

Vergaderjaar 2019–2020

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1071

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 juni 2020

Op 18 juni 2019 bent u geïnformeerd over de vorderingen die zijn gemaakt in vervolg op het rapport «De juiste zorg op de juiste plek (JZOJP)».¹ JZOJP is een beweging van, door en voor het veld, en vraagt nu om versterking en versnelling. Dat vraagt iets van alle partijen. Zo heeft de taskforce «zorg op de juiste plek» in haar rapport de beloning van *coördinatie* en *samenwerking* genoemd als voorbeeld van een complex onderwerp dat verder moet worden uitgewerkt. Eerder is vermeld dat een werkgroep met medewerkers van VWS, de NZa en het Zorginstituut ruimte ziet voor verbetering van de mogelijkheden tot bekostiging van dergelijke activiteiten binnen het bestaande wettelijke kader van de Zorgverzekeringswet en dat de denkrichting zou worden besproken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In deze brief informeer ik u graag over de (voorlopige) uitkomsten van dat overleg.

Hoofdpunten uit de brief

- Activiteiten als coördinatie, samenwerking en bijbehorende infrastructuur zijn wenselijk om (keten)zorg in onderlinge samenhang, rondom de (kwetsbare) patiënt goed te kunnen organiseren.
- Sommige ondersteunende activiteiten hoeven niet noodzakelijk door de zorgaanbieder zelf te worden uitgevoerd; integendeel. Door deze te betrekken van een derde, die bovendien goed inzicht heeft in het zorgnetwerk, ontstaat er voor de zorgaanbieder meer ruimte voor de zorgverlening zelf.
- In de praktijk is het voor deze derden niet mogelijk om deze «algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg» (ADZ) zelf rechtstreeks bij de zorgverzekeraar te declareren. Bekostiging vindt daarom nu plaats via de zorgaanbieder, hetgeen omslachtig is en de ontwikkeling van ADZ belemmert.
- Daarom is samen met het Zorginstituut en de NZa verkend in hoeverre ADZ op zichzelf tot de aanspraken volgens de Zorgverzekeringswet

¹ Kamerstuk 29 689, nr. 995

gerekend kunnen worden en of deze bovendien zelfstandig gedeclareerd kunnen worden door de uitvoerders ervan.

- In deze brief wordt beschreven hoe rechtstreekse bekostiging van ADZ onder voorwaarden kan worden opengesteld.

Veranderend zorglandschap

Het zorglandschap verandert voortdurend. Maatschappelijke en technologische ontwikkelingen, beleidsmatige keuzes en nieuwe inzichten leiden ertoe dat de zorg dichter bij de patiënt wordt georganiseerd. Van medicalisering en hospitalisering naar zorg en ondersteuning dichtbij mensen. Van denken in eerste-, tweede- en derdelijnszorg naar samenhangende zorg rondom mensen. Waarbij zorgaanbieders een netwerk vormen rond de patiënt dat zich aan kan passen als de gezondheid en de zorgbehoefte van de patiënt verandert. Zo wordt zorg niet alleen meer gericht op de patiënt en diens specifieke zorgvragen, maar kan door deze wijze van organiseren van de zorg bijvoorbeeld ook dubbele diagnostiek en stapeling van behandelingen worden voorkomen. Integrale zorg door middel van onderlinge consultatie door zorgaanbieders, samenwerking binnen en buiten het eigen zorgterrein en het opzetten van netwerken is cruciaal voor een efficiënte organisatie rondom zorg. Dit moet worden gefaciliteerd in de contractering en bekostiging.

Algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg

(Eerstelijns)zorg kenmerkt zich door zorgverleners met een verschillende expertise en verschillende organisatiestructuren. Er is behoefte aan samenwerkingsvormen en netwerkstructuren die de zorg en de ondersteuning, in onderlinge samenhang, rondom de patiënt organiseren. Het gaat hierbij om coördinatie-activiteiten en de onderliggende infrastructuur die benodigd is voor de organisatie van samenwerking tussen zorgaanbieders. Deze activiteiten bevorderen de kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid van verzekerde zorg. Dergelijke activiteiten worden in het vervolg aangeduid als «algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg» (ADZ). We spreken in dit kader alleen over zorg gerelateerde activiteiten die ten dienste staan aan de aanspraken volgens de Zorgverzekeringswet. Deze diensten zijn in de bekostiging niet altijd direct en volledig toe te rekenen aan de individuele verzekerde, omdat ze ten dienste (moeten kunnen) staan aan grote aantallen verzekerden. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het aanbieden van een beschikbaarheidsfunctie, waarbij een activiteit te allen tijde beschikbaar is voor het geval de zorgaanbieder daar met het oog op het verlenen van zorg voor een individuele patiënt een beroep op moet doen. Het is daarbij niet noodzakelijk dat de zorgaanbieder die activiteit zelf ter beschikking stelt; hij mag die activiteit ook betrekken van een derde.

Een kenmerkend voorbeeld zijn activiteiten ten behoeve van organisatie en infrastructuur van zorg in de eerste lijn, bekend onder het begrip «O&I». De partijen bij het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg hebben zich ten doel gesteld om samenwerking tussen zorgaanbieders te stimuleren, om daarmee de zorg en ondersteuning, in onderlinge samenhang, rondom (kwetsbare) patiënten te organiseren. Gedacht kan worden aan coördinerende taken op het gebied van ketenzorg, zoals het organiseren van consultatie door een medisch specialist of het maken van samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en andere zorgverleners in de eerste lijn.

Een ander voorbeeld is de coördinatiefunctie «verblijf». Hierbij gaat het om regionale coördinatie van de beschikbare capaciteit van zorgvormen met tijdelijk verblijf, zoals eerstelijnsverblijf. Regionale coördinatiefuncties

nemen verwijzende huisartsen veel werk uit handen, doordat zij inzicht hebben in de beschikbare capaciteit van alle zorgaanbieders met tijdelijk verblijf in een regio. Dit betekent dat een huisarts niet alle aanbieders zelf hoeft af te bellen. Denk aan de situatie dat een huisarts 's avonds te maken heeft met een patiënt die te slecht is om thuis te blijven, te «goed» voor het ziekenhuis en met urgentie een beschikbare plek zoekt. Bovendien kunnen de coördinatiefuncties de huisarts ondersteunen bij het bepalen van de juiste zorgvorm zodat de patiënt meteen op de goede plek terecht komt. Het feit dat de coördinatiefunctie ook bereikbaar is buiten kantooruren, maakt dat er meer rust en vertrouwen is bij patiënt, mantelzorg en verwijzer over het kunnen laten opnemen van de patiënt wanneer dat echt nodig is.

Bij het opstellen van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is als uitgangspunt gehanteerd dat zorg (voor het overgrote deel) wordt verleend door een individuele zorgaanbieder aan een individuele verzekerde patiënt. In de loop van de tijd zijn, zoals hierboven omschreven, steeds meer vormen van zorg als ketenzorg en netwerkzorg ontstaan, waarbij zorgaanbieders samen de noodzakelijke zorg leveren. Daarbij kan het zich voordoen dat bepaalde elementen niet door de zorgaanbieder *zelf* worden geleverd. Zorgaanbieders hebben als kerntaak om zorg aan de patiënt te verlenen en het is belangrijk, zeker in tijden van krapte op de arbeidsmarkt in de zorg, dat zij zich daarop kunnen richten.

Vanuit het zorgveld behoefte aan andere bekostiging

ADZ betreffen over het algemeen activiteiten die niet (alleen) door de zorgaanbieder verricht hoeven te worden. In de praktijk komt voor dat deze activiteiten worden uitbesteed aan zogenoemde samenwerkingsverbanden. Bekostiging hiervan is reeds mogelijk. Dit gebeurt dan in «onderaanneming». Dat wil zeggen dat zorgaanbieders de ADZ activiteiten als onderdeel van hun zorg declareren bij zorgverzekeraars en dat derden, die de ADZ uitvoeren in opdracht van de zorgaanbieders, door hen betaald krijgen. Veldpartijen geven aan dat deze uitvoeringsvorm echter tot hoge administratieve lasten voor zorgaanbieders leidt, zeker wanneer het aantal betrokken zorgaanbieders toeneemt en hun aandeel in de bekostiging van ADZ relatief gering is. Hierdoor wordt op dit moment nog niet optimaal gebruik gemaakt van ADZ-activiteiten, terwijl deze activiteiten wel bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid van verzekerde zorg.

