

Doorbraakprogramma anderhalve lijn

Naar een geïntegreerde gezondheidszorg in de regio Rivierenland



Versie 1.0

Tiel, 31 oktober 2012
Initiatiefgroep anderhalve lijnszorg

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	4
2	HOE FUNCTIONEERT DE ZORG IN DE REGIO TIEL OVER VIJF JAAR?	6
2.1	Uitgangspunten	6
2.2	Het basisidee	7
2.3	Hoe ziet de businesscase eruit?	8
2.4	What's in it for me?	10
3	WAT ZIJN DE KRITISCHE SUCCESFACTOREN EN HOE BORGEN WE DIE?	11
3.1	Deelname huisartsen en medisch specialisten op vrijwillige basis	11
3.2	Slimme door aangesloten artsen ontwikkelde zorgprogramma's	12
3.3	Juiste populatiegebonden gezondheidsindicatoren	13
3.4	Meerjarenafspraken met zorgverzekeraar	13
3.5	Juiste financiële prikkels	13
3.6	Inzicht over zorggebruik per professional	13
3.7	ICT netwerk	13
4	WAT WILLEN WE WANNEER GEREALISEERD HEBBEN?	14
4.1	Bereikt resultaat eind 2012	14
4.2	Bereikt resultaat eind 2013	14
4.3	Bereikt resultaat eind 2014	15
4.4	Verdere uitbouw na 2014	15
5	WELKE PROJECTEN WILLEN WE DAARVOOR UITVOEREN?	16
	Vier stromen	16
5.1	Stroom 1: uitbreiden (be)handel mogelijkheden huisarts	17
5.1.1	Quick win project 1: directe toegang huisarts tot diagnostiek ziekenhuis	18
5.1.2	Project 2: huisarts als hoofdbehandelaar binnen ziekenhuissysteem	18
5.1.3	Project 3: Joint venture laboratorium	19
5.2	Stroom 2: Integratie eerste/tweede lijn behandeling van de chronische zorg	20
5.2.1	Project 1: geïntegreerd zorgprogramma COPD patiënt	21
5.2.2	Project 2: geïntegreerd zorgprogramma diabetes patiënt	21
5.2.3	Project 3: geïntegreerd zorgprogramma VRM patiënt	22
5.3	Stroom 3: Integratie van de totale zorg per specialisme	23
5.3.1	Quick win project 1: snel consulteren	24
5.3.2	Project 2: geïntegreerde kindergeneeskundige zorg	24

5.3.3	Project 3: geïntegreerde gynaecologische zorg	25
5.3.4	Project 4: geïntegreerde zorg	25
5.4	Stroom 4: het realiseren van de vereiste randvoorwaarden	26
5.4.1	Project 1: toegang huisarts tot patiëntgegevens via huisartsenportaal	26
5.4.2	Project 2: naar één geïntegreerd patiëntendossier	27
5.4.3	Project 3: uitwerken alternatieve bekostigingssystematiek	27
5.4.4	Project 4: monitoren gezondheidswinst en ombuiging kostenontwikkeling	28
5.4.5	Project 5: Continu leren van eigen ervaringen en van anderen?	29
5.4.6	Project 6: Opbouwen nieuw bedrijfssysteem	30
6	HOE STUREN WE DIT ALLES IN DE PROGRAMMAFASE AAN?	31
6.1	Onderscheid in drie organisatielagen	31
6.2	De sturing van een samenhangend programma van projecten	31
6.3	Een stuurgroep met mandaat	32
6.4	Een klankbordgroep met een vertegenwoordiging van stakeholders	33
6.5	Een adviesraad met deskundigen	33
6.6	Geïntegreerde medische staven per zorgprogramma	33
6.7	Een programmaleider en een programmabureau	34
7	PROGRAMMABEGROTING	35
8	HOE VERDER VANAF NU?	36

1 INLEIDING

Er is momenteel sprake van een sterk verander(en)d zorglandschap dat heeft geleid tot een verander(en)d urgentie-besef om te komen tot nieuwe vormen van samenwerking in de zorg. Demografische ontwikkelingen, t.w. vergrijzing en ontgroening van zowel de bevolking als de professionals, en in samenhang daarmee de noodzaak de kostenontwikkelingen in de hand te houden, staan daarin centraal. De toenemende vraag naar schaarser wordende zorg zal onder meer moeten worden gepareerd door preventie enerzijds en door de zorgvrager in een actievere zelfmanagende rol te brengen anderzijds. Voorts kunnen de kosten in de hand worden gehouden door vergaande substitutiemechanismen en ontschotting.

Bovenstaande geldt als geen ander voor de regio Tiel en omstreken. Gelet op de ontwikkelingen biedt een verregaande samenwerking tussen het Eerstelijns Centrum Tiel en Ziekenhuis Rivierenland een belangrijke oplossing om op termijn doelmatige zorg aan de Tielse burgers te kunnen blijven bieden.

ECT en ZRT zijn en voelen zich daar gezamenlijk verantwoordelijk voor, en dit gaf aanleiding tot een 1,5 lijns conferentie op 21 juni 2012. De uitkomsten van deze constructieve conferentie vormen in deze notitie de basis voor een actieplan, waarmee de doelen die voor 2020 als stip op de horizon werden geschetst, stapsgewijs kunnen worden behaald.

Dat er ook landelijk een momentum lijkt te zijn om nu in te zetten op een nieuwe benadering in de zorg blijkt onder andere uit verscheidene recente publicaties én uit het regeerakkoord. Hieronder een selectie uit deze stukken die de lijn van het programma anderhalve lijn in Tiel bevestigen:

Uit visiedocument 'De medisch Specialist 2015' van de OMS (oktober 2012)

- Kies voor bottom up in plaats van top down bij de herinrichting van het zorglandschap
- Zet in op samenwerking in netwerken met de eerstelijnszorg
- Werk aan taakherschikking waar dit ten goede komt aan kwaliteit en doelmatigheid
- Experimenteer met buurtgezondheidscentra
- Maak werk van het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie
- Zet in op klinische registraties voor het maken van spiegelinformatie
- Zet in op preventie, zowel in als buiten de spreekkamer
- Zorg dat de patiënt meebepaalt wat voor hem of haar zinnig medisch handelen is

Uit: de agenda voor de zorg, aanbod aan politiek en samenleving van het zorgveld (oktober 2012)

Nadruk op gezondheid en gedrag en kwaliteit van leven

- Meer de focus leggen op gezondheid en welbevinden. Professionele zorg en ondersteuning alleen inzetten waar het waarde toevoegt.
- De vragen van patiënten en cliënten niet standaard in termen van een zorgaanbod beantwoorden, maar kijken naar wat de vraag is van de patiënt/cliënt, wat hem/haar echt helpt, wat hij/zij zelf of met de eigen sociale omgeving wel kan.
- Zorgen dat zorgverleners patiënten/cliënten aanspreken op hun leefstijl en gezond gedrag stimuleren.
- Zorgen dat behandelaars tijdig het gesprek aangaan met patiënt/cliënt, in plaats van vast te houden aan diagnostiek en behandeling die geen kwaliteit van leven toevoegt.

Zelfmanagement en eigen regie patiënt/cliënt

- Patiënten/cliënten ondersteunen in het voeren van de eigen regie door o.a.: begeleiding van zelfmanagement en de kwaliteit en effectiviteit van zorg transparant te maken.
- Inzetten op *shared decision-making*. Dit betekent dat de patiënt/cliënt actief wordt betrokken bij het beslissingsproces.
- Verder werken aan extramuralisering/ambulantisering van het aanbod in de cure en de care: zorg wordt zoveel mogelijk in of nabij de thuissituatie aangeboden.
- Goede prikkels bij de bekostiging van eHealth en de begeleiding van zelfmanagement. Dit kan door o.a.:
 - Het via de reguliere bekostiging betalen van deze toepassingen en bij bewezen voordeel boven 'oude' interventies preferentieel worden.
 - Ondersteuning door de overheid via tijdelijke subsidies of de mogelijkheid voor opslagen op de tarieven.

Zinnige en gepaste zorg

- Bevorderen dat passende zorg op de juiste plaats wordt geleverd en het ongepast en ondoelmatig gebruik van zorg terugdringen. Onder andere door:
 - Als zorgverleners de zorg te leveren conform de richtlijnen en als zorgverzekeraars dit te stimuleren en te controleren.
 - Registreren en benchmarken van inspanningen van de zorgverleners en deze bijsturen.
- Sturen op gezondheids-, welzijn- en participatie uitkomsten van zorg, in plaats van (alleen) op handelingen, verrichtingen en indicaties.
- Een integraal bekostigingssysteem voor de zorg aan patiënten met (meervoudige) chronische aandoeningen (waaronder ouderen) dat de zorgaanbieders beloont voor hun prestaties op basis van kwaliteit en gezondheidsuitkomsten, substitutie bevordert en administratieve lasten vermindert.
- Het wegnemen van de huidige belemmeringen om de zorg van de eerste en tweede lijn, care en preventie-/participatiezorg als zorgpartijen goed te organiseren.

Herinrichting van het zorglandschap

- De basiszorg, langdurige en preventieve zorg dicht bij huis leveren.
- Topklinische en acute zorg verder concentreren.
- Doelbewust inzetten op meer generalistische zorg. In de buurt, maar ook in het ziekenhuis.

Nieuwe bekostiging en financiering van de zorg

- Ruimte in de regelgeving en financiering zodat integrale bekostiging – cure, care en preventie-/participatiezorg – door schotten heen mogelijk is.
- Een bekostigingssysteem dat zorgaanbieders beloont in termen van uitkomsten van zorg in plaats van handelingen, verrichtingen en indicaties, opdat de ongewenste volumeprikkels in het huidige systeem worden gecorrigeerd.

Uit regeerakkoord VVD-PvdA 'Bruggen slaan' (29 oktober 2012)

Goede zorg en, nog belangrijker, goede gezondheid is niet alleen een zaak van de overheid. Succes boeken we alleen door samen te werken. Dat begint bij preventie en een gezonde levensstijl. Natuurlijk zijn mensen hiervoor in de eerste plaats zelf verantwoordelijk, maar wij willen dit ondersteunen. Daarnaast kiezen wij de komende kabinetsperiode voor een drietal andere prioriteiten. Allereerst willen wij de kwaliteit van de geleverde zorg verder verbeteren. We doen dit door het inzicht in de geleverde kwaliteit te verbeteren, praktijkvariatie te verminderen en zinloos medisch handelen tegen te gaan. Kwaliteitsverhoging gaat in de zorg gelukkig vaak samen met kostenverlaging; daar ligt een tweede prioriteit. Wij drukken de stijging van de kosten door de hoeveelheid geleverde zorg beter te beheersen, overbehandeling tegen te gaan, stringent pakketbeheer in te voeren, overcapaciteit te verminderen en verspilling te bestrijden. Een derde prioriteit betreft het bevorderen van (regionale) samenwerking tussen zorgaanbieders.

