



Landelijke Vereniging
Georganiseerde eerste lijn

De eerste lijn en integrale bekostiging

***8 december 2009
Leo Kliphuis, MPH
Directeur LVG***

Thema's

- Krijgen we met integrale bekostiging integrale zorg?
- Wat zijn de effecten van functionele bekostiging in de praktijk: voor de zorggroep, het gezondheidscentrum en de hulpverleners?
- Wie wordt er beter van?

Vraag aan de zaal

- Als we bij chronische ziekten meer aandacht geven aan vroegopsporing, preventie en zelfmanagement leidt dit dan tot meer gezondheidswinst voor de patiënt ?
- Ja of nee ?

Vraag aan de zaal

- Leidt een zorgprogramma dat bestaat uit een samenhangend aanbod van preventie, vroegopsporing, medische curatieve zorg en zelfmanagement tot meer gezondheidswinst voor de patiënt?
- Ja of nee?

Waar zijn we over eens!

- Elk mens is uniek en heeft recht op een individueel zorgplan
- Elk zorgprogramma moet dus worden vertaald in een individueel plan
- Kortom, zorgstandaarden mogen niet leiden tot standaard zorg



De tekentafel.....

Vraagstuk (1)

Integrale zorg
“heel de mens”

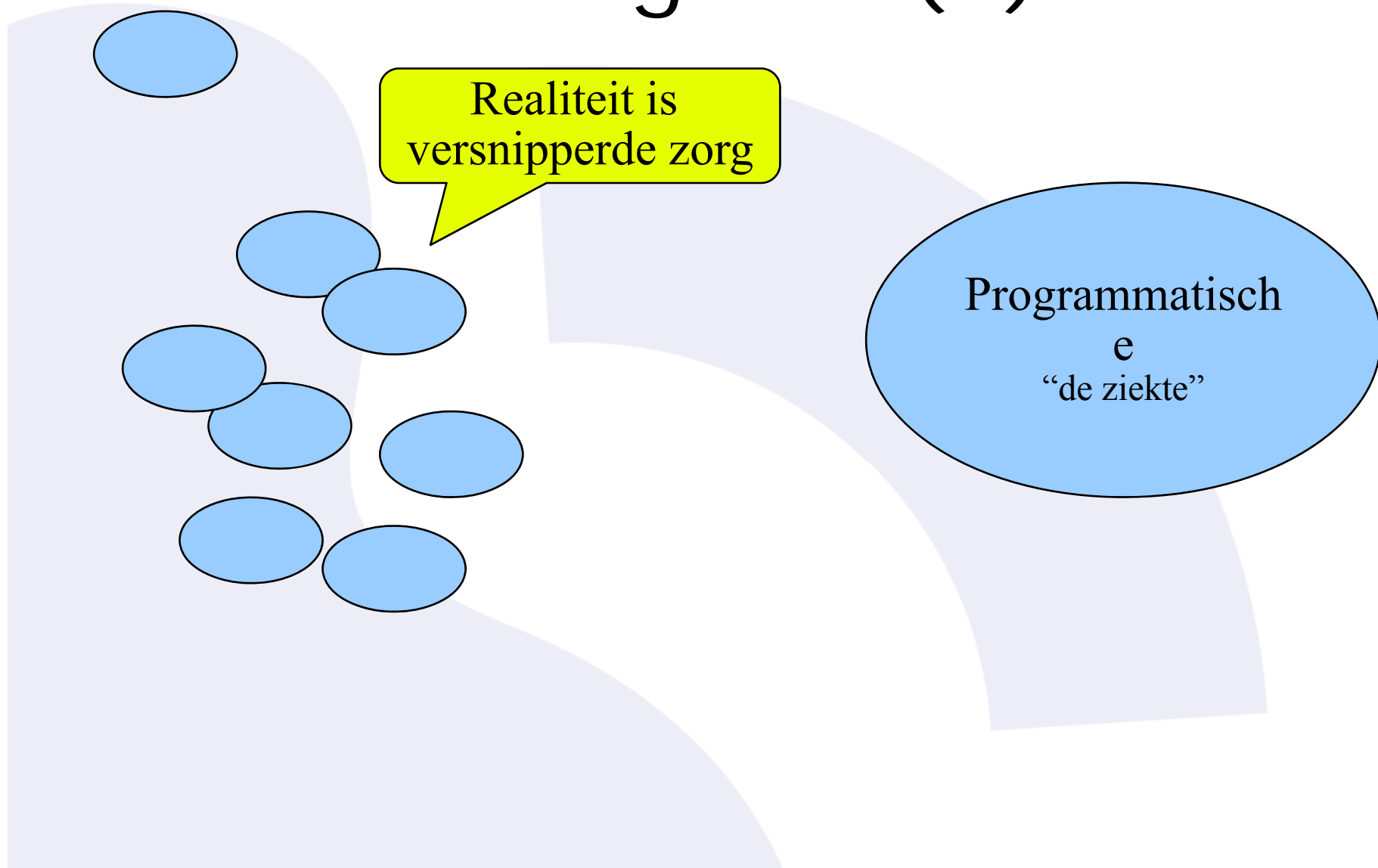
Programmatische
“de ziekte”

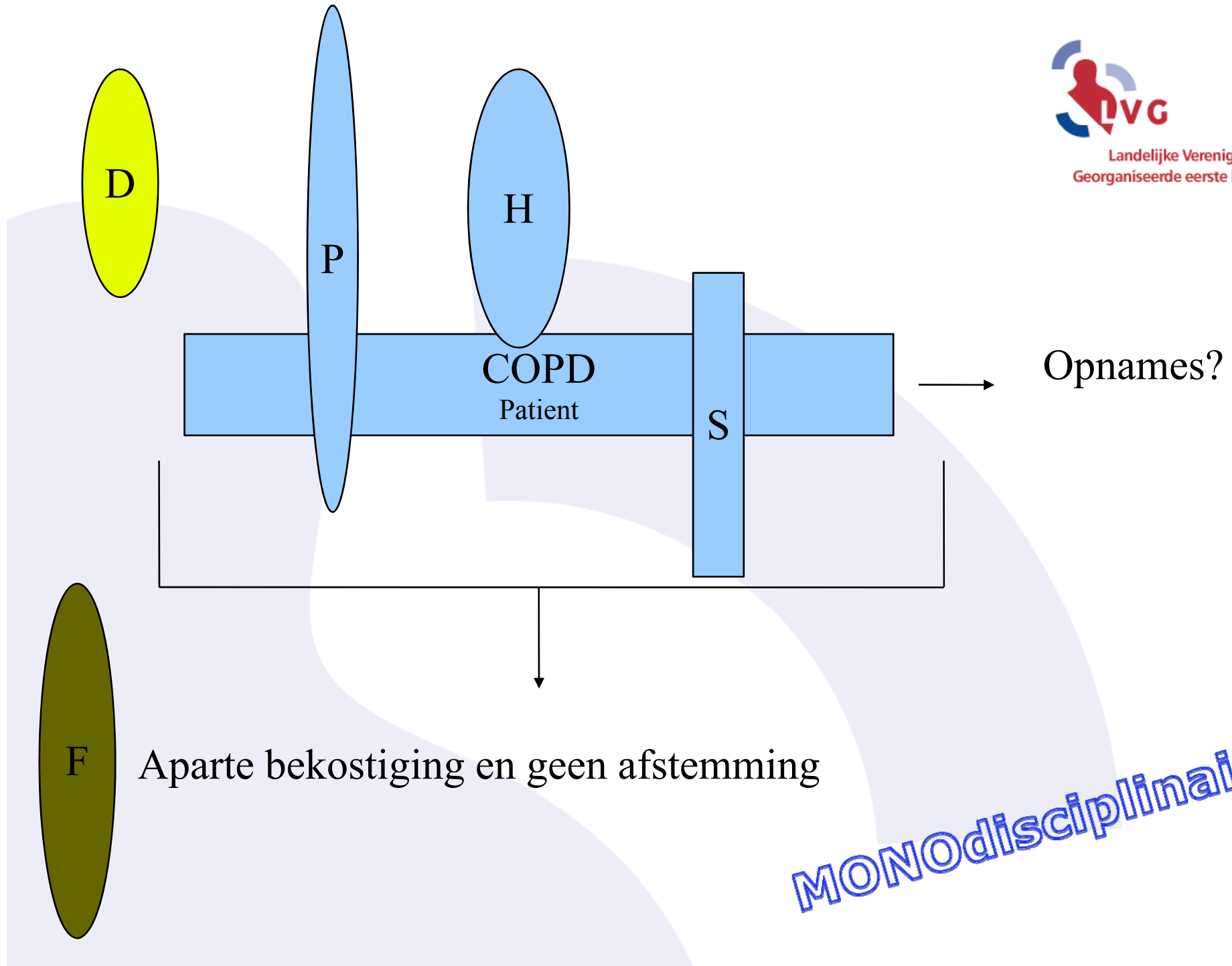
Vraagstuk (2)

