



Evaluatie onderlinge dienstverlening

Evaluatierapport

Juni 2021

Inhoud

Managementsamenvatting	3
Inleiding.....	5
<i>Aanleiding</i>	<i>5</i>
<i>Definitie onderlinge dienstverlening.....</i>	<i>6</i>
<i>Doel van de evaluatie.....</i>	<i>6</i>
<i>Werkwijze en afbakening</i>	<i>7</i>
<i>Leeswijzer</i>	<i>7</i>
1. Meerwaarde onderlinge dienstverlening	8
1.1 <i>Kwaliteit van zorg.....</i>	<i>8</i>
1.2 <i>Financieel.....</i>	<i>10</i>
1.3 <i>Contractueel.....</i>	<i>10</i>
1.4 <i>Samenvatting meerwaarde</i>	<i>11</i>
2. Knelpunten onderlinge dienstverlening	13
2.1 <i>Kwaliteit van zorg.....</i>	<i>13</i>
2.2 <i>Financieel.....</i>	<i>14</i>
2.3 <i>Contractueel.....</i>	<i>15</i>
2.4 <i>Toepassingsvraagstukken</i>	<i>16</i>
2.5 <i>Samenvatting knelpunten.....</i>	<i>17</i>
3. Mogelijke aanknopingspunten aanpak knelpunten.....	18
4. Conclusie	23
Bijlage 1 Situatieschets per sector	25
<i>Wijkverpleging</i>	<i>25</i>
<i>Geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg.....</i>	<i>26</i>
<i>Medisch-specialistische zorg</i>	<i>27</i>
<i>Paramedische zorg.....</i>	<i>28</i>
<i>Eerstelijnsverblijf.....</i>	<i>28</i>
<i>Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen.....</i>	<i>28</i>
<i>Huisartsenzorg en multidisciplinaire (eerstelijns)zorg</i>	<i>29</i>
<i>Geboortezorg</i>	<i>29</i>
<i>Ambulancezorg.....</i>	<i>31</i>
<i>Langdurige zorg</i>	<i>31</i>
Bijlage 2 Gesprekspartners	33

Managementsamenvatting

Onderlinge dienstverlening

Er is sprake van onderlinge dienstverlening wanneer de zorg die door een zorgaanbieder wordt verleend onderdeel is van de beschrijving van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie. Onderlinge dienstverlening kan op basis van de beleidsregels van de NZa in alle zorgsectoren plaatsvinden en is daarmee een mogelijke oplossing om zorg transmuraal rondom de patiënt te organiseren.

Bij de NZa zijn weinig voorbeelden bekend waarbij de zorg rondom de (palliatieve) patiënt transmuraal wordt georganiseerd door gebruik te maken van de prestatie onderlinge dienstverlening. Vanuit de projectgroep palliatieve zorg is onderlinge dienstverlening in alle zorgsectoren geëvalueerd. Het doel van de evaluatie is om te onderzoeken of bekostiging van onderlinge dienstverlening daadwerkelijk een oplossing is die zorgaanbieders helpt in het transmuraal organiseren van de (palliatieve) zorg. Met de opbrengsten uit deze evaluatie kunnen verdere stappen gezet worden om het transmuraal organiseren van de zorg via onderlinge dienstverlening te verbeteren.

De hoofdvraag die in deze evaluatie centraal staat is:

In hoeverre is de bekostiging van onderlinge dienstverlening daadwerkelijk een oplossing die zorgaanbieders helpt in het transmuraal organiseren van de (palliatieve) zorg?

Werkwijze

Deze evaluatie hebben we pragmatisch ingestoken. Op basis van deskresearch en gesprekken met zowel interne als externe vertegenwoordigers van alle sectoren zijn goede voorbeelden en knelpunten van onderlinge dienstverlening in kaart gebracht en geanalyseerd. Vervolgens zijn aanknopingspunten voor de aanpak van knelpunten geformuleerd. Alle opbrengsten zijn ten slotte gebundeld in deze eindevaluatie.

Ervaringen in de praktijk

In hoofdstuk 1 van de evaluatie komt naar voren dat bekostiging van (transmurale) samenwerking middels de prestatie onderlinge dienstverlening meerwaarde kan hebben voor de kwaliteit van zorg. Op basis van de bevindingen ligt de meerwaarde van onderlinge dienstverlening in het stimuleren en organiseren van de zorg rondom de patiënt. Externe expertise kan middels onderlinge dienstverlening worden gefinancierd. Ook beoogt onderlinge dienstverlening continuïteit van zorg en het voorkomen van onnodige doorverwijzing. Indien nodig biedt onderlinge dienstverlening de mogelijkheid voor een warme overdracht.

Daarnaast kan onderlinge dienstverlening ook financiële en contractuele voordelen hebben. Uit de analyse komt naar voren dat onderlinge dienstverlening duidelijkheid geeft voor patiënten, zorgaanbieders, zorgkantoren en zorgverzekeraars doordat de prestatie onderlinge dienstverlening uit één financieringsstroom bestaat. Doelmatigheid van zorg wordt gestimuleerd. Onderlinge dienstverlening biedt tevens flexibiliteit aan hoofdaannemers en ontzorgt onderaannemers.

Het gebruik van de prestatie onderlinge dienstverlening kan ook complex zijn. Knelpunten die in hoofdstuk 2 van de evaluatie genoemd worden, hebben betrekking op het maken van afspraken over de kwaliteit van zorg, financiën en contracten. Hoofd- en onderaannemers komen niet altijd tot overeenstemming over de afspraken die gemaakt moeten worden bij onderlinge dienstverlening. Daarnaast brengt onderlinge dienstverlening administratieve lasten met zich mee. Ook kunnen toepassingsvraagstukken belemmerend zijn. Voor zorgaanbieders is het niet altijd duidelijk wat onder onderlinge dienstverlening wordt verstaan en in welke situaties onderlinge dienstverlening van toepassing is.

Mogelijke aanknopingspunten aanpak knelpunten

Op basis van de resultaten uit de interviews zijn in hoofdstuk 3 verschillende suggesties geformuleerd voor de aanpak van knelpunten rondom onderlinge dienstverlening. De suggesties zijn: het benutten van mogelijkheden binnen de huidige bekostiging, inzetten op goed bestuur en professionele bedrijfsvoering, aansluiten op ontwikkelingen om administratieve lasten terug te dringen en leren van goede initiatieven, experimenten en andere manieren van bekostigen van transmurale zorg.

Conclusie

Het beeld dat uit de evaluatie naar voren komt is dat onderlinge dienstverlening voor sommige sectoren een belangrijk middel is in het transmuraal organiseren van zorg. Bijvoorbeeld het regionaal organiseren van zorg of het organiseren van zorg dichtbij patiënten. Het maakt in sommige situaties mogelijk om de zorg beter rondom de patiënt te organiseren en het kan bijdragen aan een doelmatige inzet van zorg. Echter, verschilt het belang van onderlinge dienstverlening per sector en leiden verschillende knelpunten ertoe dat in sommige sectoren niet of nauwelijks gebruik wordt gemaakt van onderlinge dienstverlening. Niet in alle zorgsectoren leidt dit tot problemen in het organiseren van transmurale samenwerking. Naast onderlinge dienstverlening zijn er nog verschillende andere mogelijkheden voor het transmuraal organiseren van de zorg. In de beschreven goede voorbeelden uit een bepaalde sector liggen mogelijke aanknopingspunten voor knelpunten uit een andere sector. Door te leren van de goede initiatieven en experimenten en bestaande manieren van het bekostigen kan het transmuraal organiseren van de zorg worden verbeterd.

Inleiding

Aanleiding

De prestatie 'onderlinge dienstverlening' biedt ruimte in de bekostiging zodat zorgverleners andere zorgorganisaties of zorgverleners bij de zorg van een patiënt of cliënt kunnen betrekken en de zorg rondom de patiënt kunnen organiseren. Onderlinge dienstverlening vindt plaats in situaties waarin een zorgaanbieder de zorg zelf niet kan en/of wil verlenen, maar deze zorg wel onderdeel is van de beschrijving van een door een zorgaanbieder uit te voeren prestatie. Ook vindt onderlinge dienstverlening plaats wanneer het om andere redenen wenselijk is om een andere zorgaanbieder te betrekken bij het zorgtraject. Bijvoorbeeld om de zorg beter, efficiënter, op een andere locatie of dichterbij huis te organiseren.

Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) moeten zorgaanbieders die Wmg-zorg leveren een tarief in rekening brengen waarvoor een prestatiebeschrijving is vastgesteld.¹ Om hieraan te voldoen zijn in de afgelopen jaren in verschillende sectoren prestaties vastgesteld voor onderlinge dienstverlening. De regel voor onderlinge dienstverlening in de medisch-specialistische zorg is sinds 2020 verruimd.² Met de aangepaste regel kan onderlinge dienstverlening ook vanuit de medisch-specialistische zorg transmuraal plaatsvinden, bijvoorbeeld tussen zorgaanbieders uit de eerste lijn en zorgaanbieders uit de tweede lijn.

Onderlinge dienstverlening kan in alle zorgsectoren plaatsvinden en is daarmee een mogelijke oplossing om zorg transmuraal rondom de patiënt te organiseren. Toch zijn bij de NZa weinig voorbeelden bekend waarbij de zorg rondom de (palliatieve) patiënt wordt georganiseerd door gebruik te maken van de prestatie onderlinge dienstverlening. Het is voor de NZa niet inzichtelijk hoe vaak de prestatie onderlinge dienstverlening wordt afgesloten, omdat dit een afspraak is tussen zorgaanbieders die niet herlijdbaar is uit de declaratiedata. De omvang staat in dit rapport dan ook niet centraal, maar we richten ons op de verschillende ervaringen met onderlinge dienstverlening.

Vanuit de projectgroep palliatieve zorg willen we onderlinge dienstverlening in alle sectoren evalueren. Enerzijds omdat palliatieve zorg de verschillende sectoren raakt, anderzijds om goede

¹ Artikel 35 Wet marktordening gezondheidszorg

² Informatiekaart wijzigingen dbc-pakket 2020 (RZ20b)

voorbeelden op te halen uit verschillende sectoren. Dit biedt mogelijk aanknopingspunten voor de aanpak van concrete knelpunten rondom onderlinge dienstverlening in de (palliatieve) zorg.

Definitie onderlinge dienstverlening

Om te voldoen aan de specifieke kenmerken per zorgsector hanteert elke sector een eigen definitie van onderlinge dienstverlening. Binnen de sectoren zal in dit rapport de daarvoor geldende definitie worden gehanteerd. Deze definities zijn per sector opgenomen in bijlage 1 van dit rapport.

Wanneer de evaluatie van onderlinge dienstverlening zich niet richt op een specifieke sector wordt een algemene definitie van onderlinge dienstverlening gehanteerd. Op basis van alle definities van onderlinge dienstverlening in de verschillende zorgsectoren komen we tot de volgende algemene definitie:

Er is sprake van onderlinge dienstverlening wanneer de zorg die door een zorgaanbieder wordt verleend onderdeel is van de beschrijving van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'. De uitvoerende zorgaanbieder brengt de prestatie 'onderlinge dienstverlening' in rekening bij de opdrachtgevende zorgaanbieder die de prestatie bij de uitvoerende zorgaanbieder heeft aangevraagd.

