



Verslag plan van aanpak bijeenkomsten ALK pakketagenda IZA 2023-2025 – ALK

Dit verslag bevat de samenvattingen van de bijeenkomsten in het najaar 2024 voor het opstellen van het plan van aanpak voor het pakketagenda onderwerp ALK (bijeenkomst 17-09-2024, zie pagina 1) en de kennissessie met de NZa over knelpunten rondom de bekostiging (bijeenkomst 15-10-2024, zie pagina 4).

Bijeenkomst 1: plan van aanpak pakketagenda ALK 17-09-2024

Aanwezige partijen*: de Nederlandse GGZ, Menzis (via ZN), NALK, NALK patiëntenpanel, NFP, NHG, NVMDL, NVvP, Proscop (via InEen), St. Emovere, VSG, Zilveren Kruis (via ZN), Zorginstituut Nederland.

* i.v.m. de AVG zijn namen van deelnemers verwijderd

1. Opening en welkom

- Terugblik op het proces van de pakketagenda voor het onderwerp ALK.
- Bespreken doel van de bijeenkomst: het maken van procesafspraken per onderwerp voor het plan van aanpak.
- Voorstelronde, sommigen zijn al bij eerdere bijeenkomsten geweest en er zijn ook nieuwe gezichten en deelnemende organisaties. Allen van harte welkom en dank voor jullie aanwezigheid.

2. Vaststellen agenda

Op de agenda staan 3 voorgestelde onderwerpen om mee aan de slag te gaan voor het opstellen van een plan van aanpak. Zorginstituut Nederland heeft deze onderwerpen met een eerste aanzet voor uitwerking van het plan van aanpak voorgesteld op basis van de opbrengst van de sessies in juli. Deze uitwerking is bedoeld als voorzet en de aanwezigen krijgen gelegenheid om deze agenda aan te passen of een onderwerp toe te voegen. Bij het vaststellen van de agenda wordt er inhoudelijk al gediscussieerd over de onderwerpen, dit is meegenomen in de uitwerking hieronder. De agenda en onderwerpen worden vastgesteld zoals deze vooraf waren voorgelegd.

Partijen wordt per onderwerp gevraagd of zij willen aansluiten bij de uitwerking van het plan van aanpak. Partijen geven aan dat het niet mogelijk of gemakkelijk is om dat vooraf te zeggen en e.a. afhangt van de uitwerking van het onderwerp en gevraagde investering. We besluiten om eerst per onderwerp de gekozen oplossingsrichting te bespreken. Het Zorginstituut ondersteunt de partijen met de uitwerking. Aanwezige ervaringsdeskundigen (NALK patiëntenpanel en St. Emovere) adviseren om bij de bespreking van de oplossingsrichtingen aandacht te hebben voor laaghangend fruit, omdat het proces van de pakketagenda en de beoogde oplossingsrichtingen zich primair lijken te focussen op langdurige processen.

3. Vergroten en verspreiden van kennis over (de zorg voor) ALK

Toelichting: een groot knelpunt is een gebrek aan kennis bij zorgverleners over ALK. Het is geen onderdeel van de opleiding en er zijn veel misvattingen. De Kwaliteitsraad adviseert om aan één gezamenlijke ALK-standaard te werken.

3.a. Richtlijn

Op dit moment bestaat er niet één overstijgende gemeenschappelijke ALK-standaard/richtlijn. De Kwaliteitsraad van het Zorginstituut adviseert aan het veld om vanuit 1 standaard te werken. De aanwezigen zijn het eens over het belang van het opschrijven en afstemmen van de kennis over ALK die de verschillende vakgebieden overstijgt. Over de uitwerking verschilt men nog van ideeën, sommigen geven de voorkeur aan één overstijgende ALK standaard/richtlijn, anderen geven de voorkeur aan het goed afstemmen van deze kennis tussen alle bestaande kwaliteitstrajecten en niet zozeer de ontwikkeling van een nieuwe standaard/module als doel op zich. Voor het NHG heeft dit ook te maken met juridische aspecten t.a.v. verantwoordelijkheden.