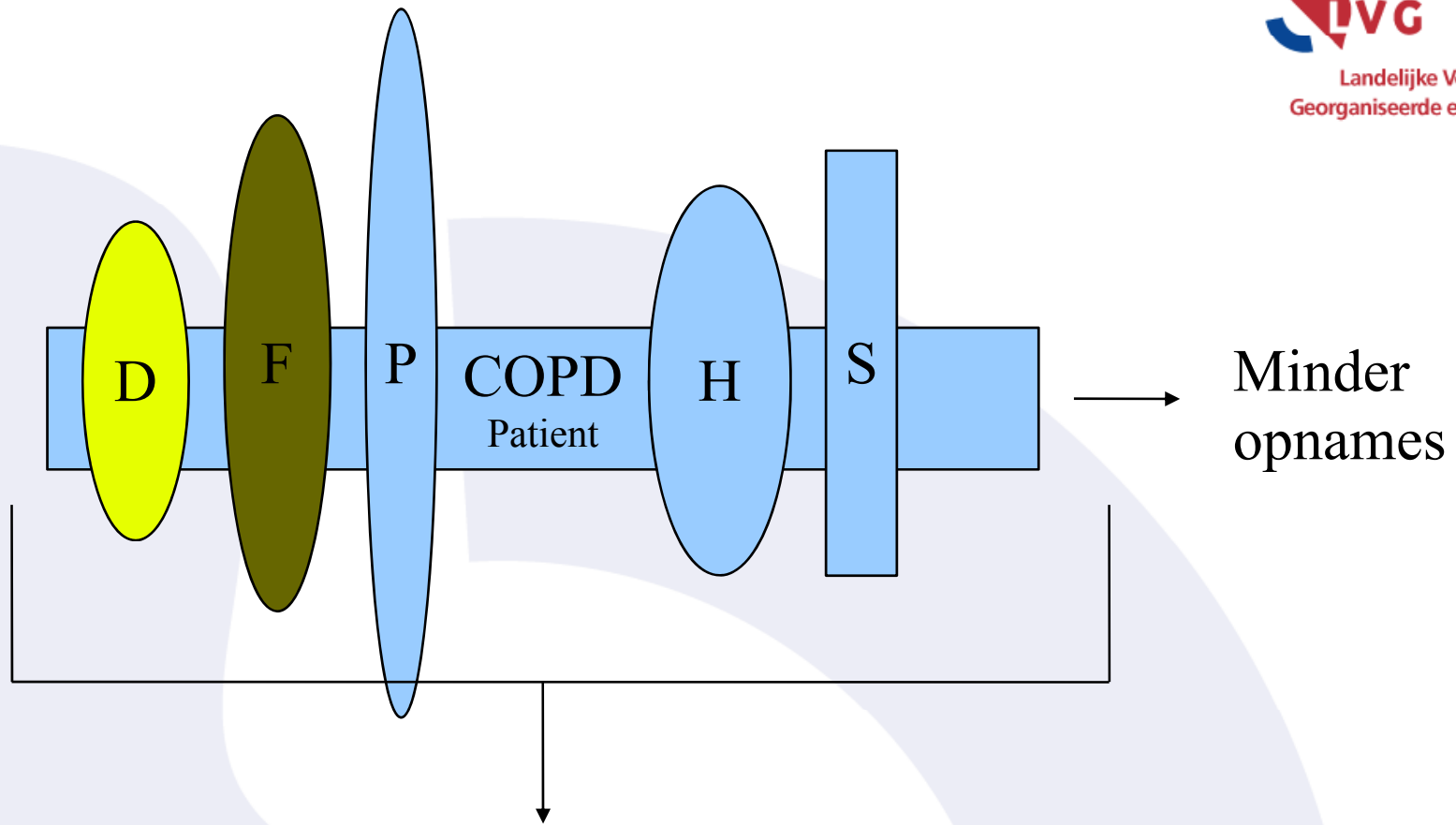
~~Integral zorg
“heel de mens”~~

Programmatische
“de ziekte”

Vraagstuk (3)

