



De vijf van Zilveren Kruis: Hoe brengen we zorg dichterbij?

Datum: maart 2022

De visie van Zilveren Kruis op het waarmaken van de juiste zorg op de juiste plek door een concretisering naar zorgfuncties die bijdragen aan het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg.

I. Verkiezingsmanifest “De vijf van Zilveren Kruis”

Begin 2021 publiceerde Zilveren Kruis haar verkiezingsmanifest met vijf essentiële veranderingen om gezondheid en zorg dichterbij te brengen. Vijf veranderingen die ervoor zorgen dat iedereen ook in de toekomst toegang heeft tot goede en betaalbare zorg. Vijf veranderingen die leiden tot meer gezondheidswinst voor alle Nederlanders. Voor meer kwaliteit van leven én meer kwaliteit van zorg. Voor meer zorg op maat, meer preventie en minder zorgkosten. Vijf veranderingen die in samenhang zorgen dat mensen de juiste zorg op de juiste plek (JZoJP) ontvangen.

1. Verbeter de gezondheid. Voor wie het nodig heeft. Waar het kan. Hoe dan ook.
2. Intensiveer de samenwerking in zorgnetwerken voor betere gezondheid én zorg.
3. Laat ouderen en mensen die langdurig afhankelijk zijn van zorg zo lang mogelijk thuis wonen.
4. Versnel de beweging van zorg naar huis door digitale zorg en thuisbehandeling.
5. Versterk de samenwerking tussen eerstelijns- en acute zorg.

Het manifest is bedoeld voor iedereen en heeft veel waardevolle en positieve reacties opgeleverd.

Er waren ook verzoeken om een nadere uitwerking:

- Wat betekent dit voor de manier waarop wij onze verantwoordelijkheid nemen in de regio's waar Zilveren Kruis verantwoordelijk is voor de herziening van het zorglandschap?
- En hoe vertaalt zich dat naar ons inkoopbeleid in de komende jaren?
- Kortom, hoe brengen we de zorg dichterbij voor iedereen?

II. Context: De juiste zorg op de juiste plek

Het zorglandschap vraagt om verandering

De gezondheidszorg in Nederland staat voor grote uitdagingen. Door demografische en technologische ontwikkelingen stijgt en verandert de zorgvraag en de kosten die daarmee samenhangen de komende jaren stevig. Daarbovenop is het tekort aan personeel in de zorg nu al groot en dit zal, mede door de toename aan zorgvraag, alleen maar verder toenemen. Tot slot is van veel zorg nog onduidelijk welke toegevoegde waarde het heeft en voor wie. Dit tezamen maakt dat het onhoudbaar is om de zorg te blijven leveren op de manier waarop deze nu geleverd wordt. Niet alleen het perspectief van betaalbaarheid, maar ook toegankelijkheid en kwaliteit staan onder druk. Er is een breed gedragen besef en gevoel van urgentie dat dit vraagt om een transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek (op het juiste moment). De essentie van de juiste zorg op de juiste plek is:

- **Voorkomen** van (duurdere) zorg (door preventie van leefstijl gerelateerde gezondheidsproblemen en inzet op gepast gebruik);
- **Vervangen** van zorg (door andere zorg zoals e-health);
- **Verplaatsen** van zorg (dichterbij mensen thuis).

Breed draagvlak voor transformatie, maar concretisering is lastig

In de huidige hoofdlijnenakkoorden (MSZ, GGZ, Eerstelijnszorg en Wijkverpleging (V&V)) hebben partijen zich nadrukkelijk gecommitteerd om deze transformatie vorm te geven. Voor de Wlz is dit commitment verwoord in Zorgkantoren Profiel 2021. Ook zijn de maximaal beschikbare budgettaire middelen afgestemd op het succesvol realiseren van deze transformatie. En verschillende partijen, zoals de NZa, ZiNL, IGJ en het RIVM hebben JZoJP onderdeel gemaakt van hun (strategische) plannen. Het principe van JZoJP inspireert en heeft veel draagvlak onder de partijen, die in de regio en landelijk aan zet zijn om hier handen en voeten aan te geven. Er zijn veel voorbeelden van projecten die bijdragen aan voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg.

Maar daarmee is de transformatie nog géén feit. Het vraagt van alle partijen dat ze vanuit hun rol in het zorgstelsel invulling geven en blijven geven aan het vormgeven van de noodzakelijke transformatie. Daarbij is er behoefte aan versnelling van de transitie door opschaling van succesvolle (regionale) initiatieven.

De concretisering naar het **wat** en **hoe** blijkt in de praktijk lastig. Dat speelt enerzijds bij de vertaling van regiobeelden naar een gewenst zorgaanbod in een regio en anderzijds naar de vraag hoe succesvolle innovaties die bijdragen aan gepast gebruik volgens de principes van JZoJP in de ene regio opschaalbaar zijn naar een andere regio. Voor gepast gebruik van zorg is overigens nadrukkelijk meer nodig dan alleen een transformatie van het regionale zorglandschap: het gaat ook het leveren van zorg die bewezen effectief is, het niet leveren van zorg die niet of minder (kosten-)effectief is en het onderzoeken van zorg waarvan de effectiviteit nog onvoldoende vast staat.

