

Beleidskaders Zorg



Onne Daniël de Feijter

Nynke van der Meulen

Marijke Sybrandy

Februari 2007

Inhoudsopgave

Beleidskaders	1
Deel A: Zorgvisie	2
1. Inleiding	2
1.1 Missie van De Friesland Zorgverzekeraar	3
2. Preventie	3
3. Kwaliteit	4
4. Ketenzorg	4
4.1 Organisatie van geïntegreerde zorg	5
5. Innovatie/ICT	6
6. Spreiding en toegankelijkheid	6
7. Arbeid en Zorg	6
Deel B: Inkoopbeleid	8
1. Inleiding	8
2. Inkoopproces	8
3. Juridisch kader	9
3.1 Hybride karakter	9
3.2 Verzekeringsmodellen	10
3.3 Algemene juridische eisen	10
3.4 Europese aanbestedingsrichtlijnen	10
3.5 Mededingingswet	11
3.6 Gegevensuitwisseling	11
3.7 Kwaliteitswetgeving	11
3.8 Disfunctioneren	11
3.9 Controle & Fraude	11
3.10 Wet toelating zorginstelling	12
3.11 Wet marktordening gezondheidszorg	12
4. Beleidsmatig kader	12
4.1 Perspectief	13
4.2 Hardheidsclausule	13
5. Selectie: beperkt of onbeperkt aantal aanbieders	13
6. Continuïteit	15
7. Opvolging	15
8. Contractsduur	15
9. Rechtspersonen	15

Deel C: Kwaliteitsbeleid	17
1. Inleiding	17
2. Kwaliteitswetgeving	17
2.1 Kwaliteitsweg Zorginstellingen	17
2.2 Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg	18
2.3 Wet medezeggenschap cliënten in de zorgsector	19
2.4 Wet klachtrecht cliënten in de zorgsector	19
2.5 Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst	19
3. Basiskwaliteit De Friesland	20
3.1 Basiskwaliteit organisatorische kwaliteit	20
3.2 Basiskwaliteit professionele kwaliteit	21
3.3 Basiskwaliteit relationele kwaliteit	21
4. Ontwikkelen kwaliteit	21
4.1 Vormgeven ontwikkeling organisatorische kwaliteit	21
4.2 Vormgeven ontwikkeling professionele kwaliteit	22
4.3 Vormgeven ontwikkeling relationele kwaliteit	22
5. Kwaliteitssystemen	22
6. Certificeren	22
7. Afspraken over de kwaliteit van zorg	23
8. Monitoren en evalueren	24
8.1 Terugkoppeling analyse van de aangeleverde gegevens	24
Deel D: Ketenzorgbeleid	25
1. Inleiding	25
2. Demografische/cijfermatige ontwikkelingen	25
3. Ziektebeelden/ best practices	25
4. Transmurale overleggen/MCC's	26
5. Gegevensuitwisseling	26
6. Ketenzorg in acute keten	27
7. Relatie zorgverzekeringswet	28
8. Vertaling naar inkoopbeleid/ketendbc's	28
8.1 Diseasemanagement	28
8.2 Ketendbc's	28
8.3 Betekenis voor inkoopbeleid	29
9. Tot slot	30
Bijlage: Format ketenzorgprojecten	31
Bijlage: Demografische gegevens	33

Beleidskaders

In deze beleidskaders Zorg worden de kaders aangegeven voor het inkopen van zorg en geven daarmee de richting aan voor de zorginkoop. De beleidskaders bestaan uit een viertal delen.

Deel A omvat de zorgvisie. In de zorgvisie worden aan de hand van de missie van De Friesland een aantal richtinggevende thema's van de zorg uitgewerkt. In deel B is het algemene inkoopbeleid opgenomen. Het algemene inkoopbeleid geeft de kaders en doelstellingen aan voor het inkoopbeleid op verstrekkingniveau. In deel C en D wordt respectievelijk specifiek invulling gegeven aan kwaliteit en ketenzorg. Beide onderwerpen vormen voor De Friesland belangrijke speerpunten. De genoemde delen vormen belangrijke input voor het inkoopbeleid op verstrekkingniveau.

DEEL A: Zorgvisie

1. Inleiding

De Friesland Zorgverzekeraar geeft in deze zorgvisie haar visie op de gezondheidszorg weer. De gezondheidszorg is een dynamisch en complex proces en naar verwachting zal dat de komende jaren zeker niet afnemen. Alleen al de komst van de zorgverzekeringwet heeft veel veranderingen met zich mee gebracht. Per 1 januari 2006 is het stelsel van ziektekostenverzekeringen drastisch herzien, het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier is komen te vervallen. De Friesland heeft de uitdaging om de klant een zo goed mogelijk passend aanbod te doen. De komende jaren worden zo mogelijk nog belangrijker door de toenemende concurrentie in de zorg; zowel aan de vraagkant (mobiliteit van verzekerden) als aan de aanbodkant (vrije tarieven, certificering etc.).

Daarnaast spelen er zowel ontwikkelingen aan de vraagzijde als aan de aanbodkant in de gezondheidszorg. Ontwikkelingen als vergrijzing en stijging van de levensverwachting zullen van invloed zijn op het zorggebruik. Door de verbeterde levensverwachting zullen meer mensen ouder worden en daarmee een grotere kans hebben op een chronische ziekte. Het aantal chronisch zieken zal dan ook in de komende jaren fors toenemen. Tabel 1a in de bijlage demografische gegevens geeft de prevalentie van (veelal ouderdomsgerelateerde) aandoeningen weer. Tabel 2 en 3 van bovengenoemde bijlage laten de demografische ontwikkelingen zien. Uit de tabellen blijkt dat de vergrijzing en het aantal chronische aandoeningen toeneemt. In Friesland neemt de vergrijzing sneller toe in vergelijking met geheel Nederland. Deze toename heeft direct invloed op de behoefte aan en de vraag naar zorg. De organisatie van de zorg dient hierop te worden afgestemd.

Naast de ontwikkeling van de vraagkant doen zich ook ontwikkelingen voor in de aanbodkant. Het aandeel vrouwen dat werkzaam is in de gezondheidszorg zal steeds meer toenemen. Daarnaast is er een beweging te zien dat steeds meer mannen parttime gaan werken. Deze ontwikkelingen hebben gevolgen voor de arbeidstijd. Het betekent dat voor dezelfde hoeveelheid werk meer mensen nodig zijn.

Het Capaciteitsorgaan geeft op dit moment aan dat er, ten opzichte van voorgaande jaren, een beter evenwicht ten aanzien van huisartsenzorg tussen vraag en aanbod is ontstaan. In 2012 zal er echter landelijk nog een tekort van 16% bestaan.

Verder is er als gevolg van vermaatschappelijking van de zorg sprake van extramuralisering. Er vindt een verschuiving plaats van instellingsgebonden zorg naar hulp- en zorgverlening aan mensen in de thuissituatie, zodat mensen langer zelfstandig kunnen wonen. Tevens is er een ontwikkeling te zien in de verschuiving van taken van verzekeraars (AWBZ) naar gemeenten (WMO). De Friesland ondersteunt initiatieven om de verzekerde zo lang mogelijk thuis te laten blijven (mits gewenst door de verzekerde), waarbij wel wordt gekeken naar het doelmatigheidsaspect. De Friesland vindt hierbij een integrale benadering van wonen, welzijn, zorg en diensten van belang.

De Friesland wil zo goed mogelijk inspelen op de ontwikkelingen inzake de vraag- en aanbodkant. Om het aanbod af te stemmen op de vraag van verzekerden wenst De Friesland vanuit haar rol als belangenbehartiger van de verzekerde mede richting te geven aan de ontwikkelingen in de zorg. De Friesland koopt zorg in ten behoeve van haar verzekerden. Standpuntbepaling en besluitvorming zijn daarom primair gebaseerd op het belang van de verzekerde. Dit kan een individuele verzekerde zijn, maar in de meeste gevallen betekent het "de gemiddelde verzekerde" of "een substantieel deel van onze verzekerden".

De Friesland wil voor haar verzekerden de zorg goed regelen en wil hiervoor overeenkomsten sluiten met zorgaanbieders. De zorg wordt ingekocht op basis van inzicht in de zorgvraag en de te verwachten ontwikkelingen. Hiervoor is het van belang dat er inzicht is in de behoefte van de klant. Tevens is in dit kader van belang dat er voor de klant keuzevrijheid bestaat in zorgvormen, waarbij geldt dat kwaliteit van zorg en doelmatigheid belangrijke randvoorwaarden zijn. Kortom, keuzevrijheid binnen de mogelijkheden die De Friesland biedt. De Friesland stelt zichzelf tot taak de verzekerden met informatie te ondersteunen bij hun keuze.

In deze zorgvisie wordt aan de hand van de missie van De Friesland een aantal thema's uitgewerkt als preventie, kwaliteit, ketenzorg, innovatie/ICT, spreiding en toegankelijkheid. Er is voor gekozen om de zorgvisie te beschrijven aan de hand van een aantal algemene thema's die de diverse zorgvormen met elkaar verbinden. De thema's in de zorgvisie vormen uitgangspunten van waaruit De Friesland de zorg wil organiseren. De thema's worden uitgewerkt in het inkoopbeleid voor de verschillende verstrekkingen en het kwaliteitsbeleid en ketenzorgbeleid.

1.1 Missie van De Friesland Zorgverzekeraar

De Friesland Zorgverzekeraar heeft in 2003 haar missie opnieuw geformuleerd. Deze luidt als volgt:

"Wij helpen mensen hun gezondheid te bevorderen".

De Friesland organiseert zorg, gezondheidsbevorderende producten en diensten. Hiervoor initieert zij nieuwe ontwikkelingen in de zorg en vindt het van belang dat deze zaken beschikbaar worden gesteld, goed toegankelijk zijn en voldoende kwaliteitsniveau hebben. De Friesland draagt er zorg voor dat de klant keuzemogelijkheden heeft en dat de zorg betaalbaar blijft. In principe verleent De Friesland zelf geen zorg, tenzij dat de enige mogelijkheid is om deze zorg beschikbaar te stellen.

Onder gezondheid wordt verstaan een toestand van geestelijk en lichamelijk welbevinden, objectief en subjectief. Daarnaast verstaat De Friesland onder gezondheid ook een toestand van je fit voelen en van het voelen van verantwoordelijkheid daarvoor en het besef dat je daar zelf positieve invloed op kunt uitoefenen.

Daar waar de gezondheid goed is, moet deze worden bestendig. Daar waar de gezondheid te wensen overlaat, moet deze worden verbeterd. Daar waar helaas geen verbeteringen mogelijk zijn, zoals bijvoorbeeld bij chronisch zieken, dient toch geprobeerd te worden een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te bereiken, gegeven de aanwezige beperkingen.

2. Preventie

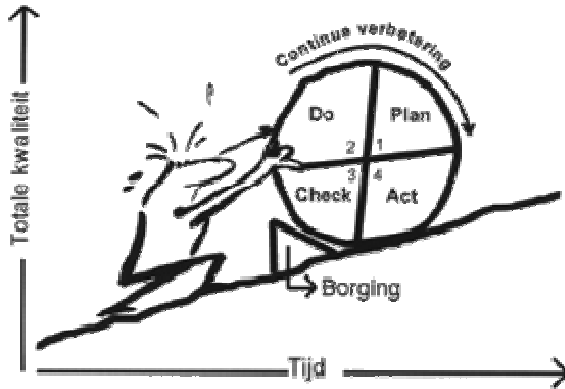
Zoals in de missie is aangegeven, hecht De Friesland veel waarde aan het bevorderen van de gezondheid. Naast de zorgkant zal ook de gezondheid de komende jaren voor De Friesland een steeds belangrijkere rol gaan krijgen. Zorg wordt een veel breder begrip; naast cure en care wordt dit aangevuld met gezondheid in de zin van gezond blijven en ziekte voorkomen. In dit kader zal preventie ook steeds een belangrijkere rol gaan spelen. Ook gezien de demografische ontwikkelingen, toenemende co-morbiditeit en een toenemende zorgvraag, wordt preventie steeds meer van belang. Kwaliteit van leven, zorgvraag, zorgkosten en beheersbaarheid van de zorg vragen om meer aandacht voor preventie. De Friesland ziet preventie als een middel om mensen te helpen hun gezondheid te bevorderen.

Ten aanzien van preventie worden diverse vormen onderscheiden, namelijk primaire, secundaire en tertiaire preventie. De Friesland concentreert zich met name op primaire en tertiaire preventie. De Friesland richt zich bij primaire preventie op activiteiten die gericht zijn op verzekerden die nog geen gezondheidsproblemen hebben, maar waar gerichte informatie en activiteiten kunnen leiden tot verandering in attitude en levensstijl die tot vermindering van gezondheidsrisico's leiden (voorkomen van gezondheidsproblemen). Leefstijl wordt daarbij ook direct gekoppeld aan het voorkomen van een (chronische) aandoening. In het kader van gezondheid is ook de input van de klant noodzakelijk. De gezondheidsbehoefte, maar ook de zorgbehoefte en tevredenheid/ervaring van zorg zijn voor De Friesland van belang bij het inkopen van zorg. Secundaire preventie is gericht op vroege opsporing en adequate behandeling van gezondheidsproblemen

Tertiaire preventie betreft preventieve activiteiten die zich richten op mensen die al gezondheidsproblemen hebben (voorkomen van ernstige gevolgen van gezondheidsproblemen). Het is van belang dat er gerichte inspanningen worden gedaan om verdere gezondheidsschade zoveel mogelijk te voorkomen en een zo goed mogelijk kwaliteit van leven te realiseren. Activiteiten in het kader van tertiaire preventie zijn onlosmakelijk verbonden aan de zorg die wordt geleverd door de zorgaanbieders. De Friesland ziet een nauwe relatie tussen tertiaire preventie en ketenzorg. Immers veel programma's in het kader van ketenzorg zijn gericht op chronisch zieken, waarbij wordt gestreefd naar een zo goed mogelijke kwaliteit van leven.

3. Kwaliteit

De Friesland wil voor haar verzekerden kwalitatief goede zorg inkopen die is afgestemd op de behoefte van de verzekerde. De Friesland benadert kwaliteit vanuit de gedachte dat het een cyclisch proces van continue verbetering is. De Friesland vindt het haar rol om de kwaliteit van de zorg te stimuleren. Samen met de verzekerden en het zorgveld wil zij de kwaliteit van de zorg op een hoger peil brengen.



Het monitoren van de kwaliteit is in het proces een belangrijk middel om tot verbetering te komen. Door middel van monitoring kan o.a. beoordeeld worden of de kwaliteit van de zorg aansluit bij de behoefte van de cliënt. Ten behoeve van de monitoring zal een beroep worden gedaan op zowel verzekerden als zorgverleners voor het verstrekken van relevante informatie.

Kwaliteit wordt benaderd vanuit drie invalshoeken:

- 1) Organisatorische kwaliteit; een goed georganiseerd aanbod:
De noodzakelijke zorg is bereikbaar en goed toegankelijk zonder onnodige wachttijsten, wachttijden of bureaucratische procedures. De zorg wordt doelmatig verleend; prijs en kwaliteit zijn met elkaar in evenwicht. Door samenwerking is de zorg goed op elkaar afgestemd, zodat samenhang en continuïteit gewaarborgd zijn.
- 2) Professionele kwaliteit; vakkundig uitgevoerde zorg:
De zorgverlener beschikt over de vereiste kennis, vaardigheden en middelen. Er wordt professioneel gewerkt volgens de standaarden die binnen de beroepsgroep gebruikelijk zijn. Zorgverleners werken samen met andere zorgverleners. Bovendien stelt de zorgverlener zich toetsbaar op en is bereid verantwoording af te leggen voor de handelwijze. Daarnaast is er een adequate klachtenregeling.
- 3) Relationale kwaliteit; ervaren goede kwaliteit van zorg door cliënt:
De zorg wordt afgestemd op de individuele hulpvraag. De keuzevrijheid en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt/cliënt staan hierbij centraal. De patiënt/cliënt wordt juist geïnformeerd over de voorgestelde behandeling/begeleiding en de hieraan verbonden risico's. De patiënt/cliënt participeert actief in het gehele behandelproces. Doelstelling, behandelplan en evaluatie zijn aspecten die hierbij aan de orde komen. De samenwerking is gebaseerd op een vertrouwensrelatie waarin sprake is van een persoonlijke en respectvolle bejegening.

