwel alle *regio-initiatieven* is dat ze gericht zijn op het geven van een nadere invulling van zorg en ondersteuning in de buurt. Afhankelijk van de zorgvraag in de diverse regio's en de belangstelling van de zorgaanbieders en de verzekeraars, liggen de accenten op verschillende terreinen. Er wordt overal fors ingezet op substitutie van zorg binnen de curatieve zorg, maar ook op substitutie van de curatieve zorg naar bijvoorbeeld zelfzorg of welzijn/maatschappelijke ondersteuning. Veel initiatieven zetten daarnaast in op taakherschikking, e-health, diagnostiek en farmacie. Ook onderwerpen als integratie SEH-HAP, geboorte zorg, actieve opsporing van kwetsbare ouderen en de verschuiving van intra- naar extramurale AWBZ zorg worden ingezet om de kwaliteitsverbetering en kostenbesparing te realiseren.

**Kenmerk**  
110702-102148-CZ

Partijen kiezen er voor dit niet alleen vanuit hun eigen perspectief te doen, maar zijn bereid hierbij over de grenzen van hun eigen domein afspraken te maken. De bekostigingsafspraken die met verzekeraars worden gemaakt sluiten aan op de beoogde doelen. De aanbieders van zorg worden gezamenlijk financieel geprikkeld om goede zorgresultaten te bereiken, de betreffende groep mensen zo gezond mogelijk te houden en gelijktijdig de kosten te beheersen. Hiertoe worden bijvoorbeeld prestatieopslagen afgesproken die worden toegekend als bepaalde doelen (kwaliteit en/of besparingen) worden gehaald.

Sommige initiatieven willen ook afspraken maken over de verdeling van middelen, als er sprake is van een besparing (*shared savings*). Shared savings is een vorm van uitkomstbekostiging waarbij, als de financiële en kwalitatieve doelstellingen worden gehaald, de aanbieders achteraf worden beloond voor de behaalde resultaten. De prikkel bestaat er voor de zorgverlener uit dat hij/zij per verzekerde kan bepalen wat goede zorg is; de één meer en de ander minder, zonder dat dat eendimensionaal van invloed is op zijn of haar omzet. Minder behandelen kan dus een positieve prikkel geven.

Shared savings is dus een vorm van uitkomstbekostiging voor integrale zorg. Het kan er voor zorgen dat verschillende soorten aanbieders zich sneller (want financieel interessant) gezamenlijk achter eenzelfde (gezondheids)doel scharen. Dit kan zorgen voor meer zorg in de buurt, ontzorgen en integrale zorgverlening. Shared saving is op deze wijze vooral een instrument om imperfecties in bestaande bekostigingsmodellen (verschillende bekostigingsmodellen die gericht zijn op productie of juist op afwenteling waardoor substitutie en samenwerking niet wordt beloond) te corrigeren door de gezamenlijke uitkomsten te belonen. Het werken met shared savings kent ook een risico: als aanbieders te veel zijn gericht op het behalen van financiële doelstellingen kan het leiden tot verschraling van zorg. Dit is een aspect dat ik nauwlettend in de gaten wil houden.

Ik vind het van groot belang op te merken dat de uitgangspunten van het stelsel bij de regio-initiatieven niet in het gedrang mogen komen. Ik denk dan aan een vermindering van de keuzevrijheid patiënt, het bemoeilijken van de toetreding van nieuwe aanbieders, monopolievorming etc. De initiatieven moeten zich houden aan de regelgeving rondom mededinging. Verder kan ook geen sprake zijn van uitbreidingen van het verzekerd pakket en van verruiming van indicatiecriteria ten laste van de collectieve middelen. Eventuele extra zorg kan wel uit de shared savings gefinancierd worden.

Wat betreft de *pilots* die zich meer richten op een specifiek thema, de meerwaarde van het actief volgen van déze innovaties is dat ze inzicht kunnen geven in wat wel en wat niet werkt en bij goed resultaat als best practice voor anderen kunnen fungeren. Ook hier staan de zelfde vragen voor mij centraal; leiden deze innovaties tot meer gezondheid, betere kwaliteit en minder kosten.

**Kenmerk**  
110702-102148-CZ

De thema's lopen in hun aard zeer uiteen en variëren van technische innovaties tot alternatieve vormen van bekostiging. Ook bij de pilots vind ik het van belang dat de uitgangspunten van het stelsel gerespecteerd blijven en dat pakketverbreding niet aan de orde is.