Zilveren Kruis neemt haar verantwoordelijkheid in kernregio's¹

Zilveren Kruis wordt regelmatig gevraagd om een vergezicht op JZoJP en welk soort innovaties wenselijk zijn. Dat is terecht. Zorgaanbieders hebben behoefte aan een langetermijnperspectief op wat JZoJP gaat betekenen voor hun organisatie. Patiënten-consumentenorganisaties en andere stakeholders willen weten wat het gaat betekenen voor patiënten en wat (landelijk) nodig is aan randvoorwaarden?

Met deze visie op het concretiseren van JZoJP wil Zilveren Kruis een bijdrage te leveren aan de versnelling van voorkomen, vervangen en verplaatsen van zorg. Belangrijk uitgangspunt daarbij is dat JZoJP nadrukkelijk niet van één partij is. Het gaat over een samenspel tussen verzekeren, zorgaanbieder(s), financiers, zorginkopers en andere betrokkenen zoals gemeenten.

Zilveren Kruis stimuleert en faciliteert partijen om zelf invulling te geven aan de transformatie en neemt nadrukkelijk regie waar toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van (acute) zorg in het geding is of dreigt te komen. Onze basis

¹ Dit zijn regio's waar Zilveren Kruis een zorgkantoor heeft, de huisartsenzorg onder contract heeft en als eerste zorgverzekeraar een samenwerkingsagenda heeft met de gemeente(s).

is een domein overstijgende visie op gewenste samenhang van zorg, welzijn en langdurige zorg en de samenwerking met de gemeente. Dat omvat nadrukkelijk ook veel beleidsterreinen waar de gemeente een rol heeft, omdat een deel van de toenemende zorgvraag een sociale achtergrond heeft. Zo leiden langdurige armoede, schulden, eenzaamheid en beperkte gezondheidsvaardigheden tot een hogere zorgvraag. Maar ook woonomstandigheden en het levensloopbestendig maken van woningen zijn noodzakelijke randvoorwaarden voor een duurzame transformatie. Gezondheid is daarmee breder dan alleen de afwezigheid van ziekte. Alles telt mee. We noemen dit gezondheid als totaalplaatje.

De focus ligt daarbij in eerste instantie op onze kernregio's. Met deze focus leggen we de basis voor de landelijke transformatie, omdat we onze regionale ervaringen vertalen naar landelijk inkoopbeleid.

III. Concretisering: Van kerntransities naar zorgfuncties

Uitgangspunt is dat JZoJP bijdraagt aan het duurzaam betaalbaar houden van zorg. Concreet onderscheiden wij **vijf kerntransities** waarmee we Juiste Zorg op de Juiste Plek gaan realiseren. Per kerntransitie is beschreven hoe de transitie bijdraagt aan JZoJP en welke zorgfuncties daar vervolgens voor gerealiseerd moeten worden.

De zorgfuncties zijn onderstreept in de tekst. In deze zorgfuncties wordt geborgd dat de zorg aansluit bij overkoepelende behoeften van de doelgroep, zodat concrete handvaten worden geboden voor de belangrijkste gezondheidsdoelen van de doelgroep.

1. Verbeter de gezondheid. Voor wie het nodig heeft. Waar het kan. Hoe dan ook

Wat is het?

Gezondheid is meer dan niet-ziek zijn. Het vraagt meer dan zorg. Het is ook lekker in je vel zitten. Mentaal weerbaar zijn. Bewegen en gezond eten. Kunnen bouwen op de mensen om je heen. Je thuis en veilig voelen in je eigen buurt of wijk. Een sociaal probleem uit zich vaak in een gezondheidsprobleem en een vraag naar medische zorg. De meeste gezondheidswinst boeken we dan door zorg en welzijn met elkaar te verbinden.

Wat doen we?

We versterken daarom de samenhang tussen zorg en welzijn en verbeteren de aandacht voor leefstijl door de inzet van aanbod uit het best passende domein, zodat achterliggende problemen (zoals eenzaamheid en schulden) worden aangepakt. Daardoor voorkomen we onnodig gebruik van medisch zorg en dragen we bij een betere gezondheid en een grotere vitaliteit van onze verzekerden.

Welke zorgfuncties onderscheiden we?

- Het organiseren van vroeg opsporing, zodat escalatie van de situatie van potentieel kwetsbare burgers, bijvoorbeeld op gebied van schulden en eenzaamheid, kan worden voorkomen.
- Het maken van een integrale analyse van de situatie van de burger vanuit een holistisch (in plaats van een medisch/somatisch) perspectief op gezondheid. Met aandacht voor preventie en met behulp van instrumenten als het spinnenweb Positieve Gezondheid of de vierdimensionale klachtenlijst. En waar nodig met inzet van aanvullende diagnostiek.
- Het opstellen van een zorg- en ondersteuningsplan, met aandacht voor sociale netwerken eventueel met gebruik van motiverende gespreksvoering en shared decision making. En met aandacht voor leefstijlbegeleiding (met Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) of onlinetools als Actify), zelfmanagement en het versterken van gezondheidsvaardigheden als integraal onderdeel van het plan.
- Het inzetten van triage voor toeleiding naar zorg en ondersteuning, begeleiding door een multidisciplinair team of de inzet van casemanagement bij de uitvoering van dit plan als er sprake is van complexe, meervoudige problematiek.
- Het organiseren en vastleggen van samenwerking tussen aanbieders van curatieve zorg, sociaal domein en langdurige zorg in de vorm van een overzicht van sociaal-medische interventies en netwerkafspraken.

