

Toetsingskader Zorginnovatie Eerstelijns 2021-2022



OHRA Direct
geregeld

N nationale
nederlanden

Samenvatting

Om de zorg nu en in de toekomst toegankelijk, betaalbaar en van een kwalitatief goed niveau te houden is het nodig de zorg anders te organiseren en in te richten.

Een van de opties om zorg anders te organiseren is de zorg in de 1^e lijn te optimaliseren en versterken door de laagdrempeligheid, toegankelijkheid en expertise van zorgverleners in de 1^e lijn aan te vullen met (medisch) specialistische kennis van andere zorgverleners uit de 1^e en/of 2^e lijn (ook wel juiste zorg op de juiste plek, substitutie of anderhalve lijnzorg genoemd). Hiermee wordt bijgedragen aan:

- Het voorkomen van (onnodige) verwijzingen naar de 2^e lijn.
- Het eerder terug verwijzen van patiënten uit de 2^e lijn naar de 1^e lijn.
- Een betere verdeling van de (verschoven) zorg in de 1^e lijn onder de beschikbare professionals.

In dit toetsingskader wordt uitgelegd wat CZ verstaat onder Zorginnovatie door versterking van eerstelijnszorg met inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1^e en/of 2^e lijn. Daarnaast wordt in dit toetsingskader uitgelegd aan welke criteria zorginnovatie projecten op het gebied van versterking van eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1^e en/of 2^e lijn moeten voldoen en worden er formats aangereikt om vlot van idee naar haalbaar en kansrijk project te komen. CZ wil met het aanreiken van deze formats de aanvrager op weg helpen naar een gedegen en volledige aanvraag. Dit zorgt voor duidelijkheid om vanuit co-makership succesvol projecten aan te kunnen gaan.

Inhoudsopgave

AANLEIDING	4
DEFINITIES	5
SUBSTITUTIE	5
TAAKHerschikking EN TAAKDELEGATIE	5
1,5 LIJNSZORG	5
QUADRUPLE AIM	5
VERSTERKING VAN EERSTELIJNSZORG IN DE PRAKTIJK	6
CONSULTATIE VAN EEN MEDISCH SPECIALIST UIT DE 2E LIJN, AANGEVRAAGD DOOR DE HUISARTS	6
HORIZONTALAAL VERWIJZEN NAAR EEN ANDERE (PARA)MEDICUS IN DE 1E LIJN	6
LAAGCOMPLEXE INGREPEN/AANVULLEND ONDERZOEK IN DE 1E LIJN	6
INZET VAN EXPERTISETEAMS	6
TOETSINGSKADER	7
CRITERIA AANVRAAG	7
FOCUSONDERWERPEN	8
FINANCIEEL KADER	8
BIJLAGEN	9
BIJLAGE 1: PROCESBESCHRIJVING AANVRAAG ZORGINNOVATIE	9
BIJLAGE 2: EVALUATIETOOLS EN INDICATOREN	10
BIJLAGE 3: PROCESSCHEMA PROJECTAANVRAAG	11

Aanleiding

De belangrijkste uitdaging voor de gezondheidszorg nu en in de toekomst is het leveren van voldoende beschikbare, kwalitatief hoogwaardige, persoonsgerichte en betaalbare zorg op de juiste plek en op het juiste moment aan patiënten.

De Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP) is een belangrijk thema in het hoofdlijnenakkoord Huisartsenzorg 2019-2022. Door samenwerking en het regionaal aanbieden van zorg kan dit worden geoptimaliseerd. Ditzelfde thema zien we ook terug in het hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg (MSZ) 2019-2022. In beide hoofdlijnenakkoorden is een macro maximale volumegroei afgesproken waardoor substitutie en samenwerking worden gestimuleerd.

