

Verslag
invitational conference
19 september 2014



‘Juiste prikkelstructuur voor minder ziekenhuisopname- dagen COPD longaanvallen’



LAN

Long Alliantie Nederland

Agendapunten

- 1 > Opening
- 2 > Het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten en de ambitie 25% minder ziekenhuisopnamedagen COPD te realiseren met het landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname
- 3 > Praktijkvoorbeeld: hoe de huidige prikkelstructuur uitpakt bij het werken met een zorgpad COPD longaanvallen dat zorgt voor minder ziekenhuisopnames
- 4 > Mogelijke oplossingsrichtingen voor een betere prikkelstructuur: meer zorgrendement per euro door contractinnovatie
- 5 > Gedachtewisseling
- 6 > Rondvraag en sluiting



LAN

Long Alliantie Nederland

Aanwezigen

- Ab Klink (Coöperatie VGZ UA)
- Alex van 't Hul (Long Alliantie Nederland)
- Anoeska Mosterdijk (VWS)
- Diana Monissen (De Friesland Zorgverzekeraar)
- Eline Tuyn (Achmea)
- Emiel Rolink (Long Alliantie Nederland)
- Flora Mulder (VWS)
- Frank van den Elshout
(Rijnstate Ziekenhuis Arnhem)
- Geertjan Wesseling (NVALT)
- Guusje ter Horst (Long Alliantie Nederland)
- Hans Fiolet (NFU)
- Hans Sijbesma (AstraZeneca)
- Huib Kerstjens (Long Alliantie Nederland)
- Ingrid van der Gun (Long Alliantie Nederland)
- Joost Otte (VGZ)
- José Tijssen (Mediq)
- Jurriaan Propper (Optimedis)
- Karlie van Kuijk (VGZ)
- Kitty de Jong (Evean)
- Lidewij Sekhuis (Long Alliantie Nederland)
- Marcel Joachimsthal (GlaxoSmithKline)
- Mariska Koster (Achmea)
- Michael Rutgers (Longfonds)
- Nathalie Gauthier (Coöperatie VGZ UA)
- Nicolette Huiskes (CZ)
- Patrick Jeurissen (VWS)
- Philippe Salomé (CAHAG)
- Tanya Levy (Coöperatie VGZ UA)



LAN

Long Alliantie Nederland

[Terug naar inhoudspagina](#)

1

Agendapunt 1 Opening



Guusje ter Horst (voorzitter LAN) opent het invitational conference en heet alle aanwezigen van harte welkom. De LAN dankt VGZ voor de gastvrijheid om hier deze bijeenkomst te mogen organiseren.

Voor het verbeteren van de kwaliteit van leven van COPD patiënten werkt de LAN aan het landelijk transmu-raal zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname. Doelstelling is om 25% minder ziekenhuisopnamedagen te realiseren. Een belangrijke belemmering voor de implementatie van dit zorgpad (nog voordat het is ontwik-keld) is de huidige financiële prikkelstructuur voor ziekenhuizen. Tijdens deze? invitational bespreken we HOE de huidige prikkelstructuur uitpakt en –nog belangrijker- welke oplossingen er zijn om gezamenlijk minder ziekenhuisopnames te bereiken. De aanwezigen stellen zich aan elkaar voor.



LAN

Long Alliantie Nederland

[Terug naar inhoudspagina](#)

2

Agendapunt

Het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten en de ambitie 25% minder ziekenhuisopnamedagen COPD te realiseren met het landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname



LAN

Long Alliantie Nederland

[Terug naar inhoudspagina](#)

Het Nationaal Actieprogramma
Chronische Longziekten en de
ambitie 25% minder
ziekenhuisopnamedagen COPD
te realiseren met het landelijk
zorgpad COPD longaanval met
ziekenhuisopname

2



Prof. dr. Huib Kerstjens, secretaris van het bestuur van de LAN tevens covoorzitter van de LAN werkgroep transmuraal Zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname, geeft een presentatie en gaat daarbij in op een drietal zaken: de Long Alliantie Nederland, het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten en het zorgpad.