4. Ketenzorg

Ketenzorg vormt voor De Friesland een van de speerpunten, teneinde betere kwaliteit van zorg en afstemming op de zorgvraag te realiseren. Ontwikkelingen als de toename van het aantal chronisch zieken door o.a. de toenemende vergrijzing, maken het noodzakelijk dat ketenzorg goed wordt georganiseerd. De chronisch zieke heeft veelal te maken met verschillende zorgaanbieders vanuit verschillende sectoren. De multidisciplinaire verscheidenheid is kenmerkend voor het zorgproces van de chronisch zieke. Dit vraagt om afstemming en coördinatie van transitie die in de zorg plaatsvinden. Coördinatie van activiteiten, onderlinge afstemming en samenwerking tussen de verschillende disciplines is van essentieel belang oftewel ketenzorg speelt hierin een belangrijke rol. Niet alleen specifiek de chronisch zieke is gebaat bij goed afgestemde zorg, dit geldt ook voor de niet chronische patiënt.

Voor de klant moet kwalitatief verantwoorde zorg beschikbaar zijn. Hiertoe dient het zorgtraject tussen de verschillende aanbieders goed georganiseerd te zijn. Optimale afstemming in de zorgketen tussen de verschillende zorgdisciplines verhoogt de kwaliteit van zorg. Kwaliteit in de zorg betreft hierbij niet alleen de vakkundig uitgevoerde zorg, maar ook de organisatie en de door de patiënt/cliënt ervaren kwaliteit van de zorg. Zie hiervoor ook de drie invalshoeken van kwaliteit zoals beschreven in het vorige hoofdstuk. Zowel de uitkomst als het proces is van belang. In het kader van ketenzorg is het ook van belang dat zowel in het veld sprake is van een goede afstemming tussen zorgaanbieders als tussen De Friesland en het Zorgkantoor.

De Friesland wil zorg inkopen die goed op elkaar is afgestemd, maar ook efficiënt en effectief is en aansluit bij de vraag van de klant. De Friesland wil via haar inkoopfunctie hieraan een bijdrage leveren en haar verantwoordelijkheid hierin nemen.

Ten eerste dient op regionaal niveau verdere verbetering van afstemming tussen verschillende zorgaanbieders te worden gerealiseerd. Als uitgangspunt geldt de behoefte van de patiënt/cliënt. Daarnaast is De Friesland van mening dat er meer uniformiteit en provinciale afstemming en overeenstemming ten aanzien van verschillende ziektebeelden zoals diabetes, cva, chronisch hartfalen, reuma, ms/parkinson en astma/copd, moet plaatsvinden met als uitgangspunt het ontwikkelen van een best practice. Op deze manier moet uniformiteit in kwaliteit van zorg worden gerealiseerd, zodat de te leveren zorg niet regio-afhankelijk is.

De Friesland vindt het, zoals ook beschreven in de inleiding, van belang dat zorg wordt ingekocht vanuit het perspectief van de vraagzijde. In dat kader spelen de ketendbc's een rol, die de komende jaren naar verwachting zich steeds meer zullen gaan ontwikkelen. Het gaat hierbij om een multidisciplinaire benadering, waarbij zorgverleners uit zowel intramurale als extramurale zorg betrokken zijn. De ketendbc's vormen een instrument om concreet vorm te geven aan ketenzorg. Belangrijke uitgangspunten voor De Friesland zijn in ieder geval multidisciplinaire benadering, afstemming en samenwerking tussen de verschillende disciplines, waarbij de vraag van de patiënt/cliënt centraal staat.

Tot slot is De Friesland van mening dat ketenzorg niet uitsluitend van belang is voor chronisch zieken, maar bijvoorbeeld ook in de acute keten. Bij de acute keten zijn ook verschillende disciplines betrokken, afstemming speelt hierin ook een cruciale rol. Een goede (logistieke) organisatie van verschillende disciplines in regionaal verband is daarom wenselijk.

4.1 Organisatie van geïntegreerde zorg

De Friesland vindt de versterking van de samenwerkingsas tussen huisarts, thuiszorg en ziekenhuis een belangrijk aandachtspunt. De verschillende zorgprocessen waarmee een patiënt/cliënt te maken heeft, moeten zodanig op elkaar aansluiten dat ze een goed afgestemde keten vormen. Het ontwikkelen en implementeren van werkafspraken, protocollen en ketenzorggerelateerde projecten verbeteren de infrastructuur van de zorg in de verschillende regio's. Een ketengerichte aanpak van ziektebeelden houdt ook in dat de farmaceutische therapie een ketengerichte aanpak behoeft.

De Friesland vindt het van belang dat ketenzorg breder wordt gezien dan de betrokkenheid van uitsluitend de disciplines huisarts, thuiszorg en ziekenhuis. Het gaat uiteindelijk om de patiënt/cliënt met een bepaalde zorgvraag, waarbij verschillende zorgverleners (dus ook andere disciplines dan hierboven genoemd) een aandeel hebben in het beantwoorden van die specifieke zorgvraag. De Friesland ziet een rol weggelegd voor gestructureerde samenwerkingsverbanden inzake de organisatie van ketenzorg.

Daarnaast vindt De Friesland het van belang dat er op bovenregionaal niveau meer afstemming ontstaat. Tussen de verschillende regionale samenwerkingsverbanden moet meer gestructureerde afstemming plaatsvinden en zullen ook andere disciplines bij moeten worden betrokken. De Friesland kan en wil hierin een coördinerende en stimulerende rol spelen, omdat zij kan overzien wat er in de diverse regio's speelt.

Goede afstemming tussen verschillende zorgdisciplines over de lijnen heen is uiteindelijk van belang. Het gaat immers om continuïteit en kwaliteit van zorg en optimale afstemming op de patiënt/cliënt te realiseren.

5. Innovatie/ICT

De Friesland hecht waarde aan innovatie in de zorg. Met innovatie wil De Friesland zorg dichterbij de klant brengen. Kortom de zorg toegankelijker en betaalbaarder maken en tegen betere kwaliteit. ICT vormt een belangrijk instrument bij de ontwikkeling van innovatie in de gezondheidszorg. ICT dient het primaire zorgproces te ondersteunen en te faciliteren. Voor goede documentatie van medische gegevens, adequate rapportage over het zorgproces en resultaten is ICT een absolute randvoorwaarde.

Ook in het kader van ketenzorg speelt ICT een belangrijk onderdeel. Door standaardisatie van informatie-uitwisseling in het zorgproces wordt het mogelijk gemaakt dat gegevens zo zijn vastgelegd dat alle zorgaanbieders in de keten relevante informatie tot hun beschikking hebben, teneinde continuïteit van zorg te kunnen garanderen en kwaliteit van zorg te verbeteren. De communicatie tussen verschillende zorgaanbieders levert informatie op, die het diagnostisch en therapeutisch proces sneller en efficiënter kan doen verlopen. Het afstemmen van processen van diverse zorgverleners is van belang voor de kwaliteit, maar ook voor doelmatigheid in de zorg. Hierdoor kunnen bijvoorbeeld dubbele onderzoeken worden voorkomen en de administratieve rompslomp worden verminderd.

Daarnaast biedt ICT ook mogelijkheden tot tijdsbesparing of voorkoming van overdrachtsfouten en medicatiefouten. Voorwaarde hiervoor is dat diverse systemen van zorgaanbieders met elkaar kunnen communiceren. Van belang is dat de juiste informatie op de juiste plek beschikbaar is. Het Elektronisch Patiënten Dossier (inclusief het elektronisch medicatiedossier) is hiervoor een noodzakelijk instrument. Elders vastgelegde patiëntinformatie moet geautoriseerd toegankelijk worden gemaakt. Het is voor de patiënt van belang dat alle betrokken zorgverleners op het moment wanneer nodig, kunnen beschikken over relevante patiëntgegevens. Leidend in het hele proces van elektronische uitwisseling is de patiënt. Ook de patiënt dient uiteindelijk rechtstreeks elektronische toegang te hebben tot zijn/haar gegevens. ICT vormt dan ook een van de randvoorwaarden/middelen voor het realiseren van betere afstemming tussen de verschillende zorgdisciplines.

Stichting Gerrit speelt een belangrijke schakelfunctie wat betreft de toepassingen van innovatie/ICT in de zorg. De Friesland is van mening dat alle zorgverleners in de provincie Friesland op een zo kort mogelijke termijn moeten zijn aangesloten op het zorgnet van Stichting Gerrit. Zorgnet Friesland is het communicatienetwerk voor de zorgverlener en zorgverlenende instanties, dat veilig communiceren zowel binnen als buiten organisaties mogelijk maakt.

6. Spreiding en toegankelijkheid

Als regionale zorgverzekeraar vindt De Friesland het belangrijk dat het voorzieningenniveau voor haar verzekerden goed is. De Friesland hecht grote waarde aan de beschikbaarheid van de gezondheidszorg voor verzekerden op het platteland en de waddeneilanden. Voor de eerste lijn wordt hier een onderscheid gemaakt tussen noodzakelijke en wenselijke zorg. Voor de tweede lijn staat De Friesland voor een optimale balans tussen een goede spreiding van basisvoorzieningen en het optimaal organiseren van subspecialisaties in de provincie.

Belangrijke uitgangspunten bij spreiding en toegankelijkheid zijn de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. De Friesland is van mening dat bij verschillende soorten aanbieders de mate van kwaliteit en de hoogte van de prijs bepalen welke zorgverlener welke zorg vervolgens aan de verzekerde levert. De Friesland kan hierop een uitzondering maken als dit standpunt zou betekenen dat de toegankelijkheid (het aanbod) van andere vormen van zorg door De Friesland niet langer kan worden gewaarborgd.

7. Arbeid en Zorg

Gezien de vraag van onze klanten, de maatschappelijke betrokkenheid en de missie ("het bevorderen van gezondheid") wil De Friesland ook op het terrein van arbeid en zorg een bijdrage leveren. Immers hoe eerder het traject van ziekteverzuim kan worden begeleid, hoe beter voor de kwaliteit van leven, maar ook voor de kosten in de zorg. De Friesland wil een impuls geven aan nieuwe samenwerkingsvormen die leiden tot een snellere, doelmatiger en cliëntgerichte zorg op het gebied van arbeidsgerelateerde- en/of relevante klachten en sportblessures. In dit kader heeft De Friesland De Gezondheidsboulevard geïnitieerd. Bedrijven en instellingen die zich bezighouden met arbeid en gezondheid en sport en gezondheid, worden samengebracht op de Gezondheidsboulevard. Voorwaarden voor vestiging is dat zij zich verbinden aan een samenwerkingsovereenkomst waarin snelheid, kwaliteit en doelmatigheid voorop staan.

Bij ondernemers is behoefte ontstaan aan een ketenaanpak, van ziekmelding tot en met het inzetten van een reïntegratietraject en beperking van de financiële risico's. Door samen te werken met zorgaanbieders die actief zijn in de reguliere zorgverlening en commerciële zorgverlening, Arbodiensten en reïntegratiebedrijven kan De Friesland een centrale rol in de ketenaanpak spelen. Door middel van de WerktZekerPolis¹ geeft De Friesland hier vorm aan.

¹ De WerktZekerPolis (WZP) omvat zowel zorg- en reïntegratiediensten als zorg- en inkomensverzekeringen om de financiële risico's af te dekken. Onderdeel van het WZP is de interventieverzekering, waarin niet-reguliere zorgverlening en diverse reïntegratiediensten voor vergoeding in aanmerking komen, zoals fysieke reïntegratie, bedrijfsmaatschappelijk werk, kortdurende psychologische hulp en mediation. De ZorgManagementCentrale (ZMC) vormt het logistieke hart van het WZP. Hier komen vraag en aanbod van verzuimbegeleiding samen en wordt het verzuimproces gecoördineerd.

Deel B: Inkoopbeleid

1. Inleiding

Naar aanleiding van de ervaringen met en evaluatie van het inkoopbeleid zoals vastgesteld in 2003/2004 en in verband met de nieuwe zorgverzekeringswet (Zvw) en wijzigingen in de AWBZ, heeft De Friesland haar inkoopbeleid vernieuwd. Een belangrijke verandering door de komst van de Zvw is dat De Friesland in de verzekeringsvoorwaarden dient te bepalen wie de zorg kan leveren. Dit heeft invloed op de te contracteren zorgverleners en het zorginkoopbeleid.

De missie, zorgvisie en het meerjarenbeleidsplan vormen belangrijke uitgangspunten voor het inkoopbeleid. Dit inkoopbeleid geeft de algemene kaders aan waarbinnen het deelbeleid voor de verschillende verstrekkingen kan worden uitgewerkt. Aan de hand van dit algemeen inkoopbeleid wordt per verstrekking beleid geformuleerd. Het inkoopbeleid geldt voor het werkgebied van De Friesland. Voor de AWBZ geldt dat dit van toepassing is op de provincie Friesland. De Friesland kan in bijzondere situaties specifiek inkoopbeleid bepalen, zoals bijvoorbeeld de Wadden. Het inkoopbeleid op verstrekkingniveau wordt periodiek volgens de inkoopcyclus (zie ook het volgende hoofdstuk) geëvalueerd en kan zonodig worden bijgesteld. Voor de actuele versie van het inkoopbeleid per verstrekking wordt hier verwezen naar onze internetsites www.defriesland.nl en www.zorgkantoorfriesland.nl.

De Friesland wil voor haar verzekerden de zorg goed regelen. Hiertoe wil De Friesland graag overeenkomsten sluiten met zorgaanbieders. Belangrijke uitgangspunten hierbij zijn kwaliteit van zorg, deskundigheid, evenwichtige prijs-kwaliteitverhouding, toegankelijkheid, keuzevrijheid, bereikbaarheid en continuïteit van zorg. Met dit inkoopbeleid geeft De Friesland de kaders aan voor het inkopen van zorg voor haar verzekerden.

In dit inkoopbeleid wordt in hoofdstuk twee ingegaan op het cyclische karakter van het inkopen van zorg. Op deze manier streeft De Friesland naar een continue verbeterproces.

Vervolgens wordt het juridisch kader geschetst in hoofdstuk drie. In dit deel wordt ingegaan op de verschillende juridische aspecten. Het vierde hoofdstuk omvat het beleidsmatig kader. Hierin komen de belangrijkste speerpunten, zoals die zijn geformuleerd in de zorgvisie, en de hardheidsclausule aan de orde. De vervolghoofdstukken gaan respectievelijk in op selectie, continuïteit, opvolging, contractduur en rechtspersonen.

2. Inkoopproces

Het inkopen van zorg voor onze verzekerden bestaat uit een cyclisch proces. Het inkoopproces bestaat uit zes fasen. Hieronder worden de fasen van het inkoopproces kort uitgelegd.

- Oriënteren (specificeren):

Formuleren van zorginkoopbeleid op verstrekkingniveau dat tegemoet komt aan de zorgbehoefte van de verzekerden en past binnen de financiële kaders.

- Selecteren:

Selecteren van bestaande en nieuwe zorgverleners op basis van criteria van het zorginkoopbeleid.

- Contracteren:

Contracteren van zorgaanbieders waarbij resultaatgerichte en evalueerbare afspraken over prijs, volume en aspecten van kwaliteit van zorg worden gemaakt, inclusief afspraken over innovaties en de wijze waarop de aanbieder hierover verantwoording aflegt.

- Bestellen:

Het bestellen, het initiatief tot zorgverlening, ligt bij de verzekerden. Indien men niet in staat is de zorg te bestellen is er een rol voor de zorgverzekeraar/ het zorgkantoor weggelegd, in de vorm van wachtlijstbemiddeling of wachtlijstcoördinatie. Voor de AWBZ geldt dat de zorgtoewijzing in deze fase van het proces plaatsvindt.

- Monitoren:

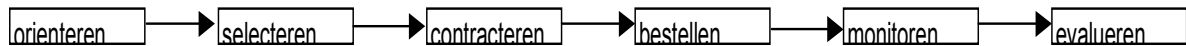
Monitoren van gemaakte afspraken via bijv. tussen- en eindrapportage (bijsturen indien nodig).

- Evalueren:

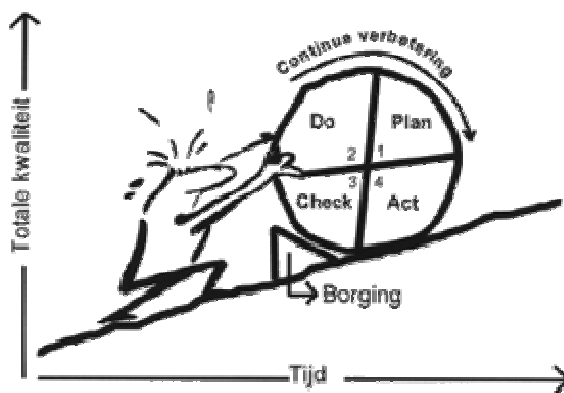
Evalueren in hoeverre afspraken uit contracten zijn gerealiseerd, op basis van resultaten gemaakte afspraken uitvoeren en evalueren welk effect de resultaten hebben op het voldoen aan de

zorgbehoefte van verzekerden. Tevens vormen de uitkomsten van de evaluatie weer als input voor het inkoopproces voor de volgende contractsperiode.

