



## Beleidsregel experiment patiëntengroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg, Nederlandse Zorgautoriteit

BR/REG-24152

Vastgesteld op 23 april 2024

Gelet op artikel 57, eerste lid, onderdelen b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

Onder verwijzing naar artikel 58 van de Wmg, is in de voorliggende beleidsregel een experiment opgenomen. De daartoe vereiste aanwijzing van 19 april 2024 met kenmerk 3805336-1064180-PZO, bedoeld in artikel 59, aanhef en onder f, van de Wmg, is door de Minister van aan de NZa gegeven.

### Artikel 1 Begripsbepalingen

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

1. *patiëntengroepsgebonden afstemming*: afstemming van zorg en ondersteuning voor specifieke categorieën verzekerden, niet zijnde voor individuele verzekerden;
2. *Minister*: Minister voor Medische Zorg;
3. *NZa*: Nederlandse Zorgautoriteit;
4. *Wmg*: Wet marktordening gezondheidszorg;
5. *zorgaanbieder*:
  - a. natuurlijk persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg in de zin van de Wmg verleent als bedoeld in artikel 1, aanhef en onder c, van de Wmg;
  - b. natuurlijk persoon of rechtspersoon voor zover deze tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met het verlenen van zorg door een zorgaanbieder als bedoeld onder a;

### Artikel 2 Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is om vast te leggen op welke wijze de NZa gebruik maakt van haar bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen op het gebied van patiëntengroepsgebonden afstemming.

### Artikel 3 Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op patiëntengroepsgebonden afstemming zoals omschreven in artikel 1 van deze beleidsregel voor zover deze afstemming direct ten dienste staat van een of meerdere zorgvormen onder de aanspraken van de Zorgverzekeringswet.

### Artikel 4 Prestatiebeschrijving

De samenwerking door een zorgaanbieder met derden, voor zover het patiëntengroepsgebonden afstemming betreft en het direct ten dienste staat van een of meerdere zorgvormen onder de aanspraken van de Zorgverzekeringswet. De samenwerking is niet specifiek gericht op individuele verzekerden/cliënten, maar meer in algemene zin op groepen van verzekerden/cliënten. De prestatiebeschrijving kan alleen in rekening worden gebracht indien de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar hiervoor een schriftelijke afspraak hebben gemaakt. Het voorgaande wordt opgenomen in de beschikking van de NZa waarin de prestatiebeschrijving en het tarief worden vastgesteld.

### Artikel 5 Tariefsoort

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

### Artikel 6 Monitoring en evaluatie

De NZa evalueert deze experimentbeleidsregel conform artikel 58 van de Wmg. Daarnaast rapporteert de NZa over de uitslag van het experiment zoals bedoeld in het zevende lid van artikel 58 van de Wmg aan de Minister. In de aanwijzing van de Minister is bepaald dat de NZa hierbij in elk geval rapporteert:



1. jaarlijks via een kwantitatieve evaluatie over het gebruik van de prestatie met een daaraan gekoppelde inventarisatie van knelpunten die in de praktijk worden ervaren. In ieder geval zal worden gerapporteerd over:
  - a. het aantal gevallen waarin gebruik is gemaakt van de prestatie,
  - b. wat de omvang was van de bijbehorende budgetten,
  - c. welke sectoren betrokken waren,
  - d. voor welke bedragen de macrokaders van deze sectoren vanwege het gebruik van de prestatie zijn belast;
2. b) in jaar 2 en jaar 4 van het experiment door middel van een kwalitatieve evaluatie in hoeverre de inwerkingtreding van de prestatiebeschrijving voor patiëntengroepsgebonden afstemming van zorg en ondersteuning voor specifieke categorieën verzekerden bijdraagt aan de in het IZA geschetste ontwikkelingen naar passende en integrale gezondheidszorg in het (regionaal) verzorgingsgebied en hoe deze prestatiebeschrijving zich verhoudt tot overige bekostigingsmogelijkheden. In ieder geval zal worden gerapporteerd over:
  - a. of de voorgestelde prestatiebeschrijving veldpartijen in staat stelt om invulling te geven aan (regionale) samenwerkingsverbanden die bijdragen aan samenhangende zorg en ondersteuning voor specifieke groepen verzekerden en of afspraken daarmee makkelijker tot stand komen,
  - b. of veldpartijen voldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheden van de beoogde prestatie en of ze deze prestatie benutten in situaties waar de inzet van deze prestatie voor de hand ligt,
  - c. of het ontwerp van de beoogde prestatiebeschrijving en de gevolgen daarvan voor de bedrijfsvoering van betrokken zorgverzekeraars en zorgaanbieders goed aansluiten bij hun behoeften,
  - d. welke andere risico's eventueel aan het licht zijn gekomen en hoe deze kunnen worden beheerst,
  - e. hoe zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij de zorginkoop proberen dubbele bekostiging tegen te gaan en hoe effectief die inzet is,
  - f. wat de ervaringen met de inkoop door zorgverzekeraars naar aanleiding van deze prestatiebeschrijving zijn,
  - g. wat de ervaringen met samenwerking tussen zorgaanbieders ten behoeve van de inzet van deze prestatiebeschrijving zijn,
  - h. wat de ervaringen zijn met de voor de inzet van de prestatiebeschrijving benodigde interactie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders,
  - i. in hoeverre de overlap van de prestatiebeschrijving met andere bekostigingsmogelijkheden voor afstemming van zorg en ondersteuning voor onduidelijkheden en knelpunten zorgt die wenselijke bewegingen in de weg staan en of deze inrichting meer met elkaar in samenhang kunnen worden doorontwikkeld,
  - j. in hoeverre het naast elkaar bestaan van verschillende bekostigingsopties voor afstemming van zorg en ondersteuning bijdraagt aan de in het IZA nagestreefde doelen,
  - k. een stroomlijning of vereenvoudiging van het palet aan bekostigingsmogelijkheden voor afstemming van zorg en ondersteuning nodig, wenselijk en mogelijk is,
  - l. of het wenselijk is om meer focus aan te brengen in de vormgeving van de prestatiebeschrijving voor afstemming van zorg en ondersteuning om meer gericht toe te werken naar een bepaald resultaat,
  - m. of er andere oplossingen nodig zijn in de bekostiging van samenwerking in de zorg om de doelstellingen van het IZA dichterbij te brengen,
  - n. welk advies mogelijk is over de wenselijkheid van het continueren van de prestatiebeschrijving in het palet aan bekostigingsmogelijkheden voor afstemming van zorg en ondersteuning, gelet op de antwoorden op bovenstaande vragen?
  - o. welke voor- en nadelen er zijn en hoe deze kunnen worden gewogen? Wat zijn eventuele ideeën ten aanzien van (bijstelling van) de positionering of vormgeving van de prestatiebeschrijving?