De LAN is de federatieve vereniging met als doelstellingen het verbeteren van preventie en zorg voor de een miljoen mensen met een longziekte in Nederland. Bij de LAN zijn 35 organisaties aangesloten: patiëntenverenigingen, beroeps- en brancheverenigingen, zorgverzekeraars en bedrijven.

Op vrijdag 10 januari 2014 is het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten (NACL) gestart. Het NACL moet zorgen voor verbetering van preventie en zorg voor longpatiënten, met meer doelmatigheid en meer arbeidsparticipatie. Zo blijft de longzorg betaalbaar. Het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten heeft de volgende vijf doelen te bereiken in vijf jaar:

1. 25% minder ziekenhuisopnamedagen astma en COPD;
2. 15% vermindering verloren werkdagen door longziekten;
3. 20% meer rendement van inhalatiemedicatie;
4. 25% minder kinderen die beginnen met roken;
5. 10% minder doden door astma en COPD.

Het NACL is een netwerkprogramma: alle organisaties in Nederland die (direct of indirect) een bijdrage leveren aan de doelen van het NACL zijn uitgenodigd mee te werken. Door meer samenwerking kan synergie worden bereikt om zo de ambitieuze doelen van het programma te behalen. Het programma wordt gesteund door het Ministerie van VWS, het Innovatiefonds Zorgverzekeraars en het Longfonds. De Long Alliantie Nederland coördineert het NACL. Finland heeft model gestaan voor het NACL. In Finland zijn goede resultaten bereikt met daling van het aantal rokers, stabilisatie van het aantal mensen met een longziekte (tegen stijging in de rest van de wereld, inclusief Nederland) met minder ziekenhuisopnamedagen en meer arbeidsdeelname van longpatiënten.

In Nederland is de helft van de zorgkosten voor COPD een direct gevolg van longaanvallen met ziekenhuisopname. Een van de activiteiten uit het NACL is de ontwikkeling van het landelijk zorgpad COPD

Het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten en de ambitie 25% minder ziekenhuisopnamedagen COPD te realiseren met het landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname

2



longaanval met ziekenhuisopname. In Nederland zijn circa 320.000 mensen met COPD. Jaarlijks liggen COPD patiënten in totaal meer dan 200.000 dagen in het ziekenhuis als gevolg van longaanvallen (exacerbaties). 5% betreft ziekenhuisopnamedagen op de Intensive Care.

Heropnames komen zeer veel voor. Circa de helft van de patiënten die met een longaanval in het ziekenhuis wordt opgenomen, wordt binnen één jaar één of meerdere malen opnieuw in het ziekenhuis opgenomen met een longaanval. Het is de bedoeling in de komende jaren het zorgpad inhoudelijk te ontwikkelen, uit te testen in zes pilotregio's (bestaande uit ziekenhuis en eerstelijns) en daarna landelijk toe te passen. Parallel aan de ontwikkeling van het zorgpad wordt ook de richtlijn COPD longaanval met ziekenhuisopname ontwikkeld, dankzij financiële steun van de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS). Deze richtlijn maakt onderdeel uit van het (ziekenhuisdeel van het) zorgpad.

De LAN heeft het initiatief voor dit invitationale conference genomen omdat de huidige prikkelstructuur niet bijdraagt aan het verminderen van het aantal ziekenhuisopnamedagen. Ziekenhuizen worden betaald per opname en minder opnames betekent minder inkomsten, terwijl de kosten hetzelfde of zelfs hoger zijn door intensievere zorg. De presentatie van

Kerstjens sluit af met het benoemen van een aantal dilemma's:

- **Ziekenhuisdirectie:** als COPD circa 30% van de longen-opnamen zou betreffen, dan is 25% reductie een flinke aderlating voor ziekenhuis en maatschappij.
- **Huisarts;** als 25% minder opnamedagen bijvoorbeeld voor de helft gehaald zou worden door voorkomen opnames, wat betekent dat wel niet voor de 1e lijn?
- **Longarts:** waarom zou ik hard werken aan een programma dat me extra tijd en energie kost, en indien succesvol, mij inkomen kost?
- **Allen:** als we transmuraal willen gaan werken, is daarvoor geen bekostigingsmodel

De aanwezigen wisselen van gedachten over de dilemma's en constateren dat deze dilemma's inderdaad spelen en met een succesvol zorgpad nog meer actueler worden.