Huisartsenzorg moet altijd bereikbaar zijn. Mensen die zich zonder verwijzing van een huisarts melden bij de SEH, betalen een eigen bijdrage van 50 euro. Uiteindelijk zullen deze voorzieningen onder regie van de verzekeraars in één bekostigingssysteem met de huisartsen worden ondergebracht. Dit systeem gaat uit van populatiegebonden

bekostiging en biedt ruimte voor aanvullende beloningsafspraken met verzekeraars. Die afspraken zijn gericht op het vervangen van tweedelijnszorg door de eerste lijn, het ontmoedigen van onnodige doorverwijzingen en het bevorderen van chronische zorg in de eerste lijn.

Vanaf 2015 gaan we investeren in extra wijkverpleegkundigen met een bedrag dat oploopt tot minimaal 250 miljoen in 2017. Dit financieren we met middelen die we vrijspelen bij medische zorg in de tweede lijn (substitutie). Zo bevorderen we dat meer zorg dicht bij de mensen thuis wordt geleverd.

2 HOE FUNCTIONEERT DE ZORG IN DE REGIO TIEL OVER VIJF JAAR?

2.1 Uitgangspunten

Het basisidee is gebaseerd op de volgende constatering:

1. Binnen de curatieve zorg vindt onnodige diagnostiek en behandeling plaats doordat de zorg gefragmenteerd is, er staan schotten tussen zorgprofessionals in eerste lijn en in tweede lijn. Doordat huisartsen en medisch specialisten hun werkwijzen beperkt op elkaar hebben afgestemd, vindt onnodige, dubbele diagnostiek plaats.
2. Binnen de curatieve zorg vindt onnodige diagnostiek en behandeling plaats doordat arts en patiënt aanvankelijk te weinig tijd nemen om de klacht, de angst en de zorgvraag van de patiënt goed te bespreken.
3. In het grijze gebied tussen afwachten of handelen prikkelt het huidige bekostigingssysteem artsen tot handelen terwijl afwachten of een terughoudend beleid soms beter is voor de gezondheid van patiënten en meestal goedkoper.
4. Het huidige bekostigingssysteem belemmert gewenste substitutie en de ontwikkeling naar goed afgestemde, integrale, zinnige zorg.
5. Meer gezondheidsonderwijs voor de jeugd en meer gezondheidseducatie voor volwassenen remt de vraag naar zorg af (Van ZZ naar GG¹, rapport RvZ)
6. Vroegtijdige interventie loont.
7. De rol van de patiënt dient omgebogen te worden van zorgconsument, naar iemand die vanuit de verantwoordelijkheid voor zijn eigen gezondheid zich goed informeert en daarnaar handelt.
8. Het overheidsbeleid is gericht op 'ontzorgen' en substitutie zoals geschetst in onderstaand schema:

De pyramide van Schippers: ontzorgen



¹ ZZ=ziekte en zorg, GG=gezondheid en gedrag.

2.2 Het basisidee

Hierna geven we een schets van het basisidee, een voorstelling van de zorg zoals we die over een aantal jaren gerealiseerd zouden willen zien in Tiel en omstreken.

Patiënt ervaart geïntegreerde, persoonsgerichte zorg

Over vijf jaar is er een vanzelfsprekend continuüm in persoonsgerichte zorg waarin echelonggrenzen voor de burger niet meer als drempels worden ervaren of er niet meer zijn. De huisarts heeft samen met de patiënt zijn persoonlijke zorgbehoefte in kaart gebracht. Wanneer de zorg van de patiënt vraagt om betrokkenheid van meer hulpverleners dan alleen de eigen huisarts, ervaart de patiënt dat deze hulpverleners dezelfde informatie gebruiken, hun handelen op elkaar aansluiten en met elkaar afstemmen in hun gezamenlijk streven om zo goed mogelijk in te gaan op deze persoonlijke zorgbehoefte.

Goed begin is het halve werk

De patiënt krijgt te maken met een goed uitgewerkte intake waar de tijd genomen wordt om zorgvuldig de persoonlijke zorgbehoefte (de vraag achter de vraag) in kaart te brengen en te zorgen dat de patiënt bij de juiste hulpverlener terecht komt. Deze intake wordt uitgevoerd door (of onder supervisie van) de huisarts die een brede kijk heeft en de juiste vragen stelt.

De patiënt voert samen met zijn huisarts de regie over de zorg

De zorgregierol ligt bij de huisarts in samenwerking met de patiënt. De patiënt wordt vanaf het begin gestimuleerd tot zelfmanagement en gezond gedrag. De huisarts kan patiënten opnemen op een ziekenhuisafdeling voor laag complexe zorg waar hij de hoofdbehandelaar blijft. Bij complexe vraagstukken is de huisarts medebehandelaar die ook mede regie houdt.

Per patiënt één geïntegreerd zorgplan en dossier

Van elke patiënt bestaat één zorgplan waarin zichtbaar is hoe de verschillende zorgdoelen en -interventies met elkaar samenhangen. Dit zorgplan is verwerkt in één patiëntendossier, waar alle uitkomsten van diagnostiek en behandeling in zijn verwerkt en waar alle medische professionals in de regio mee werken. De gecoördineerde sturing van uit te voeren stappen wordt ondersteund door een beslissingsondersteunend workflowsysteem. Ook daardoor wordt dubbeling (bijvoorbeeld van diagnostiek) voorkomen. De patiënt heeft toegang tot dit dossier.

Website UMC Radboud, sept 2012: "Onder het motto 'de patiënt als partner' maakt het UMC St Radboud werk van een gelijkwaardige relatie tussen patiënt en zorgverlener. Steeds vaker vragen patiënten om regie over hun behandelproces en nemen ze een rol in hun eigen behandelteam. Hiervoor heeft de patiënt ook gelijkwaardige toegang tot informatie nodig. MijnRadboud biedt die mogelijkheid met MijnRadboud dossier en de online communities op MijnZorgnet. "

De focus is gericht op gezondheidswinst en bevorderen gezonde leefstijl

De zorgorganisatie investeert in preventie en in (bijdragen aan) onderwijsprogramma's in alle onderwijstypes om gezond gedrag te stimuleren. De tijd die daarvoor nodig is komt vrij door de efficiëntere manier van werken in de regio. Ook aan andere campagnes die gericht zijn op een gezonde leefstijl wordt in samenwerking met regionale partners intensief meegewerkt. We verwijzen hierbij naar de nieuwe definitie van gezondheid: het kunnen participeren en functioneren in de samenleving.

Zorg dicht bij de burger in wijkgerichte gezondheidscentra

De zorg wordt verleend vanuit enkele grotere wijkcentra zoals het huidige ECT, in diverse wijken, dicht bij de burgers, met uitzondering van de hoogcomplexe zorg. Het ziekenhuis blijft de voorziening voor dit type zorg. In de centra kan de patiënt terecht voor laagcomplexe specialistische zorg. De huisarts maakt daar veelvuldig consultatief gebruik van medisch specialisten resp. specialisten ouderengeneeskunde die hier regelmatig spreekuur houden.

Eén regionale zorgorganisatie op basis van vrijwillige deelname

Er wordt gewerkt vanuit één regionale zorgorganisatie, een onderneming met een gedeelde visie, met één medische staf, met een regionale bekostiging op basis van een abonnementstarief per patiënt waarin geen oneigenlijke, productieprikkels meer voorkomen. Met de zorgverzekeraars is een systeem afgesproken waarin gezondheidswinst en doelmatigheid de belangrijkste financieringsparameters zijn. Dit is uitgewerkt naar een verfijnd systeem van prestatiebeloning en 'shared saving'. Onderdeel van de prestatiebeloning is dat geen disfunctionele wachttijden voorkomen; hieraan hebben de zorgaanbieders zich gecommitteerd.

2.3 Hoe ziet de businesscase eruit?

Doel

De aanpak zoals hierboven geschetst (ontzorgen en zorg op maat) is erop gericht dat de burger een meer gezonde leefstijl gaat volgen en in goede samenwerking met zijn huisarts en waar nodig specialist een weloverwogen beroep doet op het gezondheidszorgsysteem wanneer dit echt nuttig en nodig is.

Onnodige en dubbele diagnostiek, evenals niet-effectieve behandelingen gaan verdwijnen.

Het effect hiervan zal zijn dat de gezondheid van de regionale bevolking toeneemt, de kostenstijging omgebogen gaat worden, de kwaliteit van zorg en de patiënttevredenheid omhoog gaat, en dat de werkers in de zorg meer arbeidssatisfactie ervaren.

Batenlogica schema

Deze redenering hebben we nader uitgewerkt in een zogenaamd batenlogica schema (zie bijlage), waarin getracht is de logica weer te geven van de te nemen maatregelen/interventies en hoe die leiden tot de gewenste effecten.

Dit batenlogicaschema met de oorzaak/gevolg relaties die daarin zijn aangegeven plus de meetbare indicatoren vormt het hart van de businesscase. De aannames die erin zijn opgenomen kunnen gekwantificeerd en onderbouwd worden.

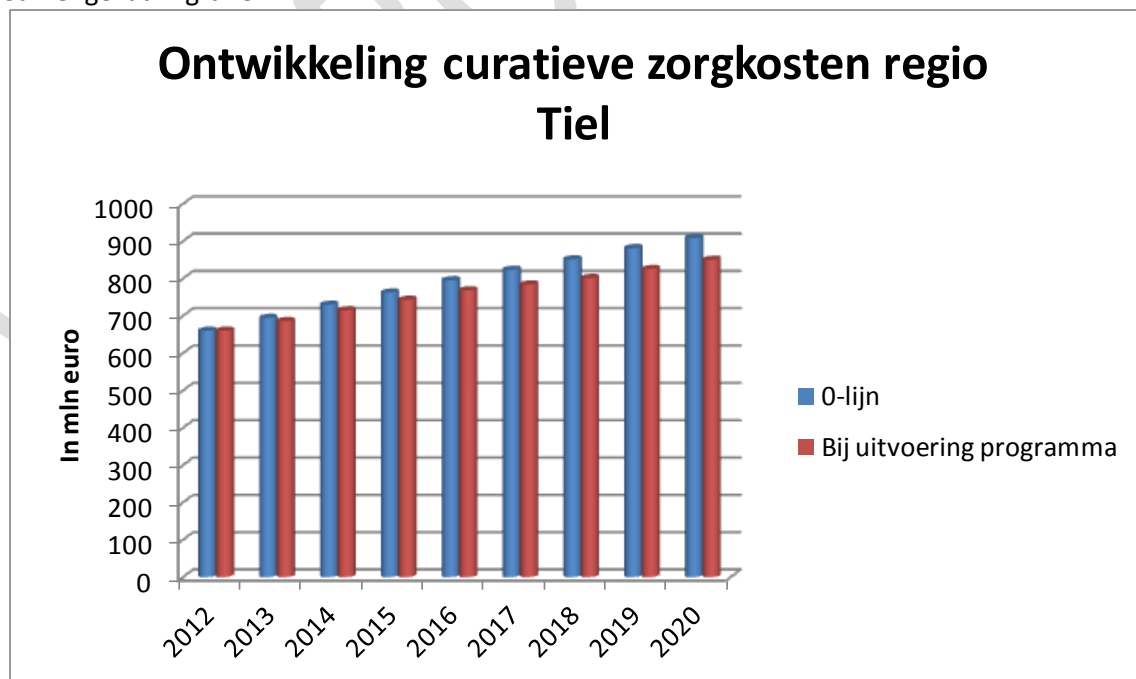
Business Case

Dit leidt voor wat betreft de financiële baten uiteindelijk tot een overzicht, zoals in het volgende nog fictieve rekenvoorbeeld:

Eindresultaat businesscase anderhalve lijn

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ontwikkeling bevolking regio Tiel (x 1000)	300	302	304	305	306	305	304	304	303
Percentage bevolking > 70 jaar	20%	21%	23%	25%	27%	29%	30%	30%	30%
0-lijn kostenontwikkeling curatieve zorg per burger	2.200	2.300	2.400	2.500	2.600	2.700	2.800	2.900	3.000
0-lijn kostenontwikkeling curatieve zorg regio (in mln. euro)	660	695	730	763	796	824	851	882	909
Baten programma									
Uitbreiden (be)handel mogelijkheden huisarts		20	30	35	40	40	40	40	40
Integratie van zorg eerste en tweede lijn		10	15	20	30	30	65	70	70
Van ZZ naar GG		0	5	10	20	40	60	75	85
Totale baten									
Per burger	0	30	50	65	90	130	165	185	195
Totaal regio (x 1000 euro)	0	9.060	15.200	19.825	27.540	39.650	50.160	56.240	59.085
Kosten programma (x 1000 euro)									
Programmakosten	60	180	180	180	120	60			
Aanvullende ICT-kosten	60	150	200	250	150	150	150	150	150
Kosten onderzoeksprogramma		100	50	50	50	50	50	50	50
Overig	60	80	80	80	80	80	80	80	80
Totale kosten									
Totaal regio (x 1000 euro)	180	510	510	560	400	340	280	280	280
Per burger	0,6	1,7	1,7	1,8	1,3	1,1	0,9	0,9	0,9
Resultaat									
Besparing per burger	-1	28	48	63	89	129	164	184	194
Ontwikkeling kosten curatieve zorg per burger	2.201	2.272	2.352	2.437	2.511	2.571	2.636	2.716	2.806
Ontwikkeling kosten curatieve zorg regio (in mln.euro)	660	686	715	743	768	784	801	826	850
Besparing totaal regio (x 1000 euro)	-180	8.550	14.690	19.265	27.140	39.310	49.880	55.960	58.805
Procentuele besparing	0%	1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%	7%
Cumulatief resultaat									
Besparing per burger	-1	28	76	139	228	357	521	705	899
Besparing totaal regio (x 1000 euro)	-180	8.370	23.060	42.325	69.465	108.775	158.655	214.615	273.420

Samengevat in grafiek:



De belangrijkste baten, namelijk een toename van de gezondheid van de regionale bevolking zijn niet direct financieel weer te geven. Wel is een van de indicatoren van deze toename van

gezondheid een afname van het gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen en dus een relatieve afname van de kosten van de gezondheidszorg.

2.4 What's in it for me?

Voor de burger

- Meer gezondheid

Voor de patiënt

- Meer kwaliteit van zorg
- Hogere patiënttevredenheid

Voor de huisarts

- Meer (be)handel mogelijkheden door meer directe beschikbaarheid van ziekenhuisdiagnostiek, patiëntinformatie in het ziekenhuis en andere faciliteiten (zoals eigen bedden)
- Meer en beter contact met medisch specialisten en mogelijkheden tot hen direct in consult te vragen
- Door dit alles is de huisarts beter geoutilleerd om zijn werk te doen en heeft meer mogelijkheden om zijn patiënten goed te bedienen.
- Verder zijn er mogelijkheden voor uitbouwen van zijn regiefunctie als de specialistische expertise van de huisarts
- Meer inkomenszekerheid
- Meer werkplezier

Voor de medisch specialist

- Directe beschikbaarheid van patiëntinformatie van de huisarts
- Als specialist meer kunnen concentreren op specialistisch werk
- Meer en beter contact met huisartsen en mogelijkheden tot hen direct in consult te vragen
- Door dit alles is de specialist beter geoutilleerd om zijn werk te doen en heeft meer mogelijkheden om zijn patiënten goed te bedienen
- Meer inkomenszekerheid
- Meer werkplezier

Voor ECT/ZRT

- Beter kunnen realiseren van de missie van de organisatie
- Hogere kwaliteit van zorg tegen lagere kosten
- Beter benutting van kostbare capaciteiten
- Versterking van het regionale organisatieverband
- Verzekeren continuïteit om voort te bestaan
- Mogelijkheden om te onderscheiden, profileren en verbeteren wervingskracht naar artsen en medewerkers

Voor Menzis

- Hogere kwaliteit van zorg tegen lagere kosten in de regio Tiel
- Proefproject waarvan ook andere Menzis-regio's kunnen profiteren
- Mogelijkheid om als zorgverzekeraar te onderscheiden en te profileren

3 WAT ZIJN DE KRITISCHE SUCCESFACTOREN EN HOE BORGEN WE DIE?

3.1 Deelname huisartsen en medisch specialisten op vrijwillige basis

Wat uit de conferentie ECT is gebleken, is dat de ene arts zich innovatiever en bereidwilliger opstelt dan de andere en dat garanties rond inkomen een belangrijke randvoorwaarde vormen. Er lijkt een momentum te bestaan, maar het is niet reëel om vanaf het begin iedereen in de boot te krijgen. Er zullen sceptici en tegenstanders zijn.

Een kansrijke aanpak zal er dus op gericht moeten zijn om te starten met degenen die echt willen om vervolgens uit te bouwen en anderen over de streep te trekken. Hoe zouden we dat aan kunnen pakken?

Naar voorbeeld van Kinzigtal gaat het erom condities te creëren om een kleinschalige start te maken die geleidelijk uitgebouwd wordt en kan evolueren naar een nieuw organisatiemodel voor de curatieve zorg in de regio

Bijvoorbeeld door het 'om te draaien':

- De initiatiefnemers (bestuur ZRT en ECT) beschrijven een nieuw zorgmodel voor **Geïntegreerde Curatieve zorg Rivierenland (werknaam verder in dit rapport GCR)** waarin de principes en uitgangspunten zijn beschreven, onder andere vertaald naar een gedragscode voor aangesloten artsen en patiënten.
- Gemotiveerde artsen en patiënten zich aan kunnen verbinden wanneer ze zich willen committeren aan deze gedragscode.
- Afspraken zijn gemaakt over algemene toegang van huisartsen tot diagnostiek van het ziekenhuis.
- De ziektebeelden zijn gespecificeerd die binnen de dienstverlening van GCR vallen². Voor deze ziektebeelden zijn zorgprogramma's met een set 'kritische kwaliteitskenmerken' gedefinieerd en is een rolverdeling afgesproken tussen de huisartsen en de verschillende betrokken specialismen.
- ECT en ZRT richten een joint venture GCR op. Deze organisatie sluit een contract met Menzis en eventueel met nog andere zorgverzekeraars. In dit contract is geregeld dat per aangesloten patiënt een bepaald gegarandeerd budget wordt betaald waarvoor GCR de integrale zorg van deze patiënt organiseert.
- De patiënten die zorg willen ontvangen van GCR, verbinden zich tot actieve deelname aan preventieprogramma's en bereidheid om zelf te investeren in de eigen gezondheid en een actief beroep te doen op ondersteuning door mantelzorg waar dit maar kan. Zij hebben ook een actieve rol in het beheer van hun eigen medisch dossier.
- De (maatschappen van) huisartsen en medisch specialisten die met deze organisatie een samenwerkingsovereenkomst sluiten, hebben een innovatieve instelling, zijn sterk gericht op samenwerking, zijn bereid zorgdata van henzelf met anderen te vergelijken en willen investeren in het ontwikkelen van zorgarrangementen. Zij committeren zich aan de te leveren prestaties op het gebied van kwaliteit van zorg, en op het gebied van service en toegankelijkheid. Daar tegenover staat dat zij een gegarandeerd inkomen ontvangen (abonnementsbedrag per patiënt die bij GCR is ingeschreven) en actief invloed kunnen uitoefenen op de organisatie van deze nieuwe regionale zorgorganisatie.

² Denkbare thema's in dit concept zijn oncologische nazorg en ouderenzorg waar meerdere disciplines bij betrokken zijn

Patiënten die zich aan GCR verbinden, verplichten zich om voor de duur van bijvoorbeeld een jaar alle professionele curatieve zorg te betrekken via deze organisatie conform de opzet van het zorgprogramma dat voor betreffende patiëntencategorie is ontwikkeld. De zorgverzekeraar vergoedt geen zorg daarbuiten. Daar staat voor deze patiënten tegenover dat zij te maken hebben met een 'team' van hulpverleners die allemaal vanuit eenzelfde geïntegreerde aanpak te werk gaan en gebruik kunnen maken van een aanvullend, op het ziektebeeld toegespitste preventief en gezondheidsbevorderend aanbod dat binnen dit zorgprogramma is gedefinieerd.

Dit betekent dat GCR pas kan starten als het een minimum aan artsen en hulpverleners aan haar organisatie heeft verbonden, zodat zij ook daadwerkelijk integrale zorg kan bieden. Heeft GCR een bepaalde expertise niet in huis, dan zal ze deze inkopen bij bijvoorbeeld een UMC, maar dit volume aan in te kopen zorg dient beperkt te blijven (bv. 10%) om het concept van integrale zorg van de grond te krijgen.

Voor GCR betekent dit dat zij kan starten als de volgende condities zijn ingevuld:

- Langdurig contract met een of meer zorgverzekeraars waarin budgetten per patiënt of patiëntcategorie zijn bepaald.
- Beoordeling door overheid dat dit meerjarenprogramma voldoet aan de vigerende wet- en regelgeving.
- SLA's met ZRT over gebruik en vergoeding van ziekenhuisfaciliteiten.
- Bij voorkeur alle, maar in ieder geval een groot deel van de huisartsen ECT heeft zich verbonden aan GCR via een soort van aansluitingsovereenkomst dan wel aandeelhouderschap.
- Ditzelfde geldt voor de belangrijkste (voor integrale zorg) ziekenhuisspecialismen zich aan GCR verbonden hebben.
- Ook eerstelijns apotheken en de ziekenhuisapotheek zijn verbonden.
- Uiteindelijk streven is om de organisatie van GCR geleidelijk uit te bouwen en ook andere zorgaanbieders hieraan te verbinden zoals GGZ, VVT, paramedici, maar ook de public health sector, en de gemeentelijke overheid.

