



Zorginstituut Nederland

Handreiking domeinoverstijgende activiteiten en aanspraken Zvw

Definitief | 12 september 2023

| Van goede zorg verzekerd |

Inhoudsopgave

	Samenvatting	4
1	Inleiding	7
1.1	Achtergrondinformatie	7
1.2	Vervolgtraject: handreiking als groeidocument	8
1.3	Leeswijzer	8
2	Organisatorische schil	9
2.1	Algemeen	9
2.2	Micro- en mesoniveau	10
2.2.1	Microniveau	10
2.2.2	Mesoniveau	10
2.3	Macroniveau	10
3	Generieke elementen eerdere standpunten	12
3.1	Consultatiefunctie sociaal domein	12
3.2	Coördinatie	12
3.2.1	Wanneer komt domeinoverstijgende zorgcoördinatie ten laste van de Zvw?	13
3.2.2	Multidisciplinair Overleg	14
3.2.3	Conclusie generieke elementen	14
3.3	Preventie	15
3.3.1	Individuele preventie	15
3.3.2	Collectieve preventie	15
3.3.3	Veranderde context preventie anno 2023	16
3.3.4	Conclusie generieke elementen	16
3.4	ParkinsonNet	16
3.4.1	ADZ-regeling	16
3.4.2	Activiteiten ParkinsonNet	17
3.4.3	Beoordeling Zorginstituut	17
3.4.4	Conclusie generieke elementen	18
	Colofon	19



Samenvatting

In deze handreiking verduidelijkt het Zorginstituut welke activiteiten in het kader van domeinoverstijgende samenwerking onder de verzekerde aanspraken van de Zorgverzekeringswet (Zvw) vallen.

Deze handreiking is opgesteld op verzoek van de Werkgroep Bekostiging Domeinoverstijgende Samenwerking (WG-BDS). Deze werkgroep is opgericht door de partijen van het Integraal Zorgakkoord (IZA) om uitvoering te geven aan de IZA-opdracht om te komen met oplossingen voor de knelpunten in 'domeinoverstijgende bekostiging'. In het kader van de Zorgverzekeringswet doen deze knelpunten zich voor als kosten zich niet (efficiënt) laten toerekenen aan individuele verzekerden. De handreiking kan worden gebruikt door onder meer zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij een beoordeling of beoogde activiteiten op het gebied van (de organisatie van) domeinoverstijgende samenwerking onder de verzekerde aanspraken vallen en daarom in beginsel kunnen worden gefinancierd vanuit de Zvw.

De handreiking als groeidocument

Deze handreiking is opgezet als groeidocument. Dit houdt in dat we in deze eerste versie starten met een samenvatting van standpunten die het Zorginstituut eerder heeft uitgebracht die raken aan domeinoverstijgende zorg en de (afbakening met) de Zvw. In deze handreiking geven we de generieke elementen weer uit de conclusies van deze standpunten. Daarmee starten we met duidelijk maken wat al wel kan. Tegelijkertijd zijn we ons ervan bewust dat we hiermee nog geen antwoord geven op alle vragen die in de praktijk leven. Voor nieuwe duidingsvragen rondom domeinoverstijgend samenwerken, waarover nog geen vergelijkbare duiding plaatsvond, wordt een proces ingericht om stapsgewijs de handreiking uit te kunnen breiden. En zo mogelijk door te ontwikkelen naar een generiek kader voor domeinoverstijgende activiteiten. Dit proces zal in samenspraak met verzekeraars, VWS en NZa worden vormgegeven en moet ook zicht geven op waar de harde grenzen van het huidige stelsel liggen, en of er behoefte is deze te wijzigen.

Organisatorische schil

Allereerst gaan we in op de relatie tussen de aanspraken Zvw en de organisatorische schil die nodig is bij domeinoverstijgende samenwerking. Om te bepalen welke organisatorische entiteiten vergoed kunnen worden onder de Zvw onderscheidt het Zorginstituut verschillende niveaus, te weten micro-, meso- en macroniveau.

- > Bij microniveau gaat het om zorgcoördinatie (o.a. tussen domeinen) op het niveau van de patiënt. Het betreft dan kosten van patiëntgebonden tijd – onderverdeeld in direct patiëntgebonden tijd en indirect gebonden tijd – die goed toe te rekenen zijn aan een individuele patiënt.
- > Het mesoniveau staat verder af van de individuele zorgverlening, maar de koppeling naar de individuele zorgverlening valt te beredeneren. Bijvoorbeeld de inrichting van een regionaal loket dat overzicht biedt van de beschikbaarheid van bedden in het kader van eerstelijnsverblijf, waardoor een cliënt direct terecht kan op een beschikbaar bed als dat nodig is. Een dergelijke functionaliteit hangt samen met individuele zorgverlening.

- > Er kan ook een vorm van coördinatie noodzakelijk zijn op macroniveau. Dan gaat het om ondersteuning die (te) ver afstaat van de individuele zorgverlening. Het Zorginstituut heeft geen instrumenten om de zorg op dit niveau te duiden. Voor dit macroniveau bezigt de NZa ook wel de term nutsfunctie.

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

Generieke elementen eerdere standpunten

Het Zorginstituut heeft eerder standpunten uitgebracht die raken aan domeinoverstijgende samenwerking. Zoals gezegd geven we in deze handreiking de generieke elementen weer uit de conclusies van deze standpunten. Het gaat daarbij om standpunten over consultatie, multidisciplinair overleg en preventie. In het kader van de ADZ-regeling heeft het Zorginstituut een standpunt ingenomen over de activiteiten van een netwerk als ParkinsonNet.

Consultatie

Het gaat hierbij om consultatie van de GGZ door professionals uit het sociaal domein, waarbij de consultatie niet hoeft te leiden tot een (nieuwe) verwijzing naar de GGZ. Door het raadplegen van GGZ-expertise kan zwaardere zorg worden voorkomen en draagt deze consultatie bij aan preventie. Het Zorginstituut constateert dat het voor een groot deel gaat om consultatievragen aan GGZ-professionals, waarbij naar aard en inhoud sprake is van geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten (in casu de psychiater) en klinisch psychologen, die plegen te bieden (artikel 2.4, eerste lid, Bzv) dan wel een grote verwevenheid daarmee. Dit betekent dat deze consultatie van GGZ-professionals vanuit het sociaal domein, kan worden vergoed vanuit de Zvw. Het is voorstelbaar dat de consultatiefunctie in vergelijkbare situaties in andere sectoren van de zorg een oplossing zou kunnen bieden voor domeinoverstijgende samenwerking. Op dit moment heeft het Zorginstituut nog geen signalen ontvangen dat hier behoefte aan is.