3

Agendapunt

Praktijkvoorbeeld: hoe de huidige prikkelstructuur uitpakt bij het werken met een zorgpad COPD longaanvallen dat zorgt voor minder ziekenhuisopnames



LAN

Long Alliantie Nederland

[Terug naar inhoudspagina](#)

Praktijkvoorbeeld:
hoe de huidige prikkelstructuur
uitpakt bij het werken met een
zorgpad COPD longaanvallen
dat zorgt voor minder
ziekenhuisopnames

3



Drs. Tim Roldaan, is directeur bij de MC Groep. Onder deze groep vallen het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam en de IJsselmeerziekenhuizen in Lelystad.

Roldaan bespreekt het zorgpad COPD dat in de regio Lelystad is ontwikkeld in samenwerking tussen het ziekenhuis en de eerstelijn door het Medisch Coördinatiecentrum Flevoland. In eerste instantie is het zorgpad ontwikkeld, daarna is het in een pilotfase uitgetest en daarna is de aanpak verder uitgebreid in projectvorm. Aanleiding voor deze aanpak vormde de benchmark ziekenhuisopnames van Achmea. Daaruit bleek dat de regio Flevoland sterk bovengemiddeld scoorde met COPD ziekenhuisopnames.

Dit zorgpad heeft er voor gezorgd dat op een hele andere wijze wordt omgegaan met mensen die door hun COPD met een longaanval in het ziekenhuis worden opgenomen. Geanalyseerd is welke mensen zorgen voor de meeste ziekenhuisopnames patiënten (55 mensen zorgden voor 162 ziekenhuisopnames) en een deel van deze groep is vervolgens veel intensiever behandeld, onder meer door betere samenwerking tussen ziekenhuis en de eerstelijn, door een coach die de patiënt al tijdens de opname in het ziekenhuis bezoekt en daarna ook meerdere malen thuis begeleidt. Intensievere behandeling is er ook door fysiotherapiebehandelingen die al bij de patiënt thuis starten.

De aanpak met het zorgpad heeft positieve effecten. De kwaliteit van leven van de groep “draaideur” COPD patiënten is verbeterd, mensen voelen zich minder eenzaam (onder meer door inzet van welzijn), hebben meer kennis over hun ziekte, weten beter waarom en hoe hun medicatie te gebruiken, en zijn beter in staat om voor zichzelf te zorgen. Ook is er een positief resultaat met veel minder ziekenhuisopnames. In deze groep patiënten daalde het aantal opnames met 64%. De opnameduur is daarbij redelijk constant gebleven.

Roldaan gaat in op de financiële kant van het verhaal. Voor de opzet en uitvoering van de pilot hebben Achmea, de MC Groep een bijdrage geleverd van in totaal circa 190.000 euro. Dit zijn voornamelijk incidentele kostenposten voor projectorganisatie en training van verpleegkundigen. Door ICARE (thuiszorg) is een bijdrage geleverd van 110.000 euro vanuit de Advies, Instructie, Voorlichtingsgelden. Dit is een tijdelijke oplossing; structureel wordt er nog gezocht naar een goede oplossing om deze terugkerende kosten te dekken.

De besparingen die zijn gerealiseerd bedragen 4000 euro per ziekenhuisopname. Door de pilot en het project zijn tussen de 73 en 97 heropnames voorkomen. In totaal gaat het hiermee om een besparing van

Praktijkvoorbeeld:
hoe de huidige prikkelstructuur
uitpakt bij het werken met een
zorgpad COPD longaanvallen
dat zorgt voor minder
ziekenhuisopnames

3



tussen de 292.000 en 389.000 euro per jaar. Gemiddeld ongeveer 340.000 euro besparing per jaar voor de verzekeraars. Ofwel 340.000 euro per jaar minder inkomen voor het ziekenhuis.

