



# Toetsingskader Ziekenhuisverplaatste Zorg



Publicatiedatum 1 september 2020

# Samenvatting

Om de toekomstige zorg toegankelijk, betaalbaar en beschikbaar te houden, is het nodig de zorg anders te organiseren en interventies te plegen. Met de recente COVID-19 uitbraak is deze urgentie in een stroomversnelling gekomen. Vanwege de hoge COVID-19 belasting aan de ene kant en de belemmeringen die een anderhalve-meter samenleving met zich meebrengt aan de andere kant, moeten we meer dan ooit op zoek naar de meest doelmatige zorg en dat kan op verschillende manieren.

Binnen de Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP) is er onder meer aandacht voor het verplaatsen van zorg. Een beweging die in de ziekenhuizen steeds meer op gang komt.

Menzis stimuleert het verplaatsen van zorg uit het ziekenhuis naar huis, maar niet in alle gevallen. Vandaar dat Menzis een toetsingskader heeft ontwikkeld met daarin de definitie van Ziekenhuisverplaatste Zorg en de vier uitgangspunten waaraan Ziekenhuisverplaatste Zorg dient te voldoen;

- Veiligheid en kwaliteit van zorg;
- Patiënt en patiënttevredenheid;
- Toekomst bestendigheid en samenwerking;
- (Zorg)kosten.

Naast de uitgangspunten staat in dit toetsingskader ook beschreven welke informatie Menzis wil ontvangen indien een zorgaanbieder plannen heeft om zorg uit het ziekenhuis te verplaatsen.

In dit toetsingskader is zowel de informatie te vinden voor dagbehandelingen die verplaatst worden alsmede de klinische Ziekenhuisverplaatste Zorg.

*‘Met dit toetsingskader wil Menzis transparant zijn over de aspecten waar naar gekeken wordt bij initiatieven rondom ziekenhuisverplaatste zorg. Zo willen we zorgaanbieders die daarover zorgsoortoverstijgende afspraken willen maken, helpen bij het ontwikkelen van initiatieven en denken we graag mee over de haalbaarheid van een initiatief. Dit toetsingskader is nadrukkelijk een hulpmiddel en geen doel op zich.’*

Behalve dit toetsingskader, heeft Menzis ook een toetsingskader optimalisering eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn uitgebracht. Deze twee toetsingskaders samen geven richting aan de kansen die we zien in het organiseren van toekomstige zorg in zowel de 2e lijn als de 1e lijn zodat deze bijdraagt aan de uitdaging om de zorg toekomstbestendig te maken.

Dit toetsingskader over Ziekenhuisverplaatse Zorg is tot stand gekomen door een gezamenlijke inspanning van medewerkers die betrokken zijn bij de regionale eerstelijnszorg en de medisch specialistische zorg. Tevens zijn enkele zorgaanbieders gevraagd om het toetsingskader te lezen en feedback te geven.

# Inhoud

<b>1. Aanleiding</b>	<b>5</b>
<b>2. Definities</b>	<b>6</b>
Ziekenhuisverplaatste Zorg	6
Dagbehandeling ziekenhuis verplaatste zorg	6
Klinische ziekenhuis verplaatste zorg	6
2.1 Gerelateerde definitie maar buiten de scope van Ziekenhuisverplaatste zorg	7
<b>3. Uitgangspunten Ziekenhuisverplaatste zorg</b>	<b>8</b>
3.1 Veiligheid, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg	8
3.2 Patiënt en patiënttevredenheid	9
3.3 Toekomstbestendigheid en samenwerking	10
3.4 (Zorg)kosten	11
3.5 Monitoring en evaluatie	13
<b>4. Aanvullingen dagbehandeling ziekenhuis-verplaatste zorg</b>	<b>14</b>
<b>5. Aanvullingen klinische Ziekenhuisverplaatste Zorg</b>	<b>15</b>
5.1 Vulling zorgactiviteit 'klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis'	15
<b>Stroomschema keuzewijzer Ziekenhuisverplaatste Zorg</b>	<b>17</b>