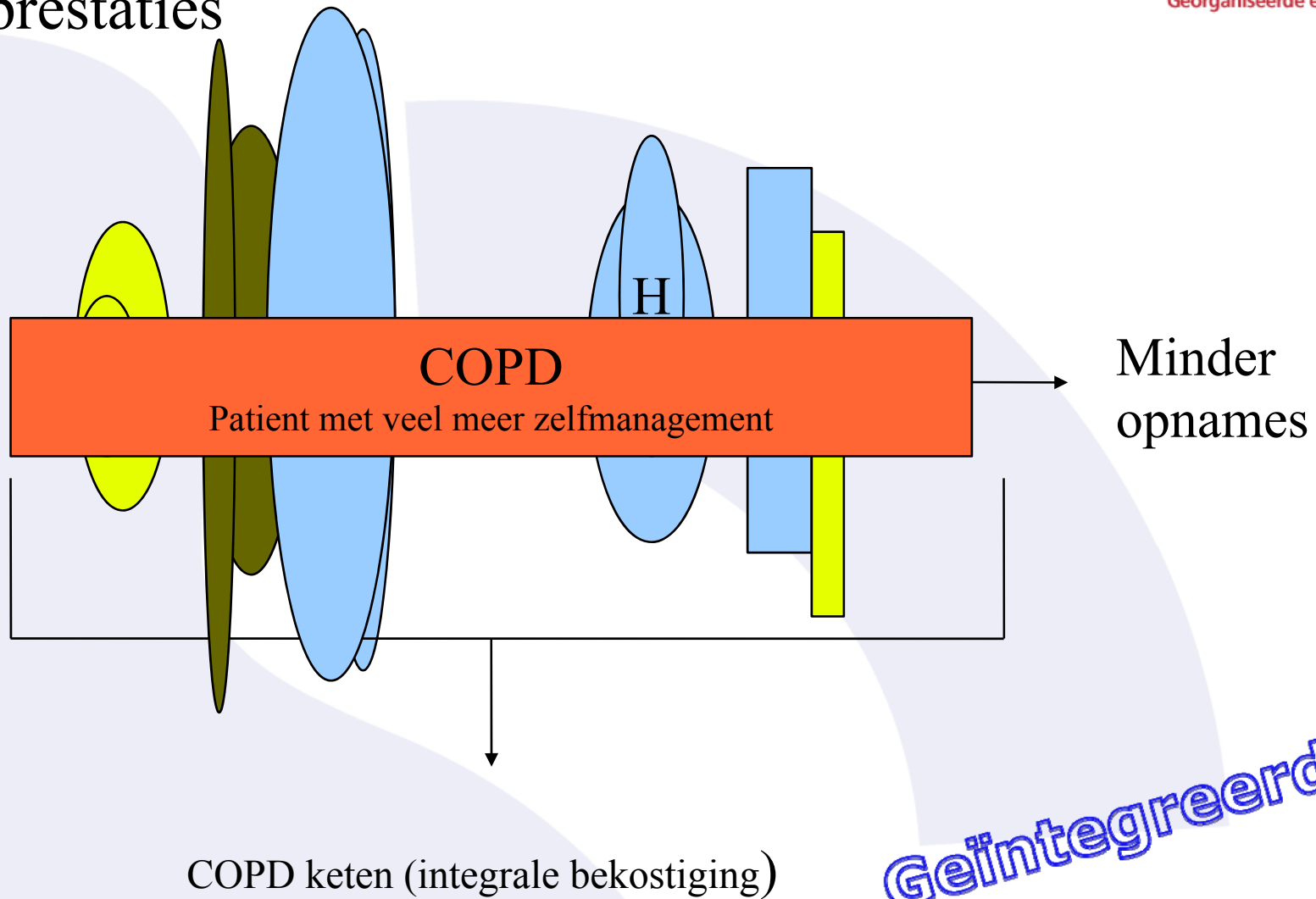




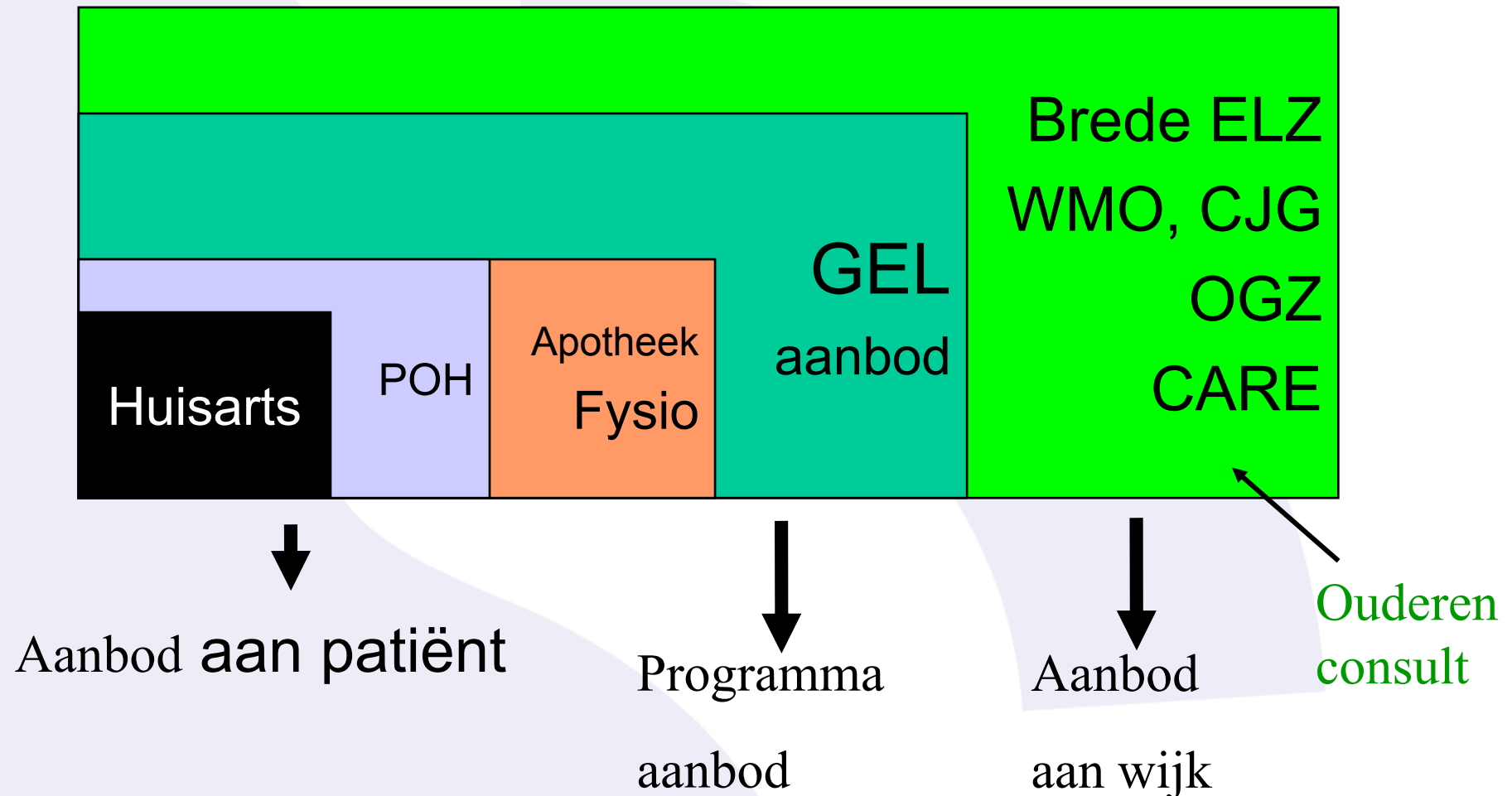


Multidisciplinair

Herontwerp op basis van lokale mogelijkheden en prestaties



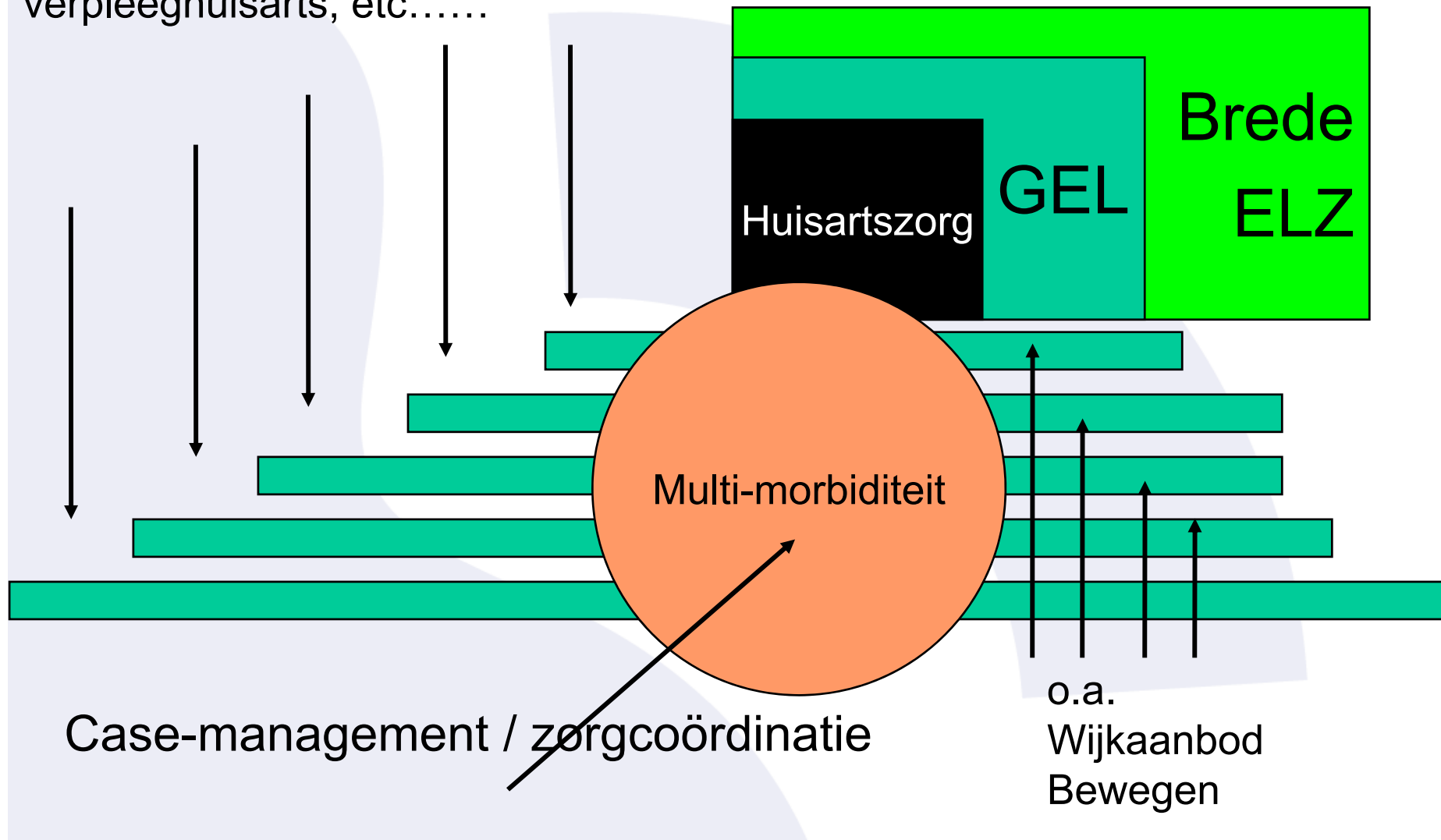
Van aanbod, naar vraag en dan op weg naar populatiegestuurde zorg





Landelijke Vereniging
Georganiseerde eerste lijn

Consultatie, behandeling
medisch specialist,
verpleeghuisarts, etc.....

