Domein- en sectoroverstijgende samenwerking binnen de Zvw

Uitvoerings- en handhaafbaarheidstoets

Februari 2024

Inhoudsopgave

Samenvatting 3

1 Inleiding 7

1.1 Achtergrond, aanleiding en vraagstelling 7

1.2 Leeswijzer 8

2 Vormgeving prestatie 9

3 Uitvoerbaarheid 12

3.1 Inleiding 12

3.1.1 Toepassing Zvw en Wmg 12

3.1.2 Overlap met bestaande prestatieregulering vanuit NZa 13

3.1.3 Handhaafbaarheid vanuit NZa 15

3.2 Uitvoering door zorgaanbieders en zorgverzekeraars 16

4 Monitoring en evaluatie 18

Bijlagen 20

Bijlage 1: Concept beleidsregel 21

Samenvatting

Inleiding

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om een beknopte uitvoeringstoets over een mogelijke nieuwe prestatie en tarief voor de bekostiging van domein- en sectoroverstijgende samenwerking binnen verzekerde zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Naar aanleiding van het Integraal Zorgakkoord (IZA) heeft VWS een werkgroep samengesteld om met oplossingen te komen voor de knelpunten in domeinoverstijgende bekostiging. Uitgangspunt voor de werkgroep was om de bekostiging zoveel mogelijk aan te laten sluiten bij de bestaande kaders van de betrokken zorgaanbieder(s) en een technische oplossing te vinden die op korte termijn te implementeren is.

Deze werkgroep adviseert de introductie van een generieke Zvw-betaaltitel voor de rechtstreekse bekostiging van domeinoverstijgende en/of sectoroverstijgende afstemming van zorg en ondersteuning. Met deze vorm van bekostiging wordt een aanvullende mogelijkheid geboden om samenwerking in de zorg te verstevigen ten behoeve van passende zorg. De betaaltitel kan worden ingezet voor te specificeren groepen verzekerden door aanbieders van zorg in de zin van de Zvw. De betaaltitel zou in de loop van 2024 ingezet moeten kunnen worden. Dat advies en de daaruit volgende brief van VWS aan de Tweede Kamer is als uitgangspunt genomen bij de concept-vormgeving van een betaaltitel.

Vormgeving prestatie

Een betaaltitel kan de NZa in een beleidsregel vormgeven (op basis waarvan vervolgens een beschikking met prestatiebeschrijving en tarief wordt vastgesteld). Die beleidsregel is in concept uitgewerkt in bijlage 1. De belangrijkste kenmerken van de prestatie en de bijbehorende tariefsoort zijn:

a Het advies van de werkgroep komt er op neer dat de prestatie ruimte moet bieden aan bekostiging van een breed scala aan mogelijke samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders die in meerdere domeinen en sectoren opereren. De inhoud van deze samenwerkingsafspraken is op voorhand nog niet af te bakenen en gaat de komende periode in de praktijk nog vorm krijgen. Naar aanleiding hiervan moet de NZa de prestatie zeer open formuleren. Ook gaan wij uit van een vrij tarief waarbij zorgverzekeraars en zorgaanbieder(s) zelf in overeenstemming het tarief bepalen.
b Het advies van de werkgroep komt er op neer dat de prestatie en het tarief de mogelijkheid moet bieden tot lumpsumafspraken. De NZa kan de prestatie zodanig vormgeven dat die daarmee onder meer de mogelijkheid tot lumpsumafspraken biedt. Prestatie en tarief kunnen direct in rekening worden gebracht aan de zorgverzekeraar op basis van een onderlinge afspraak tussen zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar(s).
c In de brief aan de Tweede Kamer is aangegeven dat een contractvereiste zal gelden. Met een contractvereiste kan een prestatie alleen in rekening worden gebracht als zorgverzekeraar en aanbieder hierover een akkoord bereiken. Wij vinden een contractvereiste noodzakelijk.
d In de brief aan de Tweede Kamer is aangegeven dat de prestatie en het tarief in eerste instantie worden vormgeven als experiment op basis van artikel 58 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Ook wij zien het nut van de vormgeving als experiment.

Uitvoerbaarheid

Toepassing Zvw en Wmg
De NZa heeft op basis van de Wmg de bevoegdheid om tarieven en prestaties vast te stellen. De NZa kan op basis van de Wmg alleen prestaties en tarieven vaststellen voor “zorg”. Voor de beoordeling of de domein- en sectoroverstijgende samenwerking kan worden gezien als zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet, heeft Zorginstituut Nederland de “Handreiking domeinoverstijgende activiteiten vanuit de Zvw” gepubliceerd.[1] Er zijn echter ook nog onduidelijkheden; zo geeft het Zorginstituut onder andere aan dat het mogelijk nog geen antwoord geeft op nieuwe duidingsvragen en hier een proces voor wordt ingericht. In deze uitvoeringstoets nemen wij tot uitgangspunt dat de domein- en sectoroverstijgende samenwerking kan worden gezien als Zvw-zorg en daarmee ook als Wmg-zorg. Wij gaan er ook van uit dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars een correcte invulling geven aan de vraag of sprake is van Wmg-zorg en in zoverre de betaaltitel correct toepassen.

Overlap met bestaande prestatieregulering vanuit NZa
We zien een risico op dubbele bekostiging van kosten voor samenwerking en daarmee een risico op concurrentieverstoring.

Op de lange termijn is onzeker hoe deze prestatie en eventuele soortgelijke andere prestaties blijvend kunnen worden ingepast in het geldende systeem van prestatie- en tariefregulering. We hebben nu een systeem van veelal integrale prestaties en tarieven. De voorliggende nieuwe prestatie ziet op activiteiten die nu verdisconteerd zijn in de tarieven van bestaande prestaties (of dat geacht worden te zijn).

Dubbele bekostiging kan worden vermeden door de wijze van zorginkoop door zorgverzekeraars en verkoop door zorgaanbieders. Een voorbeeld kan worden gevonden in de brief aan de Tweede Kamer: een overleg waarin zowel patiëntengroepsgebonden afstemming plaatsvindt, als afstemming over individuele gevallen, kan onder omstandigheden nodig maken dat aanpassing van een prijs plaatsvindt van de cliëntgebonden prestatie dan wel van de nieuwe experimentprestatie. Dat is iets waarbij in het experiment aandacht voor kan zijn en waarmee kan worden geëxperimenteerd. In vervolg daarop kan in de monitoring en evaluatie van het experiment aandacht worden besteed aan de wijze waarop zorgverzekeraars en zorgaanbieders dubbele bekostiging voorkomen.

Handhaafbaarheid vanuit NZa
Ook de toezichtsaspecten die voortvloeien uit de Zvw en Wmg worden ‘automatisch’ van toepassing als afstemmingsactiviteiten onder deze prestatie bekostigd gaan worden. Het aantal eisen dat gesteld is aan de patiëntengroepsgebonden afstemming is beperkt. De prestatie is ruim geformuleerd en er is sprake van een vrij tarief. Ook is er zo ruimte voor lumpsumafspraken. Bovendien is geen sprake van zorg aan een individuele patiënt (waardoor de checks and balances via de patiënt niet aanwezig zullen zijn). Ten slotte is er een hoge vrijheidsgraad voor het type professional dat deze afstemming mag leveren. De mogelijkheden vanuit het toezicht op het gebied van rechtmatige levering van zorg zijn daarmee beperkt, omdat er weinig harde normen gesteld worden. Toezicht – en zeker handhaving – toetst immers aan een norm.

