

Transmurale bekostiging bij ketenzorg Hartfalen en Atrium Fibrilleren: de knelpunten en succesfactoren

Verslag bijeenkomst Connect-ed HF/AF met als onderwerp bekostiging van transmurale zorg. Georganiseerd door Connect in samenwerking met de Beroeps Belangen Commissie van de NVVC en de Federatie Medisch Specialististen.

Regio's die zijn aangesloten bij het programma Connect, zijn bezig om transmurale afspraken te maken of te implementeren op het gebied van Hartfalen (HF), Atriumfibrilleren (AF) en/of Acuut Coronair Syndroom (ACS). Het is opvallend dat het financieren van de uitvoering van de transmurale afspraken in meerdere regio's een probleem is of lijkt. Door het ontbreken van goede financieringsafspraken in de regio, komt het voor dat implementatie van de transmurale samenwerking stagneert.

Om dit knelpunt voor een goede transmurale zorg op te pakken, is in Connect verband een bijeenkomst georganiseerd met als doel dit probleem te verkennen en vervolgstappen te formuleren. Daartoe is de samenwerking met de Beroeps Belangen Commissie (BBC) van de NVVC en de Federatie Medisch Specialististen (FMS) gezocht. In nauwe samenwerking is op donderdag 5 juli de Connect-ed bijeenkomst HF/AF met als thema transmurale bekostiging georganiseerd onder voorzitterschap van Petra van Pol (voorzitter Connect en projectleider Connect HF) en Martin Hemels (projectleider Connect AF).

1. Bekostiging en transmurale zorg binnen de cardiologie

Sprekers: Karin Jansen, senior beleidsadviseur BBC NVVC

Ingrid van der Gun, programma manager Connect

Achtergrond

Karin Jansen heeft een onderzoek onder NVVC-leden uitgevoerd naar substitutieprojecten binnen de cardiologie. Zij ging in haar presentatie in op bekostiging van transmurale zorg bij substitutieprojecten binnen de cardiologie. Bij substitutie gaat het om het verplaatsen van zorg van het ziekenhuis naar de eerste lijn. Als vervolg op een eerste enquête in 2017, is in 2018 een tweede vragenlijst uitgezet met als doel meer informatie te verkrijgen over algemene projectkenmerken, organisatie en financiering van de projecten. Vanuit Connect is een inventarisatie uitgevoerd naar knelpunten in de eerstelijns bij transmurale samenwerking.

Bespreking en discussie

De meting in de tweede lijn betrof 25 substitutieprojecten, waarvan het merendeel in een instelling met Connect programma('s). Bij meer dan een derde van de projecten was er geen financiering voor het project. Als er wel financiering was, was dit lang niet altijd marktconform voor de cardiologie.

Uit de enquête komen de volgende knelpunten bij substitutieprojecten naar voren:

1. Organisatie en samenwerking: ondersteuning projectgroep, deskundigheid betrokkenen;
2. Kwaliteit van zorg: o.a. kunnen meten van effect;
3. Financiële effecten: geen ketenfinanciering, risico omzetsdaling;
4. Kwaliteit en kosten: o.a. begrip dat het gaat om betere zorg en niet minder kosten, te veel focus op besparing.

Als succesfactoren voor substitutie worden genoemd:

1. Organisatie en samenwerking: o.a. draagvlak, projectmanager aanstellen
2. Kwaliteit van zorg: betere zorg

3. Financiële aspecten: o.a. kostenbesparing; financiering voor eerste lijn

Ingrid van der Gun, programma manager Connect, gaf vervolgens een terugkoppeling over de inventarisatie van de bekostiging in de eerstelijns in Connect-regio's. Er zijn 10 Connect-regio's bevestigd. De uitkomsten zijn als volgt:

- Bij alle bevestigde Connect-regio's is financiering voor transmurale samenwerking geregeld. Veel regio's ervaren dit traject als intensief en tijdrovend;
- Er is geen sprake van structurele financiering, veelal op basis van projectgelden/prestatie innovatie (Segment 3 gelden van de huisartsvergoedingen) of andere ketenfinanciering zoals onderbrengen bij CVRM (segment 2 gelden van de huisartsvergoedingen), één regio heeft financiering geregeld via de substitutiegelden voor 2018;
- Er is verschil in vorm en invulling van de afspraken (de onderwerpen van afspraken over financiering zijn niet overal gelijk);
- Er is een verschil in de termijnen van de financiële afspraken, variërend van afspraken van één jaar tot afspraken van vijf jaar. Bij langdurige afspraken is er vaak een 'go-no go moment' ingebouwd. Opgemerkt is dat transmurale samenwerkingsprojecten van de lange adem zijn, het is belangrijk hier bij de financiële afspraken rekening mee te houden .