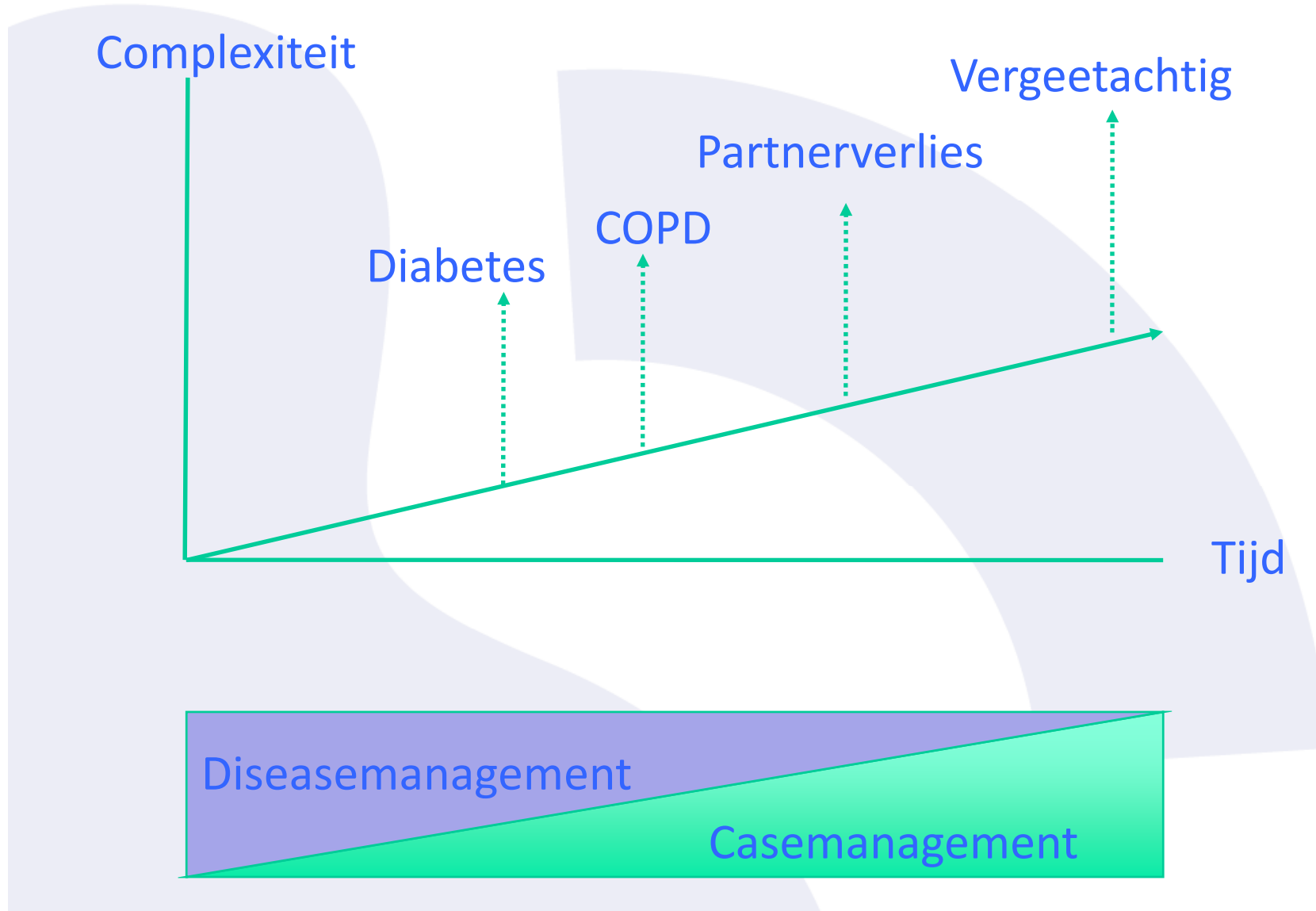


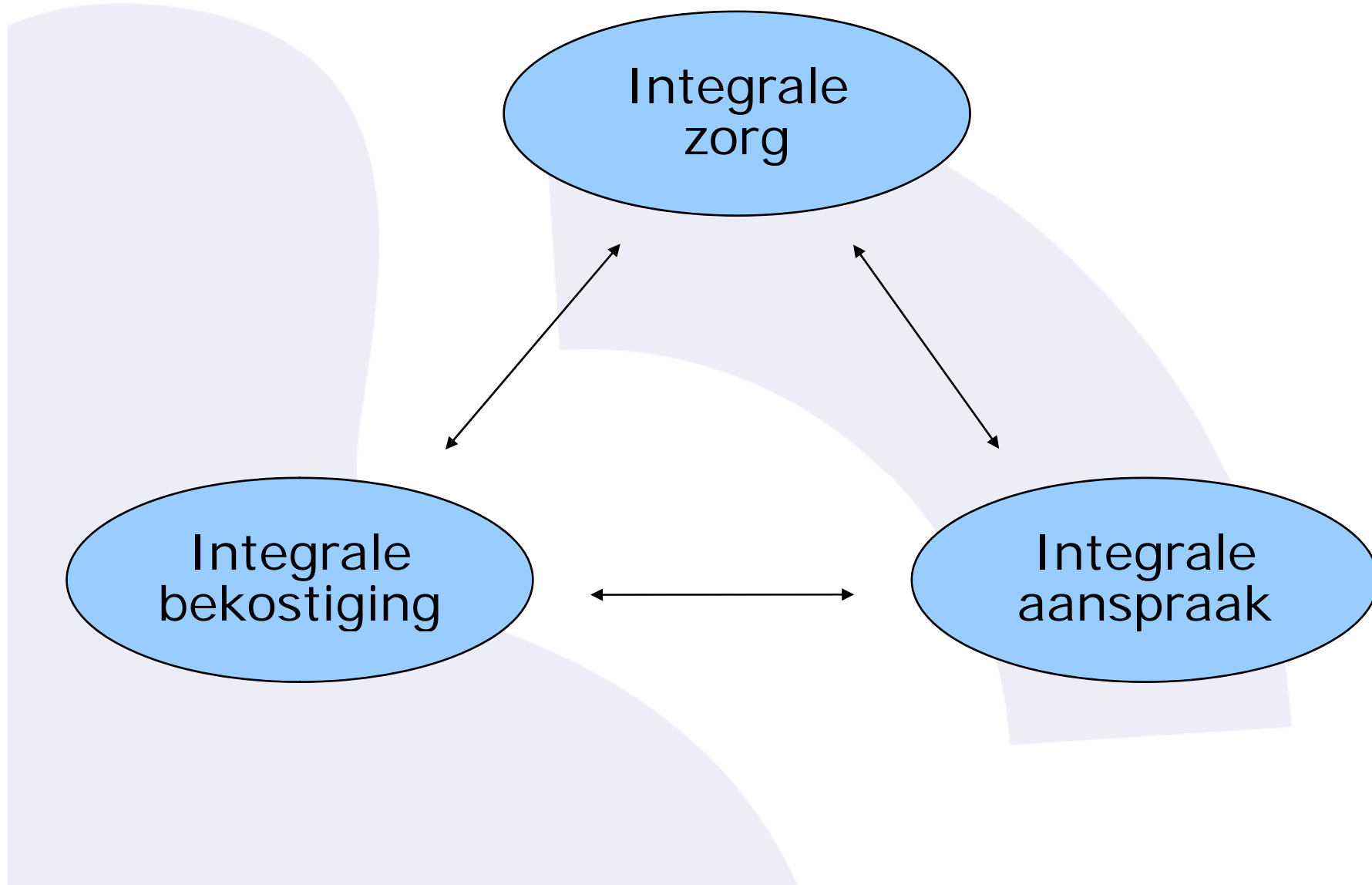
Multi-morbiditeit

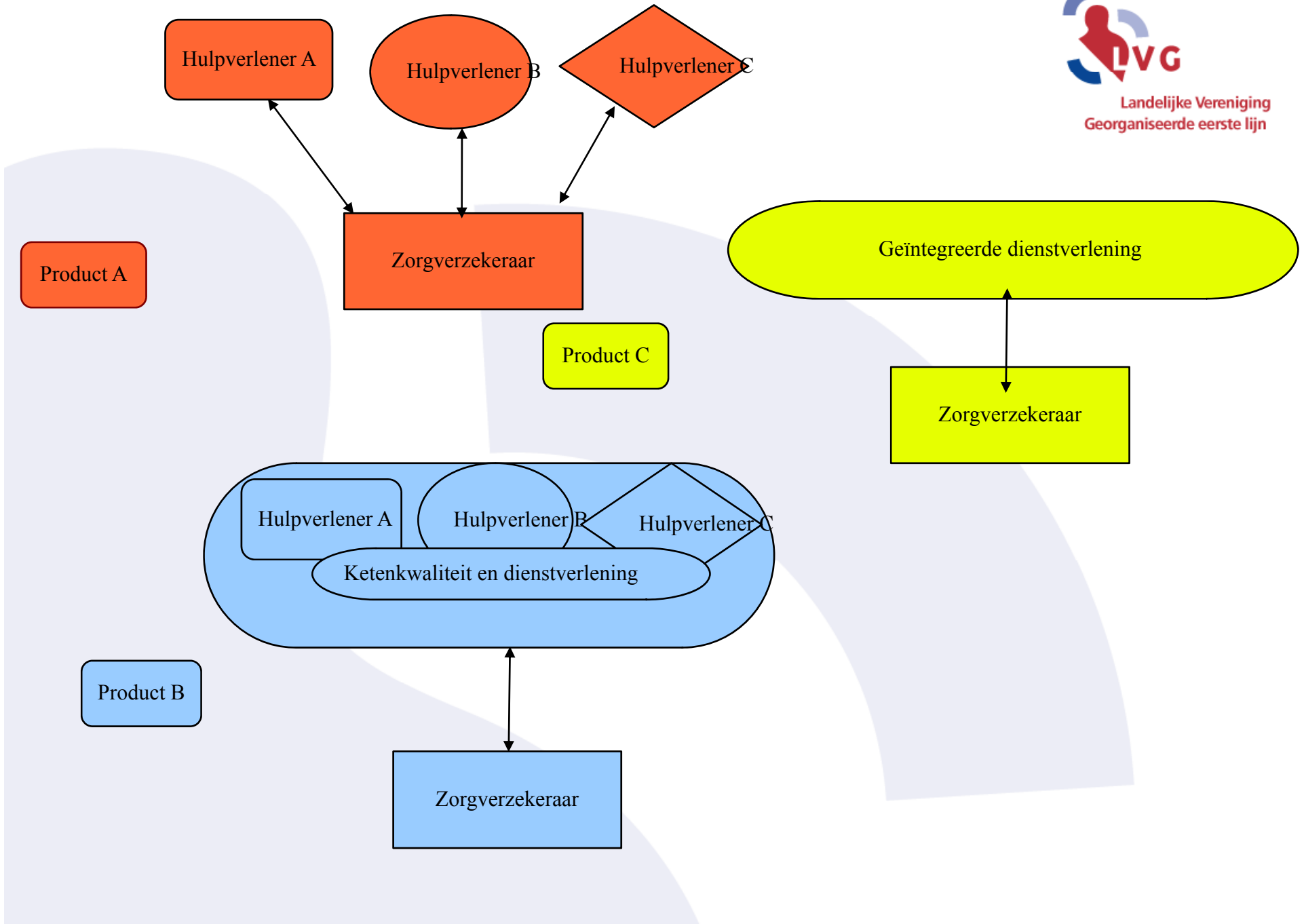
Case-management / zorgcoördinatie

o.a.
Wijkambod
Bewegen

Van disease- naar casemanagement







Brief VWS integrale bekostiging



- 4 keten DBC's (Vrije prijs)
- Wijziging huisartsenfinanciering
- Halveren van de GEZ module per 1-1-2010

Stand van zaken

- DBC's
 - Diabetes en CVR: 1 januari 2010
 - COPD per 1 juli 2010
 - Hartfalen: 2011?
- Aanpassing huisartsen financiering (korting/receptregel)
- GEZ blijft bestaan voor 2010

Integrale bekostiging

- Zorgstandaard = minimum kwaliteit
 - Een zorgstandaard beschrijft waaruit de zorg voor een patiënt met een bepaalde aandoening minstens moet bestaan, zodat de patiënt weet wat hij kan verwachten
 - Een zorgstandaard beperkt zich niet tot de inhoud van de zorg (incl. rol van de patiënt), organisatiestructuur van het zorgproces, prestatie-indicatoren
- Tarief: integraal tarief
 - Kosten voor de hulpverleners en organisatiekosten
 - Alle zorgkosten die samenhangen met de betreffende aandoening
 - Vrij tarief (ook binnen de keten)

Keten DBC's per 1 jan 2010

- De zorgstandaarden worden gebruikt voor:
 - Inclusiecriteria
 - Vaststelling van de te leveren zorg
 - Exclusie bij definitieve overdracht naar de 2^e lijn
- Geen dubbele bekostiging
 - Indien behandeld wordt door keten geen vergelijkbare zorg in 1^e of 2^e lijn
 - De ketenzorg voor CVR is integraal onderdeel keten voor Diabetes
 - Bij multimorbiditeit afspraken over de prijsstelling voor de combinatie van ketens

Functies die **NIET** vallen in 2010 onder de integrale afspraak



- Eerstelijnsdiagnostiek (lab, röntgen etc.)
Wel overgangsregeling voor die zorggroepen die dat nu reeds mee contracteren
- Stoppen met Roken, Beweegkuur
In 2010 nog niet onderdeel van de basisverzekering
- Medicatie, hulpmiddelen
- Zorg vergoed vanuit AWBZ en WMO
- Behandeling die, conform de zorgstandaard of onderliggende richtlijn, onder regie van medisch specialist dient plaats te vinden

Prestatie-indicatoren