Direct contracteren en declareren van ADZ tussen zorgverzekeraars en «derden» zoals samenwerkingsverbanden is voor de zorgaanbieder efficiënter, waardoor voor hen meer tijd over blijft voor de zorgverlening zelf. Daardoor is de vraag opgekomen of ADZ ook zelfstandig en rechtstreeks door derden gedeclareerd kan worden bij zorgverzekeraars. De aard van ADZ (zijnde coördinatie en bijbehorende diensten) roept echter de vraag op of deze activiteiten als zodanig tot de aanspraken volgens de Zvw gerekend kunnen worden en of deze bovendien zelfstandig kunnen worden gedeclareerd door derden. Om dat te bewerkstelligen, is nodig dat ADZ als (onderdeel van) verzekerde zorg kan worden gezien.

Resultaat gezamenlijke verkenning mogelijkheden

Het doet me deugd dat het Ministerie van VWS samen met de NZa en het Zorginstituut heeft vastgesteld dat het, in het licht van de geconstateerde en gewenste ontwikkeling van het zorglandschap, belangrijk is om te faciliteren in deze behoefte tot rechtstreekse bekostiging. Daarom is gezamenlijk verkend of het zelfstandig declareren van ADZ door derden mogelijk zou kunnen zijn en zo ja, onder welke voorwaarden. Ik ben

verheugd te constateren dat we tripartiet tot de conclusie zijn gekomen dat dit onder hierna te noemen voorwaarden mogelijk is binnen het bestaande wettelijke kader van de Zorgverzekeringswet.

Voorwaarden voor bekostiging

Zelfstandig declareren van ADZ door derden is in beginsel mogelijk binnen het huidige wettelijk kader als deze activiteiten, vanwege een onlosmakelijke relatie met verzekerde zorg, ook als verzekerde zorg in de zin van de Zvw zijn te kwalificeren. Praktisch gezien: als (de koepels van) de betrokken zorgverzekeraars en zorgaanbieders gezamenlijk aangeven dat ze een activiteit voortaan rechtstreeks willen kunnen contracteren en declareren, dan vereist dit voor elke nieuwe vorm van ADZ een toetsing door het Zorginstituut ten aanzien van de vraag of de voorgestelde vorm van ADZ sec als verzekerde zorg kan kwalificeren. Samenspraak met de NZa is hierbij van belang, aangezien een apart te declareren prestatie opgenomen moet kunnen worden in een beleidsregel of een tarief- en prestatiebeschrijving.

Het Zorginstituut stelt in de eerste plaats vast of de feitelijke activiteiten of diensten waarvoor zelfstandige bekostiging uit hoofde van de zorgverzekering wordt gezocht, direct verband houden met een zorgvorm onder de functioneel omschreven verzekerde aanspraken van de Zvw (bijvoorbeeld zorg «zoals huisartsen die plegen te bieden»). De activiteiten staan dan ten dienste aan deze zorg. Het Zorginstituut hanteert hierbij de in het pakketbeheer gebruikelijke pakketvoorwaarden.

Voor de rechtmatigheid van de bekostiging moet daarnaast worden voldaan aan de volgende, aanvullende voorwaarden:

- (i) De activiteiten dienen ter directe ondersteuning van de betrokken zorgaanbieders bij de verlening van verzekerde zorg;
- (ii) De (beschikbaarheid van) activiteiten komen ten goede aan (individuele) patiënten die de zorg van de betrokken zorgaanbieders ontvangen en bij de betrokken verzekeraar verzekerd zijn;
- (iii) De kwaliteit van de integrale zorg blijft de verantwoordelijkheid van de betrokken zorgaanbieder en die zorgaanbieder kan die verantwoordelijkheid blijven waarmaken, en
- (iv) De activiteiten vallen onder een door de NZa vastgestelde tarief- en prestatiebeschrijving voor de desbetreffende ADZ.