Bijvoorbeeld:

Zilveren Kruis werkt samen met de gemeente Amsterdam aan de gezondheid van alle Amsterdammers. Dit doen we door diverse programma's zoals Krachtige basiszorg: door in te zetten op een betere samenwerking rondom de inwoner thuis en de inzet van casemanagement voorkomen we doorverwijzing naar duurdere zorg. We zetten via de minimapolis in op een gezonde leefstijl van de Amsterdammer.

2. Intensiveer de samenwerking in zorgnetwerken voor betere gezondheid en zorg

Wat is het?

Elke patiënt heeft persoonlijke behoeften, wensen en voorkeuren. In zorgnetwerken kunnen we de zorg beter en breder organiseren om de mensen heen. Zo ontstaat meer persoonsgerichte zorg, meer zorg op maat en meer gezondheidswinst. De sleutel tot succes ligt bij intensieve samenwerking van zorgverleners uit verschillende disciplines. Het kan dan gaan om regionale zorgnetwerken voor chronische zorg en landelijke zorgnetwerken voor electieve en complexe zorg. De zorg in netwerken is zo georganiseerd dat de patiënt een hoge kwaliteit van zorg en leven ervaart en de zorg doelmatig is. Hierbij is het essentieel dat de zorg die geleverd wordt bewezen effectief is, dat zorg die niet of

minder (kosten-)effectief is niet geleverd worden en dat zorg waarvan de effectiviteit nog onvoldoende vast staat continue geëvalueerd wordt.

Wat doen we?

We stimuleren mensen tot zelfmanagement en het nemen van eigen regie in hun behandeling en we maken afspraken over concentratie, specialisatie en de samenwerking tussen zorgaanbieders om de mensen naar de juiste plek voor behandeling te verwijzen en over de ruimte om samen te beslissen over de behandeling. We stimuleren zorgevaluaties bij zorgaanbieders om zo te achterhalen welke zorg voor welke patiënt op welk moment het meest gepast is. Zo versterken we de kwaliteit van zorg en zorgen we voor een optimaal gebruik van het beschikbare zorgaanbod en -expertise. Dit helpt bij het herstel en het behoud van een zo groot mogelijke kwaliteit van leven. Bovendien draagt het bij aan een effectieve inzet van personeel en middelen.

Welke zorgfuncties onderscheiden we?

- Op macroniveau is het vaststellen van zorgpaden voor een aandoening, de basis van netwerkvorming. Deze worden uitgewerkt tot samenwerkingsprotocollen tussen verschillende instellingen. Bij electieve aandoeningen zal dit op landelijk niveau zijn. Bij chronische aandoeningen meer regionaal, waarbij landelijke modellen de basis vormen. Als gevolg hiervan kan het profiel van zorgaanbieders veranderen door concentratie en specialisatie van zorg op diverse locaties.
- Om de zorgverlening voor patiënten drempelloos en gecoördineerd te laten lopen zijn operationele afspraken op meso niveau nodig over diagnostiek en triage voor verwijssystemen en de mogelijkheid van door de patiënt geïnitieerde afspraakplanning.
- Op patiënt niveau (micro) zijn afspraken nodig over hoofdbehandelaarschap en waar mogelijk taakdelegatie. Randvoorwaarden voor gezamenlijke behandeling is data uitwisseling en communicatieprotocollen met waar nodig (online) multidisciplinair overleg. Ook zijn afspraken over medicatiebewaking gewenst.
- We stimuleren het includeren van patiënten in zorgevaluatie en maken afspraken met zorgaanbieders over het implementeren van gepast gebruik van zorg.

Bijvoorbeeld:

Zilveren Kruis koopt volume vrij prostaatankeroperaties in bij een geselecteerd aantal koploperziekenhuizen. In samenwerking met ProstaatKankerStichting (PKS) en de Nederlandse Federatie voor Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) zijn de criteria opgesteld. Uit onderzoek is gebleken dat er minder complicaties zijn bij hoge behandelvolumes en een goed netwerk rondom de verzekerde met duidelijke afspraken.

3. Laat ouderen en mensen die langdurig afhankelijk zijn van zorg zo lang mogelijk thuis wonen

Wat is het?

Zo lang mogelijk gezond en vitaal thuis wonen. In je eigen vertrouwde omgeving. Zelfstandig en zelfredzaam. En zelf regie houden over je leven. Een wens van velen, zeker van ouderen. En dat kan. Gelukkig wel, met de juiste zorg en ondersteuning.

Om ouderen langer in hun vertrouwde omgeving te laten wonen, zijn nieuwe zorgconcepten beschikbaar. Geen standaardaanbod van thuiszorg, maar een traject waardoor ouderen weer onafhankelijk en zonder begeleiding thuis wonen. Een omslag van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat'.

Wat doen we?

We vergroten de mogelijkheden om door woningaanpassing en dienstverlening langer zelfstandig (thuis) te wonen. We brengen kwetsbare personen lokaal in kaart en versterken de coördinatie van zorg in de eerste lijn, met waar nodig inzet expertise vanuit de tweede lijn (i.p.v. behandeling vanuit de tweede lijn). Zo organiseren we een volwaardig zorgaanbod thuis en voorkomen we onnodig gebruik van langdurige intramurale zorg. Met als doelen het versterken van zelfregie en het vergroten van de kwaliteit van leven van onze verzekerden in lijn met de wens om zo lang mogelijk zelfstandig wonen.

Welke zorgfuncties onderscheiden we?

