

artikel 5.1, lid 2, sub e

Van: sub e
Verzonden: woensdag 20 april 2005 13:42
Aan: artikel 5.1, lid 2, sub e
Onderwerp: FW: Regionale ondersteuning
Bijlagen: notitie Regionale ondersteuning eerstelijnszorgaanbieders dd 180405.doc

Ter info

Bij LVG navraag gedaan of de notitie als ingekomen stuk kan.

Met vriendelijke groeten,

artikel 5.1, lid 2, sub e

Beleidsmedewerker vrije beroepsbeoefenaren CTG/ZAio
 telefoon: sub e
 postadres: Postbus 3017; 3502 GA Utrecht

-----Oorspronkelijk bericht-----

Van: sub e
Verzonden: woensdag 20 april 2005 13:36
Aan: sub e
Onderwerp: Regionale ondersteuning

Beste sub e

Hierbij stuur ik zoals toegezegd nadere informatie over de ontwikkelingen en stand van zaken van de Ros'en.

sub e
 LVG
 tel sub e
 email

<<notitie Regionale ondersteuning eerstelijnszorgaanbieders dd 180405.doc>>

*** eSafe scanned this email for malicious content ***
 *** IMPORTANT: Do not open attachments from unrecognized senders ***

Regionale ondersteuning eerstelijnszorgaanbieders; wat mogen we er van verwachten?

Vanaf 1 januari 2005 is de 'module voor regionale ondersteuning van toepassing'. Er is echter nog veel onduidelijkheid over de regionale ondersteuning. In dit artikel geeft de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn de effecten aan voor de huisartsen. De LVG is de branchevereniging van de regionale ondersteuningsstructuren voor de eerste lijn.

Eind 2003 hebben VWS en ZN besloten om de ondersteuning voor de eerstelijnszorgaanbieders op een andere leest te schoeien. Geen monodisciplinaire ondersteuning, geen (structurele) subsidies, geen landelijke kaders en geen vermenging van belangenbehartiging en ondersteuning. In plaats daarvan kozen ze voor regionale premiegefinancierde ondersteuningsactiviteiten ten behoeve van de eerste lijn. Het beschikbare budget voor ondersteuning van huisartsen, verloskundigen en paramedici bedroeg tot en met 2003 ca € 30 miljoen per jaar. Voor de nieuwe ondersteuning is ca € 18 miljoen beschikbaar, waarvan ca € 2 miljoen voor de NHG (richtlijnontwikkeling huisartsen). Andere eerstelijnsdisciplines hebben geen structurele financiering, maar kunnen een beroep doen op projectsubsidies voor landelijke richtlijnontwikkeling.

De regionale zorgverzekeraar verdeelt het budget op basis van een analyse ter versterking en modernisering van de eerste lijn. De activiteiten worden vastgelegd in een regioplan. Op basis daarvan worden contracten voor bepaalde tijd gesloten. Er is geen landelijke blauwdruk en de zorgverzekeraars mogen op basis van eigen inzichten en visie te werk gaan. De gedachte achter dit beleid is dat door marktwerking gaan nieuwe en oude partijen bepaalde activiteiten uitvoeren. Deze werkwijze moet de flexibiliteit vergroten. Geen centrale regie. De ingangsdatum van deze werkwijze is in eerste instantie gesteld op 1 juli 2004. Later wordt dit aangepast naar 1 januari 2005.

Ondersteuningsactiviteiten of regionale ondersteuningsstructuur?

De zorgverzekeraars zijn eerst intern gaan afstemmen. Vervolgens zijn de zorgverzekeraars in overleg getreden met de zorgaanbieders over de inhoud van de ondersteuningsactiviteiten voor de versterking van de eerste lijn. In sommige gebieden leverde dit problemen op, omdat de onderlinge verstandhouding niet best was. In 90 % van de werkgebieden is momenteel een regioplan opgesteld. Vervolgens stond iedere zorgverzekeraar voor de min of meer principiële keuze: contractering van één organisatie of contractering van de gewenste ondersteuningsactiviteiten bij meerdere partijen. De meeste zorgverzekeraars hebben gekozen voor één partij. De verzamelnaam van deze pluriforme organisaties is 'regionale ondersteuningsstructuur voor de eerste lijn' (ROS).

Daarnaast hebben enkele zorgverzekeraars niet het gehele budget toegekend, maar een deel geoormerkt voor specifieke projecten ter versterking van de eerste lijn. Dat varieert tussen de 0 en 40 % van de beschikbare budgetten. Deze projecten kunnen door de bestaande contractpartners worden ingezet (bijvoorbeeld de ROS) of door specifieke leveranciers (op het gebied van implementatie van kwaliteit of ICT).

Enkele zorgverzekeraars hebben gekozen voor een volledig projectmatige contractering van ondersteuningsactiviteiten. Er zijn dan meerdere partijen die de activiteiten uitvoeren. Bijvoorbeeld crisismanagement bij opvallende praktijken bij partij X, implementatie van kwaliteitsrichtlijnen bij partij Y en bijscholing bij partij Z. In dat geval is het voor de huisartsen onduidelijk bij wie ze zich moeten melden voor ondersteuning. Dit heeft er toe geleid dat er klachten komen over het ontbreken van ondersteuning.

Tot slot heeft de ondersteuningsstructuur in het zuiden van het land aanzienlijke vertraging opgelopen. Tot 1 juli 2005 bestaat er een interim ROS. Daarna wordt op basis van een Europese aanbesteding een contract tot 2008 gesloten. **Activiteiten:**

Ondanks de diversiteit in de uitvoering bestaat er een redelijke overeenstemming over de (geplande) activiteiten ter versterking van de eerste lijn. Er zijn grofweg 3 soorten. Ten eerste

kwaliteit en innovatie. Activiteiten zijn bijv. de implementatie van landelijke richtlijnen en innovatieve werkwijzen zoals diabeteszorg. Maar ook het opzetten van multidisciplinaire scholing bijv. bij astma/COPD. Door het wegvallen van de DHV moeten er afspraken gemaakt worden over de accreditering. Daarbij kan de ROS een rol spelen.

Ten tweede de continuïteit. In veel gevallen betreft het monitoren van het zorgaanbod. Hoeveel zorgaanbieders zijn er? Wanneer ontstaan er continuïteitsproblemen? Maar ook de afstemming met gemeente over zorg in een bepaald gebied. Of het waarnemen in crisissituaties.

Daarnaast vindt afstemming plaats met de ziekenhuizen, GGZ, provincie, thuiszorg, huisartsenposten e.d. Dit is feitelijk een derde kernactiviteit; regionale afstemming.

En tot slot de regionale ondersteuning van de preventie (griep en cervix) die door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) is gecontracteerd bij 15 regionale organisaties. Hiervoor is separaat budget beschikbaar. Deze activiteiten zijn ondergebracht bij de ROS (soms voor meerdere gebieden).

Doelgroepen

De ondersteuning van de eerste lijn concentreert zich op huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten en in mindere mate logopedisten en oefentherapeuten/Mensendieck/Cesar. De reden hiervoor is het beperkte budget, de inkoopspecificaties van de zorgverzekeraar, het reduceren van de monodisciplinaire structuur van de huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten (die al gewend waren aan ondersteuning) en de span of control van een startende organisatie. Slechts in enkele regio's worden eerstelijns disciplines in de volle breedte betrokken dan wel ondersteund. Veelal is er dan extra projectgeld beschikbaar (bijvoorbeeld Diaboloproject).

In de visie van de meeste zorgverzekeraars en de ondersteuningsorganisaties bestaat de doelgroep uit alle disciplines, in de eerste lijn, maar voordat de activiteiten structureel worden uitgebreid zal ook het budget moeten worden uitgebreid.

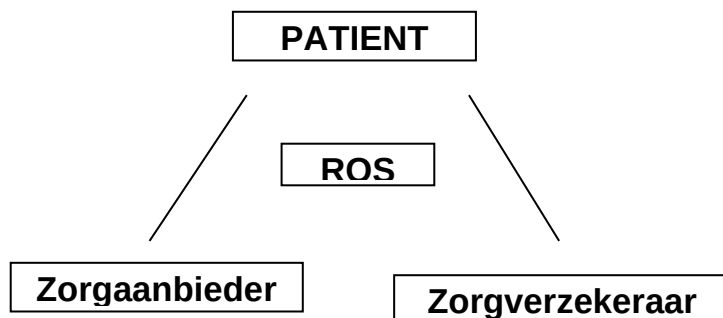
Organisatiekenmerken van de regionale ondersteuningsstructuren:

De regionale ondersteuningsstructuren (ROS) zijn allemaal stichtingen. Er is een bestuur van onafhankelijke leden. De RPCP maakt meestal deel uit van het bestuur, platform of adviesraad. In geval van een ROS maakt de zorgverzekeraar geen deel uit van het bestuur. Er is een directeur of coördinator en een enkele medewerkers. De medewerkers zijn of geografisch ingedeeld of thematisch. Als er sprake is van een regiocoördinator dan is dit het aanspreekpunt voor alle eerstelijns zorgaanbieders. Bij een thematische indeling is de medewerker gekoppeld aan de bepaalde discipline (bijvoorbeeld verloskundigen) of aan een bepaald onderwerp (kwaliteit). Door de kleine omvang van organisaties zijn er ook combinatie- of matrixfuncties.

De zorgaanbieders zijn veelal vertegenwoordigd in de adviesraad of adviesplatform. Over de concrete invulling van de activiteiten wordt met dit orgaan overlegd (bijvoorbeeld een jaarplan). De adviesraad kan een belangrijke functie hebben voor de organisatie om de binding met het veld te onderhouden. In de adviesraad zijn vaak meerdere disciplines vertegenwoordigd, al zijn de activiteiten (vooralsnog) beperkt tot enkele disciplines.

Toekomst:

De ROS kunnen zich ontwikkelen tot regionale ankerpunten voor modernisering van de eerste lijn. Een sterke eerste lijn met een belangrijke positie voor de huisarts. De huisarts heeft als enige contacten met alle andere zorgaanbieders en is daarmee de spil van de eerstelijnszorg. Maar de samenwerking met andere eerstelijns disciplines en afstemming met de tweede lijn is nodig om een adequaat aanbod te kunnen bieden op de gedifferentieerde vraag van de patiënt. De ROS is daarom (op termijn) werkzaam voor alle eerstelijns disciplines.



De ROS kan alleen functioneren als met de belangen van de drie betrokken groepen rekening wordt gehouden. Maar ook een eigen visie heeft op een sterke moderne eerstelijnszorg.

Om deze toekomst mogelijk te maken is het in de visie van de LVG noodzakelijk dat er een duidelijke, herkenbare en aanspreekbare structuur is. Voorwaarde is voldoende budget om de ondersteuning uit te laten groeien naar alle eerstelijns disciplines. Dat heeft alleen maar zin als er ook op landelijk niveau kwaliteit richtlijnen ontwikkeld worden. Dus een algemene visie, beleid en voorwaarden om er voor te zorgen dat de eerstelijnszorg HET fundament is en blijft onder een kwalitatief toegankelijk en betaalbaar zorgsysteem.

IN KADER



De diverse ROS'en kunnen per regio teruggevonden worden op de website van de LVG (www.lvg.org). Ook is op de website een up-to-date adressenlijst van alle ROS'en te vinden.

	Eerste aanspreekpunt	Partners	Zorgverzekeraar	Regio
1	SGZ		Delta Lloyd/Azivo	Zoetermeer
2	St. Lijn1		Delta Lloyd/Azivo	Den Haag, Rijswijk, Leidschendam, Wassenaar
3	ProGez		Achmea	Zwolle, Flevoland, Drenthe
4	Reos Zorg		Z&Z	Leiden
5	SELZA		Z&Z	Aalsmeer, Amstelveen
6	ROS noord west		Achmea	Waterland, Midden Kennemerland
		DOKH		
		SELZA		
7	Zorgimpuls		Achmea	Rotterdam
8	ZONhn		Unive	Noord Holland
9	St. ROS ZN*		CZ / VGZ	Zuid Nederland CZ / VGZ
		Werkorganisatie Zuidoost Brabant		
		Werkorganisatie Zuid- en Midden-Limburg		
		Werkorganisatie Noord-Limburg en Nijmegen e.o.		
		Werkorganisatie Midden-Brabant		
		Werkorganisatie West-Brabant/Zeeland, lokatie ETENLEUR		
		Werkorganisatie West-Brabant/Zeeland, lokatie ZIERIKZEE		
10	ROSE Noordoost Brabant*		CZ / VGZ	Zuid Nederland CZ / VGZ
11	St. Ozorg		OZ	Zuid Nederland gebied OZ
		CARNascholing		
		St Koel		
		ZeeBra		
12	TREND		Trias	Dordrecht eo
13	TREND		Trias	Gouda, Woerden
14	St. ELO i.o.		DSW	Delft eo
15	ELANN Advies Noord Nederland		Menzis	Groningen
16	ROSET		Menzis	Twente
17	St. OOGG		Menzis	Rivierenland, Gelderse Vallei
18	Carans		Menzis	Groot Arnhem, Oost Gelderland
19	Zorggroep Almere		Agis	Almere
	St. 1stelijn Amsterdam		Agis	Amsterdam
20	Bureau Raedelijk		Agis	Midden Nederland
21	SCOOP		Agis	Stedendriehoek
22	Ros Fryslân		De Friesland	Friesland
23	SCOOP		Salland	Deventer
		St. ELS		
	* tot 1 juli 2005, nadere informatie volgt			

artikel 5.1, lid 2, sub e

Van: artikel 5.1, lid 2, sub e
Verzonden: woensdag 12 augustus 2020 10:09
Aan: artikel 5.1,
CC: lid 2, sub e
Onderwerp: FW: Verkennend overleg: evaluatie beleidsregel ROS'en

sub e

Zie onderstaande mailwisseling met VWS. Zij willen graag dat wij de beleidsregel ROS evalueren. Enerzijds technisch/juridisch (we weten dat dit niet netjes binnen ZVW/WMG pastte, wellicht is dat anders nu ADZ mogelijk is) en anderzijds inhoudelijk (wat gebeurt er voor dit geld?)

Voor ons inhoudelijk een interessant onderwerp. Het raakt de vraagstukken over organisatie en infrastructuur en de coördinatielaag die nodig is om multidisciplinair samen te werken, en de samenhang of gebrek daaraan met de huisartsenondersteuningsstructuren etc. Helemaal geen slecht idee om deze aparte ondersteuningslaag eens onder de loep te nemen en te bezien of de huidige uitwerking dit past bij onze ideeën over coördinatie/samenwerking/infrastructuur 1^e lijn. Of een kans om de vraag wat breder te trekken en het niet alleen bij de ROS te houden, maar visie te ontwikkelen over dergelijke ondersteuningslagen en de onderlinge samenhang (denk bijvoorbeeld ook achterstandsfondsen, met vergelijkbare overlap).... Ik zie een link met de MDO-notitie van ons onlangs en ook het ADZ-traject.

Maarrrr.. het verzoek lijkt zomaar "even" via een mailtje binnen te komen. Uitwerking raakt vele vlakken (ondersteuning kan 1^e lijns breed zijn en kent veel variatie), dus kan zo uitdraaien op een breed onderzoek met de nodige capaciteit. Lijkt mij dat de procedure dat dit onderdeel moet zijn van werkprogramma etc. Voordat we het eerste gesprek met VWS aangaan, heb jij hier ideeën over?

Beleidsmedewerker | Directie Regulering, unit Eerstelijns Zorg



Nederlandse Zorgautoriteit

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
 Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht
www.nza.nl |

artikel 5.1, lid 2, sub e

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.



Van: [redacted]
Verzonden: dinsdag 11 augustus 2020 17:15 artikel 5.1, lid 2, sub e
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: Verkennend overleg: evaluatie beleidsregel ROS'en

Beste [redacted]

Bedankt voor je snelle reactie.

De aanleiding om de beleidsregel voor de ROS'en te laten evalueren is dat de wijze van financieren momenteel niet geheel rechtmatig is.

De middelen die worden uitgegeven binnen de beleidsregel zijn namelijk niet te herleiden naar de individuele verzekerde (de ROS'en leveren geen zorg). Ook willen we graag inhoudelijk naar de rol van de ROS'en kijken.

De bijgevoegde mailwisseling gaat over de overheveling van de kwaliteitsgelden in kader van het ZonMw programma en zover ik van een collega heb begrepen is toen niet gesproken over een evt. evaluatie van de beleidsregel.

Woensdag 19 augustus is helaas voor mij niet mogelijk, dit is mijn vrije dag.

Zien jullie mogelijkheden op donderdag 20 augustus (9.30-10.30u/ 12.00-16.00u), maandag 24 augustus (9.00-11.00/ 12.00-14.00u) of dinsdag 25 augustus?

Hoor het graag!

Met vriendelijke groet,



Beleidsmedewerker Eerstelijnszorg |
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Directie Curatieve Zorg |
Panassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |
Werkdagen: |
www.rijksoverheid.nl

Van: [redacted]

Verzonden: maandag 10 augustus 2020 15:55

Aan: [redacted]

CC: [redacted]

Onderwerp: RE: Verkennend overleg: evaluatie beleidsregel ROS'en

Beste [redacted],

Wat is het doel van deze evaluatie van VWS op beleidsregels van de NZa? Is deze evaluatie volgend op eerdere discussies die mijn collega [redacted] al eens met VWS heeft gevoerd over de beleidsregel ROS? Zie hiervoor de e-mailberichten in de bijlagen. Het lijkt me dan ook goed als [redacted] wordt aangehaakt [redacted] is volgende week weer terug van vakantie en ik zie in onze agenda's dat woensdag 19 augustus schikt.

Met vriendelijke groet,

Beleidsmedewerker | directie Regulering



Nederlandse
Zorgautoriteit

Nederlandse Zorgautoriteit

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

www.nza.nl | [redacted] | info@nza.nl

Volg ons op: [LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.

Legitimatie

Bij ons geldt een legitimatieplicht. Bezoekers kunnen zich legitimeren met paspoort, rijbewijs, identiteitskaart of Rijkspas.

Parkeren

Komt u bij ons op bezoek en komt u met de auto? Geef dan tijdig uw kenteken aan ons door.

Van: [redacted]

Verzonden: maandag 10 augustus 2020 15:31

Aan: [redacted]

Onderwerp: Verkennend overleg: evaluatie beleidsregel ROS'en

Beste [redacted],

Ik heb jullie contactgegevens via mijn collega [redacted] ontvangen.

Graag mail ik jullie over het volgende. We hebben het voornemen om de NZa beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijnszorg (t.b.v. de ROS'en) te evalueren. Het idee is om dit najaar de evaluatie vorm te geven en begin 2021 te starten met de uitvoering van de evaluatie.

Ik zou graag in de komende weken een digitaal overleg met jullie plannen om te brainstormen over de opzet van de evaluatie en te verkennen wat de mogelijkheden vanuit de NZa hierbij zijn. Schikt het jullie bijvoorbeeld op een van de volgende dagen:

- maandag 17 augustus
- dinsdag 18 augustus
- donderdag 20 augustus

Ik hoor graag van jullie. Alvast bedankt!

Met vriendelijke groet,



[Redacted] | Beleidsmedewerker Eerstelijnszorg |
 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Directie Curatieve Zorg |
 Panassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |
 [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | Werkdagen: [Redacted] |
www.rijksoverheid.nl

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u bestemd is. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht onjuist aan u is toegezonden, wordt u vriendelijk verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. E-mailberichten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevatten geen besluiten waaraan rechtsgevolgen zijn verbonden. De NZa aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

Aan  artikel 5.1, lid 2, sub e

Van	Telefoonnummer 030 29 68	E-mailadres	Kenmerk
Onderwerp Reikwijdte-discussie beleidsregel Regionale ondersteuningsstructuur			Datum 30 oktober 2015

De beleidsregel Regionale ondersteuningsstructuur en kwaliteitsontwikkeling heeft als doel een instrumentarium te bieden waarmee de macro beschikbare premiemiddelen voor regionale ondersteuning van de eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling kunnen worden toegekend. Met de inzet van deze middelen wordt beoogd de eerstelijnszorg te versterken, onder andere door multidisciplinaire samenwerking binnen de totale eerstelijnszorg te stimuleren. Het gaat hierbij om multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, verloskundigen, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, fysiotherapeuten, logopedisten, zorgaanbieders die Basis GGZ leveren, diëtisten en apothekers. Zorgverzekeraars dragen de modulebedragen af aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN), die op haar beurt op basis van het aantal inwoners per regio een herverdeling van deze gelden maakt.

Bij de recente besluitvorming over de bekostiging voor ParkinsonNet is de beleidsregel regionale ondersteuningsstructuur bij de RvB weer onder vuur komen te liggen, omdat zorgaanbieders diverse kosten kunnen maken voor activiteiten die echter niet zodanig gekwalificeerd kunnen worden als zijnde zorg in de zin van de Wmg.

Zorginstituut Nederland heeft geoordeeld dat de werkzaamheden verrichting door de regionale ondersteuningsstructuren dan wel ParkinsonNet onder de te verzekeren prestaties gerekend kunnen worden, dus onder de aanspraak. Om die reden zou de NZa kosten die redelijkerwijs noodzakelijk en onvermijdelijk zijn voor de levering van de individuele zorgprestatie(s) mee moeten nemen in de vaststelling van het tarief en prestatie. Het omslaan van de kosten voor administratie en ICT-aanpassingen ten behoeve van het toekennen door de zorgverzekeraar, het declareren en afdragen door de zorgverleners en het incasseren door ParkinsonNet van een relatief gering macrobedrag naar de individuele zorgprestaties brengt echter naar de mening van partijen een disproportionele administratieve last met zich.

Vragen:

- Hoe moeten we omgaan met zorg die separaat niet onder de reikwijdte Wmg valt, maar maatschappelijk en politiek wenselijk geacht wordt ?
- Welke bekostigingsvarianten staan open voor 'zorg' die niet separaat onder de reikwijdte van de Wmg valt, maar wel onderdeel vormen van de te verzekeren prestaties ?

Kenmerk

Pagina
2 van 2

Memo

Aan

VWS

artikel 5.1, lid 2, sub e

Van

Telefoonnummer

E-mailadres

Kenmerk

info@nza.nl

Onderwerp

Datum

Reikwijdte-discussie beleidsregel Regionale ondersteuningsstructuur

Aanleiding

De NZa stelt op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) prestaties en (bijbehorende vaste, maximum of vrije) tarieven vast. De door de NZa vastgestelde tariefbeschikking geeft de zorgaanbieder daarbij het recht om prestatie X tegen tarief Y in rekening te brengen aan patiënt en/of zorgverzekeraar. De NZa neemt daarbij de kosten die redelijkerwijs noodzakelijk en onvermijdelijk zijn voor de levering van de individuele zorgprestatie(s) mee in de vaststelling van het tarief en prestatie¹.

Bij de besluitvorming over de bekostiging voor ParkinsonNet² is bij de Raad van Bestuur van de NZa de beleidsregel regionale ondersteuningsstructuur (ROS) en kwaliteitsontwikkeling (weer) onder vuur komen te liggen, omdat zorgaanbieders diverse kosten kunnen maken voor activiteiten die echter niet zodanig gekwalificeerd kunnen worden als zijnde zorg in de zin van de Wmg. Te denken valt aan onder meer de kosten voor coördinatie en samenwerking. Zorginstituut Nederland heeft bijvoorbeeld ook geoordeeld dat de coördinatiewerkzaamheden door bijvoorbeeld ParkinsonNet of de regionale ondersteuningsstructuren geen apart te verzekeren prestatie is, maar inhoudelijk deel uitmaakt van te verzekeren prestaties.

Afgesproken is de bestaande financiering van regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling tegen het voetlicht te houden en hierover met VWS in gesprek gaan. Hierbij willen wij dit gespreksonderwerp echter verbreden.

Knelpunt

De beleidsregel biedt een instrumentarium waarmee de macro beschikbare premiemiddelen voor regionale ondersteuning van de eerstelijnszorg kunnen worden toegekend. Met de inzet van deze middelen wordt beoogd de eerstelijnszorg te versterken, onder andere door multidisciplinaire samenwerking binnen de totale eerstelijnszorg te stimuleren. Daarnaast heeft de beleidsregel als doel de macro beschikbare premiemiddelen voor kwaliteitsontwikkeling toe te kennen.

¹ Redelijkerwijs noodzakelijke kosten zijn bijvoorbeeld kosten voortvloeiend uit wettelijke of vergunningsverplichtingen, maar ook productie gebonden kosten, capaciteit gebonden kosten, kapitaallasten (afschrijvingen en rente), arbeidskosten, instrumentarium, administratie en verzekeringen.

² ParkinsonNet is een landelijk netwerk dat eerstelijns zorgverleners ondersteunt om beter samen te werken en een hogere kwaliteit van zorg aan patiënten die leiden aan parkinson te verlenen. Er zijn meer dan 2.700 paramedische zorgverleners aangesloten. Deze zorgverleners zijn in 66 regio's georganiseerd.

Op grond van de beleidsregel, welke in 2005 op verzoek van het ministerie van VWS is vastgesteld, is 'op papier' een betalingstitel voor de zorgaanbieder gecreëerd waarmee in de praktijk ZN een bedrag per (ingeschreven) verzekerde incasseert bij de (individuele) zorgverzekeraars. De hoogte van dit bedrag is daarbij zo vastgesteld dat ZN het totale benodigde kostenbedrag binnenhaalt, waarmee betaling aan ParkinsonNet kan plaatsvinden³. Een soortgelijke betalingswijze vindt ook plaats bij de regionale ondersteuningsstructuren (Rossen).

Kenmerk

Pagina
2 van 2

Er zijn hierbij een aantal knelpunten te benoemen:

- De Rossen en ParkinsonNet zijn geen zorgaanbieders in de zin van de Wmg.
- Zorginstituut Nederland heeft geoordeeld dat de werkzaamheden verricht door de Rossen dan wel ParkinsonNet wel onder de te verzekeren prestaties gerekend kunnen worden, maar niet een los te verzekeren prestatie is.

Vragen:

- Hoe kijkt VWS aan tegen 'zorg' die, separaat bezien, niet onder de reikwijdte Wmg valt, maar maatschappelijk en politiek wenselijk geacht wordt ?
- Hoe kijkt VWS aan tegen een aanpassing van de wet Bub, waardoor Rossen en ParkinsonNet als zorgaanbieder in de zin van de Wmg aangemerkt kan worden ?

³ Aan de looptijd van de bekostiging van ParkinsonNet via de beleidsregel Regionale ondersteuningsstructuur en kwaliteitsontwikkeling is een einddatum gekoppeld. Per 2018 dienen partijen de financiering van ParkinsonNet te hebben ingeregeld via de vaststelling van het tarief en de prestaties van de betrokken zorgverleners.

Kenmerk

Pagina
3 van 2

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 8 december 2010 13:40
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: RE:

[REDACTED]

Inderdaad berekenen wij een bedrag van € 1,38.
De beleidsregel ROS ligt 14 december voor aan de RvB. Dan wordt beleidsregel vastgesteld. Nadien zullen we deze tariefbeschikking opmaken.

Groet

[REDACTED]

Beleidsmedewerker directie Cure
Unit Eerstelijns Zorg en Ketens
Nederlandse Zorgautoriteit

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 8 december 2010 13:14
Aan: [REDACTED]
Onderwerp:

Hallo [REDACTED]

Volgens mij hebben we het er al eens eerder over gehad, maar kan ik er nu van uitgaan dat het tarief voor regionale ondersteuning voor 2011 op € 1,38 per verzekerde wordt gesteld ? (is de tariefbeschikking er al? Zo nee, wanneer kan ik die verwachten?)

Groeten,
[REDACTED]

Deze e-mail en de inhoud daarvan is vertrouwelijk. Indien dit bericht niet voor u bestemd is, verzoeken wij u vriendelijk deze e-mail direct aan ons te retourneren en daarna te vernietigen. Openbaarmaking, vermenigvuldiging, verstrekking aan en/of gebruik door derden van dit e-mailbericht en/of informatie is niet toegestaan. Zorgverzekeraars Nederland sluit elke aansprakelijkheid uit in verband met het niet juist, onvolledig of niet tijdig overkomen van de informatie in deze e-mail.

This e-mail and its contents are confidential and may be legally privileged. If this e-mail is not intended for you, please contact us

immediately by reply e-mail and destroy the e-mail. Please don't use, copy or disclose the e-mail and its contents to anyone.

Zorgverzekeraars Nederland is liable neither for the proper and complete transmission of the information in this e-mail nor for any delay in its receipt.

This email has been scanned by the MessageLabs Email Security System.

Van: [redacted]
Verzonden: maandag 7 oktober 2013 12:35
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: 2 vragen

From: [redacted]
Sent: 7-10-2013 12:34:34
Subject: RE: 2 vragen
To: [redacted]

This message has been archived. [View the original item](#)

Hallo [redacted]

N.a.v. je onderstaande vragen het volgende:

- Woensdag 9 oktober a.s. is er adviescommissie EZK. Hierin staat de notitie "Actualisatie M&I-verrichtingen" op de agenda. Hierover heeft dus nog geen besluitvorming RvB plaats gehad.
- De berekeningen zijn al gemaakt, maar de afgifte van de tariefbeschikking laat nog even op zich wachten. Dit in verband met een wijzigingen van de beleidsregel als gevolg van de introductie van de basis ggz.

Module regionale ondersteuning 1elijnszorg € 1,52

Module kwaliteitsontwikkeling (NHG) € 0,15

Module kwaliteitsontwikkeling (KNOV) € 0,12

Groet [redacted]

[cid:image001.jpg@01CEC350.49521840]

[redacted]
Beleidsmedewerker | Directie Cure

Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
T: [redacted] | E: info@nza.nl | W: www.nza.nl<<http://www.nza.nl/>>

Attachments:

[image001.jpg](#)

(8 KB)

[CE 13-12 Actualisatie lijst M&I-verrichtingen per 2014.pdf](#)

(64 KB)

[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 23 juli 2008 21:38
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RE: nav adviescie vraag veld

Waarom houden we het dan niet bij:

Declareren kunnen alleen de beroepsbeoefenaren **die onder de reikwijdte van de beleidsregel vallen**. Maar de beschikbare gelden kunnen regionaal wel 1e lijn breed worden ingezet. **Partijen in de eerstelijns kunnen hierover onderling afspraken maken. Punt.**

Opmerking: Destijds (2004, 2005) hebben we (CTG/ZAio) gezegd dat we zouden monitoren als het niet zou lopen. Want toen al begon deze discussie op te spelen. (bijvoorbeeld de knmp begon er over). Verder is het zo dat de KNGF de suggestie deed om dit in LOVE verband te bespreken. Laat ze er daar in liefde uitkomen.

[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: wo 23-7-2008 17:34
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RE: nav adviescie vraag veld

hmmm, sorry, eigenlijk niet, zie opmerkingen...

rood: tekstuele aanpassing,

groen:reactie

ik zou het niet op de website plaatsen, toegevoegde waarde zie ik niet zo en veroorzaakt alleen maar ruis. Ik zou - als ik de nvd was- verzoek tot aanpassing doen om aanspraak te kunnen maken op de beleidsregel. Dat kunnen ze niet, maar willen ze wel. Dat kunnen we toch gewoon adviseren. We kunnen het natuurlijk ook zelf ambtshalve gaan doen, maar dan moeten we toch weer ihkv de belangenafweging de nvd benaderen dus tijds technisch schiet je daar niks mee op...

groeten,

[REDACTED]

-----Oorspronkelijk bericht-----

[REDACTED]
Verzonden: woensdag 23 juli 2008 14:44
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RE: nav adviescie vraag veld

Moi aussie

artikel 5.1, lid 2, sub e

-----Oorspronkelijk bericht-----

Van: [REDACTED]
 Verzonden: woensdag 23 juli 2008 14:42
 Aan: [REDACTED]
 CC: [REDACTED]
 Onderwerp: RE: nav adviescie vraag veld

Ik wel

Met vriendelijke groeten,

[REDACTED]
 Beleidsmedewerker Zorgmarkten Cure, unit Vrije beroepen

Nederlandse Zorgautoriteit

Telefoon: [REDACTED]

Postadres: Postbus 3017; 3502 GA Utrecht

-----Oorspronkelijk bericht-----

Van: [REDACTED]
 Verzonden: woensdag 23 juli 2008 14:41
 Aan: [REDACTED]
 CC: [REDACTED]
 Onderwerp: RE: nav adviescie vraag veld

Heren en dame

Hebben we hiermee het antwoord voor de adviescie rond (beetje nettere zinnen natuurlijk)?

Declareren kunnen alleen de beroepsbeoefenaren **die onder de reikwijdte van de beleidsregel vallen**. Maar de beschikbare gelden kunnen regionaal wel 1e lijn breed worden ingezet. **Partijen in de eerstelijns kunnen hierover onderling afspraken maken** Dus dan kunnen dietisten etc hier regionaal wel van meeprofiten en kunnen projecten van deze beroepsgroepen er in principe ondervallen als hierover overeenstemming /noodzaak bestaat-> sec gezien vallen de projecten er niet onder natuurlijk.bijvoorbeeld een prjoeect van louter dietisten val t niet onder de beleidsregel. kan alleen als een huisarts/fysio etc ook is aangesloten. Om ruis te voorkomen zou ik er voor kiezen de zin weg te laten. Als partijen andere veranderingen (verhoging beleidsregel **waarde? aanpassing van het tarief?** , meerdere beroepsgroepen opnemen **in de reikwijdte van de** beleidsregel etc)wensen kunnen ze daartoe een verzoek tot wijziging van de beleidsregel indienen. Desgewenst kunnen wij dit antwoord ook op onze website zetten. Mogelijk dat dit de dietisten etc. in sommige regio's kan ondersteunen.

Eens?

Met vriendelijke groet,

Postadres: Postbus 3017 3502 GZ UTRECHT

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41 3584 BX UTRECHT Tel. [REDACTED]

-----Oorspronkelijk bericht-----

Van: [REDACTED]

Verzonden: woensdag 23 juli 2008 14:33

Aan: [REDACTED]

CC: [REDACTED]

Onderwerp: RE: nav adviescie vraag veld

En dus zal de huisarts wellicht niet snel instemmen en heeft de dietist naast het net gevestigd. Zelfstandig kan de dietist niks beginnen (althans niet declareren), want valt niet onder de reikwijdte van de beleidsregel en dus ontstaat de afhankelijkheid.

Groeten

[REDACTED]

-----Oorspronkelijk bericht-----

Van: [REDACTED]

Verzonden: woensdag 23 juli 2008 12:48

Aan: [REDACTED]

CC: [REDACTED]

Onderwerp: RE: nav adviescie vraag veld

Als meerdere van de ruif eten, heeft het geen extra macrokosten tot gevolg. Echter, waarschijnlijker is dat door toevoeging andere beroepsbeoefenaren de ruif groter dient te worden gemaakt.

Dit is volgens mij ook wat [REDACTED] zei tijdens de adviescommissie. Wat hem betreft is het geen probleem dat de NVD er ook een beroep op gaat doen, maar dan moet er macro meer beschikbaar komen. Anders levert de huisarts in.

[REDACTED]

-----Oorspronkelijk bericht-----

Van: [REDACTED]

Verzonden: woensdag 23 juli 2008 12:35

Aan: [REDACTED]

CC: [REDACTED]

Onderwerp: Re: nav adviescie vraag veld

[REDACTED]

Uitbreiding van het macrokader kan toch alleen als verzekeraars instemmen? Nu worden regionaal op basis van alle inwoners al afspraken gemaakt. Dus hoger kan het niet worden gedacht. Waar maak ik een denkfout?