Wanneer in deze evaluatie gesproken wordt over de prestatie onderlinge dienstverlening wordt de wettelijke betaaltitel bedoeld voor de declaratie van onderlinge dienstverlening tussen zorgaanbieders.

Doel van de evaluatie

Het doel van de evaluatie is om te onderzoeken of de prestatie onderlinge dienstverlening daadwerkelijk een oplossing is die zorgaanbieders helpt in het transmuraal organiseren van de (palliatieve) zorg. Met de opbrengsten uit deze evaluatie kunnen mogelijk verdere stappen gezet worden om het transmuraal organiseren van de zorg via onderlinge dienstverlening te verbeteren.

Dit doen we door te onderzoeken wanneer onderlinge dienstverlening plaatsvindt en wat de ervaringen met onderlinge dienstverlening zijn in de verschillende sectoren. De meerwaarde en knelpunten van onderlinge dienstverlening worden bekeken vanuit verschillende perspectieven: patiënt³, organisatie (zowel financieel, inhoudelijk als contractueel) en juridisch. Afhankelijk van de bevindingen worden aanknopingspunten geboden voor de aanpak van verschillende knelpunten van onderlinge dienstverlening. De hoofdvraag die in deze evaluatie centraal staat is:

In hoeverre is de bekostiging van onderlinge dienstverlening daadwerkelijk een oplossing die zorgaanbieders helpt in het transmuraal organiseren van de (palliatieve) zorg?

De deelvragen ter beantwoording van deze hoofdvraag zijn:

- Wanneer vindt onderlinge dienstverlening plaats?

³ Daar waar patiënt staat kan ook cliënt worden gelezen. Voor de leesbaarheid wordt in deze evaluatie over patiënten gesproken.

- Wat is de meerwaarde van onderlinge dienstverlening?
- Welke knelpunten bestaan er voor het gebruik van de prestatie onderlinge dienstverlening?
- Wat kunnen we leren van goede voorbeelden waarin onderlinge dienstverlening in de verschillende sectoren wordt toegepast?

Werkwijze en afbakening

De aanpak van deze evaluatie bestaat uit verschillende fases. We zijn begonnen met het doen van deskresearch naar onderlinge dienstverlening in de verschillende zorgsectoren. Vervolgens hebben we intern gesprekken gevoerd om de meerwaarde en knelpunten van onderlinge dienstverlening in kaart te brengen. Daarna hebben we externe partijen zoals zorgaanbieders en brancheverenigingen gesproken over hun ervaringen met onderlinge dienstverlening. Op basis van de deskresearch en de gesprekken zijn goede voorbeelden en knelpunten geanalyseerd en zijn aanknopingspunten voor de aanpak van knelpunten geformuleerd. Alle opbrengsten zijn ten slotte gebundeld in deze eidevaluatie.

Deze evaluatie hebben we pragmatisch ingestoken. We zijn met zowel interne als externe vertegenwoordigers van alle sectoren in gesprek gegaan over hun ervaringen met onderlinge dienstverlening. De gesprekspartners zijn opgenomen in bijlage 2 van deze evaluatie. We hebben gekozen om niet per se de formele overleggen hiervoor te gebruiken. Het doel van deze evaluatie is niet om de eventuele knelpunten van onderlinge dienstverlening meteen aan te pakken, maar om suggesties te formuleren om het transmuraal organiseren van de zorg via onderlinge dienstverlening te verbeteren. Mocht er in de toekomst iets moeten worden gewijzigd in regelgeving, dan wordt dit via de officiële en formele overleggen gedaan. Deze evaluatie wordt gepubliceerd zodat de sectoren van elkaars goede voorbeelden kunnen leren.

Leeswijzer

Eerst wordt in hoofdstuk 1 de meerwaarde van onderlinge dienstverlening geschetst zoals gesprekspartners hebben aangegeven. Daarna komen in hoofdstuk 2 verschillende knelpunten van onderlinge dienstverlening aan bod. De beschreven knelpunten en goede voorbeelden worden vervolgens als startpunt genomen voor de in hoofdstuk 3 beschreven suggesties voor de aanpak van knelpunten. Tenslotte zal in hoofdstuk 4 de conclusie worden getrokken uit de resultaten en enkele aanbevelingen worden gedaan.

1. Meerwaarde onderlinge dienstverlening

Uit deze evaluatie komt naar voren dat de prestatie onderlinge dienstverlening van meerwaarde is voor het (transmuraal) organiseren van de zorg. In dit hoofdstuk wordt dit verder toegelicht aan de hand van goede voorbeelden uit de praktijk. De meerwaarde hebben we geclusterd in 3 thema's: kwaliteit van zorg, financieel en contractueel.

Omdat de thema's in verschillende sectoren spelen, hebben we ervoor gekozen om de meerwaarde niet per sector weer te geven, maar in z'n algemeenheid te benoemen. Per thema geven we voorbeelden die wel over een specifieke sector gaan.

1.1 Kwaliteit van zorg

1.1.1 Expertise van buiten de organisatie bij de patiënt betrekken

Onderlinge dienstverlening kan het organiseren van zorg rondom patiënten stimuleren. Bijvoorbeeld door het inzetten van expertise van buiten de organisatie voor handelingen die een organisatie zelf niet kan verrichten. Door contractafspraken die hiervoor tussen organisaties gesloten moeten worden, kan de zorg goed op elkaar afgestemd worden. Organisaties worden hiermee gestimuleerd niet te denken vanuit eigen kaders en kunnen met elkaar zorgen voor een passende invulling van zorg. Dit kan ervoor zorgen dat expertise regionaal benut wordt, waardoor patiënten passende zorg krijgen.

1.1.2. Afspraken maken over initiatieven en experimenten

Tevens kan onderlinge dienstverlening bijdragen aan de kwaliteit van zorg, doordat het mogelijk is voor aanbieders om afspraken te maken over nieuwe initiatieven en experimenten buiten het eigen zorgaanbod.⁴ Dit komt bijvoorbeeld voor bij prehabilitatie, waarbij in het kader van een experiment gewerkt wordt aan een betere preoperatieve conditie voor een zware ingreep (bij colorectale oncologie). De begeleiding bestaat uit een multidisciplinair samengesteld team van onder andere fysiotherapeuten en diëtisten. In het experiment wordt via onderlinge dienstverlening verrekend tussen zorgaanbieders. Het ziekenhuis maakt afspraken met de andere disciplines en declareert aan de zorgverzekeraar. Het voordeel van verrekening via onderlinge dienstverlening ten opzichte van directe declaratie bij de zorgverzekeraar in dit voorbeeld is de directe relatie met de medisch-

⁴ Wanneer het over experimenten gaat, vindt afstemming plaats met zorgverzekeraars/zorgkantoren. Het mag alleen over verzekerde zorg gaan. Hier gaat het Zorginstituut over.

specialistische zorgvraag en de verwijzing/indicatie doordat zorgaanbieders met elkaar afspraken maken over kwaliteit van zorg.

1.1.3. Zorg dichtbij de patiënt organiseren

Ook is het door onderlinge dienstverlening mogelijk om zorg dichtbij patiënten te organiseren. Een voorbeeld hiervan zijn de 'shared care' afspraken tussen ziekenhuizen en (kinder)verpleegkundigen thuis. Onder verantwoordelijkheid van een behandelend (kinder)arts/specialist kan door middel van onderlinge dienstverlening een behandeling door een (kinder)verpleegkundige thuis worden voortgezet in plaats van in het ziekenhuis. Thuiszorgverpleegkundigen kunnen de kosten declareren bij het desbetreffende ziekenhuis. Een ander voorbeeld is de mogelijkheid die onderlinge dienstverlening biedt om als (kinder)verpleegkundige ziekenhuisverplaatste zorg op een andere locatie aan te bieden, bijvoorbeeld op school of een vakantieadres. Het voordeel is dat patiënten ook op andere locaties zorg kunnen blijven ontvangen van een 'bekend gezicht'.

Voorbeeld: Samenwerking in de kinderoncologische zorg

Het Prinses Máxima Centrum (PMC) voor Kinderoncologie is het expertisecentrum voor kinderoncologie in Nederland. In de zorgverlening werkt het PMC samen met het UMC Utrecht en zogeheten 'shared care' ziekenhuizen door heel Nederland. Het PMC is de hoofdbehandelaar voor kinderoncologie. Als een shared care centrum een deel van de behandeling levert, wordt dit via onderlinge dienstverlening met het PMC verrekend. Voor de registratie en uitwisseling van patiëntgegevens tussen de bij de samenwerking betrokken ziekenhuizen wordt gebruik gemaakt van een elektronisch patiëntendossier. Voordelen: gecentreerde expertise, hoge kwaliteit en dichtbij huis waar mogelijk door onderlinge dienstverlening. Daarnaast inzicht in dossiers via gezamenlijk elektronisch patiëntendossier.

1.1.4. Bevorderen van continuïteit van zorg

Onderlinge dienstverlening kan daarnaast continuïteit van zorg stimuleren doordat zorgaanbieders afspraken kunnen maken met verschillende professionals. Door deze afspraken is het bijvoorbeeld mogelijk dat patiënten (langer) thuis kunnen blijven wonen met behoud van regiebehandelaar. Ook is door het inroepen van expertise op basis van onderlinge dienstverlening doorverwijzing niet (altijd) nodig. Een huisarts kan bijvoorbeeld door middel van een meekijkconsult expertise inwinnen van een medisch-specialist. De medisch-specialist brengt het consult in rekening bij de huisarts, waardoor doorverwijzing naar de tweede lijn niet (altijd) nodig is.

1.1.5. Organiseren van een warme overdracht

Een ander voordeel van onderlinge dienstverlening is de mogelijkheid van het verzorgen van een warme overdracht voor een patiënt die overgaat naar een andere organisatie. Het kan wenselijk zijn dat een voormalige organisatie waar een patiënt in zorg is nog een bepaalde periode betrokken blijft in het zorgtraject. Een voorbeeld waarbij een warme overdracht wenselijk is, is bij patiënten die onder behandeling staan voor een bepaalde stoornis en vanwege verergering van het ziektebeeld overgaan naar een andere organisatie. Binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is het niet mogelijk om twee Diagnose Behandel Combinaties (dbc's) open te hebben staan voor een behandeling die valt onder eenzelfde hoofddiagnosegroep. De nieuwe aanbieder kan een dbc openen als de oude aanbieder de dbc voor deze patiënt heeft gesloten. De oude aanbieder kan betrokken blijven als er afspraken zijn gemaakt met de nieuwe aanbieder op basis van onderlinge dienstverlening.

Een ander voorbeeld van een warme overdracht is het tijdelijk blijven leveren van zorg door een thuiszorgaanbieder (de onderaannemer) als een patiënt is opgenomen in een langdurige zorginstelling (de hoofdaannemer). Het doel van de thuiszorgverlener is dan om op korte termijn de instelling bekend te maken met de specifieke zorgvraag van de specifieke patiënt in het kader van een warme overdracht. Bij opname van een patiënt in een ziekenhuis, eerstelijns verblijf, geriatrische revalidatiezorg en een hospice zijn er binnen de bestaande beleidsregels ook andere bekostigingsmogelijkheden voor een warme overdracht.⁵

1.2 Financieel

1.2.1. Duidelijkheid voor patiënten

Onderlinge dienstverlening geeft mogelijke financiële voordelen voor patiënten en duidelijkheid. Er is één financieringsstroom waarbij de hoofdaannemer de prestatie in rekening brengt bij de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. Hierdoor hoeven patiënten voor deze zorg slechts één vorm van eigen bijdrage of eigen risico te betalen, afhankelijk van of declaratie plaatsvindt vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet langdurige zorg (Wlz).

