

Analyse

Bekostigingsopties coördinatiepunten voor zorgvormen met tijdelijk verblijf

juni 2018

Inhoud

Samenvatting	5
1. Inleiding	7
1.1 Coördinatie tijdelijk verblijf	8
1.2 Verzoek van VWS	9
1.3 Analyse bekostigingsopties op hoofdlijnen	10
1.4 Aanpak	11
2. Inventarisatie huidige coördinatiepunten	13
2.1 Organisatie en werkwijze	13
2.2 Beschrijving huidige bekostiging in de praktijk	14
2.3 Knelpunt huidige bekostiging	14
2.4 Wensen voor toekomstige bekostiging	15
3. Analyse meest passende bekostiging	17
3.1 Systematiek van bekostiging op grond van de Wmg	18
3.2 Optie 1: Bekostiging via een aparte prestatiebeschrijving	19
3.3 Optie 2: Bekostiging via een opslag op de bestaande tarieven voor zorgprestaties	21
3.4 Optie 3: Beschikbaarheidsbijdrage	23
3.5 Optie 4: Bekostigingsmogelijkheden buiten de Wmg	25
3.6 Conclusie analyse bekostigingsopties	25
Bijlage: Brief VWS met verzoek analyse bekostigingsopties	29

Samenvatting

Inleiding

We vinden het belangrijk dat patiënten de juiste zorg krijgen op de juiste plaats. Dit vraagt om goede zorg voor de patiënt, en om goede organisatie en coördinatie van de zorg. Per 1 april 2018 is er een landelijk dekkend netwerk van coördinatiepunten voor eerstelijnsverblijf. De coördinatiepunten faciliteren dat de patiënt de zorg ontvangt die hij/zij op dat moment nodig heeft. Als vervolgstap wordt gekeken of de reeds opgezette coördinatiepunten verbreed kunnen worden naar alle zorgvormen met tijdelijk verblijf. Dit is aanleiding geweest voor het verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Nederlandse Zorgautoriteit om te analyseren wat de mogelijke vormen van bekostiging van regionale coördinatiepunten voor zorgvormen met tijdelijk verblijf kunnen zijn en wat daarvoor nodig is. Het ministerie hecht eraan dat de uitgangspunten voor alle regionale coördinatiepunten hetzelfde zijn: één aanspreekpunt dat inzicht geeft in welke (vervolg)zorg mogelijk is en waar deze zorg beschikbaar is en dat de benodigde zorg regelt voor de patiënt, ook in de avond-, nacht-, en weekenduren.

Aanpak

In april 2018 zijn we gestart met een inventarisatie van de organisatie, werkwijze en bekostiging van bestaande coördinatiepunten voor tijdelijk verblijf. Hiervoor hebben we een enquête uitgezet onder alle 31 coördinatiepunten en de zorgverzekeraars. Daarnaast hebben wij een verdiepend gesprek met zorginkopers gevoerd over de bekostiging van coördinatiepunten voor eerstelijnsverblijf en de ervaren knelpunten. In de analysefase hebben we aan de hand van een kader verschillende bekostigingsopties uitgewerkt. We hebben per bekostigingsoptie afgewogen of deze geschikt is voor de coördinatie van eerstelijnsverblijf en kan worden verbreed van eerstelijnsverblijf naar de coördinatie van alle vormen van tijdelijk verblijf.

Inventarisatie huidige coördinatiepunten

Uit de enquête blijkt dat de coördinatiepunten op dit moment divers worden ingevuld, afhankelijk van de regionale situatie. Zo verschilt het per coördinatiepunt welke vormen van tijdelijk verblijf gecoördineerd worden en welke taken het coördinatiepunt uitvoert.

Op dit moment is voor de bekostiging van de coördinatiepunten ruimte in de prestaties voor eerstelijnsverblijf. Zowel de zorgverzekeraars als de coördinatiepunten vinden de positionering van coördinatiepunten binnen deze huidige bekostiging niet passend met het oog op verbreding van de taken van de coördinatiepunten naar meerdere vormen van zorg met tijdelijk verblijf.

Analyse meest passende bekostiging

Het coördineren van zorg is een belangrijke randvoorwaarde om de juiste zorg op de juiste plaats te verlenen. Door een goede uitvoering van de coördinatiefunctie kan integrale en samenhangende zorg in de regio worden bereikt. De vraag is wie zorgdraagt voor de coördinatie en welke taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden degene heeft die deze coördinatie op zich neemt.

Op dit moment is de plaatsbepaling van de coördinatiepunten voor tijdelijk verblijf in het geheel van zorgverlening onvoldoende duidelijk. Daarnaast ontbreekt een afbakening van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van coördinatiepunten voor tijdelijk verblijf. Om te komen tot een passende bekostiging voor coördinatiepunten van tijdelijk verblijf, zullen allereerst de functionaliteiten van een coördinatiepunt duidelijk moeten zijn. Door deze onduidelijkheid is het op dit moment niet te bepalen in welke mate er sprake is van zorgverlening door het coördinatiepunt en hoe bekostiging van de coördinatiepunten in de systematiek van de Wmg-bekostiging kan worden geplaatst.

De bekostigingsopties die in deze analyse worden geschetst zijn om deze reden op hoofdlijnen uiteengezet. De beantwoording van de vraag in hoeverre sprake is van Wmg-zorg, is ook bepalend voor de bekostigingsoptie die het meest passend is voor de bekostiging van coördinatiepunten tijdelijk verblijf.

We hebben vier bekostigingsopties geanalyseerd die in meer of mindere mate passende bekostiging kunnen bieden voor de bekostiging van coördinatiepunten tijdelijk verblijf, namelijk:

1. bekostiging via een aparte prestatiebeschrijving;
2. bekostiging als opslag op de huidige tarieven;
3. bekostiging via een beschikbaarheidsbijdrage; en
4. bekostiging buiten de Wmg

Voor de lange termijn heeft de bekostiging *via een aparte prestatiebeschrijving* onze voorkeur. In hoeverre dit passend is binnen de systematiek van de Wmg en er aanpassingen van wet- en regelgeving nodig zijn om dit mogelijk te maken, is echter nog de vraag. Daarom zal verdere verkenning van deze optie tijd vergen. Het voordeel van bekostiging van de coördinatiepunten via een aparte prestatie is dat er één domeinoverstijgende bekostigingsmogelijkheid voor veldpartijen beschikbaar komt. Afhankelijk van de ruimte die in de prestatiebeschrijving wordt gelaten, kunnen veldpartijen op regionaal niveau zelf invulling geven aan het coördinatiepunt, waardoor ruimte is voor regionale diversiteit. Toekomstige ontwikkelingen, zoals uitbreiding van taken en verantwoordelijkheden, kunnen binnen de kaders van de prestatiebeschrijving ruimte krijgen.

Op de korte termijn kan mogelijk een oplossing worden gevonden in andere mogelijkheden van bekostiging die buiten de Wmg liggen, bijvoorbeeld via een subsidie ten laste van de rijksbegroting.

Een structurele oplossing voor het bekostigen van coördinatie van de zorg is van wezenlijk belang. Als we er in slagen een toekomstbestendige bekostigingsoptie voor coördinatie van tijdelijk verblijf tot stand te brengen, biedt dit ook kansen om naar een soortgelijke oplossing voor bekostiging van coördinatie en samenwerking in bredere zin toe te werken. Dit zorgt ervoor dat niet alleen de bekostiging van coördinatie voor tijdelijk verblijf in de toekomst wordt geborgd, maar ook voor andere zorgvormen, met een nadruk op multidisciplinaire samenwerking en waardengedreven zorg.

1. Inleiding

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) streeft ernaar om de bekostiging meer de zorgvraag van de patiënt te laten volgen, met een nadruk op multidisciplinaire samenwerking en waarde-gedreven zorg. We vinden het belangrijk dat patiënten de juiste zorg krijgen op de juiste plek. De juiste zorg op de juiste plek vraagt om goede organisatie en coördinatie van de zorg. Dit geldt ook voor tijdelijk verblijf. Tijdelijk verblijf omvat diverse domeinen en zorgvormen, namelijk: eerstelijnsverblijf (elv) en geriatrische revalidatiezorg (grz) in de Zorgverzekeringswet (Zvw); crisiszorg en logeeropvang in de Wet langdurige zorg (Wlz); en spoedzorg en respijtzorg in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)¹. Vanuit het perspectief van de patiënt beschrijven we een drietal concrete voorbeelden die het belang van coördinatie naar zorg met tijdelijk verblijf onderschrijven.

Voorbeeld 1, vanuit de thuissituatie

Een man met een verstandelijke beperking, 29 jaar oud, komt bij de huisarts met hoestklachten die al weken duren. Door het vele hoesten verslijkt hij zich steeds vaker, gaat het eten steeds lastiger en klaagt hij over pijn achter zijn borstbeen. Inmiddels is hij flink afgevallen. Zijn ouders maken zich zorgen; het lukt ze niet meer om de man voldoende in de gaten te houden en de zorg te organiseren. De huisarts verwijst de patiënt naar een arts voor verstandelijk gehandicapten, met de vraag om de klachten van de patiënt goed in kaart te brengen en met een concreet behandelvoorstel te komen, waarbij ook de ouders als mentoren betrokken worden. Omdat het eten en drinkpatroon voor een aantal dagen nauwlettend in de gaten gehouden moet worden, en de man een verhoogd risico heeft op verslikken besluit de arts verstandelijk gehandicapten om de man tijdelijk op te nemen op een locatie voor tijdelijk verblijf. De arts wil weten waar een bed beschikbaar is. De ouders zouden graag zien dat de man opgenomen wordt op een locatie dicht bij huis, omdat de man zeer gehecht is aan dagelijks contact met zijn ouders.

