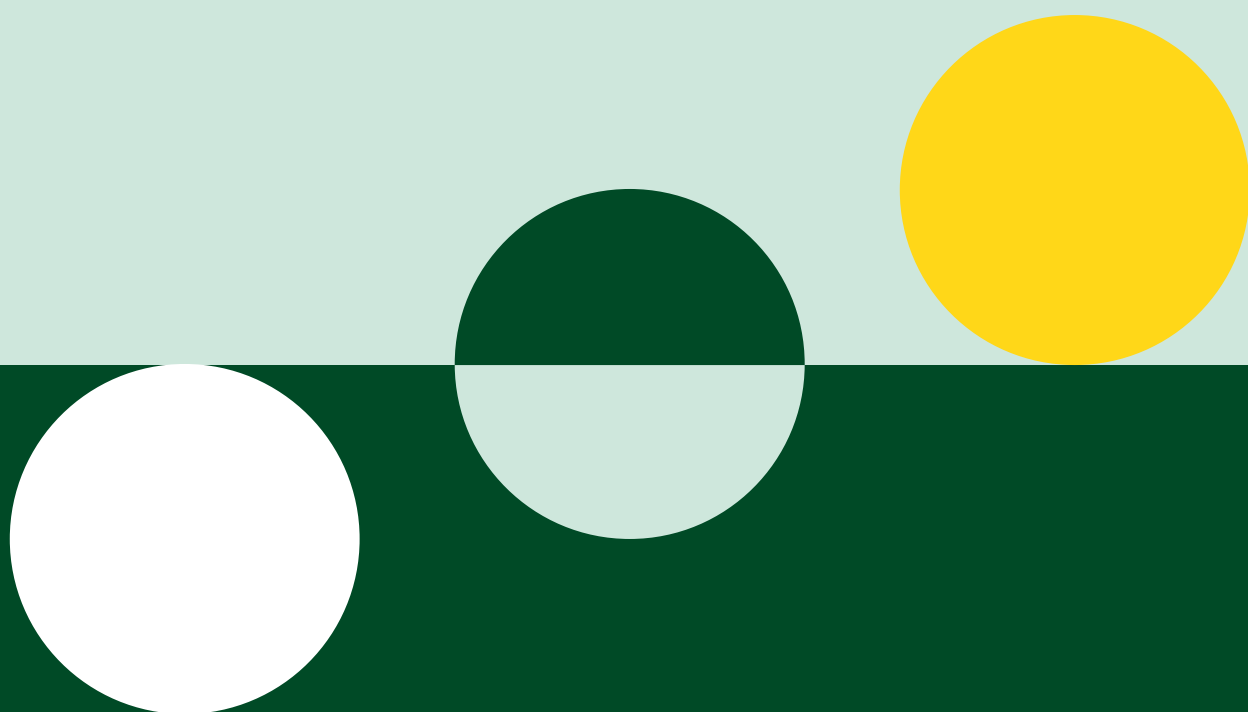


# Advies sectoroverstijgende prestatie

Nederlandse Zorgautoriteit en Zorginstituut Nederland



Januari 2024

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Samenvatting</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Inleiding</b>	<b>8</b>
2.1	Aanleiding; bekostiging passende zorg	8
2.2	Scope en focus adviesvraag	9
2.2.1	Scope	9
2.2.2	Samenloop met het Integraal Zorgakkoord (IZA)	10
2.3	Aanpak; samen met de zorg	10
2.4	Leeswijzer	12
<b>3</b>	<b>Samenwerken aan goede zorg lonend maken</b>	<b>13</b>
3.1	Samenwerken in de zorg	13
3.1.1	Samenwerken en bekostiging	14
3.2	Opschalen van sectoroverstijgende samenwerking voor passende zorg	15
3.2.1	De sectoroverstijgende prestatie als structurele en sectoroverstijgende mogelijkheid	15
3.2.2	Overige kenmerken van de sectoroverstijgende prestatie	16
3.2.3	Gezondheid lonend maken door inzet van een sectoroverstijgende prestatie	17
<b>4</b>	<b>Adviezen om de sectoroverstijgende prestatie te laten aansluiten bij het stelsel</b>	<b>20</b>
4.1	Het belang van gelijkgerichtheid en uniformiteit voor impact	20
4.1.1	Gelijkgerichtheid zorgverzekeraars	20
4.1.2	Uniformiteit voor een sectoroverstijgende prestatie	22
4.2	De te verzekeren prestaties, wettelijke eigen bijdragen en het eigen risico	23
4.2.1	De te verzekeren prestaties	23
4.2.2	Knelpunten in de wettelijke eigen bijdragen en het eigen risico	24
4.2.3	Oplossingsrichtingen	25
4.3	Risicoverevening: mede gebaseerd op declaratiedata	27
4.3.1	Knelpunten in de huidige systematiek	27
4.3.2	Uitwerking oplossingsrichtingen	28
4.4	Macro(deel)kaders: verdeeld naar wet en zorgsector	31
4.4.1	Oplossingsrichtingen	32
4.5	Secundair datagebruik, fraude en oneigenlijk gebruik	35

4.5.1	Informatie bij integrale zorgprestaties	35
4.5.2	Fraude en oneigenlijk gebruik	37
4.6	Samenwerken en marktmacht	38
4.6.1	Samenwerken en samen geld verdelen	38
4.6.2	Onderlinge machtsposities	39
<b>5</b>	<b>Vervolgstap richting implementatie</b>	<b>41</b>
5.1	Gezamenlijk verdiepen en uitwerken	41
5.2	Eerstvolgende stap: gezamenlijke werkagenda	42
5.3	Tweede vervolgstap: implementatie	43
5.3.1	Startfase sectoroverstijgende prestatie	45
5.3.2	Aanvragen sectoroverstijgende prestatie	46
5.3.3	Monitorings- en onderzoeksfase	47
5.3.4	Opschalingsfase	48
<b>6</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>49</b>
	Advies	50
<b>7</b>	<b>Bijlages</b>	<b>54</b>
	<b>Bijlage 1</b>	<b>55</b>
	Betrokken partijen	55
	<b>Bijlage 2</b>	<b>56</b>
	Positionering sectoroverstijgende prestatie	56
	<b>Bijlage 3</b>	<b>59</b>
	Korte uitleg van stelselmechanismen	59
	<b>Bijlage 4</b>	<b>61</b>
	Technische uitwerking knelpunten risicoverevening	61
	<b>Bijlage 5</b>	<b>64</b>
	Concept aanvraagformulier sectoroverstijgende prestatie	64
	<b>Bijlage 6</b>	<b>67</b>
	Samenwerken en de ACM	67
	<b>69</b>	

# 1 Samenvatting

De Nederlandse Zorgautoriteit (de NZa) en Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) adviseren om een sectoroverstijgende prestatie te gaan invoeren. Met als doel om de zorg te bekostigen die rondom de cliënt/patiënt (hierna zal de term cliënt worden gebruikt) georganiseerd wordt.

Het uitgangspunt voor het advies is geweest dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij het gebruik van een sectoroverstijgende prestatie zo min mogelijk drempels ervaren om samen sectoroverstijgend zorg te leveren. Met als doel dat zorgaanbieders zich zoveel mogelijk kunnen focussen op wat belangrijk is voor de cliënt; bijdragen aan de gezondheid en de ervaren kwaliteit van leven.

Met de introductie van de sectoroverstijgende prestatie nemen we belangrijke belemmeringen voor sectoroverstijgende samenwerking weg. Daarmee wordt het voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars makkelijker en aantrekkelijker om sectoroverstijgend samen te werken.

We zien een sectoroverstijgende prestatie als belangrijk instrument om gezondheid lonend te maken. Een koppeling van de prestatie met uitkomsten van zorg, zoals kwaliteitsindicatoren, is daarbij belangrijk. Dit is nodig om de waarde van geleverde zorg inzichtelijk te maken en onderbehandeling te voorkomen.

Tegelijk betekent de introductie van een dergelijke prestatie een verandering van het systeem. Wij adviseren daarom een groeiemodel in samenhang met de huidige stelselmechanismen. Wij stellen voor te starten met een sectoroverstijgende prestatie binnen het domein van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De ambitie is om deze prestatie ook domeinoverstijgend inzetbaar te maken tussen de Zvw en de Wet langdurige zorg (WLz). Tegelijkertijd is de opschaling van sectoroverstijgend binnen de Zvw naar domeinoverstijgend voor de Zvw en de WLz het meest omvangrijk. Hiervoor is onder andere nadere analyse en toetsing nodig wat op korte termijn nog niet haalbaar is. Maar het blijft op de ontwikkelagenda omdat hier ook een grote behoefte ligt bij zorgaanbieders.

## **Samenwerken aan passende zorg lonend maken**

Samenwerken in de zorg; we zien en lezen het belang ervan overal terug. Beginnend bij ons eerdere gezamenlijke advies Samenwerken aan passende zorg; de toekomst is nú. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is passende zorg en het belang van samenwerking nadrukkelijk overgenomen. Net als in de eerdere brief van de NZa over een sectoroverstijgende prestatie aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ministerie van VWS).

Er zijn verschillende voorbeelden in de zorg waarbij zorgaanbieders vanuit vertrouwen en een gedeelde ambitie effectief samenwerken. Goed samenwerken kan zwaardere en duurdere zorg voorkomen, bijdragen aan de juiste zorg op de juiste plek en ook bijdragen aan het werkplezier van betrokken zorgverleners. Vaak tegen gelijke of lagere zorgkosten en gelijke of hogere cliënttevredenheid. Dit type samenwerking zien we graag opschalen in de zorg.

Voor het opschalen van deze initiatieven is passende bekostiging een randvoorwaarde. Vaak lukt het starten van zo'n initiatief op basis van subsidies en experimentprestaties. Na deze experimentfase blijft opschaling regelmatig achter bij de zorginhoudelijke ambities. Dit heeft verschillende oorzaken. Het ontbreken van passende bekostiging in combinatie met conflicterende financiële prikkels kan er één van zijn. Een sectoroverstijgende prestatie speelt hierop in. Zo'n prestatie maakt het mogelijk om effectieve sectoroverstijgende samenwerking passend te gaan bekostigen en opschaling te stimuleren.

Om met een sectoroverstijgende prestatie het beoogde effect te bereiken, moet de prestatie goed toepasbaar zijn voor de praktijk. Ook moet het in te passen zijn in bestaande mechanismen in het zorgstelsel.

Twee belangrijke bestaande mechanismen zijn de risicoverevening en de financiële macrodeelnaders. Om die mechanismen te laten samengaan met een sectoroverstijgende prestatie, zijn aanvullende stappen nodig. De macrodeelnaders zijn namelijk per sector bepaald, terwijl de prestatie sectoroverstijgend is. Een goede werking van de macrodeelnaders is noodzakelijk om beschikbaar geld correct te verdelen en de uitgaven te beheersen.

Daarnaast worden in de risicoverevening zorgkosten en prestaties gebruikt om de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars te berekenen. Voor deze risicoverevening is het noodzakelijk dat zorgkosten naar sector kunnen worden verdeeld. Ook moeten de prestaties die relevant zijn voor de bijdrage uit de risicoverevening uniform zijn. De zorginhoud moet gelijk zijn, en ook het gebruik ervan door de zorgverzekeraars.

De sectoroverstijgende prestatie is, vanwege het contractvereiste, in de basis juist een zorgverzekeraarspecifieke prestatie. Bovendien gaat de beoogde prestatie gelden voor een zorgpad voor meerdere typen zorg uit meerdere sectoren. Hierdoor ontstaan verschillen in de zorgzwaarte van de geleverde zorg. Ook hoeven niet alle sectoren binnen de sectoroverstijgende prestatie de zorg te hebben geleverd bij iedere cliënt. Dit vraagt om afwegingen hoe hiermee om te gaan. Idealiter is de risicoverevening zodanig vormgegeven dat de financiële prikkels voor zorgverzekeraars niet belemmerend zijn voor de inkoop van passende zorg via een sectoroverstijgende prestatie. Aanpassing van de huidige vormgeving vraagt echter om veel nader onderzoek en is daarom op korte termijn niet haalbaar. Sectoroverstijgende prestaties zullen daarom zodanig vormgegeven moeten worden dat deze in te passen zijn in de huidige systematiek van de risicoverevening. Deze moeten dus voldoende uniform zijn in zorginhoud en voldoende uniform in het gebruik ervan door de zorgverzekeraars. Daarmee voorkomen we dat zorgverzekeraars financieel worden benadeeld voor het inkopen van een sectoroverstijgende prestatie.

### **Gelijkgericht handelen en uniforme prestaties zijn randvoorwaardelijk**

Een sectoroverstijgende prestatie is haalbaar in het huidige stelsel, mits sectoroverstijgende prestaties zoveel mogelijk uniform worden vormgegeven en zorgverzekeraars gelijkgericht handelen.

- **Gelijkgerichtheid:** wij adviseren voor de sectoroverstijgende prestaties een proces in te richten waarin zorgverzekeraars afspraken maken over gelijkgericht te handelen. Een dergelijke afspraak vergroot de kans dat bij een sectoroverstijgende prestatie volbeleid in de praktijk tot stand komt. Gelijkgericht handelen van zorgverzekeraars sluit aan bij de hoofdlijnen van het IZA. Ook beperkt dit de administratieve lasten bij zorgaanbieders.
- **Uniformiteit:** wij adviseren uniforme sectoroverstijgende prestaties die zodanig zijn vormgegeven dat de zorginhoud voldoende uniform is en landelijk uniform worden ingezet door zorgverzekeraars. Hiermee wordt niet bedoeld dat iedere cliënt exact dezelfde zorg dient te ontvangen. Wel zullen sectoroverstijgende prestaties voldoende uniform moeten worden opgesteld, zodat deze in andere regio's voor dezelfde doelgroep ingezet kunnen worden. Een uniforme sectoroverstijgende prestatie heeft de voorkeur boven een niet uniforme sectoroverstijgende prestatie. De risicoverevening vormt dan namelijk geen belemmering om de beoogde prestatie in te kopen. Ook brengt dit minder administratieve lasten met zich mee. Met behulp van uniforme sectoroverstijgende prestaties kan het Zorginstituut bovendien praktijkvariatie onderzoeken en zorginhoudelijke conclusies trekken ten behoeve van het pakketbeheer.

Om een sectoroverstijgende prestatie toepasbaar te maken, adviseren de NZa en het Zorginstituut daarnaast het volgende:

- **Aanspraken:** voor de sectoroverstijgende prestatie geldt dat de aanspraak op grond van de Zvw en Wlz niet verandert.
- **Eigen bijdrage/eigen risico:** de eigen bijdrage en het eigen risico worden per verzekerde afgerekend en zijn nu gebaseerd op de daadwerkelijk geleverde zorg. Bij de sectoroverstijgende prestatie kan de toepassing per verzekerde verschillen. Hiervoor is een oplossingsrichting nodig. Zo kunnen aan de ene kant zorgverzekeraars bijvoorbeeld specifieke doelgroepen vrijstellen van het eigen risico. Aan de andere kant is het mogelijk om de regels hiervoor aan te passen. Specifiek kan dan gedacht worden aan aanpassing van het Besluit zorgverzekering (Bzv) om het rekenen met gemiddelden per zorgpad mogelijk te maken.
- **Risicoverevening:** een sectoroverstijgende prestatie kan worden aangevraagd bij de NZa. In de procedure voor de aanvraag kan de NZa in afstemming met het Zorginstituut bekijken hoe deze prestatie zo kan worden vormgegeven dat declaraties kunnen worden meegenomen in de risicoverevening.
- **Macrodeelkaders:** bij de introductie van de sectoroverstijgende prestatie zien wij twee oplossingsrichtingen ten aanzien van de toerekening aan macrodeelkaders/een macrodeelkader: 1) toepassen van een verdeelsystematiek en 2) de sectoroverstijgende prestatie ten laste te brengen van het bestaande macrodeelkader 'Overig curatieve zorg'. Beide oplossingsrichtingen hebben voor- en nadelen ten aanzien van administratieve lasten, beheersinstrumenten en ontschotting. De weging van deze voor- en nadelen is aan het ministerie van VWS.

### **Samenwerking in de zorg; voor elke fase een passend instrument (samenhang IZA)**

De uitwerking van een sectoroverstijgende prestatie hangt nauw samen met ontwikkelingen in het kader van het IZA. Met name speelt hier de samenhang met de werkgroep Bekostiging Domein- en Sectoroverstijgende Samenwerking (BDSS). Deze werkgroep werkt aan het bevorderen van domein- en sectoroverstijgende samenwerking. Zij doen dit door een aparte prestatie te ontwikkelen voor afstemming over cliëntgroepen (niet-cliantgebonden). De werkgroep streeft ernaar dit op korte termijn, in 2024, mogelijk te maken.

Een sectoroverstijgende prestatie is daarentegen een integrale prestatie waar zowel de directe zorg aan de cliënt als de afstemming over de cliënt in geborgd wordt (cliëntgebonden).

Beide kunnen elkaar aanvullen. Beide mogelijkheden creëren aanvullende ruimte in de bekostiging om samenwerking in de zorg te verstevigen ten behoeve van passende zorg.

### **Gezamenlijk verdiepen en uitwerking richting implementatie**

Naast de oplossingsmogelijkheden die wij in dit advies schetsen, zijn er nog uitwerkingsvragen die voornamelijk buiten het werkkterrein van het Zorginstituut en de NZa liggen. Deze dienen verder uitgewerkt te worden in aanloop naar een aanwijzing van het ministerie van VWS. Daarvoor adviseren we een gezamenlijke aanpak van het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de NZa en het Zorginstituut aan de hand van een gezamenlijk opgestelde werkagenda. Het gezamenlijk en integraal uitwerken van de onderwerpen is essentieel om van een sectoroverstijgende prestatie een waardevol en goed werkend instrument te maken dat bijdraagt aan passende zorg.

De start van de implementatieroute laat wat ons betreft niet lang op zich wachten. We adviseren het ministerie van VWS om in het eerste kwartaal van 2024 tot een gezamenlijke werkagenda te komen. Hierna kan uitwerking volgen, met als resultaat een aanwijzing van het ministerie van VWS aan de NZa voor een sectoroverstijgende prestatie.

**Tot slot**

Met de sectoroverstijgende prestatie worden belemmeringen in sectoroverstijgende samenwerking ten aanzien van bekostiging en conflicterende financiële prikkels verminderd. Zorgaanbieders kunnen hun ambities gaan realiseren en zorgverzekeraars hebben goede mogelijkheden om hun rol stevig neer te zetten in de transitie naar passende zorg.

# 2 Inleiding

## 2.1 Aanleiding; bekostiging passende zorg

Gezondheid is voor iedereen belangrijk om goed in het leven te kunnen staan. Als zorg toch nodig is, wil je erop kunnen rekenen dat de zorg toegankelijk, goed en betaalbaar is. De urgentie om zorggeld goed te besteden groeit. We hebben te maken met een toenemende vraag naar zorg, maar steeds minder zorgverleners om de zorg te bieden.

Om de uitdagingen van de komende jaren aan te kunnen, is maatschappij breed de transitie naar passende zorg ingezet. Passende bekostiging is hiervoor randvoorwaardelijk. Om de zorg zo goed mogelijk op orde te houden zullen regio's en cliënten waarvoor de toegankelijkheid van de zorg echt gaat knellen, nieuwe oplossingen zoeken samen met zorginkopers. De financiering en bekostiging van de zorg moet hierop aan kunnen sluiten en ruimte bieden om het leveren van zorg én de organisatie van zorg te vernieuwen als dat nodig is. Zo schreef de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) in hun advies 'Kiezen voor houdbare zorg' in 2021:

*'Een doelmatiger zorglandschap – een zorglandschap dat beter aansluit bij de geschetste epidemiologische en demografische ontwikkelingen en bij de doorlopende ontwikkelingen van de zorgtechnologie – zou weleens een andere structuur kunnen hebben dan het bestaande, historisch gegroeide landschap. Bewaakt moet worden dat de prikkels die van het stelsel uitgaan er niet toe leiden dat het bestaande zorglandschap gefixeerd wordt; verandering in de structuur moet mogelijk blijven. Als een organisatorische verbetering door prikkels vanuit de regulering of de bekostiging gehinderd wordt, dan is het een overheidstaak om die prikkels te herzien.'*

Veel nieuwe initiatieven in de zorg gaan over het verbeteren van samenwerking. Zij laten zien dat een betere samenwerking en meer afstemming rondom het zorgpad over de sectoren heen, leidt tot passende zorg. Het voorkomt vaak zwaardere zorg en de zorg sluit beter aan op de behoefte van de cliënt.

Tegelijkertijd zien we dat kansrijke sector- en domeinoverstijgende initiatieven en/of experimenten niet of moeizaam opschalen. Hier liggen tal van oorzaken aan ten grondslag. De NZa en het Zorginstituut constateren onder meer dat regionale ontwikkelingen richting passende zorg op dit moment niet altijd goed worden ondersteund. Dat komt onder meer door de schotten van sectorale betaaltitels en financiële kaders, maar ook door een systeem als de risicoverevening. Hierdoor ontbreken mogelijkheden en is het in bepaalde gevallen complex of niet haalbaar om tot passende, sector- en domeinoverstijgende bekostiging te komen binnen de zorg.

De NZa heeft in dat kader het idee voor een sectoroverstijgende prestatie voor de Zvw en de Wlz ontwikkeld. In eerdere verkenningen is al een aanzet gedaan om inzichtelijk te maken wat de wenselijkheid, mogelijkheden en belemmeringen zijn die een betaaltitel als een sectoroverstijgende prestatie met zich mee kan brengen. Uit een openbare consultatie hiervan bleek draagvlak en een gevoel van urgentie te bestaan met tal van positieve reacties en voorbeelden. Respondenten uit het zorgveld zien kansen om de zorg gezamenlijk beter in te richten en structureel sectoroverstijgend te bekostigen via een sectoroverstijgende prestatie. Deze bevindingen zijn in een verkenning beschreven en in de zomer van 2021 aangeboden aan het ministerie van VWS. Het ministerie van VWS heeft naar



aanleiding hiervan de NZa en het Zorginstituut een gezamenlijke opdracht gegeven om tot een advies te komen over de effecten en mogelijkheden voor implementatie van een sectoroverstijgende prestatie.

## 2.2 Scope en focus adviesvraag

### 2.2.1 Scope

#### **Focus Zvw met doorkijk naar Wlz**

Het ministerie van VWS vraagt de NZa en het Zorginstituut om in het advies stil te staan bij de effecten van een sectoroverstijgende prestatie en de mogelijkheden voor implementatie. De primaire focus van het advies ligt op een sectoroverstijgende prestatie binnen de Zvw, met een doorkijkje naar een sectoroverstijgende prestatie over de wettelijke domeinen van de Zvw en de Wlz heen. In de toekomst kan daar mogelijk ook de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) aan toegevoegd worden.

Voor de definitie van zorgsectoren sluiten we aan bij de zorgvormen die in het Bzv zijn genoemd. Met domeinoverstijgende zorg bedoelen wij zorgpaden die over de wettelijke domeinen van de Zvw en de Wlz heen bewegen.

#### **Focus op stelselmechanismen met rol voor het Zorginstituut, de NZa en VWS**

We kijken in dit advies voornamelijk naar 'systeemuitdagingen' die medebepalend zijn voor de financiële prikkels en bekostigingsmechanismen. De sectorale indeling in deze mechanismen en de schotten die hiermee ontstaan kunnen de werking van een sectoroverstijgende prestatie beïnvloeden. Denk hierbij aan de domein- en sectorale budgettaire kaders en macrobeheersinstrumenten (mbi's), de risicoverevening, de aanspraken die zijn vastgelegd in de wetten, het eigen risico en de wettelijke eigen bijdrage. De vraag is op welke manier een sectoroverstijgende prestatie het beste vormgegeven kan worden zodat deze optimaal kan worden ingezet door zorgaanbieders en zorginkopers. Daarbij moet de sectoroverstijgende prestatie aansluiten of goed zijn in te passen binnen de genoemde stelselmechanismen waarbij de NZa, het Zorginstituut en het ministerie van VWS aan zet zijn.

#### **Buiten scope**

Deze focus op de stelselmechanismen betekent dat vraagstukken over de uitvoering bij zorgaanbieders en zorginkopers nog onderbelicht zijn in dit advies. Dit advies beschrijft bewust maar een deel van de puzzel. Een groeiemodel zien wij namelijk als meest kansrijk om te komen tot een solide sectoroverstijgende prestatie die waarde toevoegt in de zorg. Alleen door stap voor stap de uitwerking verder te brengen, kunnen we recht doen aan de vele vraagstukken die met een sectoroverstijgende prestatie gepaard gaan, zonder de ambitie uit het oog te verliezen. Namelijk het lonend maken van integrale cliëntgerichte zorg die bijdraagt aan gezondheid.

#### **Praktijkvoorbeelden**

Het ministerie van VWS heeft de NZa en het Zorginstituut gevraagd de uitwerking van een sectoroverstijgende prestatie voornamelijk vorm te geven aan de hand van praktijkvoorbeelden van voorlopers in de zorg. Dit om gewenste en ongewenste effecten van een sectoroverstijgende prestatie in kaart te brengen, de kansen en risico's, evenals de verwachte impact op samenwerking in de zorg.

## 2.2.2 Samenloop met het Integraal Zorgakkoord (IZA)

Tegelijk met het onderzoek om tot het advies te komen, lopen voor verschillende specifieke sector- en domeinoverstijgende vraagstukken separate trajecten (bijvoorbeeld de consultatiefunctie ggz en levensloopaanpak). Deze leiden (nog) niet tot generieke oplossingen. De adviesopdracht voor een sectoroverstijgende prestatie is nadrukkelijk wel gericht op een generieke oplossing in de bekostiging, met een goede aansluiting op de risicoverevening en macrokaders.

Gelijktijdig aan dit adviestraject loopt vanuit de IZA-werkgroep BDSS een verkenning naar het creëren van mogelijkheden voor het verbeteren van de bekostiging van domeinoverstijgende en sectoroverstijgende samenwerking. De focus van deze werkgroep heeft tot dusverre gelegen op cliëntgroepsgebonden afstemming die nodig is om samenhangende zorg en ondersteuning te bieden aan cliëntgroepen die vanuit verschillende domeinen en sectoren zorg en ondersteuning ontvangen.