Afspraak: We spreken af dat we aansluiten bij een lopend gesprek tussen NHG, het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten en AkwaGGZ over de ontwikkeling van één gemeenschappelijke standaard/afstemmen kennis tussen standaarden.

3.b. Opleiding en scholing

In de opleidingen van zorgprofessionals is ALK geen onderdeel en de aanwezigen bespreken verschillende manieren hoe dat te bevorderen is. Aan opleidingsmaterialen en goodwill lijkt geen gebrek, het probleem zit in de organisatie. De inhoud van de opleiding van de zorgverlener gaat vaak via de eigen beroepsvereniging en voor ALK betekent dat

dus veel verschillende opleidingen. De aanwezigen komen gezamenlijk tot de conclusie dat de enige en meest effectieve afspraak is dat het podium van de pakketagenda wordt gebruikt om namens alle deelnemende partijen een statement te maken over het belang van het verplicht stellen van ALK in de opleiding van zorgprofessionals. Aanvullend is er mogelijkheid om de makers van het compendium (zakboek geneeskunde studenten) te benaderen om een ALK hoofdstuk toe te voegen, n.a.v. positieve ervaringen bij de leidraad chronische pijnzorg zijn.

Afspraak: We spreken af dat we vanuit de pakketagenda ALK een gezamenlijk statement namens alle partijen zullen doen uitgaan waarin het belang van het verplicht volgen van onderwijs over ALK in de opleiding van de zorgverlener wordt benoemd.

Afspraak: Met het Compendium (zakboek geneeskundestudenten) een ALK hoofdstuk ontwikkelen.

4. Intensieve zorg en stepped care/ matched care

Toelichting: Uit eerdere bijeenkomsten blijkt dat er discussie is over de stappen in de behandeling (matched of stepped care) en de intensiteit van de behandeling. Daarnaast zijn er veel uitdagingen bij het vinden van een passende behandeling.

Aanwezigen benoemen dat in de lopende kwaliteitstrajecten (doorontwikkeling NHG standaard SOLK > ALK, doorontwikkeling MDR ALK (AkwaGGZ)) er aandacht is voor inzet van stepped/matched-care. NALK licht toe dat het probleem er vooral in zit dat wanneer in richtlijnen de zorg wordt beschreven, zorgverzekeraars daarna extra regels opleggen en dat dit voelt als een gebrek aan vertrouwen naar de zorgverleners toe. De zorgverzekeraars zitten niet standaard aan tafel bij de doorontwikkeling van de meeste kwaliteitsdocumenten. Menzis legt uit dat ZN over het algemeen vaak vanuit een meelezersrol betrokken is bij kwaliteitstrajecten. We spreken af dat het belangrijk is om deze discussie (stepped/matched-care) te borgen bij de lopende trajecten en dat hiervoor ZN meer betrokken moet zijn bij de ontwikkeling van deze kwaliteitsdocumenten. Dit moet leiden tot verbeteringen op het gebied van de contractering door zorgverzekeraars. ZN is zelf niet aanwezig met een beleidsadviseur in dit gesprek, dus deze afspraak wordt na afloop aan hen voorgelegd.

Afspraak: ZN wordt gevraagd om hun betrokkenheid bij de ontwikkeling van de ALK kwaliteitsdocumenten (NHG, AkwaGGZ) te intensiveren om de discussie over matched/stepped-care daar te beleggen.

5. Leren van goede voorbeelden in netwerkzorg

Toelichting: Het opzetten van (eerstelijns) netwerkzorg voor mensen met ALK wordt in de bijeenkomsten in juli regelmatig genoemd als mogelijke oplossingsrichting. Ook blijkt dat er in het land positieve ervaringen zijn opgedaan met het opzetten van deze netwerken. Kunnen deze goede voorbeelden als voorbeeld dienen voor andere regio's?

Er zijn in het land al veel goede voorbeelden van netwerkzorg in de regio. We bespreken of het nuttig is om een landelijke handreiking te doen of regio-gerichte kennis te gebruiken, bijv. aansluiten bij bestaande wijksamenwerkingsverbanden. Proscop heeft positieve ervaringen met de inzet van de ervaringsdeskundige bij het opzetten en uitrollen van een netwerk. Ook adviseert Proscop om aan te sluiten bij regionale organisaties en het benutten van kennis uit netwerken voor andere aandoeningen (zoals oncologie). Over de plek waar deze goede voorbeelden verzameld en gedeeld worden verschilt men van mening, dit gebeurt nu bij Stichting Emovere en bij NALK.

Het grootste probleem voor het opzetten van netwerkzorg zit volgens velen in het duurzaam inrichten van het netwerk: de structurele financiering voor o.a. het opzetten en onderhouden ervan ontbreekt. Tot nu toe blijft het veel liefde-oud-papier-werk. Gemotiveerde mensen moeten we helpen om het gemakkelijker te maken een lokaal netwerk op te zetten en te onderhouden. Dit haakt ook aan op het knelpunt over de knellende/bepaalde/afwezige vergoeding voor multidisciplinair overleg: wanneer men gemakkelijker met elkaar zou kunnen overleggen, zou het opzetten en onderhouden van een netwerk al voor een groot gedeelte op weg geholpen zijn. Samengevat komen er uit deze discussie drie actiepunten:

Afspraken:

- Statement/oproep: financiering van ALK-netwerken moeten duurzaam worden ingericht.
- We bespreken op 15 oktober 2024 met de NZa vergoeding van multidisciplinair overleg en de koppeling met ALK-netwerken.
- We willen enthousiaste mensen helpen met het opzetten van een lokaal ALK-netwerk.

6. Afsluiting

- Het is niet gelukt om per afspraak partijen te koppelen aan de uitwerking.
- We spreken af dat het ZIN de opbrengst van deze bijeenkomst uitschrijft en terugkoppelt aan alle aanwezigen(verslag en de actiepunten).
- Aanwezige en overige betrokken partijen worden per e-mail gevraagd om de actiepunten gezamenlijk uit werken.
- Kerstvakantie 2024 is de deadline voor de uitwerking van de plannen van aanpak per gemaakte afspraak.

Bijeenkomst 2: bekostiging ALK kennissessie i.s.m. NZa 15-10 2024

Aanwezige partijen*: de Nederlandse GGZ, Menzis (via ZN), NALK, NALK patiëntenpanel, NFP, NVvP, NZa, Zorginstituut Nederland.

* i.v.m. de AVG zijn namen van deelnemers verwijderd

1. Opening en welkom

- Hartelijk welkom aan alle aanwezigen.
- Bespreken doel van de bijeenkomst: bespreken van aangedragen knelpunten bekostiging rondom zorg voor mensen met ALK.