# 1. Aanleiding

In het hoofdlijnenakkoord 2019-2022 Wijkverpleging, het hoofdlijnenakkoord 2019-2022 Medisch Specialistische Zorg en het hoofdlijnenakkoord 2019-2022 Huisartsenzorg wordt het belang van regionale samenwerking om de zorg doelmatiger aan te bieden genoemd. Dit in het kader van Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) en de uitdagingen in de zorg met betrekking tot de betaalbaarheid en beschikbaarheid, gezien de stijgende zorgvraag en de verder toenemende personeelsschaarste.

Bij de JZOJP wordt ingezet op drie pijlers:

1. Het voorkomen van (duurdere) zorg;
2. Het verplaatsen van zorg, (dichter) bij mensen thuis als dat kan dan wel verder weg (geconcentreerd) als het omwille van de kwaliteit en doelmatigheid wenselijk is;
3. Het vervangen van zorg door andere zorg, zoals e-health, met een gelijkwaardige of betere medisch-inhoudelijke kwaliteit van de zorg of doelmatigheid.

Initiatieven rondom het verplaatsen van ziekenhuiszorg naar thuis zijn groeiende. De recente COVID-19 uitbraak maakt nog eens extra duidelijk dat het noodzakelijk is om te zoeken naar de meest doelmatige inzet van zorg zodat we de zorg in Nederland in de toekomst toegankelijk, beschikbaar en betaalbaar kunnen houden.

Menzis stimuleert de juiste zorg op de juiste plek en dus ook Ziekenhuisverplaatste Zorg maar kijkt tegelijkertijd wel kritisch naar de toekomstbestendigheid van nieuwe mogelijkheden, de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg, de werkdruk en inzet van beschikbaar deskundig personeel vanwege de toenemende arbeidsmarktproblematiek, de (totale) zorgkosten en de patiënttevredenheid. Voordat een aanbieder begint met het leveren van Ziekenhuisverplaatste Zorg, wil Menzis op de hoogte worden gebracht van de verwachte effecten op bovenstaande factoren zodat een goede afweging gemaakt kan worden over slagingskansen van het ingediende initiatief.

Er bestaat niet alleen de mogelijkheid om dagbehandeling in de thuissituatie aan te bieden, ook is het vanaf 1-1-2020 mogelijk om klinische zorg in de thuissituatie te declareren door de introductie van de zorgactiviteit 'Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis.'

In de volgende hoofdstukken en paragrafen lichten we ons toetsingskader op Ziekenhuisverplaatste Zorg voor zowel de klinische zorg als de dagbehandeling zorg toe.

*'Menzis is een voorstander van toekomstbestendige ziekenhuisverplaatste zorg die zorg beschikbaar, kwalitatief goed maar zeker ook betaalbaar houdt. In dit toetsingskader leggen we uit wat we daar onder verstaan en waar we initiatieven op toetsen.'*

## 2. Definities

### Ziekenhuisverplaatste Zorg <sup>1</sup>

Onder Ziekenhuisverplaatste Zorg (ZVZ) worden medische behandelingen verstaan die bij de patiënt thuis (of op een andere geschikte locatie waar de patiënt verblijft) plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

### Dagbehandeling ziekenhuis verplaatste zorg

Dagbehandeling in het ziekenhuis wordt vervangen voor behandeling in de thuissituatie (of op een andere geschikte locatie). Deze behandelingen thuis kunnen gedeclareerd worden aan de hand van bestaande productcodes dagbehandeling. Geneesmiddelen uit de Geneeskundige zorg, en eventuele hulpmiddelen die bij deze thuisbehandeling horen, worden door de intramurale apotheek geleverd. Eventuele inzet van verpleging, verzorging en Thuiszorg (VVT) of andere 1e lijns zorg wordt via onderlinge dienstverlening (ODV) geregeld. Indien zorgaanbieders in de Menzis regio's geneesmiddelen die zijn opgenomen in het GVS, en bijbehorende hulpmiddelen (bijvoorbeeld infuuspompen) thuis gaan toedienen en niet meer in het ziekenhuis, informeren zij Menzis pro-actief om afspraken te kunnen maken over de vergoeding.

