

Consultatiedocument

Prestaties Eerstelijns verblijf

Fase 1

maart 2015

Inhoud

Managementsamenvatting	5
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding	7
1.1.1 Achtergrond	7
1.1.2 Belang van de consument	7
1.1.3 Verkenning Zorginstituut Nederland	8
1.2 Vormgeving bekostiging in de Zvw	9
1.2.1 Fase 1: 2016	9
1.2.2 Fase 2: Doorontwikkeling	10
1.3 Opbouw	10
2. Huidige situatie	13
2.1 Huidige marktsituatie	13
2.1.1 Kortdurend verblijf onder de (voormalige) AWBZ	13
2.1.2 Eerstelijns verblijf in de subsidieregeling Wlz in 2015	13
2.1.3 Eerstelijns verblijf in de Zvw per 2016	14
2.1.4 Initiatieven onder de Zvw	15
2.1.5 Schets mogelijke aanbieders van eerstelijns verblijf	15
2.2 Verschil verblijf Zvw, Wmo en Jeugdwet	17
2.3 Beschrijving zorgprestaties via Wlz-subsidie	17
2.4 Beschrijving aanpalende prestaties	18
2.4.1 Medisch specialistische zorg	19
2.4.2 Geriatrische revalidatiezorg	20
2.4.3 Specialistische geestelijke gezondheidszorg	21
2.4.4 Huisartsgeneeskundige zorg	22
2.4.5 Verpleging en verzorging	23
2.4.6 Samenvattend	23
3. Bekostiging fase 1	25
3.1 Inleiding	25
3.2 Prestatie en tariefregulering	25
3.3 Tariefopbouw	26
3.4 Verkenning eerstelijns verblijf	26
3.5 Zorg ten tijde van eerstelijns verblijf	29
3.6 Bekostigingsmogelijkheden per component	29
3.6.1 Huisartsgeneeskundige zorg	29
3.6.2 Verblijf	31
3.6.3 Verpleging en verzorging	31
3.6.4 Paramedische zorgverlening	32
3.6.5 Geneesmiddelen, verband- en hulpmiddelen en eerstelijns diagnostiek	33
3.7 Bekostigingsvarianten	34
3.7.1 Variant 1: Gebaseerd op de prestaties voor vrije beroepsbeoefenaren	36
3.7.2 Variant 2: Gebaseerd op ZZP-componenten	36
3.7.3 Voor- en nadelen variant 1	37
3.7.4 Voor- en nadelen variant 2	39
3.7.1 Voor- en nadelen van beide varianten	40
4. Bekostiging kapitaallasten en inventaris	43
4.1 NHC en NIC-prestaties	43
4.2 Overgangsmodel	44
5. Kostenbeheersing	47
5.1 Mogelijkheden tot kostenbeheersing	47
5.2 Beheersingsinstrumenten	47

5.2.1	Bestuurlijke afspraken kostenontwikkeling	48
5.2.2	Omzetplafond per zorgaanbieder	48
5.2.3	Omzetplafond op landelijk niveau	48
5.2.4	Tariefkorting	49
5.2.5	Macrobeheersingsinstrument	49
5.3	Advies NZa	50
	Bijlage 1. Tariefberekening	51

Managementsamenvatting

Per 1 januari 2015 is de Wet langdurige zorg (Wlz) ingevoerd, onder gelijktijdige intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De Wlz is ingericht op langdurige zorg waarmee er geen rechtsgrond is opgenomen voor kortdurend verblijf, waar dit voorheen in de AWBZ wel mogelijk was. Om deze reden wordt het kortdurend verblijf vormgegeven binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 2016 onder de naamgeving 'eerstelijns verblijf'. De NZa stelt voor 1 juli 2015 het beleid en de bekostiging van het eerstelijns verblijf per 2016 vast. Om de voorkeur van de branchepartijen daarin mee te nemen staan in dit consultatiedocument verschillende varianten voor bekostiging van eerstelijns verblijf in de Zvw uitgewerkt. Per 2016 zal de subsidieregeling (onder de Wlz) waarbinnen het eerstelijns verblijf in 2015 wordt bekostigd komen te vervallen.

Eerstelijns verblijf is tijdelijk verblijf in een instelling. Het omvat 'verblijf in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden', waarbij geen sprake is van een indicatie voor medisch-specialistische zorg of specialistische GGZ-zorg. Het eerstelijns verblijf is gericht op herstel en terugkeer naar de thuissituatie of heeft betrekking op palliatief terminale zorg. Er zijn verschillende typen patiënten te onderscheiden, die in aanmerking komen voor eerstelijns verblijf:

- Patiënten met kortdurende herstellingsbehoefte in het verzorgingshuis na verblijf in een ziekenhuis (voorheen zorgzwaartepakket verpleging & verzorging 3 (ZZP VV3)).
- Patiënten met kortdurende herstellingsbehoefte in het verpleeghuis na verblijf in een ziekenhuis (voorheen ZZP VV6).
- Thuiswonende patiënten met een kortdurende herstellingsbehoefte zonder revalidatie-doelstelling en zonder voorafgaande ziekenhuisopname (voorheen diverse ZZP's).
- Thuiswonende patiënten waar zich een crisissituatie voordoet (voorheen overwegend ZZP VV3, VV6).
- Patiënten met een levensverwachting van gemiddeld minder dan drie maanden met behoefte aan palliatief terminale zorg (voorheen ZZP VV10).

Op voorhand zien wij de volgende organisatorische entiteiten, die het eerstelijns verblijf in principe zouden moeten kunnen aanbieden: aanbieders Wlz-zorg, huisartsendienstenstructuren (HDS), huisartsgeneeskundige zorggroepen instellingen voor medisch-specialistische zorg, organisaties die verpleging en verzorging leveren en woningbouwcorporaties.

Voor de bekostiging onderscheiden wij, in lijn met de verkenning van Zorginstituut Nederland, de volgende zorgvormen:

- Zorg zoals huisartsen plegen te bieden (al dan niet met consultatie en medebehandeling door andere geneeskundig specialisten zoals de specialist ouderengeneeskunde).
- Verblijf inclusief de daaraan onlosmakelijk gekoppelde verpleging en verzorging.
- De inzet van paramedische zorg voor zover deze onlosmakelijk verbonden is met de reden voor opname.
- En de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen voor zover deze onlosmakelijk verbonden zijn met de reden voor opname.

De NZa heeft twee mogelijke bekostigingsvarianten voor eerstelijns verblijf uitgewerkt:

- Variant 1 is gebaseerd op bestaande prestaties van de vrije beroepsbeoefenaren: afzonderlijke prestaties voor de hotelmatige component, de verpleging en verzorging, paramedische zorg, huisartsenzorg, consultatie & medebehandeling en eerstelijnsdiagnostiek;
- Variant 2 is gebaseerd op ZZP-componenten: integrale prestatie die alle zorgvormen omvat met de mogelijkheid tot uitzondering van eerstelijns diagnostiek.

Hulpmiddelen en geneesmiddelen worden bij beide varianten in afzonderlijke prestaties opgenomen. De varianten verschillen in de mate waarin sprake is van integrale prestaties. De voor- en nadelen van beide varianten gaan in op kostenbeheersing, toegankelijkheid, kwaliteit, uitvoering en controleerbaarheid. Om de branchepartijen te kunnen consulteren welke voorkeur zij hebben voor de manier van bekostiging van eerstelijns verblijf in de Zvw per 2016, staan er verschillende consultatievragen opgenomen.

Het aanbod omvat onder andere zorgaanbieders die eerder kortdurende zorg leverden op grond van de AWBZ. Op deze aanbieders kan de overgangsregeling kapitaallasten en inventaris van toepassing zijn. Voor de overige aanbieders zal de vergoeding voor kapitaallasten voor 100% plaatsvinden op basis van de normatieve huisvestingscomponent en inventariscomponent.

Er zijn verschillende opties denkbaar voor het waarborgen van het macrobudgettair kader eerstelijns verblijf. Er zijn maatregelen die overschrijding van het budgettair kader voorkomen en maatregelen waarmee een overschrijding teruggevorderd kan worden. We wijzen erop dat het hanteren van een strikte methode voor kostenbeheersing nadelige effecten kan hebben op de ontwikkeling van de markt voor eerstelijns verblijf. Als gekozen wordt om toch extra zekerheden in het systeem in te bouwen voor de beheersing van de kosten, ligt het macrobeheersingsinstrument het meest voor de hand. Hiervoor is een aanwijzing van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport noodzakelijk.

1. Inleiding

In dit hoofdstuk schetsen we de aanleiding en achtergrond van het opstellen van het consultatiedocument eerstelijns verblijf. Ook komt aan bod welk traject er doorlopen zal worden voor de bekostiging van het eerstelijns verblijf.

1.1 Aanleiding

1.1.1 Achtergrond

Per 1 januari 2015 is de Wet langdurige zorg (Wlz) ingevoerd, onder gelijktijdige intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De Wlz is ingericht op langdurige zorg waarmee er geen rechtsgrond is opgenomen voor kortdurend verblijf, waar dit voorheen in de AWBZ wel mogelijk was. Om deze reden wordt het kortdurend verblijf vormgegeven binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) onder de naamgeving 'eerstelijns verblijf'. In 2015 geldt een overgangssituatie: eerstelijns verblijf wordt bekostigd vanuit een subsidieregeling ten laste van de Wlz.¹ De subsidieregeling wordt uitgevoerd door het Zorginstituut Nederland. Per 2016 vervalt de subsidieregeling en wordt het eerstelijns verblijf vormgegeven binnen de Zvw.

Eerstelijns verblijf is tijdelijk verblijf in een instelling. Het gaat om kortdurend verblijf, waarbij geen sprake is van een indicatie voor medisch-specialistische zorg (MSZ) of specialistische GGZ-zorg. Het eerstelijns verblijf is gericht op herstel en terugkeer naar de thuissituatie of heeft betrekking op palliatief terminale zorg. Eerstelijns verblijf zal worden vormgegeven binnen Zvw onder artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekeringen (Bzv). In artikel 2.12 Bzv staat verblijf als volgt omschreven: "Het verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg".

Eerstelijns verblijf is zorg in de zin van de Zvw, waarmee de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd is om prestaties en tarieven vast te stellen voor deze zorg. Op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is hiervoor geen aanwijzing vereist van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). In dit consultatiedocument worden verschillende varianten van de bekostigingsstructuur voor het eerstelijns verblijf per 2016 uitgewerkt. Na consultatie van deze varianten zal de best passende variant worden voorgelegd aan de Raad van Bestuur van de NZa.

1.1.2 Belang van de consument

Met de overheveling van eerstelijns verblijf vanuit een subsidieregeling in de Wlz naar reguliere bekostiging in de Zvw, krijgt een zorgverzekeraar zorgplicht jegens zijn verzekerde. De verzekerde gaat een contractuele verplichting aan met de verzekeraar, waardoor de rechten van de verzekerden binnen de Zvw geregeld zijn. De verzekerde heeft meer keuzevrijheid (type polis, zorgverzekeraar) bij overheveling van eerstelijns verblijf naar de Zvw. Patiënten zullen meer mogelijkheden

¹ Via een amendement op de Wlz is besloten eerstelijns verblijf in 2015 te bekostigen via een subsidieregeling (Kamerstukken II 2015/15, 33 891, nr. 132).

krijgen om in overleg met hun arts te kiezen voor die opnamefaciliteit, die het beste aansluit bij hun medische zorgbehoefte (medische noodzakelijkheid) en bij hun eigen zorgbehoefte.

De visie op het belang van een nadrukkelijker invulling vanuit patiënten op hun eigen behandelopties staat volop in de belangstelling: het vormgeven van persoonsgerichte zorg.² Dat kan ook betekenen dat patiënten juist kiezen voor zorg dichtbij huis, en in een eerstelijns verblijf setting. De ingezette veranderingen met betrekking tot de verpleging en verzorging binnen de Zvw waren daartoe een belangrijke stap; de eerstelijns verblijf bekostiging is hier een logisch vervolg op. Daarnaast geldt dat binnen de Zvw al ruimte is voor verpleging. Binnen het eerstelijns verblijf gaan verpleging en verblijf samen, waardoor het een logische stap is om verblijf zonder medisch specialistische zorg (MSZ) binnen de Zvw vorm te gaan geven. Door hogere opnamedrempels voor MSZ en Wlz wordt zorg eveneens zoveel mogelijk verplaatst naar de thuissituatie van patiënten. Om dit te ondersteunen zal meer zorg worden verplaatst naar de eerste lijn.

Als gevolg van de keuzevrijheid ontstaat er bij de zorgverzekeraars meer druk om de kwaliteit transparant te maken. Doordat zorgverzekeraars het vooruitzicht hebben dat zij risico gaan lopen, zorgt dit voor sterke prikkels voor een doelmatige uitvoering. Daarnaast is afwenteling door de zorgverzekeraar van het eerstelijns verblijf naar de Wlz niet meer mogelijk. Bovendien geldt er nu (vanuit de subsidieregeling) een eigen bijdrage voor het eerstelijns verblijf. Dit valt weg bij overheveling van het eerstelijns verblijf naar de Zvw.³

1.1.3 Verkenning Zorginstituut Nederland

De minister geeft aan dat het eerstelijns verblijf 'verblijf in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' omvat. Omdat eerstelijns verblijf gedeeltelijk een nieuwe invulling is van een oude voorziening in de AWBZ en vanwege de hervorming van de langdurige zorg, is het noodzakelijk dat er een heldere en scherpe afbakening komt van deze zorg ten opzichte van andere verblijfsvormen. Daarom is het Zorginstituut Nederland gevraagd aan te geven wanneer er sprake is van eerstelijns verblijf als verzekerde zorg onder de Zvw, en deze zorg helder af te bakenen ten opzichte van zowel respijtzorg in het sociale domein als andere zorgvoorzieningen in de curatieve en de langdurige zorg (zoals ziekenhuizen respectievelijk zoals verpleeghuizen). Tevens is het Zorginstituut verzocht een inschatting te geven van de duur van het eerstelijns verblijf en de noodzakelijke voorzieningen. In zijn reactie zal het Zorginstituut ook een uitspraak doen over hoe de specialist ouderengeneeskunde (SO) zich verhoudt tot de huisarts. Het Zorginstituut doet dit, omdat kwetsbare ouderen een belangrijke doelgroep vormen van het eerstelijns verblijf. Bij tijdelijk kortdurend verblijf onder de AWBZ speelde de SO een belangrijke rol voor deze patiëntenpopulatie. Het Zorginstituut zal de rol van de SO onderzoeken ten tijde van eerstelijns verblijf.

Het Zorginstituut heeft een belangrijke rol met betrekking tot uitleg en advisering rondom het verzekerde pakket Wlz en Zvw. Alleen zorg die als effectief kan worden aangemerkt, valt onder de dekking van de verzekering. De wettelijke omschrijving is: de zorg moet voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Het Zorginstituut Nederland als

² <http://www.3goedevragen.nl/>.

³ Bij overheveling naar de Zvw komt het eerstelijns verblijf ten laste van het (vrijwillig) eigen risico.

pakketbeheerder toetst geregeld of een interventie aan die eis voldoet.⁴ In het concrete geval van 'eerstelijnsverblijfbedden binnen de Zvw' kan het Zorginstituut de indicatie-interventie nog onvoldoende toetsen. Maar de formele condities binnen de regelgeving om te kunnen spreken van zorg die valt binnen de wettelijke aanspraak Zvw zijn wel te schetsen.

De verkenning hiertoe van de regelgeving door Zorginstituut Nederland is in een tussenrapportage vastgesteld op 30 maart 2015. Het verdere traject van het Zorginstituut naar aanleiding van het inhoudelijk commentaar van de relevante branchepartijen zal qua tijdsplan voor dit consultatiedocument niet meer parallel kunnen lopen. Parallel aan de werkzaamheden van het Zorginstituut hebben de brancheorganisaties Actiz, Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en Verenso de opdracht gekregen een afwegingskader voor een opname indicatie voor eerstelijns verblijf op te stellen.

De voorstellen voor de bekostiging van eerstelijns verblijf in de Zvw per 2016 in dit consultatiedocument zijn gebaseerd op bovengenoemde tussenrapportage van het Zorginstituut. Op basis daarvan is bepaald welke zorg in de bekostiging moet worden opgenomen. De teksten die daarvoor zijn opgenomen in dit consultatiedocument zijn voorafgaand aan onze consultatiefase voorgelegd aan het Zorginstituut Nederland.

1.2 Vormgeving bekostiging in de Zvw

Het invoeren van een volledig uitgewerkte nieuwe bekostigingssystematiek op het moment van overheveling van eerstelijns verblijf naar de Zvw per 2016 is onhaalbaar. Het gekozen tijdsplan geeft onvoldoende ruimte om gedegen onderzoek uit te kunnen voeren naar de precieze zorglevering, de bekostigingssystematiek en de daarbij behorende risico's. Om dit te ondervangen, zal de nieuwe bekostiging gefaseerd worden ingevoerd.

1.2.1 Fase 1: 2016

De eerste fase bestaat uit het overhevelen van de bestaande declaratietitels uit de subsidieregeling eerstelijns verblijf binnen de Wlz naar de Zvw, rekening houdend met bestaande prestaties binnen de eerstelijnszorg. Reden hiervoor is dat momenteel nog geen vastgestelde duiding is en geen richtlijnen van de beroepsgroepen bestaan waar de NZa zich voor de ontwikkeling van de bekostiging op kan baseren. Wij hebben wel gebruik kunnen maken van de verkenning van het Zorginstituut in hun tussenrapportage.