3.2 Slimme door aangesloten artsen ontwikkelde zorgprogramma's

De organisatie GCR selecteert chronische ziektebeelden waarop zij haar zorgaanbod gaat definiëren. Dit aanbod is uitgewerkt in een zogenaamd zorgprogramma waarin de 'state of the art' inzichten en standaarden zijn verwerkt, specifieke kwaliteitscriteria zijn benoemd, een of meer zorgpaden met logistieke criteria zijn ontworpen, en dit alles aangeboden in een samenhangend pakket van preventieve, diagnostische en behandelvoorzieningen.

Door een goede doordachte, slimme opzet van het programma waarin is geëxpliciteerd welke activiteiten onder welke condities en volgorde geïndiceerd zijn, kan reeds veel kwalitatieve en financiële winst worden geboekt.

De deelnemende artsen die zelf dit programma ontwikkeld hebben, hebben zich verbonden om volgens dit programma te werken en nemen deel aan periodieke evaluaties en verbetervoorstellen.

3.3 Juiste populatiegebonden gezondheidsindicatoren

Aan het programma dient een onderzoeksanpak gekoppeld te zijn waarbij de resultaten van het programma op een aantal indicatoren worden onderzocht. Een kritische succesfactor daarbij is dat met de zorgverzekeraar en andere stakeholders een set van populatiegebonden gezondheidsindicatoren kan worden afgesproken.

3.4 Meerjarenafspraken met zorgverzekeraar

Een vierde kritische succesfactor is dat de zorgverzekeraar bereid is zich voor meer jaren te verbinden aan dit initiatief. Daarbij denken we aan een periode van 10 jaar met een formele tussenevaluatie na 5 jaar.

Dit contract behelst afspraken over de bekostiging van de zorg en de condities die daarbij gelden.

Tevens is denkbaar dat de zorgverzekeraar mede-aandeelhouder wordt en mede-bestuurder.

De financiële aantrekkelijkheid voor de zorgverzekeraar kan erin zitten dat deze een vast abonnementbedrag per patiënt afsprekt dat bijvoorbeeld 5% lager ligt dan van de ex-post-kosten voor eerste en tweedelijns curatieve zorg van de referentiegroepen van de zorgverzekeraar. Dit veronderstelt dat de zorgverzekeraar deze informatie kan genereren.

De financiële aantrekkelijkheid voor het ziekenhuis kan erin zitten dat zij op grond van de meerjarenafspraken meer de inkomstenontwikkeling op langere termijn beter kan voorspellen en haar beleid op af kan stemmen.

3.5 Juiste financiële prikkels

Belangrijk element van het basisidee is dat verkeerde financiële prikkels die leiden tot 'overproductie' worden weggehaald.

De belangrijkste financiële aantrekkelijkheid van dit initiatief voor artsen is het bieden van een gegarandeerd abonnementsbedrag per aangesloten patiënt.

Daarnaast is denkbaar dat een systeem uitgewerkt wordt dat een deel van de 'winst' van GCR, bijvoorbeeld als dividend uitgekeerd kan worden aan de deelnemende artsen wanneer zij mede-aandeelhouder zijn.

3.6 Inzicht over zorggebruik per professional

De zorgverzekeraar is de partij die alle data in haar bezit heeft met betrekking tot het zorggebruik per professional. Een kritische succesfactor is dat de zorgverzekeraar in staat is deze data te ontsluiten opdat inzicht kan worden gegeven over het zorggebruik per professional. Tevens betekent dit dat de aangesloten professionals zich bereid hebben verklaard om deze data met elkaar te vergelijken in het kader van het optimaliseren van een zorgpad.

3.7 ICT netwerk

Een regionaal ICT netwerk dient beschikbaar te zijn waarbij ECT en ziekenhuis op een veilige wijze data kunnen uitwisselen.

4 WAT WILLEN WE WANNEER GEREALISEERD HEBBEN?

4.1 Bereikt resultaat eind 2012

- Het meerjarenprogramma anderhalve lijn en de projecten die daarbinnen gaan lopen in 2013 en 2014 zijn volledig beschreven inclusief een onderzoeksprogramma om gezondheidswinst te meten.
- De initieel deelnemende partijen hebben zich hieraan gecommitteerd:
 - Bestuur en huisartsen ECT
 - Bestuur en medische staf ZRT
 - Menzis
- De financiering van het programma en van (een deel van) de projecten is rond.
- Helder is welke ruimte er binnen de huidige wet- en regelgeving is om af te wijken van de bestaande relatie en verantwoordelijkheidsverdeling tussen patiënt en zorgverlener en van de bestaande bekostigings wijze.
- De programmaorganisatie is ingericht, leden stuurgroep en projectmanagers zijn benoemd
- De eerste projecten draaien, in het bijzonder de quick win projecten.

4.2 Bereikt resultaat eind 2013

- Afspraken zijn gemaakt over direct gebruik van diagnostische faciliteiten van het ziekenhuis door huisartsen. Daartoe zijn ECT en ZRT een SLA overeengekomen.
- Huisartsen kunnen 'snel' medisch specialisten consulteren: diverse vormen zijn daarvoor ontwikkeld en uitgetest, waaronder specialistische consultatie op de locatie van de huisartsenvoorziening c.q. wijkgezondheidscentra.
- Er is een huisartsenportaal gerealiseerd waarmee huisartsen in het ZIS diagnostische patiëntgegevens kunnen raadplegen en aanvragen; dit als eerste stap naar volledige integratie van het patiëntendossier.
- Voor de drie chronische ziektebeelden diabetes, COPD en CVRM zijn geïntegreerde zorgprogramma's ontwikkeld en ingevoerd waarin de huisartsen de zorgregie hebben en waarin specialistische consultatievormen zijn opgenomen.
- Circa 90% van alle patiënten van het ECT met diabetes, COPD of CVRM zijn geïnccludeerd voor deelname aan het geïntegreerde zorgprogramma. Belangrijk daarbij is om te bepalen of het zorgprogramma alleen de ziektegerichte elementen bevat dan wel ook alle andere zorg die ook aan deze mensen geboden wordt. Bekend is b.v. dat de contacten van de ha-praktijk met hun diabetes 85% van de contacten niet over diabetes gaan! Het zou mooi zijn als we, wellicht in een latere fase, doorontwikkelen naar volledige integratie!
- Voor ieder van deze drie patiëntencategorieën functioneert een geïntegreerde medische staf waarin alle artsen zijn verbonden die zich hebben gecommitteerd aan het uitgewerkte zorgprogramma. Deze staf is 'kenniseigenaar' van dit programma en draagt zorg voor periodieke evaluatie en bijstelling. Elke staf heeft een uit haar leden gekozen voorzitter.
- Naast deze chronische zorgcategorieën is voor de eerste twee tot drie specialismen een belangrijke verdergaande slag gemaakt in de samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten op weg naar volledige integratie van de zorg van betreffend specialisme
- Er is een systeem voor integrale bekostiging operationeel. Van de in 2013 gerealiseerde programma's maakt farmacotherapie integraal deel uit, zij het dat deze nog niet integraal bekostigd zal zijn.

4.3 Bereikt resultaat eind 2014

- Er functioneren geïntegreerde zorgprogramma's voor 75% van de chronische zorg (nader te definiëren).
- ICT systemen zijn geïntegreerd dan wel gekoppeld en artsen en patiënten werken met één geïntegreerd patiëntendossier.
- Onderzocht is of de tot dan programmagebonden organisatie van de staven opgeschaald kan worden waarbij een groeipad naar volledige integratie van de medische staf is aangegeven.

4.4 Verdere uitbouw na 2014

Voor zover nu is in te schatten zal het accent na 2014 komen te liggen op:

- realisatie huisartsenbedden
- verdere rationalisering farmaceutische zorg
- verbetering transitie en betere begeleiding van de patiënt bij transities, zo mogelijk technologisch ondersteund
- integratie 24 – uurs spoedzorg
- verdere integratie staf-organisatie

Etc.

VERTROUWELIJK

5 WELKE PROJECTEN WILLEN WE DAARVOOR UITVOEREN?

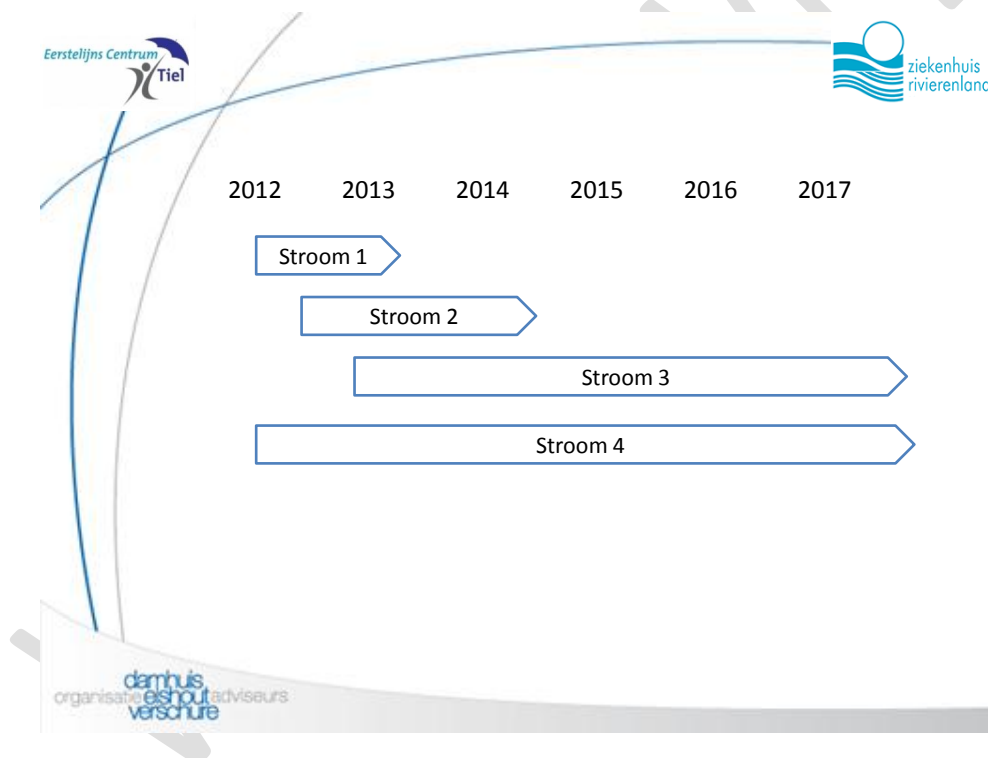
Vier stromen

Binnen het meerjarenprogramma willen we de komende jaren een samenhangend geheel van projecten uitvoeren om het basisidee over de gezondheidszorg in 2017 geleidelijk vorm te geven en uit te bouwen.