¹ Deze vormen van tijdelijk verblijf volgen uit het verzoek van VWS naar aanleiding waarvan deze analyse wordt geschreven: Brief VWS aan NZa d.d. 3 april 2018, Verzoek analyse van mogelijke bekostigingsopties regionale coördinatiepunten voor zorgvormen met tijdelijk verblijf, kenmerk 1322886-175048-CZ).

Voorbeeld 2, vanuit de thuissituatie

Een vrouw van 93 jaar woont nog steeds zelfstandig. Sinds vier jaar krijgt ze hulp bij het huishouden. Mevrouw is een paar weken geleden geopereerd aan borstkanker. Elke dag komt een verpleegkundige om de operatiewond, die moeizaam geneest, te verzorgen. De huishoudelijke hulp vertelt de verpleegkundige dat mevrouw al sinds een jaar steeds slechter voor zichzelf zorgt. De hulp maakt zich zorgen, omdat mevrouw ook nog slecht ziet, een te lage bloeddruk heeft waardoor ze steeds valt, een depressieve indruk maakt na de operatie en 's nachts niet lijkt te gaan slapen, want het bed ziet er ongebruikt uit. De verpleegkundige neemt contact op met de huisarts, en samen komen ze tot de slotsom een specialist ouderengeneeskunde te consulteren. De specialist ouderengeneeskunde besluit om mevrouw tijdelijk op te nemen bij een locatie voor tijdelijk verblijf, zodat de wond goed verzorgd kan worden en ook de verdere gezondheid van de vrouw in kaart kan worden gebracht. De specialist ouderengeneeskunde wil weten waar een bed beschikbaar is voor deze vrouw. De vrouw wil dicht bij huis opgenomen worden, zodat haar familie op bezoek kan komen en zij in een relatief bekende omgeving terecht komt.

Voorbeeld 3, vanuit het ziekenhuis

Een man van 85 jaar woont nog zelfstandig in een oud herenhuis met vele trappen. Meneer valt in de nacht van de trap af en komt op de spoedeisende hulp (SEH) terecht. Hier blijkt dat meneer gekneusde ribben heeft en af en toe moeilijk aanspreekbaar is, mogelijk door een bijkomende hersenschudding door de val. Ook heeft meneer moeite met lopen en het lijkt de SEH-arts daarom niet verstandig dat meneer nu al naar zijn eigen huis terug gaat. De symptomen zijn echter niet zo erg dat meneer in het ziekenhuis moet blijven. In overleg met de huisarts wordt besloten dat meneer tijdelijk opgenomen moet worden voor tijdelijk verblijf. De vraag is nu waar, midden in de nacht, snel een bed beschikbaar is in de regio.

1.1 Coördinatie tijdelijk verblijf

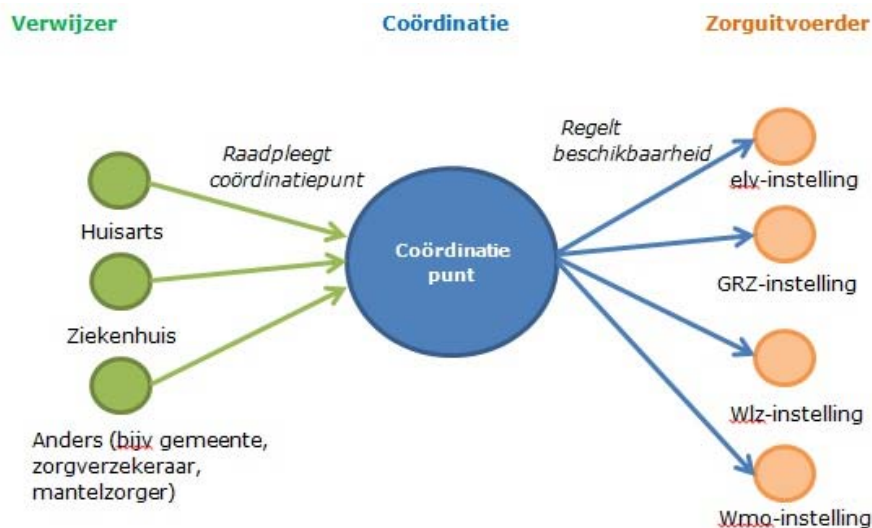
Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft zorgverzekeraars verzocht om ervoor te zorgen dat per 1 april 2018 voor elv een landelijk dekkend netwerk van coördinerende loketten is opgericht. Vanaf die datum zijn 31 regionale coördinatiepunten voor elv operationeel. De coördinatiepunten faciliteren dat de patiënt snel de zorg ontvangt die hij/zij nodig heeft.

Elv is (kort) medisch noodzakelijk verblijf voor mensen die niet (meer) opgenomen moeten zijn voor medisch-specialistische zorg, maar die ook niet naar huis kunnen of niet thuis kunnen blijven met voldoende verpleging en verzorging. Voor de bekostiging van de coördinatiepunten is ruimte in de prestaties voor eerstelijnsverblijf. De prestaties elv hebben een max-max tarief. Het tweede maximum kan worden gebruikt voor regionale coördinatie en ligt 10% hoger dan het eerste maximum tarief.

VWS heeft verzekeraars vervolgens gevraagd om de werkzaamheden van de reeds opgezette coördinatiepunten te verbreden naar alle vormen van vervolgzorg. Dit moet per 31 december 2018 gerealiseerd zijn (Brief VWS d.d. 4 april 2018, Stand van zaken regionale coördinatiepunten ELV, kenmerk 1323595-175108-CZ).

Uit de eerste ervaringen met coördinatie van elv blijkt dat er nog veel discussie is over de regionale coördinatiefunctie en onduidelijkheid over de bekostiging. Coördinatiepunten worden divers ingevuld, afhankelijk van de regionale situatie. Het ontbreekt partijen (nog) aan inzicht in geleverde diensten, en de kosten die hiermee gemoeid zijn. De coördinatiefunctie van het coördinatiepunt tijdelijk verblijf omvat meerdere zorgvormen waaronder elv. Bekostiging van het coördinatiepunt tijdelijk verblijf via de tarieven elv is in de praktijk ingewikkeld. De beschikbare capaciteit van meerdere zorgaanbieders wordt gecoördineerd en de capaciteit bij één aanbieder wordt door meerdere zorgverzekeraars ingekocht. Dit vraagt om onderlinge verrekening van de tarieven tussen de aanbieders en het coördinatiepunt. Hierdoor komen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de praktijk niet (altijd) tot financiële afspraken, wat leidt tot geen afdoende bekostiging van de reeds opgezette coördinatiepunten.

Figuur 1



Figuur 1 toont een schematische weergave van een coördinatiepunt (dat ziet op meerdere vormen van zorg met tijdelijk verblijf). Het is een verbindende schakel tussen de zorgaanbieders die de zorg met tijdelijk verblijf verlenen en de instanties die naar beschikbaarheid op zoek zijn.

1.2 Verzoek van VWS

Voorgaande is de aanleiding geweest voor het verzoek van VWS aan de NZa om te analyseren wat de mogelijke vormen van bekostiging van regionale coördinatiepunten voor zorgvormen met tijdelijk verblijf kunnen zijn en wat daarvoor nodig is (Brief VWS aan NZa d.d. 3 april 2018, Verzoek analyse van mogelijke bekostigingsopties regionale coördinatiepunten voor zorgvormen met tijdelijk verblijf, kenmerk 1322886-175048-CZ). Hierbij geeft VWS ons een aantal uitgangspunten en randvoorwaarden mee.

VWS hecht eraan dat de uitgangspunten voor alle regionale coördinatiepunten hetzelfde zijn: één aanspreekpunt (al dan niet ondersteund met ICT) dat inzicht geeft in welke (vervolg)zorg mogelijk is en waar deze zorg beschikbaar is en dat de benodigde zorg regelt voor de zorgverlener. Ook in de avond-, nacht-, en weekend (ANW)-uren.

VWS stelt bij de analyse van een mogelijke vorm van bekostiging de volgende randvoorwaarden:

- de bekostiging verstoort niet het gelijke speelveld voor zorgaanbieders of zorgverzekeraars;
- er is aandacht voor regionale diversiteit;
- de bekostiging is gericht op coördinatie van en samenwerking binnen en tussen de zorgvormen tijdelijk verblijf met betrekking tot de verwijzing, triage, toeleiding (instroom) en doorstroom van patiënt naar de juiste zorgvorm met tijdelijk verblijf.

We analyseren hierbij in hoeverre de wijze van bekostiging toekomstbestendig is, rekening houdend met de eventuele doorontwikkeling van de regionale coördinatiepunten, bijvoorbeeld met uitbreiding naar coördinatie van inzet van wijkverpleging.

Het voorliggende rapport bevat onze analyse van de verschillende bekostigingsmogelijkheden.