Zorgstandaard biedt kader voor Prestatie-indicatoren

- om *uitkomsten*, van de geleverde zorg te meten
- Voor Aanbieders en verzekeraars om prijs-kwaliteit afspraken te maken
- Het tarief te differentiëren naar rato van de daadwerkelijk geleverde kwaliteit

MDS Het registreren van de voor de prestatie-indicatoren benodigde Minimale Data Set op patiëntniveau

- Rapportage verplicht via beleidsregel
- Sluit aan bij de (registratie van de) primaire processen van huidige ketenaanbieders en reeds gevalideerde indicatoren
- Voorkomt wildgroei in rapportage eisen

2010: verplicht registreren en in 2011: verplicht rapporteren over 2010

Openstaande issues

- **Contracteren :**
 - De prestatie (zorgstandaard = minimum eis): wat zijn inclusie- en exclusiecriteria? Wanneer wordt de zorg overgedragen aan de tweede lijn?
 - Hoofdcontractanten / Zorggroepen (niet veel marktmacht)
 - Zorgverzekeraar (voldoende capaciteit)
- **Leveren zorg (welke te leveren functies?)**
 - Ketenorganisatie (Organiseren van de keten zorg door multidisciplinair samenwerkende zorgaanbieders, zorginhoudelijk en financieel)
 - KIS (Keteninformatiesysteem) (informatiesysteem blijkt een “must”)
- **Declareren**
 - Afspraken over declaratie
 - Declaratiesystemen
 - Controle op dubbele bekostiging
- **Rapporteren:** Minimale dataset

Ervaren knelpunten

- Wat is qua **schaalgrootte** nog toegestaan qua richtsnoeren zorg van de NMA? (samenwerking van alleen fysiotherapeuten/ alleen huisartsen)
- **Aansprakenpakket**: wat zit in de basisverzekering en wat niet? Nog **geen integrale tariefafpraak**
- De **onzekerheid over de financiering** belemmerend werkt voor het ondernemerschap van onze leden.
- Wat de doen als er geen contract komt

Beleidsregel multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen



- De chronische aandoeningen waarop deze beleidsregel betrekking heeft, zijn:
- 1. Diabetes Mellitus type 2 voor personen ≥ 18 jaar (DM type 2)
- 2. Cardiovasculair risicomanagement (CVR)



Landelijke Vereniging
Georganiseerde eerste lijn

Ga ik een gezondheidscentrum?