Coördinatie en multidisciplinair overleg

Als de behoefte aan geneeskundige zorg is vastgesteld en er vanwege de complexiteit van een zorgsituatie bij bepaalde (groepen) patiënten tussen domeinen coördinatie en afstemming nodig is om gezondheidswinst te bereiken, dan kan deze coördinatie onderdeel zijn van de Zvw. De voorwaarden waaronder deze coördinatie onderdeel is van de Zvw dient per doelgroep te worden vastgesteld. Het is daarbij van belang dat de benodigde zorg beschreven wordt in een document (behandelplan) zodat duidelijk is wie betrokken is en wat het begin- en eindpunt van de zorg en ondersteuning zijn. Als in deze complexe zorgsituaties gestructureerd periodiek multidisciplinair overleg nodig is tussen het zorgdomein en het sociaal domein, dan kunnen professionals uit het sociaal domein en de informele zorgverlening 'aansluiten' bij de infrastructuur die vanuit het zorgdomein, rondom de patiënt wordt georganiseerd en bekostigd.

Preventie

In 2007 heeft het Zorginstituut het rapport 'Van preventie verzekerd' gepubliceerd om te verduidelijken waar het beginpunt voor preventieve zorg ligt: onder welke voorwaarden kan preventieve zorg vergoed worden vanuit de Zvw. Het beginpunt ligt bij het verminderen of wegnemen van een individueel hoog risico op ziekte of beperking. Om dit beginpunt te bepalen hanteert het Zorginstituut de volgende vierdeling:

- > individuele preventie bestaande uit *geïndiceerde* en *zorggerelateerde* preventie en
- > collectieve preventie bestaande uit *universele* en *selectieve* preventie.

Deze vierdeling is voor het bepalen van het individuele risico anno 2023 nog steeds bruikbaar. Preventieve zorg voor mensen met een ziekte of een verhoogd risico op ziekte valt onder bepaalde voorwaarden onder de Zvw. Het gaat daarbij om aandoeningen of beperkingen dan wel een hoog risico daarop, dat individueel kan worden vastgesteld (individuele preventie). Individuele preventie is onder te verdelen in zorggerelateerde preventie (als iemand een ziekte heeft) en geïndiceerde preventie (een verhoogd risico op ziekte). Als sprake is van geïndiceerde of zorggerelateerde preventie kunnen veel vormen van preventieve zorg onder de basisverzekering van de Zvw vallen.

ParkinsonNet

De door partijen ervaren moeilijkheden in de bekostiging van indirecte zorgtijd gericht op overleg, coördinatie en organisatie-infrastructuur die in de praktijk niet (volledig) zijn toe te rekenen aan individuele verzekerden in het kader van domeinoverstijgende samenwerking, speelt ook bij de ADZ-regeling. ADZ staat voor 'algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg'.

In het kader van de ADZ-regeling is de casus ParkinsonNet aan het Zorginstituut voorgelegd. ParkinsonNet heeft verschillende activiteiten uitgesplitst ten behoeve van de ADZ aanvraag, o.a. vraagbaak voor deelnemende zorgprofessionals, ondersteuning van patiënten, versterken relatie tussen 2^e lijn en 1^e lijn netwerk etc. Het Zorginstituut heeft geoordeeld dat deze activiteiten in belangrijke mate ter directe ondersteuning van de betrokken zorgaanbieders staan bij het verlenen van verzekerde zorg, waarbij deze indirect ten goede komen aan (individuele) patiënten die de zorg van de betrokken zorgaanbieders ontvangen. Daarmee hangen deze activiteiten samen met de individuele zorgverlening. Enerzijds gaat het om begeleiding bij zelfmanagement in het kader van de behandeling en om casemanagement (microniveau). Anderzijds gaat het om coördinatie en organisatie van zorg (mesoniveau). Activiteiten gericht op deskundigheidsbevordering en richtlijnontwikkeling vallen niet onder de te verzekeren zorg.

1 Inleiding

In het Integraal Zorg Akkoord (IZA) is afgesproken dat de overheid (regionale) samenwerking faciliteert door het inventariseren, toetsen en oplossen van knelpunten bij de organisatie van (domeinoverstijgende) regionale samenwerkingsverbanden. De overheid neemt initiatief om samen met zorgpartijen uit te werken welke interventies kunnen bijdragen om dit te stimuleren. In deze handreiking verduidelijkt het Zorginstituut welke activiteiten in het kader van domeinoverstijgende samenwerking onder de verzekerde aanspraken van de Zvw vallen.

1.1 Achtergrondinformatie

In opdracht van de IZA-partijen heeft het ministerie van VWS de WerkGroep Bekostiging Domeinoverstijgende Samenwerking (WG-BDS) samengesteld om te werken aan structurele technische oplossingen voor knelpunten in de bekostiging van domeinoverstijgende samenwerking tussen aanbieders die diensten verlenen vanuit de domeinen Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet (Jw) en de Wet publieke gezondheid (Wpg).

De term 'domeinen' verwijst naar genoemde wetten en bijbehorende financiële kaders. Domeinoverstijgende samenwerking gaat om (de organisatie van) samenwerking *tussen* (de aanbieders van deze domeinen. *Binnen één domein kan sprake zijn van aanbod uit meerdere sectoren (binnen de Zvw kunnen onder andere de sectoren medisch specialistische zorg, huisartsenzorg, wijkverpleging, geestelijke gezondheidszorg worden onderscheiden). De WG-BDS onderkent dat er ook behoefte is aan het wegnemen van knelpunten in de bekostiging van sectoroverstijgende samenwerking tussen zorgaanbieders binnen één domein, maar heeft de focus in eerste instantie gelegd bij domeinoverstijgende samenwerking. Het is echter niet uitgesloten dat oplossingen in de bekostiging ter stimulering van domeinoverstijgende samenwerking ook oplossing kunnen bieden voor ervaren knelpunten in de sectoroverstijgende samenwerking. Het uitgangspunt is om de domeinoverstijgende bekostiging zoveel mogelijk aan te laten sluiten bij bestaande wettelijke kaders van de betrokken zorgaanbieders vanuit de grondgedachte dat elk domein beschikt over een instrumentarium om domeinoverstijgende samenwerking te kunnen financieren ter ondersteuning van de beweging die voortkomt uit het IZA.*

In de WG-BDS is naar voren gekomen dat partijen in het kader van de Zvw vooral moeilijkheden ervaren bij de bekostiging van de indirecte zorgtijd gericht op overleg, coördinatie en (organisatie)infrastructuur die in de praktijk niet (volledig) is toe te rekenen aan individuele verzekerden waardoor domeinoverstijgende samenwerking moeizaam tot stand komt. De WG-DBS doet daarom concrete voorstellen om te komen tot een verbetering van de bekostigingsmogelijkheden van domeinoverstijgende indirecte zorgtijd in het kader van de Zvw. De WG-DBS adviseert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om te komen tot een betaaltitel voor activiteiten of diensten op het terrein van domeinoverstijgende samenwerking met een open prestatiebeschrijving, een vrij tarief en een contracteerverplichting waarmee lumpsum betalingsafspraken worden gefaciliteerd. De regeling moet vergemakkelijken dat verzekeraars activiteiten die noodzakelijk zijn voor domeinoverstijgende samenwerking kunnen bekostigen, voor dat deel dat aan de Zvw te liëren is.

Voor de voorgestelde betaaltitel heeft de WG-DBS een aantal algemene criteria voorgesteld. Eén van deze criteria luidt, dat de activiteiten direct ten dienste moeten staan van een zorgvorm onder de functioneel omschreven verzekerde aanspraken van de Zvw. Vanuit dit oogpunt heeft de WG-BDS het Zorginstituut gevraagd een handreiking op te stellen die behulpzaam kan zijn bij het bepalen of activiteiten in het kader van domeinoverstijgende samenwerking gefinancierd kunnen worden vanuit de Zvw.

Met deze handreiking voldoen wij graag aan dit verzoek. Startpunt is het IZA waarin de volgende activiteiten worden benoemd: multidisciplinair overleg, coördinatie, levensloopfunctie voor beveiligde zorg, medicatieadvies ggz en in het algemeen andere vormen van indirecte tijd in verband met domeinoverstijgende samenwerking. Daarnaast worden in het IZA nog genoemd het verkennend gesprek en de consultatiefunctie sociaal domein, voor zover nog niet geregeld.

1.2 Vervoltraject: handreiking als groeidocument

Deze handreiking is opgezet als groeidocument. Dit houdt in dat we in deze eerste versie starten met een samenvatting van standpunten die het Zorginstituut eerder heeft uitgebracht die raken aan domeinoverstijgende zorg en de (afbakening met) de Zvw. In deze handreiking geven we de generieke elementen weer uit de conclusies van deze standpunten. Daarmee starten we met duidelijk maken wat al wel kan. Tegelijkertijd zijn we ons ervan bewust dat we hiermee nog geen antwoord geven op alle vragen die in de praktijk leven. Voor nieuwe duidingsvragen rondom domeinoverstijgend samenwerken, waarover nog geen vergelijkbare duiding plaatsvond, wordt een proces ingericht om stapsgewijs de handreiking uit te kunnen breiden. En zo mogelijk door te ontwikkelen naar een generiek kader voor domeinoverstijgende activiteiten. De handreiking biedt geen oplossing voor de behoefte om alle activiteiten ten behoeve van domeinoverstijgende samenwerking te allen tijde vanuit de Zvw te vergoeden.

Het gaat bij deze handreiking dus om een dynamisch groeidocument als onderdeel van een breder in te richten proces, dat die groei moet voeden. Dat nog in te richten proces, moet partijen en met name verzekeraars helpen bij nieuwe vraagstukken (met name rond domeinoverstijgende activiteiten en preventie) snel duidelijkheid te krijgen over waar welke delen van het vraagstuk thuis horen: waar zitten onduidelijkheden rondom de aanspraak, waar is het een bekostigingsvraag, wie is in welke volgorde aan zet, etc. Nadat de gewenste duidelijkheid is verkregen, kan de handreiking daar vervolgens mee worden uitgebreid en zo stapsgewijs steeds meer guidance bieden. Dit proces zal in samenspraak met verzekeraars, NZa en VWS worden vormgegeven en moet ook zicht geven op waar de beperkingen zitten in het stelsel.

Recent is de scope van de werkgroep verbreed, omdat domeinoverstijgende samenwerking gepaard kan gaan met sectoroverstijgende samenwerking en het de voorkeur heeft een uniforme oplossing te realiseren voor beide vormen van samenwerking. Dit heeft mogelijk ook gevolgen voor de scope van onze handreiking, maar ook dit zal binnen het bredere proces verder uitgewerkt moeten worden.

1.3 Leeswijzer

Allereerst is het van belang duidelijk te krijgen waar we het bij (kosten van) de organisatie van domeinoverstijgende samenwerking precies over hebben. Onder (kosten voor) coördinatie en regie kunnen immers uiteenlopende zaken worden geschaard: mensen (tijd) en middelen (organisatie). Om te bepalen welke organisatorische entiteiten vergoed kunnen worden onder de Zvw onderscheidt het Zorginstituut daarnaast verschillende niveaus, te weten micro-, meso- en macroniveau. In hoofdstuk 2 starten we daarom met een uitleg over de verschillende niveaus van de organisatorische schil rondom domeinoverstijgende samenwerking. In hoofdstuk 3 gaan we in op de generieke elementen die we kunnen destilleren uit eerdere standpunten die raken aan domeinoverstijgende samenwerking.

2 Organisatorische schil

Het IZA pleit voor regionale ondersteuningsstructuren om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. De vraag is in hoeverre de bekostiging van deze organisatorische entiteiten ten laste van de Zvw kan worden gebracht. Om deze vraag te beantwoorden leggen we in dit hoofdstuk uit wat de relatie is van de organisatorische schil op micro-, meso- en macroniveau met de uitleg van de verzekerde aanspraken in het kader van de Zvw.

2.1 Algemeen

Bij samenwerking binnen de zorg of tussen zorg en andere domeinen kunnen verschillende soorten vragen spelen rond de toerekening van de kosten. Het kan de vraag zijn onder welk domein een bepaalde functionaliteit valt. Het kan ook gaan om de toerekening van de kosten die voortvloeien uit de samenwerking, hetzij qua mensen (tijd) hetzij qua middelen (organisatie). De toerekening van organisatiekosten kan ook spelen los van samenwerking tussen domeinen. Het Zorginstituut doet uitspraken welke zorg ten laste kan komen van de Zvw. Zorg is onze primaire invalshoek en voor het duiden hiervan reikt de regelgeving ons instrumenten aan.

Wettelijk kader

Behoeftte aan verzekerde zorg

Op grond van artikel 10 van de Zvw is het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico *de behoefte* aan een bepaalde vorm van zorg of andere dienst, zoals vermeld in dit artikel.

Plegen te bieden-criterium^{1,2}

Om te beoordelen of het gaat om zorg en diensten die tot een te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw behoort, hanteert het Zorginstituut het criterium 'plegen te bieden'.

- > Geneeskundige zorg zoals die is beschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering (Bzv): zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die *plegen te bieden*;
- > Verpleging en verzorging zoals die beschreven is in artikel 2.10, Bzv: zorg zoals verpleegkundige die *plegen te bieden*, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop.

Criterium Stand van de Wetenschap en Praktijk (SWeP)³

Vervolgens hanteert het Zorginstituut het SWeP-criterium. De zorg en diensten die ten laste van de Zvw worden geboden, moeten voldoen aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' zoals bepaald in artikel 2.1, lid 3, Bzv.

Als kosten van coördinatie en regie onder de Zvw vergoed kunnen worden, dan is nog niet per se duidelijk welke kosten dit precies zijn. Zoals eerder gesteld kan het gaan om uiteenlopende zaken: mensen (tijd) en middelen (organisatie). En ook daarbinnen kan weer onderscheid gemaakt worden. Bij de inzet van tijd kan onderscheid worden gemaakt tussen patiënt- en niet-patiëntgebonden tijd en binnen patiëntgebonden tijd tussen directe en indirecte tijd. Bij kosten voor organisatie is er onderscheid te maken tussen organisatie van de zorg en organisatie van de ondersteuning. Om te bepalen welke organisatorische entiteiten

¹ Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden' (november 2008)

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2008/11/17/betekenis-en-beoordeling-criterium-plegen-te-bieden>

² Bijlage 2 bij Pakketbeheer in de praktijk, deel 3 (oktober 2013)

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2013/10/18/pakketbeheer-in-de-praktijk-deel-3>

³ Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk 2023 (april 2023)

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2023/04/11/beoordeling-swp-2023>

vergoed kunnen worden onder de Zvw onderscheidt het Zorginstituut verschillende niveaus, te weten micro-, meso- en macroniveau.

2.2 Micro- en mesoniveau

Bij micro- of mesoniveau gaat het om coördinatie en organisatie die gericht is op of samenhangt met individuele zorgverlening. Het kan gaan om zorg volgens het plegen te bieden criterium, als ze onderdeel uitmaken van 'professioneel juiste zorg'. De standpunten van het Zorginstituut over de vraag of sprake is van zorg zoals [...] plegen te bieden, gaan altijd over het micro- en/of mesoniveau.

2.2.1 Microniveau

Op het niveau van de patiënt is coördinatie van de uitvoering van het individuele zorgplan nodig. Deze zorgcoördinatie maakt onderdeel uit van casemanagement (zie voor casemanagement paragraaf 3.2). Voor samenhangende multidisciplinaire zorg voor een individuele patiënt kan het voor zorgaanbieders nodig zijn om de samenwerking te zoeken met aanbieders in andere (sectoren en/of) domeinen. Deze coördinatie is patiëntgebonden en goed toe te rekenen aan een gemiddelde patiënt. Het gaat hierbij om direct patiëntgebonden tijd en indirect patiëntgebonden tijd.

Zorgverlening vergt altijd ook organisatie van deze zorg. Een huisarts heeft een praktijkruimte, een praktijkassistente, instrumentarium, ICT. Dit geldt voor alle zorgverleners en afhankelijk van de soort zorg is die organisatie en ondersteunende infrastructuur meer of minder uitgebreid. Het is aan de NZa om te bepalen welke organisatiekosten redelijk zijn voor de vergoeding van de zorg die volgens het Zorginstituut onder de Zvw valt.

2.2.2 Mesoniveau

Het mesoniveau staat verder af van de individuele zorgverlening, maar de koppeling naar de individuele zorgverlening valt te beredeneren. Voor het eerstelijnsverblijf zijn er bijvoorbeeld regionale loketten die overzicht hebben over de beschikbaarheid aan bedden in de verschillende regio's. Dit inzicht is nodig als een verzekerde opgenomen moet worden in het eerstelijnsverblijf en daarmee komt dit inzicht uiteindelijk wel weer direct ten goede aan de individuele zorgverlening. Een dergelijk loket levert zelf geen zorg, maar maakt het direct mogelijk dat de verzekerde terecht kan op een bed in een eerstelijnsverblijf. In die zin zien we dit wel als een functionaliteit die samenhangt met individuele zorgverlening.

Dat geldt ook voor coördinatie van het aanbod van zorg op het niveau van bijvoorbeeld de huisartsenpraktijk voor alle patiënten die in aanmerking komen voor de proactieve persoonsgerichte samenhangende zorg. Bij kwetsbare ouderen gaat het dan bijvoorbeeld om coördinatie over het maken van afspraken over de beschikbaarheid van benodigde expertise van de specialist ouderengeneeskunde en gespecialiseerde verpleegkundigen, maar ook afspraken wie als aanspreekpunt fungeert en over de beschikbaarheid van de noodplannen in de ANW-uren. Deze vorm van coördinatie is gericht op het bieden van samenhangende zorg en ondersteuning op het niveau van de patiënt en als afgeleide daarvan op het niveau van de huisartsenpraktijk.

Een groepsgewijze aanpak van overleg voor individuele verzekerden is in principe patiëntgebonden vorm te geven. Afhankelijk van de schaalgrootte is het echter voorstelbaar dat men knelpunten in de bekostiging ervaart, omdat het toerekenen aan individuele verzekerden niet efficiënt of moeilijk uitvoerbaar is. Dit geldt ook als de ondersteunende activiteiten niet altijd door de zorgaanbieder zelf worden uitgevoerd, maar betrokken wordt van een derde, die – door specifieke expertise of competenties en goed inzicht in het zorgnetwerk – deze activiteiten beter en efficiënter kan uitvoeren. Een voorbeeld hiervan zijn bepaalde diensten die door ParkinsonNet worden geboden (zie paragraaf 3.4).

2.3 Macroniveau

Naast of boven coördinatie op micro- en mesoniveau kan ook een vorm van coördinatie noodzakelijk zijn op adherent niveau (lokaal of regionaal). Over het macroniveau kan het Zorginstituut echter weinig zeggen. Dan gaat het om ondersteuning die (te) ver afstaat van de individuele zorgverlening en daarmee heeft het Zorginstituut ook geen

duidingsinstrumentarium meer. Dit instrumentarium (zie hierboven: behoefte aan geneeskundige zorg; zorg zoals [...] die plegen te bieden; stand wetenschap en praktijk) richt zich nu eenmaal op zorg aan een individuele verzekerde.

Voor dit macroniveau bezigt de NZa ook wel de term nutsfunctie⁴. We zien dit als een functionaliteit die vanuit het publieke belang aan goede zorg organisatorische ondersteuning verleent aan de zorg in een regio zonder zelf daadwerkelijk (individuele) zorg te leveren. Het IZA pleit voor regionale ondersteuningsstructuren om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Welke taken en activiteiten deze regionale structuren zullen uitoefenen, is echter nog niet duidelijk. We kunnen nu dus ook nog niet vaststellen of het inderdaad om een nutsfunctie zal gaan. Of het Zorginstituut hierover iets kan zeggen, zal afhankelijk zijn van de concrete taken en activiteiten.

⁴ NZa Advies bekostiging afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis (januari 2023)

3 Generieke elementen eerdere standpunten

Het Zorginstituut heeft eerder standpunten uitgebracht die raken aan domeinoverstijgende samenwerking. Het gaat daarbij om standpunten over consultatie, coördinatie, multidisciplinair overleg (MDO) en preventie. In dit hoofdstuk gaan we in op deze standpunten en geven we de generieke elementen weer uit de conclusies van deze standpunten⁵. Daarnaast besteden we aandacht aan ParkinsonNet waarover het Zorginstituut een standpunt heeft ingenomen in het kader van de ADZ-regeling.

3.1 Consultatiefunctie sociaal domein

Op 7 mei 2021 heeft het Zorginstituut het Standpunt⁶ Domeinoverstijgende consultatiefunctie GGZ uitgebracht. Het gaat hierbij om consultatie van de GGZ door professionals uit het sociaal domein, waarbij de consultatie niet hoeft te leiden tot een (nieuwe) verwijzing naar de GGZ. Door het raadplegen van GGZ-expertise kan zwaardere zorg worden voorkomen en draagt deze consultatie bij aan preventie (voor preventie zie paragraaf 3.3). Het Zorginstituut constateert dat het voor een groot deel gaat om consultatievragen aan GGZ-professionals, waarbij naar aard en inhoud sprake is van geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten (in casu de psychiater) en klinisch psychologen, die plegen te bieden (artikel 2.4, eerste lid, Bzv) dan wel een grote verwevenheid daarmee. Dit betekent dat deze consultatie van GGZ-professionals vanuit het sociaal domein, kan worden vergoed vanuit de Zvw.

De consultatiefunctie sociaal domein is inmiddels gerealiseerd, in die zin dat de NZa een prestatiebeschrijving maakt met vrij tarief op basis waarvan een lumpsum afspraak kan worden gemaakt, waardoor de declaratie van de domeinoverstijgende consultatiefunctie ggz met ingang van 2024 tot stand kan komen⁷.

Het is voorstelbaar dat de consultatiefunctie in vergelijkbare situaties in andere sectoren van de zorg een oplossing zou kunnen bieden voor domeinoverstijgende samenwerking. Dit zal per geval moeten worden beoordeeld. Op dit moment heeft het Zorginstituut nog geen signalen ontvangen dat hier behoefte aan is.

3.2 Coördinatie

In het IZA is het uitgangspunt benoemd dat toegewerkt wordt naar nieuwe toepasbare vormen van domeinoverstijgende bekostiging. Eén van de knelpunten waarvoor de WG BDS opdracht heeft gekregen een oplossing uit te werken is coördinatie. Het Zorginstituut heeft een aantal standpunten uitgebracht met betrekking tot coördinatie van zorg.

In 2011 heeft het Zorginstituut een standpunt⁸ uitgebracht over casemanagement en dit standpunt⁹ verder verduidelijkt in 2018. Daarnaast heeft het Zorginstituut in 2009 een standpunt¹⁰ uitgebracht over ketenzorg voor chronische aandoeningen en in 2021 een addendum over de ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en

⁵ De oorspronkelijke publicaties kunnen worden geraadpleegd via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/>

⁶ Standpunt Domeinoverstijgende consultatiefunctie GGZ:

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2021/05/07/standpunt-domeinoverstijgende-consultatiefunctie-ggz>

⁷ Voorhangbrief domeinoverstijgende consultatiefunctie geestelijke gezondheidszorg d.d. 15 juni 2023, kenmerk 3590580-1046937-CZ

⁸ Standpunt Casemanagement (maart 2011):

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2011/03/25/casemanagement>

⁹ Verduidelijking Standpunt Casemanagement (maart 2018):

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2011/03/25/casemanagement>

¹⁰ Stanpunt Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties (september 2009)

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2009/09/21/zorgstandaarden-ketenzorg-voor-chronische-aandoeningen-en-de-te-verzekeren-prestaties-zvw>

obesitas¹¹. In 2022 bracht het Zorginstituut een notitie¹² uit over kwetsbare ouderen in een complexe zorgsituatie en in 2022 een duiding¹³ over de coördinatie-activiteiten ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg. In deze standpunten wordt aandacht besteed aan de vraag wanneer de kosten voor zorginhoudelijke coördinatie en voor de noodzakelijke organisatorische schil ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw) kunnen worden gebracht (micro- en mesoniveau).

In principe gaan we ervan uit dat kosten van regie en coördinatie die samenhangen met zorg onder de Zvw, ook vanuit de Zvw vergoed kunnen worden. Deze uitspraak hebben we in 2009 gedaan in verband met de ketenzorg diabetes en COPD. Deze ketenzorg is multidisciplinaire zorg die beschreven wordt in een zorgstandaard. Coördinatiekosten zijn inherent aan (goede) multidisciplinaire zorg, stelden we in dat standpunt, en dan is het gerechtvaardigd om ook de coördinatiekosten onder de Zvw te scharen. In deze voorbeelden valt de zorg geheel onder de (eerstelijns)zorg binnen de Zvw. Er zijn ook voorbeelden waarbij de zorg en ondersteuning onder meerdere domeinen vallen.

Voorop staat dat de feitelijke levering van zorg ten laste komt van het reguliere domein (Zvw, Wlz, Wmo, Jeugdwet, Wfz) waartoe het behoort. Bijvoorbeeld diagnostiek en behandeling in het kader van geneeskundige zorg komen ten laste van de Zvw (het domein van de zorgverzekering) en het leveren van diensten in het kader van bijvoorbeeld wonen en welzijn komen ten laste van de Wmo (het gemeentelijk domein).

Daarnaast mag van elke hulpverlener worden verwacht dat die verantwoorde zorg levert. Dat houdt in dat elke zorgverlener de nodige inspanning levert om afgestemde zorg mogelijk te maken. Daartoe behoort de onderlinge afstemming van de zorgmomenten, maar ook deelname aan cliëntoverleg, als dat nodig is. Dat maakt onderdeel uit van de reguliere zorg en bekostiging. Van aanbieders van zorg- en diensten uit andere domeinen mag eenzelfde inspanning worden gevraagd. Die inspanning komt dan niet ten laste van de Zvw of Wlz, maar van het betreffende domein. Dit ligt anders als deze reguliere middelen om tot afstemming te komen tekortschieten of als een centrale zorgverlener noodzakelijk is in het kader een ketenaanpak voor een specifieke doelgroep, zoals omschreven in de volgende paragraaf.

3.2.1 Wanneer komt domeinoverstijgende zorgcoördinatie ten laste van de Zvw?

Als het nodig is dat een verzekerde zorg in samenhang ontvangt, is zorgcoördinatie van belang. Zorgcoördinatie kan een verdergaande inhoud hebben als eenvoudige middelen om tot afstemming te komen, zoals incidenteel onderling overleg, tussen medewerkers uit verschillende domeinen tekortschieten en een (pro)actieve benadering nodig is. Indien de 'behoefte aan geneeskundige zorg' is vastgesteld, kan zorgcoördinatie aangewezen zijn als de aard en omvang van die zorg dat nodig maakt. Deze zorgcoördinatie kan dan ten laste van de Zvw worden gebracht. Het gaat daarbij om complexe zorgsituaties waarbij het nodig is de zorg (pro)actief, persoonsgericht en samenhangend te organiseren. Afhankelijk van de specifieke situatie kan het gaan om zorg zoals huisartsen, medische specialisten of verpleegkundigen die plegen te bieden.

Voorbeelden van standpunten waarbij de zorg en ondersteuning onder meerdere domeinen vallen zijn de Handreiking kwetsbare ouderen¹² en de Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas¹¹. Aan de hand van een inventarisatie van de zorg- en/of ondersteuningsvraag van de betrokkene wordt bepaald op welke zorg en/of ondersteuning de betrokkene is aangewezen. Vervolgens wordt de zorg/ondersteuning ingezet die betrokkene nodig heeft. Vaak komen die uit meerdere domeinen.

¹¹ Addendum Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2021/01/27/ketenaanpak-kinderen-met-overgewicht-en-obesitas>

¹² Notitie kwetsbare ouderen thuis met een complexe zorgsituatie (juni 2021)
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2021/06/30/verduidelijking-zorginstituut-zorg-voor-kwetsbare-ouderen-thuis-in-een-complexe-zorgsituatie>

¹³ Duiding coördinatie-activiteiten ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg (juli 2022)
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2022/07/20/duiding-coordinatie-activiteiten-ketenveldnorm-levensloopfunctie-en-beveiligde-intensieve-zorg>

Hierbij spelen twee vragen:

- Onder welk domein valt de inventarisatie van de zorg-/ondersteuningsvraag?
- Als er meerdere domeinen aan zet zijn, welk domein betaalt dan de kosten van coördinatie en regie?