Schematisch zien de fasen er als volgt uit:



Het doorlopen van het inkoopproces kan als een continue verbeterproces worden beschouwd of ook wel de PDCA-cyclus (Plan, Do, Check en Act). Onderstaand plaatje geeft het continue verbeterproces visueel weer. De Friesland hanteert deze cyclus als instrument voor het inkopen van zorg op verstrekking/accountniveau. De zorgvisie en het algemeen inkoopbeleid vormen de kaders voor het inkoopbeleid op verstrekkingniveau.



3. Juridisch kader

In hoofdstuk drie wordt het juridisch kader geschetst, waarbij verschillende aspecten aan de orde komen.

3.1 Hybride karakter

De overheid heeft de grondwettelijke verantwoordelijkheid om "maatregelen te treffen ter bevordering van de gezondheid". Vanuit dit recht op gezondheidszorg is een zorgstelsel gegroeid met een mengvorm van aanbod- en vraagregulering en een mix van publieke en privaatrechtelijke verantwoordelijkheden.

De Friesland Zorgverzekeraar is dan ook, net als de meeste zorgverzekeraars, een hybride organisatie met publieke en private kenmerken. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is publiekrechtelijk van aard, aanvullende verzekeringen privaat. Ook de Zorgverzekeringwet (Zvw) is privaatrechtelijk van aard, echter met publieke randvoorwaarden (acceptatieplicht, verbod selectie, verbod premiedifferentiatie, voorgeschreven pakket). Zowel bij het uitvoeren van de AWBZ als de Zorgverzekeringwet, wordt verantwoordelijkheid gedragen voor de uitgave van de zogenaamde collectieve middelen. Vanzelfsprekend gaat dit gepaard met overheidstoezicht en regelgeving.

Voor de zorginkoop geldt dat er steeds meer de nadruk wordt gelegd op (gereguleerde) marktwerking. Een publiek element als het verplicht gebruik van de uitkomsten van overleg/ modelovereenkomsten is verdwenen. De contracterplicht, dat wil zeggen dat de zorgverzekeraar (of het uitvoeringsorgaan) verplicht is een overeenkomst aan te gaan met een zorgaanbieder, is met ingang van 2006 geheel verdwenen. Wel is er nog sprake van sterke regulering bijvoorbeeld A-segment ziekenhuiszorg en ambulancezorg. Voor de intramurale AWBZ-zorg geldt dat de contracterplicht wordt opgeheven met ingang van 1 januari 2009.

Indien er sprake is van contracterplicht geldt in het algemeen dat er ook sprake is van dezelfde verplichting voor de zorgaanbieder (omgekeerde contracterplicht).

In de AWBZ is opgenomen over welke onderwerpen de overeenkomst tenminste bepalingen bevat:

- a. Aanvangstijdstip en duur van de overeenkomst en tussentijdse beëindiging van de overeenkomst;
- b. Aard, kwaliteit, doelmatigheid en omvang van de te verlenen zorg;
- c. De prijs van de te verlenen zorg;
- d. De wijze waarop de verzekerden van informatie worden voorzien;
- e. De controle op de naleving van de overeenkomst, waaronder de controle op de te verlenen dan wel verleende zorg en op de juistheid van de daarvoor in rekening gebrachte bedragen;
- f. De administratieve voorwaarden die partijen bij de uitvoering van de overeenkomst in acht zullen nemen.
- g. Het vaststellen van de identiteit van degene aan wie deze zorg wordt verleend door de zorgaanbieder

3.2 Verzekeringsmodellen

Per 2006 is het stelsel van ziektekostenverzekeringen drastisch herzien. Het onderscheid tussen particulier en ziekenfonds is komen te vervallen. Op grond van de Zvw heeft een zorgverzekeraar de verplichting ervoor te zorgen dat de burgers de verzekerde zorg in voorkomend geval ook werkelijk kunnen krijgen. De zorgverzekeraar kan kiezen tussen gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg. Voor zowel natura als restitutie geldt dat er in de zorgpolis bepaald kan worden dat de zorg door een gecontracteerde zorgverlener kan worden geleverd. De zorgplicht bij natura bestaat uit het leveren van zorg aan de verzekerden. De zorgplicht bij restitutie bestaat uit het vergoeden van de kosten van zorg en activiteiten gericht op het verkrijgen van zorg. De verzekerde kan zich te allen tijde tot een niet-gecontracteerde zorgverlener wenden.

De Friesland wil voor haar verzekerden de zorg goed regelen. De Friesland vindt het dan ook van belang om zoveel mogelijk met aanbieders overeenkomsten te sluiten. Hierin wil zij graag aspecten als kwaliteit van zorg, reële prijs/kwaliteit van zorg, ketenzorg, toegankelijkheid, bereikbaarheid en continuïteit van zorg regelen.

Voor de AWBZ-zorg geldt dat een verzekerde zich niet zonder toestemming en alleen indien vaststaat dat voor de geneeskundige verzorging van de verzekerde nodig is tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder kan wenden.

3.3 Algemene juridische eisen

In beginsel staat het een ieder vrij al dan niet een overeenkomst aan te gaan met wie men wil en de inhoud, de werking en de voorwaarden naar eigen inzicht te bepalen, het zogenaamde beginsel van de contractsvrijheid. Het spreekt voor zich dat deze vrijheid, gegeven het belang dat de maatschappij hecht aan de zorg voor de gezondheid, in belangrijke mate door wetgeving wordt beperkt. De zorgverzekeraar heeft wel de verplichting om voldoende zorg voor haar verzekerden in te kopen. Er geldt echter onverkort dat noch de zorgverzekeraar noch de zorgaanbieder verplicht kan worden tot het aangaan van een overeenkomst.

Voor, tijdens en na iedere contractuele relatie gelden normen voor de manier waarop partijen met elkaar omgaan. Onderhandelende partijen moeten zich gedragen overeenkomstig de eisen van redelijkheid en billijkheid, wat met zich meebrengt dat ze hun gedrag mede moeten laten bepalen door elkaars gerechtvaardigde belangen. Dit kan met zich meebrengen dat een partij niet de vrijheid heeft de onderhandelingen af te breken.

3.4 Europese aanbestedingsrichtlijnen

Vooralsnog wordt algemeen aangenomen dat zorgverzekeraars niet aanbestedingsplichtig zijn voor de uitvoering van de Zvw. Naar verwachting zal evenwel het Europese Hof op dit punt uiteindelijk een beslissende uitspraak moeten doen. Uiteraard kan een zorgverzekeraar wel onverplicht besluiten tot het volgen van een aanbestedingsprocedure.

Voor de uitvoering van de AWBZ geldt dat een aanbestedingsprocedure in bepaalde gevallen wel verplicht gevolgd dient te worden. In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat de AWBZ-zorg onder het verlichte regime valt, zoals dat in het Besluit aanbestedingsregels voor overheidsopdrachten (Bao) is weergegeven. Het Bao, dat in december 2005 van kracht is geworden, is het resultaat van de Nederlandse implementatie van de Europese aanbestedingsrichtlijn 2004/18. Met name is van belang dat er in het geval van aanbesteding een objectief, transparant en non-discriminair zorginkoopbeleid wordt gevolgd.

3.5 Mededingingswet

In het kader van de Mededingingswet worden zorgverzekeraars die de zorgverzekeringswet uitvoeren, aangemerkt als ondernemingen. Daarmee vallen de zorgverzekeraars, die de Zvw uitvoeren, onder het toezicht van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (Nma). Het toezicht van de Nma omvat kort gezegd het karteltoezicht, toezicht op misbruik van dominante posities en het fusietoezicht.

De NMa heeft een zelfstandige bevoegdheid boetes op te leggen, maar ook kan in een civielrechtelijke procedure door een gedupeerde op grond van onrechtmatige daad schadevergoeding worden gevorderd.

Voor de zorgkantoren geldt dat de NMa begin 2004 heeft uitgesproken dat deze niet onder de Mededingingswet vallen. Immers de AWBZ wordt concurrentievrij uitgevoerd.

Voor de zorgaanbieders (zowel van eerstelijns, tweedelijns als derdelijns zorg) geldt dat zij wel onder de Mededingingswet vallen.

3.6 Gegevensuitwisseling

In het kader van zorginkoop speelt gegevensuitwisseling op verschillende terreinen een rol. Zo wisselen partijen informatie uit om te kunnen beoordelen of men een overeenkomst wil en kan aangaan en om te beoordelen of over en weer de overeenkomst wordt nagekomen. Er is declaratieverkeer en er wordt gecontroleerd of zorgverlening overeenkomstig de polis en de overeenkomst heeft plaatsgevonden. Zorgaanbieders dienen een gedegen administratie te voeren en daarbinnen op een adequate wijze gegevens vast te leggen. Indien er een einde komt aan de contractuele relatie, dienen verzekerdengegevens uitgewisseld te worden met de aanbieder die de zorgverlening overneemt. Bij klachten of fraude kan informatie verstrekt worden aan derden.

De Friesland houdt zich vanzelfsprekend aan de van toepassing zijnde wetgeving en verwacht dat ook van zorgverleners.

Het Addendum Zorgverzekeraars van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen, zoals in samenwerking tussen NCPF en ZN tot stand gekomen en geaccordeerd door het College Bescherming Persoonsgegevens, is in aanvulling hierop een belangrijke leidraad. Een protocol voor materiële controle is een bijlage bij dit Addendum. Daarnaast maken het Addendum Zorgverzekeraars en het Protocol Materiële Controle ook onderdeel uit van de Gedragscode van de Zorgverzekeraar.

3.7 Kwaliteitswetgeving

Bij de inkoop van zorg speelt de kwaliteitswetgeving een rol. Te denken valt aan de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet Big, de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector en Wet medezeggenschap cliënten zorgsector. In het Kwaliteitsbeleid wordt uitgebreid op deze wetten ingegaan. Grofweg kan gesteld worden dat zorgaanbieders te allen tijde dienen te voldoen aan de genoemde wetgeving (zie ook deel C).

3.8 Disfunctioneren

Zorgverleners/aanbieders kunnen op de drie aspecten van kwaliteit, te weten relationeel, professioneel en organisatorisch disfunctioneren. Dit kan betekenen dat bijvoorbeeld in strijd met het tucht- of strafrecht of economische wetgeving wordt gehandeld, maar het betekent in ieder geval altijd een schending van de contractuele relatie. Afhankelijk van de ernst van de situatie en de impact voor de verzekerden zal De Friesland passende maatregelen treffen. Dit kan bijvoorbeeld een melding betekenen aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg, aangifte bij de politie of beëindiging dan wel het niet verlengen van het contract. Indien sprake is van inbreuk op de lichamelijke integriteit door een zorgverlener leidt dit altijd tot beëindiging van de overeenkomst. In alle gevallen waarin de overeenkomst op grond van kwalitatieve overwegingen wordt beëindigd c.q. niet wordt verlengd, zal De Friesland dit aan haar verzekerden kenbaar maken.

3.9 Controle & Fraude

De Friesland is op grond van haar maatschappelijke positie en de Wet Marktordening Gezondheidszorg gehouden controle uit te oefenen op de rechtmatigheid van de door de verzekerde of zorgverlener gedeclareerde bedragen. In dat kader worden in de polis en overeenkomsten met zorgverleners bepalingen opgenomen over de verstrekking van gegevens. De Friesland hanteert beleid in het kader van controle en fraude en heeft zich hierbij verbonden aan de Gedragscode van de Zorgverzekeraar, inclusief het Protocol Materiële Controle, alsmede het Fraudeprotocol van het Verbond van Verzekeraars. Ten onrechte gedeclareerde bedragen worden te allen tijde bij de zorgverlener teruggevorderd. Fraude wordt niet geaccepteerd. Van fraude wordt altijd aangifte gedaan. De Friesland kan daarnaast, afhankelijk van de ernst van de gedraging, besluiten tot diverse

maatregelen, variërend van verscherpte controle, voorafgaande machtiging tot een voorwaardelijke overeenkomst of het beëindigen van de overeenkomst met de desbetreffende zorgaanbieder. Tevens zal De Friesland zijn kosten, verband houdend met niet-reguliere controle of fraudeonderzoek, bij de zorgaanbieder in rekening brengen.

3.10 Wet toelating Zorginstellingen (WTZi)

Per 1 januari 2006 is de WTZi in werking getreden. De WTZi vervangt de Wet Ziekenhuis Voorzieningen en de Tijdelijke Verstrekkingen Wet Maatschappelijke Dienstverlening.

Organisatorische verbanden die zorg willen aanbieden die op grond van de AWBZ of Zvw voor vergoeding in aanmerking komt, hebben een toelating nodig. Bij de aanvraag voor de toelating wordt getoetst of de zorginstelling aan bepaalde eisen voldoet. De belangrijkste eisen betreffen de bereikbaarheid van acute zorg en de transparantie van bestuursstructuur en bedrijfsvoering. De eisen zijn terug te vinden in het Uitvoeringsbesluit en de beleidsregels. Het ministerie van VWS verleent de toelating.

Het bouwregime verplicht zorginstellingen om een vergunning aan te vragen wanneer zij willen bouwen, huren of een zorggebouw in gebruik nemen. Instellingen die uitsluitend extramurale zorg leveren vallen buiten het bouwregime. Intramurale instellingen vallen onder het bouwregime, tenzij er sprake is van een kleinschalige woonvoorziening. Of een instelling wel of niet onder het bouwregime valt, wordt bepaald per soort locatie. De regels hiervoor zijn te vinden in het Uitvoeringsbesluit. De aanvraag voor een vergunning wordt beoordeeld door het College bouw Zorginstellingen.

3.11 Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG)

Deze wet voorziet in spelregels en het bijbehorend toezicht om de overstap naar meer marktwerking in de gezondheidszorg veilig te kunnen maken. Het is één van de wetten, naast bijvoorbeeld de Zorgverzekeringswet en de Wet toelating zorginstellingen, die vormgeven aan het nieuwe sturingsconcept van gereguleerde marktwerking en vormt daar in wezen het sluitstuk van.

De WMG bevordert dat, waar dat kan, marktwerking op gang wordt gebracht en gehouden en dat waar dat moet, de overheid tarieven en prestaties kan reguleren. Daarnaast bevordert deze wet dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars patiënten en verzekerden goede informatie geven zodat zij kunnen kiezen bij welke zorgaanbieder zij het beste terecht kunnen, met welke verzekeraar zij in zee willen gaan en welke polis voor hen het meest geschikt is. Ook heeft de wet tot doel de samenhang in de regulering van en het toezicht op de zorgmarkten te bevorderen. Hiertoe regelt deze wet de oprichting van de Nederlandse Zorgautoriteit en de taken, bevoegdheden en instrumenten van de zorgautoriteit.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gaat de marktwerking in de zorg op gang brengen en bewaken, de tarieven in de zorg reguleren en toezien op de goede uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) houden op te bestaan en gaan op in de NZa. De NZa gaat samenwerken met de andere toezichthouders die een rol spelen in de zorg. De belangrijkste zijn: de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), die toeziet op de kwaliteit van de zorg, de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), die fusies toetst en het kartelverbod en het verbod op misbruik van economische machtspositie handhaaft en De Nederlandsche Bank (DNB), die erop let dat verzekeraars genoeg reserves hebben om aan hun verplichtingen te voldoen.

De NZa kan op alle drie de zorgmarkten (verzekeringmarkt, zorginkoopmarkt en zorgverleningsmarkt) een partij die aanmerkelijke marktmacht heeft, specifieke verplichtingen opleggen om een markt op gang te brengen.

Verder is de positie van de consument versterkt. Landelijke patiënten- en consumentenorganisaties kunnen nu rechtstreeks bij de rechter opkomen tegen beslissingen van de NZa. Ook kan de NZa verzekeraars en aanbieders dwingen om hun procedures en formulieren zo eenvoudig mogelijk te houden en consumenten minder te belasten met bureaucratische rompslomp.

4. Beleidsmatig kader

In de zorgvisie is een aantal thema's (kwaliteit, ketenzorg, informatie-uitwisseling, preventie, spreiding en toegankelijkheid) genoemd die van belang zijn voor de zorginkoop van De Friesland. In de hierop volgende delen wordt specifiek uitwerking gegeven aan de onderwerpen kwaliteit en ketenzorg. Bij het beleid van kwaliteit ligt met name de nadruk op het garanderen van een minimale kwaliteit van zorg en het ontwikkelen van de kwaliteit van zorg. Met betrekking tot ketenzorg geldt dat het van belang is dat

er afstemming tussen de verschillende disciplines moet plaatsvinden (multidisciplinariteit). Ook is in het ketenzorgbeleid informatie-uitwisseling opgenomen. De overige thema's in de zorgvisie vormen belangrijke uitgangspunten voor het inkopen van zorg. Spreiding en toegankelijkheid zijn met name bij selectie van belang. Daarnaast vormt het financiële kader van De Friesland een belangrijk uitgangspunt. Innovatie met behulp van ICT in de zorg is ook een aandachtspunt in de uitwerking van het inkoopbeleid. Gedacht kan worden aan het gebruik van internet bij inkopen van zorg.