Ik doe even
gewoon mijn werk

Ga ik in een zorggroep ?

Wat staat ons in 2010
te wachten



Wat moet huisarts Stegeman doen?...

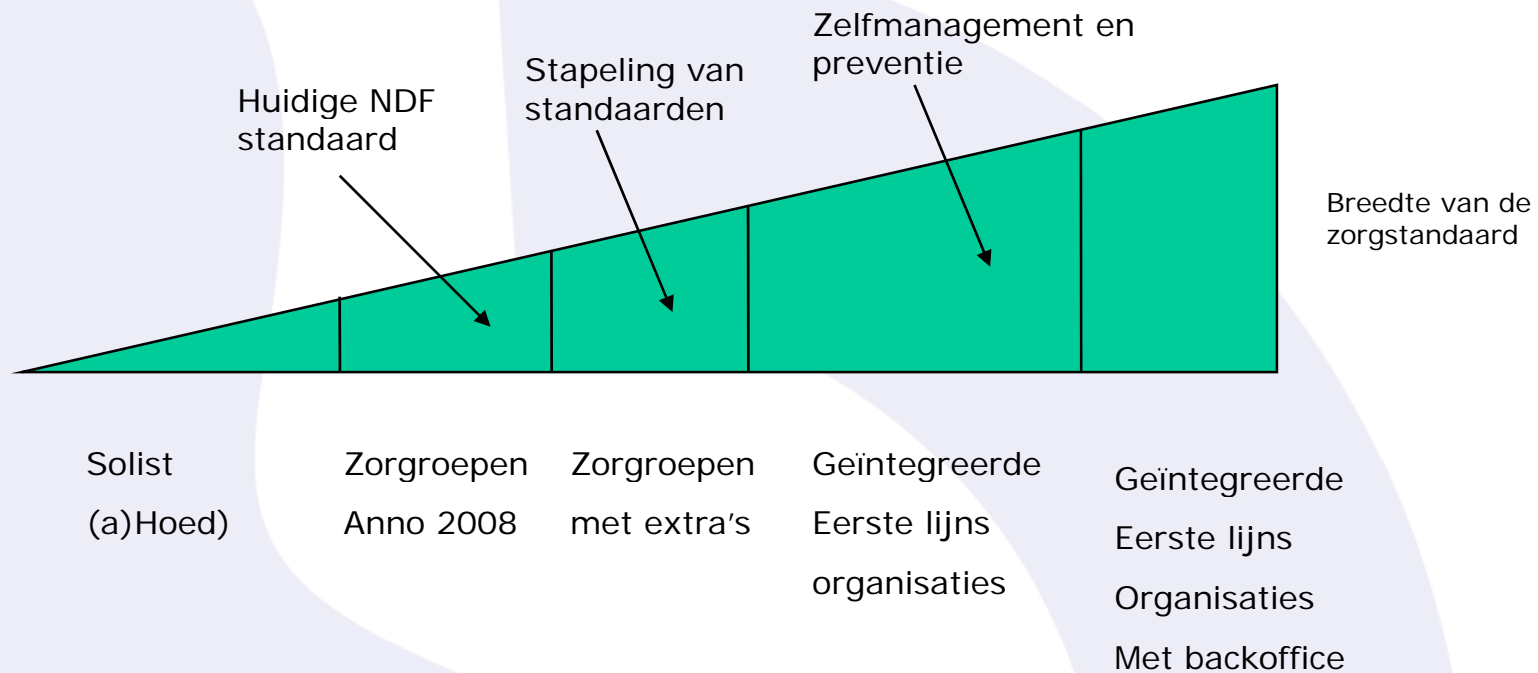
Gefaseerd vanuit de huisartsenzorg

- 1) Voorbereiding
- 2) Focus: kwaliteit en organisatie huisartsenzorg
 - Randvoorwaarden realiseren
 - Van programma → protocol → SOP
 - Implementeren in de dagelijkse werkelijkheid
- 3) Focus: ontwikkelen op ketenzorg
- 4) Focus: educatie, zelfmanagement en betrokkenheid patient



Landelijke Vereniging
Georganiseerde eerste lijn

Organisatie vorm



Dilemma's (1)

- Bestaand gezondheidscentrum
GEZ \Rightarrow 2/3 bijdrage samenwerking DZ
 \Rightarrow 1/3 chronische zorg
- GEZ weg = GZC weg

Dilemma's (2)

- Ontwikkelen van gezondheidscentrum.
100% GEZ nodig om zorg gefaseerd te verbeteren en te komen integrale zorgprogramma's
- GEZ weg; op basis van keten DBC geen gezondheidscentra

Dilemma's (3)

- Geen “gedragen” visie op (fragiele) ouderenzorg
- Casemanagement apart bekostigen

Conclusies

- Integrale bekostiging kan leiden tot integrale zorg.
- Voorzichtig met transitie (3jr minimaal) (meer bedrijfszekerheid)
- Keten DBC's zijn geen kostendrager voor geïntegreerde samenwerking
- Casemanagement bekostigen
- Experimenteer met populatiebudget !



Landelijke Vereniging
Georganiseerde eerste lijn

Reserve dia's

LVG

- Brancheorganisatie
 - ROS
 - Gezondheidscentra
 - Samenwerkingsverbanden
 - Zorggroepen

Belangenbehartiging, CAO, scholing, lobby, agendering, kennisuitwisseling en inspiratie

Samenwerken: "Iets inleveren om er samen beter van te worden"

Waarom (1)

- Er zijn (steeds) meer mensen met chronische aandoeningen
- De zorg voor deze groep kan beter door een programmatische aanpak
- Die programmatische aanpak wordt maatschappelijk gevalideerd door vastlegging in een zorgstandaard
- Zo'n standaard gaat over goede curatieve zorg, maar ook over preventie, vroegopsporing en zelfmanagement
- Het hoofdaccent van de zorg voor mensen met een chronisch ziek ligt in de eerste lijn

Waarom (2)

- Programmatische zorg in de eerste lijn vraagt om **meer** organisatievermogen
- Chronische zorg vraagt om:
 1. Multidisciplinair => geïntegreerd
 2. Wijkgericht (*op den duur*)
 3. Populatiegericht
 4. Patiënten (en hun omgeving) worden partners
- Zorggroepen / gezondheidscentra zijn uitvoeringsorganisaties voor zorgstandaarden

Waar staan we voor?

