

### 1. Introductie

NVVC-Connect stimuleert het maken van regionale transmurale afspraken (RTA's) en regionale ketenzorgprogramma's voor onder andere atriumfibrilleren. De opzet en implementatie hiervan kosten tijd en energie die bovenop de huidige werkzaamheden voor de zorgverleners komt. Een extra vergoeding hiervoor is dan ook op zijn plaats. De vraag is welke onderbouwing gegeven kan worden aan een adequate vergoeding.

### 2. Kosteneffectiviteit van AF screening

Een belangrijk doel van een regionaal ketenprogramma atriumfibrilleren (AF), waarin aandacht is voor actieve opsporing en het optimaliseren van de behandeling, is het voorkomen van beroertes. Eén op de vier beroertes is AF-gerelateerd en deze beroertes zijn twee keer zo vaak fataal en drie keer meer invaliderend. Circa 66% van deze beroertes is te voorkomen door tijdige opsporing en juiste behandeling met antistollingsmedicatie. Daarmee krijgt de patiënt tijdig de best mogelijke behandeling wat veel zorgkosten bespaart.

De zorguitgaven voor beroertes werden in 2017 geschat op 1,5 miljard euro, 658 miljoen euro voor mannen en 820 miljoen euro voor vrouwen. De zorguitgaven voor beroerte staan gelijk aan 1,7% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg in Nederland. Van de zorguitgaven voor patiënten met een beroerte gaat 45% naar ziekenhuis- en medisch-specialistische zorg en 40% naar ouderenzorg. Onder ouderenzorg vallen verpleging, verzorging en thuiszorg.

Zowel voor de regiopartijen als voor de zorgverzekeraar is het belangrijk om inzichtelijk te maken of het organiseren van AF-zorg in de keten daadwerkelijk doelmatig is. De NVVC heeft in een kosteneffectiviteitsanalyse een aantal scenario's voor AF-screening doorgerekend. De resultaten worden einde zomer 2021 verwacht.

### 3. Informatie voor opbouw business case

Op het moment dat een regio aan de slag wil met de implementatie van de leidraad screening en behandeloptimalisatie zal de leidraad vertaald moeten worden naar een RTA en een ketenzorgprogramma die aansluiten bij de regionale gewenste werkwijze en afspraken. De wijze waarop de financiering is georganiseerd is niet eenduidig en verschilt per regio en zorgverzekeraar. De huidige AF-zorg wordt bekostigd vanuit de basisverzekering. Voor een regionaal AF programma waarin het organiseren en implementeren van screening en behandelingsoptimalisatie zijn opgenomen, kan aanvullende financiering worden aangevraagd bij de zorgverzekeraar. Voor welke route ook wordt gekozen, het is van belang een business case op te stellen ter onderbouwing van de aanvraag.

In 2019 is door de FMS en de LHV de 'Handreiking Juiste zorg op de juiste plek' gepubliceerd. Dit document geeft handvatten aan de financiële onderbouwing (Business Case) van een regionaal project gericht op JZOJP. Er wordt aangegeven met welke kosten, het type kosten én investeringen rekening moet worden gehouden. Tevens worden er rekenvoorbeelden gegeven. Een aan te raden document voor regio's die starten met screening en behandelingsoptimalisatie voor AF.

Onderstaand schema geeft een overzicht van de onderdelen/kosten waaraan een regio moet denken bij het opstellen van een business case voor een project gericht op screening en behandelingsoptimalisatie:

Type kosten	Onderdeel	Toelichting
(Extra) Tijd	Screening (huisarts)	- Inzicht 65+ populatie (CVRM & DM) in de regio - Verwacht percentage opgespoorde AF patiënten (o.b.v. gekozen scenario* zie KEA voor een doorrekening)
	Beoordeling ECG / Advies Cardioloog	- aantal te beoordelen ECG's
	Dossieronderzoek	- Aantal minuten per geselecteerde risicopatiënt en bestaande AF patiënten. - De huisarts bepaalt wie, waar, welke zorg dient te krijgen (t.b.v. onder- en overbehandeling)
	Behandeling na diagnose AF (evt. binnen ketenprogramma)	- Aantal consulten per jaar (2-3)
Materialen	Hulpmiddelen/screeningstool	- Kosten screeningstools
Organisatie	Ontwikkelen RTA	- Uitgangspunt vóór het opstellen van de Business Case
	Organisatie & Infrastructuur	- T.b.v. regiomanagement - Kan onderdeel uitmaken van keten-DBC-tarief, zorgvernieuwingproject of apart gefinancierd worden via beschikbare NZa prestatie O&I
	Projectleider	- Kosten projectleider (eenmalig)
	Scholing voor POH en Huisarts	- Ondersteuning van de praktijken bij implementatie