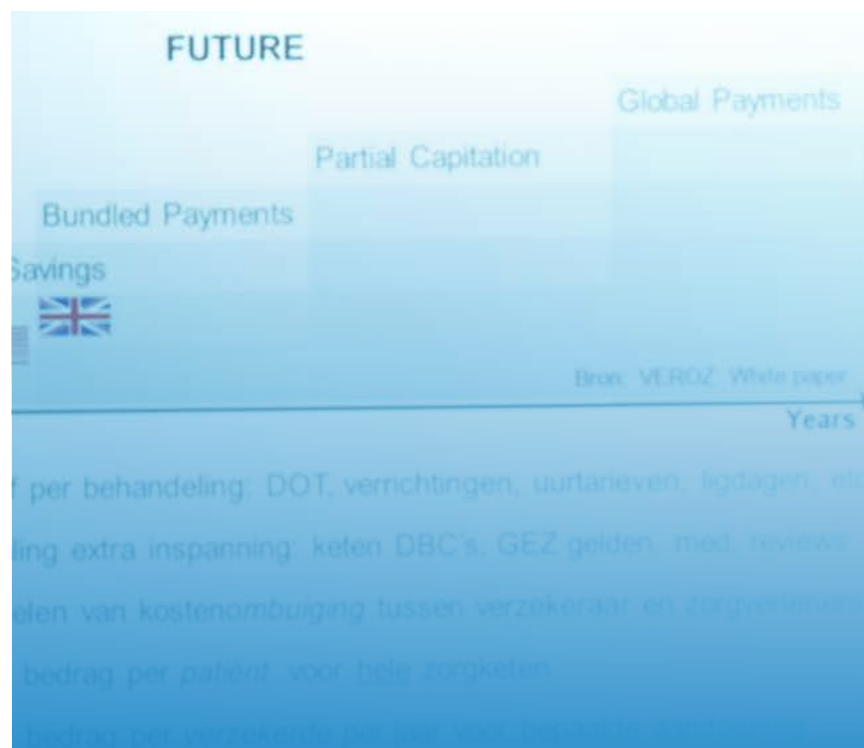
De aanwezigen bespreken de rol van de huisarts. Opvallend is dat bij deze groep ernstige COPD patiënten een geringe rol voor de huisarts is weggelegd. Niet duidelijk is of dat in Flevoland komt door de zorgzwaarte van de patiënten of doordat de huisartsen bij de start van het project niet waren

betrokken. Ervaring elders laat zien dat thuiszorg en ziekenhuis wel de ernstige COPD patiënten zien, maar dat deze niet door de huisarts worden gezien. Ook bij klachten wordt vaak direct contact opgenomen met het ziekenhuis en niet eerst met de huisarts.

4

Agendapunt

Mogelijke oplossingsrichtingen voor een betere prikkelstructuur:
meer zorgrendement per euro door contractinnovatie



LAN

Long Alliantie Nederland

[Terug naar inhoudspagina](#)

Mogelijke oplossingsrichtingen
voor een betere
prikkelstructuur:
meer zorgrendement per euro
door contractinnovatie

4

Ir. Marcel Joachimsthal, General Manager GSK Nederland en Jurriaan Pröpper, Optimedis presenteren samen over mogelijkheden voor het realiseren van meer zorgrendement per euro. Hiervoor zijn innovatieve contracten nodig. Mogelijkheden worden geschetst aan de hand van succesvolle buitenlandse voorbeelden, en oplossingsrichtingen worden geïllustreerd aan de hand van lopende pilots in Nederland.

Joachimsthal gaat in op het VEROZ rapport “meer zorgrendement per euro vereist contractinnovatie” dat onlangs door Diana Monissen vanuit het bestuur van VEROZ is aangeboden aan Minister Schippers.

In het VEROZ rapport is de huidige zorgcontractering in Nederland geanalyseerd en werden de volgende knelpunten geïdentificeerd:

- Productie prikkels wat je betaalt krijg je, zeker zonder uitkomstmeting
- Overaanbod kan ongewenste vraag creëren
- Inefficiënte organisatie van de zorg (e.g. silo's)
- Weinig samenwerking tussen en binnen alle geledingen
- Bureaucratie en micro management
- Zorg en ziekte in plaats van gezondheid en gedrag
- Weinig betrokkenheid van patiënt (aanbod gestuurd)
- Geen heldere ethische keuzes

Centraal bij de andere / nieuwe contractvormen



De gedachte bij ‘Triple Aim’ is dat betere zorgresultaten leiden tot betere klantervaring en motivatie en vervolgens tot lagere zorgkostengroei per verzekerde. Er zijn drie randvoorwaarden:

1. Er moet sprake zijn van een duidelijk afgebakende doelgroep,
2. De randvoorwaarden moeten zijn geschapen zodat het kan worden uitgevoerd en
3. Er is een integrator: een organisatie/persoon die de regie heeft. Voor het realiseren van ‘Triple Aim’ is contractinnovatie nodig.