In deze voorbeelden heeft het Zorginstituut aangegeven onder welke voorwaarden de inventarisatie onder de Zvw valt. In feite hebben we daarmee verhelderd in welke situatie er sprake is van een 'behoefte aan geneeskundige zorg'. Bij de kwetsbare ouderen moet er sprake zijn van een complexe, instabiele zorgsituatie. Bij de kinderen met overgewicht of obesitas moet er minimaal sprake zijn van een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR). In die gevallen vallen dan ook de daaropvolgende coördinatie en regie onder de Zvw, ook als de zorg en ondersteuning uit verschillende domeinen komen. Belangrijk is dat de benodigde zorg beschreven wordt in een document (behandelplan) zodat duidelijk is wie betrokken is en wat het begin- en eindpunt van de zorg en ondersteuning zijn.

3.2.2 Multidisciplinair Overleg

Eén van de knelpunten waarvoor de WG-BDS opdracht heeft gekregen een oplossing uit te werken voor het knelpunt rond de bekostiging van het multidisciplinair overleg. Zoals eerder gesteld mag van elke hulpverlener worden verwacht dat die verantwoorde zorg levert. Dat houdt in dat elke zorgverlener de nodige inspanning levert om afgestemde zorg mogelijk te maken. Daartoe behoort de onderlinge afstemming van de zorgmomenten, maar ook deelname aan cliëntoverleg, als dat nodig is. Dat maakt onderdeel uit van de reguliere zorg en bekostiging. Van aanbieders van zorg- en diensten uit andere domeinen mag eenzelfde inspanning worden gevraagd. Die inspanning komt dan niet ten laste van de Zvw of Wlz, maar van het betreffende domein.

Bij complexe zorgsituaties zoals bedoeld in paragraaf 3.2.1., waarbij de behoefte aan geneeskundige zorg is vastgesteld, kan integrale en proactieve zorg aan de orde zijn. In dat geval zijn er specifieke samenwerkingsafspraken nodig om de samenhang van de individuele zorgverlening met de ondersteuningstaken uit het sociale domein en de informele zorgverlening goed te laten verlopen.

Het kan dan nodig zijn om een gestructureerd periodiek multidisciplinair overleg te voeren over het individueel zorgplan, waarbij ook zaken als dagelijkse ondersteuning, woonsituatie en mantelzorgondersteuning aan de orde kunnen zijn. De professionals uit het sociaal domein en de informele zorgverlening kunnen in dat geval 'aansluiten' bij de infrastructuur die vanuit het zorgdomein, rondom de patiënt wordt georganiseerd en bekostigd. De feitelijke inzet en/of beschikbaarheid van deze professionals uit het sociale domein, behoort niet tot de interventies op basis van de Zvw, omdat deze niet tot het domein (geneeskundige zorg) van de Zvw kunnen worden gerekend. De inzet van deze professionals komt dan ook ten laste van het betreffende domein.

3.2.3 Conclusie generieke elementen

Als de behoefte aan geneeskundige zorg is vastgesteld en er vanwege de complexiteit van een zorgsituatie bij bepaalde (groepen) patiënten tussen domeinen coördinatie en afstemming nodig is om gezondheidswinst te bereiken, dan kan deze coördinatie onderdeel zijn van de Zvw. De voorwaarden waaronder deze coördinatie onderdeel is van de Zvw dient per doelgroep te worden vastgesteld. Het is daarbij van belang dat de benodigde zorg beschreven wordt in een document (behandelplan) zodat duidelijk is wie betrokken is en wat het begin- en eindpunt van de zorg en ondersteuning zijn. Als in deze complexe zorgsituaties gestructureerd periodiek multidisciplinair overleg nodig is tussen het zorgdomein en het sociaal domein, dan kunnen professionals uit het sociaal domein en de informele zorgverlening 'aansluiten' bij de infrastructuur die vanuit het zorgdomein, rondom de patiënt wordt georganiseerd en bekostigd.

3.3 Preventie

In 2007 heeft het Zorginstituut het rapport¹⁴ 'Van preventie verzekerd' gepubliceerd om te verduidelijken waar het beginpunt voor preventieve zorg ligt: onder welke voorwaarden kan preventieve zorg vergoed worden vanuit de Zvw. Het beginpunt ligt bij het verminderen of wegnemen van een individueel hoog risico op ziekte of beperking. Om dit beginpunt te bepalen heeft het Zorginstituut in het rapport van 2007 de volgende vierdeling gehanteerd:

- > individuele preventie bestaande uit *geïndiceerde* en *zorggerelateerde* preventie en
- > collectieve preventie bestaande uit *universele* en *selectieve* preventie.

Sindsdien zijn er veel ontwikkelingen geweest op het gebied van preventie en is de maatschappelijke opgave sterk veranderd. Daarom heeft het Zorginstituut in het op 1 mei jl. gepubliceerde rapport¹⁵ 'Preventie in de Zvw opnieuw ontleed' opnieuw gekeken naar de plek van preventie binnen de Zvw. In dit rapport concludeert het Zorginstituut dat de in het rapport van 2007 gehanteerde vierdeling anno 2023 nog steeds bruikbaar is om het beginpunt te bepalen. In dit verband verwijzen wij ook naar de Wegwijzer voor leefstijlinterventies¹⁶ uit 2022 waarin de definities van de verschillende vormen van preventie zijn omschreven.

3.3.1 Individuele preventie

Preventieve zorg voor mensen met een ziekte of een verhoogd risico op ziekte valt onder bepaalde voorwaarden onder de Zvw. Dit geldt voor vormen van individuele preventie oftewel patiëntgebonden preventie. Individuele preventie kan verzekerd zijn als iemand een ziekte heeft (zorggerelateerde preventie) of een verhoogd risico daarop (geïndiceerde preventie). Bij zorggerelateerde preventie (ook wel tertiaire preventie) gaat het om interventies bij mensen die al ziek zijn. Deze vorm van preventie is gericht op het voorkomen van verergeren van de ziekte of complicatie of beperkingen (bijvoorbeeld op het gebied van mobiliteit of zintuiglijkheid). Qua interventies kan men hierbij denken aan het verstrekken van hulpmiddelen of trainingen om vaardigheden te versterken of aan te leren. Van geïndiceerde preventie (ook wel secundaire preventie) is sprake als iemand een hoog risico heeft op ziekte. Bijvoorbeeld als iemand een verhoogde bloeddruk of verhoogd cholesterol heeft. Te denken valt aan gedrags- of leefstijlinterventies. Om ook daadwerkelijk vergoed te worden, moeten individuele preventieve interventies nog wel zorg zijn zoals huisartsen, medisch specialisten [of ...] die plegen te bieden en voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.

3.3.2 Collectieve preventie

Collectieve preventie is niet patiëntgebonden. Het gaat hier om het actief opsporen van mensen met een verhoogd risico op ziekte, om hen naar zorg te geleiden. Collectieve preventie kan universeel zijn, dus voor iedereen gelden (bijvoorbeeld de coronaprik). Collectieve preventie kan ook gericht zijn op een specifieke doelgroep, dan is er sprake van selectieve preventie (bijvoorbeeld borstonderzoek bij alle vrouwen van een bepaalde leeftijd, of de grieprik voor een bepaalde leeftijdscategorie).