### Waarin verschilt een sectoroverstijgende prestatie met de betaaltitel van de werkgroep BDSS?

Een sectoroverstijgende prestatie richt zich op het bekostigen van de samen geleverde zorg, en creëert de mogelijkheid voor integrale, sectoroverstijgende betaaltitels. Het onderscheid tussen directe en indirecte tijd is bij een sectoroverstijgende prestatie niet aan de orde. De prestatie is toe te wijzen aan een individuele verzekerde. De toegevoegde waarde van het geheel aan activiteiten komt centraal te staan in plaats van losse activiteiten voor bijvoorbeeld zorg of coördinatie. Er bestaat binnen een sectoroverstijgende prestatie ruimte voor bijvoorbeeld onderlinge afstemming, een multidisciplinair overleg (MDO) of coördinatie (wanneer dat naar inschatting van de zorgprofessionals meerwaarde heeft) zonder dat er een losse financiële prikkel voor deze werkzaamheden ontstaat.

Waar de IZA-werkgroep BDSS aan werkt is dus de bekostiging van sec de afstemming (geen directe tijd) rondom specifieke (kwetsbare) cliëntgroepen, die de samenwerking ten behoeve van een bepaalde individuele cliënt overstijgt.

## 2.3 Aanpak; samen met de zorg

De uitwerking en concretisering van een sectoroverstijgende prestatie is voor verschillende type cliëntgroepen met verschillende stakeholders van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars uitgewerkt.

Er hebben co-creatiesessies met zorgaanbieders en zorgverzekeraars plaatsgevonden om de werking en effecten van een sectoroverstijgende prestatie te verkennen. Eén van de doelen van deze sessies was te voorkomen dat een sectoroverstijgende prestatie een theoretische oplossing wordt die in de praktijk niet goed gaat werken. Met de volgende initiatieven hebben co-creatiesessies plaatsgevonden:

### Het voorlichtings- en trainingsprogramma GLA:D: het programma voor cliënten met knie- of heupartrose.

Het voorlichtings- en trainingsprogramma GLA:D is voor cliënten met heup- en knieartrose. Het programma vermindert pijn en voorkomt dat klachten verergeren. Zo kunnen cliënten in hun eigen buurt onder behandeling van een fysiotherapeut en met eigen inzet een knie- of heupprothese uitstellen of zelfs voorkomen. Binnen dit programma werken Máxima MC, huisartsenorganisatie PoZoB en fysiotherapeuten in de regio Eindhoven nauw samen, met ondersteuning van zorgverzekeraar VGZ.

Het GLA:D programma lijkt in het buitenland succesvol te zijn. Waar eerder vaak cliënten te snel werden doorverwezen naar het ziekenhuis, zien de samenwerkende partijen de afgelopen jaren het aantal doorverwijzingen voor een operatieve ingreep in het ziekenhuis verhoudingsgewijs afnemen. Indien vanuit het GLA:D programma toch wordt doorverwezen naar een orthopeed, zijn dit inmiddels bijna allemaal terechte doorverwijzingen. De samenwerking slaagt er daarmee in om cliënten met heup- en knieartrose alleen of langer in de eerste lijn te behandelen en voorkomt onnodige druk op de ziekenhuiszorg. Partijen zijn op zoek naar een succesvolle vertaling naar de Nederlandse context om ook hier te werken aan minder verwijzingen, meer doelmatigere zorg en efficiënte samenwerking.

### Long Alliantie Nederland (LAN)/COPD: De ontwikkelde kwaliteitsstandaard om de zorg voor COPD cliënten met een acute longaanval te verbeteren.

In 2018 is er een kwaliteitsstandaard ontwikkeld om de zorg voor COPD-clieënten met een acute longaanval te verbeteren. Deze kwaliteitsstandaard is in 2020 opgenomen in het kwaliteitsregister van het Zorginstituut. Zie [www.longaanval.nl](http://www.longaanval.nl). Deze groep cliënten consumeert momenteel veel zorg, met name door ziekenhuis(her)opnames. Ook is er veel praktijkvariantie in de verschillende regio's. Wetenschappelijk onderzoek binnen verschillende pilots laat zien dat implementatie van de kwaliteitsstandaard ervoor zorgt dat zwaardere zorg en heropnames voorkomen kunnen worden, met gelijkblijvende of verbeterde kwaliteit van leven en meer werkgelek van zorgverleners.

Integraal transmuraal samenwerken is niet eenvoudig, de invoering van de kwaliteitsstandaard vraagt de nodige blijvende aandacht van regio's en zorginstellingen. De huidige bekostiging zit het werken volgens de kwaliteitsstandaard in de weg; zorgaanbieders en -verzekeraars blijven financiële prikkels houden om zorglevering en -inkoop sectoraal te blijven organiseren. De LAN ziet kansen en is benieuwd of en hoe de opschaling van de kwaliteitsstandaard kan worden gestimuleerd met een sectoroverstijgende prestatie.

### Geriant: Integrale diagnose, begeleiding en ondersteuning voor mensen met dementie.

Geriant is een relatief kleine aanbieder van ambulante dementiezorg die is ontstaan uit samenvoeging van de ouderenpsychiatrie in de GGZ en samenwerkende thuiszorgorganisaties die dementiezorg wilden vernieuwen. Uit de samenwerking ontstonden onderzoeks- en casemanagementteams. Per 2003 zijn deze teams in een zelfstandige stichting ondergebracht; Geriant. Inmiddels is de stichting uitgebreid qua aanbod (kliniek met zestien bedden voor kortdurende opname) en bestrijkt een grotere regio in Noord-Holland.

Kenmerkend voor de zorg zoals Geriant het heeft georganiseerd is:

- Ieder zorgtraject start met een verwijzing van de huisarts of van de medisch specialist.
- Bij het traject is een driehoek van disciplines betrokken: specialist ouderengeneeskunde, casemanager dementie en –indien nodig- GZ-psycholoog.
- Geriant start met multidisciplinaire diagnostiek (ten laste van de ggz of Wlz), zodat direct inzichtelijk is wat er aan de hand is. Interventies kunnen direct gericht worden ingezet, nu en in de toekomst. Daarmee kiest Geriant ervoor om hoogopgeleid personeel aan de voorkant in te zetten.
- Conform de zorgstandaard dementie (2013/2020) heeft Geriant casemanagement onafhankelijk gepositioneerd van de zorg. Dit voorkomt dat bij tijdsdruk de daadwerkelijke zorglevering prevaleert. Dit gaat namelijk vaak ten koste van casemanagement, terwijl de casemanager onder andere het systeem rond de cliënt versterkt en daarin een objectieve en onafhankelijke benadering blijft behouden. Dit zorgt ervoor dat zwaardere zorg wordt uitgesteld, omdat de cliënt langer thuis kan blijven wonen. Het voorkomt ook spoedopnames. Onderzoek van Geriant toonde aan dat over de levensloop van de cliënt dit een positieve business case oplevert.
- Geriant behandelt cliënten onder twee wettelijke kaders; de Zvw en de Wlz. Binnen de Zvw levert Geriant zorg vanuit twee sectoren: de wijkverpleging en de geestelijke gezondheidszorg.

De zorg wordt primair in de thuissituatie van de cliënt geleverd. Geriant doet dit middels multidisciplinaire diagnostiek en behandeling, in de voormelde driehoek van casemanager, specialist ouderengeneeskunde en (GZ-) psycholoog.

Ook zijn er gesprekken gevoerd met innoverende zorgaanbieders en zorginkopers van sectoroverstijgende initiatieven die momenteel experimenteren binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten. Ook hebben we de ervaringen uit de integrale bekostiging van de geboortezorg en het kader multidisciplinaire zorg meegenomen in het advies.

De uitwerking van de co-creatiesessies en gesprekken treft u aan in de verschillende kaders die in dit advies zijn opgenomen. De casusbeschrijvingen zijn gebaseerd op informatie vanuit de co-creatiesessie. Wij gaan daarbij uit van de juistheid van deze informatie.

Daarnaast zijn er verschillende gesprekken gevoerd met beleidsadviseurs van het ministerie van VWS, branchepartijen en zorgverzekeraars met expertise op verschillende gebieden (zie bijlage 1).

## 2.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 3 beschrijven we hoe bekostiging al dan niet faciliterend is voor samenwerking voor passende zorg. We beschrijven hoe een sectoroverstijgende prestatie zich verhoudt tot samenwerking en tot de bestaande mogelijkheden in de bekostiging.

Hoofdstuk 4 bevat onze adviezen voor de verschillende stelselmechanismen waar een sectoroverstijgende prestatie aan raakt. Hierin geven we aan hoe de aanspraak, risicoverevening en macrokaders samenhangen met een sectoroverstijgende prestatie. Ook gaan we in op secundair datagebruik, fraude, oneigenlijk gebruik en machtsverhoudingen bij samenwerking in relatie tot een sectoroverstijgende prestatie.

Hoofdstuk 5 omschrijft op hoofdlijnen welke stappen nodig zijn voor implementatie van een sectoroverstijgende prestatie.

In hoofdstuk 6 sluiten we af met ons advies aan het ministerie van VWS.

# 3 Samenwerken aan goede zorg lonend maken

Samenwerking en onderlinge afstemming zijn belangrijk om de zorg goed, doelmatig en toegankelijk te houden. Daarom moet dit voldoende gefaciliteerd worden vanuit de wet- en regelgeving. Liefst gaan wet- en regelgeving effectieve samenwerking in de zorg zelfs stimuleren. Bijvoorbeeld door samenwerking lonend te maken wanneer het leidt tot passende zorg. Dit hoofdstuk beschrijft de relatie tussen integrale samenwerking en bekostiging in de zorg en hoe een sectoroverstijgende prestatie hieraan bij kan dragen.

## 3.1 Samenwerken in de zorg

Samenwerken in de zorg wordt voor veel cliëntgroepen steeds belangrijker om goede zorg te ontvangen. Bijvoorbeeld omdat zorgprofessionals signaleren dat zorgvragen steeds complexer worden. Het betrekken van verschillende expertisegebieden wordt dan belangrijker. Daarnaast willen we in de beweging naar passende zorg juist inzetten op gezondheid en het voorkomen van (zwaardere) zorg. Daarvoor is samenwerking en onderlinge afstemming belangrijk tussen de verschillende zorgsectoren van de curatieve zorg, tussen de curatieve zorg en de langdurige zorg én samenwerking tussen het welzijnsdomein en de zorg.

In de **geboortezorg** is al relatief veel ervaring opgedaan met het opzetten van samenwerkingsverbanden over de grenzen van zorgaanbieders en zorgsectoren heen. Uit onderzoek naar deze ervaringen blijkt onder andere het belang van een goede samenwerkingsrelatie op basis van onderling vertrouwen. Andere aspecten die van invloed zijn op hoe prettig en effectief de samenwerking verloopt zijn een gezamenlijke ambitie en vanuit een transparante governancestructuur tot besluiten komen.

Als de samenwerking prettig verloopt laten ook transmurale samenwerkingen zoals het **TAPA\$** initiatief in de palliatieve zorg zien dat kwaliteit van zorg kan verbeteren en het werkplezier groter wordt. Dit wordt bereikt tegen gelijke kosten.

Ook bij de initiatieven die nauw betrokken zijn bij dit advies geldt dat zij een goede samenwerkingsrelatie hebben, waarbij er draagvlak is voor de beoogde resultaten, het ambitieniveau en het zorgpad waarlangs samengewerkt wordt. De volgroeiheid van de samenwerking verschilt nog per initiatief.

In het geval van **Geriant** is formeel geen sprake meer van een samenwerkingsverband, maar Geriant is wel ontstaan uit een succesvolle samenwerking. Uit die samenwerking ontstonden Dementie Onderzoeks- en Casemanagementteams. Deze zijn uiteindelijk ondergebracht in een zelfstandige stichting. Door de kerntaken diagnostiek, behandeling en casemanagement uit te voeren vanuit één organisatie heeft Geriant een stevige positie in de regio en een multidisciplinaire professionaliseringsslag kunnen maken. De klantreis voor de cliënt is optimaal en doelmatig ingericht.

Voor het initiatief **Long Alliantie Nederland/COPD** geldt dat de pilotregio's waarin met de nieuwe standaard wordt gewerkt relatief jonge (enkele jaren) samenwerkingsverbanden zijn die in de pilotfase veelbelovende resultaten laten zien over het voorkomen van (her)opnames. In de pilotfase waren tijdelijke financiële (subsidie) middelen beschikbaar. Partijen zijn enthousiast om samen te blijven werken met de kwaliteitsstandaard, maar het goed blijven verzorgen van de financiële gelijkgerichtheid onder aanbieders en zorgverzekeraars en de onderlinge afstemming is lastig na het vervallen van de tijdelijke subsidiemiddelen in de pilotfase.

Het initiatief **GLA:D** is ontstaan omdat cliënten met knie- of heupartrose zonder tussenkomst van de fysiotherapeut rechtstreeks werden verwezen naar een orthopeed. Veel van deze verwijzingen hadden voorkomen kunnen worden wanneer er eerst een eerstelijnsbehandeling was ingezet. Ook waren er cliënten die wel een fysiotherapeut hadden bezocht, maar die bij navraag door de orthopeed beperkt behandeling en educatie hadden gekregen. Door de samenwerking wordt de eerstelijnszorg rondom knie- en heupartrose effectiever, wordt de cliënt op de juiste plek gezien en behandeld en zwaardere zorg uitgesteld of voorkomen. Ook hier geldt dat zorgaanbieders enthousiast zijn om te blijven werken met het GLA:D programma.

### 3.1.1 Samenwerken en bekostiging

Er is al veel geschreven over samenwerken in de zorg, omdat er veel positieve effecten vanuit kunnen gaan die belangrijk zijn in de beweging naar passende zorg. De hiervoor genoemde initiatieven zijn daar voorbeelden van. Tegelijkertijd is het ook complex om samen te werken in de zorg. Vooral als dit over de grenzen van organisaties, zorgsectoren en wettelijke domeinen heen gaat.

Onder andere de protocollen en kwaliteitskaders, verschillende IT-systemen en de wettelijke- en financiële kaders maken dat het (inrichten van) samenwerking over de grenzen van deze systemen en kaders heen vaak een langdurig, tijdrovend en soms frustrerend proces is. Daarnaast zijn er zogenaemde 'zachte' randvoorwaarden, zoals een vertrouwensbasis, transparantie, een gezamenlijke visie en draagvlak voor de beoogde doelen. Zijn deze 'zachte' factoren niet op orde, dan is de kans klein dat een dergelijk initiatief succesvol wordt.

Passende integrale bekostiging is dan ook niet de enige sleutel om samenwerking in de zorg te bevorderen, maar het is wel randvoorwaardelijk. De NZa ontvangt regelmatig signalen van zorgaanbieders die de zorg anders, meer integraal over de sectoren en wettelijke domeinen heen (willen) organiseren. De bekostiging en financiering sluit daar echter niet goed op aan.

Bovenstaande is ook regelmatig naar voren gekomen in evaluaties rondom de integrale bekostiging van de **geboortezorg**. Het blijkt dat de regio's die werken met de integrale bekostiging van de geboortezorg verbeteringen in de samenwerking en een sterkere gezamenlijke verantwoordelijkheid ervaren. Tegelijkertijd levert de overstap naar integrale bekostiging grote administratieve lasten op, omdat alle systemen zijn ingericht op monodisciplinaire zorg. Desondanks willen de experimenterregio's door met integrale bekostiging van de geboortezorg.

Ook heeft de integrale bekostiging van de geboortezorg ons al geleerd dat een ruime transitiefase nodig is. Dat komt door de vele nieuwe uitdagingen bij de integrale geboortezorg organisaties, zoals het op orde krijgen van de nieuwe organisatie, de integrale administratie en ICT en het maken van financiële afspraken.

Dit zien we ook terug in de palliatieve zorg. Bijvoorbeeld bij pilots binnen het **TAPAS** initiatief. In het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (2017) is beschreven wat vertegenwoordigers van cliënten, zorgverleners en zorgverzekeraars vinden dat de kwaliteit van palliatieve zorg in Nederland moet zijn. De verwachting is dat bij toepassing van het kwaliteitskader, de groeiende groep palliatieve cliënten de zorg zoals omschreven in het rapport de Juiste Zorg op de Juiste Plek (2018) kan worden geboden: "het voorkomen van duurdere zorg" en "het verplaatsen van zorg dichterbij de mensen thuis". Uit internationale literatuur blijkt dat inzet van palliatieve zorg a) een positief effect heeft op de kwaliteit van leven van palliatieve cliënten, b) een daling van het zorgverbruik teweeg kan brengen en dat c) meer cliënten zullen sterven op de plek van voorkeur.

Om het kwaliteitskader toe te kunnen passen, organiseren zorgaanbieders de palliatieve zorg op een nieuwe, innovatieve manier: generalisten en in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners werken samen over de lijnen van de zorg heen met als doel om de continuïteit van zorg te verbeteren. Echter, het uitblijven van structurele bekostiging, waardoor financiële onzekerheid blijft bestaan, blijkt bijvoorbeeld een reden om de investering in een gezamenlijk IT-systeem niet aan te gaan.

Een veelgenoemde randvoorwaarde bij goede samenwerking is gegevensuitwisseling. Juridisch gezien heeft dit onderwerp ook steeds meer aandacht. Met onder andere de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz – in werking sinds juli 2023) is dit echter nog niet volledig uitgekristalliseerd. Het correct verwerken van persoonsgegevens is met de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) en de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz) verder ingevuld. Dit maakt dat zorgaanbieders bij een sectoroverstijgende prestatie goed moeten nadenken over de invulling van gegevensuitwisseling.

## 3.2 Opschalen van sectoroverstijgende samenwerking voor passende zorg

### 3.2.1 De sectoroverstijgende prestatie als structurele en sectoroverstijgende mogelijkheid

De NZa en het Zorginstituut zien veel mooie initiatieven van sectoroverstijgende samenwerking tot stand komen. Regelmatig krijgen we echter ook signalen uit het veld dat integrale zorginitiatieven en -paden stranden na een succesvolle pilot- of experimentfase. Zoals eerder beschreven kan dit verschillende oorzaken hebben. Partijen lopen er onder andere tegenaan dat er onvoldoende mogelijkheden zijn om tot maatwerkafspraken te komen binnen de structurele bekostiging, of dat het zeer complex is om tot structurele bekostigingsafspraken te komen.

De huidige mogelijkheden in de bekostiging (zie bijlage 2) zijn vaak om twee redenen onvoldoende:

- De mogelijkheden in de bekostiging zijn beschikbaar binnen één sector.
- De mogelijkheden in de bekostiging zijn tijdelijk, omdat ze alleen voor experimenten ingezet kunnen worden.

Het is nu in de reguliere bekostiging nog niet mogelijk om sectoroverstijgende zorg met één betaaltitel te declareren, om de volgende redenen:

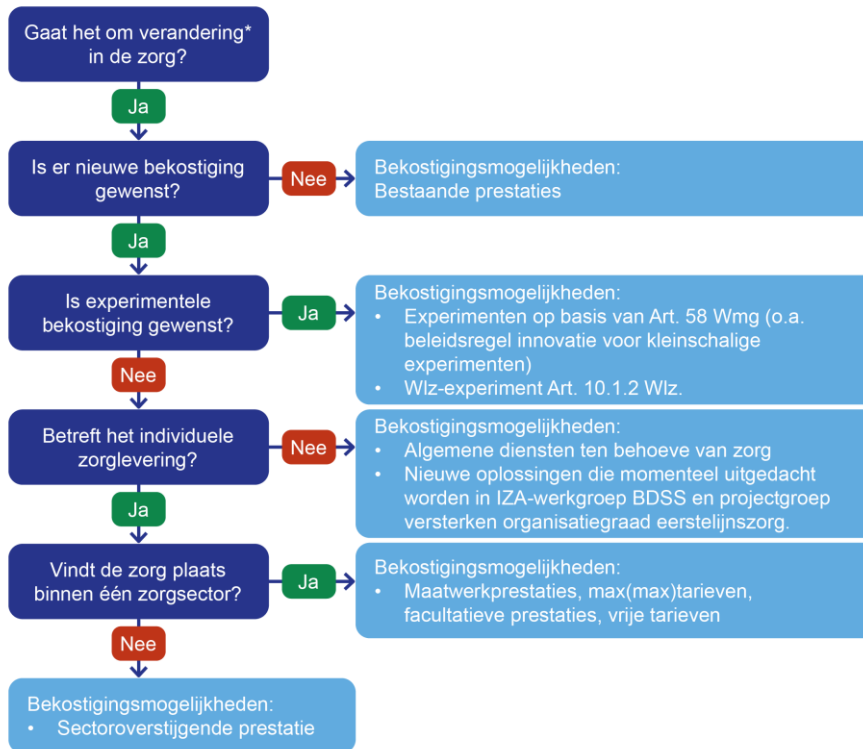
- Zorgaanbieders mogen alleen zorg in rekening brengen via de vastgestelde NZa-prestaties. Aangezien deze per sector worden vastgesteld is het in de reguliere bekostiging niet mogelijk om sectoroverstijgende zorg via een enkele prestatie te declareren aan de zorgverzekeraar of het zorgkantoor.
- Binnen de bekostiging van de zorgsectoren bestaan er diverse manieren om zorgvernieuwing of een andere organisatie van zorg via vastgestelde NZa-prestaties te declareren bij de zorgverzekeraar of het zorgkantoor (zie daarvoor o.a. de Wegwijzers bekostiging innovatie en preventie). Prestaties met vrije tarieven, max-maxtarieven, ruime prestatiebeschrijvingen en facultatieve prestaties geven zorgaanbieders en zorgverzekeraars de mogelijkheid om binnen de sector afspraken te maken over het anders organiseren van zorg.
- Huidige sectoroverstijgende mogelijkheden hebben enkel een experimenteel karakter: zoals de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten op basis van artikel 58 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en bijvoorbeeld het experimentartikel 10.1.2 in de Wlz.

Met een sectoroverstijgende prestatie (zijnde een integrale betaaltitel) willen we een structurele mogelijkheid creëren binnen de landelijke prestatiestructuur. Onderstaand Figuur 1 maakt duidelijk hoe een sectoroverstijgende prestatie gepositioneerd kan worden binnen de bestaande mogelijkheden in de bekostiging en de mogelijkheden waar momenteel, mede naar aanleiding van het. IZA, aan gewerkt

wordt. In bijlage 2 bij dit advies is een nadere uitwerking van deze verschillende mogelijkheden opgenomen.

*Figuur 1: stroomschema positionering sectoroverstijgende prestatie t.a.v. andere mogelijkheden in de bekostiging (bestaand en in ontwikkeling)*

## Beslisboom: wanneer een sectoroverstijgende prestatie?



\*verandering in brede zin: organisatie van zorg, bekostiging van zorg, digitale zorg etc.

### Aanvullende mogelijkheid

Belangrijk om te benadrukken is dat de sectoroverstijgende prestatie een aanvullende mogelijkheid in de bekostiging is. Kortom, de reguliere prestaties en tarieven blijven bestaan. De nieuwe prestatie is dan ook een optie waar gebruik van mag worden gemaakt, maar het is niet verplicht.

Indien aanbieders en zorginkopers een sectoroverstijgende prestatie overeenkomen voor een integraal zorgpad, mogen de prestaties die gecombineerd worden in één sectoroverstijgende prestaties niet los ernaast gedeclareerd worden. Dus voor een cliënt mag óf een sectoroverstijgende prestatie gedeclareerd worden óf de reguliere prestaties, maar niet beiden. Anders zou er sprake zijn van dubbele bekostiging.

### 3.2.2 Overige kenmerken van de sectoroverstijgende prestatie

Een sectoroverstijgende prestatie heeft als belangrijkste kenmerk dat deze prestatie sectoroverstijgend ingezet kan worden en een structureel karakter heeft in de prestatiestructuur van de NZa. Succesvolle integrale pilots krijgen daarmee de mogelijkheid om na een fase van subsidies en/of tijdelijke experimenten, structurele afspraken te maken, waardoor financiële zekerheid ontstaat en de samenwerking verder geprofessionaliseerd kan worden. Ze kunnen landen in een prestatie en



opschalen van pilot of experiment naar reguliere zorg. Voor een goede verankering van financiële zekerheid past een meerjarige contractafspraken bij de aard van een sectoroverstijgende prestatie.

Naast de onderscheidende eigenschappen van een sectoroverstijgende prestatie heeft een sectoroverstijgende prestatie nog een aantal eigenschappen die ook in andere innovatieprestaties te herkennen zijn:

- De sectoroverstijgende prestatie is een aanvullende mogelijkheid in de bekostiging voor maatwerk om samen zorg te leveren. Het vervangt geen bestaande mogelijkheden. De huidige mogelijkheden in de bekostiging blijven bestaan.
- De sectoroverstijgende prestatie heeft een vrij tarief en kent een contractvereiste.
- De prestatie komt bij één overeenkomst tussen aanbieder en zorgverzekeraar voor iedereen beschikbaar (vergelijkbaar met bestaande facultatieve prestaties). Zorgaanbieders kunnen na het maken van een contractafpraak gelijk gebruik maken van de prestatie.

We beogen met een sectoroverstijgende prestatie de randvoorwaarden zodanig in te richten dat zorgaanbieders een sectoroverstijgende prestatie zo min mogelijk terug hoeven te rekenen naar sectoren binnen de Zvw. En op termijn naar de wettelijke domeinen van de Zvw en Wlz. Op die manier kan er zoveel mogelijk gelijkgerichtheid in financiële prikkels ontstaan tussen zorgaanbieders binnen de verschillende sectoren. Ook voorkom je administratieve 'hoepels' voor aanbieders die nu een drempel opwerpen om integraal, sectoroverstijgend te werken en te bekostigen.

### 3.2.3 Gezondheid lonend maken door inzet van een sectoroverstijgende prestatie

Met de sectoroverstijgende prestatie nemen we drempels zoveel mogelijk weg die sector- en domeinoverstijgend samenwerken in de zorg complex maken vanuit de bekostiging en financiering van zorg. De prestatie biedt daarnaast ook kansen voor verdere ontwikkelingen in de zorg. Zoals het borgen van het werken conform sectoroverstijgende richtlijnen in de dagelijkse praktijk, wanneer deze aan de basis liggen van een sectoroverstijgende prestatie. Maar ook de beweging naar uitkomstgerichte zorg en het lonend maken van gezondheid.

**Long Alliantie Nederland/COPD** beoogt met de inzet van een nieuwe kwaliteitsstandaard dat er meer ruimte komt binnen de organisatie van het zorgpad om zorg preventief vóór ziekenhuisopnames in te zetten of in te zetten na een eerste ziekenhuisopname om heropnames te voorkomen. Door zorg anders te organiseren (en bekostigen) krijgen cliënten meer zorg geboden die zwaardere zorg (heropnames) voorkomt. Hierbij valt onder meer te denken aan meer aandacht voor de uitleg van inhalatiemediatie, copinggedrag en palliatieve zorg. Dit is niet alleen waardevol voor de cliënt, het is ook een goed voorbeeld van de juiste zorg op de juiste plek.