1.3 Analyse bekostigingsopties op hoofdlijnen

Het coördineren van zorg is een belangrijke randvoorwaarde om de juiste zorg op de juiste plaats te verlenen. Door een goede uitvoering van coördinatiefunctie kan integrale en samenhangende zorg in de regio worden bereikt. De vraag is wie zorgdraagt voor de coördinatie en welke taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden degene heeft die deze coördinatie op zich neemt.

Op dit moment is de plaatsbepaling van de coördinatiepunten voor tijdelijk verblijf in het geheel van zorgverlening onvoldoende duidelijk. Daarnaast ontbreekt een afbakening van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van coördinatiepunten voor tijdelijk verblijf. Zo is het bijvoorbeeld de vraag of en hoe door het coördinatiepunt een integrale en zorginhoudelijke afweging wordt gemaakt welke zorg passend is, of dat een coördinatiepunt alleen inzicht geeft in beschikbare plaatsen. Om te komen tot een passende bekostiging voor coördinatiepunten van tijdelijk verblijf, zullen allereerst de functionaliteiten van een coördinatiepunten goed moeten worden beschreven en eventueel in standaarden of richtlijnen worden vastgelegd.

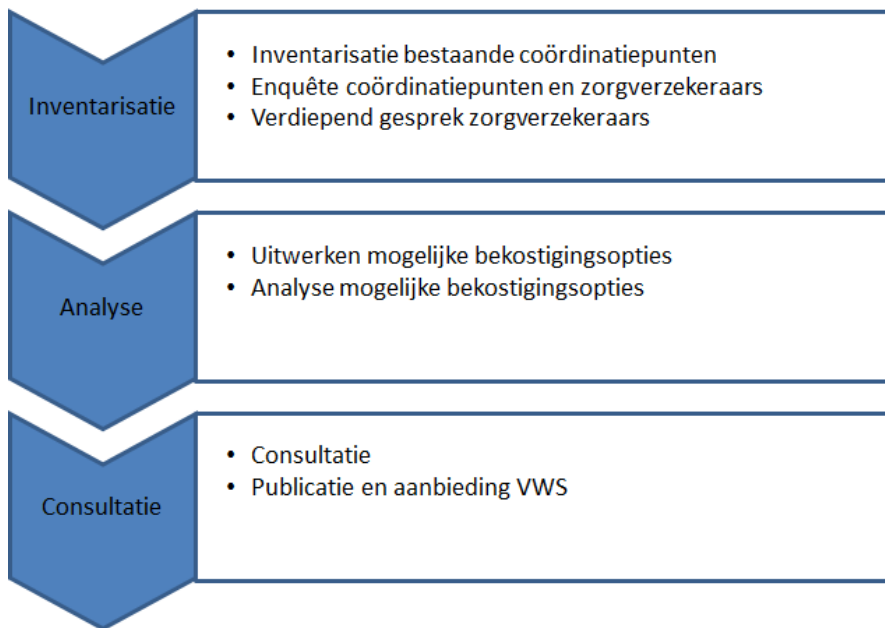
Door deze onduidelijkheid is het op dit moment niet te bepalen in welke mate er sprake is van zorgverlening door het coördinatiepunt, en hoe bekostiging van de coördinatiepunten in de systematiek van de Wmg-bekostiging kan worden geplaatst.

De bekostigingsopties die in deze analyse worden geschetst zijn om deze reden op hoofdlijnen uiteengezet. De beantwoording van de vraag in hoeverre sprake is van Wmg-zorg, is ook bepalend voor de bekostigingsoptie die het meest passend is voor de bekostiging van coördinatiepunten tijdelijk verblijf.

Deze bekostigingsoptie zal in een volgend stadium verder uitgewerkt moeten worden. Daarbij kan worden gezien welke consequenties de bekostigingsopties hebben in de praktijk, bijvoorbeeld in welke mate er sprake is van een productieprikkel en de invloed op administratieve lasten.

1.4 Aanpak

We hebben het verzoek van VWS als volgt aangepakt:



In april 2018 zijn we gestart met een inventarisatie van de organisatie, werkwijze en bekostiging van bestaande coördinatiepunten voor tijdelijk verblijf. Hiervoor hebben we een enquête uitgezet onder alle 31 coördinatiepunten en alle zorgverzekeraars. We hebben daardoor meer inzicht verkregen in de vormgeving van de bestaande coördinatiepunten, de regionale verschillen en in hoeverre dat tot knelpunten leidt. Daarnaast hebben wij een verdiepend gesprek met zorginkopers gevoerd over de bekostiging van coördinatiepunten en de ervaren knelpunten.

In de analysefase hebben we aan de hand van een kader verschillende bekostigingsopties uitgewerkt. We hebben per bekostigingsoptie afgewogen of deze geschikt is voor de coördinatie van eerstelijnsverblijf en kan worden verbreed van eerstelijnsverblijf naar de coördinatie van andere vormen van tijdelijk verblijf. Dit hebben we uitgewerkt in de analyse die voor u ligt. We sluiten de analyse af met een conclusie welke bekostigingsopties mogelijk zijn op de korte en middellange termijn.

2. Inventarisatie huidige coördinatiepunten

In een enquête onder zorgaanbieders van coördinatiepunten (hierna: coördinatiepunten) en zorginkopers van coördinatiepunten hebben wij uitgevraagd hoe de coördinatiepunten zijn georganiseerd, welke werkwijze zij hanteren, hoe de bekostiging plaatsvindt en welke toekomstvisie zij hebben voor de bekostiging. In onderstaande paragrafen vindt u een uiteenzetting van de bevindingen op basis van de enquêtes. Deze bevindingen worden op hoofdlijnen weergegeven, en eventuele relevante uitzonderingen worden aangestipt.

2.1 Organisatie en werkwijze

De coördinatiepunten worden ingezet voor tijdelijk verblijf in de vorm van elv. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders vinden het wenselijk om dit uit te breiden naar meerdere vormen van tijdelijk verblijf. Het verschilt per coördinatiepunt welke vormen van tijdelijk verblijf op dit moment gecoördineerd worden. Naast elv worden veelal Wlz-crisis zorg en grz gecoördineerd. Een beperkt aantal coördinatiepunten wordt ingezet voor de logeeropvang in de Wlz en respijtzorg vanuit de Wmo. Meerdere coördinatiepunten denken na over de uitbreiding naar andere vormen van tijdelijk verblijf.

Coördinatiepunten hebben inzichtelijk waar bedden beschikbaar zijn via een website, portaal of app. De zorgaanbieder vult zelf op deze platforms in waar de bedden beschikbaar zijn. Daarnaast hebben de coördinatiepunten een telefoonnummer dat veelal 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar is. In een enkel geval is het coördinatiepunt alleen tijdens kantooruren of juist alleen tijdens de ANW-uren bereikbaar.

Naast het overzicht in de beschikbare bedden, voeren sommige coördinatiepunten ook andere taken uit zoals de toeleiding van de patiënt naar de juiste plek voor tijdelijk verblijf. De coördinatiepunten maken gebruik van protocollen, een triage-instrument of bijvoorbeeld een beslisboom om te bepalen waar de patiënt geplaatst moet worden. Ook doorstromen van een crisisbed naar een regulier bed kan tot de taken behoren van het coördinatiepunt.

In de praktijk neemt vooral de huisarts of het ziekenhuis contact op met het coördinatiepunt voor de beschikbaarheid van een bed voor de patiënt. Tevens wordt dit gedaan door bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige, de specialist ouderengeneeskunde en in een enkel geval de mantelzorger, zorgverzekeraar of de gemeente. Ook wordt genoemd dat andere zorgaanbieders van tijdelijk verblijf of coördinatiepunten uit andere regio's contact opnemen met het coördinatiepunt. De patiënt komt over het algemeen vanuit de thuissituatie of vanuit het ziekenhuis voordat hij/zij opgenomen wordt voor tijdelijk verblijf.

Het verschilt per coördinatiepunt hoeveel fulltime-equivalent (fte) wordt besteed aan het coördinatiepunt. Daarnaast hebben coördinatiepunten vaak geen vaste medewerkers in dienst, omdat het werk geïntegreerd zit in andere werkzaamheden die al uitgevoerd worden door de zorginstelling waar het coördinatiepunt is gesitueerd.

2.2 Beschrijving huidige bekostiging in de praktijk

Het coördinatiepunt voor tijdelijk verblijf ontvangt naast de opslag op het reguliere elv-tarief ook financiële middelen vanuit ziekenhuizen en zorginstellingen, via Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS) en via specifieke projectgelden, zoals een innovatieproject in een bepaalde regio.

De vergoeding die coördinatiepunten ontvangen van verzekeraars is niet kostendekkend. De kosten gemaakt door het coördinatiepunt worden grotendeels vanuit zorgaanbieders zelf gefinancierd (vanuit eigen middelen). Daarnaast vinden de coördinatiepunten de huidige vorm van bekostiging via een opslag op het reguliere elv-tarief arbeidsintensief in verhouding tot de beperkte dekking van de kosten van het coördinatiepunt.

De structurele kosten van het coördinatiepunt zijn voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars niet geheel inzichtelijk te maken doordat er incidentele kosten zijn en het coördinatiepunt in de huidige vorm pas kort werkzaam is of aan verandering onderhevig is geweest. Het is om die reden nog onduidelijkheid wat de jaarlijkse structurele kosten zijn van het coördinatiepunt.