CZ heeft JZOJP als speerpunt. Hierbij speelt versterking van eerstelijnszorg een belangrijke rol. Inzet van medisch specialistische deskundigheid in de 1^e lijn kan bijdragen aan de optimalisatie van zelfzorg, doelmatigheid en substitutie waardoor duurdere 2^e lijnszorg kan worden voorkomen. Taakherschikking en taakdelegatie kunnen daarnaast helpen om de praktijk anders en beter te organiseren.

Bij de uitvoering van projecten ter versterking van de eerstelijnszorg, zoals hierboven omschreven, staan de **Quadruple Aim** uitgangspunten centraal.

Transmurale keten- en netwerksamenwerking zijn noodzakelijk om het hoofd te bieden aan de verschuivingen van 2^e naar 1^e lijnszorg en de toenemende druk op het zorgsysteem o.a. door de toenemende vergrijzing en de huidige arbeidsmarktproblematiek. Op de arbeidsmarkt (o.a. bij huisartsen maar ook bij verschillende andere in te zetten (zorg)professionals) dreigt een tekort.

Arbeidsmarktproblematiek dient daarom meegenomen te worden bij de beoordeling van ideeën en initiatieven om de toekomstbestendigheid van de zorg te borgen. Digitale zorg kan een deel van de oplossing zijn en de inzet daarvan wordt dan ook sterk meegewogen in de beoordeling van aangevraagde projecten.

CZ geeft met dit toetsingskader de zorgaanbieder de criteria in handen om te toetsen of een project voldoende bijdrage kan leveren aan de versterking van de eerstelijnszorg. De bijbehorende formats maken een vlotte en uniforme projectaanvraag mogelijk. In deze formats is tevens een meetplan opgenomen waarmee inzichtelijk wordt gemaakt welke interventies een positieve impact hebben op de Quadruple Aim doelstellingen. Dit maakt een succesvolle (regionale) schaalvergroting mogelijk.

In de volgende hoofdstukken en paragrafen lichten wij ons toetsingskader toe.

Definities

Substitutie

Onder substitutie van zorg verstaan we het doelbewust en doelgericht vervangen van een (deel van een) bestaande voorziening door een (deel van een) andersoortige voorziening, waarbij de oorspronkelijke functie vervuld blijft worden en wel voor een vergelijkbare patiëntenpopulatie.

Taakherschikking en taakdelegatie

Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken en verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen/beroepsgroepen. De beroepsgroep naar wie een taak herschikt is, is eigenstandig verantwoordelijk (bevoegd en bekwaam) voor de zorg die geleverd wordt. Bijvoorbeeld van medisch specialist naar verpleegkundig specialist.

Dit in tegenstelling tot taakdelegatie ('verlengde arm'), waarbij de verantwoordelijkheid niet verschuift. Bijvoorbeeld, een doktersassistente die onder verantwoordelijkheid van de huisarts medische taken uitoefent.

Het doel van taakherschikking en –delegatie is een betere taakverdeling van de zorg in de 1e lijn onder de beschikbare professionals.

1,5 lijnszorg

Een vorm van substitutie waarbij medisch expertise t.b.v. de 1^e lijn(huisarts) wordt ingezet.

Doel

- Het voorkomen van (onnodige) verwijzingen naar de 2^e lijn.
- Het eerder terug verwijzen van patiënten uit de 2^e lijn naar de 1^e lijn.

Quadruple Aim

Uitgangspunt is de Quadruple Aim

- Het minimaal gelijk blijven van de (ervaren) kwaliteit van zorg.
- Het waar mogelijk verbeteren van de gezondheid van een bepaalde patiëntenpopulatie.
- Een minder snelgroeiende stijging van de zorgkosten per hoofd van de bevolking.
- Ervaren tevredenheid, werkplezier neem toe en werkdruk neem af bij zorgverleners.

Bronnen: KNMG, NZa, ZiNL

Versterking van eerstelijnszorg in de praktijk

Versterking van eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1^e en/of 2^e lijn kan op verschillende manieren worden toegepast.