2. Aanspraak en bekostiging

- Het Zorginstituut licht toe dat in Nederland het grootste gedeelte van de zorg via het open pakket de basisverzekering instroomt. Dat betekent dat +/- 85% van de zorg via de zorgverzekeraar het pakket instroomt. De zorgverzekeraars beoordelen dit. Voor bepaalde zorg, bijvoorbeeld dure geneesmiddelen, is afgesproken dat er altijd eerst een beoordeling door het Zorginstituut plaatsvindt, waarin gekeken wordt naar de stand van de wetenschap en praktijk. Daarnaast heeft het Zorginstituut ook een wettelijk taak in het uitleggen van de aanspraak op zorg uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet Langdurige Zorg (Wlz), bijvoorbeeld bij vragen van verzekeraars of zorgaanbieders. De algemene regel is dat de bekostiging van de zorg de aanspraak volgt.
- Voor de zorg aan mensen met ALK is er in dit traject van de pakketagenda, anders dan fysiotherapie, geen discussiepunt naar voren gekomen over de aanspraak op deze zorg. Wel is er uit het veld een duidelijk signaal dat het gebrek aan vergoeding van fysiotherapie een knelpunt oplevert in de zorg voor mensen met ALK. De NFP heeft over de aanspraak op fysiotherapie met het Zorginstituut contact gezocht. Het Zorginstituut is met de NFP parallel aan deze bijeenkomsten van de pakketagenda in gesprek over de aanspraak en hierover wordt later dit jaar/begin 2025 meer informatie verwacht.
- De NZa licht toe dat drie jaar geleden voor de GGZ en de forensische zorg de bekostiging is overgestapt van DBC (diagnose-behandelcombinatie) naar het zorgprestatie-model (ZPM). Dit model is uitgespecificeerd naar 4 onderdelen: beroep, setting, tijdsduur en diagnostiek of behandeling. Het ZPM moet ervoor zorgen dat je meer vrijheid hebt en minder administratieve lasten, doordat zorgaanbieders niet meer hun tijd hoeven te schrijven. Zorgaanbieders krijgen geld voor de tijd die ze besteden aan indirecte werkzaamheden bovenop de directe werkzaamheden (directe tijd). Hierbij is afgesproken dat sommige beroepen meer indirecte tijd krijgen dan anderen, bijv. de psychiater. Ook kan dit afhangen van de settings, bijv. klinisch of outreachend. Ook diagnostiek kent meer indirecte tijd dan behandeling. Dat is de bekostiging die NZa heeft gemaakt met partijen. Vervolgens gaat daar nog een slag overheen met de contracteringsgesprekken tussen zorgverzekeraars en -aanbieders. De NZa heeft gemiddelde kostendekkende tarieven opgesteld en daar kan je van afwijken, zowel omhoog als omlaag, bijvoorbeeld omdat je bovengemiddeld veel multidisciplinair overleg doet.
- De NZa kan vandaag vooral in gaan op de vergoeding binnen de GGZ en FZ en deels de domeinoverstijgende samenwerking. Vragen die reesteren na dit overleg, bijvoorbeeld op het gebied van de 1^e lijn, zullen worden vastgelegd en nagevraagd, zodat deze op een later kunnen worden.

3. Knelpunten bekostiging

- Eén van de belangrijkste knelpunten voor partijen gaat over de bekostiging van multidisciplinair overleg (MDO) tussen zorgverleners over de ALK patiënt. Dit knelpunt gaat zowel over overleg binnen de lijn (bijv. MDO tussen huisarts, fysiotherapeut en psycholoog) als tussen de lijnen en domeinen (bijv. tussen de huisarts, medisch specialist en maatschappelijk werk). Bijkomende uitdaging is dat de zorg van de fysiotherapeut niet vergoed is en aansluiting bij een overleg dus helemaal uitdagend aangezien er geen vergoeding is vanuit de Zvw (zie ook hierboven over aanspraak).
 - o De NZa geeft aan na afloop hierover ook aanvullende informatie uit de eerstelijns aan te geven, zie bijlage A.
- De bespreking van dit knelpunt is hieronder uitgewerkt aan de hand van de mogelijkheden in de bekostiging: MDO over een individuele patiënt en MDO over een patiëntengroep.
- MDO over individuele patiënt
 - o dNLggz licht toe dat binnen de hoogspecialistische GGZ de zorgverlener heel veel indirecte tijd besteedt aan de zorg voor de patiënt. Dit heeft te maken met de belastbaarheid van de patiënt die ernstig ziek is. Zorgverleners zijn snel door die indirecte tijd heen. Er zijn nu tarieven afgesproken voor de hele populatie die varieert afhankelijk van de onderliggende aandoening. Als je dat specifiek maakt verhoog je de administratieve lasten. Op dit moment wordt er in TOP ggz gewerkt aan een specificatie voor complexe doelgroepen. De NZa geeft aan dat wanneer het knelt in de vergoede indirecte tijd, het

ook in de contracteringsgesprekken mee kan worden genomen. NALK stelt dat dit uitdagend is te veranderen omdat zorginkopers niet (goed) weten wat ALK is en geen interesse hebben om specifieke doelgroep aanpassingen te maken. dNLggz vult aan dat je vroeger in het DBC wel kon zien hoeveel indirecte tijd je precies besteedde en nu kun je dat niet verantwoorden.