Uitvoering door zorgaanbieders en zorgverzekeraars
De open prestatie voor patiëntengroepsgebonden afstemming, met de mogelijkheid tot een lumpsumvergoeding, zonder directe koppeling aan individuele patiënten, is een relatief nieuwe vorm van bekostiging binnen de Zvw. De uitvoering van de betaaltitel kent daardoor enkele uitdagingen. Ten

[1] https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2023/09/12/handreiking-domeinoverstijgende-activiteiten-vanuit-de-zvw

eerste is het aan regionale partijen om een zinvolle invulling te vinden en te geven. Bij het maken van de afspraak zal op voorhand bijvoorbeeld helder moeten zijn:

- als de afspraak betrekking heeft op meerdere domeinen: welk deel van de afspraak toe te rekenen is aan de Zvw (waarbij de handreiking vanuit het Zorginstituut nodig kan zijn);
- hoe de totale kosten worden toegerekend aan de verschillende sectoren en/of financiële kaders voor de toepassing van eventuele macrobeheersinstrumenten om de verantwoording richting de verschillende macrokaders vorm te geven;
- hoe de totale kosten (waar van toepassing) worden toegerekend aan specifieke patiëntengroepen. Dit ter inbrenging van deze kosten voor de risicoverevening door de zorgverzekeraar en om de verantwoording richting verevening vorm te geven.

De technische uitwerking van bovenstaande punten kan per casus een uitdaging zijn. In hoeverre dit ook daadwerkelijk een belemmering wordt om tot afspraken te komen en het dus bijsturing vergt, moet na de introductie van de experimentele betaaltitel in de praktijk gaan blijken. Dat is op voorhand moeilijk te voorspellen. Met name daarom is monitoring vanaf de introductie van de prestatie belangrijk.

Naast de uitvoeringstechniek vormt de openheid van de prestatie een voordeel maar ook een uitdaging. Het heeft het risico in zich dat aanbieders en zorgverzekeraars verschillende verwachtingen (ook onderling) zullen hebben bij de toekomstige inzet van deze bekostigingsroute. Ook hier geldt dat dit op voorhand moeilijk te voorspellen/sturen is en dat monitoring gedurende de experimentfase ook boven water moet gaan krijgen of en waar het hier knelt. Om te voorkomen dat gebruik van de zorgprestatie moeizaam op gang komt, is het verstandig veldpartijen ter voorbereiding afspraken te laten maken over bepaalde patiëntgroepen of manieren van samenwerking. De ervaring uit het beoordelen van regioplannen kan hierbij helpen. De mate waarin zorgverzekeraars gelijkgericht gaan inkopen, gaat mede bepalend zijn voor het succes van deze experimentbeleidsregel.

Ten tijde van het schrijven van deze uitvoeringstoets zijn er daarnaast nog nadere technische uitwerkingsvraagstukken. Er wordt nu gewerkt aan deze technische uitwerking die moet leiden tot een “Handleiding voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor het gebruik van de betaaltitel in de praktijk”. De verwachting is dat deze medio april kan worden opgeleverd als product van de IZA-werkgroep.

Monitoring en evaluatie

Het is nu nog niet helder waar exact de behoefte gaat liggen en hoe groot deze gaat worden. Voor nu lijken de randvoorwaarden voldoende ingevuld om te starten met deze betaaltitel. We zien dat met de nu voorgestelde betaaltitel zowel inhoudelijk als qua vormgeving deels overlap bestaat met al bestaande prestaties en met nieuwe bekostigingsmogelijkheden, waar momenteel aan wordt gewerkt.

Wij vinden het belangrijk om de komende periode inzichtelijk te krijgen in hoeverre het naast elkaar bestaan van deze inhoudelijk deels overlappende bekostigingsopties gaat bijdragen aan de in het IZA nagestreefde doelen. In lijn met wat in de eerder genoemde brief aan de Tweede Kamer al wordt aangegeven, stellen wij daarom voor om de monitoring die bij introductie van deze prestatie hoort via twee sporen in te richten.[2]

[2] Zie de brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer, p. 4. https://open.overheid.nl/documenten/26772894-9d8d-4024-a570-12381c3f51f4/file

1. Een constante vinger aan de pols, een vorm van monitoring waarbij we ons specifiek richten op de praktische invulling van de voorliggende betaaltitel. De evaluatie is dan vooral kwantitatief (hoeveel afspraken zijn gemaakt, hoeveel zitten er in de pijplijn, hoeveel geld gaat er in om en op welke wijze wordt dit aan macrokaders toegerekend?). Met daaraan gekoppeld ook een inventarisatie van knelpunten die men in de praktijk ervaart. Wij bekijken hierbij hoe we de bestaande IZA-werkgroep hierbij kunnen betrekken.
2. Een meer kwalitatieve evaluatie in jaar 2 en 4 na inwerkingtreding. In hoeverre passen de verschillende bekostigingsopties nog bij de ontwikkelingen vanuit IZA? Moet meer focus worden aangebracht in de vormgeving van de prestaties om meer gericht toe te werken naar een resultaat? Of zijn andere oplossingen nodig? Een ingecalculeerd risico hierbij is dat we op voorhand moeilijk meetbaar kunnen definiëren wanneer de experimentbeleidsregel “succesvol” is.

Conclusie

Wij beoordelen deze domein- en sectoroverstijgende samenwerking binnen de Zvw op grond van het bovenstaande als uitvoerbaar. Om de bekostiging aan te laten sluiten bij de inhoud van de eerder genoemde brief aan de Tweede Kamer, moeten we de prestatie zeer open formuleren en zijn de mogelijkheden vanuit het toezicht beperkt. Een open prestatiebeschrijving creëert ruimte voor regionale diversiteit en maatwerkafspraken, maar doet ook beroep op zorgaanbieders en zorgverzekeraars om in afspraken een verdere concrete invulling aan de samenwerking te geven zodat men tot zinvolle investeringen komt. Daarnaast brengt een open betaaltitel voor domein- en sectoroverstijgende samenwerking in de Zvw ook risico’s met zich mee omdat het schuurt aan stelselmechanismen zoals de risicoverevening en macrodeelkaders, maar daar lijken passende maatregelen voor opgesteld te (kunnen) worden. Door goede monitoring en evaluatie zal kunnen worden bezien hoe deze prestatie in de praktijk zal worden gebruikt en verder in de zorgbekostiging kan worden ingepast.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond, aanleiding en vraagstelling

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om een beknopte uitvoeringstoets over een mogelijke nieuwe prestatie en tarief voor de bekostiging van domein- en sectoroverstijgende samenwerking binnen verzekerde zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Naar aanleiding van het Integraal Zorgakkoord (IZA) heeft VWS een werkgroep samengesteld om met oplossingen te komen voor de knelpunten in domeinoverstijgende bekostiging. Dat wil zeggen bekostiging over de wettelijke domeinen, zoals de Zvw, heen met bijvoorbeeld de Wet langdurige zorg (Wlz).[3] Uitgangspunt voor de werkgroep was om de bekostiging zoveel mogelijk aan te laten sluiten bij de bestaande kaders van de betrokken zorgaanbieder(s) en een technische oplossing te vinden die op korte termijn te implementeren is.

Deze werkgroep adviseert de introductie van een generieke Zvw-betaaltitel voor de rechtstreekse, directe, bekostiging van domeinoverstijgende en/of sectoroverstijgende afstemming van zorg en ondersteuning. Hiermee wordt een aanvullende mogelijkheid geboden in de bekostiging om samenwerking in de zorg te verstevigen ten behoeve van passende zorg. De betaaltitel zou moeten worden ingezet voor te specificeren groepen verzekerden door aanbieders van zorg in de zin van de Zvw. De betaaltitel zou in de loop van 2024 moeten kunnen worden ingezet.

Dit advies heeft geresulteerd in een brief van VWS aan de Tweede Kamer waarin de voortgang van deze betaaltitel wordt geschetst. Deze brief bevat een uitleg waarom deze betaaltitel gewenst is, een mogelijke beschrijving van de betaaltitel, welke voorwaarden hierbij zouden kunnen gelden, hoe invulling kan worden gegeven aan verantwoording, de afbakening en budgettaire consequenties en het verdere proces. Bij dit laatste onderdeel is aangegeven dat de minister van VWS voornemens is de NZa een aanwijzing te geven om de betaaltitel te realiseren en daaraan voorafgaand een voorhangbrief aan de Eerste en de Tweede Kamer te sturen.

Vooruitlopend daarop heeft VWS de NZa gevraagd uit te werken hoe een betaaltitel met bijbehorende monitoring en evaluatie er uit zal kunnen komen te zien. Ook heeft VWS gevraagd welke consequenties die uitwerking heeft voor de uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid.