#### *Gezondheid lonend maken*

Een sectoroverstijgende prestatie biedt ruimte om binnen een zorgpad, per cliënt, de juiste zorg te bepalen. Er wordt namelijk niet meer per verrichting afgerekend, maar op het niveau van het totale zorgpad. Dat gaat gepaard met kansen en risico's.

Het gebruik van uitkomstinformatie is noodzakelijk om de kansen te benutten en de risico's te dempen. Door uitkomsten te koppelen aan de sectoroverstijgende prestatie en het uit te keren tarief hiervan afhankelijk te maken, is het niet langer lonend om puur zorg te leveren. Het wordt lonend om alleen die zorg te leveren die bijdraagt aan gezondheid en waarde heeft voor de cliënt. Uitkomsten zijn namelijk relevant voor de cliënt (samen beslissen, keuze informatie), de zorgaanbieder (leren en verbeteren) en

de zorgverzekeraar (zorginkoop). Het meten en gebruiken van uitkomsten is belangrijk om de waarde van geleverde zorg inzichtelijk te maken.

Door uitkomsten te koppelen aan een sectoroverstijgende prestatie wordt ook onderbehandeling voorkomen, wat een potentieel risico is bij integrale prestaties. Met een sectoroverstijgende prestatie kan er via de contractafspraken meer financiële verantwoordelijkheid neergelegd worden bij de zorgaanbieders. De samenwerkende aanbieders dragen meer verantwoordelijkheid voor het financiële resultaat, omdat zij één tarief krijgen voor het organiseren en leveren van zorg binnen een integraal zorgpad. Als het tarief niet volledig benut wordt door de aanbieders is dat de financiële opbrengst die, afhankelijk van de contractafpraak, ten goede komt aan de aanbieders en zorgverzekeraars. Als het tarief overschreden wordt kan dat, afhankelijk van de contractafpraak, verlies betekenen.

Vanwege deze financiële verantwoordelijkheid ontstaat voor aanbieders een financiële prikkel om zo min mogelijk zorg te leveren. Dit kan potentieel tot onderbehandeling leiden. Voor integrale bekostigingsmodellen, zoals de sectoroverstijgende prestatie, is het registreren van uitkomsten informatie daarom extra belangrijk, omdat hiermee voorkomen kan worden dat de bekostiging van zorg leidt tot onderbehandeling of verschraving van zorg. Het is niet de bedoeling dat met de introductie van de sectoroverstijgende prestatie de kwaliteit van zorg afneemt.

In contractafspraken tussen aanbieders en zorginkopers kan de vergoeding voor een sectoroverstijgende prestatie afhankelijk gemaakt worden van aspecten als bijvoorbeeld gezondheidswinst, behoud van functioneren, terugdringen van complicaties en/of ervaren kwaliteit vanuit de cliënt. Bij dergelijke afspraken kan het financieel aantrekkelijk gemaakt worden voor aanbieders wanneer zij gezamenlijk meer gezondheid en kwaliteit bereiken voor hun cliënten (tegen gelijkblijvende of lagere kosten), dan wanneer ze elk afzonderlijk zorg leveren en declareren. Zo ontstaat een financiële prikkel om alleen doelmatige zorg te leveren en activiteiten te ondernemen die van waarde zijn voor de cliënt en bijdragen aan gezondheid.

Denk bijvoorbeeld aan onderlinge coördinatie of het MDO tussen samenwerkende zorgaanbieders in de tweede en eerste lijn. De vergoeding voor het MDO, als indirecte tijd, is momenteel verdisconteerd in de tarieven voor de prestaties voor directe zorglevering. Er zijn verschillende signalen vanuit de praktijk dat een sectoroverstijgend MDO niet duurzaam tot stand komt, door gebrek aan een herkenbare betaaltitel voor de aanbieders. Bij een sectoroverstijgende prestatie is het als volgt; als een MDO waarde toevoegt en ervoor zorgt dat de zorg van betere kwaliteit is en zwaardere zorg voorkomt, dan kent een sectoroverstijgende prestatie in combinatie met uitkomstindicatoren een financiële prikkel om een MDO te organiseren binnen het zorgpad. Het wordt dan lonend om effectief samen te werken ten behoeve van de cliënt, zwaardere zorg te voorkomen en bijvoorbeeld ook een doelmatige inzet van zorgverleners te organiseren (Juist zorg op de juiste plek). Met als uiteindelijk resultaat dat het tarief voor het zorgpad niet volledig besteed wordt en er een positief financieel resultaat behaald wordt.

#### *Autonomie voor zorgprofessionals*

In verschillende gesprekken met zorgaanbieders is regelmatig de wens genoemd om de inzet van de juiste zorgverleners beter af te kunnen stemmen op de cliënt(groep). Met een sectoroverstijgende prestatie ontstaat ruimte om de inzet op basis van de zorgvraag te bepalen, in plaats van dat declaratievoorwaarden sturend hierin zijn. Hierdoor krijgen zorgprofessionals ook meer autonomie om hier naar eigen inzicht keuzes te maken.

### **Geriant**

Geriant beoogt met een sectoroverstijgende prestatie primair de bekostiging beter te laten aansluiten bij de cliëntvolgende en integrale werkwijze van Geriant. Geriant ziet een integrale prestatie voor zich waarin diagnostiek, behandeling en casemanagement worden gecombineerd (een lumpsumbedrag per traject (cliënt) per jaar). Hiermee verwachten zij het zorgpad beter in te kunnen richten op de behoeften van de cliënt. Ook zien ze kansen om op termijn toe te bewegen naar uitkomstbekostiging. Door het aantal financieringsstromen terug te brengen, wordt de administratieve last lager. Een sectoroverstijgende prestatie heeft ook een positief effect op de investeringen die noodzakelijk zijn om de huidige verschillende declaratiesystemen te onderhouden. De tijd en middelen die daarmee vrijkomen, kunnen aan de zorg besteed worden. Congruent handelen van zorgverzekeraars is essentieel om te voorkomen dat de situatie van stapeling van bekostiging en bijbehorende intensieve contractonderhandelingen blijven voortbestaan en de voordelen van een sectoroverstijgende prestatie teniet worden gedaan.

### **GLA:D**

Uit empirisch onderzoeken (bevindingen uit) de pilot in het Máxima Medisch Centrum blijkt dat er niet standaard gebruik wordt gemaakt van het stepped care principe eerste lijn; er was ook geen structurele samenwerking van zorgaanbieders in de keten, en daardoor ook geen uniforme werkwijze (en voorlichting/informatie aan cliënten). GLA:D biedt een uniforme (Evidence Based) interventie, die veel onnodige verwijzingen naar, en ingrepen in de tweede lijn voorkomt. Het biedt ook transparantie over gezondheidsuitkomsten.

De samenwerkende partijen beogen met een sectoroverstijgende prestatie de bekostiging in lijn te brengen met het doel van het programma; een beter zorgantwoord voor de cliënt door betere samenwerking tussen de huisarts, de fysiotherapeut en het ziekenhuis. Integrale bekostiging via een sectoroverstijgende prestatie kan de samenwerking verder stimuleren en kan het lonend maken om de zorg bij artrose zo efficiënt mogelijk in te zetten, de benodigde afstemming daarvoor in te richten en zwaardere zorg te voorkomen.

# 4 Adviezen om de sectoroverstijgende prestatie te laten aansluiten bij het stelsel

In dit hoofdstuk beschrijven we de relatie en afhankelijkheden van een sectoroverstijgende prestatie ten opzichte van de aanspraak, risicoverevening, macrokaders, secundair datagebruik en aspecten als fraude, oneigenlijk gebruik en marktmacht. Naast de afhankelijkheden beschrijven we ook oplossingsrichtingen om een sectoroverstijgende prestatie werkbaar te houden voor de praktijk en tegelijkertijd zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij bepaalde mechanismen in ons zorgstelsel.

## 4.1 Het belang van gelijkgerichtheid en uniformiteit voor impact

### 4.1.1 Gelijkgerichtheid zorgverzekeraars

#### **Advies gelijkgerichtheid zorgverzekeraars**

Wij adviseren een proces in te richten waarin zorgverzekeraars bestuurlijk afspreken gelijkgericht te handelen bij sectoroverstijgende prestaties. Kortom, de inhoudelijke afspraken te volgen. Een dergelijke afspraak vergroot de kans dat bij een sectoroverstijgende prestatie volgeleiding in de praktijk tot stand komt. Gelijkgericht handelen van zorgverzekeraars sluit aan bij de hoofdlijnen van het IZA en beperkt de initiële toename in administratieve last bij zorgaanbieders.

Om met een sectoroverstijgende prestatie de juiste impact te bereiken in de transitie naar passende zorg, adviseren we om de prestatie in te zetten binnen het zogeheten congruentiële veld. Dat betekent dat we gelijkgericht handelen van zorgverzekeraars belangrijk vinden bij een sectoroverstijgende prestatie. Graag zetten we hier gezamenlijk met zorgverzekeraars op in. Zowel voor zorgverzekeraars als zorgaanbieders biedt gelijkgericht handelen voordelen. Ook sluit gelijkgericht handelen aan bij de hoofdlijnen van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Waarbij op grond van de Mededingingswet de ACM – net als bij gelijkgerichtheid bij impactvolle transformaties vanuit het IZA – constateert dat zorgverzekeraars in individuele gevallen moeten kunnen afwijken van door andere zorgverzekeraars gemaakte afspraken (of van afspraken die zij zelf elders gemaakt hebben).

Het belang van gelijkgericht handelen kwam in alle co-creatiesessies naar voren en ook in de reacties op een conceptversie van dit advies. Het wordt om verschillende redenen belangrijk gevonden.

#### *Intensiteit van het proces om tot nieuwe bekostiging te komen*

Ten eerste omdat elke nieuwe vorm van bekostiging veel tijd vraagt om te ontwikkelen en te implementeren. Met een sectoroverstijgende prestatie creëren we naast de reguliere

bekostigingsmogelijkheden ruimte voor maatwerkafspraken over het bekostigen van sectoroverstijgende zorg. Het creëren van een sectoroverstijgende prestatie is voor de betrokken aanbieders en zorgverzekeraars feitelijk een nieuwe vorm van bekostiging.

Om hiertoe te komen zullen aanbieders en zorgverzekeraars het met elkaar eens moeten worden over onder meer:

- *De inhoud van een sectoroverstijgende prestatie*
  - Welke zorg kan met de prestatie gedeclareerd worden?
  - Welke bestaande declaratiemogelijkheden voor die zorg, worden samengebracht in één sectoroverstijgende prestatie?
- *De relevante doelgroep*
  - Voor welke cliënten kan een sectoroverstijgende prestatie gedeclareerd worden?
- *Het tarief*
- *De financiële afwikkeling*
  - Welke aanbieder(s) mogen en gaan declareren en hoe gaan de zorgaanbieders onderling tot een verdeelafpraak komen?

De vragen zijn helder, maar het antwoord komt vaak na een intensief en langdurig traject tot stand. Een traject dat alleen succesvol doorlopen wordt als er sprake is van vertrouwen bij de betrokken aanbieders en zorgverzekeraars. En als er een gedragen beeld is over waarom de nieuwe bekostiging nodig is en wat de aanbieders ermee willen bereiken.

#### *Administratieve lasten*

Daarnaast ook vanwege de administratieve last. Als niet alle zorgverzekeraars mee willen in de nieuwe bekostiging, betekent een sectoroverstijgende prestatie een stapeling van declaratiemogelijkheden. Dat betekent een stapeling van administratieve lasten. Voor een enkeling is dit acceptabel maar veelal blijkt dit een onoverkomelijk punt waardoor een (goed) initiatief uiteindelijk niet wordt opgeschaald.

De zorgaanbieders die hebben meegedacht aan dit advies verwachten tegelijk dat als er wel gelijkgericht gehandeld wordt (vaak verwoord als 'volgbeleid') ze juist na enkele jaren een vermindering van administratieve last gaan ervaren ten opzichte van de bestaande situatie. Omdat:

- het declaratiesysteem eenvoudiger ingericht kan worden;
- makkelijk(er) onderling verrekend kan worden, omdat de prestatie idealiter zo wordt vormgegeven dat deze niet teruggerekend hoeft te worden naar sectorale prestaties en macrokaders, maar de onderlinge afspraken leidend zijn.

#### *Optimale effect bereiken*

Daarnaast verwachten de betrokken zorgaanbieders een minimaal positief effect van de sectoroverstijgende prestatie op de samenwerking, wanneer deze door enkele zorgverzekeraars gecontracteerd wordt en dus maar voor een deel van de cliënten geldt. Een minimaal effect in combinatie met een hogere administratieve last maakt een sectoroverstijgende prestatie niet gebruiksvriendelijk. Het tegenovergestelde geldt ook; indien gelijkgericht gehandeld wordt door zorgverzekeraars, verwachten de aanbieders een positief effect op de samenwerking én op het verlagen van de administratieve last.

### Geriant

Het in principe integrale zorgtraject kan gecontracteerd worden in de drie financieringsstromen van de wijkverpleging, GGZ en Wlz. Geriant ziet voordelen wanneer deze zorg met één betaaltitel in rekening gebracht kan worden bij de zorgverzekeraar en/of het zorgkantoor. De huidige systematiek brengt namelijk hoge kosten met zich mee door implementatie van de verschillende declaratiesystemen over de jaren heen en een energielek door de hoge registratielast.

Ook is er elk jaar sprake van intensieve contractonderhandelingen. Zorgcontractering voor twee verstrekkingen met meerdere zorgverzekeraars met net weer andere inkoop Eisen plus Wlz-inkoopafspraken met het zorgkantoor. De versnipperde inkoop leidt tot budgettaire onzekerheid door de verschillende omzetplafonds die onderling niet substitueerbaar zijn.

## 4.1.2 Uniformiteit voor een sectoroverstijgende prestatie

### Advies uniformiteit van sectoroverstijgende prestaties

Wij adviseren uniforme sectoroverstijgende prestaties die zodanig zijn vormgegeven dat de zorginhoud voldoende uniform is en deze uniform worden ingezet door zorgverzekeraars. Een uniforme sectoroverstijgende prestatie heeft de voorkeur boven een niet uniforme sectoroverstijgende prestatie omdat het minder ingewikkeld is om in te passen is in de risicoverevening, minder administratieve lasten met zich meebrengt voor zorgaanbieders en verzekeraars, het makkelijk maakt praktijkvariatie te onderzoeken en bijvoorbeeld zorginhoudelijke conclusies te trekken ten behoeve van pakketbeheer door het Zorginstituut.

Voor de systeempartijen, de NZa, het Zorginstituut en het ministerie van VWS, geldt dat een sectoroverstijgende prestatie beter kan functioneren en tot opschaling kan leiden als we uitgaan van *uniforme* sectoroverstijgende prestaties.

In zijn algemeenheid geldt dat een sectoroverstijgende prestatie het beste in te passen is in de macrokaders en de risicoverevening wanneer er per afgebakende aandoening of per gedefinieerde cliëntgroep in principe één sectoroverstijgende prestatie bestaat, die door alle zorgverzekeraars ingekocht wordt.

Wat we in de huidige praktijk vaak zien is dat er één kwaliteitsstandaard of zorgpadomschrijving in verschillende regio's wordt uitgerold om pilots mee te draaien of te experimenteren. Per regio zijn de inhoudelijke uitgangspunten gelijk, maar de operationele inrichting van het zorgpad verschilt. De mix van betrokken zorgaanbieders verschilt bijvoorbeeld, of wanneer zij ingezet worden in het zorgpad, of de populatie stroomt op een andere manier het zorgpad in (bijvoorbeeld in de ene regio komt de verwijzing vanuit de eerste lijn, in een andere regio vanuit de tweede lijn).

Dit pleit ervoor dat een sectoroverstijgende prestatie – binnen de grenzen die een uniforme inzet door zorgverzekeraars en zorgaanbieders mogelijk maakt – wat ruimer omschreven wordt, zodat de prestatie ruimte biedt voor regionale of lokale variatie in de organisatie van de zorg. Op die manier kunnen andere initiatieven die bijvoorbeeld dezelfde kwaliteitsstandaard hanteren deze prestatie inzetten voor het maken van goede contractafspraken.

Vanuit een uniforme sectoroverstijgende prestatie kunnen de NZa, het Zorginstituut, maar ook het ministerie van VWS informatie ophalen ten behoeve van bijvoorbeeld pakketbeheer, het monitoren van uitkomsten van zorg en mogelijke praktijkvariatie. Of bijvoorbeeld voor een kostprijsonderzoek, indien

een sectoroverstijgende prestatie na enige tijd opgenomen wordt in de landelijke bekostiging met een vast (maximum)tarief.

Om als prestatie te kunnen worden meegenomen in de risicoverevening is het belangrijk dat cliënten binnen een sectoroverstijgende prestatie voldoende homogeen zijn in termen van kosten en zorggebruik. Vergelijk dit met de dbc-systematiek in de medisch specialistische zorg. Een dbc is dusdanig afgebakend dat de populatie en zorglevering binnen de dbc homogeen is. Hiermee bedoelen we dat dezelfde dbc wordt gebruikt bij een vergelijkbare populatie en zorglevering. De dbc is daardoor bruikbaar om de verwachte kosten voldoende nauwkeurig te voorspellen binnen de risicoverevening.

Positioneren we een sectoroverstijgende prestatie juist als instrument om de concurrentie te versterken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars dan ontstaat een andere situatie. Elke regio zou afzonderlijk een eigen sectoroverstijgende prestatie, toegespitst op haar eigen dynamiek, kunnen aanvragen. In dat geval ontstaan er in potentie veel verschillende sectoroverstijgende prestaties naast elkaar.

Het voordeel is dat iedereen een specifieke, op de eigen situatie toegesneden prestatie kan ontwikkelen. Daartegenover staat dat het negatieve gevolgen heeft voor de opschalingsmogelijkheden, omdat een sectoroverstijgende prestatie te regiospecifiek is en niet elders in Nederland past bij de regionale situatie. Het creëert meer administratieve lasten voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders en maakt het moeilijker om eenduidige gegevens te verzamelen en een sectoroverstijgende prestatie in te passen in de risicoverevening en de macrokaders. Bij niet uniforme sectoroverstijgende prestaties kunnen deze alleen goed ingepast worden in de risicoverevening wanneer zij de huidige administratie permanent blijven voortzetten. Dat zou langdurig extra administratieve last betekenen. Dit is zeer onwenselijk.

## 4.2 De te verzekeren prestaties, wettelijke eigen bijdragen en het eigen risico

### 4.2.1 De te verzekeren prestaties

#### **Uitgangspunt in relatie tot aanspraken**

Het uitgangspunt voor een sectoroverstijgende prestatie is dat met een sectoroverstijgende prestatie de aanspraak op grond van de Zvw en de Wlz niet verandert.

Voor sommige zorg in het basispakket geldt een beperking, zoals een maximum aantal behandelingen of maximum aantal behandeluren per jaar (bijvoorbeeld ergotherapie en dieetadvisering), een limitatief aantal indicaties waarvoor de zorg wordt vergoed (bijvoorbeeld fysiotherapie<sup>1</sup> en oefentherapie) of eigen betalingen (eerste twintig behandelingen fysiotherapie en oefentherapie voor vergoede indicaties, eigen bijdrage voor gehoorapparaat etc.). De beperkingen in het basispakket gelden ook voor zorg die in een sectoroverstijgende prestatie wordt geleverd. Er is geen grondslag in de Zvw om de zorg die niet in het basispakket is opgenomen in het kader van een sectoroverstijgende prestatie wel voor vergoeding in aanmerking te laten komen. Het Zorginstituut vindt dit als pakketbeheerder ook niet wenselijk, omdat de inhoud van het basispakket dan niet voor alle verzekerden gelijk is; niet alle zorgverzekeraars zullen dezelfde sectoroverstijgende prestaties afsluiten met dezelfde zorgaanbieders.

<sup>1</sup> Het Zorginstituut is op dit moment bezig met een adviestraject om te kijken of (een deel van) de fysiotherapie weer in het basispakket kan stromen. Het Zorginstituut zal hierover een advies brengen.

De beperkingen in het basispakket vormen mogelijk een belemmering voor de invoering van een sectoroverstijgende prestatie. Belemmeringen in de aanspraak kunnen leiden tot complexiteit bij partijen wanneer de kaders en voorwaarden van een sectoroverstijgende prestatie duidelijk worden ('aanspraak = aanspraak' en 'bekostiging volgt de aanspraak'). Wanneer partijen wel doorgaan met hun initiatief en dus samenwerken zonder passende bekostiging, heeft dit als risico voor de implementatie dat financiële gelijkgerichtheid ontbreekt. Iedereen wordt gefinancierd vanuit zijn eigen 'eiland', terwijl door een goede samenwerking de baten ergens anders kunnen landen. Een sectoroverstijgende prestatie zou dit tegen kunnen gaan omdat de afspraken hierover aan de voorkant gemaakt worden. Dit is moeilijker met een monodisciplinaire bekostiging; geld kan niet zomaar tussen aanbieders heen en weer geschoven worden. Zie bijlage 3 voor een korte uitleg over de aanspraak.

Afhankelijk van hoe een sectoroverstijgende prestatie wordt ingericht kan een dergelijke prestatie ervoor zorgen dat een behandeling van een zorgvraag, of de zorg nu in de eerste of tweede lijn plaatsvindt, voor de cliënt altijd dezelfde kosten met zich meebrengt. Hierdoor is er geen financiële prikkel voor een cliënt om al dan niet te kiezen voor een behandeling in de eerste lijn. De keuze voor de behandeling kan op basis van verwachte effect op gezondheid en functioneren gemaakt worden.

#### **GLA:D**

GLA:D is een evidence based programma op basis van ten minste twaalf behandelingen en twee groepsbehandelingen (voorlichtingssessies). Deze twee sessies worden op dit moment betaald uit het ziekenhuisbudget.

Bij het initiatief GLA:D is de aanspraak fysiotherapie een knelpunt. In art. 2.6, vijfde lid, Bzv is opgenomen:

*Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefen therapie bij artrose van heup- of kniegewricht. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste twaalf behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden.*

De aanspraak voor fysiotherapie is in dit geval begrensd op twaalf behandelingen per twaalf maanden, waarbij het eigen risico geldt. Daarna zijn de kosten van de fysiotherapeut voor eigen rekening van de cliënt. Ook de zorg geleverd door de orthopeed kent het eigen risico. Wanneer het eigen risico is voldaan, hoeft de cliënt de verdere medisch specialistische zorg niet meer te betalen. Door deze andere vergoeding ligt zoals eerder vermeld de prikkel verkeerd, wat mogelijke substitutie van zorg moeilijker maakt. Ook komt de toegang tot de orthopedische zorg in het geding; de orthopeed ziet daardoor misschien meer cliënten dan nodig is.

Wanneer een sectoroverstijgende prestatie zonder verdere veranderingen in de systematiek wordt doorgevoerd is verder het gevolg dat 'achter de voordeur' voor elke cliënt moet worden teruggerekend naar het deel eigen risico voor de fysiotherapeutische zorg en de medische specialistische zorg. Wanneer meer dan twaalf behandelingen fysiotherapeutische zorg worden gegeven aan de cliënt, moet dan ook telkens worden teruggerekend naar de eigen kosten voor de cliënt.

## **4.2.2 Knelpunten in de wettelijke eigen bijdragen en het eigen risico**

### **Advies in relatie tot eigen bijdrage/eigen risico**

De eigen bijdrage en het eigen risico moeten conform wettelijke kaders per verzekerde afgerekend worden en gebaseerd worden op daadwerkelijk geleverde zorg. Omdat de toepassing kan verschillen tussen de prestaties die ten grondslag liggen aan een sectoroverstijgende prestatie, is een oplossingsrichting nodig. Enerzijds kunnen zorgverzekeraars specifieke doelgroepen vrijstellen van het eigen risico en anderzijds kan regelgeving aangepast worden. Specifiek kan dan gedacht worden aan aanpassing van het Bzv om het rekenen met gemiddelden per zorgpad mogelijk te maken. Geredeneerd vanuit het mogelijk maken van een snellere opschaling van sectoroverstijgende prestaties is een dergelijke aanpassing aan te bevelen. De afweging of aanpassing van het Bzv gewenst is in het kader van een sectoroverstijgende prestatie t.o.v. de beleidsdoelstelling die het ministerie beoogt met het eigen risico en de eigen bijdrages ligt bij het ministerie van VWS.



We kennen in Nederland het eigen risico en de eigen bijdrage. Het eigen risico is mede ingevoerd om de zorgpremie te dempen, omdat het eerste deel van de zorgkosten door de burger zelf betaald moet worden. Ook moet het bijdragen aan bewustwording bij burgers over de kosten van zorg.

De eigen bijdragen en het eigen risico zijn in het systeem van de Zvw gekoppeld aan de te verzekeren prestaties. Zo geldt bijvoorbeeld geen eigen risico voor huisartsenzorg, maar wel voor medisch specialistische zorg. Voor bepaalde vormen van zorg geldt een eigen bijdrage, bijvoorbeeld voor hulpmiddelen en kraamzorg. De wijze waarop deze eigen betalingen zijn vormgegeven in de Zvw geeft mogelijk knelpunten bij invoering van een sectoroverstijgende prestatie. Een sectoroverstijgende prestatie bestaat per definitie uit zorg uit verschillende sectoren. Het gaat dan om een zorgpad dat uit verschillende te verzekeren prestaties bestaat. 'Achter de voordeur' van een sectoroverstijgende prestatie zal als gevolg van het systeem van eigen bijdragen en het eigen risico moeten worden bepaald welke zorg de verzekerde heeft ontvangen om zo te kunnen vaststellen welke eigen betaling de verzekerde verschuldigd is.

### 4.2.3 Oplossingsrichtingen

Vanwege het eigen risico en de wettelijke eigen bijdrage zal bij een sectoroverstijgende prestatie vaak alsnog herleid moeten worden welke zorg precies is geleverd binnen een zorgpad. Om het sectoroverstijgende karakter van een sectoroverstijgende prestatie te vergroten en deze exercitie te voorkomen kan gedacht worden aan het werken met een gemiddelde of een vast bedrag per gedeclareerde sectoroverstijgende prestatie.

Een sectoroverstijgende prestatie waarin een gemiddelde (voor bijvoorbeeld aanspraken die zijn beperkt in aantal) of een vast bedrag (bij het berekenen van het eigen risico of de wettelijke eigen bijdrage) wordt afgesproken, ongeacht daadwerkelijk geleverde zorg/bestede tijd, geeft een doelmatigheidsprikkel aan zorgaanbieders. In dat geval rekenen zorgaanbieder en zorgverzekeraar in een bundel met gemiddelden en spreken ze daar *aan de voorkant (voorafgaand aan het leveren en declareren van de zorg)* een tarief voor af. Er kan ook gebruik worden gemaakt van zorgzwaartedifferentiatie.