4.1 Perspectief

De Friesland Zorgverzekeraar koopt zorg in ten behoeve van haar verzekerden. Standpuntbepaling en besluitvorming zijn daarom primair gebaseerd op het belang van de verzekerde. Dit kan een individuele verzekerde zijn, maar in de meeste gevallen betekent het "de gemiddelde verzekerde" of een "substantieel deel van onze verzekerden".

Uiteraard speelt het belang van de eigen organisatie eveneens een rol in de besluitvorming. Voor een belangrijk deel zal het belang van de verzekerde en de eigen organisatie hetzelfde zijn. De Friesland Zorgverzekeraar heeft echter ook een zelfstandig bedrijfsmatig belang.

De Friesland acht het vanuit bedrijfsmatig oogpunt van groot belang dat:

- Er een optimale verhouding is tussen prijs, kwaliteit en doelmatigheid;
- Er voldoende zorg van voldoende niveau beschikbaar is, die toegankelijk en bereikbaar is;
- De zorg beantwoordt aan de reële behoefte van de verzekerde en klantgericht wordt aangeboden;
- De verzekerden tevreden zijn en tevreden blijven;
- Er sprake is van een bedrijfseconomisch en maatschappelijk verantwoord rendement.

De Friesland verwacht daarom van de zorgaanbieders dat:

- Zij duidelijk kunnen maken wat zij te bieden hebben en tegen welke prijs (product- en prijsspecificatie);
- Dat het zorgproces doelmatig verloopt (processpecificatie);
- Dat de geleverde zorg het gewenste effect heeft op de zorgvraag (resultaatspecificatie);
- Dat de prestatie doelgericht is (resultaatspecificatie).

4.2 Hardheidsclausule

Afwijking van het beleid

In bijzondere situaties kan door De Friesland worden afgeweken van de beleidskaders en het daaruit voortvloeiende beleid. Te denken valt aan een bijzondere regio, zoals bijvoorbeeld De Friese Waddeneilanden of een (innovatieve) ontwikkeling waarmee bij de vaststelling van het beleid geen rekening is of kon worden gehouden.

Indien zich een bijzondere situatie voordoet tengevolge waarvan De Friesland afwijkt van de beleidskaders en het daaruit voortvloeiende beleid, maakt De Friesland op verzoek inzichtelijk wat de reden hiervoor is.

Indien contractspartijen geschaad kunnen worden in hun gerechtvaardigde belangen, wordt het afwijkend beleid niet eerder van kracht dan drie maanden na bekendmaking op tenminste de website van De Friesland.

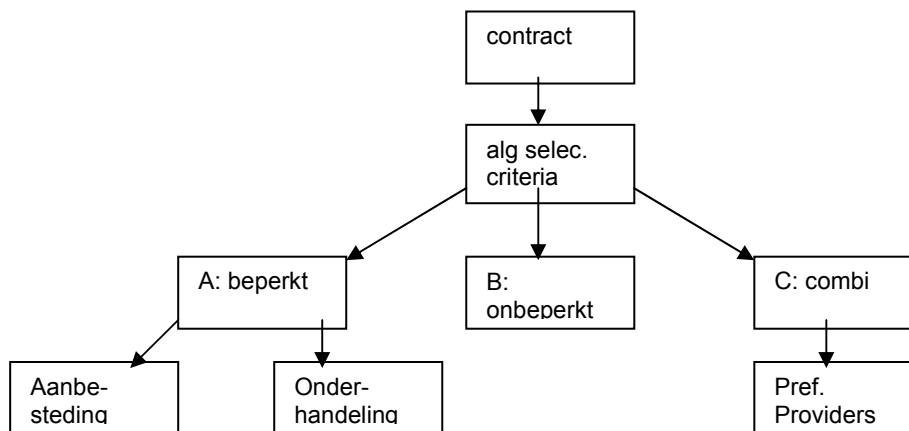
Wijziging of aanvulling van het beleid per verstrekking

De Friesland kan, binnen de grenzen van de vastgestelde beleidskaders, het beleid per verstrekking wijzigen of aanvullen. De Friesland informeert zorgaanbieders en derden over het meest actuele beleid via de site van De Friesland www.defriesland.nl of www.zorgkantoorfriesland.nl.

5. Selectie: beperkt of onbeperkt aantal aanbieders

De Friesland wil voor haar verzekerden de zorg goed regelen en wil hiervoor, zoals eerder genoemd, overeenkomsten sluiten met zorgaanbieders. De verzekerde heeft uiteraard te allen tijde de vrijheid om naar een zorgaanbieder te gaan die niet gecontracteerd is. Bij de gecontracteerde zorg vindt De Friesland het van belang dat de aanbieders aan een door De Friesland te bepalen minimum van eisen kunnen voldoen. Dit wordt beschouwd als het basiscontract en hierin zijn algemene selectiecriteria opgenomen waaraan de zorgaanbieder tenminste moet voldoen. Op deze wijze wil De Friesland de kwaliteit waarborgen. Vervolgens zijn er dan grofweg drie opties die kunnen worden gehanteerd, namelijk onbeperkt contracteren, beperkt contracteren of een combinatie. Per verstrekking dienen hierin keuzes te worden gemaakt. Kenmerken van de markt en positie, strategie van De Friesland

bepalen o.a. voor welke vorm van selectie wordt gekozen. In onderstaande tekening wordt dit visueel weergegeven.



Toelichting opties:

- A. Er wordt een inschatting gemaakt over de hoeveelheid benodigde zorg en vervolgens wordt precies die hoeveelheid ingekocht. Hierbij wordt gekeken naar spreiding en toegankelijkheid. Consequentie is dat met een limitatief aantal aanbieders een overeenkomst wordt gesloten, die daardoor zekere waarborgen in hun bedrijfsvoering krijgen. Aanbesteding past in dit model.
- B. Een ieder die aan de door De Friesland opgestelde overeenkomst kan en wil voldoen krijgt een overeenkomst, uiteraard met behoud van kwaliteit en doelmatigheid. Er is in die situatie waarschijnlijk overcapaciteit ingekocht en de verzekerden bepalen waar de zorg wordt geconsumeerd. De werkelijke zorgconsumptie is hierbij het financieel kader.
- C. Er is een mengvorm van een basiscontract en een preferred providercontract mogelijk. Naast een overeenkomst die een ieder kan krijgen, indien wordt voldaan aan de voorwaarden, wordt een aantal contracten met speciale voorwaarden (preferred providers) vergeven. Het gezamenlijk belang bij deze contracten zit in doelmatigheidsafspraken, het belonen van kwaliteit in welke vorm dan ook (faciliteren/tarief/gratis reclame etc). Door een beperkt aantal providercontracten met de voortrekkers in de beroepsgroep te sluiten kan een impuls worden gegeven aan de ontwikkeling van de kwaliteit van de beroepsgroep als geheel.

Optie A betekent dat, in geval van meerdere belangstellenden, selectie van contractant(en) plaats vindt. Dit is een verantwoordelijkheid van De Friesland. Dit staat strikt genomen los van het recht op vrije vestiging van de zorgverlener en het recht van de zorgverlener zelf te bepalen aan wie hij zijn onderneming in eigendom over wenst te dragen.

In geval van een relatief groot marktaandeel van De Friesland zal feitelijk vaak wel een verband bestaan tussen de vestigingsmogelijkheden en een overeenkomst met De Friesland.

In de selectieprocedure kan, afhankelijk van de aard van de zorgverlening, gekozen worden voor twee opties:

1. De selectieprocedure zelf afhandelen, al dan niet op basis van extern advies:

De Friesland kan besluiten extern advies in te winnen ten behoeve van haar besluitvorming.

Zo kan gedacht worden aan partijen die nauw samen zullen moeten werken, zoals toekomstige collega-zorgverleners, deelnemers aan een HOED, maatschapsleden e.d.

Ook is het mogelijk de verzekerde een rol te geven, in de vorm van advies door Zorgbelang Fryslân, dorpsbelang of een cliëntenraad.

De Friesland bepaalt afhankelijk van de situatie of, en zo ja, welke partijen om advies wordt gevraagd.

2. De selectieprocedure volledig uitbesteden:

Voorwaarde is dat er voldoende waarborgen zijn voor onafhankelijkheid, met name ten opzichte van de reeds gecontracteerde zorgverleners/concurrenten. Uiteraard dient De Friesland in dat geval voor een objectief en transparant toetsingskader te zorgen.

De accountmanager geeft in het inkoopbeleid op verstrekkingen/accountniveau een nadere uitwerking.

6. Continuïteit

Continuïteit van zorg is op twee manieren van belang. Ten eerste de continuïteit van de zorg gedurende de periode van zorgverlening. Uitgangspunt hierbij is dat de zorg zoveel mogelijk door dezelfde zorgverlener(s) gedurende de zorgperiode wordt verleend.

Ten tweede gaat het om de continuïteit van zorgverlening na het einde van het contract met de zorgaanbieder. Hierbij zijn de volgende mogelijkheden:

- A. Lopende behandelingen/zorgverlening wordt voortgezet. Nieuwe cliënten worden niet in zorg genomen (sterfhuisconstructie). Dit wordt als zodanig in het contract benoemd. Dit geldt met name bij kortdurende zorg, bij langdurige zorg ligt deze mogelijkheid minder voor de hand.
- B. Cliënten in zorg worden zorgvuldig overgedragen aan de nieuwe contractant. In het contract dient te worden vastgelegd dat relevante informatie wordt overgedragen en dat in alle opzichten wordt meegewerkt aan de overdracht van de cliënt. Standpunten over de concurrenten worden niet gedeeld met de cliënt.

Op grond van artikel 13 lid 5 van de Zvw heeft de verzekerde recht op voortzetting van een behandeling voor kosten van de zorgverzekeraar indien de overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar is beëindigd. De AWBZ kent een vergelijkbare bepaling in artikel 15 lid 4 en lid 5.

7. Opvolging

Hieronder wordt aangegeven welke uitgangspunten bij opvolging worden gehanteerd onderscheiden naar opties van gecontracteerde zorg:

A) Beperkt

Idem als bij selecteren. Immers in dit geval is opvolging hetzelfde als selectie van aanbieders. De Friesland dient de benodigde zorg goed te monitoren. Zie ook hoofdstuk vijf onder A.

B) Onbeperkt

Indien een contract eerder wordt beëindigd dan op het tijdstip zoals bepaald in het contract, speelt opvolging een rol. Als de desbetreffende zorg kan worden opgevangen door de omringende aanbieders of door nieuwe zorgverleners die zich aanbieden, geldt dat iedere aanbieder die kan voldoen aan het basiscontract een contract kan krijgen. In het geval de zorg niet kan worden opgevangen door omringende aanbieders of er geen nieuwe kandidaten zijn, dient de zorgverzekeraar actief te werven om te kunnen voldoen aan haar zorgplicht. Het is dus van belang dat de aanbieder tijdig meldt wanneer hij/zij zijn/haar praktijk beëindigt. De Friesland dient tevens te monitoren wanneer zij opvolgingsproblemen voorziet c.q. om opvolgingsproblemen te voorkomen.

C) Mix

Idem als A.

8. Contractsduur

Bij nieuwe contractanten geldt, met uitzondering van preferred providers of in het geval van aanbesteding, een contractsduur van 1 jaar, waarna evaluatie plaats vindt. Dit geldt niet voor aanbestedingsprocedures. Er geldt een maximale contractsduur van uiterlijk vijf jaar, hierbij geldt wel dat dit per verstrekking dient te worden gemotiveerd. De duur van het contract zal ook afhankelijk zijn van uitkomst van het contract/ kwaliteit van de afspraken die worden gemaakt. Echter gezien de ontwikkelingen als de Zvw en in dat kader de functionele aanspraken, is het op dit moment verstandig om behoudend om te gaan met de contractsduur. Dit geldt eveneens voor de AWBZ.

9. Rechtspersonen

Van oudsher konden onder de ZFW en AWBZ uitsluitend contracten worden gesloten met toegelaten instellingen (rechtspersonen) of natuurlijke personen. Natuurlijke personen waren al dan niet werkzaam in een maatschap. De praktijk is echter dat in toenemende mate ook door individuele zorgverleners wordt gekozen voor bedrijfsuitoefening in de vorm van een rechtspersoon, vaak een Besloten Vennootschap. De Zvw staat het sluiten van overeenkomsten met rechtspersonen, naast de mogelijkheid om overeenkomsten te sluiten met natuurlijke personen, niet in de weg. Het uitgangspunt van De Friesland is dat overeenkomsten worden gesloten met degenen die zeggenschap hebben.

De Friesland is, mits met goede waarborgen omkleed, bereid ook overeenkomsten te sluiten met rechtspersonen. De Friesland kan bijvoorbeeld eisen stellen in het kader van juridische en financiële transparantie. Per verstrekking wordt bepaald of en zonodig onder welke voorwaarden met een rechtspersoon kan worden gecontracteerd.

Deel C: Kwaliteitsbeleid

1. Inleiding

De Friesland geeft op veel manieren aandacht aan kwaliteit. Zij doet dit bijvoorbeeld door middel van eigen kwaliteitsonderzoek onder met name verzekerden, het opnemen van kwaliteitsafspraken in de overeenkomst, o.a. op basis van het kwaliteitskader dat in samenwerking met Zorgbelang Fryslân is opgesteld. Tevens wordt door het faciliteren van zorgverleners, het financieren van zorgvernieuwend projecten, het innovatiefonds en het hanteren van goede inkoopcriteria de kwaliteit van zorg bevorderd.

Dit kwaliteitsbeleid geeft een algemeen (denk)kader aan waarmee de kwaliteit van de zorg kan worden vastgelegd en ontwikkeld. Per verstrekking dienen vervolgens specifiek beleid en activiteiten te worden bepaald (inkoopbeleid).

In hoofdstuk twee wordt ingegaan op de kwaliteitswetgeving. Hoofdstuk drie tot en met acht gaan vervolgens specifiek in op het kwaliteitsbeleid van De Friesland. In hoofdstuk drie en vier wordt ingegaan op de minimale basiskwaliteit en verder ontwikkelen van de basiskwaliteit op het gebied van organisatorische kwaliteit, professionele kwaliteit en relationele kwaliteit. Kwaliteitssystemen en certificering komen respectievelijk aan de orde in hoofdstuk vijf en zes. Tot slot wordt in hoofdstuk zeven en acht ingegaan op afspraken over kwaliteit en het monitoren en evalueren.

2. Kwaliteitswetgeving

De overheid heeft diverse wetten in het leven geroepen om ervoor te zorgen dat de individuele gezondheidszorg verantwoord wordt verleend en dat dit in een organisatorische en institutionele context gebeurt, die als een gunstig kwaliteitsklimaat is te kenmerken. In dit hoofdstuk wordt een aantal wetten besproken. De Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG zijn met name van belang voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. In de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, de Wet klachtrecht cliënten in de zorgsector en de Wet medezeggenschap cliënten in de zorgsector ligt de nadruk op de patiëntenrechten. De laatste drie wetten worden hier ook besproken, aangezien zij een grote rol spelen bij de positie van de patiënt en dus bij de kwaliteit van zorg.

2.1 Kwaliteitswet zorginstellingen

De centrale gedachte van de wet is dat de instellingen in eerste instantie zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorgverlening en daarom de ruimte moeten hebben om een eigen kwaliteitsbeleid vorm te geven. De overheid heeft daartoe open normen gegeven. Mochten instellingen (sectorgewijs) in gebreke blijven, dan kan de wetgever alsnog met voorschriften komen.

Op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen zijn zorginstellingen verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg en dienen zij:

- Verantwoorde zorg te leveren;
- Een organisatie in standhouden waarmee verantwoorde zorg kan worden geleverd;
- Op kwaliteit gericht beleid te voeren en een kwaliteitssysteem te hanteren;
- Een kwaliteitsjaarsverslag te maken.

Onder een zorginstelling wordt verstaan “het organisatorisch verband dat strekt tot de verlening van zorg”. Onder deze omschrijving vallen dus niet alleen de traditionele instellingen als verpleeghuizen en ziekenhuizen, maar ook een groep fysiotherapeuten, een zelfstandig behandelcentrum, een apotheek etc.