Gr [REDACTED]

----- Oorspronkelijk bericht -----

Van: [REDACTED]

Aan: [REDACTED]

Cc: [REDACTED]

Verzonden: Wed Jul 23 11:19:07 2008

Onderwerp: RE: nav adviescie vraag veld

wat zij onderling afspreken is prima, wij gaan als NZa over slechts de tarief en prestatieregulering, dus over de bekostiging/declaratie.

D8.

als ik de nvd was, zou ik ook uitbreiding van de beleidsregel willen, want je kan wel afspraken maken over projecten, maar wat betreft de bekostiging van het project heb je met de huidige beleidsregels geen poot om op te staan. dus nee projecten van dietist valt niet onder de beleidsregel, tenzij door constructie dat de huisarts declareert. maar zoals mevr [REDACTED] aangaf, je bent altijd afhankelijk en zij worden niet volledig bij de discussies betrokken omdat ze niet tot de werkingssfeer van de beleidsregel behoren. Daar heeft ze gelijk in.

Indien je de werkingssfeer uitbreidt denk ik overigens wel dat dat macro gevolgen kan hebben. Immers, meerdere (ook zelfstandige) projecten kunnen dan gestart worden.

gr
[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 22 juli 2008 18:32
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RE: nav adviescie vraag veld

[REDACTED]
Het gaat niet om declareren. Want dit wordt veelal wel geformaliseerd met een contract met een ha.
Het gaat om de vraag of er projecten van dieteisten etc onder de beleidsregel kunnen worden gebracht. De declaratie hebben verzekeraars immers geregeld door dit via een aanbieder te formaliseren en vervolgens rechtstreeks bij de verzekeraars te innen.

Maar kunnen verzekeraars de op deze manier verkregen gelden dan inzetten voor 1e lijns projecten Als dit kan zullen we dat aan het veld communiceren. Als het geld alleen kan worden ingezet voor de genoemde beroepsgroepen zouden we dit aan het veld kunnen melden. Willen ze het breder kunnen inzetten dan kan men hier een verzoek doen voor uitbreiding en kunnen we de beleidsregel dienovereenkomstig uit breiden.
Inhoudelijk heb ik niet zoveel bezwaar tegen deze uitbreiding als het veld dit graag wil. Kost macro niet meer.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
[REDACTED]
Postadres: Postbus 3017 3502 GZ UTRECHT
Bezoekadres: Newtonlaan 1-41 3584 BX UTRECHT Tel. [REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 22 juli 2008 10:59
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RE: nav adviescie vraag veld

Hoi [REDACTED]
hoe de discussie destijds is gegaan bij totstandkoming weet ik niet, maar uitgaande van de huidige beleidsregel heeft de beleidsregel een werkingssfeer van huisartsen/verloskundigen/fysiotherapeuten/oefentherapeuten/logopedisten (functioneel ihkv zvw/awbz, niet functioneel ihkv overige zorg->deze beperking staat overigens nog niet in de beleidsregel,

maar dat terzijde), dus niet gehele eerstelijns valt onder werkingssfeer vd beleidsregel. de titel is dan ook wat misleidend. Ter uitvoering van de beleidsregel worden ook alleen de tariefbeschikkingen van eerdergenoemde beroepsgroepen aangepast. Dus ook alleen deze beroepsgroepen kunnen de bedragen declareren.

Dat ze in het veld afspraken maken is prima, maar niet iedereen kan declareren, dus de nvd heeft gelijk. Willen ze ook kunnen 'trekken' op de beleidsregel, moeten ze een wijzigingsverzoek indienen (of wij doen het ambtshalve indien daartoe redenen aanwezig zijn)

groeten

[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: donderdag 17 juli 2008 16:34
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: nav adviescie vraag veld

Hoi [REDACTED]

In de adviescie werd door de nvd en nvm de vraag gesteld of de beleidsregel ondersteuning ook gebruikt kan worden (na overeenstemming lokaal overleg) voor deze beroepsgroepen. Ik formuleerde dat dit kon. [REDACTED] naast mij zij van niet omdat de beleidsregel dit niet toelaat. Ik heb toen wijselijk maar even mijn mond gehouden en we zouden dit uitzoeken.

In mijn beleving is destijds expliciet gezegd dat de gelden van de beleidsregel lokaal kunnen worden ingezet voor 1e lijns projecten breed: dus in principe ook voor bijvoorbeeld dietisten, apothekers, tandartsen etc. Dat dit veelal niet gebeurd is weer aan ehtlokaal overleg.

Er zijn in mijn herinnering geen belemmeringen om inhoudelijk of qua beroepsgroep dit soort afspraken te maken.

Vraag van mij (en [REDACTED]) aan jou (of een van de andere juristen) is of dit ook zo is. Als je de beleidsregel/beschikking leest kan men dan inhoudelijk en qua beroepsgroepen 1e lijn breed afspraken maken. Belemmert de huidige beleidsregel dit? en waar dan?

Gaarne je juridisch reactie omdat dit reden kan zijn deze te herzien. Nav je antwoord kunnen wij een toegezegd antwoord aan de adviescie formuleren.

Dank alvast

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]

Postadres: Postbus 3017 3502 GZ UTRECHT
Bezoekadres: Newtonlaan 1-41 3584 BX UTRECHT Tel. [REDACTED]

[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 13 oktober 2020 20:38
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RE: Onze kennismaking: onderwerpen voor 16 nov // workshop risicoverevening Mijnstreek samenwerking

Fijn! Ik zal wat inplannen om het voor te bespreken en tevens ook de uitnodiging doorsturen voor 16 november.

Groet,
[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: maandag 12 oktober 2020 17:19
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RE: Onze kennismaking: onderwerpen voor 16 nov // workshop risicoverevening Mijnstreek samenwerking

Ik kan aanhaken als dat gewenst is. Misschien ook iets voor [REDACTED]

[REDACTED]
Beleidsmedewerker | Directie Regulering, unit Eerstelijns Zorg



Nederlandse Zorgautoriteit
Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht
www.nza.nl | [REDACTED]

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.



Van: [REDACTED]
Verzonden: maandag 12 oktober 2020 14:38
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RE: Onze kennismaking: onderwerpen voor 16 nov // workshop risicoverevening Mijnstreek samenwerking

Dag [REDACTED],

Ik zou kunnen, ik denk alleen op inhoud dat je meer hebt aan [REDACTED] op dit dossier. [REDACTED], wat denk jij?

Groet,
[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: donderdag 8 oktober 2020 21:18
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: FW: Onze kennismaking: onderwerpen voor 16 nov // workshop risicoverevening Mijnstreek samenwerking

Hallo [REDACTED],

Op maandag 16 november hebben we een sessie gepland staan tussen ROS en de NZa. Dit is geïnitieerd om nader kennis te maken en hun meer te vertellen over onze taken en bevoegdheden; bij welke knelpunten kunnen we hen eventueel helpen in de regio.

Zij hebben dan ook enkele casuïstiek opgehaald (zie mail hieronder). Kan een van jullie daar een nadere toelichting op geven en is ook bereid om bij deze sessie aan te sluiten op 16 november?

Hoor het graag!

Groet,
[REDACTED]

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
Programmamanager 'de Juiste Zorg op de Juiste Plek' | Directie Regulering
Aanwezig op [REDACTED]



Nederlandse Zorgautoriteit

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

www.nza.nl | [REDACTED]

Volg ons op: [LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.

Legitimatie

Bij ons geldt een legitimatieplicht. Bezoekers kunnen zich legitimeren met paspoort, rijbewijs, identiteitskaart of Rijkspas.

Van: [REDACTED]
Verzonden: maandag 5 oktober 2020 17:34
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: Onze kennismaking: onderwerpen voor 16 nov // workshop risicoverevening Mijnstreek samenwerking

Beste [REDACTED],

Hoe is het met jullie? Hoop gezond en wel! Hier alles goed.

Eerder spraken we al over casuïstiek om te bespreken tijdens onze NZa – Robuust kennismaking die nu gepland staat op 16 november (tussen 10-12 uur). Volgende week maandag hebben we een afspraak om hierover verder te praten. De casuïstiek waarover we eerder spraken op een rij:

- Vanuit Werkgroep Midden-Brabant: E-coaching module stopt na ziekenhuis traject terwijl er behoefte is om deze door te zetten (bekostiging nazorg).
- Binnen de HA zorg zie je dilemma's bij de contractering in S3 indien verzekeraars een andere insteek kiezen. Als zorggroep dan lastig: je wil komen tot één congruent beleid en niet allerlei variaties maken
- Schoudercentrum: het blijkt lastig om vanwege angst voor volumereductie, collega specialisten mee te krijgen in een nieuwe 1,5 lijn voorziening
- Digitalisering: het kunnen samenwerken vanuit 1 dossier (o.a. vraagstuk vanuit apothekers Zeeuws-Vlaanderen)
- Risicoverevening: een barrière voor verdere samenwerking

t.a.v. het laatste punt deel ik graag de inzichten die partijen in de Mijnstreek onlangs hebben uitgewisseld. Zie voor het externe verslag:

<https://www.mijnzorg-ozl.nl/nieuws/risicoverevening-en-de-effecten-daarvan-in-mijnstreek-samenwerkingsprojecten>

Aan het eind van de workshop concludeerden we dat we (betrokken zorgaanbieders, zorgverzekeraar en expert:

██████████) een artikel willen opstellen rondom de huidige knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen. Graag verken ik met jullie of we hierin ook met jullie / jullie collega's kunnen optrekken. We hebben deelnemers gewezen op: <https://www.skipt.nl/nieuws/nza-adviseert-kabinet-aanpassing-risicoverevening/> > het zou interessant en relevant zijn om samen te kijken welke aanpassingen helpend zijn voor de vraagstukken in de praktijk.

Mochten jullie al nadere inzichten hebben om op voorhand te delen, laat het weten. En ook als jullie nog collega('s) willen aanhaken bij onze afspraak, dan zorg ik voor een teams uitnodiging.

Met vriendelijke groet,

██████████

Kennismanager

Ik ben als kennismanager betrokken bij de Mijnstreek samenwerking en Samen Gezond Regio Roermond.



████████████████████

████████████████████

www.rosrobuust.nl

Lichttoren 32 (Igluu), 5611 BJ in Eindhoven

sub e

Van: sub e
Verzonden: donderdag 9 juli 2020 15:02
Aan: sub e
Onderwerp: RE: ROS?

Hoi sub e,

De Rossen zijn een buitenbeentje in de bekostiging. Voorheen werden de Rossen gesubsidieerd vanuit VWS. Toen VWS van de subsidies afwilde (in 2005) werd het voormalige CTG art. 5.2, lid 1 om via de prestatie- en tariefregulering de financiering van de Rossen te regelen. Dit heeft altijd op gespannen voet gestaan met de juridische legitimiteit ervan. Immers, er door de Rossen geen zorg geleverd, maar zij ondersteunen de 1^e lijns zorgaanbieders. Dit valt feitelijk niet onder de prestatie- en tariefregulering.

De tariefbeschikking geeft de zorgverzekeraars nu de rechtvaardiging om de hiermee gemoeide kosten ten laste te brengen van de risicoverevening. De tariefbeschikking geeft de zorgaanbieder het recht een tarief in rekening te brengen aan patiënt en/of zorgverzekeraar. Dat gebeurt hier natuurlijk niet. ZN beheert de geldmiddelen door via het door de NZa vastgestelde tarief een tarief per ingeschreven verzekerde per zorgverzekeraar te innen. Met andere woorden hiermee wordt achter de voordeur de geldelijke middelen rondgepompt.

Wij hebben eigenlijk nooit contact met de Rossen. Wij stellen ook alleen het vehikel vast waarmee de zorgverzekeraars de afspraken kan maken met de Rossen. Robuust is wel een bekende (en grote geloof ik), maar er zijn er natuurlijk meerdere. Hoeveel is mij niet bekend.

Doordat de legitimiteit van de NZa-beschikking ter discussie staat, voelen de Rossen denk ik nattigheid en willen de 'banden' met de NZa aantrekken. Een gesprek is natuurlijk altijd mogelijk, ook al (met wat sub e aangaf) om meer informatie te verkrijgen over wat ze doen en waar ze tegen aan lopen.

Groet,

sub e
 Beleidsmedewerker | directie Regulering



Nederlandse Zorgautoriteit

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

www.nza.nl | sub e artikel 5.1, lid 2, sub e

Volg ons op: [LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.

Legitimatie

Bij ons geldt een legitimatieplicht. Bezoekers kunnen zich legitimeren met paspoort, rijbewijs, identiteitskaart of Rijkspas.

Parkeren

Komt u bij ons op bezoek en komt u met de auto? Geef dan tijdig uw kenteken aan ons door.

Van: sub e
Verzonden: donderdag 9 juli 2020 14:44

Aan: artikel 5.1, lid 2, sub e

CC: [redacted]

Onderwerp: RE: ROS?

[redacted] komt het dichtst in de buurt.

Beleidsmedewerker | Directie Regulering, unit Eerstelijns Zorg



Nederlandse Zorgautoriteit

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

www.nza.nl | [redacted]

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.



Van: [redacted]

Verzonden: donderdag 9 juli 2020 14:43

artikel 5.1, lid 2, sub e

Aan: [redacted]

Onderwerp: RE: ROS?

Hi [redacted], dank voor je snelle reactie.

Wij hebben geen vaste contactpersoon voor de ROSsen?

Voeren we er al gesprekken mee?

Van: [redacted]

Verzonden: donderdag 9 juli 2020 14:24

Aan: [redacted]

Onderwerp: FW: ROS?

[redacted]

Ik ben wel geïnteresseerd in gesprek want ROS is een wat blinde vlek voor me, en raakt wel zowel de ADZ discussie als O&I huisartsenzorg. Er zijn zeker meer ROS-sen, en zij beslaan eigenlijk het deel coordinatie van 1^e lijn buiten de huisarts om. Waar de huisarts de zorggroep heeft, heeft de apotheker, fysiotherapeut etc. De ROS. Takenpakket en slagkracht van deze organisaties is zeer divers, en ik weet dat verzekeraars langzaam de touwtjes aantrekken om meer kritisch te kijken naar de gelden die hier naartoe vloeien en de werkzaamheden die hier tegenover staan. Dat kan de aanleiding zijn waarom ze nu contact zoeken.

ROSsen kennen eigen bekostiging op basis van bedrag per verderde. Wij stellen maximumtarief vast en lokaal wordt "daaronder" onderhandeld.

Eigenlijk dus de ADZ-route die tot voorheen niet goed wetmatig was, maar waar geen alternatief voor bestond.

Beleidsmedewerker | Directie Regulering, unit Eerstelijns Zorg



Nederlandse Zorgautoriteit

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

www.nza.nl | [REDACTED]

artikel 5.1, lid 2, sub e

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.**Van:** [REDACTED]**Verzonden:** donderdag 9 juli 2020 12:26**Aan:** [REDACTED]**Onderwerp:** ROS?

Ha [REDACTED]

Voor JZOJP ben ik benaderd door Ros Robuust, zij willen een keer kennismaken en ons op locatie ontvangen om hun projecten toe te lichten en over samenwerking met de NZa te praten. Graag ga ik dat gesprek in met iets meer kennis dan ik nu heb 😊. Daarom een paar vragen, hoop dat jullie me kunnen helpen:

- Is ROS Robuust al bekend bij ons/jullie? Hebben we daar al contacten mee en zo ja, wie heeft die?
- Er zijn toch meer ROSSen? Hoe worden die gefinancierd? En hebben wij een contactpersoon voor de ROSSen?
- Welke relatie hebben wij met de ROSSen? Hoe ziet samenwerking eruit?

Alvast enorm bedankt.

Groeten, [REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 20 november 2012 09:55
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: Rossen

From: [REDACTED]
Sent: 20-11-2012 09:54:32
Subject: Rossen
To: [REDACTED]

This message has been archived. [View the original item](#)

Geachte mevrouw [REDACTED]

Naar aanleiding van uw onderstaande vraag merken wij het volgende op. Allereerst excuses voor de vertraagde beantwoording.

De NZa stelt jaarlijks op grond van beleidsregel BR/CU-7028 'Regionale ondesteuningsstructuur eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling' een tariefbeschikking vast waarin de hoogte wordt aangegeven van het maximumtarief dat door diverse eerstelijns zorgaanbieders in rekening mag worden gebracht. De module Regionale ondersteuningsstructuur eerstelijnszorg bedraagt in 2012 € 1,44 per verzekerde en kan alleen in rekening worden gebracht indien hiervoor een overeenkomst is gesloten met de ziektekostenverzekeraar. De module kan per verzekerde slechts één keer in rekening worden gebracht.

Hiermee wordt het veld een instrumentarium gegeven om de macro beschikbare premiegelden voor regionale ondersteuning van eerstelijnszorg toe te kennen. Met de inzet van van deze middelen wordt beoogd de eerstelijnszorg te verstrekken, onder andere door multid

Attachments:

[image001.jpg](#)

(8 KB)

artikel 5.1, lid 2, sub e

Van: [REDACTED]
Verzonden: donderdag 10 december 2009 17:38
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: Brief KNMP voor openstellen BR ROS
Bijlagen: Brief KNMP voor openstellen BR ROS.pdf

Ter info.

Nu ook verzoek KNMP aan VWS voor openstellen BR ROS.

Groet,
[REDACTED]

Nederlandse Zorgautoriteit

09d0051732 ontvangen 02/12/2009

Koninklijke Nederlandse Maatschappij
ter bevordering der Pharmacie**KNMP**

Pagina 1

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

artikel 5.1, lid 2, sub e

Postbus 20350

1500 ED DEN HAAG

Alexanderstraat 11

2514 JL Den Haag

Postbus 30460

2500 GL Den Haag

Telefoon

artikel 5.1, lid 2, sub e

Telefax

Datum 24 november 2009

Oms kenmerk

artikel 5.1, lid 2, sub e

Doorkiesnr.

Fax

E-mail

@knmp.nl

Betreft

Openstellen ROSSen voor apothekers

G.C.

Nederlandse Zorg autoriteit (NZa) en Zorgverzekeraar Nederland
(ZN)

Geachte heer artikel 5.1, lid 2, sub e

Een belangrijke conclusie van minister Klink op het congres "Eén zorg ontketend" is dat de apotheker een onmisbare schakel vormt in de ketenzorg. Chronisch zieke patiënten die vaak veel geneesmiddelen gebruiken, krijgen geen optimale zorg als niet is voorzien in veilige en doelmatige farmaceutische zorg. Die omvat op de individuele (chronische) patiënt toegesneden medicatiebewaking, begeleiding bij het juiste en daarmee doelmatige en veilige gebruik van geneesmiddelen en het bevorderen van therapietrouw. De KNMP onderschrijft dat effectieve en efficiënte ketenzorg alleen tot stand komt in goede samenwerking tussen alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg rond die chronische patiënt met erkenning van ieders kwaliteiten. Daar willen wij ook samen met onze achterban een belangrijke rol in vervullen.

Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS) zijn enige jaren geleden in het leven geroepen om een aantal beroepsgroepen kwalitatief te ondersteunen. Zij worden bekostigd via de zorgverzekeraars. Wij constateren dat zij een steeds grotere rol krijgen toebedeeld bij de vormgeving van de ketenzorg. Dat blijkt niet alleen uit beleidsvoornemens van het ministerie, maar ook ZON MW heeft onlangs bij de toelichting op het programma "Op één lijn" aangegeven gebruik te zullen maken van deze regionale ondersteuningsstructuren.

De KNMP (evenals de Nederlandse Vereniging van Diëtisten) heeft de afgelopen jaren bij herhaling in het LOVE aandacht gevraagd voor het feit dat apothekers en diëtisten slechts in een beperkt aantal gevallen toegang krijgen tot de ROSSen. Een voornaam argument voor het buiten de deur houden van apothekers is dat de ROS wordt bekostigd uit geoormerkte middelen en dat de ROS dus uitsluitend ondersteuning verleent aan zorgaanbieders op wie de betreffende beleidsregel van de NZa wel van toepassing is. Apothekers zijn daarin niet opgenomen.

Het is ironisch dat het beleid van integrale bekostiging van de ketenzorg en ontschotting van de financiering kwalitatief inhoudelijk moet worden ondersteund door organisaties die zich formeel beroepen op financiële schotten om bepaalde beroepsgroepen die wel bij de ketenzorg betrokken zijn niet te ondersteunen.

Betalingen aan KNMP, Den Haag

ING Bank reknr. 67.79.21.845

Postbank reknr. 9531

KvK F 14071000



Pagina 2

Gezien de conclusie dat de apotheker een onmisbare schakel is in de ketenzorg verzoeken wij VWS op korte termijn maatregelen te nemen die het mogelijk maken de apotheker als volwaardige partner tot de ROS toe te laten. Wij zijn er van overtuigd dat het de integrale ketenzorg ten goede zal komen.

De KNMP is uiteraard graag bereid tot een nadere toelichting.

Afschrift van deze brief is verzonden aan de NZa en ZN.

Met vriendelijke groet,

artikel 5.1, lid 2, sub e

Manager afdeling Beleidscoördinatie en
Verenigingszaken

artikel 5.1, lid 2, sub e

Van: artikel 5.1, lid 2, sub e
Verzonden: maandag 5 september 2022 15:05
Aan: artikel 5.1, lid 2, sub e
Onderwerp: RE: Context beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijnszorg

Wij hebben nooit sterk gecommuniceerd over toekomst ROS oid, dus ik zou zeggen, laat maar even rusten.

Met vriendelijke groet,

artikel 5.1, lid 2, sub e

Beleidsmedewerker | Directie Regulering, unit Eerstelijns Zorg

artikel 5.1, lid 2, sub e

Aanwezig op maandag t/m donderdag



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Van: [redacted] artikel 5.1, lid 2, sub e
Verzonden: maandag 5 september 2022 14:32
Aan: [redacted]
Onderwerp: FW: Context beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijnszorg

Hoi [redacted]

[redacted] hint zelf om een regionale aansluiting al O&I. Eigenlijk wat jij ook al aangaf.

Maar de aanleiding van de vraag lijkt mij dat de aanbieders zoeken naar een financieringsvorm van regionale organisatie en dat het aansluiten bij O&I richting de toekomst dan meer voor de hand ligt dan aansluiting zoeken bij ROS.

Vandaar dat je verwacht dat deze regelgeving op termijn zal moeten opgaan in de bekostiging O&I-gelden of iets dergelijks.

Laten rusten of nog een reactie hierop geven dat wij dat voor de toekomst ook voorogen zien?

Van: artikel 5.1, lid 2, sub e [redacted] @knmp.nl>
Verzonden: maandag 5 september 2022 14:27
Aan: [redacted]

CC: [REDACTED]

Onderwerp: RE: Context beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijnszorg

Dag [REDACTED]

Dank voor je mail.

Het gaat mij er vooral om apothekers in de regio's de juiste aansluiting te laten realiseren, waarbij de liefde (vanuit de behoefte aan een sterke eerstelijns, in het belang van de verzekerden) bij voorkeur van twee kanten komt.

Ik lees goed dat je dit niet iets voor de NZa vindt. Ik had dat vanuit de gedachte dat de NZa met een regeling met publieke middelen ook doelstellingen nastreeft anders verwacht, maar dat terzijde. Kennelijk zitten jullie er anders in wat betreft deze regeling dan hoe jullie erin zitten bij de O&I (zoals o.a. tot uiting gebracht in de monitor). Ik neem dat voor nu even voor kennisgeving aan. Met de gegeven info kunnen wij goed verder.

Meer info over regionalisering en de openbare farmacie, vind je overigens hier:

<https://www.knmp.nl/dossiers/regionalisering>

Met vriendelijke groet, [REDACTED]

Van: [REDACTED]

Verzonden: maandag 5 september 2022 13:58

Aan: [REDACTED] [@knmp.nl](mailto:[REDACTED]@knmp.nl)>

CC: [REDACTED]

Onderwerp: RE: Context beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijnszorg

Geachte heer [REDACTED]

De ondersteuningsgelden betreffen macro beschikbare premiemiddelen voor regionale ondersteuning van de eerstelijnszorg. Deze gelden worden toegekend op basis van de NZa Beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijnszorg (BR/REG-20146). Zorgverzekeraars dragen hiervoor jaarlijks vastgestelde modulebedragen af aan Stichting Ondersteuning Eerste Lijn (StOEL), die op haar beurt op basis van het aantal inwoners per regio een herverdeling van deze gelden maakt. De eerstelijns disciplines die binnen de reikwijdte van deze beleidsregel vallen, zijn: huisartsen, verloskundigen, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, zorgaanbieders die Basis GGZ leveren, diëtisten en apothekers.

Met de ondersteuningsgelden voor eerstelijnszorg wordt door zorgverzekeraars gezamenlijk ondersteuning ingekocht en de organisatie van een krachtige eerstelijnszorg in de regio nagestreefd, die kwalitatief hoogwaardig, betaalbaar en bereikbaar is, aansluit bij regionale kenmerken en vraagstukken én de samenwerking binnen de totale eerstelijnszorg stimuleert. De ondersteuning wordt vaak opgesplitst in twee typen ondersteuning, te weten basis- en projectondersteuning.

Of en op welke wijze de KNMP zich daarbij in de 'picture' speelt bij de bestaande Rossen en ZN om ook (wellicht) aanspraak te kunnen maken op de beschikbare premiemiddelen is niet aan ons.

Met vriendelijke groeten

[REDACTED]

Beleidsmedewerker | Unit Eerstelijnszorg

Aanwezig op [REDACTED]



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Van: [REDACTED] [@knmp.nl](mailto:[REDACTED]@knmp.nl)>

Verzonden: woensdag 31 augustus 2022 10:14

Aan: [REDACTED]

Onderwerp: Context beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijnszorg

Ha [REDACTED]

Zoals beloofd even op de mail. We hebben met jullie regelmatig contact in het kader van (de monitor) O&I, maar daarnaast is er ook de [Beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijnszorg - BR/REG-22156 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#) gericht op de bekostiging van de ROS-en.

In de toelichting op de beleidsregel staat dat het (maximum) tarief voor de module regionale ondersteuning eerstelijnszorg alleen in rekening kan worden gebracht als voor deze module een overeenkomst is gesloten met de ziektekostenverzekeraar.

Wij zijn wel benieuwd naar de governance rond die ROS-en en hoe verzekeraars hierbij ook sturen op voldoende betrokkenheid van andere eerstelijns zorgverleners. Het is bijv. interessant om te zien dat de [ROS-en](#) zelf de KNOV en de KNGF wel noemt als samenwerkingspartners, maar de KNMP niet. Wellicht hebben wij daar dus zelf ook nog wat in te doen.

Voor we daar bijv. via InEen of andere wegen in het kader van ons programma regionalisering mee aan de slag gaan, even de vraag hoe wat jullie betreft de formele lijnen lopen. Heb jij een collega die ons daar wat meer over kan vertellen?

Groet van [REDACTED]



Alexanderstraat 11
2514 JL Den Haag

www.knmp.nl | www.apotheek.nl

Denk aan het milieu voordat u dit bericht print

Disclaimer NZa

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht per abuis aan u is toegezonden, wordt u vriendelijk verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. De NZa aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.



Vaststelling prestatie- en tariefbeschikkingen NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) deelt op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg mee de navolgende prestatie- en tariefbeschikking(en) te hebben vastgesteld.

Vastgesteld op 10 juni 2020

Prestatie- en tariefbeschikking regionale ondersteuning eerstelijnszorg

TB/REG-21628-01

Alle collectieve prestatie- en tariefbeschikkingen liggen ter inzage bij de NZa.
U kunt ze ook raadplegen op www.nza.nl.

artikel 5.1, lid 2, sub e

Van: artikel 5.1, lid 2, sub e
Verzonden: vrijdag 19 februari 2010 07:26
Aan: sub e
Onderwerp: RE: TB & BR ROS

sub e

Zal er naar kijken, maar eerste reactie is dat ik dat gek vind. ELP is pas sinds 1 januari 2008 onder de reikwijdte Wmg gekomen, daarvoor niet. Maar de beleidsregels ROSSEn bestaat toch al langer ? Dan zou het vanaf 2008 er al onder hebben moeten staan ??

sub e

Van: artikel 5.1, lid 2, sub e
Verzonden: donderdag 18 februari 2010 16:34
Aan:
Onderwerp: TB & BR ROS

, ik constateer dat de ELP niet in de werkingsfeer van de TB voor de ROS staat, maar wel in de BR. Dat lijkt mij een omissie. Graag ter toetst even of jij dezelfde mening bent toebedaan want dan laat ik een gewijzigde TB op onze website plaatsten (misschien bewust geen onderdeel van de TB?)

Groet

artikel 5.1, lid 2, sub e

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 15 oktober 2013 11:27
Aan: [REDACTED] artikel 5.1, lid 2, sub e
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RvB 1.5

From: [REDACTED]
Sent: 15-10-2013 11:26:39
Subject: RvB 1.5
To: [REDACTED]

This message has been archived. [View the original item](#)

[REDACTED],

Graag ivm interne verspreiding van de notulen en besluiten graag vandaag een check op onderstaande tekst.

1.5 Beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijns zorg en kwaliteitsontwikkeling
 Aanwezig: [REDACTED] en [REDACTED] (notulen).

artikel 5.1,
lid 2, sub e

Aanleiding

Voor 2014 heeft de NZa de prestaties en tarieven voor de GGZ, niet zijnde gespecialiseerde GGZ (Basis GGZ) vastgesteld. Als gevolg hiervan dient de beleidsregel 'Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling' hiervoor qua tekst te worden aangepast. Op grond van deze beleidsregel worden de macro beschikbare premiemiddelen voor regionale ondersteuning van eerstelijnszorg toegekend. Met de inzet van deze middelen wordt beoogd de eerstelijnszorg te versterken, onder andere door multidisciplinaire samenwerking binnen de totale eerstelijnszorg te stimuleren.

De huidige beleidsregel is van toepassing op zorg omschreven bij of krachtens de Zvw die wordt geleverd door eerstelijnszorgaan

Attachments:

[image001.jpg](#)

(8 KB)

artikel 5.1, lid 2, sub e

Van: [REDACTED]
Verzonden: maandag 15 februari 2010 18:09
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: Verzoek gesprek VWS over BR ROS
Bijlagen: TB ROS 16789-1900-10-1_-_volgnr_10_met_toelichting.pdf; BR ROS.pdf

Hoi [REDACTED]

Ik heb vandaag een verzoek gekregen van VWS om te praten over het functionaliseren van de BR ROS (zie bijlage).

Vragen die ze hebben en met ons willen bespreken zijn:

- Hoe is de GGZ (eerstelijns psycholoog) ooit toegevoegd aan deze BR?
- Hoe kan e.e.a. functioneel worden omschreven maar toch zo dat bijv. thuiszorg kan worden uitgesloten (juridische input vereist)
- Hoe heeft de kostenverdeling plaatsgevonden (stukje historie)

Mij lijkt het handig dat er iig iemand vanuit het 'kernteam' bij het gesprek aansluit, maar daarnaast zou het goed zijn als er iemand met juridische achtergrond meedenkt en/of iemand die betrokken is geweest bij toevoeging van de GGZ. Zou jij mee willen denken wie bij dit overleg kan aansluiten?

Voorkeur gaat om in de week van 1 maart, en dan liefst vrijdag 5 maart ergens op Utrecht CS een broodje te eten.

Gesprek is met [REDACTED] en [REDACTED]

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
Beleidsmedewerker Directie Cure
De Nederlandse Zorgautoriteit

TARIEFBESCHIKKING

Nummer 16789-1900-10-1	Datum ingang 1 januari 2010	Datum beschikking 23 november 2009	Datum verzending 25 november 2009
Volgnr. 10	Geldig tot	Behandeld door directie Zorgmarkten Cure	

De Nederlandse Zorgautoriteit

heeft krachtens de paragrafen 2 en 4 van hoofdstuk 4 van de Wmg

op basis van de beleidsregels:

- voor zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden
- voor zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals verloskundigen die bieden
- voor zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals fysiotherapeuten die bieden
- voor zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals oefentherapeuten die bieden
- voor zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals logopedisten die bieden

en gelet op:

Wmg-artikel 35 jo.
art. 52 lid 5

besloten:

dat rechtsgeldig

door:

- zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden
- zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals verloskundigen die bieden
- zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals fysiotherapeuten die bieden
- zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals oefentherapeuten die bieden
- zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals logopedisten die bieden
- en zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1 onder c sub 2 van de Wmg

aan:

alle ziektekostenverzekeraars en alle (niet-)verzekerden

prestatiebeschrijving en bijbehorend maximumtarief (in euro's):

maximaal de bedragen per jaar, zoals dat wordt vermeld achter de desbetreffende prestatie, in rekening kan worden gebracht. Deze maximumtarieven zijn inclusief BTW-kosten, maar exclusief de BTW-heffing en afdracht door een zorgaanbieder.

	Tarief
- module* Regionale ondersteuning eerstelijnszorg	€ 1,36
- module* Kwaliteitsontwikkeling	€ 0,15

* De **module** kan alleen in rekening worden gebracht als voor deze module een overeenkomst is gesloten met de ziektekostenverzekeraar. De **module** kan per verzekerde maar 1 keer in rekening worden gebracht.

Vervolg van tariefbeschikking 16789-1900-10-1

Nederlandse Zorgautoriteit

De geldigheidsduur van de eerder afgegeven tariefbeschikking 16789-1900-09-1 van 8 december 2008 wordt met de afgifte van deze tariefbeschikking beperkt tot en met 31 december 2009.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit

artikel 5.1, lid 2, sub e


directeur Zorgmarkten Cure

zie bijgevoegde toelichting

TOELICHTING

bij tariefbeschikking

1. Werkingssfeer

Voor de toepassing van deze tariefbeschikking wordt een persoon, die

- krachtens de sociale ziektekostenwetgeving van een andere staat verzekerd is en
- in Nederland woont of hier tijdelijk verblijft en
- krachtens een Verordening van de Raad van de Europese Unie, dan wel krachtens enig ander door Nederland gesloten bilateraal of multilateraal verdrag, recht heeft op verstrekkingen overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, gelijkgesteld met een Zorgverzekeringswet-/AWBZ-verzekerde.

2. Bezwaar/Beroep

Ingevolge artikel 105 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) juncto artikel 7:1 lid 1 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit een bezwaarschrift, per post dan wel per fax, indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit, Unit Bezwaar, beroep en boetes, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht. Het bezwaar dient conform artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet tenminste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt en de gronden van het bezwaar. Het verdient aanbeveling om een afschrift van het bestreden besluit bij te voegen.

Tarief en prestatiebeschrijvingen voor modules regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling

1. Algemeen

Kenmerk
CV-0000-17.0-5

- a. Deze beleidsregel is van toepassing op
 - zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden;
 - zorgaanbieders die eerstelijns psychologische zorg leveren, welke niet wordt verleend door huisartsen;
 - zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals verloskundigen die bieden;
 - zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals fysiotherapeuten die bieden;
 - zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals oefentherapeuten die bieden;
 - zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals logopedisten die bieden.
- b. Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2008 en werkt terug tot die datum indien de mededeling in de Staatscourant dat de beleidsregel bij de NZa ter inzage ligt na deze datum plaatsvindt.
- c. De Beleidsregel 'De Module regionale ondersteuning eerstelijnszorg voor huisartsen, verloskundigen, oefentherapeuten C/M, fysiotherapeuten en logopedisten, eerstelijns psychologen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en algemeen maatschappelijk werkenden met nummer CV-0000-17.0-4 eindigt op 31 december 2007.
- d. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als "De beleidsregel module regionale ondersteuning voor eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling".

2. Module regionale ondersteuning eerstelijnszorg

De module 'regionale ondersteuning eerstelijnszorg' is een maximumbedrag per verzekerde. Het maximumtarief bedraagt op niveau 2007 maximaal onafgerond € 1,25 per verzekerde.