Belangrijk verschil tussen een individueel hoog risico bij geïndiceerde preventie en een risico op populatieniveau zoals bij selectieve preventie het geval is, is dat bij geïndiceerde preventie sprake is van een hoog risico op een aandoening of beperking dat individueel kan worden vastgesteld. Bij selectieve preventie is sprake van een risico op populatieniveau. Het is vooraf niet duidelijk welke leden van de populatie het grootste risico lopen om ziek te worden. Een preventieve interventie levert in dit geval gezondheidswinst op populatieniveau op; bij welke individuen binnen de populatie de preventieve interventie de ziekte precies vóórkomt, valt niet te zeggen. Een voorbeeld van dit verschil is een tetanusvaccinatie na een hondenbeet tegenover een tetanusvaccinatie als onderdeel van het Rijksvaccinatieprogramma. Collectieve preventie valt onder de verantwoordelijkheid van ministeries en gemeenten.

¹⁴ Standpunt Van preventie verzekerd (juli 2007) <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2007/07/16/van-preventie-verzekerd>

¹⁵ Standpunt Preventie in de Zvw opnieuw ontleed (mei 2023) <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/rapport/2023/05/01/rapport---preventie-in-de-zorgverzekeringwet-opnieuw-ontleed>

¹⁶ Wegwijzer Leefstijlinterventies: van initiatief naar basisverzekering (augustus 2022) <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/rapport/2022/08/15/wegwijzer-leefstijlinterventies-van-initiatief-naar-basisverzekering>

3.3.3 Veranderde context preventie anno 2023

Als we kijken naar de ontwikkelingen op het gebied van preventie sinds 2007 dan zien we dat er een toenemende focus is op preventie in plaats van op zorg. Ook zien we dat de focus meer ligt op gezondheid in plaats van op het voorkomen van ziekte. Binnen deze ontwikkelingen wordt gezondheid als uitgangspunt genomen en vormt de zorg het sluitstuk. Zorg zet je dus pas in als andere (preventieve) mogelijkheden uitgeput zijn. Dit ligt voor de hand als je niet denkt vanuit ziekte, maar vanuit gezondheid: wat kan de betrokkene nog zelf. Dit betekent ook dat de zorgverzekering pas in een laat stadium aan de orde is.

De veranderde context heeft geen invloed op het beginpunt van de Zvw, namelijk de zorgvraag van de verzekerde. Als we kijken naar de strekking van de Zvw dan is die sinds de invoering in 2006 niet veranderd. De zorgverzekering is nog steeds een individuele schadeverzekering en het beginpunt van de Zvw is het individuele risico. De veranderde context heeft wel invloed op de inhoud van de preventieve zorg en de vergoeding hiervan binnen de zorgverzekering. Het aanbod van effectieve preventieve zorg neemt toe, bijvoorbeeld op het gebied van leefstijl, valpreventie en verslaving. Ook krijgen zorgverleners meer aandacht voor proactieve zorgplanning bij kwetsbare groepen. Deze ontwikkelingen dwingen ook tot domeinoverstijgende samenwerking. Het sociale en publieke (gemeentelijke) domein hebben nu eenmaal taken op het gebied van preventieve zorg en ondersteuning voor de inwoners. Het zou onwenselijk zijn om preventie onnodig te medicaliseren. De sleutel tot het bieden van passende, effectieve preventie ligt in het verbinden van de publieke gezondheidszorg en de individuele gezondheidszorg waar nodig.

Op veel onderwerpen wordt in de regio overigens al samengewerkt tussen gemeenten en zorgverzekeraars, zoals bij Welzijn op recept, Ketenaanpak kinderen bij overgewicht/obesitas en projecten rond zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen thuis.

3.3.4 Conclusie generieke elementen

Preventieve zorg voor mensen met een ziekte of een verhoogd risico op ziekte valt onder bepaalde voorwaarden onder de Zvw. Het gaat daarbij om aandoeningen of beperkingen dan wel een hoog risico daarop, dat individueel kan worden vastgesteld (individuele preventie). Individuele preventie is onder te verdelen in zorggerelateerde preventie (als iemand een ziekte heeft) en geïndiceerde preventie (een verhoogd risico op ziekte). Als sprake is van geïndiceerde of zorggerelateerde preventie kunnen veel vormen van preventieve zorg onder de basisverzekering van de Zvw vallen. De in 2007 gehanteerde vierdeling is voor het bepalen van het individuele risico anno 2023 nog steeds bruikbaar.

3.4 ParkinsonNet

De door partijen ervaren moeilijkheden in de bekostiging van indirecte zorgtijd gericht op overleg, coördinatie en organisatie-infrastructuur die in de praktijk niet (volledig) zijn toe te rekenen aan individuele verzekerden in het kader van domeinoverstijgende samenwerking, speelt ook bij de ADZ-regeling. ADZ staat voor 'algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg'. De casus ParkinsonNet¹⁷ is in het kader van de ADZ-regeling aan het Zorginstituut voorgelegd.

3.4.1 ADZ-regeling

De ADZ-regeling is erop gericht om de financiering en declaratie van activiteiten als coördinatie, samenwerking en bijbehorende infrastructuur die wenselijk zijn voor adequate organisatie van (keten)zorg te bekostigen dan wel de declaratie daarvan te vereenvoudigen. Sommige ondersteunende activiteiten worden namelijk niet altijd door de zorgaanbieder zelf uitgevoerd, maar betrokken van een derde, die door specifieke expertise of competenties en goed inzicht in het zorgnetwerk deze activiteiten beter en efficiënter kan uitvoeren. Hierdoor ontstaat er voor de zorgaanbieder meer ruimte voor de zorgverlening zelf en voor de patiënt een hogere kwaliteit van zorg. Het gaat om feitelijke activiteiten of diensten waarvoor zelfstandige bekostiging uit hoofde van de zorgverzekering wordt gezocht, die direct verband houden met een zorgvorm onder de functioneel omschreven verzekerde aanspraken van de Zvw (bijvoorbeeld zorg 'zoals huisartsen plegen te bieden'). De activiteiten staan dan ten

¹⁷ Memo: ParkinsonNet als ADZ (februari 2021) <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2021/02/17/memo-parkinsonnet-als-adz>

dienste aan deze zorg. Het Zorginstituut hanteert hierbij de in het pakketbeheer gebruikelijke pakketvoorwaarden.

3.4.2 Activiteiten ParkinsonNet

ParkinsonNet is een landelijk netwerk met ruim 3900 zorgverleners gespecialiseerd in parkinson. Deze netwerkorganisatie draagt bij aan een betere parkinsonzorg voor individuele patiënten. Door de mens met parkinson centraal te stellen, samenwerking tussen verschillende zorgverleners te vergroten, faciliteert ParkinsonNet een optimaal netwerk van parkinsonspecialisten. Hierdoor draagt ParkinsonNet bij aan goede individuele patiëntenzorg door zorgaanbieders die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. De casus ParkinsonNet is aan het Zorginstituut voorgelegd in het kader van de ADZ-regeling, omdat het toerekenen van de kosten per activiteit aan individuele patiënten niet zinvol en niet goed uitvoerbaar is.

