

Bijlagen bij marktscan Acute zorg

Inhoud

1.	Processen	5
2.	Begrippenlijst	7
3.	Analyse eerstelijnsverblijf	9

1. Processen

Acute zorg voor kwetsbare ouderen

Naar aanleiding van de signalen uit het veld over de toegenomen druk op de acute zorg heeft de NZa in december 2016 een [quickscan](#) uitgevoerd naar de acute zorg voor kwetsbare ouderen. Deze bestaat uit een analyse van signalen en berichten uit de media en uit gesprekken met zorgverzekeraars en betrokken brancheverenigingen over de vraag welke maatregelen zij nemen om knelpunten die zij zien op te lossen of te voorkomen.

Het bleek dat zorgaanbieders de knelpunten die bekend waren bij de NZa adequaat hebben opgelost. Waar nodig hebben zorgverzekeraars daar (financieel) aan bijgedragen. Er waren geen signalen dat er voor 2016 en 2017 onvoldoende zorg is ingekocht. Hierdoor was er geen noodzaak tot direct ingrijpen door de NZa op de naleving van de zorgplicht. Wel kwamen we tot de volgende aandachtspunten. Ten eerste is het de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om daar waar nodig de samenwerking en coördinatie te verbeteren rondom de doorstroom van patiënten in de keten. Daar waar dit onvoldoende tot stand komt ligt het voor de hand dat zorgverzekeraars de regie nemen. Enkele kleine zorgverzekeraars geven hierin het goede voorbeeld en laten zien dat zij hiertoe goed in staat zijn. Ten tweede zou het goed zijn als zorgverzekeraars risicoanalyses uitvoeren naar toekomstige patiëntenstromen en de effecten daarvan op de zorgketen. Deze analyses geven de zorgverzekeraars inzicht in de knelpunten waarvoor zij op grond van hun zorgplicht verantwoordelijk zijn. Zo kan bijvoorbeeld worden gerealiseerd dat altijd voldoende eerstelijnsverblijf beschikbaar is. Ten derde adviseerden we ketenpartijen om de ACM om advies te vragen daar waar zij twijfels hebben over de mogelijkheden voor samenwerking.

Om na te gaan of de aandachtspunten in de quickscan zijn opgevolgd zijn in februari 2017 gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars. De gesprekken kwamen te vroeg om te zien of zorgverzekeraars de aandachtspunten voldoende opvolgen. Daarom hebben we voorjaar 2017 een enquête gedaan onder zorgaanbieders van acute zorg en de bureaus van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). Deze biedt aanvullende informatie over knelpunten in de acute zorgketen zoals het zorgveld deze ervaart en duidt. De enquête is ingevuld door 936 respondenten, waarvan 195 werkzaam in huisartsenpraktijken en huisartsenposten, 419 werkzaam in ziekenhuizen, en 294 in de ambulancezorg. Omdat de respondenten een beperkt deel zijn van het totale personeel werkzaam in de acute zorg kunnen de resultaten niet representatief worden geacht voor de mate waarin knelpunten worden ervaren. Tevens zijn opnieuw gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars.

In juni 2017 heeft de [LNAZ](#) de druk op de acute zorg in alle regio's geïnventariseerd. De mate waarin tijdelijke beperkingen in de toegankelijkheid van acute zorg voorkomen varieert per ROAZ-regio. Deze hebben deels te maken met de doorstroom van patiënten. Sommige ROAZ'en rapporteren dat er tekorten zijn aan bedden voor vervolgzorg dan wel dat zorgpartijen onvoldoende inzicht hebben in de beschikbaarheid van deze bedden, en dat zij drempels ervaren bij het plaatsen van patiënten. Deze marktscan biedt daarom inzicht in de patiëntenstromen naar elv en in ervaringen van partijen met de doorstroom naar het elv en de knelpunten en oorzaken hiervan.