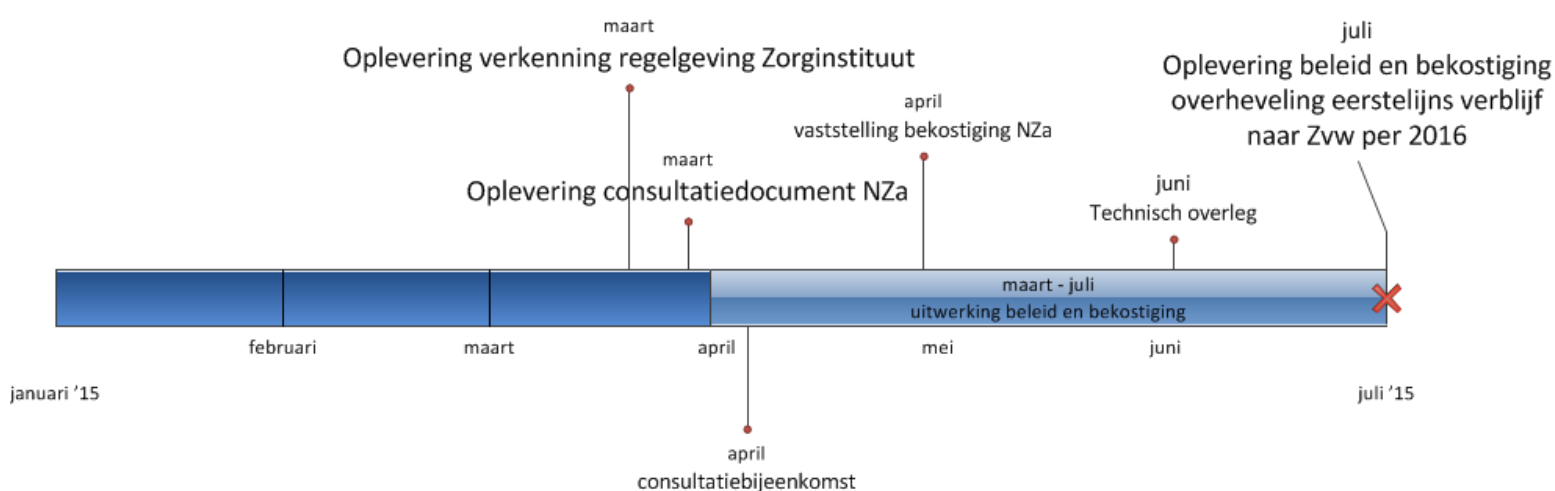
Concreet houdt fase 1 het 'Zvw-proof' maken van de prestaties en tarieven in (declaratietitels in de subsidieregeling) en het daarvan inpassen binnen de bestaande bekostigingsvormen van de eerste lijn. De mogelijkheden hiertoe zal de NZa consulteren bij de relevante branchepartijen: Actiz, BTN, LHV, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), NHG, V&VN, Verenso, Zelfstandige Particuliere Klinieken Nederland (ZKN), Paramedische beroepsgroepen, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Zorginstituut Nederland en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

⁴ <http://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapporten+en+standpunten>.

- De volgende stappen zullen worden gezet voor fase 1:
- januari – maart 2015 opstellen consultatiedocument;
 - eind maart 2015 verzending consultatiedocument naar partijen;
 - begin april 2015 consultatiebijeenkomst en schriftelijke reacties partijen;
 - eind april 2015 vaststelling bekostigingsmodel door Raad van Bestuur NZa;
 - eind april – mei uitwerking bekostigingsmodel in concept regelgeving;
 - eind mei versturing concept regelgeving naar partijen;
 - eind mei/begin juni technisch overleg concept regelgeving;
 - juni aanpassing concept regelgeving en zo nodig schriftelijke ronde partijen;
 - uiterlijk 1 juli vaststelling regelgeving eerstelijns verblijf 2016 door Raad van Bestuur NZa.

In figuur 1 staat dit proces schematisch weergegeven.

Figuur 1: Proces vormgeving bekostiging fase 1



1.2.2 Fase 2: Doorontwikkeling

Na vaststelling van een duiding en het voorhanden zijn van richtlijnen, afwegingskader of andere 'handvatten' van de beroepsgroepen kan de bekostiging van eerstelijns verblijf verder worden doorontwikkeld. De prestatie- en tariefstructuur kan dan op basis van onderzoek naar de precieze zorglevering meer passend worden gemaakt. Wanneer deze inhoudelijke documenten voorhanden zijn, zal de NZa hiervoor een doorontwikkeling opstarten. Bij deze doorontwikkeling zullen de genoemde relevante branchepartijen betrokken worden.

1.3 Opbouw

In dit document consulteert de NZa de relevante branchepartijen over de vormgeving van de bekostiging eerstelijns verblijf fase 1 voor 2016. Dit consultatiedocument is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt de huidige marktsituatie eerstelijns verblijf en de overgang naar Zvw beschreven. Hoofdstuk 3 beschrijft de voorgestelde bekostiging voor 2016, waarin een aantal keuzes wordt voorgelegd aan de branchepartijen middels consultatievragen. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de bekostiging van kapitaallasten en inventaris. Hoofdstuk 5

beschrijft de mogelijkheden tot het beheersen van de kosten van het eerstelijns verblijf. In hoofdstuk 6 wordt tenslotte aangegeven wanneer en waarom er een fraudetoets zal plaatsvinden en waar deze toets uit zal bestaan.

2. Huidige situatie

In dit hoofdstuk komt de huidige situatie ten aanzien van verblijf aan bod, als er geen indicatie (meer) is voor medisch specialistische zorg (MSZ), maar de patiënt volgens verwachting terug kan keren naar de thuissituatie. We gaan in op de historie en herkomst van het eerstelijns verblijf, de bestaande (bekostigings)vormen en de raakvlakken met andere vormen van zorg.

2.1 Huidige marktsituatie

In de huidige situatie zijn twee types verblijf van belang:

- Het kortdurend verblijf uit de AWBZ en eerstelijns verblijf in de Wlz, in omvang ook het grootste onderdeel.
- Initiatieven om ook onder Zvw verblijf aan te bieden zonder MSZ.

2.1.1 Kortdurend verblijf onder de (voormalige) AWBZ

Startpunt voor het eerstelijns verblijf is het kortdurend verblijf zoals dat tot 2015 werd geboden vanuit de AWBZ. Binnen de AWBZ was het mogelijk dat mensen tijdelijk in een zorginstelling verbleven, als in de thuissituatie tijdelijk niet kon worden voldaan aan de zorgbehoefte. Het kortdurende verblijf bevond zich tussen de medisch specialistische zorg (MSZ) en de ambulante zorg in. De omstandigheid dat een patiënt opgenomen was in een ziekenhuis, er geen indicatie meer was voor MSZ, maar wel een AWBZ-indicatie voor verblijf en behandeling maar de patiënt niet naar het verpleeghuis kon, de zogenaamde 'verkeerde bed', laten we hier buiten beschouwing.

De volgende criteria voor kortdurend verblijf in de AWBZ waren van toepassing:

- Er moest worden vastgesteld dat opname in het ziekenhuis medisch gezien niet noodzakelijk was.
- Er moest worden vastgesteld dat er geen structurele behoefte was aan verblijf en dat terugkeer naar huis en herstel op (korte) termijn zorginhoudelijk mogelijk was.

In praktijk werd het kortdurend verblijf in de AWBZ geboden aan twee groepen patiënten. Patiënten die snel weer konden terugkeren in de thuissituatie en patiënten met palliatief terminale zorg die niet in het ziekenhuis hoefden te worden opgenomen.

2.1.2 Eerstelijns verblijf in de subsidieregeling Wlz in 2015

In 2015 is er een subsidieregeling vormgegeven onder de Wlz, ter bekostiging van het eerstelijns verblijf. Dit is gedaan in afwachting van nadere duiding van de Zvw-aanspraak door Zorginstituut Nederland en een nieuwe bekostiging voor eerstelijns verblijf. Hierbij is vereist dat de patiënt in aanmerking komt voor de subsidie blijkens een oordeel van het Centrum Indicatie Zorg (CIZ). Daarnaast mag men niet beschikken over een indicatiebesluit waaruit blijkt dat de patiënt recht heeft op Wlz-zorg. Het ministerie van VWS heeft € 96 miljoen beschikbaar gesteld voor deze subsidieregeling. De prestaties die onder de Wlz-subsidie worden gebruikt voor declaratie door aanbieders, zijn een eerste aanzet voor nieuwe prestaties in de Zvw. De prestaties zijn benoemd en beschreven in paragraaf 2.3.

2.1.3 Eerstelijns verblijf in de Zvw per 2016

Eerstelijns verblijf wordt vormgegeven binnen de Zvw onder artikel 2.12 Bzv. Door de nieuwe context van de Zvw waarin het eerstelijns verblijf wordt geleverd en de tussenrapportage van het Zorginstituut over de Zvw aanspraak, spreken we in het overige deel van dit document van 'eerstelijns verblijf'. De markt voor eerstelijns verblijf bouwt uiteraard wel verder op de markt voor kortdurend verblijf. De doelgroepen die in aanmerking komen voor het eerstelijns verblijf, volgen uit het afwegingskader voor de opname indicatie dat ontwikkeld wordt voor 1 juli 2015.⁵

Bureau Hoeksma, Homans & Menting (HHM) heeft in 2014 onderzocht hoe de verwachte markt voor eerstelijns verblijf voor de groep patiënten die snel weer konden terugkeren in de thuissituatie er uitziet. Dit was in feite een gedachte-experiment waarbij de toekomstige aanspraak is vergeleken met bestaande zorgvormen. Onderstaande beschrijvingen komen rechtstreeks uit dat rapport.⁶

Er zijn verschillende typen patiënten door HHM onderscheiden, die in aanmerking komen voor eerstelijns verblijf:

- Kortdurende herstellzorg in het verzorgingshuis na verblijf in een ziekenhuis (zorgzwaartepakket verpleging & verzorging 3 (ZZP VV3)).
- Kortdurende herstellzorg in het verpleeghuis na verblijf in een ziekenhuis (ZZP VV6).
- Thuiswonende patiënten met een herstellzorgbehoefte zonder revalidatie-doelstelling en zonder voorafgaande ziekenhuisopname (diverse ZZP's).
- Thuiswonende patiënten waar zich een crisissituatie voordoet (overwegend VV3, VV4, VV6).

De totale omvang van kortdurende indicaties op een aantal peildata in 2013 varieerde van bijna 4.000 tot bijna 5.000. Het grootste aandeel had een ZZP-indicatie voor VV3, gevolgd door VV6. Het grootste deel van de patiënten met een kortdurende indicatie verbleef één tot drie maanden in een verzorgings- of verpleeghuis. Naarmate de zwaarte van het ZZP toenam, maakten patiënten vaak langduriger gebruik van de indicatie. Of deze werd uiteindelijk omgezet naar langdurig verblijf.

Een patiënt die in aanmerking komt voor palliatief terminale zorg binnen eerstelijns verblijf ontvangt zorg in zijn/haar laatste levensfase. Deze zorg wordt geboden als een patiënt een levensverwachting heeft van gemiddeld minder dan drie maanden. In Nederland is de situatie ontstaan, dat patiënten in diverse verblijfsetting kunnen en willen overlijden. Mensen overlijden bijvoorbeeld thuis, in een ziekenhuis, in een Wlz-instelling of een in hospice ('bijna-thuis'). Voor ons is het belangrijk dat de bekostiging deze gewenste zorgsituaties faciliteert. Met het bekostigen van een eerstelijns verblijfsetting maken wij de vergoeding hiervoor mogelijk binnen de context van de Zvw.

Zorginstellingen hebben een toelating nodig wanneer zij zorg willen aanbieden die op grond van de Zvw of Wlz voor vergoeding in aanmerking komt. De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) regelt de toelatingen, stelt regels over goed bestuur en bepaalt daarnaast in welke gevallen winst uitgekeerd mag worden. In hoeverre zorginstellingen die eerstelijns verblijf gaan aanbieden een toelating nodig hebben op grond

⁵ Spoorboekje 'Overheveling eerstelijns verblijf naar de Zvw 2016', versie 12 februari 2015, p. 12.

⁶ *Kortdurende (herstel)zorg: Doelgroepen, omvang en oplossingsrichtingen* (2014) Bureau HHM, Enschede.

van de WTZi is aan de wetgever. Voor zorgverzekeraars is dit relevant om te weten in verband met het opstellen van hun polisvoorwaarden.

2.1.4 Initiatieven onder de Zvw

Er spelen al langere tijd initiatieven onder de Zvw om vergoeding van verblijf zonder MSZ mogelijk te maken. Een relevant voorbeeld is een initiatief onder de beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties. Hierbij is een aparte prestatie aangevraagd voor een huisartsenhospitaal. Dit is verblijf onder verantwoordelijkheid van de huisarts, welke goed vergelijkbaar is met de strekking van het eerstelijns verblijf.

Andere initiatieven zijn een transmuraal centrum in de regio Utrecht, met als doel de samenwerking tussen MSZ en huisartsen te bevorderen en de overgang tussen MSZ en huisartsenzorg te verbeteren. Ook in Zeeland is een huisartsenkliniek.

De ontwikkelingen in voorheen de AWBZ en in de Zvw tezamen overziend, maakt duidelijk dat er behoefte is aan een heldere en eenvoudige structuur voor eerstelijns verblijf, waar huisartsgeneeskundige zorg geleverd en vergoed kan worden binnen de Zvw.

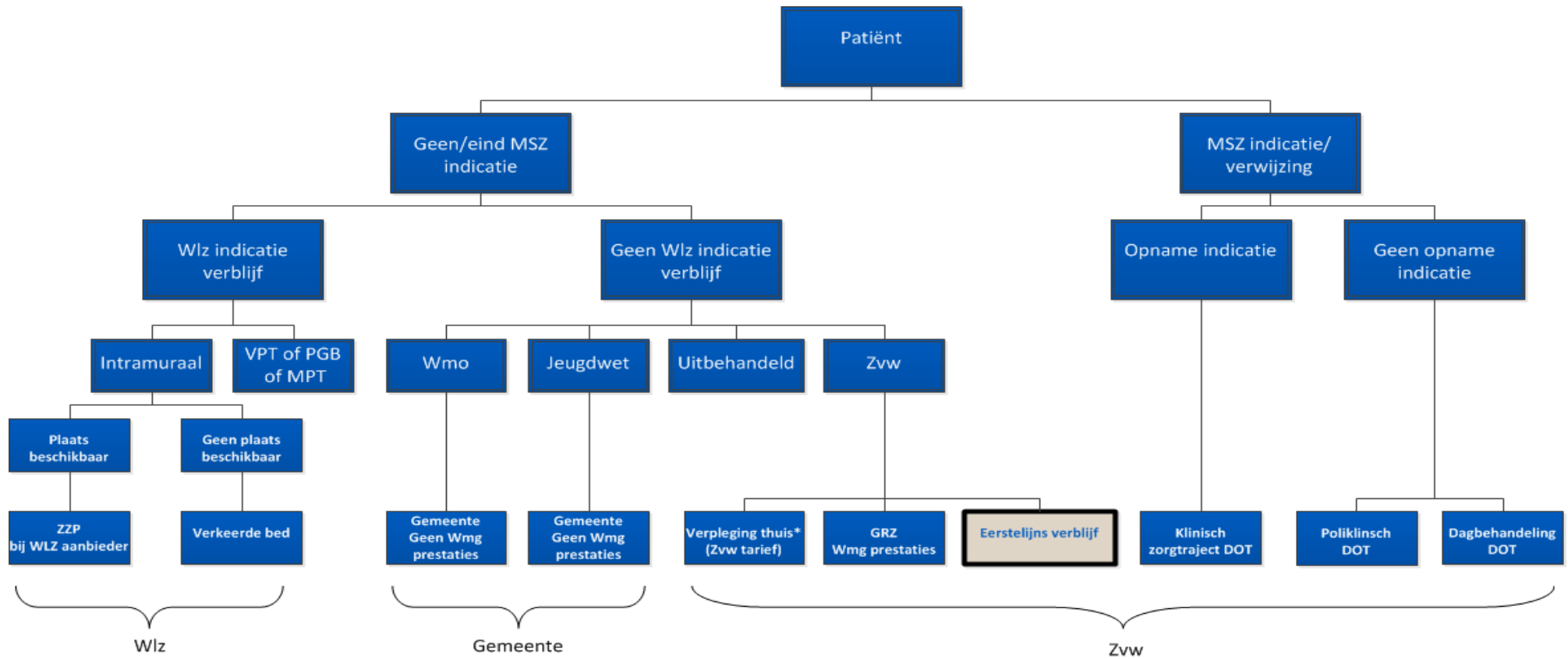
2.1.5 Schets mogelijke aanbieders van eerstelijns verblijf

In figuur 2 staat schematisch geschetst in welke wettelijke regelgeving een patiënt kan vallen. Dat heeft vooral betrekking op de vergoeding/inkoop: wie moet de zorg leveren dan wel vergoeden. De feitelijke plaats van zorglevering is ondergeschikt aan de functiegerichte beschrijving van zorglevering. Dit creëert aan de aanbodzijde voor eerstelijns verblijf veel mogelijkheden. Daarbij zijn de kenmerken van bestaande en nieuwe toetreders van belang. De zorgaanbieders moeten kennis hebben van en toegang tot investeringen voor de noodzakelijke infrastructuur. Het gaat daarbij om meer dan een bestaand of nieuw gebouw. Verder moet de aanbieder 'eerstelijns verblijf' organisatorisch en regelgeving-technisch in de markt kunnen zetten. Op voorhand zien wij de volgende organisatorische entiteiten, die dit in principe zouden moeten kunnen, in alfabetische volgorde:

- aanbieders Wlz-zorg;
- huisartsendienstenstructuren (HDS)⁷;
- huisartsgeneeskundige zorggroepen;
- instellingen voor medisch-specialistische zorg;
- organisaties die verpleging en verzorging leveren;
- woningbouwcorporaties (als exploitant van vastgoed Wlz-instellingen).

⁷ HDS is nu vooral rond de organisatie van acute zorg in avond, nacht, weekend en wettelijke feestdagen opgezet. Het gaat bij eerstelijns verblijf niet om acute zorg, maar wel om 24-uurs zorg.