2.3 Knelpunt huidige bekostiging

De knelpunten die coördinatiepunten signaleren in de huidige bekostiging is dat de opslag op het elv-tarief niet de kosten voor de bestaande coördinatiepunten dekt en er op dit moment een structurele, toekomstige bekostiging ontbreekt voor de inzet van coördinatiepunten over de domeinen heen. Indien een coördinatiepunt zorg met tijdelijk verblijf wil organiseren vanuit de verschillende domeinen, dan heeft het coördinatiepunt te maken met verschillende zorgverzekeraars, het zorgkantoor in de regio en meerdere gemeenten binnen een regio. Het is lastig voor coördinatiepunten om met alle partijen in de regio afspraken te maken over de organisatie en bekostiging voor de coördinatie van tijdelijk verblijf.

Zorgverzekeraars vinden de positionering van coördinatiepunten binnen de huidige bekostiging, via een opslag op het elv-tarief, niet passend wanneer verbreding van de taken van de coördinatiepunten naar meerdere vormen van zorg met tijdelijk verblijf plaatsvindt. Het coördinatiepunt omvat dan immers meer coördinatie dan de coördinatie voor alleen elv. Dit vergt een complexe toerekening van kosten en levert knelpunten op in declaratiestromen en controles voor zorgverzekeraars. Door de huidige vorm van bekostiging moet het coördinatiepunt met alle individuele zorgverzekeraars afspraken maken. Gezien de wenselijke doorontwikkeling van de coördinatiepunten vinden ook zorgverzekeraars, net als de coördinatiepunten, dat een structurele borging en toekomstbestendigheid van coördinatie ontbreekt in de bekostiging. Zorgverzekeraars geven aan dat zij nu niet kunnen inschatten wat en hoeveel ze moeten inkopen, en tegen welk tarief doordat de inhoud en de omvang van de taken van het coördinatiepunt niet inzichtelijk zijn.

Verzekeraars vinden het lastig te bepalen hoe ze de kosten van een coördinatiepunt onderling verdelen, aangezien meerdere verzekeraars actief (kunnen) zijn in een regio.

2.4 Wensen voor toekomstige bekostiging

Coördinatiepunten willen een kostendekkende en domeinoverstijgende budgetsystematiek als toekomstige bekostiging. Dit betekent dat coördinatie van tijdelijk verblijf vanuit de Zvw, het gemeentelijk domein en de Wlz hierin integraal wordt meegenomen. Daarnaast willen coördinatiepunten landelijk afspraken maken, zodat de coördinatiepunten niet met iedere zorgverzekeraar apart afspraken hoeven te maken.

Verzekeraars willen de bekostiging van een coördinatiepunt voor tijdelijk verblijf vormgegeven door een vrije prestatie die niet gekoppeld is aan een specifieke zorgvorm. Deze prestatie kan door verschillende zorgaanbieders en dus voor verschillende organisatievormen van tijdelijk verblijf in rekening worden gebracht. Bekostiging van tijdelijk verblijf is in dat geval niet uitsluitend gekoppeld aan elv. Bovendien zien verzekeraars een declaratiemethodiek voor zich op prestatieniveau en niet op patiëntniveau. Daarmee is er een soort lumpsum bedrag voor een regio, waarin de beschikbaarheidsfunctie van het coördinatiepunt wordt bekostigd. Verder geven verzekeraars aan, dat zij idealiter een vrij tarief en een contractvereiste zouden zien in de bekostiging. Zorgverzekeraars vinden het wenselijk dat de preferente zorgverzekeraar afspraken maakt met het coördinatiepunt die door de niet-preferente zorgverzekeraars gevolgd kan worden.

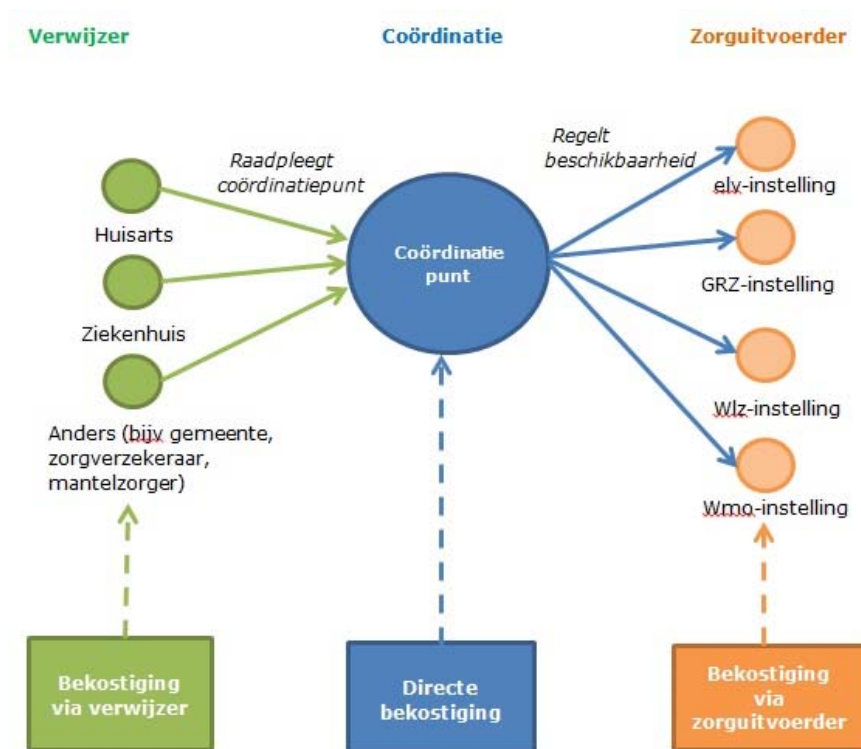
3. Analyse meest passende bekostiging

In het kader van 'zorg op de juiste plek' en 'tijdige zorg' is coördinatie en daarom het (potentiële) werk van de coördinatiepunten van groot belang, in het bijzonder voor de patiënt die toegankelijke, tijdige en goede zorg verlangt. Ook vindt de NZa het, met partijen, van belang dat er een centrale mogelijkheid van bekostiging plaats kan vinden voor deze coördinatie. De vraag richt zich op de inrichting van de bekostiging van deze dienstverlening.

Als we van een afstand kijken naar mogelijke bekostigingsopties, dan komen wij tot een viertal opties, die we hieronder nader zullen toelichten. Deze bekostigingsopties hebben allen hun eigen voor- en nadelen. De vier opties zijn de volgende:

1. bekostiging via een aparte prestatiebeschrijving;
2. bekostiging als opslag op de huidige tarieven;
3. bekostiging via een beschikbaarheidsbijdrage; en
4. bekostiging buiten de Wmg.

Figuur 2



Figuur 2 toont een schematische weergave van een coördinatiepunt tijdelijk verblijf met daarin de verschillende bekostigingsopties weergegeven. Bekostigingsoptie 1, 3 en 4 bekostigen het coördinatiepunt direct. Terwijl bekostigingsoptie 2 de zorgaanbieders bekostigen die verwijzen naar het coördinatiepunt of die de zorg verlenen voor tijdelijk verblijf.

Voordat wij deze bekostigingsopties nader bekijken, zullen we stilstaan bij de systematiek van bekostiging op grond van de Wmg en hoe de dienstverlening van de coördinatiepunten daarin past.

3.1 Systematiek van bekostiging op grond van de Wmg

De NZa kan op grond van de Wmg, binnen de kaders die zijn meegegeven in aanwijzingen van de minister, tarieven en prestatiebeschrijvingen vaststellen voor prestaties. Onder prestatie wordt verstaan: de levering van zorg door een zorgaanbieder in de zin van de Wmg. Een zorgaanbieder brengt, op grond van een door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijving en tarief, een tarief in rekening bij de patiënt of diens zorgverzekeraar.

Zorg is een centraal begrip in de Wmg. Of sprake is van zorg, is bepalend voor de bevoegdheid van de NZa tot prestatie- en tariefregulering. Om te bepalen of een handeling of prestatie onder de Wmg valt, moet worden vastgesteld of sprake is van een zorg of dienst omschreven bij of krachtens de Zvw en de Wlz, dan wel van handelingen op het gebied van gezondheidszorg zoals bedoeld in artikel 1, onder b, van de Wmg. De NZa kan voor Wmo-zorg géén prestatiebeschrijvingen en tarieven vaststellen, omdat dit niet onder de reikwijdte dan de Wmg valt. Dit vormt op voorhand een beperking in de reguleringsmogelijkheden door de NZa via prestaties en tarieven. Voor zover de coördinatie onder de reikwijdte van de Wmo valt, heeft de NZa geen bevoegdheden prestatiebeschrijvingen en tarieven vast te stellen. Een deel van de bekostiging zal daarom mogelijkerwijs vanuit de gemeente/gemeentelijke regelgeving moeten verlopen, hetgeen afstemming met gemeenten zal vergen.

Het is verder, met de huidig beschikbare informatie, lastig te duiden waar de coördinatie voor zorgvormen met tijdelijk verblijf onder valt:

1. In hoeverre sprake is van zorg of dienst op grond van de Zvw en Wlz?
2. Hoe verhouden de coördinerende activiteiten zich tot de verschillende verzekerde aanspraken op grond van de Zvw en het recht op zorg op grond van de Wlz?