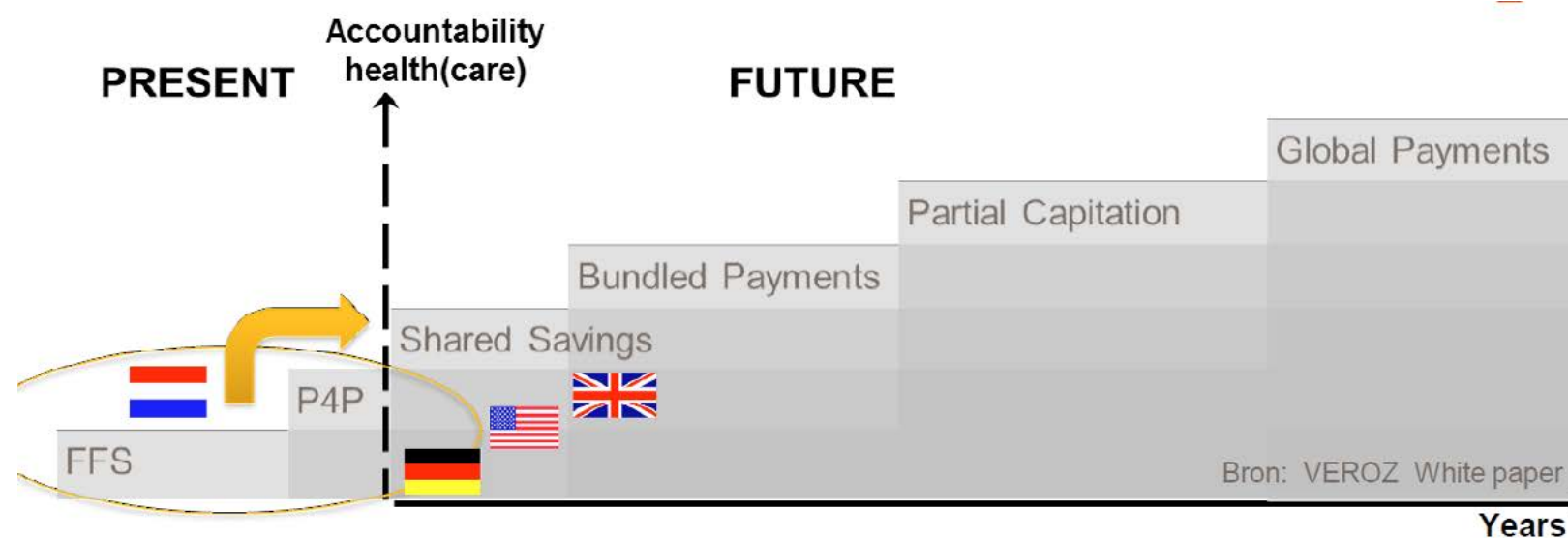
Mogelijke oplossingsrichtingen
voor een betere
prikkelfstructuur:
meer zorgrendement per euro
door contractinnovatie

4



Omdat kosten en baten niet over het hele keten worden beschouwd maar op het niveau van schakel (organisatie) in de keten zijn veranderingen vereist. Contractinnovatie voorziet in de mogelijkheid tot het maken van meerjaren afspraken over het reduceren van de groeiende zorgvraag door het betalen van zorguitkomsten.

Ingegaan wordt op de modellen die in Duitsland, Verenigde Staten en Verenigd Koninkrijk zijn ingevoerd. Opvallend is dat het model in Duitsland succesvol werkt, maar beperkt blijft tot een kleine regio. Het Britse model is in een regio uitgetest en zorgt voor goede afstemming tussen curatieve en langdurige zorg. Op dit moment wordt het concept steeds meer landelijk toegepast en ook de NHS is hierbij betrokken in het Verenigd Koninkrijk.