Figuur 2: Positionering eerstelijns verblijf



* MSVT: verpleging in de thuissituatie noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg, valt per 1 januari 2016 ook onder verpleging

DOT: DBC's (Diagnose Behandelcombinaties) op weg naar Transparantie
 GRZ: geriatrie revalidatiezorg
 MPT: modulair pakket thuis
 MSZ: Medisch-specialistische zorg

PGB: persoonsgebonden budget
 VPT: Volledige pakket thuis
 Wlz: Wet langdurige zorg
 Wmg: Wet marktordening gezondheidszorg

Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning
 Zvw: Zorgverzekeringswet
 ZZP: zorgzwaartepakket

2.2 Verschil verblijf Zvw, Wmo en Jeugdwet

Patiënten kunnen om zowel medische als andere redenen opgenomen worden. Sociale omstandigheden kunnen er toe leiden dat iemand toch op moet worden genomen, terwijl er eigenlijk geen medische noodzakelijkheid (meer) is. Het moet daarom helder zijn welke wetsystematiek, regelgeving, bekostiging en financiering onder welke voorwaarden moeten gelden. Het verschil tussen verblijf ten laste van de Zvw, de Wmo en de Jeugdwet is daarom van belang. Het Zorginstituut besteedt hier in zijn verkenning ook aandacht aan. Voor hun nadere uitleg, verwijzen wij naar bijlage 1, paragraaf 2 van de verkenning. Kort samengevat: het plotseling wegvallen van de mantelzorgers kan een hiaat in de zorgverlening veroorzaken, dat snel moet worden gevuld. Bezien moet worden of een verhoogde inzet van de verpleegkundige zorg het hiaat kan vullen. Opname in het 'eerstelijns verblijf' is op zich niet aangewezen, tenzij door het wegvallen van de mantelzorg een 'hoog risico' ontstaat op gezondheidsverlies, doordat de medische situatie van de patiënt verslechtert of de zorgbehoefte escaleert. Respijtzorg is mogelijk om (dreigende) overbelasting van de mantelzorger te voorkomen. De Wmo wijdt expliciet aandacht aan de mantelzorger en de voorzieningen die de mantelzorger in staat stellen zijn zorg te leveren. Bij respijtzorg gaat de 'patiënt' logeren in een verblijfsetting dat georganiseerd is door de gemeente. Vraag is of onder 'respijtzorg' ook het verblijf wordt gerekend dat nodig is omdat een mantelzorger uitvalt bij een verzekerde in een medisch stabiele situatie. Inzake de Jeugdwet ziet het Zorginstituut ook nog enkele open punten, die om duidelijkheid vragen. In 2015 zal hij voor jeugdigen onder 18 jaar de productgroep sociale pediatrie van de kindergeneeskunde duiden inzake het onderscheid tussen de somatische (lichamelijke) zorg Zvw en de geestelijke gezondheidszorg binnen de Jeugdwet.

2.3 Beschrijving zorgprestaties via Wlz-subsidie

In 2015 is een subsidieregeling van toepassing voor het eerstelijns verblijf, die op 31 december 2015 eindigt. Voor de zorglevering worden onder de subsidie de volgende declaratietitels⁸ gebruikt.

Eerstelijns verblijf basis

Eerstelijns verblijf waarbij hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen wordt verleend.

Eerstelijns verblijf intensief

Eerstelijns verblijf waarbij algemene dagelijkse levensverrichtingen worden overgenomen en waarbij geneeskundige zorg, verpleging, verzorging en paramedische zorg wordt verleend onder substantiële coördinatie, regie en supervisie van een multidisciplinair team.

Eerstelijns verblijf palliatief terminaal

Eerstelijns verblijf waarbij algemene dagelijkse levensverrichtingen veelal worden overgenomen en waarbij in verband met een levensbedreigende ziekte of aandoening met een levensverwachting van minder dan drie maanden intensieve geneeskundige zorg, verpleging, verzorging en paramedische zorg verleend.

⁸ De declaratietitels vertonen overeenkomsten met (mogelijke) prestaties, maar hebben een andere juridische status.

Voor deze drie declaratietitels worden binnen de subsidieregeling de volgende vaste tarieven gehanteerd:

Tabel 1: Declaratietitels subsidieregeling

Bedrag	Omschrijving
€ 130,72 per etmaal	Voor eerstelijns verblijf basis, waarbij de geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, wordt verleend door een huisarts.
€ 188,19 per etmaal	Voor eerstelijns verblijf intensief, waarbij de geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, wordt verleend door een huisarts.
€ 269,02 per etmaal	Voor eerstelijns verblijf palliatief terminaal, waarbij de geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, wordt verleend door een huisarts.
€ 157,14 per etmaal	Voor eerstelijns verblijf basis, waarbij de geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, wordt verleend door een specialist ouderengeneeskunde (SO).
€ 217,75 per etmaal	Voor eerstelijns verblijf intensief, waarbij de geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, is verleend door een SO.
€ 306,31 per etmaal	Voor eerstelijns verblijf palliatief terminaal, waarbij de geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, is verleend door een SO.

De vergoeding van de huidige subsidieregeling eerstelijns verblijf is gebaseerd op de bekostiging van de variant kort verblijf uit de AWBZ. In de AWBZ waren de prestaties geordend naar zorgzwaarte. In de AWBZ kwamen kortdurende indicaties met verblijf met name voor bij de ZZP's VV3, VV6 en VV10.⁹ Er waren ook andere AWBZ-prestaties waaronder patiënten soms kortdurend verbleven. Deze prestaties zijn expliciet niet mogelijk gemaakt als declaratietitel onder de subsidieregeling. Dit is gedaan om een eenvoudige structuur te creëren. Onder de AWBZ kon met deze prestaties ruim 75% van het kortdurende verblijf gedeclareerd worden.¹⁰

Bij de drie eerstgenoemde prestaties is het tarief lager, omdat de noodzakelijke huisartsenzorg wordt betaald uit de reguliere structuur voor huisartsgeneeskundige zorg in de Zvw naast de declaratietitels eerstelijns verblijf ten laste van de Wlz. De betreffende prestaties die daarvoor worden gebruikt worden toegelicht in paragraaf 2.4.4.

De declaratietitels gebaseerd op de ZZP's VV3, VV6 en VV10 zijn grotendeels ook toepasbaar voor bekostiging van eerstelijns verblijf in de Zvw. Deze bekostigingsmogelijkheid wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 3.

2.4 Beschrijving aanpalende prestaties

Het eerstelijns verblijf heeft sterke raakvlakken met zorg uit andere domeinen binnen de Zvw. Verblijf uit medische noodzaak is bijvoorbeeld mogelijk in de:

- medisch specialistische zorg;
- geriatrische revalidatiezorg;
- tweedelijns geestelijke gezondheidszorg.

Ook de geneeskundige zorg waar de doelgroep voor eerstelijns verblijf aanspraak op maakt, komt voor in andere context binnen de Zvw. Het gaat specifiek om huisartsgeneeskundige zorg enerzijds en anderzijds de verpleging en verzorging. Ook kunnen er andere vormen van

⁹ Zie ook eerder aangehaald rapport van Bureau HHM over kortdurende (herstel)zorg.

¹⁰ Cijfers afgeleid uit rapportage Kortdurende (herstel) zorg van Bureau HHM. In dit percentage is de palliatief terminale zorg niet meegenomen.

(para)medische zorg nodig zijn om het herstel van patiënten te realiseren.¹¹ In paragraaf 3.4 staat een samenvatting van de verkenning van het Zorginstituut opgenomen, welke ingaat op de geneeskundige zorg bij eerstelijns verblijf.

Een logische vraag die voortkomt uit deze raakvlakken is of de prestatiestructuur voor eerstelijns verblijf niet geheel of gedeeltelijk gelijk kan zijn aan de bekostigingsmethodiek van andere sectoren. Om deze vraag te beantwoorden gaan we kort in op de bestaande bekostigingssystemen.

2.4.1 Medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg (MSZ) betreft in feite tweedelijns zorg. De zorg wordt geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Toegang tot de (vergoeding van) MSZ moet conform de Zvw, met uitzondering van de acute zorg, verkregen worden door verwijzing door een verwijzer. De huisarts is in de meeste gevallen degene die verwijst naar MSZ¹², maar ook andere professionals uit de eerstelijns zorg of medisch specialisten kunnen verwijzen. De zorgverzekeraar kan hiervoor bepalingen opnemen in zijn polisvoorwaarden.

Zowel eerstelijns verblijf als MSZ betreffen in principe (kortdurende) op herstel gerichte vormen van zorg. Het onderscheid tussen het eerstelijns verblijf en de MSZ betreft de inhoud van de zorg. Eerstelijns verblijf betreft zorg waarvoor de huisarts de eerst aangewezen is om de feitelijke geneeskundige zorg te leveren. De huisarts wordt daartoe bijgestaan door een verpleegkundige, die (in opdracht van de huisarts) verpleging en verzorging levert. Welke verpleegkundige zorg dat specifiek betreft, hangt af van de individuele patiëntsituatie en de ontwikkelingen in de loop van de tijd. Omdat er een noodzaak is voor verblijf, is sprake van een medisch situatie die geen noodzaak met zich meebrengt voor opname in een instelling voor medisch specialistische zorg, maar wel aandacht vraagt van een huisarts met de noodzakelijke verpleegkundige inzet in de directe nabijheid van de patiënt.

De prestatiestructuur van de MSZ is gebaseerd op de inhoud van de zorg: de prestaties binnen de DOT-systematiek¹³ zijn te typeren als een bundel zorgactiviteiten. Deze zorgactiviteiten zijn, wanneer sprake is van verblijf (klinische behandeling), onderdeel van de prestatie, naast de verpleegdag, die ook als 'zorgactiviteit' wordt geregistreerd. Gedacht kan worden aan het plaatsen van een knieprothese, een longpunctie, een consult door een internist of het doen van een sensibiliteitsonderzoek. De verpleegdagen worden geregistreerd binnen een zorgtraject en zijn noodzakelijk om af te leiden naar een (klinisch) product. Daarmee is het aantal verpleegdagen binnen een diagnose behandelcombinatie (DBC) bekend. Dit zijn echter verpleegdagen in een medisch specialistische setting. Voor eerstelijns verblijf zijn de eerder genoemde specifieke zorgactiviteiten niet gedefinieerd.

De prestatie- en tariefstructuur van DBC-DOT is niet bruikbaar voor eerstelijns verblijf. Ten eerste omdat de tarieven aansluiten bij de setting van een instelling voor MSZ, zoals een ziekenhuis. Hetzelfde geldt voor bepaalde professionals die de zorg leveren, zoals bijvoorbeeld OK-assistenten, IC-verpleegkundigen en klinisch psychologen. De personele

¹¹ Besluit zorgverzekering, artikel 2.6 lid 1 Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefen therapie, logopedie, ergotherapie en dieetadviesing.

¹² De huisarts moet in elke polis zijn opgenomen als verwijzer (artikel 14 lid 2 Zvw). Ook is de huisarts in praktijk meestal het eerste aanspreekpunt voor mensen met een zorgvraag. Andere verwijzers zijn echter toegestaan.

¹³ Diagnosebehandelcombinaties (DBC's) op weg naar Transparantie.

kosten zijn dan ook niet vergelijkbaar. Dit wil niet zeggen dat het voor een ziekenhuis onmogelijk is om eerstelijns verblijf te leveren. Het ligt echter voor de hand dat een ziekenhuis deze zorg dan levert in een passend onderdeel van een gebouw, met personeel dat aansluit bij de specifieke zorgvraag van de patiënt binnen een eerstelijns verblijfsetting. Overigens kán het voor een ziekenhuis aantrekkelijk zijn om overcapaciteit, die niet gebruikt wordt voor MSZ, in te zetten voor eerstelijns verblijf, in plaats van leegstand. Ten algemene zien we in de MSZ geen aanknopingspunten voor de bekostiging van eerstelijns verblijf.

Sinds enige jaren is de vergoeding van kapitaallasten in de tarieven voor de zorgprestaties opgenomen, waarmee de vergoeding productie afhankelijk is geworden. In het gereguleerde A-segment wordt 8% van de DBC-prijs gerekend als vergoeding voor de kapitaallasten. Dit percentage is berekend op basis van verhoudingen uit de functiegerichte budgetten van instellingen voor MSZ. Dit percentage is naar verwachting niet representatief voor de kosten van eerstelijns verblijf gezien een verblijfssetting voor MSZ in het algemeen veel duurder is dan voor verblijf zonder MSZ. Dit is met name omdat hier complexere zorg wordt geleverd waar duurdere voorzieningen voor nodig zijn. In het B-segment is de vergoeding voor kapitaallasten vrijgelaten. Voor de toepassing van de garantieregeling kapitaallasten wordt overigens wel uitgegaan van een normatieve dekking van 8%. Samenvattend zien we geen bruikbare handvatten in de bestaande vergoedingen voor MSZ voor de vergoeding van kapitaallasten voor eerstelijns verblijf.

2.4.2 Geriatrische revalidatiezorg

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen na bijvoorbeeld een operatie of functionele achteruitgang. De zorg is onderdeel van de 'geneeskundige zorg' en wordt omschreven in artikel 2.5 Bzv onder c. De bepaling luidt als volgt: "Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is."

De zorg richt zich op verwacht herstel van functioneren en participatie. De revalidatiezorg richt zich op de (veelal) oudere patiënt en eventuele mantelzorgers.¹⁴ Het behandelen van complicaties en bijkomende aandoeningen neemt in het revalidatietraject een grote plaats in. Gestreefd wordt naar een zodanig herstel dat bij voorkeur terugkeer naar de oude woonsituatie mogelijk is. GRZ is ook een vorm van een tweedelijns (somatische) zorg. Toegang wordt verkregen op verwijzing van de huisarts of een andere verwijzer.

Deze zorg heeft een aantal gelijkenissen met de doelgroep eerstelijns verblijf. Ook hier richt de zorg zich op herstel en terugkeer naar de thuissituatie. Ook de achtergrond van deze zorg in de AWBZ is in enige mate gelijk aan eerstelijns verblijf. Gelijk is ook duidelijk dat eerstelijns verblijf en GRZ in de AWBZ andere prestaties kenden (VV3 en VV6 versus VV9, zie ook paragraaf 2.3). De doelgroep heeft meer en specifiekere zorg nodig dan de doelgroep voor eerstelijns verblijf.

¹⁴ Bij de patiëntgroep voor GRZ heeft medisch-specialistische diagnostiek/interventie plaatsgevonden waarbij doorgaans sprake zal zijn geweest van een opname. Opname is echter niet vereist (Bzv per 1 januari 2015).

De prestatiestructuur van de GRZ is (voor de toekomst) opgenomen in DBC-DOT. Deze is zoals eerder betoogd niet geschikt voor eerstelijns verblijf. Dit geldt eveneens voor de tariefstructuur.

De kapitaallasten van GRZ worden afzonderlijk vergoed van de overige kosten. Ook bij de GRZ is het de bedoeling om de kapitaallasten te vergoeden middels de zorgprestaties. Hiervoor gebruiken ze de zogenaamde normatieve huisvestingscomponent (NHC). Deze NHC wordt ook gebruikt in de curatieve GGZ en voor zorg in de Wlz. Het ligt voor de hand om de NHC-methodiek ook te gebruiken voor eerstelijns verblijf. Zowel GRZ als eerstelijns verblijf komen immers voort uit de AWBZ.

De exacte NHC-vergoeding voor GRZ is echter niet toepasbaar voor eerstelijns verblijf. Vanuit het verleden kennen de prestaties voor geriatrische revalidatiezorg andere NHC-vergoedingen dan de prestaties die voor kortdurend verblijf binnen de AWBZ gebruikt werden. Een ander aspect is dat er een overgangsregeling van toepassing is voor de GRZ, om de transitie naar bekostiging met zorgprestaties te faciliteren. Aangezien zowel GRZ als eerstelijns verblijf gedurende deze transitie overgeheveld worden naar de Zvw, is de methodiek van de NHC-vergoedingen voor GRZ ook interessant voor het eerstelijnsverblijf, hoewel deze niet één-op-één over te nemen is.

2.4.3 Specialistische geestelijke gezondheidszorg

Specialistische geestelijke gezondheidszorg is zorg die zich richt op psychiatrische aandoeningen en ziektebeelden. De zorg kan zowel met als zonder verblijf geleverd worden. Toegang kan worden verkregen na verwijzing van onder andere de huisarts.

Zorg en verblijf zijn gesplitst binnen de prestatiestructuur voor de curatieve GGZ (cGGZ). De zorg in de cGGZ vertoont weinig gelijkenis met die voor eerstelijns verblijf. Het gaat om gespecialiseerde behandeling van psychiatrische ziektebeelden. Deze zorg wordt niet geleverd binnen het eerstelijns verblijf. Het GGZ-verblijf is apart bekostigd. De prestaties zijn gedifferentieerd op basis van de inzet van verpleegkundig personeel. Hoewel de gedachte achter de samenstelling van de prestaties bruikbaar is, zijn de prestaties zelf dat niet. De verblijfdagen zijn onderdeel van een andere setting, met een ander doel en ander personeel. Op een aantal algemene definities na (bijvoorbeeld declaratievoorwaarden) zijn de verblijfsprestaties voor de cGGZ niet bruikbaar voor het eerstelijns verblijf.

De tariefstructuur van de GGZ kent maximumtarieven. Deze maximumtarieven zijn gebaseerd op de werkelijke kosten van aanbieders van cGGZ. Het is niet mogelijk specifieke GGZ-elementen uit de kostprijs of de prestatie te halen, om een basis over te houden voor eerstelijns verblijf.

De vergoeding van kapitaallasten is wederom ondergebracht in een aparte regeling. Ook in de GGZ vindt, net als bij de MSZ en GRZ een transitie plaats in de bekostiging van kapitaallasten. Ook hier wordt de vergoeding voor kapitaallasten gekoppeld aan de zorgprestaties middels een NHC. Deze NHC's zijn echter specifiek ontwikkeld voor de specialistische GGZ en daarom niet één op één bruikbaar voor het eerstelijns verblijf. Ook bij de curatieve GGZ is het overgangsmiddel naar vergoeding middels zorgprestaties gelijk van toepassing als bij de GRZ. De curatieve GGZ hanteert echter een relatief ingewikkeld verrekeningsmodel, omdat er een verdeling wordt gemaakt over drie verschillende sectoren (Forensische Zorg, langdurige GGZ, curatieve GGZ). Het model voor eerstelijns verblijf kan simpeler.