Conclusie

De problemen en succesfactoren gevonden bij de enquête in de tweedelijns en de inventarisatie in de eerstelijns, hebben veel overeenkomsten. In het algemeen geldt wel dat er een overall probleem is door gemis aan structurele financiering: continuïteit is dan onzeker. Daarnaast is ondervonden:

- Proces is lastig:
 - Onderbouwing project tijdrovend;
 - Opstellen business case is lastig;
 - Veel gesprekspartners, veel afstemming/andere belangen maakt het stroperig en tijdrovend;
 - Veel gesprekspartners bij de zorgverzekeraar: 1e en 2e lijns zorginkopers en medische afdeling met groot risico op 'schotten';
 - Ook vanuit de zorgaanbiederskant zijn er vele gesprekspartners: Zorggroep(en), de regionale huisartsenkring en ziekenhuis/ziekenhuizen.
- Knelpunten bij uiteindelijke afspraken:
 - Afspraken zijn in sommige gevallen niet voor alle praktijken akkoord: dit geeft implementatieproblemen;
 - Kortere tijdspaden geven onzekerheid.
- Overeenkomsten:
 - Allen maken afspraken over kwaliteit: scholing, monitoring;
 - Afspraken over diagnostiek worden vastgelegd;
 - Veelal contracteert de eerstelijns de tweedelijns.

2. Realiseren zorg op de juiste plek in 2019 en verder **Spreker: Marcel van der Linde, voorzitter BBC NVVC**

Achtergrond

Marcel van der Linde licht de kosten in de zorg toe. In de rijksbegroting komen de kosten voor de Nederlandse gezondheidszorg als grootste post naar voren. Eind april is het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg tot stand gekomen tussen veldpartijen uit de medisch specialistische zorg en VWS. In dit akkoord, dat geldt voor de periode 2019-2022, zijn concrete afspraken gemaakt over onder meer een beperkte financiële groei, zorg op de juiste plek en beperking van de administratieve lasten.

Bespreking en discussie

Met betrekking tot 'Zorg Op de Juiste Plek (ZOJP)' gaf Marcel van der Linde aan dat het gaat om het 'Leveren van de juiste zorg op de juiste plek, door de juiste professional, op het juiste moment en tegen de juiste prijs, met als uitgangspunt dat de patiënt minimaal even goede of zelfs betere zorg zal ontvangen.' Dit gaat verder dan substitutie van tweede naar eerste lijn.

Eind juni is ook een nieuw Onderhandelaarsakkoord Huisartsenzorg 2019-2022 afgesloten. De huisartsen hebben in dit akkoord eveneens afspraken gemaakt met VWS over zorg op de juiste plek. Zij hebben extra financiële groeiruumte om meer zorg in de huisartsenpraktijk te kunnen leveren.

Conclusie

Het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg gaat over ZOJP. Dit gaat verder dan substitutie van tweede naar eerste lijn. Het Hoofdlijnenakkoord Huisartsenzorg geeft extra financiële groeiruumte in de huisartsenpraktijk.

3. Zorg op juiste plek **Spreker: Belinda van de Lagemaat, senior adviseur FMS**

Achtergrond en bespreking

Belinda van de Lagemaat gaf aan dat in december 2017 / januari 2018 de Taskforce ZOJP is ingesteld door de minister van VWS. Op 6 april 2018 verscheen het Rapport *De Juiste zorg op de juiste plek*. Dit rapport beschrijft de beweging die op gang moet komen en waarvoor commitment van iedereen in het veld nodig is. Er zijn knelpunten naar voren gekomen voor ZOJP:

- ICT infrastructuur;
- Zorginkoop nog niet passend voor netwerkzorg/ samenwerkingsverbanden;
- E-health toepassingen stimuleren;
- Belemmeringen in huidige bekostiging;
- Nog geen goede mogelijkheden om frictie- en transitiekosten te financieren;
- Huisartsen ervaren hoge werkdruk;
- Regionale verschillen in aanpak en draagvlak voor ZOJP in eerste- en tweedelijnszorg.

Conclusie

Het rapport ZOJP en de aanbevelingen vormen de basis voor de afspraken in de hoofdlijnenakkoorden van de eerste- en tweedelijnszorg.

4. Connect regio aan het woord

Spreker: Jan van Ramshorst, cardioloog Noordwest Ziekenhuisgroep

Achtergrond

Jan van Ramshorst kwam aan het woord om ervaringen te delen omtrent het proces van financieringsafspraken maken voor hartfalenzorg in de regio Alkmaar - Den Helder.

Bespreking en discussie

In de regio zijn er in 2011 transmurale afspraken voor hartfalen gemaakt tussen cardiologen en kaderhuisartsen. Gezien het ontbreken van financiering was er geen draagvlak voor de implementatie. Vervolgens is in 2016 Connect Atriumfibrilleren van start gegaan en ondergebracht in de keten CVRM. Daarna is hartfalen geselecteerd als 1 van de 10 'passende zorg projecten' in het kader van proeftuin projecten. Hierna is hartfalen opgenomen in CVRM. Echter was hierna toch nog een probleem omtrent draagvlak in verschillende delen van de regio. In 2018 was er na uitgebreid overleg toch draagvlak gecreëerd, met als mooi resultaat een succesvolle kick off in Schagen. Succesfactoren: verzekeraar aan tafel, CVRM als basis voor financiering, huisarts ontzorgen (heldere afspraken en niet alles tegelijk), intrinsieke motivatie en enthousiasme, organisatie van koepels in de regio. Aan het eind van de presentatie stelde van Ramshorst ter discussie of HF en AF in CVRM moet of juist niet, en het verleggen van de focus van de 1^e lijn naar de 0^e lijn (thuiszorg/wijk).

