



stichting eerstelijns zorggroep

Ketenzorg inleiding

Ph.E. de Roos





Agenda

- Waarom ketenzorg
- Vormen van financiering
- KOP tarief, hoe en wat
- Aanpak ketenzorg CVRM en HF
- Spelers in CVRM en HF keten
- Workshop VRM en HF
- Discussie en vragen



Waarom ketenzorg

- Kwaliteit van de chronische zorg verhogen
- Continuïteit van zorg/dienstverlening
- Kostenreductie (macro)
- Efficiencyverbetering
- Toename klanttevredenheid/betrokkenheid
- Terugkoppeling en reflectie



Integrale ketenzorg

‘Programmatische aanpak’ met als kenmerken:

1. Patiënt centraal: zorgvraag
 2. Sluitende keten van vroegtijdige onderkenning, preventie, zelfmanagement en goede zorg: zorgstandaard is de norm
 3. Multidisciplinaire aanpak (‘zorgteam’)
 4. Transparant en gericht op uitkomsten:
 - kwaliteit/ketenindicatoren
 - goede informatiesystemen
 5. Patiënt ervaring
- Organisatie en kwaliteitsontwikkeling stimuleren, zorgverlening regulier declareren



Visie Achmea

- Tegen het huidige DBC systematiek 1^e lijn
- Terug naar het oude principe;
betaal onderaannemers rechtstreeks
geef extra voor scholing , overleg
extra vergoeding voor HA in
behandelfase
Kennis Centrum worden wel
via zorggroep betaald



Visie SEZ

- Eens met het principe, maar continuïteit van oorspronkelijke systematiek te snel doorbroken
- Speelruimte ook financieel wordt verkleind



Koptarief

- Koptarief richt zich op de chronische ketenzorgprogramma's (geen DBC)
- Zorgaanbieders werken volgens zorgstandaarden met bindende afspraken
- Investering in kwaliteitsontwikkeling van samenwerking door multidisciplinair overleg, spiegelbijeenkomsten en verbeterplannen en scholing te bekostigen
- Zorggroep maakt bindende afspraken met zorgaanbieders over o.a. het volgen van de zorgstandaarden, registratie, en spiegelen



Koptarief (2)

- Zorggroep maakt afspraken met verzekeraar op inhoud en kwaliteit en vastleggen van de gegevens
- Zorggroep declareert Koptarief op AGB code Zorggroep
- Zorgverleners declareren zorgprestaties rechtstreeks bij verzekeraar



Koptarief (opbouw)

Overhead:

- Personeel, projectmanagement, medisch coördinatie, bestuurskosten, bureaunkosten, administratie, scholingsorganisatie kosten

Kwaliteitsbewaking:

- Inzet gespecialiseerde verpleegkundige voor o.a. visitatie
- Overleg met specialist
- Patiënten enquête

ICT:

- Evt KIS en/of aanleveren informatie tbv spiegel en benchmark

Kwaliteitscyclus zorgaanbieders:

- Onderhouden en werken volgens zorgstandaard, multidisciplinair overleg, spiegelbijeenkomsten en verbeterplannen
- Jaarrekening

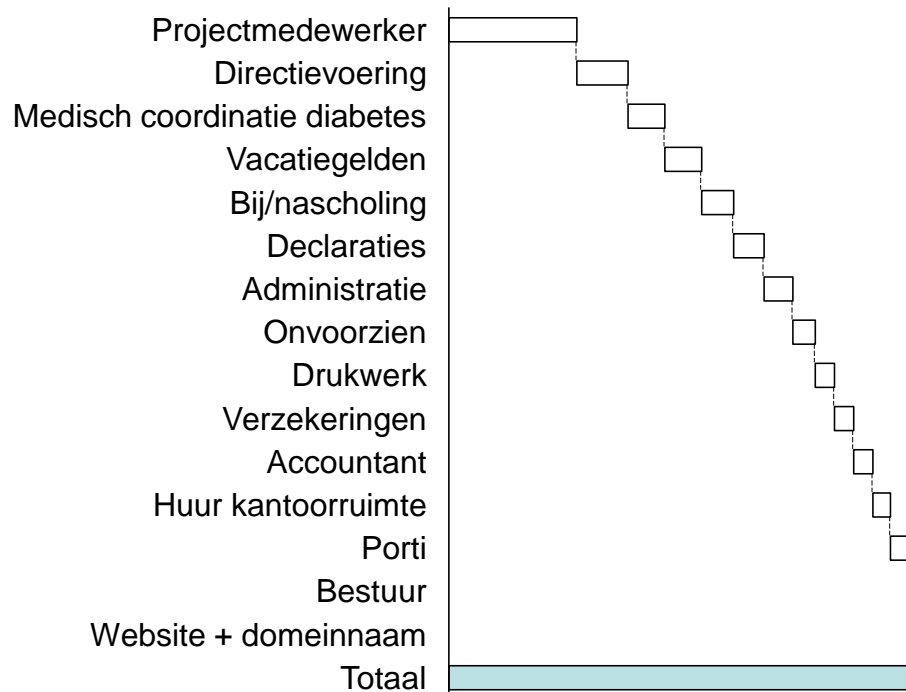
NB! Opstart vs structurele kosten, kosten verdelen over meerdere chronische zorgprogramma's