- Het in kaart brengen van kwetsbare groepen en het organiseren van vroeg opsporing, zodat escalatie van de situatie van potentieel kwetsbare burgers, bijvoorbeeld ouderen met risico op vallen, kan worden voorkomen.
- Het maken van een integrale analyse van curatieve zorg, welzijn en langdurige zorg om de persoonlijke situatie van kwetsbare burgers en de risico's in kaart te brengen.
- Het borgen van de toegankelijkheid van medisch generalistische zorg voor ouderen met een Wlz-indicatie.

- Het opstellen van een zorg- en ondersteuningsplan, met aandacht voor sociale netwerken en waar nodig met een geriatrie beoordeling. Zelfredzaamheid, zelfmanagement en disease management zijn standaard onderdeel van het plan. Voor mensen in de laatste levensfase maakt ook advance care planning hier deel van uit.
- Het organiseren en inzetten van hulpmiddelen om beperkingen te compenseren. Het gaat hierbij om slimme technologie, zoals domotica en thuisalarmering, maar ook om diagnostiek op afstand. Waar nodig versterken we digitale vaardigheden.
- Het organiseren van monitoring op afstand en zorg thuis of dichtbij huis door huisbezoek, outreach services en inzet van expertise uit de tweede lijn.
- Het inzetten van integrale triage en zorg- en ondersteuningsbemiddeling voor toeleiding naar zorg en ondersteuning.
- Het inzetten van casemanagement en/of zorgcoördinatie bij complexe en meervoudige problematiek.
- Het organiseren van de randvoorwaarden, zoals geschikte woningen en soms levensloopbestendige woningen, vervoersdiensten, dagbesteding en door de patiënt geïnitieerde afspraaksystemen.

Bijvoorbeeld:

Zilveren Kruis werkt samen met de gemeente Utrecht en zorgaanbieders aan de opsporing van kwetsbare ouderen, het opstellen van een zorgplan (advance care planning) en de inzet van digitale hulpmiddelen. We maken daarbij waar nodig gebruik van de inzet van de specialist ouderengeneeskunde. Via het platform Zorg in de Wijk werken aanbieders van wijkverpleging nauw samen met de huisartsen en de gemeente om crisisopnames van kwetsbare ouderen te voorkomen.

4. Versnel de beweging van zorg naar huis door digitale zorg en thuisbehandeling

Wat is het?

Als de coronapandemie iets heeft versneld, dan is het wel het werken met digitale en online toepassingen. Beeldbellen is ingeburgerd. Bij jong en oud. Dit geeft vertrouwen dat ook in de zorg de digitale ontwikkelingen een extra boost kunnen krijgen. En hiermee de beweging om zorg naar huis te brengen.

Wat doen we?

We vergroten de mogelijkheden voor diagnose, behandeling en monitoring thuis of in de nabije omgeving door de inzet van digitale zorg en vormen van continue monitoring. Dit versterkt de zelfregie van onze verzekerden en draagt bij aan herstel en verbeteren van de gezondheid met een zo groot mogelijke kwaliteit van leven. Daarnaast voorkomen we zo onnodige wacht- en reistijd en (onnodige) complicaties en opnames. Tot slot draagt het bij aan een efficiëntere inzet van (schaarse) zorgprofessionals.

Welke zorgfuncties onderscheiden we?

- Het stimuleren van zelfredzaamheid en zelfmanagement onder meer door PersoonlijkeGezondheidsOmgeving (PGO) initiatieven.
- Het organiseren van zorg thuis (begeleiding, medicatie toediening) met monitoring (op afstand). Waar mogelijk digitale diagnostiek en indien mogelijk Digital Therapeutics.
- Het creëren van mogelijkheden om contact te hebben met de patiënt via beeldbellen en het doen van huisbezoek na triage vanuit een medical service center.
- Het inrichten van (online) multidisciplinair overleg voor het afstemmen van de zorg tussen verschillende aanbieders.
- Het mogelijk maken van data uitwisseling (dit is de basis) van verschillende systemen thuis met zorgaanbieders en het medical service center.

Bijvoorbeeld:

Zilveren Kruis brengt met onder andere het OLVG in Amsterdam specialistische zorg en begeleiding thuis. De specialist komt digitaal bij de verzekerde thuis met de OLVG Virtual Ward.

5. Versterk de samenwerking tussen eerstelijns- en acute zorg.

Wat is het?

Veel mensen belanden te vaak, te snel op de spoedeisende hulp. Voor lang niet iedereen is dat de juiste zorg op de juiste plek. Voor de kwetsbare oudere die in het holst van de nacht in paniek het alarmnummer belt, hoeft het ziekenhuis niet de goede plek voor hulp te zijn.

Wat doen we?

We zorgen ervoor dat verwijzers mensen met acute zorgvragen in één keer naar de juiste plek verwijzen. We versterken daarom de samenwerking rond kwetsbare burgers door vroegtijdige signalering van problemen en het beschikbaar maken van tijdelijke opnamemogelijkheden dicht bij de thuissituatie. Extra zorg in de eerste lijn en behandeling vanuit de tweede lijn of uit de langdurige zorg kunnen onnodig gebruik van acute zorg voorkomen. Zo dragen we aan een grotere kwaliteit van leven van onze verzekerden.

Welke zorgfuncties onderscheiden we?