1.2.2. Doelmatigheid van zorg

Onderlinge dienstverlening kan leiden tot doelmatige zorg. Bijvoorbeeld ten opzichte van directe declaratie van prestaties bij de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. Bij onderlinge dienstverlening bestaat minder een productieprikkel voor aanbieders ten opzichte van aparte declaraties. Een productieprikkel is ongewenst als toename van het volume niet leidt tot passende zorg. Daarnaast kan de mogelijkheid van onderlinge dienstverlening leiden tot doelmatige zorg doordat (kleine) aanbieders voor dure apparatuur zoals een MRI-scan gebruik kunnen maken van deze dienst bij een andere zorgaanbieder. Niet elke zorgaanbieder hoeft hierdoor zelf dure dienstverlening of apparatuur in huis te hebben. Een ander voorbeeld van doelmatige zorg door middel van onderlinge dienstverlening is het efficiënt inzetten van zorgpersoneel in een regio voor het leveren van ongeplande nachtzorg. Door afspraken tussen zorgaanbieders te maken over de nachtzorg, hoeft niet elke organisatie apart een volledig dienstrooster voor de nacht in te regelen. Dit zorgt voor efficiënte inzet van zorgpersoneel in een regio.

1.3 Contractueel

1.3.1. Flexibiliteit voor zorgaanbieders

Ook zijn er contractuele voordelen te noemen van onderlinge dienstverlening. Een van de voordelen is de flexibiliteit die onderlinge dienstverlening zorgaanbieders biedt. Een voorbeeld hiervan is dat cliënten meer keuzevrijheid hebben voor dagbesteding. Een woonzorgaanbieder die een gewenste dagbesteding voor een patiënt zelf niet kan bieden, kan afspraken maken met een dagbestedingsorganisatie die deze dagbesteding wel biedt. Als een zorgorganisatie met verschillende dagbestedingsorganisaties contracten heeft gesloten, heeft de patiënt keuze tussen de verschillende (vormen van) dagbestedingen. De flexibiliteit van onderlinge dienstverlening heeft ook het voordeel dat zorgorganisaties flexibel kunnen op- en afschalen bij (langdurige) ziekte of pieken in de zorgvraag door bijvoorbeeld de tijdelijke inhuur van zzp'ers.

1.3.2. Ontzorgen onderaannemers

⁵ <https://www.nza.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/kan-de-wijkverpleegkundige-ook-wijkverpleegkundige-zorg-declareren-terwijl-de-client-nog-in-het-ziekenhuis-of-elv-grz-hospice-verblijft>

Onderlinge dienstverlening kan kleine zorgorganisaties die in onderaannemerschap werken voor grotere zorgorganisaties ontzorgen. Het kan lastig zijn om als kleine zorgorganisatie contracten te sluiten met meerdere zorgverzekeraars en zorgkantoren. Daarnaast is dit ook arbeidsintensief. Een aanbieder van hospicezorg geeft aan dat indien er een goede relatie is met de hoofdaannemer onderlinge dienstverlening een uitkomst is en veel gemak oplevert.

1.3.3. Duidelijkheid en gemak aan zorgkantoren en zorgverzekeraars

Onderlinge dienstverlening geeft tevens duidelijkheid en gemak aan zorgkantoren en zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben namelijk een vast aanspreekpunt: de hoofdaannemer. Met de hoofdaannemer worden afspraken gemaakt en contracten gesloten. Door onderlinge dienstverlening zijn afspraken mogelijk tussen zorgaanbieders, zonder dat daar nieuwe contractafspraken met zorgverzekeraars of zorgkantoren voor gemaakt hoeven te worden. Zo kunnen ziekenhuizen voor medisch-specialistische zorg een dbc declareren bij een zorgverzekeraar, ook als zij een deel van deze zorg niet zelf leveren. Als een deel van de dbc door een andere organisatie wordt geleverd, hoeft deze organisatie daarvoor geen aparte prestatie in rekening te brengen, maar kan deze dienst verrekend worden in de dbc van het andere ziekenhuis op basis van onderlinge dienstverlening. Zorgkantoren en zorgverzekeraars hoeven geen aparte contractafspraken te maken met onderaannemers.

Voorbeeld onderlinge dienstverlening ambulancezorg

De Regionale Ambulance Voorziening (RAV) kan onder de Wet ambulancezorgvoorzieningen onderaannemers inschakelen voor het leveren van ambulancezorg. Voor de ambulancezorg die wordt geleverd door onderaannemers gelden dezelfde kwaliteitseisen als voor ambulancezorg welke wordt geleverd door een RAV. De RAV blijft als hoofdaannemer verantwoordelijk en brengt (afhankelijk van de soort rit) een prestatie met vast tarief in rekening bij de instelling of de zorgverzekeraar. De RAV en onderaannemer zijn vrij om onderling een tariefafpraak te maken voor de te leveren diensten. De onderaannemer moet een prestatie onderlinge dienstverlening in rekening brengen bij de RAV. Dat kan per inzet, of in een bulkafpraak. Voor de onderaannemer gelden dezelfde declaratievoorschriften als voor de RAV. De onderaannemer kan niet zelfstandig declareren.

1.4 Samenvatting meerwaarde

Hieronder wordt de meerwaarde van onderlinge dienstverlening die uit de analyse naar voren is gekomen kort samengevat.

1. De bekostiging van (transmurale) samenwerking middels de prestatie onderlinge dienstverlening kan de kwaliteit van zorg bevorderen door:
 - a. het stimuleren en organiseren van zorg rondom een patiënt;
 - b. de mogelijkheid van het inzetten van externe expertise, initiatieven en experimenten;
 - c. het vastleggen en bevorderen van afstemming van zorg;
 - d. het organiseren van zorg dichtbij (huis, school, vakantieadres);
 - e. het stimuleren van continuïteit van zorg en (langer) thuis blijven wonen;
 - f. het voorkomen van onnodige doorverwijzing;
 - g. de mogelijkheid voor een warme overdracht.

2. De bekostiging van (transmurale)samenwerking middels de prestatie onderlinge dienstverlening kan financiële voordelen hebben door:
 - a. duidelijkheid voor cliënten doordat de prestatie onderlinge dienstverlening uit één financieringsstroom bestaat. Hierdoor hoeven cliënten maar één vorm van eigen betaling/eigen risico te betalen.
 - b. doelmatigheid van zorg

3. De bekostiging van (transmurale)samenwerking middels de prestatie onderlinge dienstverlening kan contractuele voordelen hebben door:
 - a. flexibiliteit voor zorgaanbieders (hoofdaannemer)
 - b. ontzorgen onderaannemers
 - c. duidelijkheid voor zorgkantoren en zorgverzekeraars door afspraken te maken met één hoofdaannemer.

2. Knelpunten onderlinge dienstverlening

In dit hoofdstuk benoemen we de knelpunten van onderlinge dienstverlening. De knelpunten worden geschetst door opgaven waar organisaties mee te maken hebben. Verschillende partijen hebben in deze evaluatie aangegeven dat de prestatie onderlinge dienstverlening in hun eigen sector niet of nauwelijks wordt benut. Enerzijds geven (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders aan dat dit komt omdat directe declaratie bij de zorgverzekeraar of het zorgkantoor mogelijk is. Hierdoor is bekostiging via onderlinge dienstverlening niet nodig. Anderzijds worden verschillende knelpunten van onderlinge dienstverlening genoemd die belemmerend zijn voor het (transmuraal) organiseren van zorg. De knelpunten hebben we onderverdeeld in vier thema's: kwaliteit van zorg, financieel, contractueel en toepassingsvraagstukken. De knelpunten worden achtereenvolgens per thema toegelicht met voorbeelden.

2.1 Kwaliteit van zorg

2.1.1. Ongemak bij contractafspraken

De hoofdaannemer maakt afspraken over kwaliteit van zorg met de zorgverzekeraar of het zorgkantoor en vertaalt dit door naar de onderaannemer(s). Als er verschillen van inzicht bestaan tussen samenwerkende zorgaanbieders, bijvoorbeeld over kwaliteit, inzet van personeel of inzet van (technologische) hulpmiddelen, kan het lastig zijn om tot een overeenstemming te komen die nodig is voor afspraken en verantwoordelijkheden die worden verwacht bij onderlinge dienstverlening. Zo kunnen verschillen in de benadering van de zorgbehoefte bijvoorbeeld leiden tot uiteenlopende meningen rondom de verdere invulling van zorg binnen de indicatie en het toewerken naar zo groot mogelijke zelfredzaamheid in de langdurige zorg. Onderlinge afspraken over de inhoud en financiering van zorg komen door deze verschillen moeilijk tot stand.

2.1.2. Eigen zorgverleners kunnen niet (altijd) worden ingezet

Ook kunnen er andere redenen zijn waardoor onderlinge afspraken tussen zorgaanbieders niet tot stand komen. Een knelpunt dat ouders/naasten en de eigen zorgverleners van patiënten van thuis of een instelling ervaren is dat de eigen zorgverleners niet (altijd) kunnen worden ingezet in het ziekenhuis.⁶ Dit wordt wel als wenselijk ervaren bij de specifieke zorgvraag voor mensen met een (complexe) lichamelijke en/of verstandelijke beperking als ziekenhuizen daar niet volledig in kunnen voorzien. Ziekenhuizen kunnen van inzicht verschillen over de inzet van eerstelijns

⁶ Significant Public (2020) Zorg in ziekenhuis aan mensen met een (complexe) verstandelijke en/of lichamelijke handicap.

zorgverleners in het ziekenhuis. Wanneer een patiënt in het ziekenhuis ligt, is het ziekenhuis namelijk integraal verantwoordelijk voor de zorg. De bekostiging via de reikwijdte van regelgeving van de zorgverlener loopt dan niet door, omdat de zorg wordt bekostigd via de medisch-specialistische zorg regelgeving. Hierdoor is er geen directe vergoeding van de zorgverzekeraar maar verloopt vergoeding via het ziekenhuis. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op mogelijke aanknopingspunten voor de aanpak van dit knelpunt.

2.1.3. Risico's, verantwoordelijkheid en transparantie

Hoofdaannemers zijn eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. Hoewel hierover afspraken worden gemaakt in overeenkomsten met onderaannemers, ervaren zorgaanbieders dat dit risico's met zich mee brengt. De hoofdaannemer moet het vertrouwen hebben dat de onderaannemer de zorg verantwoord en goed levert, want de hoofdaannemer is uiteindelijk aansprakelijk en eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg. Ook voor onderaannemers bestaan er risico's bij onderlinge dienstverlening. Onderaannemers zijn afhankelijk van hoofdaannemers. Onderaannemers moeten er bijvoorbeeld op vertrouwen dat hoofdaannemers goede afspraken maken met zorgverzekeraars of zorgkantoren. Daarnaast zijn onderaannemers afhankelijk van hoofdaannemers dat (betalings-)afspraken tijdig worden nagekomen. Het is voor onderaannemers niet altijd transparant hoe hoofdaannemers afspraken maken met zorgkantoren en/of zorgverzekeraars en hoeveel van het tarief mogelijk bij de hoofdaannemer blijft hangen. Dit maakt onderaannemers kwetsbaar. Een voorwaarde voor contractering is daarom vaak dat er sprake moet zijn van een goede relatie, transparantie en onderling vertrouwen.