De projecten zijn geordend naar de volgende vier stromen:

- 1) Uitbreiden van de (be)handel mogelijkheden van huisartsen onder andere door het vergroten van de beschikbaarheid van ziekenhuis expertise en -faciliteiten voor huisartsen
- 2) Integratie eerste/tweede lijn behandeling van in eerste instantie de chronische zorg
- 3) Integratie van de totale zorg per specialisme
- 4) Het creëren van randvoorwaarden om dit alles te realiseren en de uiteindelijk gewenste resultaten te bereiken.

Tussen de eerste drie stromen geldt een zekere fasering, zoals op hoofdlijnen hieronder is aangegeven:



In de volgende paragrafen gaan we nader in op elke stroom.

5.1 Stroom 1: uitbreiden (be)handel mogelijkheden huisarts

Over welke maatregelen hebben we het?

- Directere beschikbaarheid van meer diagnostiek van het ziekenhuis op aanvraag van de huisarts, waardoor deze beter kan selecteren welke patiënten in aanmerking komen voor specialistische zorg, dan wel zonder hiervoor de patiënt te moeten verwijzen (zie ook probleemgericht aanvragen, model stepped care 'Elst')
- In het verlengde hiervan opnieuw een eerder ontwikkeld plan beoordelen voor een gezamenlijke diagnostisch centrum (naar voorbeeld van MCC Omnes in Sittard), waarmee gezamenlijk diagnostiek wordt ingekocht.
- Snelle, laagdrempelige mogelijkheid wederzijds consulteren van elkaar, met name rond de vraag welke diagnostiek relevant voor deze patiënt.
- Met behulp van een huisartsenportaal eenvoudig en snel kunnen uitwisselen van diagnostische gegevens.
- Goed voorbereide verwijzing van een patiënt met een gerichte vraagstelling, op basis van afspraken over tussen huisartsen en specialisten omtrent bepaalde klacht/diagnose (voortbouwend op reeds geïmplementeerde Zorgdomein)
- Uitwerken wanneer en hoe huisarts regiefunctie behoudt in de diagnostiekfase, zoals bij patiënten met comorbiditeit.
- Realiseren dat de huisarts bepaalde patiëntcategorieën bijvoorbeeld voor onderzoek zelf kan opnemen in het ziekenhuis en dan fungeert als hoofdbehandelaar binnen het ziekenhuis.
- In andere gevallen is de huisarts als medebehandelaar betrokken bij het behandelplan van de specialist.
- Sneller en gericht/duidelijker terugverwijzen naar huisarts (genereert in principe geen extra consulten).

Wat willen we daarmee bereiken?

- Voorkomen van dubbele diagnostiek
- Minder disfunctionele wachttijd in het diagnostiekproces (en waar nuttig one stop shops)
- Minder verwijzingen van huisarts naar specialist
- Minder interspecialistische verwijzingen
- Snellere terugverwijzing naar huisarts
- Geen overbodige diagnostiek en overbehandeling
- Gezamenlijke en daarmee goedkopere inkoop diagnostiek
- Minder opnames
- Uit de wurggreep van de financiering van de diagnostiek komen

Wat willen we voorkomen?

- Een derde, concurrerende partij die in de regio diagnostiek aan gaat bieden met een kostenverhogend effect.

Hierna beschrijven we een drietal projecten waarmee we binnen het kader van deze stroom in de eerste fase aan de slag willen gaan.

5.1.1 Quick win project 1: directe toegang huisarts tot diagnostiek ziekenhuis

Beknopte omschrijving en doel

Het realiseren van toegang tot bepaalde vormen van diagnostiek is een belangrijke eerste stap en een voorwaarde, al was het alleen maar om te voorkomen dat patiënten hiervoor naar elders verwezen worden, en om aan huisartsen te laten zien dat het menens is voor het ziekenhuis. Voorbeelden zijn:

- inspannings ECG
- echocardiografie.

Echocardiografisch onderzoek en inspanningselectrocardiografie kan door de huisarts op indicatie worden aangevraagd. De patiënt wordt daartoe via ZorgDomein verwezen. Een procedure is beschreven waarin ook toegangstijd en rapportage is opgenomen. De echo wordt door een cardioloog beoordeeld en van een advies voorzien. Alleen in evidente gevallen wordt na dat kort gesloten te hebben met de huisarts de patiënt door de cardioloog voor nader onderzoek of behandeling onder specialistische controle gehouden.

Daarnaast inventariseren wat nu al beschikbaar is en welke wensen er zijn m.b.t uitbreiding van het arsenaal diagnostisch onderzoek op aanvraag van de huisarts.

Fasering en planning

Wat	Wanneer					
	2012		2013			
	3 ^e kw	4 ^e kw	1 ^e kw	2 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e kw

Projectleider en -team

.....

5.1.2 Project 2: huisarts als hoofdbehandelaar binnen ziekenhuissysteem

Beknopte omschrijving en doel

Het doel van dit project is om conceptueel uit te werken en vervolgens in de praktijk te toetsen of en hoe de huisarts binnen het ziekenhuissysteem kan fungeren. Met name is het voor mensen met multimorbiditeit van belang te voorkomen dat de complexiteit van hun situatie gefragmenteerd wordt en er meerdere specialismen eenzijdig betrokken raken bij de behandeling. Dit geldt bijvoorbeeld voor de groep kwetsbare ouderen voor wie ziekenhuisopname in zekere zin risico's met zich mee brengt.

In hoeverre kunnen de huisartsen van ECT fungeren als ware het een vakgroep van het ziekenhuis? Waar liggen de mogelijkheden, waar liggen de beperkingen en de grenzen, in organisatorisch, financieel, professioneel en juridisch opzicht? Is het mogelijk om bepaalde ziekenhuisbedden voor de huisartsen te reserveren? Welke condities gelden hierbij? Is er een toelatingsovereenkomst nodig? Heeft dit gevolgen voor de bekostiging van het ziekenhuis?

Fasering en planning

Wat	Wanneer					
	2012		2013			
	3 ^e kw	4 ^e kw	1 ^e kw	2 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e kw

Projectleider en -team

.....

5.1.3 Project 3: Joint venture laboratorium

Beknopte omschrijving en doel

Het doel van dit project is om uit te zoeken of er nog meer winst te behalen valt, bovenop hetgeen in quik-win project 1 wordt gerealiseerd, met betrekking tot de diagnostiek. We denken dan aan winst in termen van kostenbesparing door: gezamenlijke inkoop, door voorkomen van dubbele diagnostiek, en door het voorkomen van onnodig verwijzen i.v.m. niet beschikbare diagnostiek voor de huisarts. In dit project willen we onderzoeken of dit te realiseren is door een gezamenlijk diagnostisch centrum te starten, naar analogie van bijvoorbeeld MCC Omnes in Sittard. Naast kostenbesparing is het beschikbaar blijven van diagnostiekmogelijkheden en uitslagen in de eigen regio onder eigen gezamenlijke regie een belangrijke reden voor dit onderzoek.

Fasering en planning

Wat	Wanneer					
	2012		2013			
	3 ^e kw	4 ^e kw	1 ^e kw	2 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e kw

Projectleider en -team

.....

5.2 Stroom 2: Integratie eerste/tweede lijn behandeling van de chronische zorg

Over welke maatregelen hebben we het?

- Algemene uitgangspunten:
 - Zorg dient verleend te worden op de plek waar die hoort, en dat wordt bepaald door individuele doelen van de patiënt die zijn vastgelegd in een individueel zorgplan.
 - Dit zorgplan is een uitkomst van gezamenlijke besluitvorming door een goed geïnformeerde patiënt en zijn zorgverlener die professionele richtlijn inbrengt waarin is vastgelegd wie voor deze patiënt die zorg moet leveren
- Huisartsen en specialisten ontwikkelen gezamenlijk zorgprogramma's, in eerste instantie voor gespecificeerde chronische patiënt-categorieën. Hierin zijn opgenomen richtlijnen over zorg, met een heldere rolverdeling, vooral ook wanneer er sprake is van comorbiditeit. Verder is in deze zorgprogramma's ook een preventieparagraaf opgenomen en is nagedacht over vroegtijdige onderkenning.
- De te ontwikkelen zorgprogramma's zijn gebaseerd op het uitgangspunt van persoonsgerichte zorg. Dit betekent:
 - Patiënten goed en integraal 'inkaarten', rekening houdend met ernst van ziektebeeld/ziektelast/zorglast/zelfmanagementcompetenties/ wensen patiënt.
 - Hanteren stepped care benadering, dus goede risicoprofilering.
 - Na inkaarting analyse, in sommige gevallen deelname door specialist vaststellen IZP: wie heeft daar een rol in (ook rol specialist daarin bepalen).
 - In geselecteerde gevallen specialist betrekken bij monitoring.
- Zorgverleners wisselen zorgdata/spiegelinformatie uit om de uitvoering en effecten van de zorgprogramma's te evalueren en als input te gebruiken bij het voortdurend ontwikkelen van het regionaal kwaliteitsbeleid.
- Door het op deze wijze maken van duidelijke afspraken tussen huisartsen en specialisten over wie wat doet, zal er substitutie van zorg plaatsvinden. Ook bij onderdelen van niet chronische zorg of van complexe chronische zorg is substitutie mogelijk, denk aan:
 - ingreepjes (vasectomie, chalazion etc.) als voorbeelden van niet complexe zorg
 - patiënten met ernstige ziektelast/ziektebeeld, waarbij thuisbehandeling te verkiezen is boven klinische behandeling
 - follow-up oncologie patiënt
 - delen dermatologische zorg

Wat willen we bereiken?

- Substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn (minder DOT's, meer huisartsverrichtingen)
- Attitude verandering: bewust kijken of patiënt terug kan naar de 1e lijn.
- Minder verwijzen en sneller terugverwijzen
- Het zetten van de eerste stappen waarbij huisartsen en specialisten samenwerken in één geïntegreerd systeem, aanvankelijk te ontwikkelen via een overgangsmodel (joint venture GCR) waaraan artsen en patiënten zich op vrijwillige basis kunnen aansluiten.
- Meer (aandacht voor) maatgesneden advies leefwijze.
- Actievere rol patiënt in zorg voor eigen gezondheid en daardoor gezonder gedrag.

Wat willen we voorkomen?

- Commercieel screenen
- Capaciteitstekort
- Draaideurproblematiek bij ernstige 'gevallen'

5.2.1 Project 1: geïntegreerd zorgprogramma COPD patiënt

Beknopte omschrijving en doel

Het huidige COPD programma houdt nog rekening met een strikte scheiding naar ziektelast en daaraan gekoppeld het hoofdbehandelaarschap met gescheiden DBC circuits: lichte en een deel van de patiënten met matige ziektelast zijn onder controle van de eerste lijn (huisarts), de patiënten met ernstiger ziektelast zijn onder controle van de longarts. Juist bij deze laatste groep wordt de huisarts vaak betrokken wanneer zich bijvoorbeeld exacerbaties voordoen. Van een goede integratie en rolverdeling is nu nog geen sprake.