- Het organiseren van vroeg opsporing, zodat escalatie van de situatie van kwetsbare groepen in de thuissituatie wordt voorkomen.
- Het voorkomen van opname door tijdelijk verblijf lokaal mogelijk te maken.
- Het organiseren van een regionale coördinatiefunctie met triage, toeleiding naar (vervolg)zorg, 24/7 bereikbaarheid, inzicht in beschikbare capaciteit met directe toegang tot opnameplanning. Inclusief Wlz crisiszorg en Wmo respijtzorg.
- Het organiseren van crisisregie in de regio waardoor Wlz-cliënten in crisissituaties snel op een juiste plek geholpen worden.
- Het voorkomen van heropname na een (acute) opname door het organiseren van een gedegen ontslagplanning met medicatie-instructie en mantelzorgondersteuning en een eventueel huisbezoek om te beoordelen of er aanvullende zorg/ondersteuning in de thuissituatie van de kwetsbare burger nodig is.
- Het organiseren en vastleggen van samenwerkingsafspraken voor specifieke zorg, zoals geboortezorg, in de vorm van samenwerkingsprotocollen.

Bijvoorbeeld:

Zilveren Kruis ondersteunt de Wijkkliniek: een samenwerking van Cordaan en het Amsterdam UMC. Kwetsbare ouderen gaan op verwijzing van de huisarts, via de SEH naar een speciale afdeling binnen Cordaan waar specialistische zorg kan worden verleend. Resultaat: minder ouderen in het ziekenhuis, minder heropnames, kortere opname duur in de wijkkliniek en tijdens de opname zien we minder ontwikkelen van een delier bij de oudere.

6. Conclusie

Duidelijk is dat de transities elkaar overlappen en in samenhang nodig zijn voor de hervorming van het zorglandschap. De uitdaging is in elke regio de vertaling te maken naar een passend (zorg)aanbod. De regiobeelden vormen een logisch vertrekpunt om gezamenlijk een regiovisie te ontwikkelen op het zorglandschap.

De projecten, die we nu ontwikkelen in onze focus regio's, dragen bij aan deze vijf kerntransities. Het gaat hierbij om **lokale initiatieven of zorgconcepten**. Deze zorgconcepten vragen soms ook om een andere manier van (soms incidentele) financiering. Het lokale karakter maakt deze zorgconcepten vaak zeer effectief, maar het zorgt er tegelijkertijd voor dat ze soms lastig opschaalbaar zijn, omdat regio's erg van elkaar verschillen.

Er is daarom behoefte aan een begrippenkader waarmee zorgconcepten 'ontleed' kunnen worden.

Door de zorgconcepten te analyseren op het niveau van onderliggende **zorgfuncties** wordt inzichtelijk welke onderdelen elders bruikbaar zijn. Het realiseren van de (ontbrekende) zorgfuncties inclusief (structurele) financiering maakt dat de juiste beweging in gang wordt gezet.

We hebben de vijf kerntransities van Zilveren Kruis vertaald naar zorgfuncties, zodat de 'werkzame elementen' inzichtelijk worden. Deze zorgfuncties zijn, in tegenstelling tot kerntransities en zorgconcepten, wel kopieerbaar, opschaalbaar en MECE (Mutually Exclusive, Collectively Exhaustive).

Nederland is niet uniek in het besef dat de regionale transitie belangrijke voorwaarde is om de zorg betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief hoogstaand te houden. In tal van landen zijn vergelijkbare ontwikkelingen gaande met vergelijkbare doelen. Nadere analyse van deze trajecten leert dat de bestaande ordening naar aanbieders van zorg en sectoren beperkt bruikbaar is om het nieuwe zorglandschap te beschrijven. JZoJP wordt concreet door de belangrijkste veranderingen te beschrijven en vervolgens te bepalen hoe verschillende partijen daaraan kunnen bijdragen.

IV. Vertaling naar zorginkoop

De vertaling naar het zorginkoopbeleid zorgt ervoor dat de juiste zorg op de juiste plek in de praktijk gerealiseerd wordt. Daarbij is extra aandacht nodig voor een viertal aandachtspunten.

1. Komende jaren zal er veel aandacht zijn voor bekostiging van een specifieke activiteit, voorziening of een bepaald project. Denk aan digitalisering van bestaande zorg of een nieuwe vorm van zorg. Het gaat dan om veelal om **het declarabel maken van een zorgfunctie**. We zullen komende jaren optimaal gebruik gaan maken van de mogelijkheden die er zijn voor bijvoorbeeld de facultatieve prestaties en innovatieve zorgprestaties.
2. We werken aan innovatieve contracten met de juiste prikkels voor zorgaanbieders om zo meer mogelijkheden tot innovatie en gepast gebruik en bredere transformatie binnen zorginstellingen te creëren. De gangbare contracten, zoals aanneemsommen, zijn te veel productiegericht. We ontwikkelen daarom samen met ziekenhuizen en de medische staf **contracten die innovatie en transformatie versnellen**. Zo wordt zorg organiseren via de lijn van zorgfuncties eenvoudiger mogelijk.
3. Steeds vaker vragen transformaties om **samenwerking van meerdere zorginstellingen** in het Zvw-domein. Deze innovaties moeten bijdragen aan de verschuiving van budget tussen instellingen. Ervaring leert dat zo'n traject begint met een bestuurlijk akkoord en pas daarna kan worden vertaald naar (innovatieve) contracten voor de inkoop van zorgfuncties.
4. Tot slot kan het gaan om **domein overstijgende innovaties** waarbij instellingen uit de Zvw, Wlz en Wmo samenwerken. Belangrijk vraag daar is hoe om te gaan met balans tussen investering en baten tussen de domeinen. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om de toepassing van de nieuwe mogelijkheden binnen de Wlz om te investeren in andere domeinen, maar ook Zvw.