#### **Artikel 7 Inwerkingtreding en bekendmaking**

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 mei 2024 en vervalt met ingang van 1 mei 2029. Indien de Staatscourant waarin de beleidsregel ingevolge artikel 5, aanhef en onder e, van de Bekendmakingswet, wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 30 april 2024, treedt de beleidsregel in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin de beleidsregel wordt geplaatst en werkt zij terug tot en met 1 mei 2024.

Na het vervallen van deze beleidsregel met ingang van 1 mei 2029, blijft deze beleidsregel van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in deze beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor deze beleidsregel gold.

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



---

### **Artikel 8 Citeertitel**

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel experiment patiëntengroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg.



## TOELICHTING

Deze beleidsregel introduceert een generieke Zvw-betaaltitel voor de rechtstreekse, directe, bekostiging van patiëntengroepsgebonden afstemming. De betaaltitel kan worden ingezet voor groepen verzekerden door aanbieders van zorg in de zin van de Zvw. In de brief van de Minister van VWS van 29 november 2023 aan de Tweede Kamer wordt verwezen naar 'specifieke groepen (kwetsbare) verzekerden' en in de aanwijzing van 19 april 2024 met kenmerk 3805336-1064180-PZO wordt verwezen naar 'specifieke categorieën verzekerden'. Het is niet aan de NZa om te bepalen welke groepen van verzekerden hier onder vallen; zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen dit desgewenst zelf moeten doen in hun contracten. Het ligt voor de hand dat de samenwerking voortvloeit uit een regioplan (zoals bedoeld in IZA hoofdstuk 'Regionale samenwerking – algemeen') waarin specifieke doelen en doelgroepen voor de domein- en sectoroverstijgende samenwerking zijn gedefinieerd.

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

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

### Artikel 3

Patiëntengroepsgebonden afstemming is in deze beleidsregel omschreven als het samenwerken door een zorgaanbieder van zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet met derden voor zover het patiëntengroepsgebonden afstemming betreft en direct ten dienste staat van een of meerdere zorgvormen onder de aanspraken van de Zorgverzekeringswet.

Voor de beoordeling of de patiëntengroepsgebonden afstemming kan worden gezien als zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet, heeft Zorginstituut Nederland de 'Handreiking domeinoverstijgende activiteiten vanuit de Zvw' gepubliceerd. Deze handreiking verduidelijkt welke domein- en sectoroverstijgende activiteiten vergoed kunnen worden vanuit de Zorgverzekeringswet. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen mede aan de hand van deze handreiking beoordelen of de door hen gewenste patiëntengroepsgebonden afstemming kunnen worden gezien als zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet.

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

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

### Artikel 4

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



ondersteuning) en tussen sectoren binnen de Zorgverzekeringswet. Maar ook daarbuiten zoals het domein onderwijs.<sup>1</sup>

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

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

## Artikel 5

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

## Artikel 7

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

<sup>1</sup> Zie de brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer, p. 4. <https://open.overheid.nl/documenten/26772894-9d8d-4024-a570-12381c3f51f4/file>