Consultatie van een medisch specialist uit de 2e lijn, aangevraagd door de huisarts

Hiervoor zijn verschillende mogelijkheden, waarbij de voorkeur uitgaat naar digitale consultatie indien dat mogelijk is, het zogenoemde meedenkconsult. Een aantal voorbeelden hiervan zijn e-consult, teleconsultatie, Prisma. In enkele specifieke gevallen is een meekijkconsult een optie waarbij de huisarts hoofdbehandelaar blijft en er een eenmalige, fysieke consultatie van een medisch specialist plaatsvindt met een behandeladvies voor de 1^e lijn.

Bij consultatie is de specialist onderaannemer en ontvangt een vergoeding; er wordt geen dbc geopend en geen eigenrisico van de patiënt aangesproken.

Horizontaal verwijzen naar een andere (para)medicus in de 1^e lijn

Ook hier zijn verschillende mogelijkheden en gaat ook de voorkeur uit naar digitale varianten indien mogelijk. Voorbeelden van horizontaal verwijzen zijn de inzet van gespecialiseerde fysiotherapeuten of optometristen, maar ook consultatie/eenmalige verwijzing naar een kaderhuisarts, een specialist ouderengeneeskunde of een collega-huisarts met specifieke vaardigheden of kennis.

Laagcomplexere ingrepen/aanvullend onderzoek in de 1^e lijn

Een medisch specialist behandelt een patiënt in een eerstelijnssetting (bijv. kleine (chirurgische) ingrepen) of er wordt aanvullend onderzoek verricht onder de verantwoordelijkheid van en met een behandeladvies vanuit de 2^e lijnexpertise (bv aanvullende cardiologische diagnostiek).

Inzet van expertiseteams

Hier kan gedacht worden aan de inzet van expertiseteams voor wondzorg, palliatie, diabetes, geboortezorg, etc.

Uitzondering

Ziekenhuisverplaatste zorg¹ of het aanvragen van tweedelijnsdiagnostiek zonder advies worden nadrukkelijk niet onder de hier bedoelde versterking van de 1e lijnszorg gevat en dit toetsingskader heeft daar dan ook geen betrekking op.

¹ Ziekenhuisverplaatste zorg is zorg waarbij de medisch specialist eindverantwoordelijk blijft, maar de 2^e lijnszorg buiten de ziekenhuismuren aanbiedt in dagbehandeling of meerdaags 24/7

Toetsingskader

CZ streeft co-makership na bij de initiatieven die ontplooid worden ter versterking van de eerstelijnszorg. Graag overlegt en adviseert CZ daarom in een vroeg stadium over de haalbaarheid van deze initiatieven.

Bij de beoordeling van aanvragen voor projecten maakt CZ gebruik van een vaste set criteria. Deze criteria zijn uitgewerkt in een format voor aanvragers dat gebruikt kan worden om een vlotte voortgang bij de aanvraag van projecten na te streven. Het doel van het invullen van dit projectvoorstel is tweeledig. De aanvrager zet hiermee duidelijk op papier wat de aanvraag precies inhoudt en toetst als het ware zijn idee op haalbaarheid en wenselijkheid. Hiermee ligt er een goed praatstuk voor communicatie en overleg met CZ. CZ op haar beurt ontvangt uniforme en sneller te beoordelen voorstellen. Hierna volgt een advies. Bij een positief advies wordt na overleg en een eventuele aanpassing het projectvoorstel aangevuld met een Plan van Aanpak en Business Case om de aanvraag compleet te maken. Hoe dit proces eruit ziet, vindt u terug in [Bijlage 1: Procesbeschrijving aanvraag Zorginnovatie](#).

Criteria aanvraag

De criteria die CZ hanteert zijn gebaseerd op een aantal vragen waarop CZ een antwoord nodig heeft om een project te kunnen beoordelen op doelmatigheid, haalbaarheid en opschaalbaarheid.