V. Tot slot

Zilveren Kruis wordt regelmatig gevraagd naar een concrete uitwerking van haar visie op de regionale transformatie en het zorglandschap. Dit document is een eerste aanzet tot zo'n visie. Het is niet allesomvattend, maar wel een poging om concreet te maken hoe Zilveren Kruis bij wil dragen aan het identificeren en opschalen van succesvolle initiatieven.

Dit document is het resultaat van discussies en analyse van projecten die we nu samen met onze regionale partners ontwikkelen. We hopen dat dit begrippenkader bijdraagt aan het beter begrip van lokale initiatieven zodat regio's van elkaar kunnen leren. Het is tegelijkertijd een manier om witte vlekken in regio's in kaart te brengen, zodat we prioriteiten kunnen stellen.

We nodigen u van harte uit om hierover met ons in gesprek te gaan.

Bijlage 1: toelichting op het begrippenkader

	Toelichting van het begrip	Mate van variatie
Gepast gebruik	Het leveren van zorg waarvan we weten dat deze meerwaarde heeft, en het niet leveren van zorg die geen meerwaarde heeft	Geldt voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
JZoJP	Overkoepelende visie voor alle partijen over de inhoudelijke noodzaak en onderdelen van de transitie/transformatie.	Geldt voor alle zorgverzekeraars, maar speerpunten verschillen.
Kerntransitie	Een herkenbare en in meerdere regio's herbruikbare omschrijving van een transitie die de zorg in samenhang beschrijft en waarin globaal de doelgroepen en de betrokken aanbieders herkenbaar zijn. Het beschrijft de gewenste verandering en het beoogde resultaat vanuit klantperspectief. Zo'n model wordt geconcretiseerd in een aantal zorgfuncties.	Geldt voor alle ZK-kernregio's maar is herkenbaar voor andere zorgverzekeraars en regio's.
Zorgfuncties	Een herkenbaar geheel van samenhangende (zorg)activiteiten gericht op een duidelijk herkenbare doelgroep met een duidelijk omschreven doel. Een functie draagt bij aan de transitie/transformatie. Een zorgfunctie kan vertaald worden naar verschillende zorgconcepten afhankelijk van wie het organiseert (bv acute zorg thuis vs. ontslagteam SEH).	De modellen worden geconcretiseerd in een limitatieve lijst. Regio's kunnen verschillen in de mate waarin deze functies al aanwezig zijn of verbetering behoeven.
Zorgconcept	Een uitwerking van een zorgfunctie naar een concreet herkenbaar zorgaanbod dat de functies operationaliseert. Kern is dat het financieel kwantificeerbaar is op het niveau van de aanbieder waarmee het contract wordt afgesloten. Dat kan via traditionele prestaties zijn maar ook via een addendum aan een contract. Er is ook uitgewerkt welk zorgvolume elders wordt afgebouwd.	De functie is generiek, de uitwerking in zorgconcepten kan verschillen. Het zijn wel voor iedereen herkenbare uitwerkingen van de zorgfuncties.
Zorgaanbieders	Een organisatie die we contracteren in het kader van onze zorgplicht op basis van het jaarlijks vastgestelde algemene inkoopbeleid en bij wie we zorgconcepten inkopen. Afhankelijk van het soort zorgaanbieder (bv MSZ vs. ELV bij een wijk kliniek), wordt een andere uitwerking van het contract gemaakt om het zorgconcept te financieren.	Verschildt per regio wie welke zorgconcepten het beste kan leveren.

Bijlage 2: definities van de zorgfuncties die genoemd worden in de vijf kerntransities