De medisch specialist is hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijk specifiek voor de geleverde zorg thuis waarvoor de patiënt anders naar het ziekenhuis was gekomen.

De huisarts is hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijk voor alle andere reguliere, huisarts gerelateerde zorgvragen.

### Klinische ziekenhuis verplaatste zorg

Klinische zorg (24/7 zorg) wordt thuis geleverd i.p.v. middels opname in het ziekenhuis. Vanaf 2020 bestaat er een zorgactiviteit (klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis) met productcode (190228) zodat deze zorg door aanbieders van medisch specialistische zorg aan de zorgverzekeraar gedeclareerd kan worden. Om gebruik te mogen maken van deze productcode dient de aanbieder van medisch specialistische zorg hier wel afspraken over te hebben gemaakt met de zorgverzekeraar. Ook over wie de hulpmiddelen en geneesmiddelen levert en wie verantwoordelijk is, worden afspraken gemaakt. Dit geldt ook voor de inzet en de bekostiging

---

<sup>1</sup> Behalve de huisarts kan ook de specialist ouderengeneeskunde (SOG) verantwoordelijk zijn voor de zorg aan een patiënt. Daar waar huisarts staat kan, indien passend ook de SOG worden gelezen.

van de VVT waarbij Menzis graag afspraken maakt over het direct bekostigen van de VVT en niet via ODV in deze situatie.

De medisch specialist is hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijk voor alle zorg die een patiënt nodig heeft tijdens de looptijd van deze productcode.

Pas na het beëindigen van de productcode en dus het beëindigen van het klinische zorgtraject thuis (24/7), is de huisarts weer hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijk voor de totale zorg aan de patiënt. De medisch specialist dient zorgt te dragen voor een goede overdracht naar de huisarts en eventuele andere betrokken zorgprofessionals.

## 2.1 Gerelateerde definitie maar buiten de scope van Ziekenhuisverplaatste zorg

### Optimalisering eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn

Het doel van optimalisering van de eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn is het combineren van de goede toegankelijkheid en kennis van de eerstelijnszorg met de aanvullende kennis en kunde van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn om tot optimale patiëntenzorg te komen. Deze samenwerking tussen zorgprofessionals in de 1e lijn en (medisch) specialisten creëert de juiste randvoorwaarden voor netwerkgeneeskunde om het eerstelijns zorgaanbod te verbreden en te verdiepen, en het (medisch) specialistische zorgaanbod in de 1e en 2e lijn te optimaliseren en te versterken. Hierdoor worden verwijzingen vanuit de 1e lijn naar de 2e lijn voorkomen, kunnen patiënten sneller van de 2e lijn terug naar de 1e lijn en kan de (verschoven) zorg in de 1e lijn beter worden verdeeld. Daarnaast stimuleert het de samenwerking en kennisoverdracht tussen (medisch) specialisten en professionals in de 1e lijn, kan het stepped care principe worden verbeterd (patiënten worden niet zwaarder behandeld dan strikt noodzakelijk) en vindt de bekostiging van deze zorg in de 1e lijn plaats.

Deze definitie heeft veel weg van de verwarrende term 1,5 lijnszorg die Menzis bewust niet gebruikt. Er is een Menzis toetsingskader waarin de optimalisering van eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn is uitgewerkt.

### 3. Uitgangspunten Ziekenhuisverplaatste zorg

We hanteren een viertal uitgangspunten waaraan voldaan moet worden en die met elkaar in balans moeten zijn, voordat we instemmen met een initiatief voor Ziekenhuisverplaatste Zorg.:

1. de veiligheid, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg;
2. de patiënttevredenheid;
3. de toekomstbestendigheid van het initiatief, waar ook de vermindering van inzet van schaars deskundig personeel onderdeel van is;
4. de reductie van de totale (zorg)kosten.