Kwaliteit in de acute zorg

De organisatie van de acute zorg heeft al jaren de aandacht van veldpartijen. Onderdeel hiervan is het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg en de discussie over de concentratie van complexe spoedeisende zorg voor het verbeteren van de kwaliteit. Deze thema's vallen buiten de scope van de marktscan. Hiervoor verwijzen we naar activiteiten die ondernomen worden door veldpartijen en het Zorginstituut. In 2015 heeft het [Zorginstituut](#) normen en indicatoren ontwikkeld voor zes spoedzorgindicaties. Deze worden meegenomen in het Kwaliteitskader Spoedzorg dat momenteel wordt ontwikkeld door relevante veldpartijen en het Zorginstituut. In dit Kwaliteitskader komen landelijke afspraken over hoe de spoedzorg het beste regionaal kan worden georganiseerd. De zorgvraag van de patiënt is hiervoor leidend. De afspraken moeten borgen dat patiënten de juiste zorg ontvangen op het juiste moment en de juiste plaats.

2. Begrippenlijst

Begrip	Definitie
Loze rit (Ambulance)	Een loze rit is een rit waarbij na aankomst op de (veronderstelde) locatie van de patiënt blijkt dat er geen noodzaak voor hulpverlening en/of vervoer (meer) aanwezig is, of dat het benodigde zorgniveau niet overeenkomt met de gestelde zorgvraag. Een inzet kan pas een loze inzet blijken te zijn nadat de ambulance is gearriveerd op de plaats waar de patiënt zou moeten zijn.
Afgebroken rit (Ambulance)	Een inzet die wordt uitgevoerd met de intentie tot hulpverlening en/of vervoer, waarbij tijdens het aanrijden en voordat de ambulance op de plaats van bestemming arriveert, de centralist de inzet afbreekt. In geval van pech of een ongeluk met de ambulance, kan de ambulance-eenheid de rit afbreken. Een inzet kan worden afgebroken tijdens de aanrijtijd.
Beschikbare ambulance-eenheid	Ambulanceverpleegkundige en ambulancechauffeur met ambulance. Beschikbaarheid kan zijn voor parate-, aanwezigheids- en beschikbaarheidsdiensten.
RAV	Regionale Ambulancevoorziening. Nederland is ingedeeld in 25 regio's waarbinnen verschillende organisaties samenwerken op gebied van bijvoorbeeld rampenbestrijding, brandweer en GHOR (geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio). De ambulancedienst in deze regio is de RAV.
Zorgambulance	De zorgambulance verleent zorg aan patiënten met een laagcomplexe zorgvraag. De zorgverlening op de zorgambulance is voorspelbaar, zonder risico op levensbedreigende situaties.
Twaz	Tijdelijke wet ambulancezorg. Op basis van de Twaz geeft de minister van VWS per RAV-regio één aanwijzing af aan een rechtspersoon – de RAV – die verantwoordelijk is voor de ambulancezorg in zijn regio voor vijf jaren. Tijdens deze periode kan geen andere zorgaanbieder toetreden. De patiënt en zorgverzekeraar hebben door de aanwijzing van de minister en het spoedeisende gehalte van de zorg geen keuze voor een zorgverlener op het gebied van ambulancezorg. Op 30 mei 2017 heeft de Tweede Kamer de Twaz gewijzigd en verlengd met maximaal drie jaar. Naar verwachting wordt het wetsvoorstel tot wijziging en verlenging najaar 2017 door de Eerste Kamer behandeld.
Medisch-specialistische zorg	Medisch-specialistische zorg is diagnostiek en behandeling waarvoor medisch-specialistische kennis en kunde nodig zijn. Medisch-specialistische zorg is gericht op het genezen van de patiënt en is alleen toegankelijk met een verwijzing van de huisarts tenzij sprake is van