Overeenkomstig het verzoek van VWS om een beknopte uitvoeringstoets, beantwoorden wij genoemde vragen van VWS op hoofdlijnen. Deze uitvoeringstoets wordt verricht naar aanleiding van bovengenoemde brief aan de Tweede Kamer.

[3] Deelnemers IZA-werkgroep: ministerie van VWS; ZN; Patiëntenfederatie Nederland; ActiZ; V&VN; Federatie Medisch Specialisten; InEen; LHV; KNGF; NFU; NVZ; de Nederlandse ggz; VNG; Zorginstituut Nederland; Zorgthuisnl; NZa

1.2 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk (2) beschrijven we de kern van de vormgeving van de voorgenomen betaaltitel. In hoofdstuk 3 behandelen we de uitvoerbaarheid van de betaaltitel. Hierbij wordt steeds de link gelegd met de concept beleidsregel (opgenomen in de bijlage van deze uitvoerbaarheidstoets). Daarna lichten we in hoofdstuk 4 het vormgeven van de monitoring en evaluatie toe.

2 Vormgeving prestatie

Zoals gezegd adviseert de werkgroep de introductie van een generieke Zvw-betaaltitel voor de rechtstreekse bekostiging van domeinoverstijgende en/of sectoroverstijgende afstemming van zorg en ondersteuning voor te specificeren groepen verzekerden door zorgaanbieders. Dit advies en de daaruit volgende brief van VWS aan de Tweede Kamer is als uitgangspunt genomen bij de concept-vormgeving van een betaaltitel.

Zo'n betaaltitel kan de NZa in een beleidsregel vormgeven (op basis waarvan vervolgens een beschikking met prestatiebeschrijving en tarief wordt vastgesteld). Die beleidsregel is in concept uitgewerkt in bijlage 1. Hierna achter de punten a t/m d bespreken wij de belangrijkste kenmerken van de prestatie en de bijbehorende tariefsoort. Eventuele kanttekeningen bij de vormgeving bespreken wij later in hoofdstuk 3: Uitvoerbaarheid.

a. Open prestatie

Het advies van de werkgroep komt er op neer dat de prestatie ruimte moet bieden aan bekostiging van een breed scala aan mogelijke samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders die in meerdere domeinen en sectoren opereren. De inhoud van deze samenwerkingsafspraken is op voorhand nog niet af te bakenen en gaat de komende periode in de praktijk nog vorm krijgen. De werkgroep verwacht dat de afspraken die binnen deze prestatie tot stand gaan komen, voor een deel gekoppeld worden aan de concrete invulling van regioplannen die nu nog in ontwikkeling zijn.

Hierdoor moet de NZa de prestatie zeer open formuleren. De inhoud van de afspraak tussen zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar(s) kan namelijk regionaal/lokaal sterk variëren. Ook weten wij nog niet wat er precies voor afspraken gemaakt gaan worden.[4] De gedachte van de werkgroep is een betaaltitel te creëren om samenwerking te bekostigen, in het bijzonder samenwerking tussen wettelijke zorgdomeinen (Zvw met o.a. Wlz en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)). Maar ook daarbuiten zoals het domein onderwijs.[5] Samenwerking tussen sectoren binnen de Zvw moet ook mogelijk zijn. Wel is duidelijk dat de betaaltitel alleen voor de Zvw (en dus alleen Zvw-kosten) kan gelden, (zie verder onderdeel 3.1.1 hierna).

Denkbaar is dat dergelijke samenwerking ook (mede) wordt bereikt door samenwerking tussen zorgaanbieders binnen één domein of binnen één sector. Bovendien lijken domeinen en sectoren in dit kader soms moeizaam sluitend af te bakenen. Daarom zal de prestatiebeschrijving niet strikt worden afgebakend tot samenwerking tussen zorgaanbieders uit *verschillende* domeinen of sectoren.

Openheid van de prestatie is bijvoorbeeld ook nodig rondom het afbakenen van "specifieke groepen (kwetsbare) verzekerden", wat in de brief van VWS aan de Tweede Kamer wordt genoemd. Dat kan de NZa niet doen en zullen zorgaanbieders en zorgverzekeraars desgewenst zelf moeten doen in hun contracten. In dit kader is ook van belang dat de prestatie mede kan worden ingezet voor hybride overleggen, dat wil zeggen overleggen waarin zowel over specifieke groepen (kwetsbare) verzekerden wordt gesproken, als over individuele patiënten.

[4] vgl. ook het Zorginstituut in zijn hierna te bespreken handreiking.
[5] Zie de brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer, p. 4. https://open.overheid.nl/documenten/26772894-9d8d-4024-a570-12381c3f51f4/file

Ook het aan de afspraak gekoppelde tarief kan sterk variëren. Dit maakt dat het op voorhand reguleren van de tarieven binnen deze prestatie onwenselijk en niet mogelijk is. Bij een gereguleerd tarief bestaat het risico dat het niet tegemoet komt aan de wens om regionaal tot aanvullende afspraken te komen. Daarom gaan wij uit van een vrij tarief waarbij zorgverzekeraars en aanbieder(s) zelf in overeenstemming het tarief bepalen.

b. Lumpsum

Het advies van de werkgroep komt er op neer dat de prestatie en het tarief de mogelijkheid moet bieden tot lumpsumafspraken. Dat wil zeggen: zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten ook de mogelijkheid krijgen om één bedrag af te spreken per periode voor het geheel aan activiteiten. Dit bedrag moet vervolgens van zorgverzekeraar aan aanbieder(s) kunnen worden uitgekeerd, zonder dat deze versleuteld wordt in declaraties aan individuele patiënten.

De NZa kan de relatief open prestatie met het daaraan gekoppelde vrije tarief zodanig vormgeven dat die daarmee onder meer de mogelijkheid tot lumpsumafspraken biedt. De combinatie van prestatie en tarief wordt daarmee niet vormgegeven als een handeling die in rekening te brengen is aan een individuele patiënt. Prestatie en tarief kunnen direct in rekening worden gebracht aan de zorgverzekeraar op basis van een onderlinge afspraak tussen zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar(s).

c. Contractvereiste

In de brief aan de Tweede Kamer is aangegeven dat een contractvereiste zal gelden. Met een contractvereiste kan een prestatie alleen in rekening worden gebracht als zorgverzekeraar en zorgaanbieder hierover akkoord bereiken. Wij vinden een contractvereiste noodzakelijk.

De noodzaak van een contractvereiste bestaat ten eerste omdat de inhoud van de prestatie zo open is geformuleerd dat verdere concrete invulling op basis van onderlinge afspraken nodig is om tot zinvolle investeringen te komen.

Ten tweede is het contractvereiste nodig omdat afspraken moeten worden gemaakt over de technische uitwerking. Hierbij kan gedacht worden aan afspraken over welk deel van de (kosten van de) samenwerking is toe te rekenen aan de Zvw en hoe de Zvw-kosten worden toegerekend naar de verschillende sectoren om de verantwoording richting de verschillende macrokaders vorm te geven. Indien er lumpsumafspraken worden gemaakt is het daarnaast voor de risicoverevening van belang dat wordt gespecificeerd voor welke patiëntengroep de prestatie wordt ingezet. Hierna in de paragraaf Uitvoering door zorgaanbieders en zorgverzekeraars (3.2) gaan wij daarop uitgebreider in.

d. Experiment

In de brief aan de Tweede Kamer is aangegeven dat de prestatie en het tarief in eerste instantie wordt vormgeven als experiment op basis van artikel 58 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Wij zien ook het nut van de vormgeving als experiment. Voor het tijdelijke karakter (vijf jaar) bestaat een aantal redenen. Bij deze fase van het (door)ontwikkelen van samenwerking is het nog te vroeg om voor een definitieve vormgeving en inbedding van de betaaltitel te kiezen. Het is van belang dat de vormgeving en inbedding van die betaaltitel kan worden bijgesteld als behoeften in de praktijk veranderen. Vormgeving van de betaaltitel als experiment op basis van artikel 58 van de Wmg maakt dit eenvoudiger. De noodzaak tot monitoring en evaluatie speelt hier ook in mee. Hierover meer in het hoofdstuk 4: Monitoring en evaluatie.