2.4.4 Huisartsgeneeskundige zorg

De toegang tot de huisartsgeneeskundige zorg is vrij. Essentie is dat deze zorg altijd wordt geleverd in de eigen omgeving van de patiënt dan wel op een huisartsenpraktijk of op de huisartsenpost tijdens de avond, nacht, weekenden en wettelijke feestdagen. De bekostiging bestaat uit drie segmenten:

- Segment 1: de basisvoorziening huisartsenzorg, met een hybride vergoeding op basis van abonnement en (voorlopig nog) een vergoeding per consult, visite, enzovoorts;
- Segment 2: programmatische multidisciplinaire eerstelijnszorg;
- Segment 3: resultaatbeloning en zorgvernieuwing in een segment met vrije tarieven.

In de huidige subsidieregeling voor eerstelijns verblijf wordt de huisartsgeneeskundige zorg onder andere apart bekostigd. Deze aparte bekostiging kan doorlopen als eerstelijns verblijf onder dekking van de Zvw wordt gebracht. De prestaties die met eerstelijns verblijf verband houden en gedeclareerd kunnen worden vanuit de huisartsenbekostiging zijn:

- In segment 1 de inschrijving, de visite en intensieve zorg;
- In segment 2 bijvoorbeeld de module geïntegreerde eerstelijnszorg;
- In segment 3 kunnen huisartsen de prestaties voor het meekijkconsult en de prestatie overige zorgvernieuwing declareren (Beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, BR/CU-7105).

De bekostiging voor eerstelijns verblijf moet faciliteren dat zowel de huisarts bij wie de patiënt op naam staat ingeschreven als een andere arts de zorg gedurende het verblijf kan leveren. Uiteraard houdt de huisarts bij wie de patiënt op naam staat ingeschreven de regie over een patiënt. We kunnen de situatie dan ook wel vergelijken met het verblijf in een ziekenhuis. De arts die de zorg levert gedurende het verblijf kan verschillende achtergronden hebben, zolang hij de zorg levert 'zoals huisartsen die plegen te bieden'. De bekostiging van het eerstelijns verblijf biedt in principe de vergoeding voor zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Dit is een aanpassing ten opzichte van de ZZP-bekostiging in de AWBZ, subsidieregeling in de Wlz en de huidige praktijk met de huisartsenbekostiging. Eventuele inzet van de huisarts bij wie de patiënt op naam staat ingeschreven wordt bekostigd via de bekostigingsstructuur van de huisartsenzorg. We wijzen erop dat deze zorg dan wordt geleverd ten laste van het budgettair kader huisartsen. Dit is echter niet anders dan nu het geval is.

De Zvw kent geen wettelijke bepalingen voor exclusiviteit met betrekking tot de huisarts bij wie de patiënt op naam staat ingeschreven. Een patiënt heeft recht op huisartsgeneeskundige zorg, een functionele beschrijving. In Nederland wordt de rol van de huisarts als poortwachter als zeer belangrijk ervaren. De huisarts kan deze functie invulling geven door het op naam ingeschreven zijn van zijn/haar patiënten. In de bekostiging is dat terug te zien in segment 1 voor de basisvoorziening huisartsenzorg. Die omvat onder andere een tarief voor inschrijving, consulten en visites voor eigen patiënten en tarieven voor passanten, praktijkondersteuning en overige S1-prestaties. Bij eerstelijns verblijf zal de huisarts, waar een patiënt zelf bij is ingeschreven, niet als enige de 24 uren zorg zo nodig zeven dagen in de week, 12 maanden per jaar, leveren. Als een andere (huis-)arts de geneeskundige zorg levert, dan kan dat zijn omdat de patiënt verder weg wordt opgenomen dan de gebruikelijke reisafstand voor een huisarts (15 minuten conform de beroepsnorm). Het kan ook zijn, omdat een ander arts als waarnemer of

arts van dienst de zorg levert. Daarnaast bestaan er zogenaamde NONI's = niet op naam ingeschreven patiënten.

Uiteraard worden voor de huisartsgeneeskundige zorg ook de kapitaallasten vergoed. De methodiek is echter anders dan bij de eerder genoemde zorgvormen. De kapitaallasten zijn niet als apart onderdeel van de vergoedingen te herkennen. Alle tarieven worden gebaseerd op gemiddelde werkelijke kosten, waaronder kapitaallasten.

Consultatievragen huisartsgeneeskundige zorg:

1. Welke prestaties worden nu in rekening gebracht door huisartsen in de huidige Wlz-subsidieregeling?
2. In hoeverre zijn de gebruikte prestaties voldoende kostendekkend? Graag motiveren.
3. In welke mate dekken de prestaties huisartsgeneeskundige zorg, zoals een (passanten) visite, de kosten voor een patiënt, als die patiënt niet ingeschreven is bij de huisarts die de feitelijke zorg levert ten tijde van eerstelijns verblijf? Graag motiveren.
4. In welke mate dekken de prestaties huisartsgeneeskundige zorg, zoals een (passanten) visite, de kosten voor een NONI patiënt? Graag motiveren.

2.4.5 Verpleging en verzorging

De verpleging en verzorging van patiënten kan zowel zonder of met verblijf in een instelling. Volgens de definitie van het eerstelijns verblijf, bevat dit verblijf altijd een bepaalde vorm of mate van verpleging en/of verzorging. De verpleging zonder verblijf, in de eigen omgeving, is niet relevant in dit kader, omdat het juist gaat om (verpleging in) een verblijfssetting.

Verpleging in een instelling voor langdurige zorg is een veelvoorkomende vorm van zorg in de Wlz. In de bestaande subsidieregeling eerstelijns verblijf is de verpleging en verzorging tijdens het verblijf integraal opgenomen. De subsidieregeling bevat integrale pakketten met daarin opgenomen de vergoeding van:

- hotelmatige kosten;
- verpleging/Verzorging in uren per week;
- kapitaallasten en inventaris, toegerekend aan een verblijfsdag.

Deze wijze van bekostigen is ook toepasbaar voor het eerstelijns verblijf. Ten eerste omdat de leefomgeving en de verpleging/verzorging bij medisch noodzakelijk verblijf onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. In die zin is het logisch om beide aspecten te koppelen dan wel in een pakket op te nemen. Ook de kapitaallastenregeling is goed bruikbaar voor het eerstelijns verblijf. Deze past goed bij de verwachte setting waarin eerstelijns verblijf wordt geleverd en de geschetste bekostiging in pakketten.

2.4.6 Samenvattend

In de prestatiestructuren van andere sectoren binnen de Zvw is geen één op één vergelijkbare context te vinden, die direct toepasbaar is voor eerstelijns verblijf. De op dit moment gebruikte prestaties en tarieven binnen de subsidieregeling, welke zijn gebaseerd op de ZZP-structuur, past qua opzet goed bij het eerstelijns verblijf, maar moet aangepast worden om hanteerbaar te zijn binnen de nieuwe context van eerstelijns

verblijf; de Zvw. Het 'Zvw-proof' maken van de prestaties en tarieven (declaratietitels in de subsidieregeling) en het daarvan inpassen binnen de bestaande bekostigingsvormen van de eerste lijn.

Belangrijkste aandachtspunten zijn het onderbrengen van op herstelgerichte (para) medische zorg bij het verblijf, de inzet van de arts bij het verblijf en de apothekezorg plus genees-, hulp- en verbandmiddelen. In het volgende hoofdstuk worden twee mogelijke bekostigingsvarianten beschreven waarbij alternatieven worden voorgesteld voor genoemde aandachtspunten.

Wat betreft de kapitaallasten zien we in andere markten wel aanknopingspunten voor het bekostigingsmodel van eerstelijns verblijf. Uit onder andere de curatieve GGZ en de GRZ is het NHC-model bruikbaar, zoals dat nu ook wordt gebruikt voor kortdurend verblijf onder de AWBZ. Uit de GRZ is het idee achter het overgangsmodel relevant. In hoofdstuk 4 wordt verder ingegaan op de kapitaallasten.

3. Bekostiging fase 1

3.1 Inleiding

De analyse van de huidige situatie van eerstelijns verblijf en bestaande bekostigingsstructuren van andere vormen van verblijf in de Zvw (zie vorig hoofdstuk) maken duidelijk, dat er geen bekostigingsstructuur voorhanden is die direct toepasbaar is voor eerstelijns verblijf. Dit betekent dat de bestaande prestaties en tarieven (declaratietitels in de subsidieregeling) 'Zvw-proof' gemaakt moeten worden en dat deze moeten worden ingepast binnen de bestaande bekostigingsvormen van de eerste lijn. Daarbij moeten wij rekening houden met de uitgebrachte verkenning van het Zorginstituut. In dit hoofdstuk lichten wij de mogelijkheden toe en leggen een aantal varianten ter consultatie voor.

Voorafgaand aan de toelichting van de varianten verkennen wij eerst de mate waarin prestatie en tariefregulering noodzakelijk is voor eerstelijns verblijf, in het licht van de Zvw-systematiek. Daarnaast lichten wij de tariefopbouw toe. Ook komt de verkenning van de regelgeving door het Zorginstituut aan bod en welke componenten van zorg ten tijde van eerstelijns verblijf op basis van die verkenning moeten worden opgenomen in de bekostiging.

3.2 Prestatie en tariefregulering

Voor het bepalen van de mate van prestatie en tariefregulering voor eerstelijns verblijf in de Zvw hebben wij het toetsingskader gebruikt zoals beschreven in het visiedocument theoretische kader liberalisering vrije beroepen in de zorg.¹⁵ Uit dit kader volgt dat volledige deregulering per 2016 nog niet gewenst is:

- Tariefregulering is noodzakelijk voor de verpleging en verzorging en de hotelmatige component binnen eerstelijns verblijf. Redenen hiervoor zijn dat dit een nieuwe zorgmarkt betreft met tot nu toe een beperkt aantal aanbieders en waarbij het geleverde zorgproduct nog niet eenduidig gedefinieerd is. Een andere reden is dat dit nog geen markt waar zorgverzekeraars volledig risicodragend zijn.
- Tariefregulering is minder noodzakelijk voor paramedische zorg omdat deze zorg al in de eerste lijn wordt geboden en zorgverzekeraars hier al risico op lopen. Ook zijn zorgverzekeraars vertrouwd met de inkoop van zorg die huisartsen bieden bij kort of langdurig verblijf van een verzekerde in een verzorgingshuis.

Om de mate van tariefregulering van de nieuw te vormen prestaties eerstelijns verblijf te bepalen hangt af van de mate waarin het wenselijk wordt geacht door partijen om de reeds bestaande prestaties en tarieven voor paramedische zorg en/of zorg zoals huisartsen plegen te bieden te wijzigen of uit te breiden door overheveling van deze zorg naar de Zvw. Vervolgens kunnen wij beoordelen in welke mate prestatie en tariefregulering voor paramedische zorg en zorg zoals (huis)artsen plegen te bieden noodzakelijk is.

¹⁵ Visiedocument theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg, NZa, 2007.

3.3 Tariefopbouw

Er is onvoldoende tijd om voor 1 juli 2015 een betrouwbaar en representatief kostenonderzoek te laten uitvoeren. Voor tariefonderzoek moeten de te leveren prestaties duidelijk zijn qua inhoud en omvang. Dit inzicht is niet tijdig beschikbaar. De NZa stelt daarom voor om de tarieven voor eerstelijns verblijf te baseren op reeds eerder uitgevoerde kostenonderzoeken naar vergelijkbare prestaties in de Zvw en Wlz of componenten van prestaties. In de toekomst kan dan een kostenonderzoek worden gestart om de tarieven opnieuw te onderbouwen.

3.4 Verkenning eerstelijns verblijf

Tot 2015 in de AWBZ en in 2015 binnen de subsidieregeling eerstelijns verblijf ten laste van de Wlz, leveren diverse beroepsgroepen zorg in combinatie met eerstelijns verblijf waartussen substitutie kan plaats vinden. Voor de Zvw is het van belang dat er duidelijkheid is over de inhoud en omvang van de zorg die geleverd wordt én dat deze past binnen de aanspraak Zvw. Daartoe is een nadere duiding van de aanspraak door het Zorginstituut Nederland belangrijk als pakketbeheerder. Het Zorginstituut heeft in maart 2015¹⁶ een verkenning naar de regelgeving rond het eerstelijns verblijf uitgebracht, hierna te noemen 'verkenning'.

In de verkenning van het Zorginstituut wordt eerstelijns verblijf gericht op herstel als volgt omschreven:

- Het verblijf is noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg, zoals huisartsen plegen te bieden.
 - Het Zorginstituut zegt daar het volgende over: "Zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' concretiseert het domein waarop de te verzekeren prestaties betrekking hebben. Het Zorginstituut legt dit domein als volgt uit: het omvat het professionele arsenaal van aan zorg, waarvoor het arsenaal van de huisartsen als uitgangspunt dient. De huisartsen als beroepsgroep hebben dit arsenaal beschreven in geschreven documenten, zoals richtlijnen, standaarden, beroepsvisies, omschrijving deskundigheidsgebieden. Dit arsenaal omvat een verscheidenheid aan activiteiten, bijvoorbeeld observeren (bijvoorbeeld in de zin van 'afwachten' onder geneeskundig of verpleegkundig toezicht), bewaken, diagnosticeren, medicatie toedienen, huisartsgeneeskundige verrichting doen. Uit 'observeren' en 'diagnosticeren' volgt dat er nog geen sprake hoeft te zijn van een medische diagnose."¹⁷
- De 'eigen' huisarts (de huisarts bij wie de patiënt op naam staat ingeschreven) besluit formeel tot opname in het eerstelijns verblijf als eerst betrokken medische zorgverlener.
 - De verkenning van het Zorginstituut: "Dit betekent dat een huisarts een specialist ouderengeneeskunde (SO) kan consulteren bij de zorg die hij verleent aan een oudere in het eerstelijns verblijf en dat deze consultatie dan onder de basisverzekering valt (zoals hij ook een medisch specialist kan consulteren als hij dat nodig acht). De huisarts kan ook afspraken met de SO maken over 'medebehandeling' binnen de muren van het eerstelijns verblijf. Ook deze inbreng valt dan onder de Zvw. Het is aan de betrokken

¹⁶ Tussenrapportage Verkenning van de regelgeving rond het eerstelijnsverblijf; Zorginstituut Nederland.

¹⁷ Zie voetnoot 15.

huisarts en SO om hierover zorginhoudelijke afspraken te maken.”
 Samengevat: Binnen het eerstelijnsverblijf kan de huisarts een SO inschakelen voor consultatie en medebehandeling. Consultatie en medebehandeling beschouwen wij als generalistische medische ouderenzorg en deze zorg valt onder ‘zorg zoals huisartsen die plegen te bieden’. Deze zorg van de SO valt onder de Zvw.¹⁸

- Het verblijf kan ook geboden worden als er sprake is van een hoog risico op een behoefte aan geneeskundige zorg.
 - Zorginstituut: “Dit betekent dat verblijf ook aan de orde kan zijn als er nog geen sprake is van een acute aandoening. Dit kan bijvoorbeeld zijn omdat de patiënt thuis het risico loopt op ontstaan van of verergering van een aandoening, of omdat, kortweg, gezondheidsverlies dreigt.”¹⁹
- De voorwaarde voor het verblijf is dat het verblijf medisch noodzakelijk is.
 - De verkenning van het Zorginstituut: “In principe wordt huisartsenzorg op de praktijk van de huisarts geleverd of in de eigen omgeving van de patiënt. Als de zorg daar niet verantwoord en/of adequaat geleverd kan worden, kan de huisarts besluiten dat er reden is voor opname. ‘Niet adequaat of verantwoord’ kan bijvoorbeeld aan de orde zijn omdat de infrastructuur van het verblijf gewenst is vanwege de beschikbare apparatuur. Medisch specialistische zorg zal eerder eisen stellen aan de infrastructuur dan huisartsenzorg. Op voorhand lijkt de medische noodzaak voor eerstelijns verblijf voornamelijk te liggen in de behoefte aan continue verpleegkundige aanwezigheid in de nabijheid: de verpleegkundige die zowel verpleegkundig handelt, als een wakend oog heeft over de medische situatie van de patiënt om tijdig de behoefte aan medisch ingrijpen te signaleren. Verblijf in verband met geneeskundige zorg is immers aan de orde als er sprake is van een instabiele (zorg)situatie of een situatie die zonder adequate toezicht en zorg instabiel kan worden.”²⁰
- (Behoeft aan) geneeskundige zorg. ‘Behoeft aan geneeskundige zorg’ betekent niet per se een aandoening of medische diagnose. Het kan ook gaan om dreigend gezondheidsverlies, voorkomen van verergering, diagnostiek, stabilisatie etc. ‘Medische noodzaak’ vormt de verbinding tussen ‘verblijf’ en ‘geneeskundige zorg’. De overwegingen rond medische noodzaak moeten duidelijk maken waarom de benodigde geneeskundige en/of verpleegkundige zorg niet thuis geleverd kan worden, maar een verblijfsomgeving vergt. ‘Dreigend gezondheidsverlies’ is in eerste instantie een indicatie voor zorg; het kan ook een ‘medische noodzaak’ voor verblijf vormen, bijvoorbeeld wanneer de eigen omgeving niet in staat is tot zaken als medicatietoediening of niet in staat is wijzigingen in de gezondheidssituatie vast te stellen die tot geneeskundig ingrijpen nopen. Het vaststellen van de medische noodzaak tot verblijf vergt dus inzicht in de situatie thuis; de context van de verzekerde; het verloop van ziekte of aandoening. Dit betekent dat de verpleegkundige diagnose en zorg mede de medische noodzaak voor verblijf bepalen, maar dat deze altijd figureren binnen een geneeskundige context.”²¹
- Het verblijf gaat gepaard met verpleging en verzorging. “De behoefte aan verpleging en verzorging tijdens het verblijf is duidelijk. Ook al