Het tarief definitief niveau 2007 muteert van niveau 2007 naar niveau 2008 en volgend met 0,8 maal het mutatiepercentage van de 'personeelskosten' plus 0,2 maal het mutatiepercentage van de 'overige kosten'. De mutatiepercentages voor 'personeelskosten' en 'overige kosten' staan beschreven in de beleidsregel CV-0000-2.0.2.

3. Module kwaliteitsontwikkeling

De module 'kwaliteitsontwikkeling' is een maximumbedrag per verzekerde. Het maximumtarief bedraagt op niveau 2007 maximaal onafgerond € 0,10 per verzekerde.

Kenmerk

CV-0000-17.0.-5

Pagina

2 van 2

Het tarief definitief niveau 2008 muteert van niveau 2008 naar niveau 2009 en volgend met 0,8 maal het mutatiepercentage van de 'personeelskosten' plus 0,2 maal het mutatiepercentage van de 'overige kosten'. De mutatiepercentages voor 'personeelskosten' en 'overige kosten' staan beschreven in de beleidsregel CV-0000-2.0.2.

Zolang het maximumtarief, berekend volgens de bovenstaande formule, lager is dan € 0,15 bedraagt het maximumtarief € 0,15.

4. Ambtshalve vaststelling

Op basis van artikel 52 lid 5 en 57 lid 5 Wmg stelt de NZa, ter uitvoering van deze beleidsregel, de prestatiebeschrijvingen dan wel de tarieven ambtshalve vast.

artikel 5.1, lid 2, sub e

Ergotherapie Nederland

Orteliuslaan 750
3528 BB Utrecht

Zorgverzekeraars Nederland

Postbus 444
2300 AK LEIDENNewtonlaan 1-41
3584 BX UtrechtPostbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11

F [REDACTED]
E info@nza.nl Gewijzigde veldcode
I www.nza.nl**Behandeld door**
Directie Regulering**Telefoonnummer**
[REDACTED]**E-mailadres**
info@nza.nl**Onderwerp**
Uitbreiding reikwijdte beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijnszorg met ergotherapie**Datum**
5 december 2017

Geachte heren [REDACTED] en [REDACTED]

Hierbij informeer ik u over de vaststelling van ~~de~~ Beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling, met kenmerk BR/REG-18157. Dit naar aanleiding van een gezamenlijk verzoek van Ergotherapie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland om ergotherapie op te nemen in de reikwijdte.

De beleidsregel en onderliggende prestatie- en tariefbeschikking kent een ingangsdatum van 1 januari 2018. De gewijzigde beleidsregel vindt u op onze website www.nza.nl. Op grond van deze beleidsregel is prestatie- en tariefbeschikking TB/REG-18627-02 vastgesteld, welke ~~De beleidsregel treft u aan als in de~~ bijlage bij deze brief is toegevoegd.

In de verwachting u hiermee te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

[REDACTED] Eerstelijnszorg

Van: [REDACTED]
Verzonden: maandag 18 maart 2024 12:19
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: FW: Agenda en stukken TO haz 12 maart 2024
Bijlagen: Regelgeving Rossen

Hoi beiden,

Zie onder reactie van InEen aanvullend op recente TO, over aanpassing term basis-GGZ in regelgeving ROS. De aanleiding hiervoor nog even in de bijlage; inclusief een mailwisseling tussen jullie twee.

Ondanks dat het voorstel al van veel eerder komt lijkt het er toch op dat we te voortvarend zijn met dit aanpassen.

Hoe denken jullie er over? Kan het kwaad om het zo te laten en op de long list te zetten / in de gaten te houden wanneer het moment daar is?

Groet [REDACTED]

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
Beleidsmedewerker Eerstelijnszorg | Directie Regulering

06 - 30 35 80 14

Aanwezig op [REDACTED]



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)

Van: [REDACTED]
Verzonden: vrijdag 15 maart 2024 5:19
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RE: Agenda en stukken TO haz 12 maart 2024

Beste [REDACTED]

Zoals afgesproken hierbij een terugkoppeling over de terminologie in de ROS-beleidsregel.

De term eerstelijns GGZ wordt niet herkend door onze ROS'en. De term basis-GGZ is voor ROS'en herkenbaar als ZVW-term en werkbaar in de praktijk. Op allerlei officiële sites (o.a. VWS, GGZ) wordt ook (nog) gesproken over basis GGZ. Waarom willen jullie de terminologie veranderen? In de memo stond alleen: *Met de introductie van de bekostiging via het nieuwe zorgprestatiemodel (ZPM) is de vraag of de term basis GGZ nog bestaat. Dit heeft consequenties voor de regelgeving ROS.* Dat geeft ons/hen geen duidelijkheid. Graag de huidige termen continueren of een nadere toelichting.

Met vriendelijke groet,



beleidsmedewerker

werkdagen:

De verstuurde informatie is alleen bedoeld voor de persoon of instelling aan wie ze geadresseerd is en kan vertrouwelijke en/of geheime gegevens bevatten. Elke herziening, verspreiding of ander gebruik van deze informatie is niet toegestaan zonder voorafgaande toestemming van de afzender. Indien u deze informatie per ongeluk hebt ontvangen wordt u verzocht contact op te nemen met de afzender en de informatie te verwijderen uit uw computer.

Van: [redacted]
Verzonden: dinsdag 5 maart 2024 16:51
Aan: [redacted]
Onderwerp: Agenda en stukken TO haz 12 maart 2024

Beste allen,

Op 12 maart om 9.30u staat er weer een TO huisartsenzorg gepland. Op de agenda staan verschillende onderwerpen die (mogelijk) tot beleidswijzigingen per 2025 gaan leiden. De volledige agenda is als volgt:

1. Opening en mededelingen
2. Mogelijke beleidswijzigingen nav memo
3. Vervolg planning TO's, waaronder HDS
4. Rondvraag en afsluiting

In de bijlage het memo met mogelijke beleidswijzigingen, samen met twee bijlagen welke betrekking hebben op de prestatie euthanasie waar in het memo naar wordt verwezen.

Tot volgende week!

Met vriendelijke groet,

[redacted]
Beleidsmedewerker Eerstelijnszorg | Directie Regulering

Aanwezig op [redacted]



Nederlandse Zorgautoriteit
info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)

Disclaimer NZa

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht per abuis aan u is toegezonden, wordt u vriendelijk verzocht dat aan de afzender te melden en

het bericht te verwijderen. De NZa aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 8 november 2023 11:45
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: Regelgeving Rossen
Bijlagen: Re: Vraagje GGZ

Opvolgingsvlag: Opvolgen
Vlagstatus: Met vlag

Hoi [REDACTED] en [REDACTED]

Vanuit mijn huisartsen periode is er nog één openstaand punt v.w.b. aanpassing regelgeving.

Dit betreft het volgende:

Wij kennen in de eerste lijn de BR regionale ondersteuning eerstelijnszorg. Deze BR heeft als doel:

De beleidsregel heeft als doel een instrumentarium te bieden waarmee de macro beschikbare premiemiddelen voor regionale ondersteuning van de eerstelijnszorg kunnen worden toegekend. Met de inzet van deze middelen wordt beoogd de eerstelijnszorg te versterken, onder andere door multidisciplinaire samenwerking binnen de totale eerstelijnszorg te stimuleren. Het gaat hierbij om multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, verloskundigen, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, zorgaanbieders die Basis GGZ leveren, diëtisten en apothekers

Zorgverzekeraars dragen het modulebedrag af aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN), die op haar beurt op basis van het aantal inwoners per regio een herverdeling van deze gelden maakt.

Daarbij is de BR onder meer van toepassing op GGZ, niet zijnde gespecialiseerde GGZ (dus Basis GGZ). Met het nieuwe ZPM is de vraag of basis GGZ nog bestaat.

In bijgevoegd mailwisseling zie je de conclusie en aanpassing voor de regelgeving. Omdat deze regelgeving wordt aangepast in het Project ha-zorg, mail ik dus jullie. Volgens mij kan het gewoon meelopen in de cyclus.

Hieronder concreet de aanpassing.

Regelgeving

- Beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijnszorg - BR/REG-24134
- Prestatie- en tariefbeschikking regionale ondersteuning eerstelijnszorg - TB/REG-24623-01

Aanpassing BR

Artikel 1 Doel van de beleidsregel

De beleidsregel heeft als doel een instrumentarium te bieden waarmee de macro beschikbare premiemiddelen voor regionale ondersteuning van de eerstelijnszorg kunnen worden toegekend. Met de inzet van deze middelen wordt beoogd de eerstelijnszorg te versterken, onder andere door multidisciplinaire samenwerking binnen de totale eerstelijnszorg te stimuleren. Het gaat hierbij om

multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, verloskundigen, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, zorgaanbieders die **Basis eerstelijns** GGZ leveren, diëtisten en apothekers.

Zorgverzekeraars dragen het modulebedrag af aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN), die op haar beurt op basis van het aantal inwoners per regio een herverdeling van deze gelden maakt.

&

Artikel 2 Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) die wordt geleverd door eerstelijns zorgaanbieders die:

- geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen en verloskundigen die bieden;
- geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) leveren, ~~niet zijnde gespecialiseerde GGZ (Basis GGZ)~~;
- paramedische zorg leveren zoals ergotherapeuten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en diëtisten die bieden;
- farmaceutische zorg leveren zoals apotheekhoudende die bieden.

Voor zover geen sprake is van zorg als omschreven in de vorige zin, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen¹ of werkzaamheden² op het terrein van:

- de geneeskundige zorg zoals huisartsen en verloskundigen die bieden;
- ~~de Basis GGZ de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg die wordt geleverd in de eerste lijn;~~
- de paramedische zorg zoals ergotherapeuten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en diëtisten die bieden;
- de farmaceutische zorg zoals apotheekhoudende die bieden.

geleverd door of onder verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3, dan wel 34, van de Wet BIG.

Aanpassing TB

door:

- zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen en verloskundigen die bieden;
- zorgaanbieders die **eerstelijns** geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) leveren, ~~niet zijnde gespecialiseerde ggz (basis ggz)~~;
- zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals ergotherapeuten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en diëtisten die bieden;
- zorgaanbieders die farmaceutische zorg leveren zoals apotheekhoudende die bieden;
- zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel c, onder 2°, van de Wmg (factormaatschappijen),

Bij vragen hoor ik het wel!

Groet,
[redacted]

Met vriendelijke groet,

[redacted]

Jurist | Eerstelijnszorg

[redacted]

Aanwezig op [redacted]



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)

Van: [REDACTED]
Verzonden: donderdag 2 november 2023 11:05
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: Re: Vraagje GGZ

Aah oke. Dank [REDACTED] Ik denk dat die nu zijn vervangen door HA/POH en lichte ggz (eerder basis ggz) die toch tweedelijns is.

Verzonden vanuit [Outlook voor iOS](#)

Van: [REDACTED]
Verzonden: Thursday, November 2, 2023 10:46:04 AM
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: RE: Vraagje GGZ

Hoi [REDACTED]
 Vroeger hadden we binnen de eerstelijns specifieke regelgeving voor de eerstelijns psychologen. Hun branchevereniging was LVE, de Landelijke Vereniging voor Eerstelijns psychologen. De huisarts verwees de patiënt hiernaartoe als de ggz-zorg generalistisch van aard was. Die is op een gegeven moment opgegaan in regelgeving GGZ.

Van: [REDACTED]
Verzonden: donderdag 2 november 2023 10:22
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: RE: Vraagje GGZ

Hoi beiden,
 Dit lijkt me ook werken, ja. Uit interesse: ik zou niet weten wie dat zijn, psychologen in de eerste lijn. Heb jij daar een beeld bij, [REDACTED]
 Groeten,
 [REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: maandag 30 oktober 2023 15:58
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: RE: Vraagje GGZ

Ow nog mooier ☺
 [REDACTED], eens?

Van: [REDACTED]
Verzonden: maandag 30 oktober 2023 1:40
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: RE: Vraagje GGZ

Je wilt duidelijk hebben dat het niet om de gespecialiseerde ggz gaat. Het is immers geneeskundige geestelijke ondersteuning aan eerstelijns zorgaanbieders. Eerstelijns ggz zorg omvat toch meer dan alleen de poh-ggz zorg door huisartsen? Vallen de eerstelijns psychologen hier namelijk ook niet onder? Ik zou dus voorkeur hebben voor

Deze beleidsregel is van toepassing op zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) die wordt geleverd door eerstelijns zorgaanbieders die:

- geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen en verloskundigen die bieden;
- geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) leveren;
- paramedische zorg leveren zoals ergotherapeuten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en diëtisten die bieden;
- farmaceutische zorg leveren zoals apotheekhoudende die bieden.

Voor zover geen sprake is van zorg als omschreven in de vorige zin, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen¹ of werkzaamheden² op het terrein van:

- de geneeskundige zorg zoals huisartsen en verloskundigen die bieden;
 - de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg die wordt geleverd in de eerste lijn;
- de paramedische zorg zoals ergotherapeuten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en diëtisten die bieden;
- de farmaceutische zorg zoals apotheekhoudende die bieden.

geleverd door of onder verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3, dan wel 34, van de Wet BIG.

Van: [REDACTED]

Verzonden: maandag 30 oktober 2023 12:57

Aan: [REDACTED]

Onderwerp: RE: Vraagje GGZ

Hi,

Ook mee eens als dat inderdaad gewoon die zorg is. Dan zou misschien gewoon de hele term basis GGZ eruit kunnen, nu dat valt onder de huisartsenzorg.

@ [REDACTED], wat denk jij?

Van: [REDACTED]

Verzonden: dinsdag 24 oktober 2023 2:45

Aan: [REDACTED]

Onderwerp: RE: Vraagje GGZ

Hoi [REDACTED]

Ja kan ik me voorstellen. Al blijft de vraag wat dan ggz in de eerste lijn is. Dat is de huisarts/POH-ggz, denk ik? Misschien goed om die juist expliciet te benoemen om geen verwarring te creëren over wat eerstelijns ggz zou zijn?

Groeten,

[REDACTED]

Van: [REDACTED]

Verzonden: vrijdag 20 oktober 2023 16:06

Aan: [REDACTED]

Onderwerp: RE: Vraagje GGZ

Ho [REDACTED] er [REDACTED]

Het 'even laten voor dit jaar' in onderstaande mail is inmiddels 2 jaar geleden, maar nu is het wel een goed moment om daar naar te kijken.

Als ik onderstaande mails weer zo lees, lijken mij de conclusies nog hetzelfde. Vraag is dan hoe we de zinsnede 'GGZ, niet zijnde gespecialiseerde GGZ (Basis GGZ)' dan zouden moeten omschrijven.

Nu denk ik dat het niet zo moeilijk is, aangezien al wordt gesproken over 'eerstelijns zorgaanbieders', dus zou de tekst dan misschien zo kunnen (in rood mijn aanpassingen):

Deze beleidsregel is van toepassing op zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) die wordt geleverd door eerstelijns zorgaanbieders die:

- geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen en verloskundigen die bieden;
- geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) leveren, ~~niet zijnde gespecialiseerde GGZ (Basis GGZ)~~;

– paramedische zorg leveren zoals ergotherapeuten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en diëtisten die bieden;

– farmaceutische zorg leveren zoals apotheekhoudende die bieden.

Voor zover geen sprake is van zorg als omschreven in de vorige zin, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen¹ of werkzaamheden² op het terrein van:

– de geneeskundige zorg zoals huisartsen en verloskundigen die bieden;

– ~~de Basis~~ GGZ die wordt geleverd in de eerste lijn;

– de paramedische zorg zoals ergotherapeuten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en diëtisten die bieden;

– de farmaceutische zorg zoals apotheekhoudende die bieden.

geleverd door of onder verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3, dan wel 34, van de Wet BIG.

Hoor graag!

Groet,

[Redacted]

Van: [Redacted]

Verzonden: dinsdag 1 juni 2021 9:38

Aan: [Redacted]

Onderwerp: RE: Vraagje GGZ

Hoi,

Dank voor de info! [Redacted] en ik kijken even verder. Ik gok (gezien de tijd tot vaststellen regelgeving) dat we het dit jaar nog zo laten en dan daarna rustig kunnen kijken hoe we dit gaan formuleren in de toekomst.

Groetjes,

[Redacted]

Van: [Redacted]

Verzonden: dinsdag 1 juni 2021 09:03

Aan: [Redacted] cent

Onderwerp: RE: Vraagje GGZ

Hoi [Redacted]

1. Ja klopt, hieronder de linkjes.

2. In 2022 en 2023 nog wel, maar voor jullie m.i. niet zinvol om het onderscheid nog te gebruiken: *In lijn met de overgangperiode voor de DSM informatie is de afspraak gemaakt dat ook de basis ggz profielen gedurende een transitieperiode van 2 jaar geregistreerd blijven worden. Voor zorg die voorheen onder de basis ggz zou vallen wordt in plaats van de DSM-hoofdgroep het gb –ggz profiel bij de declaratie vermeld.*

Groeten,

[Redacted]

Beleidsregel: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_637522_22/

Regeling: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_637546_22/

Van: [Redacted]

Verzonden: maandag 31 mei 2021 12:04

Aan: [Redacted]

Onderwerp: RE: Vraagje GGZ

Hoi [Redacted] en [Redacted]

1. Als ik het dus goed begrijp kan een eerstelijns gezondheidspsycholoog of psychotherapeut (Basis GGZ) dus gebruik maken van de GGZ regels? Zo ja, kunnen jullie de link sturen welke regelgeving? Zo niet, hoe declareren zij dan?

2. De vraag is dan of het onderscheid tussen basis GGZ en gespecialiseerde GGZ nog ergens van belang is/wordt gebruikt, en of het logisch is dat wij dat onderscheid dan nog gebruiken?

Als jullie dit nog kunnen beantwoorden kunnen [REDACTED] en ik misschien weer even verder nadenken over of en hoe wij dit moeten aanpassen.

Dank!

Groet,

[REDACTED]

Van: [REDACTED]

Verzonden: maandag 31 mei 2021 09:20

Aan: [REDACTED]

Onderwerp: RE: Vraagje GGZ

Hoi hoi

Sinds 2005 zijn de zorgverzekeraars, in de gebieden waarin zij preferent zijn (oftewel het grootste marktaandeel hebben), verantwoordelijk voor de inzet van de eerstelijns ondersteuningsgelden. Deze gelden worden namens alle zorgverzekeraars ingezet; de gelden komen dus niet alleen ten goede aan eigen verzekerden, maar aan alle inwoners van de betreffende regio's.

Op het moment dat wordt gesproken over 'eerstelijns ondersteuningsgelden' dan werden hier de gelden mee bedoeld die beschikbaar zijn op basis van de NZa beleidsregel "Regionale ondersteuning eerstelijnszorg". De eerstelijns disciplines die binnen de reikwijdte van deze beleidsregel vielen, waren: huisartsen, verloskundigen, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, fysiotherapeuten, logopedisten, eerstelijns psychologen, diëtisten en apothekers. Met de inzet van de ondersteuningsgelden wordt beoogd de eerstelijnszorg te versterken, onder andere door multidisciplinaire samenwerking binnen de gehele eerstelijnszorg te stimuleren. Zorgverzekeraars dragen hiervoor jaarlijks vastgestelde modulebedragen af aan Stichting Ondersteuning Eerste Lijn (StOEL), die op haar beurt op basis van het aantal inwoners per regio een herverdeling van deze gelden maakt.

Sinds 1 januari 2014 werden mensen met psychische klachten minder vaak doorverwezen naar een gespecialiseerde organisatie voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De landelijke overheid gebruikte van toen de volgende indeling voor ggz-zorg:

- Huisartsenzorg en Praktijkondersteuner GGZ
- Generalistische Basis GGZ
- Gespecialiseerde GGZ

Deze indeling was gebaseerd op hoe licht of ernstig de problemen waren, wie de behandeling bood en hoe de hulp werd bekostigd. De huisarts behandelde lichte psychische klachten zelf. Hij deed dat in samenwerking met een Praktijkondersteuner Huisarts (POH-GGZ). Hiervoor kreeg de huisarts extra geld van de overheid. Als een POH-GGZ helpt, blijft de huisarts wel inhoudelijk verantwoordelijk voor de behandeling. De huisarts kan doorverwijzen voor hulp bij psychische problemen naar een zorgaanbieder binnen de basis GGZ of naar de gespecialiseerde GGZ. Dit is afhankelijk van de mate van de problemen.

- Een behandeling van lichte tot matige psychische problemen gebeurde in de basis GGZ. Een behandeling binnen de basis GGZ kon bestaan uit gesprekken met bijvoorbeeld een eerstelijns gezondheidspsycholoog of psychotherapeut. Ook een internetbehandeling (e-health) was mogelijk.
- Bij zwaardere psychische problemen verwees de huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch specialist door naar de gespecialiseerde GGZ.

De overheid wilde hiermee dat mensen met psychische problemen passende (ja toen al !!!) geestelijke gezondheidszorg (GGZ) kregen op de juiste plaats.

Met deze indeling werd de bestaande beleidsregel eerstelijns psychologie beëindigd en vielen de prestaties onder de reikwijdte van de prestatiestructuur van de ggz (generalistische basis-ggz). De reikwijdte van de beleidsregel regionale ondersteuningsstructuur omvatte voorheen de eerstelijns psychologen, en is met de overheveling van de prestaties hiervoor naar de generalistische basis-ggz vervangen door zorgaanbieders die basis-ggz leveren.

Wij hebben geen zicht op hoeveel geld er van de totale ruif (pot met geld beheert door StOEL (ZN)) er naar de zorgaanbieders gaan die basis ggz leveren. Het zomaar eruit halen van een beroepsgroep lijkt me niet helemaal de

bedoeling. Door middel van projectfinanciering stimuleren zorgverzekeraars dat de ondersteuningsgelden meer bijdragen aan regionaal relevante ontwikkelingen in de zorg. Die kunnen ook betrekking hebben op (het stimuleren van) eerstelijns geestelijke gezondheidszorg.

Met vriendelijke groeten,

Beleidsmedewerker | directie Regulering



Nederlandse Zorgautoriteit

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

www.nza.nl

Volg ons op: [LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.

Legitimatie

Bij ons geldt een legitimatieplicht. Bezoekers kunnen zich legitimeren met paspoort, rijbewijs, identiteitskaart of Rijkspas.

Parkeren

Komt u bij ons op bezoek en komt u met de auto? Geef dan tijdig uw kenteken aan ons door.

Van: [redacted]

Verzonden: donderdag 27 mei 2021 08:39

Aan: [redacted]

Onderwerp: RE: Vraagje GGZ

Ja, precies mijn gedachte [redacted] Dus ik denk dat de ggz daarom niet thuis hoort in een BR over de eerste lijn. 2022 lijkt een logisch moment om dit te herstellen. Ik kan niet overzien of dit consequenties heeft voor huidige basis-ggz aanbieders. Kunnen jullie inschatten of/hoeveel impact er is, [redacted] en [redacted]? Bij weinig of geen impact zou ik zeggen: laten we de ggz er stilletjes uit halen. Bij grotere impact moeten we misschien iets met een overgangsregime.

Groeten,

Van: [redacted]

Verzonden: woensdag 26 mei 2021 17:56

Aan: [redacted]

Onderwerp: RE: Vraagje GGZ

Ola, ik weet hier het fijne niet van maar vraag me ook af wat de ggz daar doet. De zvw kent volgens mij alleen curatieve ggz en dat heeft een tweedelijns karakter want alleen na verwijzing toegankelijk (toch [redacted]). Ook de basisggz is onderdeel van de curatieve ggz. Lijkt me niet helemaal passen bij de doelstelling van het ondersteunen van de eerste lijn.

Gr. [redacted]

Van: [redacted]

Verzonden: woensdag 26 mei 2021 17:46

Aan: [redacted]

Onderwerp: Vraagje GGZ

Hoi [redacted] en [redacted]

Een vraagje over de GGZ.

Wij kennen in de eerste lijn de BR regionale ondersteuning eerstelijnszorg. Deze BR heeft als doel:

De beleidsregel heeft als doel een instrumentarium te bieden waarmee de macro beschikbare premiemiddelen voor regionale ondersteuning van de eerstelijnszorg kunnen worden toegekend. Met de inzet van deze middelen wordt

beoogd de eerstelijnszorg te versterken, onder andere door multidisciplinaire samenwerking binnen de totale eerstelijnszorg te stimuleren. Het gaat hierbij om multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, verloskundigen, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, zorgaanbieders die Basis GGZ leveren, diëtisten en apothekers

Zorgverzekeraars dragen het modulebedrag af aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN), die op haar beurt op basis van het aantal inwoners per regio een herverdeling van deze gelden maakt.

Daarbij is de BR onder meer van toepassing op GGZ, niet zijnde gespecialiseerde GGZ (dus Basis GGZ).

Nu vroeg [REDACTED] zich terecht af of met het nieuwe zorgprestatieproces het onderscheid tussen basis GGZ en gespecialiseerde GGZ nog wel zou blijven. Ik heb toen [REDACTED] even gebeld en hij zei dat dit onderscheid in de bekostiging niet meer terug zou komen. Daarbij is het ook niet zo dat in de Zvw er onderscheid tussen twee vormen GGZ is. Ook vertelde David dat GGZ altijd tweedelijns zorg is.

Dan is mijn eerste vraag: Wat doet de GGZ dan überhaupt in de ROS-BR? Bedoelen we dan misschien alleen de psychische klachten die door de huisarts of de praktijkondersteuner GGZ worden behandeld? [REDACTED], misschien weet jij dat?

De tweede vraag is dan hoe wij deze reikwijdte aan moeten passen? Als we alleen de zorg bedoelen die door huisarts en Poh-ggz wordt geleverd, is dat niet zo moeilijk denk ik (maar vraag is dan wat wordt bedoeld met basis ggz). Ik ben benieuwd welke GGZ aanbieders deze gelden krijgen. Mogelijk kunnen we dat in data zien maar dat weet ik niet zeker (aangezien het geld via ZN naar de aanbieders gaat).

Kunnen jullie met mij meedenken?

Groet,

[REDACTED]

Juridisch beleidsmedewerker | Eerstelijnszorg



Nederlandse Zorgautoriteit

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

www.nza.nl | [REDACTED] | info@nza.nl

Volg ons op: [LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.

Legitimatie

Bij ons geldt een legitimatieplicht. Bezoekers kunnen zich legitimeren met paspoort, rijbewijs, identiteitskaart of Rijkspas.

Parkeren

Komt u bij ons op bezoek en komt u met de auto? Geef dan tijdig uw kenteken aan ons door.

[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 19 maart 2024 11:47
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: RE: Agenda en stukken TO haz 12 maart 2024

Hoi,

[REDACTED] zei destijds hierover:

In lijn met de overgangperiode voor de DSM informatie is de afspraak gemaakt dat ook de basis ggz profielen gedurende een transitieperiode van 2 jaar geregistreerd blijven worden. Voor zorg die voorheen onder de basis ggz zou vallen wordt in plaats van de DSM-hoofdgroep het gb –ggz profiel bij de declaratie vermeld.

De DSM informatie wordt per 2025 verwijderd heb ik toevallig gister gezien. Kortom; het gaat er wel uit, maar dan is het dus nog spraakgebruik. Mogelijk kan hierover wel nog wat worden toegelicht in de regelgeving?

Groet,

[REDACTED]
Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
Jurist | Eerstelijnszorg

[REDACTED] | info@nza.nl

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 19 maart 2024 10:27
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: RE: Agenda en stukken TO haz 12 maart 2024

Ha [REDACTED],

Benieuwd hoe jij hierover denkt. Ik heb dit ook met [REDACTED] besproken gisteren. Wat ons betreft passen we de term per 2025 niet aan als dit het signaal is van partijen. Heb jij daar andere argumenten bij of kan (in overleg met partijen) het op de long list?

Groet [REDACTED]

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
Beleidsmedewerker Eerstelijnszorg | Directie Regulering

[REDACTED]
Aanwezig op [REDACTED]



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)

Van: [REDACTED]

Verzonden: maandag 18 maart 2024 1:58

Aan: [REDACTED]

Onderwerp: RE: Agenda en stukken TO haz 12 maart 2024

De aanpassing komt door een vraag in 2021/2022 van [REDACTED] die zich afvroeg waarom de ggz was opgenomen in de beleidsregel eerstelijnszorg. Dit omdat naar zijn mening de zvw alleen curatieve ggz omvat en dat heeft een tweedelijns karakter want alleen na verwijzing toegankelijk. Ook de basisggz is onderdeel van de curatieve ggz. Om die reden leek het [REDACTED] dat het niet past bij de doelstelling van het ondersteunen van de eerste lijn.

[REDACTED] gaf toen aan om het stilletjes te verwijderen of een overgangsperiode af te spreken.

In reactie gaf [REDACTED] aan dat een eerstelijns gezondheidspsycholoog of psychotherapeut (Basis GGZ) gebruik kunnen maken van de GGZ regels.

Conclusie was denk ik om geen beleidswijziging te initiëren, maar de terminologie aan te passen aan de tijd.

De term basis-GGZ bestaat niet meer (zeggen de GGZ-collega's).
Uit de mail van [REDACTED] is de term in het veld echter nog wel gebruikelijk.

Van mij mag het op the long list. We willen namelijk geen verwarring zaaien. Het gevaar bestaat wel dat dit over weer 3 of 4 jaar nog steeds de term is die het veld kent. En aanpassing van de terminologie wederom tegen het zere been is.

Van: [REDACTED]

Verzonden: maandag 18 maart 2024 12:19

Aan: [REDACTED]

Onderwerp: FW: Agenda en stukken TO haz 12 maart 2024

Hoi beiden,

Zie onder reactie van InEen aanvullend op recente TO, over aanpassing term basis-GGZ in regelgeving ROS. De aanleiding hiervoor nog even in de bijlage; inclusief een mailwisseling tussen jullie twee.

Ondanks dat het voorstel al van veel eerder komt lijkt het er toch op dat we te voortvarend zijn met dit aanpassen.

Hoe denken jullie er over? Kan het kwaad om het zo te laten en op de long list te zetten / in de gaten te houden wanneer het moment daar is?

Groet [REDACTED]

Met vriendelijke groet,

Beleidsmedewerker Eerstelijnszorg | Directie Regulering

Aanwezig op maandag t/m donderdag



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)

Van: [redacted]
Verzonden: vrijdag 15 maart 2024 5:19
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: Agenda en stukken TO haz 12 maart 2024

Beste [redacted]

Zoals afgesproken hierbij een terugkoppeling over de terminologie in de ROS-beleidsregel. De term eerstelijns GGZ wordt niet herkend door onze ROS'en. De term basis-GGZ is voor ROS'en herkenbaar als ZVW-term en werkbaar in de praktijk. Op allerlei officiële sites (o.a. VWS, GGZ) wordt ook (nog) gesproken over basis GGZ. Waarom willen jullie de terminologie veranderen? In de memo stond alleen: *Met de introductie van de bekostiging via het nieuwe zorgprestatiemodel (ZPM) is de vraag of de term basis GGZ nog bestaat. Dit heeft consequenties voor de regelgeving ROS.* Dat geeft ons/hen geen duidelijkheid. Graag de huidige termen continueren of een nadere toelichting.

Met vriendelijke groet,


ORGANISEERT DE EERSTE LIJN

[redacted]
beleidsmedewerker

[redacted]
werkdagen: ma, di, do, vr.

De verstuurde informatie is alleen bedoeld voor de persoon of instelling aan wie ze geadresseerd is en kan vertrouwelijke en/of geheime gegevens bevatten. Elke herziening, verspreiding of ander gebruik van deze informatie is niet toegestaan zonder voorafgaande toestemming van de afzender. Indien u deze informatie per ongeluk hebt ontvangen wordt u verzocht contact op te nemen met de afzender en de informatie te verwijderen uit uw computer.

Van: [redacted]
Verzonden: dinsdag 5 maart 2024 16:51
Aan: [redacted]
Onderwerp: Agenda en stukken TO haz 12 maart 2024

Beste allen,

Op 12 maart om 9.30u staat er weer een TO huisartsenzorg gepland. Op de agenda staan verschillende onderwerpen die (mogelijk) tot beleidswijzigingen per 2025 gaan leiden. De volledige agenda is als volgt:

1. Opening en mededelingen

2. Mogelijke beleidswijzigingen nav memo
3. Vervolg planning TO's, waaronder HDS
4. Rondvraag en afsluiting

In de bijlage het memo met mogelijke beleidswijzigingen, samen met twee bijlagen welke betrekking hebben op de prestatie euthanasie waar in het memo naar wordt verwezen.

Tot volgende week!

Met vriendelijke groet,

[Redacted]
Beleidsmedewerker Eerstelijnszorg | Directie Regulering

[Redacted]
Aanwezig op [Redacted]



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)

Disclaimer NZa

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht per abuis aan u is toegezonden, wordt u vriendelijk verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. De NZa aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 1 juni 2021 09:56
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: RE: GGZ - TB Ros

Hoi [REDACTED]

Lijkt me prima plan.

De zorgaanbieders die basis-ggz leveren behoren nu tot de reikwijdte van de BR Ros. Dat betekent dat zij een beroep zouden kunnen doen op de gelden die voor de ondersteuning van de eerstelijnszorg beschikbaar gesteld worden. Het zomaar weghalen van deze 'beroepsbeoefenaren' lijkt me te kort door de bocht.

Voorheen waren de zorgaanbieders die generalistische basis-ggz leverden de eerstelijns psychologen. Die bestaan volgens mij nu nog steeds maar declareren alleen onder de regelgeving ggz, waar tot 2022 dus onderscheid in prestatiestructuur is voor generalistische basis-ggz (patiëntprofielen) en gespecialiseerde ggz (dbc's). Met introductie van zorgprestatie model ggz per 2002 is dat onderscheid er niet meer, en bestaat er volgens mij alleen onderscheid in tijd.

De huidige bekostiging

In de basis-ggz is de bekostiging gekoppeld aan 'patiëntprofielen'. Gespecialiseerde ggz wordt betaald via 'diagnose-behandelcombinaties' (dbc's).

Wat zijn de knelpunten?

Verschillende soorten bekostiging, die zorgen voor veel administratie. De bekostiging sluit vaak niet aan bij de zorg die iemand werkelijk krijgt. Eenvoudige zorg kan zo te duur zijn, terwijl de vergoeding voor complexe zorg soms weer te laag is.

Wat is het zorgprestatie model?

Het zorgprestatie model is een model voor **prestatiebekostiging**. De 'prestaties' bepalen welke vergoeding een zorgaanbieder krijgt voor geestelijke gezondheidszorg of forensische zorg. Een prestatie is in het nieuwe model bijvoorbeeld een consult.

Wat zijn de voordelen?

Het zorgprestatie model biedt straks veel voordelen ten opzichte van de bekostiging die nu geldt. Het belangrijkste kenmerk is **eenvoud**. De prestaties op de rekening worden duidelijk herkenbaar. Ze zijn dan makkelijker te controleren voor patiënt en zorgverzekeraar. Maar eenvoud is niet de enige **goede eigenschap** van het zorgprestatie model. Naast eenvoud zijn dat bijvoorbeeld ook: **minder administratie**, en meer ruimte voor **innovatie**.

@ [REDACTED] artikel 5.2 lid 1 [REDACTED]

Met vriendelijke groeten,

Beleidsmedewerker | directie Regulering



Nederlandse Zorgautoriteit

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

www.nza.nl |

Volg ons op: [LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.

Legitimatie

Bij ons geldt een legitimatieplicht. Bezoekers kunnen zich legitimeren met paspoort, rijbewijs, identiteitskaart of Rijkspas.

Parkeren

Komt u bij ons op bezoek en komt u met de auto? Geef dan tijdig uw kenteken aan ons door.