3 Uitvoerbaarheid

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan we stil bij enkele algemene uitvoeringsconsequenties van de betaaltitel. Ook brengen we in kaart wat we al kunnen zeggen over (mogelijke) effecten en wat nog niet. Eerst staan we stil bij een aantal uitvoeringsconsequenties/risico's voor de overheid. Vervolgens gaan we in op enkele uitvoeringsconsequenties voor aanbieders en zorgverzekeraars.

3.1.1 Toepassing Zvw en Wmg

De NZa heeft op basis van de Wmg de bevoegdheid om tarieven en prestaties vast te stellen. Een tarief wordt in de Wmg omschreven als de prijs voor een prestatie, een deel van een prestatie of geheel van prestaties van een zorgaanbieder. Een prestatie wordt in de Wmg omschreven als de levering van zorg door een zorgaanbieder. De NZa kan op basis van de Wmg dus alleen prestaties en tarieven vaststellen voor "zorg". Indien geen sprake is van Wmg-zorg, kan de NZa geen betaaltitel voor de domein- en sectoroverstijgende samenwerking vaststellen.

De Wmg omschrijft zorg als:

1. zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg;
2. individuele gezondheidszorg als bedoeld in artikel 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidzorg, voor zover uitgevoerd, al dan niet onder eigen verantwoordelijkheid, door personen, ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 van die wet of door personen als bedoeld in artikel 34 van die wet en voor zover die handelingen niet zijn begrepen onder 1.

Voor de beoordeling of de domein- en sectoroverstijgende samenwerking kan worden gezien als zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet, heeft Zorginstituut Nederland de "Handreiking domeinoverstijgende activiteiten vanuit de Zvw" gepubliceerd.[6] Deze handreiking verduidelijkt welke domeinoverstijgende activiteiten vanuit de Zvw kunnen worden vergoed. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen aan de hand van deze handreiking een beoordeling maken of de door hen gewenste domein- en sectoroverstijgende activiteiten kunnen worden gezien als zorg in de zin van de Zvw. Er zijn echter ook nog onduidelijkheden; zo geeft het Zorginstituut onder andere aan:

> "Tegelijkertijd zijn we ons ervan bewust dat we hiermee nog geen antwoord geven op alle vragen die in de praktijk leven. Voor nieuwe duidingsvragen rondom domeinoverstijgend samenwerken, waarover nog geen vergelijkbare duiding plaatsvond, wordt een proces ingericht om stapsgewijs de handreiking uit te kunnen breiden. En zo mogelijk door te ontwikkelen naar een generiek kader voor domeinoverstijgende activiteiten. Dit proces zal in samenspraak met verzekeraars, VWS en NZa worden vormgegeven en moet ook zicht geven op waar de harde grenzen van het huidige stelsel liggen, en of er behoefte is deze te wijzigen.
> (…)

[6] https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2023/09/12/handreiking-domeinoverstijgende-activiteiten-vanuit-de-zvw

> De standpunten van het Zorginstituut over de vraag of sprake is van zorg zoals [….] plegen te bieden, gaan altijd over het micro- en/of mesoniveau. Het IZA pleit voor regionale ondersteuningsstructuren om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Of het Zorginstituut iets kan zeggen over deze regionale infrastructuren is afhankelijk van de concrete taken en activiteiten die deze regionale infrastructuren zullen gaan uitvoeren en op welk niveau van de organische schil."[7]

In deze uitvoeringstoets nemen wij als uitgangspunt dat de domein- en sectoroverstijgende samenwerking kan worden gezien als Zvw-zorg en daarmee ook als Wmg-zorg. Wij gaan er ook van uit dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars een correcte invulling geven aan de vraag of sprake is van Wmg-zorg en in zoverre de betaaltitel correct toepassen. Daar waar bij de regionale invulling van de samenwerking ook onderdelen worden opgenomen die niet onder de Zvw/Wmg vallen, kunnen deze niet onder de prestatie vallen.

3.1.2 Overlap met bestaande prestatieregulering vanuit NZa

We zien een risico op dubbele bekostiging van kosten voor samenwerking en daarmee een risico op concurrentieverstoring. Daarnaast is dubbele bekostiging vanuit het oogpunt van passende zorg en de kosten van de zorg niet gewenst. Dubbele bekostiging kan ontstaan omdat vergoeding van samenwerkingskosten al in tarieven van reguliere zorgprestaties zijn verdisconteerd, of omdat er al prestaties en tarieven bestaan die (mede) dezelfde samenwerkingsactiviteiten dekken. Voor beide geven we aan hoe groot we het risico zien en hoe de risico's beheerst kunnen worden.

De nieuwe relatief vrije experimentprestatie met bijbehorend vrij tarief heeft een ander karakter dan de meeste andere prestaties. Zij is niet-cliëntgebonden zoals de meeste prestaties conform wettelijke uitgangspunten, maar patiëntengroepsgebonden (zie hiervoor). Ook haakt zij niet aan op (kosten van en vergoeding voor) de directe zorgverlening aan een individuele patiënt, maar op afstemming en ondersteuning die noodzakelijk zijn en rechtstreeks verband houden met deze zorgverlening.

Daarmee is de nieuwe experimentprestatie toepasbaar in elke sector binnen de Zvw. Tegelijkertijd laat zij zich gelet op de wensen van de werkgroep, voor de overheid, in het bijzonder de NZa, lastig inhoudelijk beoordelen. Dit heeft tot gevolg dat de prestatie lastiger inpasbaar in het stelsel van prestaties en tarieven dan andere prestaties en tarieven. Zo kan namelijk sprake zijn van samenloop/overlap van prestaties. In dit concrete geval lijkt dat niet onoverkomelijk.

In de brief aan de Tweede Kamer is opgenomen:

> "De in deze brief beschreven oplossing kan ook worden ingezet voor hybride overleggen, dat wil zeggen overleggen waarin zowel over een specifieke doelgroep wordt gesproken, als over individuele patiënten. Dit brengt evenwel het risico van dubbele bekostiging mee, omdat samenwerking ten aanzien van de individuele patiënt in principe uit bestaande tarieven en prestaties moet worden vergoed en nu een mogelijkheid tot separate vergoeding van patiëntengroepsgebonden afstemming van zorg en ondersteuning wordt voorgesteld waarbij het inbrengen van individuele casuïstiek niet wordt uitgesloten. Zorgverzekeraars moeten dan hun verantwoordelijkheid nemen bij de invulling van hun inkooprol om het risico op dubbele bekostiging te mitigeren."[8]

[7] Handreiking, p. 4-5.
[8] https://open.overheid.nl/documenten/26772894-9d8d-4024-a570-12381c3f51f4/file

Terecht gaat de brief ervan uit dat samenwerking doorgaans in de reeds bestaande NZa-tarieven tot uitdrukking komt. Dit geldt voor samenwerking met betrekking tot individuele verzekerden/cliënten. Vaak zal dat op indirecte wijze zijn omdat kosten in de NZa-tarieven zijn geland. Tarieven beogen dekking te geven aan alle redelijke kosten van zorg, dus ook kosten die indirect zijn ten opzichte van de prestatie waarvoor het tarief is. Een prestatie is veelal de omschrijving van een zorghandeling. Om die zorghandeling goed te kunnen verrichten, zijn vaak allerlei niet-zorgactiviteiten op de achtergrond nodig. De kosten van deze niet-zorgactiviteiten worden meegenomen bij een kostprijsonderzoek en kunnen dus via de zorgprestaties toch tot uitdrukking komen in de tarieven voor die zorgprestaties. Hierbij kan gedacht worden aan ondersteunend personeel voor de administratie, maar ook aan een multidisciplinair overleg tussen verschillende zorgverleners over een specifieke verzekerde/cliënt.

Het kan ook zo zijn dat voor bepaalde specifiek aangeduide vormen van samenwerking, een tarief wordt gedeclareerd. Dan is sprake van een prestatie/tarief dat voor samenwerking kan worden gebruikt.