¹⁸ Zie voetnoot 15

¹⁹ Zie voetnoot 15

²⁰ Zie voetnoot 15

²¹ Zie voetnoot 15

varieert de behoefte, iedere patiënt is in meerdere of mindere mate aangewezen op 'verpleging of verzorging' tijdens het verblijf."²²

- Het verblijf gaat in principe niet gepaard met paramedische zorg, tenzij een indicatie voor paramedische zorg ontstaat gedurende het verblijf.
 - "De regelgeving leidt tot dit onderscheid tussen intramurale en extramurale paramedische zorg. De uitvoering moet uitwijzen of het onderscheid in de praktijk van alledag werkbaar is", aldus het Zorginstituut.²³
- Verband-, genees- en hulpmiddelen vallen ten tijde van het verblijf alleen binnen de aanspraak, voor zover deze middelen verband houden met de geneeskundige zorg binnen het verblijf.
 - Zorginstituut in zijn verkenning: "We gaan ervan uit dat alleen die middelen ter beschikking staan als onderdeel van het eerstelijnsverblijf die samenhangen met de geneeskundige zorg waarvoor het verblijf is geïndiceerd. Met andere woorden we scharen onder de geneeskundige zorg (en daarmee onder het 'eerstelijnsverblijf') de verband-/genees- en hulpmiddelen die deel uit maken van de 'outillage' van het verblijf. Dit betekent dat we de middelen die de verzekerde in de eigen omgeving gebruikt en die daar via de extramurale prestatie worden vergoed, ook tijdens het verblijf, nog steeds tot de extramurale prestatie rekenen. Zorginhoudelijk gezien: deze middelen kunnen via de eigen apotheek beschikbaar blijven."²⁴
- Het verblijf is naar de aard van de zorg, zorg zoals huisartsen plegen te bieden, kortdurend, althans eindig in de tijd.
 - Zorginstituut: "Kortom, de maximale duur voor eerstelijnsverblijf kunnen we niet uit de regelgeving afleiden. Zorginhoudelijk zal wel de vraag spelen hoe lang een huisarts verantwoording wil nemen voor een patiënt die opgenomen is en hoe lang verblijf zorginhoudelijk verantwoord en zinnig is voordat andere opties overwogen moeten worden."²⁵

Het Zorginstituut staat in de verkenning ook stil bij de palliatief terminale zorg: "Er zijn verschillende verblijfsvormen voor palliatief terminale zorg. Vooralnog concludeert het Zorginstituut dat de verschillen tussen deze verblijfsvormen voornamelijk liggen in organisatie en bekostiging en niet in de zorginhoud. Het Zorginstituut meent ook dat als er geen zorginhoudelijk onderscheid is aan te geven, een keuze tussen de verschillende vormen overgelaten moet worden aan de direct betrokkenen. Er is geen reden om waardevol zorgaanbod op een precair en kwetsbaar moment voor betrokkenen onnodig met regelgeving te belasten. Voldoende is om vast te stellen dat palliatief terminale zorg zonodig kan plaatsvinden binnen het eerstelijnsverblijf."²⁶

Eerstelijns diagnostiek komt niet apart aan bod in de verkenning. Het Zorginstituut vermeldt wel, dat 'diagnosticeren' onderdeel is van het arsenaal activiteiten van huisartsen.²⁷ Voor een huisarts is (beperkt) aanvullende diagnostiek (bijvoorbeeld het laten bepalen van het hemoglobinegehalte of het laten maken van een röntgenfoto van de longen) een relevant onderdeel van zijn/haar beslissing of de patiënt wel

²² Zie voetnoot 15

²³ Zie voetnoot 15

²⁴ Zie Voetnoot 15

²⁵ Zie voetnoot 15

²⁶ Zie voetnoot 15

²⁷ Zie voetnoot 15

of niet verwezen moet worden voor medisch specialistische zorg. Wij zullen daarom in dit consultatiedocument, dat zich richt op de bekostiging van eerstelijns verblijf, ook aandacht besteden aan de eerstelijns diagnostiek.

3.5 Zorg ten tijde van eerstelijns verblijf

De zorg ten tijde van eerstelijns verblijf in de Zvw zal verschillen ten opzichte van kortdurend verblijf in de AWBZ tot 2015 en in de Wlz in 2015, omdat:

- De betrokken beroepsgroepen vergoed worden uit de Zvw;
- De patiëntenpopulatie meer divers kan zijn dan binnen de Wlz-subsidieregeling. In beginsel kan de hele leeftijdsrange, die zich voordoet binnen een huisartsenpraktijk, opgenomen worden in een eerstelijns verblijfsetting. In de praktijk is dat nu niet het geval bij de Wlz-subsidieregeling.

Tijdens de invoering van de ZZP's is een tijdsbestedingsonderzoek gedaan naar de betrokken behandelaren in de ZZP's in de V&V (verpleging en verzorging)-verblijfssector.²⁸ Dit onderzoek omvat zowel kortdurend op herstelgerichte zorg en langdurende opnames van patiënten met een blijvende behoefte aan verblijf. Daaruit volgt dat de volgende beroepsbeoefenaren aanwezig waren: huisarts, SO, sociaal geriater, psycholoog, fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, psychomoteur therapeut, diëtist, nurse practitioner, ergotherapeut, logopedist en maatschappelijk werker.

Voor de bekostiging onderscheiden wij, in lijn met de verkenning, de volgende zorgvormen:

- Zorg zoals huisartsen plegen te bieden (al dan niet met consultatie en medebehandeling door andere geneeskundig specialisten zoals de SO). De eerstelijns diagnostiek valt onder de zorg zoals huisartsen plegen te bieden, maar nemen wij mee als aparte zorgvorm qua bekostiging.
- Verblijf inclusief de daaraan onlosmakelijk gekoppelde verpleging en verzorging.
- De inzet van paramedische zorg voor zover deze onlosmakelijk verbonden is met de reden voor opname.
- En de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen voor zover deze onlosmakelijk verbonden zijn met de reden voor opname.

3.6 Bekostigingsmogelijkheden per component

In deze paragraaf wordt de vraag beantwoord welke bestaande prestaties of delen van prestaties ingezet kunnen worden voor de verschillende zorgvormen binnen eerstelijns verblijf, volgend uit de verkenning. Daarbij wordt toegelicht voor welke vormen van zorg er een alternatief bestaat. Hierbij werken we twee varianten uit: variant 1 gebaseerd op bestaande prestaties van de vrije beroepsbeoefenaren, en variant 2 gebaseerd op ZZP-componenten. De voor- en nadelen van verschillende bekostigingsmogelijkheden worden in paragraaf 3.7 in samenhang (alle zorgvormen) besproken.

3.6.1 Huisartsgeneeskundige zorg

De aanspraak is functioneel geformuleerd in de termen 'zorg zoals huisartsen plegen te bieden'. Dit betekent dat het aan de invulling van

²⁸ Tijdsbestedingsonderzoek behandelaars sector V&V, (2007) Bureau HHM, Enschede.

de WTZi door de wetgever en vervolgens aan de zorgverzekeraars is wie zij opnemen als zorgaanbieders voor eerstelijns verblijf in hun polisvoorwaarden met inachtneming van het uitvoeringsbesluit WTZi. En met welke artsen zij de contractafspraken zullen maken voor het leveren van de medisch geneeskundige zorg, binnen de vereiste wettelijke kaders. Dit kan een huisarts zijn, maar ook een SO of een medisch specialist. Wanneer in dit consultatiedocument wordt gesproken over huisartsgeneeskundige zorg dan dient daar rekening mee gehouden te worden.

Voor huisartsgeneeskundige zorg zijn twee varianten mogelijk voor de bekostiging:

Variant 1: Gebaseerd op de prestaties voor vrije beroepsbeoefenaren

De huidige prestaties voor zorg zoals huisartsen die plegen te bieden zijn functiegericht omschreven. De bestaande prestaties bieden daarmee mogelijkheden om de zorg die geleverd is ten tijde van het eerstelijns verblijf door de behandeld arts, in rekening te brengen. Binnen de huidige subsidieregeling verloopt de bekostiging van de huisartsgeneeskundezorg middels de bestaande prestaties huisartsgeneeskundige zorg in de Zvw. Voor een nadere toelichting verwijzen wij naar paragraaf 2.4.4 en beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (BR/CU-7119).

Bij deze variant wordt met afzonderlijk prestaties voorzien in consultatie van of medebehandeling door een medische specialist of specialist ouderengeneeskunde (SO). De huidige bekostiging huisartsgeneeskundige zorg voorziet in de consultatiefunctie, maar nog niet in de functie medebehandeling. In de bekostiging van de huisartsgeneeskundige zorg is onder segment 3 de prestatie meekijkconsult opgenomen. Deze prestatie biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over de inzet van aanvullende middelen, van waaruit de huisarts de expertise in kan roepen van gespecialiseerde zorgaanbieders zonder hierbij tot verwijzing te hoeven overgaan. Dit kan de inzet zijn van medisch specialistische expertise of de inzet van bijvoorbeeld de SO. De huisarts blijft tijdens het meekijkconsult de hoofdbehandelaar.

Voor de medebehandeling door de SO ten tijde van het verblijf van de patiënt moet de NZa een aanvullende nieuwe prestatie creëren. Gedacht wordt aan een prestatie die gebaseerd is op de huidige prestatie behandeling binnen de Wlz. Deze prestatie staat vermeld in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2015 (CA-BR-1510b), onder code H328. Het maximumtarief van deze prestatie is in 2015 €117,08 per uur. Met behulp van dit tarief zou de NZa een minutentarieff of een tarief per visite kunnen vaststellen. De nieuwe prestatie en het tarief wordt vervolgens vermeld in de Beleidsregel overige geneeskundige zorg (BR/CU-7100).

Consultatievraag bekostiging:

1. In welke mate dekt de voorgestelde prestatie voor medebehandeling door de SO ten tijde van eerstelijns verblijf?
2. Gaat de voorkeur uit naar een eenheid in minuten of per visite en waarom?

Variant 2: Gebaseerd op de ZZP-component behandeling

Een andere variant is dat de zorg die huisartsen plegen te bieden tijdens het eerstelijns verblijf en de consultatie en medebehandeling door de SO en medisch specialisten integraal vergoed worden met een afzonderlijk component die is afgeleid van het ZZP-component behandeling. Deze prestatie mag in rekening worden gebracht zolang de patiënt verblijft en heeft de eenheid per dag. In dit geval kunnen huisartsen dus niet meer bij verblijf van de patiënt in een eerstelijns verblijfsvoorziening de huidige prestaties zoals genoemd in de beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (BR/CU-7119) declareren. Overigens blijft de patiënt wel ingeschreven bij de huisarts tijdens het eerstelijns verblijf en blijft het inschrijftarief van toepassing. De arts die de behandeling declareert, is verantwoordelijk voor alle behandeling waaronder de consultatie en medebehandeling. Voor zover de arts hier zelf niet in kan voorzien wordt dit met onderlinge dienstverlening geregeld.

De voor- en nadelen van beide varianten van bekostiging worden in paragraaf 3.7 in samenhang (alle zorgvormen) besproken.

3.6.2 Verblijf

Voor verblijf werd en wordt de zogenaamde hotelmatige component toegepast binnen de ZZP's ten tijde van de AWBZ en binnen de declaratietitels binnen de huidige subsidieregeling ten laste van de Wlz (welke zijn gebaseerd op de ZZP's). Voor deze zorgvorm bestaat geen vergelijkbare prestatie in de Zvw. Het is daarmee logisch om de huidige systematiek op basis van het ZZP-component voor vergoeding van hotelmatige kosten in stand te houden (zie CA-BR-1507b: Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten).

3.6.3 Verpleging en verzorging

Ten tijde van het schrijven van voorliggend consultatiedocument is nog niet besloten op welke wijze extramurale verpleging en verzorging wordt bekostigd vanaf 2016. Wel is duidelijk dat per 2016 (nog) geen sprake is van een naar patiëntkenmerken gebundelde categorie van patiënten waarbij 24 uur toezicht wordt geleverd door verplegende en verzorgende. Zou deze prestatie er zijn geweest dan had deze toepasbaar kunnen zijn voor eerstelijns verblijf. Nu dit niet het geval is, wordt voorgesteld om voor fase 1 het huidige ZZP-component te gebruiken voor 24-uurs toezicht. De verplegenden en verzorgenden zullen in groepsverband zorg leveren binnen een eerstelijns verblijfssetting, ook voor het leveren van 24-uurs toezicht. Het registreren van de uren geleverde verzorging en verpleging tijdens eerstelijns verblijf is dan niet nodig.

De bekostiging van de extramurale verpleging en verzorging is in ontwikkeling. Wellicht is in de toekomst sprake van een prestatie die rekening houdt met patiëntkenmerken en 24-uurs toezicht. Het ligt daarom niet in de rede om per 2016 één integrale prestatie te gebruiken die zowel in de hotelmatige kosten als de verpleging en verzorging voorziet. Op een later moment zou de NZa deze integrale prestatie dan mogelijk weer moeten ontvlechten. Wij stellen daarom voor om een

apart component verpleging en verzorging vast te stellen en een aparte hotelmatige component. De component verpleging en verzorging kan alleen in rekening worden gebracht in combinatie met de hotelmatige component, waarbij beide componenten afzonderlijk op de factuur staan.

Consultatievragen bekostiging:

3. Wat vindt u van het voorstel om het huidige ZZP-component te gebruiken voor 24-uurs toezicht door verplegende en verzorgenden?

4. Deelt u onze visie dat het wenselijk is dat de hotelmatige component en het component verpleging en verzorging afzonderlijk worden gedeclareerd (welke alleen in combinatie in rekening mogen worden gebracht)?

3.6.4 Paramedische zorgverlening

Voordat wij in deze paragraaf ingaan op de bekostiging van deze zorg, wijzen wij op het volgende. De aanspraak voor paramedische zorg is door de minister wettelijk beperkt; zie artikel 2.6 Bzv.²⁹ Dit betekent concreet dat de zorgverzekeraar die kosten dan niet voor de Zvw kan en mag vergoeden. Omdat patiënten deze zorg bijvoorbeeld wel zelf kunnen betalen, reguleren wij zowel de verzekerde als niet-verzekerde paramedische zorg. Maar niet voor alle paramedische zorg stelt de NZa prestaties vast. Daarom belichten wij de vijf paramedische zorgvormen hieronder.

Net als voor huisartsgeneeskundige zorg zijn er twee varianten mogelijk voor bekostiging van paramedische zorgverlening:

Variant 1: Gebaseerd op de prestaties voor vrije beroepsbeoefenaren

– Fysiotherapie en oefentherapie

Een klein deel van de patiënten zal voor de specifieke zorgvraag waarvoor men opgenomen is fysiotherapeutische zorg nodig hebben. Mocht een ingezette behandeling in de eigen omgeving doorlopen, dan kan deze zorg gedeclareerd worden met de bestaande prestaties zoals vermeld in de beleidsregels Fysiotherapie (BR/CU-7113) en de beleidsregel Oefentherapie (BR/CU-7050). Dit brengt met zich mee dat het verbod dat instellingen toegelaten voor begeleiding, verpleging, verzorging of behandeling (genoemd onder nummer 12 t/m 24 van het uitvoeringsbesluit WTZi) deze zorg mogen declareren uit de beleidsregel zal worden gehaald. Dit heeft het voordeel dat de prestaties onafhankelijk zijn van de plaats waar de zorg wordt geleverd of de patiënt verblijft. Voor deze prestaties gelden nu vrije tarieven. Een eerstelijns verblijfinstelling kan nu en in de toekomst fysiotherapie bieden in de behandelruimte zowel aan patiënten die thuis verblijven als aan patiënten die zijn opgenomen. Hiervoor geldt dezelfde tariefsoort.

– Dieetadvisering

De tarieven voor de dieetadvisering zijn vrij maar de NZa reguleert wel de prestaties, zie beleidsregel Extramurale Dieetadvisering (BR/CU-7051).

²⁹ http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/geldigheidsdatum_06-03-2015#Hoofdstuk2.

– Logopedie

De verwachting is, dat er weinig patiënten zullen zijn die opgenomen zijn in een setting voor eerstelijns verblijf én logopedische zorg nodig hebben. Indien dit wel het geval is, dan kan dat geleverd worden met de bestaande prestaties logopedische zorg vermeld in beleidsregel Logopedie (BR/CU-7097). Dat zal dan gaan om bijvoorbeeld een patiënt met verslikneigingen, die geen aanleiding zijn om iemand naar het ziekenhuis te sturen voor opname.

– Ergotherapie

Ergotherapie is uitgezonderd via Bub (Besluit uitbreiding en beperking) Wmg van NZa regulering in prestaties en tarieven, met uitzondering van ergotherapie binnen een ziekenhuis. Die laatste prestatie is onderdeel van reguliere tweedelijns beleidsregels/beschikkingen. Dit betekent dat partijen dus zelf prestaties en tarieven vaststellen. Er is geen NZa bemoeienis voor deze zorg nodig binnen eerstelijns verblijf.

Variant 2: Gebaseerd op het ZZP-component behandeling

Een andere variant is dat de paramedische zorg vergoed wordt met een afzonderlijke component die is afgeleid van de ZZP-component behandeling. Deze prestatie mag in rekening worden gebracht zolang de patiënt verblijft en heeft de eenheid per dag.

De voor- en nadelen van beide varianten van bekostigen worden in paragraaf 3.7 in samenhang besproken.

3.6.5 Geneesmiddelen, verband- en hulpmiddelen en eerstelijns diagnostiek

– Farmaceutische zorg

De farmaceutische zorg bestaat uit twee onderdelen. Farmaceutische zorg omvat namelijk enerzijds zowel de geneesmiddelen als de dieetpreparaten en (totale) parenterale voeding. Anderzijds valt ok de 'terhandstelling van' en advies en begeleiding medicatiebeoordeling/verantwoord geneesmiddelengebruik van geneesmiddelen hieronder ('zorg zoals apothekers plegen te bieden'). De zorg 'zoals apothekers plegen te bieden' valt wél binnen de NZa regulering (Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen Farmaceutische zorg(BR/CU-5124)).