Opbouw overhead koptarief

Overheadkosten voor zorggroep
[EUR '000, inclusief 19% BTW]

Excel rekenmodel beschikbaar





Codes Koptarief

11602	Koptarief ketenzorg Diabetes Mellitus
11603	Koptarief ketenzorg COPD
11604	Koptarief ketenzorg VRM

De code **11600** zal gebruikt worden voor **hartfalen** en andere chronische ziekten waar nog geen ketenDBC mogelijkheid voor is.



Voor de aanvraag van ketenzorg bekostiging

- Aanvraag model voor financiering:
 - wie doet wat
 - extern afspraken maken
 - indicatoren, spiegel en benchmark info
 - individueel ondersteunen
- Kostenoverzicht (excel sheet) + toelichting
- Gebaseerd op de Zorgstandaard!!



Zorgstandaard beschrijft

- **Proces**

Onderdelen van goede diabeteszorg om diabetes te voorkómen, tijdig op te sporen en juist te behandelen

- **Uitkomst**

Concrete indicatoren om de kwaliteit van de diabeteszorg en van de betrokken zorgverlener te kunnen meten. Deze indicatoren hebben zowel een interne werking (verbeteren van de zorg) als een externe werking (verantwoording afleggen)



stichting eerstelijns zorggroep

Sneak preview aanvraag

1. Inleiding

2. Het zorgcontinuüm

3. Het zorgmodel

4. Uitvoering Ketenzorgmodel

5. Inzichten in resultaten en rapportage

6. Kwaliteit

7. Kosten



Sneak preview aanvraag

Bijlagen

1: overzicht deelnemende huisartsen

2: Indicatoren tbv van de spiegelinformatie

3: Intern CVRM/HF protocol HA praktijk

4: Werkafspraken CVRM/HF o.a. verwijzingen

5: Protocol POH-GGZ

6: 2^e lijn afspraken

7: Kosten



1. Inleiding

1.1 Initiatiefnemer

1.2 Werkgroep

1.3 Achtergrond zorgprogramma

Kader

Doelstelling

Behandeldoelen

1.4 Wettelijk kader



2. Het zorgcontinuüm

2.1 Preventie

2.2 Diagnostiek

2.3 Behandeling

**2.4 Contracten, afspraken met
ketenpartners**



3.Het zorgmodel

3.1 Routes

3.2 Populatie

3.3 Behandeling

Patiënt centraal

Eerste tweede schil

Doelmatig voorschrijven

**3.4 Overleg en doorverwijzing andere
hulpverleners**

3.5 Samenvattend overzicht



4. Uitvoering Ketenzorg

4.1 Wie doet wat

4.2 Huisartsen

4.3 POH

4.4 HF verpleegk./Apotheker CVRM

4.5 Zelfmanagement

4.6 Patiënttevredenheidsonderzoek



stichting eerstelijns zorggroep

5. Inzichten in resultaten en rapportage

5.1 Verslaglegging en rapportage

**5.2 Bijwonen
spiegelinformatiebijeenkomsten**

5.3 Spiegelinformatie

5.4 Spiegelinformatie voor verzekeraars



6.Kwaliteit

6.1 Planmatige werkwijze

6.2 Kwaliteitsbeleid t.a.v. metingen

6.3 Patiënten enquête

6.4 Patiënten zelfmanagement

6.5 Nascholing



7.Kosten

7.1 Koptarief declareren voor verleende zorg/overhead

7.2 Tarief opbouw 2012

7.3 BTW gevolgen dienstverlening zorggroep

7.4 Declaratieproces



Spelers in CVRM keten

1^e schil (in de keten met protocollen)