De Zvw gaat uit van individueel geleverde zorg aan de patiënt. Dat betekent dat de zorg aan de patiënt met een individuele zorgvraag wordt verleend en de rekening uiteindelijk ook bij de individuele patiënt, of bij diens verzekeraar, komt te liggen. De prestaties waarvoor de NZa prestatiebeschrijvingen en tarieven vaststelt, betreffen daarom individuele zorgverlening.

Daarmee wordt tevens recht gedaan aan het feit dat sprake is van individuele zorgverlening én aan het stelsel van individuele verzekeringen die door de Zvw als uitgangspunt wordt genomen. Deze 'patiëntvolgendheid' van de zorgkosten is ook van belang voor het op juiste wijze ten laste brengen van de kosten in de risicoverevening.

Kortgezegd komt dit op het volgende neer.

1. Voor de bekostiging van zorg via prestatiebeschrijvingen en tarieven is bepalend dat sprake is van levering van zorg door een zorgaanbieder. Uitgangspunt daarbij is dat sprake moet zijn van zorg in de zin van de Wmg, wil de NZa prestaties en tarieven vast kunnen stellen.
Omdat gevraagd wordt te kijken naar bekostigingsmogelijkheden voor de *coördinatie van zorg* als apart gegeven, liggen hier mogelijke knelpunten.
2. De bekostiging van de gezondheidszorg kent een patiëntvolgende systematiek. De prestatiebeschrijvingen die de NZa vaststelt, zien daarom in beginsel op individuele zorgverlening.

De wens van partijen voor een lumpsum bekostiging, in tegenstelling tot een patiëntvolgende bekostiging, strookt niet met dit principe.

3.2 Optie 1: Bekostiging via een aparte prestatiebeschrijving

In het verzoek van VWS om een analyse beschrijft VWS op hoofdlijnen waar het bij de regionale coördinatiepunten om gaat. Een regionaal coördinatiepunt betreft één aanspreekpunt dat inzicht geeft in welke (vervolg) zorg mogelijk is en waar deze zorg beschikbaar is en de nodige zorg regelt voor de zorgverlener. Het coördinatiepunt bedient daarmee meerdere zorgvormen binnen de Zvw, de Wlz en de Wmo. In hoofdstuk 2 is toegelicht hoe coördinatiepunten in de praktijk worden georganiseerd en hoe de coördinatiepunten de gewenste bekostiging voor zich zien.

De bekostigingsoptie via een aparte prestatiebeschrijving voor deze coördinatie kan bijdragen aan een centrale mogelijkheid van bekostiging van de coördinatiepunten.

Coördinatiepunten in relatie tot prestatiebekostiging

De coördinatiepunten zijn verbindende schakels tussen zorgaanbieders. Uitsluitend coördinerende diensten/werkzaamheden kunnen *op zichzelf* niet getypeerd worden als zorg in de zin van de Wmg. Het is afhankelijk van de inhoudelijke werkzaamheden van het coördinatiepunt en de eigenschappen van dit coördinatiepunt in hoeverre gesproken kan worden over zorg in de zin van de Wmg. Als deze bijvoorbeeld uitsluitend bestaan uit (het hosten van) een website, een app die beschikbaarheid weergeven, of het bemannen van een telefooncentrale, dan is dat op zichzelf niet te typeren als een zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Zvw, dan wel Wlz of een handeling op het gebied van gezondheidszorg. Coördinatie kan in gevallen wel *onderdeel zijn van zorgverlening*. Om coördinatie te kunnen bekostigen via prestaties en tarieven, zal deze gekoppeld moeten worden aan een prestatiebeschrijving waar ook de zorg in opgenomen is. Zo is coördinatie die deel uitmaakt van ketenzorg onderdeel van de zorgprestatie ketenzorg en kan als onderdeel van ketenzorg op grond van de Wmg ook via prestatie- en tariefregulering worden bekostigd.

De prestatie geleverd door het coördinatiepunt is op zichzelf nog niet duidelijk afgebakend. Op basis van het voorliggende verzoek is onze voorlopige analyse dat de in het verzoek bedoelde coördinatie zich op zichzelf nog lastig laat typeren als Wmg-zorg. De plaatsbepaling van de coördinatiepunten in het geheel van de samenhangende eerstelijnszorg en ondersteuning is, zoals ook in paragraaf 1.3 benoemd, op dit moment nog onvoldoende scherp om hier duidelijke uitspraken over te kunnen doen.

In de praktijk ontstaan steeds meer initiatieven die zich juist richten op een multidisciplinaire benadering van de zorgvraag. Een ervaren knelpunt hierbij is bekostiging van de coördinatie tussen de verschillende zorgaanbieders en de daarbij behorende infrastructuur, omdat de coördinatie en infrastructuur an sich geen separate zorgprestatie is. De uitdaging en kansen waar wij nu voor staan voor het mogelijk maken van bekostiging van de coördinatiepunten kunnen ook kansen zijn om te komen tot een passende(re) bekostiging voor andere vormen van coördinatie en samenwerking.

Bekostiging via een aparte prestatie

Om een prestatiebeschrijving en tarief te kunnen vaststellen voor de coördinatie an sich, zonder dat deze deel uitmaakt van een prestatiebeschrijving waarin ook zorg is opgenomen, zal aanpassing van de Wmg, dan wel het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer WMG (Bub-Wmg) een oplossing kunnen bieden.

Principiële vraag is dan nog wel hoe dit dan bijvoorbeeld verhoudt tot de uitgangspunten van de Zvw, die een individuele schadelastverzekering inhoudt, waar recht aan wordt gedaan door op grond van de Wmg prestatiebeschrijvingen voor individuele zorgprestaties vast te stellen.

Als we via één prestatiebeschrijving kunnen bekostigen, dan lopen we vervolgens tegen meerdere vraagstukken aan die we hieronder benoemen (zonder uitputtend te zijn).

Er zal een afgebakende prestatiebeschrijving, tariefsoort en een tarief/vrij tarief moeten worden vastgesteld en worden besloten of er een schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en verzekeraar noodzakelijk wordt geacht. Verder zal hierbij de vraag relevant zijn of (per regio) sprake zou moeten zijn van concurrerende inkoop door verzekeraars, of (in afstemming met ACM over de mogelijkheden van) inkoop via representatie.

Ook zal stilgestaan moeten worden bij gevolgen van een dergelijke aparte prestatiebekostiging die doorwerken in het verdere systeem van de relevante wet- en regelgeving. Wij voorzien dat de minister op meerdere thema's besluiten zal moeten nemen, zoals ten laste van welk macrokader de kosten zullen moeten komen en welk regime van eigen risico en eigen bijdrage van toepassing is. Ook is duidelijkheid nodig hoe de kosten eventueel ten laste van de risicoverevening gebracht kunnen worden. Ervaringen met de prestatie voor organisatie en infrastructuur bij huisartsenzorg leert ons dat ook vragen kunnen rijzen met betrekking tot de uitvoerbaarheid van de werkzaamheden voor de coördinatiepunten. Zo zullen de coördinatiepunten tegen mogelijke privacyvraagstukken aan kunnen lopen bij de verwerking van (medische) persoonsgegevens en is relevant welk btw-regime van toepassing is op de diensten die worden geleverd.

Deze vraagstukken moeten eerst nader worden uitgewerkt alvorens besloten kan worden om tot deze bekostigingsoptie over te gaan. De besluiten die genomen moeten worden, zal de nodige tijd vergen, onder andere omdat er met andere overheidsorganisaties en veldpartijen moet worden afgestemd. Op korte termijn is deze optie daarom niet kansrijk, maar mogelijk op de middellange termijn wel.

Het voordeel van bekostiging van de coördinatiepunten via een aparte prestatie is dat er één domeinoverstijgende bekostigingsmogelijkheid voor veldpartijen beschikbaar komt. Afhankelijk van de ruimte die in de prestatiebeschrijving wordt gelaten, kunnen veldpartijen op regionaal niveau zelf invulling geven aan het coördinatiepunt, waardoor ruimte is voor regionale diversiteit. Toekomstige ontwikkelingen, zoals uitbreiding van taken en verantwoordelijkheden, kunnen binnen de kaders van de prestatiebeschrijving ruimte krijgen.

Om tot een lumpsum bekostiging te kunnen komen zoals zorgverzekeraars voorstaan, is declaratie van deze prestatie op prestatieniveau noodzakelijk. Als tot deze bekostiging gekomen kan worden, lijkt aan de noodzakelijke randvoorwaarden van regionale diversiteit en toekomstbestendigheid te worden voldaan.

3.3 Optie 2: Bekostiging via een opslag op de bestaande tarieven voor zorgprestaties

Een mogelijkheid is om de kosten die gemaakt worden voor het coördineren van de zorg te zien als een opslag op de bestaande tarieven voor zorgverlening. De werkzaamheden die worden uitgevoerd, maken dan deel uit van de prestatiebeschrijvingen van individuele zorg, waarvoor tarieven in rekening gebracht kunnen worden. In dit geval wordt de coördinatie dus niet als een op zichzelf staande prestatie bekostigd, maar als onderdeel van de zorg waar reeds prestatiebeschrijvingen voor bestaan. Het is aan de zorgaanbieders uit de verschillende sectoren om deze middelen te besteden aan coördinerende werkzaamheden. Dat kan ook door 'afdracht achter de voordeur' van de middelen aan een centrale organisatie die de coördinatietaken uit handen neemt.