- **Fee For Service:** tarief per behandeling: DOT, verrichtingen, uurtarieven, ligdagen, etc
- **Pay for Performance:** betaling extra inspanning: keten DBC's, GEZ gelden, med. reviews
- **Shared Savings:** verdelen van kostenomhuiging tussen verzekeraar en zorgverleners
- **Bundled Payments:** vast bedrag per *patiënt* voor hele zorgketen
- **Partial Capitation:** vast bedrag per *verzekerde* per jaar voor bepaalde aandoening
- **Global Payments:** vast *totaal* budget per *verzekerde* per jaar voor deel verzekerden

Mogelijke oplossingsrichtingen
voor een betere
prikkelstructuur:
meer zorgrendement per euro
door contractinnovatie

4

Pröpper gaat vervolgens in op ervaringen die worden opgedaan in Nederland. De huidige systematiek van zorgbekostiging staat haaks op de gedachte van de triple aim.

Kanteling botst met huidige manier van contracteren



Afspraken over uitkomstbekostiging en shared savings zijn nodig om van proeftuinen in Nederland een succes te kunnen maken. Nu zijn deze afspraken er nog niet.

Op meerdere plaatsen in Nederland wordt een begin gemaakt met contractinnovatie, vooral in de provincie Friesland onder meer met betrokkenheid van Pröpper. De ervaringen die worden opgedaan, worden zo goed mogelijk verzameld, verspreid en uitgerold. In Friesland en elders in Nederland worden proef-regio's ontwikkeld waar transmurale contracten

worden afgesloten met afspraken over gezondheidsverbetering, patiëntervaring en substitutie. Hierbij wordt voortgebouwd op de activiteiten die al zijn uitgevoerd in de afgelopen jaren in het “Friesland Voorop” programma. De ambitie is om uiteindelijk in meer regio's voor meer aandoeningen meerdere contractvormen te ontwikkelen, te implementeren en te optimaliseren.

Voor COPD en astma wordt in de regio Nijkerk een transmuraal Partial Capitation contract en programma gerealiseerd. Centraal staan het verbinden van mensen en organisaties voor het voorkomen van ziekte en opnames. In de regio wordt geprobeerd door allerlei activiteiten gezondheidswinsten te bereiken en daarmee zorgkosten te verminderen. De besparingen op zorgkosten worden vervolgens weer ingezet voor preventie, innovatie en organisatie. Belangrijk hierbij is dat uitkomsten en inspanningen worden gemeten en vergeleken binnen een integraal transmuraal contract, want als je andere uitkomsten wilt: moet je andere afspraken maken.

5

Agendapunt



Gedachtewisseling



LAN

Long Alliantie Nederland

[Terug naar inhoudspagina](#)

De aanwezigen wisselen met elkaar van gedachten over de definiëring van het probleem, de oplossingsrichtingen en wat en wie nodig zijn voor de concrete uitwerking van deze oplossing.

De eerste conclusie is dat de huidige prikkelstructuur geen positieve bijdrage levert aan minder ziekenhuisopnamedagen. Om minder (her)opnames te bereiken is intensievere zorg (zowel in het ziekenhuis als in de eerste lijn) nodig, maar dit levert ziekenhuizen financieel minder inkomsten op. Ziekenhuizen hebben budgetten die nauwelijks groeien. De toenemende zorgvraag dwingt ziekenhuizen ‘vanzelf’ te werken aan minder ziekenhuisopnames en kortere opnames. Echter: een positieve prikkel voor ziekenhuizen wordt als kansrijker gezien om minder ziekenhuisopnames te bereiken en enthousiasme te creëren.

Het is nuttig ervaringen op te doen met nieuwe contractvormen. Pilotsettings zijn daar geschikt voor, omdat het risico bij nieuwe contractvormen is dat ook daar (soms na enige tijd) sprake blijkt van perverse prikkels en onvoorziene uitkomsten. Systeemkenmerken dienen te voren goed bekend te zijn. Goed inzicht in de werking van de contractvorm is noodzakelijk omdat er anders na verloop van tijd blijkt dat er bijvoorbeeld overconsumptie en overdiagnostiek

plaatsvinden. Inzicht in de data is een vereiste. Bij het invoeren van nieuwe contractvormen zijn vooraf goede afspraken nodig over welke patiënten worden geïncludeerd en welke uitkomsten moeten verbeteren op het niveau van individuele patiënt en het collectief.