De zorginstelling dient door een goede structurering van het werk en een systematische kwaliteitsbewaking verantwoorde zorg te leveren. Verantwoorde zorg is een open norm die in vier aspecten is uitgewerkt:

- De zorg dient doeltreffend te zijn. Het moet gaan om effectieve zorg;
- De zorg dient doelmatig te zijn. Een aanvaardbaar beslag op de middelen is evenzeer een element van kwaliteit. Bij de afweging komt het aan op een redelijke verhouding tussen het doel

en de daarvoor in te zetten middelen. Met middelen worden zowel methoden en technieken bedoeld als financiën;

- De zorg dient patiëntgericht te worden verleend. De zorgaanbieder en de hulpverlener moeten rekening houden met de privacy en de persoonlijke integriteit van de patiënt. Ook bij de organisatie van de zorg moet rekening worden gehouden met de behoeften en wensen van de patiënt;
- De zorg moet afgestemd zijn op de reële behoefte van de patiënt. Het gaat hierbij om aspecten van de individuele behandelrelatie, waarvoor de zorgaanbieder verantwoordelijk is.

Op basis van de Kwaliteitswet organiseert de aanbieder de zorgverlening op zodanige wijze dat dit redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van verantwoorde zorg. Hierbij heeft de instelling oog voor personeel (kwalitatief en kwantitatief), middelen en de toedeling van verantwoordelijkheden. De instelling kan via deze norm erop aangesproken worden de professionele kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering goed af te stemmen.

De instelling moet een kwaliteitsbeleid hanteren en aan de kwaliteit van zorg gestalte geven via een kwaliteitssysteem. Het gaat hierbij om de drieslag: gegevensverzameling, toetsing en verbetering. Afgestemd op de aard en de omvang van de instelling draagt de zorgaanbieder zorg voor:

- a. Het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van zorg;
- b. Het aan de hand van de gegevens, bedoeld onder a, op systematische wijze toetsen in hoeverre een verantwoorde zorgverlening plaatsvindt;
- c. Het op basis van de uitkomst van de toetsing, bedoeld onder b, zonedig veranderen van de wijze van zorgverlening.

Door middel van een kwaliteitsjaarverslag legt een instelling openbare verantwoording af. Een exemplaar moet in ieder geval gestuurd worden aan de Minister van VWS, de regionale inspectie voor de gezondheidszorg en aan de regionale patiënten/consumentenorganisatie (Zorgbelang Fryslân). In twee circulaire (uit maart 1997 en maart 2000) heeft de Inspectie aangegeven aan welke eisen een kwaliteitsjaarverslag moet voldoen.

2.2 Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg

In de wet BIG komen de kwaliteit en deskundigheid van de individuele beroepsbeoefenaren aan de orde. Daar waar een individuele beroepsbeoefenaar werkzaam is in een instelling, is er uiteraard een verband met het kwaliteitsbeleid, het kwaliteitssysteem en de organisatie van de instelling.

Uitgangspunt van de wet BIG is dat in principe iedereen geneeskundige handelingen mag verrichten. Er zijn echter bepalingen opgenomen om de patiënt te beschermen tegen onoordeelkundige en onzorgvuldig handelende beroepsbeoefenaren. Zo mogen alleen beroepsbeoefenaren die een wettelijk geregelde opleiding hebben voltooid, een wettelijk beschermde titel voeren. Daarnaast mogen handelingen die een aanmerkelijk risico voor de patiënt opleveren, als zij door een ondeskundige worden verricht, alleen worden verricht door beroepsbeoefenaren die daar volgens de wet toe bevoegd zijn.

Met betrekking tot de beroepen in de gezondheidszorg kent de Wet BIG twee reguleringsystemen. Het gaat om het systeem van titelbescherming en om het systeem van opleidingstitelbescherming.

In de wet zijn acht beroepen genoemd waarvan de titel wordt beschermd. Voor deze beroepen zijn op grond van de wet opleidingseisen omschreven en is in de wet een deskundigheidsgebied omschreven. Na voltooiing van de opleiding kan men zich in laten schrijven in het BIG-register. De in de wet genoemde beroepen zijn de volgende basisberoepen:

- Apotheker
- Arts
- Fysiotherapeut
- Gezondheidszorgpsycholoog
- Psychotherapeut
- Tandarts
- Verloskundige
- Verpleegkundige

Het is mogelijk om na de basisopleiding een binnen de beroepsgroep erkend specialisme te gaan uitoefenen. Indien de opleiding en bijbehorende titels zijn geregeld door een representatieve beroepsorganisatie en deze regeling de instemming van de Minister verkrijgt, dan geldt ook voor de specialistentitels wettelijke titelbescherming. Dit laatste geldt voor de specialistenregelingen van de artsen en tandartsen.

BIG-geregistreerden vallen onder het tuchtrecht, dat eveneens in de Wet BIG is geregeld.

Van opleidingstitelbescherming is sprake in die gevallen waarin de overheid vindt dat een goede uitoefening van de gezondheidszorg het nodig maakt dat een beroep wettelijk wordt geregeld. In een zodanig geval wordt in een apart besluit de opleiding geregeld of aangewezen en het deskundigheidsgebied van de desbetreffende beroepsbeoefenaar benoemd. Het gaat hier steeds om zorgaanbieders die zich zelfstandig aan zorgvragers presenteren. Op dit moment gaat het om de volgende beroepen:

- Apothekersassistent;
- Diëtist;
- Ergotherapeut;
- Huidtherapeut;
- Logopedist;
- Mondhygiënist;
- Oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck;
- Orthoptist;
- Optometrist;
- Podotherapeut;
- Radiotherapeutisch laborant;
- Radiodiagnostisch laborant;
- Tandprotheticus;
- Verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).

De Wet BIG kent het begrip voorbehouden handelingen. Voorbehouden handelingen zijn handelingen die alleen door een arts en soms een tandarts of verloskundige verricht mogen worden. De uitvoerder van de handeling moet niet alleen bevoegd maar ook bekwaam zijn. Bekwaamheid ontstaat door kennis en praktijkervaring. Bevoegde zorgverleners mogen ook opdracht geven tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen. Op deze wijze kunnen personen die niet bevoegd zijn op grond van de wet, toch voorbehouden handelingen verrichten. De opdracht moet in gevallen waarin dat redelijkerwijs nodig is, vergezeld gaan van instructies en de opdrachtgever moet zo nodig voorzien in toezicht en de mogelijkheid van tussenkomst. Voor de uitvoerder geldt dat deze bekwaam moet zijn en geen voorbehouden handelingen mag uitvoeren zonder opdracht.

2.3 Wet medezeggenschap cliënten in de zorgsector

Instellingen zijn op basis van deze wet verplicht een cliëntenraad in te stellen. De cliëntenraad, die tot doel heeft de belangen van cliënten van een instelling te behartigen, heeft de volgende rechten om de kwaliteit van zorg te bewaken:

- Advies geven aan de instelling over het kwaliteitsbeleid van de instelling;
- Instemmen met de wijzigingen in procedures die cliënten direct raken;
- De benoeming van leden in de Klachtencommissie;
- Wijzigingen in het klachtenreglement goedkeuren;
- Benoemen van een lid in de Raad van Toezicht.

2.4 Wet klachtrecht cliënten in de zorgsector

Een instelling dient een klachtenreglement en een onafhankelijke klachtencommissie in te stellen. Hiermee worden cliënten in de gelegenheid gesteld om eventuele klachten rechtstreeks bij de instelling in te dienen en een deugdelijke procedure voor afhandeling van de klachten te krijgen. Er moet ook een jaarverslag worden opgesteld dat aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) moet worden gezonden.

2.5 Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst

De patiëntenrechten in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) zijn geformuleerd als verplichtingen van de hulpverlener. Volgens de WGBO moet een hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt hij daarbij in

overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard. Bij de invulling van de open norm “goed hulpverlenerschap” spelen verschillende aspecten een rol:

1. Wettelijke voorschriften;
2. Jurisprudentie;
3. Beroepscodes en gedragsregels;
4. Vakinhoudelijke technische regels;
5. Standaarden, richtlijnen en protocollen;
6. Regels betreffende specifieke hulpverleningsethische kwesties;
7. Richtlijnen van de Inspectie;
8. Algemene juridische, ethische en beroepsnormen.

De WGBO geeft de cliënt recht op:

- a. Inzage in het medisch dossier;
- b. Informatie over de behandeling;
- c. De vereiste toestemming voor de behandeling;
- d. Privacy en geheimhouding.

3. Basiskwaliteit De Friesland

De Friesland wil zorg inkopen die aansluit bij de behoefte van haar verzekerden. De Friesland wil onderzoek naar de zorgbehoefte meer en meer gestructureerd (PDCA-cyclus) vormgeven. Door daarnaast te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om de zorg te kunnen leveren die past bij de (toekomstige) zorgbehoefte van de verzekerden kan niet alleen die zorg worden ingekocht waar de verzekerden behoefte aan hebben, maar kan ook een polis (voor Zvw en Aanvullende verzekeringen) worden gemaakt die (toekomstige) verzekerden aanspreekt.

De Friesland beschouwt kwaliteit als een proces van continue verbetering. Van belang is echter wel dat er ook een bepaalde basiskwaliteit wordt gedefinieerd. Met de komst van de Zvw moet de zorgverzekeraar in de verzekeringspolis benoemen wie de zorg mag leveren en wat de vereiste deskundigheid is. In de uitkomsten van overleg/modelovereenkomsten waren ook altijd kwaliteitseisen opgenomen. Met het vervallen van deze voorgeschreven overeenkomsten is het van belang geworden te bepalen wat de basiskwaliteit is van waaruit het proces van continue verbetering kan worden ingezet. De basiskwaliteit is de minimale kwaliteit van zorg die in het contract met de zorgaanbieder wordt vastgelegd. Gekeken is hierbij naar de Kwaliteitswet en Wet BIG en de bestaande afspraken. Zoals in de zorgvisie reeds is aangegeven, wordt er een onderscheid gemaakt naar organisatorische, professionele en ervaren kwaliteit. Voor de definities wordt verwezen naar deel A. In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de basiskwaliteit. In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op het ontwikkelen van de basiskwaliteit naar een hoger niveau. Voor de uitwerking ten aanzien van specifieke doelgroepen/zorgvormen (met name chronisch zieken) wordt ook verwezen naar ketenzorgbeleid (deel D).

3.1 Basiskwaliteit organisatorische kwaliteit

De minimale criteria bij organisatorische kwaliteit inzake de wachttijden zijn registratie en transparantie. Voor een aantal operaties is in de zorgpolis een maximale wachttijd vastgelegd. Daarnaast geldt voor organisatorische kwaliteit dat de zorgaanbieder/zorgverlener bereid moet zijn tot samenwerking met andere zorg- en hulpverleners. Verwezen wordt ook naar het ketenzorgbeleid. Voor de waarneming en continuïteit van zorg geldt dat deze goed georganiseerd moeten zijn. Per beroepsgroep/verstrekking dienen normen inzake de waarneming te worden opgenomen in het inkoopbeleid en het contract met de zorgaanbieder.

Voor de organisatorische kwaliteit geldt verder dat indien er sprake is van een instelling in de zin van de Kwaliteitswet er een werkend kwaliteitssysteem wordt gehanteerd. Voor AWBZ-instellingen geldt daarnaast dat zij gebruik moeten maken van het AZR-systeem en mee moeten werken aan de wachtlijstcoördinatie. De zorgverlener in een eenmanspraktijk draagt zorg voor een goede organisatie van zijn praktijk. Voor de praktijkruimte geldt dat de zorgverlener de zorg verleent in een adequaat ingerichte en geoutilleerde praktijkruimte, die voor alle verzekerden goed bereikbaar en toegankelijk is. Per verstrekking/doelgroep/zorgvorm kan dit worden uitgewerkt. Bureaucratische procedures, welke leiden tot een zware administratieve belasting, moeten worden voorkomen.

Met betrekking tot de doelmatigheid geldt dat de zorgverlener ervoor moet instaan dat er een correcte afweging gemaakt wordt om een redelijke verhouding te bereiken tussen het doel en de daarvoor in te zetten middelen (methoden, technieken, financiën).

3.2 Basiskwaliteit professionele kwaliteit

Voor de professionele kwaliteit geldt voor de zorg die verstrekt wordt op basis van de Zvw dat de vereiste deskundigheid in de verzekeringspolis wordt vastgelegd. De verzekerden kunnen aanspraak maken op deze kwaliteit. De Friesland hanteert voor zowel Zvw, AWBZ als de AV de kwaliteitswetgeving als ondergrens voor de kwaliteit van zorg. Zorgverleners dienen te voldoen aan de eisen die op basis van de Wet BIG worden gesteld. Voor een deel van de zorgverleners geldt een registratie-eis in het BIG-register. Voor andere zorgverleners geldt dat hun opleiding dient te voldoen aan de opleidingseisen zoals genoemd in de uit de wet BIG voortvloeiende besluiten. Daar waar specialisaties vereist zijn, wordt aangesloten bij door de minister erkende kwaliteitsregisters dan wel de kwaliteitsregisters van de beroepsgroep, welke toegankelijk zijn voor een ieder die aan de kwaliteitseisen voldoet.

Zorginstellingen in de zin van de kwaliteitswet dienen te beschikken over een werkend kwaliteitssysteem. De deskundigheid van het personeel is van groot belang bij de professionele kwaliteit. Een instelling dient te beschikken over deskundig en bekwaam personeel. Tevens dient de instelling ervoor zorg te dragen dat de deskundigheid en bekwaamheid van haar personeel op peil blijven. Dit moet blijken uit het personeelsbeleid (met name het scholingsbeleid) van de instelling.

Op grond van de kwaliteitswetgeving dienen zorgverleners en zorginstellingen een adequate klachtenregeling te hanteren.

De zorginkoopselectiecriteria dienen de genoemde basiscriteria te bevatten. E.e.a. wordt ook opgenomen in de zorgcontracten.

3.3 Basiskwaliteit relationele kwaliteit

Een persoonlijke en respectvolle bejegening van de patiënt door de zorgaanbieders is de basis voor de relationele kwaliteit. Ook voor relationele kwaliteit geldt dat de kwaliteitswetgeving ondergrens is van de kwaliteit. De rechten en plichten die voortvloeien uit o.a. de WGBO, WKCZ en WMCZ dienen te worden gevolgd door de zorgaanbieder. Voor instellingen geldt dat zij op basis van de Kwaliteitswet klanttevredenheidsonderzoeken dienen uit te voeren. Behandelplannen dienen te worden opgesteld, te worden bijgehouden en te worden doorgesproken en geëvalueerd met de cliënt. De zorg wordt afgestemd op de hulpvraag.

4. Ontwikkelen kwaliteit

Aangezien kwaliteit een proces van continue verbetering is, kan niet worden volstaan met het hanteren van de basiscriteria. Afhankelijk van de mogelijkheden en fase waarin de beroepsgroep c.q. de zorgverlener verkeert, dient de ontwikkeling van de basiskwaliteit te worden gestimuleerd, zodat de lat steeds hoger kan worden gelegd. Er dient een goede mix plaats te vinden tussen wat wenselijk is en wat gezien de praktijk van de zorgaanbieders mogelijk is. Kwaliteit is een proces van continue verbetering vanuit de stand van zaken in het veld.

4.1 Vormgeven ontwikkeling organisatorische kwaliteit

Inzake de toegankelijkheid van de zorg geldt, dat gestreefd moet worden om minimaal de Treeknormen te hanteren. Bij het ontbreken van Treeknormen of het (gemotiveerd afwijken daarvan) dienen wachttijden te worden gedefinieerd. Voor het bepalen en toetsen van de normen is het nodig om afspraken te maken over de wijze van registratie en het ter beschikking stellen van wachtlijsten en wachttijden door de zorgaanbieder. Waar mogelijk dient voor de verzekerden van De Friesland te worden afgesproken dat de wachttijd minder is dan de Treeknorm.

Instellingen dienen op grond van de Kwaliteitswet aandacht te besteden aan de organisatie van de zorgverlening (personeel, middelen, verantwoordelijkheden). Op basis van jaarplannen kan inzicht verkregen worden in de acties die men wenst te ondernemen. Op basis van het (kwaliteits)jaarverslag kan worden beoordeeld wat de aandachtspunten zijn. Uiteraard geldt (ook) hier dat kennis van het veld en de relaties met de zorgverleners die de accountmanager/adviseur heeft/hebben, ook een grote rol spelen bij het bepalen van de aandachtspunten.

Voor de afstemming en organisatie van de zorg is het van belang dat zorgverleners samenwerken met andere zorgverleners, zie ook het beleid ketenzorg (deel D).