In feite is de bekostiging via een opslag op de bestaande tarieven voor zorgprestaties de wijze waarop de coördinatiepunten elv op dit moment kunnen worden bekostigd via het elv (max-max)-tarief.

Het voordeel is dat deze bekostigingsoptie kan meegroeien met het uitbreiden van de zorgvormen waarvoor een coördinatiepunt de zorg coördineert. Dit biedt regionaal flexibiliteit voor vormgeving van het coördinatiepunt.

Opslag via meerdere zorgaanbieders van tijdelijk verblijf

In de tarieven elv bestaat een mogelijkheid voor een opslag voor de kostenpost van het coördineren van de zorg. De tarieven voor eerstelijnsverblijf en de max-max tarieven kunnen worden gebruikt voor de dekking van de kosten van de coördinatiepunten elv. Regionale coördinatiepunten voor zorgvormen met tijdelijk verblijf betreft echter dienstverlening breder dan eerstelijnsverblijf alleen. Zowel zorgverzekeraars als coördinatiepunten zien nadelen in de positionering van de bekostiging van deze coördinatie in bredere zin als opslag op de bestaande tarieven van de diverse Wlz- en Zvw-zorgaanbieders. Zij vinden deze positionering niet passend: er is geen aandacht voor domeinoverstijgende zorg, knelpunten ontstaan in verrekening van kosten voor verzekeraars en de vergoeding via een opslag op het elv-tarief dekt niet de kosten van coördinatiepunten.

De NZa deelt het standpunt van zorgverzekeraars en coördinatiepunten dat er nadelen kleven aan de positionering van de bekostiging als opslag op de bestaande tarieven van de diverse zorgaanbieders.

Zorgaanbieders uit verschillende sectoren (met ieder weer eigen specifieke bekostigingsregels) zouden met de verschillende verzekeraars moeten onderhandelen over het tarief en het af te dragen bedrag. Bekostiging wordt dan uitgesmeerd over verschillende sectoren en patiënten. Door deze wijze van het bekostigen van coördinatie ontstaat versnippering. De belasting voor zorgaanbieders en verzekeraars is niet proportioneel. Omdat verzekeraars en coördinatiepunten de respectievelijke wensen hebben geuit voor lumpsum betaling en domeinoverstijgende bekostiging, sluit deze variant niet aan bij de wensen uit het veld.

We zoeken naar mogelijkheden om de nadelen van deze optie te beperken. We bekijken een aantal varianten waarin de kosten in één sector neerkomen, over de band van één zorgaanbieder (per regio). Het is dan de vraag via welke zorgaanbieder de bekostiging zou kunnen lopen en of het logischer is dat dit een zorgaanbieder is die uiteindelijk de zorg met tijdelijk verblijf verleent (bijvoorbeeld elv-aanbieder), of juist een zorgaanbieder die de patiënt verwijst (bijvoorbeeld de huisarts).

Opslag via één categorie zorgaanbieder van tijdelijk verblijf

Een voorbeeld van deze werkwijze kan gevonden worden in de acute geestelijke gezondheidszorg (ggz). Ggz-aanbieders werken regionaal samen om patiënten zorg in acute situaties te kunnen leveren. Dit is zorg die uit de Zvw wordt vergoed en die door zorgverzekeraars wordt ingekocht. Dergelijke regionale samenwerkingsverbanden hebben vaak ook een rol in de opvang van zogenoemde verwarde personen, bij wie geen sprake is van een acute psychiatrische stoornis. Een deel van acute psychiatrische zorg gaat vanaf 1 januari 2019 via inkoop in representatie. Binnen de voorgestelde bekostiging maken de representerende zorgverzekeraar en de budgethouder een gezamenlijk voorstel voor de capaciteit maar is het uiteindelijk de NZa die het budget, en daarmee ook de capaciteit, vaststelt. Een koppeling van de bekostiging van de coördinatiepunten via een opslagmogelijkheid voor alleen ggz-zorgaanbieders ligt echter zeker niet voor hand. In lang niet alle regio's zijn ggz-zorgaanbieders immers aangesloten bij de coördinatiepunten. De systematiek van de ggz dient daarom puur als voorbeeld.

De coördinatie waar het verzoek zich op richt wordt in alle regio's wel gecombineerd met elv. Daarmee bedoelen wij dat instellingen voor tijdelijk verblijf in de regio altijd deel lijken uit maken van het coördinatieplatform. Daarom kan gedacht worden aan een opslag op de huidige tarieven die elv-aanbieders aan hun patiënten in rekening brengen, conform de huidige bekostigingsmogelijkheid. Daarvoor kan het max-max-tarief (eventueel hoger vastgesteld dan 10%) als een mogelijk dienen. Een andere optie is de toevoeging van een prestatie binnen elv, zoals de prestatie beloning op maat die in de wijkverpleging wordt gebruikt, die eventueel met een vrij tarief onder een contractvereiste kan worden overeengekomen en gedeclareerd.

Aandachtspunt bij verdere verkenning van deze bekostigingsmogelijkheid is dat de middelen voor de coördinatiepunten voor alle vormen van zorg met tijdelijk verblijf, ten laste komen van het elv-budget en worden omgeslagen over elv-patiënten. Het zal ook betekenen dat de regionale coördinatie van alle vormen van zorg met tijdelijk verblijf voor de financiering afhankelijk wordt van elv-aanbieders. Dat zijn duidelijk nadelen aan deze bekostigingsoptie. Daardoor zal de mogelijkheid voor regionale diversiteit worden beperkt en wij stellen ons voor dat dit geen toekomstbestendige bekostiging van de coördinatiepunten kan zijn. Een ander nadeel is dat de bekostiging van coördinatie op deze manier direct gekoppeld is aan de productie van elv-aanbieders en ligduur van patiënten. Als er toch een vast bedrag voor de coördinatiepunten afgesproken moet worden, zal dit nacalculaties vergen.

Opslag koppelen aan aanbieders met een 'populatiegebonden budget'

Door de opslag voor coördinatie te koppelen aan een bestaande bekostigingsvorm die een meer populatiegebonden karakter kennen, wordt een deel van de hierboven genoemde nadelen ondervangen.

Denk hierbij aan het koppelen van de vergoeding voor coördinatie van zorg met tijdelijk verblijf aan de vergoeding voor Organisatie & Infrastructuur (O&I) in segment 2, als onderdeel van de bekostiging voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. De O&I-prestaties kennen een vrij tarief in de vorm van een toeslag op het inschrijftarief van de deelnemende huisartsen. De vergoeding wordt vervolgens overeengekomen met de hoofdaannemer, het relevante samenwerkingsverband (veelal een zorggroep).

Een andere soortgelijke optie is om de vergoeding te koppelen aan het budget voor huisartsendienstenstructuren (huisartsenposten voor ANW-zorg). Deze posten ontvangen een budget dat is gebaseerd op het aantal inwoners in de regio. De posten kennen weliswaar een tarief per verrichting, maar via nacalculatie is het budget uiteindelijk leidend.

Beide bestaande opties bieden in beginsel de mogelijkheid om via extra budget de coördinatie voor tijdelijk verblijf vorm te geven, zonder dat de vergoeding direct beïnvloed wordt door het aantal patiëntcontacten dat een zorgaanbieder heeft. De kosten worden over een brede populatie verspreid.

Deze opties hebben echter een aantal belangrijke nadelen.

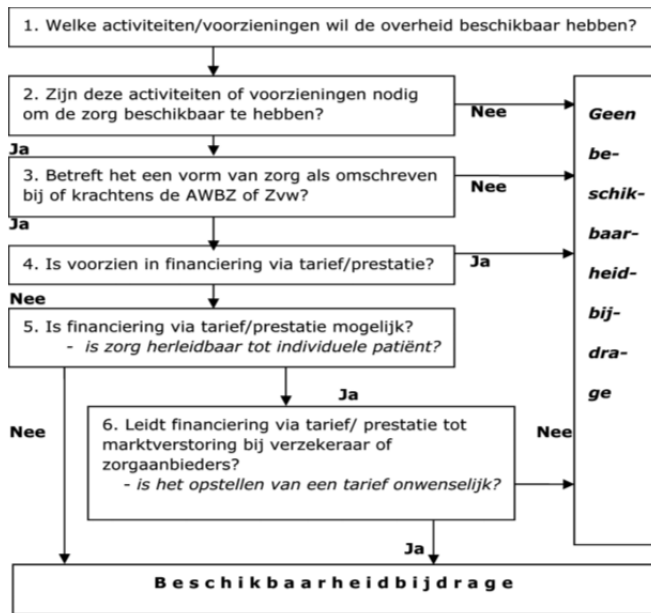
1. De bekostiging wordt zo gekoppeld aan de 'verwijzers' naar het coördinatiepunt, daar waar de bekostiging nu is gekoppeld aan de 'ontvangers'. En dan nog slechts aan een selectie van alle mogelijke verwijzers.
2. De bekostiging zou via de O&I-prestaties ondergebracht worden in het domein van de huisartsenzorg in de Zvw. Tijdelijk verblijf is echter in andere sectoren van de Zvw (eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg), de Wlz en Wmo gesitueerd.
3. De bekostiging via zorggroepen of huisartsenposten sluit niet aan bij de huidig opgezette inrichting van coördinatiepunten. De financiële borging van de coördinatiepunten via de O&I-prestatietitels of huisartsenposten zou daarmee op korte termijn inhoudelijke samenwerking en hoofdaannemer/onderaannemer constructies afdwingen tussen deze partijen en de reeds opgerichte coördinatiepunten.