Van: [redacted]

Verzonden: dinsdag 1 juni 2021 09:44

Aan: [redacted]

Onderwerp: GGZ - TB Ros

Hoi [redacted]

Zoals net al in mijn vorige mail gezegd is mijn voorstel om voor 2022 de basis-ggz nog gewoon zo te benoemen in de TB en BR ROS. [redacted] vermeld ook dat er in 2022 en 2023 nog sprake is van overgang, dus dat het veld dit onderscheid ook nog gebruikt.

Dan kunnen we in de zomer eens kijken hoe we dat volgend jaar gaan benoemen (goed kijkend naar hoe dat nu straks in de GGZ gaat), want ik zou dat nu zo 1, 2, 3 niet weten.

Eens of andere ideeën?

Groetjes,

[redacted]

[redacted]

Juridisch beleidsmedewerker | Eerstelijnszorg



Nederlandse Zorgautoriteit

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

www.nza.nl | [redacted] | info@nza.nl

Volg ons op: [LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.

Legitimatie

Bij ons geldt een legitimatieplicht. Bezoekers kunnen zich legitimeren met paspoort, rijbewijs, identiteitskaart of Rijkspas.

Parkeren

Komt u bij ons op bezoek en komt u met de auto? Geef dan tijdig uw kenteken aan ons door.

[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 1 juni 2021 09:38
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: RE: Vraagje GGZ

Hoi,
Dank voor de info! [REDACTED] en ik kijken even verder. Ik gok (gezien de tijd tot vaststellen regelgeving) dat we het dit jaar nog zo laten en dan daarna rustig kunnen kijken hoe we dit gaan formuleren in de toekomst.
Groetjes,
[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 1 juni 2021 09:03
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: RE: Vraagje GGZ

Hoi [REDACTED],

1. Ja klopt, hieronder de linkjes.
2. In 2022 en 2023 nog wel, maar voor jullie m.i. niet zinvol om het onderscheid nog te gebruiken: *In lijn met de overgangsperiode voor de DSM informatie is de afspraak gemaakt dat ook de basis ggz profielen gedurende een transitietperiode van 2 jaar geregistreerd blijven worden. Voor zorg die voorheen onder de basis ggz zou vallen wordt in plaats van de DSM-hoofdgroep het gb –ggz profiel bij de declaratie vermeld.*

Groeten,
[REDACTED]
Beleidsregel: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_637522_22/
Regeling: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_637546_22/

Van: [REDACTED]
Verzonden: maandag 31 mei 2021 12:04
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: RE: Vraagje GGZ

Hoi [REDACTED] en [REDACTED],

1. Als ik het dus goed begrijp kan een eerstelijns gezondheidspycholoog of psychotherapeut (Basis GGZ) dus gebruik maken van de GGZ regels? Zo ja, kunnen jullie de link sturen welke regelgeving? Zo niet, hoe declareren zij dan?
2. De vraag is dan of het onderscheid tussen basis GGZ en gespecialiseerde GGZ nog ergens van belang is/wordt gebruikt, en of het logisch is dat wij dat onderscheid dan nog gebruiken?

Als jullie dit nog kunnen beantwoorden kunnen [REDACTED] en ik misschien weer even verder nadenken over of en hoe wij dit moeten aanpassen.

Dank!
Groet,
[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: maandag 31 mei 2021 09:20
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: RE: Vraagje GGZ

Hoi hoi

Sinds 2005 zijn de zorgverzekeraars, in de gebieden waarin zij preferent zijn (oftewel het grootste marktaandeel hebben), verantwoordelijk voor de inzet van de eerstelijns ondersteuningsgelden. Deze gelden worden namens alle

zorgverzekeraars ingezet; de gelden komen dus niet alleen ten goede aan eigen verzekerden, maar aan alle inwoners van de betreffende regio's.

Op het moment dat wordt gesproken over 'eerstelijns ondersteuningsgelden' dan werden hier de gelden mee bedoeld die beschikbaar zijn op basis van de NZa beleidsregel "Regionale ondersteuning eerstelijnszorg". De eerstelijns disciplines die binnen de reikwijdte van deze beleidsregel vielen, waren: huisartsen, verloskundigen, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, fysiotherapeuten, logopedisten, eerstelijns psychologen, diëtisten en apothekers. Met de inzet van de ondersteuningsgelden wordt beoogd de eerstelijnszorg te versterken, onder andere door multidisciplinaire samenwerking binnen de gehele eerstelijnszorg te stimuleren. Zorgverzekeraars dragen hiervoor jaarlijks vastgestelde modulebedragen af aan Stichting Ondersteuning Eerste Lijn (StOEL), die op haar beurt op basis van het aantal inwoners per regio een herverdeling van deze gelden maakt.

Sinds 1 januari 2014 werden mensen met psychische klachten minder vaak doorverwezen naar een gespecialiseerde organisatie voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De landelijke overheid gebruikte van toen de volgende indeling voor ggz-zorg:

- Huisartsenzorg en Praktijkondersteuner GGZ
- Generalistische Basis GGZ
- Gespecialiseerde GGZ

Deze indeling was gebaseerd op hoe licht of ernstig de problemen waren, wie de behandeling bood en hoe de hulp werd bekostigd. De huisarts behandelde lichte psychische klachten zelf. Hij deed dat in samenwerking met een Praktijkondersteuner Huisarts (POH-GGZ). Hiervoor kreeg de huisarts extra geld van de overheid. Als een POH-GGZ helpt, blijft de huisarts wel inhoudelijk verantwoordelijk voor de behandeling. De huisarts kan doorverwijzen voor hulp bij psychische problemen naar een zorgaanbieder binnen de basis GGZ of naar de gespecialiseerde GGZ. Dit is afhankelijk van de mate van de problemen.

- Een behandeling van lichte tot matige psychische problemen gebeurde in de basis GGZ. Een behandeling binnen de basis GGZ kon bestaan uit gesprekken met bijvoorbeeld een eerstelijns gezondheidspsycholoog of psychotherapeut. Ook een internetbehandeling (e-health) was mogelijk.
- Bij zwaardere psychische problemen verwees de huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch specialist door naar de gespecialiseerde GGZ.

De overheid wilde hiermee dat mensen met psychische problemen passende (ja toen al !!!) geestelijke gezondheidszorg (GGZ) kregen op de juiste plaats.

Met deze indeling werd de bestaande beleidsregel eerstelijns psychologie beëindigd en vielen de prestaties onder de reikwijdte van de prestatiestructuur van de ggz (generalistische basis-ggz). De reikwijdte van de beleidsregel regionale ondersteuningsstructuur omvatte voorheen de eerstelijns psychologen, en is met de overheveling van de prestaties hiervoor naar de generalistische basis-ggz vervangen door zorgaanbieders die basis-ggz leveren.

Wij hebben geen zicht op hoeveel geld er van de totale ruif (pot met geld beheert door StOEL (ZN)) er naar de zorgaanbieders gaan die basis ggz leveren. Het zomaar eruit halen van een beroepsgroep lijkt me niet helemaal de bedoeling. Door middel van projectfinanciering stimuleren zorgverzekeraars dat de ondersteuningsgelden meer bijdragen aan regionaal relevante ontwikkelingen in de zorg. Die kunnen ook betrekking hebben op (het stimuleren van) eerstelijns geestelijke gezondheidszorg.

Met vriendelijke groeten,


Beleidsmedewerker | directie Regulering

artikel 5.1, lid 2, sub e



artikel 5.1, lid 2, sub e

Nederlandse Zorgautoriteit

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

www.nza.nl | [redacted]Volg ons op: [LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.

Legitimatie

Bij ons geldt een legitimatieplicht. Bezoekers kunnen zich legitimeren met paspoort, rijbewijs, identiteitskaart of Rijkspas.

Parkeren

Komt u bij ons op bezoek en komt u met de auto? Geef dan tijdig uw kenteken aan ons door.

Van: [redacted]

Verzonden: donderdag 27 mei 2021 08:39

Aan: [redacted] old

Onderwerp: RE: Vraagje GGZ

Ja, precies mijn gedachte [redacted]. Dus ik denk dat de ggz daarom niet thuis hoort in een BR over de eerste lijn. 2022 lijkt een logisch moment om dit te herstellen. Ik kan niet overzien of dit consequenties heeft voor huidige basis-ggz aanbieders. Kunnen jullie inschatten of/hoeveel impact er is, [redacted] en [redacted]. Bij weinig of geen impact zou ik zeggen: laten we de ggz er stilletjes uit halen. Bij grotere impact moeten we misschien iets met een overgangsregime.

Groeten,

Van: [redacted]

Verzonden: woensdag 26 mei 2021 17:56

Aan: [redacted] !>

Onderwerp: RE: Vraagje GGZ

Ola, ik weet hier het fijne niet van maar vraag me ook af wat de ggz daar doet. De zvw kent volgens mij alleen curatieve ggz en dat heeft een tweedelijns karakter want alleen na verwijzing toegankelijk (toch [redacted]?). Ook de basisggz is onderdeel van de curatieve ggz. Lijkt me niet helemaal passen bij de doelstelling van het ondersteunen van de eerste lijn.

Gr. [redacted]

Van: [redacted]

Verzonden: woensdag 26 mei 2021 17:46

Aan: [redacted]

Onderwerp: Vraagje GGZ

Hoi [redacted] en [redacted]

Een vraagje over de GGZ.

Wij kennen in de eerste lijn de BR regionale ondersteuning eerstelijnszorg. Deze BR heeft als doel:

De beleidsregel heeft als doel een instrumentarium te bieden waarmee de macro beschikbare premiemiddelen voor regionale ondersteuning van de eerstelijnszorg kunnen worden toegekend. Met de inzet van deze middelen wordt beoogd de eerstelijnszorg te versterken, onder andere door multidisciplinaire samenwerking binnen de totale eerstelijnszorg te stimuleren. Het gaat hierbij om multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, verloskundigen, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, zorgaanbieders die Basis GGZ leveren, diëtisten en apothekers

Zorgverzekeraars dragen het modulebedrag af aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN), die op haar beurt op basis van het aantal inwoners per regio een herverdeling van deze gelden maakt.

Daarbij is de BR onder meer van toepassing op GGZ, niet zijnde gespecialiseerde GGZ (dus Basis GGZ).

Nu vroeg [REDACTED] zich terecht af of met het nieuwe zorgprestatie-model het onderscheid tussen basis GGZ en gespecialiseerde GGZ nog wel zou blijven. Ik heb toen [REDACTED] even gebeld en hij zei dat dit onderscheid in de bekostiging niet meer terug zou komen. Daarbij is het ook niet zo dat in de Zvw er onderscheid tussen twee vormen GGZ is. Ook vertelde [REDACTED] dat GGZ altijd tweedelijns zorg is.

Dan is mijn eerste vraag: Wat doet de GGZ dan überhaupt in de ROS-BR? Bedoelen we dan misschien alleen de psychische klachten die door de huisarts of de praktijkondersteuner GGZ worden behandeld? [REDACTED], misschien weet jij dat?

De tweede vraag is dan hoe wij deze reikwijdte aan moeten passen? Als we alleen de zorg bedoelen die door huisarts en Poh-ggz wordt geleverd, is dat niet zo moeilijk denk ik (maar vraag is dan wat wordt bedoeld met basis ggz). Ik ben benieuwd welke GGZ aanbieders deze gelden krijgen. Mogelijk kunnen we dat in data zien maar dat weet ik niet zeker (aangezien het geld via ZN naar de aanbieders gaat).

Kunnen jullie met mij meedenken?

Groet,

[REDACTED]

Juridisch beleidsmedewerker | Eerstelijnszorg



Nederlandse Zorgautoriteit

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

www.nza.nl | [REDACTED] | info@nza.nl

Volg ons op: [LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.

Legitimatie

Bij ons geldt een legitimatieplicht. Bezoekers kunnen zich legitimeren met paspoort, rijbewijs, identiteitskaart of Rijkspas.

Parkeren

Komt u bij ons op bezoek en komt u met de auto? Geef dan tijdig uw kenteken aan ons door.

[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 20 april 2005 14:53
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: FW: Stand van zaken regionale ondersteuningsstructuren
Bijlagen: stand van zaken ROSSen.doc

Met vriendelijke groeten,

[REDACTED]
Beleidsmedewerker vrije beroepsbeoefenaren CTG/ZAio
telefoon: [REDACTED]
postadres: Postbus 3017; 3502 GA Utrecht

-----Oorspronkelijk bericht-----

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 20 april 2005 14:54
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RE: Stand van zaken regionale ondersteuningsstructuren

Beste [REDACTED],

Zoals afgesproken bijgaand het verslag van een korte inventarisatieronde rond de ROSSen en aansluiting van logopedisten daarbij.

Met vriendelijke groeten,
[REDACTED], beleidsmedewerker

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
Bezoekadres: Oosthaven 38, 2801 PE GOUDA
Postadres: Postbus 3088, 2800 CD GOUDA
Tel.: [REDACTED]
Fax: [REDACTED]
E-mail adres: [REDACTED]
Website: www.nvlf.nl

De informatie verzonden met deze e-mail is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde. Gebruik van deze informatie door anderen dan de geadresseerde is verboden. Openbaarmaking, vermenigvuldiging, verspreiding en/of verstrekking van deze informatie aan derden is niet toegestaan. Ondergetekende staat niet in voor de juiste en volledige overbrenging van de inhoud van de verzonden e-mail, noch voor tijdige ontvangst daarvan.

-----Oorspronkelijk bericht-----

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 30 maart 2005 10:10

Aan: [REDACTED]

[REDACTED] ondersteuningsstructuren

Dames, heren,

Begin februari 2005 heb ik u onderstaande email gestuurd. Dat heeft niet geleid tot nadere informatie van een der partijen.

Graag zouden wij alsnog nader geïnformeerd willen worden, zoals wij al hadden gevraagd in onze brief van 21 december 2004 (kenmerk [REDACTED]), of de regionale ondersteuningsstructuren tot stand komen, wie daarin participeren en welke taken de ondersteuningsstructuren krijgen.

Met vriendelijke groeten,

[REDACTED]
Beleidsmedewerker vrije beroepsbeoefenaren CTG/ZAio
telefoon: [REDACTED]
postadres: Postbus 3017; 3502 GA Utrecht

-----Oorspronkelijk bericht-----

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 2 februari 2005 15:26
Aan: [REDACTED]

CC: [REDACTED]
Onderwerp: Stand van zaken regionale ondersteuningsstructuren

Dames, Heren,

Medio december heeft CTG/Zaio het moduletariaf voor regionale ondersteuning eerstelijnszorg vastgesteld. In de begeleidende brief is aangegeven dat CTG/Zaio via de informatie die partijen aanreiken, gaat volgen of de regionale ondersteuningsstructuren tot stand komen en wie daarin participeren en welke taken de ondersteuningsstructuur krijgt.

Is er al een eerste, zij het misschien voorlopig, stand van zaken te melden?

Met vriendelijke groeten,

[REDACTED]
Beleidsmedewerker vrije beroepsbeoefenaren CTG/ZAio
telefoon: [REDACTED]
postadres: Postbus 3017; 3502 GA Utrecht

Met inachtneming van eventuele beperkende bepalingen in deze e-mail, mag u deze informatie gebruiken voor het doel waarvoor u die ontvangt. Aan deze gegevens kunnen geen rechten worden ontleend. CTG/ZAio aanvaardt geen aansprakelijkheid voor de juistheid en volledigheid van deze gegevens. Enige schade, ontstaan door de ontvangst of het gebruik van dit e-mailbericht of de informatie daarin, komt voor uw eigen verantwoordelijkheid.

*** eSafe scanned this email for malicious content ***

*** IMPORTANT: Do not open attachments from unrecognized senders ***

artikel 5.1, lid 2, sub e

Aan CTG/ZAio
T.a.v. drs. [REDACTED]
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Gouda, 20 april 2005

Ref.: sectie V/CTG

Betreft: stand van zaken ROSsen

Behandeld door: [REDACTED]

Geachte heer [REDACTED],

Een korte inventarisatie onder de contractantenvertegenwoordigers van vrijgevestigde logopedisten in februari 2005 geeft aan dat in diverse regio's de aansluiting van logopedisten bij de ROSsen voldoende is verlopen (ca 50%). In deze gevallen is er contact geweest tussen een contractantenvertegenwoordiger van de logopedisten en de ROS en zijn wensen/mogelijkheden van de logopedisten t.a.v. eerstelijnsbrede samenwerking geïnterviewd en worden de logopedistenvertegenwoordigers voldoende op de hoogte gehouden van de stand van zaken. Het blijkt dat voor 2005 de budgetten van de ROSsen vooral worden aangewend voor continuïteit in zorg door huisartsen en verloskundigen. Slechts in enkele gevallen (ca. 10-15%) worden de budgetten innovatief besteed voor eerstelijnsbrede projecten, waaraan de logopedisten daadwerkelijk kunnen deelnemen/bijdragen.

In de overige regio's (ook ca 50%) wordt aangegeven dat er via de Commissies van Overleg bij de zorgverzekeraars of ROS zelf nog geen ingang is gevonden voor aansluiting bij de Regionale Ondersteuningsstructuur. Meest genoemde argumenten zijn hiervoor:

1. Hoogste prioriteit wordt gegeven aan continuïteit van huisartsenzorg/ verloskundigenzorg, mogelijk pas latere instroming van andere beroepsgroepen bij ROS.
2. Eerst de structuur v.d. ROS goed vorm geven, dan pas uitbreiden naar overige beroepsgroepen (waaronder logopedie).

De vertegenwoordigers van de logopedisten in de regio's waarbij geen aansluiting is gevonden, geven m.n. aan dat er dan ook een probleem is in de informatievoorziening van de ROS naar de nog niet deelnemende beroepsgroepen, waardoor niet tijdig kan worden aangesloten bij nieuwe ontwikkelingsprojecten.

In mei/juni 2005 zal er nogmaals een inventarisatieronde worden gehouden door de NVLF onder de vertegenwoordigers van de logopedisten in de regio's. We zullen u van onze bevindingen op de hoogte houden.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie

[REDACTED]
V-bestuurslid NVLF

[REDACTED]

Van: CURE
Verzonden: donderdag 24 februari 2011 10:32
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: beleidsregel: BR/CU-7028
Bijlagen: BR_CU-7028 Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling.pdf

Beste [REDACTED] en [REDACTED]

De RvB heeft op 22 februari de beleidsregel: BR/CU-7028 vastgesteld.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
secretariaat Directie Zorgmarkten Cure
Nederlandse Zorgautoriteit

T. [REDACTED]
E. cure@nza.nl

BELEIDSREGEL BR/CU-7028

Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en Kwaliteitsontwikkeling

Kenmerk
BR/CU-7028
11D0006093

Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef en onder 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.

Ingevolge artikel 52 lid 5 en 57, vijfde lid, Wmg, worden tarieven en prestatiebeschrijvingen die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien ambtshalve vastgesteld.

1. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) die wordt geleverd door eerstelijns zorgaanbieders die:

- geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen en verloskundigen die bieden;
- eerstelijns psychologische zorg leveren welke niet wordt geboden door huisartsen;
- paramedische zorg leveren zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en diëtisten die bieden;
- farmaceutische zorg leveren zoals apotheekhoudende die bieden.

Voor zover geen sprake is van zorg als omschreven in de vorige zin, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen¹ of werkzaamheden² op het terrein van:

- de geneeskundige zorg zoals huisartsen en verloskundigen die bieden;
 - eerstelijns psychologische zorg welke niet wordt geboden door huisartsen;
 - de paramedische zorg zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en diëtisten die bieden;
 - de farmaceutische zorg zoals apotheekhoudende die bieden.
- geleverd door of onder verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3, dan wel 34, van de Wet BIG.

2. Doel van de beleidsregel

De beleidsregel heeft als doel een instrumentarium te bieden waarmee de macro beschikbare premiemiddelen voor regionale ondersteuning van de eerstelijnszorg kunnen worden toegekend. Met de inzet van deze middelen wordt beoogd de eerstelijnszorg te versterken, onder andere door multidisciplinaire samenwerking binnen de totale eerstelijnszorg te stimuleren. Het gaat hierbij om multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, verloskundigen, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, fysiotherapeuten, logopedisten, eerstelijns psychologen, diëtisten en apothekers.

¹ Het betreft hier de handelingen bedoeld in artikel 1, sub b, nr. 2°, van de Wmg.

² Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, aanhef, en sub d, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg.

Zorgverzekeraars dragen de modulebedragen af aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN), die op haar beurt op basis van het aantal inwoners per regio een herverdeling van deze gelden maakt.

Kenmerk
11D0006093

Pagina
2 van 3

De beleidsregel heeft tevens als doel een instrumentarium te bieden waarmee de macro beschikbare premiemiddelen voor kwaliteitsontwikkeling voor de zorg voor huisartsen en verloskundigen kunnen worden toegekend.

3. Tarief- en prestatiebeschrijvingen

Ten behoeve van de ondersteuning aan individuele hulpverleners kan per verzekerde een maximumbedrag in rekening worden gebracht voor de regionale ondersteuning en/of een maximumbedrag voor kwaliteitsontwikkeling. Het betreft hier derhalve maximumtarieven.

3.1

Het maximumtarief voor de module regionale ondersteuning bedraagt op niveau 2009 maximaal € 1,34 per verzekerde.

3.2

Het maximumtarief voor de module kwaliteitsontwikkeling (NHG) bedraagt op niveau 2009 maximaal € 0,11 per verzekerde.

3.3

Het maximumtarief voor de module kwaliteitsontwikkeling (KNOV) bedraagt op niveau 2009 maximaal € 0,11 per verzekerde.

3.4

De tarieven worden jaarlijks geïndexeerd. Het indexpercentage is daarbij een gewogen gemiddelde van 0,8 maal het mutatiepercentage van de 'personeelskosten' plus 0,2 maal het mutatiepercentage van de 'overige kosten'.

De tarieven voor jaar t worden volgens de volgende formule berekend:

Tarief jaar t = (tarief jaar t-1) * (1 + (0,8 * indexatie voor 'personeelskosten (OVA)' + 0,2 * indexatie 'overige kosten (CEP)').

4. Intrekking oude beleidsregels

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel worden de navolgende beleidsregels ingetrokken:

- 'Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling', kenmerk BR/CU-7014.
- 'Tarief en prestatiebeschrijvingen voor modules regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling', kenmerk CV-0000-17.0.-5.
- 'De module kwaliteitsontwikkeling voor verloskundigen', kenmerk CV-5700-4.0.2.-1.

5. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b, van de Wmg, wordt geplaatst en werkt terug tot **1 januari 2011**.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als: 'Beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling'.

Kenmerk
11D0006093

Pagina
3 van 3

Toelichting

Met brief van 26 oktober 2010 heeft de Minister van VWS verzocht om uitbreiding van de reikwijdte van de op dat moment bestaande beleidsregel inzake regionale ondersteuning van eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling. Om dat te bewerkstelligen, heeft de NZa op 13 december 2010 de beleidsregel 'Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling', kenmerk BR/CU-7014, vastgesteld, die op 1 januari 2011 in werking is getreden. In deze beleidsregel zijn de reikwijdte- en doelbepaling uitgebreid door toevoeging van de beroepsbeoefenaren diëtisten en apotheehoudenden. De beleidsregel heeft daarbij als doel een instrumentarium te bieden waarmee de macro beschikbare premiemiddelen voor regionale ondersteuning van de eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling kunnen worden toegekend.

Op basis van deze nieuwe, per 1 januari 2011 in werking getreden beleidsregel 'Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling' konden een tweetal modules door zorgaanbieders in rekening worden gebracht:

- de module 'regionale ondersteuningsstructuur';
- de module 'kwaliteitsontwikkeling'.

Ten aanzien van de module kwaliteitsontwikkeling was het niet duidelijk dat het geld naar de Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) ging voor het opstellen van standaarden. Daarnaast werd gelijktijdig met de vaststelling van de op 1 januari 2011 in werking getreden beleidsregel BR/CU-7014, de beleidsregel 'de module kwaliteitsontwikkeling voor verloskundigen', kenmerk CV-5700-4.0.2.-1, ingetrokken. Aangezien deze module specifiek de financiering regelde van het kwaliteitsbeleid voor de zorg van verloskundigen en het niet de bedoeling was deze financiering te beëindigen, had deze module een plek behoren te krijgen in eerdergenoemde nieuwe beleidsregel BR/CU-7014. Abusievelijk blijkt dit niet te zijn gebeurd. Daardoor ontbreekt sinds 1 januari 2011 een grondslag voor toekenning van deze gelden (voor kwaliteitsontwikkeling) aan de Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (KNOV).

Door middel van de vaststelling van de voorliggende, nieuwe beleidsregel, die met terugwerkende kracht per 1 januari 2011 in werking treedt en die de voorgaande, gelijknamige beleidsregel met kenmerk BR/CU-7014 vervangt, wordt bovenstaande omissies ongedaan gemaakt.

Van: [REDACTED]
Verzonden: vrijdag 13 september 2013 11:07
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: ELP - Basis GGZ

From: [REDACTED]
Sent: 13-9-2013 11:06:53
Subject: ELP - Basis GGZ
To: [REDACTED]

This message has been archived. [View the original item](#)

Op grond van de beleidsregel BR/CU - 7028 "Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling" worden de macro beschikbare premiemiddelen voor regionale ondersteuning van eerstelijnszorg toegekend. De beleidsregel is van toepassing op zorg omschreven bij of krachtens de Zvw die wordt geleverd door eerstelijnszorgaanbieders die:

- Geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen en verloskundigen die bieden;
- Eerstelijns psychologische zorg leveren welke niet door de huisartsen wordt geboden;
- Paramedische zorg leveren zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en diëtisten die bieden;
- Farmaceutische zorg leveren zoals apotheekhoudende(n) die bieden.

Nu eerstelijns psychologische zorg per 2014 wordt vervangen door basis GGZ is de vraag of de beleidsregel alsmede bijbehorende tariefbeschikking hier qua tekst op moet worden aangepast.

Wat vinden jullie ?

Je zou immers nog steeds kunnen zeggen dat de zorgaa

Attachments:

[image001.jpg](#)

(8 KB)

Van: [REDACTED]
Verzonden: donderdag 24 februari 2011 09:42
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: publicatie beleidsregel BR/CU-7028 en tariefbeschikking TB/CU-7016-01 volgnr. 12
Bijlagen: TB-CU-7016-01.pdf; BR_CU-7028 Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling.pdf

Hallo Webredactie,

Zou bijgevoegd beleidsregel en tariefbeschikking **morgen, 25 februari** op de site gepubliceerd kunnen worden.

Beleidsregel

1. beleidsregelnummer: [BR/CU-7028](#)
2. onderwerp/omschrijving/titel beleidsregel: [Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling](#)
3. eventuele bijlagen incl. omschrijving: [geen](#)
4. ingangsdatum: [1 januari 2011](#)
5. (eventuele) einddatum: [onbepaald](#)
6. doelgroep: [Cure vrije beroepsbeoefenaren \(eerstelijnszorg\)](#)
7. welke beleidsregel wordt opgevolgd of komt te vervallen: [CV-0000-17.0.-5, CV-5700-4.0.2.-1 en BR/CU-7014](#)
8. dossier: [dient niet te worden opgenomen in dossier](#)

Tariefbeschikking

- 1 Bijlagenummer: TB/CU-7016-01 volgnr. 12
- 2 omschrijving: [Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling](#)
- 3 welke doelgroepen: [Cure vrije beroepsbeoefenaren \(eerstelijnszorg\)](#)
- 4 alle bijbehorende pdf-en: 1

Alvast bedankt.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
secretariaat Directie Zorgmarkten Cure
Nederlandse Zorgautoriteit

T. [REDACTED]
E. cure@nza.nl

TARIEFBESCHIKKING

Numer TB/CU-7016-01	Datum ingang 1 januari 2011	Datum beschikking 23 februari 2011	Datum verzending 25 februari 2011
Volgnr. 12	Geldig tot	Behandeld door directie Zorgmarkten Cure	

De Nederlandse Zorgautoriteit

heeft krachtens de paragrafen 2 en 4 van hoofdstuk 4 van de Wmg

op basis van de beleidsregel:
BR/CU-7028

en gelet op:
Wmg-artikel 35 jo.
art. 52 lid 5

besloten:
dat rechtsgeldig

door:

- zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen en verloskundigen die bieden
- zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en diëtisten die bieden
- zorgaanbieders die eerstelijns psychologische zorg leveren welke niet wordt geboden door huisartsen;
- farmaceutische zorg leveren zoals apotheekhoudende die bieden
- en zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1 onder c sub 2 van de Wmg

aan:

alle ziektekostenverzekeraars en alle (niet-)verzekerden

prestatiebeschrijving en bijbehorend maximumtarief (in euro's):
maximaal de bedragen per jaar, zoals dat wordt vermeld achter de desbetreffende prestatie, in rekening kan worden gebracht. Deze maximumtarieven zijn inclusief BTW-kosten, maar exclusief de BTW-heffing en afdracht door een zorgaanbieder.

	Tarief
- module* Regionale ondersteuning eerstelijnszorg	€ 1,38
- module* Kwaliteitsontwikkeling (NHG)	€ 0,15
- module* Kwaliteitsontwikkeling (KNOV)	€ 0,11

- De **module** kan alleen in rekening worden gebracht als voor deze module een overeenkomst is gesloten met de ziektekostenverzekeraar. De **module** kan per verzekerde maar 1 keer in rekening worden gebracht.

De geldigheidsduur van de eerder afgegeven tariefbeschikking 16789-1900-10-1 van 23 november 2009 wordt met de afgifte van deze tariefbeschikking beperkt tot en met 31 december 2010. De eerder afgegeven tariefbeschikking TB/CU-7011-01 van 20 december 2010 wordt hiermee ingetrokken.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit

artikel 5.1, lid 2, sub e


waarnemend unitmanager Eerstelijnszorg en Ketens

zie bijgevoegde toelichting

BELEIDSREGEL BR/CU-7028

Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en Kwaliteitsontwikkeling

Kenmerk
BR/CU-7028
11D0006093

Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef en onder 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.

Ingevolge artikel 52 lid 5 en 57, vijfde lid, Wmg, worden tarieven en prestatiebeschrijvingen die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien ambtshalve vastgesteld.

1. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) die wordt geleverd door eerstelijns zorgaanbieders die:

- geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen en verloskundigen die bieden;
- eerstelijns psychologische zorg leveren welke niet wordt geboden door huisartsen;
- paramedische zorg leveren zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en diëtisten die bieden;
- farmaceutische zorg leveren zoals apotheekhoudende die bieden.

Voor zover geen sprake is van zorg als omschreven in de vorige zin, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen¹ of werkzaamheden² op het terrein van:

- de geneeskundige zorg zoals huisartsen en verloskundigen die bieden;
 - eerstelijns psychologische zorg welke niet wordt geboden door huisartsen;
 - de paramedische zorg zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en diëtisten die bieden;
 - de farmaceutische zorg zoals apotheekhoudende die bieden.
- geleverd door of onder verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3, dan wel 34, van de Wet BIG.

2. Doel van de beleidsregel

De beleidsregel heeft als doel een instrumentarium te bieden waarmee de macro beschikbare premiemiddelen voor regionale ondersteuning van de eerstelijnszorg kunnen worden toegekend. Met de inzet van deze middelen wordt beoogd de eerstelijnszorg te versterken, onder andere door multidisciplinaire samenwerking binnen de totale eerstelijnszorg te stimuleren. Het gaat hierbij om multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, verloskundigen, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, fysiotherapeuten, logopedisten, eerstelijns psychologen, diëtisten en apothekers.

¹ Het betreft hier de handelingen bedoeld in artikel 1, sub b, nr. 2°, van de Wmg.

² Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, aanhef, en sub d, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg.

Zorgverzekeraars dragen de modulebedragen af aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN), die op haar beurt op basis van het aantal inwoners per regio een herverdeling van deze gelden maakt.

Kenmerk
11D0006093

Pagina
2 van 3

De beleidsregel heeft tevens als doel een instrumentarium te bieden waarmee de macro beschikbare premiemiddelen voor kwaliteitsontwikkeling voor de zorg voor huisartsen en verloskundigen kunnen worden toegekend.

3. Tarief- en prestatiebeschrijvingen

Ten behoeve van de ondersteuning aan individuele hulpverleners kan per verzekerde een maximumbedrag in rekening worden gebracht voor de regionale ondersteuning en/of een maximumbedrag voor kwaliteitsontwikkeling. Het betreft hier derhalve maximumtarieven.

3.1

Het maximumtarief voor de module regionale ondersteuning bedraagt op niveau 2009 maximaal € 1,34 per verzekerde.

3.2

Het maximumtarief voor de module kwaliteitsontwikkeling (NHG) bedraagt op niveau 2009 maximaal € 0,11 per verzekerde.

3.3

Het maximumtarief voor de module kwaliteitsontwikkeling (KNOV) bedraagt op niveau 2009 maximaal € 0,11 per verzekerde.

3.4

De tarieven worden jaarlijks geïndexeerd. Het indexpercentage is daarbij een gewogen gemiddelde van 0,8 maal het mutatiepercentage van de 'personeelskosten' plus 0,2 maal het mutatiepercentage van de 'overige kosten'.

De tarieven voor jaar t worden volgens de volgende formule berekend:

Tarief jaar t = (tarief jaar t-1) * (1 + (0,8 * indexatie voor 'personeelskosten (OVA)' + 0,2 * indexatie 'overige kosten (CEP)').

4. Intrekking oude beleidsregels

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel worden de navolgende beleidsregels ingetrokken:

- 'Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling', kenmerk BR/CU-7014.
- 'Tarief en prestatiebeschrijvingen voor modules regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling', kenmerk CV-0000-17.0.-5.
- 'De module kwaliteitsontwikkeling voor verloskundigen', kenmerk CV-5700-4.0.2.-1.

5. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b, van de Wmg, wordt geplaatst en werkt terug tot **1 januari 2011**.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als: 'Beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling'.

Kenmerk
11D0006093

Pagina
3 van 3

Toelichting

Met brief van 26 oktober 2010 heeft de Minister van VWS verzocht om uitbreiding van de reikwijdte van de op dat moment bestaande beleidsregel inzake regionale ondersteuning van eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling. Om dat te bewerkstelligen, heeft de NZa op 13 december 2010 de beleidsregel 'Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling', kenmerk BR/CU-7014, vastgesteld, die op 1 januari 2011 in werking is getreden. In deze beleidsregel zijn de reikwijdte- en doelbepaling uitgebreid door toevoeging van de beroepsbeoefenaren diëtisten en apotheehoudenden. De beleidsregel heeft daarbij als doel een instrumentarium te bieden waarmee de macro beschikbare premiemiddelen voor regionale ondersteuning van de eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling kunnen worden toegekend.

Op basis van deze nieuwe, per 1 januari 2011 in werking getreden beleidsregel 'Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling' konden een tweetal modules door zorgaanbieders in rekening worden gebracht:

- de module 'regionale ondersteuningsstructuur';
- de module 'kwaliteitsontwikkeling'.

Ten aanzien van de module kwaliteitsontwikkeling was het niet duidelijk dat het geld naar de Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) ging voor het opstellen van standaarden. Daarnaast werd gelijktijdig met de vaststelling van de op 1 januari 2011 in werking getreden beleidsregel BR/CU-7014, de beleidsregel 'de module kwaliteitsontwikkeling voor verloskundigen', kenmerk CV-5700-4.0.2.-1, ingetrokken. Aangezien deze module specifiek de financiering regelde van het kwaliteitsbeleid voor de zorg van verloskundigen en het niet de bedoeling was deze financiering te beëindigen, had deze module een plek behoren te krijgen in eerdergenoemde nieuwe beleidsregel BR/CU-7014. Abusievelijk blijkt dit niet te zijn gebeurd. Daardoor ontbreekt sinds 1 januari 2011 een grondslag voor toekenning van deze gelden (voor kwaliteitsontwikkeling) aan de Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (KNOV).