Als voorbeeld kan worden gekeken naar een sectoroverstijgende prestatie waarbinnen zowel conservatieve als operatieve medisch specialistische zorg geleverd wordt. Hiervoor wordt één tarief afgesproken en een vast bedrag voor het eigen risico. Dit geeft de zorgaanbieder een prikkel om conservatief te behandelen; daarbij zullen de kosten in verhouding tot het tarief gunstiger zijn. Nadelig gevolg kan zijn dat een cliënt bij een conservatieve behandeling in vergelijking met de huidige situatie meer eigen risico kwijt is. De bundelprijs zal immers hoger liggen met de inclusie van de operatieve zorgpaden. Dit tarief is in verhouding juist minder wanneer toch operatief moet worden ingegrepen. Overigens kan een dergelijke sectoroverstijgende prestatie alleen goed werken in de praktijk wanneer ook de uitkomsten van de geleverde zorg inzichtelijk zijn.

### De oplossingsrichting voor GLA:D

#### *Aanspraak en eigen risico*

Hierbij wordt gedacht aan het opnemen van een *gemiddeld* aantal zittingen (fysiotherapie) in een sectoroverstijgende prestatie.

Ter illustratie het volgende. Cliënt X neemt deel aan het GLA:D programma. Aan de cliënt wordt duidelijk gemaakt dat daarmee twaalf zittingen van zijn/haar aanspraak aangesproken worden, en bedrag X aan eigen risico moet worden voldaan (voor zowel de fysiotherapeutische zorg als de medisch specialistische zorg).

Krijgt de cliënt vervolgens acht zittingen (dus minder dan afgesproken in een sectoroverstijgende prestatie), of zestien zittingen (dus meer dan afgesproken in een sectoroverstijgende prestatie), dan verandert dit niets aan de afgesproken kosten; er is een gemiddelde afgesproken.

De afspraak wordt in zo'n geval los gezien van de aanspraak en het eigen risico. *Aan de voorkant* wordt dit voor elke cliënt afgesproken, zodat aan de achterkant niet voor elke individuele cliënt teruggerekend hoeft te worden.

#### *Eigen risico huisarts*

In een sectoroverstijgende prestatie is het eigen risico van toepassing. Echter, wanneer de huisarts ook opgenomen wordt in een sectoroverstijgende prestatie voor GLA:D, hetgeen nu gewenst is voor de juiste samenwerking, kent de huisartsenzorg geen eigen risico. Ook hier zijn de afspraken aan de voorkant belangrijk. Tijdens de co-creatiesessie is uitgesproken dat de poortwachtersfunctie gerespecteerd dient te worden en dus pas bij instap in het daadwerkelijke programma (en niet al bij het eerste contact met de huisarts), het eigen risico van toepassing dient te zijn.

### *Wettelijke kaders*

De oplossingsrichting om te werken met gemiddelden is op dit moment, binnen de huidige wetgeving, niet mogelijk. Een zorgverzekeraar mag binnen de basisverzekering niet meer vergoeden dan wettelijk is vastgelegd. Ook is er een probleem wanneer een cliënt voor meer zorg moet betalen dan de cliënt ontvangen heeft.

Het zou de uniformiteit van de aanspraken niet ten goede komen wanneer zorgverzekeraars zelf kunnen kiezen wanneer zij iets wel of niet binnen de basisverzekering vergoeden *terwijl* er wettelijk is vastgelegd wat de kaders zijn van de basisverzekering. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten in hun afspraken voor een sectoroverstijgende prestatie hiermee rekening houden en kijken hoe het initiatief binnen deze kaders kan worden vergoed, en welke verrekening plaats dient te vinden. Dit is een praktische uitdaging die, zonder aanpassing van de wettelijke kaders, opschaling en contractering van sectoroverstijgende prestaties in de weg kan staan.

### *Het wettelijk mogelijk maken van rekenen met gemiddelden*

Om het rekenen met gemiddelden voor het verrekenen van het eigen risico en/of de eigen bijdrage mogelijk te maken zal aanpassing van regelgeving nodig zijn. Specifiek kan dan gedacht worden aan aanpassing van het Bzv. Elke keuze voor wijziging van wetgeving is een beleidskeuze die bij het ministerie van VWS ligt en waarbij de afweging gemaakt moet worden wat zwaarder weegt; het oorspronkelijke beleidsdoel van het eigen risico of het opschalen van sectoroverstijgende prestaties.

### *De mogelijkheden van zorgverzekeraars*

Er is ook nog een andere oplossing denkbaar. De zorgverzekeraar heeft de mogelijkheid om een deel van de zorg vrij te stellen van het eigen risico. Dit heeft wel direct impact op de eigen middelen van een zorgverzekeraar, omdat zij de medefinanciering vanuit de verzekerden zelf financieel moeten opvangen. In de praktijk zien wij tot op heden niet vaak terug dat zorgverzekeraars deze mogelijkheid inzetten. Het buiten toepassing laten van het eigen risico betreft een concurrentiemiddel van een zorgverzekeraar. Vooraf is voor verzekerden duidelijk wanneer wel of geen eigen risico wordt gerekend.

Daarnaast kan een zorgverzekeraar ervoor kiezen om de wettelijke eigen bijdrage niet in rekening te brengen bij de verzekerde. Dit is geen mogelijkheid die in de wet is vastgelegd, maar betreft een

coulanceregeling vanuit een zorgverzekeraar. Anders dan het buiten toepassing verklaren van het eigen risico is een coulanceregeling niet iets wat vooraf wordt vastgelegd.

Voor beide mogelijkheden geldt dat dit niet afdwingbaar is, en dus een beleidskeuze is van een individuele zorgverzekeraar.

## 4.3 Risicoverevening: mede gebaseerd op declaratiedata

### Advies risicoverevening

Om een sectoroverstijgende prestatie in te passen binnen de bestaande structuren van de risicoverevening adviseren wij een uniforme prestatie die gelijk is voor alle zorgverzekeraars. Voor het inbrengen van de kosten van de sectoroverstijgende prestatie in de risicoverevening dient een logische verdeelsleutel te worden afgesproken waarmee zorgverzekeraars de kosten naar sector kunnen verdelen. Wanneer de sectoroverstijgende prestatie zorgactiviteiten vervangt die nu via zorgdeclaraties leiden tot een hogere vereveningsbijdrage wordt naast de verdeelsleutel ook een zorgactiviteitenregistratie bijgehouden voor die betreffende zorgactiviteiten. In de huidige situatie worden deze zorgactiviteiten al geregistreerd. De registratie behoudt dezelfde vorm als de huidige situatie, waardoor de administratieve lasten van de registratie voor zorgaanbieders beperkt blijven. De impact op de risicoverevening kan per sectoroverstijgende prestatie verschillen en is onder andere afhankelijk van de exacte vormgeving van de sectoroverstijgende prestatie.

De risicoverevening is een belangrijk instrument in ons zorgstelsel om de solidariteit en gelijke kansen op een goede basisverzekering te borgen voor iedereen in Nederland. De introductie van een sectoroverstijgende prestatie binnen de huidige systematiek levert een aantal knelpunten op. De impact op de werking en uitvoering van de risicoverevening hangt af van verschillende factoren zoals de vormgeving en zorginhoud van de sectoroverstijgende prestatie. Zie bijlage 3 voor een verdere toelichting op de risicoverevening.

In paragraaf 4.3.1 en 4.3.2 beschrijven we deze knelpunten en de mogelijke oplossingsrichtingen op hoofdlijnen. Een meer technische uitwerking van deze knelpunten wordt beschreven in bijlage 4.

### 4.3.1 Knelpunten in de huidige systematiek

Kosten die geduid zijn als Zvw-kosten vallen in principe onder de risicoverevening en mogen worden ingebracht door zorgverzekeraars. De vereveningsbijdrage die zorgverzekeraars ontvangen wordt berekend aan de hand van de indeling van verzekerden in vereveningskenmerken, de bijbehorende normbedragen en de toepassing van de ex-post maatregelen.

Zorgkosten kunnen alleen worden meegenomen in de risicoverevening als onderscheid gemaakt kan worden naar de kosten op sectorniveau en de kosten op persoonsniveau beschikbaar zijn. Bij de sectoroverstijgende prestatie verdwijnt het onderscheid op sectorniveau. Met als gevolg dat deze kosten in beginsel niet meegenomen worden. Dit maakt de risicoverevening minder nauwkeurig waardoor de vereveningsbijdrage minder goed aansluit op de verwachte kosten van verzekerden op basis van hun risicoprofiel. Dit kan impact hebben voor de verdeling tussen zorgverzekeraars en vooral negatieve financiële gevolgen hebben voor zorgverzekeraars die gebruik maken van een sectoroverstijgende prestatie.

Verzekerden worden ingedeeld in diverse vereveningskenmerken op basis van zorggebruik en zorgkosten. Bij kenmerken waarvan de indeling gebaseerd wordt op zorggebruik is het noodzakelijk dat

de onderliggende declaraties volledig, juist en uniform voor alle zorgverzekeraars zijn. Hierbij bedoelen we dat alle zorgverzekeraars dezelfde prestaties gebruiken bij een vergelijkbare verzekerde en geleverde zorg; dit is het geval bij reguliere prestaties. Een sectoroverstijgende prestatie heeft, als nieuwe type prestatie, in beginsel niet dezelfde kenmerken als een reguliere prestatie. Waar reguliere prestaties bijvoorbeeld door alle zorgverzekeraars worden gehanteerd is een sectoroverstijgende prestatie, vanwege het contractvereiste, in de basis een zorgverzekeraar-specifieke prestatie. Bovendien kan het zorgpad van een sectoroverstijgende prestatie minder uniform zijn dan een reguliere prestatie doordat een sectoroverstijgende prestatie in de basis zorginhoudelijk breder is opgezet. Op voorhand is namelijk niet te voorspellen welk zorgpad een willekeurige verzekerde exact zal doorlopen. Daardoor ontstaan verschillen in de zorgzwaarte van de geleverde zorg tussen verzekerden en leveren niet alle sectoren binnen de sectoroverstijgende prestatie zorg bij iedere verzekerde. Alleen als een sectoroverstijgende prestatie zodanig vergelijkbaar is met reguliere prestaties voor wat betreft de uniforme inzet door zorgverzekeraars en zorgaanbieders, is het mogelijk om de declaraties van een sectoroverstijgende prestatie in de vereveningskenmerken op te nemen. Als dat niet mogelijk is, loopt de zorgverzekeraar compensatie mis bij een sectoroverstijgende prestatie.

Bij de afleiding van het kenmerk diagnose kosten groepen (DKG) in het somatisch model worden dbc-declaratiecodes gebruikt.

**Long Alliantie Nederland/COPD** omvat dbc's van de longgeneeskunde. Binnen de dbc-systematiek zijn de dbc's dusdanig vastgelegd dat de zorgzwaarte binnen een dbc homogeen is waardoor ook het verwachte zorggebruik voldoende vergelijkbaar is tussen verzekerden; zorgverlening met zware zorgzwaarte leidt immers af tot een andere dbc dan een lichte zorgzwaarte. Bovendien is het zorggebruik binnen de dbc homogeen; wanneer een verzekerde zorg ontvangt van zowel de longarts als cardioloog worden dbc's parallel gebruikt waarbij onder andere de specialismecodes verschillen.

Bij de afleiding van het kenmerk meerjarige kosten van verpleging en verzorging (MVV) in het somatisch model worden de kosten per verzekerde binnen de kostenrubriek 'Verpleging en Verzorging' gebruikt. **Geriant** omvat wijkverpleging welke binnen de rubriek 'Verpleging en Verzorging' wordt meegenomen. Hoewel wijkverpleging diverse (zorgverzekeraar-specifieke) prestaties kent, worden alle kosten van de wijkverpleging –via deze kostenrubriek – uniform door de zorgverzekeraar aangeleverd als kosten in euro's. Daardoor kunnen de kosten van de wijkverpleging wel worden meegenomen.

### 4.3.2 Uitwerking oplossingsrichtingen

De introductie van een sectoroverstijgende prestatie binnen de huidige systematiek waarbij de huidige verevende werking en complexiteit in de uitvoering ervan gelijk blijven is niet onmogelijk. In de beschreven oplossingsrichting gaan we uit van uniforme sectoroverstijgende prestaties. De exacte werkwijze bij een *uniforme* sectoroverstijgende prestatie hangt af van hoe de zorg binnen de huidige prestatie wordt meegenomen in de risicoverevening. De uitwerking vraagt hoe dan ook om maatwerk.

### **Uniforme en niet uniforme prestaties (zie ook paragraaf 4.1.2)**

Een uniforme sectoroverstijgende prestatie is uniform in het verwachte zorggebruik van verzekerden die in een sectoroverstijgende prestatie zijn opgenomen. Hoewel de zorginhoud van de sectoroverstijgende prestatie enigszins kan verschillen per verzekerde, is de zorginhoud voor de gemiddelde verzekerde over alle zorgverzekeraars wel vergelijkbaar.

Bij een sectoroverstijgende prestatie die niet uniform is voor alle zorgverzekeraars kan de prestatie niet worden meegenomen in de risicoverevening omdat onvoldoende duidelijk is wat het zorggebruik van de verzekerden is. Het gebrek aan uniformiteit vraagt om een registratie waarmee onderlinge verschillen in zorgzwaarte tussen sectoroverstijgende prestaties kunnen worden afgeleid. Met deze registratie wordt de zorg van sectoroverstijgende prestaties herleid naar de reguliere prestaties. Het bijhouden van een volledige dubbele registratie geeft een hoge administratieve last die voor de praktijk als wenselijk is.

In bepaalde gevallen kan een uniforme sectoroverstijgende prestatie ook vragen om een aanvullende registratie (zie beschrijving in de hoofdstekst). In de huidige systematiek wordt namelijk alleen verevend op basis van daadwerkelijk zorggebruik en niet op basis van verondersteld gebruik. Anders kan er een prikkel tot risicoselectie ontstaan: de zorgverzekeraar ontvangt dan een bijdrage voor zorg die niet per se hoeft te zijn geleverd waardoor het loont om zorg voor verzekerden met een relatief lichte zorgzwaarte via een sectoroverstijgende prestatie te bekostigen. Bij een uniforme sectoroverstijgende prestatie is de aanvullende registratie dan alleen nodig voor een deel van de zorg binnen de prestatie en volstaat een zogenaamde zorgactiviteitenregistratie.

De extra administratieve last van een zorgactiviteitenregistratie is naar verwachting kleiner dan bij een volledige dubbele registratie. Uniforme sectoroverstijgende prestaties zijn vanwege hun uniformiteit in het verwachte zorggebruik en ondanks de administratieve last van een zorgactiviteitenregistratie gemakkelijker in te passen in de huidige systematiek van de risicoverevening dan niet uniforme prestaties.

Als er *geen* zorg wordt vervangen die nu via zorgdeclaraties in een vereveningskenmerk landt, spreken zorgaanbieders en zorgverzekeraars een logische verdeelsleutel af. De zorgverzekeraar kan met deze verdeelsleutel de zorgkosten van de sectoroverstijgende prestatie naar sector verdelen en vervolgens inbrengen in de risicoverevening. Deze verdeelsleutel wordt bepaald op basis van de verwachte zorg binnen de sectoroverstijgende prestatie. Hierbij is het van belang dat de verdeelsleutel zo goed mogelijk aansluit op de verwachte praktijk van de sectoroverstijgende prestatie. De verdeelsleutel wordt voorafgaand aan een vereveningsjaar bepaald en vastgelegd in het Handboek informatie Zorgverzekeringswet uitgegeven door het Zorginstituut en geldt gedurende de gehele vereveningscyclus van een vereveningsjaar.

Wanneer de uniforme sectoroverstijgende prestatie *wel* zorg vervangt die nu via zorgdeclaraties in een vereveningskenmerk landt, wordt er een verdeelsleutel afgesproken én dienen de zorgactiviteiten te worden geregistreerd voor die zorg die in de risicoverevening belandt. Alleen als er voldoende zekerheid is over de daadwerkelijk verleende zorg, kan de prestatie worden meegenomen in een vereveningskenmerk. Een zorgactiviteitenregistratie geeft inzicht in de daadwerkelijk verleende zorg. Alleen de zorgactiviteiten die leiden tot indeling in de risicoverevening moeten worden geregistreerd. In de huidige praktijk worden deze zorgactiviteiten al geregistreerd door zorgaanbieders waardoor de administratieve lasten beperkt blijven. Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij hiervoor goede afspraken maken met zorgaanbieders. Idealiter worden de geregistreerde zorgactiviteiten op dezelfde wijze geregistreerd en aangeleverd aan zorgverzekeraars als in de huidige systematiek.

## Geriant

Bij Geriant wordt de zorg gecontracteerd uit drie verschillende financieringsstromen. Op basis van de reguliere prestaties kan een inschatting worden gemaakt van de verdeling van de omzet over de verschillende wettelijke domeinen en zorgsectoren. Stel dat twee/derde van de verwachte kosten uit een sectoroverstijgende prestatie voortvloeit uit Zvw-prestaties waarbij verpleging en verzorging en GGZ evenredig zijn verdeeld, en een derde uit Wlz-prestaties. Deze verdeelsleutel (33% wijkverpleging, 33% GGZ en 33% Wlz (multidisciplinaire zorg)) kan dus worden gehanteerd door de zorgverzekeraar om de kosten uit een sectoroverstijgende prestatie toe te delen naar sectoren. Deze verdeelsleutel volstaat voor de indeling in kenmerken omdat hiermee de kosten kunnen worden verdeeld over het somatisch en GGZ-model.

In de beschreven oplossingsrichting worden zorgkosten op de gebruikelijke manier verevend. Nieuwe sectoroverstijgende prestaties neemt het Zorginstituut mee in het regulier (jaarlijks) onderhoud. Het Zorginstituut toetst dan volgens de gebruikelijke systematiek (zoals bijvoorbeeld bij nieuwe reguliere prestaties) of de prestatie in een kenmerk kan landen. In dit proces betreft het Zorginstituut zorgverzekeraars en het ministerie van VWS. Op de langere termijn zou via het groot onderhoud aan het risicovereveningsmodel een apart vereveningskenmerk en/of risicoklasse voor een sectoroverstijgende prestatie kunnen worden vormgegeven.

Een sectoroverstijgende prestatie die in de risicoverevening wordt meegenomen vraagt om monitoring en periodieke evaluatie van de prestatie. Hierbij dient onder andere te worden gekeken of de cliëntgroep waarvoor de sectoroverstijgende prestatie wordt ingezet nog voldoende overeenkomt met de cliëntgroep waarvoor de prestatie bij de aanvraag is ingericht. We adviseren om de omvang van de sectoroverstijgende prestatie te monitoren en de verdeelsleutel om de drie jaar te evalueren. Een sectoroverstijgende prestatie die via zorgdeclaraties in een vereveningskenmerk landt vraagt om extra monitoring. Zonder monitoring en periodieke evaluatie kan een sectoroverstijgende prestatie niet worden meegenomen in de risicoverevening. Hetzelfde geldt als een sectoroverstijgende prestatie onvoldoende uniform blijkt te zijn of wanneer er onvoldoende zekerheid is over de daadwerkelijke geleverde zorg. De onderliggende zorg van de sectoroverstijgende prestatie kan dan alleen in de risicoverevening landen als de huidige registratie volledig blijft gehandhaafd.

In de beschreven oplossingsrichting is de verevening van zorgkosten mogelijk suboptimaal. Afhankelijk van de zorginhoud en vormgeving van de sectoroverstijgende prestatie kan de prikkel voor doelmatigheid toenemen of juist afnemen. De zorg uit een sectoroverstijgende prestatie blijft echter wel binnen het risicodragend deel van de risicoverevening waarmee de doelmatigheidsprikkel voor zorgverzekeraars aanwezig blijft.

Herziening van het huidige model kan een oplossing zijn op langere termijn. In de huidige systematiek wordt de vereveningsbijdrage gebaseerd op het risicoprofiel van de verzekerden, waarbij dit risicoprofiel onder andere wordt afgeleid van zorggebruik en de onderliggende zorgdeclaraties. Integrale bekostiging heeft daardoor per definitie impact op de risicoverevening. Een lange termijn oplossing kan een transitie zijn waarbij het risicoprofiel niet meer/minder op zorgdeclaraties is gebaseerd. Een mogelijke uitwerking hiervan is een op aandoeningsgerichte risicoverevening, maar een dergelijke uitwerking vraagt nog om veel extra onderzoek. Het ministerie van VWS start op korte termijn met een onderzoek naar de haalbaarheid en de effecten van een op aandoeningsgerichte risicoverevening. Een dergelijke transitie in de vormgeving van het risicovereveningsmodel sluit aan bij de beweging naar passende zorg en meer integrale bekostiging.

## 4.4 Macro(deel)kaders: verdeeld naar wet en zorgsector

Het ministerie van VWS bepaalt jaarlijks hoeveel geld er beschikbaar is voor de Wlz en de Zvw. We noemen dit de financiële macrokaders. De lasten voor Zvw en Wlz zijn hard 'afgeschot'. Dat betekent dat het wettelijk niet mogelijk is om Zvw-zorg te vergoeden uit de Wlz en andersom. De macrodeekaders binnen de Zvw zijn vaak sectoraal van aard, en niet sectoroverstijgend. Wanneer er een macrobeheersinstrument geldt, zijn de sectorale schotten ook hard. Uitwisseling van geld tussen de sectorale deekaders is dan lastiger.

### Advies macrodeekaders

Bij de introductie van een sectoroverstijgende prestatie zien wij twee mogelijke routes:

- a Een sectoroverstijgende prestatie kan met een verdeelsleutel alsnog over de bestaande macrodeekaders verdeeld worden. Een voordeel is dat het geen aanpassing van de huidige macrodeekaders en daarmee samenhangende bestuurlijke afspraken vraagt. Een nadeel is dat het administratieve lasten voor de zorgverzekeraars meebrengt en dat de verdeelsleutel op termijn niet meer zal aansluiten op de werkelijkheid, omdat met een sectoroverstijgende prestatie een verschuiving of vermindering van zorg wordt verwacht.
- b Een sectoroverstijgende prestatie wordt in het begin ten laste gebracht van het bestaande macrodeekader 'Overig curatieve zorg'. Wanneer er meer dan 100 miljoen euro in een sectoroverstijgende prestatie omgaat zal een eigen macrodeekader beter passen. Vanaf inwerkingtreding van de prestatie start een verkenning om ook voor dit nieuwe kader instrumentarium te ontwikkelen om te kunnen bijsturen in het kader van macrokostenbeheersing. Voordeel van deze optie is dat financiële gelijkgerichtheid tussen aanbieders en verzekeraars kan ontstaan, omdat er niet terug geredeneerd hoeft te worden naar de sectoren t.b.v. verantwoording aan het juiste macrodeekader. Een bijeffect is dat er in het begin een financiële prikkel bestaat voor zorgverzekeraars om zorg via een sectoroverstijgende prestatie in te kopen. Omdat deze enerzijds ten laste wordt gebracht van een mbi vrij kader en anderzijds er in de sectorale kaders meer ruimte komt voor zorg die niet in een sectoroverstijgende prestatie zit.

Om een keuze te maken tussen beide opties moeten de effecten gewogen worden ten opzichte van de beleidsdoelstellingen van het ministerie van VWS op het gebied van vermindering administratieve last enerzijds en de macrobeheersbaarheid anderzijds. Deze weging is aan het ministerie van VWS.

Een sectoroverstijgende prestatie bestaat per definitie uit zorg uit verschillende sectoren en mogelijk soms ook uit zorg uit verschillende domeinen. Met de huidige structuur van financiële macro(deel)kaders en beheersinstrumenten zal altijd een financiële toerekening moeten worden gemaakt naar deze financiële kaders. Kortom een toerekening naar sectoren en/of domeinen. Als een sectoroverstijgende prestatie wordt geïntroduceerd, zou die aan de achterkant dus weer naar sector of domein moeten worden terug geredeneerd om de juiste financiële toerekening te maken voor de begrotingsstukken van het ministerie van VWS. Alleen op die manier kunnen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders verantwoordelijk zijn besteed en alleen op die manier kunnen de mogelijkheden voor macrokostenbeheersing worden toegepast. Momenteel wordt deze manier van verdelen (terugrekenen naar sector) aan de achterkant toegepast bij de integrale geboortezorg. Wanneer er echter veel verschillende sectoroverstijgende prestaties ontstaan die in samenstelling en formaat verschillen, wordt deze verdeling lastig te maken.

We hebben daarom gekeken wat er nodig is om flexibeler om te gaan met de financiële macrokaders voor de Zvw en de Wlz om sectoroverstijgende zorg integraal te bekostigen en te verantwoorden. Er zijn drie verschillende oplossingsrichtingen. Hierbij is ervan uitgegaan dat wanneer zorg uit verschillende domeinen wordt verleend wel altijd (ook) een Wlz-indicatie is afgegeven.

## 4.4.1 Oplossingsrichtingen

### Oplossingsrichting 1: toepassing verdeelsystematiek

Bij deze oplossingsrichting houden we alle huidige financiële macro(deel)kaders in stand. De zorgkosten vanuit een sectoroverstijgende prestatie zullen worden verdeeld over deze kaders op basis van een verdeelsleutel. Voordeel van deze oplossingsrichting is dat deze aansluit bij de bestaande kaders en de mogelijkheden hierbinnen. Er is geen aanpassing nodig en ook de huidige mbi's kunnen onveranderd blijven.

Nadeel is dat de verdeling van de kosten naar sectoren en domeinen zowel voor de praktijk als voor overheidspartijen lastig kan zijn. En dat deze verdeling over de tijd kan veranderen. Zeker doordat we binnen een sectoroverstijgende prestatie een verandering van zorggebruik verwachten, omdat aanbieders een financiële prikkel ervaren om onder andere de zorg efficiënter te organiseren en zwaardere zorg te voorkomen.

De individuele toewijzing van delen van de prestatie aan de verschillende domeinen en sectoren zal moeten worden uitgevoerd door de zorgverzekeraar. Hiervoor kan de verzekeraar de verdeelsleutel gebruiken die bij de aanvraag van de sector overstijgende prestatie door de zorgaanbieders is vastgesteld. De zorgverzekeraar zal in het kader van rechtmatigheidscontroles ook bij deze zorg regelmatig moeten peilen welke zorg daadwerkelijk geboden is. Hierdoor is de zorgverzekeraars het best in staat om deze verdeling te maken en de actualiteit hiervan te benaderen.

Deze optie zorgt voor meer administratieve lasten bij de zorgverzekeraars. Dit is waarschijnlijk te overzien wanneer er slechts een paar sectoroverstijgende prestaties zijn, maar neemt toe wanneer er meer sectoroverstijgende prestaties worden afgesproken. De verzekeraar zal echter voor de risicoverevening al een soortgelijke uitsplitsing moeten maken. De totale hoeveelheid extra werk ten opzichte hiervan is daarom beperkt.

