

Toetsingskader

Ziekenhuis verplaatste zorg



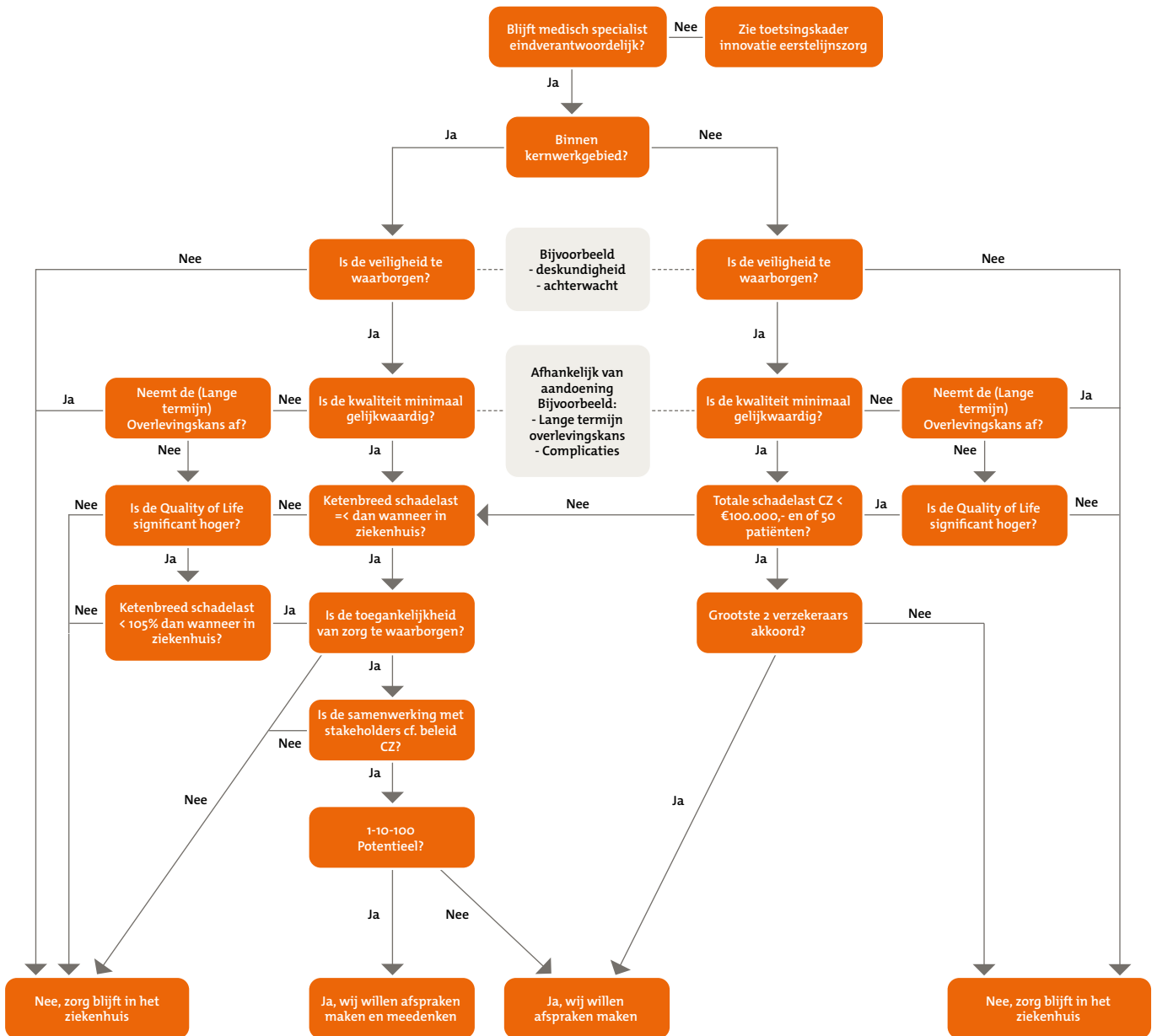
CZ Groep stimuleert Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP)

We ondersteunen de ontwikkeling van onder meer gepast gebruik, substitutie naar voorliggende voorzieningen en stepped-care zorg.

Tegelijkertijd vinden we dat de trend om zorg steeds meer in de thuissituatie te verlenen, ook zijn grenzen kent. Deze grenzen benoemen we helder en transparant in dit Toetsingskader Ziekenhuisverplaatste Zorg. Hierbij betrekken wij de volgende aspecten:

- Veiligheid
- Kwaliteit
- Kosten
- Toegankelijkheid

Met inachtneming van deze aspecten hebben wij het volgende toetsingskader ontwikkeld:



Per stap in het toetsingskader wordt een toelichting gegeven wat we hiermee bedoelen en wat wij verwachten van zorgaanbieders die een initiatief willen laten toetsen.