Door middel van de vaststelling van de voorliggende, nieuwe beleidsregel, die met terugwerkende kracht per 1 januari 2011 in werking treedt en die de voorgaande, gelijknamige beleidsregel met kenmerk BR/CU-7014 vervangt, wordt bovenstaande omissies ongedaan gemaakt.

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 17 juni 2020 12:17
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RE: 936094 TB/REG-21628-01
Bijlagen: TB-REG 21628-01.pdf

Hallo,

Hierbij zend ik het eindproduct van de Staatscourant: publicatiedatum 19 juni 2019
Graag controleren en ons per omgaande informeren als de tekst niet correct is

Groet,
[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: donderdag 11 juni 2020 09:57
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: 936094 TB/REG-21628-01

Goedemorgen,

Graag het bijgevoegde formulier aanbieden aan de SC.

Bedankt en groet,

[REDACTED]
Secretaresse | directie Regulering



Nederlandse Zorgautoriteit

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

www.nza.nl | [REDACTED] | info@nza.nl

Volg ons op: [LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.

Legitimatie

Bij ons geldt een legitimatieplicht. Bezoekers kunnen zich legitimeren met paspoort, rijbewijs, identiteitskaart of Rijkspas.

Parkeren

Wees erop attent dat er zeer beperkte parkeergelegenheid is op ma, di en do. Bij een vol parkeerdek wordt u doorverwezen naar een **betaalde** parkeerplek in de buurt.



Vaststelling prestatie- en tariefbeschikkingen NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) deelt op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg mee de navolgende prestatie- en tariefbeschikking(en) te hebben vastgesteld.

Vastgesteld op 10 juni 2020

Prestatie- en tariefbeschikking regionale ondersteuning eerstelijnszorg

TB/REG-21628-01

Alle collectieve prestatie- en tariefbeschikkingen liggen ter inzage bij de NZa.
U kunt ze ook raadplegen op www.nza.nl.

[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: maandag 14 maart 2011 10:46
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RE: Beleidsregel BR/CU-7028
Bijlagen: stcrt-20110307.pdf

[Hierbij het bewijsexemplaar van de publicatie. Hij is 7/3 gepubliceerd in de Staatscourant.](#)

[groet,](#)

Van: [REDACTED]
Verzonden: donderdag 24 februari 2011 10:38
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: Beleidsregel BR/CU-7028

Hi [REDACTED]

Bijgevoegd beleidsregel (BR/CU-7028) is 22 februari door RvB vastgesteld.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
secretariaat Directie Zorgmarkten Cure
Nederlandse Zorgautoriteit

T. [REDACTED]
E. cure@nza.nl



Vaststelling beleidsregels NZA

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) deelt op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg mee de navolgende beleidsregel te hebben vastgesteld.

Vastgesteld op 22 februari 2011

Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en Kwaliteitsontwikkeling

CU-7028

Alle beleidsregels liggen ter inzage bij de NZa.
U kunt ze ook raadplegen op www.nza.nl.

Van: [REDACTED]
Verzonden: donderdag 11 juni 2020 08:48
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: RE: Openzetten van TB 20633-01 in PUC voor dupliceren
Bijlagen: TB-REG-21628-01 Prestatie- en tariefbeschikking regionale ondersteuning.....docx

Hoi [REDACTED],
[REDACTED] is akkoord met het gebruik van zijn digitale handtekening.
Ik zorg voor publicatie in de SC en kan het publiceren in puc. Zet jij het document op mijn naam? En moet de beschikking ook verzonden worden?
Groet,
[REDACTED]
Secretaresse | directie Regulering

**Nederlandse Zorgautoriteit**

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

www.nza.nl | [REDACTED] | info@nza.nlVolg ons op: [LinkedIn](#) | [Twitter](#)*Wij werken aan goede en betaalbare zorg.***Legitimatie**

Bij ons geldt een legitimatieplicht. Bezoekers kunnen zich legitimeren met paspoort, rijbewijs, identiteitskaart of Rijkspas.

ParkerenWees erop attent dat er zeer beperkte parkeergelegenheid is op ma, di en do. Bij een vol parkeerdek wordt u doorverwezen naar een **betaalde** parkeerplek in de buurt.

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 10 juni 2020 11:03
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: RE: Openzetten van TB 20633-01 in PUC voor dupliceren
Dames,

Hierbij de tariefbeschikking regionale eerstelijnszorg. Kunnen jullie deze opmaken en laten ondertekenen door Johan (wrs digitale handtekening).

Geven jullie een seintje als ie is opgemaakt en ondertekend? Dan verwerk ik hem in PUC.

Groet,

[REDACTED]
Beleidsmedewerker | directie Regulering


Nederlandse Zorgautoriteit

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

www.nza.nl | [redacted]@nza.nl

Volg ons op: [LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.

Legitimatie

Bij ons geldt een legitimatieplicht. Bezoekers kunnen zich legitimeren met paspoort, rijbewijs, identiteitskaart of Rijkspas.

Parkeren

Komt u bij ons op bezoek en komt u met de auto? Geef dan tijdig uw kenteken aan ons door.

Van: [redacted]

Verzonden: woensdag 10 juni 2020 10:17

Aan: [redacted]

Onderwerp: RE: Openzetten van TB 20633-01 in PUC voor dupliceren

Hoi [redacted]d,

Dat klopt. [redacted] moet ook tekenen.

Bijgevoegd de Word versie.

Groet,

[redacted]
Secretaresse | directie Regulering


Nederlandse Zorgautoriteit

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

www.nza.nl | [redacted] | info@nza.nl

Volg ons op: [LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.

Legitimatie

Bij ons geldt een legitimatieplicht. Bezoekers kunnen zich legitimeren met paspoort, rijbewijs, identiteitskaart of Rijkspas.

Parkeren

Wees erop attent dat er zeer beperkte parkeergelegenheid is op ma, di en do. Bij een vol parkeerdek wordt u doorverwezen naar een **betaalde** parkeerplek in de buurt.

Van: [redacted]

Verzonden: woensdag 10 juni 2020 09:57

Aan: [redacted]

Onderwerp: RE: Openzetten van TB 20633-01 in PUC voor dupliceren

[redacted]

In aanvulling. Ik denk dat ik formeel de tariefbeschikking ook nog in Word moet opmaken? En dan aan jullie ter archivering moeten toezenden voordat ik deze op de website kan plaatsen. Misschien moet ie formeel ook nog langs [redacted]

Kan ik de word-versie van TB?REG-20633-01 toegezonden krijgen?

Groet,

[redacted]

Beleidsmedewerker | directie Regulering

artikel 5.1, lid 2, sub e



Nederlandse Zorgautoriteit

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

www.nza.nl | [redacted]

Volg ons op: [LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.

Legitimatie

Bij ons geldt een legitimatieplicht. Bezoekers kunnen zich legitimeren met paspoort, rijbewijs, identiteitskaart of Rijkspas.

Parkeren

Komt u bij ons op bezoek en komt u met de auto? Geef dan tijdig uw kenteken aan ons door.

Van: [redacted]

Verzonden: woensdag 10 juni 2020 09:54

Aan: [redacted]

Onderwerp: RE: Openzetten van TB 20633-01 in PUC voor dupliceren

Hoi [redacted],

Ik heb in PUC de TB al gedupliceerd. En de originele weer op jouw naam teruggezet om weer te publiceren. Bedankt voor je snelle reactie.

Mag ik ook nog een nieuw nummer 2021 voor de tariefbeschikking? TB/REG-21XXX Regionale ondersteuning eerstelijnszorg

Groet,

[redacted]

Beleidsmedewerker | directie Regulering



Nederlandse Zorgautoriteit

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

www.nza.nl | [redacted]

Volg ons op: [LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.

Legitimatie

Bij ons geldt een legitimatieplicht. Bezoekers kunnen zich legitimeren met paspoort, rijbewijs, identiteitskaart of Rijkspas.

Parkeren

Komt u bij ons op bezoek en komt u met de auto? Geef dan tijdig uw kenteken aan ons door.

Van: [redacted]

Verzonden: woensdag 10 juni 2020 09:49

Aan: [redacted]

Onderwerp: RE: Openzetten van TB 20633-01 in PUC voor dupliceren

Hoi [redacted],

Het doc. Staan op jou naam in puc.

Groet,

[redacted]

**Nederlandse Zorgautoriteit**

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

www.nza.nl | [redacted] | info@nza.nl

Volg ons op: [LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.

Legitimatie

Bij ons geldt een legitimatieplicht. Bezoekers kunnen zich legitimeren met paspoort, rijbewijs, identiteitskaart of Rijkspas.

Parkeren

Wees erop attent dat er zeer beperkte parkeergelegenheid is op ma, di en do. Bij een vol parkeerdek wordt u doorverwezen naar een **betaalde** parkeerplek in de buurt.

Van: [redacted]

Verzonden: woensdag 10 juni 2020 09:45

Aan: [redacted]

Onderwerp: Openzetten van TB 20633-01 in PUC voor dupliceren

Dames,

Kan één van jullie in PUC er voor zorgen dat tariefbeschikking TB/REG-20633-01 tijdelijk wordt opengezet op mijn naam om te dupliceren. Daarna kan ik voor 2021 de tariefbeschikking opmaken. Ik zal dan tevens meteen eenseintje geven om de tariefbeschikking 2020 terugzetten op één van jullie namen, zodat de TB weer op de website gezet kan worden.

BVD

Groet,

[redacted]
Beleidsmedewerker | directie Regulering

**Nederlandse Zorgautoriteit**

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

www.nza.nl | [redacted]

Volg ons op: [LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.

Legitimatie

Bij ons geldt een legitimatieplicht. Bezoekers kunnen zich legitimeren met paspoort, rijbewijs, identiteitskaart of Rijkspas.

Parkeren

Komt u bij ons op bezoek en komt u met de auto? Geef dan tijdig uw kenteken aan ons door.

PRESTATIE- EN TARIEFBESCHIKKING**Regionale ondersteuning eerstelijnszorg**

Nummer
TB/REG-21628-01

Datum inwerkingtreding
1 januari 2021

Datum vaststelling
10 juni 2020

Geldig tot
1 januari 2022

Behandeld door
directie Regulering

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft met inachtneming van Hoofdstuk 4, paragrafen 4.2 en 4.4, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg),

en meer in het bijzonder:

artikel 35, artikel 50 eerste lid, onderdelen c en d jo. artikelen 51 tot met 53 van de Wmg,

op basis van de beleidsregel:

Beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijnszorg (BR/REG-20146),

besloten dat:

rechtsgeldig,

door:

- zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen en verloskundigen die bieden;
- zorgaanbieders die geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) leveren, niet zijnde gespecialiseerde ggz (basis-ggz);
- zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals ergotherapeuten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en diëtisten die bieden;
- zorgaanbieders die farmaceutische zorg leveren zoals apotheekhoudende die bieden;
- zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel c, onder 2°, van de Wmg (factormaatschappijen),

aan:

- ziektekostenverzekeraars en;
- (niet-)verzekerden¹,

in rekening mag worden gebracht:

de prestatiebeschrijving en bijbehorend maximumtarief (in euro's), zoals hieronder omschreven, mits voldaan is aan de bij de betreffende prestatie beschreven voorschriften en beperkingen.

	Maximumtarief
Module Regionale ondersteuning eerstelijnszorg	€ 1,75

¹ Voor de toepassing van deze tariefbeschikking wordt een persoon, die:

- krachtens de sociale ziektekostenwetgeving van een andere staat verzekerd is en
- in Nederland woont of hier tijdelijk verblijft en
- krachtens een Verordening van de Raad van de Europese Unie, dan wel krachtens enig ander door Nederland gesloten bilateraal of multilateraal verdrag, recht heeft op verstrekkingen overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz), gelijkgesteld met een Zvw-, respectievelijk, Wlz-verzekerde.

Voorschriften en beperkingen

- De module kan alleen in rekening worden gebracht als voor deze module een overeenkomst is gesloten met de ziektekostenverzekeraar.
- De module kan per verzekerde maar één keer in rekening worden gebracht.

Vervallen oude prestatie- en tariefbeschikking

De Prestatie- en tariefbeschikking regionale ondersteuning eerstelijnszorg, met kenmerk TB/REG-20633-01, die een geldigheidsduur had tot en met 31 december 2020, is met ingang van de dag na laatstgenoemde datum van rechtswege komen te vervallen.

Toepasselijkheid voorafgaande prestatie- en tariefbeschikking

De Prestatie- en tariefbeschikking regionale eerstelijnszorg, met kenmerk TB/REG-20633-01, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beschikking en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beschikking gold.

Inwerkingtreding

Deze beschikking treedt in werking met ingang van 1 januari 2021 en vervalt met ingang van 1 januari 2022.

Gelet op artikel 20, tweede lid, onderdeel d, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal van de vaststelling van deze beschikking mededeling worden gedaan in de Staatscourant.

Citeertitel

Deze beschikking wordt aangehaald als: Prestatie- en tariefbeschikking regionale ondersteuning eerstelijnszorg.

Bezwaar

Indien u het niet eens bent met dit besluit, dan kunt u binnen zes weken na verzending/bekendmaking van dit besluit een bezwaarschrift indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit. U kunt uw bezwaar indienen: per post of per fax. Het is niet mogelijk uw bezwaar via de e-mail in te dienen.

Adres: Nederlandse Zorgautoriteit
t.a.v. unit Juridische Zaken
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT
(In de linkerbovenhoek van de envelop vermeldt u: Bezwaarschrift)

Fax: 030 – 296 82 96

Het bezwaar dient volgens artikel 6:5, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en dient ten minste de volgende gegevens te bevatten:

- naam en adres van de indiener;
- de dagtekening;
- een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt;
- de gronden (onderbouwing) van het bezwaar.

Wij verzoeken u een kopie van dit besluit bij te voegen.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

artikel 5.1, lid 2, sub e


unitmanager Eerstelijnszorg

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 23 mei 2018 11:06
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: RE: RvB-agenda

From: [REDACTED]
Sent: 23-5-2018 11:05:56
Subject: RE: RvB-agenda
To: [REDACTED]

This message has been archived. [View the original item](#)

Dag [REDACTED],

Onderstaand staat op de agenda!

Groet, [REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 23 mei 2018 09:00
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: RvB-agenda

Dames

Voor de vergadering van 26 juni a.s. wil ik graag het volgende agendapunt inbrengen:

- Beleidsregel Regionale ondersteuning eerstelijnszorg (BR/REG-19144)
- Het betreft vooralsnog een hamerstuk

[REDACTED]

[cid:image001.jpg@01D1FC59.785377C0]

[REDACTED]
Beleidsmedewerker
directie Regulering /unit Eerstelijnszorg

Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
T: [REDACTED] | E: [REDACTED] | W:
www.nza.nl<<http://www.nza.nl/>>

Attachments:

[image001.jpg](#)

(8 KB)

[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 18 september 2018 17:54
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RE: tariefbeschikking ROSsen

From: [REDACTED]
Sent: 18-9-2018 17:54:06
Subject: RE: tariefbeschikking ROSsen
To: [REDACTED]

This message has been archived. [View the original item](#)

Fijn [REDACTED] dat je het al met ons hebt gedeeld!

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 18 september 2018 14:19
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RE: tariefbeschikking ROSsen

Beste [REDACTED],

Als bijlage tref je aan de tariefbeschikking 2019 regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling.

We gaan hem zo spoedig mogelijk op de website van de NZa laten plaatsen. Meestal vergt dat nog enige tijd.

Groet

[REDACTED]

[cid:image001.jpg@01D1FC59.785377C0]

[REDACTED]
Beleidsmedewerker
directie Regulering /unit Eerstelijnszorg

Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
T: [REDACTED] | E: [REDACTED] | W:
www.nza.nl<<http://www.nza.nl/>>

Van: M

Attachments:

[image001.jpg](#) (8 KB)
[image002.png](#) (8 KB)

[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 18 september 2018 14:28
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: Re: TB regionale ondersteuning eerstelijnszorg

From: [REDACTED]
Sent: 18-9-2018 14:27:40
Subject: Re: TB regionale ondersteuning eerstelijnszorg
To: [REDACTED]

This message has been archived. [View the original item](#)

Ik had de aanpassingen aan lay out gedaan maar geen tarieven/data aangepast. Groet [REDACTED]

Op 18 september 2018 om 14:24:18 CEST schreef [REDACTED] [REDACTED]

Hoi [REDACTED]

Heb jij in PUC de aanpassing al doorgevoerd ?

Zo te zien aan de tabel wel, maar voor de zekerheid toch nog even verifiëren.

[REDACTED]

[mid:de4066240deb9e56b13f5fdffbf16d37d9e81ce9ed81b8ff578be49194e22a21@getboxer.com/image001.jpg@01D1FC59.785377C0]

[REDACTED]
Beleidsmedewerker

directie Regulering /unit Eerstelijnszorg

Nederlandse Zorgautoriteit

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

T: [REDACTED] | E: [REDACTED] | W:

www.nza.nl<<http://www.nza.nl/>>

Attachments:

[image001.jpg](#)

(8 KB)

[image001.jpg](#)

(8 KB)

Van: [REDACTED]
Verzonden: maandag 17 september 2018 08:31
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: RE: TB ROS

From: [REDACTED]
Sent: 17-9-2018 08:30:37
Subject: RE: TB ROS
To: [REDACTED]

This message has been archived. [View the original item](#)

Ho [REDACTED] en [REDACTED]

In de tariefbeschikking staat onder de vermelding van de bedragen dat alle modules slechts één keer in rekening kunnen worden gebracht.

Misschien kan daar dan alleen ter verduidelijking per jaar worden toegevoegd ? Aan de nadere kant staat dit er al jaren zo en heeft nog nooit tot vragen geleid. Komt natuurlijk ook omdat dit niet feitelijk tot een declaratie van aanbieder aan patiënt en/of diens ziektekostenverzekeraar leidt.

Met andere woorden, voor mij behoeft dit geen aanvulling.

Maximumtarief

- module Regionale ondersteuning eerstelijnszorg
- module Kwaliteitsontwikkeling (NHG)
- module Kwaliteitsontwikkeling (KNOV)

€ 1,66

€ 0,15

€ 0,14

Voorschriften en beperkingen

- Voor alle modules geldt dat de module alleen in rekening kan worden gebracht als voor deze module een overeenkomst is gesloten met de ziektekostenverzekeraar.
- Voor alle modules geldt dat de module per verzekerde maar één keer in rekening kan worden ge

Attachments:

[image002.jpg](#)

(3 KB)

[image003.jpg](#)

(8 KB)

[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 22 februari 2011 10:09
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: RvB 1.2

[REDACTED]

Ivm interne verspreiding concept notulen en besluiten graag vandaag check op onderstaande tekst.

Verzoek van RvB om in de toekomst aan te geven waarom het abusievelijk is vergeten en wat het leerpunt is geweest.

1.2 Aanpassing beleidsregel regionale ondersteuning

aanwezig: [REDACTED] (voorzitter), [REDACTED] en [REDACTED] (notulen).

Aanleiding

WVS heeft op 26 oktober 2010 de NZa per brief verzocht om uitbreiding van de reikwijdte van de op dat moment bestaande beleidsregel over regionale ondersteuning van eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling. Om dat te bewerkstelligen, heeft de RvB op 13 december 2010 de beleidsregel 'Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling' (BR/CU-7014) vastgesteld (B10-383). Gelijktijdig met de vaststelling van deze beleidsregel BR/CU-7014, is de beleidsregel 'de module kwaliteitsontwikkeling voor verloskundigen' (CV-5700-4.0.2.-1), ingetrokken. Aangezien deze module specifiek de financiering regelde van het kwaliteitsbeleid voor de zorg van verloskundigen en het niet de bedoeling was deze financiering te beëindigen, had deze module een plek behoren te krijgen in eerdergenoemde nieuwe beleidsregel BR/CU-7014. Abusievelijk blijkt dit niet te zijn gebeurd. Daardoor ontbreekt sinds 1 januari 2011 een grondslag voor toekenning van deze gelden (voor kwaliteitsontwikkeling) aan de Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (KNOV). Met het voorliggende voorstel wordt deze omissie hersteld.

Discussie

Geen. Is Hamerstuk.

Besluit

De Raad van Bestuur besluit de beleidsregel 'Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling' (BR/CU-7028) vast te stellen. Deze beleidsregel treedt in werking per 1 januari 2011.

[REDACTED]

Nederlandse Zorgautoriteit
Newtonlaan 1 - 41
3584 BX Utrecht

Telefoon: [REDACTED]
Mobiel: [REDACTED]
Email: [REDACTED]
Website: www.nza.nl

[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 24 november 2009 09:32
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: tariefb. 16789-1900-10-1 voor op site
Bijlagen: 16789-1900-10-1 - volgnr 10 met toelichting.pdf; 16789-1900-10-1 - volgnr 10 met toelichting.doc

Hallo [REDACTED]

Hierbij een tariefbeschikking per 1-1-2010 voor op de site. Hij is geldig voor meerdere categorieën.

1. tariefnr. 16789-1900-10-1
2. onderwerp: Moduletarium voor regionale ondersteuning eerstelijnszorg en moduletarium kwaliteitsontwikkeling met ingang van 1-1-2010
3. subdoelgroep: Vrije beroepsbeoefenaren
4. doelgroepen:
 - Huisartsen (cat. 5000)
 - verloskundigen (cat. 5700)
 - fysiotherapeuten (cat. 5800)
 - oefentherapeuten (cat. 5900)
 - logopedisten (cat. 6000)

groet, [REDACTED]

TARIEFBESCHIKKING

Nummer 16789-1900-10-1	Datum ingang 1 januari 2010	Datum beschikking 23 november 2009	Datum verzending 25 november 2009
Volgnr. 10	Geldig tot	Behandeld door directie Zorgmarkten Cure	

De Nederlandse Zorgautoriteit

heeft krachtens de paragrafen 2 en 4 van hoofdstuk 4 van de Wmg

op basis van de beleidsregels:

- voor zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden
- voor zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals verloskundigen die bieden
- voor zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals fysiotherapeuten die bieden
- voor zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals oefentherapeuten die bieden
- voor zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals logopedisten die bieden

en gelet op:

Wmg-artikel 35 jo.
art. 52 lid 5

besloten:

dat rechtsgeldig

door:

- zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden
- zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals verloskundigen die bieden
- zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals fysiotherapeuten die bieden
- zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals oefentherapeuten die bieden
- zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals logopedisten die bieden
- en zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1 onder c sub 2 van de Wmg

aan:

alle ziektekostenverzekeraars en alle (niet-)verzekerden

prestatiebeschrijving en bijbehorend maximumtarief (in euro's):

maximaal de bedragen per jaar, zoals dat wordt vermeld achter de desbetreffende prestatie, in rekening kan worden gebracht. Deze maximumtarieven zijn inclusief BTW-kosten, maar exclusief de BTW-heffing en afdracht door een zorgaanbieder.

	Tarief
- module* Regionale ondersteuning eerstelijnszorg	€ 1,36
- module* Kwaliteitsontwikkeling	€ 0,15

* De **module** kan alleen in rekening worden gebracht als voor deze module een overeenkomst is gesloten met de ziektekostenverzekeraar. De **module** kan per verzekerde maar 1 keer in rekening worden gebracht.

Vervolg van tariefbeschikking 16789-1900-10-1

Nederlandse Zorgautoriteit

De geldigheidsduur van de eerder afgegeven tariefbeschikking 16789-1900-09-1 van 8 december 2008 wordt met de afgifte van deze tariefbeschikking beperkt tot en met 31 december 2009.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit

artikel 5.1, lid 2, sub e


directeur Zorgmarkten Cure

zie bijgevoegde toelichting

TOELICHTING

bij tariefbeschikking

1. Werkingssfeer

Voor de toepassing van deze tariefbeschikking wordt een persoon, die

- krachtens de sociale ziektekostenwetgeving van een andere staat verzekerd is en
- in Nederland woont of hier tijdelijk verblijft en
- krachtens een Verordening van de Raad van de Europese Unie, dan wel krachtens enig ander door Nederland gesloten bilateraal of multilateraal verdrag, recht heeft op verstrekkingen overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, gelijkgesteld met een Zorgverzekeringswet-/AWBZ-verzekerde.

2. Bezwaar/Beroep

Ingevolge artikel 105 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) juncto artikel 7:1 lid 1 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit een bezwaarschrift, per post dan wel per fax, indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit, Unit Bezwaar, beroep en boetes, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht. Het bezwaar dient conform artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet tenminste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt en de gronden van het bezwaar. Het verdient aanbeveling om een afschrift van het bestreden besluit bij te voegen.

TARIEFBESCHIKKING

Nummer 16789-1900-10-1	Datum ingang 1 januari 2010	Datum beschikking 23 november 2009	Datum verzending 25 november 2009
Volgnr. 10	Geldig tot	Behandeld door directie Zorgmarkten Cure	

De Nederlandse Zorgautoriteit

heeft krachtens de paragrafen 2 en 4 van hoofdstuk 4 van de Wmg

op basis van de beleidsregels:

- voor zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden
- voor zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals verloskundigen die bieden
- voor zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals fysiotherapeuten die bieden
- voor zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals oefentherapeuten die bieden
- voor zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals logopedisten die bieden

en gelet op:

Wmg-artikel 35 jo.
art. 52 lid 5

besloten:

dat rechtsgeldig

door:

- zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden
- zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals verloskundigen die bieden
- zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals fysiotherapeuten die bieden
- zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals oefentherapeuten die bieden
- zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals logopedisten die bieden
- en zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1 onder c sub 2 van de Wmg

aan:

alle ziektekostenverzekeraars en alle (niet-)verzekerden

prestatiebeschrijving en bijbehorend maximumtarief (in euro's):

maximaal de bedragen per jaar, zoals dat wordt vermeld achter de desbetreffende prestatie, in rekening kan worden gebracht. Deze maximumtarieven zijn inclusief BTW-kosten, maar exclusief de BTW-heffing en afdracht door een zorgaanbieder.

	Tarief
- module* Regionale ondersteuning eerstelijnszorg	€ 1,36
- module* Kwaliteitsontwikkeling	€ 0,15

* De **module** kan alleen in rekening worden gebracht als voor deze module een overeenkomst is gesloten met de ziektekostenverzekeraar. De **module** kan per verzekerde maar 1 keer in rekening worden gebracht.

Vervolg van tariefbeschikking 16789-1900-10-1

Nederlandse Zorgautoriteit

De geldigheidsduur van de eerder afgegeven tariefbeschikking 16789-1900-09-1 van 8 december 2008 wordt met de afgifte van deze tariefbeschikking beperkt tot en met 31 december 2009.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit

artikel 5.1, lid 2, sub e


directeur Zorgmarkten Cure

zie bijgevoegde toelichting

TOELICHTING

bij tariefbeschikking

1. Werkingssfeer

Voor de toepassing van deze tariefbeschikking wordt een persoon, die

- krachtens de sociale ziektekostenwetgeving van een andere staat verzekerd is en
- in Nederland woont of hier tijdelijk verblijft en
- krachtens een Verordening van de Raad van de Europese Unie, dan wel krachtens enig ander door Nederland gesloten bilateraal of multilateraal verdrag, recht heeft op verstrekkingen overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, gelijkgesteld met een Zorgverzekeringswet-/AWBZ-verzekerde.

2. Bezwaar/Beroep

Ingevolge artikel 105 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) juncto artikel 7:1 lid 1 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit een bezwaarschrift, per post dan wel per fax, indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit, Unit Bezwaar, beroep en boetes, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht. Het bezwaar dient conform artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet tenminste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt en de gronden van het bezwaar. Het verdient aanbeveling om een afschrift van het bestreden besluit bij te voegen.

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 18 september 2018 14:44
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: Tariefbeschikking TB/REG-19634-01

From: [REDACTED]
Sent: 18-9-2018 14:43:52
Subject: Tariefbeschikking TB/REG-19634-01
To: [REDACTED]

This message has been archived. [View the original item](#)

Dag Collega,

Kunnen jullie bijgaande tariefbeschikking publiceren op in de staatscourant?

Alvast dank!

Met vriendelijke groet,

[cid:image001.jpg@01D3061C.4C5DC120]

[REDACTED]
Secretaresse | mt-staf Regulering
Aanwezig: ma t/m do tst: 8998

Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
T: [REDACTED] | E: [REDACTED] | W: www.nza.nl<<http://www.nza.nl/>>

Legitimatie

Bij de NZa geldt een legitimatieplicht. Komt u bij ons op bezoek, vergeet dan niet uw paspoort, rijbewijs, identiteitskaart of Rijkspas mee te nemen.

Parkeren

Komt u met de auto? Geef dan tijdig uw kenteken aan ons door

Attachments:

TB-REG-19634-01.docx	(60 KB)
TB-REG-19634-01.pdf	(97 KB)
image001.jpg	(3 KB)

[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 11 september 2018 14:30
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: TB ROS

From: [REDACTED]
Sent: 11-9-2018 14:30:02
Subject: TB ROS
To: [REDACTED]

This message has been archived. [View the original item](#)

[REDACTED]

Hierbij de tariefbeschikking regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling. Check jij hem nog even?

- Secretariaat stelt tariefbeschikking op
- TB wordt ondertekend door Johan
- Publicatie op de website via PUC, geen verzending per post aan betrokken partijen (hoe brengen we hen op de hoogte ?)

[REDACTED]

[cid:image001.jpg@01D1FC59.785377C0]

[REDACTED]
Beleidsmedewerker
directie Regulering /unit Eerstelijnszorg

Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
T: [REDACTED] | E: [REDACTED] W:
www.nza.nl<<http://www.nza.nl/>>

Attachments:

[TB-REG-19634-01 Prestatie- en tariefbeschikking regionale ondersteuning
eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling.docx](#) (70 KB)
[image001.jpg](#) (8 KB)

Van: [REDACTED]
Verzonden: donderdag 11 juni 2020 09:57
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: TB/REG-21628-01
Bijlagen: TB-REG-21628-01 Prestatie- en tariefbeschikking regionale ondersteuning.....docx; TB-REG-21628-01.docx

Goedemorgen,

Graag het bijgevoegde formulier aanbieden aan de SC.

Bedankt en groet,

[REDACTED]
Secretaresse | directie Regulering



Nederlandse Zorgautoriteit

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

www.nza.nl | [REDACTED] | info@nza.nl

Volg ons op: [LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.

Legitimatie

Bij ons geldt een legitimatieplicht. Bezoekers kunnen zich legitimeren met paspoort, rijbewijs, identiteitskaart of Rijkspas.

Parkeren

Wees erop attent dat er zeer beperkte parkeergelegenheid is op ma, di en do. Bij een vol parkeerdek wordt u doorverwezen naar een **betaalde** parkeerplek in de buurt.

PRESTATIE- EN TARIEFBESCHIKKING**Regionale ondersteuning eerstelijnszorg**

Nummer
TB/REG-21628-01

Datum inwerkingtreding
1 januari 2021

Datum vaststelling
10 juni 2020

Geldig tot
1 januari 2022

Behandeld door
directie Regulering

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft met inachtneming van Hoofdstuk 4, paragrafen 4.2 en 4.4, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg),

en meer in het bijzonder:

artikel 35, artikel 50 eerste lid, onderdelen c en d jo. artikelen 51 tot met 53 van de Wmg,

op basis van de beleidsregel:

Beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijnszorg (BR/REG-20146),

besloten dat:

rechtsgeldig,

door:

- zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen en verloskundigen die bieden;
- zorgaanbieders die geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) leveren, niet zijnde gespecialiseerde ggz (basis-ggz);
- zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals ergotherapeuten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en diëtisten die bieden;
- zorgaanbieders die farmaceutische zorg leveren zoals apotheekhoudende die bieden;
- zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel c, onder 2°, van de Wmg (factormaatschappijen),

aan:

- ziektekostenverzekeraars en;
- (niet-)verzekerden¹,

in rekening mag worden gebracht:

de prestatiebeschrijving en bijbehorend maximumtarief (in euro's), zoals hieronder omschreven, mits voldaan is aan de bij de betreffende prestatie beschreven voorschriften en beperkingen.

	Maximumtarief
Module Regionale ondersteuning eerstelijnszorg	€ 1,75

¹ Voor de toepassing van deze tariefbeschikking wordt een persoon, die:

- krachtens de sociale ziektekostenwetgeving van een andere staat verzekerd is en
- in Nederland woont of hier tijdelijk verblijft en
- krachtens een Verordening van de Raad van de Europese Unie, dan wel krachtens enig ander door Nederland gesloten bilateraal of multilateraal verdrag, recht heeft op verstrekkingen overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz), gelijkgesteld met een Zvw-, respectievelijk, Wlz-verzekerde.

Voorschriften en beperkingen

- De module kan alleen in rekening worden gebracht als voor deze module een overeenkomst is gesloten met de ziektekostenverzekeraar.
- De module kan per verzekerde maar één keer in rekening worden gebracht.

Vervallen oude prestatie- en tariefbeschikking

De Prestatie- en tariefbeschikking regionale ondersteuning eerstelijnszorg, met kenmerk TB/REG-20633-01, die een geldigheidsduur had tot en met 31 december 2020, is met ingang van de dag na laatstgenoemde datum van rechtswege komen te vervallen.

Toepasselijkheid voorafgaande prestatie- en tariefbeschikking

De Prestatie- en tariefbeschikking regionale eerstelijnszorg, met kenmerk TB/REG-20633-01, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beschikking en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beschikking gold.

Inwerkingtreding

Deze beschikking treedt in werking met ingang van 1 januari 2021 en vervalt met ingang van 1 januari 2022.

Gelet op artikel 20, tweede lid, onderdeel d, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal van de vaststelling van deze beschikking mededeling worden gedaan in de Staatscourant.

Citeertitel

Deze beschikking wordt aangehaald als: Prestatie- en tariefbeschikking regionale ondersteuning eerstelijnszorg.

Bezwaar

Indien u het niet eens bent met dit besluit, dan kunt u binnen zes weken na verzending/bekendmaking van dit besluit een bezwaarschrift indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit. U kunt uw bezwaar indienen: per post of per fax. Het is niet mogelijk uw bezwaar via de e-mail in te dienen.

Adres: Nederlandse Zorgautoriteit
t.a.v. unit Juridische Zaken
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT
(In de linkerbovenhoek van de envelop vermeldt u: Bezwaarschrift)

Fax: 030 – 296 82 96

Het bezwaar dient volgens artikel 6:5, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en dient ten minste de volgende gegevens te bevatten:

- naam en adres van de indiener;
- de dagtekening;
- een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt;
- de gronden (onderbouwing) van het bezwaar.

Wij verzoeken u een kopie van dit besluit bij te voegen.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

artikel 5.1, lid 2, sub e


unitmanager Eerstelijnszorg

Vaststelling prestatie- en tariefbeschikkingen NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) deelt op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg mee de navolgende prestatie- en tariefbeschikking(en) te hebben vastgesteld.

Vastgesteld op 10 juni 2020

Prestatie- en tariefbeschikking regionale ondersteuning eerstelijnszorg

TB/REG-21628-01

Alle collectieve prestatie- en tariefbeschikkingen liggen ter inzage bij de NZa.
U kunt ze ook raadplegen op www.nza.nl.