Zoals ik eerder al opmerkte lopen er veel interessante initiatieven in het land waarvan de lessen wellicht generaliseerbaar zijn naar andere regio's of vertaald kunnen worden naar landelijk beleid. Ik ben me er dan ook zeer wel van bewust dat er meer initiatieven zijn dan die die de verzekeraars mij hebben aangedragen. Het is voor mij echter onmogelijk om alle initiatieven te volgen. Na gesprekken met de verschillende betrokkenen heb ik besloten de volgende initiatieven te volgen:

A. Regionale proeftuinen

1. 'Slimmer met Zorg', Eindhoven
2. 'Blauwe zorg', Maastricht Heuvelland
3. 'Mijn zorg', Parkstad
4. 'Samen sterker in zorg', Alkmaar
5. 'Friesland Voorop', Friesland
6. 'Regioplan Goed leven', Zeeuws Vlaanderen
7. Proeftuin populatiemanagement, Arnhem
8. 'Populatiegerichte eerstelijnsvoorziening', Leiden
9. 'Vitaal Vechtdal', Hardenberg

B. Pilots

1. Een proef met substitutie in 14 huisartsen praktijken (Parkstad);
2. 'Betalen voor zinnige zorg' in AMC: onderzoek of door een andere manier van werken en bekostigen de kwaliteit van zorg kan toenemen en onnodige zorg kan worden voorkomen;
3. Het oprichten van een onafhankelijk Diagnose Informatie en Preventie Centrum (Woerden);
4. De inzet van een gezamenlijk budget van verzekeraar en gemeente op een aantal trajecten in de reeds succesvolle aanpak te Utrecht Overvecht;
5. De inzet van een specialist ouderengeneeskunde in de huisartsenpraktijk (Velp);
6. De inzet van een klinisch farmacoloog in de huisartsenpraktijk (o.a. in Utrecht).

Voor een korte omschrijving van de initiatieven verwijs ik u naar de bijlage.

**Ondersteuning van de proeftuinen en pilots**

Om te kunnen leren van de verschillende proeftuinen en pilots ben ik voornemens de initiatieven als volgt te volgen en te ondersteunen:

*Proeftuinen:*

De proeftuinen zijn zelf verantwoordelijk voor hun eigen onderzoek naar uitkomsten en effecten. Om de verschillende proeftuinen enigszins te kunnen

vergelijken en consequenties te kunnen trekken voor het landelijk beleid zal ik daar 'bovenop' een landelijke monitor instellen.

**Kenmerk**  
110702-102148-CZ

Deze landelijke monitor zal bestaan uit een proces- en een uitkomstmonitor. In de procesmonitor wordt op basis van interviews, gegevens beschikbaar bij de initiatieven zelf en openbare documenten onder andere beschreven hoe de samenwerking, afspraken en besluitvormingsprocessen verlopen, voor welke alternatieve bekostigingsvorm is gekozen, welke interventies worden gepleegd en welke oplossingen de proeftuinen hebben gevonden voor de uitdagingen gedurende het proces. Op deze manier ontstaat inzicht in succes- en faalfactoren voor het realiseren van zorg en ondersteuning in de buurt.

In de uitkomstmonitor worden de effecten beschreven op de doelstellingen; verbeteren van kwaliteit van zorg voor het individu, verbeteren van de gezondheid van de groep en de verlaging van de kosten. Op het gebied van kosten kan men denken aan de kosten in de eerste en tweede lijn, de vervolgcosten na de huisarts (diagnostiek, medicatie, paramedisch, etc). Op het gebied van gezondheid kan gedacht worden aan het voorkomen van depressie in de populatie, overgewicht en de ervaren gezondheid. Kwaliteit is lastiger te meten, maar cliënttevredenheid is in ieder geval een aspect dat hierbij betrokken dient te worden.

Om de administratieve belasting van de proeftuinen niet te verzwaren wordt zoveel als mogelijk aangesloten bij de evaluaties die de proeftuinen zelf al door universiteiten of kennisinstituten laten uitvoeren.

Een deel van de ingediende proeftuinen bevindt zich nog in de ontwerpfase, dat betekent dat de plannen nog niet volledig zijn uitgewerkt en dat uitwerking nog de nodige tijd vergt. Tevens is duidelijk dat een aantal proeftuinen incrementeel van start gaan en dat de uitvoering stapsgewijs wordt opgepakt. Om deze reden zal het eerste jaar (2013) in het teken staan van een nulmeting van de proces- en uitkomstmonitor. De uitvoering van de proeftuinen en het meten van de resultaten gebeurt in 2014-2016. De eindmeting vindt plaats in 2017.