Zorgfunctie	Definitie zorgfunctie
Advanced care planning	Een proces waarbij de patiënt met zijn behandelend arts zijn wensen, doelen en voorkeuren voor zorg rond het levenseinde bespreekt en vastlegt. Dit proces loopt vooruit op het moment dat een patiënt zelf niet meer in staat is om beslissingen te nemen. Het doel van ACP is dat de zorg van mensen in hun laatste levensfase beter is afgestemd op hun wensen.
Beeldbellen	Contact tussen patiënt en hulpverleners via online beeldverbinding als gelijkwaardig alternatief voor een face 2 face contact.
Behandeling thuis	Het (medicamenteus) behandelen van patienten thuis in plaats van in een gecontroleerde omgeving in een instelling.
Casemanagement	Dienstverlening en coördinatie op maat voor mensen met complexe en/of veelzijdige problematiek. Kenmerkend voor casemanagement is dat een hulpverlener aan een persoon wordt gekoppeld om op alle levensterreinen zorg en ondersteuning te bieden of dit voor hem of haar te regelen.
Communicatieprotocollen	Systemen of strategieën om de communicatie tussen zorgverleners te verbeteren.
Compenseren van beperkingen	Interventies en hulpmiddelen die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.
Concentratie	Het vergroten of verkleinen van de omvang van eenheden van zorgverleners/zorgaanbieders met het doel daarmee de kwaliteit van zorg te vergroten.
Coördinatiefunctie	Een regionale functie behelst de triage, toeleiding naar passende vervolgzorg, 24/7 bereikbaarheid en inzicht in beschikbare capaciteit van tijdelijk verblijf en de acute zorgketen met als doel belasting van de patiënt te minimaliseren, onnodige handelingen/verplaatsingen te voorkomen, de juiste zorgvorm zo snel mogelijk in te zetten met de juiste financiering.
Dagbesteding	Professioneel opgezette activiteiten die op weekdays overdag aangeboden worden gericht op een arbeidsmatige of creatieve bezigheid met als doel sociale contacten te bevorderen en een zinvolle bezigheid te hebben.
Data uitwisseling	Systemen voor gezondheidsdossiers en gezondheidsbeheer voor het opslaan en beheren van patiëntgezondheidsinformatie, bijvoorbeeld elektronische patiëntendossiers, of systemen voor het terugroepen van patiënten voor follow-up of preventie, bijvoorbeeld immunisatie.
Diagnostiek	Een gestructureerd proces om een zo volledig mogelijk beeld te vormen over wat er aan de hand is, de hulpvraag van de cliënt te bepalen, uit te zoeken waardoor die situatie in stand wordt gehouden en hoe die situatie eventueel aan te pakken, daarbij rekening houdende met iemands persoonlijke behoeften, wensen en voorkeuren.
Diagnostiek op afstand	Onderzoek op afstand om de aard van een medisch en/of sociaal probleem vast te stellen, waarbij een zorgverlener niet bij de cliënt thuis aanwezig is.
Disease management	Programma's om een chronische aandoening te beheersen of te voorkomen met behulp van een systematische benadering van zorg en mogelijk meerdere manieren gebruiken om patiënten, zorgverleners of het zorgproces te beïnvloeden.
Domotica	Automatiseren van processen in en om het huis met behulp van slimme elektronica en technologie ten behoeve van een betere kwaliteit van wonen en leven. Zorgdomotica zijn specifieke technische toepassingen om het leven van ouderen en hulpbehoevenden makkelijker of comfortabeler te maken. Het gaat om toepassingen in de huiselijke omgeving.
Door de patiënt geïnitieerde afspraakplanning	De mogelijkheid om bij een zorgaanbieder een afspraak in te plannen door een patiënt zelf of een andere aanbieder namens de patiënt bij verwijzing.
Door de patiënt geïnitieerde afspraksystemen	De mogelijkheid om bij een zorgaanbieder een afspraak in te plannen door een patiënt zelf of een andere aanbieder namens de patiënt bij verwijzing.

Hoofdbehandelaarschap	Afspraken over welke behandelaar hoofdbehandelaar is in het geval er meerdere hulpverleners betrokken zijn bij behandeling patiënt voor een bepaalde zorgvraag of klacht.
Huisbezoek	Bezoek door zorg- en welzijnsprofessionals aan kwetsbare doelgroepen in de thuissituatie om te bepalen of en welke interventies ingezet moeten worden.
Integrale analyse	Het in kaart brengen van de gezondheid en het welzijn van een (kwetsbare) burger en/of zijn systeem op het gebied van lichamelijk en geestelijk functioneren, dagelijks functioneren, zingeving en sociaal-maatschappelijke participatie.
Inzet van expertise uit de tweede lijn	Inzet van expertise van zorgprofessionals (uit bijvoorbeeld de tweede lijn) tbv onderzoek, diagnostiek en/of behandeling thuis of dichtbij huis.
Leefstijlbegeleiding	De begeleiding die een individu ontvangt om gedrag waarvoor een relatie met goede gezondheid of met gezondheidsproblemen is vastgesteld (o.a. roken en alcohol, drugs, bewegen, voeding, gezond gewicht en seksuele gezondheid) aan te passen.
Levensloopbestendige woningen	Woningen die zo zijn gebouwd of aangepast dat de bewoners erin kunnen blijven wonen als hun levensomstandigheden veranderen, bijvoorbeeld door ouderdom, ziekte of een handicap.
Mantelzorgondersteuning	(Im)materiële steun aan personen die hulp bieden aan een ander en waarvan de hulp rechtstreeks voortvloeit uit een tussen deze personen bestaande sociale relatie en die niet wordt verleend in het kader van een hulpverlenend beroep.
Medical service center	Een 7x24 uren bemand centrum waar medisch deskundig personeel de situatie van thuiswonende patiënten monitort en op basis van interpretatie van die waarden contact opneemt met de patiënten, behandeling bijstuurt of een thuisbezoek initieert.
Medicatiebewaking	Het controleren van de veiligheid van geneesmiddelen en van combinaties van meerdere geneesmiddelen.
Medicatie-instructie	Afspraak met patiënt om medicatiegebruik te starten, continueren, staken, onderbreken, hervatten of wijzigen met bijbehorend advies of aanwijzingen hoe lang, in welke dosering, op welke manier en eventueel met welk schema gebruikt zal worden.
Monitoring (op afstand)	Het in de gaten houden en begeleiden van de cliënt in de thuisomgeving, waarbij die zorgverlener niet bij de cliënt thuis aanwezig is.
Motiverende gespreksvoering	Een cliëntgerichte, directieve gespreksstijl voor het versterken van intrinsieke motivatie tot gedragsverandering door het verkennen en oplossen van ambivalentie.
Multidisciplinair overleg	Overleg tussen professionals met grote diversiteit in expertise, dat gevoerd wordt bij complexe problematiek die vanuit één expertise niet goed te adresseren is.
Multidisciplinair team	Team met grote diversiteit in expertise van de teamleden die wordt ingezet bij complexe problematiek die vanuit één expertise niet goed te adresseren is.
Netwerkafspraken	Een groep van drie of meer autonome organisaties die samenwerken en afspraken maken om niet alleen hun eigen doelen te bereiken, maar ook een collectief doel.
Ontslagplanning	Een geïndividualiseerd ontslagplan om de transfer van een patiënt van het ziekenhuis naar een instelling of naar huis na ontslag te vergemakkelijken en continuïteit van zorg en doorstroom te garanderen.
Opnameplanning	Het maken van afspraken met patiënten en selecteren van op te roepen patiënten van de wachtlijst met als doel het op elkaar afstemmen van zorgvraag en aanbod van zorg- en ondersteuningsmiddelen (OK's, bedden, professionals/specialisten) op zodanige wijze dat de beschikbare capaciteiten niet overschreden worden, er voldoende ruimte gereserveerd blijft voor eventuele spoedopnamen en rekening gehouden wordt met de medische, sociale en functionele urgentie van de opname per patiënt.
Outreach services	Zorgprofessionals bezoeken en werken op verschillende locaties om zorg en ondersteuning dicht bij de mensen te organiseren en leveren.
Overzicht sociaal-medische interventies	Een middel om voor burgers en hulpverleners (al of niet doelgroepspecifieke) informatie over organisaties en hun aanbod van diensten, producten en activiteiten in het sociale en medische domein te ontsluiten.
Samenwerkingsprotocol	Een reeks stappen van verschillende zorg- en welzijnsprofessionals van verschillende typen aanbieders voor de behandeling van en ondersteuning bij een bepaalde aandoening gevolgd door afspraken over taakverdeling en criteria voor doorverwijzing.