[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: donderdag 6 maart 2008 16:51
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: V 04-63 - IV 04-28
Bijlagen: V 04-63 - IV 04-28.doc

ROS

(Vervolg op IV 04-16/V 04-25)

Beleidsregelwijziging in verband met de financiering van de regionale ondersteuningsstructuur eerstelijnszorg per 1 januari 2005

1. INLEIDING

1.1 Over de financiering van de ondersteuningsstructuur van de eerstelijnszorg is in de eerste helft van dit jaar al diverse malen gediscussieerd. In nota IV 04-16/V 04-25 is dat al uitgebreid beschreven (bijlage 1; inclusief een aantal relevante bijlagen). Het gaat om de huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten en logopedisten. De basis voor de discussie vormt de brief van VWS van 21 november 2003 (bijlage 1 van bijlage 1; alleen de relevante pagina's). Het is de bedoeling dat de beschikbare gelden voor de huisartsenzorg worden gebruikt voor een regionale ondersteuningsstructuur voor de eerste lijn.

In de huidige situatie is de financiering van de ondersteuning in de eerste lijn per beroepsgroep geregeld. Alleen voor de huisartsen loopt die financiering op dit moment via de WTG en wel tot 1 januari 2005. Dat gebeurt middels de twee bestaande huisartsenmodules 'SLHV-afdracht' (€ 0,60 per verzekerde, waarvan € 0,10 een tijdelijk toeslag betreft in verband met een verrekening over oude jaren) en 'faciliteiten infrastructuur en regioversterking' (€ 0,60 per verzekerde). Voor de overige beroepsgroepen, te weten de verloskundigen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten en logopedisten, gebeurde dat via regelingen buiten de WTG om. Het gaat macro om een bedrag van bijna € 18 miljoen (ziekenfonds plus particulier).

CTG/ZAio besloot in mei 2004 in die bestaande financiering per 1 juli 2004 geen wijzigingen door te voeren. Door ZN was in december 2003 bij CTG/ZAio een voorstel ingediend om per 1 juli 2004 de voor de huisartsen gehanteerde gelden voor de ondersteuning eerste lijnsbreed in te zetten, onder regie van de zorgverzekeraars. Op 10 mei 2004 verzocht ZN CTG/ZAio de ingangsdatum alsnog te wijzigen in 1 januari 2005. Door CTG/ZAio zijn derhalve geen gewijzigde beleidsregels vastgesteld. De beleidsregelwijziging uitstellen tot 1 januari 2005 geeft partijen en CTG/ZAio de mogelijkheid nader te bezien hoe de financiering binnen de WTG concreet vormgegeven kan worden.

CTG/ZAio heeft op 24 mei 2004 de Minister van VWS op de hoogte gesteld van dit uitstel (bijlage 2). In de brief is tevens aangegeven wat de mogelijke consequenties zijn voor de overige beroepsgroepen.

1.2 Op 13 mei 2004 heeft de LHV een eenzijdig beleidsregelverzoek ingediend om de huidige financiering, zoals die nu geldt voor de huisartsenzorg, integraal te continueren in 2005 (bijlage 3). De LHV stelt dus voor de huidige gelden beschikbaar te laten houden voor alleen de huisartsen en niet, zoals ZN voorstelt, voor de ondersteuning van de eerstelijnszorg. Daarnaast geeft de LHV aan bereid te zijn om zich in te zetten voor de totstandkoming van integrale ondersteuningsstructuren voor de eerstelijnszorg.

ZN geeft in zijn reactie geen voorstander te zijn van het voorstel van de LHV (bijlage 4). ZN handhaaft het in december 2003 ingediende verzoek en ondersteunt het voorstel van de LHV dus niet.

1.3 In de ZN-reactie van 13 augustus 2004 op de uitvoeringstoets invoering nieuw bekostigingssysteem huisartsen, is ook nog ingegaan in de financiering van de ondersteuningsstructuren. In bijlage 5 treft u de relevante passage uit die brief over de ondersteuningsstructuren aan.

Nog voor het tweede technisch overleg van 27 september 2004 heeft ZN nog contact opgenomen met de diverse zorgaanbieders om de mogelijkheid te bezien of met de koepels in de eerste lijn afspraken te maken over de financieringsstroom (bijlage 6). In het overleg van 27 september 2004, waar ook is gesproken over het voorstel van ZN, is afgesproken dat de betrokken zorgaanbieders met een, zo mogelijk gezamenlijke, reactie zullen komen. Die reactie is, via de KNOV, op 11 oktober 2004 ontvangen (bijlage 6a). Op dat moment hadden nog niet alle zorgaanbiederspartijen hun fiat gegeven en ook is niet bekend wat de opvatting van ZN is.

Kort samengevat: het probleem in deze discussie is dat het om de financiering gaat van de ondersteuning voor de eerste lijn, waarbij de aanbieders geen echt vertrouwen hebben in de regie van de lokale verzekeraars en ook onderling tenminste hun portie zouden willen en de huisartsen vinden dat het bestaande geld hen eigenlijk volledig toebehoort. Daardoor lopen alle technische uitwerkingsvarianten tegen problemen op.

1.4 In hoofdstuk 2 worden twee financieringsmogelijkheden voor de ondersteuningsstructuren aan de orde gesteld. Er wordt tevens aandacht besteed aan het eenzijdige voorstel van de LHV. In hoofdstuk 4 komen de reacties van partijen en van het secretariaat aan de orde. Het betreft de reacties op de financieringsvarianten als op het eenzijdige voorstel van de LHV.

2 DE FINANCIERING VAN DE ONDERSTEUNINGSSTRUCTUREN

In de navolgende twee paragrafen komen aan de orde twee financieringsmogelijkheden voor de ondersteuningsstructuren eerstelijnszorg. In de technisch overleggen zijn ook nog andere mogelijke oplossingen aan de orde gesteld. In bijlage 7 wordt nader op die opties ingegaan. Geconstateerd is dat het niet de meest voor de hand liggende oplossingen zijn per 1 januari 2005.

2.1 Aparte module per beroepsgroep

Per beroepsgroep wordt een eigenstandig moduletarief vastgesteld. Deze optie sluit aan bij de huidige praktijk voor de huisartsen. In de ziekenfondssector vigeren een tweetal modules ('SLHV-afdracht' en 'faciliteiten infrastructuur en regioversterking'). Een nadeel van deze optie is dat de regeling voor de particuliere sector niet waterdicht is. Een tweede nadeel is dat de gelden over de beroepsgroepen verdeeld wordt, waardoor het centraal in een fonds krijgen van die gelden veel overeenkomsten vergt.

De huisartsen kennen voor de ziekenfondssector een bedrag per verzekerde, waarbij voor de particuliere sector 2 verschillende uitvoeringsmodaliteiten gelden:

1. voor de 'SLHV-afdracht' is er geen particulier WTG-tarief, maar dragen de verzekeraars het bedrag af op basis van vrijwilligheid. Het secretariaat heeft daarvan begrepen dat de verzekeraars daar niet gelukkig mee zijn.
2. Voor de module 'faciliteiten infrastructuur en regioversterking' is het bedrag in de particuliere sector in de huisartsentarieven versleuteld. Van de individuele huisarts wordt verwacht dat hij/zij het via de tarieven ontvangen bedrag doorsluis naar de stichting POH, die de gelden beheert. Maar dat schijnt in de praktijk niet soepel te verlopen, met als gevolg dat er minder inkomsten zijn, omdat niet alle huisartsen hun aandeel afdragen.

2.2 module voor een beroepsgroep namens de eerste lijn

In dit geval wordt er niet per beroepsgroep, maar voor alle beroepsgroepen gezamenlijk een module vastgesteld. De module ondersteuning eerste lijn bedraagt € 1,10 per verzekerde (€ 0,50 plus € 0,60 zijnde de structurele bedragen voor vigerende huisartsenmodules). De module kan per regio met een van de zorgverzekeraars overeengekomen worden.

ZN stelt voor de module te splitsen in een module 'kwaliteitsontwikkeling' en 'financiering van ondersteuningsactiviteiten'. De tarieven worden dan € 0,10 respectievelijk € 1,00.

De module geldt voor alle beroepsgroepen in de eerste lijn.

Het tarief kan alleen in rekening worden gebracht/gedeclareerd onder de voorwaarde dat die wordt besteed aan eerstelijns-ondersteuning en onder de voorwaarde dat met de betreffende verzekeraar voor deze module een overeenkomst is gesloten.

Dit kan dan in een aparte collectieve tariefbeschikking worden vastgelegd die voor betreffende zorgaanbieders van toepassing is. Dat betekent in de huidige situatie concreet dat de verzekeraar kan kiezen of hij het moduletarietief afsprekt met huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten of logopedisten. Aandachtspunt blijft wel dat het tarief dus per regio eenmaal per verzekerde gedeclareerd mag worden. Dat dient de verzekeraar goed te administreren.

2.3 eenzijdig voorstel LHV van 13 mei 2004

Op 13 mei 2004 heeft de LHV een eenzijdig beleidsregelverzoek ingediend om de huidige financiering voor de ondersteuning van de huisartsenzorg integraal te continueren in 2005 (bijlage 2). De LHV stelt dus voor de huidige gelden beschikbaar te laten houden voor alleen de huisartsen en niet, zoals ZN voorstelt, voor de ondersteuning van de eerstelijnszorg. Wel is de LHV bereid om zich daarnaast in te zetten voor de totstandkoming van integrale ondersteuningsstructuren voor de eerstelijnszorg.

De LHV vindt dat het ten aanzien van de huidige € 1,10 om geormerkte gelden voor de ondersteuning voor de huisartsenzorg dient te gaan. De ondersteuning van de huisartsen is immers een noodzakelijke randvoorwaarde voor de door huisartsen te leveren prestaties zoals die in de Ziekenfondswet zijn neergelegd.

Verder kan het naar de mening van de LHV niet zo zijn dat de zorgverzekeraars alleen en zelfstandig de zeggenschap krijgen over de besteding van de gelden. Tot slot merkt de LHV op bereid te zijn om zich in te zetten voor de totstandkoming van integrale ondersteuningsstructuren voor de eerstelijnszorg, naast de huidige gelden voor de huisartsen.

3 REACTIES PARTIJEN EN SECRETARIAAT

3.1 Reacties van partijen

Op 10 september 2004 en 27 september 2004 hebben technisch overleggen plaatsgevonden met de betrokken partijen (LHV, LVG, KNOV, KNGF, VvOCM, NVLF, ZN, CVZ, en VWS). De diverse opties voor de financiering zijn besproken.

In die overleggen is duidelijk geworden dat door ZN gezocht wordt naar een oplossing die er voor zorgt dat er voor individuele zorgverzekeraars een betaaltitel komt voor de beschikbare ruimte per verzekerde, zodat CTZ de kosten als aanvaardbaar wil aanmerken.

Wel is duidelijk dat door de diverse partijen verschillend gedacht wordt over de oplossing, maar dat heeft niet zozeer met het tarief als zodanig te maken als wel met de beslissingsbevoegdheid over de besteding daarvan en wie dus de regisseur is en dus wie bepaald wie wel en wie niet zou mogen deelnemen aan de ondersteuningsstructuren.

Van de zijde van de beroepsgroepen is aangegeven dat zij voorstander zijn van een zodanige oplossing dat de ondersteuningsgelden beschikbaar zijn voor alle betrokken beroepsgroepen. De geluiden vanuit de diverse regio's zouden er op wijzen dat niet alle beroepsgroepen aan de gesprekstafel (mogen) zitten. Dat geldt met name voor de paramedici. Dat pleit er voor, aldus de diverse beroepsgroepen, om de gelden te labelen zodat elke beroepsgroep er zeker van is dat zijn/haar deel van de ondersteuningsgelden ook daadwerkelijk beschikbaar is voor zijn/haar beroepsgroep.

De voorkeur van ZN gaat uit naar een optie binnen de WTG die waarborgt dat de ondersteuningsstructuur geïntegreerd voor alle beroepsgroepen zal worden opgezet. Dat sluit, wat ZN betreft, een per beroepsgroep vastgestelde module uit. Overigens herkent ZN de door de beroepsgroepen geuite problemen inzake de gevoerde regionale overleggen niet. Wat ZN wel wil voorkomen is dat die regionale overleggen uitmonden in zogenoemde 'Poolse landsdagen'.

ZN ziet als nadeel van een regeling die beroepsgroepafhankelijk is dat er per beroepsgroep mogelijk trekkingsrechten aan worden ontleend (terwijl er de ruimte moet zijn om het anders en niet beroepsgroepgericht in te zetten voor de eerste lijn) en dat er wederom geen geïntegreerde eerstelijns ondersteuning komt.

ZN heeft verder aangegeven dat in principe alle betreffende zorgaanbieders kunnen meedoen aan de ondersteuningsstructuur, maar het dient wel in het lokaal overleg tot stand te komen. ZN kan dat de achterban niet verplicht opleggen.

Reactie partijen op eenzijdig voorstel van de LHV

ZN geeft in zijn reactie geen voorstander te zijn van het voorstel van de LHV (bijlage 4). ZN handhaaft het in december 2003 ingediende verzoek en ondersteunt het voorstel van de LHV dus niet. In het technisch overleg hebben de overige beroepsgroepen, evenals ZN al eerder had gedaan, aangegeven dat zij het eenzijdig voorstel van de LHV niet ondersteunen. Daarnaast hebben de meeste beroepsgroepen aangegeven dat zij het voorstel van ZN, om een deel van de ondersteuningsbedragen aan te wenden voor kwaliteitsontwikkeling (lees: het NHG), ook niet steunen.

3.2. Reactie secretariaat

3.2.1 Alvorens in te gaan op de mogelijke opties voor de financiering van de ondersteuningsstructuren, wil het secretariaat ingaan op het eenzijdige voorstel van de LHV. De LHV wil ten aanzien van de financiering van de ondersteuning voor de huisartsen in 2005 een voortzetting van de huidige situatie.

Het secretariaat is van opvatting dat het voorstel van de LHV niet gehonoreerd kan worden, omdat die voorbij gaat aan de bedoeling van VWS. In de brief van 21 november 2003 heeft de Minister van VWS zijn beleid bekenbaar gemaakt ten aanzien van de toekomstbestendige eerstelijnszorg (bijlage 1 bij bijlage 1).

In die brief aan de Tweede Kamer deelde de Minister mee van plan te zijn de huidige middelen die beschikbaar zijn voor deskundigheidsbevordering, opleiding en praktijkondersteuning bij huisartsen te analyseren. De middelen die daarvoor op macroniveau beschikbaar zijn, wil de Minister inzetten voor de ondersteuning van de gehele eerstelijnszorg. Het secretariaat ondersteunt het voorstel van de LHV niet.

VRAAG 1:

Adviseert u overeenkomstig het secretariaatsvoorstel negatief over het LHV-voorstel om de financiering voor de ondersteuning voor huisartsen in 2005 voort te zetten overeenkomstig de huidige situatie?

3.2.2 Partijen hebben een voorkeur naar een WTG-oplossing. Het secretariaat is van opvatting dat een technische oplossing binnen de WTG ook mogelijk is. Ten aanzien van de in hoofdstuk 2 beschreven twee financieringsmogelijkheden, heeft het secretariaat voorkeur voor variant 2 waarbij ten aanzien van beide varianten nog wel een aantal opmerkingen te maken zijn.

Ad optie module ondersteuning eerstelijnszorg per beroepsgroep.

1. De voorkeur van de zorgaanbieders gaat uit naar een moduletarium die per beroepsgroep wordt vastgesteld. In deze optie worden de gelden daarmee per beroepsgroep gelabeld.

2. Voor deze optie geldt dat de verzekeraar in een regio voor elk van de vijf beroepsgroepen een afspraak moet maken. De paramedici zijn er dan van verzekerd dat ook zij daadwerkelijk gebruik kunnen maken van de ondersteuning. Een logopedist zal niet het moduletarium afspreken met de verzekeraar en daarin regelen dat in haar/zijn regio de ondersteuning alleen maar voor de huisartsen en verloskundigen wordt ingezet.

Nadeel van deze optie is dat er verschillende moduletaria's komen (apart moduletarium per beroepsgroep) met daaraan gehangen veelal een laag bedrag per verzekerde. En de afspraak moet landelijk gezien met circa 23.000 zorgaanbieders gemaakt worden.

Voor dat laatste punt zou de oplossing kunnen zijn dat de regionale verzekeraar per regio met maar één zorgaanbieder per beroepsgroep een afspraak maakt over het moduletarief. Dit betekent dat er met vijf individuele zorgaanbieders, een van elk van de betreffende beroepsgroep, een overeenkomst gesloten moet worden.

Het betreft dan een afspraak voor alle bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsverzekerden in die regio. Evenals dat ook voor het moduletarief 'praktijkondersteuning' gebruikelijk is, volgen de overige verzekeraars.

3. Voor de particuliere verzekeraars kan een soortgelijke constructie gemaakt worden als nu ook geldt voor het particuliere moduletarief bovenop het consulttarief voor praktijkondersteuning in de huisartsensector. In de beleidsregel en tariefbeschikking is het volgende opgenomen: de module kan aan particuliere verzekerden alleen in rekening worden gebracht indien de betreffende zorgaanbieder voor ziekenfondsverzekerden in zijn/haar praktijk een overeenkomst heeft op basis waarvan de ziekenfondsmodule voor 'ondersteuning eerste lijn' in rekening kan worden gebracht. Een meer werkbaar alternatief is de particuliere verzekeraars de gelden afdragen op basis van vrijwilligheid, evenals dat nu ook gebeurt voor de module 'SLHV-afdracht'.

4. Verder speelt in deze optie nog de hoogte van het moduletarief per beroepsgroep. Het moduletarief voor de praktijkondersteuning zal per beroepsgroep, uitgaande van een verdeling naar de macrokostenverhouding, verschillen en varieert tussen de € 0,02 tot € 0,52 per verzekerde (de bedragen zijn onafgerond, maar afronding volgens de bestendige regels leidt ertoe dat het tarief voor sommige beroepsbeoefenaren € 0,- zou worden). Tevens is het de vraag of voor elke beroepsgroep een tarief per verzekerde echt uitvoerbaar is. De meeste beroepsgroepen hebben verrichtingentarieven en geen 'vaste' populatie. Het bedrag per verzekerde zou dan omgerekend moeten worden naar een bedrag per verrichting. Dat is mogelijk, indien bekend is welk aandeel van de € 17,6 miljoen voor elke beroepsgroep beschikbaar is en wat per beroepsgroep het totaal aantal verrichtingen op jaarbasis is. In de invoeringspraktijk kan het dan voorkomen dat voor sommige verzekerden zowel de oefentherapeut, de huisarts en de verloskundige declareert. Er is sprake van een versnippering en dat komt de administratieve lasten rondom de inning niet ten goede.

5. Daarnaast dient er nog, uitgaande van het voorstel van ZN, een module voor de kwaliteitsontwikkeling te komen ad € 0,10 per verzekerde. Wanneer voor dit tarief een zelfde lijn gevolgd zou moeten worden als voor de module ondersteuning eerstelijnszorg, betekent het wederom een vijftal modules. Deze module zou alleen met de huisartsen kunnen worden afgesproken, maar de vraag is of de individuele huisartsen daartoe bereid zijn.

Ad optie een module voor regionale ondersteuning eerstelijnszorg

In deze optie geldt dat een regionale verzekeraar deze module met één zorgaanbieder afsprekt voor alle verzekerden van die verzekeraar in de betreffende gehele regio.

6. Het moduletarief bedraagt afgerond € 1,- per verzekerde (ervan uitgaande dat er daarnaast een aparte module van € 0,10 per verzekerde komt voor de kwaliteitsontwikkeling). De verzekeraar dient formeel met één beroepsbeoefenaar een overeenkomst te sluiten opdat de verzekeraar de gelden afdraagt aan de regionale ondersteuningsstructuur die de betrokken partijen in die regio overeen zijn gekomen.

7. Daarnaast dient er dus ook een module voor de kwaliteitsontwikkeling te komen ad € 0,10 per verzekerde (zie ook punt 5).

8. In deze variant wordt er vanuit gegaan dat niet met elke individuele zorgaanbieder een overeenkomst hoeft te worden gesloten. In de eerste optie moet met tenminste 5 zorgaanbieders een overeenkomst worden gesloten en in deze tweede variant met één zorgaanbieder.

9. Voor de verzekeraars is deze optie als declaratiesystematiek ook aanmerkelijk eenvoudiger in vergelijking tot variant 1. Wel speelt voor de particuliere sector dezelfde aandachtspunten als bij de eerste optie (zie punt 3).

Ook dienen de zorgverzekeraars in de regio onderling gezamenlijk er op toe te zien dat het beschikbare bedrag maar 1 keer wordt uitgegeven.

Het secretariaat merkt nog op dat ten aanzien van het financieren van een specifiek regionaal project er geen sprake is van een novum. In de jaren negentig werd de Stichting Eerstelijns Voorziening Almere ook mede gefinancierd via een constructie, waarbij in dat geval het ziekenhuis als administratiekantoor/kassier optrad.

Resumé: Het secretariaat is van opvatting dat de tweede optie de beste variant is. Het is voor zorgverzekeraars in de ziekenfondssector relatief eenvoudig te implementeren. Het levert de minste administratieve lasten op. En, de echte knelpunten zitten niet zo zeer in de financiering als wel in de regio te maken afspraken over de invulling van de ondersteuningstructuren en wie daar (welke beroepsgroepen) in mogen participeren. Maar dat zijn zaken die buiten het WTG-kader liggen.

VRAAG 2:

Wat is uw advies ten aanzien van de module kwaliteitsontwikkeling per 1 januari 2005? Adviseert u daarvoor een aparte module ad € 0,10 per verzekerde, overeenkomstig het voorstel van ZN?

VRAAG 3:

a. Wat is uw advies voor de financiering van de ondersteuningsstructuren per 1 januari 2005? Adviseert u een beroepsgroepspecifieke module of een uniforme module ondersteuning eerstelijnszorg?

b. Wat is uw advies voor de particuliere component? Adviseert u een oplossing analoog aan de SLHV-afdracht (dus de particuliere verzekeraars betalen vrijwillig (buiten de WTG om) een bedrag per verzekerde aan de ondersteuningsstructuur overeenkomstig de ziekenfondsmodule) of heeft u een andere oplossing?

3.3 overige aandachtspunten

3.3.1 Het secretariaat herhaalt voor de duidelijkheid het standpunt dat CTG/ZAio in april 2004 bij de besluitvorming over de trendmatige aanpassing van de module SLHV-afdracht heeft genomen en dat ook zal gelden voor de nieuwe module eerstelijnszorg per 1 januari 2005. CTG/ZAio stelde zich op het standpunt dat partijen vanaf 2004 transparanter dienen aan te geven waaraan de middelen worden besteed. Indien dat niet gebeurt, zal deze kostenpost (lees: module SLHV-afdracht) opnieuw aan de orde komen. Dit is ook van belang voor de discussie die nu gevoerd wordt over de financiering van de ondersteuningsstructuren voor de beroepsgroepen in de eerste lijn, waar deze module dan onderdeel van zal uitmaken. Er zal dus door CTG/ZAio gemonitord moeten kunnen worden wat er met deze gelden gebeurt.

3.3.2 Van de LVG is op 4 juni 2004 een afschrift ontvangen van een brief die is gestuurd aan de Minister van VWS (bijlage 8). In die brief attendeert de LVG VWS erop dat de regionale ondersteuningsstructuren geconfronteerd worden met BTW. De consequentie zou zijn dat de budgetten of met circa 19% afnemen dan wel dat er 19% meer geld nodig is.

In het technisch overleg heeft de LVG overigens aangegeven dat de 19% niet op alle onderdelen voor de ondersteuning slaat. Van de zijde van VWS is in het technisch overleg aangegeven dat met het Ministerie van Financiën gesproken wordt over deze problematiek. Het secretariaat gaat er vanuit dat het bedrag inclusief eventuele BTW-betalingen is en dat wanneer VWS van mening is dat het bedrag moet worden verhoogd vanwege de BTW-problematiek, dit aan CTG/ZAio kenbaar wordt gemaakt.

3.3.3 Apart aandachtspunt vormen de fysiotherapeuten. Voor hen gaan, zoals het er nu naar uitgaat zien, met ingang van 1 januari 2005 vrije tarieven gelden. Omdat de ondersteuningsgelden niet naar de zorgaanbieder zelf gaan, dus ook niet naar de fysiotherapeuten, zou deze beroepsgroep naar de mening van het secretariaat toch kunnen participeren in de ondersteuningstructuren.

VRAAG 4:

Wat is uw advies ten aanzien van de betrokkenheid van de fysiotherapeuten bij de regionale ondersteuning? Dienen zij wel of niet meegenomen te worden in de werkingssfeer van de beleidsregel?

3.3.4 Hoewel er geen directe relatie is met de financiering voor de ondersteuningsstructuren en hoewel het ook geen WTG-probleem is, brengt het secretariaat de uitvoering van de module achterstandswijken toch even onder de aandacht van betrokken partijen. In de huidige situatie gaan die achterstandsgelden naar dezelfde organisaties (lees: DHV'en) die ook de ondersteuningsgelden voor de huisartsen ontvangen. Het is de vraag of dat per 1 januari 2005 nog mogelijk is of dat er een alternatief is. Het secretariaat heeft daar geen pasklare oplossing voor, anders dan dat de op te zetten regionale ondersteuningsstructuren die in hun gebied een achterstandswijk hebben ook deze werkzaamheden op zich nemen.

4 DE CONCEPTBELEIDSREGEL

In bijlage 9 treft u een conceptbeleidsregel aan waarin de module regionale ondersteuning in de eerstelijnszorg en de module kwaliteitsontwikkeling conform variant 2 voor ziekenfonds en particulier verzekerden zijn vastgelegd met als ingangsdatum 1 januari 2005. Tevens is vastgelegd hoe de jaarlijkse trendmatige aanpassing van het tarief plaatsvindt.

VRAAG 5:

Adviseert u CTG/ZAio de conceptbeleidsregel, met inachtneming van uw antwoorden op de vragen 1 tot en met 5, die u in bijlage 9 aantreft vast te stellen met als ingangsdatum 1 januari 2005?

artikel 5.1, lid 2, sub e

rbop/11 oktober 2004

u:\datarepos_prj_woo_verzoek_bekostiging_ros\documenten\harold\regelgeving\v 04-63 - iv 04-28 - bijlage 1.doc

Van: [REDACTED]
Verzonden: maandag 15 juli 2019 16:00
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RE: beleidsregel regionale ondersteuning eerste lijn

From: [REDACTED]
Sent: 15-7-2019 16:00:26
Subject: RE: beleidsregel regionale ondersteuning eerste lijn
To: [REDACTED]

This message has been archived. [View the original item](#)

Dag [REDACTED]

De Beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling biedt een instrumentarium waarmee de macro beschikbare premiemiddelen voor regionale ondersteuning van de eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling kunnen worden toegekend. Hiervoor is VWS bepalend. Het bedrag dat beschikbaar is zal moeten verdeeld onder de in de beleidsregel opgenomen beroepsgroepen. Als er dus één bij komt, moet de pot met geld met meer deelnemers verdeeld. Dus krijgt een ieder minder toebedeeld. Of VWS moet de beschikbare gelden hiervoor ophogen. Het vergt dus vooraf afstemming vanuit het veld (brancheorganisaties, ZN als VWS).

De NZa voegt alleen een bepaalde beroepsgroep toe als hiervoor een verzoek van zowel de brancheorganisaties als ZN aan ten grondslag ligt, met eventueel accordering van VWS voor verhoging van het kader. Tot op heden is de wijkverpleging niet opgenomen. Het is dus niet persé vergeten, maar er ligt niet een gedragen verzoek vanuit het veld hiertoe

Attachments:

[image001.png](#)

(3 KB)

Van: [redacted]@zn.nl>
Verzonden: woensdag 1 mei 2019 13:02
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: RE: Mogelijke aanpassing beleidsregel ROS

From: [redacted]
Sent: 1-5-2019 13:01:32
Subject: RE: Mogelijke aanpassing beleidsregel ROS
To: [redacted]

This message has been archived. [View the original item](#)

Beste [redacted]

Hartelijk dank voor je uitgebreide reactie. Na overleg met Ineen en de ROS'sen blijkt dat we meer tijd nodig hebben om een voor iedereen goede aanpassing in te kunnen dienen. Hiervoor is overleg benodigd tussen de verschillende partijen en achterbannen. Wij hebben gezamenlijk besloten de aanpassingen op de beleidsregel niet voor 2020 in te dienen. We blijven wel in overleg en streven er naar voor de beleidsregel met als ingangsdatum 1 januari 2021 een gezamenlijk voorstel uiterlijk begin volgend jaar bij jullie in te dienen.

Met groet, [redacted]

[redacted]
Beleidsadviseur Eerstelijnszorg

[redacted]
Zorgverzekeraars Nederland
Sparrenheuvel 16 | 3708 JE ZEIST
[redacted] | 030 - 69 88 322
[redacted]

Van: [redacted]@nza.nl>
Verzonden: maandag 29 april 2019 14:51
Aan: [redacted]

Attachments:

image001.png	(12 KB)
image002.png	(8 KB)
image004.png	(15 KB)

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 24 november 2010 13:24
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: FW: Adviescommissie Vrije Beroepen 17 november 2010
Bijlagen: CV 10-32 memo steun adviescie VB 17 november 2010.pdf; CV 10-31 bijlage 1 Brief VWS 26 oktober 2010.pdf; Bijlage 1 RvB-besluit regeling AC.pdf; Bijlage 2 Ledenlijst.pdf; Bijlage 3 kalender adviescommissie 2011.pdf; CV 10-23 Agenda Adviescommissie Cure Vrije Beroepen 17 november.pdf; CV 10-24 terugkoppeling besluiten RvB.pdf; CV 10-25 Notulen AC vb 15-09-2010DEF.pdf; CV 10-25 Notulen adviescie 12-10-2010.pdf; CV 10-26 bijlage 1 beleidsregel BRCU-7004 huisartsenzorg.pdf; CV 10-26 bijlage 2 beleidsregel BRCU-7005 huisartsenzorg.pdf; CV 10-26 bijlage 3 beleidsregel BRCU-7006 huisartsenzorg.pdf; CV 10-26 bijlage 4 beleidsregel BRCU-7007 huisartsenzorg.pdf; CV 10-26 Nota beleidsregel huisartsen.pdf; CV 10-27 bijlage 1 BR mondzorg 18-22 jaar.pdf; CV 10-27 nota-mondzorg 18-22 jaar.pdf; CV 10-28 bijlage 1 brcu 7013Eerstelijns psychologische zorg.pdf; CV 10-28 Bijlage 2 nrcu701 Eerstelijns psychologische zorg.pdf; CV 10-28 nota Eerstelijns Psychologische Zorg.pdf; CV 10-29 bijlage 1 CV-nota-knelpunt substitutie 2e lijn.pdf; CV 10-29 nota-knelpunt substitutie 2e lijn.pdf; CV 10-30 bijlage 1 Beleidsregel BRCU -7010.pdf; CV 10-30 bijlage 2 beleidsregel BRCU-7008.pdf; CV 10-30 bijlage 3 BR Afronding tarieven.pdf; CV 10-30 Nota beleidsregels nieuw format.pdf; CV 10-31 bijlage 2 BR CU 7014 Regionale ondersteuning.pdf; CV 10-31 Memo ROS.pdf; CV 10-32 bijlage 1 BR Steun adviescie VB 17 november 2010.pdf; CV 10-33 bijlage 1 gezm.bl ALBL 0003_.pdf; CV 10-33 memo bl tijdelijke instandlating gevolgen experimenten nza-breed.pdf; CV 10-34 Memo MDS ketenzorg.pdf; Aanbiedingsbrief Vergadering adviescommissie.pdf

Verzonden: maandag 8 november 2010 12:50
Aan: CURE
Onderwerp: Adviescommissie Vrije Beroepen 17 november 2010

Geachte heer, mevrouw,
 Hierbij ontvangt u als lid van de Adviescommissie Cure Vrije Beroepen de agenda en de stukken voor de vergadering van woensdag 17 november a.s. van 13:00 - 15:00 uur. De locatie is zaal 0.07 bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) in Utrecht.
 Bijgaand ontvangt u een notitie over de gewijzigde samenstelling van de adviescommissies voor 2011 (bijlage 1). Op basis van de meegestuurde ledenlijst (bijlage 2) verzoeken wij u om uw afvaardiging voor 2011 na te gaan en door te geven aan cure@nza.nl. Tevens ontvangt u de nieuwe jaarplanning voor 2011 (bijlage 3).
 Dit jaar zal op 22 november nog een schriftelijke ronde plaatsvinden, omdat een aantal onderwerpen niet in deze adviescommissie behandeld kan worden.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,
 Nederlandse Zorgautoriteit
 [REDACTED]
 directeur Zorgmarkten Cure

MEMO CV 10-31**Herziening beleidsregel voor regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling**

Datum vergadering : 17 november 2010

Auteur : [REDACTED] artikel 5.1, lid 2, sub e

In navolging op de memo 'nieuwe opzet en indeling beleidsregels' is ook de beleidsregel voor regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling in een nieuw format gezet. Bij de omzetting naar het nieuwe format is op verzoek van VWS een inhoudelijke wijziging gemaakt welke in voorliggend memo wordt toegelicht.

De wijziging betreft een uitbreiding van de doelbepaling van de beleidsregel. Met deze uitbreiding wordt uitvoering gegeven aan het verzoek van VWS van 26 oktober 2010 (zie bijlage 1).

U wordt gevraagd de Raad van Bestuur (RvB) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te adviseren over de inhoudelijke aanpassing van deze beleidsregel.

Aanleiding

Met ingang van 2005 is de beleidsregel voor de module bedragen, welke per verzekerde in rekening mogen worden gebracht, vastgesteld. Deze beleidsregel heeft als doel de regionale ondersteuning en de kwaliteit van eerstelijnszorg te verbeteren. De zorgaanbieders die een module bedrag in rekening mogen brengen zijn op dit moment gelimiteerd. Het betreft huisartsen, verloskundigen, oefentherapeuten Ceaser en Mensendieck, fysiotherapeuten, logopedisten en eerstelijns psychologen.

Om transparant te maken en te legitimeren dat verzekeraars ook afspraken kunnen maken met regionale ondersteuningsstructuren of samenwerkingsverbanden voor ondersteuning aan eerstelijns beroepsbeoefenaren die nu niet in de beleidsregel zijn opgenomen, heeft VWS de NZa verzocht om de doelbepaling van de beleidsregel uit te breiden. De uitbreiding beperkt zich tot beroepsgroepen die expliciet hebben gevraagd om opname in de beleidsregel. Het voorstel van VWS de doelbepaling aan te passen is als volgt omschreven:

*Doel van de module 'regionale ondersteuning eerstelijnszorg' is het versterken van de eerstelijnszorg door het stimuleren van multidisciplinaire samenwerking binnen de totale eerstelijnszorg. Het gaat hierbij om huisartsen, verloskundigen, oefentherapeuten Caesar en Mensendieck, fysiotherapeuten, logopedisten eerstelijns psychologen, **diëtisten, apothekers en ergotherapeuten.***

Overwegingen directie Cure

De directie Cure is van mening dat met de beleidsregel voor regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling uitvoering wordt gegeven aan zaken die verder lijken te gaan dan de reikwijdte van de Wmg. In samenspraak met VWS dient in 2011 ook duidelijkheid te moeten komen over de taken van de Regionale Ondersteunings Structuren (ROS) en de wijze waarop de bekostiging deze taken moet ondersteunen. Zoals aangegeven in de brief van 26 oktober is dit gezien de huidige dynamiek en diversiteit nog een brug te ver dit voor 2011 te

regelen. Omdat het verzoek van VWS naar de mening van de directie Cure wel aansluit op de gedachte waarvoor de beleidsregel ooit is vastgesteld: 'bevorderen van regionale ondersteuning en kwaliteitsontwikkeling in de eerstelijns', kan de directie zich beleidsmatig vinden in een tussentijdse verruiming van de reikwijdte- en doelbepaling. Deze verruiming sluit tevens aan op de wenselijkheid goede kwalitatieve basiszorg dichterbij huis te organiseren zoals in het regeerakkoord van het kabinet Rutte I is opgenomen.