Geneesmiddelen zelf zijn uitgesloten van NZa regulering via BUB Wmg. Geneesmiddelen kunnen geleverd worden bij een patiënt thuis, dan wel op verzoek van de patiënt op een andere locatie. Geneesmiddelen worden door de overheid aangewezen voor aanspraak binnen de Zvw.

De NZa werkt vanwege de uitvoerbaarheid voor de bekostiging van geneesmiddelen slechts één bekostigingsvorm uit. Namelijk die bekostiging waarbij alle geneesmiddelen die medisch noodzakelijk zijn voor een patiënt tijdens zijn/haar verblijf in een eerstelijns setting buiten de bekostiging van de geneeskundige zorg gehouden worden. Geneesmiddelen zullen wij bij bekostiging technisch apart houden van alle andere zorgvormen, en niet integraal bekostigen. Wij verwachten dat de kosten voor geneesmiddelen niet gelijk over de patiënten zijn verspreid. Door afzonderlijk de farmaceutische zorg te bekostigen, ontvangen patiënten altijd een passende vergoeding voor geneesmiddelen.

Verband- en hulpmiddelen

Verbandmiddelen en hulpmiddelen zijn uitgezonderd via Bub Wmg van NZa regulering. Er is daarmee geen NZa bemoeienis voor deze zorg nodig binnen eerstelijns verblijf. Verbandmiddelen zijn als te verzekeren prestatie opgenomen in de Regeling zorgverzekering (Rzv) onder de

hulpmiddelenzorg. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, zie artikel 2.9 Bzv.

– Eerstelijns diagnostiek

Eerstelijns diagnostiek kan zowel afzonderlijk als integraal worden bekostigd. Voor eerstelijns diagnostiek bestaat onder andere de beleidsregel Eerstelijns diagnostiek (BR/CU-2114). De in deze beleidsregel genoemde prestaties kunnen afzonderlijk naast het verblijf worden gedeclareerd. Eerstelijns diagnostiek kan ook integraal worden bekostigd omdat het onderdeel is van de ZZP's met behandeling. Een afzonderlijke bekostiging doet mogelijk meer recht aan de spreiding van de kosten. Een Hb-bepaling is immers goedkoper dan een longfoto. Voorstelbaar is dat voor de patiënt die net opgenomen is binnen eerstelijns verblijf meer eerstelijns diagnostiek nodig is dan voor de patiënt die langdurig verblijft.³⁰ De kosten zijn dan niet gelijkmatig over enerzijds kort liggende en anderzijds lang(er) liggende patiënten verdeeld. Onze voorkeur gaat daarom uit naar een bekostiging op basis van de prestaties zoals omschreven in de beleidsregel Eerstelijns diagnostiek. Zou deze systematiek zoals beschreven in deze beleidsregel in de toekomst veranderen dan gaat de diagnostiek die plaatsvindt tijdens eerstelijns verblijf hier in mee. Op deze wijze wordt voorkomen dat eerstelijns diagnostiek op meerdere manieren wordt bekostigd.

De exacte hoogte van de omvang van de eerstelijns diagnostiekcomponent in de ZZP's is bij ons niet bekend. Een keuze voor afzonderlijke bekostiging van eerstelijns diagnostiek op basis van de Zvw-prestaties zoals omschreven in de beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (BR/CU-7119) in combinatie met de ZZP-component behandeling zal dus met zich meebrengen dat enige zorg dubbel wordt bekostigd. Omdat de eerstelijns diagnostiek op de totale kosten een zeer klein component is, zal dit niet zwaar mee hoeven te wegen in de keuze.

- Indien de behandeling die artsen bieden wordt bekostigd op grond van de prestaties voor vrije beroepsbeoefenaren (variant 1) dan volgt hieruit dat de prestatie eerstelijns diagnostiek op grond van de beleidsregel wordt bekostigd.
- Indien de behandeling die artsen bieden wordt bekostigd naar zorgzwaarte per dag (variant 2) dan kan de diagnostiek op twee manieren worden bekostigd, te weten:
 - met een integrale component als onderdeel van de behandelcomponent door artsen³¹;
 - met afzonderlijke prestaties vermeld in de beleidsregel eerstelijns diagnostiek.

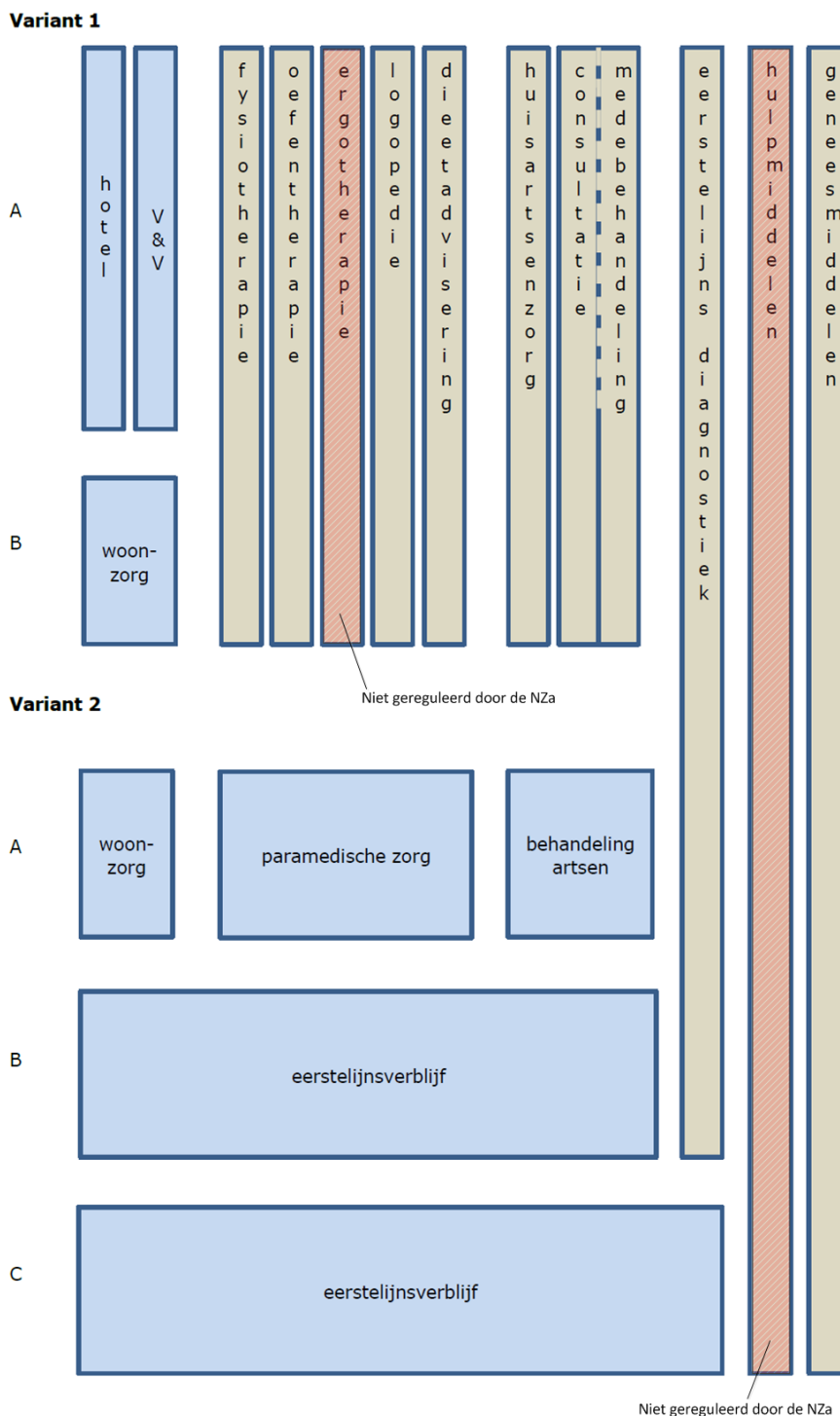
3.7 Bekostigingsvarianten

In de voorgaande paragraaf is per zorgvorm/component binnen eerstelijns verblijf gekeken welke mogelijkheden er bestaan voor bekostiging in de Zvw. In deze paragraaf worden deze mogelijkheden samengevoegd in twee varianten voor bekostiging van eerstelijns verblijf. Binnen de twee varianten bestaan een aantal keuzemogelijkheden. In figuur 3 worden de twee varianten en de keuzemogelijkheden daarbinnen schematisch weergegeven.

³⁰ In het algemeen zal de meeste diagnostiek ingezet worden in de eerste dagen van een opname.

³¹ Technisch betekent dit dat de NZa alle materiele kosten die verbonden zijn aan artikel 15 BZa toevoegd aan de loon en materiele behandelcomponent en hier het maximum tarief op baseert.

Figuur 3: Bekostigingsvarianten eerstelijns verblijf



In figuur 3 zijn twee type prestaties te onderscheiden. De blauw gekleurde prestaties volgen uit de bekostigingswijze die in de AWBZ werd toegepast en in 2015 binnen de subsidieregeling eerstelijns verblijf binnen de Wlz (welke is gebaseerd op de ZZP-bekostiging vanuit de AWBZ). Uitzondering hierop vormen de genees- en hulpmiddelen. De prestaties die volgen uit de Zvw-bekostigingssystematiek zijn bruin gekleurd. In variant 1 worden de verschillende prestaties van de vrije beroepsbeoefenaren gebruikt; in variant 2 zijn verschillende kostensoorten geclusterd. Van beide varianten zijn meerdere opties te zien. In de AWBZ en in de subsidieregeling in de Wlz zijn de prestaties geordend naar de zorgzwaartecategorieën basis, intensief en palliatief terminale zorg (PTZ). Deze ordening staat toegelicht in paragraaf 2.3, maar is voor de leesbaarheid niet overgenomen in figuur 3. Wij zijn wel

voornemens om deze ordening op de blauw gekleurde prestaties toe te passen maar niet op de bruin gekleurde prestaties. In het algemeen kan worden gesteld dat de bekostiging van de geneeskundige zorg niet een ordening kent naar zorgzwaarte. Het is voor 2016 niet verstandig en opportuun om het onderscheid tussen de zorgzwaartecategorieën basis, intensief en PTZ voor de componenten hotelmatig en verpleging en verzorging te harmoniseren tot één zorgzwaartecategorie. Deze categorieën verschillen in zorgbehoefte waardoor de prijzen van de pakketten ook verschillen, zie eveneens in paragraaf 2.3. De V&V module PTZ omvat een categorie patiënten die wezenlijk verschillend is van de categorie basis. De prijs voor de V&V module PTZ is dan ook tweemaal de prijs van V&V module basis. Het verminderen van het aantal zorgzwaartecategorieën leidt naar verwachting tot kwalitatief slechtere palliatief terminale zorg en leidt mogelijk zelf tot een tekort in het aanbod. Dit is niet in belang van patiënten.

De varianten en bijbehorend figuur 3 worden hieronder verder toegelicht. De voor- en nadelen van beide varianten worden schematisch weergegeven in tabel 2.

3.7.1 Variant 1: Gebaseerd op de prestaties voor vrije beroepsbeoefenaren

Deze variant is gebaseerd op prestaties die van toepassing zijn op mensen die thuis wonen en zorg behoeven. Op hoofdlijnen gezien wordt enkel de hotelmatige component toegevoegd aan deze reeks van bestaande prestaties in de Zvw. In deze variant worden de bestaande prestaties voor huisartsgeneeskundige zorg (zie beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (BR/CU-7119)), paramedische zorg (zie beleidsregels Fysiotherapie (BR/CU-7113) en Oefentherapie (BR/CU-7050)), beleidsregel Extramurale Dieetadviesing (BR/CU-7051) en de beleidsregel Logopedie (BR/CU-7097) en eerstelijns diagnostiek (zie beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek (BR/CU-2114) naast elkaar afgesproken en geleverd binnen het eerstelijns verblijf, al naar gelang deze zorg ook wordt afgenomen. Voor de medebehandeling door de SO wordt een nieuwe prestatie opgenomen in de Beleidsregel overige geneeskundige zorg (Br/CU-7100).

Bij deze variant dient enkel een keuze gemaakt te worden over de hotelmatige component en de component verpleging en verzorging. Deze kunnen als twee losse componenten worden opgenomen op de declaratie (welke enkel in combinatie met elkaar in rekening gebracht mogen worden (keuze A, voorkeur van de NZa zie paragraaf 3.6.3)). Of de componenten hotelmatig en verpleging en verzorging worden als één integrale prestatie opgenomen op de declaratie (keuze B).

3.7.2 Variant 2: Gebaseerd op ZZP-componenten

In deze variant worden onderdelen van zorg, net als bij de ZZP-systematiek, integraal opgenomen in prestaties. Hierbij worden de huidige zorgzwaartecategorieën basis, intensief en palliatief terminale zorg (PTZ) aangehouden. Daarbinnen zijn er verschillende keuzes:

– Variant 2a

Component woonzorg waar hotelmatig en verpleging en verzorging in zit, component paramedische zorg (waarvan ergotherapie niet door NZa wordt gereguleerd), component behandeling artsen, component eerstelijns diagnostiek, component hulpmiddelen (niet gereguleerd door de NZa) en component geneesmiddelen (wordt apart binnen farmaceutische zorg bekostigd, zie paragraaf 3.6.5).

- Variant 2b
Eén component waar hotelmatig, verpleging en verzorging, paramedische zorg en behandeling artsen in zit en aparte componenten voor eerstelijns diagnostiek, hulpmiddelen en geneesmiddelen.
- Variant 2c
Eén component waar hotelmatig, verpleging en verzorging, paramedische zorg, behandeling artsen en eerstelijns diagnostiek in zit en aparte componenten voor hulpmiddelen en geneesmiddelen.

Bij variant 2a is de paramedische zorg gescheiden van de behandeling door artsen. Beide kunnen dan in de vorm van modules op dagbasis in rekening worden gebracht. Dit brengt in technisch opzicht met zich mee dat voor de zorgzwaarte basis, intensief en PTZ de behandelaarscomponent van een ZZP wordt gesplitst in een component paramedisch, en een component zorg behandeling door artsen. De wijze waarop de behandelaarscomponent van de ZZP kan worden gesplitst in een paramedische component en zorg zoals artsen plegen te bieden staat toegelicht in bijlage 1.

3.7.3 Voor- en nadelen variant 1

Kostenbeheersing

Variante 1 gebaseerd op de prestaties voor vrije beroepsbeoefenaren heeft het voordeel dat je beter inzicht krijgt in de geleverde zorg omdat de geleverde geneesmiddelen, fysiotherapie, oefentherapie etc. afzonderlijk op een factuur staan. Dit voorkomt dubbele bekostiging of misbruik, is voor de inkoop van zorg voor zorgverzekeraars van belang en voor de doorontwikkeling van de bekostiging. Wel bestaat er een risico op overbehandeling omdat er een incentive bestaat (namelijk meer opbrengst) bij het in rekening brengen van meer zorg. Deze variant heeft het voordeel dat in de uitvoering makkelijker geanticipeerd kan worden op eventuele beleidswijzigingen die verband houden met de zorg die onder het eigen risico is opgenomen. De minister moet immers nog een besluit nemen over al dan niet toepasselijk zijn van het eigen risico op eerstelijnsverblijf of delen van eerstelijnsverblijf.

Een gedeelte van de prestaties voor vrije beroepsbeoefenaren kennen vrije tarieven. Dit kan inefficiëntie in de hand werken als zorgverzekeraars geen prikkels ervaren voor een doelmatige zorginkoop. Bij keuze voor deze variant komt het de doelmatigheid ten goede om zorgverzekeraars risico te laten lopen op de zorg geboden tijdens eerstelijns verblijf.

Toegankelijkheid

Er bestaat geen risico op onderbehandeling vanwege het incentive (meer opbrengst bij het in rekening van meer zorg. Ook het risico op risicoselectie aan de poort door de zorgaanbieder is niet aanwezig. De zorgaanbieder kan immers de zorg die hij levert per zorgvorm apart in rekening brengen. Daarbij is het een bekostiging waarvan de tariefstelling van toepassing is op iedereen: jong én oud.

Kwaliteit

Met deze prestaties wordt rekening gehouden met mogelijkheden om te sturen op samenwerkingsverbanden die multidisciplinaire geïntegreerde zorg bieden en te sturen op het resultaat van de zorg. Segment 2 van de huisartsenbekostiging omvat modules die samenwerking stimuleren en segment 3 omvat vormen van resultaatbekostiging. Ook de tariefbeschikking fysiotherapie biedt bijvoorbeeld de ruimte om een nieuwe facultatieve toe te passen.

Uitvoering

Het nadeel van prestaties voor vrije beroepsbeoefenaren is dat de coördinatiekosten voor de inkoop hoger zijn dan bij integrale prestaties. Vanuit het perspectief van de inkoper zal voor de zorg van eerstelijns verblijf mogelijk geen sprake zijn van één aanspreekpunt.

De verwachting is dat beroepsbeoefenaren in de eerste lijn (huisartsen en paramedici) hun administratie niet hoeven aan te passen voor deze variant. Eerstelijns voorzieningen zoals verpleeghuizen die nog niet de huisartsgeneeskundige zorg en paramedische zorg afzonderlijk declareren volgens de Zvw-systematiek moeten hun administratie bij deze variant wel substantieel aanpassen.

De verwachting is dat zorgverzekeraars voor de huisartsgeneeskundige zorg en paramedische zorg beperkte aanpassingen moeten doen in hun administratie, zoals de koppeling met de hotelmatige component omdat de prestaties al verzekerde zorg zijn op grond van de Zvw of de aanvullende verzekering.