- Zorgverleners in hoogspecialistische GGZ krijgen nu vaak het verzoek om te overleggen over patiënten die verwezen wordt vanuit de 1^e/2^e lijn. Adviseren kan niet gedeclareerd worden als patiënten niet in behandeling komen. Het alternatief om wel alle patiënten te laten komen is ook niet wenselijk. Menzis vraagt of dit niet voorkomen kan worden als het zorgpad in de eerstelijns voor de ALK patiënt beter ingericht zou zijn en je daarmee 'oneigenlijke' verwijzingen naar de GGZ kan voorkomen. NALK geeft aan dat vanuit de eerstelijns een verwijzing naar de GGZ bij ALK pas aan het eind van een traject met patiënt komt en niet zo maar wordt gedaan. Menzis vraagt waarom er dan zo veel verwijzingen zijn naar de GGZ. NALK geeft aan dat dit niet het probleem is.
 - In de eerstelijns is de contractering anders geregeld, huisartsenorganisaties hebben weinig onderhandelruimte en moeten 'tekenen bij het kruisje'. NZa vraagt wat er landelijk nodig is om effort te maken voor het gesprek over ALK, is er handleiding nodig? Is een betaaltitel ALK voor huisartsen gewenst? Voor partijen is het ook onduidelijk waar je dan aan tafel kunt om mee te praten hierover. NZa adviseert NALK om als eerste aan te kloppen bij beroepsverenigingen, werkgeversbranches en inkopers bij ZN. Ook zou er wellicht met ZN besproken kunnen worden of het maken van een landelijke leidraad voor de inkoop gewenst is.
 - Afspraak: de NZa koppelt na afloop aanvullende informatie terug over de knelpunten in de eerstelijns (indirecte tijd MDO's, vergoeding fysiotherapie en mogelijke wens betaaltitel ALK huisarts), zie bijlage A.
 - Een toekomstige ontwikkeling die zou kunnen helpen bij het bekostigen van MDO over de individuele patiënt is het "meedenkadvies", dit wordt momenteel door de NZa uitgewerkt. Meer informatie over deze beleidsregel en de status vindt u in bijlage A.
 - De besproken punten zijn voorstellen voor reparaties aan het bestaande systeem. Er wordt gevraagd naar het houden van pleidooi voor een ander systeem waarin je vanuit biopsychosociaal model kunt werken en bekostigen van multidisciplinair overleg en behandeling gefaciliteerd wordt.
- MDO over patiëntgroep ALK:
- Onlangs is voor domeinoverstijgend overleg over patiëntgroepen de nieuwe beleidsregel PGAZ van de NZa gelanceerd. Deze beleidsregel loopt voor 5 jaar en zal daarna geëvalueerd worden. Voorheen was deze beleidsregel wellicht ook bekend bij sommigen onder de afkorting BDSS. NZa licht toe dat deze nieuwe beleidsregel ruimte geeft voor overleg over groepen patiënten in een systeem dat verder heel erg ingericht is op de individuele verzekerde. De PGAZ zou ingezet kunnen worden voor het bekostigen van regionaal ALK overleg. NALK geeft aan dat betere regionale samenwerking ook kan leiden tot besparing in de individuele patiëntzorg wanneer er met kortere lijnen kan worden gewerkt.
 - NZa nodigt partijen uit om een apart overleg in te plannen over de PGAZ beleidsregel met als doel om te bespreken of dit voor regionale ALK netwerken ingezet kan worden. Menzis geeft aan dat bij deze beleidsregel de afspraak is dat dit met de preferente zorgverzekeraar wordt afgesproken en voorziet uitdagingen om hier landelijk afspraken over te maken.
 - Afspraak: NZa, NALK, dNLggz, FMS (of betrokken ALK specialisten namens WV'en) en ZN maken een afspraak om de mogelijkheden van PGAZ voor regionaal ALK overleg uit te zoeken.