Kenmerk
CV 10-31
Pagina
2 van 2

Bij de uitwerking van de verzochte aanpassing heeft de directie een uitzondering gemaakt. In de brief van VWS is verzocht ergotherapeuten als eerstelijnszorgaanbieders op te nemen in de beleidsregel. Op basis van het Besluit uitbreidingen en Beperkingen (BuB) Wmg zijn vrijgevestigde ergotherapeuten uitgezonderd van tarief en prestatieregulering (artikelen 50 t/m 56 Wmg). Ondanks de beleidsmatige wenselijkheid ziet de NZa zich door de BuB Wmg beperkt om integraal uitvoering te geven aan het verzoek van VWS. De ergotherapeuten zijn daarom niet aan de reikwijdte en doelbepaling van de beleidsregel toegevoegd.

In bijlage 2 bij dit memo treft u concept beleidsregel BR/CU – 7014 aan. U wordt gevraagd de RvB van de NZa te adviseren over de voorgestelde aanpassing van de beleidsregel.



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Nederlandse Zorgautoriteit

10D0038993 ontvangen 27/10/2010

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag



Nederlandse Zorgautoriteit
t.a.v. mr. drs. T.W. Langejan, voorzitter
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Curatieve Zorg

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

artikel 5.1, lid 2, sub e

Inlichtingen bij

Datum **26 OKT. 2010**

Betreft: aanpassing beleidsregel tarief en prestatiebeschrijving voor modules
regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling

Ons kenmerk
CZ/EKZ 3029705

Bijlagen

Uw brief

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

De versterking van de zorg dicht bij huis zal de komende periode steeds meer aandacht krijgen. Om de toenemende vergrijzing en de zorg voor een toenemend aantal chronisch zieken op te vangen is het nodig dat partijen in de zorg intensief met elkaar samen werken.

Deze samenwerking gaat echter niet vanzelf. Het eerstelijnsveld is van oudsher kleinschalig en gedifferentieerd. De focus van zorgverleners ligt op het leveren van optimale zorg in het eigen domein. Veel zorgverleners uit de eerste lijn werken nog als solist, al is de eerste lijn in organisatorisch verband in ontwikkeling. Het aantal samenwerkingsverbanden neemt langzaam toe.

Daarnaast wordt van zorgverleners in de eerste lijn verwacht dat zij meer met de ziekenhuizen en andere tweedelijns instellingen afstemmen, om te voorkomen dat er in de (dure) tweede lijn handelingen plaats vinden die daar niet thuis komen. Ook de afstemming met patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars verdient in dit kader aandacht.

Tot slot zullen zorgverleners in de eerste lijn intensiever moeten nagaan hoe hun activiteiten zich verhouden met andere partijen in de wijk. Om de gezondheid van de burgers te bevorderen is het nodig dat de zorgverlening niet geïsoleerd te werk gaat. Hiervoor is overleg nodig met bijv. gemeenten, welzijnsinstellingen, GGD'en, scholen etc.

Al met al een complex veld van partijen, die in verschillende werelden en binnen verschillende wetgevingssystemen opereren (denk aan Zvw, AWBZ, WMO, WPG). Voor veel zorgverleners betekent dit dat zij behoefte hebben aan ondersteuning bij hun dagelijkse activiteiten. Het leggen van dwarsverbanden gebeurt niet vanzelf, daarvoor zijn mensen nodig die 'kruisbestuiving' mogelijk maken.

Taken van de regionale ondersteuningsstructuren

De regionale ondersteuningsstructuren (ros'en) fungeren als smeeroilje in de eerstelijnszorg. De manier waarop invulling wordt gegeven aan de regionale ondersteuning wordt in overleg tussen de preferente zorgverzekeraar en de ros nader bepaald. Daarbij worden afspraken gemaakt over de activiteiten van de ros'en en de verdeling van de gelden.



De huidige functie van de ros'en valt uiteen in drie deelfuncties:

1. Regionale informatieverschaffer ('vertalen en verbinden'). De ros weet wat er speelt (regionaal en landelijk) en weet ontwikkelingen te duiden en te vertalen.
2. Adviseur, gericht op het organiseren van samenwerking ('verbinden en versterken'). De ros adviseert eerste lijnszorgverleners over organisatievraagstukken en begeleidt samenwerkingsinitiatieven. Doordat de ros alle relevante partijen en de zorgvraag goed kent, ontstaat er een goede verbinding tussen vraag en aanbod.
3. Aanjager ('verleiden en verbeteren'). De ros beoordeelt waar zich kansrijke initiatieven voordoen en haalt pro-actief partijen bij elkaar om dergelijke initiatieven tot ontwikkeling te brengen.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk
CZ/EKZ 3029705

Uit een interne enquête die ZN in 2010 gehouden heeft onder haar leden over de relatie met de ros'en komt naar voren dat vrijwel iedere verzekeraar afspraken maakt met ros'en. Zorgverzekeraars lijken in grote lijnen tevreden over de geleverde diensten.

De taken van de ros'en zijn afhankelijk van de mate waarin de zorgverleners zelf in staat zijn om de geïntegreerde zorg (inhoudelijk en organisatisch) vorm te geven. Het is denkbaar dat (organisaties van) zorgverleners in de toekomst (enkele van) bovenstaande rollen zelf kunnen vervullen. In de huidige dynamiek en diversiteit is dat echter nog een brug te ver en vervult de ros die functies.

In 2011 wordt meer duidelijkheid verwacht over de taken van de ros'en. Deze taken worden in overleg tussen LVG, ZN en VWS vastgesteld. Daarbij moet ook duidelijk worden welke taken niet door de ros'en worden uitgevoerd. Dit betekent dat voor iedere zorgaanbieder helder wordt wat hij/zij kan verwachten van een ros. Afhankelijk van deze taakomschrijving (en een evaluatie onder de gebruikers) wordt in 2011 gezien hoe verder met deze beleidsregel wordt omgegaan.

Aanpassing beleidsregel per 2011

De bekostiging van de ros'en vindt plaats via de zorgverzekeraars. De NZa-beleidsregel inzake de module regionale ondersteuning eerstelijns biedt de grondslag voor de afspraken die de zorgverzekeraars met de ros'en maken. Deze NZa-beleidsregel geeft een limitatieve opsomming van zorgaanbieders die de module regionale ondersteuning eerstelijns in rekening mogen brengen, waarbij als voorwaarde geldt dat deze module alleen in rekening kan worden gebracht als een overeenkomst is gesloten met de ziektekostenverzekeraar. Overigens blijkt uit de praktijk dat een aantal ros'en, op verzoek, toch ondersteuning biedt aan meerdere eerstelijns beroepsbeoefenaren, ondanks het feit dat deze niet in de beleidsregel van de NZa genoemd staan.

Een aantal beroepsgroepen die nu niet in de huidige beleidsregel genoemd worden, wil aanspraak maken op de diensten van de ros'en. Diëtisten en apothekers hebben expliciet gevraagd om opname in de beleidsregel. Vanuit het oogpunt van het stimuleren van de multidisciplinaire samenwerking en ontwikkeling van ketenzorg is dit begrijpelijk. Ook ergotherapeuten spelen een belangrijke rol in de ontwikkeling van ketenzorg.

Aangezien het bedrag dat beschikbaar is voor de regionale ondersteuning eerstelijnszorg niet verhoogd kan worden, moet echter een keuze gemaakt



worden voor de activiteiten die een ros kan verrichten. Het expliciet benoemen van enkele beroepsbeoefenaren (zoals diëtisten, apothekers, ergotherapeuten) betekent niet dat andere beroepsbeoefenaren (zoals tandartsen, mondhygiënist en thuiszorg) niet van belang zijn voor de versterking van de eerste lijn.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk
CZ/EKZ 3029705

Om transparant te maken en te legitimeren dat verzekeraars ook afspraken kunnen maken met de ros'en over de versterking en ondersteuning van de brede eerste lijn, is het wenselijk dat de beleidsregel duidelijkheid geeft dat de ros-gelden **in ieder geval** voor de ondersteuning van de genoemde eerstelijns beroepsbeoefenaren mag worden ingezet. Om die reden vraag ik u de beleidsregel in die zin aan te passen dat duidelijk is wat het beoogde doel van de module regionale ondersteuning eerstelijnszorg is.

Tekstvoorstel:

Doel van de module 'regionale ondersteuning eerstelijnszorg' is het versterken van de eerstelijnszorg door het stimuleren van multidisciplinaire samenwerking binnen de totale eerstelijnszorg. Het gaat hierbij om multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, verloskundigen, oefentherapeuten Caesar en Mensendieck, fysiotherapeuten, logopedisten, eerstelijns psychologen, diëtisten, apothekers en ergotherapeuten.

Met vriendelijke groet,
de Directeur-Generaal Curatieve Zorg,

artikel 5.1, lid 2, sub e

drs. L.A.M. van Halder

Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en Kwaliteitsontwikkeling

Kenmerk
10D0042843

Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef en onder 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.

Ingevolge artikel 52 lid 5 en 57, vijfde lid, Wmg, worden tarieven en prestatiebeschrijvingen die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien ambtshalve vastgesteld.

1. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) die wordt geleverd door eerstelijns zorgaanbieders die:

- geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen en verloskundigen die bieden;
- eerstelijns psychologische zorg leveren welke niet wordt geboden door huisartsen;
- paramedische zorg leveren zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en diëtisten die bieden;
- farmaceutische zorg leveren zoals apotheekhoudende die bieden

Voor zover geen sprake is van zorg als omschreven in de vorige zin, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen¹ of werkzaamheden² op het terrein van:

- de geneeskundige zorg zoals huisartsen en verloskundigen die bieden;
- eerstelijns psychologische zorg welke niet wordt geboden door huisartsen;
- de paramedische zorg zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en diëtisten die bieden;
- de farmaceutische zorg zoals apotheekhoudende die bieden;

geleverd door of onder verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3, dan wel 34, van de Wet BIG.

2. Doel van de beleidsregel

De beleidsregel heeft als doel een instrumentarium te bieden waarmee de macro beschikbare premiemiddelen voor regionale ondersteuning van de eerstelijnszorg kunnen worden toegekend. Met de inzet van deze middelen wordt beoogd de eerstelijnszorg te versterken, onder andere door multidisciplinaire samenwerking binnen de totale eerstelijnszorg te stimuleren. Het gaat hierbij om multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, verloskundigen, oefentherapeuten Caesar en Mensendieck, fysiotherapeuten, logopedisten, eerstelijns psychologen, diëtisten, tandartsen en apothekers.

Zorgverzekeraars dragen de modulebedragen af aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN), die op haar beurt op basis van het aantal inwoners per regio een herverdeling van deze gelden maakt.

¹ Het betreft hier de handelingen bedoeld in artikel 1, sub b, nr. 2°, van de Wmg.

² Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, aanhef, en sub d, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg.

Kenmerk
10D0042843

Pagina
2 van 2

3. Tarief- en prestatiebeschrijvingen

Ten behoeve van de ondersteuning aan individuele hulpverleners kan per verzekerde een maximumbedrag in rekening worden gebracht voor de regionale ondersteuning en/of een maximumbedrag voor kwaliteitsontwikkeling. Het betreft hier derhalve maximumtarieven.

3.1

Het maximumtarief voor de module regionale ondersteuning bedraagt op niveau 2009 maximaal € 1,34 per verzekerde.

3.2

Het maximumtarief voor de module kwaliteitsontwikkeling bedraagt op niveau 2009 maximaal € 0,11 per verzekerde.

3.3

Beide tarieven worden jaarlijks geïndexeerd. Het indexpercentage is daarbij een gewogen gemiddelde van 0,8 maal het mutatiepercentage van de 'personeelskosten' plus 0,2 maal het mutatiepercentage van de 'overige kosten'.

De tarieven voor jaar t worden volgens de volgende formule berekend:

Tarief jaar t = (tarief jaar t-1) * (1+ (0,8 * indexatie voor 'personeelskosten (OVA)' + 0,2 * indexatie 'overige kosten (CEP)')

4. Intrekking oude beleidsregel(s)

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel 'Tarief en prestatiebeschrijvingen voor modules regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling, met kenmerk CV-0000-17.0-5', en de beleidsregel 'De module kwaliteitsontwikkeling voor verloskundigen, met kenmerk CV-5700-4.0.2.-1.' ingetrokken.

5. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2011. Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b, van de Wmg wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2010, treedt de beleidsregel in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2011.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als: 'Beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling'.

6. Toelichting

Met ingang van 1 januari 2011 zijn de reikwijdte- en doelbepaling uitgebreid door toevoeging van de beroepsbeoefenaren diëtisten en apotheehoudende. Met deze uitbreiding is invulling gegeven aan het uitdrukkelijke verzoek van VWS voor aanpassing van de beleidsregel waar de NZa met de brief van 26 oktober 2010 om is verzocht.

Adviescommissie Cure Vrije Beroepen

CV 10-23

Datum: 17 november 2010

Tijd: 13.00-15.00 uur

Locatie: NZa, zaal 0.07

1. Opening

2. Mededelingen

3.

4.

5.

buiten reikwijdte.

6.

7.

8.

9.

10. Beleidsregel ROS
(1 nota + 2 bijlagen)

CV 10-31

11

12

buiten reikwijdte.

13

14. Rondvraag

15. Sluiting

Van: [REDACTED]
Verzonden: donderdag 5 april 2018 17:47
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: FW: MT stukken: bekostiging samenwerkingsverbanden en PID coördinatiepunten verblijf
Bijlagen: MT notitie Bekostiging multidisciplinaire samenwerking en coördinatie.pdf; Bijlage voorbeelden bekostiging samenwerkingsverbanden.pdf; PID Bekostiging coördinatiefunctie.pdf; Bijlage bij PID_Verzoek aan NZa analyse bekostigingsopties regionale coördinatiepunten.pdf

Zie bijlage voor notitie die vandaag aan MT is verzonden.



[REDACTED]
Beleidsmedewerker | Eerstelijnszorg

Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Van: [REDACTED]
Verzonden: donderdag 5 april 2018 10:01
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: MT stukken: bekostiging samenwerkingsverbanden en PID coördinatiepunten verblijf

[REDACTED]
Dinsdag 10 april bespreken we de bekostiging van samenwerkingsverbanden en vervolgens het PID bekostiging regionale coördinatiepunten voor zorgvormen met tijdelijk verblijf.

De aanwezigen zijn:
[REDACTED]

Hoe laat zijn we aan de beurt? Hoeveel tijd hebben we voor de bespreking van deze 2 punten?

Groeten,



[REDACTED]

Beleidsmedewerker | Eerstelijnszorg

Nederlandse Zorgautoriteit

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

[REDACTED]

ANALYSE BEKOSTIGING REGIONALE COORDINATIEPUNTEN VOOR ZORGVORMEN MET TIJDELIJK VERBLIJF

PROJECT INITIATIE DOCUMENT

Naam project:	BEKOSTIGING REGIONALE COORDINATIEPUNTEN VOOR ZORGVORMEN MET TIJDELIJK VERBLIJF
Doorlooptijd:	APRIL 2018 - JULI 2018
Doel:	Analyse van meest passende wijze van bekostiging van regionale coördinatiepunten voor zorgvormen met tijdelijk verblijf.

Aanleiding project	Met de overheveling van eerstelijnsverblijf (elv) naar de Zvw in 2017, is de bekostiging van regionale coördinatiepunten gepositioneerd binnen het systeem van elv. VWS heeft ZN de opdracht gegeven om er zorg voor te dragen dat per 1 april 2018 de coördinatiepunten voor elv landelijk dekkend zijn opgericht. De vervolgoopdracht is de opzet van een landelijk dekkende coördinatiepunten, voor alle vormen van vervolgzorg. Dit moet per 31 december 2018 gerealiseerd zijn (VWS, Brief dd. 29 sept 2017, Stand van zaken organisatie regionale coördinatiepunten ELV, kenmerk 12333 15-167805-CZ). Op dit moment is er expliciet ruimte voor financiering van de regionale coördinatiepunten voor elv via de max-maxtarieven. Dit zorgt voor diverse knelpunten, aangedragen aan VWS en aan de NZa: 1) In de praktijk wordt de coördinatie niet altijd door een ELV-aanbieder gedaan, maar bijvoorbeeld een transferunit in een ziekenhuis. 2) Financiering via de tarieven is in de praktijk een zeer complexe wijze van financieren, aangezien beschikbare capaciteit van meerdere zorgaanbieders gecoördineerd wordt en de capaciteit bij één aanbieder door meerdere zorgverzekeraars ingekocht wordt. 3) Met de verbreding van de regionale coördinatiepunten naar alle zorgvormen van tijdelijk verblijf, zoals hierboven genoemd, wordt het nog complexer. 4) Regionale coördinatiepunten worden zeer divers ingevuld, afhankelijk van de regionale situatie. Het ontbreekt partijen aan inzicht in geleverde diensten, en de kosten die hiermee gemoeid zijn. 5) Men komt in de praktijk niet tot afspraken wat leidt tot geen (afdoende) financiering van de reeds opgezette coördinatiepunten.
Opdrachtoomschrijving	Naar aanleiding van bovenstaande beschreven knelpunten verzoekt VWS de NZa te analyseren wat de meest passende wijze van bekostiging van regionale coördinatiepunten voor zorgvormen met tijdelijk verblijf kan zijn en wat daarvoor nodig is (Zie bijlage, Brief dd. 3 april 2018, Verzoek analyse van mogelijke bekostigingsopties regionale coördinatiepunten voor zorgvormen met tijdelijk verblijf, kenmerk 1322886-175048-CZ). De regionale coördinatiepunten voor zorgvormen met tijdelijk verblijf omvat eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg in de Zvw, Wlz-crisis zorg en logeeropvang in de Wlz, en Wmo-spoedzorg en respijtzorg in de Wmo. In sommige regio's wordt coördinatie van zorg met tijdelijk verblijf gecombineerd met coördinatie van wijkverpleging en/of GGZ-opname.
Resultaat	Het opleveren van een analyse over passende wijze van bekostiging van regionale coördinatiepunten voor zorgvormen met tijdelijk verblijf. Deze analyse gebruikt VWS als input voor besluitvorming, over o.a. positionering en bekostigingssysteem van coördinatiepunten.
Uitgangspunten	VWS hecht eraan dat de uitgangspunten voor alle regionale coördinatiepunten hetzelfde zijn: één aanspreekpunt (al dan niet ondersteund met ICT) dat inzicht geeft in welke (vervolg)zorg mogelijk is en waar deze zorg beschikbaar is en dat de benodigde zorg regelt voor de zorgverlener. Het coördinatiepunt heeft inzicht in beschikbare capaciteit en kan het ook regelen voor de zorgverlener, d.w.z. dat de benodigde plek afgesproken wordt en de zorgverlener de patiënt daar naartoe kan verwijzen. Ook in de anw-uren, dus beschikbaar 24 uur per dag 7 dagen per week.

	Daarnaast geeft VWS de volgende randvoorwaarden mee: 1) de bekostiging verstoort niet het gelijke speelveld voor zorgaanbieders of zorgverzekeraars. Ik verzoek u hierbij aandacht te besteden aan regionale diversiteit in organisatie van een coördinatiepunt. Daarnaast wil ik u vragen expliciet in te gaan op de vraag of de huidige vorm van bekostiging leidt tot marktverstoring bij zorgaanbieders of zorgverzekeraars; 2) de bekostiging is gericht op coördinatie van en samenwerking binnen en tussen de zorgvormen tijdelijk verblijf met betrekking tot de verwijzing, triage, toeleiding (instroom) en doorstroom van patiënt naar de juiste zorgvorm met tijdelijk verblijf faciliteert; 3) voor zover mogelijk analyseren in hoeverre de wijze van bekostiging toekomstbestendig is, rekening houdend met de eventuele doorontwikkeling van de regionale coördinatiepunten, bijvoorbeeld met uitbreiding naar coördinatie van inzet van wijkverpleging.	
Korte uiteenzetting van het project	De “probleemanalyse van bekostiging multidisciplinaire samenwerking en coördinatie” vormt het startpunt. Via de probleemanalyse hebben we inzicht gekregen in bekostigingsknelpunten bij bestaande prestatiebekostiging van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden (denk aan bevoegdheidsvraagstukken voor de NZa en gevolgen voor het systeem voor bijvoorbeeld ER, EB, BKZ, risicoverevening). Deze meer algemene analyse biedt handvatten om in dit project te komen tot een verdiepende analyse. De verdiepende analyse zal specifiek gericht zijn op bekostigingsmogelijkheden van coördinatiepunten in de vorm van een aanspreekpunt dat inzicht geeft in mogelijke en beschikbare (vervolg) zorg met tijdelijk verblijf. Het project komt dus als resultaat tot een analyse van bekostigingsmogelijkheden voor regionale coördinatiepunten van alle zorgvormen van tijdelijk verblijf. Hierbij staan we stil bij de organisatie en samenwerking; de diensten/zorg die wordt verleend; de zorgverleners/dienstverleners; de kosten. Er wordt een inventarisatie gedaan van bestaande coördinatiepunten voor elv, en de koplopers die het coördinatiepunt al breder hebben ingezet. Vervolgens gaan we na welke bekostigingsopties er zijn (bijvoorbeeld: aparte (vrije) prestatie, beschikbaarheidbijdrage, abonnementstarief), wat hiervan de voor- en nadelen zijn, de juridische implicaties, en de consequenties voor de markt (leidt het tot marktverstoring). In een consultatiebijeenkomst leggen we deze opties voor aan zorgverzekeraars, zorgaanbieders, zorgkantoren en gemeenten. De reacties nemen we mee in onze verdere uitwerking. In het traject is betrokkenheid van het Zorginstituut van belang om vat te krijgen op het begrip “coördinatie van vervolgzorg”. In hoeverre valt dit onder verzekerde zorg en onder welke mogelijke aanspraak?	
Naam dossierhouder	artikel 5.1, lid 2, sub e	
Regiegroep / stuurgroep		
Projectgroep		
	Naast beleidsmedewerker met expertise van (bekostigings)vraagstukken uit eerstelijnszorg, moet aan dit project nog expertise uit de andere units bijvoorbeeld BIZ en LZ toegevoegd worden.	
Planning	Activiteiten	Gereed op
	Verdiepingsslag probleemanalyse: regionale coördinatiepunten. Input vergaren uit lopende experimenten (beleidsregel innovatie, waardigheid&trots), interviews met koplopers, huidige coördinatiepunten.	April-mei 2018
	Uitwerken bekostigingsopties	Mei 2018

	Consultatiebijeenkomst	Eind mei-begin juni 2018
Kosten & benodigdheden	Projectleider en 5 projectleden die 1,5 dag per week beschikbaar zijn tot aan juli 2018.	
Kritische succesfactoren	Toegewijde projectleden die tijd beschikbaar hebben de komende 3 maanden.	
Relatie met andere (deel)projecten	Dit project raakt veel andere deelprojecten: eerstelijns verblijf, geriatrische revalidatiezorg, aanvullende geneeskundige zorg (en de doorontwikkeling van voorgaande projecten), wijkverpleging, huisartsenzorg, marktscan acute zorg, monitor ouderenzorg, beschikbaarheidbijdrage, GGZ.	
Vervolg	Voor de zomer 2018 leveren we de analyse aan VWS op. Streven is dat VWS na de zomer een besluit neemt over de positionering en de bekostiging van regionale coördinatiepunten van alle zorgvormen van tijdelijk verblijf. VWS geeft NZa vervolgens de opdracht op dit uit te werken t.b.v. beleid 2020.	

Aan
Leden MT

artikel 5.1, lid 2, sub e

Van

Onderwerp
Bekostiging multidisciplinaire samenwerking en coördinatie

Datum
4 april 2018

In dit memo gaan we in op ervaren bekostigingsknelpunten bij multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. We verkennen de mogelijkheden tot introductie van meer vrijheidsgraden in de bekostiging van samenwerkingsverbanden en coördinatie en de daarbij behorende knelpunten. Vervolgens staan we stil bij een aantal structurele problemen in huidige wet- en regelgeving die een meer fundamentele aanpak vereisen, willen we blijven sturen op een meer multidisciplinaire, zorgvraag-gestuurde bekostiging. Waar we spreken over samenwerkingsverbanden, doelen we op samenwerking en coördinatie van zorg in brede zin.

1. Aanleiding

Een belangrijke component in de strategische agenda is het streven om bekostiging meer de zorgvraag van de patiënt te laten volgen, met een nadruk op multidisciplinaire samenwerking en waarde-gedreven zorg. De huidige prestatie- en tariefregulering binnen de eerste lijn is echter grotendeels gericht op de bekostiging van monodisciplinaire aanbieders. Daar waar een multidisciplinaire aanpak wordt bekostigd, vindt deze plaats op basis van specifieke afgebakende zorgstraten zoals de diabetesketen.

In de praktijk ontstaan steeds meer initiatieven die zich juist richten op een multidisciplinaire benadering van de zorgvraag van de patiënt. Een knelpunt hierbij in de bekostiging is grotendeels de coördinatie tussen de verschillende zorgaanbieders en de daarbij behorende infrastructuur. Coördinatie en infrastructuur an sich is geen separate zorgprestatie, dus om coördinatie te kunnen bekostigen zal deze gekoppeld moeten worden aan een prestatiebeschrijving waar ook de zorg in opgenomen is. Voor met name de coördinatievormen die een meer "populatiegericht" karakter hebben, is dit niet gemakkelijk.

Dat dit niet alleen een theoretisch probleem is, blijkt uit het toenemend aantal verzoeken en vraagstukken die voorliggen op dit gebied. Zo vraagt coöperatie Thuis en Veilig om gebruik te kunnen maken van een bekostigingsprestatie wijkverpleging voor coördinatie van zorg zonder dat zij zelf de zorg leveren. Op dit moment staat onze regelgeving dat niet toe. Daarnaast moeten per 1 april van dit jaar coördinatiepunten voor eerstelijnsverblijf opgezet zijn, waarbij volgens VWS de financiering een knelpunt vormt. Opdracht van de minister aan zorgverzekeraars is dat die coördinatiepunten uitgebouwd moeten worden tot coördinerende loketten voor vervolgzorg. De NZa heeft afgelopen week een verzoek van VWS ontvangen voor een analyse van bekostigingsmogelijkheden van coördinatie van zorg met tijdelijke verblijf.

De NZa regelgeving biedt voor vrijwel al het "monodisciplinaire" aanbod ruimte om te experimenteren met nieuwe zorgvormen. In de vorm van tariefruimte of vrije tarieven, dan wel in de vorm van facultatieve prestaties. Voor experimenten waar juist wordt ingezet op coördinatie

van multidisciplinaire samenwerking is deze ruimte er niet op voorhand. Binnen de innovatiebeleidsregel is veel mogelijk, maar dat is een tijdelijke oplossing en moet bovendien een duidelijke koppeling met “zorg” bevatten. Na het aflopen van het experiment komt het probleem alsnog omhoog hoe dit vervolgens in reguliere bekostigingsprestaties vorm te geven is. We handelen hierbij reactief, in plaats van op voorhand de ruimte te bieden voor de ontwikkeling die we beleidsmatig wel wenselijk vinden.

Kenmerk

Pagina
2 van 7

2. Opdracht

De vraag die dit probleem oproept, is of we dit mechanisme niet kunnen doorbreken door vooraf expliciet de ruimte te bieden aan multidisciplinaire samenwerkingsvormen. Welke mogelijkheden zijn er om daartoe te komen en tegen welke knelpunten zouden we dan aanlopen, en zijn deze overkomelijk?

Een aantal collega's van de unit eerstelijnszorg hebben een probleemanalyse uitgevoerd voor het bekostigen van multidisciplinaire samenwerking en coördinatie. Door middel van deze notitie informeren wij het MT over het resultaat van de probleemanalyse en gaan wij graag in gesprek over het vervolgproces.

3. Probleemanalyse

3.1. Knelpunten voor bekostiging samenwerking

Als we multidisciplinaire samenwerking en coördinatie bekostigen dan lopen we tegen meerdere knel- en vraagpunten aan:

- Is sprake van Wmg-zorg?
- Is een contractvereiste toegestaan in het licht van uitspraken van het CBB?
- Kan handhaving door T&H plaatsvinden op basis van regionale afspraken?
- Onderhoud regelgeving kan intensief zijn.
- Afbakening populatie is een uitdaging.
- Bij multidisciplinaire zorg zijn meerdere macrokaders van toepassing, ten laste van welk kader komt de declaratie van de multidisciplinaire prestatie?
- Toerekening van de kosten aan een individuele patiënt is niet in alle gevallen mogelijk, terwijl het wettelijk systeem uitgaat van individuele verzekeringen.
- Bij bekostiging van multidisciplinaire zorg die onder meerdere Zvw-aanspraken valt, is de vraag welk regime van eigen risico, eigen bijdrage beperkingen van toepassing is en of de prestatie in alle gevallen onder basisverzekerde zorg valt.
- Privacyvraagstukken indien niet alleen de zorgaanbieder, maar bijvoorbeeld ook een ondersteunende organisatie de persoonsgegevens van de patiënt in moet kunnen zien om de prestatie uit te kunnen voeren.
- Btw afdracht: medische handelingen die gericht zijn op de persoonlijke gezondheidkundige verzorging van de mens zijn vrijgesteld van btw. Separate bekostiging van samenwerking/coördinatie kan gevolgen hebben voor de plicht tot btw-afdracht.
- Hoofd- en onderaannemerschap constructies leveren voor veldpartijen knelpunten en lasten op door verdeling van taken en onderhandeling over de hoogte van vergoeding voor de gedelegeerde taken.

3.2. Typering samenwerkingsverbanden

Kenmerk

Pagina
3 van 7

Tot op heden wordt voor iedere samenwerkingsvorm die een prestatieverzoek indient, gezocht naar een oplossing "op maat". Hierbinnen valt nog geen eenduidige lijn te ontdekken. We hebben geen structurele aanpak voor of overzicht van deze multidisciplinaire problematiek. Zo wordt binnen eerstelijnsverblijf een bekostigingsmogelijkheid geboden via de max-max-tarieven en binnen wijkverpleging met beschikbaarheidsvoorzieningen die lumpsum worden gefinancierd en binnen huisartsen- en multidisciplinaire zorg met een prestatie voor organisatie en infrastructuur die gekoppeld is aan inschrijftarief.

Een dergelijk inzicht is nodig om te weten welk type samenwerking gebaat zou zijn bij meer ruimte in NZa-regelgeving, en voor welk type samenwerking de NZa tegen de grenzen van haar eigen bevoegdheden aanloopt om prestaties en tarieven vast te stellen.

We zijn op zoek gegaan naar een typering van samenwerkingsverbanden. Daartoe hebben we praktijkvoorbeelden gezocht van nu bekende multidisciplinaire samenwerkingsverbanden die reeds via prestaties en tarieven worden of werden bekostigd. Bij deze praktijkvoorbeelden hebben we vragen gesteld, zoals:
Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in organisatie? Tegen welk type knelpunt loopt de bekostiging aan? Voor welk typesamenwerkingsverband zou een meer fundamentele aanpassing in wet- en regelgeving noodzakelijk zijn om knelpunten te omzeilen?

We hebben hiervoor negen typen samenwerkingsverbanden geanalyseerd en nader uitgewerkt in de bijlage die is toegevoegd bij deze notitie. Het betreft: ParkinsonNet, regionale ondersteuningsstructuren, leefstijlcoach, regiefunctie van een arts, regionale beschikbaarheidsfunctie wijkverpleging, ketenzorg dementie binnen wijkverpleging, multidisciplinair overleg, ketenzorg GGZ, ketenzorg buiten de huisarts.

Op basis van deze analyse komen we vooralsnog tot vier hoofdcategorieën van onderscheidende kenmerken. Of anders gezegd: kenmerken van de diensten die het samenwerkingsverband biedt, waarvoor de NZa prestaties en tarieven heeft vastgesteld. Binnen deze categorieën kan een samenwerkingsverband vanuit prestatie- en tariefregulering beredeneerd "eenvoudig" of "complex" zijn. "Eenvoudig" betekent dat het specifieke kenmerk geen knelpunten vanuit regulering met zich brengt, "complex" betekent dat dat specifieke kenmerk wel knelpunten in zich draagt.

	Eenvoudig	Complex	Categorie
1	Zorgaanbieder verricht de prestatie	Niet-zorgaanbieder verricht de prestatie	Fundamenteel voor bevoegdheden NZa
	Er wordt zorg geleverd	Er wordt geen zorg geleverd	Bijvoorbeeld: bekostiging van regionale ondersteuningsstructuren (ROS). Er is geen sprake van levering van zorg door zorgaanbieders in geval van ROS.
	Prestatie wordt gecombineerd met individuele zorg	Prestatie wordt niet gecombineerd met individuele zorg	
2	De prestatie is individueel toewijsbaar	De prestatie is niet individueel toewijsbaar	Systeem: past niet in wettelijk stelsel van individuele verzekeringen

	Er is sprake van direct contact patiënt	Er is geen sprake van direct contact patiënt	Bijvoorbeeld: prestatie regionale beschikbaarheidsfunctie bij wijkverpleging die organisatie en infrastructuur beslaat.
3	Prestatie is monodisciplinair Prestatie bevat Zvw/Wlz-zorg Prestatie bevat basiszorg Voor de prestatie geldt één regime BKZ/EB/ER	Prestatie is multidisciplinair Prestatie is Zvw/Wlz-zorg overstijgend Prestatie is basiszorg overstijgend Voor de prestatie gelden diverse regimes BKZ/EB/ER	Systeem: relevant voor patiënt veldpartijen, Zorginstituut, VWS Bijvoorbeeld: ketenzorg GGZ. Betrokken zijn de huisarts, GGZ-aanbieder en eventueel andere aanbieders.

3.3. Analyse categorieën samenwerkingsverbanden

Categorie 1

De eerste hoofdcategorie uit bovenstaande tabel betreft de vraag of de diensten worden uitgevoerd door een zorgaanbieder en of die diensten zorginhoudelijk van aard zijn of puur organisatorisch. Als er bijvoorbeeld géén sprake is van een zorgaanbieder die de betreffende diensten verleent, maar bijvoorbeeld een ICT-bedrijf en de dienstverlening niet zorginhoudelijk, maar organisatorisch van aard is (voorzien van ict-systeem), dan wordt separate bekostiging van deze dienstverlening via prestaties van de NZa problematisch. De NZa stelt immers prestaties en tarieven vast voor zorgverlening door zorgaanbieders. Daarnaast is de vraag of de diensten worden gecombineerd met individuele zorgverlening. Als een zorgaanbieder (A) zonder zelf zorg te verlenen aan een specifieke patiënt de organisatie en infrastructuur voor andere zorgaanbieders regelt voor de behandeling van die specifieke patiënt, is het ook de vraag in hoeverre sprake is van zorgverlening door zorgaanbieder A en in hoeverre de NZa daarvoor separate prestaties vast kan stellen.

Als het samenwerkingsverband "complex" scoort op de eerste categorie dan lopen we tegen (fundamentele) problemen aan die bevoegdheden van de NZa betreffen voor het vaststellen van prestaties en tarieven.

Voorbeelden van deze type samenwerkingsverbanden zijn: regionale ondersteuningsstructuren (ROS), ParkinsonNet en coördinatie van ketenzorg dementie. De huidige prestatieregulering voor deze al bestaande aanbiedingsvormen staat daarom op gespannen voet met de wettelijke kaders. U-bochtconstructies worden toegepast of oneigenlijke Wmg-prestaties worden gedoogd vanuit pragmatisch oogpunt.