Voor het **projectvoorstel** (1^e fase) zijn de volgende vragen van belang:

- Hoe ziet de omgeving eruit gelet op populatie, zorgaanbod en zorgbehoefte?
- Wat is de aanleiding en welk probleem lost het op?
- Hoe ziet het huidige zorgproces eruit en hoe moet deze eruit gaan zien?
- Wat zijn de doelstellingen en wat is ervoor nodig om deze te behalen?
- Wie is de doelgroep en wat zijn de in- en exclusiecriteria?
- Wat zijn de te verwachten resultaten in relatie tot de Quadruple Aim doelstellingen?

Voor de **projectaanvraag** (2^e fase) zijn de volgende vragen van belang:

- Wat zijn de uitkomstindicatoren in relatie tot de SMART doelstelling en Quadruple Aim doelstellingen?
- Wat is het tijdspad en wat zijn de mijlpalen van het project?
- Wordt de keuze voor het onderwerp op verantwoorde wijze onderbouwd (conform de richtlijnen en standaarden van de beroepsgroep en rekening houden met de juridische kaders en medisch-ethische normen)?
- Hoe worden de te verwachten effecten op de doelstellingen gemeten en afgezet tegen 0-metingen?
- Welke zorg vervangt dit project en is daarmee ook rekening gehouden in de financiering, d.w.z. komt de financiering van de 'vervallen' zorg ten goede aan de vervangende zorg die in dit project wordt geleverd?
- Zijn er integrale financiële afspraken gemaakt tussen de betrokken (substitutie)partijen?
- Wanneer zijn de evaluatiemomenten gepland?
- Hoe kan bredere implementatie na succesvolle afronding plaatsvinden en is voor brede implementatie ook al nagedacht over de financiering t.z.t.?
- Wordt er gebruik gemaakt van Shared Decision Making en/of e-health/digitale zorg?

Voor een positieve beoordeling van een projectaanvraag is het uiteraard ook van belang dat er rekening wordt gehouden met de invloed van het project op toenemende/afnemende werkdruk en beschikbaar personeel en dat er ook gekeken wordt naar de invloed van het project op wachttijden in de zorg.

Focusonderwerpen

CZ zal op termijn tweejaarlijks een aantal focusonderwerpen benoemen en dit opnemen in het toetsingskader. Tijdens de looptijd van de contractperiode 2021-2022 is dit nog niet aan de orde en wordt alleen nog gefocust op de regionale context. Projecten dienen met een goede onderbouwing het nut van dat project op dat moment in die regio aan te tonen. Ze moeten dan ook aansluiten bij het zorgaanbodplan (ZAP) van het regionale samenwerkingsverband (RSV). Afspraken over regionale samenwerking worden meegenomen in de (meerjarige) afspraken met de betrokken 1^e en 2^e lijns zorgaanbieders en passen binnen de [regiobeelden](#) en het daarvan afgeleide ZAP.

Voor evaluatie van de projecten wordt ook weer gekeken naar de Quadruple Aim doelstellingen en wordt een aantal momenten gekozen afhankelijk van de duur van het project (maar minimaal aan begin en eind van project en bij meerjarenprojecten jaarlijks). Voor het evalueren aan de hand van de Quadruple Aim doelstellingen zijn verschillende mogelijkheden die meer of minder geschikt zijn voor de verschillende projecten. In [Bijlage 2: Evaluatietools en indicatoren](#) staan een aantal beproefde evaluatietools en indicatoren genoemd.

Financieel kader

Om eenduidig financiële afspraken te kunnen maken over de samenwerkingsinitiatieven, is het van belang de kaders te scheppen waar financiering aan moet voldoen. Mogelijk zijn er al verschillende samenwerkingsinitiatieven gestart voor het vastleggen van deze financiële kaders. Dit kan betekenen dat lopende initiatieven in de toekomst, na het aflopen van de overeenkomst, bijgesteld moeten worden.