Deze uitgangspunten worden in de volgende alinea's nader toegelicht. De schuingedrukte tekst onder deze alinea's bevat de onderbouwing per uitgangspunt die door een aanbieder van medisch specialistische zorg aan Menzis moet worden aangeleverd. Dit hoofdstuk sluiten we af met een alinea monitoring en evaluatie. Op pagina 17 is een stroomschema opgenomen met een grafische weergave van de beschreven tekst.



Figuur 1: Uitgangspunten waaraan ZVZ moet voldoen

#### 3.1 Veiligheid, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg

Zorg in de thuissituatie (of op een andere plek buiten het ziekenhuis) moet veilig aangeboden kunnen worden voor zowel de patiënt, de behandelaar als de omgeving. Dit is een randvoorwaarde voor het buiten de muren mogen aanbieden van medisch specialistische zorg.

Daarnaast moet de kwaliteit van de geleverde zorg voor de zorgvraag voldoende/verantwoord zijn. Behandeling buiten het ziekenhuis wordt uitgevoerd door deskundig/bevoegd en bekwaam personeel. Ook is het noodzakelijk om afspraken te maken hoe te handelen wanneer er complicaties optreden.



Om de veiligheid en kwaliteit van de zorg te kunnen garanderen, moet Ziekenhuisverplaatste Zorg worden georganiseerd conform de norm van de desbetreffende beroepsvereniging van medisch specialisten. Indien deze norm ontbreekt, is het aan het betreffende aanbieders van medisch specialist om te bewijzen dat de veiligheid en kwaliteit gehandhaafd kunnen worden bij Ziekenhuisverplaatste Zorg.

Tot slot dient de zorg ook doelmatig te worden geleverd. Dit geldt voor zowel de indicatiestelling als voor de duur en de setting van de behandeling, om te zorgen dat de zorg betaalbaar blijft.

*Onderdeel van de aanvraag voor Ziekenhuisverplaatste Zorg is een uitwerking hoe de aanbieder van medisch specialistische zorg de richtlijn van de beroepsvereniging heeft vertaald naar de praktijk. Indien de beroepsvereniging geen norm heeft opgesteld, dan werkt de aanbieder van medisch specialistische zorg uit hoe de veiligheid, kwaliteit en doelmatigheid geborgd zijn bij Ziekenhuisverplaatste Zorg.*



### 3.2 Patiënt en patiënttevredenheid

Het aanbieden van ZVZ moet geen doel zijn op zich, maar een middel om patiënten verantwoord zorg thuis te bieden en daarmee de uitdagingen voor de toekomstbestendigheid van de zorg, zoals de betaalbaarheid en de beschikbaarheid van personeel, te borgen. In de ontwikkelingsfase waarin ZVZ zich op dit moment bevindt, mag thuisbehandeling als optie aan een patiënt worden aangeboden, maar nog niet worden opgelegd. Pas zodra bekend is voor welke zorg, welke patiënten, welke indicaties en onder welke randvoorwaarden, zorg thuis veilig, doelmatig en met gelijkblijvende of verbeterde kwaliteit en kosten kan worden aangeboden, kan deze zorg thuis standaard zorg worden.

In de regio's waar Menzis marktleider is en waar sprake is van de ontwikkeling van grootschalige initiatieven van ZVZ betreft de aanbieder van medisch specialistische zorg de betreffende patiëntenvereniging. Zo kan in nauwe samenspraak de uitwerking van een idee plaatsvinden waarbij ook het patiëntperspectief is meegenomen. Deze samenwerking helpt om te voldoen aan de voorwaarde dat de gemiddelde patiënttevredenheid minimaal gelijk moet blijven bij het inzetten van ZVZ. Door de patiënttevredenheid te monitoren kan ook bepaald worden welke elementen geoptimaliseerd kunnen worden.