De verwachting is dat met ingang van 2016 er een apart Budgettair Kader Zorg (BKZ) voor het eerstelijns verblijf zal komen. Vanuit het oogpunt van kostenbeheersing ontstaat een uitvoeringsprobleem bij variant 1. Ten eerste omdat paramedische zorg, huisartsgeneeskundige zorg (inclusief consultatie) en medebehandeling geleverd in een eerstelijns setting niet herkenbaar is als eerstelijns verblijf. De prestaties zijn functioneel omschreven en maken geen onderscheid naar de setting waarin deze geleverd wordt. Dit probleem is echter op te lossen door te registreren in welke setting de zorg geleverd wordt. Een tweede probleem is dat het aantal aanbieders dat aangeslagen wordt bij een overschrijding enorm toeneemt. Namelijk niet alleen de aanbieders van het verblijf, maar ook alle extramurale zorgverleners betrokken bij het zorgtraject moeten aangeslagen worden voor de overschrijding. De extramurale zorgaanbieders worden daarbij voor slechts een zeer beperkt bedrag aangeslagen. Het toepassen van een bagatelbepaling (een drempelwaarde waaronder een overschrijding niet wordt teruggehaald) zal het probleem van het aanslaan van de extramurale zorgverleners verminderen. Echter, voor de bepaling van de uitgaven zijn van hen wel omzetgegevens nodig. De grote hoeveelheid aanbieders met een klein aandeel omzet maakt het voor de NZa lastig om een volledig dekkend kostenbeheersingsmodel voor het kader eerstelijns verblijf uit te voeren bij losse prestaties. Voor verdere uitwerking hiervan wordt verwezen naar hoofdstuk 5.

Controleerbaarheid

Door de vele verschillende componenten waar deze variant van bekostiging uit kunnen bestaan, is het minder inzichtelijk of al deze zorg daadwerkelijk geleverd is. Dan dienen namelijk al deze componenten afzonderlijk gecontroleerd te worden en dit beïnvloedt de mate van controleerbaarheid.

Een gedeelte van de prestaties voor vrije beroepsbeoefenaren zijn de tarieven gebaseerd op afspraken tussen zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. Hierbij is er dus niet direct een wettelijke grondslag die overschreden wordt wanneer hierbij die afspraken overtreden worden. Voor de NZa is hier dan geen/nauwelijks mogelijkheid om te kunnen handhaven. Deze afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar zijn civielrechtelijk.

3.7.4 Voor- en nadelen variant 2

Kostenbeheersing

De integraliteit van bekostiging van variant 2 gebaseerd op ZZP-componenten brengt met zich mee dat niet inzichtelijk wordt welke onderdelen van zorg worden geleverd. Hiermee ontstaat het risico op dubbele bekostiging of misbruik. Het voordeel van integrale bekostiging is dat er geen risico op overbehandeling bestaat vanwege het gebrek aan incentive om meer volume te leveren. Het maximumtarief voorkomt een ongewenste kostenstijging indien het nog niet mogelijk is om de zorg die huisartsen plegen te bieden goed in het risicovereveningsmodel op te nemen.

Toegankelijkheid

Bij variant 2 bestaat het risico op onderbehandeling omdat er een incentive bestaat om bij een vaste vergoeding die zorgaanbieders gegarandeerd krijgen, kosten te besparen door minder zorg te leveren. Hiermee ontstaat het risico dat de bekostiging de aanspraak onbedoeld inperkt. De inkopers moeten dan eisen stellen aan inzet en bekwaamheid van de medewerkers. Ook het risico op risicoselectie aan de poort door de zorgaanbieder is groter bij deze variant. De zorgaanbieder krijgt voor de verpleging en verzorging wel een differentiatie in tarief naar zorgzwaartecategorieën basis, intensief en palliatief terminale zorg (PTZ), maar niet voor de paramedische zorg en behandeling artsen. Daarnaast is niet helder of de tariefstelling voldoet voor alle leeftijdsgroepen. De tariefstelling van de ZZP-componenten zijn in het verleden gebaseerd op een oudere doelgroep.

Kwaliteit

Het nadeel van een bekostiging met een maximumtarief is dat er minder mogelijkheden zijn om te sturen op de kwaliteit of het resultaat van zorg. Voor dit nadeel dat een concurrerende zorginkoop in de weg staat, kan worden gecompenseerd met een extra max-tarief. Het aanvullende maximum tarief maakt het mogelijk om, analoog aan de bekostiging van huisartsgeneeskundige zorg, met verzekeraars afspraken over het belonen van kwaliteit te maken. De huidige integrale prestaties gebaseerd op ZZP's stimuleren de zorgaanbieder niet om te investeren in een snel herstel van de patiënt. Integendeel, het loont om de patiënt langer in de verblijfssetting te houden als een hersteltraject met zich meebrengt dat gedurende de eerst periode meer zorg moet worden geleverd dan gedurende de laatste periode. Het is mogelijk een beloning te geven voor een zekere target, bijvoorbeeld ontslag van de patiënt binnen 90 dagen. Dit is alleen in het belang van de patiënt indien dit verbonden is aan herstelcriteria ofwel informatie die iets zegt over de conditie van de patiënt waaruit blijkt dat ontslag verantwoord is.

Uitvoering

Het voordeel van integrale prestaties is dat de coördinatiekosten voor de inkoop lager zijn dan bij gedifferentieerde prestaties. Vanuit het perspectief van de inkoper is slechts sprake van één aanspreekpunt.

Verpleeghuizen zijn bekend met de wijze waarop de zorg bij variant 2c wordt gedeclareerd. Variant 2c en 2b verschillen nauwelijks van elkaar. Daarom menen wij dat variant b ook weinig extra administratieve lasten met zich meebrengt voor verpleeghuizen. Variant 2a brengt voor zowel verpleeghuizen als vrije beroepsbeoefenaren een wijziging met zich mee in de declaratiestandaarden en de werkwijze. De zorgverzekeraars moeten bij alle drie de varianten 2a, 2b en 2c hun administratie aanpassen.

Beheersing van het kader eerstelijns verblijf is met variant 2 gemakkelijker uitvoerbaar. Uitgangspunt is dat alle zorgprestaties geleverd voor eerstelijns verblijf, ook geboekt worden als eerstelijns verblijf. Wij verwachten dat het aantal aanbieders dat eerstelijns verblijf zal declareren, op korte termijn, beperkt zal zijn. Omdat de prestaties herkenbaar zijn als eerstelijns verblijf én alle kosten omvatten (behalve hulp- en geneesmiddelen en eventueel eerstelijns diagnostiek), is de omzet voor eerstelijns verblijf per aanbieder betrouwbaar en gemakkelijk te bepalen.

Controleerbaarheid

Variant 2 waarbij de bekostiging plaatsvindt door integrale prestaties verdient voor de controleerbaarheid ervan de voorkeur. Deze manier van bekostiging is meer inzichtelijk dan wanneer er een tarief wordt samengesteld uit losse onderdelen. Voor deze variant is de NZa bevoegd tot het houden van toezicht en het inzetten van handhavingsmaatregelen aangezien het hierbij gaat om pakketten waarvan de inhoud door de NZa is vastgesteld en dit niet is gebaseerd op afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

3.7.1 Voor- en nadelen van beide varianten

In tabel 2 worden de voor- en nadelen van beide varianten schematisch naast elkaar weergegeven.

Tabel 2: Voor- en nadelen bekostigingsvarianten

	Variant 1	Variant 2
	Prestaties reeds toegepast door vrije beroepsbeoefenaren (per verrichting, uur, visite etc.)	Integrale prestaties zoals ZZP's (per dag)
Kostenbeheersing		
Inzicht in geleverde zorg	+	-
Max tarief stuurt op efficiency	-*	+
Risico op overbehandeling	-*	+
Toegankelijkheid		
Risico op onderbehandeling	+	-
Risico-selectie aan de poort door zorgaanbieder	+	-
Voor een brede doelgroep (jong en oud)	+	+/-
Kwaliteit		
Sturen op kwaliteit/resultaat van de zorg	+	-***
Uitvoering		
Coördinatie inkoop	-	+
Administratieve wijzigingen aanbieders	+/-	+/-
Administratieve wijzigingen verzekeraars	+	-
Controleerbaarheid		
Controleerbaarheid door directie Toezicht & Handhaving NZa	-	+
Civielrechtelijke afspraken / Handhaafbaarheid	-	+

*Minder bezwaarlijk als zorgverzekeraars risico lopen op de zorg geboden tijdens eerstelijns verblijf.

** Minder bezwaarlijk als met een max-max tarief wordt gecompenseerd.

*** Minder bezwaarlijk als binnen het kader eerstelijns verblijf enkel de componenten hotelmatige kosten en verpleging en verzorging worden opgenomen.

Consultatievragen bekostiging:

5. Op welke wijze moet de huisartsgeneeskundige zorg (inclusief consultatie en medebehandeling), de paramedische zorg en de eerstelijns diagnostiek bij eerstelijns verblijf worden bekostigd: op basis van variant 1a, 1b, 2a, 2b, of 2c en waarom?

6. Is de wenselijke variant ook uitvoerbaar per 2016 in verband met de administratieve wijzigingen die moeten plaatsvinden bij organisaties? Zo nee, wanneer wel? Zo nee, geniet de andere variant dan de voorkeur of dient de subsidieregeling ten laste van de Wlz dan nog een jaar voortgezet te worden? Graag motiveren.

7. Indien variant 2 (a, b of c) wenselijk is, geniet een max-max tarief dan de voorkeur? Graag motiveren.

4. Bekostiging kapitaallasten en inventaris

In dit hoofdstuk gaan we in op de mogelijke tarifiering van de kapitaallasten en investeringen in inventaris. Daarnaast lichten we toe hoe het overgangsmodel voor de kapitaallastenvergoeding en inventaris vanuit de AWBZ blijvend kan worden toegepast.

4.1 NHC en NIC-prestaties

Zoals reeds aangegeven in paragraaf 2.4 ligt het hanteren van het NHC/NIC-model (normatieve huisvestingscomponent en inventariscomponent) voor de vergoeding van kapitaallasten voor de hand. De hoofdreden is dat het kortdurend verblijf in de AWBZ al met NHC/NIC werd bekostigd. We verwachten dat de settings in belangrijke mate gelijk zullen zijn en die NHC's en NIC's dus een waardevol startpunt zijn.³²

Als we ervan uitgaan dat de prestaties onder subsidieregeling gebaseerd zijn op de ZZP's VV3, VV6 en VV10 dan zijn er verschillende opties voor de vergoeding. De NHC-tarieven variëren als er wel of geen dagbesteding in is opgenomen. Ook wel/geen behandeling is een criterium aan de hand waarvan de tarieven worden gewaardeerd. Ervan uitgaande dat er in het eerstelijns verblijf actief en op herstel gerichte zorg dan wel palliatief terminale zorg wordt geleverd, gaan we er vanuit dat de NHC's inclusief dagbesteding en behandeling van toepassing.

Voor de toekomstige bekostiging van eerstelijns verblijf zien wij als startpunt voor de vergoeding de NHC-tarieven voor VV3, VV6 en VV10 inclusief behandeling en dagbesteding. Onderstaand staan deze weergegeven (prijsspeil 2015):

- VV3: € 28,92
- VV6: € 29,97
- VV10: € 31,78

Naast de component kapitaallasten wordt ook een vergoeding opgenomen voor inventaris. Onder de vergoeding voor inventaris wordt verstaan: Een vergoeding voor investeringen in medische en overige inventarissen en in computerapparatuur en –programmatuur. Ook dit wordt vergoed als bedrag per dag en NIC (Normatieve Inventaris Component) genoemd. Net als bij de NHC-tarieven bepalen de criteria dagbesteding en een toelating voor behandeling de tarieven (prijsspeil 2015):

- VV3: € 2,42
- VV6: € 3,67
- VV10: € 3,67

³² Het is ons onbekend op welke wijze de kapitaallasten exact vergoed worden in de bestaande subsidieregeling.

Consultatievragen kapitaallasten:

1. Deelt u ons voorstel voor het hanteren van de NHC's voor VV3, VV6 en VV10 als startpunt voor de NHC's van het eerstelijns verblijf?
2. Deelt u ons voorstel voor het hanteren van de genoemde NIC-tarieven en -omschrijvingen voor eerstelijns verblijf?

4.2 Overgangsmodel

Zorgaanbieders die eerstelijns verblijf leverden ten laste van de AWBZ tot 2015 en in 2015 ten laste van de Wlz, vallen onder de overgangsregeling Normatieve Huisvestingscomponent/Normatieve inventariscomponent (NHC/NIC). Voor deze bestaande zorgaanbieders is er sprake van een vast tarief NHC en NIC welke onderdeel is van de vergoeding voor kapitaallasten en kosten inventaris volgens de overgangsregeling NHC/NIC. Bestaande zorgaanbieders hebben volgens het overgangsmodel NHC/NIC recht op een kapitaallastenvergoeding (voor 2015) van 50% NHC/NIC en 50% kapitaallasten oud en 50% kosten inventaris. Voor 2016, 2017 en 2018 zijn de percentages respectievelijk 70%/30%, 85%/15% en 100%/0%. In 2018 is de NHC/NIC volledig ingevoerd.

In het overdrachtsdocument, dat de NZa heeft opgesteld voor het ministerie van VWS en Zorginstituut Nederland, ten behoeve van de subsidieregeling eerstelijns verblijf 2015 is voorgesteld om het verschil tussen de 100% NHC/NIC en de kapitaallastenvergoeding volgens de overgangsregeling achteraf bij de nacalculatie te verrekenen in de Wlz. In welke mate hieraan gehoor is gegeven, is bij de NZa niet bekend. Dit voorstel is ook van toepassing voor de Zvw per 2016.

De overgangsregeling ziet er voor de Zvw als volgt uit:

- Voorafgaand geen opschoning in jaar t van kapitaallasten oud en kosten inventaris van eerstelijns verblijf in de Wlz. Hierdoor krijgen de bestaande zorgaanbieders in de Wlz 2016 30% van kapitaallasten oud en 70% van kosten inventaris van eerstelijns verblijf.
- Voor jaar t wordt onder de Zvw de NHC en NIC vergoed op basis van 100%.
- In jaar t+1 vindt voor jaar t de verrekening plaats in de Wlz op de wijze zoals bij de Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is gebeurd (zie beleidsregel CA-BR-1511a Invoering normatieve huisvestingscomponent (NHC) en normatieve inventariscomponent (NIC) bestaande zorgaanbieders).

Bij deze methode is er geen opschoning in de Wlz van kapitaallasten oud en kosten inventaris voor eerstelijns verblijf voorafgaand aan jaar t. Hierdoor is er sprake van een tijdelijke gedeeltelijke dubbele bekostiging vanuit de Wlz: voor 2016 50% kapitaallasten oud en kosten inventaris. Deze gedeeltelijke dubbele bekostiging wordt bij de verrekening rechtgezet in jaar t+1. De tijdelijke dubbele bekostiging bestaat uit een klein aandeel wat gewaardeerd wordt voor 30% (2016) en 15% (2017).

Het voordeel van het vergoeden van 100% NHC/NIC in de Zvw is dat de verzekeraar(s) niet de overgangsregeling hoeven uit te voeren en door verrekening achteraf in de Wlz worden de administratieve lasten tot een minimum beperkt. Het verdeelmodel (vooraf) waarmee de kapitaallasten oud en kosten inventaris worden verdeeld, is dan niet van toepassing voor eerstelijns verblijf.

De definitieve vaststelling van de nieuwe kapitaallastenvergoeding en verrekening van de eerstelijns verblijf in Wlz vindt plaats op basis van de nacalculatie van jaar t zoals deze uiterlijk voor 1 juni van jaar t+1 bij de NZa wordt ingediend op grond van de Beleidsregel Nacalculatie. Zorgaanbieders moeten in het nacalculatieformulier 2016 de realisatie van de eerstelijnsproductie (100% NHC/NIC omzet Zvw) opgeven, waarmee de dubbele bekostiging wordt opgeheven en de verrekening wordt afgerond. Dit is van toepassing in de jaren 2016 en 2017.

In onderstaand rekenvoorbeeld wordt de methode vanaf 2016 rekenkundig toegelicht.

Voor 2015 gelden de volgende tarieven NHC en NIC voor eerstelijns verblijf:

Tabel 3: Bestaande zorgaanbieder

Eerstelijns verblijf	Vast tarief NHC	Vast tarief NIC	Totaal
Basis	€ 28,49	€ 1,76	€ 30,25
Intensief	€ 29,97	€ 3,67	€ 33,64
Palliatief terminale zorg	€ 30,17	€ 2,34	€ 32,51

Stel kapitaal oud en kosten inventaris met betrekking tot eerstelijns verblijf zijn voor zorgaanbieder X voorcalculatorisch € 28.000 en nacalculatorisch € 28.500. De afspraak van prestatie basis is 1.000 en de realisatie is 1.050.

Tabel 4: Voorcalculatie jaar t (2016)

Zvw			
prestatie	aantal	NHC/NIC	Totaal
Basis	1.000	€ 30,25	€ 30.250

Wlz			
	%	Bedrag	Totaal
Kapitaal en inventaris	30%	€ 28.000	€ 8.400

De tijdelijke dubbele bekostiging is € 8.400.

Tabel 5: Nacalculatie jaar t (2016) in jaar t+1 (2017)

Zvw			
prestatie	aantal	NHC/NIC	Totaal
Basis	1.050	€ 30,25	€ 31.763

Wlz			
	% NHC/NIC	Bedrag	Totaal
Kapitaal en inventaris	30%	€ 28.500	€ 8.550
Omzet NHC en NIC	70%	€ 31.763	€ 22.234
Kapitaalvergoeding			€ 30.784
Omzet NHC en NIC (Zvw)	100%	€ 31.763	-/- € 31.763
Verrekening Wlz			-/- € 979

Het resultaat van bovenstaande verrekening is dat de zorgaanbieder een vergoeding kapitaal en kosten inventaris voor eerstelijns verblijf krijgt van € 30.784 (€ 31.763 -/- € 979) conform de overgangsregeling NHC/NIC.

Voor aanbieders die per 2016 eerstelijns verblijf gaan leveren, zullen de vergoeding voor kapitaallasten en inventaris voor 100% op NHC/NIC worden gesteld (zie voorgaande paragraaf). Bovenstaande zal worden verwerkt in de nieuwe beleidsregels Wlz 2016 en 2017. Of voor 2015 nog aanpassingen nodig zijn in de huidige beleidsregels is afhankelijk van de opzet van de subsidieregeling 2015.