Dat in de praktijk aan deze voorwaarden wordt voldaan, moet uiteindelijk neerslaan in een schriftelijke overeenkomst van de ADZ-uitvoerder en de zorgverzekeraar. Daaruit moet bovendien blijken dat zorgaanbieders immer hun eindverantwoordelijkheid voor de zorg waar kunnen maken.

Is aan alle voorwaarden voldaan, dan kwalificeren de betreffende activiteiten als (onderdeel van) verzekerde zorg. Dit proces vindt plaats in afstemming met de NZa. De feitelijke ADZ-activiteiten krijgen vervolgens vorm in een apart te declareren prestatie, zoals omschreven in een beleidsregel of een tarief- en prestatiebeschrijving van de NZa. Uiteraard blijft ook VWS betrokken bij de ontwikkeling van ADZ.

Zo bestaat binnen de huidige wettelijke kaders ruimte om rechtstreekse bekostiging ook open te stellen voor derden die de ADZ op verzoek van

zorgaanbieders uitvoeren.² De ADZ kan dan zelfstandig worden gecontracteerd en gedeclareerd. Het Zorginstituut zal de bovengeschetste aanpak periodiek evalueren. Op basis hiervan worden eventuele verbeteringen gezien in overleg tussen het Zorginstituut, de NZa en VWS.

Bekostiging ADZ

In de overeenkomsten tussen zorgverzekeraars, ADZ-uitvoerders en zorgaanbieders zal helder moeten worden aangegeven en onderbouwd voor welke groep verzekerden de activiteiten worden verricht. De zorgverzekeraar moet immers kunnen bepalen over welke verzekerden het gaat om de kosten aan hen te kunnen toerekenen. Met verzekeraars is verkend hoe invulling kan worden gegeven aan deze verantwoordelijkheid.

Er zijn onder de Zvw verschillende vormen van bekostiging van ADZ mogelijk. Vanwege het karakter van een individuele schadeverzekering ligt het voor de hand om allereerst te bezien of de ADZ-kosten door middel van tarieven toe te rekenen zijn aan individuele verzekerden. Wanneer dit niet mogelijk blijkt, bijvoorbeeld in gevallen waarbij kosten niet specifiek voor één verzekerde worden gemaakt, zullen zorgverzekeraars met zorgaanbieders lumpsum betalingsafspraken overeenkomen. Dan is wel een voorstel van zorgverzekeraars (gezamenlijk) nodig voor een uniforme, logische verdeelsleutel ten behoeve van de inbreng van schadelast voor de risicoverevening. Het Zorginstituut zal de gevolgen voor de risicoverevening monitoren. De NZa kan met de haar ter beschikking staande mogelijkheden toezicht houden op de rechtmatigheid van uitgaven.

Als de bekostiging door toepassing van het eigen risico financiële consequenties heeft voor de verzekerde, dan zullen de kosten van ADZ voor elke individuele verzekerde transparant en inzichtelijk moeten worden gemaakt. Zorgverzekeraars kunnen in plaats daarvan echter besluiten om ADZ vrij te stellen van het eigen risico.³ Het ligt in de rede dat zorgverzekeraars gebruik maken van deze bevoegdheid bij ADZ waarvoor lumpsum betalingsafspraken worden gemaakt met de uitvoerders.

Met het direct contracteren en declareren van ADZ tussen zorgverzekeraars en ADZ-uitvoerders wordt een vermindering van administratieve lasten voor zorgaanbieders beoogd. Tegelijkertijd moet er aandacht zijn voor de borging van de correcte uitvoering van wet- en regelgeving en de gebruikelijke operationele processen en procedures, waaronder de registratieplichten en de verantwoording door de gehele zorgketen. Om te voorkomen dat daardoor de rechtstreekse bekostiging van ADZ toch verzwaaring van administratieve lasten tot gevolg zou hebben voor het zorgveld, zullen het Zorginstituut, de NZa en VWS, in overleg met (de koepels van) de betrokken zorgverzekeraars en de zorgaanbieders, nadere afspraken maken om te komen tot een efficiënte en effectieve opzet en uitvoering.