Voor zorgverzekeraars zijn meerdere overwegingen van belang.

1. Omdat er sprake is van concurrentie tussen zorgverzekeraars is het afsluiten van meerjarencontracten lastiger, omdat daarmee ook de zorgpremie van de betreffende zorgverzekeraar voor meerdere jaren vast komt te liggen en er niet meer goed kan worden gereageerd op concurrerende zorgverzekeraars.
2. Zorgaanbieders werken in de regel voor meerdere zorgverzekeraars tegelijk en sluiten derhalve met meerdere zorgverzekeraars contracten. Voor een zorgverzekeraar is het lastiger om zich te profileren met betere zorg. In die zin is de gedachte achter verticale integratie (van verzekeraar en zorgaanbieder) begrijpelijk omdat de zorgverzekeraar zich er mee kan onderscheiden.
3. Het hebben van een “eigen” regio bevordert contractinnovatie. De Friesland Zorgverzekeringen heeft een groot marktaandeel in Friesland en is daardoor



in staat om contractinnovatie in de praktijk te brengen. Voor de ambities uit Friesland Voorop (Samen zorg goed & betaalbaar houden) is meerjaren commitment uitgesproken. Gezamenlijk is bepaald hoeveel minder ziekenhuisopnames moeten worden bereikt. Zaken die hierbij een rol spelen zijn: consultatie in de eerstelijns van de tweedelijns, betere diagnostiek, exacerbatiereductie in de eerstelijns door de tweede lijn er in op te nemen. De winst van minder opnames (her)investeren in versterking eerste lijn en preventie. Zo is een longarts actief in het verder toerusten van de eerstelijns voor behandeling van mensen met astma en COPD (onder meer op het gebied van diagnostiek).

4. Er is een macrobudgettair probleem, besparingen in de tweede lijn zijn noodzakelijk. Onder andere goede LTA's (Landelijke Transmurele Afspraken) zijn nodig.
5. Contractvormen alleen zijn ook niet de oplossing. Er zijn verdere stappen nodig.
6. De kolom welzijn (WMO gemeenten) dient veel meer betrokken te worden. Er zijn daar op dit moment nog geen goede systemen voor om die te verbinden. Met name omdat thuiszorg uit de WMO wordt betaald is het essentieel dat deze verbinding wordt gelegd.

Vanuit de overheid worden de volgende zaken van belang geacht.

1. Meerjaren contractering vraagt een meerjaren commitment van zorgverzekeraars en zorgverleners. Mededingingsrechtelijk is er wellicht een probleem bij een meerjarencontract: want als er een nieuwe zorgaanbieder op de markt komt: kan deze een contract krijgen? Dit zal moeten worden opgehelderd om te kunnen voldoen aan de tweede randvoorwaarde bij Triple Aim.
2. Een verbinding tussen kostenperspectief en medisch kwaliteitsperspectief is nodig. Hiertoe dienen er drie dingen te gebeuren: 1. Een set duidelijke (operationele) inclusiecriteria dient te worden opgesteld. 2. Uitkomstindicatoren zijn nodig die de kwaliteit van de zorg echt beter maken. 3. Het "prestatiebegrip" uit de Zorgverzekeringswet gaat nu uit van individuele zorgverlening, deze dient (ook) een meer collectieve invulling te krijgen. Wettelijk is deze invulling nog niet verankerd.

Voorts worden de volgende overwegingen ingebracht in de gedachtewisseling.

1. Als je bepaalt dat er minder tweedelijns zorg nodig is, dan is het van belang deze tweedelijnszorgcapaciteit af te bouwen. Een zorgverzekeraar moet soms andere zorg willen inkopen. Daarbij is de inhoud



leidend: wat wel en niet doen bij patiënten? Bij COPD is het in het ziekenhuis behandelen van patiënten een ondoelmatige oplossing omdat het probleem zelf niet wordt opgelost. Om heropnamen te voorkomen zijn communicatie / overdracht van belang, alsmede meer inzet van vroege revalidatie. Daarbij is het belangrijk dat de juiste mensen revalideren: mensen die vooruitgang kunnen boeken.

