



Toetsingskader Ziekenhuisverplaatste zorg



Publicatiedatum november 2022

Inhoud

1. Inleiding	3
2. Uitgangspunten ziekenhuisverplaatste zorg	4
2.1 Veiligheid, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg	4
2.2 Patiënt en patiënttevredenheid	5
2.3 Toegankelijkheid	6
2.4 Financiering	7
2.5 Monitoring, evaluatie en opschaling	9
3. Binnen en buiten Menzisregio	9
4. Aanvullingen klinische ziekenhuisverplaatste zorg	10
Stroomschema	11

1. Inleiding

‘Menzis ziet zorgtransformatie als de duurzame verandering die in het zorgveld bereikt moet worden om de juiste zorg op de juiste plek echt te realiseren. Samen met zorgaanbieders werkt Coöperatie Menzis aan het slimmer organiseren van de zorg: de juiste zorg, op de juiste plek, op het juiste moment, tegen de juiste prijs.’

De focus ligt hierbij op het toegankelijk houden van de zorg, kostenbeheersing, het samen slimmer organiseren van zorg en het versterken van de leefkracht van de leden van Menzis ([Waardegerichte zorg voor betere zorg Menzis](#)).

Om deze zorgtransformatie vorm te geven is ziekenhuisverplaatste zorg een middel. In dit toetsingskader willen we transparant zijn en verduidelijken hoe Menzis wil omgaan met de verschuiving van zorg op inhoud en kwaliteit waarbij de stand van de wetenschap en praktijk, veldafspraken, deskundigheid en verantwoordelijkheden maar zeker ook de inzet van schaarse personele capaciteit van belang is. Verder lichten we toe hoe we omgaan met bekostiging van ziekenhuisverplaatste zorg in het licht van wet- en regelgeving en ‘geld volgt zorg’. Dit toetsingskader is nadrukkelijk een hulpmiddel en geen doel op zich.

Ziekenhuisverplaatste zorg betreft *altijd* geneeskundige zorg of behandeling waarvoor de medisch specialist inhoudelijk eindverantwoordelijk blijft. Ziekenhuisverplaatste zorg is mogelijk voor onder andere het bieden van infuustherapie thuis, dagbehandeling thuis zoals dialyse en klinische zorg thuis (‘Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis’).

2. Uitgangspunten ziekenhuisverplaatste zorg

We hanteren meerdere uitgangspunten die met elkaar in balans moeten zijn, voordat we instemmen met een initiatief voor ziekenhuisverplaatste zorg



Figuur 1: Uitgangspunten voor ziekenhuisverplaatste zorg

2.1 Veiligheid, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg

Zorg in de thuissituatie (of op een andere plek buiten het ziekenhuis) moet veilig, kwalitatief goed én doelmatig aangeboden kunnen worden voor zowel de patiënt, de behandelaar als de omgeving.

Veilig houdt in dat voor zowel patiënt, behandelaar als de omgeving duidelijk is wie verantwoordelijk is voor de medische zorg en dat er afspraken worden gemaakt over hoe te handelen bij complicaties, terugkoppeling en aanpassing van de behandeling thuis. Daarbij wordt de zorg uitgevoerd door bevoegd en bekwaam personeel.

Kwalitatief goed betekent dat de medische behandeling buiten het ziekenhuis wordt georganiseerd en uitgevoerd volgens de normen van de betreffende medische en verpleegkundige beroepsvereniging. Als deze norm ontbreekt, is het aan het betreffende aanbieders van medisch specialistische zorg om te bewijzen dat de kwaliteit gehandhaafd kan worden bij ziekenhuisverplaatste zorg. Klinische uitkomsten (indien beschikbaar) zoals bijvoorbeeld aantal complicaties mogen niet slechter zijn dan de uitkomsten indien de zorg in het ziekenhuis wordt geleverd.

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. Doelmatige zorg betekent dat zorg niet op een andere efficiëntere wijze geleverd kan worden, dat er kritisch omgegaan wordt met schaarse personele

capaciteit en dat zorg niet dubbel bekostigd wordt. In paragraaf 2.4 wordt nader ingegaan op de financiering van ziekenhuisverplaatste zorg.

In de aanvraag is opgenomen:

** Hoe de verantwoordelijkheid van de zorg is gewaarborgd en hoe en bij welke complicaties er geacteerd moet worden (veiligheid).*

** Wie bij de zorg betrokken is en welke rol en taken ieder op zich neemt, inclusief patiënt en mantelzorger.*

** Hoe de kwaliteit wordt gewaarborgd en welke klinische uitkomsten worden gebruikt. Als geen uitkomsten beschikbaar, welke maatstaven worden gebruikt om de kwaliteit te monitoren.*

** Welke effecten de verplaatsing van zorg heeft op schaarse personele capaciteit en de totale kosten van de behandeling.*

Indien aanwezig vertaalt de aanbieder van medisch specialistische zorg in de aanvraag de richtlijn van de beroepsvereniging naar de praktijk. Als de beroepsvereniging geen norm heeft opgesteld, dan werkt de aanbieder van medisch specialistische zorg uit hoe de veiligheid, kwaliteit en doelmatigheid geborgd zijn in zijn situatie.



2.2 Patiënt en patiënttevredenheid

Een van de uitgangspunten voor verplaatsing van zorg is dat de patiënttevredenheid minimaal gelijk blijft. 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. Behandeling thuis wordt als optie aan de patiënt aangeboden en kan niet worden opgelegd. De keuze voor ziekenhuisverplaatste zorg wordt door middel van Samen Beslissen met de patiënt gemaakt.

In de regio's waar Menzis marktleider is en waar sprake is van de ontwikkeling van grootschalige initiatieven van ziekenhuisverplaatste zorg betreft de aanbieder van medisch specialistische zorg de betreffende patiëntenvereniging. Deze samenwerking helpt om te voldoen aan de voorwaarde dat de gemiddelde patiënttevredenheid minimaal gelijk moet blijven bij het inzetten van ziekenhuisverplaatste zorg. Door de patiënttevredenheid te monitoren kan ook bepaald worden welke elementen geoptimaliseerd kunnen worden.

Tot slot wordt de thuisbehandeling regelmatig met de patiënt geëvalueerd en stopt deze en gaat weer over op behandeling in het ziekenhuis wanneer thuisbehandeling de patiënt niet goed bevalt of wanneer blijkt dat veiligheid, kwaliteit of doelmatigheid niet te waarborgen zijn.

In de aanvraag is opgenomen:

** Hoe het proces van Samen Beslissen met de patiënt is ingericht en de patiënt geïnformeerd wordt over de risico's van de verplaatste zorg. Waar mogelijk wordt de patiëntenvereniging betrokken bij de plannen.*

** Welke patiënten (diagnose, indicatie en randvoorwaarden) voor ziekenhuisverplaatste zorg in aanmerking komen en welke patiënten om welke reden zijn uitgesloten.*

** De aanbieder overlegt de gemiddelde patiënttevredenheid van minimaal tien patiënten die ziekenhuisverplaatste zorg hebben ontvangen.*

De aanbieder geeft een overzicht van het aantal behandelingen die succesvol thuis zijn doorlopen, de duur van deze behandelingen en de gemaakte kosten. Tevens een overzicht van het aantal en reden van behandelingen die vroegtijdig thuis zijn afgebroken om in het ziekenhuis te vervolgen.



2.3 Toegankelijkheid

Er zijn aandoeningen waarbij de behandeling bestaat uit een langdurig behandeltraject van enige maanden tot jaren. Bij deze langdurige behandeltrajecten verwachten wij dat ingezet wordt op het zelfredzaam maken en houden van patiënten (en/of hun mantelzorgers) al dan niet met gebruik van (digitale) hulpmiddelen. Dit betekent dus dat in het ziekenhuis zo snel mogelijk gestart wordt met instructie en voorlichting aan de patiënt en eventuele mantelzorgers. Indien dit niet mogelijk is gebleken en uiteindelijk fysiek zorg ingezet wordt, blijkt dit navolgbaar uit het zorgplan/behandelplan.

Indien alsnog professionele hulp thuis nodig is, zijn er verschillende manieren waarop ziekenhuisverplaatste zorg kan worden georganiseerd. De medische verantwoordelijkheid blijft bij de medisch specialist maar de verpleegkundige handelingen kunnen behalve door de patiënt of zijn mantelzorger, worden uitgevoerd door verpleegkundigen van de aanbieder van medisch specialistische zorg of door verpleegkundigen van regionale of lokale aanbieders van wijkverpleging met een medisch technisch thuiszorgteam.

Het aanbod van capaciteit staat echter in de hele zorg onder druk. Het beschikbaar houden van schaars (gespecialiseerd) personeel is daarom van cruciaal belang. Regionale afstemming en samenwerking met zorgaanbieders in de wijkverpleging maakt het mogelijk om de verpleegkundige handelingen in de thuissituatie efficiënt en doelmatig in te richten en wachtlijsten te voorkomen. Indien de ureninzet van personeel in de thuissituatie niet meer efficiënter is dan zorg in het ziekenhuis dan geldt dat als stopcriterium.

Menzis verwacht dat bij de afstemming en samenwerking ook afspraken worden gemaakt over scholing en ondersteuning van specialistische verpleegkundige handelingen. Als de wijkverpleging hierin niet wordt ondersteund kan zorg niet verplaatst worden.

Onderdeel van de aanvraag zijn:

** een uitleg waarom de behandeling niet overgedragen kan worden aan de uitvoerende behandelaar zoals huisarts, specialist ouderengeneeskundige of wijkverpleging.*

** toelichting op de wijze van samenwerking, afstemming en scholing en een overzicht van de betrokken stakeholders. Eventueel opgestelde protocollen worden meegestuurd.*

** toelichting hoe er wordt omgegaan met (de ureninzet van) schaars personeel en hoe wachtlijsten voor bestaande zorg boven de treeknorm worden voorkomen*



2.4 Financiering

De betaalbaarheid van de zorg staat onder druk. Menzis kijkt om die reden kritisch naar de declarabele (zorg)kosten van nieuwe initiatieven. Dit betekent dat de declarabele kosten *over de keten heen* voor ziekenhuisverplaatste zorg niet hoger zijn dan de declarabele kosten die gemaakt worden als de zorg in het ziekenhuis wordt geleverd. Hierbij moet dus nadrukkelijk de declaraties voor de inzet van bijvoorbeeld wijkverpleging, hulpmiddelen, reiskosten van personeel maar ook de kostendaling voor het ziekenhuis en bijvoorbeeld van de patiënt, meegenomen worden. Hiervoor is afstemming in de keten noodzakelijk.

Bij afspraken over verplaatsing van zorg wordt het ‘geld volgt zorg’ gehanteerd ook om dubbele bekostiging te voorkomen. Uitgangspunt is dat de geleverde verpleegkundige zorg in de thuissituatie (ongeacht wie het doet) in rekening gebracht wordt bij de partij die de vergoeding hiervoor ontvangt. Financiering van ziekenhuisverplaatste zorg kan plaatsvinden binnen de bestaande productcodes van de medisch specialistische zorg (bijvoorbeeld bij dagbehandeling in de thuissituatie, inzet van medicatie en hulpmiddelen). Als het ziekenhuis een DOT declareert voor bijvoorbeeld hemodialyse in de thuissituatie en de wijkverpleging helpt de patiënt, dan worden de wijkverpleging kosten gedeclareerd bij het ziekenhuis.

Voor de inzet van verpleging en verzorging thuis kan er gebruik gemaakt worden van meerdere leveringsvormen en de bijbehorende bekostiging. Voor welke vorm gekozen wordt is afhankelijk van de afspraken die met Menzis zijn gemaakt conform hetgeen uit de eerdere paragrafen.

1. Zorg én verpleging worden georganiseerd en geleverd vanuit het ziekenhuis. Financiering vindt plaats vanuit de MSZ. Afspraken kunnen worden gemaakt op overige zorgproduct “Verpleging in de thuissituatie”.

2. Zorg én verpleging worden vanuit het ziekenhuis georganiseerd maar geleverd vanuit de wijkverpleging. De medisch specialist blijft medisch eindverantwoordelijk maar degene die de verpleging levert, declareert¹. De kosten hiervan worden geschoond uit het MSZ budget in kader van ‘geld volgt zorg’.
3. Zorg én verpleging worden geleverd vanuit een specialistisch centrum en de thuisbehandeling inclusief bekostiging is onderdeel van een integrale contractuele afspraak (met name bij thuisdialyse).

Als er sprake is van zorgtransformatie waarbij zorg uit het ziekenhuis in z'n totaliteit wordt overgeheveld naar andere partijen in de keten onder de medische eindverantwoordelijkheid van de huisarts, is er geen sprake van ziekenhuis verplaatste zorg. Zorg én verpleging worden vanuit de wijkverpleging gedeclareerd als specialistische verpleging. Ook in het geval van een dergelijke zorgtransformatie volgt het geld de patiënt.

Bij een reguliere ontslagprocedure worden de partijen die eventuele vervolgzorg leveren via de reguliere prestaties bekostigd en zijn er geen financiële consequenties voor het ziekenhuis.

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

Tot slot stopt de behandeling thuis en gaat deze weer over op behandeling in het ziekenhuis of zorginstelling wanneer de hoogte van de kosten meer dreigen te worden of reeds zijn dan als de zorg in het ziekenhuis/zorginstelling zelf geleverd wordt.

Onderdeel van de aanvraag is een uitgewerkte financiële businesscase waaruit blijkt hoe te verplaatsing van zorg invloed heeft op de declarabele kosten over de gehele keten.

¹ Dit in overeenstemming met de Nza regelgeving [Registreren en declareren medisch-specialistische medicatietoediening in de thuissituatie - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

2.5 Monitoring, evaluatie en opschaling

Om te beoordelen of afspraken worden gemaakt over ziekenhuisverplaatste zorg verwachten wij voordat ziekenhuisverplaatste zorg wordt ingezet een uitgewerkte aanvraag met een duidelijke financiële businesscase. Hierin zijn de monitoring van parameters, tussenevaluaties en de eindevaluatie standaard onderdeel van de afspraken die worden gemaakt. Vooraf worden duidelijke afspraken gemaakt over welke parameters worden gemeten en geëvalueerd en eventuele start-/stop criteria die hierbij worden gehanteerd.

In de beoordeling wordt meegenomen of een initiatief opschaalbaar is naar meer patiënten, andere aanbieders of regio's.

3. Binnen en buiten Menzisregio

Om de zorgtransformatie mogelijk te maken ligt onze focus op het toegankelijk houden van de zorg, kostenbeheersing, op het samen slimmer organiseren van zorg en het versterken van ieders leefkracht. Dat doen we via onze zorginkoop en in nauwe samenwerking met partners in onze regio's. Leidend daarbij zijn de regioplannen en regio-werkagenda's zoals in het integraal zorgakkoord (IZA) zijn verwoord. Ook de plannen voor ziekenhuisverplaatste zorg moeten hierop aansluiten en bijdragen aan de zorgtransformatie in de regio. Menzis zal dit daarom in haar kernregio's meenemen in haar overwegingen.

Voor initiatieven buiten de Menzisregio's doen wij een pragmatische beoordeling mits:

- er sprake is van een bedrag voor Menzisverzekerden van maximaal € 50.000, - aan totale declarabele zorgkosten per jaar per keten en/of
- er minder dan 25 verzekerden per jaar van Menzis betrokken zijn én
- de marktleiders aantoonbaar akkoord zijn met de aangevraagde verplaatsing van de zorg

De dialysezorg wordt onder meer ingekocht bij landelijk werkende zorgaanbieders. Afspraken over ziekenhuisverplaatste zorg voor thuisdialyse worden met deze aanbieders op maat gemaakt voor zowel binnen als buiten de Menzisregio's.

4. 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 een verpleegdag in het ziekenhuis. De medisch specialist heeft regelmatig (fysiek of via e-zorg) contact met de patiënt thuis.

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 EHealth/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 in hoeverre aan de vier beschreven uitgangspunten uit hoofdstuk 2 is voldaan. De doorlooptijd waarin een contractafpraak kan worden gemaakt is afhankelijk van de mate waarin nog consensus bereikt moet worden.

Stroomschema