Naast deze monitor zal een begeleidingsgroep worden ingesteld. Hierdoor beschikken de proeftuinen over een platform om tal van onderwerpen, waaronder eventuele belemmeringen, gezamenlijk te bespreken. De initiatieven hebben ook aangegeven graag van elkaar te leren en verwachten tegen een aantal dezelfde zaken aan te lopen. Een gezamenlijk platform biedt een mogelijkheid hierin te voorzien. Naast de verschillende proeftuinen zullen ook het ministerie, de Nederlandse Zorgautoriteit, de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en het CVZ deelnemen. De ACM heeft zich bereid verklaard om bij mogelijke mededingingstechnische problemen vooraf een voorlopige zienswijze te willen afgeven. Hieraan kunnen uiteraard geen rechten worden ontleend.

#### *Pilots*

In tegenstelling tot de proeftuinen heeft het volgen en ondersteunen van de pilots een meer individueel karakter. Dit vanwege het meer diverse karakter van de pilots. Een gezamenlijk platform ligt dan ook minder voor de hand. Dit neemt niet weg dat ik ook de pilots zal ondersteunen in die zin dat wanneer zij tegen belemmeringen aanlopen, ik bereid ben te kijken of er een oplossing voor deze belemmeringen kan worden bedacht. Ik zal hen daar waar nodig in contact brengen met specialisten bij NZA, ACM en CVZ.

Ook de pilots zijn zelf verantwoordelijk voor het monitoren van de effecten. Ik zal

hierin wel meekijken of de monitor de juiste elementen bevat om uiteindelijk een uitspraak te kunnen doen over de betekenis van de pilot voor het landelijke niveau.

**Kenmerk**  
110702-102148-CZ

De proeftuinen en pilots worden in principe voor 3 jaar benoemd (exclusief het opstartjaar 2013). Verlenging is mogelijk indien er uitzicht is op het behalen van de beoogde resultaten. Ervaring met de NZa beleidsregel innovatie en ervaringen uit het buitenland leren dat dit soort trajecten veelal pas na 5 jaar echte resultaten laten zien.

### **Beleidsregel innovatie NZa**

Voor de bekostiging van de diverse activiteiten lijkt de beleidsregel innovatie van de NZa vooralsnog voldoende ruimte te bieden. De beleidsregel is per 1 november 2012 zowel inhoudelijk als procesmatig aangepast.

De reikwijdte van de beleidsregel is verruimd doordat er twee categorieën aan toe zijn gevoegd. In het verleden kwamen alleen innovatieve zorgprestaties die gericht waren op nieuwe of vernieuwde zorglevering met een betere prijs/kwaliteitsverhouding in aanmerking. Per november 2012 komen ook experimenten in aanmerking die gericht zijn op een efficiënte zorgorganisatie waaronder mede begrepen substitutie van tweedelijns gezondheidszorg naar eerstelijns gezondheidszorg en experimenten die gericht zijn op verbetering van kwaliteit van zorg voor de patiënt.

Daarnaast is de rol van de NZa veranderd. Dit betekent onder meer dat de NZa bij een experimentaanvraag intensiever zal sturen op een degelijke experimentopzet waardoor goed gemeten kan worden wat de resultaten zijn van het experiment. Dit laat onverlet dat partijen zelf verantwoordelijk zijn en blijven voor de opzet van het experiment. De NZa zal hierbij wel met partijen mee denken.

De consequentie van deze wijziging is dat de initiatieven geen experimenteerstatus in het kader van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) nodig hebben om verder tot wasdom te komen.

### **Tot slot**

Het is belangrijk te realiseren dat veel van bovengenoemde initiatieven meerjarige trajecten zijn en dat het dus enige jaren zal duren voordat de eerste resultaten zichtbaar zijn. Voor sommige pilots zijn de resultaten wellicht eerder te verwachten. Ik zal u middels periodieke voortgangsrapportages informeren. Daarin zal ik relevante uitkomsten, voor zover aanwezig, melden en tevens verslag doen van andere ontwikkelingen in en rond de initiatieven. Ook de uitkomsten van de procesmonitor zal ik u doen toekomen.

Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Hoogachtend,  
de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers