

## Beleidsregel eerstelijnsverblijf

Gelet op artikel 57, eerste lid, onderdelen b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

**Kenmerk**  
BR/REG-18118

Gelet op artikel 52, aanhef en onderdeel e, van de Wmg, worden tarieven en prestatiebeschrijvingen die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien ambtshalve door de NZa vastgesteld.

Met de brief van 31 mei 2016 (kenmerk 962317-149857-CZ) heeft de Minister van VWS de NZa het verzoek gedaan om de bekostiging voor eerstelijnsverblijf (elv) vast te stellen.

### 1. Begripsbepalingen

#### *Zorgaanbieder*

De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c van de Wmg.

#### *Eerstelijnsverblijf*

Zorg als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit Zorgverzekering, voor zover het gaat om verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

#### *Verblijfsdag*

Een verblijfsdag is een kalenderdag die deel uitmaakt van een periode van opname voor eerstelijnsverblijf. De opname omvat minimaal één overnachting. De dag van opname en de dag van ontslag gelden als een te declareren verblijfsdag, waarbij geldt voor de dag van opname dat deze enkel gedeclareerd kan worden indien de opname heeft plaats gevonden vóór 20.00 uur. In het geval de dag van opname samenvalt met de dag van overlijden is eveneens sprake van een verblijfsdag. Als in dit geval de opname na 20.00 uur heeft plaatsgevonden kan eveneens een verblijfsdag gedeclareerd worden.

### 2. Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is om vast te leggen op welke wijze de NZa gebruik maakt van haar bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen op het gebied van eerstelijnsverblijf.

### 3. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op zorg als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit Zorgverzekering, voor zover het gaat om verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

#### 4. Prestaties

In deze beleidsregel worden de volgende prestaties onderscheiden:

- Eerstelijnsverblijf laag complex
- Eerstelijnsverblijf hoog complex
- Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg
- Onderlinge dienstverlening

De prestaties eerstelijnsverblijf laag complex, eerstelijnsverblijf hoog complex, en eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg omvatten de volgende componenten:

- Verblijf voor zorg die medisch noodzakelijk is. Hierbij is inbegrepen de huisvestingskosten, inventaris, eten en drinken, schoonmaak, linnengoed, outillagemiddelen, etc.
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging.
- De geneeskundige zorg geleverd door de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten. Bij de geneeskundige zorg is ook de diagnostiek, voor zover uitgevoerd door de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten, inbegrepen.
- De paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek en ergotherapie), die samenhangt met de indicatie voor opname in eerstelijnsverblijf.

##### 4.1 Eerstelijnsverblijf laag complex

De prestatie eerstelijnsverblijf laag complex is een prestatie per verblijfsdag en heeft als kenmerk dat de zorglevering door de aard van de zorgvraag laag complex is.

Eerstelijnsverblijf laag complex is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden, en gaat al dan niet gepaard met verpleging, verzorging of paramedische zorg, voor een enkelvoudige aandoening. Hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen wordt aan de patiënt verleend.

##### 4.2 Eerstelijnsverblijf hoog complex

De prestatie eerstelijnsverblijf hoog complex is een prestatie per verblijfsdag en heeft als kenmerk dat de zorglevering door de aard van de zorgvraag hoog complex is.

Eerstelijnsverblijf hoog complex is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden, en gaat al dan niet gepaard met verpleging, verzorging of paramedische zorg, voor meerdere en elkaar beïnvloedende aandoeningen of beperkingen. Algemene dagelijkse levensverrichtingen worden van de patiënt overgenomen en er wordt toezicht en sturing geboden.

##### 4.3 Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg

De prestatie eerstelijnsverblijf palliatief terminale zorg (ptz) is een prestatie per verblijfsdag en heeft als kenmerk dat sprake is van zorg voor een patiënt, waarbij de levensverwachting van de patiënt volgens de behandelend arts gemiddeld drie maanden of korter zal zijn.

Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden, en gaat al dan niet gepaard met verpleging, verzorging of paramedische zorg, vanwege een levensbedreigende ziekte of aandoening met een

gemiddelde levensverwachting van minder dan drie maanden. Algemene dagelijkse levensverrichtingen worden van de patiënt veelal overgenomen, aansluitend bij het verloop van deze terminale levensfase.

#### 4.4 Onderlinge dienstverlening

De levering van een (deel)prestatie of van een geheel van prestaties op het gebied van eerstelijnsverblijf door een zorgaanbieder in opdracht van een andere zorgaanbieder. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'.

## 5. Tarieven

### 5.1 Tariefsoort

Voor de prestaties zoals beschreven in artikelen 4.1 tot en met 4.3 gelden maximumtarieven per dag. Voor de prestatie 'onderlinge dienstverlening' geldt een vrij tarief.

### 5.2 Totstandkoming tarieven

- a. De tarieven voor de prestaties eerstelijnsverblijf laag complex, hoog complex en palliatief terminale zorg zijn gebaseerd op respectievelijk:
- De loon- en materiële component zoals bepaald in de beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten (CA-BR-1607c).
  - De huisvestings- en inventariscomponent zoals vermeld in de beleidsregel Invoering tarieven normatieve huisvestingscomponent en normatieve inventariscomponent nieuwe zorgaanbieders (CA-BR-1613a).
- b. De volgende prestaties in de onder artikel 5.2a genoemde beleidsregels zijn gebruikt:
- Het tarief van elv laag complex is gebaseerd op zzp vv 3 inclusief behandeling.
  - Het tarief van elv hoog complex is gebaseerd op zzp vv 6 inclusief behandeling.
  - Het tarief van elv palliatief terminale zorg is gebaseerd op zzp vv 10 inclusief behandeling.
- c. De tarieven zijn stapsgewijs als volgt berekend:
- De loon en materiële component (lm-component) zijn geschoond voor het aandeel van de geneesmiddelen. Het relatieve aandeel van de geneesmiddelen is vastgesteld op basis van het overzicht uren en prijzen ZZP 2012<sup>1</sup>. De berekening staat in onderstaande tabel.

Prestatie	Art. 15 AWBZ	Totaal lm-component	Correctiefactor
	A	B	1-A/B
Vv 3 incl. bh	€ 4,76	€ 123,86	0,96
Vv 6 incl. bh	€ 4,76	€ 181,03	0,97
Vv 10 incl. bh	€ 4,76	€ 266,05	0,98

- In de opbouw van het tarief is een element voor de vergoeding van het gedeerde rendement op eigen vermogen toegevoegd om de

<sup>1</sup> Te vinden op de website van de NZa [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

kosten voor een financiële reserve te vergoeden. De loon- en materiële component, normatieve inventariscomponent en normatieve huisvestingscomponent zijn verhoogd met 1,17%.

- De afzonderlijke componenten zijn geïndexeerd op de wijze zoals vermeld in artikel 6. De in deze beleidsregel gepresenteerde bedragen zijn op prijspeil definitief 2016.

Prestatie	Loon- en materiële component	Normatieve inventaris component	Normatieve huisvestings component	Totaal
Elv laag	€ 125,18	€ 2,43	€ 29,99	€ 157,59
Elv hoog	€ 185,26	€ 3,68	€ 31,08	€ 220,02
Ptz	€ 274,62	€ 3,68	€ 32,95	€ 311,25

(Prijspeil definitief 2016)

- Tot slot zijn de totaaltarieven geïndexeerd naar prijspeil voorlopig 2018 op de wijze zoals vermeld in artikel 6.

### 5.3 Max-maxtarieven

De maximumtarieven, berekend op basis van artikel 5.2, kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en zorgverzekeraar ten grondslag ligt. Een tarief dat niet hoger is dan berekend op basis van artikel 5.2 kan aan eenieder in rekening worden gebracht.

Een max-maxtarief kan uitsluitend in rekening worden gebracht aan (a) de zorgverzekeraar met wie het verhoogde maximumtarief is overeengekomen, of (b) de verzekerde ten behoeve van wie een ziektekostenverzekering met betrekking tot eerstelijnsverblijf is gesloten bij een zorgverzekeraar met wie een zodanig verhoogd maximumtarief schriftelijk is overeengekomen.

## 6. Indexering

### 6.1 Indexatie loonkosten

De aanpassing van de in de tarieven opgenomen loonkosten in jaar t is gebaseerd op het door de Minister van VWS aangegeven indexcijfer Overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (Ova). Deze aanpassing bestaat uit:

- Een structurele doorwerking in jaar t van de uit het definitieve Ova-indexcijfer blijkende verschil tussen de voor- en eindcalculatie van jaar t-1.
- Een 100% voorcalculatie van het voorlopige Ova-indexcijfer voor het jaar t.

De voor- en eindcalculatie van het Ministerie van VWS wordt door de NZa in de tarieven verwerkt als voorlopige respectievelijk definitieve index.

### 6.2 Indexatie materiële kosten

De aanpassing van de in de tarieven opgenomen materiële kosten in jaar t is gebaseerd op gegevens uit de tabel 'Middelen en bestedingen' van het Centraal Economische Plan (CEP) van het Centraal Planbureau van het jaar t.

Deze aanpassing bestaat uit:

- Een structurele doorwerking in jaar t van het uit het CEP blijkende verschil tussen de voor- en eindcalculatie van het jaar t-1.

- Een 100% voorcalculatie van het voorlopige CEP-indexcijfer voor het jaar t.

De voorcalculatie van het Ministerie van VWS en de eindcalculatie van het CPB worden door de NZa in de tarieven verwerkt als voorlopige respectievelijk definitieve index.

### *6.3 Jaarlijkse aanpassing loon- en materiële component*

De toe te passen index op de loon- en materiële component is het gewogen gemiddelde van de loon- en materiële indices waarbij wordt uitgegaan van een aandeel van 75% loonkosten en 25% materiële kosten. Dit tariefdeel bevat de definitieve index van jaar t-1 en de voorlopige index van jaar t.

### *6.4 Jaarlijkse aanpassing inventariscomponent*

Voor de normatieve inventariscomponent geldt de index voor materiële kosten. Dit tariefdeel bevat de definitieve index voor het jaar t-1 en de voorlopige index van jaar t.

### *6.5 Jaarlijkse aanpassing huisvestingscomponent*

De normatieve huisvestingscomponent wordt jaarlijks geïndexeerd met 2,5%.

## **7. Intrekken oude beleidsregel**

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel 'Eerstelijnsverblijf', met kenmerk BR/REG-17119, ingetrokken.

## **8. Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel**

### **Toepasselijkheid voorgaande beleidsregel**

De beleidsregel 'Eerstelijnsverblijf', met kenmerk BR/REG-17119, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold.

### **Inwerkingtreding / Bekendmaking**

Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2018. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wmg zal van de vaststelling van deze beleidsregel mededeling worden gedaan in de Staatscourant.

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel eerstelijnsverblijf.

## Algemene toelichting

**Kenmerk**

BR/REG-18118

**Pagina**

6 van 9

Per 2017 valt de bekostiging van eerstelijnsverblijf (elv) binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw), conform andere verblijfssituaties met een medische noodzaak. Dit verblijf kan in de eerste lijn plaatsvinden, omdat er geen noodzaak is tot medisch-specialistische zorg en omdat de inschatting is dat er op korte termijn herstel te verwachten is met terugkeer naar de eigen omgeving, dan wel dat er een levensverwachting is korter dan drie maanden. Onder het elv valt ook het verblijf voor patiënten die in de palliatief terminale levensfase opgenomen moeten worden, omdat de palliatief terminale zorg (ptz) thuis niet meer afdoende kan worden gerealiseerd.

Bij het vaststellen van elv maakt de huisarts, (eventueel) in samenspraak met de transferverpleegkundige/verpleegkundige in de wijk en/of specialist ouderengeneeskunde de afweging of er een acuut en manifest risico bestaat op gezondheidsverlies (het ontstaan van lijden en blijvende schade), gegeven de kenmerken van de patiënt en zijn hulpvraag. De huisarts neemt hierbij de persoonlijke (thuis)situatie van de patiënt mee in zijn overweging. Ook moet worden vastgesteld dat opname in het ziekenhuis medisch gezien niet noodzakelijk is, dat er geen structurele behoefte is aan verblijf (in deze situatie is een Wlz-indicatie aangewezen) en dat terugkeer naar huis en herstel op (korte) termijn zorginhoudelijk mogelijk is (tenzij sprake is van een terminale fase).

Het elv valt onder de aanspraak 'verblijf' in artikel 2.12 van het Besluit Zorgverzekering, met daarbij de nuancering dat het gaat om verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Naast huisartsen kunnen ook de specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten hoofdbehandelaar zijn binnen elv. Het Zorginstituut heeft in de volgende documenten de zorg geleverd door deze beide beroepsgroepen geduid als 'generalistische geneeskundige zorg' en daarmee valt hun zorg (net als huisartsenzorg) onder 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. In de brief 'Stand van zaken eerstelijnsverblijf in de Zorgverzekeringswet' van 22 december 2015<sup>2</sup> en zijn rapportage (duiding) 'Het eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet' van 29 maart 2016 wordt de zorgvorm eerstelijnsverblijf beschreven.

De medische noodzaak voor opname is, algemeen gesteld, aanwezig als er sprake is van een instabiele (zorg)situatie of een situatie die zonder adequaat toezicht en zorg instabiel kan worden. Voor de huisarts is de overweging om een keuze te maken tussen wat geleverd kan worden in de 'eigen omgeving' versus 'verblijf' daarbij belangrijk.

### *Tijdelijk verblijf bij een Wlz-indicatie*

Tijdelijk verblijf geleverd aan patiënten met een Wlz-indicatie valt niet onder de reikwijdte van deze beleidsregel. Het Zorginstituut Nederland heeft in zijn duiding 'Eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet' van 29 maart 2016 aangegeven dat de indicatie voor de Wlz niet betekent dat er ook altijd sprake zal zijn van een verblijf in een Wlz-instelling. De wet onderscheidt namelijk de indicatie en de leveringsvorm. De leveringsvorm kan bestaan uit een daadwerkelijk

---

<sup>2</sup> Referentie 2015162012.

verblijf in een instelling. De indicatie kan echter ook verzilverd worden in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, een modulair-pakket-thuis of een persoonsgebonden budget. Ook een geclusterde woonvorm hoort tot de mogelijkheden. Zodra in deze gevallen een behoefte ontstaat aan 'verblijf medisch noodzakelijk in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden', dan is slechts een tijdelijke wijziging van de leveringsvorm aan de orde. Dit tijdelijke verblijf valt daarom onder de Wlz.

## Artikelsgewijze toelichting

### *Artikel 1*

#### *Eerstelijnsverblijf*

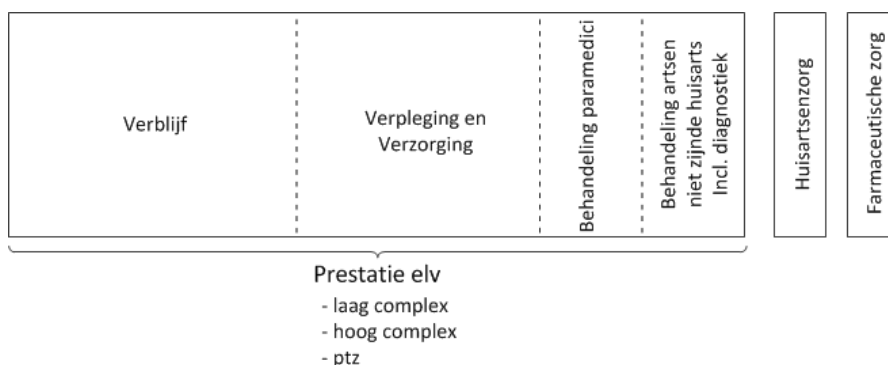
De definitie van eerstelijnsverblijf in deze beleidsregel is ontleend aan de duiding van het Zorginstituut Nederland van 29 maart 2016. De Zvw beschrijft de te verzekeren prestaties functioneel. Dit betekent dat de Zvw alleen aangeeft 'wat' onder de Zvw valt, niet 'wie' deze zorg mag leveren. Deze functionele systematiek maakt dat uit 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' kan worden afgeleid dat ook andere generalistische geneeskundige zorgverleners de verantwoordelijke zorgverlener kunnen zijn binnen het eerstelijnsverblijf, namelijk de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten.

Het elv onderscheidt zich van andere verblijfsvormen, zoals verblijf vanwege medisch specialistische zorg, geriatrische revalidatiezorg, specialistische geestelijke gezondheidszorg (ggz) doordat het verblijf weliswaar medisch noodzakelijk is, maar opname in het ziekenhuis medisch gezien niet noodzakelijk is, er geen sprake is van haalbare revalidatiedoelen (grz) en er geen structurele behoefte is aan verblijf (Wlz). Elv wordt zo veel mogelijk dichtbij huis georganiseerd en is gericht op terugkeer naar huis, of gericht op palliatief terminale zorg.

De verblijfsduur op een plaats voor elv wordt zorginhoudelijk bepaald. Zo kan bij een patiënt met een zorgbehoefte voor ptz een langere ligduur noodzakelijk zijn, als de geschatte prognose van een levensverwachting van drie maanden wordt overschreden. Voor de laag complexe en hoog complexe patiënten zal de ligduur gericht zijn op een terugkeer naar de eigen thuissituatie. Een (voorspelbaar) lange ligduur, gebaseerd op de medische noodzaak voor verblijf, zal slechts te relateren kunnen zijn aan (on)mogelijkheden voor een verantwoorde terugkeer naar de eigen omgeving.

### *Artikel 4 Prestaties*

In artikel 4 staat aangegeven welke componenten deel uitmaken van de prestaties voor elv. Hieronder is schematisch weergegeven uit welke componenten de prestaties zijn opgebouwd.

**Kenmerk**

BR/REG-18118

**Pagina**

8 van 9

De volgende componenten vallen *niet* binnen de prestaties:

- De diagnostiek die is uitgevoerd door een zorgaanbieder anders dan de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten of op een andere locatie dan in de elv-setting valt buiten de prestatie; het tarief moet apart in rekening worden gebracht. Een voorbeeld hiervan is een x-thorax die in het ziekenhuis gemaakt wordt.
- Paramedische zorg die niet samenhangt met de indicatie voor verblijf. Dat betekent dat indien een patiënt paramedische zorg ontvangt, voor een ándere indicatie dan die waarvoor hij/zij in het eerstelijnsverblijf is opgenomen, deze zorg apart via de reguliere beleidsregel van de paramedische zorg in rekening wordt gebracht.
- Farmaceutische zorg valt buiten het tarief en moet apart in rekening worden gebracht.
- De geneeskundige zorg geleverd door de huisarts zit niet in het tarief inbegrepen en wordt via de prestaties van huisartsenzorg gedeclareerd.
- Psychologische zorg waarvoor de huisarts, so of avg de patiënt heeft doorverwezen naar een psycholoog, waarbij de zorg niet meer valt onder zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Deze zorg wordt apart in rekening gebracht.

**Artikel 5.2 Totstandkoming tarieven**

Het tarief van de prestatie eerstelijnsverblijf laag complex is gebaseerd op het tarief voor de prestatie 'zpz vv3 inclusief behandeling'.

Het tarief van de prestatie eerstelijnsverblijf hoog complex is gebaseerd op het tarief voor de prestatie 'zpz vv6 inclusief behandeling'. Het tarief van de prestatie eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg is gebaseerd op het tarief voor de prestatie "zpz vv10 inclusief behandeling'.

**Artikel 5.3 Max-maxtarieven**

De prestaties voor eerstelijnsverblijf kennen de mogelijkheid voor een max-maxtarief. Het tweede maximum ligt 10% hoger dan het eerste maximum en kan worden berekend als hiervoor een overeenkomst met de zorgverzekeraar is gesloten. Dit tweede maximum kan bijvoorbeeld worden gebruikt voor initiatieven op het gebied van regionale coördinatie, organisatie en infrastructuur, multidisciplinair overleg (aanvullend aan wat gezien kan worden als reguliere professionele beroepsuitoefening), of andere lokale initiatieven. Dit is ter beoordeling aan het lokaal overleg tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.