Consultatievragen kapitaallasten :

3. Hoe is de vergoeding van kapitaallasten en inventaris binnen de subsidieregeling in 2015 vorm gegeven? Zijn er nog aanpassingen nodig in de beleidsregels 2015 in verband met opzet subsidieregeling 2015?

4. Bent u het eens met het toepassen van de overgangsregeling NHC/NIC voor bestaande zorgaanbieders waarbij verrekening achteraf plaatsvindt?

5. Kostenbeheersing

Dit hoofdstuk gaat in op de methoden om ex post (eventuele) overschrijdingen van het macrobudgettair kader eerstelijns verblijf te kunnen terugvorderen.

5.1 Mogelijkheden tot kostenbeheersing

Voor we in gaan op de inrichting van een beheersinstrument merken we op dat kostenbeheersing primair via andere wegen moet worden gerealiseerd. De belangrijkste zijn:

- In de bekostiging van zorgaanbieders efficiëntieprikkels inbouwen;
- Risicodragend uitvoeren van eerstelijns verblijf door zorgverzekeraars.

De tweede voorwaarde voor kostenbeheersing is nog niet ingevuld. In dit kader wijzen wij er ook op dat eerder in de AWBZ via de contracteerruimte en in 2015 via een subsidieplafond altijd sprake is geweest van een hard budgetplafond (contracteerruimte en per 2015 subsidieplafond) voor deze zorg. Dit wordt verlaten per 1 januari 2016. Er vervalt dan ook een belangrijke drempel die voorkomt dat de macro-uitgaven gaan stijgen.

In het algemeen is van belang bij het handhaven van een macrobudgettair kader, dat er een goede manier is om het benodigde kader te schatten. Wij verwachten dat er zeker in 2016 nog een aantal onzekerheden bestaan met betrekking tot het kader eerstelijns verblijf. Zo is de bekostigingsvorm nog niet uitgekristalliseerd, wordt volumegroei gewenst via substitutie van MSZ (tweedelijns verblijf) naar eerstelijns verblijf en bestaat de verwachting dat er meer aanspraak op eerstelijns verblijf gemaakt zal worden vanwege het ingezette beleid om langer thuis te wonen.

Handhaving van een vooraf gesteld kader kan dan ook problemen opleveren voor de ontwikkeling van de markt. Tegelijkertijd kan kostenbeheersing zwaarder worden gewogen dan een snelle ontwikkeling van de markt. Dit is een politieke keuze. Eventuele oplossingen liggen in het hanteren van flexibiliteit tussen budgettaire kaders. Als de volumegroei wordt veroorzaakt door verplaatsing van zorg vanuit de MSZ naar het eerstelijns verblijf, ligt het voor de hand om ook middelen te verplaatsen naar het kader voor eerstelijns verblijf.

Een punt van nadere uitwerking is dat de bekostiging en/of administratie zodanig moet worden vormgegeven dat de kosten voor eerstelijns verblijf zijn te herleiden tot het vastgestelde macrobudgettair kader.

5.2 Beheersingsinstrumenten

Er zijn verschillende opties denkbaar voor het handhaven van het macrobudgettair kader. De opties zijn er in twee categorieën. Ten eerste maatregelen die een overschrijding voorkomen. Ten tweede maatregelen waarmee een overschrijding teruggevorderd kan worden. Bij de tweede categorie is nog van belang dat de mogelijkheid tot het terugvorderen van geld, ook een preventieve werking heeft.

Wij onderscheiden de volgende opties:

- afspraken met de sector over macro-omzetontwikkeling;
- een omzetplafond per zorgaanbieder;
- een omzetplafond op macroniveau;
- een tariefkorting in jaar $t+1$;
- macrobeheersingsinstrument.

De eerste drie maatregelen neemt men in jaar $t-1$ om de kosten van jaar t te beheersen. De laatste twee maatregelen neemt men na afloop van jaar t .

De uitvoerbaarheid van alle maatregelen hangt onder andere af van het gekozen bekostigingsmodel. De toepassing van maatregelen op aanbiedersniveau (noodzakelijk bij omzetplafond per aanbieder en macrobeheersingsinstrument) is veel arbeidsintensiever indien er gekozen wordt voor losse prestaties.

5.2.1 Bestuurlijke afspraken kostenontwikkeling

Dit is een goede methode om met sector en overheid na te denken over gewenste kostenontwikkeling en methodes om dat te bereiken.

Tegelijkertijd geeft een afspraak geen garanties op het halen van het afgesproken plafond noch mogelijkheden om de overschrijdingen terug te halen. Bestuurlijke afspraken zijn dan ook te zien als een aanvulling op eventuele andere methodes tot kostenbeheersing.

5.2.2 Omzetplafond per zorgaanbieder

Het is een mogelijkheid om per zorgaanbieder een omzetplafond vast te stellen voor jaar t . Dit doet men in jaar $t-1$. Te allen tijden wordt voorkomen dat een zorgaanbieder zijn individuele kostenplafond overschrijdt. Aangezien niemand over zijn individuele kostenplafond heen kan gaan, is beheersing gegarandeerd. Lagere omzet dan het plafond wordt echter niet bijgeplust.

Uit het oogpunt van kostenbeheersing is dit een effectief model. Het nadeel is dat de marktverhouding vast wordt gezet door de overheid. Aanbieders kunnen niet meer omzet genereren. Dit belemmert de keuzevrijheid van patiënten, investeringen in betere kwaliteit door zorgaanbieders en onderlinge concurrentie op de prijs per prestatie. Ook is dit voor aanbieders en overheid een ingrijpende en arbeidsintensieve variant. Tot slot vereist deze variant dat vooraf, in het jaar $t-1$, de aanbieders die deze zorg leveren bekend zijn. Dit hoeft niet het geval te zijn volgens de Zvw-systematiek. Zeker in dit stadium is dit een onwenselijke variant voor eerstelijns verblijf.

5.2.3 Omzetplafond op landelijk niveau

Een variantie op de omzetplafonds is om landelijk een omzetplafond vast te stellen. Dit gebeurt in de Wlz en wordt de contracteerruimte genoemd. Deze variant geeft zekerheid dat het makro-kader niet overschreden wordt. Voordeel van deze variant boven een plafond per aanbieder is dat het de omzetverhoudingen tussen aanbieders niet vastlegt. Het loont voor aanbieders wel om beter te presteren dan andere aanbieders, omdat zij individueel een beloning kunnen verkrijgen. Uit oogpunt van de ontwikkeling van de markt eerstelijns verblijf heeft dit model de voorkeur voor de korte termijn ten opzichte van een omzetplafond per zorgaanbieder. Het nadeel is dat de werkwijze slecht past bij de Zvw systematiek omdat geen sprake is van alleen een naturaverzekering en een contracteerruimte per verzekeraar.

5.2.4 Tariefkorting

Deze methode voorziet er in dat in het jaar na de constatering van een overschrijding de tarieven verlaagd worden. Het voordeel van deze methode is dat niet alleen de overschrijding teruggehaald wordt, maar ook een nieuwe overschrijding in jaar t+1 wordt voorkomen. Het nadeel is dat het invorderen van de overschrijding wordt uitgesteld tot een toekomstige situatie. Nieuwe toetreders betalen mee aan een overschrijding die per definitie niet door hen is veroorzaakt. Verder voorziet deze maatregel alleen in het verlagen van de prijs. Een overschrijding kan ook veroorzaakt worden door het volume. De werkelijk behaalde invordering is onzeker: Dit kan meer of minder zijn dan beoogd, afhankelijk van de hoeveelheid geleverde zorg in jaar t+1. Een risico is dat de prijs in jaar t+1 na een korting niet langer kostendekkend is. Dat is een risico voor de toegankelijkheid. Gezien het feit dat de zorg en de tarieven nog in ontwikkeling zijn, vinden wij het onwenselijk om eventuele overschrijdingen terug te halen via een tariefkorting.

5.2.5 Macrobeheersingsinstrument

Het macrobeheersingsinstrument (MBI) lijkt erg op het omzetplafond op landelijk niveau. Het verschil is dat bij het landelijke omzetplafond altijd vooraf wordt gezorgd dat het plafond niet wordt overschreden. Bij het MBI wordt alleen achteraf bepaald of het macrobudgettair kader is overschreden. Het MBI wordt vaker toegepast binnen de Zvw. Een voordeel van dit model is dat er geen beperkingen zijn in de markt. Alleen bij een eventuele overschrijding worden maatregelen genomen.

Uit kostenbeheersingsoogpunt voor lange termijn is een nadeel dat iedereen de prikkel heeft om zoveel mogelijk te produceren. Een grotere omzetgroei dan landelijk gemiddeld betekent dat ook na het terughalen van de overschrijding, partijen erop vooruit gaan. Een kleinere omzetgroei dan landelijk gemiddeld betekent dat men én niet meer omzet heeft gegenereerd dan anderen, maar wel moet bijdragen aan de kostenoverschrijding. Verder kan de dreiging van het toepassen van het MBI er toe leiden tot men terughoudend is in het investeren in kwaliteit (geld reserveren om terug te betalen) of capaciteit (meer zorg leveren kan afgestraft worden). Beide effecten zijn in deze markt nadelig, omdat juist innovatie nodig is voor het ontwikkelen van nieuwe zorgvormen en uitbreiding van capaciteit wenselijk is om te komen substitutie uit duurdere vormen van verblijfszorg.

In hoofdlijnen werkt het MBI als volgt:

- Voor jaar t wordt in jaar t-1 een budgettair kader vastgesteld. Daarbij wordt ook bepaald welke uitgaven onder het vastgestelde plafond vallen.
- In jaar t leveren en declareren zorgaanbieders zorg.
- In jaar t+1 wordt bekeken of het plafond is overschreden.
- Indien het plafond wordt overschreden besluit de minister welk bedrag teruggehaald moet worden op de zorgaanbieders.
- De NZa geeft individuele aanwijzingen aan zorgaanbieders voor storting van gelden in het zorgverzekeringsfonds.

Zie voor een precies voorbeeld van de werking van het MBI, de beleidsregel macrobeheersmodel (BR/CU-2141).

Voor de uitvoerbaarheid van een MBI zijn twee elementen van belang:

- Aantal zorgaanbieders dat declareert.
- Betrouwbare manier om de omzet te bepalen.

Het aantal aanbieders is van belang omdat er bij een groter aantal aanbieders het moeilijker is om exact en tijdig de macrogegevens vast te

stellen. Ook eventuele overschrijdingen zijn moeilijker terug te halen bij een groter aantal aanbieders. Zeker als er een groot aantal aanbieders is met een klein aandeel in de totale omzet, kunnen de baten van het inwinnen van de overschrijding niet opwegen tegen de kosten van het innen. Ten tweede is van belang of adequaat en tijdig te bepalen is wat de omzet is geweest over jaar t. Dit is nodig om goed te kunnen bepalen wat het macrobedrag is geweest. En vervolgens om nauwkeurig per aanbieder, in het geval van een overschrijding, vast te stellen welk bedrag in het Zorgverzekeringsfonds gestort dient te worden.

5.3 Advies NZa

We wijzen erop dat het hanteren van een strikte methode voor kostenbeheersing nadelige effecten kan hebben op de ontwikkeling van een markt. Als gekozen wordt om toch extra zekerheden in het systeem in te bouwen voor de beheersing van de kosten, ligt het MBI het meest voor de hand. Voor het MBI kan de minister in jaar t+1 besluiten welk bedrag teruggehaald moet worden bij een eventuele overschrijding. Hiermee ontstaat flexibiliteit in het al dan niet toepassen van het instrument voor het vooraf moeilijk te bepalen kader voor eerstelijns verblijf.

Voor het MBI is een aanwijzing van het ministerie van VWS noodzakelijk. In het belang van een uitvoerbaar en effectief MBI geven wij aan dat:

- Bij een keuze voor variant 1 een MBI wat ons betreft alleen uitvoerbaar is voor de componenten hotelmatige kosten en verpleging. Naar verwachting omvatten deze componenten wel het grootste deel van de totale kosten.
- Bij variant 2 we over de gehele zorglevering het MBI kunnen toepassen.
- Variant 2 heeft betere prikkels op microniveau tot kostenbeheersing. Dit komt omdat alle prestaties in één pakket zitten. De zorgaanbieders moeten (om niet verlieslatend te zijn) alle zorg leveren binnen de kaders van de vergoeding. Ook is gemakkelijker te sturen voor zorgverzekeraars waar zij welke zorg inkopen.
- Een punt van nadere uitwerking is dat de bekostiging en/of administratie zodanig moet worden vormgegeven dat de kosten voor eerstelijns verblijf zijn te herleiden tot het vastgestelde macrobudgettair kader.

Consultatievragen kostenbeheersing:

1. Wat is uw mening over de te verwachten kostenontwikkeling voor deze zorg? Welke rol kunnen de geadviseerde bekostigingsvormen daarin spelen?
2. Wat is uw mening over de inrichting van de kostenbeheersing, zoals deze hier wordt voorgesteld?
3. Welke variant voor de prestaties heeft uw voorkeur, gegeven de schets van de mogelijkheden tot kostenbeheersing?

Bijlage 1. Tariefberekening

Inleiding

In deze bijlage beschrijven wij de wijze waarop de maximum tarieven voor de prestaties zoals beschreven in figuur 3 worden berekend.

De tarieven zijn afgeleid van de ZZP prestaties zoals beschreven in de beleidsregels:

- Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten 2015 (CA-BR-1507b).
- Invoering en tarieven normatieve huisvestingscomponent (NHC) en normatieve inventariscomponent (NIC) nieuwe zorgaanbieders 2015 (CA-BR-1513a).

Definities en formules

De volgende definities en formules zijn gehanteerd:

- LM: de loon en materiele kosten van een ZZP zoals beschreven in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten;
- NHC: de kapitaallasten zoals beschreven in de Beleidsregel Invoering en tarieven normatieve huisvestingscomponent (NHC) en normatieve inventariscomponent (NIC) nieuwe zorgaanbieders;
- NIC: de inventaris zoals beschreven in de Beleidsregel Invoering en tarieven normatieve huisvestingscomponent (NHC) en normatieve inventariscomponent (NIC) nieuwe zorgaanbieders.

Eerstelijns verblijf

$$= LM_{ZZP \text{ incl. behandeling}} + NHC_{ZZP \text{ incl. behandeling}} + NIC_{ZZP \text{ incl. behandeling}}$$

$$Woonzorg = LM_{ZZP \text{ excl. behandeling}} + NHC_{ZZP \text{ excl. behandeling}} + NIC_{ZZP \text{ excl. behandeling}}$$

$$Hotel = LM_{\text{verblijfscomponent niet geïndiceerde partner}} + NHC_{\text{verblijfscomponent niet geïndiceerde partner}} + NIC_{\text{verblijfscomponent niet geïndiceerde partner}}$$

De hotelmatige component is gelijk aan *Hotel*.

De woonzorgcomponent is gelijk aan *Woonzorg*.

De verpleegkundig component is gelijk aan *Hotel – Woonzorg*.

De paramedisch component en component behandeling artsen zijn als volgt berekend:

- De totale behandelcomponent van een ZZP is gelijk aan *Eerstelijns verblijf – Woonzorg*.
- In het rapport Eindrapportage onderzoek parameterwaarden zorgzwaartepakketten (HHM, oktober 2013) is op pagina 18 van het tabellenboek voor de sector V&V aangegeven de FWG mix voor behandeling per FWG schaal. Met deze mix is een gemiddeld bruto jaarsalaris berekend voor een AWBZ-behandelaar.
- Voor de paramedische component is uit een scan naar vacatures gebleken dat FWG schaal 55 gangbaar is. Voor de behandeling door artsen is FWG schaal 65 t/m 80 van toepassing. We hebben daarom de FWG schalen 0 t/m 55 toegerekend aan de paramedische component en de FWG schalen 60 en hoger aan de artsencomponent. Op basis van deze splitsing is het relatieve aandeel van de paramedici

en de artsen in het gemiddelde bruto jaarsalaris van behandeling berekend.

In tabel 6 staan de tarieven voor de verschillende varianten vermeld.

Tabel 6: Tarieven beide varianten

NB. Indien prijzen links staan, zijn deze gebaseerd op ZZP-prestaties zonder behandeling. Indien prijzen rechts staan, zijn deze gebaseerd op ZZP-prestaties met behandeling.

variant	component	gebaseerd op:	ZZP 3		ZZP 6		ZZP 10	
1a	hotel	verblijfscomponent niet geïndiceerde partner	€ 64,03		€ 64,03		€ 64,03	
	V&V	ZZP excl. bh minus hotel	€ 69,36		€ 128,00		€ 210,48	
1b	woonzorg	ZZP excl. bh	€ 133,39		€ 192,03		€ 274,51	
2a	woonzorg	ZZP excl. bh	€ 133,39		€ 192,03		€ 274,51	
	paramedische zorg	aandeel is 56,7 %		€ 15,28		€ 17,09		€ 21,56
	behandeling artsen	aandeel is 43,4 %		€ 11,68		€ 13,07		€ 16,49
	paramedische zorg en behandeling artsen	ZZP incl. bh minus ZZP excl. Bh		€ 26,96		€ 30,16		€ 38,05
2b	eerstelijnsverblijf	ZZP incl. bh		€ 160,35		€ 222,19		€ 312,56
2c	eerstelijnsverblijf	ZZP incl. bh		€ 160,35		€ 222,19		€ 312,56

prijzen	ZZP 3 excl bh	ZZP 3 incl bh	ZZP 6 exc bh	ZZP6 incl bh	ZZP 10 excl bh	ZZP 10 incl bh	verblijf niet geïndiceerde partner
Im	103,14	129,01	161,33	188,55	242	277,11	37,42
nhc	28,49	28,92	28,36	29,97	30,17	31,78	24,85
nic	1,76	2,42	2,34	3,67	2,34	3,67	1,76
totaal	133,39	160,35	192,03	222,19	274,51	312,56	64,03

Figuur 4 geeft schematisch de tarieven weer die voor verschillende prestaties van toepassing zijn.

Figuur 4: Tarieven prestaties eerstelijns verblijf