**Tabel 1: Kostenposten voor business case**

#### 4. Bekostigingsmogelijkheden

##### Huisartsenzorg:

##### Segment 2 Multidisciplinaire zorg:

In dit segment draait het om multidisciplinaire eerstelijnszorg waarbij naast de huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te geven. Er bestaan zowel gecontracteerde vrije tarieven als ongecontracteerde maximumtarieven voor de multidisciplinaire ketenzorg (NZa). Een AF-programma kan plaatsvinden in de eerste lijn, alleen indien noodzakelijk worden patiënten verwezen naar de tweede lijn. Omdat de ketenprestaties algemeen beschreven zijn kunnen zorgaanbieders ook onderdelen van de ketenzorg op afstand leveren.

##### Segment 3 Zorgvernieuwing:

Voor zorg in het derde segment is nodig dat men een gunstige business case kan laten zien die zich nog in de praktijk moet bewijzen. De huisarts kan prestaties in dit segment alleen in rekening brengen als hierover een overeenkomst is gesloten met de zorgverzekeraar. In deze overeenkomst kunnen ook voorwaarden staan over de invulling van deze prestatie. De prestaties in dit segment hebben een vrij tarief. In dit segment kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders bijvoorbeeld aanvullende afspraken maken om toepassingen van digitale zorg te bekostigen die volgens hen van waarde zijn voor de patiënt.

Via de prestatie 'Zorgvernieuwing eHealth' kunnen zij afspraken maken over de vergoeding van, of beloning voor inzet van digitale zorg binnen de geboden zorgverlening. Dit geldt voor:

- digitale instrumenten voor zelfmanagement door de patiënt;
- digitale behandelvormen.

## Medisch Specialistische Zorg, transformatiegelden:

Via de zorgverzekeraars heeft de overheid geld beschikbaar gesteld om zorgaanbieders in de tweede lijn te financieren voor het verplaatsen, voorkomen en vervangen van ziekenhuiszorg. Het is de bedoeling om met deze gelden de Juiste Zorg op de Juiste Plek beweging te versnellen en hiervoor is het belangrijk dat zorgaanbieders met goede initiatieven komen om duurdere zorg te voorkomen. Zorgverzekeraars hebben de opdracht om initiatieven op een transparante en consistente manier te beoordelen en vergoeden.

### *Voorbeeld voor AF-zorg: beoordelen van diagnostiek op verzoek van de huisarts*

De cardioloog kan op verzoek van de huisarts de ECG beoordelen. Dit gebeurt meestal via digitale uitwisseling van gegevens. Financiering hiervan kan plaatsvinden in het kader van een meekijkconsult, waarvoor een tarief kan worden afgesproken.

## **4. Regionale voorbeelden**

Uitgangspunt voor het organiseren van financiering zijn de transmurale afspraken op AF die binnen een (Connect)regio zijn gemaakt. Daarnaast is het hoe dan ook belangrijk om de preferente zorgverzekeraar in een vroeg stadium te betrekken en heldere afspraken te maken. Het beleid van een zorgverzekeraar kan in elk gebied anders zijn, zo kunnen er verschillende prioriteiten binnen een regio zijn afgesproken. De regiodynamiek en de mate waarin de CVRM-zorg al op orde is, kunnen ook een rol spelen bij het bepalen van de incidentele/structurele bekostiging voor een AF-programma. Hieronder worden enkele voorbeelden gegeven van routes en aandachtspunten uit regio's die een AF-programma hebben georganiseerd.