Dat nu nog geen algemene prestatie voor domein- en sectoroverstijgende samenwerking bestaat zoals beschreven in bovengenoemde brief van het ministerie van VWS aan de Tweede Kamer, neemt niet weg dat samenwerkingskosten al via bepaalde specifiek aangeduide vormen van samenwerking worden vergoed. Dan wel dat vergoedingen voor samenwerkingskosten al wel verdisconteerd zijn in tarieven van andere NZa-prestaties. In welke mate kosten van samenwerking (indirect) in de NZa-tarieven van bestaande prestaties zijn verdisconteerd, is niet bekend. Dergelijke kosten heeft de NZa doorgaans niet specifiek uitgevraagd bij onderzoeken naar zorgkosten en worden door zorgaanbieders niet specifiek bijgehouden.
Voor zover kosten van samenwerking worden vergoed (of geacht te worden vergoed) via andere prestaties/tarieven dan de voorliggende nieuwe prestatie/tarief, bestaat een risico op dubbele bekostiging.

Elke vorm van dubbele bekostiging kan bepaalde zorgaanbieders een ongerechtvaardigd concurrentievoordeel geven. Een ongerechtvaardigd concurrentievoordeel moet zoveel mogelijk worden vermeden.

Dubbele bekostiging kan in hoofdlijn op twee manieren worden vermeden. Ten eerste door prestatie- en tariefregulering van de NZa. Dat kan door het maken van prestaties en/of tarieven waarin geen overlap zit. Bijvoorbeeld door in de omschrijving van een nieuwe prestatie of in de hoogte van het bijbehorende tarief, de bij andere prestaties/tarieven inbegrepen samenwerking of vergoeding daarvoor, uit te sluiten. Of door bestaande prestaties en tarieven te schonen voor de samenwerkingscomponent.

Hoe dan ook, voor zover kosten van samenwerking indirect in NZa-tarieven landen, zullen die kosten bij kostenonderzoeken van de NZa apart in kaart moeten worden gebracht. Vraag is dan in hoeverre zorgaanbieders dergelijke kosten apart inzichtelijk hebben of kunnen maken. Dat lijkt complex.

Voor nu lijkt hieraan bij deze nieuwe prestatie op de korte termijn voorbij te kunnen worden gegaan. De IZA-partijen veronderstellen namelijk dat de kosten (die met de nieuwe prestatie kunnen worden vergoed), nu nog niet worden gemaakt of verwaarloosbaar zijn. De nieuwe prestatie moet juist stimuleren dat bepaalde investeringen gedaan gaan worden die eerder niet werden gedaan.

Op de lange termijn is onzeker hoe deze prestatie en eventuele soortgelijke andere prestaties blijvend kunnen worden ingepast in het geldende systeem van prestatie- en tariefregulering. Prestatie- en tariefregulering richten zich momenteel doorgaans niet op alle mogelijk te onderscheiden kostencomponenten die nodig zijn om een zorghandeling te verrichten. We hebben nu namelijk een

systeem van veelal integrale prestaties en tarieven. De voorliggende nieuwe prestatie ziet op activiteiten die nu verdisconteerd zijn in de tarieven van bestaande prestaties (of dat geacht worden te zijn). Bezien zal moeten worden in hoeverre dit moet worden gewijzigd en welke consequenties dit heeft voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars, NZa en andere overheidspartijen.

Dubbele bekostiging kan ten tweede worden vermeden door de wijze van zorginkoop door zorgverzekeraars en verkoop door zorgaanbieders. Een voorbeeld kan worden gevonden in de brief aan de Tweede Kamer: een overleg waarin zowel patiëntengroepsgebonden afstemming plaatsvindt, als afstemming over individuele gevallen, kan onder omstandigheden nodig maken dat aanpassing van een prijs plaatsvindt van de cliëntgebonden prestatie dan wel van de nieuwe experimentprestatie.
Dat is iets waarbij in het experiment aandacht voor kan zijn en waarmee kan worden geëxperimenteerd. In vervolg daarop kan in de monitoring en evaluatie van het experiment aandacht worden besteed aan de wijze waarop zorgverzekeraars en zorgaanbieders dubbele bekostiging voorkomen.

Hiervoor in deze paragraaf is vooral ingegaan op de meer algemene “technische” uitvoeringsconsequenties van overlap van de nieuwe prestatie en tarief met reeds bestaande prestaties en tarieven. In het hoofdstuk Monitoring en evaluatie (hoofdstuk 4) wordt aanvullend nog ingegaan op meer beleidsmatige aspecten van overlap met enkele specifieke prestatie en tarieven die qua vormgeving en inhoud raken aan de nieuwe experimentprestatie.

3.1.3 Handhaafbaarheid vanuit NZa

Ook de toezichtsaspecten die voortvloeien uit de Zvw en Wmg worden ‘automatisch’ van toepassing als afstemmingsactiviteiten onder deze prestatie bekostigd gaan worden. Wat betekent dit voor het toezicht van de NZa?

Het aantal eisen dat gesteld is aan de patiëntengroepsgebonden afstemming is beperkt. De prestatie is ruim geformuleerd en er is sprake van een vrij tarief. Dit mede wegens het experimentele karakter en omdat nog niet volledig bekend is hoe een en ander in de praktijk eruit gaat zien. Ook is er zo ruimte voor lumpsumafspraken. Bovendien is geen sprake van zorg aan een individuele patiënt (waardoor de checks and balances via de patiënt niet aanwezig zullen zijn). Ten slotte is er een hoge vrijheidsgraad voor het type professional dat deze afstemming mag leveren. De mogelijkheden vanuit het toezicht op het gebied van rechtmatige levering van zorg zijn daarmee beperkt, omdat er weinig harde normen gesteld worden. Toezicht – en zeker handhaving – toetst immers aan een norm.

De gestelde eisen richten zich vooral op of er sprake is van Zvw-zorg en of er overeenstemming is tussen zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraars via een contract. Dit zijn redelijk algemene eisen.

In de werkgroep is gekozen voor optimale ruimte bij het gebruik van deze prestatie. Een dergelijk uitgangspunt betekent tegelijk ook dat de mogelijkheden vanuit het toezicht beperkt zijn omdat kaders voor een belangrijk deel ontbreken, naast de meer globale uitgangspunten als rechtmatig declareren.

Daarnaast speelt bij het toezicht op zorgverzekeraars de verantwoording en risicoverevening. Op grond van de Zvw leggen zorgverzekeraars verantwoording af over hun Zvw-schadelast, en verschaffen ze informatie die nodig is voor het systeem van risicoverevening. De verantwoording betreft het gegeven dat zorgverzekeraars hun uitgaven (schadelast) aan patiëntengroepsgebonden afstemming moeten gaan inbrengen in de verantwoordingsprocessen van het geheel aan Zvw-schadelast. Deze verantwoording zou niet tot problemen hoeven te leiden, zolang de zorgverzekeraars bij het maken van de afspraken met zorgaanbieders al duidelijk kunnen verantwoorden welk deel van de financiële afspraak ten goede komt aan welk deel van de te leveren zorg.

De risicoverevening is het systeem waarmee de gelden uit het zorgverzekeringsfonds jaarlijks worden verdeeld over zorgverzekeraars op basis van de kenmerken van hun verzekerdenpopulatie. Des te hoger de verwachte kosten van een verzekerde, des te hoger de bijdrage uit de risicoverevening. Ten behoeve van de risicoverevening moeten de zorgkosten - inclusief lumpsumvergoedingen - zo goed mogelijk worden toegerekend aan de verzekerden die de zorgkosten hebben gemaakt.

Voor de risicoverevening moet er in eerste instantie aan twee voorwaarden worden voldaan. Er moet een declaratietitel zijn, en de betreffende prestatie moet geoormerkt zijn als verzekerde zorg.