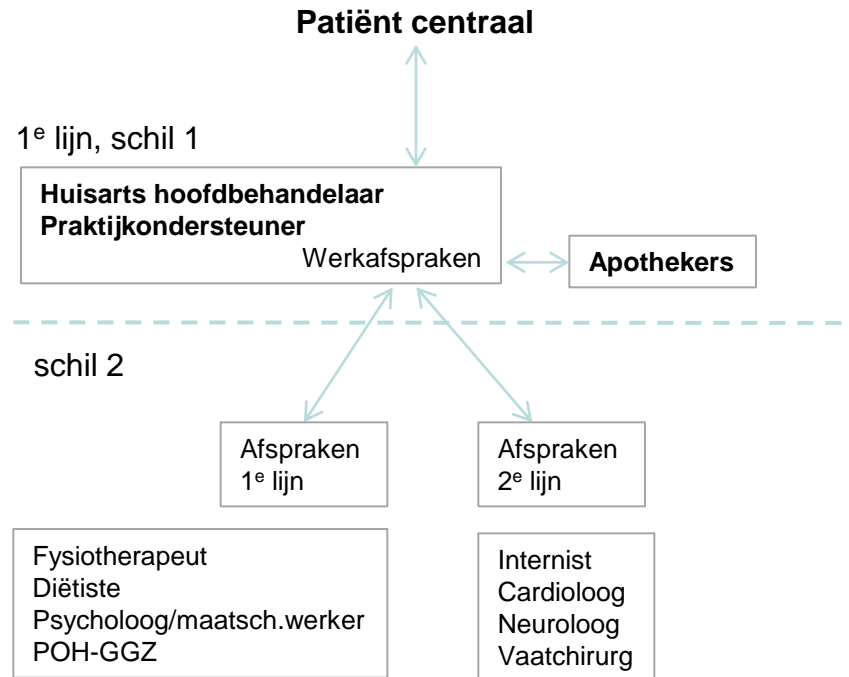
- Huisarts
- Praktijkondersteuner (POH)/ Assistente
- Apothekers

2^e schil (afspraken met de keten)

- Internist/cardioloog/vaatchirurg
- Fysiotherapeut
- GGZ/(medisch) psycholoog
- Diëtist



Spelers in CVRM keten





Spelers in HF keten

1^e schil (in de keten met protocollen)

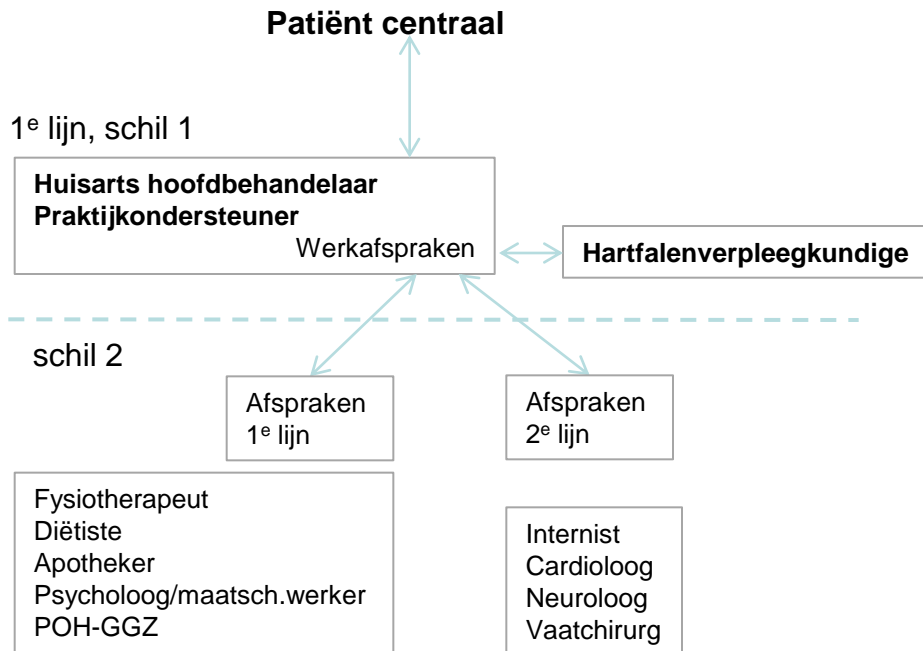
- Huisarts
- Praktijkondersteuner (POH)/ Assistente
- Hartfalen verpleegkundige

2^e schil (afspraken met de keten)

- Cardioloog
- Fysiotherapeut
- GGZ/(medisch) psycholoog
- Diëtist
- Apotheker



Spelers in HF keten





Blijf alert

- VWS bezuiniging en standpunt medio 2012
- Enerzijds “krijgen” anderzijds “inleveren”
- Spanningsveld marktwerking en samenwerking zal mogelijk nog toenemen
- Verwachtingen/rol van de patiënt
- Discretie verwacht...op straffe van...(NMA)
- En wat ons verder boven het hoofd hangt.....



stichting eerstelijns zorggroep





Waar ging het om?

**Optimale patiëntenzorg moet het
uitgangspunt blijven en is een
gezamenlijke (regionale)
verantwoordelijkheid**



stichting eerstelijns zorggroep

Discussie en vragen