Het project heeft tot doel voor deze groep patiënten een beter integratie van 1^e en 2^e lijnszorg te bereiken. In feite gaat het erom in een geïntegreerd zorgprogramma tot een gedetailleerde beschrijving en toepassing van shared care te komen, met voor elke patiënt een heldere rolverdeling tussen huisarts en medisch specialist (wanneer deze vanwege de ernst van het ziektebeeld betrokken dient te zijn). De huisarts heeft de regie. De expertise van de longarts is zoveel mogelijk in de eerste lijn ter beschikking door middel van consultatie of spreekuur in het ECT.

Met het oog op korte termijn doelen worden als eerste de afspraken m.b.t. de regievoering door de huisarts bij de patiënten met een minder ernstige ziektelast aangescherpt, wat direct leidt tot meer terugverwijzing vanuit de 2^e naar de 1^e lijn.

Fasering en planning

Wat	Wanneer					
	2012		2013			
	3 ^e kw	4 ^e kw	1 ^e kw	2 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e kw

Projectleider en -team

.....

5.2.2 Project 2: geïntegreerd zorgprogramma diabetes patiënt

Beknopte omschrijving en doel

Ook hier geldt dezelfde problematiek als bij het COPD programma. Het project heeft op korte termijn als doel afspraken te maken met de internisten over actieve terugverwijzing. Daarnaast moet verbreding van het diabeteszorgprogramma plaatsvinden, met als doel alle type 2 diabeteszorg onder regie van de huisarts te brengen. Onderdeel van dat programma is een uitbreiding van de consultatiemogelijkheden van de internist door de huisarts.

Op iets langere termijn resulteert dit in afspraken over shared care met een heldere rolverdeling tussen huisarts en internist in die gevallen waar zich complicaties of complexe comorbiditeit voordoen.

Fasering en planning

Wat	Wanneer					
	2012		2013			
	3 ^e kw	4 ^e kw	1 ^e kw	2 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e kw

Projectleider en -team

.....

5.2.3 Project 3: geïntegreerd zorgprogramma VRM patiënt

Beknopte omschrijving en doel

Het project heeft op korte termijn als doel om de afspraken met de cardiologen over actieve terugverwijzing te hernieuwen. Daarnaast moet ook hier verbreding van het CVRM-zorgprogramma plaats vinden, met als doel alle patiënten met een significant verhoogd cardiovasculair risico onder regie van de huisarts te brengen. Onderdeel van dit programma is een uitbreiding van de consultatiemogelijkheden van specialisten, met name cardioloog en de internist door de huisarts.

Op iets langere termijn resulteert dit in afspraken over shared care met heldere rolverdeling tussen huisarts en internist in die gevallen waar laag frequent een specialistisch onderzoek nodig is om tijdig een dreigende escalatie te herkennen. Nu worden deze patiënten niet in het CVRM-programma opgenomen omdat de specialist als hoofdbehandelaar staat geregistreerd.

Fasering en planning

Wat	Wanneer					
	2012		2013			
	3 ^e kw	4 ^e kw	1 ^e kw	2 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e kw

Projectleider en -team

.....

5.3 Stroom 3: Integratie van de totale zorg per specialisme

Over welke maatregelen hebben we het?

- Met kindergeneeskunde als eerste voorbeeld denken we aan het volledig integreren van de kindergeneeskundige zorg die nu nog gescheiden in de eerste en tweede lijn plaatsvindt.
- Het principe is hetzelfde zoals onder stroom 2 beschreven, waarbij huisartsen en specialisten gezamenlijk zorgprogramma's ontwikkelen en uitvoeren onder de vlag van het GCR, alleen nu niet met betrekking tot een bepaalde aandoening maar met betrekking tot de volledige zorg van betreffend specialistische vakgebied.
- Huisartsen en specialisten maken afspraken over
 - de scope van het vakgebied
 - het medisch beleid van het vakgebied
 - de onderlinge rolverdeling en de samenwerking met anderen
 - gezamenlijke evaluatie van de zorg mede op basis van zorgdata
 - het met elkaar vormen van een organisatorisch verband waarbinnen bovenstaande kan plaatsvinden, en
 - stellen de belangrijkste zorgpaden vast (20/80 regel) en komen per zorgpad tot inhoudelijke en logistieke beschrijving van het zorgproces.
- In deze samenwerking wordt ook de basis gelegd voor een accentverschuiving van 'ZZ naar GG' die in de loop der jaren kan worden ontwikkeld, zoals preventie gezamenlijk aanpakken en naar buiten treden (voorlichting op school, bedrijfsbezoek).
- De ambitie is om naast de kindergeneeskunde in 2013 ook te starten met een soortgelijke aanpak met een of twee andere specialistische vakgebieden zoals de gynaecologie of oogheelkunde. Immers, het langere termijn doel is dat uiterlijk in 2017 met betrekking tot alle specialistische vakgebieden geïntegreerde zorg wordt geboden.

Wat willen we bereiken?

Voor een groot deel worden hier dezelfde doelen nagestreefd als bij de stromen 1 en 2 alleen nu met betrekking tot de volledige patiëntenzorg van een specialistisch vakgebied.

- Huisarts en specialisten werken samen in één geïntegreerd systeem en worden beter aangesproken op hun competenties:
 - huisarts in regierol (heeft overzicht in familiair opzicht) en met zicht op de leefomgeving
 - specialist: verdieping van specifieke probleem
- Zij kennen elkaar beter en er is een lagere drempel om elkaar te consulteren
- Er is een gunstiger ziektebeloop (minder complicaties)
- Meer consultatie, minder verwijzing, snellere terugverwijzing. Op termijn kunnen we ons voorstellen dat de termen verwijzen en terugverwijzen uit beeld verdwijnen, doordat we een volledig integrale shared en stepped care benadering hanteren.
- Door een integraal VIM-systeem worden minder fouten gemaakt en hoeft er minder gecorrigeerd te worden.

Wat willen we voorkomen?

.....

5.3.1 Quick win project 1: snel consulteren

Beknopte omschrijving en doel

Het doel van dit project is afspraken te maken op basis waarvan de huisartsen, bijvoorbeeld tijdens hun spreekuur, snel en laagdrempelig in contact kunnen komen met de medisch specialist voor consultatie.

Daarbij kunnen we denken aan telefonische consultatie van een medisch specialist die hiervoor namens de vakgroep bereikbaar is. Daarnaast kan het ook functioneel zijn wanneer de huisarts gegarandeerd een inhoudelijk reactie krijgt van een vakgroep op een inhoudelijke vraag die minder urgent is, via de mail.

Voorts is de methodiek van het gezamenlijk consult in dit kader een aantrekkelijke werkwijze die in principe met elk specialisme kan worden toegepast³.

Nog in 2012 willen we bereiken dat hierover met minimaal twee medisch specialistische vakgroepen afspraken zijn gemaakt.

Fasering en planning

Wat	Wanneer					
	2012		2013			
	3 ^e kw	4 ^e kw	1 ^e kw	2 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e kw

Projectleider en -team

.....

5.3.2 Project 2: geïntegreerde kindergeneeskundige zorg

Beknopte omschrijving en doel

Dit wordt nog nader ingevuld.

Fasering en planning

Wat	Wanneer					
	2012		2013			
	3 ^e kw	4 ^e kw	1 ^e kw	2 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e kw

Projectleider en -team

.....

³ Zie dissertaties van Vierhout (orthopaedie) Vlek (cardiologie) en Schulpen (reumatologie), alle UM

5.3.3 Project 3: geïntegreerde gynaecologische zorg

Beknopte omschrijving en doel

Dit wordt nog nader ingevuld.

Fasering en planning

Wat	Wanneer					
	2012		2013			
	3 ^e kw	4 ^e kw	1 ^e kw	2 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e kw

Projectleider en -team

.....

5.3.4 Project 4: geïntegreerde zorg

Beknopte omschrijving en doel

Dit wordt nog nader ingevuld.

Fasering en planning

Wat	Wanneer					
	2012		2013			
	3 ^e kw	4 ^e kw	1 ^e kw	2 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e kw

Projectleider en -team

.....

5.4 Stroom 4: het realiseren van de vereiste randvoorwaarden

Over welke maatregelen hebben we het?

- Het ontwikkelen van één patiëntendossier waarin alle diagnostiek zichtbaar is en gegevens uitwisselbaar zijn plus sprake is van een geïntegreerde workflow. Dit is de ambitie voor de langer termijn. Voor de korte termijn gaat het om het realiseren van een zogenaamd huisartsenportaal waarmee huisartsen en specialisten bepaalde diagnostische informatie uit elkaars systemen kunnen raadplegen.
- Toegankelijkheid vanaf iedere werkplek.
- Service voor patiënt: de zorg volgt de patiënt (functionaliteit, locatie).
- Het ontwikkelen en met partijen afspreken van een nieuw bekostigingsstelsel waarin de financiële prikkel om te produceren wordt vervangen door een prikkel om gezondheidswinst voor de adherente populatie te realiseren.
- Het ontwikkelen en uitvoeren van een onderzoeksprogramma om deze gezondheidswinst te kunnen meten en het programma te kunnen evalueren.
- Het opbouwen van een nieuw bedrijfssysteem waarbinnen de geïntegreerde zorgorganisatie na de programmafase structureel georganiseerd kan worden.

Wat willen we daarmee bereiken?

- Dat patiëntinformatie altijd volledig beschikbaar is voor degenen die deze nodig hebben.
- Door het onderzoeksprogramma focus houden op te behalen resultaten.
- Door een nieuw bekostigingsstelsel prikkels weghalen voor 'overbodige' diagnostiek, behandeling en opname en ruimte creëren om 'GG' activiteiten te ontplooiën.
- In z'n algemeenheid willen we bereiken dat de projecten in de eerste drie stromen uitgevoerd kunnen worden omdat de benodigde randvoorwaarden tevens worden gerealiseerd.

Wat willen we voorkomen?

- Dat er obstakels zijn die het realiseren van de projecten in de eerste drie stromen gaan belemmeren.

5.4.1 Project 1: toegang huisarts tot patiëntgegevens via huisartsenportaal

Beknopte omschrijving en doel

Binnen het nieuwe ZIS-EPD van ZRT is een huisartsenportaal beschikbaar op basis waarvan de huisarts toegang kan krijgen tot diagnostische patiëntgegevens. De functionaliteit van dit portaal dient nog op maat gemaakt te worden op basis van een door huisartsen en medisch specialisten op te stellen programma van eisen.

Dit huisartsenportaal zou medio 2013 (?) operationeel moeten kunnen zijn. Dit kan ons helpen, een hefboom zijn, in het ontwikkelen van de samenwerking. Als ECT en ZRT willen we de mogelijkheden hiermee onderzoeken, formuleren waar het aan moet voldoen (programma van eisen) en ook de 'beren' benoemen, zodat we daar oplossingen voor kunnen vinden.

Fasering en planning

Wat	Wanneer					
	2012		2013			
	3 ^e kw	4 ^e kw	1 ^e kw	2 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e kw

Projectleider en -team

.....