Indien de prestatie met een lumpsum in rekening wordt gebracht, kunnen de kosten niet direct in de risicoverevening ten laste van specifieke verzekerden worden gebracht. Hiervoor is een verdeelsleutel nodig. In de brief aan de Tweede Kamer wordt aangegeven dat zorgverzekeraars de kosten zo adequaat mogelijk toerekenen aan bepaalde verzekerden en dat zij (gezamenlijk) voorstellen doen voor een uniforme, logische verdeelsleutel. Dan wel een voorstel om bij wijze van uitzondering kosten niet aan bepaalde verzekerden toe te rekenen omdat de effecten voor de risicoverevening niet in verhouding staan tot de administratieve lasten. Hiervan wordt door zorgverzekeraars aangegeven dat dat dit voor hen naar verwachting goed uitvoerbaar is.

Na vaststelling van de NZa-regelgeving omtrent onder meer prestatie en tarief(soort), zal het Zorginstituut bepalen hoe een en ander door zorgverzekeraars zal moeten worden verantwoord en ingebracht in de risicoverevening. Dit wordt vastgelegd in het Handboek Informatie zorgverzekeringen.

3.2 Uitvoering door zorgaanbieders en zorgverzekeraars

De open prestatie voor patiëntengroepsgebonden afstemming, met de mogelijkheid tot een lumpsumvergoeding, zonder directe koppeling aan individuele patiënten, is een relatief nieuwe vorm van bekostiging binnen de Zvw. De uitvoering van de betaaltitel kent daardoor enkele uitdagingen. Ten eerste is het aan partijen om een zinvolle invulling te vinden en te geven. Met name het gegeven dat de afspraken regionaal inhoudelijk sterk kunnen verschillen zorgt ervoor dat op voorhand weinig sturing gegeven kan worden in landelijke richtlijnen. Dit vraagt dus veel van de afspraken zelf. Bij het maken van de afspraak zal op voorhand bijvoorbeeld helder moeten zijn:

- als de afspraak betrekking heeft op meerdere domeinen: welk deel van de afspraak over de domeinoverstijgende en/of sectoroverstijgende afstemming toe te rekenen is aan de Zvw (waarbij de handreiking vanuit het Zorginstituut nodig kan zijn);
- hoe de totale kosten worden toegerekend aan de verschillende sectoren en/of financiële kaders voor de toepassing van eventuele macrobeheersinstrumenten om de verantwoording richting de verschillende macrokaders vorm te geven;
- hoe worden de totale kosten (waar van toepassing) worden toegerekend aan specifieke patiëntengroepen. Dit ter inbrenging van deze kosten voor de risicoverevening door de zorgverzekeraar en om de verantwoording richting verevening vorm te geven.

De technische uitwerking van bovenstaande punten kan per casus een uitdaging zijn. In hoeverre dit ook daadwerkelijk een belemmering wordt om tot afspraken te komen en het dus bijsturing vergt, moet na de introductie van de experimentele betaaltitel in de praktijk gaan blijken. Dat is op voorhand moeilijk te voorspellen. Met name daarom is monitoring vanaf de introductie van de prestatie belangrijk. Hierover meer in het volgende hoofdstuk.

Naast de uitvoeringstechniek vormt de openheid van de prestatie een voordeel maar ook een uitdaging. De openheid is nodig om tegemoet te komen aan de regionale diversiteit en maatwerkafspraken. Maar tegelijkertijd heeft de prestatie daarmee ook een sterk faciliterend en dus heel weinig sturend karakter. De prestatie kan ruimte bieden aan aanvullende afspraken, maar kan niet inkleden wat precies van aanbieders of zorgverzekeraars wordt verwacht. Dit heeft het risico in zich dat aanbieders en zorgverzekeraars verschillende verwachtingen (ook onderling) zullen hebben bij de toekomstige inzet van deze bekostigingsroute. Verschillende verwachtingen tussen zorgverzekeraars kan leiden tot regionale afspraken waar niet alle zorgverzekeraars zich aan willen committeren. Dit kan een hindernis zijn. De mate waarin zorgverzekeraars gelijkgericht gaan inkopen, gaat mede bepalend zijn voor het succes van deze experimentbeleidsregel.

Ook hier geldt dat dit op voorhand moeilijk te voorspellen/sturen is en dat monitoring gedurende de experimentfase ook boven water moet gaan krijgen of en waar het hier knelt. Om te voorkomen dat gebruik van de prestatie moeizaam op gang komt, is het verstandig veldpartijen ter voorbereiding afspraken te laten maken over bepaalde patiëntgroepen of manieren van samenwerking. De ervaring uit het beoordelen van regioplannen kan hierbij helpen.

Ten tijde van het schrijven van deze uitvoeringstoets zijn er daarnaast nog nadere technische uitwerkingsvraagstukken.. Zo vraagt de procedure van verantwoording richting risicoverevening nog verdere uitwerking. Dat geldt ook voor het inrichten van digitaal declaratieverkeer. Er wordt nu gewerkt aan deze technische uitwerking die moet leiden tot een “Handleiding voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor het gebruik van de betaaltitel in de praktijk”. De verwachting is dat de IZA-werkgroep deze medio april oplevert.

4 Monitoring en evaluatie

De betaaltitel zoals deze wordt voorgesteld, moet binnen de wettelijke en financiële kaders ruimte bieden aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om samen (regionaal) te experimenteren met vormen van samenwerking die bijdragen aan samenhangende zorg voor groepen (kwetsbare) verzekerden.

Het is nu nog niet helder waar exact de behoefte gaat liggen en hoe groot deze gaat worden. In de IZA-werkgroep “knelpunten domeinoverstijgende bekostiging” is een aantal concrete voorbeelden verkend. Daarbij is gebleken dat een relatief kleinschalige afspraak op basis van een lumpsumfinanciering lokaal een grote impact kan hebben. Tegelijkertijd wordt op dit moment gewerkt aan de visie “versterking organisatie eerstelijn”. Hier wordt toegewerkt naar een landelijk dekkend netwerk van wijk- en regiosamenwerkingsverbanden, welke sector- en domeinoverstijgend kunnen zijn. Het is zeer goed mogelijk dat het op gang brengen en in stand houden van deze sector- en domeinoverstijgende samenwerkingsafspraken een vorm van lumpsumfinanciering vanuit de Zvw nodig heeft. Daar lijkt de voorliggende betaaltitel voor de bekostiging van domeinoverstijgende en/of sectoroverstijgende afstemming een mogelijkheid voor te gaan bieden.

Naast de onduidelijkheid over “hoe groot dit gaat worden”, is het ook belangrijk om vanaf het begin een vinger aan de pols te houden of de aandachtspunten op het gebied van uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid zoals in hoofdstuk 3 uitgewerkt in de praktijk tot problemen gaan leiden. Voor nu lijken zorgaanbieders en zorgverzekeraars te kunnen starten met deze betaaltitel. Niettemin is goed denkbaar dat relatief kleinschalige afspraken niet tot systeemknelpunten leidden, maar dat deze bij opschaling in een latere fase toch tot uitvoeringsproblemen gaan leiden.

Ook zien we dat met de nu voorgestelde betaaltitel zowel inhoudelijk als qua vormgeving deels overlap bestaat met al bestaande prestaties. Denk hierbij aan:

- De prestaties “organisatie en infrastructuur” (O&I) binnen segment 2 van de bekostiging voor huisartsenzorg/multidisciplinaire zorg.
- Algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg (ADZ) voor Parkinsonzorg.
- Regionale ondersteuningsstructuren (ROS).

Daarnaast wordt er ook gewerkt aan nieuwe andere bekostigingsmogelijkheden, die raken aan de nieuwe generieke Zvw-betaaltitel waar deze uitvoeringstoets betrekking op heeft:

- Sectoroverstijgende prestatie: integrale prestatie waarin zowel de directe zorg als de afstemming voor cliëntenzorg in is opgenomen (*nog in ontwikkeling*). De prestatie betreft de bekostiging van zorg voor individuele cliënten en is daarmee anders dan hetgeen hier voorligt.
- Bekostiging voor zorgcoördinatie in de acute zorg (*nog in ontwikkeling*).