De kaders voor het financieren van de samenwerking die zorgt voor versterking van eerstelijnszorg zijn als volgt:

1. Conform de Quadruple Aim doelstellingen is er sprake van gelijkblijvende kosten voor een betere kwaliteit van zorg of er is sprake van dalende zorgkosten bij gelijkblijvende kwaliteit van zorg.
2. Er wordt een positieve Business Case voorgelegd.
3. Bij substitutie van 2^e naar 1^e lijn worden afspraken gemaakt over afschalen van de betreffende zorg in de 2^e lijn met bijbehorende financiële afschaling.

Bijlagen

Bijlage 1: Procesbeschrijving aanvraag Zorginnovatie

Bij het aanvragen van projecten is het van belang dat er eerst gekeken wordt of het project voldoet aan de criteria die genoemd worden in dit toetsingskader. Indien de aanvrager van oordeel is dat dit het geval is, werkt hij een kort projectvoorstel uit in het format projectvoorstel. CZ beoordeelt of het projectvoorstel kans van slagen heeft. Bij een positief antwoord werkt de aanvrager de volledige projectaanvraag en businesscase uit. Hiermee wordt bewerkstelligd dat zowel aanvrager als CZ op vlotte wijze in een vroeg stadium duidelijk krijgen of een project kans maakt op een positieve beoordeling. Daarnaast wordt zo uniformiteit in de aanvragen en evaluaties verkregen waardoor het succesvol implementeren van projecten wordt bevorderd. Raadpleeg voor de werkwijze **Bijlage 3: Processchema projectaanvraag**.

Bijlage 2: Evaluatietools en indicatoren

Ad 1. Ervaren gezondheid

Maak gebruik van een vragenlijst met specialisme- en/of conditie-specifieke items waarin de gezondheid van de populatie gemeten wordt met specifiek op de klacht/aandoening gerichte klinische uitkomstmaten. Daarnaast kunnen er items toegevoegd worden uit generieke vragenlijsten voor patiënten met aandacht voor bijvoorbeeld mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie. Afname van de vragenlijst gebeurt voor en na consult en na 6 maanden. (Voorbeelden van generieke vragenlijsten zijn op te vragen bij CZ)

Ad 2. Kwaliteit van zorg

Hierbij wordt gebruik gemaakt van een vragenlijst waarin afgesproken kwaliteitsindicatoren/uitkomsten een item zijn naast items die tijdigheid/wachttijden als onderwerp hebben. Uitbreiding met andere uitkomstmaten zoals effectiviteit, veiligheid, etc. kan nodig zijn afhankelijk van (het doel van) het project. Meetmomenten zijn begin van het project en daarna jaarlijks en aan het eind van het project.

