

Ketenzorgvergoeding (tarieven 2023)

De huisarts ontvangt per geïnccludeerde patiënt in de ketenzorg een x-bedrag per jaar.

In de ketenzorgvergoeding is opgenomen:

DM-zorg

- Alle consulten, inclusief het instellen op insuliner therapie, (spreekkamer) bloeddrukmeting, stoppen met roken (individueel of groepsbegeleiding).
- Glucosestrips in de spreekkamer.

De diëtist, digitale consultatie van de diabetesverpleegkundige en medisch specialist (via het KIS) en een consult door de diabetesverpleegkundige zijn onderdeel van de ketenzorg en worden rechtstreeks vergoed via Medrie.

(Bloeddrukmetingen (24 uren en 30 minuten) mogen gedeclareerd worden naast de keten).

COPD-zorg

- Alle consulten, inclusief spirometrie, stoppen met roken (individueel of groepsbegeleiding) en consulten ten gevolge van exacerbaties.

De diëtist en digitale consultatie van de medisch specialist (via het KIS) zijn onderdeel van de ketenzorg en worden rechtstreeks vergoed via Medrie.

VRM-zorg

- Alle consulten (inclusief (spreekkamer) bloeddrukmeting, stoppen met roken (individueel of groepsbegeleiding).

De diëtist en digitale consultatie van de medisch specialist (via het KIS) zijn onderdeel van de ketenzorg en worden rechtstreeks vergoed via Medrie.

Bloeddrukmetingen (24-uren en 30 minuten) mogen gedeclareerd worden naast de keten.

Zilveren Kruis hanteert een uurtarief POH-S (incl. werkgeverslasten, huisvesting, ICT en managementtijd huisarts) plus vakantie/feestdagen, ziekte, opleiding en improductieve tijd)

Toelichting op vergoeding en verrekening

Wat is bij de uitvoering ketenzorg verplicht en waarop vindt verrekening plaats?

Contractueel vastgelegd bij deelname aan ketenzorg

- **Uitvoering bij zowel DM2-, COPD- en VRM-zorg**

Algemeen

Volgens de NHG-standaard ketenzorg: patiënt dient minimaal één keer per jaar gezien te worden.

De huisarts is eindverantwoordelijk voor het leveren van de zorg conform het zorgprogramma. En conformeert zich aan de samenwerkingsafspraken en samenstelling van de ketenvergoeding ten behoeve van de patiënten welke bij de huisarts staan ingeschreven of worden ingeschreven.

Medrie gaat ervanuit dat de zorg conform deze richtlijn geleverd wordt: (minimaal) eenmaal per jaar een fysiek/digitaal consult (kwartaal-, jaar- of tussentijdse controle). Dit consult dient te worden geregistreerd in het KIS.

Kwaliteit

Sinds 2006 wordt data verzameld vanuit het KIS. Dit betreft proces- en uitkomstparameters, waarbij zorg volgens de NHG-standaard het uitgangspunt is.

De zogenaamde benchmarkrapporten zijn beschikbaar op praktijkniveau en op zorggroepniveau.

Indicatoren worden niet primair geregistreerd t.b.v de benchmark, maar om reden van het leveren van de juiste zorg aan de patiënt conform NHG, zulks ter beoordeling van de praktijk.

Verrekening

Indien, ten onrechte, verrichtingen die onderdeel uitmaken van de ketenvergoeding gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar, worden deze gelden bij de huisarts teruggevorderd door Medrie.

Aan het begin van elk jaar vindt een verrekening plaats voor patiënten zonder een geregistreerd consult in het KIS in het voorgaande kalenderjaar. Deze verrekening is bij patiënten die langer dan een jaar in zorg zijn bij de huidige hoofdbehandelaar. Uit coulance is tot 2022 een periode van 13 maanden aangehouden.

Toelichting op vergoeding en verrekening

Wat is bij de uitvoering ketenzorg verplicht en waarop vindt verrekening plaats?

Contractueel vastgelegd bij deelname aan ketenzorg

- Registratie van indicatoren

DM-zorg

Volgens contract worden er drie procesindicatoren (in het KIS) geregistreerd:

- nierfunctie bepaald in de afgelopen 12 maanden: tenminste 90%
- funduscontrole in de afgelopen 36 maanden: tenminste 80%
- voetonderzoek verricht in de afgelopen 12 maanden: tenminste 80%

COPD-zorg

Volgens contract worden er twee procesindicatoren (in het KIS) geregistreerd:

- rookgedrag vastgelegd: tenminste 80%
- functioneren of gezondheidsstatus vastgelegd via MRC of CCQ: tenminste 70%

VRM-zorg

Volgens contract worden er drie indicatoren (in het KIS) geregistreerd:

- bloeddruk
- cholesterol (HDL/TC)
- rookstatus

De registratie van indicatoren en streefpercentage hiervan is bedoeld voor het monitoren van de kwaliteit van zorg en is direct gelieerd aan de NHG standaard. Het is niet gekoppeld aan de vergoeding.

Deze indicatoren worden (op regionaal niveau) gevolgd door Medrie, maar er is geen actieve sturing op vanuit Medrie of zorgverzekeraar.

Verrekening: er wordt hierop geen verrekening toegepast.

Toelichting op kwaliteit en benchmark

De benchmarkrapporten dienen ter verbetering van de kwaliteit conform NHG. Zeker in de beginjaren van de ketenzorg heeft benchmarken een enorme verbetering van zorg opgeleverd.

Inmiddels is ketenzorg gebruikelijke zorg geworden en wordt de zorg geprotocolleerd en gestructureerd uitgevoerd. De meerwaarde van benchmarkrapporten wordt nu minder sterk ervaren dan in de beginjaren van de ketenzorg.

Vraag

Is het tarief dat aan mij wordt uitbetaald afhankelijk van de indicatoren/streefpercentages van de benchmark ?

Antwoord

Nee, het uit te betalen tarief is NIET afhankelijk van het behalen van indicatoren/streefpercentages benchmark.

Verantwoording dat er zorg is geleverd komt uit het feit dat er minimaal 1 consult per kalenderjaar in het KIS is geregistreerd.

Vraag

Moet ik alle groen gekleurde velden in het KIS invullen?

Antwoord

In het KIS, feitelijk het protocol, is een aantal items groen gemaakt. Bedoeld om de aandacht te vestigen op bepaalde onderdelen uit de NHG standaard, die ook van belang zijn voor de benchmark.

Het is niet zo dat dit per se ingevuld móet worden. Wanneer je als praktijk in het HIS zou registreren, zou je deze items ook aanvinken/registreren in het protocollaire scherm.

De groene items invullen is dus ook GEEN voorwaarde om voor vergoeding in aanmerking te komen.