4. Afspraken en afsluiting

Deze bijeenkomst leidde tot de volgende afspraken:

- ZIN werkt de bijeenkomst uit en koppelt de informatie uit deze sessie tezamen met de sessie van 17 september terug aan de partijen + het plan van aanpak waarin deze afspraken verwerkt zijn
- NZa stuurt aanvullende informatie toe over: 1) status en inhoud meedenk adviezen; 2) PGAZ beleidsregel; 3) zorgprestatie model; 4) aanvullende informatie over knelpunten eerstelijns (indirecte tijd MDO's, vergoeding fysiotherapie en mogelijke wens betaaltitel ALK huisarts. Deze informatie kunt u terugvinden in bijlage A.
- NZa, NALK, dNLggz, FMS, ZN maken een afspraak over de inzet van de beleidsregel PGAZ bij ALK. ZIN vraagt betrokken ALK-specialisten van de FMS om zich hierbij aan te sluiten, FMS algemeen krijgt ook de uitnodiging maar onduidelijk of vanuit federatie iemand zal aansluiten of dat dit aan losse WV'en wordt over gelaten.
- Pleidooi voor systeemverandering wordt opgenomen in het plan van aanpak en kan door betrokken partijen worden uitgewerkt.

Bijlage A:

1. Status meedenkconsult

De status is dat de RvB van de NZa het voorgenomen besluit heeft genomen om per 2026 het “meedenkadvis” als aparte structurele betaaltitel in zowel de 2^e lijns als de huisartsenbesteding op te nemen, met een aparte betaaltitel voor het werk van de huisarts en een voor het werk van de medisch specialist. Tot die tijd bestaat de mogelijkheid al om dergelijke afspraken te maken via segment 3 van de huisartsenbesteding. Het aandeel van de medisch specialist wordt dan onderdeel van de S3 afspraak, waarbij de medisch specialist zijn aandeel via onderlinge dienstverlening via de huisarts (of regionaal huisartsensamenwerkingsverband) ontvangt.

2. PGAZ beleidsregel

Voor alle informatie over de PGAZ beleidsregel verwijzen wij u naar deze website:

[Beleidsregel PatiëntenGroepsgebonden Afstemming binnen Zvw-verzekerde Zorg](#)

Hier is ook de handleiding voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders te vinden:

[Handleiding zorgverzekeraars en zorgaanbieders - Prestatie patiëntengroepsgebonden samenwerking Zvw](#)

3. Zorgprestatie model

Voor alle informatie over het Zorgprestatie model verwijzen wij u naar deze website:

[Zorgprestatie model: de nieuwe besteding voor ggz en fz](#)

4. Knelpunten eerstelijns

Betaaltitel ALK huisartsen

Team eerstelijnszorg van de NZa is niet op de hoogte van de (evt.) wens voor een betaaltitel voor huisartsen voor zorgcoördinatie ALK. Indien het hierbij gaat om een wens van individuele huisartsen, zouden we adviseren dat zij contact opnemen met de brancheorganisatie die hen vertegenwoordigt (bijv. de LHV) en de wens voor een betaaltitel te bespreken. De LHV zit periodiek bij de NZa aan tafel om te spreken over het onderhoud en de doorontwikkeling van de regelgeving.

MDO's indirecte tijd

Indirecte tijd, zoals afstemming, coördinatie en verslaglegging, zit verdisconteerd in tarieven voor direct patiëntgebonden tijd. Indirecte tijd is in beginsel niet separaat declarabel. In sectoren waar we tarieven reguleren, verdisconteren we die indirecte tijd in tarieven van prestaties voor direct patiëntgebonden tijd, zoals bijvoorbeeld consulten. In consulttarieven is dan bijvoorbeeld het gemiddelde aan indirecte tijd opgenomen. De ene keer is dat meer dan toereikend en de andere keer mogelijk te weinig. In sectoren waar er sprake is van vrije tarieven, maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders zelf afspraken over de hoogte van tarieven.

Vergoeding fysiotherapie

Wanneer fysiotherapie uit de basisverzekering wordt vergoed, zal ook de indirecte tijd die samenhangt met en noodzakelijk is voor zorglevering (zoals afstemming met bijvoorbeeld verwijzer) worden vergoed uit de basisverzekering omdat dit onderdeel is van de behandeling. Dat betekent overigens niet dat indirecte tijd in dat geval separaat in rekening kan worden gebracht. Zoals hierboven beschreven, is indirecte tijd dan verdisconteerd in het tarief voor een prestatie voor direct patiëntgebonden tijd (bijv. reguliere zitting fysiotherapie) die dan ten laste van de basisverzekering in rekening wordt gebracht.