### ***Voorbeeldregio 1:***

Organisatie: De samenwerking tussen ziekenhuizen en huisartsen op het gebied van AF-zorg gaat goed. In het AF-programma stromen de huisartsen gefaseerd in op vrijwillige basis. In deze regio is er één grote zorggroep actief waarbij nagenoeg alle huisartsen zijn aangesloten. Inmiddels participeren bijna alle huisartsen in het AF-programma. De cardiologen verwijzen actief patiënten terug naar de eerstelijns. Daarnaast wordt regelmatig de patiënttevredenheid getoetst.

Financiering: Deze zorg wordt gefinancierd vanuit het tweede segment voor multidisciplinaire zorg. De zorgverzekeraar hanteert resultaatbeloningsafspraken voor huisartsen. Daarvoor zijn de landelijke indicatoren voor een deel vertaald in regio-specifieke indicatoren.

### ***Voorbeeldregio 2:***

Organisatie: Het maken van goede structurele afspraken over AF (en CVRM/HF) was een wens van de huisartsen; als de vraag er is wordt het vaak ook gedragen. Er is voor gekozen om zo dicht mogelijk aan te sluiten op de reeds bestaande zorg. Er is niet een apart AF-programma, maar een plusmodule AF voor CVRM of Diabetes. Zowel POH's als huisartsen worden nageschoold door de vakgroep cardiologie.

Financiering: Op basis van een positieve business case worden project- en structurele kosten gefinancierd vanuit het tweede segment voor multidisciplinaire zorg. Huisartsen ontvangen een plustarief op de CVRM/Diabetes ketenzorg. Daarin zit financiering voor aanvullende werkzaamheden zoals casefinding en dossieronderzoek (15 min per dossier, tijd dekkend). Gemiddeld is er ongeveer 2,5% prevalentie in een huisartsenpraktijk. Financiering wordt toegekend na doorlopen van het nascholingsprogramma. De huisartsen-organisaties zijn verantwoordelijk voor registratie en check op het nakomen van afspraken, middels nulmetingen en voortgangsmetingen.

### ***Voorbeeldregio 3:***

Organisatie: In deze regio is afgesproken om de RTA te implementeren, onontdekt AF op te sporen en het antistollingsbeleid te verbeteren. De (CVRM/DM) hoog-risico groep wordt 2-3 keer per jaar gecontroleerd door de POH en daar is een meting met een 1-lead ECG screeningstool aan toegevoegd. Wanneer AF wordt gedetecteerd neemt de huisarts een 12-lead ECG af volgens de protocollen. Deze ECG wordt besproken met de cardioloog. Gezamenlijk doel is dat de patiënt in de eerste lijn blijft.

Financiering: In deze regio heeft een farmaceut de screeningstools voor drie jaar in bruikleen gegeven. Er is contact met de zorgverzekeraars, maar er is naast de CVRM-vergoeding geen plusmodule voor AF-zorg. Het

gebruik van de screeningstool en de eventuele opvolging worden niet vergoed. Het extra werk voor het maken van een ECG door de POH, zit in het vaste tarief en valt dus ook niet onder het CVRM-tarief. De verwachting is dat een tegemoetkoming in de vergoeding voor huisartsen het enthousiasme en de bereidheid om deel te (blijven) nemen aan het AF programma zal vergoten. Dit leidt dan mogelijk tot hogere screeningspercentages.

### 3. Regio-impuls

Het CUSTOM-AF consortium stimuleert Connectregio's om een AF-programma te organiseren en implementeren. Het consortium heeft een leidraad ontwikkeld om regio's te ondersteunen bij het opzetten en implementeren van een programma. Daarnaast wordt er een regio-impuls beschikbaar gesteld. De randvoorwaarden en route om aanspraak te kunnen maken op deze regio-impuls worden naar verwachting in september van 2021 gepubliceerd.

Meer weten over (het regelen van) bekostiging van een regionaal AF ketenzorgprogramma? Neem contact op met NVVC-Connect via [info@nvvc.nl](mailto:info@nvvc.nl). U zal vervolgens in contact gebracht met de juiste persoon van het CUSTOM-AF programma.

#### Bronnen:

- [Wegwijzer bekostiging digitale zorg - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)
- [ZIO\\_ZorgmoduleAFHFfebr2015definitief.pdf \(nvvcconnect.nl\)](#)
- <https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Handreiking%20Implementatie%20Juiste%20zorg%20op%20de%20juiste%20plek.pdf>