ParkinsonNet heeft zijn activiteiten als volgt uitgesplitst t.b.v. de ADZ aanvraag:

1. Vraagbaak voor deelnemende zorgprofessionals van ParkinsonNet;
2. Selectie, certificering en herregistratie van ParkinsonNet zorgaanbieders in de eerste lijn;
3. Ondersteunen van regionale samenwerking, o.a. door middel van ICT, accountmanagers;
4. Transparant maken van kwaliteit van zorg: www.parkinsonatlas.nl, Kwaliteitsmonitor en ParkinsonInzicht;
5. Ondersteuning van patiënten: informatievoorziening over de ziekte en over het regionale zorgaanbod, beslissingsondersteuning en bevorderen van zelfmanagement;
6. Inzichtelijk maken van de integrale kosten van Parkinsonzorg (in samenwerking met zorgverzekeraars);
7. Versterken van de relatie tussen 2e lijn en 1e lijn netwerk: neurologen en Parkinson verpleegkundigen in de 2e lijn steeds verder betrekken bij het netwerk en stimuleren om maximaal gebruik te maken van het 1e lijn netwerk;
8. Innovatie in zorgfinanciering: samen met zorgverzekeraars experimenteren met regionale zorgfinanciering waardoor beter gestuurd kan worden op kwaliteit en kostenbeheersing;
9. Continue deskundigheidsbevordering door middel van congres, scholing en intervisie;
10. Landelijke evidence-based richtlijnen ontwikkelen en up-to-date houden (eerstelijns paramedici en multidisciplinaire richtlijn);
11. Innovatie binnen de netwerkzorg; de zorgkwaliteit en kostenbeheersing kunnen verder toenemen door implementatie van e-health en hulpmiddelen voor zelfmanagement.

3.4.3 Beoordeling Zorginstituut

Het Zorginstituut heeft voor de beoordeling van de activiteiten van ParkinsonNet de gebruikelijke pakketvoorwaarden gehanteerd (te weten: Het moet gaan om geneeskundige zorg zoals professionals 'plegen te bieden' en, de zorg moet voldoen aan 'de stand van de wetenschap en de praktijk').

Pleggen te bieden

Het Zorginstituut heeft het begrip 'plegen te bieden' eerder gedefinieerd als de zorg die de betreffende beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van zorg rekent, en die geleverd wordt op een wijze die door die beroepsgroep als professioneel juist wordt beschouwd. Voor de beoordeling of de activiteiten van ParkinsonNet voldoen aan het wettelijk criterium 'plegen te bieden' zijn met name de standpunten die door de voorganger van het Zorginstituut zijn uitgebracht rond ketenzorg¹⁰, zelfmanagement¹⁸ en casemanagement⁸ van belang.

In het standpunt over ketenzorg stelde het CVZ dat het aspect 'op professioneel juiste wijze' (van het verlenen van zorg) betrekking kan hebben op specifieke kenmerken of specifieke organisatorische aspecten van de zorg. Organisatorische aspecten die binnen de (keten)zorg de structuur en beheersing van het proces bewerkstelligen waaronder ondersteunende (informatie)systemen zijn essentieel voor goede ketenzorg en maken deel uit van de te verzekeren prestaties. Het betreft zorg zoals [...] die plegen te bieden. De organisatorische

¹⁸ Standpunt: Begeleiding bij zelfmanagement chronisch zieken (november 2010)

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2010/11/25/begeleiding-bij-zelfmanagement-chronische-ziekten>

schil rond de zorg die nodig is om de samenhang te bewerkstelligen, valt daarmee onder de te verzekeren prestaties.

In het standpunt over zelfmanagement schaarde het CVZ activiteiten ter bevordering van zelfmanagement die onderdeel zijn van de behandeling van chronische ziekten, onder de geneeskundige zorg zoals [.....] die plegen te bieden. Het ging daarbij onder meer om ziektespecifieke educatie- en voorlichting en de (digitale) infrastructuur ten behoeve van de zorgverlening en de zorgorganisatie.

In het standpunt over casemanagement stelde het CVZ dat casemanagement in de zin van zorgdiagnostiek, zorgcoördinatie, monitoring en evaluatie onder voorwaarden onderdeel van de te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw. Het gaat om zorg zoals [.....] die plegen te bieden. Casemanagement is alleen effectief als er sprake is van een gestructureerde samenwerking, waaraan alle relevante organisaties en instanties zich hebben verbonden. Een goede organisatie die is ingebed in de lokale infrastructuur is noodzakelijk om casemanagement te kunnen leveren. De organisatorische schil op mesoniveau is onderdeel van de te verzekeren prestatie.

In het licht van deze standpunten ziet het Zorginstituut de in de vorige paragraaf beschreven activiteiten van ParkinsonNet *deels* als zorg die de beroepsgroepen tot het aanvaarde arsenaal van zorg rekenen, en die geleverd wordt op een wijze die door de beroepsgroepen als professioneel juist wordt beschouwd. Het betreft de volgende activiteiten: de activiteiten 1 tot en met 8 en 11: deze hebben enerzijds betrekking op zorg (begeleiding bij zelfmanagement en casemanagement) en anderzijds op coördinatie en organisatie van zorg (bijvoorbeeld zorgcoördinatie, online Parkinsondossier); de organisatorische schil rond deze Parkinsonzorg.

De activiteiten beschreven onder 9 en 10, te weten deskundigheidsbevordering en richtlijnontwikkeling vallen niet onder de te verzekeren zorg en voldoen daarmee niet aan de voorwaarden voor bekostiging via ADZ.

Stand van de wetenschap en praktijk

Het Zorginstituut heeft de toets aan het wettelijk criterium SWeP buiten beschouwing gelaten, omdat het in eerste instantie aan de zorgverzekeraars om te beoordelen of een interventie of een behandeling wel of niet voldoet aan het wettelijk criterium de 'stand van de wetenschap en praktijk', dus of de behandeling als effectief kan worden beschouwd. Bij onduidelijkheid of twijfel kunnen onder meer zorgverzekeraars vragen om het oordeel van het Zorginstituut. In deze casus bestond die onduidelijkheid er niet.

3.4.4 Conclusie generieke elementen

De activiteiten die beschreven zijn in paragraaf 3.4.2 dienen in belangrijke mate ter directe ondersteuning van de betrokken zorgaanbieders bij het verlenen van verzekerde zorg, waarbij deze indirect ten goede komen aan (individuele) patiënten die de zorg van de betrokken zorgaanbieders ontvangen. Daarmee hangen deze activiteiten samen met de individuele zorgverlening. Enerzijds gaat het om begeleiding bij zelfmanagement in het kader van de behandeling en om casemanagement (microniveau). Anderzijds gaat het om coördinatie en organisatie van zorg (mesoniveau). Activiteiten gericht op deskundigheidsbevordering en richtlijnontwikkeling vallen niet onder de te verzekeren zorg.

Colofon

Volgnummer	2023027035
Contactpersoon	mw. E.C.M. Visser +31652391363
Afdeling	Team Geestelijke Gezondheidszorg en Sociaal Domein
Uitgebracht aan	Werkgroep Bekostiging Domeinoverstijgende en Sectoroverstijgende Samenwerking (WG-BDSS)