4.2 Vormgeven ontwikkeling professionele kwaliteit

Van groot belang is dat er waar mogelijk wordt gewerkt volgens de standaarden/protocollen/richtlijnen die binnen de beroepsgroep gebruikelijk zijn. Voor een aantal beroepsgroepen kan dit reeds in de selectiecriteria van het inkoopbeleid worden opgenomen. Voor die verstrekkingen betreft het dus basiskwaliteit. Op andere terreinen dient het gebruik van protocollen en werken volgens standaarden te worden gestimuleerd. Voor een aantal ziektebeelden is aangegeven dat een best practice in samenwerking met de beroepsgroep zal worden benoemd. Daar waar nog weinig gewerkt wordt met protocollen/standaarden etc., is een eerste stap inzicht verkrijgen in de mate waarin conform protocollen etc. wordt gewerkt. Inzicht in het belang van het werken conform protocollen etc. kan worden vergroot door bijvoorbeeld het uitvoeren van benchmarks.

4.3 Vormgeven ontwikkeling relationele kwaliteit

Om dit onderwerp goed vorm te kunnen geven, is het meten van klantbehoefte, klanttevredenheid en klantervaring van groot belang (zie ook de hoofdstukken 5 en 10).

Voor zorginstellingen geldt dat zij onderzoek dienen te verrichten naar de klanttevredenheid (op grond van de Kwaliteitswet). Inzicht in deze onderzoeken kan helpen om de verbeterpunten te bepalen.

Onderwerpen die hier van belang zijn:

- Informatievoorziening aan de patiënt;
- Oog voor de keuzevrijheid van de patiënt;
- Werken conform de systematiek: doelstelling, behandelpunten, evaluatie.

Ook hier is een verband met het beleid ketenzorg. De zorg voor een patiënt dient goed te worden afgestemd.

5. Kwaliteitssystemen

De Kwaliteitswet stelt aanzienlijke eisen aan zorginstellingen inzake het hanteren van een kwaliteitssysteem. Het hebben van een werkend kwaliteitssysteem garandeert in beginsel dat er sprake is van kwalitatief verantwoorde zorg. Onder zorginstelling wordt in de kwaliteitswet verstaan: "het organisatorisch verband dat strekt tot de verlening van zorg". Zoals eerder gesteld vallen onder deze omschrijving dus niet alleen de traditionele instellingen als verpleeghuizen en ziekenhuizen, maar ook een maatschap van fysiotherapeuten, een zelfstandig behandelcentrum, een apotheek, samenwerkende psychotherapeuten etc.

Door inzage te vragen (en afspraken daarover vast te leggen) in de diverse onderzoeken en rapporten die in het kader van de Kwaliteitswet worden gedaan/gemaakt, kan De Friesland inzicht verwerven in de kwaliteit van zorgverleners. Te denken valt aan klantonderzoeken, (kwaliteits)jaarplannen en (kwaliteits)jaarverslagen. Om inzicht te verkrijgen is vereist dat de rapporten, plannen en verslagen worden beoordeeld. Voor de ontwikkeling van de kwaliteit van de zorgaanbieders is terugkoppeling van de beoordeling nodig en het vastleggen van afspraken over evt. verbeterpunten. Per verstrekking/account kan hiervoor een format (of richtlijn) worden ontwikkeld, volgens welke jaarplannen en jaarverslagen worden beoordeeld.

6. Certificeren

Er zijn inmiddels diverse instanties die zorgaanbieders certificeren. Een certificaat geeft aan dat de instelling over een goed functionerend kwaliteitssysteem beschikt. Daarmee geeft een certificaat een (zekere) garantie van de kwaliteit van zorg. Indien de eis van certificering wordt gesteld, dient er sprake te zijn van een landelijk erkend systeem en een externe audit.

Certificering brengt echter ook kosten met zich mee. De afweging dient (per verstrekking) te worden gemaakt of certificering een toegevoegde waarde heeft of dat er disbalans ontstaat tussen voordelen en kosten. De omvang (van de omzet) van de zorgaanbieder speelt hierbij een rol.

Daar waar sprake is van een meer productgerichte certificering, zoals bijvoorbeeld bij hulpmiddelen voorkomt, ziet de certificering niet alleen op de kwaliteit van het systeem maar ook op de productveiligheid of de productkwaliteit. Certificering geeft in dergelijke gevallen een garantie voor de werking van het product of de productkwaliteit, die door De Friesland moeilijk is te beoordelen. Bij dergelijke verstrekkingen dient certificering als selectie criterium te worden gehanteerd.

Indien de eis van certificering wordt gesteld, dient dit tijdig te worden gecommuniceerd. Redelijk is in het algemeen om een periode van twee tot drie jaar te bieden om een aanbieder de gelegenheid te

geven zich te certificeren. Om toetreding van beginnende en/of nieuwe zorgaanbieders niet onmogelijk te maken, dient aan dergelijke aanbieders eveneens een periode te worden gegund om zich te certificeren.

7. Afspraken over de kwaliteit van zorg

Afspraken over de kwaliteit van zorg worden bij voorkeur in de contracten vastgelegd. Indien na het afsluiten van de contracten (nadere) afspraken worden gemaakt, dienen deze afspraken schriftelijk te worden vastgelegd en door beide (alle) partijen te worden bevestigd.

Met de zorgaanbieders worden tenminste afspraken gemaakt inzake de minimale basiskwaliteit. Indien een zorgaanbieder niet voldoet aan de basiskwaliteit kan er geen contract met de desbetreffende zorgaanbieder worden gesloten. Indien een reeds gecontracteerde aanbieder onder de grens van de basiskwaliteit komt, is dit reden om het contract te beëindigen. Een verbetertraject kan alleen worden afgesproken indien de omstandigheden of het inkoop/kwaliteitsbeleid van de desbetreffende verstrekking dit rechtvaardigen.

Naast de basiskwaliteit worden afspraken vastgelegd die tot doel hebben een hoger niveau dan de basiskwaliteit te garanderen dan wel de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Bij het vastleggen van deze afspraken moet aandacht worden besteed aan de toetsbaarheid van de afspraken en aan het verstrekken van de daarvoor relevante informatie.

In het contract kunnen tevens afspraken over verbeterprojecten en zorginnovaties worden vastgelegd die voortvloeien uit jaarplannen en kwaliteitsjaarverslagen. Afspraken die cliëntenraden maken met het management over verbetering kunnen hiervoor bijvoorbeeld worden meegenomen.

Bij het maken van de in de vorige alinea's bedoelde afspraken kan het kwaliteitskader welke in 2003 is opgesteld als uitgangspunt dienen. De Friesland hanteert in dit kader een onderscheid in organisatorische -, professionele - en relationele kwaliteit. Ervaringen en input van verzekerden zijn nodig om actuele invulling te geven aan door de verzekerden gewenste afspraken over de kwaliteit van zorg. Naast het kader kan voor de gedachtevorming en onderhandelingen/afspraken over kwaliteit gebruik gemaakt worden van de zes dimensies van kwaliteit die het CVZ hanteert.

Met de zes dimensies wordt aangesloten bij het vraaggestuurde perspectief dat ook De Friesland wil hanteren. Bovendien worden deze begrippen landelijk gehanteerd wat communicatie vereenvoudigt en begripsverwarring voorkomt. Dit vereenvoudigt de gesprekken over kwaliteit met zowel zorgaanbieders als toezichhouders.

De zes dimensies worden als volgt gedefinieerd:

- Veiligheid:

Het vermijden van schade bij interventies die de intentie hebben een patiënt te helpen. Veiligheid is een systeemkenmerk en geen toevalligheid;

- Effectiviteit:

Effectieve zorg is evidence based, "state of the art", onder- en overgebruik van zorg wordt vermeden;

- Patiëntgerichtheid:

De zorg respecteert individuele voorkeuren, noden en waarden van de patiënt en handelt daarnaar;

- Tijdigheid en op elkaar afgestemd:

Het voorkomen van onnodige (soms schadelijke) wachttijden; de zorg is op elkaar afgestemd en de continuïteit is gewaarborgd;

- Efficiency:

Efficiënte zorg is zorg die verspilling vermijdt, inclusief verspilling van middelen, voorraden, ideeën en energie;

- Toegankelijkheid (gelijkheid):

Hier wordt onder verstaan dat de toegang tot de zorg niet belemmerd wordt door persoonlijke karakteristieken zoals geslacht, etniciteit, geografische locatie en sociaal-economische status.

De resultaten van de gemaakte afspraken met de zorgverleners/aanbieders dienen te worden geëvalueerd (zie ook hoofdstuk 8). De afspraken dienen derhalve zodanig te worden geformuleerd dat deze gevolgd en geëvalueerd kunnen worden. Afgesproken prestatie-indicatoren kunnen daarbij een rol spelen. Een indicator is een meetbaar element van de zorgverlening dat een aanwijzing geeft over de mate van kwaliteit. Prestatie-indicatoren kunnen worden onderverdeeld in structuur-, proces- of uitkomstindicatoren:

Uitkomstindicator:

Een uitkomstindicator zegt iets over de uitkomst (effect) van het zorgproces;

Procesindicator:

Een procesindicator zegt iets over de kwaliteit van het zorgproces, doorlooptijden, mate van gebruik van protocollen;

Structuurindicator:

Een structuurindicator geeft informatie over de organisatie van het systeem(project) en/of de omstandigheden geschikt zijn om de gewenste zorg te leveren.

Bij het formuleren en afspreken van prestatie-indicatoren is het van belang bureaucratie, inefficiëntie en kostenopdriving te voorkomen. Uitgangspunt is dat waar mogelijk, wordt aangesloten bij indicatoren die reeds door de zorgaanbieder worden geregistreerd c.q. ook door andere partijen worden gevraagd. Ook dient waar mogelijk, te worden aangesloten bij prestatie-indicatoren zoals die door ZN in samenwerking met het CVZ zijn geformuleerd.

Inzake het al dan niet realiseren van meetbare kwaliteitsverbeteringen, wordt zo mogelijk vorm gegeven aan een systeem van belonen en sanctioneren.

8. Monitoren en evalueren

Het monitoren van de kwaliteit is in het proces een belangrijk middel om tot verbetering te komen. Op basis van de verzamelde gegevens kan o.a. beoordeeld worden of de kwaliteit van de zorg aansluit bij de behoefte van de cliënt en/of de afspraken worden nagekomen. Ten behoeve van de monitoring zal een beroep worden gedaan op zowel verzekerden als zorgverleners voor het verstrekken van relevante informatie.

Het is van groot belang dat de gemaakte afspraken ook worden gemonitord. Ook indien er (nog) geen prestatie-indicatoren zijn afgesproken. Indien er weinig bereidheid is bij de beroepsgroep/zorgaanbiederssector tot het maken van toetsbare afspraken, kan worden begonnen met het verkrijgen van inzicht (transparantie). Bijvoorbeeld het maken van een jaarverslag (volgens een format). Van belang is in dat geval dat gevolgd wordt dat de jaarverslagen worden ingeleverd en dat terugkoppeling aan de zorgverleners plaatsvindt.

Naast het beoordelen van “producten” als het jaarverslag, is en blijft overleg met de zorgaanbieders een belangrijk instrument voor het monitoren.

Onderdeel van het monitoren is het onderzoek naar de klantervaringen van onze verzekerden. Belangrijke items hierin zijn de verwachtingen en ervaringen van verzekerden/klanten. Ervaringen geven inzicht of hetgeen geleverd is, overeenkomt met de inkoop. Verwachtingen en belangrijkheid geven inzicht in wat we kunnen aanpassen in hetgeen we willen inkopen (en evt. willen wijzigingen in de aanspraken van onze verzekerden). Zoals eerder genoemd, wil De Friesland zorg inkopen die aansluit bij de behoefte van haar verzekerden. Daartoe wil De Friesland onderzoek naar de zorgbehoefte meer en meer gestructureerd (PDCA-cyclus) vormgeven. Door te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om de zorg te kunnen leveren die past bij de (toekomstige) zorgbehoefte van de verzekerden kan niet alleen die zorg worden ingekocht waar de verzekerden behoefte aan hebben, maar kan ook een polis (voor Zvw en AV) worden gemaakt die (toekomstige) verzekerden aanspreekt.

8.1 Terugkoppeling analyse van de aangeleverde gegevens

De resultaten van de evaluatie van de gemonitorde gegevens dienen teruggekoppeld te worden aan de zorgaanbieders om:

- Zorgaanbieders informatie terug te geven of de geleverde zorg voldoet aan de gemaakte afspraken én aan de verwachtingen van de verzekerden/zorgverzekeraar;
- Als grondslag voor een eventuele beloning;
- Als input voor de komende onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder;
- Afspraken te maken en vast te leggen over verbeterpunten.

Deel D: Ketenzorgbeleid

1. Inleiding

Ketenzorg vormt voor De Friesland een van de speerpunten, teneinde betere kwaliteit van zorg en betere afstemming op de zorgvraag voor en van zijn verzekerden te realiseren. Ketenzorg is hierbij met name gericht op chronisch zieken. De chronisch zieke heeft veelal te maken met verschillende zorgaanbieders vanuit verschillende sectoren. Coördinatie van activiteiten, onderlinge afstemming en samenwerking tussen verschillende disciplines is van essentieel belang oftewel ketenzorg speelt hierin een belangrijke rol. Temeer ook omdat uit de praktijk blijkt dat ondanks de initiatieven, ketenzorg nog onvoldoende van de grond komt (Rapport Ketenzorg bij chronisch zieken, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2003). Reden voor De Friesland om een beleid in te zetten inzake ketenzorg.

In dit deel wordt het ketenzorgbeleid weergegeven en wordt aandacht besteed aan de volgende aspecten. Ten eerste wordt ingegaan op de demografische/ cijfermatige ontwikkelingen. Vervolgens komen best practices, transmurale overleggen/MCC's, gegevensuitwisseling, ketenzorg in de acute keten en de relatie met de zorgverzekeringswet aan de orde. Tot slot wordt er een vertaling gemaakt naar het inkoopbeleid mede in relatie tot de ketendbc's.

2. Demografische/ cijfermatige ontwikkelingen

Het aantal chronische aandoeningen zal de komende jaren toenemen. In tabel 1a van de bijlage demografische gegevens, is de prevalentie (als maat voor het aantal bekende gevallen op een bepaald moment of gedurende een bepaalde periode) van een aantal ziekten en aandoeningen weergegeven. Uit de tabel blijkt dat over het algemeen de genoemde ziekten/aandoeningen (veelal ouderdomsgerelateerd) fors zal toenemen. De toename wordt met name veroorzaakt door de vergrijzing. In tabel 1b wordt het aantal geschatte aantallen ziekten/aandoeningen in Friesland weergegeven. De schatting heeft plaats gevonden op basis van de medicijngegevens. Tabel 1c geeft het aantal diabetespatiënten (indicatie) onder De Friesland verzekerden weer. In tabel 2 van de eerdergenoemde bijlage wordt het aantal 65-plussers in Friesland weergegeven. Tabel 4 van deze bijlage geeft het aantal 65 plussers weer onder De Friesland verzekerden over 2003, 2004 en 2005, waarbij een onderscheid wordt gemaakt naar regio Friesland en de rest van Nederland.

Uit tabel 2 blijkt dat ook in Friesland de vergrijzing de komende jaren zal toenemen (in totaliteit met 15,4%). Tabel 4 laat zien dat in de afgelopen twee jaar het aantal 65-plussers onder De Friesland verzekerden ook is toegenomen (het percentage 65 plussers van het totaal aantal De Friesland verzekerden blijft ongeveer gelijk over de genoemde periode, ongeveer 15%). De verwachting is dat dit de komende jaren alleen maar meer zal toenemen en dus ook het aantal verzekerden met een chronische aandoening. De vraag naar zorg zal de komende jaren toenemen en daarmee gaat ook een toenemende kostenontwikkeling gepaard. Astma kost ongeveer 313 euro per patiënt per jaar, waarvan de helft aan medicatie wordt besteed. COPD kost ongeveer 915 euro per patiënt per jaar en de belangrijkste kostenposten zijn ziekenhuisopnames, medicatie en thuiszorg (bron RIVM 2005). De organisatie van de zorg dient op deze ontwikkelingen te worden afgestemd. Afstemming in de keten is dan ook evident, zodat goede kwaliteit van leven kan worden gerealiseerd, maar ook doelmatigheid van zorg.

3. Ziektebeelden/best practices

In Friesland bestaan diverse projecten op het gebied van CVA, diabetes, astma/copd, chronisch hartfalen en in mindere mate op het gebied van MS/parkinson. Voor reuma geldt dat er geen "projecten" zijn, maar wel werkafspraken. Bovenstaande ziektebeelden zijn ook als speerpunt in de kaderbrief 2004 en 2005 voor ziekenhuizen benoemd. Gezien de aankomende vergrijzing en de daarmee gepaard gaande vraagontwikkeling worden ook ouderen met complexe problematiek als speerpunt benoemd.