5.4.2 Project 2: naar één geïntegreerd patiëntendossier

Beknopte omschrijving en doel

Het gebruik van een huisartsenportaal is een tussenoplossing voor enkele jaren. Voor 2017 gaan we uit van een volledig geïntegreerd patiëntendossier waarbij alle relevante patiëntinformatie inzichtelijk is voor patiënt, huisarts en specialist en men gebruik maakt van dezelfde workflow-ondersteuning.

Fasering en planning

Wat	Wanneer					
	2012		2013			
	3 ^e kw	4 ^e kw	1 ^e kw	2 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e kw

Projectleider en -team

.....

5.4.3 Project 3: uitwerken alternatieve bekostigingssystematiek

Beknopte omschrijving en doel

In nauwe samenwerking met de zorgverzekeraar zullen meerjarige afspraken ontwikkeld worden waarin een alternatieve bekostigingssystematiek wordt uitgewerkt met inkomensgaranties en toepassing van shared savingsprincipes.

Fasering en planning

Wat	Wanneer					
	2012		2013			
	3 ^e kw	4 ^e kw	1 ^e kw	2 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e kw

Projectleider en -team

.....

5.4.4 Project 4: monitoren gezondheidswinst en ombuiging kostenontwikkeling

Beknopte omschrijving en doel

Een onderzoeksopzet zal uitgewerkt moeten worden om de volgende effecten te kunnen gaan meten:

- Ontwikkeling gezondheid regionale bevolking
- Ontwikkeling kosten regionale bevolking
- Effecten per ziektebeeld bijvoorbeeld op basis van PROMS (waaronder patiënttevredenheid)
- Ontwikkeling kosten per diagnose/behandeling
- Substitutie-effecten per verrichtingstype
- Effecten op tevredenheid en motivatie van betrokken artsen en zorgwerkers.

Fasering en planning

Wat	Wanneer					
	2012		2013			
	3 ^e kw	4 ^e kw	1 ^e kw	2 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e kw

Projectleider en -team

.....

5.4.5 Project 5: Continu leren van eigen ervaringen en van anderen?

Beknopte omschrijving en doel

Om dit programmaplan volledig en realistisch uit te werken, is van belang de komende één, twee maanden de aanpak en ervaringen van andere initiatieven goed op een rij te krijgen. Te denken valt aan:

- Besproken initiatieven op congres juni jongstleden van Julius Centrum
- Kinzigtal
- Hoe zien de experimenten van CZ in Zuid-Limburg, Zeeuws-Vlaanderen en de omgeving van Eindhoven eruit?
- Initiatief Universiteit Maastricht (prof. Groot)
- Samenwerking met UMCN / IQ Healthcare en TRANZO onderzoeken!
- Coevorden-Hardenberg
- MCC Omnes / Orbis medisch centrum

Zodra dit programma gaat lopen, blijft het van belang dat we goed vinger aan de pols houden over kennis, ervaringen en inzichten van anderen.

Nog belangrijker is het dat we onze eigen ervaringen regelmatig evalueren en op basis daarvan tot bijstelling komen van afspraken en aanpakken. Hiervoor is een actionlearning achtige benadering geïndiceerd.

Eind 2012 zijn de verkenningen m.b.t. het datamanagement afgerond, is de haalbaarheid onderzocht en is duidelijk met welke samenwerkingspartner onze doelen het best bereikt kunnen worden.

Fasering en planning

Wat	Wanneer					
	2012		2013			
	3 ^e kw	4 ^e kw	1 ^e kw	2 ^e kw	3 ^e kw	4 ^e kw

Projectleider en -team

.....

5.4.6 Project 6: Opbouwen nieuw bedrijfssysteem

In de eerste fasen zullen nieuwe werkwijzen en samenwerkingsverbanden worden ontwikkeld vanuit de tijdelijke programma-organisatie en aansluitend bij de staande organisaties van ECT en ZRT. Denkbaar is dat de anderhalve lijnszorg uiteindelijk structureel georganiseerd zal worden op basis van uitbreiding van samenwerkingscontracten tussen beide organisaties. Aan de andere kant van het continuüm is op langere termijn ook een volledige integratie van beide organisaties mogelijk. Een tussenvariant om een beweging op gang te brengen, is zoals hiervoor geschetst onder de werknaam 'GCR' dat een nieuw organisatieverband wordt opgezet ter aanvulling op het bestaande ECT en ZRT.

Het Jan van Es instituut is van het laatste geen voorstander. Zij zijn beducht voor wat ze noemen "nieuwe silo's". Citaat: "Steeds meer is er sprake van de zogenaamde anderhalvelijnszorg. Dit heeft het risico dat er mogelijk een extra organisatievorm met een eigen bedrijfsvoering wordt gecreëerd. Een eigen bedrijfsvoering leidt dan al weer snel tot een eigen bedrijfsdoelstelling. We zien al allerlei voorbeelden van transmurale centra, gemeenschappelijke bv's van huisartsen en specialisten, etc. Nieuwe managementlagen worden gecreëerd. In onze optiek moet anderhalvelijnszorg geen nieuwe speler worden in de zorg. Het is van belang dat de anderhalvelijnszorg onder de eerste lijns zorg valt en blijft vallen. We dienen te voorkomen dat er nieuwe silo's ontstaan. "

De vraag is of deze zorg van het Jan van Es Instituut terecht is. Het creëren van nieuwe organisatieverbanden kan juist helpen om bestaande patronen en verhoudingen te doorbreken.

In ieder geval is dit een vraag die binnen het programma aparte aandacht verdient. Hoe gaan we de nieuwe vormen van samenwerking en integratie structureel aansturen?

VERTROUWEN

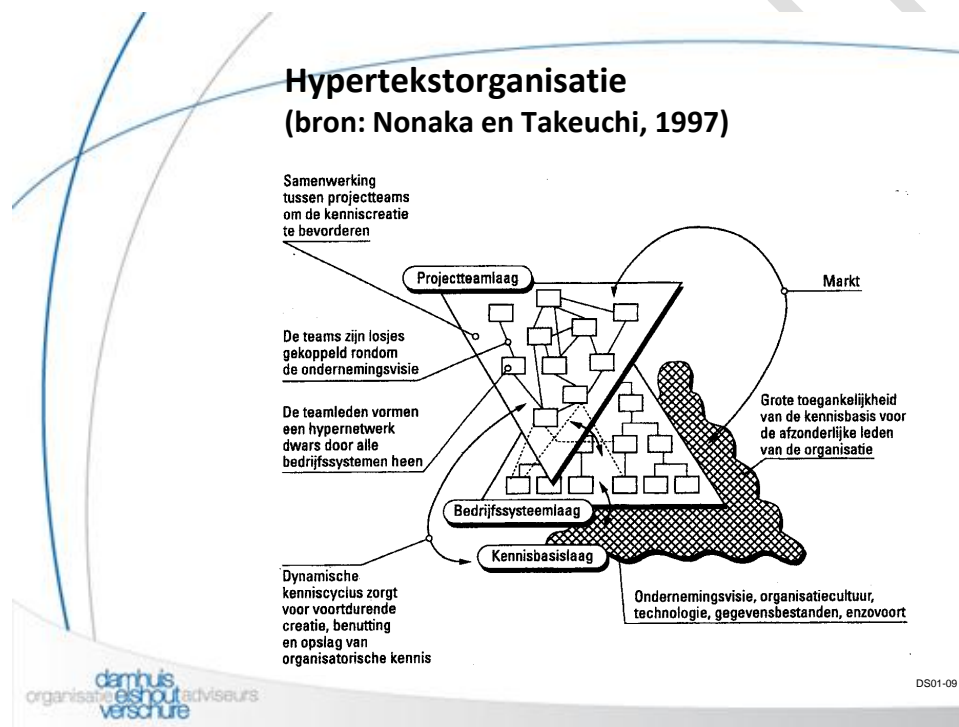
6 HOE STUREN WE DIT ALLES IN DE PROGRAMMAFASE AAN?

6.1 Onderscheid in drie organisatielagen

Bij dit doorbraakprogramma hebben we te maken met drie verschillende lagen van organiseren:

- De bedrijfssysteemiaag: ingericht op efficiënt uitvoeren van routinematige activiteiten op basis van hiërarchische en professionele verhoudingen
- De projectteemiaag: medewerkers worden tijdelijk met elkaar verbonden in het kader van projecten
- De kennislaag: waar kennis aangesproken kan worden en gebundeld wordt, gericht op de behoefte aan die kennis (zoals: innovatie, strategieontwikkeling, specifieke doelgroep)

Medewerkers kunnen tegelijkertijd in meer lagen functioneren.



Het doorbraakprogramma bevindt zich grotendeels in de projectteemiaag. Daarbij is van belang steeds bewust te sturen wanneer een innovatie voldoende is uitontwikkeld en getest zodat deze over kan gaan in de 'lijn' van de bedrijfssysteemiaag. Het onderscheiden van een aparte kennislaag geeft het belang aan om deze laag apart te organiseren en zo specifiek aandacht te hebben voor het creëren, vasthouden en doorontwikkelen van nieuwe kennis en inzichten.

6.2 De sturing van een samenhangend programma van projecten

De leiding van het programma wordt aanvankelijk ingevuld door de beide initiatiefnemers ECT en ZRT, eventueel aangevuld door Menzis, afhankelijk van de rol die de zorgverzekeraar wil vervullen. Deze partijen zullen samen een stuurgroep vormen. Naarmate het programma wordt uitgebouwd en ook andere partijen een actieve rol gaan vervullen, bestaat de

mogelijkheid dat zij worden uitgenodigd ook zitting te nemen in de stuurgroep en daarmee medeverantwoordelijkheid te nemen voor de leiding van het programma.

De diverse stakeholders worden uitgenodigd zitting te nemen in een klankbordgroep waarin zij op de hoogte worden gehouden van de voortgang en worden uitgenodigd mee te denken.

6.3 Een stuurgroep met mandaat

De functie van de stuurgroep is het:

- definiëren van het programma en uitwerken daarvan in een plan van aanpak
- begroten, verwerven en beheren van de benodigde financiële middelen voor het kunnen uitvoeren van het programma
- aansturen van alle projecten die binnen het programma 'anderhalve lijn' worden gedefinieerd, daarbij gericht op
 - definiëren en bemensen van projecten
 - bewaken van de voortgang van en de samenhang tussen de projecten
 - creëren van randvoorwaardelijke condities zoals beschikbaar stellen projectbudget
- het verzorgen van de externe communicatie met stakeholders
- het afleggen van verantwoording naar de achterliggende partijen die als eigenaar fungeren.

Om slagvaardig te kunnen werken is gekozen voor een stuurgroep

- met een relatief compacte omvang (dus geen vertegenwoordigers van stakeholders)
- met bestuurlijke leden die vanuit hun positie in de organisatie die zij vertegenwoordigen voldoende mandaat kunnen organiseren
- met inhoudelijke leden die een goede verbinding hebben met de inhoudelijke projecten en projectleden en die autoriteit zijn op de inhoud van betreffende stroom.