Bij het begin van een sectoroverstijgende prestatie volstaat nog de omzetverdeling in het jaar voorafgaand aan de prestatie. Dit kan ingeschat worden op basis van de reguliere prestaties die de sectoroverstijgende prestatie gaat vervangen. Om ook over een langere periode een correcte verdeling over de sectoren en domeinen te kunnen maken, zou periodiek onderzoek nodig zijn door de zorgverzekeraars of de NZa om te bepalen of de verdeelsleutel nog aansluit bij de praktijk. Doel van een sectoroverstijgende prestatie is namelijk ook een verandering in de wijze van leveren van zorg te bewerkstelligen.



### **Integrale geboortezorg**

Deze werkwijze vindt momenteel plaats bij de integrale geboortezorg. De kosten van de integrale geboortezorg worden verdeeld door het ministerie van VWS op basis van een verdeling die door de NZa is gemaakt. De huidige verdeling is gebaseerd op de historische verdeling tussen de sectoren, niet op de huidige indeling. Voordeel is dat de kosten makkelijk verdeeld kunnen worden en het mbi binnen de MSZ niet hoeft te worden aangepast.

Wat lastiger is, is dat er geen zorgactiviteiten worden gedocumenteerd waardoor de wettelijke taken van het Zorginstituut om kostenontwikkelingen te signaleren en duiden, en om de risicoverevening uit te voeren lastiger uitvoerbaar zijn. Ook wordt het niet duidelijk voor de verdeling van de kosten verandert, wanneer de inhoud van de prestatie gedurende de looptijd van de integrale prestatie wijzigt. Dit leidt alsnog tot vertroebeling van de financiële kaders, omdat het niet volledig zeker is in hoeverre ook alleen de beoogde zorg uit de betreffende kaders gefinancierd wordt.

## **Oplossingsrichting 2: toewijzingsmechanisme**

In deze variant wijzigen we het systeem van macrokaders niet, maar introduceren we een mechanisme om de gehele sectoroverstijgende prestatie aan bestaande domeinen, sectoren en/of macrokaders toe te wijzen. Net als bij een verdelingsmechanisme zoals bij de eerste oplossingsrichting is dan van belang om te bepalen wie verantwoordelijk is voor de toewijzing.

Daarnaast zijn inhoudelijke criteria nodig om te bepalen aan welke sector of welk domein de zorg moet worden toegerekend. Ook hier bestaan verschillende mogelijkheden. De mogelijkheid die het meest logisch lijkt is om uit te gaan van het zwaartepunt van de prestatie. Het kan dan gaan om het zwaartepunt qua zorglevering of de financiële waarde van de zorglevering. De zorgsector met het grootste aandeel, leidt tot toewijzing aan het domein, sector en/of macrodeelkader waar normaal gesproken deze zorg ten laste van wordt gebracht.

Nadeel van deze oplossingsrichting is de 'vervuiling' van de domeinen, sectoren en/of macrodeelkaders. Sommige sectoren worden namelijk uitgebreid met zorg die hier in principe niet 'thuishoort' waar bij andere sectoren een deel van de geleverde zorg ontbreekt. Dat is een onzuiverheid in het systeem, en maakt het vervolgens ook lastiger om maatregelen voor kostenbeheersing te onderbouwen. De kostenontwikkeling kan namelijk niet meer zuiver aan een sector toegewezen worden. Hiernaast kan het lastig zijn om de vulling van de macrodeelkaders vast te stellen. Vooraf moet vast worden gesteld welk bedrag vanuit de andere sectoren of het andere domein moet worden overgeheveld om deze lasten te dekken. Deze exercitie dient per sectoroverstijgende prestatie te worden uitgevoerd.

Waar het domeinoverstijgende zorg betreft is aanpassing van wetgeving nodig. Hierin zal dan geregeld moeten worden dat deze onzuiverheden niet onrechtmatig zijn.

## **Oplossingsrichting 3: een (nieuw) apart macro(deel)kader**

In deze variant worden een of meer nieuwe aparte macro(deel)kader opgericht voor sectoroverstijgende prestaties.

Binnen het domein van de Zvw zijn verschillende deelkaders opgericht. Hier zou een deelkader aan kunnen worden toegevoegd voor sectoroverstijgende prestaties die alleen Zvw-zorg bevatten.

Wanneer zorg vanuit de reguliere sectoren wordt overgeheveld naar een andere sector, moeten ook de hierbij behorende monetaire middelen worden overgeheveld naar de nieuwe sector. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van de inschatting die hiervoor gemaakt wordt bij de aanvraag van een sectoroverstijgende prestatie bij de NZa (zie het concept van het aanvraagformulier in bijlage 5). Er kan

een extra eis worden gesteld dat de aanvraag voor de prestatie voor 1 juni moet zijn goedgekeurd om per 1 januari van het volgende jaar te kunnen declareren en de prestatie ten laste van het nieuwe kader te brengen. Op deze manier kunnen de budgettaire gevolgen van een sectoroverstijgende prestatie worden verwerkt in de begroting van het ministerie van VWS. Bij aanvragen na 1 juni zal pas het jaar erna de begroting van het ministerie van VWS erop aangepast kunnen worden. Gedurende dat jaar zal dan een schaduwregistratie nodig zijn, om de zorg binnen sectoroverstijgende prestatie ten laste te brengen van het juiste macro(deel)kader.

Een andere mogelijkheid is om geen nieuw deekader te creëren, maar aan te sluiten bij het bestaande deekader 'overig curatieve zorg'. Hieruit worden momenteel onder andere de algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg (adz) gefinancierd. Dit kader kent geen sectorale indeling en past daarmee bij de aard van de sectoroverstijgende prestatie en de wens om deze prestatie niet achteraf terug te hoeven rekenen naar de betrokken sectoren. Het voordeel is dat er geen nieuw kader opgezet hoeft te worden.

Met een nieuw apart macro(deel)kader is ook goed zichtbaar hoeveel geld er in sectoroverstijgende prestaties omgaat. Dat kan helpen bij een goede monitoring van deze prestaties in de praktijk en bij de macrokostenbeheersing. Verder kan aan het nieuwe kader een mbi gekoppeld worden.

### **Doorkijk naar domeinoverstijgende prestaties met langdurige zorg**

Er zijn verschillende varianten mogelijk. Er kan bijvoorbeeld een macrodeekader worden opgericht voor sectoroverstijgende prestaties met alleen Wlz-zorg (dit adviseren wij niet), of een macro(deel)kader, niet gekoppeld aan een nieuw fonds, voor prestaties die bestaan uit een combinatie van Zvw- en Wlz-zorg.

#### *Sectoroverstijgende prestaties met alleen langdurige zorg*

Het domein van de Wlz kent op dit moment geen sectoren of macrodeekaders met een juridisch bindend karakter of juridische gevolgen. Voor een sectoroverstijgende prestatie binnen de Wlz hoeft dat niet aangepast te worden. Het instellen van een apart kader brengt in dit geval juist administratieve last met zich mee. Wij adviseren daarom geen nieuw apart macrodeekader te creëren binnen de Wlz voor prestaties die alleen langdurige zorg bevatten.

#### *Sectoroverstijgende prestaties met Zvw- en Wlz-zorg*

Hiervoor zou eventueel een apart macrodeekader opgezet kunnen worden dat zowel Zvw-zorg als Wlz-zorg bevat. Dit is het meest complex om op te zetten. Het vraagt een verdere analyse hoe beide domeinen, met verschillende uitgangspunten, verenigd kunnen worden en welke wijzigingen in wet- en/of regelgeving daarvoor nodig zijn.

Bij sectoroverstijgende prestaties die zowel Zvw- als Wlz-zorg bevatten is het op kortere termijn daarom niet haalbaar om een terugrekening naar de Wlz en Zvw te voorkomen, zodat rechtmatig wordt verantwoord. Een apart macrodeekader dat binnen de domeinen blijft kan grotendeels terugvallen op bestaande structuren. Een uitsplitsing naar de domeinen lijkt voorlopig het meest voor de hand te liggen. Daarna kan namelijk het Zvw-deel ten laste gebracht worden van het aparte deekader of met een verdeelsleutel naar de bestaande macrodeekaders binnen de Zvw en het Wlz deel binnen het huidige kader van de Wlz.

#### **Geriant**

De meerwaarde van een sectoroverstijgende prestatie is voor Geriant beperkt wanneer een sectoroverstijgende prestatie alleen Zvw-zorg omvat.

De inzet van Geriant tijdens de cliëntreis van aanmelding tot opname dan wel overlijden wordt niet alleen gefinancierd vanuit de Zvw, maar door de toename van het aantal cliënten met een Wlz-indicatie dat Wlz-zorg ontvangt met een modulair pakket thuis (mpt) of een volledig pakket thuis (vpt) ook vanuit de Wlz.

Een sectoroverstijgende prestatie over de domeinen van de Zvw en Wlz heeft voor Geriant een duidelijke meerwaarde. Dan kan er één cliëntvolgende en multidisciplinaire Zvw/Wlz overstijgende afspraak worden gemaakt.

Als gewerkt zou gaan worden met een nieuw apart macro(deel)kader voor zowel Zvw- als Wlz-zorg, vereist dit aanpassing van wet- en regelgeving om te regelen welke gevolgen aan dat kader worden verbonden (bijvoorbeeld financiering of macrokostenbeheersing).

Wanneer de bedragen die omgaan in een sectoroverstijgende prestatie groter worden (zeg; meer dan 100 miljoen euro) zou er voor gekozen kunnen worden een apart kader te maken. Om dit al te doen bij het begin van de sectoroverstijgende prestatie wanneer hier nog geen substantiële bedragen in omgaan, lijkt overdreven en qua administratieve lasten niet wenselijk. De relevantie van een eigen kader voor de sectoroverstijgende prestatie moet echter nog worden bezien. Door het verschil in aard tussen de verschillende prestaties is een dergelijk kader mogelijk nietszeggend. Er moet voor de combinatie van Zvw- en Wlz-zorg dan wel een mechanisme worden ingericht om de zorg(kosten) toe te wijzen naar de domeinen.

### **Multidisciplinaire zorg**

Voor de multidisciplinaire zorg is een nieuw deelkader opgesteld. Dit kader kent een eigen mbi. De verantwoording is daarmee relatief eenvoudig, de prestatiecodes die onder deze sector vallen worden door de zorgverzekeraars toegedeeld aan de sector.

Er is voor de multidisciplinaire zorg gekozen voor een volgebeleid om de administratieve lasten voor de zorgpraktijken te minimaliseren. Hierdoor hoeft enkel met de dominante zorgverzekeraar een contract te worden afgesloten. De overige zorgverzekeraars volgen dit contract.

Voordeel van deze verantwoordingswijze is dat het toewijzen en monitoren van de daadwerkelijke kosten gemakkelijk is. Ook is het mogelijk een mbi aan een sector toe te kennen om op deze wijze grip te houden op de totale lasten.

Het gebrek aan informatie betreffende de daadwerkelijke inhoud van de prestaties is een nadeel van de huidige opzet van de multidisciplinaire zorg. Zowel de volgende zorgverzekeraars, als de NZa en het Zorginstituut weten niet welke zorg omgaat binnen de multidisciplinaire zorg waardoor geen analyses kunnen worden gedaan op onder andere de doelmatigheid van deze prestaties en deze prestaties niet tot indeling in een vereveningskenmerk kunnen leiden (De kosten worden wel meegenomen in schatting van normbedragen). Hiervoor zal een aparte uitvraag naar zorgactiviteiten moeten worden gedaan.

## **4.5 Secundair datagebruik, fraude en oneigenlijk gebruik**

### **4.5.1 Informatie bij integrale zorgprestaties**

Meerdere overheidspartijen zoals de NZa, het Zorginstituut en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) maken gebruik van declaratiedata bij de uitvoering van hun wettelijke taken. Een groot deel van de gegevens komt daarnaast ook terecht bij het Centraal Bureau voor de Statistiek (in de CBS-omgeving) waar het gebruikt wordt voor landelijke statistieken en beschikbaar is voor onderzoek. Daarnaast maken zorgverzekeraars gebruik van de informatie uit declaratiedata in hun processen rondom onder andere de rechtmatig- en doelmatigheidscontroles. De gegevens die primair bedoeld zijn voor de declaratie van zorg wordt daarmee ook voor andere doeleinden ingezet. Ook wel secundair datagebruik genoemd.

Het secundaire gebruik van declaratiedata heeft een aantal voordelen: de gegevens zijn gestructureerd en in opzet voor alle aanbieders gelijk. Daarnaast is er een financiële prikkel waardoor compleetheid geborgd is en zijn er weinig extra administratieve lasten aan verbonden voor zorgaanbieders bij secundair datagebruik.

Afhankelijk van de wettelijke taak waarvoor het gebruikt wordt, is bepaalde informatie uit een declaratie noodzakelijk. Hierbij gaat het vooral om welke zorg op welk moment geleverd is voor welk bedrag. Met die informatie kan bijvoorbeeld een verzekerde in een risicovereveningskenmerk worden ingedeeld, kan rechtmatigheid gecontroleerd worden, kan een ontwikkeling in de zorgkosten geduid worden en kunnen impactanalyses voor pakketadviezen gedaan worden.

### **Mogelijk probleem sectoroverstijgende prestatie**

Uitgangspunt van een sectoroverstijgende prestatie is dat zorg uit meerdere domeinen of sectoren onder één betaaltitel valt. Een logisch gevolg zou zijn dat een bijbehorend declaratiebericht een omschrijving van de geleverde zorg bevat, een contractant en een bedrag. Hiermee is minder informatie beschikbaar dan voorheen, omdat nu niet meer inzichtelijk is welke zorg precies geleverd is (want een sectoroverstijgende prestatie zal meerdere stappen uit een zorgpad bevatten), welke aanbieder precies die zorg geleverd heeft (want een sectoroverstijgende prestatie zal meerdere aanbieders omvatten), op welk moment en wat het precieze bedrag per geleverd onderdeel is. Deze informatie wordt zoals eerder vermeld momenteel wel gebruikt voor de uitvoering van de risicoverevening, voor het signaleren van de zorgkostenontwikkeling en voor het duiden van passende zorg. Voor zorgverzekeraars is dit probleem mogelijk te vermijden door zorgaanbieders al het gebruik te laten registreren in de declaratieregel van de sectoroverstijgende prestatie. Hierdoor krijgen zorgverzekeraars alsnog de benodigde informatie.

### **Voorbeelden uit de praktijk waar hetzelfde speelt**

Bij het leveren van multidisciplinaire zorg is het mogelijk om met meerdere partijen afspraken te maken over het leveren van bijvoorbeeld ketenzorg onder één betaaltitel. Uit de declaratiedata van deze zorg kan niet goed gehaald worden welke zorg op welk moment door wie geleverd is. Omdat deze betaaltitels bijvoorbeeld gebruikt worden bij de transitie van zorg van de tweede- naar de eerste lijn in het kader van de juiste zorg op de juiste plek en aansluitend bij de thematiek van passende zorg is het extra van belang om te kunnen monitoren/analyseren hoe deze transitie verloopt. Is het effectief of niet, hoeveel kosten zijn er mee gemoeid en wat zijn de mogelijke besparingen in de tweede lijn? Dit soort analyses is nu niet mogelijk met de huidige declaratiedata. De verwachting is dat ook bij een sectoroverstijgende prestatie eenzelfde problematiek ontstaat.

Een risico mitigerende factor is dat de omvang van een sectoroverstijgende prestatie in de aanvangsjaren naar verwachting (nog) geen substantiële omvang met zich mee zal brengen. Ook is in paragraaf 4.3 over de risicoverevening het advies gegeven om voor de risicoverevening een logische verdeelsleutel te hanteren om de kosten toe te delen naar sector en verzekerden. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de risico's voor de rechtmatigheid.

Indien informatieverlies bij een bepaalde sectoroverstijgende prestatie ongewenst is, kan overwogen worden om informatie mee te geven in de declaratieregels.

Daarbij moet niet vergeten worden dat we ons in een beweging naar passende zorg bevinden, waarbij samenwerking van belang is. Logisch gevolg is dat een integrale bekostiging daarop volgt. Moeten we dan ook niet accepteren dat een deel informatieverlies daarbij hoort?

### **Ter relativering; toekomst**

Een eventueel “informatieverlies” lijkt nu als negatief te worden bestempeld. Maar dat is volledig gedacht vanuit het huidige informatiegebruik en de huidige informatiebehoefte in het huidige stelsel. Hiervoor werd al genoemd dat op langere termijn een herziening van het huidige risicovereveningsmodel denkbaar is, waarbij een op aandoeningsgerichte risicoverevening een mogelijke uitwerking zou kunnen zijn. We zien ontwikkelingen die meer en meer in opkomst zijn rondom passende zorg, het bekostigen van zorgbundels, van zorgpaden/trajecten, van uitkomsten van zorg en van zorg rondom bepaalde aandoeningen. In een veranderende wereld waarbij het precieze zorggebruik mogelijk minder relevant wordt, past ook een andere informatiebehoefte.

### **4.5.2 Fraude en oneigenlijk gebruik**

Fraude en oneigenlijk gebruik is niet specifiek voor een sectoroverstijgende prestatie. Voor alle soorten van zorg is dit mogelijk. Het onrechtmatig registreren en declareren van zorg is van alle tijden en vindt in meer of mindere mate plaats in alle zorgsectoren, al dan niet bewust (wat een vereiste is om te spreken van fraude). Te denken valt bijvoorbeeld aan de volgende situaties:

- Vormen van *upcoding*; duurdere vormen van zorg declareren dan geleverd, of onnodig duurdere vormen van zorg leveren terwijl de cliënt daar niet op is aangewezen (niet passende zorg leveren dus).
- Spookzorg; zorg declareren die niet is geleverd.
- Omkatten van zorg; onverzekerde zorg verpakken als verzekerde zorg.
- Niet handelen conform contractuele of wettelijke bepalingen; bijvoorbeeld het declareren van een onjuist tarief of zorg leveren zonder vereiste BIG-registratie.

Het is daarom goed om te focussen op welke risico's een sectoroverstijgende prestatie specifiek met zich meebrengt. Een sectoroverstijgende prestatie is op een aantal aspecten uniek (maar niet op zichzelf staand):

- Geen één-op-één relatie tussen de feitelijk geleverde zorg en de declaratie. De sectoroverstijgende prestatie (zoals elke integrale prestatie) geeft alleen informatie over welk zorgpad is ingezet, maar niet welke zorg binnen dat zorgpad door wie is geleverd. Het verband tussen gedeclareerde en geleverde zorg wordt daarmee diffuser en minder transparant.
- De prestatie wordt gedefinieerd voor een zorgpad. Er is minder sterk sprake van een duidelijke relatie tussen de individuele contracterende zorgaanbieder en de betalende zorgverzekeraar;
- Er bestaat het risico op dubbele bekostiging (een sectoroverstijgende prestatie én de reguliere prestatie(s)).
- Er bestaat minder goed referentiemateriaal voor een sectoroverstijgende prestatie. Uiteraard zijn er kostprijzen en/of tarieven voor de daarnaast bestaande prestaties, maar er kan hoogstens een *schatting* gemaakt worden van de hoeveelheid zorg in het zorgpad (een sectoroverstijgende prestatie). Daarmee is het monitoren en bijsturen van de zorginkoopafspraken lastiger.
- Het risico bestaat dat er ongemerkt onverzekerde zorg een sectoroverstijgende prestatie “insluit”. Het is mogelijk moeilijker herkenbaar doordat het hele zorgpad (pakketje zorg) gedeclareerd wordt.

Samenvattend is het vooral de vermindering van de transparantie die risico's met zich meebrengt.

Om dit risico te mitigeren kan aan het volgende worden gedacht. De zorgverzekeraar zal kunnen monitoren (bijvoorbeeld via spiegelinformatie) hoe de volumes zich gaan ontwikkelen en of dit overeenkomt met de verwachtingen (bijvoorbeeld ten opzichte van het volume van de daarnaast gedeclareerde monodisciplinaire prestaties en ten opzichte van het contract) en ook of de declaratie van de al bestaande monodisciplinaire prestaties navenant afnemen (voorkomen dubbele bekostiging). De

zorgverzekeraar kan dan actie ondernemen op onverklaarbare afwijkingen en daarmee tijdig bijsturen. Ook de NZa kan deze ontwikkelingen monitoren.

Daarnaast zijn er ook andere risico mitigerende factoren:

- Er geldt een contractvereiste. In het algemeen zijn de risico's groter bij ongecontracteerde zorg.
- De omvang van een sectoroverstijgende prestatie zal in de aanvangsjaren naar verwachting (nog) geen substantiële omvang hebben.
- Eventuele bewuste vormen van misbruik zouden binnen de samenwerking van de zorgaanbieders plaats moeten gaan vinden. Dit is lastiger te creëren, omdat alle zorgaanbieders hieraan mee zouden moeten doen. De ontdekkingskans neemt toe als niet alle partijen meedoen.

## 4.6 Samenwerken en marktmacht

### 4.6.1 Samenwerken en samen geld verdelen

Een sectoroverstijgende prestatie betekent dat er één betaaltitel komt voor zorg die over sectoren heen geleverd wordt. Het kan een stuk van het zorgpad beslaan maar eventueel ook het gehele zorgpad van een cliënt. Hierbij zijn dan ook verschillende zorgprofessionals en mogelijk verschillende organisaties betrokken. Dit vraagstuk over governance en verdeling van geld achter de voordeur is belangrijk voor het succes van de implementatie van een sectoroverstijgende prestatie in de praktijk.

Een constructie waarbij meerdere organisaties samen zorg leveren met één sectoroverstijgende prestatie vraagt samenwerking en afstemming over zorginhoud, maar ook over hoe de middelen vanuit die ene betaaltitel worden ingezet. En afstemming over hoe de opbrengsten en kosten die gemaakt worden verdeeld worden. Hierin zijn verschillende samenwerkingsvormen en governancestructuren denkbaar, elk met zijn of haar eigen uitdagingen. Aandachtspunten hierin zijn onder meer het creëren van een situatie waarin machtsverhoudingen gelijk verdeeld zijn of in ieder geval werkbaar zijn voor alle partijen. Ongelijke machtsverhoudingen kunnen bijvoorbeeld tot een financiële benadeling leiden van de kleinere organisaties, of tot het onder druk komen van de autonomie van zorgprofessionals van kleinere aanbieders.

Een anders aandachtspunt hierbij is dat de Mededingingswet, afhankelijk van de verdere uitwerking, op meerdere van onderstaande organisatievormen van toepassing zou kunnen zijn. De oprichting van een joint venture zal bijvoorbeeld kunnen kwalificeren als een afspraak die de mededinging zou kunnen beperken. Een volledige integratie van aanbieders in een nieuwe entiteit levert een concentratie op, die afhankelijk van de betrokken omzet bij de ACM gemeld zou moeten worden. Sowieso dienen zorgaanbieders, op basis van [artikel 49a Wmg](#), een concentratie als omschreven in de Mededingingswet ook te melden bij de NZa (bij tenminste 50 personen die zorg verlenen). Dit is ongeacht omzeldrempel. Ook moet de toe- en uittreding van zorgaanbieders mogelijk blijven bij een structurele vormgeving van de uitvoering van een sectoroverstijgende prestatie.

Het is belangrijk dat er voor een constructie gekozen wordt waarin partijen duidelijke afspraken maken over op welke plek binnen het zorgpad kosten gemaakt worden, hoe de verantwoordelijkheid tussen zorgprofessionals verdeeld wordt en wat er gebeurt wanneer er meer of minder kosten gemaakt worden dan er aan opbrengsten binnenkomen (aanvullend op de afspraken die hierover met zorgverzekeraars gemaakt worden). Partijen dienen dit dusdanig te organiseren dat er een (financiële) gelijkgerichtheid tussen organisaties ontstaat waarin de investering van de ene organisatie bijdraagt aan het totale resultaat voor de andere partijen. We schetsen hieronder enkele voorbeelden van governance-

oplossingen uit de praktijk ter illustratie, afkomstig uit de Leidraad Ontwikkeling en implementatie zorgbundels van KPMG. Dit zijn voorbeelden die deels al gebruikt worden in de praktijk. Ons advies is partijen daarin zelf de ruimte te geven om de structuur te kiezen die het meest passend is in de situatie en aansluit bij de wensen van de betrokken partijen.

### **Hoofdaannemersmodel**

In dit model blijft elke zorgaanbieder zelfstandig en is er één organisatie die namens de ander(en) zorgt voor het in rekening brengen van de declaratie bij de zorgverzekeraar. Deze aanbieder fungeert hiermee als hoofdaannemer en fungeert als contractant (en is daarmee beslissingsbevoegde) bij de zorgverzekeraar. De hoofdaannemer sluit de contracten met de andere instellingen die als onderaannemer fungeren.

### **Joint venture**

Binnen een joint venture wordt een nieuwe juridische entiteit opgericht welke een gedelegeerde verantwoordelijkheid krijgt van de partners. De integrale geboortezorg organisaties zijn hier een goed praktijkvoorbeeld van. De nieuwe entiteit vormt een representatieve vertegenwoordiging van de deelnemende zorgaanbieders en is tevens contractant van de zorgverzekeraar.

### **Aanbieders zijn volledig geïntegreerd in een nieuwe entiteit**

Organisaties kunnen er ook voor kiezen zich volledig samen te voegen tot één nieuwe juridische entiteit. Daarmee is er slechts één contracteerpartij en bestaat binnen de nieuwe entiteit volledige verantwoordelijkheid over het hele zorgpad waarvoor een sectoroverstijgende prestatie is afgesloten.

### **Slechts één reeds bestaande organisatie/juridische entiteit**

Sommige organisaties leveren op dit moment al verschillende vormen van zorg uit verschillende sectoren vanuit één juridische entiteit/organisatie. Denk bijvoorbeeld aan een organisatie, waarbinnen zowel de orthopedische zorg voor heup- en knieklachten als ook de eerstelijns fysiotherapie en de hulpmiddelen aangeboden worden. Er is dan slechts één contractant en er hoeft geen verdeling achter de voordeur meer plaats te vinden met andere organisaties. Uiteraard biedt deze organisatievorm minder uitdagingen met betrekking tot de implementatie van een sectoroverstijgende prestatie dan wanneer er meerdere organisaties onderdeel zijn van het geleverde zorgpad of wanneer er eerst nog een nieuwe juridische entiteit gevormd moet worden.

## **4.6.2 Onderlinge machtsposities**

Een groep van zorgaanbieders die intensief samenwerkt zal gezamenlijk een toename van een machtspositie ervaren ten opzichte van de preferente zorgverzekeraar(s). In hoeverre dit betekent dat een groep van zorgaanbieders een dominante marktmacht ontwikkelt, is van vele factoren afhankelijk. Onder andere is dit afhankelijk van het (gezamenlijke) marktaandeel van de zorgaanbieders, het aanwezig zijn van alternatieven in zorg en aanbod/overstapdrempel voor de consument, het al dan niet aanwezig zijn van wachtlijsten, de mogelijkheden voor nieuwe toetreders, de impact op de zorgplicht van de zorgverzekeraar, het marktaandeel van de preferente zorgverzekeraar etc. Voorkomen moet worden dat de samenwerking tussen de zorgaanbieders een dusdanig aanmerkelijke marktmacht creëert, dat de zorgverzekeraar belemmerd wordt in zijn onderhandelingspositie en niet (meer) goed in staat is doelmatig zorg in te kopen.

De verdeling van gelden “achter de voordeur” vanwege het werken met een sectoroverstijgende prestatie is niet gereguleerd. Het is aan de groep van zorgaanbieders om dit via een verdeelsleutel te verdelen. Als er binnen de groep van zorgaanbieders één of meerdere partijen een dominante positie hebben (door bijvoorbeeld omvang of strategische positie), bestaat het risico dat hier misbruik van wordt

gemaakt bij de verdeling. Het risico lijkt echter beperkt, omdat partijen elkaar al hebben gevonden in een samenwerking, en anders eruit zullen stappen. De NZa gaat er dus van uit dat partijen er goed uitkomen met elkaar; ze hebben elkaar in die zin nodig. Uiteraard kan de NZa een rol spelen wanneer er signalen binnenkomen over eventueel misbruik van een positie.

Op grond van artikel 48 Wmg kan de NZa aan zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars, zowel alleen als collectief, verplichtingen opleggen wanneer er sprake is van aanmerkelijke marktmacht. De NZa kan ambtshalve of op basis van signalen een onderzoek starten naar aanmerkelijke marktmacht. In onze Beleidsregel Aanmerkelijke Marktmacht in de Zorg is een beoordelingskader weergegeven.

De NZa kan pas optreden als er aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- als er op de relevante markt een AMM-positie bestaat;
- als er sprake is van (potentiële) mededingingsproblemen ten gevolge van het bestaan van deze AMM-positie (dus misbruik van een AMM-positie is geen vereiste); en,
- als het mogelijk is eerdergenoemde problemen op te lossen door een of meer proportionele verplichtingen aan de AMM-partij op te leggen.

Op deze manier wordt momenteel het AMM-instrument ingezet/het toezicht ingevuld. Het is een vrij zwaar instrument en onderzoek kost veel tijd (looptijd van ca. 1,5 jaar).

We zien bij sectoroverstijgende initiatieven uit de voormelde Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten dat er een bewuste keuze wordt gemaakt voor wie de hoofdcontractant is. Bij deze experimenten is er vaak nog sprake van een hoofdaannemersmodel. De hoofdcontractant is vaak de zorgaanbieder die in omvang (omzet en/of aantal cliënten) gemiddeld genomen de meeste zorg verleent binnen het zorgpad. Vaak is dat ook de initiërend zorgaanbieder die andere organisaties heeft weten te betrekken bij een multidisciplinair en sectoroverstijgend zorgpad. Het werken met een hoofdcontractant is geen vereiste in het kader van een sectoroverstijgende prestatie. Dit kan per sectoroverstijgende prestatie verschillen. Nogmaals; het is aan de zorgaanbieders en zorgverzekeraars om de meest optimale structuur te kiezen.

Binnen het IZA is er volgbeleid (gelijkgerichtheid) afgesproken tussen zorgverzekeraars voor zogenaamde impactvolle transformaties. Een van de afspraken is dat zorgaanbieders, zorgprofessionals, cliëntenorganisaties, zorgverzekeraars en gemeenten samen plannen maken voor zorgtransformaties. Daarbij kan gedacht worden aan transformatieplannen die bijvoorbeeld bijdragen aan de versterking van de samenwerking binnen de regio of tussen eerstelijnszorg en ziekenhuizen. Of bijvoorbeeld een ziekenhuis dat wil omvormen naar een gezondheidscentrum.

Voor een sectoroverstijgende prestatie die niet voldoet aan de criteria voor een impactvolle transformatie, is momenteel geen volgbeleid geregeld. Een sectoroverstijgende prestatie wordt dan afgesproken met een individuele zorgverzekeraar. Wel zullen de NZa en het Zorginstituut blijven aandringen op gelijkgerichtheid bij zorgverzekeraars voor sectoroverstijgende prestaties, zoals ook eerder beschreven in dit advies en waarvoor ook draagvlak is gebleken bij de consultatie van dit advies.



# 5 Vervolgstep richting implementatie

Een pragmatische start met een sectoroverstijgende prestatie die ingepast wordt in bestaande mechanismen is mogelijk. Tegelijk is dit advies het eerste deel van de puzzel en is verdere uitwerking van een aantal uitvoeringsvraagstukken nodig. Om op korte termijn te beginnen met een sectoroverstijgende prestatie, is een tussenstep van belang. Namelijk een stap waarin op andere onderwerpen meer concreet wordt uitgewerkt welke keuzes wenselijk zijn. Dit kan alleen integraal en gezamenlijk.

## 5.1 Gezamenlijk verdiepen en uitwerken

Een sectoroverstijgende prestatie is een generieke – open omschreven – prestatie, waaronder vervolgens specifiek omschreven prestaties voor een zorgpad of doelgroep afgesproken kunnen worden tussen aanbieders en verzekeraars. Zoals we kennen van de sectorale facultatieve prestaties of de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten. In hoofdstuk 4 is, uitgaande van het generieke karakter van een sectoroverstijgende prestatie, gekeken hoe deze prestatie in te passen is in verschillende stelselmechanismen en welke effecten ervan uitgaan.

Het traject om tot dit advies te komen, en de externe consultatie van het conceptadvies, leerde ons ook dat een sectoroverstijgende prestatie veel aanpassingen vergt van iedereen. Dat maakt enerzijds een zorgvuldige afweging belangrijk van de zorgpaden en/of aandoeningen waar de wens voor integrale bekostiging is geuit door samenwerkende aanbieders en individuele verzekeraars; weegt het maatschappelijk belang, de voordelen die zorgaanbieders verwachten en de potentiële waarde voor de cliënt op tegen de complexiteit die een sectoroverstijgende prestatie bij het betreffende zorgpad met zich meebrengt? Anderzijds zijn er nog onderwerpen die van belang zijn bij een sectoroverstijgende prestatie, maar in voorliggend advies nog niet volledig uitgewerkt zijn? Voornamelijk omdat deze onderwerpen primair raken aan de beleidsterreinen van het ministerie van VWS en de dagelijkse praktijk van zorgverzekeraars.

Ook zijn er openstaande vragen omdat het precieze effect van een sectoroverstijgende prestatie afhankelijk gaat zijn van de specifieke prestaties die eronder komen te hangen. Dan pas wordt duidelijk welke sectoren betrokken zijn, hoe groot de cliëntpopulatie zal zijn, hoe wenselijk of noodzakelijk het is om het eigen risico of de eigen bijdrage anders vorm te geven, etc. De uitwerking van de risicoverevening aan de hand van de drie casussen laat goed zien dat de effecten van een sectoroverstijgende prestatie per casus verschillen. Waar de casus rond dementiezorg van Geriant beperkt impact heeft, is de impact van de casus acute longaanval bij COPD op de risicoverevening een stuk groter.

Eenzijds hebben we de ambitie om aanbieders die goed en effectief over de sectoren heen samenwerken aan passende zorg beter te faciliteren met passende sectoroverstijgende bekostiging die goed ingepast wordt in het stelsel. Anderzijds zien we ook de onzekerheden en openstaande vraagstukken die leven bij alle potentiële betrokkenen bij een sectoroverstijgende prestatie. Deze

onzekerheden en openstaande vraagstukken nemen we niet volledig weg in dit advies, omdat het advies uitgaat van een generieke – open omschreven – betaaltitel en de effecten pas duidelijk zullen worden wanneer er specifieke prestaties, waarin de betreffende zorgpaden worden omschreven, onder afgesproken worden.

Pas dan kan precies overzien worden hoe vraagstukken rondom marktmacht of keuzevrijheid voor verzekerden al dan niet spelen. Beiden zijn mede afhankelijk van de regio waarin (delen van) de zorg via een sectoroverstijgende prestatie ingekocht gaan worden en hoe het zorglandschap er in de betreffende regio uit ziet.

Deze en andere vraagstukken die nog nadere invulling vragen, liggen over het algemeen niet op het werkteerrein van de NZa en het Zorginstituut, maar bij het ministerie van VWS en de zorgverzekeraars. En rond implementatie ook voor een belangrijk deel bij de aanbieders die ermee aan de slag willen. De integrale benadering van een sectoroverstijgende prestatie is daarom ontzettend belangrijk.

Het is voor de verdere uitwerking van een sectoroverstijgende prestatie belangrijk om de balans te houden tussen enerzijds ondernemerschap en anderzijds zorgvuldigheid. De transformatie naar passende zorg gaat niet zonder het tonen van ondernemerschap en zonder het, tot op zekere hoogte, toestaan van onzekerheden. Het vraagt namelijk anders denken en doen en het stretchen van de bestaande mogelijkheden. Anderzijds moet het zorgvuldig gebeuren, omdat het om de gezondheid van Nederland gaat in een complex maar hoogwaardig zorgveld waar veel mensen en middelen mee gemoeid zijn.

## 5.2 Eerstvolgende stap: gezamenlijke werkagenda

Dit advies laat zien hoe groot de samenhang is tussen verschillende stelselmechanismen. Het inzichtelijk maken van die samenhang en daarmee ook de complexiteit is van grote waarde. Integraal werken kan niemand op tegen zijn, maar met dit advies komen belangrijke dilemma's naar voren waar vervolgens het goede gesprek over gevoerd moet worden, voordat een keuze gemaakt kan worden.

De integrale benadering willen wij voortzetten zodat het juiste gesprek en de juiste afwegingen worden gemaakt. Voor de verdere ontwikkeling van een sectoroverstijgende prestatie en in aanloop naar een aanwijzing, stellen wij daarom voor dat dit in gezamenlijkheid gebeurt met de belangrijkste stakeholders. Wij stellen een gecombineerde werkgroep voor op initiatief van het ministerie van VWS, waar naast het ministerie van VWS ook ZN, het Zorginstituut en de NZa deelnemen. Deze werkgroep, met uit elke organisatie een of meer afgevaardigden, kan gezamenlijk een werkagenda opstellen voor de verdere uitwerking van een sectoroverstijgende prestatie. Deze werkgroep stelt gezamenlijk het plan van aanpak voor de werkagenda op, waarbij er in ieder geval aandacht is voor het volgende:

- doel van de werkagenda
- welke partijen en expertise betrokken moet zijn bij de uitvoering van de werkagenda
- gemeenschappelijke doelen en taken van betrokken partijen beschrijven, evenals individuele uitgangspunten
- aanpak
- tijdslijn
- governancestructuur

Inhoudelijk moet de werkagenda aandacht hebben voor de onderwerpen waar nog verdere uitwerking nodig is of nog veel onzekerheid bij bestaat. Dit zijn in ieder geval:

- breed vaststellen van zorgpaden en initiatieven waar een sectoroverstijgende prestatie van waarde is;
- uitvoeringsvraagstukken bij zorgverzekeraars, zoals polisvoorwaarden;
- werking van het eigen risico en eigen betalingen;
- specifieke invulling risicoverevening;
- samenhang met de bekostiging van patiëntengroepsgebonden afstemming zoals nu vanuit de IZA-werkgroep BDSS uitgewerkt wordt;
- uitwerken welke (nieuwe) rechtsvormen nodig/wenselijk zijn voor de samenwerking.

## 5.3 Tweede vervolgstap: implementatie

Wanneer de verdere uitwerking heeft plaatsgevonden aan de hand van een gezamenlijke werkgenda is de volgende stap een aanwijzing van het ministerie van VWS aan de NZa. Vanaf dan gaat het om de daadwerkelijke implementatie van een sectoroverstijgende prestatie. We schetsen welke stappen nodig zijn om tot een werkbare sectoroverstijgende prestatie te komen voor zowel de praktijk als voor de NZa, het Zorginstituut en het ministerie van VWS.

De implementatieroute voor de overheidspartijen kan in vijf fasen onderscheiden worden. Daarbij zien we ook een rol weggelegd voor ZN bij een aantal uitwerkingsvragen.

### 1. Nadere uitwerkfase middels gezamenlijke werkgenda (zie vorige paragraaf 5.2)

Naast alle onderwerpen die wel uitgewerkt zijn in dit advies zijn er onderwerpen die nog niet uitgewerkt zijn. Voornamelijk omdat deze onderwerpen primair raken aan de beleidsterreinen van het ministerie van VWS en de dagelijkse praktijk van zorgverzekeraars. Om tot een afweging te komen voor welke zorgpaden en situaties een sectoroverstijgende prestatie gewenst is en om tot werkbare oplossingen voor de bestaande uitwerkingsvragen te komen, adviseren wij een gezamenlijke aanpak van het ministerie van VWS, ZN, de NZa en het Zorginstituut.

### 2. Startfase (zie 5.3.2)

Ontwikkeling sectoroverstijgende prestatie voor sectoroverstijgende betaaltitels binnen de Zvw. De sectoroverstijgende prestatie wordt ingericht en komt gereed voor aanbieders en zorgverzekeraars om in te gaan zetten voor het bekostigen van integrale zorg waarvoor aanbieders samenwerken.

### 3. Aanvraagfase (zie 5.3.3)

Aanvragen voor sectoroverstijgende prestaties worden ingediend door aanbieders en zorgverzekeraars. Met andere woorden; de prestatie gaat gevuld worden met afzonderlijke sectoroverstijgende prestaties voor specifieke zorgpaden.

### 4. Monitorings- en onderzoeksfase (zie 5.3.4)

Afzonderlijke prestaties worden nu gedeclareerd en vanwege het lastig te voorspellen gebruik wordt dit goed gemonitord. Daarbij wordt een onderzoeksfase gestart van een bepaalde periode waarin onder andere een werkgroep het nut en de noodzaak van verdere beheersmaatregelen onderzoekt en waarbij wordt onderzocht hoe deze eventueel vormgegeven kunnen worden. De mate waarin de sectoroverstijgende prestatie een oplossing gaat bieden voor de beschreven knelpunten wordt hierbij geëvalueerd.

### 5. Opschalingsfase (zie 5.3.5)

Deze fase kent verschillende lijnen:

- *Afhankelijk van beleidskeuze macrokaders; omzetgroei vraagt om instrumentarium voor kostenbeheersing*

Deze opschalingslijn is relevant indien gekozen wordt voor het inrichten van een apart macrodeelkader met een eigen mbi. Dat geeft de zekerheid dat, indien dat nodig is, kostenbeheersing ook bij dit kader afgedwongen kan worden. De meeste macrodeelkaders binnen de Zvw kennen een eigen mbi. Dit maakt het mogelijk dat bij kostenoverschrijdingen de overheid kan ingrijpen. Geen van de mbi's is tot op heden ingezet.

- *Betrekken van de Wlz ter bevordering van samenwerking over de wettelijke domeinen van de Zvw en de Wlz heen*

Deze lijn gaat over het opschalen in reikwijdte van een sectoroverstijgende prestatie naar een domeinoverstijgende prestatie. En daarmee de gewenste mogelijkheid om samenwerking voor kwetsbare ouderen en/of mensen met een chronische aandoening effectiever en meer uniform in te richten.

- *Individuele sectoroverstijgende prestaties schalen op*

Indien individuele sectoroverstijgende prestaties groeien in omzet en aantal declaraties kan het nodig zijn om te analyseren en evalueren wat de effecten van een specifieke sectoroverstijgende prestatie zijn.

Figuur 2 geeft schematisch de fases van de implementatieroute weer voor de overheidspartijen.

Figuur 2: implementatieroute overheid



### 5.3.1 Startfase sectoroverstijgende prestatie

De NZa kan op basis van een aanwijzing van het ministerie van VWS de regelgeving opstellen voor de sectoroverstijgende prestatie.

In de regelgeving zal de NZa in ieder geval de volgende zaken opnemen:

- Het beoogde doel van de regelgeving
- De reikwijdte van de regelgeving
- De inhoudelijke uitwerking van een sectoroverstijgende prestatie:
  - Wie een sectoroverstijgende prestatie kan aanvragen.
  - Op welke manier een sectoroverstijgende prestatie kan worden aangevraagd. Hiervoor zal onder andere een aanvraagformulier beschikbaar worden gesteld. Ter illustratie is in bijlage 6 een concept aanvraagformulier opgenomen welke is gebruikt voor de co-creatiesessies.
  - Onder welke voorwaarden een sectoroverstijgende prestatie kan worden aangevraagd.

- Hoe de aanvraag wordt beoordeeld en welke termijnen hier aan verbonden zijn.

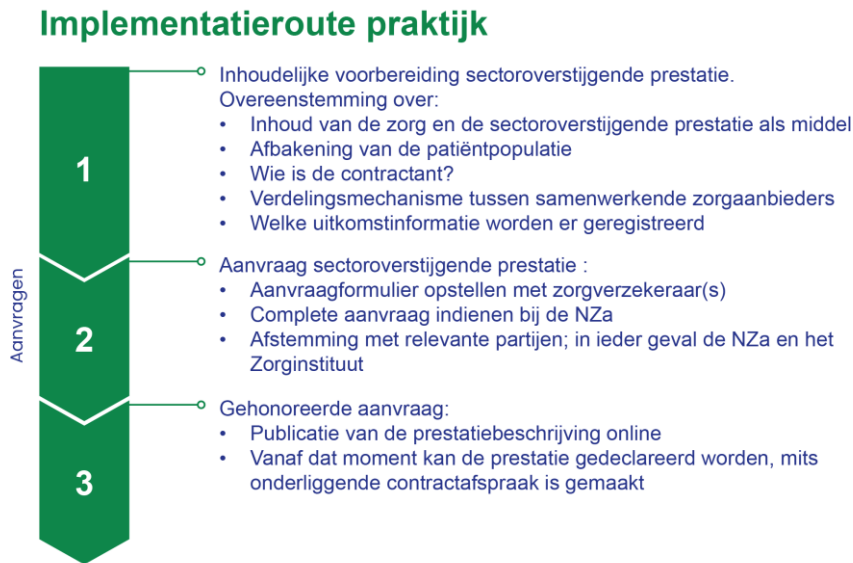
### 5.3.2 Aanvragen sectoroverstijgende prestatie

In de fase waarin een sectoroverstijgende prestatie in werking is en aanvragen voor een sectoroverstijgende prestatie ingediend kunnen worden, is afstemming tussen de NZa, het Zorginstituut en de indiende partijen van belang. Het proces voor het indienen van een aanvraag zal dan ook verschillende afstemmingsmomenten kennen:

- *Inventariserend gesprek*  
Ervaring leert dat een verkennend gesprek met de NZa behulpzaam is als partijen een andere bekostiging overeen willen komen voor de zorg die zij samen organiseren en leveren. Allereerst om de wensen te bespreken, de bestaande mogelijkheden in de bekostiging af te wegen en daarin een goede keuze te maken die de zorginhoud optimaal ondersteunt. Bij de sectoroverstijgende prestatie is het belangrijk om dit gesprek ook met het Zorginstituut te voeren vanwege de samenhang met de wettelijke taken die zij uitvoeren. De potentiële impact op de risicoverevening kan bijvoorbeeld ook leiden tot andere keuzes in de vormgeving van de prestatie. Zorgverzekeraars brengen, eventueel met ondersteuning vanuit het Zorginstituut, de impact op de risicoverevening in kaart. Het Zorginstituut kan de partijen adviseren in de vormgeving van de sectoroverstijgende prestatie om de impact te verkleinen.
- *Kennismakingsgesprek bij indiening aanvraag*  
De conceptversie van de aanvraag wordt gezamenlijk doorgenomen en vragen kunnen over en weer gesteld worden. Eventueel volgt een aanscherping van de aanvraag.
- *Afweging ten opzichte van reeds bestaande sectoroverstijgende prestaties*  
Omdat een sectoroverstijgende prestatie bedoeld is voor het opschalen van goede sectoroverstijgende samenwerking (zoals genoemd in paragraaf 3.2) toetst de NZa de nieuwe aanvraag aan de bestaande sectoroverstijgende prestaties. Indien er al prestaties bestaan die zorginhoudelijk grote gelijkenissen vertonen, gaan we in gesprek over het potentieel van de reeds bestaande sectoroverstijgende prestaties. Mogelijk is het oprekken hiervan al voldoende, zodat de nieuwe aanvraag eronder geplaatst kan worden. Dit zorgt voor zoveel mogelijk uniforme sectoroverstijgende prestaties zoals beschreven in paragraaf 4.1.2.
- *Eindoordeel aanvraag*  
Dit volgt per brief richting de indienende partijen. Als de aanvraag goedgekeurd wordt, volgt een prestatiebeschrijvingsbeschikking en wordt de prestatie opgenomen in het overzicht van sectoroverstijgende prestaties in de regelgeving, zodat declaratie van de specifieke sectoroverstijgende prestatie mogelijk wordt.

De implementatieroute voor de praktijk kent globaal drie fases, zoals in onderstaand Figuur 3 is weergegeven.

Figuur 3. Implementatieroute praktijk



### 5.3.3 Monitorings- en onderzoeksfase

Bij de start wordt met de sectoroverstijgende prestatie voor het eerst een bekostigingsoplossing geboden voor Zvw-brede sectoroverstijgende samenwerking rondom de cliënt. Dit maakt dat het vooraf lastig te voorspellen is hoeveel gebruik hiervan gemaakt gaat worden, maar ook concreet voor welke zorg dit gebruikt gaat worden. Dit brengt een risico op ongewenste kostengroei met zich mee. De NZa en het Zorginstituut zien daar de behoefte en noodzaak om de kosten te kunnen beheersen.

Vanuit ervaringen met (tot op zekere hoogte) vergelijkbare prestaties/trajecten, verwachten we niet dat de sectoroverstijgende prestatie bij aanvang een enorme vlucht zal nemen. Bij de integrale geboortezorg zagen we dat hier bij de start in 2017 nog geen 2,5% van de totale kosten geboortezorg mee gemoeid waren en dat dit in 2021 nog geen 8% is. Dit voorbeeld waar integrale bekostiging naast reguliere bekostiging bestaat laat zien dat een integrale bekostiging geen enorme vlucht heeft genomen na de introductie.

Dit biedt tijd om bepaalde keuzes niet vooraf te maken op basis van veel aannames en op basis van onzekere verwachtingen. Maar juist om momenten in het proces in te bouwen waarop eventuele verdere maatregelen onderzocht kunnen worden op basis van werkelijke ontwikkelingen. Daarom stellen wij voor om met een onderzoeksfase te starten waarin het gebruik van de sectoroverstijgende prestatie geanalyseerd wordt. Tijdens deze periode gaat onder andere een werkgroep het nut en de noodzaak van verdere beheersmaatregelen onderzoeken. Qua deelnemers aan de werkgroep zien wij hier ook een rol voor het ministerie van VWS en het ministerie van Financiën weggelegd. De concrete invulling van deze monitorings- en onderzoeksfase laat zich nog opstellen.

Ons voorstel is om bij het monitoren in ieder geval aandacht te hebben voor de impact van een sectoroverstijgende prestatie op:

- gezondheidswinst / uitkomsten van zorg
- verplaatsing van zorg (dichter bij huis, van tweedelijns naar eerstelijns, digitaal versus fysiek etc.)
- kostenontwikkeling per cliënt
- herijken van de verdeelsleutel voor de risicoverevening

- mate van opschaling van sectoroverstijgende prestaties en de remmende en stimulerende factoren
- ervaringen van zorgaanbieders en verzekeraars

### 5.3.4 Opschalingsfase

De routes in de opschalingsfase kunnen naast elkaar bestaan. Afhankelijk van de ontwikkeling die we gaan zien, zal één van de opschalingsroutes eerder aan de orde zijn dan de andere opschalingsroutes.

Het opschalen van de sectoroverstijgende prestatie binnen de Zvw naar een domeinoverstijgende prestatie Zvw-Wlz is wenselijk. Tegelijkertijd is de opschaling van sectoroverstijgend binnen de Zvw naar domeinoverstijgend voor de Zvw en de Wlz het meest omvangrijk. Uitgaande van de veronderstelling dat een sector- en domeinoverstijgende prestatie niet wordt gesplitst in een Zvw- en Wlz-deel, is namelijk een voorafgaande wijziging van wet- en/of regelgeving nodig. Er zal in meerdere of mindere mate ontschot moeten worden (bijvoorbeeld aanspraken, financiering en rechtmatigheid). Een wetswijziging kan al snel twee jaar in beslag nemen.

Het opschalen van een sectoroverstijgende prestatie naar een domeinoverstijgende prestatie vraagt een nadere uitvoeringstoets en analyse van de (on)mogelijkheden. Dat zal dan ook meer inzicht kunnen geven in welke wijzigingen van wet- en regelgeving kunnen worden overwogen. Om tot het voorliggende advies te komen, is meer dan een jaar verstreken. Iets soortgelijks zal mogelijk gelden voor een nadere analyse van mogelijkheden voor een domeinoverstijgende prestatie.

In die nadere analyse kunnen voor zover nodig alle in het voorliggende advies genoemde onderwerpen verder worden verkend. In aanvulling daarop kunnen ook andere onderwerpen een rol spelen.

- Een belangrijke rol is weggelegd voor systeemvraagstukken. De systemen van de Zvw en Wlz werken verschillend, van financiering tot en met bekostiging. Er lijken diverse mogelijkheden om daarmee om te gaan. Bijvoorbeeld: Bestaande systemen hun reguliere werk laten doen, maar de financiële afhandeling laten lopen zoals beschreven in het hoofdstuk over de macrokaders. Of hele zorgtrajecten van begin af aan al anders inregelen via aanspraak in één van de twee bestaande systemen en daarna volgens volledig binnen dat systeem afhandelen.
- De Wlz brengt specifieke aspecten met zich mee in relatie tot de Zvw. Eén aspect is wat paradoxaal: in de Zvw leidt sectoroverstijgend werken tot meer integrale prestaties. Binnen de Wlz werkt het mogelijk precies andersom; door het bestaan van vele integrale prestaties, zullen prestaties mogelijk worden opgeknipt. Verdere specifieke Wlz-aspecten zijn onder meer beschreven achter de punten 7 t/m 10 van bijlage 2 van de [Verkenning sectoroverstijgende betaaltitel uit juli 2021](#).
- Daarnaast spelen er ontwikkelingen zoals de positionering van behandeling voor cliënten in de langdurige zorg en het scheiden van wonen en zorg binnen de Wlz (zie voor meer informatie de NZa-adviezen [Positionering behandeling voor Wlz-cliënten](#), [Scheiden wonen en zorg in de verpleging en verzorging en de Uitvoeringstoets Bekostiging ggz-behandeling voor Wlz-cliënten met een psychische stoornis](#)). Die ontwikkelingen kunnen invloed hebben op nut en noodzaak van de domeinoverstijgende prestatie. Daarbij kan dan mede worden betrokken het voorgenomen wetsvoorstel domeinoverstijgende samenwerking. Deze wet maakt het rechtmatig investeren door zorgkantoren in preventieve maatregelen vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) onder voorwaarden mogelijk in het gemeentelijk domein.



# 6 Conclusies en aanbevelingen

## **Samenwerken in de zorg is nodig**

Gezondheid is belangrijk om op een prettige manier deel te nemen aan de maatschappij. Als je toch zorg nodig hebt dan wil je ervan uit kunnen gaan dat de zorg toegankelijk, van voldoende kwaliteit en betaalbaar is.

We worden in Nederland steeds ouder en mede door onze leefstijl groeit het aantal mensen dat meerdere aandoeningen tegelijk heeft; de zorg wordt voor een steeds grotere groep mensen complexer. En dat in een tijd dat de druk op de zorg al te hoog en groeiende is.

Verschillende initiatieven in de zorg laten zien dat door goede samenwerking over de grenzen van instellingen en zorgsectoren en -domeinen heen, kwaliteit van zorg geborgd blijft, terwijl zwaardere zorg voorkomen wordt. Vaak juist bij cliëntgroepen met een complexe zorgvraag. Bij verschillende initiatieven blijkt daarnaast dat de samenwerking ook positief bijdraagt aan het werkplezier van de betrokken zorgverleners. Niet onbelangrijk in tijden van hoge werkdruk.

Sector- en domeinoverstijgend samenwerken in de zorg gaat vaak niet vanzelf. Het is tijdsintensief, onzeker en complex. Mede doordat wet- en regelgeving de zorg verdeelt in domeinen en sectoren en de wet- en regelgeving per domein en sector anders is en niet altijd op elkaar aansluit. Dit werkt door in de bekostiging van de zorg.

## **De sectoroverstijgende prestatie voor sector- en domeinoverstijgende samenwerking**

In de beweging naar passende zorg, waarbij samenwerking van belang is, zien we ook de beweging en wens voor een integrale bekostiging van zorgpaden. Zorgaanbieders geven aan dat integrale bekostiging beter aansluit bij hoe zij de zorg organiseren en bij de resultaten die zij binnen het initiatief ervaren rondom kwaliteit van zorg, werkplezier en doelmatigheid. Opschaling van deze initiatieven komt alleen vaak niet of moeizaam tot stand.

Dit kan meerdere oorzaken hebben, maar het ontbreken van een passende en structurele prestatie voor de bekostiging van de sectoroverstijgende zorg speelt vaak ook een rol. Hiervoor kan de sectoroverstijgende prestatie een oplossing bieden, zodat de bekostiging het opschalen van passende zorginitiatieven die over de sectoren heen gaan niet belemmert.

In dit advies hebben de NZa en het Zorginstituut op verzoek van het ministerie van VWS uitgewerkt welke kansen een sectoroverstijgende prestatie biedt en welke gewenste en ongewenste effecten een dergelijke prestatie op samenwerking in de zorg kan hebben. En hoe de sectoroverstijgende prestatie relateert aan verschillende stelselmechanismen die ermee samenhangen.

## Advies

Samenvattend adviseren de NZa en het Zorginstituut het ministerie van VWS om een sectoroverstijgende prestatie te realiseren volgens een groeimodel en in samenhang met huidige stelselmechanismen. Startend met een sectoroverstijgende prestatie binnen de Zvw.

- Een sectoroverstijgende prestatie biedt een mogelijkheid in de bekostiging die nu binnen de Zvw en andere zorgdomeinen niet bestaat; namelijk structurele ruimte in de bekostiging voor aanbieders en zorgverzekeraars om sectoroverstijgende prestaties overeen te komen. Als de sectoroverstijgende prestatie er komt biedt het ruimte aan voorlopers in de zorg om integrale bekostiging te koppelen aan uitkomsten en daarmee een start te maken richting uitkomstgerichte zorg.
- Een groeimodel biedt kansen om pragmatisch te starten en ervaring op te doen. Waarna de volgende stappen gezet kunnen worden naar een domeinoverstijgende prestatie voor de Zvw, de Wlz en potentieel op termijn ook de Wmo. Wat een complexe, maar zeer gewenste vervolgstap is om op korte termijn verder uit te werken.
- De NZa en het Zorginstituut zien mogelijkheden om de sectoroverstijgende prestatie zodanig te implementeren dat deze voor een belangrijk deel in te passen is in bestaande mechanismen als de macrodeekaders binnen de Zvw en de risicoverevening. Daardoor worden gewenste financiële prikkels behouden en mogelijke negatieve prikkels zoveel mogelijk ondervangen.

### Sectoroverstijgende prestatie is nodig voor passende zorg

Voor het opschalen van passende zorg zijn er verschillende mogelijkheden voor maatwerkafspraken in de bekostiging. Deze zijn alleen niet toereikend voor initiatieven die sectoroverstijgend samenwerken aan passende zorg en integrale bekostiging willen. Enerzijds, omdat de structurele mogelijkheden in de bekostiging per zorgsector zijn ingericht en niet sectoroverstijgend zijn. Anderzijds, omdat de enige mogelijkheden die bestaan voor sector- en domeinoverstijgende bekostiging een experimenteel en daarmee tijdelijk karakter hebben. Andere mogelijkheden in de bekostiging die al bestaan (algemene diensten ten behoeve van zorg), of waaraan wordt gewerkt in het kader van het IZA, hebben alleen betrekking op indirecte tijd of zijn ondersteunend aan de zorg. Er is geen mogelijkheid om alle zorg én organisatieactiviteiten van een integraal zorgpad in één prestatie te kunnen vatten.

De sectoroverstijgende prestatie is dan ook een ontbrekende schakel in de bekostiging van passende zorg. Met een sectoroverstijgende prestatie kan een structurele mogelijkheid gecreëerd worden voor het integraal/sectoroverstijgend (en op termijn domeinoverstijgend) bekostigen van zorg.

### Voorwaarden voor het invoeren van een sectoroverstijgende prestatie

Een sectoroverstijgende prestatie moet in de praktijk van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, en op termijn zorgkantoren, een werkbare oplossing zijn. Tegelijk willen de NZa, het Zorginstituut en het ministerie van VWS hun wettelijke taken op een goede manier in kunnen vullen.

Dit is mogelijk wanneer een sectoroverstijgende prestatie voldoet aan de volgende twee randvoorwaarden:

- Zorgverzekeraars handelen gelijkgericht. Gelijkgericht handelen van zorgverzekeraars sluit aan bij de hoofdlijnen van het IZA. Ook beperkt dit de administratieve lasten bij zorgaanbieders.
- Sectoroverstijgende prestaties zijn zoveel mogelijk uniform. Dat wil zeggen dat een sectoroverstijgende prestatie uniform is in het verwachte zorggebruik van verzekerden die in een sectoroverstijgende prestatie zijn opgenomen.

Een sectoroverstijgende prestatie betekent dat er integrale prestaties gaan ontstaan waarin verschillende zorgactiviteiten vanuit verschillende zorgsectoren gecombineerd worden in één prestatie met één tarief. Hierdoor ontstaan aan de ene kant prikkels om doelmatig passende zorg te leveren, maar aan de andere kant treedt er informatieverlies op. Na declaratie van een sectoroverstijgende prestatie is namelijk niet meer zichtbaar in de declaratiedata welke zorg door wie, wanneer is geleverd. De declaratie geeft alleen informatie over het zorgpad dat is ingezet, maar niet welke zorg daadwerkelijk binnen het zorgpad op welk moment geleverd is. Dat heeft impact op verschillende wettelijke taken van de NZa en het Zorginstituut.

### **Aanspraak**

De aanspraak van zorg kan tot complexiteit leiden bij het vormen van een sectoroverstijgende prestatie, wanneer naast basisverzekerde zorg ook niet verzekerde zorg onderdeel uitmaakt van een prestatie. Het feit dat bijvoorbeeld de aanspraak fysiotherapie is vormgegeven in een aantal behandelingen maakt het complex om te komen tot een sectoroverstijgende prestatie vanwege de noodzaak om correct het eigen risico en de eigen betalingen per cliënt in rekening te kunnen brengen. Een oplossing kan zijn om te werken met een gemiddeld aantal behandelingen dat in rekening wordt gebracht. Voor deze potentiële oplossing is aanpassing van de regelgeving (bijvoorbeeld het Bzv) door het ministerie van VWS noodzakelijk.

### **Risicoverevening**

De risicoverevening is een belangrijk instrument om de solidariteit van ons zorgstelsel te bewaren. Het creëert een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars. Het is belangrijk om sectoroverstijgende prestaties in te passen binnen de huidige structuren van de risicoverevening. Het inpassen kan en is nodig, omdat anders de volgende effecten ontstaan:

- Zorgverzekeraars ontvangen geen, of een lagere vereveningsbijdrage voor zorg die via een sectoroverstijgende prestatie is gedeclareerd. Dat komt doordat de zorgkosten en de declaratie van de sectoroverstijgende prestatie niet kunnen worden gebruikt in de indeling van verzekerden in de vereveningskenmerken.
- De nauwkeurigheid van de normbedragen neemt af. Doordat het onderscheid van zorgkosten op sectorniveau verdwijnt bij een integrale prestatie zoals de sectoroverstijgende prestatie, kunnen de kosten niet meegenomen worden in de schatting van de normbedragen. Hierdoor neemt de nauwkeurigheid van de normbedragen af waardoor de vereveningsbijdrage minder goed aansluit op de zorgkosten. Dit kan financieel positief of negatief uitpakken voor zorgverzekeraars die een sectoroverstijgende prestatie contracteren.

Om de sectoroverstijgende prestatie in te passen binnen de huidige structuren van de risicoverevening, adviseren wij een uniforme sectoroverstijgende prestatie die gelijk is voor alle zorgverzekeraars. Als er sprake is van een uniforme sectoroverstijgende prestatie dient een logische verdeelsleutel te worden afgesproken zodat de kosten naar sector kunnen worden toegedeeld en ingebracht in de risicoverevening. Wanneer de sectoroverstijgende prestatie zorg vervangt die nu via zorgdeclaraties in een vereveningskenmerk landt, dient naast de verdeelsleutel ook een zorgactiviteitenregistratie te worden bijgehouden voor die betreffende zorg. Deze registratie geeft inzicht in de daadwerkelijk verleende zorg. In de huidige praktijk worden de zorgactiviteiten vaak al geregistreerd waardoor de administratieve lasten voor zorgaanbieders beperkt blijven.

Hoewel de beschreven oplossingsrichting ten opzichte van reguliere bekostiging de verevening van zorgkosten iets kan verminderen, is de impact voor individuele zorgverzekeraars beperkt. Doordat de zorg uit sectoroverstijgende prestatie binnen het risicodragend deel van de risicoverevening blijft, blijft de prikkel tot doelmatigheid voor zorgverzekeraars aanwezig.

De exacte werkwijze kan per sectoroverstijgende prestatie verschillen en is onder andere afhankelijk van de exacte vormgeving van de prestatie. Dit betekent dat bij de aanvraag voor een sectoroverstijgende prestatie de impact op de risicoverevening door de betrokken zorgverzekeraar in kaart dient te worden gebracht. Het Zorginstituut kan hierbij adviseren. Sommige prestaties zullen vanwege hun vormgeving en/of schaalgrootte een te grote impact hebben op de risicoverevening en zijn daardoor niet in te passen binnen een sectoroverstijgende prestatie.

### **Aansluiten op de risicoverevening**

Om een sectoroverstijgende prestatie aan te laten sluiten op de huidige structuren van de risicoverevening is het volgende nodig:

- De NZa en het Zorginstituut sturen aan op uniformiteit van sectoroverstijgende prestaties in de aanvraagprocedure
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven bij de aanvraag aan welke prestaties op dit moment gedeclareerd worden voor het zorgpad en voor welke cliëntgroepen.
- Zorgverzekeraars brengen, eventueel met ondersteuning vanuit het Zorginstituut, de impact van de sectoroverstijgende prestatie op de risicoverevening in kaart. Het Zorginstituut kan de partijen adviseren in de vormgeving van de sectoroverstijgende prestatie om de impact te verkleinen.
- Om sectoroverstijgende prestaties in te passen in de risicoverevening worden afspraken gemaakt over de verdeelsleutel en eventuele zorgactiviteitenregistratie.

### **Macrodeekaders**

Wettelijk is het nu niet mogelijk om Zvw-zorg te vergoeden uit de Wlz en andersom. De macrodeekaders binnen de Zvw zijn vaak sectoraal van aard. Als er een macrobeheersinstrument geldt, zijn de sectorale schotten ook relatief hard. Uitwisseling van geld tussen de sectorale deekaders is dan niet mogelijk.

Bij de introductie van de sectoroverstijgende prestatie zien wij twee oplossingsrichtingen ten aanzien van de toerekening aan macrodeekaders/een macrodeekader:

- 1 Toepassen van een verdeelsystematiek
- 2 Deze ten laste te brengen van het bestaande macrodeekader 'Overig curatieve zorg'.

Beide oplossingsrichtingen hebben voor- en nadelen ten aanzien van administratieve lasten, beheersinstrumenten en ontschotting. De weging van deze voor- en nadelen is aan het ministerie van VWS.

### **Secundair datagebruik**

Met de beweging naar passende zorg wordt de behoefte aan integrale bekostiging ook steeds meer zichtbaar. Praktijk en bekostiging gaan dan naar verwachting van veel aanbieders beter op elkaar aansluiten. Op dit moment leidt het invoeren van integrale prestaties tot informatieverlies. Dit komt omdat meerdere declaraties van verschillende zorgactiviteiten worden samengevoegd tot één prestatie voor een zorgpad. De declaratiedata worden onder andere gebruikt voor de risicoverevening, maar ook voor inhoudelijke afwegingen rondom pakketbeheer, het monitoren van marktontwikkelingen en onderzoeken ten behoeve van prestatie- en tariefregulering, etc. Een deel van dit informatieverlies kan ondervangen worden in de aanvraagprocedure, zoals voorgesteld bij de risicoverevening en de macrodeekaders. Voor het toezien op fraude en oneigenlijk gebruik bij een sectoroverstijgende prestatie kunnen zorgverzekeraars en de NZa gebruik maken van spiegelinformatie.

Het eventuele informatieverlies gaat overigens volledig uit van het huidige informatiegebruik en de huidige informatiebehoefte. Vanwege de ontwikkelingen die meer en meer in opkomst zijn rondom passende zorg, past ook een andere informatiebehoefte.

Daarbij is voor zorginhoudelijke afwegingen rondom pakketbeheer onderzoek mogelijk door informatie op te halen bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars, anders dan de declaratiedata.

### **Samenwerken en marktmacht**

Het is aan de groep van zorgaanbieders om de verdeling van gelden ‘achter de voordeur’ via een verdeelsleutel te verdelen. Dit wordt namelijk niet gereguleerd. Toch schatten we het risico op machtsmisbruik bij de verdeling vanwege bijvoorbeeld een dominante positie laag in. Partijen hebben elkaar al gevonden in een samenwerking en zullen deze waarschijnlijk niet continueren als machtsmisbruik aan de orde is. De NZa gaat er dus vanuit dat partijen er goed uitkomen met elkaar; ze hebben elkaar nodig voor de goede samenwerking. Uiteraard kan de NZa een rol spelen wanneer er bij de NZa signalen binnenkomen over eventueel misbruik van een positie.

### **Gezamenlijke werkagenda**

Dit advies laat zien hoe groot de samenhang is tussen verschillende stelselmechanismen. Het inzichtelijk maken van die samenhang en daarmee ook de complexiteit is waardevol. En gezamenlijk en integraal werken aan het vervolg is noodzakelijk.

Voor de verdere ontwikkeling van een sectoroverstijgende prestatie stellen wij een gecombineerde werkgroep voor op initiatief van het ministerie van VWS. Naast het ministerie van VWS nemen in ieder geval ZN, het Zorginstituut en de NZa deel. Deze werkgroep kan gezamenlijk een werkagenda opstellen voor de verdere uitwerking van een sectoroverstijgende prestatie.

Inhoudelijk moet de werkagenda aandacht hebben voor de onderwerpen waar nog verdere uitwerking nodig is of nog veel onzekerheid bij bestaat. Dit zijn in ieder geval:

- breed vaststellen van zorgpaden en initiatieven waar een sectoroverstijgende prestatie van waarde is;
- uitvoeringsvraagstukken bij zorgverzekeraars, zoals polisvoorwaarden;
- werking van het eigen risico en eigen betalingen;
- specifieke invulling risicoverevening;
- informatievoorziening
- samenhang met de bekostiging van patiëntengroepsgebonden afstemming zoals nu vanuit de IZA-werkgroep BDSS uitgewerkt wordt;
- uitwerken welke (nieuwe) rechtsvormen nodig/wenselijk zijn voor de samenwerking.

De start van de implementatieroute laat wat ons betreft niet lang op zich wachten. We adviseren het ministerie van VWS om in het eerste kwartaal van 2024 tot een gezamenlijke werkagenda te komen. Hierna kan uitwerking volgen, met als resultaat een aanwijzing van het ministerie van VWS aan de NZa voor een sectoroverstijgende prestatie.

Met de verdere gezamenlijke uitwerking zorgen we ervoor dat een sectoroverstijgende prestatie belemmeringen in sectoroverstijgende samenwerking ten aanzien van bekostiging en conflicterende financiële prikkels verminderd. Dit is een essentiële stap om de samenwerking tussen aanbieders mogelijk te maken. Zorgaanbieders kunnen hun ambities gaan realiseren en zorgverzekeraars hebben goede mogelijkheden om hun rol stevig neer te zetten in de transitie naar passende zorg.

# 7 Bijlages

# Bijlage 1

## Betrokken partijen

Voor de navolgende partijen hebben twee informatiesessies plaatsgevonden op 22 juni en 29 augustus 2023. Dit betreffen de IZA-partijen en een aantal branchepartijen van sectoren die vaker naar voren zijn gekomen bij behandeling van praktijkvoorbeelden:

- ActiZ
- De Nederlandse ggz
- Federatie Medisch Specialisten
- InEen
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- Landelijke Huisartsen Vereniging
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
- Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Paramedisch Platform Nederland
- Patiëntenfederatie Nederland
- Valente
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten
- Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck
- Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- Zelfstandige Klinieken Nederland
- Zorgthuisnl
- Zorgverzekeraars Nederland
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Daarnaast is het advies in concept ook aan hen voorgelegd. De reacties hebben we zoveel mogelijk verwerkt in voorliggend advies.

# Bijlage 2

## Positionering sectoroverstijgende prestatie

Hieronder volgt een overzicht van de huidige mogelijkheden in de reguliere bekostiging voor maatwerkafspraken, die onder andere kunnen gaan over het samen leveren van zorg.

### Vrije tarieven

In bepaalde sectoren gelden vrije tarieven. In dat geval stelt de NZa geen maximumtarief vast. Voor goede innovatieve en preventieve ideeën kunnen zorgverzekeraars dan ook een hoger tarief afspreken met de zorgaanbieder binnen de kaders van de door de NZa vastgestelde prestatie.

Binnen de regelgeving van de huisartsenzorg bieden segment 2 en 3 ruimte voor samenwerking.

Segment 2 betreft de prestaties voor organisatie en infrastructuur; beter bekend als de O&I-prestaties.

De O&I-prestaties bieden zorgverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid om aanvullende vergoedingen per ingeschreven verzekerde af te spreken. Deze vergoedingen hebben als doel om (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners te organiseren en te stimuleren. De prestaties in segment 3 zijn bedoeld om extra ruimte te bieden voor het belonen van resultaat en zorgvernieuwing. Voorbeelden van prestaties die de samenwerking tussen zorgverleners stimuleren zijn resultaatbeloning 'adequaat doorverwijzen en diagnostiek' en resultaatbeloning 'multidisciplinaire zorg', en onder zorgvernieuwing het 'meekijkconsult'. Daarnaast bestaat er bij zowel resultaatbeloning als zorgvernieuwing een prestatie 'overig', voor zorg die niet binnen de andere S3-prestaties past.

### Max-maxtarieven

In bepaalde sectoren gelden maximumtarieven. Voor goede (preventieve) innovaties kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling een hoger tarief (maximaal 10% extra) afspreken dan het maximumtarief dat is vastgesteld door de NZa.

### Experimenten

#### c Sectoraal: Proeftuin

Voor bepaalde sectoren is er een experiment beleidsregel opgesteld op aanwijzing van (in opdracht van) het ministerie van VWS. Binnen een experiment beleidsregel/proeftuin kan er worden afgeweken van de reguliere bekostiging en worden aangesloten bij de bekostiging van het experiment. Om gebruik te maken van de ruimte die het experiment biedt, moeten zorgaanbieder en zorgverzekeraar hiervoor een contract sluiten. Binnen de kaders die de regelgeving voor dit experiment stelt, spreken de zorgaanbieder en zorgverzekeraar in dit contract af hoe de prestatie onder het experiment precies wordt vormgegeven en welk tarief hierbij wordt gehanteerd.

#### d Sectoraal: prestaties

In bepaalde sectoren geldt een experiment prestatie waarbinnen kan worden geëxperimenteerd met de bekostiging. Binnen de prestatie kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken over het belonen van uitkomsten van zorg of zorgvernieuwing op lokaal niveau. Hier geldt ook dat er sprake moet zijn van een schriftelijke overeenkomst (contract) met de zorgverzekeraar.

#### e De Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten

Met deze beleidsregel kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars een experimentele prestatie aanvragen voor innovatieve zorg die nog niet te bekostigen is met de landelijke NZa-regelgeving. Een (of meerdere) zorgverzekeraar(s) en zorgaanbieder(s) vragen een experiment aan, waarbij zij onder



andere informatie aanleveren over de experimentprestatie en de gestelde doelen, waarna de NZa een controle uitvoert en aan de experimenteerprijzen een beschikking afgeeft voor een experimentperiode van maximaal drie jaar. Andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen een aansluitovereenkomst indienen bij de NZa, waarna ook zij een individuele beschikking voor de experimentprestatie ontvangen. Halverwege het experiment en zes maanden voor het aflopen van de experimentperiode wordt geëvalueerd. Indien er voldoende uitkomsten verzameld zijn gedurende de looptijd van het experiment kan besloten worden of en hoe de innovatie opgenomen wordt in de structurele, landelijke bekostiging. Als er nog niet voldoende resultaten zijn om een goed besluit te nemen over opname in de landelijke bekostiging, dan kan het experiment met maximaal twee jaar worden verlengd. Soms is dat voor de maximale duur van twee jaar nodig. Dit kan dit zijn ter overbrugging naar het moment dat de structurele bekostiging van kracht gaat (dan spreken we van een instandlating), maar een verlenging kan ook nodig zijn om de experimenteerprijzen de tijd te geven het experiment af te bouwen wanneer niet overgegaan wordt tot structurele bekostiging van de experimentprestatie.

### **Reguliere prestatie met vrije ruimte**

Hierbij kan worden gedacht aan de prestatie Beloning op maat binnen de wijkverpleging. Deze prestatie biedt ruimte om op maat afspraken te maken over de beloning van innovatie, kwaliteit, uitkomsten van zorg of naar de bediende populatie van de zorgaanbieder. Ook hier geldt een contractvereiste en een voorwaarde is dat de prestatie per cliënt declarabel is.

### **Bekostiging afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis (BACO)**

Het advies Bekostiging afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis is in januari 2023 gepubliceerd. Hierin wordt geadviseerd de verantwoordelijkheid voor de multidisciplinaire samenwerking centraler te organiseren. Regionale organisaties moeten deze rol oppakken, en in een regioplan beschrijven hoe ze de zorg rondom kwetsbare cliënten thuis beter gaan organiseren. De stap extra die regionaal wordt gezet op basis van dit regioplan zou aanvullend vergoed moeten worden. Daarnaast wordt geadviseerd om werk te maken van aanvullende bekostiging voor individuele aanbieders om domein- en sectoroverstijgende afstemming en coördinatie te stimuleren. De huidige monodisciplinaire, verzuilde bekostiging stimuleert aanbieders om zich te richten op het 'eigen' aandeel van zorg in plaats van onderling en in keten afgestemde zorg. Daarbij worden aanbieders vaak vergoed op basis van cliëntgebonden contacten/trajecten. De tarieven die zij hiervoor ontvangen zijn veelal gebaseerd op landelijk gemiddelde kosten. De gemiddelde inzet op het gebied van afstemming en coördinatie is daarbij altijd al onderdeel geweest van de reguliere werkzaamheden, en daarmee ook onderdeel van de bestaande tariefonderbouwing. In het advies wordt bepleit om de aanvullende inspanning van individuele aanbieders gekoppeld aan het regioplan op een als lumpsumvergoeding overeen te komen. Deze laatste optie is in de meeste huidige bekostigingssystematieken niet mogelijk of eenvoudig.

### **Algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg (Adz)**

Adz maakt het mogelijk om coördinatie-activiteiten en de onderliggende infrastructuur die benodigd is voor de organisatie van zorg rondom de cliënt binnen een samenwerkingsverband of netwerkstructuur te bekostigen. Deze activiteiten bevorderen de kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid van verzekerde zorg. Wanneer er een Adz-prestatie is vastgesteld, maakt deze prestatie het voor een Adz-zorgaanbieder mogelijk om deze activiteiten rechtstreeks bij de zorgverzekeraar te declareren; eerder was het alleen mogelijk deze activiteiten via de zorgaanbieder in rekening te brengen bij de zorgverzekeraar.

Het Zorginstituut stelt vast of de activiteiten of diensten waarvoor een Adz-prestatie wordt aangevraagd voldoen aan de criteria die gelden voor 'verzekerde zorg'. De eerste en tot nu toe enige Adz-prestatie die door de NZa is vastgesteld betreft de Adz-ondersteuning van Parkinsonzorg, geleverd door ParkinsonNet. Andere Adz-zorgaanbieders mogen deze Parkinsonzorg Adz-prestatie alleen in rekening

brengen wanneer er een schriftelijke afspraak is gemaakt met de ziektekostenverzekeraar (contractvereiste).