1 Blijft Medisch Specialist eindverantwoordelijk?

Onder eindverantwoordelijkheid verstaan wij de definitie zoals gebruikt door de IGJ: Eindverantwoordelijke voor de inhoud van de zorg/behandeling (pag. 9 Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2010)). 'In bepaalde gevallen zal het duidelijk zijn wie de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid heeft, in andere gevallen is dit minder vanzelfsprekend of kan niet gesproken worden van inhoudelijke eindverantwoordelijkheid voor de situatie van de patiënt/cliënt als geheel. In het laatste geval kan het toch van belang zijn dat verschillende zorgverleners die elk een eigen inhoudelijke verantwoordelijkheid hebben jegens de patiënt/cliënt met elkaar contact hebben en zo nodig afstemmen over de inhoud en de regie van de behandeling.'

Wij verwachten:

Uitleg waarom de eindverantwoordelijkheid niet verplaatst kan worden naar de uitvoerende behandelaar, bijv. de Huisarts, Specialist Ouderengeneeskunde of Wijkverpleegkundige.

2 Binnen Kernwerkgebied?

Wij maken onderscheid tussen ontwikkelingen in onze kernwerkgebieden en daarbuiten. Voor dit toetsingskader definiëren we kernwerkgebied als: CZ is qua marktaandeel 1e of 2e verzekeraar bij het ziekenhuis waarvandaan de verplaatsing plaats vind.

3 Is de Veiligheid te waarborgen?

Zorg in de thuissituatie (of op een andere plek buiten het ziekenhuis) moet veilig aangeboden kunnen worden voor zowel de patiënt, de behandelaar als de omgeving. Hierbij is het belangrijk dat de zorg buiten het ziekenhuis wordt uitgevoerd door een voldoende geëquipeerde patiënt en mantelzorger, ondersteunt door deskundig, bevoegd en bekwaam personeel indien dit noodzakelijk is. Ook is het noodzakelijk om inzichtelijk te hebben welke complicaties op kunnen treden en afspraken te maken hoe te handelen wanneer deze complicaties optreden.

Wij verwachten:

Uitwerking hoe de veiligheid gewaarborgd is, met in ieder geval een analyse welke complicaties op kunnen treden en hoe hierop geacteerd wordt.

Daarnaast willen wij een toelichting wie welke taken op zich neemt bij de zorg thuis, inclusief de rol van de patiënt en mantelzorger in deze zorg.

4.1 Is de kwaliteit minimaal gelijkwaardig?

Indien de richtlijn er is, dient de zorg te worden georganiseerd conform de norm van de desbetreffende beroepsvereniging van medisch specialisten. Indien deze norm ontbreekt, is het aan het betreffende aanbieder van medisch specialist om te bewijzen dat de kwaliteit gehandhaafd kan worden bij Ziekenhuisverplaatste Zorg. Hierbij kijken wij conform het kwaliteitsmodel van CZ nadrukkelijk naar de klinische uitkomsten van zorg, bijvoorbeeld het aantal complicaties en de (lange termijn) overleving. Deze klinische uitkomsten (indien beschikbaar) worden als totaal bekeken in deze stap en deze mogen niet slechter zijn dan de uitkomsten indien de zorg geleverd wordt in het ziekenhuis.

Wij verwachten:

Uitwerking hoe de kwaliteit gewaarborgd is, met in ieder geval een overzicht van klinische uitkomsten indien deze beschikbaar zijn. Indien deze niet beschikbaar zijn verwachten wij een meetplan om deze inzichtelijk te maken, met een onderbouwing van de verwachting van de ontwikkeling op de verschillende indicatoren.

Wij vinden dat er de mogelijkheid moet zijn voor een uitruil van klinische uitkomsten versus kwaliteit van leven. Door het thuis behandelen kan bijvoorbeeld de kans op complicaties wat groter worden, maar kan een patiënt in ruil hiervoor een veel groter bewegingsvrijheid ervaren waardoor hij weer mee kan doen in de samenleving. In dit kader vinden wij het essentieel dat deze afweging aan de patiënt wordt voorgelegd en dat thuisbehandeling als optie aan een patiënt wordt aangeboden, maar niet kan worden opgelegd. Ook vinden wij dat een daling van de (lange termijn) overleving onacceptabel is en dat deze dus minimaal hetzelfde dient te blijven.

Wij verwachten:

Uitwerking hoe het Samen Beslissen met de patiënt is ingericht, en hoe de patiënt geïnformeerd wordt over de risico's die samenhangen met het naar huis verplaatsen van zorg. Ook verwachten wij bewijslast rondom het toenemen van de kwaliteit van leven bij het verplaatsen van de behandeling naar huis. Indien er een patiëntenvereniging is, verwachten wij dat deze betrokken wordt.