2. Er is een variatie in opstelling van zorgverleners. Er zijn ziekenhuizen die wel willen meewerken en ziekenhuizen die meer hun hakken in het zand zetten.
3. In het kader van de ontwikkeling van het transmu-raal zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisop-name worden zes pilotregio's geworven die als eer-ste aan de slag gaan met het zorgpad. Bij voorkeur zijn de pilotregio's geografisch verspreid en is er in elke pilotregio een andere zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel. De huidige indruk is dat veel regio's zich aan zullen melden.

Wat de LAN betreft gaan er straks meer dan zes pilot regio's aan de slag, waarbij een aantal pilotre-gio's (naast de inhoud van het zorgpad) ook aan de slag gaat met een innovatieve contractvorm.

De pilotregio's bieden aanknopingspunten voor allen en in het bijzonder voor de zorgverzekeraars te gaan oefenen met andere contractvormen. De ervaringen die worden opgedaan kunnen worden vergeleken met de pilotregio's zonder innovatieve contractvorm en worden benut voor andere ziekte-beelden en populaties.

4. Van belang is de succesfactoren goed in kaart te krijgen, zoals de mogelijkheden voor opschaal-baarheid in de toekomst (wat gaat echt het verschil maken?) en het vooraf smeden van vertrouwen in groepen en regio's.



6

Agendapunt



Rondvraag en sluiting



LAN

Long Alliantie Nederland

[Terug naar inhoudspagina](#)

Rondvraag en sluiting

6

Tanya Levy en Ab Klink ontvangen van Guusje ter Horst de nieuwste landelijk uniforme inhalatieprotocollen



De Long Alliantie Nederland heeft deze bijeenkomst georganiseerd omdat het 25% minder ziekenhuisopnamedagen COPD wil realiseren. De huidige prikkelfstructuur vormt een barrière om dit te bereiken en er is de LAN veel aan gelegen deze barrière weg te werken, voordat het zorgpad COPD langaanval met ziekenhuisopname over enkele jaren landelijk wordt uitgerold.

De LAN ziet deze bijeenkomst als een eerste stap en is verheugd te zien dat er bij allen een gezamenlijk besef is dat we deze barrière moeten slechten. De LAN zal een werkgroep instellen waar allen hier aanwezig zich voor kunnen aanmelden. Deze werkgroep zal de komende periode:

- Lopende en startende ervaringen met contractinnovatie en meerjarenafspraken verzamelen en bundelen
- Aanhaken bij landelijke ontwikkelingen en / of ontwikkelingen in andere ziektebeelden en populaties.
- bekijken wat de mogelijkheden zijn om (op een behapbare wijze) in de pilotregio's voor het Zorgpad COPD te werken met contractinnovaties. De ambitie van de LAN is om het aantal van zes pilotregio's waar een bescheiden financiering is uit te breiden om ook een vergelijking tussen regio's met en zon-

der contractinnovatie mogelijk te maken. In regio's die aan de slag willen met contractinnovatie concrete implementatiestappen voorbereiden, zoals het bouwen van vertrouwen, zoeken van de “initiator” en het bevorderen dat afspraken worden gemaakt.

- Nadenken over de landelijke opschaling van pilots
- Na enige tijd zal de bredere groep (vandaag aanwezig) worden betrokken.

Aanmelden voor de projectgroep kan bij Emiel Rolink van de Long Alliantie Nederland.
rolink@longalliantie.nl

Tanya Levy en Ab Klink ontvangen van Guusje ter Horst de nieuwste landelijk uniforme inhalatieprotocollen die zijn ontwikkeld in het kader van het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten. Deze inhalatieprotocollen zijn te vinden op www.inhalatorgebruik.nl en dankzij steun van VGZ ontwikkeld. Guusje ter Horst dankt de aanwezigen voor aanwezigheid en inbreng en sluit de bijeenkomst.