### **Facultatieve prestaties**

Verschillende sectoren kennen een facultatieve prestatie. Hiermee kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken over nieuwe prestaties. Een facultatieve prestatie is vooral geschikt voor het oplossen van knelpunten die niet op te lossen zijn binnen de bestaande reguliere prestaties, of wanneer beide partijen er onderling voor kiezen om bestaande zorg op een innovatievere manier te bekostigen. De aanvraag dienen aanbieder en zorgverzekeraar gezamenlijk bij de NZa in. Hierbij moet de aanvraag, die de door de NZa gevraagde informatie bevat, door beide partijen ondertekend zijn. De NZa beoordeelt of de aanvraag voldoet aan alle voorwaarden en geeft daarna een beschikking af. De facultatieve prestatie kan vanaf dan direct gebruikt worden. Als een facultatieve prestatie door de NZa is goedgekeurd, dan kan iedere zorgaanbieder en zorgverzekeraar deze gebruiken, zolang zij hier een contractafspraken over maken (contractvereiste).

### **Wlz-experiment**

De Wlz kent in art. 10.1.2 een mogelijkheid waarbij o.a. zorg als bedoeld bij of krachtens de Wlz, zorg en overige diensten als bedoeld bij of krachtens de Zvw, maatschappelijke ondersteuning als bedoeld bij of krachtens de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en/of jeugdhulp als bedoeld bij of krachtens de Jeugdwet kunnen worden opgenomen in een experiment. Dit heeft tot doel de verzekerde één integraal, op zijn situatie afgestemd pakket aan diensten te verstrekken in plaats van afzonderlijke rechten op grond van de Wlz, Zvw, Wmo 2015, Jeugdwet of op grond van zijn zorgverzekering.

# Bijlage 3

## Korte uitleg van stelselmechanismen

### 1. De aanspraak; een korte uitleg

De overheid stelt in wet- en regelgeving vast welke (soort) zorg onder welke voorwaarden en in welke omvang uit het basispakket van de Zvw en de Wlz wordt vergoed. De Zvw regelt de aanspraken op hoofdlijnen. In lagere, meer flexibele, regelgeving wordt meer in detail beschreven welke zorg onder welke voorwaarden wordt vergoed. Lagere regelgeving die bij de Zvw hoort, is het Bzv en de Regeling zorgverzekering (Rzv). In de Wlz zijn de aanspraken in de wet zelf neergelegd, ook op hoofdlijnen, maar concreter dan in de Zvw. Drie wettelijke criteria zijn van belang wanneer het gaat om zorg uit het basispakket.

#### *Plegen te bieden (geldt alleen voor de Zvw)*

Dit criterium dient om te kunnen beoordelen of zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep behoort en of deze beroepsgroep de zorg rekent tot zijn deskundigheidsgebied. Daarbij gaat het om het soort zorg en niet om specifieke behandelmethode. Het gaat om een algemene aanduiding van het zorgarsenaal.

#### *Stand van de wetenschap en praktijk (SWP)*

Aan de hand van dit criterium wordt bepaald of de zorg veilig en effectief is voor een groep mensen. Dit is het meest belangrijke criterium in de Zvw, maar ook Wlz zorg moet aan dit criterium voldoen.

#### *Redelijkerwijs aangewezen*

Dit criterium is bedoeld om in het individuele geval te bepalen of een verzekerde daadwerkelijk is aangewezen op de zorg zoals zorgverleners plegen te bieden én die voldoet aan SWP. Dit is het zogenaamde algemene indicatievereiste waaraan de zorgverzekeraar moet toetsen. Ook in de Wlz geldt het criterium dat de verzekerde recht heeft op zorg voor zover hij redelijkerwijs op die zorg is aangewezen.

Voldoet de zorg aan de criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk', dan gaat zij "vanzelf" deel uitmaken van de verzekerde zorg. Dergelijke generieke omschrijvingen hebben doorgaans een dynamische werking. Er vindt als het ware doorlopende in- en uitstroom plaats. Deze generieke benadering van het basispakket zorgt ervoor dat er altijd een actueel verzekeringspakket bestaat dat de laatste ontwikkelingen volgt. Over het *algemeen* zorgt deze generieke omschrijving er ook voor dat samenwerking tussen professionals over de sectoren heen geen probleem is vanuit het perspectief van de aanspraak gezien.

### 2. De risicoverevening; een korte uitleg

De Zvw kent een plicht voor zorgverzekeraars om alle verzekeringsplichtigen die zich bij hen aanmelden te accepteren voor de basisverzekering, ongeacht hun (risico)profiel. De Zvw kent ook een verbod op premiedifferentiatie. Dit houdt in dat zorgverzekeraars aan alle verzekerden dezelfde premie moeten vragen voor dezelfde zorgverzekering. Sommige zorgverzekeraars hebben verhoudingsgewijs meer verzekerden die veel zorg nodig hebben dan andere zorgverzekeraars. Zonder de risicoverevening geeft dit een prikkel tot risicoselectie; zorgverzekeraars zouden proberen gezonde mensen met voorspelbare financiële winsten te werven en mensen met voorspelbare financiële verliezen te weren. Dit ondermijnt de solidariteit van ons zorgstelsel.

Door het systeem van de risicoverevening krijgen zorgverzekeraars een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds die is afgestemd op het risicoprofiel van hun klanten. De risicoverevening vermindert daarmee de prikkel voor risicoselectie door zorgverzekeraars. Daarnaast creëert de risicoverevening een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars waardoor zij zich in een gelijke uitgangspositie bevinden, ongeacht de samenstelling van hun verzekerdenportefeuilles. Zorgverzekeraars worden daardoor gestimuleerd om te concurreren op basis van de prijs en kwaliteit van hun verzekeringspolis. De risicoverevening stimuleert daarmee een doelmatige uitvoering van de zorg.

In de risicoverevening worden aparte modellen gebruikt voor de verevening van somatische kosten (somatisch model) en kosten voor geneeskundige gezondheidszorg (GGZ) (GGZ-model). Voor elk model worden daarom aparte normbedragen geschat. Het eigen risico-model (ER-model) is in dit rapport buiten beschouwing gelaten.

# Bijlage 4

## Technische uitwerking knelpunten risicoverevening

Zorg geleverd en gedeclareerd binnen een sectoroverstijgende prestatie belandt via de volgende drie manieren in de risicoverevening:

1. Zorgkosten op persoonsniveau worden gebruikt **bij de bepaling van de normbedragen**. Het risicovereveningsmodel bepaalt de bijdrage die zorgverzekeraars krijgen met een regressiemodel. In dit regressiemodel worden op persoonsniveau de kosten van een verzekerde verklaard aan de hand van zogenoemde vereveningskenmerken zoals leeftijd, sociaaleconomische status en gebruik van extramurale geneesmiddelen. Dit resulteert in normbedragen per vereveningskenmerk.
2. Het zorggebruik en de zorgkosten op persoonsniveau worden gebruikt bij **het vaststellen van de vereveningskenmerken** (i.e. kenmerkindeling). Als een verzekerde wordt ingedeeld bij een vereveningskenmerk, ontvangt de zorgverzekeraar voor deze verzekerde het desbetreffende normbedrag.
3. De totale kosten (op macro- en op zorgverzekeraarsniveau) worden gebruikt in zogenoemde **ex-post maatregelen**. Ex-post maatregelen corrigeren voor onzekerheden in het ex-ante risicovereveningsmodel

We hebben voor elk van deze drie aspecten gekeken wat de gevolgen van de introductie van een sectoroverstijgende prestatie zijn voor de risicoverevening.

### Bepaling van de normbedragen

Bij de bepaling van normbedragen worden de kosten op persoonsniveau gebruikt. Zorgverzekeraars leveren deze kosten, uitgesplitst naar sectoren, aan via Vektis. Na bewerking door Vektis gebruikt onderzoeksinstituut ESHPM de kosten om de normbedragen te schatten. Bij de schatting worden de meest recente kostengegevens gebruikt en representatief gemaakt voor het toekomstige vereveningsjaar. Hierbij worden de kosten op sectorniveau dusdanig opgehoogd dat deze gelijk zijn aan het Macroprestatiebedrag (MPB) dat het ministerie van VWS raamt voor het betreffende vereveningsjaar. Zorgkosten kunnen alleen worden meegenomen in de schatting van de normbedragen als onderscheid gemaakt kan worden naar de kosten op sectorniveau en de kosten op persoonsniveau beschikbaar zijn.

Voor de schatting van de normbedragen wordt een specifiekere uitsplitsing van de kosten gehanteerd dan de uitsplitsing die gehanteerd wordt voor de indeling in vereveningskenmerken. Zo wordt de GGZ-zorg voor de schatting van de normbedragen, onder andere, uitgesplitst naar kosten specialistische GGZ met verblijf, langdurige GGZ en generalistische basis GGZ. Voor de indeling in kenmerken van het GGZ-model zijn de totaalkosten voldoende en is er geen uitsplitsing nodig. Wanneer een sectoroverstijgende prestatie zowel somatische zorg als GGZ-zorg omvat, is wel een uitsplitsing naar tenminste vereveningsmodel (i.e. somatisch en GGZ-model) nodig om te bepalen welk deel van de kosten moeten worden meegenomen in elk model.

Dit onderscheid op sectorniveau verdwijnt bij een integrale prestatie zoals een sectoroverstijgende prestatie. Met als gevolg dat deze kosten in beginsel niet meegenomen worden in de normbedragen. Ze zijn daardoor niet bepalend voor de vereveningsbijdrage en de normbedragen. Dit maakt de risicoverevening minder nauwkeurig. Het gaat dan om de mate waarin de vereveningsbijdrage aansluit op de verwachte kosten van verzekerden op basis van hun risicoprofiel. De nauwkeurigheid verandert aangezien de verwachte zorgkosten van verzekerden met een sectoroverstijgende prestatie kunnen

verschillen met de zorgkosten van vergelijkbare verzekerden zonder deze prestatie. Dit soort verschillen worden niet meegenomen in de normbedragen. Dit kan impact hebben voor de verdeling tussen zorgverzekeraars, negatief voor de zorgverzekeraars die gebruik maken van een sectoroverstijgende prestatie en vooral wanneer de inzet/gebruik van een sectoroverstijgende prestatie sterk verschilt tussen zorgverzekeraars.

### **Vaststellen van vereveningskenmerken**

Verzekerden worden ingedeeld in sectorspecifieke vereveningskenmerken op basis van declaraties van zorggebruik en zorgkosten. Morbiditeitskenmerken worden afgeleid van declaraties zoals de diagnose kosten groepen (DKG) op basis van dbc's en de fysiotherapie diagnose groepen (FDG) op fysio- en oefentherapiedeclaraties. Kostenkenmerken worden gebaseerd op basis van de kosten van zorg zoals meerjarige kosten van verpleging en verzorging (MVV) en meerjarige hoge kosten (MHK) op basis van de kosten per verzekerden. Ieder jaar deelt het Zorginstituut prestatie- en declaratiecodes en kostenrubrieken in, waarbij voorafgaand aan een vereveningsjaar al vastligt welke declaratie of kostenrubriek tot welke vereveningsbijdrage leidt. Dit zijn zogenaamde referentie- en uitvoeringsbestanden; zie bijvoorbeeld het referentiebestand voor FDG in het somatisch model van modeljaar 2023.

Voor het indelen in morbiditeitskenmerken is het noodzakelijk dat de declaraties volledig, juist en uniform voor alle zorgverzekeraars zijn; hierbij bedoelen we dat alle zorgverzekeraars dezelfde prestaties gebruiken bij een vergelijkbare verzekerde en geleverde zorg. Declaraties van zorgverzekeraar-specifieke prestaties leiden daarom niet tot indeling in een vereveningskenmerk; dit zou namelijk als gevolg hebben dat de zorgverzekeraar invloed kan uitoefenen op de te ontvangen vereveningsbijdrage.<sup>2</sup>

Een sectoroverstijgende prestatie heeft, als nieuwe type prestatie, in beginsel niet dezelfde eigenschappen als een reguliere prestatie. Waar reguliere prestaties bijvoorbeeld door alle zorgverzekeraars worden gehanteerd is een sectoroverstijgende prestatie, vanwege het contractvereiste, in de basis een zorgverzekeraar-specifieke prestatie. Bovendien kan het zorgpad van een sectoroverstijgende prestatie minder uniform zijn dan een reguliere prestatie doordat een sectoroverstijgende prestatie in de basis zorginhoudelijk breder is opgezet. Op voorhand is namelijk niet te voorspellen welk zorgpad een willekeurige verzekerde exact zal doorlopen. Daardoor ontstaan verschillen in de zorgzwaarte van de geleverde zorg tussen verzekerden en leveren niet alle sectoren binnen de sectoroverstijgende prestatie zorg bij iedere verzekerde. Alleen als een sectoroverstijgende prestatie zodanig vergelijkbaar is met reguliere prestaties voor wat betreft de uniforme inzet door zorgverzekeraars en zorgaanbieders, is het mogelijk om de declaraties van een sectoroverstijgende prestatie in de vereveningskenmerken op te nemen.<sup>3</sup> Als dat niet mogelijk is, loopt de zorgverzekeraar compensatie mis bij een sectoroverstijgende prestatie. Als meerdere declaraties uit verschillende sectoren worden vervangen door de integrale declaratie van een sectoroverstijgende prestatie, betekent dit dat voor meerdere vereveningskenmerken de vereveningsbijdrage kan wegvallen. Dit maakt de verdeling tussen zorgverzekeraars minder nauwkeurig en kan ervoor zorgen dat er op specifieke groepen verzekerden onder- of overcompensatie plaatsvindt waardoor risicoselectie lonend zou kunnen worden. Alleen als voor een sectoroverstijgende prestatie duidelijk is welke zorg uit welke sectoren er

<sup>2</sup> De declaraties van zorgverzekeraar-specifieke prestaties zoals facultatieve prestaties worden niet meegenomen in de afleiding van de vereveningskenmerken. De kosten van dergelijke prestaties worden we meegenomen in de risicoverevening, zowel bij de toepassing van ex-post maatregelen als bij de indeling in kostenkenmerken.

<sup>3</sup> De sectoroverstijgende prestatie sluit overigens het gebruik van reguliere declaraties in de risicoverevening niet uit. Hoewel dezelfde zorg met meerdere bekostigingsvormen kan worden meegenomen in de risicoverevening, is dit minder wenselijk met oog op de complexiteit en uitvoerbaarheid van het risicovereveningsmodel. De sectoroverstijgende prestatie kan dus naast de reguliere declaraties worden gebruikt, zolang er sprake is van uniformiteit in de declaratie van een sectoroverstijgende prestatie.

geleverd is, kan de sectoroverstijgende prestatie in de vereveningskenmerken worden meegenomen zodat de huidige verevenende werking van het model behouden blijft.

Bovendien, een bepaalde prestatie- of declaratiecode leidt voor elke verzekerde af tot dezelfde indeling in risicoklassen en geeft daarmee één zorgzwaarte binnen hetzelfde zorgpad weer. Tenzij bij een sectoroverstijgende prestatie meerdere prestatiecodes worden afgesproken voor verschillen in zorgzwaarte en zorgpad verdwijnt dit onderscheid. Dit maakt de verevening met sectoroverstijgende prestaties minder nauwkeurig met mogelijke onder- of overcompensatie van verzekerden tot gevolg.

#### **LAN/ COPD**

De kwaliteitsstandaard van Long Alliantie Nederland (LAN)/COPD voor COPD-cliënten met een acute longaanval omvat naast medisch specialistische zorg, huisartsenzorg en verpleging en verzorging, ook fysiotherapie, diëtiëk en (inhalatie)medicatie. Wanneer een sectoroverstijgende prestatie zorg uit al deze sectoren zou omvatten, zullen waarschijnlijk niet alle verzekerden binnen een sectoroverstijgende prestatie zorg uit alle sectoren gebruiken (i.e. zorgpad verschilt) of in dezelfde mate gebruiken (i.e. zorgzwaarte en zorggebruik verschillen). Sommige verzekerden zullen bijvoorbeeld wel fysiotherapie hebben gebruikt, terwijl anderen dit juist niet hebben gebruikt. Informatie om dit onderscheid te maken verdwijnt met de integrale declaratie van een sectoroverstijgende prestatie; tenzij er meerdere sectoroverstijgende prestaties worden afgesproken voor diverse combinaties van zorgsoorten (bijvoorbeeld, met/zonder fysiotherapie) en verschillende zorgzwaarten. Daar kleven echter andere nadelen aan.

#### **Ex-post maatregelen**

De Zvw-kosten verantwoorden zorgverzekeraars aan het Zorginstituut via hun jaarstaat. Het Zorginstituut neemt deze kosten dan mee bij de berekening van de totale kosten voor de betreffende zorgverzekeraar en de landelijke totale kosten. Voor de toepassing van ex-post maatregelen is het noodzakelijk dat de kosten kunnen worden toebedeeld aan een deelbudget (i.e. variabele zorgkosten, vaste zorgkosten of kosten voor GGZ-zorg).

Een sectoroverstijgende prestatie kan alleen worden meegenomen in de toepassing van ex-post maatregelen als deze toedeling gemaakt kan worden. Dat gebeurt overigens automatisch als de kosten naar sector worden toebedeeld.

# Bijlage 5

## Concept aanvraagformulier sectoroverstijgende prestatie

Met dit formulier kunt u een sectoroverstijgende prestatie aanvragen voor zorg binnen de Zvw en Wlz. Een sectoroverstijgende prestatie wordt aangevraagd door middel van een gezamenlijke aanvraag van ten minste één zorgaanbieder en ten minste één zorgverzekeraar en zorgkantoor.

<b>Gegevens aanvragende partijen</b>	
<b>Gegevens contactpersoon zorgaanbieder(s)</b>	<b>Gegevens contactpersoon zorgverzekeraar(s) en/of zorgkantoren</b>
Naam instelling: Plaats: Naam contactpersoon: Telefoonnummer: E-mailadres:	Naam zorgverzekeraar/zorgkantoor: Plaats: Naam contactpersoon: Telefoonnummer: E-mailadres:

<b>Aanvraag sectoroverstijgende betaaltitel Zvw-/Wlz-zorg</b>		
1. Geef een naam en omschrijving van de prestatie(s) waarvoor u een sectoroverstijgende prestatie aanvraagt. Uit de prestatieomschrijving moet concreet en duidelijk blijken wat de inhoud van de prestatie(s) is. In ieder geval blijkt uit de omschrijving waar de prestatie(s) zorginhoudelijk betrekking op heeft.		
2. Wanneer de zorg ook in rekening kan worden gebracht via bestaande prestaties geven de aanvragende partijen een onderbouwing waarom een sectoroverstijgende prestatie noodzakelijk is en/of van toegevoegde waarde is.		
3. Welke bestaande prestaties en/of prestatiecodes gaan vervangen worden door een sectoroverstijgende prestatie (en mogen niet gelijktijdig gedeclareerd worden voor dezelfde cliënt of cliënt)?		
<b>Zorgsector:</b>	<b>Prestaties, prestatie- en diagnosecodes:</b>	<b>Huidig tarief:</b>
<hr/>		



#### 4. Het zorgproces

4.a. Begin en einde van het zorgproces: wat zijn de start- en stopcriteria voor een sectoroverstijgende prestatie? Kortom wanneer start de sectoroverstijgende zorg waar de prestatie betrekking op heeft en wanneer stopt de zorglevering vanuit een sectoroverstijgende prestatie?\*

4.b. Wie levert de zorg die via een sectoroverstijgende prestatie gedeclareerd gaat worden (functieomschrijving)?

*\* Vanaf het startcriterium tot aan het stopcriterium kunnen de prestaties genoemd onder 3 niet in rekening worden gebracht door de aanbieders voor deze cliënt.*

5. Geïndiceerde cliënten-/patiëntenpopulatie: geef aan welke cliënten/patiënten voor een sectoroverstijgende prestatie in aanmerking komen. Benoem daarbij de geldende voorwaarden (bijv. verwijzing of indicatie) en/of inclusie- en exclusiecriteria.

6. Licht toe welke doelen en subdoelen u verwacht te bereiken door de sectoroverstijgende zorg via een sectoroverstijgende prestatie te gaan declareren?

7. Behoort een sectoroverstijgende prestatie tot de te verzekeren prestaties waarop bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet langdurige zorg (Wlz) aanspraak bestaat? Dat wil zeggen: heeft een sectoroverstijgende prestatie betrekking op verzekerde zorg? Of maakt een sectoroverstijgende prestatie deel uit van zorglevering waarbij onderdelen van zorg geen te verzekeren prestatie zijn binnen de Zvw of Wlz?

Indien sprake is van aanspraakbeperkingen en een sectoroverstijgende prestatie deels of in zijn geheel betrekking heeft op onverzekerde zorg, geeft u hier aan hoe u hiermee om gaat.

8. Geldt voor (onderdelen van de) zorg onder een sectoroverstijgende prestatie het eigen risico en/of een eigen bijdrage?

- Eigen risico: ja/nee
- Eigen bijdrage: ja/nee. Indien ja, voor welke zorgvormen:

8.a. Geef aan hoe u omgaat met het verrekenen van het eigen risico:

8.b. Geef aan hoe u omgaat met het verrekenen van de eigen bijdrage:

#### 9 Omzet en omzetverdeling

9.a. hoeveel omzet verwacht u o.b.v. een sectoroverstijgende prestatie?

9.b. Hoe ziet de verwachte verdeling van omzet eruit over de verschillende wettelijke domeinen en zorgsectoren?

Zorgsector

Zvw

Wlz

9.c. Indien u verwacht dat de omzetverdeling in de tijd verandert, geef aan welke verschuiving u verwacht in de komende 3 jaar tussen de domeinen en/of sectoren.

9.d. Op welke manier wordt de gerealiseerde omzet verdeeld over de betrokken zorgaanbieders?

9.d. Wie declareert een sectoroverstijgende prestatie?

9.e. Bij wie wordt een sectoroverstijgende prestatie gedeclareerd?

10. Is er sprake van een meerjarencontract: Ja/Nee

Indien ja, voor hoeveel jaar:

11. Welke uitkomst informatie worden er geregistreerd? Maak daarbij onderscheid tussen klinische uitkomsten en cliëntgerapporteerde uitkomsten.

Ondertekening:

Zorgverzekeraar/Wlz-uitvoerder:

Naam rechtsgeldige vertegenwoordiger:

Zorgaanbieder:

AGB-code/KvK-inschrijfnummer:

Naam rechtsgeldige vertegenwoordiger:

Is uw organisatie ook hoofdaannemer? Ja/Nee  
Zo nee: welke zorgaanbieder is hoofdaannemer?

- Zorgaanbieder:
- AGB-code/KvK-inschrijfnummer:

# Bijlage 6

## Samenwerken en de ACM

De afgelopen jaren horen wij regelmatig van aanbieders en zorgverzekeraars dat samenwerking in de zorg niet toegestaan zou worden door de Autoriteit Consument en Markt (ACM). De ACM heeft in de afgelopen jaren er daarom op meerdere manieren aan gewerkt om duidelijk te maken wanneer samenwerking in de zorg wel toegestaan is.

Passende zorg vereist namelijk samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De Mededingingswet, waarin het kartelverbod is opgenomen, staat samenwerking ten behoeve van passende zorg in principe niet in de weg.

Wanneer samenwerkingen de concurrentie niet beperken of wanneer de voordelen van een samenwerking worden doorgegeven aan cliënten en verzekerden, en daarbij opwegen tegen de nadelen van het beperken van de concurrentie is er niets aan de hand.

Op zorginhoudelijk gebied (o.a. kennisdeling en kwaliteitsnormen), het gebied van werkgeverschap (o.a. gezamenlijke flexpool, kwalificatie-eisen personeel) en inkoop (ICT, vastgoed) mag worden samengewerkt. Wat in beginsel niet mag zijn prijsafspraken, afspraken over het verdelen van klanten, regio's of zorgaanbod en een collectieve boycot. Tevens mogen er geen afspraken worden gemaakt over arbeidsvoorwaarden (buiten cao-verband), of het nu gaat om personeel in loondienst of inhuur van zzp'ers. Of afspraken over het niet werven of in dienst nemen van elkaars personeel. En tot slot mogen er geen afspraken over het niet of beperkt inhuren van zzp'ers worden gemaakt.

De ACM zegt hierbij zelf: 'Het goede nieuws is dat als die afspraken nodig zijn voor passende zorg en daarmee de kwaliteit van de zorg, ze ook mogen onder de mededingingsregels. Het zij herhaald: die staan passende zorg niet in de weg.'<sup>4</sup> En dat maakt het voor partijen gevoelsmatig lastig.

De ACM heeft in een presentatie aangegeven dat in de volgende gevallen het kartelverbod niet wordt overtreden:

- De mededingingsbeperkende afspraken moeten netto voordelen hebben. Waarbij dus ook moet worden gekeken naar de nadelen van de afspraken tussen de partijen, nu en in de toekomst.
- De voordelen moeten geheel of in ieder geval voor een groot deel ten goede komen aan de cliënt/verzekerde. Dit wanneer het gaat om toegankelijkheid en kwaliteit van zorg, maar ook over de betaalbaarheid daarvan.
- De mededinging moet niet verder worden beperkt dan nodig voor het behalen van de voordelen.
- Enige concurrentie moet resteren. Dit zodat er ook tegenmacht en disciplinerende mogelijk blijft.<sup>5</sup>

Maar hoe weten aanbieders nu dat zij conform de Mededingingswet handelen en het kartelverbod niet overtreden? Hierover zegt de ACM dat het belangrijk is om bij de afspraken tussen partijen, alle partijen in het zorgstelsel volwaardig te betrekken. Dit zijn de:

- cliënten en/of hun vertegenwoordiging;
- zorgaanbieders; en
- zorginkopers (zorgverzekeraar, zorgkantoor en gemeente),

<sup>4</sup> <https://www.acm.nl/publicaties/speech-samenwerken-de-regio-de-mededingingswet-en-de-rol-van-de-acm>

<sup>5</sup> <https://www.acm.nl/publicaties/speech-samenwerken-de-regio-de-mededingingswet-en-de-rol-van-de-acm>

De partijen moeten met hun afspraken concrete doelen nastreven, kijkend naar de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Deze doelen moeten meetbaar, toetsbaar en kenbaar zijn. Wanneer bovenvermelde partijen vanuit het zorgstelsel betrokken worden, houden deze partijen elkaar in balans en is dit voor de ACM de aanwijzing dat bijvoorbeeld afspraken worden gemaakt in het belang van de cliënt/verzekerde, de publieke belangen worden gediend en afgesproken tarieven een expliciet doel nastreven. Wanneer alle partijen in positie blijven en zich kunnen vinden in de uitkomst is er voor de ACM geen aanleiding een onderzoek uit eigen beweging te starten.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> <https://www.acm.nl/nl/publicaties/speech-samenwerken-de-regio-de-mededingingswet-en-de-rol-van-de-acm>