Naast de in dit deel weergegeven speerpunten voor ketenzorg, voert De Friesland beleid op het terrein van palliatieve zorg. Palliatieve zorg vormt een specifiek voorbeeld van ketenzorg. In Friesland zijn palliatieve netwerken rond de vijf ziekenhuizen ontwikkeld. Deze netwerken moeten leiden tot verbetering van de stromen patiënten, zorgverleners, kennis en middelen tussen de verschillende

zorgplekken. Tevens dienen de netwerken ervoor te zorgen dat het totale aanbod van zorg binnen het netwerk is afgestemd op de vraag aan zorg van terminale patiënten en hun naasten. Het netwerk heeft een duidelijke plaats in de totale keten van palliatieve zorg.

De Friesland is van mening dat er meer uniformiteit, provinciale afstemming en overeenstemming ten aanzien van bovengenoemde gekozen ziektebeelden moet plaatsvinden met als uitgangspunt het ontwikkelen van een best practice aan de hand van het benchmarken van de "projecten" in de verschillende regio's (te starten met cva). Het benchmarken moet uiteindelijk leiden tot implementatie van verbeterprocessen met als doel het bevorderen van de toepassing van de beste werkwijze in de eigen organisatie. Door te benchmarken kunnen ketens inzicht krijgen in de kwaliteit en doelmatigheid van hun zorgverlening. De Friesland hecht hier veel waarde aan, omdat de inhoudelijke kwaliteit van zorg, of dit nu diabeteszorg of astma/copd zorg betreft, provinciaal gelijk moet zijn (een verzekerde in Lemmer moet dezelfde zorg kunnen krijgen als een verzekerde in Dokkum). Dit betekent niet dat er geen regionale verschillen kunnen zijn, voor een project moet immers altijd ruimte zijn voor de regionale invulling. Als vervolg hierop moet voor financiering van (projecten) ketenzorg in de toekomst dan als voorwaarde worden gesteld dat de vastgestelde best practice voor het betreffende ziektebeeld dient te worden gehanteerd. De Friesland kan op deze wijze meer sturing geven. Op deze manier kunnen kwaliteit en doelmatigheid worden bevorderd.

4. Transmurale overleggen/MCC's

De MCC's en de transmurale netwerken (waarin aanbieders uit zowel cure als care zijn vertegenwoordigd) spelen op dit moment een belangrijke rol bij zorgvernieuwing of ketenzorg. Beide leveren een bijdrage aan de vormgeving, projectbegeleiding en evaluatie van ketenzorg(gerelateerde) projecten, maar ook aan het maken van werkafspraken/protocollen tussen huisartsen en tweede lijn. Daarnaast vervullen zij ook een coördinerende rol bij de infrastructuur en organisatie van ketenzorg (o.a. afstemming tussen verschillende disciplines). Dit laatste is van belang bij de invulling van ketenzorg. Immers de organisatie van zorg bij langdurig zieken vormt met name vaak een probleem.

Tot nu toe zijn echter nog niet alle ketenzorg(gerelateerde) projecten ondergebracht in de MCC's of transmurale netwerken. Hoewel De Friesland dit niet kan afdwingen, zouden we meer moeten streven naar een centrale behandeling van ketenzorg(gerelateerde) projecten zoals in de huidige situatie in de MCC's of transmurale netwerken gebeurt. Tevens dient er een duidelijke link tussen de transmurale overleggen en het fto/fto te zijn. Immers ketenzorgprojecten hebben ook direct invloed op de medicatie, de farmacotherapeutische therapie dient dan ook te worden meegenomen in de ketenaanpak. Daarnaast vervult de Regionale Ondersteuningsstructuur Friesland (ROS Friesland) een rol inzake de geïntegreerde eerste lijn. Deze nieuwe ondersteuningsstructuur moet leiden tot meer samenhang, samenwerking en doelmatigheid in de eerste lijn.

Voor De Friesland is ketenzorg een belangrijk onderwerp. De transmurale overleggen of de MCC's hebben naar onze mening dan ook een toegevoegde waarde voor de ketenzorg. De Friesland onderschrijft het nut van de MCC's of transmurale overleggen, waarbij huisartsen, ziekenhuizen/specialisten en thuiszorg tenminste vertegenwoordigd moeten zijn. Financiering van de MCC's dient dan ook gedragen te worden door alle betrokken partijen.

Ten behoeve van de ketenzorg in de provincie en een optimale inzet van mensen en middelen hecht De Friesland waarde aan provinciale afstemming tussen de vijf regio's. Naast het maken van concrete werkafspraken vinden wij het vormgeven van ketenzorg en afstemmen ten behoeve van de ketenzorg, een belangrijk aandachtspunt voor de MCC's en transmurale overleggen. Ook hoort afstemming met verwante onderwerpen/overleggen (zoals fto en palliatieve zorg), naar onze mening thuis in de MCC- en transmurale overleggen.

5. Gegevensuitwisseling

ICT vormt een niet meer weg te denken instrument in het kader van innovatie en ketenzorg. ICT speelt een belangrijke rol om het primaire zorgproces te ondersteunen en te faciliteren. Bij de meting van resultaten (bijv. bij monitoren) kan ICT ondersteunend werken. Voor de (logistieke) organisatie van de zorg speelt ICT een belangrijke rol. Het afstemmen van processen van diverse zorgverleners is van belang voor de kwaliteit, maar ook voor de doelmatigheid in de zorg. ICT dient goede ondersteuning te zijn voor het zorgproces, goede documentatie van medische gegevens, adequate rapportage over het zorgproces en resultaten mogelijk te maken en geschikt te zijn voor uitwisseling van medische gegevens tussen de verschillende disciplines. Tevens geldt dat ICT ook actieve

betrokkenheid van de patiënt moet faciliteren. Immers zelfverantwoordelijkheid en zelfmanagement van de patiënt moet ook worden bevorderd.

Daarnaast is ICT bij de ontwikkeling van het elektronisch patiëntendossier (EPD) van cruciaal belang. Het EPD wordt hierbij breder gezien dan uitsluitend een medicatiedossier. Het EPD dient alle relevante gegevens van de patiënt beschikbaar te stellen. Het EPD is tevens een belangrijk instrument voor het verminderen van risico's in het zorgproces. Het EPD kan namelijk de kans op overdrachts- en medicatiefouten verkleinen. Een EPD vormt ook een randvoorwaarde voor protocolgestuurd handelen. Het is voor de patiënt van belang dat alle betrokken zorgverleners op het moment wanneer nodig, kunnen beschikken over relevante patiëntgegevens. Op dit moment zijn benodigde gegevens niet altijd op de plaats beschikbaar waar de zorg wordt verleend (bijv. voor waarneming huisartsen of medicatiebewaking). Helaas leidt dit tot fouten. Uit onderzoek blijkt dat jaarlijks 1,3 miljoen medische overdrachtsfouten voorkomen, vanwege het niet kunnen inkijken van het medische dossier of het niet goed bijhouden van het dossier. De meeste fouten hebben betrekking op verkeerde medicatie, het niet behandeld worden door ontbrekende informatie en het verkeerd opereren of behandelen. De fouten hebben ook direct invloed op de zorgkosten (naar schatting 300 miljoen directe zorgkosten, 1,4 miljard totaal). Duidelijk mag zijn dat adequate informatie-uitwisseling essentieel is voor kwalitatief goede zorg en het voorkomen van fouten in de zorg. Uitgangspunt is dat de juiste informatie op de juiste plek beschikbaar moet zijn. Het EPD is hiervoor een noodzakelijk instrument. Elders vastgelegde patiëntinformatie moet geautoriseerd toegankelijk worden gemaakt. Het is voor de patiënt van belang dat alle betrokken zorgverleners op het moment wanneer nodig, kunnen beschikken over relevante patiëntgegevens. Leidend in het hele proces van elektronische uitwisseling is de patiënt. Ook de patiënt dient uiteindelijk rechtstreeks elektronische toegang te hebben tot zijn/haar gegevens. De Friesland hecht dan ook waarde aan een snelle implementatie van het EPD. Hoewel hierbij gerealiseerd wordt dat het een op een invoeren van het EPD een utopie is. Desondanks is het van belang dat ontwikkelingen op het gebied van elektronische informatie worden gestimuleerd teneinde de continuïteit en kwaliteit van zorg te realiseren.

Met name een patiënt met een chronische ziekte heeft te maken met veel verschillende zorgdisciplines. Informatie is dan op verschillende plaatsen aanwezig. Hiervoor is een EPD, een plek waar alle patiëntgegevens aanwezig zijn van belang. De Friesland is dan ook van mening dat met betrekking tot de verbetering van coördinatie en afstemming en daarmee de continuïteit van ketenzorg, het gebruik van ICT-ontwikkelingen hierin een belangrijke rol speelt. Binnen Friesland heeft Stichting GERRIT zich ten doel gesteld om elektronische communicatie binnen de gezondheidszorg in Friesland te faciliteren door het aanleggen en beheren van een veilig en betrouwbaar zorgnetwerk in Friesland. De Friesland participeert actief in genoemde stichting en vraagt dit ook van de instellingen.

Hiermee kan worden voorkomen dat er in Friesland lokale, regionale initiatieven ontstaan op het gebied van ICT die strijdig zijn met de doelstellingen en uitgangspunten van Stichting GERRIT (en dus het gezamenlijk belang) en die leiden tot suboptimalisatie en kapitaalvernietiging. Aansluiting van alle zorgaanbieders op het zorgnetwerk is dan ook van belang.

6. Ketenzorg in acute keten

Ketenzorg is niet alleen van belang bij chronisch zieken, maar speelt bijvoorbeeld ook een rol bij acute zorg. Bij de acute zorg zijn verschillende disciplines betrokken, namelijk huisartsenpost, afdeling spoedeisende hulp en de ambulancezorg, maar ook de acute opvang GGZ. Daarnaast is het voor de patiënt niet altijd duidelijk met welke klacht tot welke instelling hij/zij zich moet wenden (huisartsenpost of SEH).

Afstemming tussen de verschillende disciplines in de acute zorg is van belang. De organisatie van de keten van acute zorg kan worden geoptimaliseerd. Acute zorg is wat dat betreft net als andere zorgprocessen ook ketenzorg. Het gaat hierbij immers ook om afstemming en coördinatie van verschillende zorgverleners teneinde de continuïteit te waarborgen. Een goede (logistieke) organisatie van verschillende disciplines in regionaal verband is daarom wenselijk. De acute zorg dient regionaal gecontracteerd te worden op basis van een regioplan met afspraken over samenwerking.

Het EPD vormt ook een belangrijk instrument bij de acute zorg. Het is immers van belang dat alle relevante gegevens van de patiënt beschikbaar zijn. Het EPD bevordert ook de doelmatigheid en de logistiek in de keten van de acute zorg. Zo snel mogelijke invoering van het EPD is in de acute keten ook noodzakelijk.

7. Relatie Zorgverzekeringswet

Met de komst van de basisverzekering wil de overheid o.a. de betrokken actoren in de zorg meer keuzemogelijkheden, beleids- en beslissingsruimte en concurrentieprikkels geven. Een van de instrumenten hiervoor is de functionele omschrijving van de zorg die onder het verzekeringspakket valt. Dit houdt in dat alleen nog maar bij de wet is geregeld wat onder de aanspraak valt (de inhoud en omvang van de zorg) en wanneer (de indicatiegebieden). Het wie en waar van de verlening van de zorg is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar dient hierover afspraken te maken met de verzekerde in de zorgovereenkomst (zorgpolis).

De Zorgverzekeringswet biedt dus mogelijkheden om een zorgverzekeraar zich te laten onderscheiden van andere zorgverzekeraars voor wat betreft bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg. Tevens kan een zorgverzekeraar doordat zij het wie en waar kan regelen ook zorgdragen voor noodzakelijke samenhang in de zorg (m.n. van belang bij chronisch zieken, maar ook andere patiëntgroepen).

8. Vertaling naar inkoopbeleid/ketendbc's

Uiteindelijk dient ketenzorg onderdeel te zijn van het dagelijkse denken en doen. Kortom, bovenstaande moet worden vertaald naar het inkoopbeleid en de dagelijkse praktijk van De Friesland/Zorgkantoor Friesland. In dat kader bieden diseasemanagement en de ketendbc's handvatten en spelen dan ook een belangrijke rol bij de invulling van ketenzorg. Alvorens dit wordt vertaald naar De Friesland, worden eerst beide begrippen uiteengezet.

8.1 Diseasemanagement

Bij langdurige zorg is met name de organisatie een zwak punt. Diseasemanagement beoogt hiervoor een oplossing te bieden door een gestructureerde en systematische aanpak en het toepassen van managementinstrumenten (bijv. protocollering, verzamelen van essentiële op de zorgverlening betrekking hebbende gegevens, feedback van geïntegreerde informatiesystemen). Uiteindelijk dient hiermee de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te worden verhoogd. Diseasemanagement is een stelsel van gecoördineerde gezondheidsinterventies en contacten waarin de zelfzorgactiviteiten van patiënten een bepalende rol spelen. Door de systematische aanpak, afstemming van verschillende procesonderdelen en het toepassen van managementtechnieken op de gehele keten, worden verbeteringen nagestreefd. Hierbij gaat het dan om het proces, waarin een voortdurende verbetering van meetbare resultaten van het behandelingscontinuüm (van preventie, diagnostiek, behandeling tot nazorg) van een specifieke ziekte worden bevorderd. De zorgketen is in dit verband te definiëren als een gestructureerde samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders, waarbinnen een totaalpakket van op elkaar afgestemde zorgvoorzieningen wordt geboden; met als doel het bereiken van een optimale continuïteit van het zorgproces. Er wordt uitgegaan van het bieden van integrale, geprotocolleerde zorg aan specifieke patiëntencategorieën. Diseasemanagement kan worden gezien als een standaardisatie van de behandeling van veel voorkomende aandoeningen en het waarborgen van gepast gebruik van kwalitatief hoogwaardige zorg op alle zorgverleningsniveaus. Er worden rondom een bepaald ziektebeeld intra- en interdisciplinaire afspraken tussen zorgaanbieders gemaakt, over de wijze van zorgverlening en de onderlinge taakverdeling daarbij. De protocollen waarin zorgprogramma's zijn vastgelegd, vormen de instrumenten voor diseasemanagement. Het bovengenoemde geeft aan hoe afstemming in de keten zou kunnen plaatsvinden.

8.2 Ketendbc's

Inmiddels zijn de DBC's een middel geworden om ziekenhuiszorg in te kopen. Bij een DBC wordt op grond van een diagnose voor een bepaalde behandeling de elementen van die behandeling genoemd, hetgeen de basis is voor de prijsbepaling. Ketendbc's zijn een concreet middel om verder vorm te geven aan diseasemanagement en dus uiteindelijk ook aan ketenzorg. Op dit moment zijn er reeds ontwikkelingen inzake de ketendbc's voor diabeteszorg. Deze ontwikkeling is een onderdeel van het programma "Diabeteszorg Beter". Dit programma heeft als doel om met betere behandeling de complicaties bij diabetici te verminderen, de kwaliteit van leven te verbeteren en tevens hoge kosten tegen te gaan. In dat kader wordt een speciale ketendbc voor diabetes ontwikkeld, waardoor inkoop van ketenzorg beter mogelijk wordt gemaakt. Hiermee wordt de organisatie van de diabeteszorg veranderd. Hierbij wordt vanuit de taakgroep Diabeteszorg Beter een aantal belangrijke stappen benoemd. De diabeteszorggroepen dienen multidisciplinair te werken, zijn ingebed in de eerste lijn en leveren functioneel gestructureerde ketenzorg in overeenstemming met de NDF-standaard (de ziekenhuisdbc voor diabetes dient te worden afgestemd met de ketendbc voor diabetes). De zorgverzekeraars zullen de vorming van deze zorggroepen stimuleren door zich te committeren aan

de inkoop van zorg bij een diabeteszorggroep. Hiervoor moet gebruik worden gemaakt van diabetes ketendbc. De ketendbc is opgebouwd uit de functionele inbreng van verschillende teamleden van een diabeteszorggroep. ICT en managementondersteuning vormen belangrijke voorwaarden voor het realiseren van deze diabeteszorggroepen. De diabeteszorggroepen dienen te rapporteren aan zorgverzekeraar (en de IGZ en het kenniscentrum voor diabetes, voor de door ZonMW geselecteerde pilots) aan de hand van heldere/transparante indicatoren. Eigen verantwoordelijkheid en zelfmanagement vormen de "nuldlijn" in de keten van goede diabeteszorg. De diabeteszorggroep dient aan dit onderdeel aandacht te besteden. Tot slot geldt dat taakherschikking tussen betrokken medewerkers noodzakelijk is.