Deze bekostigingsoplossingen zijn vanuit verschillende vraagstukken ontworpen en gegroeid. De introductie van de nieuwe betaaltitel vult weer een gat dat de bestaande opties nog niet adequaat weten op te vullen. Wij vinden het belangrijk om de komende periode inzichtelijk te krijgen in hoeverre het naast elkaar bestaan van deze inhoudelijk deels overlappende bekostigingsopties gaat bijdragen aan de in het IZA nagestreefde doelen. Geeft het de veldpartijen meer opties en komen afspraken daarmee makkelijker tot stand? Of zorgt de overlap juist voor onduidelijkheden en knelpunten die wenselijke bewegingen in de weg staan en moeten de prestaties meer met elkaar in samenhang worden doorontwikkeld?

In lijn met wat in de eerder genoemde brief van VWS aan de Tweede Kamer al wordt aangegeven, stellen wij daarom voor om de monitoring van de voorliggende prestatie via twee sporen in te richten.[9]

Het eerste spoor is een constante vinger aan de pols, een vorm van monitoring waarbij we ons specifiek richten op de praktische invulling van deze betaaltitel. De evaluatie is dan vooral kwantitatief (hoeveel afspraken zijn gemaakt, hoeveel zitten er in de pijplijn, hoeveel geld gaat er in om en op welke wijze wordt dit aan macrokaders toegerekend?). Met daaraan gekoppeld ook een inventarisatie van knelpunten die men in de praktijk ervaart. Dit kan er ook gedurende de looptijd van betaaltitel een leereffect met zich meebrengen, waarbij uit de evaluaties kortetermijnacties kunnen voortkomen. Het betreft hier dus uitdrukkelijk geen evaluatie van iedere afzonderlijke afspraak binnen de betaaltitel, maar een evaluatie van de ontwikkelingen binnen de betaaltitel. Dit eerste spoor leidt tot afzonderlijke rapportage(s) naast de hierna te noemen evaluatie op een tweede spoor. Wij bekijken hierbij hoe we de bestaande IZA-werkgroep hierbij kunnen betrekken.

Het tweede spoor is een meer kwalitatieve evaluatie in jaar 2 en 4 na inwerkingtreding. In hoeverre passen de verschillende bekostigingsopties nog bij de ontwikkelingen vanuit IZA? Moet meer focus worden aangebracht in de vormgeving van de prestaties om meer gericht toe te werken naar een resultaat. Of zijn andere oplossingen nodig? Deze evaluatie is dan niet volledig gericht op enkel deze experimentprestatie, maar richt zich ook op de samenhang met andere tijdelijke en structurele bekostigingsopties voor samenwerking en coördinatie. Dit moet de opmaat zijn naar de structurele bekostigingsoptie na afloop van de experimentfase van maximaal vijf jaar. Hierbij kunnen wij ons goed voorstellen dat dit een expliciete adviesopdracht van VWS aan de NZa wordt, in aanvulling op en directe relatie tot de evaluatie van de experimentstatus van de beleidsregel.

Een ingecalculeerd risico hierbij is dat we op voorhand moeilijk meetbaar kunnen definiëren wanneer de experimentbeleidsregel “succesvol” is. De prestatie kent bewust een grote mate van vrijheid van invulling. Er wordt veel vertrouwen bij de veldpartijen gelegd om te komen tot afspraken die bijdragen aan passende zorg en de doelstellingen zoals geformuleerd in het IZA. De bij het IZA betrokken partijen zullen dan ook een grote rol moeten hebben in het oordeel of de prestatie in de experimentfase gebracht heeft wat werd beoogd. Zoals beschreven in de toelichting van de concept beleidsregel in de bijlage, ligt het voor de hand dat de samenwerking voortvloeit uit een regioplan (zoals bedoeld in IZA hoofdstuk ‘Regionale samenwerking – algemeen’) waarin specifieke doelen en doelgroepen voor de domein- en sectoroverstijgende samenwerking zijn gedefinieerd. Daarbij kunnen de betrokken partijen duidelijk te maken hoe de inzet van deze betaaltitel bijdraagt aan het oplossing van een knelpunt in die regio.

[9] Zie de brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer, p. 4. https://open.overheid.nl/documenten/26772894-9d8d-4024-a570-12381c3f51f4/file

Bijlagen

Bijlage 1: Concept beleidsregel

Beleidsregel domein- en sectoroverstijgende samenwerking binnen Zvw-verzekerde zorg

Onder verwijzing naar artikel 58 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is in de voorliggende beleidsregel een experiment opgenomen. De daartoe vereiste aanwijzing van [NOEM DATUM] met kenmerk [NOEM KENMERK], bedoeld in artikel 59, aanhef en onder f, van de Wmg, is door de minister van VWS met brief van [NOEM DATUM], met kenmerk [NOEM KENMERK], aan de NZa gegeven. < ZO MOGELIJK TOEVOEGEN: Deze aanwijzing is gepubliceerd in de Staatscourant onder nummer [NUMMER STAATSCOURANT NOEMEN].>

Artikel 1 Begripsbepalingen

In deze beleidsregel wordt, tenzij anders vermeld, verstaan onder:

- Domein- en sectoroverstijgend samenwerken: het samenwerken door een zorgaanbieder van zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet met derden voor zover het samenwerken direct ten dienste staat van een of meerdere zorgvormen onder de functioneel omschreven aanspraken van de Zorgverzekeringswet;
- Minister: Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- NZa: Nederlandse Zorgautoriteit;
- Zorgaanbieder:
  1 natuurlijk persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg in de zin van de Wmg verleent als bedoeld in artikel 1, aanhef en onder c, van de Wmg;
  2 natuurlijk persoon of rechtspersoon voor zover deze tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met het verlenen van zorg door een zorgaanbieder als bedoeld onder 1;

Artikel 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 het domein- en sectoroverstijgende samenwerken.

Artikel 3 Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op het domein- en sectoroverstijgend samenwerken zoals omschreven in artikel 1 van deze beleidsregel.

Artikel 4 Prestatiebeschrijving

Het samenwerken door een zorgaanbieder van zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet met derden voor zover het samenwerken direct ten dienste staat van een of meerdere zorgvormen onder de functioneel omschreven aanspraken van de Zorgverzekeringswet. De samenwerking is niet specifiek gericht op individuele verzekerden/cliënten, maar meer in algemene zin op groepen van verzekerden/cliënten.

De prestatiebeschrijving kan alleen in rekening worden gebracht indien de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar hiervoor een schriftelijke afspraak hebben gemaakt. Het voorgaande wordt opgenomen in de beschikking van de NZa waarin de prestatiebeschrijving en het tarief worden vastgesteld.

Artikel 5 Tariefsoort

Voor de in artikel 4 genoemde prestatiebeschrijving geldt een vrij tarief zoals bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder a, van de Wmg.

Artikel 6 Monitoring en evaluatie

De NZa evalueert deze experimentbeleidsregel conform artikel 58 van de Wmg.

Artikel 7 Inwerkingtreding en bekendmaking

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van P.M. 2024 en vervalt met ingang van P.M.

Ingevolge artikel 5, aanhef en onder e, van de Bekendmakingswet, zal deze beleidsregel in de Staatscourant worden geplaatst.

De beleidsregel ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op https://www.nza.nl

Artikel 8 Citeertitel

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel domein- en sectoroverstijgende samenwerking binnen Zvw-verzekerde zorg.

Toelichting

Deze beleidsregel introduceert een generieke Zvw-betaaltitel voor de rechtstreekse, directe, bekostiging van domein- en sectoroverstijgende samenwerking. De betaaltitel kan worden ingezet voor groepen verzekerden door aanbieders van zorg in de zin van de Zvw. In de brief van de minister van VWS van 29 november 2023 aan de Tweede Kamer wordt verwezen naar “specifieke groepen (kwetsbare) verzekerden”. Het is niet aan de NZa om te bepalen welke groepen van verzekerden hier onder vallen; zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen dit desgewenst zelf moeten doen in hun contracten. Het ligt voor de hand dat de samenwerking voortvloeit uit een regioplan (zoals bedoeld in IZA hoofdstuk ‘Regionale samenwerking – algemeen’) waarin specifieke doelen en doelgroepen voor de domein- en sectoroverstijgende samenwerking zijn gedefinieerd.