2.2 Financieel

2.2.1. Onenigheid bij onderhandeling vrije tarieven

Onderlinge dienstverlening kent een vrij tarief. Voor de specifieke regels van onderlinge dienstverlening per sector verwijzen we naar bijlage 1 van dit rapport. Algemeen geldt dat het tarief tot stand komt door afspraken tussen de hoofdaannemer en de onderaannemer. De hoofd- en onderaannemer komen niet altijd tot overeenstemming over het tarief. Hoofdaannemers contracteren onderaannemers vaak op eenzelfde manier zoals zorgverzekeraars of zorgkantoren de hoofdaannemer contracteren. Onderlinge dienstverlening kent als nadeel dat zowel hoofdaannemers als onderaannemers moeten administreren. De hoofdaannemer kan een (te) laag tarief hanteren voor onderaannemers waardoor tariefafspraken niet tot stand komen.

Ook kan het voorkomen dat hoofd- en onderaannemers niet tot overeenstemming komen over het tarief als er schaarste is in de dienstverlening van een onderaannemer. Een voorbeeld hiervan is de dienstverlening van psychiaters. Door de personeelstekorten in de ggz zijn instellingen aangewezen op de inhuur van zzp-psychiaters. Door deze schaarste aan psychiaters kunnen psychiaters hoge tarieven in rekening brengen bij een hoofdaannemer zoals een ggz-instelling die zelf geen psychiater in dienst heeft. In hoofdstuk 3 gaan we in op de oplossing voor dit knelpunt.

2.2.2. Financiële prikkels

Er bestaan financiële prikkels die ertoe leiden dat eerder wordt gekozen voor directe declaratie bij zorgkantoren of zorgverzekeraars in plaats van onderlinge afspraken tussen zorgaanbieders. Directe declaraties bij de zorgverzekeraars leveren doorgaans meer op dan de afspraken die tot stand komen op basis van onderlinge dienstverlening.

Het uitbesteden van zorg kan leiden tot meerkosten, terwijl de inkomsten voor hoofdaannemers niet omhoog gaan. Een voorbeeld hiervan is in de kindzorg waarbij de inzet van externe

professionals de kwaliteit van zorg zou verhogen, maar dit leidt tot hogere kosten. Zorgaanbieders kunnen hierdoor een financiële prikkel ervaren om zorg niet uit te besteden, ook al kan dit wel leiden tot betere kwaliteit van zorg.

2.2.3. BTW-heffing in specifieke situaties

Een ander financieel knelpunt bij onderlinge dienstverlening kan de eventuele BTW-heffing zijn. Dit geldt echter alleen in specifieke situaties waarin zorgaanbieders niet vrijgesteld zijn van BTW-afdracht. Dit knelpunt werd ervaren door pedicures in het contracteren van diabetische voetzorg. Pedicures zijn de onderaannemer van een zorggroep of van een podotherapeut. Pedicures hielden daardoor een lage vergoeding over voor de geleverde voetzorg en pedicures wilden door de lage vergoeding mogelijk geen diabetes patiënten meer behandelen. Het Gerechtshof Arnhem heeft op 31 maart 2020 bevestigd dat medisch pedicures de btw-vrijstelling voor medische diensten kunnen toepassen. Het knelpunt van BTW-heffing is daarmee voor de medische pedicures weggenomen.

2.3 Contractueel

2.3.1. Administratieve lasten

De contracten die gesloten moeten worden voor onderlinge dienstverlening leveren voor zowel hoofdaannemers als onderaannemers administratieve lasten op. De hoofdaannemer moet aparte overeenkomsten sluiten met onderaannemers waarin de afgesproken verantwoordelijkheden, doelen, termijnen, declaratiewijze en tarieven opgenomen zijn. Zeker bij kleine contracten die gesloten moeten worden met een groot aantal onderaannemers is dit onwenselijk. Een voorbeeld hiervan is het experiment van de Wijkkliniek. Dit gaat over medisch-specialistische zorg in een VVT-instelling voor geriatrische patiënten na presentatie op de SEH. Onderlinge dienstverlening is hierbij lastig omdat er veel verwijzende ziekenhuizen zijn in de regio Amsterdam en het om een beperkt aantal patiënten gaat, waarbij de Wlz-instelling met alle ziekenhuizen een afspraak zou moeten maken. Directe declaratie bij de zorgverzekeraar levert in dit voorbeeld minder administratieve lasten voor de instelling op.

2.3.2. Verschillende communicatiestromen

Een ander knelpunt bij de contractering van onderlinge dienstverlening is de verschillende communicatiestromen tussen zorgaanbieders. Enerzijds vindt afstemming tussen zorgprofessionals plaats over de kwaliteit van zorg voor de patiënt. Anderzijds worden afspraken gemaakt over de randvoorwaarden van onderlinge dienstverlening op bestuurs- en/of organisatieniveau. Deze twee communicatiestromen zijn niet altijd op elkaar afgestemd, waardoor de noodzaak tot bekostiging via onderlinge dienstverlening niet altijd bekend is op de plek waar de randvoorwaarden worden gecreeërd. De contractafspraken die nodig zijn voor het goed inrichten van de transmurale zorg via onderlinge dienstverlening kunnen hierdoor soms niet (goed) tot stand komen. Een voorbeeld hiervan is het geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde voor patiënten op de spoedeisende hulp als deze voor verwijzing naar behandeling in de geriatrische revalidatiezorg in aanmerking komt.

2.3.3. Voorwaarden van zorgkantoren of zorgverzekeraars

Zorgkantoren en zorgverzekeraars hebben minder zicht op onderaannemers, doordat onderlinge dienstverlening een afspraak is tussen aanbieders. Zorgkantoren en zorgverzekeraars kunnen voorwaarden hanteren voor onderlinge dienstverlening. Verschillende zorgaanbieders merken door deze voorwaarden dat zorgverzekeraars en zorgkantoren terughoudend kunnen zijn bij de contractering. Als voorwaarde kunnen zorgkantoren bijvoorbeeld opnemen dat verleende zorg in onderaanneming vooraf gemeld moet worden bij het zorgkantoor. Daarnaast kan het zorgkantoor

een richtlijn hanteren voor het aandeel van de zorg dat zorgaanbieders van de verwachte gecontracteerde zorg zelf leveren. Bijvoorbeeld dat zorgaanbieders tenminste 2/3 van de verwachte gecontracteerde zorg zelf leveren. Op basis van de aangeleverde informatie heeft het zorgkantoor het recht om onderaannemers te weigeren. Het zorgkantoor kan ook aanvullende voorwaarden opnemen voor het verbod op het leveren van bepaalde diensten in onderaannemerschap. Bijvoorbeeld: aanvullend geldt dat het niet is toegestaan om een intramuraal of VPT pakket volledig door een onderaannemer te laten leveren, anders dan met toestemming van het zorgkantoor. De voorwaarden werken drempelverhogend om in trajecten de samenwerking op te zoeken op basis van onderlinge dienstverlening.

2.3.4. Terughoudendheid in contractering onderaannemers

Verschillende zorgaanbieders merken een drempel voor samenwerking met hoofdaannemers op basis van onderlinge dienstverlening. Een voorbeeld van een sector waar terughoudendheid is bij het sluiten van onderlinge contracten, is in de paramedische zorg. Er zijn heel veel aanbieders van paramedische zorg (fysio-, oefen-, ergotherapie, logopedie en diëtetiek). Paramedici ervaren dat het maken van afspraken met (grote) ziekenhuizen lastig kan zijn. Ziekenhuizen kunnen van inzicht verschillen over de inzet van eerstelijns paramedici in het ziekenhuis. Redenen voor ziekenhuizen om niet buiten het ziekenhuis of dichtbij patiënten thuis te contracteren kunnen zijn dat ziekenhuizen de paramedische zorg of specifieke vaardigheden zelf hebben. Ziekenhuizen ervaren dan ook weinig tot geen knelpunten op dit punt.

Terughoudendheid in contractering van onderaannemers wordt ook gemerkt in de wijkverpleging en de Wlz. Onderlinge dienstverlening vraagt om afspraken op managementniveau. Hiervoor is het nodig dat het mogelijk is om vooruit te plannen. Dit matcht niet altijd (goed) met de praktijksituaties waarin bijvoorbeeld specialisten oudergeneeskunden zich bevinden. Voor adhoc situaties waarin acuut expertise van buitenaf nodig is, wordt onderlinge dienstverlening vaak niet als oplossing gezien. Dit komt doordat er bij adhoc situaties vaak geen onderliggende afspraken ten grondslag liggen en daarmee geen vergoeding tegenover staat. Specialist oudergeneeskunde (of andere professionals) lopen het risico met onderlinge dienstverlening dat geleverde zorg niet wordt vergoed.

Reden voor terughoudend bij onderlinge dienstverlening is dat zorglevering in onderaanneming een toezichtsprobleem kan opleveren. Aanleiding hiervoor is dat de hoofdaannemer de zorgaanbieder is in de zin van de Wmg. De hoofdaannemer is de declarerende partij bij de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. Onderaannemers zijn hierdoor niet (goed) zichtbaar in data-analyses. Als de onderaannemer iets niet goed doet en de hoofdaannemer grijpt niet/te laat in, dan kan een eventuele sanctie opgelegd worden aan de hoofdaannemer. De hoofdaannemer is immers eindverantwoordelijk. De onderaannemer kan hierdoor niet direct aangepakt worden.

2.4 Toepassingsvraagstukken

2.4.1. Onduidelijkheid toepassing onderlinge dienstverlening

Het is niet altijd duidelijk wat onder onderlinge dienstverlening wordt verstaan en wanneer onderlinge dienstverlening van toepassing is. Deze onduidelijkheid bestaat met name in de medisch-specialistische zorg. Hierbij is het niet altijd duidelijk wanneer het hoofdbehandelaarschap echt wordt overgedragen. Als het hoofdbehandelaarschap wordt overgedragen is er namelijk geen sprake (meer) van onderlinge dienstverlening.

2.4.2. Onduidelijkheid afbakening onderlinge dienstverlening

Ook afbakeningsvraagstukken kunnen belemmerend zijn bij (bekostiging van) onderlinge dienstverlening. Dit speelt bijvoorbeeld in de paramedische zorg. Als een eerstelijns paramedische aanbieder de zorg levert, wordt de zorg in de praktijk bijna altijd gezien als eerstelijns paramedische zorg en niet als medisch specialistische zorg. Hoewel hier in theorie geen strikte scheiding in gemaakt wordt door de mogelijkheid van onderlinge dienstverlening, zie je in de praktijk doorgaans wel een strikte scheiding. Het is lastig te bepalen wanneer een paramedische behandeling van de tweede lijn (ook Wlz-instellingen) naar de eerste lijn gaat. Het is daarmee lastig te bepalen of een geleverde dienst op basis van onderlinge dienstverlening plaats moet vinden, of dat het om twee losse zorgtrajecten gaat.