	een spoedeisende situatie en er dus acute zorg nodig is.
ANW-uren	Avond-, nacht- en weekenduren.
MMT	Mobiele medische teams
AIOS	arts in opleiding tot specialist
ANIOS	Arts niet in opleiding tot specialist
Elv Basis	De zorg richt zich op een enkelvoudige aandoening. Daarnaast krijgt de patiënt hulp bij het binnenshuis verplaatsen en transfers en hulp bij ten minste wassen, kleden en toiletgang.
Elv Intensief	Intensieve zorg als sprake is van meerdere, elkaar beïnvloedende aandoeningen of beperkingen. Hiervoor is overname van zorg nodig bij het binnenshuis verplaatsen en transfers en bij ten minste wassen, kleden en toiletgang. Wegens cognitieve beperkingen kan er sturing of toezicht nodig zijn.
Elv palliatief	Zorg bij een levensbedreigende ziekte, waarbij de levensverwachting niet langer dan drie maanden is.
NTS	Nederlandse Triage Standaard: triage-instrument om urgentie te bepalen van een acute zorgvraag.

3. Analyse eerstelijnsverblijf

De NZa heeft in december 2016 en januari 2017 een uitvraag gedaan bij zorgverzekeraars over de (on)gecontracteerde zorg eerstelijnsverblijf (elv) en geriatrische revalidatiezorg (grz). De opzet van de uitvraag en de respons is beschreven in bijlage 1. Deze factsheet gaat in op achtereenvolgens de (on)gecontracteerde zorg elv en grz en over aanvullende kwalitatieve vragen over gecontracteerde zorgaanbieders, het tarief en aanvullende afspraken over declaratie, indicatie, registratie en het gehanteerde tarief.

Inkoop

Het resultaat van de inkoop is in tabel 1 samengevat.

Tabel 1. opgave (verwachte) gecontracteerde zorg en inschatting niet-gecontracteerde zorg eerstelijnsverblijf 2017

	Totaal (verwachte) gecontracteerde zorg	Schatting niet-gecontracteerde zorg	Totaal bedrag
Eerstelijnsverblijf	€ 244.3 miljoen	€ 2.5 miljoen	€ 246.8 miljoen
Geriatrische revalidatiezorg	€ 737.4 miljoen	€ 6.9 miljoen	€ 744.3 miljoen
Totaal	€ 981.7 miljoen	€ 9.4 miljoen	€ 991.1 miljoen

Bij de opgave (verwachte) gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg maken wij enkele voorbehouden. Zorgverzekeraars geven aan moeite te hebben gehad om een inschatting te geven van de niet-gecontracteerde zorg. Eén van de tien zorgverzekeraars heeft geen (verwachte) gecontracteerde en geen schatting niet-gecontracteerde zorg elv en grz kunnen aanleveren. Het betreft een kleine verzekeraar. Het totaal opgegeven bedrag dient hierdoor als niet compleet te worden beschouwd.

Daarnaast moet worden opgemerkt dat zorgverzekeraars voor grz buiten het kernwerkgebied geen omzetlimiet afspreken. Dit maakt het voor zorgverzekeraars lastig om in te schatten wat de verwachte omzet gecontracteerde zorg 2017 buiten het kernwerkgebied is. Hierbij kunnen zorgverzekeraars zich hebben gebaseerd op basis van realisatiecijfers van de afgelopen jaren. Verder zijn de gegevens niet bewerkt en er is geen (externe) audit gehouden.

Bestaande¹ zorgaanbieders hebben bij alle zorgverzekeraars een overeenkomst aangeboden gekregen indien zij nog steeds aan de contractvoorwaarden voldeden. Nieuwe² zorgaanbieders konden zich bij alle zorgverzekeraars melden en inschrijven. De meeste zorgverzekeraars (acht van de tien) hebben daadwerkelijk nieuwe zorgaanbieders gecontracteerd. Het gaat hierbij om kleine aantallen, variërend van 1 tot 10. Het totaal aantal gecontracteerde zorgaanbieders is weergegeven in tabel 2.