- Maatschappelijke opgaven
- Beleidsmatige opgaven
- Professionele opgaven

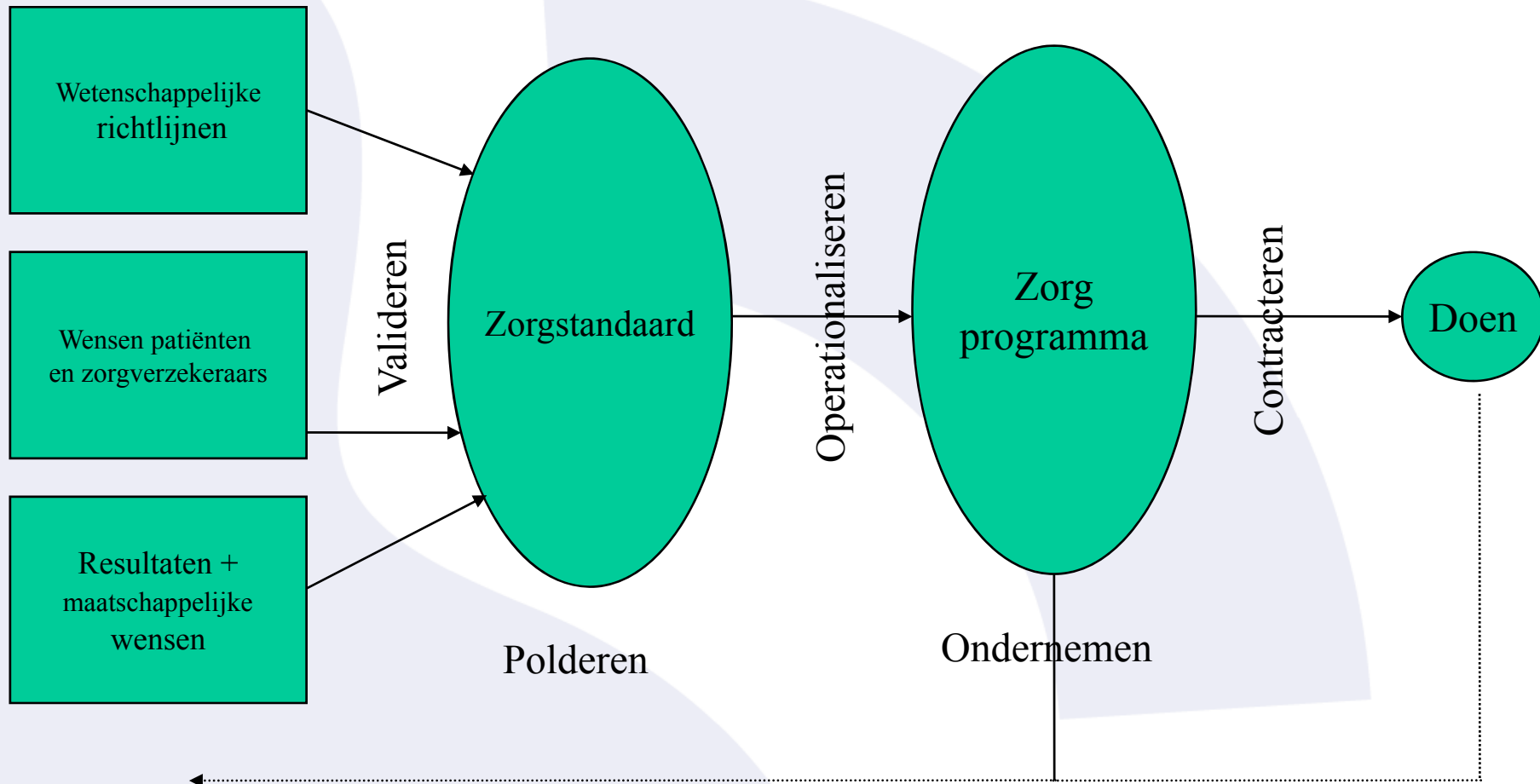
De maatschappelijke uitdaging....

- Chronische zorg te verbeteren zodat het aantal complicaties vermindert en de groei van nieuwe chronische patiënten afneemt.
- Dat geeft voor velen een betere kwaliteit van leven én draagt bij aan de financiële houdbaarheid van ons zorgstelsel
- Effecten van de crisis.....?

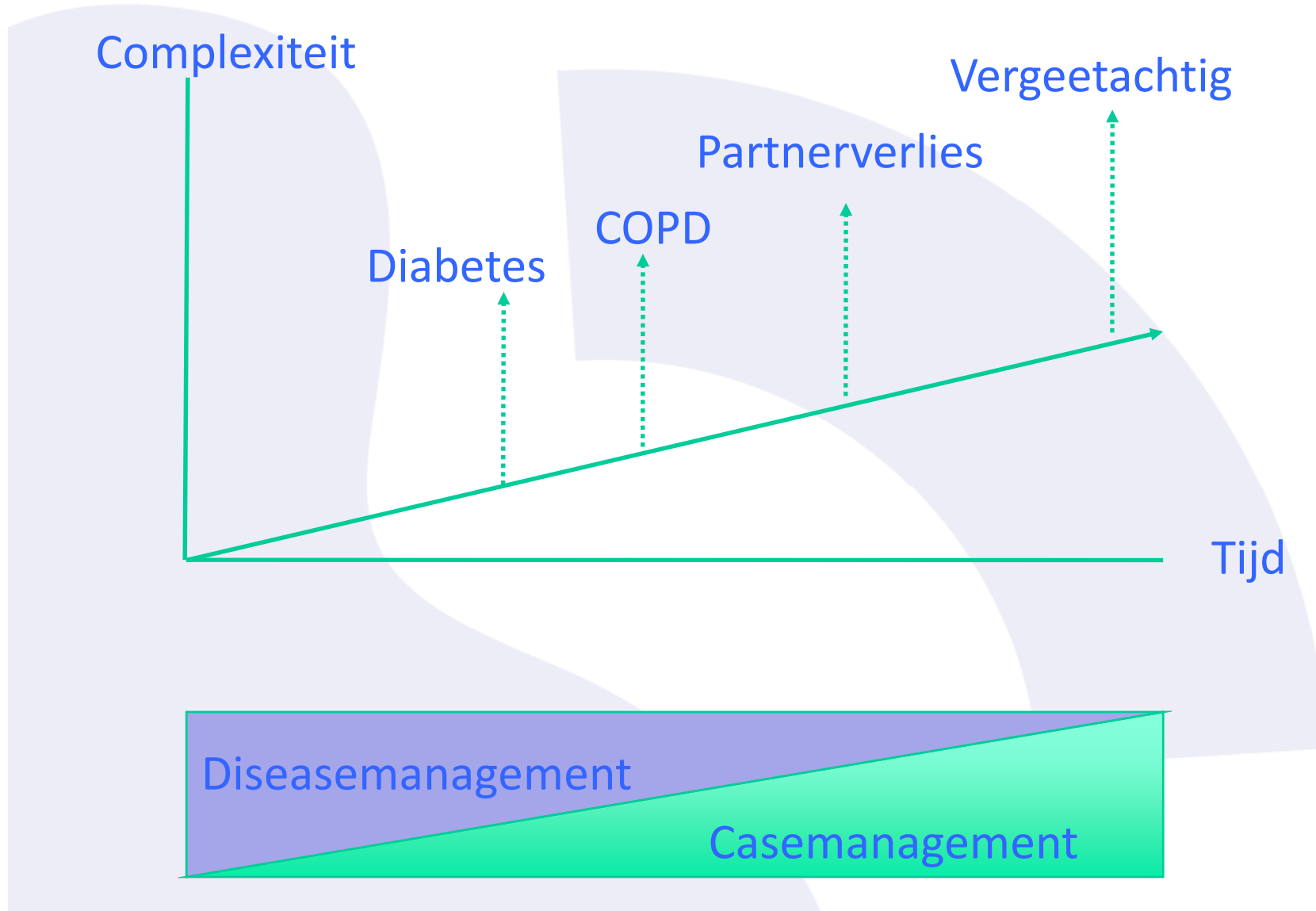
De beleidsmatige uitdaging...

1. Van lijnen => zorgprogramma's
2. Ruimte voor (echte) innovatie en implementatie ervan
3. Bekostiging/regelgeving in samenhang bezien
4. Van concurrentie-model naar samenwerkingsmodel
5. Informatisering op orde krijgen

Van lijnen => zorgprogramma's



Van disease- naar casemanagement



Bekostiging / regelgeving in samenhang bezien

- Substitutie technisch faciliteren =>
 1. Verevening,
 2. AWBZ / PG functies overhevelen
 3. Verre verzekeraars / AL
 4.
- Denken in kostprijzen van zorgprogramma's i.p.v. bekostiging van individuele zorgprofessionals
- Invoeren van integrale bekostiging

Professionele opgave

- Chronic care model → nieuwe competenties (teams/proactief)
- Balans tussen generalisme/specialisme
- Operationeel / medisch management
- Zelfmanagement
-

Integrale bekostiging

Ideologie: de patiënt (aandoening) staat centraal

Integrale bekostiging:

- bekostiging op basis van de integrale zorg die wordt geleverd aan een patiënt met een bepaalde aandoening
- 1 prijs voor een bepaalde aandoening, en alle zorg die de patiënt nodig heeft voor de aandoening valt binnen die prijs
- de zorg meer op de patiënt gericht
- de zorg is beter betaalbaar
- zorgaanbieders worden ook gestimuleerd om de patiënt beter te leren omgaan met hun ziekte.