5 Ketenbrede Schadelast =< dan wanneer in ziekenhuis?

Conform onze visie Verantwoord en Dichtbij zien wij het verplaatsen van behandelingen vanuit het ziekenhuis naar huis als een middel om Juiste Zorg op de Juiste Plek vorm te geven, maar niet als doel op zich. Wij verwachten dan ook dat bij de verplaatsing goed gekeken wordt naar de doelmatigheid van zorg. Hierbij dient er nadrukkelijk de aandacht te zijn voor de schadelast óver de verschillende ketens heen. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat de kosten in het ziekenhuis dalen, maar dat de inzet van de wijkverpleegkundige uiteindelijk meer kost dan er in het ziekenhuis bespaart wordt. Of dat er wel minder inzet is vanuit het ziekenhuis, maar dat het afgeleide zorgproduct hetzelfde blijft en wij dit dus niet vanzelf terug zien in een daling van de schadelast.

Kosten vs. Schadelast

Als zorgverzekeraar drukken wij kosten hier uit in schadelast. Wij zijn ons bewust dat kosten voor aanbieders anders zijn dan de schadelast. Omdat deze werkelijke kosten voor ons moeilijk inzichtelijk te maken zijn hebben wij deze niet meegenomen in dit toetsingskader. Het is uiteraard wel belangrijk dat ook de werkelijke kosten voor de keten afnemen en niet alleen de schadelast. Alleen dan is een duurzaam zorgconcept mogelijk.

Wij verwachten:

Uitwerking hoe de verplaatsing van zorg naar huis van invloed is op de schadelast over de gehele keten. Ook verwachten wij een onderbouwing van de invloed van de verplaatsing van zorg op de werkelijke kosten van de aanbieder. Hierbij dient in ieder geval het businesscase format van CZ gevuld te worden.

Bekostiging

Voor de bekostiging van ziekenhuisbehandelingen thuis zijn verschillende opties. Wij gaan in beginsel uit van het volgen van de standaard (declaratie)

regels bij het verplaatsen van ziekenhuisbehandeling naar huis. Zie bijvoorbeeld de Handreiking Registreren en declareren medisch-specialistische medicatietoediening in de thuissituatie. Alleen in zeer specifieke gevallen zullen wij een aanvraag voor een innovatieve prestatie ondersteunen. Hierbij zijn drie punten belangrijk:

- Opschaalbaarheid (1-10-100)
- Dynamieken passen niet in de huidige bekostigingsstructuren/regels
- In ons kernwerkgebied

In niet kernwerkgebied is er de mogelijkheid om aan te sluiten bij innovatieve bekostigingsafspraken met de marktleiders, indien de stappen uit het toetsingskader zijn doorlopen. CZ zal hier niet zelf het initiatief nemen om zulke afspraken te maken.

5.1 Totale schadelast CZ < € 100.000 en/of < dan 50 patiënten?:

Om impact te kunnen maken moeten we keuzes maken. Dit betekent dat we niet overal alles tot in detail willen regelen. In onze niet-kernwerkgebieden maken wij dan ook een lichtere afweging van initiatieven rondom ziekenhuisverplaatste zorg en zullen wij congruent beleid gaan voeren met de 2 marktleiders. Indien een initiatief veel patiënten van CZ raakt (> 50), of er significant veel geld mee gemoeid is (meer dan € 100.000 aan schadelast per jaar ketenbreed) willen wij wel een specifieke beoordeling doen.

Wij verwachten:

Indien een initiatief in een niet-kernwerkgebied minder dan 50 CZ verzekerden per jaar includeert en/of de schadelast minder dan € 100.000 ketenbreed is voor CZ, dan willen wij schriftelijk akkoord zien van de 2 marktleiders om aan te sluiten bij de afspraken die hiermee zijn gemaakt.

6 Is de toegankelijkheid van zorg te waarborgen?

In de gehele zorg zal de komende jaren de capaciteit sterk onder druk komen te staan door personele krapte. Daarom is het belangrijk om ook de beschikbaarheid van schaars (gespecialiseerd) personeel mee te nemen in onze beoordeling. Versneld ontslag uit het ziekenhuis is onwenselijk als de thuiszorg onvoldoende verpleegkundig personeel voorhanden heeft. Als het verplaatsen van zorg naar de thuissituatie er voor zorgt dat de wachtlijsten

voor bestaande zorg langer worden en boven de treeknorm uitkomen, zullen wij er voor kiezen om de zorg in het ziekenhuis te blijven organiseren.

Wij verwachten:

Toon aan dat de inzet die gepleegd gaat worden voor de zorg thuis niet zorgt dat wachtlijsten voor bestaande zorg boven de treeknorm uitkomen.