¹ Bestaande zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in 2016 een overeenkomst hadden in het kader van de subsidieregeling elv en/of een productie elv hebben geleverd

² Nieuwe zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die in 2016 geen overeenkomst hadden in het kader van de subsidieregeling elv en/of geen productie elv hebben geleverd

Tabel 2. aantal gecontracteerde zorgaanbieders per prestatie

	Aantal gecontracteerde zorgaanbieders
Laag complex	7 - 328
Hoog complex	11 - 321
Palliatief terminale zorg	6 - 321

In totaal maakten zorgverzekeraars met 6 tot 328 zorgaanbieders contractafspraken voor 2017. Het aantal *unieke* zorgaanbieders in Nederland is niet bekend. De meeste zorgverzekeraars (acht van de tien) geven aan dat de inkoop bij bestaande en nieuwe zorgaanbieders borgt dat er voldoende zorg is ingekocht vanwege een hoge contracteergraad, mogelijkheid tot restitutie en spreiding in geografische ligging. De zorgverzekeraars (twee van de tien) die geen nieuwe zorgaanbieders hebben gecontracteerd geven aan dat met de zorgaanbieders van 2016 sprake is van een voldoende gecontracteerd zorgaanbod. Zij kunnen voorzien in de vraag doordat zij het volledig beschikbare budget hebben uitgezet.

Tarieven en budgetplafonds

Tabel 3 geeft een overzicht van de laagste en hoogste tarieven die zijn afgesproken voor de drie elv-prestaties.

Tabel 3. afgesproken minimum en maximum tarieven en de bandbreedte van het NZa-tarief per prestatie eerstelijnsverblijf 2017

	Minimum	Maximum	NZa maximum tarief ³	Bandbreedte NZa-tarief
Laag complex	€ 112,98	€ 160,17	€ 160,17	71 – 100 %
Hoog complex	€ 181,47	€ 220,02	€ 223,50	81 – 98 %
Palliatief terminale zorg	€ 274,59	€ 316,07	€ 316,07	87 – 100 %

De meeste zorgverzekeraars (zeven van de tien) geven aan de tarieven 2017 te baseren op 2016, al dan niet met indexatie. Eén zorgverzekeraar geeft daarbij aan dat het niet nodig is om voor de laag complexe zorg standaard het tarief inclusief behandeling af te spreken. Eén andere zorgverzekeraar geeft aan niet de NZa-maximumtarieven te hanteren, omdat door de te verwachten volumegroei schaalvoordelen te behalen zijn. Twee zorgverzekeraars geven aan de tarieven van 2016 te hanteren vanwege het risico op dubbele financiering van de huisartsenzorg. Het max-max tarief wordt niet gehanteerd.

Drie zorgverzekeraars geven aan geen budgetplafond af te spreken met zorgaanbieders, de overige zeven zorgverzekeraars hanteren wel een budgetplafond. Voor deze laatste categorie geldt dat het budgetplafond voor het jaar 2017 gebaseerd is op realisatiecijfers over (delen van) het jaar 2016, opgehoogd met een verwacht groeipercentage voor 2017. Eén verzekeraar hanteert het budgetplafond in twee rondes. In de eerste ronde (eind 2016) stelt de zorgverzekeraar een eerste omzetplafond vast voor 2017 op basis van de realisatie 2015 en de verwachte groei in volume 2016 uitgesplitst per prestatie. In het laatste kwartaal van 2017 wordt het definitieve omzetplafond 2017 toegewezen op basis van goedgekeurde declaraties over het eerste half jaar 2017 en doelmatigheid passend binnen het financieel kader 2017. Eén andere verzekeraar geeft aan op basis van monitoring het budgetplafond verhoogt als blijkt dat dit nodig is.