Uiteindelijk wil men de ketendbc's voor diabetes landelijk implementeren (2007/8). Hoewel de ketendbc's zich nu uitsluitend richten op diabetes, kan deze aanpak zich ook uitbreiden naar andere chronische aandoeningen. Het gaat immers om de zorg voor chronisch zieken en het model voor diabetes kan dan ook toegepast worden op andere ziektebeelden.

Het is van belang dat de keten in de zorg wordt versterkt, temeer omdat samenhang tussen behandelaars essentieel is voor tijdige herkenning en goede behandeling van diabetes. Hoewel er goede richtlijnen, protocollen en standaarden voor diabetes bestaan, wordt dit nog te weinig toegepast in de praktijk. Uit onderzoek blijkt dat slechts een derde van alle diabetici de juiste behandeling krijgt. Dit sluit ook aan bij de conclusies van het rapport Ketenzorg bij chronisch zieken van de IGZ (november 2003). Er zijn onvoldoende waarborgen dat de aansluiting tussen zorgaanbieders goed verloopt. Door middel van ketendbc's kan hieraan dan ook een bijdrage worden geleverd.

Bij de ketendbc voor diabetes gaat het vooral om een multidisciplinaire benadering (als voorbeeld wordt diabetes genoemd, maar hiervoor kunnen ook andere ziektebeelden worden ingevuld). Hierbij kunnen zorgverleners uit de intramurale en extramurale zorg betrokken zijn. Uitgangspunt bij de ketendbc's is dat goede diabeteszorg wordt geleverd door een multidisciplinair team in een rond de patiënt georganiseerde keten (de diabeteszorggroep als zorgaanbieder-contractant) op basis van een afgesproken standaard. De zorgverzekeraar sluit vervolgens contracten op basis van de ketendbc's. De multidisciplinair gestructureerde diabeteszorggroep moet vervolgens als aanbieder-contractant een rechtsgeldige overeenkomst kunnen sluiten met de zorgverzekeraar. Van belang bij de ketendbc's is dat er geen onbedoelde kostenstijging zal plaatsvinden. Dit kan worden vermeden door de prestatiecomponent niet als gefixeerde tijd-input, maar als functies in de keten te omschrijven. Een dergelijke functionele benadering biedt de zorgverzekeraars de mogelijkheid om overeenkomsten op maat af te sluiten. Bovendien is het van belang dat niet alleen naar uitkomstindicatoren wordt gekeken, maar ook naar proces- en structuurindicatoren. Uitsluitend uitkomstindicatoren zeggen nog niets/weinig over de totale kwaliteit van de geboden zorg. Deze verschillende indicatoren zijn ook opgenomen in het format voor ketenzorgprojecten (zie bijlage format ketenzorgprojecten).

Door middel van de ketendbc's kan taakherschikking met behoud van kwaliteit worden gestimuleerd. Ook taakherschikking speelt namelijk een rol bij ketenzorg. Taakherschikking is het formeel en structureel verdelen van taken binnen een bepaalde beroepsgroep of tussen beroepsbeoefenaren van verschillende beroepsgroepen (*Tijdschrift voor verpleegkundigen*). Taakherschikking biedt mogelijkheden om de zorg anders te organiseren. Voor de grote diversiteit van vragen van patiënten kan een gedifferentieerd aanbod worden ontwikkeld door verschillende disciplines in te zetten. Taakherschikking speelt ook een belangrijke rol bij de samenstelling van de zogenaamde (diabetes)zorggroepen waar de zorg voor specifieke patiëntengroepen kan worden ingekocht. Door taakherschikking kunnen disciplines ingezet worden waarvoor deskundigheid op hun niveau noodzakelijk is. Bij taakherschikking dienen deskundigheid en competentie als uitgangspunt te worden genomen voor het organiseren van zorgprocessen. Belemmering in de taakherschikking vormt het zogenaamde domeindenken.

8.3 Betekenis voor inkoopbeleid

Wat betekent bovenstaande voor het inkoopbeleid van De Friesland? De ontwikkeling van ketendbc's is een ontwikkeling die we als De Friesland willen ondersteunen. Bovendien is het een instrument dat de zorgverzekeraar de mogelijkheid geeft vanuit het perspectief van de vraagzijde (in dit geval een specifieke ziekte) in te kopen. Het inkopen van zorg is dan vanuit een meer horizontale gedachte geredeneerd in plaats van de verticale kolommen van de verstrekkingen. Bovendien kunnen de ketendbc's ook leiden tot meer transparantie. Het inkopen van ketenzorg dient ook een integraal onderdeel te zijn van het inkoopbeleid. Tevens bestaat er tussen ketenzorg (voor chronisch zieken) en tertiaire preventie een nauwe relatie.

Als tussenstap (voor de invoering van de ketendbc's) kunnen interdisciplinaire afspraken tussen zorgaanbieders over wijze van zorgverlening en onderlinge taakverdeling worden gemaakt. Daarnaast dient het EPD als criterium in het inkoopbeleid te worden opgenomen (overeenkomsten met aanbieders, waarbij rekening moet worden gehouden met haalbaarheid en andere ontwikkelingen inzake informatie-uitwisseling).

De Friesland wil zorg meer inkopen vanuit het perspectief van de zorgvraag. De ketendbc biedt hiervoor een mogelijkheid om de inkoop ketenzorg concreet handen en voeten te geven. Kortom, dit kan betekenen dat De Friesland ketenzorg (zoals bijvoorbeeld diabeteszorg) inkoopt via een multidisciplinair gestructureerde zorggroep. Van belang is in ieder geval dat de organisatie van ketenzorg en afstemming tussen de verschillende disciplines centraal plaatsvindt. De Friesland wil uiteindelijk de chronische zorg zoveel mogelijk inkopen via een multidisciplinaire zorggroep voor een bepaalde regio of eventueel via meerdere partijen mits er waarborgen zijn voor de afstemming tussen alle betrokken disciplines. Belangrijke uitgangspunten/voorwaarden voor het inkopen van ketenzorg (via ketenzorgdbc's) zijn in ieder geval:

- Een multidisciplinaire aanpak (alle verschillende disciplines moeten worden betrokken, niet beperkt blijven tot huisarts, praktijkondersteuner of verpleegkundige);
- De zorg dient waar mogelijk zoveel mogelijk in de eerste lijn te worden uitgevoerd, de tweede lijn heeft hierin een meer consultatieve functie (afhankelijk van het desbetreffende ziektebeeld);
- De zorg dient overeenkomstig de daarvoor geldende zorgstandaarden c.q. richtlijnen te worden uitgevoerd (bijv. bij Diabetes de NDF-zorgstandaard);
- Transparante afspraken, waarbij geldt dat er niet alleen afspraken moeten worden gemaakt over uitkomstindicatoren maar ook over met name structuur- en procesindicatoren;
- Er dient aandacht en educatie te zijn voor eigen verantwoordelijkheid en zelfmanagement van de patiënt;
- Reële kwaliteit-prijsverhouding.

Hoewel de ketendbc's niet op korte termijn voor alle ziektebeelden kunnen worden ingevoerd, is dit een ontwikkeling waar De Friesland actief beleid op inzet (ketendbc's voor DM type II). Tevens moeten er meer interdisciplinaire afspraken tussen de verschillende zorgaanbieders worden gemaakt. Dit betekent dat bij de inkoop meer aandacht wordt besteed aan samenwerking/afstemming met andere aanbieders. Daarnaast moet er ook meer afstemming tussen verschillende verstrekkingen/accounts en de afdeling cure en zorgkantoor plaatsvinden. Dit kan ook betekenen dat waar mogelijk meer wordt gekeken naar waar men meer gezamenlijk naar aanbieders kan gaan optreden (bijv. gezamenlijke gesprekken van afdeling cure en zorgkantoor met aanbieders). Tot slot geldt dat verdere ontwikkeling van ketenzorg niet uitsluitend moet plaatsvinden in Friesland, maar zich met de uitbreiding van ons primaire werkgebied moet verbreden naar Noord Nederland.

9. Tot slot

Format ketenzorgprojecten

In samenwerking met het veld is een format ontwikkeld voor ketenzorgprojecten. Door het hanteren van een eenduidig format wordt getracht meer uniformiteit in projecten te realiseren, zodat deze ook beter met elkaar zijn te vergelijken. Het format zal worden gebruikt voor ketenzorgprojecten. Het format is te vinden in de bijlage.

Kortom, ketenzorg geeft op bovenstaande wijze een hele andere manier van inkopen. Er wordt uitgegaan van een integrale benadering en hiermee wordt getracht de zorg meer vanuit het vraagperspectief in te kopen. Met ketenzorg wil De Friesland uitwerking geven aan haar missie: het helpen bevorderen van de gezondheid. Daar waar sprake is van chronisch zieken willen we zo goed mogelijke kwaliteit van zorg realiseren. Daarnaast zal de nadruk ook steeds meer komen te liggen op preventie en op gezondheid van mensen teneinde ziektes waar mogelijk te voorkomen.

Bijlage: Format ketenzorgprojecten

Projectnaam :

Projectcoördinator/contactpersoon:

Ingevuld door :

Datum :

Status :

Startdatum project:

Einddatum project:

Aanleiding project	<ul style="list-style-type: none"> • Achtergrond project • Initiatiefnemer van het project/evt. opdrachtformulering • Probleemstelling • Betrokken partijen 	LTA's (landelijke transmurale afspraken), ontwikkelingen bijv. in vraag of aanbod.
Doel	<ul style="list-style-type: none"> • Doelstellingen te relateren aan 3 soorten indicatoren; ⇒ <i>Uitkomstindicator*</i> t.a.v.: <ul style="list-style-type: none"> - patiënt - zorgverlener(kwalitatief/inhoudelijk/organisatorisch/financieel/doelmatigheids winst) - zorgverzekeraar (bijv. substitutie van zorg, doelmatigheidswinst etc.) ⇒ <i>Procesindicator*</i> ⇒ <i>Structuurindicator*</i> 	De doelen hebben uiteraard betrekking op de beschreven probleemstelling. Doelen worden SMART geformuleerd.
Doelgroep	Aantallen, soort patiënten, reikwijdte/regio	Evt. benoemen selectiecriteria of andere specificatie van voorwaarden/toelatingscriteria.
Context	<ul style="list-style-type: none"> • Relaties met/aansluiting op/afstemming met <ul style="list-style-type: none"> -programma's/projecten in de omgeving, -beleid • Samenwerking met derden 	Bijv. provinciaal monitoren, verdelen taken, gebruik maken van ervaringen elders, afbakening.
Uitvoering project	<ul style="list-style-type: none"> • Inhoudelijk / aanpak t.b.v. zorgproces: <ul style="list-style-type: none"> - met welke methode/instrument wordt het doel behaald - hoe ziet de samenwerking tussen betrokken partijen eruit - randvoorwaarden • Projectstructuur: <ul style="list-style-type: none"> - projectorganisatie/middelen - taken/verantwoordelijkheden betrokkenen - aansturing / besluitvorming - randvoorwaarden • Projectproces: <ul style="list-style-type: none"> - stappenplan + mijlpalen - tijdpad - kritische succesfactoren - randvoorwaarden 	Bijv. Wat wordt <i>nieuw</i> geïntroduceerd of <i>anders</i> vorm gegeven? Hoe wordt het voorgesteld? Evt. communicatieplan, Scholingsplan.

Financieel plan	<ul style="list-style-type: none"> Begrotingstabel Vertalen van activiteiten naar <ul style="list-style-type: none"> personele kosten materiële kosten overige kosten (gespecificeerd) projectondersteuning (projectleider, secr. etc.) overhead Financieringstabel (financieringsbronnen) 	<p>Bij begroting hoort de argumentatie van de op te nemen bedragen. Tevens aangeven aantal uren dat rechtstreeks aan directe patiëntenzorg wordt gegeven. Overhead evt. als percentage van genoemde kosten.</p> <p>Inclusief evt. co-financiering, eigen investering</p>
Structurele inbedding	Onafhankelijk van de doorlooptijd vragen wij van u om in de beginfase al na te denken hoe u denkt uw project uiteindelijk structureel in te bedden/ de continuïteit van de geboden zorg in het project te waarborgen.	M.n. de verantwoordelijkheden en zo mogelijk de aansturing en financiering na de projectfase
Monitoring	Wie gaat wanneer wat (welke meetpunten) en hoe (via welke middelen/meetinstrumenten) monitoren	
Voortgangsrapportage	Afspraken over voortgangsrapportage	Verslaglegging over afwijkingen van het projectplan
Evaluatie	<p>Wat zijn de gerealiseerde activiteiten?</p> <p>Wat zijn de behaalde resultaten/producten/terugkoppeling indicatoren?</p> <p>Zijn er afwijkingen t.o.v het projectplan inzake:</p> <p>a) activiteiten/resultaten van het projectplan</p> <p>b) begroting van het projectplan</p> <p>c) projectorganisatie</p> <p>Wat zijn evt. knelpunten geweest?</p> <p>Hoe is de communicatie richting betrokken partijen geweest?</p> <p>Hoe ziet continuering van het project eruit oftewel hoe wordt het project regulier geïmplementeerd?</p>	Rapportage aan opdrachtgever en financier(s).

* **Indicatoren**

Een indicator is een meetbaar element van de zorgverlening dat een aanwijzing geeft over de mate van kwaliteit. Te onderscheiden valt:

Uitkomstindicator:

Een uitkomstindicator zegt iets over de uitkomst (effect) van het zorgproces, bijvoorbeeld hoeveel mensen (aantal inwoners van gemeente X) hebben een HbA1c < 7%;

Procesindicator:

Een procesindicator zegt iets over de kwaliteit van het zorgproces, doorlooptijden, mate van gebruik van protocollen (bijv. percentage van de patiënten waarbij het afgelopen jaar voetonderzoek is verricht);

Structuurindicator:

Een structuurindicator geeft informatie over de organisatie van het systeem(project) en/of de omstandigheden geschikt zijn om de gewenste zorg te leveren (bijv. afstemming tussen verschillende disciplines/ multidisciplinaire samenwerking).

Bijlage: Demografische gegevens

Tabel 1a Overzicht prevalentie ziekten en aandoeningen in 2000 en 2020 (bron RIVM):

Ziekte	Prevalentie 2000	Prevalentie 2020	% verandering 2020 tov 2000
DM	414.000	561.800	35,7
Hartfalen	136.400	194.400	42,5
Beroerte	129.400	185.800	43,6
Astma	444.900	474.200	6,7
Copd	289.500	404.400	39,7
R.A.	132.700	168.700	27,1
Dementie	170.344	245.748	44,2
Depressie	233.100	267.800	14,9
Coronaire hartziekten	556.600	802.100	44,1

Tabel 1b: Geschatte aantallen ziekten en aandoeningen Friesland 2003 (bron GGD Fryslân)

Ziekte/aandoening	percentage	aantallen
Hartaandoening	1	8957
Astma	7,7	49264
Diabetes	2,8	17914
Beroerte (ooit gehad)	1,8	11516
Hartinfarct (ooit gehad)	2,3	14715
Hoge bloeddruk	9,6	61420

Tabel 1c: Aantal diabetespatiënten De Friesland (indicatie)

Jaar	Dm type 1	Dm type 2
2002	4783	8462
2003	4962	9074
2004	5200	9881

Tabel 2: aantal 65-plussers Friesland (bron CBS):

	Aantal in 2003	Aantal in 2010	% groei tov 2003
65-69	26.681	32.828	23
70-74	23.074	25.991	12,6
75-79	18.611	20.038	7,7
80-84	12.938	14.276	10,3
85-89	6.984	8.662	24
90-94	2.665	3.042	14,1
95 – en hoger	637	860	35
<i>Totaal</i>	91.590	105.697	15,4

Tabel 3: aantal 65-plussers Nederland (bron CBS):

	Aantal in 2003	Aantal in 2010	% groei tov 2003
65-69	647.841	772.792	19,3
70-74	563.712	608.959	8
75-79	455.554	481.384	5,7
80-84	300.586	338.708	12,7
85-89	159.645	200.657	25,7
90-94	58.200	66.324	14
95 – en hoger	13.176	18.431	39,92
<i>Totaal</i>	2.198.714	2.487.255	13,1

Tabel 4: aantal 65-plussers in 2003, 2004 en 2005 (bronDFZ)

	maart 2003			maart 2004			maart 2005		
	aantal 65+ zkf	aantal 65+ part	65+ tot	aantal 65+ zkf	aantal 65+ part	65+ tot	aantal 65+ zkf	aantal 65+ part	65+ tot
Friesland	51.356	5.168	56.524	52.044	5.397	57.441	52.435	5.608	58.043
Rest Nederland	1.421	391	1.812	1.529	426	1.955	1.671	474	2.145
totaal	52.777	5.559	58.336	53.573	5.823	59.396	54.106	6.082	60.188

In onderstaand kaartje is de verdeling naar provincie aangegeven.