De behandeling thuis dient in goede afstemming met de patiënt te gebeuren en er moet voldoende tijd beschikbaar zijn om de patiënt en eventueel de mantelzorger uitleg te geven over de behandeling en voor het beantwoorden van vragen.

Tot slot moet het mogelijk zijn (wederom in de huidige ontwikkelingsfase van Ziekenhuisverplaatste Zorg) om eventueel van behandeling thuis over te gaan op behandeling in het ziekenhuis wanneer de patiënt de thuisbehandeling niet goed bevalt.

*In de aanvraag laat de aanbieder van medisch specialistische zorg zien welke patiënten (diagnose, indicatie en randvoorwaarden) voor Ziekenhuisverplaatste Zorg in aanmerking komen en welke patiënten om welke reden zijn uitgesloten. Daarnaast overlegt de aanbieder de gemiddelde patiënttevredenheid van minimaal tien patiënten die Ziekenhuisverplaatste Zorg hebben ontvangen. Tot slot ontvangt Menzis een overzicht van het aantal behandelingen die succesvol thuis zijn doorlopen, de duur van deze behandelingen en de gemaakte kosten. Ook het aantal behandelingen die vroegtijdig thuis zijn afgebroken om in het ziekenhuis te vervolgen, worden aan Menzis verstrekt.*



### 3.3 Toekomstbestendigheid en samenwerking

Er zijn verschillende manieren waarop ZVZ kan worden georganiseerd. De verpleegkundige handelingen kunnen worden uitgevoerd door verpleegkundigen van de aanbieder van medisch specialistische zorg, verpleegkundigen van plaatselijke aanbieders van wijkverpleging of door verpleegkundigen van landelijke aanbieders van wijkverpleging.

Het aanbod van verpleegkundigen is schaars en zal in de toekomst nog schaarser worden. Menzis begrijpt dat voor specialistische verpleegkundige handelingen geschoold en gekwalificeerd personeel noodzakelijk is. Ons inziens betekent dit echter niet dat alleen verpleegkundigen van de aanbieder van medisch specialistische zorg of van landelijk opererende aanbieders van wijkverpleging deze handelingen uit kunnen voeren. Juist in een goede samenwerking met lokaal opererende aanbieders van wijkverpleging en het opleiden van deze verpleegkundigen ziet Menzis een goede basis om ZVZ toekomstbestendig aan te kunnen bieden waarbij rekening gehouden wordt met de lokale arbeidsproblematiek. Beschikbaar geschikt personeel dient zo duurzaam mogelijk ingezet te worden om de toenemende werkdruk en de arbeidsmarktproblematiek zo veel mogelijk af te remmen. Samenwerking maakt het mogelijk om de verpleegkundige handelingen in de thuissituatie efficiënt en doelmatig in te richten waarbij tevens kan worden geborgd dat een patiënt gedurende een traject met een klein behandelteam te maken krijgt.

Indien een lokale aanbieder van wijkverpleging niet in staat is om de specialistische verpleegkundige handelingen te leveren, verwacht Menzis dat partijen met elkaar bespreken of door scholing of

opleiding deze zorg in de toekomst wel door de lokale aanbieder van wijkverpleging kan worden geleverd.

*Een door alle partijen ondertekend transmuraal protocol met de gemaakte afspraken en tijdsplanning tussen ziekenhuis en aanbieder(s) van wijkverpleging dient onderdeel te zijn van de aanvraag voor Ziekenhuisverplaatste Zorg. Ook de afstemming met/overdracht naar de huisarts dient hier onderdeel van te zijn.*



### 3.4 (Zorg)kosten

De betaalbaarheid van de zorg staat onder druk. Menzis kijkt om die reden kritisch naar de (zorg)kosten van nieuwe initiatieven. De kosten worden over de gehele zorgketen bekeken en omvatten alle aspecten van zorg; verpleegkundige handelingen, medicatie, hulpmiddelen etc.