2.5 Samenvatting knelpunten

De inzet van onderlinge dienstverlening kan complex zijn. Een korte samenvatting van de knelpunten die (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders in deze evaluatie noemen:

1. Door verschillende opvattingen tussen zorgaanbieders is het lastig om tot overeenstemming te komen die nodig is voor onderlinge dienstverlening.
2. Door het ontbreken van onderliggende afspraken kunnen eigen zorgverleners niet (altijd) worden ingezet in het ziekenhuis.
3. Door de constructie hoofd- en onderaannemerschap bij onderlinge dienstverlening ligt het risico en de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg bij de hoofdaannemer.
4. Onderaannemers zijn bij onderlinge dienstverlening afhankelijk van hoofdaannemers.
5. Doordat onderlinge dienstverlening een vrij tarief kent, kunnen zorgaanbieders onderhandelen over het tarief. Deze onderhandeling leidt niet altijd tot overeenstemming of tevredenheid.
6. Het vastleggen en monitoren van afspraken voor onderlinge dienstverlening brengt administratieve lasten met zich mee.
7. Door verschillende communicatiestromen tussen zorgaanbieders is de noodzaak voor bekostiging via onderlinge dienstverlening niet altijd bekend op het niveau waar de randvoorwaarden worden afgesproken. Hierdoor komen contractafspraken die nodig zijn voor onderlinge dienstverlening niet (altijd) tot stand.
8. Onderlinge dienstverlening kan een toezichtsprobleem opleveren.
9. De voorwaarden van zorgverzekeraars en zorgkantoren voor onderlinge dienstverlening leidt tot terughoudendheid van hoofdaannemers voor het maken van afspraken met onderaannemers.
10. Zowel hoofd- als onderaannemers lopen het risico dat zorg niet wordt vergoed door ontbreken van onderliggende contractafspraken.
11. Het is niet altijd duidelijk wat onder onderlinge dienstverlening wordt verstaan en wanneer onderlinge dienstverlening van toepassing is.

De genoemde knelpunten dienen als uitgangspunt voor de in het volgende hoofdstuk beschreven aanknopingspunten.

3. Mogelijke aanknopingspunten aanpak knelpunten

In dit hoofdstuk worden suggesties gegeven voor de aanpak van verschillende knelpunten van onderlinge dienstverlening. Met de opbrengsten uit deze evaluatie kunnen verdere stappen gezet worden om het transmuraal organiseren van de zorg via onderlinge dienstverlening te verbeteren.

Suggestie 1: benut bestaande mogelijkheden voor een warme overdracht en het (transmuraal) organiseren van de zorg rondom een patiënt

De prestatie onderlinge dienstverlening leent zich ervoor om zorgverleners van de ene organisatie te betrekken bij de zorgverlening in een andere organisatie. Ook is het mogelijk om met onderlinge dienstverlening een warme overdracht te verzorgen. Uit de evaluatie kwam naar voren dat dit niet altijd gebeurt, terwijl dit wel van meerwaarde kan zijn voor de patiënt. We vragen/roepen op zorgaanbieders afspraken te maken in de regio over een warme overdracht en het transmuraal organiseren van de zorg, eventueel door gebruik te maken van de prestatie onderlinge dienstverlening waar dit passend is.

Naast het inzetten van de prestatie onderlinge dienstverlening voor een warme overdracht, bieden de beleidsregels in de langdurige zorg ruimte om als zorgverlener tijdelijk betrokken te blijven bij bijvoorbeeld een ziekenhuisopname van de patiënt. Dit komt doordat de zzp of het vpt in de Wlz bij afwezigheid tot 91 dagen wordt bekostigd.⁷

Dit is ook mogelijk in de wijkverpleging. De wijkverpleegkundige kan zorg declareren terwijl de patiënt nog in het ziekenhuis (of eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg, hospice) verblijft.⁸ Dit is mogelijk zolang er sprake is van directe zorgverlening gericht op cliëntgebonden afstemming, indicatiestelling en (warme) overdracht bij ontslag of opname van de patiënt terwijl de patiënt nog elders verblijft. Reguliere verpleging gedurende het verblijf valt onder de bekostiging voor verblijf.

Door de beschreven mogelijkheden binnen de huidige bekostiging te benutten, kan in verschillende situaties een warme overdracht tussen zorgaanbieders plaatsvinden en de zorg (transmuraal) rondom een patiënt worden georganiseerd.

⁷ NZa - Factsheet aan- en afwezigheid in de langdurige zorg

⁸ <https://www.nza.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/kan-de-wijkverpleegkundige-ook-wijkverpleegkundige-zorg-declareren-terwijl-de-client-nog-in-het-ziekenhuis-of-elv-grz-hospice-verblijft>

De NZa ziet hier voor zichzelf een rol weggelegd in de informatieverstrekking van de bestaande mogelijkheden en het delen van goede voorbeelden. Daarom zal naar aanleiding van deze evaluatie een informatiekaart worden gemaakt om patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren te informeren over de huidige mogelijkheden van het (transmuraal) organiseren van zorg via onderlinge dienstverlening.

Suggestie 2: Goed bestuur en professionele bedrijfsvoering bij onderlinge dienstverlening

Om het knelpunt aan te pakken dat contractafspraken voor onderlinge dienstverlening niet (goed) tot stand komen, is het van belang dat zorgaanbieders onderling tijdig afspraken maken over de benodigde zorg voor hun patiënten. Proactieve zorgplanning is hiervan een goed voorbeeld.

Daarnaast roepen we zorgaanbieders op tot goed bestuur en professionele bedrijfsvoering. Ook bij afspraken tussen hoofd- en onderaannemer(s) over onderlinge dienstverlening. Juist omdat er bij onderlinge dienstverlening sprake is van wederzijdse afhankelijkheid doordat er afspraken worden gemaakt tussen een hoofd- en onderaannemer. Dit kan machtsongelijkheid opleveren. Goed bestuur en professionele bedrijfsvoering is nodig om afspraken via onderlinge dienstverlening goed en eerlijk in te richten met de beste uitkomst voor de patiënt.

Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en interne en externe toezichthouders hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de zorg goed, veilig, betaalbaar en beschikbaar te houden. De NZa heeft hierbij een taak om belemmeringen voor levering van gepaste zorg over sectoren heen weg te nemen. Om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, willen we dat zorggeld besteed wordt aan passende zorg. Goed bestuur en een professionele bedrijfsvoering kunnen hieraan bijdragen. Bij een professionele bedrijfsvoering zijn de processen op orde en kunnen we er op vertrouwen dat de zorgaanbieder passende zorg levert en deze correct declareert. Een goed en integer bestuur is een randvoorwaarde. Daarom stimuleren en faciliteren wij zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgkantoren en het CAK om hier werk van te maken.

Zo heeft de NZa onder andere samen met de IGJ recent het Kader Goed Bestuur aangescherpt dat handvatten biedt voor zorginstellingen die willen professionaliseren. NZa en IGJ willen zorgaanbieders hierbij faciliteren en stimuleren en bieden interne toezichthouders handvatten om zich te spiegelen en te blijven ontwikkelen. Deze handvatten zijn gebaseerd op adviezen, veldnormen en wetgeving, zoals de Governancecode zorg en de Wkkgz.⁹

Suggestie 3: aansluiten op ontwikkelingen rondom eenduidige registratie en declaratie voor (onderlinge) dienstverlening

Een knelpunt dat in de evaluatie naar voren kwam, is dat het vastleggen en monitoren van afspraken voor onderlinge dienstverlening administratieve lasten met zich meebrengt. Een tweetal ontwikkelingen in de zorg kunnen bijdragen aan de aanpak van deze knelpunten:

❖ Declaratiestandaard onderlinge dienstverlening

Vektis ontwikkelt op dit moment een declaratiestandaard voor onderlinge dienstverlening in de medisch-specialistische zorg. Een declaratiestandaard kan knelpunten weghalen voor administratieve lasten zoals (dubbele)registratie, door te werken in met één generiek

⁹ <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2020/07/03/igj-en-nza-goed-bestuur-vraagt-om-actieve-rol-raad-van-toezicht>

registratiesysteem. Uitgangspunt van de tool is om een declaratiestandaard te ontwikkelen tussen ziekenhuizen voor het uitwisselen van informatie aan de hand van een uniform sjabloon. Deze declaratietool voor onderlinge dienstverlening is nog in ontwikkeling.

❖ *Gebruik maken van standaardcontracten voor onderlinge dienstverlening*

Standaardcontracten kunnen de administratieve lasten rondom het opstellen van overeenkomsten voor onderlinge dienstverlening wegnemen. Het initiatief voor het opstellen van deze overeenkomsten ligt bij brancheverenigingen en zorgaanbieders zelf. Een voorbeeld is de 'Overeenkomst samenwerking regierol'.¹⁰

Suggestie 4: leren van goede initiatieven, experimenten en andere manieren van bekostigen voor het (transmuraal) organiseren van de zorg

De prestatie onderlinge dienstverlening is niet altijd geschikt voor het bekostigen van transmurale zorg. Bij onderlinge dienstverlening gaat het altijd om een hoofdaannemer en onderaannemer(s) die tot afspraken moeten komen. Wanneer samenwerking geen onderdeel is van een prestatie en gelijkwaardig naast elkaar rondom de patiënt wordt vormgegeven, lijkt de prestatie onderlinge dienstverlening een minder passende oplossingsrichting voor de bekostiging van de transmurale zorg. Er zijn verschillende andere mogelijkheden om de zorg transmuraal rondom patiënten te organiseren en te bekostigen, die beter kunnen aansluiten op de praktijksituatie. Inmiddels is er veel ruimte in de bekostiging om maatwerkafspraken te maken. Door te leren van goede initiatieven, experimenten en bestaande manieren van het bekostigen kan het transmuraal organiseren van de zorg worden verbeterd. De NZa blijft daarom goede voorbeelden delen en gaat in gesprek met organisaties die samenwerken om de zorg rondom de patiënt of voor de burger te organiseren. Zo kunnen we meedenken over de huidige mogelijkheden in de bekostiging waarbij onderlinge dienstverlening één van de opties kan zijn.

Hieronder worden voorbeelden en mogelijkheden toegelicht die de NZa biedt om de zorg rondom de patiënt te organiseren en te bekostigen.

❖ *Experiment wijkverpleging*

Binnen de wijkverpleging wordt toegewerkt naar een bekostiging die meer ruimte biedt voor het organiseren van zorg rond de cliënt, samenwerking binnen de wijkverpleging en zorg over de domeinen heen. Om zorgaanbieders en zorgverzekeraars naar deze nieuwe manier van bekostigen toe te laten groeien, wordt gestart met een experiment.¹¹

❖ *Facultatieve prestatie msz*

Vanaf 2021 is er een aanvullende mogelijkheid om medisch-specialistische zorg anders te organiseren en te bekostigen; de zogenoemde facultatieve prestatie.¹² Met de facultatieve prestatie kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over (nieuwe) initiatieven die niet te bekostigen zijn met de reguliere dbc's.