3.4 Optie 3: Beschikbaarheidsbijdrage

De beschikbaarheidsbijdrage (bb) is een subsidie vanuit het Zorgverzekeringsfonds, verleend en vastgesteld door de NZa, uitbetaald door Zorginstituut Nederland (ZiNL) in maandelijkse termijnen. Bekostiging via een bb neemt een uitzonderingspositie in binnen het zorgstelsel dat uitgaat van bekostiging via prestaties en tarieven. Dit blijkt uit de voorwaarden waaraan zorgvormen moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een bb. Deze voorwaarden zijn vastgelegd in Artikel 56a van de Wmg² en nader uitgewerkt in een toetsingskader bij het Besluit beschikbaarheidsbijdragen Wmg (zie Figuur 3). Eén van de voorwaarden is dat bekostiging van de zorg via prestaties en tarieven zou resulteren in (voldoende ernstig) marktfalen, waardoor de subsidie te rechtvaardigen is. Als niet voldaan is aan deze voorwaarden, dan zou een bb gezien kunnen worden als ongeoorloofde staatssteun.

² "Voor een beschikbaarheidsbijdrage komen uitsluitend vormen van zorg in aanmerking waarvan de kosten niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar, of door middel van tarieven in rekening te brengen zijn aan, individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden, of waarvan de bekostiging bij een zodanige toerekening dan wel een zodanige tarifiering marktverstrend zou werken, en die niet op andere wijze worden bekostigd."

Figuur 3: Toetsingskader beschikbaarheidsbijdrage



Bron: Besluit Beschikbaarheidsbijdrage Wmg

Toetsing op deze voorwaarden voor coördinatiepunten tijdelijk verblijf valt buiten de reikwijdte van deze analyse. Onderdeel van de afgesproken procedure rondom bb is dat de NZa in een separaat advies de vragen 4 tot en met 6 in het toetsingskader beantwoordt, alsmede een toetsing op uitvoeringsconsequenties.

Om in aanmerking te komen voor een bb moet er sprake zijn van Wlz- of Zvw-zorg. Gezien de hiervoor uitgebreid aan de orde gestelde onduidelijkheid over de inhoud van werkzaamheden, verantwoordelijkheden, is het de vraag of de bekostiging van de coördinatiepunten via een bb kan plaatsvinden.

Een functie die op dit moment met een beschikbaarheidsbijdrage wordt bekostigd, is de coördinatie van trauma- en acute zorg in elf landelijk dekkende regio's. Per regio is er een regionaal netwerk acute zorg dat deze functie uitvoert. Wat betreft de relatie tussen deze functie en de individuele patiëntenzorg zien wij een aantal raakvlakken met de relatie tussen de coördinatiepunten en de individuele patiëntenzorg. VWS beraadt zich momenteel op een aanpassing van de omschrijving van deze functie.

De bb sluit aan bij de wensen voor een toekomstige bekostiging van de coördinatiepunten, namelijk een kostendekkende, domeinoverstijgende budgetsystematiek op basis van landelijke afspraken om te voorkomen dat met iedere verzekeraar apart afspraken gemaakt moeten worden. Door de keuze voor een bb wordt verantwoordelijkheid voor bekostiging van coördinatiepunten uit handen genomen van marktpartijen. Dit strookt niet met het verzoek dat de minister bij verzekeraars heeft belegd voor de organisatie van landelijk dekkende coördinatiepunten.

Wat betreft de uitvoering en uitvoeringslasten vergt de bb een eenduidige taakomschrijving voor regionale coördinatiepunten waar de coördinatiepunten zich aan moeten houden.

Iedere uitbreiding van de taken van de coördinatiepunten moet in het besluit bb worden vastgelegd en voldoen aan de voorwaarden uit dat besluit. Dit belemmert regionale invulling van coördinatiepunten tot op zekere hoogte.

Per regio moet een uitvoerder van het coördinatiepunt worden aangewezen. Het aanwijzen van een coördinatiepunt kan plaatsvinden op aanwijzing van de Minister van VWS of via een aanbestedingsprocedure. Het aanwijzen van een coördinatiepunt belemmert enigszins de toetreding van nieuwe aanbieders.

De uitvoering van een bb komt met een zekere mate van administratieve lasten: aanvragen en verlenen van de subsidie, verantwoording achteraf met accountantscontrole, kostenstructuur bepalen op basis van een kostenonderzoek aan de start van deze systematiek en op periodieke basis. Een bb is gezien de te doorlopen procedure geen mogelijke oplossing voor de korte termijn.

3.5 Optie 4: Bekostigingsmogelijkheden buiten de Wmg

Als de bekostiging van de regionale coördinatiepunten niet worden vormgegeven binnen de kaders van de Wmg, dan kan eventueel een oplossing buiten de Wmg-bekostiging gezocht worden. Een dergelijke bekostiging ligt buiten de bevoegdheden van de NZa.

Een voorbeeld van een bekostigingsmogelijkheid die buiten de kaders van de Wmg valt, is een subsidieverstrekking. Als centrale bekostiging uit collectieve middelen wenselijk wordt geacht dan zou de mogelijkheid van subsidieverstrekking ten laste van de rijksbegroting verkend kunnen worden. Voor een centrale bekostigingsmogelijkheid op korte termijn zou deze optie overwogen kunnen worden. Daarbij zijn vraagpunten op het gebied van staatssteun medebepalend voor de juridische houdbaarheid daarvan.

Als, voor de korte termijn, ook buiten de Wmg geen geschikte bekostigingsvorm gevonden kan worden, bestaat het risico dat de kosten op een andere manier door zorgaanbieder of verzekeraars gedragen moeten worden. Daarvoor zouden zorgaanbieders dan alsnog een deel van de rekening gebrachte tarieven moeten aanwenden voor de bekostiging van de coördinatie of zouden zorgaanbieders en/of verzekeraars deze kosten, voor zover mogelijk, uit de eigen middelen moeten bekostigen. Verzekeraars zien bekostiging via de beheerskosten daarbij niet als een mogelijkheid.

De NZa ziet bekostiging via de eigen middelen ook niet als gewenst scenario, zeker niet waar de coördinatie als onderdeel van de zorgverlening moet worden gezien.

3.6 Conclusie analyse bekostigingsopties

We hebben vier bekostigingsopties geanalyseerd die in meer of mindere mate passende bekostiging kunnen bieden voor de bekostiging van coördinatiepunten tijdelijk verblijf.

Gewenste bekostiging

De bekostiging *via een aparte prestatiebeschrijving*, één domeinoverstijgende bekostigingsmogelijkheid, is de bekostigingsoptie die onze voorkeur heeft. Uit de consultatiereacties komt ook een duidelijke voorkeur voor deze bekostigingsoptie naar voren.

Het voordeel van bekostiging van de coördinatiepunten via een aparte prestatie is dat er één domeinoverstijgende bekostigingsmogelijkheid voor veldpartijen beschikbaar komt. Afhankelijk van de ruimte die in de prestatiebeschrijving wordt gelaten, kunnen veldpartijen op regionaal niveau zelf invulling geven aan het coördinatiepunt, waardoor ruimte is voor regionale diversiteit. Toekomstige ontwikkelingen, zoals uitbreiding van taken en verantwoordelijkheden, kunnen binnen de kaders van de prestatiebeschrijving ruimte krijgen.

We hebben echter nog niet scherp wie zorgdraagt voor het coördinatiepunt en welke taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden het coördinatiepunt op zich neemt. Daar moet eerst meer inzicht in verkregen worden, voordat goed beoordeeld kan worden of en hoe deze taken onder de Zvw en de Wlz vallen en of een dergelijke prestatie past binnen de Wmg. Wij zijn dus op zoek naar een duidelijke afbakening en inhoud van de prestatie die het coördinatiepunt levert en een duiding van die prestatie. Op basis daarvan kan ook worden beoordeeld of prestatiebekostiging op grond van de Wmg mogelijk is, zowel juridisch als praktisch en of daarvoor aanpassing van de Bub-Wmg noodzakelijk is.

Bij de verdere uitwerking van bekostiging via één prestatiebeschrijving, voorzien we dat we tegen meerdere vraagstukken aan gaan lopen. Deze vraagstukken betreffen zowel de inrichting van de prestatiebekostiging (zoals de afbakening prestatiebeschrijving, tariefsoort, contractvereiste), als doorwerking in het verdere systeem (zoals ten laste van welk macrokader de kosten zullen vallen, regimes van eigen bijdrage en eigen risico). Ten slotte leren ervaringen met de prestatie voor organisatie en infrastructuur bij huisartsenzorg ons dat ook vragen kunnen rijzen met betrekking tot de uitvoerbaarheid van de werkzaamheden voor de coördinatiepunten. Zo zullen de coördinatiepunten tegen mogelijke privacyvraagstukken aan kunnen lopen bij de verwerking van (medische) persoonsgegevens en is relevant welk btw-regime van toepassing is op de diensten die worden geleverd.