Een positieve business case bij ZVZ is een voorwaarde om de betaalbaarheid van de zorg niet verder onder druk te zetten. Wij zijn ons er van bewust dat zorgvernieuwingen in het begin meer kosten met zich mee kunnen brengen vanwege het anders inrichten van de zorg en de projectmatige kosten. Deze extra kosten moeten echter van tijdelijke aard zijn en niet buitensporig hoog zijn. Indien dit wel het geval is, kan het een goed initiatief zijn maar zien wij deze ontwikkeling niet als toekomstbestendig en ondersteunt Menzis de uitrol van het initiatief niet.

Naast de Business Case (BC) dienen de afspraken met betrekking tot declaratie van bijvoorbeeld de verpleegkundige zorg via de wijkverpleging en/of de MSZ, de geneesmiddelen en de hulpmiddelen helder worden gemaakt.

Indien dagbehandeling in de thuissituatie plaatsvindt, vallen de (zorg)kosten binnen de bestaande productcodes in de MSZ. Dit geldt ook voor behandelingen met de binnen de Geneeskundige Zorg vallende geneesmiddelen en eventuele hulpmiddelen. Eventuele professionele zorg die vanuit de 1e lijn wordt geleverd, zal via onderlinge dienstverlening (ODV) binnen de bestaande productcode in de MSZ worden gedeclareerd<sup>2</sup>.

Indien behandelingen met geneesmiddelen die in het geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS) zijn opgenomen verplaatst worden naar toediening in de thuissituatie, ontstaat er een andere situatie. Zonder expliciete afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar valt de vergoeding van deze geneesmiddelen, en eventuele daaraan gerelateerde hulpmiddelen, onder de Farmaceutische zorg en

---

<sup>2</sup> Wij zijn ons er van bewust dat ODV voor zorgaanbieders uit de 1e lijn extra verantwoordelijkheid en registratielast met zich mee brengt en zijn op zoek naar passende oplossingen.

worden ze extramuraal bekostigd. Hier kan van worden afgeweken doordat de zorgaanbieder en zorgverzekeraar hier afspraken over maken. Indien zorgaanbieders in de Menzis regio's geneesmiddelen die zijn opgenomen in het GVS, en bijbehorende hulpmiddelen (bijvoorbeeld infuuspompen) thuis gaan toedienen en niet meer in het ziekenhuis, informeren zij Menzis pro-actief. Zo kunnen gedegen afspraken gemaakt worden over de vergoeding van de behandeling, de geneesmiddelen en de hulpmiddelen.

Wanneer het gaat om de klinische zorg in de thuissituatie, is Menzis van mening dat de kosten die gepaard gaan met de uitvoering van handelingen in de wijkverpleging ook uit de wijkverpleging moeten worden betaald (en dus geschoond moeten worden in de MSZ). Pas wanneer er geen overeenstemming over de (gespecialiseerde) zorg met een aanbieder van wijkverpleging mogelijk is, ook niet nadat Menzis de mogelijkheden heeft verkend, is bekostiging van deze zorg uit het kader MSZ aan de orde.

*Welke onderdelen verwachten wij in ieder geval in de business case bij een aanvraag voor Ziekenhuisverplaatste Zorg:*

- *Beschrijving van de patiëntengroep die in aanmerking komt voor ZVZ (omvang, eigenschappen, zorggebruik) en hun huidige gemiddelde zorgkosten t.o.v. de totale populatie en de populatie die niet voor ZVZ in aanmerking komt;*
- *Beschrijving waarom deze zorg onder de regie van een medisch specialist moet plaatsvinden;*
- *Beschrijving van de nieuwe te verwachten zorgkosten bij ZVZ, inclusief de te verwachten kosten buiten het ziekenhuis (inzet 1e lijn, vervoer verpleegkundige, complicaties, etc.);*
- *Beschrijving van de te verwachten besparingen in de keten (kosten personeel, medicatie, voorkomen complicaties, geen vaste lasten ziekenhuis etc.)*
- *Beschrijving van de te verwachten krimp in het ziekenhuis (kosten personeel, afname/goedkopere DOT's, etc.)*



### 3.5 Monitoring en evaluatie

De monitoring van parameters, tussenevaluaties en de eindevaluatie zijn standaard onderdeel van de afspraken die worden gemaakt voordat een project of pilot start. Vooraf worden duidelijke afspraken gemaakt over welke parameters worden gemeten en geëvalueerd en eventuele start-/stop criteria die hierbij worden gehanteerd.