❖ *Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO)*

¹⁰ <https://www.informatielangdurigezorg.nl/binaries/informatielangdurigezorg/documenten/publicaties/2020/ggz-naar-wlz/publicaties/behandeling-voor-wlz-clinten-met-een-grondslag-psychische-stoornis/behandeling-voor-wlz-clinten-met-een-grondslag-psychische-stoornis.pdf>

¹¹ Advies NZa bekostiging wijkverpleging 2022

¹² https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_604022_22/1/

Een ander voorbeeld waarin de patiënt centraal wordt gesteld is de integrale geboortezorg. In een aantal regio's maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken over integrale bekostiging van geboortezorg. Het doel is een betere samenwerking en verhoogde kwaliteit van zorg doordat de zwangere vrouw en haar ongeboren kind centraal worden gesteld. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen integraal afspraken maken over de bekostiging van de geboortezorg. In de praktijk betekent dit dat de zorgverzekeraar met een contracterende zorgaanbieder een contract afsluit voor de geboortezorg op basis van integrale prestaties. Deze contracterende zorgaanbieder wordt een Integrale Geboortezorg Organisatie genoemd, een IGO. De regio's die tot nu toe met de '*Experiment beleidsregel integrale geboortezorg (BR/REG - 18150)*' werken, organiseren zich via twee verschillende rechtsvormen. De meest bekende is de coöperatie. Daarnaast kan een IGO ook een andere organisatievorm inrichten, zoals via onderaannemerschap of met zorgprofessionals in loondienst. Een IGO kan zorgprofessionals ondersteunen met het optimaal inrichten van de zorg voor de regio. Meer informatie staat op <https://www.nza.nl/zorgsectoren/geboortezorg/geboortezorg>.

❖ *Bekostiging onderlinge dienstverlening in de geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg vanaf 2022*

Vanaf 2022 geldt in de geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg een nieuwe bekostiging, het Zorgprestatiemodel.¹³ Voor de prestatie 'onderlinge dienstverlening' in het Zorgprestatiemodel is afgesproken dat deze alleen gebruikt kan worden als er geen reguliere prestatie van toepassing is die voor het onderling verrekenen van zorg gebruikt kan worden. Wanneer de zorg die wordt geleverd wel in rekening kan worden gebracht op basis van een reguliere prestatie, dan moet deze prestatie dus ook worden gebruikt. Dan zijn ook het maximumtarief en de eventuele overige voorwaarden die in de prestatie zijn omschreven van toepassing. Het voordeel hiervan is dat er geen hogere tarieven gevraagd kunnen worden dan het maximum tarief voor dienstverlening waarvoor een reguliere prestatie is.

Van deze ontwikkeling kunnen we mogelijk lering trekken voor knelpunten rondom de tariefafspraken bij onderlinge dienstverlening in andere sectoren. In soortgelijke situaties waarin de tariefonderhandelingen niet of nauwelijks naar tevredenheid van een of beide zorgaanbieders tot stand komen, kan het hanteren van de NZa-maximumtarieven voor zorgverlening in onderlinge dienstverlening waarvoor een reguliere prestatie bestaat mogelijk een oplossing bieden.

❖ *Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten*

Met deze regeling kunnen zorgaanbieders samen met zorgverzekeraars of zorgkantoren drie jaar lang kleinschalig experimenteren met zorg die onder de Zorgverzekeringswet of Wet langdurige zorg valt.¹⁴ Deze experimenten worden buiten de bestaande regels om gefinancierd, en komen in aanmerking voor een structurele bekostiging als het experiment positieve resultaten laat zien.

Een experiment kan verschillende doelen hebben:

- Nieuwe of vernieuwde zorg leveren met een betere prijs-kwaliteitsverhouding;
- De zorg efficiënter organiseren, bijvoorbeeld door tweedelijnsgezondheidszorg te vervangen door eerstelijnsgezondheidszorg;
- De kwaliteit van zorg voor de patiënt verbeteren.

¹³ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_637522_22/1/

¹⁴ Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten - BR/REG-19158

❖ *Beloning op maat*¹⁵

Deze prestatie biedt zorgverzekeraars en zorgaanbieders een grote mate van ruimte om aanvullende afspraken te maken over het belonen van innovatie, kwaliteit en de uitkomsten van zorg of naar de bediende populatie van de zorgaanbieder. Voorbeelden hiervan zijn:

1. Een beloning omdat zorg wordt verleend aan een relatief zware patiëntenpopulatie
2. Het inzetten van een bepaalde innovatie
3. Het behalen van bepaalde uitkomsten

De prestatie heeft een vrij tarief, maar kan alleen gedeclareerd worden als er een overeenkomst bestaat tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar van de patiënt.

❖ *Domeinoverstijgende betaaltitel Zvw-Wlz*

Tot mei 2021 heeft de NZa een openbare consultatie gedaan voor een sector-overstijgende betaaltitel Zvw-Wlz. De sector-overstijgende betaaltitel beoogt meer ruimte te bieden voor samenwerking en het samen leveren van de zorg aan partijen over schotten van de sectoren en over lijnen van de verschillende wettelijke domeinen. Daarnaast kan het zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren meer flexibiliteit en initiatief geven, wat naar verwachting leidt tot betere zorg voor de patiënt. De NZa wil op basis van de uitkomsten van de consultatie het ministerie van VWS adviseren over een concreet voorstel om sector-overstijgende bekostiging mogelijk te maken.

Bovenstaande mogelijkheden staan benoemd in de informatiekaart 'Transmuraal samenwerken' van de NZa. Deze informatiekaart wordt jaarlijks geüpdate en aangepast aan de wijzigingen in de beleidsregels. Naar aanleiding van deze evaluatie zal de informatiekaart uitgebreid worden met de opgedane inzichten en voorbeelden.

Naast de huidige mogelijkheden voor transmuraal samenwerken liggen in de beweging naar passende zorg ook aanknopingspunten voor het anders organiseren en anders bekostigen van (transmurale) zorg. Om passende zorg transmuraal rondom de patiënt te organiseren, is een integrale benadering van de zorg nodig. Passende zorg is zorg die samen met de patiënt tot stand komt en betekent de juiste zorg op de juiste plek.¹⁶ Passende zorg ontstaat door de zorgvraag als uitgangspunt te nemen en het aanbod en de bekostiging van zorg in samenhang met elkaar te organiseren. In het actieplan 'Samenwerken aan passende zorg' wordt zorgaanbieders gevraagd te contracteren volgens de principes van passende zorg. Onderlinge dienstverlening is daarbij één van de middelen om in te kunnen zetten.

¹⁵ Beleidsregel verpleging en verzorging – BR/REG-20109

¹⁶ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_624559_22/1/

4. Conclusie

De hoofdvraag die in deze conclusie wordt beantwoord is:

In hoeverre is de bekostiging van onderlinge dienstverlening daadwerkelijk een oplossing die zorgaanbieders helpt in het transmuraal organiseren van de palliatieve zorg?

De evaluatie laat zien dat onderlinge dienstverlening van meerwaarde is. Het helpt enerzijds in verschillende sectoren om zorg rondom te patiënt te kunnen organiseren (prehabilitatie). Anderzijds zien we voorbeelden waarbij de beschikbaarheid van specifieke kennis en/of kunde via onderlinge dienstverlening regionaal of dichtbij patiënten wordt georganiseerd. Denk aan het Prinses Máxima Centrum waarbij een deel van de kinderoncologische zorg door een shared care centrum in de buurt of zelfs thuis bij een ziek kind geleverd kan worden.

Geconcludeerd kan worden dat het heel verschillend is hoe en in welke mate bekostiging van (transmurale) samenwerking middels onderlinge dienstverlening in verschillende sectoren wordt toegepast. Het beeld dat uit de evaluatie naar voren komt is dat onderlinge dienstverlening helpend kan zijn in het transmuraal organiseren van zorg. In de evaluatie komt naar voren dat bekostiging van (transmurale) samenwerking middels de prestatie onderlinge dienstverlening meerwaarde kan hebben voor de kwaliteit van zorg. Daarnaast kan onderlinge dienstverlening ook financiële en contractuele voordelen hebben.

Echter, verschillende knelpunten leiden ertoe dat in sommige sectoren niet of nauwelijks gebruik wordt gemaakt van onderlinge dienstverlening. Niet in alle zorgsectoren heeft dit geleid tot problemen in het organiseren van transmurale samenwerking. Het gebruik van de prestatie onderlinge dienstverlening kan complex zijn. Knelpunten die in de evaluatie genoemd worden hebben betrekking op het maken van afspraken over de kwaliteit van zorg, financiën en contracten. Ook kunnen toepassingsvraagstukken belemmerend zijn bij (bekostiging van) onderlinge dienstverlening.

Naast onderlinge dienstverlening zijn er nog verschillende andere mogelijkheden voor het transmuraal organiseren van de zorg. De vraag is dan ook of onderlinge dienstverlening in alle situaties nodig is. In welke situaties is onderlinge dienstverlening wenselijk en in welke situaties niet? In de beschreven goede voorbeelden uit een bepaalde sector liggen mogelijke aanknopingspunten voor knelpunten uit een andere sector. Aanbevolen wordt om de mogelijkheden binnen de huidige bekostiging voor transmurale zorg te benutten. We stimuleren goed bestuur en professionele bedrijfsvoering. Ook geven we de suggestie om aan te sluiten op

ontwikkelingen om administratieve lasten terug te dringen. Ten slotte adviseren we zorgaanbieders en –verzekeraars om te leren van goede initiatieven, experimenten en andere manieren van bekostigen van transmurale zorg. Hierdoor kan het transmuraal organiseren van de zorg worden verbeterd.

Vanuit de NZa gaan we een informatiekaart opstellen waarin we de mogelijkheden van onderlinge dienstverlening beschrijven; geïllustreerd met goede voorbeelden om van te leren.

Bijlage 1 Situatieschets per sector

Onderlinge dienstverlening vindt plaats in verschillende zorgsectoren. Achtereenvolgens wordt per sector de situatie en toepassing van onderlinge dienstverlening geschetst.

Wijkverpleging

De definitie van onderlinge dienstverlening in de verpleging en verzorging vanuit de Zvw is:

De levering van een (deel)prestatie of van een geheel van prestaties op het gebied van de zorg als bedoeld in artikel 1 Wmg door een zorgaanbieder in opdracht van een andere zorgaanbieder op het gebied van verpleging en verzorging. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'.

Voor onderlinge dienstverlening geldt de prestatie onderlinge dienstverlening¹⁷. Hiervoor geldt een vrij tarief. Indien sprake is van onderlinge dienstverlening dient de zorgaanbieder die de (deel)prestatie levert deze uitsluitend in rekening te brengen aan de opdrachtgevende zorgaanbieder. De opdrachtgevende zorgaanbieder declareert de prestatie bij de zorgverzekeraar.

Vanaf 2022 wordt de definitie van onderlinge dienstverlening in de verpleging en verzorging vanuit de Zvw in de beleidsregels als volgt gewijzigd:

De levering van (onderdelen van) de prestaties op het gebied van verpleging en verzorging door een zorgaanbieder in opdracht van een andere zorgaanbieder. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'.

De uitvoerende zorgaanbieder heeft de mogelijkheid om (onderdelen van) de prestaties op het gebied van verpleging en verzorging in opdracht van de opdrachtgevende zorgverlener via onderlinge dienstverlening in rekening te brengen aan de opdrachtgevende zorgaanbieder.