De uitwerking zal tijd vergen, onder andere omdat er met andere overheidsorganisaties en veldpartijen zal moeten worden afgestemd. Op korte termijn is deze optie daarom niet kansrijk. Op de middellangere termijn is deze optie wel wenselijk. De optie maakt domeinoverstijgende bekostiging namelijk mogelijk en geeft ruimte aan regionale diversiteit. Als declaratie op prestatieniveau mogelijk kan worden gemaakt, zal ook lumpsum bekostiging een plek kunnen krijgen. De gewenste bekostigingsoptie is nog omgeven met onzekerheden en zal daarom alleen voor de middellange termijn (niet eerder dan 2020) mogelijkheden kunnen bieden. Daarom moet los daarvan over de korte termijn nagedacht worden.

Voortzetting van de huidige bekostigingsmogelijkheden

Op dit moment kunnen de coördinatiepunten voor elv bekostigd worden via een opslag op de bestaande tarieven. In de praktijk vinden zowel zorgverzekeraars als coördinatiepunten deze wijze van bekostiging niet wenselijk vanwege problemen met de uitvoering. Deze problemen zullen toenemen als de coördinatiepunten breder dan elv getrokken gaan worden en coördinatie ten aanzien van zorg met tijdelijk verblijf ter hand gaan nemen. Er dreigt een versnippering van bekostiging te ontstaan, omdat met opslagen op tarieven in verschillende (Zvw- en Wlz-) sectoren gewerkt moet worden.

Overwogen kan worden bij bekostiging via een opslag op de bestaande tarieven een variant uit te werken waarin de kosten in één sector neerkomen, over de band van één type zorgaanbieder (per regio). Het is dan de vraag via welke zorgaanbieder de bekostiging zou kunnen lopen. Wij vinden het echter onwenselijk wanneer alle kosten ten aanzien van coördinatie van zorg met tijdelijk verblijf toegewezen worden aan één sector, bijvoorbeeld elv en derhalve aan elv-patiënten.

In beide gevallen (via alle verschillende zorgaanbieders of via één categorie van zorgaanbieders) van een opslag op de bestaande tarieven geldt dat deze optie geen recht doet aan de wens van lumpsum bekostiging en het domeinoverstijgende karakter van de coördinerende taken. We kunnen daarom concluderen dat voortzetting van het huidige pad, opslag op de bestaande tarieven, niet tegemoetkomt aan de wensen van partijen voor een domeinoverstijgende bekostiging en niet toekomstbestendig is.

Beschikbaarheidsbijdrage

Om in aanmerking te komen voor een bb moet er sprake zijn van Wlz- of Zvw-zorg. Het is de vraag of de bekostiging van de coördinatiepunten via een bb kan plaatsvinden. Voordat de bekostiging via een bb kan plaatsvinden, moet onder meer het toetsingskader doorlopen worden en een kostenonderzoek worden uitgevoerd waardoor het niet op de korte termijn een oplossing kan bieden voor het bekostigen van coördinatiepunten tijdelijk verblijf. Mogelijk kan de bb als tussenoplossing fungeren voordat er een meer structurele oplossing is gevonden voor het bekostigen van multidisciplinaire samenwerking en coördinatie in het algemeen. De vraag is of het in werking stellen van een bb en de procedure die daarvoor doorlopen moet worden, opweegt om als tussentijdse oplossing te fungeren.

Oplossingen buiten de Wmg

Zoals we hiervoor hebben opgemerkt, kleven aan de huidige bekostigingsopties binnen de Wmg nadelen en zal uitwerking van een meer bevredigende mogelijkheid tijd vergen. Op de korte termijn kan mogelijk een oplossing worden gevonden in een *bekostiging die buiten de Wmg ligt*, zoals via een subsidie ten laste van de rijksbegroting. Tijdens de consultatie is door meerdere partijen hier ook een voorkeur voor uitgesproken. We willen de minister daarom in overweging geven de haalbaarheid van deze optie voor de korte termijn te verkennen.

Kansen voor de toekomst

We vinden het belangrijk dat patiënten de juiste zorg krijgen op de juiste plek. Dit vraagt om goede zorg voor de patiënt, en om goede organisatie en coördinatie van die zorg. Een structurele oplossing voor het bekostigen van coördinatie van de zorg is van wezenlijk belang. Voor de lange termijn zien wij grote kansen in de eerste optie die wij hebben geschetst *bekostiging via een aparte prestatiebeschrijving*. Bekostiging via één prestatie biedt een structurele oplossing over de domeinen heen.

Als we er in slagen een toekomstbestendige bekostigingsoptie voor coördinatie van tijdelijk verblijf tot stand te brengen, biedt dit ook kansen om naar een soortgelijke oplossing voor bekostiging van coördinatie en samenwerking in bredere zin toe te werken. Dit zorgt ervoor dat niet alleen de bekostiging van coördinatie voor tijdelijk verblijf in de toekomst wordt geborgd, maar ook voor andere zorgvormen, met een nadruk op multidisciplinaire samenwerking en waardengedreven zorg.

Bijlage: Brief VWS met verzoek analyse bekostigingsopties



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Zorgautoriteit
Raad van Bestuur
Mevrouw dr. M.J. Kaljouw, voorzitter
Newtonlaan 1-41
3584 BX UTRECHT

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Datum **03 APR. 2018**
Betreft Verzoek analyse van mogelijke bekostigingsopties
regionale coördinatiepunten voor zorgvormen met
tijdelijk verblijf

Kenmerk
1322886-175048-CZ

Uw brief

Bijlage(n)

Geachte voorzitter,

Het is belangrijk dat mensen de juiste zorg krijgen op de juiste plek. Dit vraagt om goede zorg voor de individuele persoon, maar ook om goede organisatie en coördinatie van de zorg. Dit geldt ook voor het coördineren van het tijdelijk verblijf voor diverse zorgvormen die domeinoverstijgend en niet-medisch-specialistisch zijn: eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg in de Zvw, Wlz-crisis zorg en logeeropvang in de Wlz, en Wmo-spoedzorg en respijtzorg in de Wmo. In sommige regio's wordt coördinatie van zorg met tijdelijk verblijf gecombineerd met coördinatie van wijkverpleging en/of GGZ-opname.

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Op dit moment is er expliciet ruimte voor financiering van de regionale coördinatiefunctie voor eerstelijnsverblijf via de max-maxtarieven eerstelijnsverblijf. In de praktijk wordt de coördinatie niet altijd door een ELV-aanbieder gedaan, maar bijvoorbeeld een transferunit in een ziekenhuis. In die gevallen kunnen zorgverzekeraars ook tarieven van die zorgaanbieders inzetten. Financiering via de tarieven is in de praktijk een zeer complexe wijze van financieren, aangezien beschikbare capaciteit van meerdere zorgaanbieders gecoördineerd wordt en de capaciteit bij één aanbieder door meerdere zorgverzekeraars ingekocht wordt. Met de verbreding van de regionale coördinatiepunten naar alle zorgvormen van tijdelijk verblijf, zoals hierboven genoemd, wordt het nog complexer.

Regionale coördinatiepunten worden zeer divers ingevuld, afhankelijk van de regionale situatie. VWS hecht eraan dat de uitgangspunten voor alle regionale coördinatiepunten hetzelfde zijn: één aanspreekpunt (al dan niet ondersteund met ICT) dat inzicht geeft in welke (vervolg)zorg mogelijk is en waar deze zorg beschikbaar is en dat de benodigde zorg regelt voor de zorgverlener. Ook in de anw-uren.

Naar aanleiding hiervan verzoek ik u te analyseren wat de meest passende wijze van bekostiging van regionale coördinatiepunten voor zorgvormen met tijdelijk verblijf, zoals hierboven genoemd, kan zijn en wat daarvoor nodig is. Ik verzoek u



om daarbij rekening te houden met de volgende randvoorwaarden:

- a. de bekostiging verstoort niet het gelijke speelveld voor zorgaanbieders of zorgverzekeraars. Ik verzoek u hierbij aandacht te besteden aan regionale diversiteit in organisatie van een coördinatiepunt. Daarnaast wil ik u vragen expliciet in te gaan op de vraag of de huidige vorm van bekostiging leidt tot marktverstoring bij zorgaanbieders of zorgverzekeraars;
- b. de bekostiging is gericht op coördinatie van en samenwerking binnen en tussen de zorgvormen tijdelijk verblijf met betrekking tot de verwijzing, triage, toeleiding (instroom) en doorstroom van patiënt naar het juiste zorgvorm met tijdelijk verblijf;
- c. voor zover mogelijk analyseren in hoeverre de wijze van bekostiging toekomstbestendig is, rekening houdend met de eventuele doorontwikkeling van de regionale coördinatiepunten, bijvoorbeeld met uitbreiding naar coördinatie van inzet van wijkverpleging.

Ik verzoek u om de analyse van mogelijke bekostigingsvormen voor de zomer aan te leveren.

Hoogachtend,

de directeur-generaal Curatieve Zorg,