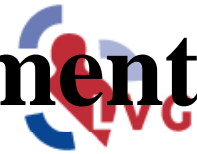
Doel

- Naar betere kwaliteit van zorg
 - Vroegsignalering, secundaire preventie en betere afstemming
- Best practices
 - Disease management diabetes, begeleiding hartfalen (gezondheidswinst)
- Verkeerde prikkels in het systeem voor het versterken van de 1^e lijn
 - Aanbod gericht
 - Verschillende plaatsen, verschillend bekostigd
 - Risicoverevening
- Ketenbekostiging
 - Stimulans om zorg samenhangend te organiseren rondom de zorgvraag

Diabetes

- De *prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Diabetes Mellitus type 2 voor personen ≥ 18 jaar (DM type 2)* : zorgverlening in waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt aan de patiënt leveren.
- De zorgonderdelen die deel uitmaken:
 - binnen de kaders van de standaard voor zorgstandaarden welke ingevuld wordt met behulp van de zorgstandaard voor Diabetes Mellitus [\[2\]](#) die geldt op het moment van sluiten van de overeenkomst en is aangepast op de lokale situatie.
- [\[2\]](#) De NDF zorgstandaard van de Nederlandse diabetes federatie

Cardiovasculair Risicomanagement (CVR)



Landelijke Vereniging
Georganiseerde eerste lijn

- Prestatie: Zorgverlening in waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt aan de patiënt leveren.
- De zorgonderdelen die deel uitmaken van deze prestatie worden beschreven binnen de kaders van de standaard voor zorgstandaarden welke ingevuld wordt met behulp van de zorgstandaard vasculair risicomanagement^[1] die geldt op het moment van sluiten van de overeenkomst en is aangepast op de lokale situatie.
- Voor wie: Verhoogde risico is vastgesteld (risico $\geq 5\%$ om binnen 10 jaar te overlijden aan hart- of vaatziekte) en voor patiënten die een hart- of vaatziekte hebben.

Start prestatie

- Vanaf het moment dat de diagnose (DM type 2/COPD) of het verhoogde risico (CVR) is vastgesteld en wanneer de patiënt ‘in zorg’ is.
- “in zorg”:
De patiënt is ‘in zorg’ indien hij/zij voor de bij hem/haar bestaande chronische aandoening zorg ontvangt waarvan inhoud en levering overeenkomen met de hier beschreven prestatie(s).

Hoofdaannemer

- Hoofdaannemer: de zorgaanbieder die de omschreven prestatie(s) contracteert, levert en het overeengekomen tarief declareert.
- Bij onderlinge dienstverlening verdeelt de hoofdaannemer het overeengekomen tarief onder de bij de keten betrokken zorgaanbieders, volgens de (contract)afspraken die hij met hen heeft gemaakt.
- De hoofdaannemer dient over de competenties te beschikken (c.q. deze competenties te hebben gecontracteerd) om basis huisartsgeneeskundige zorg te kunnen aanbieden en/of andere chronische zorgvormen.

Tarief

- Vrij tarief
- Declareren 1 per kwartaal door hoofdaannemer
- Het tarief per kwartaal kan door de hoofdaannemer in rekening worden gebracht voor die patiënten die op de eerste van dat kwartaal in zorg zijn.
- De prestatie ‘CVR’ omvat zorg die al een integraal onderdeel dient te zijn van zorg voor DM type 2 patiënten. Deze prestatie kan dus niet tegelijkertijd open staan met de prestatie ‘DM type 2’ voor eenzelfde patiënt.

Overgangsjaar 2010

- Kiezen om een jaar te verlengen of gebruikt te maken van deze beleidsregel.
- Eerste 3 maanden van 2010 niet te worden voldaan aan de volgende verplichtingen:
 - 1. transparantievoorschriften multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen; en
 - 2. de administratievoorschriften multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen

Administratievoorschriften



- De verplichting om te registreren omvat alleen de onderwerpen voor registratie die in de MDS zijn gedefinieerd.
- De manier waarop de registratie plaatsvindt, is aan de zorgaanbieder zelf.
- De registratie dient wel zodanig te worden opgezet dat de zorgaanbieder in staat is om in 2011 gegevens te rapporteren met de operationalisatie die in de MDS-en zijn gedefinieerd.

Transparantievoorschriften

Verplichting zorgaanbieder

- Informatie over welke prestatie contracteert, levert en declareert bij de ziektekostenverzekeraar of de consument, maakt openbaar wat de aanbiederspecifieke invulling van de desbetreffende prestatie is. Conform de structuur van de standaard voor zorgstandaarden doen.
- Prijs van de prestatie(s) terug te vinden is via de ziektekostenverzekeraar waar zij mee samenwerken.

Transparantievoorschriften



Voorwaarden zorgaanbieder

- De informatie is voldoende toegankelijk voor consumenten, de informatie is daarom:
 - zichtbaar aanwezig in de wachtruimte van de zorgaanbieder;
 - via post te verkrijgen wanneer de consument daar om vraagt;
 - op de website van de aanbieder te vinden wanneer deze een website heeft.
- De informatie is tijdig beschikbaar voor de consument zodat deze in staat is de noodzakelijke keuzes te maken.
- De beschikbare informatie is actueel en heeft een ingangsdatum waarop deze in werking treedt. De ingangsdatum geldt voor alle onderdelen van het programma.

Declaratiewijzer



Declaratiewijze verzekerde zorg en niet verzekerde zorg binnen de prestatie

De declaratie van het tarief omvat twee vergoedingscomponenten:

1) Zorgonderdelen die vallen onder de te verzekeren prestaties (ZVW)

De hoofdaannemer declareert de vergoedingscomponent die onder de te verzekeren prestaties valt integraal aan de ziektekostenverzekeraar of de consument. Dit gedeelte van het tarief kan door de hoofdaannemer gedeclareerd worden voor alle patiënten vallende onder dit deel van de te verzekeren prestatie.

2) Zorgonderdelen die vallen buiten de te verzekeren prestaties (ZVW)

De hoofdaannemer declareert, naast de component als onder 1 gesteld, de vergoedingscomponent die buiten de te verzekeren prestaties valt aan de ziektekostenverzekeraar of consument indien en voor de duur dat de component geleverd wordt.

Tijdspad

- November 2009: Definitieve beleidsregels
- November en december 2009: Gesprekken over toevoegen van functies (diagnostiek, hulpmiddelen etc.) in 2011 in de ketenprestatie.
- November 2009: declaratie standaard (agb-code, code voor de prestatie) gereed.
- November 2009: Helderheid over de minimale dataset (MDS) van Zizo.
- December 2009 implementatie-tool

Tijdspad voor Hulpverleners



Acties zorgaanbieders voor oktober-december:

- Keuze wel/ niet aan de slag met zorgprogramma's
- contact opnemen zorgverzekeraar
- aan de slag met zorgprogramma's
- onderhandelen + regelen van contracten met zorgverzekeraars,
- onderhandelen + regelen samenwerking/contracten betrokken zorgaanbieders
- uitvoering declaratie opzetten (codes regelen ed.),
- openbaar kunnen maken van gevraagde transparantie-eisen, kunnen registreren van MDS

Aanpassing huisartsen bekostiging?



- Kostenonderzoek
- Vervallen van herhaalrecepten
- *M & I verrichtingen schrappen (COPD, Diabetes, CVRM en hartfalen)*
- *POH (25% via inschrijftarief en 75% via de keten)*
De zorgverzekeraar staat vrij om via 14 –code
- Opslag op het inschrijftarief voor service en kwaliteit en tegemoetkoming chronische zorg

Vragen ?