³ In 2017 is het door de NZa vastgestelde tarief voor elv laag complex inclusief behandelcomponent

Inhoudelijke afspraken

Indicatie en verwijzing

De eisen rondom de verwijzing en/of indicatiestelling lopen uiteen tussen verzekeraars. De meeste zorgverzekeraars (zes van de tien) hanteren de voorwaarde dat de indicatie en verwijzing wordt gesteld door de behandelend (huis)arts, in overeenstemming met het afwegingsinstrument van Verenso. Als aanvullende eis wordt door twee zorgverzekeraars gesteld dat het bewijs van de indicatiestelling moet worden bewaard in het cliëntdossier.

Bij overige zorgverzekeraars (vier van de tien) dient de indicatie te worden gedaan door de huisarts en niet (als dat een andere arts betreft) de behandelend arts. Voor één verzekeraar geldt dat het om de eigen huisarts moet gaan. De indicatie kan worden gesteld in samenspraak met de transferverpleegkundige, verpleegkundige in wijk, de so en de arts verstandelijk gehandicapten.

Eén zorgverzekeraar geeft aan dat instemming van de ontvangende partij nodig is. Een aantal zorgverzekeraars (drie van de tien) geeft aan zorgaanbieders te stimuleren om regionale afspraken te maken die bijdragen aan een juiste indicatie en verwijzing.

Indicatietermijn

Vanuit de subsidieregeling gold in 2015 en 2016 een indicatietermijn van drie maanden. Onder de Zvw is deze termijn per 2017 vervallen en geldt de aanspraak voor een termijn van 1095 dagen (drie jaar). Omdat het bij elv gaat om tijdelijk verblijf, en bij een verblijf van drie jaar niet meer gesproken kan worden over 'tijdelijk', hanteren verzekeraars ook onder de Zvw nog een indicatietermijn. De meeste zorgverzekeraars (acht van de tien) hanteren een toestemmingsvereiste na het verstrijken van de indicatie-termijn. De meeste zorgverzekeraars (zes) hanteren hierbij een maximale indicatie-termijn van twaalf weken. Eén zorgverzekeraar hanteert een maximum van 42 dagen voor laag en hoog complex. Voor ptz wordt door deze zorgverzekeraar het maximaal aantal ligdagen van 90 gehanteerd. De zorgverzekeraar geeft hierbij aan dat in bijzondere situaties een langere periode kan worden toegestaan. Hiervoor dient uiterlijk vijf werkdagen voor het bereiken van de maximale ligduur contact te worden opgenomen door de zorgaanbieder met de verzekeraar.

Eén enkele verzekeraar hanteert de termijn van zes maanden voordat een toestemmingsvereiste benodigd is. Twee zorgverzekeraars hanteren geen toestemmingsvereiste, waarbij één zorgverzekeraar aangeeft dat monitoring van de termijn geschiedt op basis van declaraties. Indien uit de declaraties blijkt dat dat gebruik van het elv structureel niet kortdurend is, zullen zij maatregelen nemen.

Zorgonderdelen

Alle zorgverzekeraars hebben de paramedische zorg binnen het elv opgenomen in de afspraken en tarieven voor elv, conform de regelgeving.

De meeste zorgverzekeraars (acht van de tien) geven aan geen afspraken te hebben gemaakt over registratie van zorgonderdelen naast de landelijke declaratie standaard. Eén zorgverzekeraar ontvangt kwartaalcijfers met gegevens over laagste, gemiddelde en hoogste ligduur uitgesplitst naar prestatie, verblijfslocatie voordat de cliënt is opgenomen en de ontslagbestemming. Eén andere zorgverzekeraar ontvangt gegevens over de uitstroom, en betaalt daar een tariefopslag aan de zorgaanbieder voor.