¹⁷ Beleidsregel verpleging en verzorging BR/REG-20109

Geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg

De huidige bekostiging in de geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg is nu nog in drie delen vormgegeven: generalistische basis-ggz, specialistische ggz en forensische zorg. Onderlinge dienstverlening is in alle drie de (deel)sectoren opgenomen in de beleidsregels. Om aan te sluiten bij de verschillende bekostigingssystematieken gelden voor onderlinge dienstverlening net iets andere definities. Hieronder worden deze kort toegelicht.

Geestelijke gezondheidszorg

In de generalistische basis-ggz wordt met onderlinge dienstverlening bedoeld:

*'zorg als bedoeld in artikel 1 van de Wmg, die door een zorgaanbieder wordt verleend als onderdeel van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie op het gebied van de generalistische basis-ggz. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'.*¹⁸

In geval van onderlinge dienstverlening brengt de uitvoerende zorgaanbieder de uitgevoerde behandelcomponent, bijvoorbeeld specialistische behandeling en/of consultatie, in rekening bij de opdrachtgevende zorgaanbieder. Voor onderlinge dienstverlening geldt een vrij tarief.

In de gespecialiseerde ggz wordt de volgende definitie gehanteerd van onderlinge dienstverlening: *'Onderlinge dienstverlening is een (deel)prestatie die een zorgaanbieder levert als onderdeel van door een andere zorgaanbieder te verlenen zorg als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder b van de Wmg op het gebied van gespecialiseerde ggz. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'.*¹⁹

Voor onderlinge dienstverlening geldt de prestatiebeschrijving 'onderlinge dienstverlening'. Hiervoor geldt een vrij tarief.²⁰

Voor patiënten die zijn aangewezen op een zzp-ggz met dagbesteding is de component dagbesteding een onlosmakelijk onderdeel van het zzp-ggz. Dagbesteding kan niet apart worden afgesproken. Om toch dagbesteding door een ander te laten verzorgen, kan de zorgaanbieder gebruik maken van onderlinge dienstverlening.

Forensische zorg

Onderlinge dienstverlening is forensische zorg zoals bedoeld in de beleidsregel forensische zorg, die een zorgaanbieder verleent als onderdeel van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie. De eerstgenoemde zorgaanbieder duidt de NZa als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder duidt de NZa als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'.²¹

In enkele gevallen kan het voorkomen dat er een zzp of extramurale parameter is geopend en er in het kader van onderlinge dienstverlening gebruik wordt gemaakt van dbbc-zorg. Als onderlinge dienstverlening echter plaats vindt in het kader van een zzp, heeft dit enkel betrekking op zzp-

¹⁸ Regeling generalistische basis-ggz – NR/REG-2114

¹⁹ Beleidsregel prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg –BR/REG-21134

²⁰ als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onderdeel a, van de Wmg

²¹ Beleidsregel prestaties en tarieven forensische zorg BR-REG-21135

zorg. Hetzelfde geldt voor dbbc's en extramurale parameters. Het is dus niet toegestaan om voor onderlinge dienstverlening in het kader van een zzp, prestaties en tarieven ten aanzien van een extramurale parameter of dbbc-zorg in rekening te brengen. Dit geldt ook andersom voor de dbbc's of extramurale parameters. Voor zorg die in het kader van de prestatiebeschrijving 'onderlinge dienstverlening' wordt verleend, geldt een vrij tarief.²²

Geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg vanaf 2022

In 2022 gaan zowel de ggz als fz over op het zorgprestatie-model. Ook binnen het zorgprestatie-model is het mogelijk om onderling kosten te verrekenen voor zorg die in opdracht is geleverd. Hiervoor geldt het volgende begrippenkader:

- Opdrachtgevende zorgaanbieder: Zorgaanbieder die een andere zorgaanbieder vraagt om een prestatie (een consult, verblijfsdag of overige verrichting) of een deel van een prestatie uit te voeren bij een patiënt die bij deze eerste zorgaanbieder in behandeling is.
- Opdrachtnemende zorgaanbieder: Zorgaanbieder die een onderdeel van de behandeling van de patiënt uitvoert op verzoek een opdrachtgevende zorgaanbieder.

Van een betaling voor onderlinge dienstverlening is sprake wanneer de een opdrachtgevende zorgaanbieder een vergoeding uitkeert aan de opdrachtnemende zorgaanbieder voor het onderdeel van de zorgprestatie die de opdrachtnemende zorgaanbieder heeft uitgevoerd.

Wat in het zorgprestatie-model verandert ten opzichte van de huidige situatie in de ggz en fz is dat bij een betaling voor onderlinge dienstverlening altijd gebruik moet worden gemaakt van een door de NZa vastgestelde prestatie. Voor de prestatie 'onderlinge dienstverlening' in het Zorgprestatie-model is afgesproken dat deze alleen gebruikt kan worden als er geen reguliere prestatie van toepassing is die voor het onderling verrekenen van zorg gebruikt kan worden. De prestatie onderling dienstverlening is vormvrij (aanbieders spreken onderling af om welke zorg het gaat) en kent een vrij tarief. Wanneer de zorg die wordt geleverd wel in rekening kan worden gebracht op basis van een reguliere prestatie, dan moet deze prestatie dus ook worden gebruikt. Dan zijn ook het maximumtarief en de eventuele overige voorwaarden die in de prestatie zijn omschreven van toepassing.

Medisch-specialistische zorg

Met onderlinge dienstverlening in de medisch-specialistische zorg wordt bedoeld:

Het leveren van zorg als (onderdeel van een) dbc-zorgproduct door één of meerdere zorgaanbieders (niet zijnde de hoofdbehandelaar) op verzoek van de hoofdbehandelaar. Voor onderlinge dienstverlening is één algemene prestatie (genaamd: 'onderlinge dienstverlening (190064)') vastgesteld met een vrij tarief voor het in rekening brengen van delen van een dbc-zorgproduct indien de volledige prestatie door twee of meer zorgaanbieders wordt geleverd.²³

Alle denkbare (delen van) dbc-zorgproducten respectievelijk zorgactiviteiten die in het kader van onderlinge dienstverlening tussen zorgaanbieders (instellingen, natuurlijke personen, rechtspersonen, solisten, et cetera) plaatsvinden, kunnen in rekening worden gebracht.

²² als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onderdeel a, van de Wmg.

²³ Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg - BR/REG-18154

Paramedische zorg

De NZa reguleert de volgende paramedische sectoren: fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek. Al deze sectoren kennen vrije prijzen. De prestatie onderlinge dienstverlening in de paramedische zorg betreft de levering van een (deel)prestatie of van een geheel van prestaties op het gebied van paramedische zorg door een 'andere zorgverlener' in opdracht van een 'zorgverlener'. De andere zorgverlener wordt in dit kader ook wel aangeduid als de 'uitvoerende zorgverlener'. De zorgverlener wordt in dit kader ook wel aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgverlener'.

Het is mogelijk om als zorgverlener van paramedische zorg bijvoorbeeld expertise in te winnen van een andere zorgverlener of samen zorg te verlenen aan dezelfde patiënt. De prestatie onderlinge dienstverlening kunnen zorgverleners gebruiken om de hulp van de andere zorgaanbieder te verrekenen. De zorgverlener die is ingeroepen in verband met zijn/haar bijdrage aan de zorg, kan deze inzet declareren bij de zorgverlener in de eerste lijn door middel van de prestatie onderlinge dienstverlening.

Vervolgens betaalt de zorgverlener in de eerste lijn de inzet van de ingeroepen hulp van de andere zorgverlener. Voor de onderlinge betaling van de zorgverlener in de eerste lijn aan de andere zorgverlener is op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg een rechtsgeldige declaratietitel benodigd. Om die reden is in de paramedische regelgeving ook de prestatie onderlinge dienstverlening geïntroduceerd. De andere zorgverlener brengt voor zijn inzet de prestatie onderlinge dienstverlening in rekening. De zorgverlener in de eerste lijn en de andere zorgverlener maken hiervoor een (vrij onderhandelbare) prijsafspraken.²⁴

Eerstelijnsverblijf

De definitie van onderlinge dienstverlening in de eerstelijnsverblijf luidt: De levering van een (deel)prestatie of van een geheel van prestaties op het gebied van eerstelijnsverblijf door een zorgaanbieder in opdracht van een andere zorgaanbieder. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'. Hiervoor geldt een vrij tarief.²⁵

Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen

Er is sprake van onderlinge dienstverlening als de zorg die door een zorgaanbieder wordt verleend onderdeel uitmaakt van de beschrijving van door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie(s) op het gebied van de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'. De opdrachtgevende zorgaanbieder coördineert het zorgproces en fungeert als eerste aanspreekpunt voor de patiënt. De opdrachtgevende zorgaanbieder staat in voor de bevoegdheid en bekwaamheid van de andere betrokken zorgaanbieders. De uitvoerende zorgaanbieder brengt de prestatie onderlinge dienstverlening in rekening bij de opdrachtgevende zorgaanbieder die de prestatie bij de uitvoerende zorgaanbieder heeft aangevraagd. Voor de

²⁴ Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor oefentherapie - BR/REG-21103a

²⁵ Regeling eerstelijnsverblijf - NR/REG-2026

prestatie onderlinge dienstverlening, geldt een vrij tarief als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder a, Wmg.²⁶

Huisartsenzorg en multidisciplinaire (eerstelijns)zorg

In de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg wordt onderscheid gemaakt in verschillende prestaties voor onderlinge dienstverlening. De verschillende prestaties die in rekening gebracht kunnen worden door een zorgaanbieder bij een andere zorgaanbieder zijn:

- Onderlinge dienstverlening t.b.v. poh-ggz
- Onderlinge dienstverlening t.b.v. consultatieve raadpleging bij poh-ggz
- Onderlinge dienstverlening in het kader van de prestaties Organisatie en Infrastructuur
- Onderlinge dienstverlening in het kader van de prestaties multidisciplinaire zorg
- Onderlinge dienstverlening in het kader van de prestatie zorgvernieuwing meekijkconsult²⁷

Voor de prestaties van onderlinge dienstverlening gelden vrije tarieven.²⁸

Geboortezorg

Voor een situatieschets van onderlinge dienstverlening in de geboortezorg zijn vier aparte beleidsregels te onderscheiden: verloskunde, kraamzorg, gynaecologie en het experiment integrale geboortezorg. Achtereenvolgens worden de definities van onderlinge dienstverlening per beleidsregel beschreven en verder toegelicht.

Verloskunde

Onderlinge dienstverlening in de verloskunde is de levering van (onderdelen van) de prestaties basis verloskundige zorg door een zorgaanbieder in opdracht van een andere zorgaanbieder. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'.²⁹

De uitvoerende zorgaanbieder heeft de mogelijkheid om (onderdelen van) de prestaties basis verloskundige zorg met inachtneming van de geldende maximumtarieven, in opdracht van de opdrachtgevende zorgverlener via onderlinge dienstverlening in rekening te brengen aan de opdrachtgevende zorgaanbieder.

Wanneer eerste- en tweedelijnszorgverleners in dezelfde periode betrokken zijn bij de zorgverlening declareert of de eerste lijn of de tweede lijn een zorgprestatie. Eerste en tweede lijn maken indien nodig afspraken over de taakverdeling en onderlinge verrekening.

²⁶ Regeling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen NR/REG-2101

²⁷ Beperking: Een meekijkconsult dat samenhangt met enkel de functie poh-ggz moet in eerste instantie onder die prestatie in rekening worden gebracht; alleen als partijen afspraken maken die de ruimte van die prestatie te boven gaat, kan de prestatie zorgvernieuwing meekijkconsult voor dat deel worden gebruikt.

²⁸ Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2021 - BR/REG-21144

²⁹ Beleidsregel verloskunde – BR/REG-20108

Kraamzorg

De zorgaanbieder heeft de mogelijkheid om (onderdelen van) de prestaties 'per uur partusassistentie', 'per uur kraamzorg' en de nevenprestatie 'per partusassistentie' met inachtneming van de geldende maximumtarieven, via onderlinge dienstverlening in rekening te brengen aan een andere zorgaanbieder. De betreffende prestaties kunnen enkel via onderlinge dienstverlening in rekening worden gebracht indien tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar van de cliënt een overeenkomst is gesloten, waarin de inhoud van de te leveren zorg, de hoogte van het in rekening te brengen tarief en de inhoud van de te leveren zorg die via onderlinge dienstverlening bij een derde zorgaanbieder wordt gecontracteerd zijn vastgelegd.³⁰

Gynaecologie

De beleidsregel voor gynaecologie verloopt via de beleidsregels voor medisch-specialistische zorg. De definitie van onderlinge dienstverlening in de gynaecologie komt overeen met de situatieschets voor medisch-specialistische zorg.

Experiment integrale geboortezorg

Met onderlinge dienstverlening in de integrale geboortezorg wordt bedoeld de levering van een (deel)prestatie of van een geheel van prestaties op het gebied van de integrale geboortezorg door een zorgaanbieder in opdracht van een contracterende zorgaanbieder.³¹ Voor de prestatie onderlinge dienstverlening geldt een vrij tarief. Indien sprake is van onderlinge dienstverlening brengt de zorgaanbieder die de zorg uitvoert de kosten in rekening aan de contracterende zorgaanbieder. Van onderlinge dienstverlening is ook sprake als tarieven voor prestaties of delen van prestaties integrale geboortezorg tussen twee zorgaanbieders worden verrekend.

In de beleidsregel van de integrale geboortezorg is een verbod op parallelliteit opgenomen. Dit betekent dat niet gelijktijdig een monodisciplinaire prestatie en een integrale prestatie die (deels) dezelfde zorg omschrijven, in rekening kunnen worden gebracht. Deze bepaling regelt dat als cliënten willen overstappen naar een derde zorgaanbieder die niet bij de betreffende geboortezorgorganisatie is aangesloten, deze derde zorgaanbieder de geleverde zorg kan declareren. Hiervoor biedt de beleidsregel verschillende mogelijkheden aan de derde zorgaanbieder om een tarief voor deze zorg in rekening te brengen. Op hoofdlijnen zijn de mogelijkheden:

- De kosten voor zorg die door de derde zorgaanbieder zijn geleverd worden onderling verrekend met de geboortezorgorganisatie die het integrale tarief declareert.
- Indien onderlinge verrekening tussen de derde zorgaanbieder en de geboortezorgorganisatie niet tot stand komt, bijvoorbeeld omdat hierover op voorhand geen afspraken zijn gemaakt, dan brengt de derde zorgaanbieder de geleverde zorg in rekening op basis van de monodisciplinaire beleidsregels (verloskunde, kraamzorg, medisch specialistische zorg). Indien er geen afwijkende afspraken zijn gemaakt, regelt het verbod op parallelliteit dat ook de geboortezorgorganisatie de geleverde zorg op basis van de monodisciplinaire beleidsregels is rekening brengt. De geboortezorgorganisatie brengt dan geen integrale prestatie in rekening.
- Indien onderlinge verrekening tussen de derde zorgaanbieder en de geboortezorgorganisatie niet tot stand komt, dan brengt de derde zorgaanbieder de geleverde zorg in rekening op basis van de monodisciplinaire beleidsregels (verloskunde, kraamzorg, medisch specialistische zorg). Indien geboortezorgorganisatie en zorgverzekeraar gebruik maken van de

³⁰ Beleidsregel kraamzorg – BR/REG-21107

³¹ Integrale geboortezorg - BR/REG-18150

afwijkmogelijkheid en hierover schriftelijk afspraken hebben gemaakt, dan kan de geboortezorgorganisatie toch parallel een prestatie integrale geboortezorg in rekening brengen.

Ambulancezorg

In de beleidsregel regionale ambulancevoorziening 2021 is een aparte prestatie opgenomen voor onderlinge dienstverlening. De prestatie I022 wordt gebruikt door de onderaannemer die in opdracht van de RAV ambulancezorg verleent. Voor de prestatie onderlinge dienstverlening geldt een vrij tarief als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onderdeel a, van de Wmg. De onderaannemer en de RAV maken hiervoor dus zelf een tariefafpraak.

De RAV blijft bij onderlinge dienstverlening verantwoordelijk voor de ambulancezorg en brengt de door de NZa vastgestelde prestaties die ter dekking van het budget dienen, in rekening bij de zorgverzekeraar of instelling.³²

Langdurige zorg

Een Wlz-instelling is verantwoordelijk voor de levering van Wlz-zorg, maar dit betekent niet dat die instelling alle zorg zelf moet leveren. De instelling kan bij elke leveringsvorm voor bepaalde zorg anderen inhuren (onderaannemerschap). Het komt bijvoorbeeld veel voor dat een huisartsengroep wordt gecontracteerd voor de algemene medische zorg. De instelling blijft wel eindverantwoordelijk. Niet alleen voor de kwaliteit en levering van die zorg, maar ook voor de onderlinge afstemming tussen de verschillende professionals.

Er is sprake van onderaanneming indien een zorgaanbieder (de hoofdaannemer) (een deel van) de daadwerkelijke zorg aan een andere zorgorganisatie, zorgverlener of zzp'er (zelfstandige zonder personeel die beschikt over een overeenkomst met de zorgaanbieder (hoofdaannemer) waaruit blijkt dat deze geen loonheffing moet inhouden en betalen) (de onderaannemer) doorcontracteert die namens de hoofdaannemer de zorg verleent. In het geval van onderaanneming door 'volle dochters', en in het geval leden van een zorgcoöperatie zorg verlenen in naam van die coöperatie telt deze onderaanneming niet mee voor de bepaling van het percentage onderaanneming. Een zorgcoöperatie is een samenwerkingsverband van beroepsbeoefenaren, dat als instelling wordt beschouwd in het kader van de Wtzi. Een zorgcoöperatie kan bij uitzondering een samenwerkingsverband van entiteiten zijn, dat als instelling wordt beschouwd in het kader van de Wtzi. Voorwaarden daarbij zijn dat de zorgcoöperatie naar het oordeel van het zorgkantoor wezenlijk bijdraagt aan de invulling van de op het zorgkantoor rustende zorgplicht, het zorgkantoor instemt met toetreding van entiteiten tot de coöperatie, en het zorgkantoor een integriteitstoets kan uitvoeren naar de entiteiten die een aanvraag tot toetreding doen.³³

Voor het leveren van zorg in onderaanneming kan het zorgkantoor voorwaarden opstellen. Voorbeelden hiervan zijn:

- Verleende zorg in onderaanneming moet vooraf gemeld worden bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor heeft het recht om onderaannemers te weigeren.

³² Beleidsregel regionale ambulancevoorziening 2021 - BR/REG-21142

³³ Overeenkomst Wlz 2021-2023

- De inschakeling van een onderaannemer geschiedt voor eigen rekening en risico van de zorgaanbieder en doet niet af aan de verplichtingen van de zorgaanbieder uit deze overeenkomst. De onderaannemer dient in ieder geval aantoonbaar in het bezit te zijn van een inschrijving in het handelsregister en indien hij een nieuwe zorgaanbieder is, zich aantoonbaar gemeld te hebben bij de IGJ als zodanig. Voor onderaannemers die uitsluitend schoonmaak leveren geldt dat zij lid moeten zijn van SIEV, OSB of Prezo Hulp bij het Huishouden, met uitzondering van de zzp'ers. Tevens dient geen IGJ-maatregel van kracht te zijn bij de onderaannemer, dan wel een onderzoek naar vermoeden van fraude bij de onderaannemer plaats te vinden.
- De hoofdaannemer garandeert dat de zorgverlening door de onderaannemer(s) aan dezelfde eisen voldoet, als die welke aan de zorgverlening door de zorgaanbieder zelf zijn gesteld.
- De hoofdaannemer geeft het zorgkantoor desgevraagd nadere informatie over de onderaannemer en diens verwachte te realiseren productie voor het desbetreffende jaar. In voorkomend geval kunnen partijen nadere afspraken maken met betrekking tot de onderaanneming en deze in een addendum vastleggen.
- De hoofdaannemer ziet erop toe dat de onderaannemer geen facturen aan de klant stuurt voor zorg die valt binnen de Wlz-aanspraken van de klant en ook niet voor zorg in het kader van betalingen voor aanvullende diensten zoals bedoeld in artikel 9 van deze overeenkomst.
- De hoofdaannemer kan aantonen dat hij met alle onderaannemers afspraken heeft gemaakt om te borgen dat zij geen onderaannemer(s) inschakelen voor de uitvoering van de zorg. Alleen met toestemming van het zorgkantoor aan de hoofdaannemer is de inschakeling van onderaannemer(s) door een onderaannemer toegestaan.
- Het zorgkantoor kan een richtlijn hanteren voor het aandeel van de zorg dat zorgaanbieders van de verwachte gecontracteerde zorg zelf leveren. Bijvoorbeeld dat zorgaanbieders tenminste 2/3 van de verwachte gecontracteerde zorg zelf leveren.
- Het zorgkantoor kan ook aanvullende voorwaarden opnemen voor het verbod op het leveren van bepaalde diensten in onderaannemerschap. Bijvoorbeeld: aanvullend geldt dat het niet is toegestaan om een intramuraal of VPT pakket volledig door een onderaannemer te laten leveren, anders dan met toestemming van het zorgkantoor.

Bijlage 2 Gesprekspartners

Interne gesprekspartners NZa

Directie/Unit	Sector
Beschikbaarheidsbijdragen, geestelijke gezondheid en forensische zorg	Geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg
Langdurige zorg	Wet langdurige zorg
Eerstelijnszorg (EZ)	Huisartsenzorg
Eerstelijnszorg (EZ)	Wijkverpleging
Eerstelijnszorg (EZ)	Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen
Eerstelijnszorg (EZ)	Geboortezorg
Eerstelijnszorg (EZ)	Paramedische zorg
Tweedelijns Somatische Zorg (TSZ)	Medisch-specialistische zorg
Tweedelijns Somatische Zorg (TSZ)	Ambulancezorg
Zorgbrede Regulering en Vernieuwing (ZRV)	Innovatie
Directie strategie	Informatie- en contactcentrum (ICC)

Externe gesprekspartners (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders

Sector	Organisatie
Hospicezorg	AHzN
Ouderenzorg en chronisch zieken	Actiz Verenso
Ziekenhuiszorg	NVZ NFU Franciscus Vlietland Groep
Kindzorg	BiNKZ IKNL KinderThuisZorg
Palliatieve zorg	Allerzorg

Externe gesprekspartners (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars en zorgkantoren

Sector	Organisatie
Zorgverzekeraars en zorgkantoren	ZN



Nederlandse
Zorgautoriteit