*In de aanvraag verwachten wij een beschrijving van de parameters die worden gemonitord en geëvalueerd samen met een voorstel waarop de tussenevaluaties en de eindevaluatie plaatsvinden.*



## 4. Aanvullingen dagbehandeling ziekenhuis- verplaatste zorg

Er zijn aandoeningen waarbij de behandeling bestaat uit een langdurig behandeltraject van enige maanden tot jaren. Bij deze langdurige behandeltrajecten kan de optie verkend worden of het wellicht mogelijk is om patiënten (en/of hun mantelzorgers) op den duur zelf bepaalde handelingen uit te laten voeren of E-health in te zetten wanneer dit veilig kan en de patiënt/mantelzorger dit wil.

## 5. Aanvullingen klinische Ziekenhuisverplaatste Zorg

Per 1 januari 2020 is er een nieuwe zorgactiviteit geïntroduceerd namelijk de 'klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis' (190228). Het gaat hier om een verpleegdag thuis onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist, overeenkomstig met een verpleegdag in het ziekenhuis. De medisch specialist heeft regelmatig (fysiek of via e-zorg) contact met de patiënt thuis. Met deze zorgactiviteit wordt het voor aanbieders van medisch specialistische zorg mogelijk om een klinische zorgdag in de thuissituatie te kunnen declareren.

### 5.1 Vulling zorgactiviteit 'klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis'

Het declareren van dit zorgproduct kan alleen op voorwaarde dat hiervoor een contract (addendum) is afgesloten tussen de instelling en de zorgverzekeraar. Om tot contractafspraken te kunnen komen, ontvangt Menzis graag een voorstel waarin is uitgewerkt:

- Voor welke doelgroep klinische zorg thuis passende zorg is en waarom;
- Waarom deze zorg klinische zorg is en onder de regie van een specialist moet plaatsvinden en niet voor substitutie naar de 1e lijn in aanmerking komt;
- Welke zorg moet vanuit de aanbieder van medisch specialistische zorg worden geleverd en welke zorg kan vanuit de 1e lijn worden aangeboden;
- Welke afspraken er zijn gemaakt met de huisartsen;
- Hoe de verpleegkundige zorg wordt ingezet en door wie;
- Of er sprake is van samenwerkingspartners en zo ja, welke protocollen/afspraken er zijn gemaakt;
- Wat zijn de kenmerken van deze doelgroep en hoe zich dat verhoudt ten opzichte van patiënten die niet in aanmerking komen voor klinische zorg thuis;
- Welke zorg in de nieuwe zorgactiviteit is opgenomen en welke niet;
- Hoe vaak de verantwoordelijk medisch specialist contact heeft met de patiënt, op welke manier en hoe hierbij kwalitatief goede zorg wordt geborgd;
- Wanneer de betrokkenheid van de medisch specialist (en dus de zorgactiviteit) ophoudt;
- Wat zijn de start/stop criteria;
- Hoe lang is de gemiddelde opnameduur in het ziekenhuis vs klinische zorg thuis;
- Eventuele andere inzet (bijvoorbeeld inzet E-health/consulten op afstand) en afspraken;
- Wat is het tariefverschil ten opzichte van een klinische opname in het ziekenhuis;
- Business case over de hele keten.

Menzis zal het voorstel van de vulling van de zorgactiviteit beoordelen in combinatie met de mate waarin aan de vier beschreven uitgangspunten uit hoofdstuk 3 is voldaan. De doorlooptijd waarin een contractafpraak kan worden gemaakt is afhankelijk van de mate waarin nog consensus bereikt moet worden.