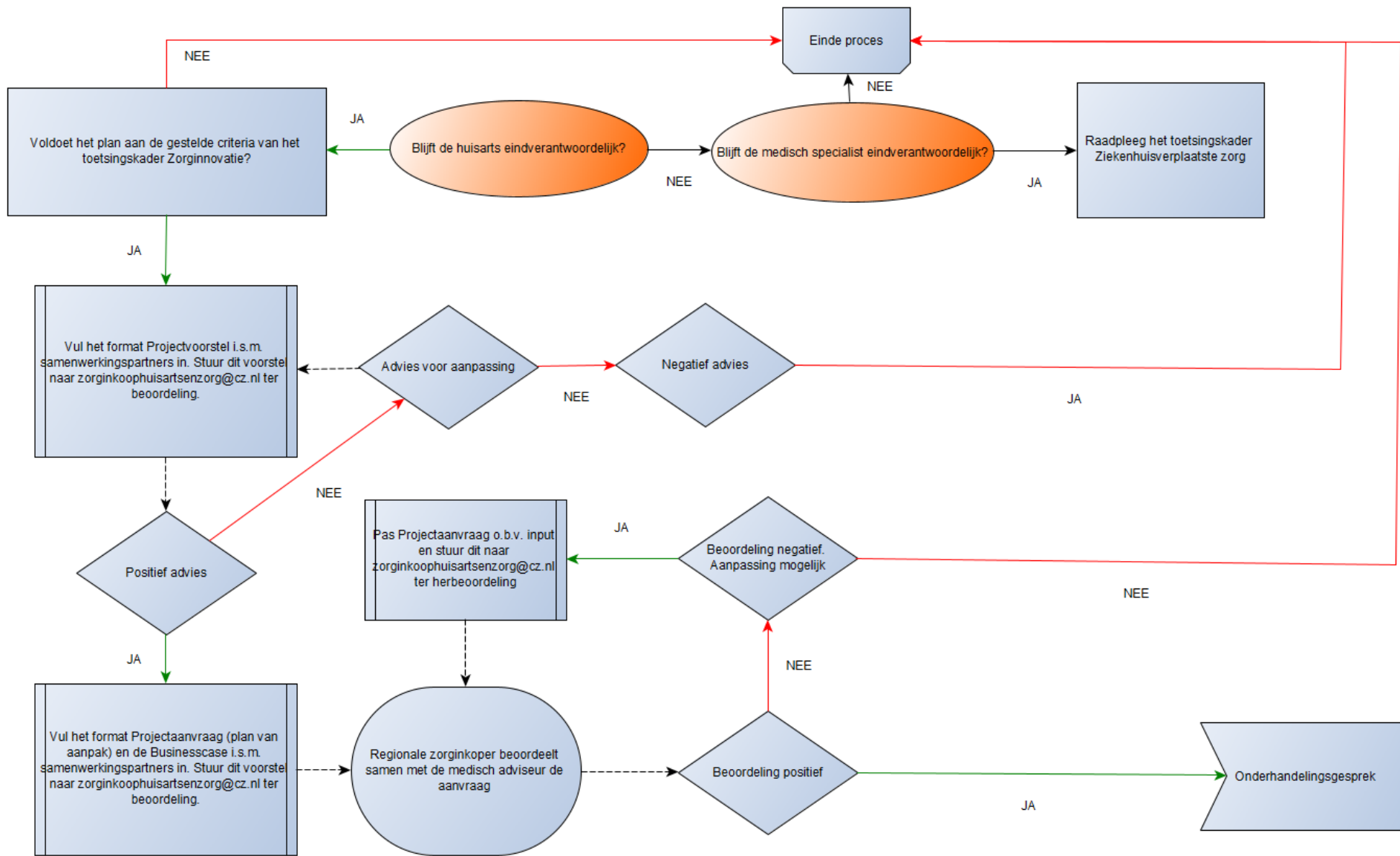
Ad 3. Tevredenheid professionals

Een vragenlijst voor betrokken (en niet betrokken?) huisartsen en specialisten worden samengesteld om meer inzicht te krijgen in het effect op de tevredenheid van de zorgprofessionals en op de algemene opinie over de trend van versterking van de eerstelijnszorg. Meetmomenten zijn ook hier weer begin van het project, jaarlijks en aan het eind van het project.

Ad 4. Zorgkosten

- Benoem volumes: aantal patiënten/consulten
- Benoem verwijfsbeslissingen over het vervoltraject of dit in de 1^e of toch in de 2^e lijn plaatsvindt.
- Benoem initiële- en vervolggkosten op minimaal patiënt- en praktijkpopulativeniveau en vergelijk bij voorkeur en indien mogelijk met kosten en trends op regionaal en landelijk niveau.
- Maak zover mogelijk gebruik van Vektis data of de **praktijk- en/of regiospiegel** om de zorgkosten van diverse zorgaandachtsgebieden voorafgaand aan het project en gedurende het project voor de populatie te vergelijken.
- Specificeer de kosten van de zorg die wordt vervangen.
- Maak ook gebruik van andere databronnen van anderhalvelijnscentra, ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

Bijlage 3: Processchema projectaanvraag





Zorg die verder gaat