Conclusie

Het ontbreken van financiering is een showstopper in een regio waar wel transmurale afspraken zijn gemaakt.

5. Connect regio aan het woord

Spreker: Huug van Duijn, kaderhuisarts hart- en vaatziekten regio Leiden e.o.

Achtergrond

Huug van Duijn kwam aan het woord om de ervaringen te delen die er in de regio Leiden e.o. zijn opgedaan op het gebied van hartfalen en vervolgens atriumfibrilleren.

Bespreking en discussie

In 2016 is er een bijeenkomst voor de start van de transmurale samenwerking gehouden voor hartfalen in de regio Groot Leiden. Ruim een jaar later is er akkoord vanuit de zorgverzekeraar voor een vergoeding bovenop CVRM. Hiervoor zijn voorwaarden opgesteld: inclusie lege artis en volgen nascholing. De lessons learned voor hartfalen:

- Eerst tarief vastleggen, dan pas kick-off organiseren;
- Goede afspraken maken over wie de huisartsen vertegenwoordigt;
- Afspraken maken over meest eenvoudige manier van declareren (als module per kwartaal of als verrichting per controle)
- Vergoeding mogelijk na aanwezigheid nascholing;
- Heldere afspraken maken over hoe en wat te meten (indicatoren).

Met deze lessons learned is de regio met atriumfibrilleren aan de slag gegaan. Er is een plan van aanpak gemaakt en goed nagedacht over vertegenwoordiging huisartsen. De RTA was in de zomer van 2017 gereed, echter was eerst een tarief vanuit de zorgverzekeraar nodig. Dit kwam vlak voor het startsein van de samenwerking. Bij AF wordt de meting samen met de zorgverzekeraars gedaan, betaald door de zorgverzekeraars. Er gaat gemeten worden of er substitutie plaats vindt en/of de kwaliteit van de AF-zorg in de 1^e lijn verbetert.

Uitgangspunt is dat de kwaliteit omhoog gaat en dat er geen afname van patiënten in de 2^e lijn is maar minder stijging. Vervolgens kwam naar aanleiding van de presentatie een discussie op gang

over gemiste inkomsten in de 2^e lijn en vergoeding voor geleverde diensten in de 2^e lijn.

Conclusie

Het is belangrijk dat er een structuur is in een regio voor overleg en samenwerking. Het is goed om geleerde lessen vanuit een eerste project mee te nemen bij het maken van financieringsafspraken voor een nieuwe transmurale samenwerkingsproject.

6. Workshop: hoe start en financier je transmurale samenwerking?

Achtergrond/besproken

Belinda van de Lagemaat kwam aan het woord over een onderzoek uitgevoerd door het adviesbureau Berenschot. Hierin wordt ingegaan op frictiekosten (kosten te maken met afbouw van capaciteit in het ziekenhuis als gevolg van het verplaatsen van zorg naar de 1^e- of 0^e lijn) en transitiekosten (kosten eenmalig voor project/innovatie). Beide kostenposten moeten meegenomen kunnen worden in een businesscase. Berenschot heeft daarnaast een aantal aanbevelingen gedaan voor het verrekenen van dergelijke kosten.

Vervolgens kwam het formulier projectplan aan bod en format businesscase.

De Werkgroep Substitutie bij de Federatie Medisch Specialisten heeft in 2017 de Handreiking Substitutie van zorg gepubliceerd, samen met de LHV. In vervolg op de handreiking wordt nu een format projectplan opgesteld en een format businesscase berekening. Deze documenten zijn bedoeld ter ondersteuning van de uitwerking van lokale ideeën voor substitutie/ZOJP en worden begin 2019 verwacht.

Het laatste onderdeel van het programma was de workshop: hoe start en financier je transmurale samenwerking? De deelnemers werden verdeeld in twee groepen om dit verder te bespreken:

1. Starten met project: inventarisatie/stakeholders
2. Wat is er nodig voor een projectplan/business case:
 - Aantallen 1e en 2e lijn
 - Projectkosten
 - Besparing: voorkomen opnames op lange termijn
 - Winst is al als verwachte stijging afbuigt
 - Kwaliteit gaat omhoog
 - Het patiëntenperspectief is een eye opener voor zorgverzekeraar
 - Definiëring patiëntengroep
 - Inzicht in de verschillende segmenten: S3/S2/substitutiegelden
 - Per ziektebeeld blijken vele ingrediënten voor de business case hetzelfde. De getallen verschillen uiteraard per regio.

Afsluiting

Tot slot werd de bijeenkomst samengevat en werden mogelijke actiepunten meegegeven aan de organisatoren.