Er worden geen beperkingen gesteld aan de mogelijkheden tot gebruik van de betaaltitel ten aanzien van bepaalde sectoren binnen de Zorgverzekeringswet of andere wettelijke domeinen van waaruit aan die afstemming kan worden bijgedragen. De afstemming kan dus zowel met andere zorgaanbieders binnen het verzekerde domein van de Zorgverzekeringswet worden gezocht, als met (zorg)aanbieders/derden uit andere wettelijke domeinen. Daarbij ligt afstemming door zorgaanbieders vanuit de Zvw met (zorg)aanbieders/derden die actief zijn in de langdurige zorg, maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg en publieke gezondheid voor de hand. Afstemming van zorg op andere wettelijke domeinen, zoals de forensische zorg en het onderwijs, kan mogelijk ook nodig zijn en wordt niet bij voorbaat uitgesloten. De afstemming kan plaatsvinden met “derden” omdat mogelijk niet alle partijen waarmee afstemming plaatsvindt een zorgaanbieder in de zin van de Wmg zijn. Het contractvereiste beoogt de borgen dat de grote vrijheid bij de betaaltitel gepast wordt ingezet.

Het is voor de gewenste intensivering van de samenwerking in de zorg nodig om op korte termijn een betaaltitel voor patiëntengroepsgebonden afstemming van zorg en ondersteuning beschikbaar te stellen. Tegelijkertijd is het ook van belang dat de vormgeving en inbedding van die betaaltitel kan worden bijgesteld als behoeften in de praktijk veranderen, bijvoorbeeld naar aanleiding van de visie eerstelijnszorg 2030 die binnenkort wordt opgeleverd. De vormgeving van de betaaltitel als experiment op basis van artikel 58 van de Wmg maakt het mogelijk om kennis en ervaring op te doen met de betaaltitel. Tussentijds of aan het einde van de looptijd van een experimentele fase is de betaaltitel zo nodig te herzien en een meer definitieve vorm te geven in samenhang met andere betaaltitels.

Artikel 3

Domein- en sectoroverstijgend samenwerken is in deze beleidsregel omschreven als het samenwerken door een zorgaanbieder van zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet met derden voor zover het samenwerken direct ten dienste staat van een of meerdere zorgvormen onder de functioneel omschreven aanspraken van de Zorgverzekeringswet. Voor de beoordeling of het domein- en sectoroverstijgend samenwerken kan worden gezien als zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet, heeft Zorginstituut Nederland de “Handreiking domeinoverstijgende activiteiten vanuit de Zvw” gepubliceerd. Deze handreiking verduidelijkt welke domein- en sectoroverstijgende activiteiten vergoed kunnen worden vanuit de Zorgverzekeringswet. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen mede aan de hand van deze handreiking beoordelen of de door hen gewenste domein- en sectoroverstijgende activiteiten kunnen worden gezien als zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet.

Met deze prestatie kunnen alleen kosten worden vergoed die als kosten in de zin van de Zorgverzekeringswet zijn aan te merken. Kosten van bijvoorbeeld de Wet langdurige zorg of het gemeentelijk domein (zoals de Wet maatschappelijke ondersteuning) kunnen niet via deze prestatie worden vergoed. Elk wettelijk domein draagt dus zijn eigen kosten.

Dubbele bekostiging van dezelfde samenwerking is niet toegestaan. Dit betekent dat samenwerking van zorgaanbieders die al wordt bekostigd op grond van een andere prestatiebeschrijving die de NZa heeft vastgesteld, niet ook door middel van de prestatie in deze beleidsregel mag worden bekostigd.

Artikel 4

De prestatie is zeer open geformuleerd. De inhoud van de afspraak tussen zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar(s) kan namelijk regionaal/lokaal sterk variëren. De betaaltitel maakt het mogelijk om, onder voorwaarden, samenwerking te bekostigen, in het bijzonder samenwerking tussen wettelijke zorgdomeinen (Zorgverzekeringswet met o.a. de Wet langdurige zorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning) en tussen sectoren binnen de Zorgverzekeringswet. Maar ook daarbuiten zoals het domein onderwijs.[10]

De prestatiebeschrijving is echter niet strikt afgebakend tot samenwerking tussen zorgaanbieders uit verschillende domeinen of sectoren. Deze betaaltitel kan dus ook worden gebruikt voor samenwerking tussen zorgaanbieders binnen één zorgdomein of binnen één sector. Deze betaaltitel kan echter niet gebruikt worden voor de reguliere zorgverlening.

De prestatiebeschrijving kan alleen in rekening worden gebracht indien de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar hiervoor een schriftelijke afspraak hebben gemaakt. Het is belangrijk dat de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar een verdere concrete invulling aan de samenwerking geven zodat men tot zinvolle investeringen komt. In de schriftelijke overeenkomst kunnen verder onder meer afspraken worden gemaakt over de technische uitwerking. Hierbij kan gedacht worden aan afspraken over welk deel van de (kosten van de) samenwerking is toe te rekenen aan de Zorgverzekeringswet en hoe de totale kosten worden toegerekend naar de verschillende sectoren om de verantwoording richting de verschillende macrokaders vorm te geven. Als voorbeeld kan worden gegeven een afspraak waarbij 10% van de kosten aan de Wet maatschappelijke ondersteuning wordt toegerekend, 20% van de kosten aan de Jeugdwet en 70% van de kosten aan de Zorgverzekeringswet. De kosten binnen de Zorgverzekeringswet worden vervolgens voor 50% toegerekend aan het domein verpleging en verzorging en voor 50% aan het domein huisartsenzorg, Een ander voorbeeld waar afspraken over de technische uitwerking moeten worden gemaakt is de situatie dat een lumpsumafspraak wordt gemaakt. Voor de risicoverevening is het bij een lumpsumafspraak van belang dat wordt gespecificeerd voor welke patiëntengroep de prestatie wordt ingezet. Het is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om werkbare afspraken te maken. Hoe die afspraken er precies uit moeten zien, kan de NZa niet verder invullen vanwege de grote diversiteit. Daarnaast wil de NZa ook geen onnodige verplichtingen opleggen.

Artikel 5

De prestatie kent een vrij tarief en biedt daarmee onder meer de mogelijkheid tot lumpsumafspraken. De combinatie van prestatie en tarief is daarmee niet vormgegeven als een handeling die in rekening te brengen is aan een individuele patiënt. Prestatie en tarief kunnen direct in rekening worden gebracht aan de zorgverzekeraar op basis van een onderlinge afspraak tussen zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar(s).

[10] Zie de brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer, p. 4. https://open.overheid.nl/documenten/26772894-9d8d-4024-a570-12381c3f51f4/file

Artikel 6

Het is nu nog niet helder waar exact de behoefte van zorgaanbieders gaat liggen, hoe vaak gebruik zal worden gemaakt van de prestatie domein- en sectoroverstijgende samenwerking en welke specifieke afspraken zullen worden gemaakt. De komende periode zal de NZa invulling geven aan de wijze waarop zij deze beleidsregel zal monitoren en evalueren. Dit zal de NZa doen mede aan de hand van het gebruik door zorgaanbieders en zorgverzekeraars van de prestatie met tarief. Bij de gedachtevorming zullen ook de wensen van de IZA-werkgroep BDSS en het ministerie van VWS worden meegenomen.

Monitoring kan zowel kwantitatief als kwalitatief worden vormgegeven.
Kwantitatieve monitoring kan bijvoorbeeld bijdragen aan een beeld van de benutting van de betaaltitel vanuit budgettaire (macro)kaders voor verschillende sectoren binnen de curatieve zorg.

Met een kwalitatieve evaluatie kan mogelijk in kaart worden gebracht of de betaaltitel aan de verwachtingen voldoet en of de ervaren belemmeringen in de bekostiging van patiëntengroepsgebonden domeinoverstijgende en/of sectoroverstijgende samenwerking adequaat worden weggenomen.

Artikel 7

Op grond van artikel 58, vijfde lid, van de Wmg bedraagt de maximale duur van een experiment ten hoogste vijf jaren. Deze beleidsregel vervalt dan ook vijf jaren na de inwerkingtreding.