Shared decision making	Zorgverlener en de zorgvrager nemen in een gezamenlijk proces beslissingen over gezondheids- en behandeldoelen. Zij doen dit op basis van wetenschappelijke kennis en op basis van de ervaringskennis, waarden en wensen van de zorgvrager.
Specialisatie	Het beperken van het zorgaanbod tot specifieke vormen van zorg van zorgverleners/zorgaanbieders met het doel daarmee de kwaliteit van zorg te vergroten.
Taakdelegatie	Taken van een kader van gezondheidswerkers uitbreiden of taken van het ene kader naar het andere verplaatsen, met taken die voorheen niet tot hun werkterrein behoorden.
Thuisalarmering	Met thuisalarmering is een persoon altijd in staat om hulp van buitenaf in te roepen op het moment dat het nodig is.
Tijdelijk verblijf	Het tijdelijk bieden van zorg en ondersteuning in een (zorg)instelling als gevolg van een plotselinge verandering in de zorgsituatie, waardoor men om (medische) redenen tijdelijk niet thuis kan wonen.
Triage	Toewijzen van juiste zorg en ondersteuning in het juiste domein/op de juiste plek.
Uitgebreide geriatrische beoordeling	Een multidimensionaal interdisciplinair diagnostisch proces gericht op het bepalen van het medische, psychologische en functionele vermogen van een kwetsbare oudere om ervoor te zorgen dat problemen op de juiste manier worden geïdentificeerd, gekwantificeerd en beheerd.
Versterken gezondheidsvaardigheden	Het sterker maken van cognitieve en sociale vaardigheden die men nodig heeft voor het verkrijgen, begrijpen en toepassen van informatie voor het bevorderen of behouden van een goede gezondheid.
Vervoersdiensten	Voorzieningen voor het vervoer van burgers van de ene naar de andere locatie.
Verwijssystemen	Systemen voor het beheren van verwijzingen van patiënten tussen zorgverleners.
Vroegopsporing	Het proactief opsporen van personen uit risicogroepen die een verhoogd risico hebben om kwetsbaar te worden en of die al kwetsbaar zijn.
Zelfmanagement	Het zodanig omgaan met de chronische aandoening (verschijnselen, symptomen, behandeling, lichamelijke, emotionele, psychische en sociale gevolgen en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven.
Zelfredzaamheid	Het vermogen van mensen bevorderen om zichzelf te redden met zo min mogelijk professionele ondersteuning en zorg. Zelfredzaamheid legt de nadruk op zelfstandig functioneren en zelf doen.
(Zorg)coördinatie	Het regelen en afstemmen van gelijktijdige of opeenvolgende zorg-, hulp- en of dienstverlening met een zorgvrager en alle benodigde zorg-, hulp- en dienstverleners. Zorgcoördinatie is een manier om de zorg efficiënter te maken en overlap te voorkomen.
Zorg- en ondersteuningsbemiddeling	Een afspraak die tot stand komt tussen een zorg/ ondersteuningsvrager en 1 of meer zorg/ondersteuningsaanbieders met behulp van een intermediair.
Zorg- en ondersteuningsplan	Een plan op maat en over disciplines en domeinen heen waarin doelen en relevante informatie over de aanpak en behandeling is vastgelegd en over de persoon waar de aanpak en behandeling betrekking op heeft.
Zorgpaden	Programma's die zijn ontworpen voor een systematische benadering van zorg en mogelijk meerdere manieren gebruiken om patiënten, zorgverleners of het zorgproces te beïnvloeden.
Zorgevaluatie	Zorgevaluatie is evaluatieonderzoek naar de (kosten)effectiviteit van bestaande zorg (behandeling, diagnostiek, nazorg of organisatie van zorg)