7 Is de samenwerking met Stakeholders cf. CZ beleid?

In ons kernwerkgebied doen wij ons best om de zorg in de regio zo doelmatig mogelijk te organiseren. Hiervoor maken wij inkoopbeleid en wij verwachten dat de samenwerking cf. dit inkoopbeleid wordt vormgegeven. Dit kan bijvoorbeeld betrekking hebben op het preferentiebeleid voor geneesmiddelen, maar ook de inkoopbeiden van paramedische zorg. Voor de meest voorkomende samenwerking, die tussen ziekenhuis en wijkverpleging, lichten wij hieronder de voorwaarden nog verder toe. Voor de overige sectoren verwijzen wij naar de specifieke inkoopbeiden.

Ziekenhuis i.s.m. Wijkverpleging:

Randvoorwaarden

- 1 Er is enkel sprake van Ziekenhuisverplaatste Zorg als het hoofdbehandelaarschap in de 2e lijn ligt (met de medisch specialist als medisch eindverantwoordelijke).
- 2 De VVT zorgaanbieder die de zorg organiseert in de 1e lijn voldoet aan de minimale en specialistische eisen (gespecialiseerde verpleging) opgenomen in het Zorginkoopbeleid Wijkverpleging voor het leveren van integrale zorg onder de aanspraak wijkverpleging.
- 3 Continuïteit en kwaliteit van (reguliere wijkverpleegkundige) zorg zijn geborgd.
- 4 Er is een protocol beschikbaar wat tussen de (medisch) specialist en wijkverpleegkundige is afgestemd waarin tenminste het volgende is opgenomen; patiëntprofielen, parameters/observaties, escalatie- en contactafspraken en inzet van e-health.
- 5 Er zijn vooraf afspraken gemaakt over de monitoring en evaluatiemomenten van geselecteerde parameters tijdens en na de looptijd van de pilot.

Financiering

- 1 Zorg én verpleging worden vanuit het ziekenhuis georganiseerd en geleverd (oud-MSVT).
Bekostiging valt onder de MSZ, waarbij medisch specialist zowel zorginhoudelijk als financieel verantwoordelijk is. Professionele zorg vanuit de 1e lijn zal via onderlinge dienstverlening (ODV) via de MSZ worden gedeclareerd.
- 2 Zorg én verpleging worden vanuit het ziekenhuis georganiseerd, maar (mede) geleverd vanuit de wijkverpleging.
Indien er sprake is van een positieve businesscase en voldaan wordt aan bovenstaande randvoorwaarden, kan de wijkverpleegkundige zorg vanuit de aanspraak wijkverpleging bekostigd worden en dient dit geschoond te worden in de MSZ kosten. Hierbij blijft de medisch specialist eindverantwoordelijk.
- 3 Zorg én verpleging worden vanuit de 1e lijn georganiseerd en geleverd (spec VP).
Bekostiging valt onder de wijkverpleging en wordt georganiseerd door een aanbieder die voldoet aan randvoorwaarde 2, waarbij de huisarts eindverantwoordelijk is. Professionele zorg vanuit de 1e lijn zal via de aanspraak wijkverpleging worden gedeclareerd.

Wij verwachten:

Toelichting op de wijze van samenwerking en een overzicht van alle betrokken stakeholders. Indien er protocollen zijn opgesteld voor de samenwerking dienen deze mee aangeleverd te worden.

8 1-10-100 potentieel?

Hiermee bedoelen we of het initiatief opschaalbaar is naar andere aanbieders en/of regio's. Hierbij is de specifieke context en de patiëntengroep belangrijk. Indien een initiatief opschaalbaar is, zijn wij als CZ bereid hier een actieve bijdrage aan te leveren om dit verder te ontwikkelen. Dit kan de inzet zijn van kennis, of bijvoorbeeld het ondersteunen van specifieke, afwijkende financieringsafspraken.

Wij verwachten:

Indien de wens voor ondersteuning of specifieke afspraken er is, dan dient aantoonbaar gemaakt te worden dat het initiatief de potentie heeft om ook in andere regio's en door andere aanbieders in de praktijk gebracht te worden.

9 Inkoopafspraken:

Uitgangspunt in dit toetsingskader is de schadelast per individuele patiënt. CZ vind het ook belangrijk dat de financiële effecten van het verplaatsen van ziekenhuiszorg naar huis ook landen in de individuele inkoopafspraken van de betrokken aanbieders. Door de veelvoud van afspraakvormen en inkoopsectoren die ziekenhuisverplaatste zorg kan raken is het niet mogelijk gebleken om hier een duidelijke definitie of richtlijnen voor te formuleren. Het is aan de individuele inkoper(s) en aanbieder(s) om hier passende afspraken over te maken.

Reeds lopende initiatieven zullen tevens aan de hand van dit toetsingskader worden herbeoordeeld en zo nodig worden bijgesteld.



Zorg die verder gaat