Op grond hiervan komen we tot de volgende opbouw van de stuurgroep:

- een vertegenwoordiger van het bestuur/directie van het ECT
- een vertegenwoordiger van de RvB/stafbestuur van het ZRT
- optioneel: een vertegenwoordiger van Menzis
- een programmaleider
- een vertegenwoordiger per programmastroom
 - uitbreiden behandelmogelijkheden huisarts
 - integratie chronische zorg
 - integratie zorg per specialistisch vakgebied
 - randvoorwaardendie tevens projectleider is van een dominant project binnen deze stroom en de linking-pin verzorgt vanuit deze stroom naar de stuurgroep.

In totaal 7 tot 8 leden.

Met betrekking tot het mandaat van de stuurgroep hebben we te maken met een medische staf van het ZRT wat een onafhankelijk, democratisch orgaan is waarbinnen maatschappen en vakgroepen van het ziekenhuis functioneren met een zekere mate van eigen autonomie. Ook binnen het ECT functioneren verschillende maatschappen waarvoor hetzelfde geldt. Kortom, veel actoren, veel meningen en diverse belangen. Er mag niet verwacht worden dat deze medische staven en maatschappen een algemeen mandaat zullen geven aan vertegenwoordigers in de stuurgroep om besluiten te nemen die gevolgen hebben voor het functioneren van individuele medisch specialisten. De benadering hierbij zal zijn dat per

project en met name per zorgprogramma een selectie van direct betrokken artsen zullen worden uitgenodigd mee vorm te geven aan de inhoud en de resultaten beoordelen.

6.4 Een klankbordgroep met een vertegenwoordiging van stakeholders

De stuurgroep organiseert periodiek bijeenkomsten met afgevaardigden van de volgende stakeholdersgroepen:

- Burgers/patiënten/mantelzorgers (zoals regionale vereniging Zorgbelang)
- Cliëntenraad ECT (io)
- Patiëntenadviesraad ZRT (uitnodigen om mee te denken over op welke wijze als adviseur het beste te kunnen participeren)
- CHV/BV
- VVT organisatie
- gemeente Tiel
- GGD
- Mozaiek welzijn
- Onderwijs
- Jeugdzorg

Deze bijeenkomsten hebben enerzijds een informeren karakter over de opzet en de voortgang van het programma. Anderzijds worden partijen ook uitgenodigd mee te denken en aan te geven bij welke onderdelen zij eventueel actief willen participeren en samenwerken.

6.5 Een adviesraad met deskundigen

Aangezien we met dit programma relatief voorop lopen in de zorgvernieuwing in Nederland, maar juist ook omdat er anderen zijn die ons zijn voorgegaan, kan het meerwaarde hebben een adviesraad te vormen met externe deskundigen. Daarbij denken we aan personen die geen directe betrokkenheid of belang hebben bij het programma, maar vanwege hun ervaring, deskundigheid en rollen op dit terrein waardevolle adviezen zouden kunnen geven over de aanpak. Tevens kunnen deze personen een ambassadeursrol vervullen en meehelpen om het programma uit te dragen.

Mogelijke kandidaten voor adviesraad::

- Hoogleraar (bv. Guus Schrijvers, hoewel inmiddels met emiraat)
- Vertegenwoordiger Ministerie of ZONMW?
- Vertegenwoordiger Jan van Es Instituut
- Vertegenwoordiger ander regionaal programma
- Vertegenwoordiger uit het bedrijfsleven met innovatieexpertise
- Vertegenwoordiger VERO

6.6 Geïntegreerde medische staven per zorgprogramma

Vanuit beide medische staven van ZRT en ECT worden personele unies gevormd van deelstaven per ziektebeeld georiënteerd zorgprogramma en per medisch specialistisch vakgebied waarmee een integratieslag gemaakt gaat worden. Voor 2013 verwachten we dat bij vier tot zes projecten dergelijke unies gevormd gaan worden..

Deze deelstaven krijgen van de medische staven een zeker mandaat om voorstellen van de betreffende projectgroepen te accorderen.

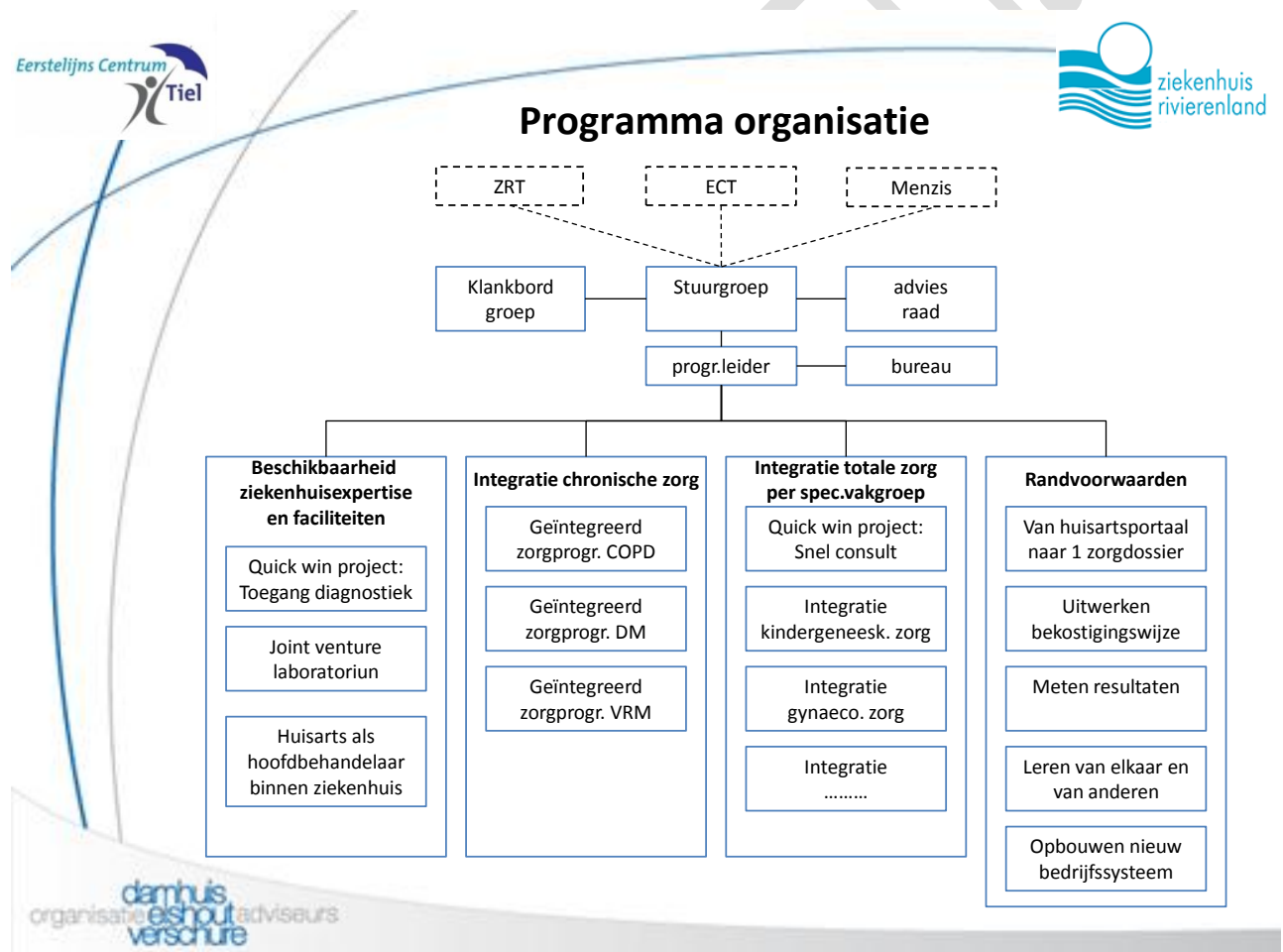
6.7 Een programmaleider en een programmabureau

De stuurgroep en de projectgroepen worden ondersteund door een programmaleider en een programmabureau. De programmaleider verzorgt het algehele management van het programma, bewaakt de samenhang, legt verbindingen en rapporteert aan de stuurgroep. Denkbaar is ook dat de programmaleider binnen de stuurgroep de linking pin vormt naar de vierde stroom 'randvoorwaarden'.

Het programmabureau:

- verzorgt de secretarisrol voor de stuurgroep
- verzorgt de administratie van het programma
- organiseert de kennislaag (inrichten website, organiseren voortgangsbijeenkomsten, verzamelen en beschikbaar stellen van kennis, ...)
- verzorgt de communicatie rondom het programma (waaronder inrichten en uitbouwen van website).

Samengevat in schema:



7 PROGRAMMABEGROTING

In dit hoofdstuk zal een raming worden gemaakt van de projectkosten die gemaakt moeten worden om dit doorbraakprogramma in eerste instantie voor de komende twee jaar uit te voeren:

Omschrijving	2012	2013	2014
Programmabesturing			
Aanloopkosten			
Stuurgroep			
Klankbordgroep			
Adviesraad			
Programmaleider			
Programmabureau			
Stroom 1: uitbreiden mogelijkheden huisarts			
Direct toegang huisarts tot diagnostiek ziekenhuis			
Huisarts als hoofdbehandelaar binnen ziekenhuis			
Joint Venture laboratorium			
Stroom 2: Integratie chronische zorg			
Zorprogramma COPD			
Zorgprogramma diabetes			
Zorgprogramma VRM			
Overige chronische zorg			
Stroom 3: integratie zorg per specialisme			
Quick win: snel consulteren			
Integratie kindergeneeskundige zorg			
Integratie gynaecologische zorg			
Integratie zorg			
Stroom 4: realiseren van randvoorwaarden			
Huisartsenportaal			
Naar één geïntegreerd patiëntendossier			
Nieuwe bekostigingssystematiek			
Effect-onderzoek			

8 HOE VERDER VANAF NU?

Om het initiatief tot onderhavig programma verder te brengen, ligt de beantwoording van de volgende vragen voor:

1. Wat is nodig om een go/no go beslissing te kunnen nemen voor het hele programma of delen ervan?
2. Welke delen van het programma kunnen zonder meer ter hand worden genomen? Welke delen vergen nader informatie/uitwerking?
3. Wanneer inrichten van programmaorganisatie en bemensen van projecten?
4. Is de zorgverzekeraar bereid een rol in te nemen als derde partner naast ECT en ZRT en mede-eigenaar van dit programma te worden?
5. Welke projecten nu met voorrang uitwerken en hiervan een begroting te maken?
6. Afspreken in hoeverre en hoe uitwerken van de businesscase?
7. Afspreken wie en hoe inventariseren ervaringen van andere referentieprojecten?
8. Wanneer en met wie (onderzoeksinstituut, universiteit) contact leggen voor opzet onderzoeksprogramma? Nagaan van subsidiemogelijkheden daarvoor (bv. van ZON)