² Uiteraard moet ook voor het overige worden gehandeld binnen wettelijke kaders. Dat geldt niet alleen met betrekking tot regels die specifiek gelden voor de zorg, zoals de Wet marktordening gezondheidszorg of de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg waarop respectievelijk de NZa en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) toezicht houden. Ook de meer algemene regels zoals die gelden met betrekking tot aspecten van mededinging, van privacy en het fiscale domein. De beoordeling daarvan is respectievelijk aan de desbetreffende mededingingsautoriteit, de Autoriteit Persoonsgegevens en de Belastingdienst.

³ Het gaat om artikel 2.17, tweede lid, onderdeel a, Bzv. Een zorgverzekeraar kan bepalen dat zorg of diensten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen indien de verzekerde gebruik maakt van een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder.

Een besluit tot contracteren is uiteindelijk aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling. De bovengeschetste wijze van rechtstreekse bekostiging van ADZ is aanvullend op de keuzes die in dat kader gemaakt kunnen worden. Of zorgaanbieders deze werkwijze zullen verkiezen boven bekostiging uit hun tarieven en welke uitvoeringsvragen daarbij komen kijken, ook voor zorgverzekeraars en ADZ-uitvoerders, wordt voor elke vorm van ADZ afzonderlijk geïnventariseerd en besproken.

Afbakening en budgettaire consequenties

Het openstellen van de rechtstreekse bekostiging van ADZ kan leiden tot een toename van initiatieven tot dienstverlening ten behoeve van verzekerde zorg die (lumpsum) bekostiging zoeken. Indien zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars ervan overtuigd zijn dat de betreffende dienst noodzakelijk is voor de kwaliteit, doelmatigheid of betaalbaarheid van zorg en rechtstreekse bekostiging essentieel is voor een efficiënte uitvoering, dan worden deze initiatieven consequent op voornoemde criteria getoetst. Indien nieuwe vormen van ADZ zich aandienen, vindt daarover dus telkens afzonderlijk besluitvorming plaats. In de casuïstiek die nu voorligt gaat het om coördinatie en samenwerkingsfuncties binnen de eerste lijn of tussen lijnen. Verdere afbakening van het begrip ADZ is niet nodig, omdat het Zorginstituut de activiteiten toetst aan de bestaande aanspraken volgens de Zvw. Daarmee vallen activiteiten van algemene dienstverlening die *geen* verband houden met verzekerde zorg, vanzelf af. ADZ die worden verricht in andere domeinen dan de Zvw, zullen evenmin bekostigd kunnen worden vanuit de Zvw. Gezien de strikte toetsing door het Zorginstituut of de activiteiten als verzekerde zorg kunnen worden gekwalificeerd, als ook de kritische rol van de NZa in het beoordelen van bestaande of nieuwe betaaltitels, is er geen risico op wildgroei of oneigenlijk gebruik.

ADZ faciliteert een betere samenwerking en daarmee een betere kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid van zorg, waarbij de inzet is dat door deze efficiëntere wijze van bekostiging voor zorgaanbieders meer tijd vrijkomt voor echte zorgtaken. De behoefte en noodzaak van dergelijke ondersteunende diensten neemt toe. Voor 2021 wordt de inkoop van twee ADZ-initiatieven beoogd, die in tripartiet verband reeds als verzekerde zorg zijn erkend. Er lopen momenteel gesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de uitvoerbaarheid hiervan. Het gaat om een prestatie voor organisatie en infrastructuur in de huisartsenzorg en om een prestatie voor de coördinatiefunctie verblijf. In beide gevallen worden eventuele extra uitgaven opgevangen binnen de groeiruimte voor de betreffende sector.

Uiteraard is er ook domeinoverstijgende casuïstiek die om een oplossing vraagt. Dit wordt verkend in het traject van de Contourennota. Daarnaast heeft Minister De Jonge u in december 2019 geïnformeerd over mogelijkheden voor domeinoverstijgende samenwerking.⁴ In deze brief werd aangekondigd dat u over de voortgang van dit traject in het voorjaar van 2020 zou worden geïnformeerd. In verband met de corona-crisis bericht ik u hierbij dat het nakomen van de toezegging wordt verplaatst naar de tweede helft van 2020.

De Minister voor Medische Zorg,
M.J. van Rijn

⁴ Kamerstuk 31 765, nr. 459