Infrastructuur en organisatie

De meeste zorgverzekeraars (vier van de tien) hebben afspraken gemaakt over aansluiting bij het lokale zorgaanbieders netwerk. De overige aanbieders regelen de infrastructuur en organisatie via de regeling voor spoedopnames, via vastlegging in een convenant, of zorgaanbieders moeten aangeven welke samenwerkingsafspraken er zijn met huisartsen, transferverpleegkundigen en wijkverpleging. De zorgaanbieder moet aangeven op welke wijze het aanbod rondom de klant is georganiseerd, zoals inzicht in zorgpaden, behandelprotocollen, inzet deskundigheid, locaties van zorglevering en beleidsontwikkelingen. Eén zorgverzekeraar geeft aan een tariefopslag te bespreken indien de zorgaanbieder aantoonbare (regionale) afspraken heeft gemaakt over de juiste organisatie van zorg. Twee zorgverzekeraars geven aan geen aanvullende afspraken te hebben gemaakt.

Hoofdbehandelaarschap

De meeste zorgverzekeraars (vier van de tien) hebben afspraken gemaakt over het hoofdbehandelaarschap, namelijk dat zorginstellingen verantwoordelijk zijn voor de afstemming met de behandelarts, inclusief afspraken met de huisarts. Enkele zorgverzekeraars (drie van de tien) stellen dat de huisarts hoofdbehandelaar is, en mogelijk de specialist ouderengeneeskunde in overleg met de huisarts. Dit dient te worden vastgelegd in het patiëntendossier. Twee zorgverzekeraars geven aan dat de huisarts hoofdbehandelaar is bij laag complexe patiënten en de so of arts verstandelijk gehandicapten bij hoog complexe of ptz patiënten. Eén zorgverzekeraar geeft aan geen afspraken over het hoofdbehandelaarschap te hebben gemaakt.

Drie van de tien zorgverzekeraars eisen daarnaast dat coördinatie van zorg dient plaats te vinden door een niveau 5 verpleegkundige.

Doelmatigheidsdoelstelling

De helft van de zorgverzekeraars hanteren in 2017 geen doelmatigheidsdoelstellingen. De overige verzekeraars stimuleren doelmatigheid door o.a.:

- Maximaal 90% van het NZa-maximumtarief voor de prestatie hoog complex te hanteren.
- Toekennen van een hoger omzetplafond bij het terugdringen van de gemiddelde verblijfsduur van elv laag- en hoog-complex.
- Monitoring van de gemiddelde opnameduur.

Bijlage 1: opzet

Om aan het verzoek te voldoen hebben wij een formulier 'Kwantitatieve uitvraag contractering Eerstelijnsverblijf en Geriatrische revalidatiezorg 2017' opgesteld. Via het ingevulde formulier hebben zorgverzekeraars een opgave verstrekt van het totaal aan (verwachte) gecontracteerde zorg. Zij hebben tevens een inschatting opgegeven van het totaal aan (verwachte) niet-gecontracteerde zorg. Verzekeraars moesten dit voor zowel elv als grz inschatten voor 2017.

Met deze gegevens kan een inschatting worden gemaakt in hoeverre de totaal verwachte uitgaven in 2017 voor elv en grz zich verhoudt tot het financiële kader dat beschikbaar is gesteld. Het financiële kader dat beschikbaar is gesteld, bedraagt € 1.003,8 miljoen.

Respons

Het jaar 2017 is het eerste jaar dat zorgverzekeraars elv inkopen. Zorgverzekeraars zijn voorzichtig in het opzetten van eigenstandig inkoopbeleid, gelet op de middellange termijn waar een doorontwikkeling van elv en grz in samenhang wordt gezien. In afwachting van de uitkomsten van de doorontwikkeling geven zorgverzekeraars aan zo goed als mogelijk de huidige kaders overeind te houden.

De uitvraag is gedaan bij tien zorgverzekeraars. Eén van de tien zorgverzekeraars heeft geen (verwachte) gecontracteerde en geen schatting niet-gecontracteerde zorg elv en grz kunnen aanleveren. Het betreft een kleine verzekeraar. Het totaal opgegeven bedrag dient hierdoor als niet compleet te worden beschouwd.