Categorie 2

Hoofdcategorie twee ziet op de vraag of de diensten individueel toewijsbaar zijn. Het wettelijk stelsel van gezondheidszorg gaat uit van individuele schadeverzekeringen, waarbij de zorg in rekening wordt gebracht bij patiënten of diens zorgverzekeraars voor individuele

zorgverlening. Prestaties voor niet individueel toewijsbare zorgverlening is daarom problematisch.

Kenmerk

Als het samenwerkingsverband "complex" scoort op categorie 2, dan ontstaan nog steeds uitvoerings- en/of systeemproblemen vanuit de Zvw. We spreken dan voor het gemak over systeemproblemen. Deze is immers geheel ingericht op het principe van individuele schadeverzekeringen en dat de kosten voor specifieke zorg belanden op een nota aan de eindgebruiker. Als deze eindgebruiker niet hard kan worden gedefinieerd dan is deze stap niet mogelijk.

Pagina
5 van 7

Voorbeelden van samenwerkingsverbanden die binnen deze categorie complex scoren zijn: Ketenzorg dementie, O&I huisartsenzorg, beschikbaarheidsfunctie wijkverpleging. Voor deze voorbeelden is in de praktijk een al dan niet geheel rechtmatige U-bochtconstructie in het leven geroepen om alsnog op tot een bedrag per patiënt te komen.

Categorie 3

Hoofdcategorie *drie* geeft aan hoe groter de multidisciplinariteit, hoe complexer de bekostiging in te passen is in één bekostigingsprestatie. Samenwerkingsverbanden die enkel complex scoren in categorie drie zijn vanuit Wmg/Zvw niet fundamenteel problematisch, maar gaan voor systeemproblemen zorgen bij veldpartijen en in het kader van de risicoverevening. Als door middel van een multidisciplinaire prestatie de vrijheid wordt geboden om regionaal afspraken te maken voor samenwerkingsverbanden binnen deze typering, wordt schottenproblematiek geïntroduceerd. Eén prestatie kan worden toegerekend aan meerdere budgettaire kaders, verschillende regimes rondom eigen risico en eigen bijdrage. Dit probleem bestaat nu ook binnen de innovatiebeleidsregel, en daar is een oplossing gevonden door het creëren van een separaat BKZ "innovatie".

Disclaimer

In onze analyse beperken we ons tot de fundamentele en systeemproblemen. De uitvoeringsproblemen in het veld op bijvoorbeeld het gebied van privacy en btw-afdracht zijn ook relevant, maar om de analyse behapbaar te houden, richten we ons voor nu alleen op de fundamentele en systeemproblemen.

Discussie MT: vervolgproces

Wij zien 2 opties voor een vervolg: A) een oplossingsrichting die voor samenwerkingsverbanden in categorie 3 oplossing biedt, B) structurele oplossing voor samenwerkingsverbanden in ook categorie 1 en 2.

Optie A: samenwerkingsverbanden in categorie 3

Binnen de huidige wet- en regelgeving kunnen we meer mogelijkheden creëren en meer regionale vrijheid bieden voor het bekostigen van samenwerkingsverbanden door bijvoorbeeld de introductie van een "multidisciplinaire prestatie". Deze vrijheid kan dan mogelijk worden geboden onder voorwaarde van i) een onderling contract, en ii) dat het samenwerkingsverband hooguit "complex" scoort op categorie 3. Voor al deze samenwerkingsverbanden geldt nu al dat flexibiliteit bestaat binnen de innovatiebeleidsregel, maar deze kent een tijdelijk karakter. We zouden hier dus een meer structurele oplossing kunnen bieden.

Het risico hierbij is echter dat we de deur verder openzetten voor initiatieven die voor uitvoeringsproblematiek gaan zorgen op het gebied van bijvoorbeeld BKZ en eigen risico.

De vraag aan het MT is of het zinvol is om deze route verder te bewandelen. Het is een middel om ontschotting in de rest van het systeem verder aan te moedigen/te forceren. Echter, om deze stap te kunnen zetten, hebben we een aanwijzing nodig, omdat een dergelijke multidisciplinaire prestatie potentieel tariefgereguleerde segmenten kan omvatten (bijvoorbeeld: wijkverpleging). Dit zal dus samenwerking met VWS vergen, inclusief de gesignaleerde uitvoeringsproblemen (BKZ). De vraag is of de moeite van een dergelijk traject opweegt tegen de beperkte aanvullende vrijheid die een multidisciplinaire prestatie biedt ten opzichte van de huidige mogelijkheden binnen de beleidsregel innovatie.

Optie B: structurele oplossing voor samenwerkingsverbanden

We denken nu een meer fundamenteel probleem in kaart te hebben gebracht voor samenwerkingsverbanden die "complex" scoren op categorie 1 of 2, oftewel: geen zorgaanbieder en/of niet gecombineerd met individuele zorg en/of niet individueel toewijsbaar. Hierbinnen bevinden zich samenwerkingsverbanden die beleidsmatig wenselijk worden geacht en die bijdragen aan de waarden die de NZa in haar strategische agenda heeft opgenomen. De huidige oplossingen voor de bekostiging van dergelijke samenwerkingsverbanden zijn niet optimaal, of zelfs onrechtmatig. Onze inschatting is dat de bekostiging van deze samenwerkingsverbanden een serieuze belemmering gaan vormen om de strategische agenda uit te rollen.

Structurele oplossingen voor de bekostiging van dit type samenwerkingsverbanden vereisen een aanpassing van wetgeving (de Zvw/Wmg). We hebben nog niet uitgewerkt hoe deze aanpassingen eruit zouden moeten zien, en wat hiervan de gevolgen zijn. Vervolgonderzoek moet plaatsvinden welke aanpassingen Zvw/Wmg nodig zijn om complexe samenwerkingsverbanden mogelijk te maken. Bijvoorbeeld door mogelijkheden in de wetgeving te introduceren die het voor zorgverzekeraars mogelijk maken om initiatieven te vergoeden die niet direct herleidbaar zijn tot zorgvraag van de individuele patiënt.

Een structurele oplossing vergt een grootschalig, juridisch complex traject dat de NZa niet alleen zal willen en kunnen oppakken. De knelpunten stapelen zich echter langzaam op en ook binnen VWS lijkt meer animo te ontstaan om een structurele oplossing te zoeken voor de bekostiging van samenwerkingsverbanden.

Samenloop met verzoek VWS om analyse coördinatie tijdelijk verblijf

De NZa heeft op 3 april 2018 een verzoek van VWS ontvangen om een analyse uit te brengen over bekostigingsmogelijkheden voor coördinatiepunten van zorgvormen met tijdelijk verblijf. Het verzoek van de VWS kan dienen als een concrete aanleiding om met VWS en ZiNL in gesprek te gaan over structurele oplossingen voor bekostiging van samenwerkingsverbanden in het algemeen. De analyse ten aanzien van tijdelijk verblijf moet echter voor de zomer opgeleverd worden. Gezien die korte termijn kan in de gevraagde analyse geen structurele oplossing voor bekostiging van samenwerkingsverbanden in het algemeen worden aangedragen. De gevraagde analyse zal daarom op zichzelf staande bekostigingsmogelijkheden van coördinatie voor zorg met tijdelijk verblijf bevatten. In die zin zal de analyse dus noodgedwongen bijdragen aan de grote verscheidenheid aan pragmatisch ingestoken bekostigingsvarianten van coördinatie, terwijl we juist zoeken naar een structurele oplossing voor samenwerkingsverbanden in het algemeen.

Aanbeveling

Onze voorkeur gaat uit naar het bieden van een structurele oplossing voor de bekostiging van samenwerkingsverbanden.

Kenmerk

Pagina
7 van 7

Voor een structurele oplossing zien wij als eerste stap een verkennend gesprek met VWS en Zorginstituut waarin wij deze probleemanalyse met hen delen, en de vraag stellen of er bereidheid is om gezamenlijk een onderzoek/traject te starten.

Het verzoek van VWS van 3 april 2018 willen wij als concrete casus nemen om met VWS en ZiNL in gesprek te gaan over structurele oplossingen voor bekostiging van samenwerkingsverbanden in het algemeen.

Vragen MT

Heeft u opmerkingen bij de notitie?

Deelt u onze aanbeveling voor een structurele oplossing?

Bent u akkoord met het voorgestelde proces?

Bijlage: beschrijving en typering voorbeelden van samenwerkingsverbanden

Definities

Ondersteuning:

Ondersteunende activiteiten ten behoeve van individuele gezondheidszorg die inherent is aan juiste zorgverlening. Bijvoorbeeld een salarisadministratie, schoonmaak van de praktijkruimte, etc.

Coördinatie:

Een ondersteunende activiteit die ziet op coördinatie van de zorg.

Zorgaanbieder:

De natuurlijk persoon/rechtspersoon die de ondersteuning levert is een zorgaanbieder in de zin van de Wmg.

Gecombineerd met individuele zorgverlening:

De natuurlijk persoon/rechtspersoon die de ondersteuning/coördinatie levert, levert ook individuele gezondheidszorg aan de patiënt ten behoeve van wie de ondersteuning plaatsvindt.

Direct contact:

De natuurlijk persoon/rechtspersoon die de ondersteuning/coördinatie levert doet dat in direct contact met de patiënt. Voorbeeld: de patiënt neemt contact op met de coördinator, de coördinator draagt er zorg voor dat de patiënt de juiste zorg krijgt, eventueel bij een andere zorgaanbieder.

Individueel toewijsbaar:

De ondersteuning/coördinatie is te koppelen aan een individueel zorgtraject van een verzekerde.

Multidisciplinair:

De handelingen die worden verricht in het kader van de ondersteuning/coördinatie vallen uiteen onder meerdere aanspraken en/of wettelijke kaders.

Eerstelijnszorg:

De handelingen die worden verricht in het kader van de ondersteuning/coördinatie kunnen allemaal worden gerekend tot eerstelijnszorg.

Basiszorg:

De handelingen die worden verricht in het kader van de ondersteuning/coördinatie kunnen allemaal worden gerekend tot basisverzekerde zorg.

Zvw/Wlz-zorg:

De handelingen die worden verricht in het kader van de ondersteuning/coördinatie kunnen allemaal worden gerekend tot Zvw en of Wlz-zorg.

Inhoudelijk

De handelingen die worden verricht in het kader van de ondersteuning/coördinatie omvatten zorginhoudelijke aspecten, zoals triage, medicatieadvies door medisch personeel.

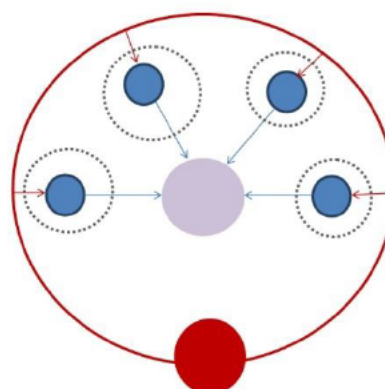
Organisatie

De handelingen die worden verricht in het kader van de ondersteuning/omvatten organisatorische aspecten, zoals ICT-systeem, personele bezetting telefooncentrum.

1. Parkinsonnet

Wat is het

Specifiek voorbeeld van problematiek op het gebied van netwerkbekostiging. Vergelijkbaar met de ROS. De ondersteuningsstructuur heeft toegevoegde waarde "op de achtergrond" van een multidisciplinaire zorgverlening, zowel Zvw als niet-Zvw. Het omslaan van de kosten van het netwerk naar een bedrag per patiënt is moeilijk, omdat de zorgverlening die de specifieke patiënt nodig heeft multidisciplinair van aard is en dus niet makkelijk via één discipline kan worden verrekend. Schoolvoorbeeld van problematiek op het gebied van netwerkbekostiging.



Parkinsonnet streeft ernaar dat iedereen met de ziekte van Parkinson of een atypisch parkinsonisme de allerbeste zorg krijgt die mogelijk is. Dit doen ze onder meer door de expertise te vergroten van zorgverleners middels scholingen, het ParkinsonNet jaarcongres en door onderzoek. Parkinsonnet faciliteert een optimale samenwerking tussen de zorgverleners en maakt de kwaliteit van de aangesloten zorgverleners transparant.

Wat is het probleem

Er is in zoverre een bekostigingsprobleem dat Parkinsonnet op dit moment geen expliciete bekostiging via de NZa-prestaties kent en het netwerk en daarbij aangesloten aanbieders wel bekostiging via een NZa-prestaties wensen.

Bekostiging via de prestaties fysiotherapie is mogelijk (afdracht achter de voordeur). Echter, ZN en PN hebben aangegeven dat 40% van de parkinsonpatiënten geen fysiotherapie krijgt en daarmee niet meebetaalt aan PN. Daarnaast zouden de administratieve lasten buiten proportioneel hoog zijn volgens ZN (niet verder toegelicht).

Alle parkinsonpatiënten komen jaarlijks bij de neuroloog. Bekostiging via de neuroloog zou daarmee een optie zijn, behalve dat de ziekenhuizen hier geen enkel belang bij hebben.

Typering

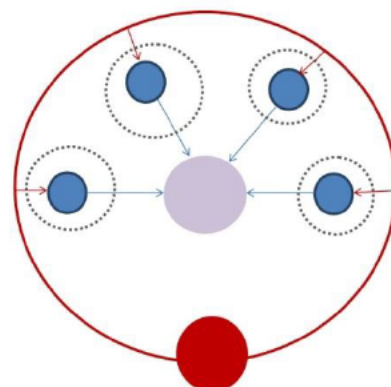
	Eenvoudig	Complex
1	Zorgaanbieder	Geen zorgaanbieder
	Inhoudelijk	Organisatie
	Gecombineerd met indiv zorg	Niet gecombineerd met indiv zorg
2	Individueel toewijsbaar	Niet individueel toewijsbaar
	Direct contact	Geen direct contact
3	Monodisciplinair	Multidisciplinair
	Zvw/Wlz-zorg	Zvw/Wlz-zorg overstijgend
	Basiszorg	Basiszorg overstijgend
	Eén regime BKZ/EB/ER	Diverse regimes BKZ/EB/ER

2. ROS

Wat is het

Zorgverzekeraars vergoeden regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en) die kwaliteitsverbetering voor een breed scala aan eerstelijns zorgaanbieders nastreven.

ROS'en hebben ervaring en kennis van de regio én de eerste lijn. Samen met de eerste lijn en betrokken partijen stimuleren zij een geschikte aanpak om de zorg en ondersteuning voor inwoners slimmer en efficiënter te organiseren in de wijk.



Wat is het probleem

1. Is er een bekostigingsprobleem?

Nee. De NZa heeft een beleidsregel ROS.

2. Is de wijze van bekostiging wenselijk?

De wijze van bekostiging is formeel een probleem omdat hier geen rekening naar de patiënt kan vloeien en het de vraag is of sprake is van bekostiging van Wmg-zorg. Wij faciliteren dit al jaren via een separate declaratietitel, maar strikt juridisch is dit niet correct.

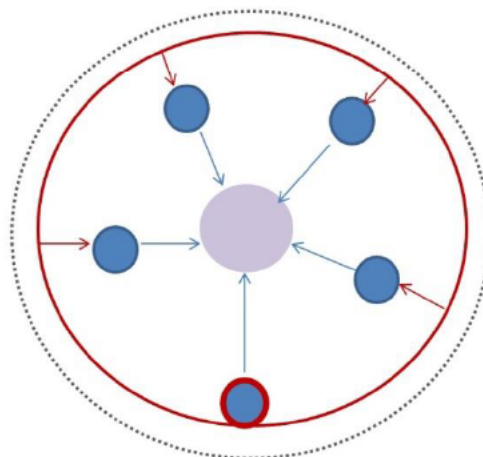
Typering

	Eenvoudig	Complex
1	Zorgaanbieder	Geen zorgaanbieder
	Inhoudelijk	Organisatie
	Gecombineerd met indiv zorg	Niet gecombineerd met indiv zorg
2	Individueel toewijsbaar	Niet individueel toewijsbaar
	Direct contact	Geen direct contact
3	Monodisciplinair	Multidisciplinair
	Zvw/Wlz-zorg	Zvw/Wlz-zorg overstijgend
	Basiszorg	Basiszorg overstijgend
	Eén regime BKZ/EB/ER	Diverse regimes BKZ/EB/ER

3. Leefstijlcoach

Wat is het

Voorbeeld van een nieuw type zorgverlener die als een "linking pin" in een breed zorgtraject wordt ingezet. Een separate declaratietitel voor deze linking pin bestaat nog niet, en het zorgtraject waar deze linking pin voor wordt ingezet is dermate breed dat het moeilijk in een separate declaratietitel te vatten is.



Wat is het probleem

Er is geen bekostigingsprobleem. Er is gekozen voor een trajectbekostiging. De zorgstandaard Obesitas geeft aan dat een GLI 24 maanden duurt. We hebben een prestatie voorgesteld die aansluit bij deze duur waarbij de prestatie verder vrijwel open is; geen verplichte bijeenkomsten of consulten, alleen 1 direct patiëntgebonden contact per kwartaal. Binnen de prestatie bestaat ook ruimte voor coördinatie en organisatie. Enerzijds wordt uitgegaan van het gemiddelde uurtarief van de paramedici waar al ruimte is voor coördinatie en organisatie, anderzijds heeft het ZINL in de duiding aangegeven dat deze zorg gepaard gaat met veel coördinatie en organisatie waardoor daarvoor ruimte moet zijn in het tarief. Om deze reden is er in de opbouw van het tarief extra tijd opgenomen voor coördinatie en afstemming (naast het uurtarief voor paramedici dat al ruimte zou moeten bieden). De coördinatiekosten zijn hiermee opgenomen in het tarief voor de zorgverlening zelf.

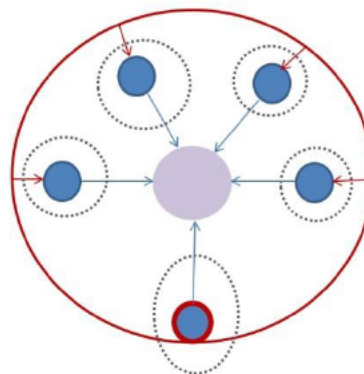
Typering

	Eenvoudig	Complex
1	Zorgaanbieder	Geen zorgaanbieder
	Inhoudelijk	Organisatie
	Gecombineerd met indiv zorg	Niet gecombineerd met indiv zorg
2	Individueel toewijsbaar	Niet individueel toewijsbaar
	Direct contact	Geen direct contact
3	Monodisciplinair	Multidisciplinair
	Zvw/Wlz-zorg	Zvw/Wlz-zorg overstijgend
	Basiszorg	Basiszorg overstijgend
	Eén regime BKZ/EB/ER	Diverse regimes BKZ/EB/ER

4. Regiefunctie (SO, AVG, Huisarts)

Wat is het

De zorg voor ouderen is volop in beweging. Ouderen met een complexe zorgvraag wonen langer thuis, uit eigen wens en vanwege veranderingen in wet en regelgeving. Door de complexe zorgprocessen rondom de ouderen levert niet één organisatie de benodigde zorg, maar is een goed samenwerkend netwerk van deze organisaties van belang om de zorg voor de patiënt te verbeteren. Er is dus vooral sprake van multidisciplinaire samenwerking tussen verschillende zorgverleners. Hierin spelen de Specialist ouderengeneeskunde (SO), Arts verstandelijk gehandicapten (AVG) en huisarts ten behoeve van de coördinatie van de zorg een centrale (sturende) rol.



Wat is het probleem

Voor de SO en AVG is nog geen NZa-bekostiging geregeld. De huisarts wordt bekostigd via het inschrijftarief. Daarin vinden geen problemen plaats. Iedere zorgverlener heeft een monodisciplinaire bekostiging van waaruit zijn zorglevering bekostigd kan worden. De specialist ouderengeneeskunde kent in een Wlz-subsidieregeling een uurtarief, waarbij het tarief alleen voor de direct patiëntgebonden tijd in rekening kan worden gebracht. De (toenemende) indirect patiëntgebonden tijd is met andere woorden verdisconteerd in de hoogte van het tarief voor de direct patiëntgebonden tijd. Probleem: hoogte van het tarief is gemaximeerd. Nieuwe vorm van extramurale bekostiging is niet eerder voorzien dan 2020.

Is de wijze van bekostiging wenselijk? Welke negatieve prikkels zijn er?

- Nee, de huidige wijze van bekostiging is niet wenselijk.
 - Specialist ouderengeneeskunde wordt niet financieel geprikkeld tot het uitvoeren van de coördinatiewerkzaamheden. Huidige uurtarief is namelijk gemaximeerd. De indirect patiëntgebonden tijd is niet afzonderlijk declarabel.

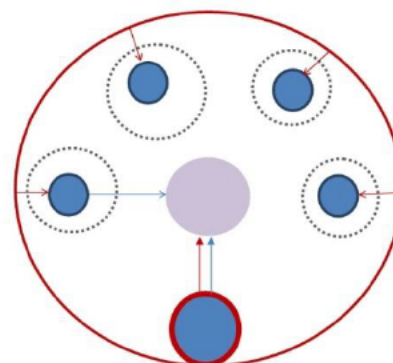
Typering

	Eenvoudig	Complex
1	Zorgaanbieder	Geen zorgaanbieder
	Inhoudelijk	Organisatie
	Gecombineerd met indiv zorg	Niet gecombineerd met indiv zorg
2	Individueel toewijsbaar	Niet individueel toewijsbaar
	Direct contact	Geen direct contact
3	Monodisciplinair	Multidisciplinair
	Zvw/Wlz-zorg	Zvw/Wlz-zorg overstijgend
	Basiszorg	Basiszorg overstijgend
	Eén regime BKZ/EB/ER	Diverse regimes BKZ/EB/ER

5. Regionale beschikbaarheidsfunctie wijkverpleging

Wat is het

Het oprichten of in stand houden van infrastructurele en personele voorzieningen die nodig zijn om regionaal uitvoering te kunnen geven aan de ongeplande zorgtaak in de regio. Dit kan bestaan uit de componenten bereikbaarheid en/of beschikbaarheid.



Met deze prestatie worden de infrastructurele en personele voorzieningen bekostigd die nodig zijn om te kunnen beantwoorden aan een ongeplande zorgtaak in de regio, voor zover dat niet wordt bekostigd binnen de uren verpleging en verzorging. De daadwerkelijk aan de patiënt geleverde uren zorg worden dus niet bekostigd met de prestatie 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg'. Dit in tegenstelling tot de prestaties 'oproepbare verpleging' en 'oproepbare verzorging' die de geleverde uren inclusief de beschikbaarheid vergoed. De prestatie 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg' stelt zorgverzekeraars en zorgaanbieders in staat om maatwerk te bieden en tegemoet te komen aan de regionale variatie. Manifestatie van de zorgvraag in de nachtelijke uren en spoedeisendheid maken deze zorg onplanbaar. De prestatie regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg mag alleen worden gedeclareerd als de zorgaanbieder tevens individueel toewijsbare verpleging en/of verzorging levert en declareert.

Wat is het probleem

1. Is er een bekostigingsprobleem?

Nee. Op dit moment bestaat er een aparte prestatie voor de regionale beschikbaarheidsfunctie.

2. Is de wijze van bekostiging wenselijk?

In de praktijk zijn geen signalen bekend over problemen met de bekostigingsprestatie. Echter, er zijn wel geluiden dat de prestatie zeer weinig wordt ingekocht. Declaratie van deze prestatie wordt niet bijgehouden in Vektis, zodat cijfers ontbreken. Omdat de zorg niet individueel toewijsbaar is, wordt op prestatieniveau gedeclareerd en niet via declaratie op patiëntniveau. Dat strookt niet met de wettelijke systematiek van individuele verzekeringen en zorgverlening met negatieve systeemgevolgen.

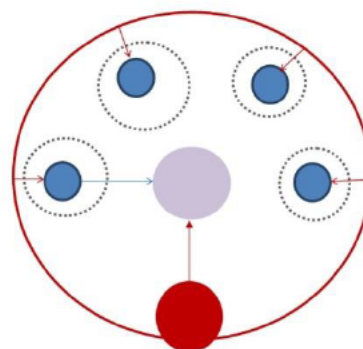
Typering

	Eenvoudig	Complex
1	Zorgaanbieder Inhoudelijk Gecombineerd met indiv zorg	Geen zorgaanbieder Organisatie Niet gecombineerd met indiv zorg
2	Individueel toewijsbaar Direct contact	Niet individueel toewijsbaar Geen direct contact
3	Monodisciplinair Zvw/Wlz-zorg Basiszorg Eén regime BKZ/EB/ER	Multidisciplinair Zvw/Wlz-zorg overstijgend Basiszorg overstijgend Diverse regimes BKZ/EB/ER

6. Ketenzorg dementie

Wat is het

De prestatie ketenzorg dementie faciliteert de bekostiging van reeds bestaande en nieuwe netwerkstructuren. Ketenzorg dementie is een samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders wordt geleverd. De prestatie ketenzorg dementie geeft op regionaal/lokaal niveau invulling aan de zorgbehoefte van dementerenden en hun directe naasten. Bij ketenzorg dementie staat het patiëntproces centraal, wat blijkt uit de geformaliseerde afspraken tussen betrokken zorgaanbieders en verzekeraars over samenhang en continuïteit van de zorg. De kwaliteit van de netwerkstructuren is daarbij van belang en heeft invloed op de kwaliteit van leven van de patiënt.



Om op regionaal niveau invulling te geven aan de zorgketens dementie, kunnen zorgverzekeraars en aanbieders maatwerk afspraken maken over projectgelden die niet toewijsbaar zijn op het niveau van de individuele verzekerde. Deze prestatie maakt de bekostiging van de verschillende netwerkstructuren voor dementiezorg mogelijk. Het moet echter wel gaan om zorg in de zin van de Zvw. Vormen van ondersteuning op grond van bijvoorbeeld de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), zoals het opleiden van Wmo-consulenten, zijn dat niet. Die vallen buiten de kaders van deze prestatie en kunnen niet met deze prestatie worden bekostigd. Omdat het bij ketenzorg dementie gaat om zorg die niet aan een individuele verzekerde toewijsbaar is, vindt de declaratie van de geleverde zorg plaats op prestatieniveau.

De zorglevering aan individuele patiënten met dementie wordt bekostigd met de individueel toewijsbare prestaties voor verpleging en verzorging. Deze zorg valt hiermee nadrukkelijk niet onder de prestatie ketenzorg dementie.

Wat is het probleem

1. Is er een bekostigingsprobleem?

Nee. Op dit moment bestaat er een aparte prestatie voor de regionale beschikbaarheidsfunctie.

2. Is de wijze van bekostiging wenselijk?

In de praktijk zijn geen signalen bekend over problemen met de bekostigingsprestatie. Echter, er zijn wel geluiden dat de prestatie zeer weinig wordt ingekocht. Declaratie van deze prestatie wordt niet bijgehouden in Vektis, zodat cijfers ontbreken. Omdat de zorg niet individueel toewijsbaar is, wordt op prestatieniveau gedeclareerd en niet via declaratie op patiëntniveau. Dat strookt niet met de wettelijke systematiek van individuele verzekeringen en zorgverlening met negatieve systeemgevolgen. Omdat sprake is van organisatorische dienstverlening door niet-zorgaanbieders is aparte bekostiging via de ketenzorgprestatie niet conform de wettelijke kaders.

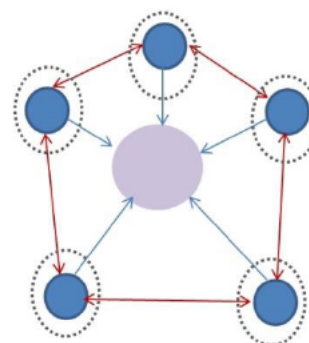
Typering

	Eenvoudig	Complex
1	Zorgaanbieder Inhoudelijk Gecombineerd met indiv zorg	Geen zorgaanbieder Organisatie Niet gecombineerd met indiv zorg
2	Individueel toewijsbaar Direct contact	Niet individueel toewijsbaar Geen direct contact
3	Monodisciplinair Zvw/Wlz-zorg Basiszorg Eén regime BKZ/EB/ER	Multidisciplinair Zvw/Wlz-zorg overstijgend Basiszorg overstijgend Diverse regimes BKZ/EB/ER

7. Multidisciplinair overleg

Wat is het

Het doel van het multidisciplinair overleg is om in een open dialoog de uitkomsten van het dossieronderzoek te bespreken en te zoeken naar potentiële verbeterinitiatieven om suboptimale cliëntenzorg te verbeteren. Bij het overleg nemen zoveel mogelijk disciplines deel die betrokken zijn bij de patiëntenzorg. In alle sectoren wordt de behoefte gevoeld tot meer multidisciplinaire samenwerking en - overleg. De vraag die dat oproept is in hoeverre de tijd die samenhangt met dit overleg bekostigd wordt. Bekostiging is mogelijk door de indirecte patiëntgebonden tijd van het MDO te versleutelen in de tarieven voor de "monodisciplinaire" zorgverleners, maar er bestaat ook een wens bij zorgaanbieders om dit via separate declaratietitels te regelen.



Wat is het probleem

1. Is er een bekostigingsprobleem?

Nee, iedere zorgverlener heeft een monodisciplinaire bekostiging van waaruit zijn zorglevering bekostigd kan worden. Het tarief is alleen voor de direct patiëntgebonden tijd in rekening te brengen. De (toenemende) indirect patiëntgebonden tijd dient met andere woorden te worden verdisconteerd in de hoogte van het tarief voor de direct patiëntgebonden tijd.

2. Is de wijze van bekostiging wenselijk?

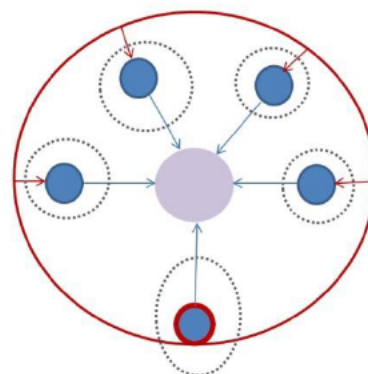
Volgens de aanbieders niet, omdat het tarief niet voldoende wordt gecompenseerd voor de tijd die is gemoeid met MDO. Aanbieders vinden daarom een aparte prestatie wenselijk. Als we met de bekostiging MDO, daarmee coördinatie en samenwerking willen stimuleren dan is de huidige wijze van bekostiging niet wenselijk.

Typering

	Eenvoudig	Complex
1	Zorgaanbieder	Geen zorgaanbieder
	Inhoudelijk	Organisatie
	Gecombineerd met indiv zorg	Niet gecombineerd met indiv zorg
2	Individueel toewijsbaar	Niet individueel toewijsbaar
	Direct contact	Geen direct contact
3	Monodisciplinair	Multidisciplinair
	Zvw/Wlz-zorg	Zvw/Wlz-zorg overstijgend
	Basiszorg	Basiszorg overstijgend
	Eén regime BKZ/EB/ER	Diverse regimes BKZ/EB/ER

8. Ketenzorg GGZ

Op dit moment lopen experimenten binnen segment drie van de beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (S3). In de praktijk kan de coördinatie daarom bekostigd worden in die gevallen waar de zorglevering gekoppeld kan worden aan de huisarts/POH-GGZ.



De bekostiging voor basis-ggz wordt via de ketenzorg GGZ feitelijk aan de kant geschoven en onder vrije tarieven geplaatst. Regelgeving die wel geldt voor basis-ggz is daarmee niet van toepassing zodra de basis-ggz onderdeel wordt gemaakt van "multidisciplinaire zorg". Niet helder is hoe hier in de praktijk mee wordt omgegaan. Wordt op dezelfde manier omgegaan met eigen bijdrage/eigen risico/kwaliteitseisen? Toedeling aan budgettaire kaders gaat waarschijnlijk niet zuiver. Dit is daarom hooguit een oplossing voor kleinschalige experimenten, maar wordt een probleem zodra het groter wordt en de experimentstatus wordt verlaten. Bovendien is niet helder waar de grens ligt en wie eindverantwoordelijk is. Het is verder niet inzichtelijk of ook complexe GGZ betrokken wordt in deze ketens. Meer fundamenteel probleem is dat deze bekostiging past binnen S3 omdat het "multidisciplinair" is. De definitie van "multidisciplinair" is echter niet helder. We geven nu de uitleg dat S3 passend is omdat de huisarts erbij betrokken is, maar zo expliciet staat dat nergens vermeld.

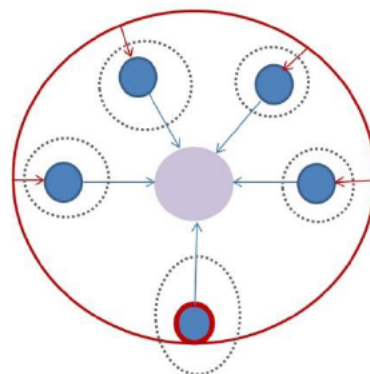
Typering

	Eenvoudig	Complex
1	Zorgaanbieder	Geen zorgaanbieder
	Inhoudelijk	Organisatie
	Gecombineerd met indiv zorg	Niet gecombineerd met indiv zorg
2	Individueel toewijsbaar	Niet individueel toewijsbaar
	Direct contact	Geen direct contact
3	Monodisciplinair	Multidisciplinair
	Zvw/Wlz-zorg	Zvw/Wlz-zorg overstijgend
	Basiszorg	Basiszorg overstijgend
	Eén regime BKZ/EB/ER	Diverse regimes BKZ/EB/ER

9. Ketenzorg buiten huisarts

Het betreft alle vormen van ketenzorg waarbij de huisarts niet direct betrokken is. Deze vormen kennen geen expliciete bekostigingstitel. Daarom wordt uitgeweken naar de innovatiebeleidsregel die veelal uitkomst kan bieden, zolang het zorg betreft die binnen de Zvw/Wmg past. Vanuit dat oogpunt dus geen direct probleem.

De Beleidsregel innovatie is tijdelijk zonder garantie op doorontwikkeling. Dit kan remmend werken. Vormen van ketenzorg die over schotten heengaan (Zvw/Wmg/WMO) kennen hun eigen problemen in toewijzing van eigen risico/eigen bijdrage/BKZ en soortgelijke schottenproblematiek



	Eenvoudig	Complex
1	Zorgaanbieder	Geen zorgaanbieder
	Inhoudelijk	Organisatie
	Gecombineerd met indiv zorg	Niet gecombineerd met indiv zorg
2	Individueel toewijsbaar	Niet individueel toewijsbaar
	Direct contact	Geen direct contact
3	Monodisciplinair	Multidisciplinair
	Zvw/Wlz-zorg	Zvw/Wlz-zorg overstijgend
	Basiszorg	Basiszorg overstijgend
	Eén regime BKZ/EB/ER	Diverse regimes BKZ/EB/ER



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Zorgautoriteit
Raad van Bestuur
Mevrouw dr. M.J. Kaljouw, voorzitter
Newtonlaan 1-41
3584 BX UTRECHT

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Senior beleidsmedewerker

artikel 5.1,
lid 2, sub e

Datum
Betreft

03 APR. 2018

Verzoek analyse van mogelijke bekostigingsopties
regionale coördinatiepunten voor zorgvormen met
tijdelijk verblijf

Kenmerk
1322886-175048-CZ

Uw brief

Bijlage(n)

Geachte voorzitter,

Het is belangrijk dat mensen de juiste zorg krijgen op de juiste plek. Dit vraagt om goede zorg voor de individuele persoon, maar ook om goede organisatie en coördinatie van de zorg. Dit geldt ook voor het coördineren van het tijdelijk verblijf voor diverse zorgvormen die domeinoverstijgend en niet-medisch-specialistisch zijn: eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg in de Zvw, Wlz-crisis zorg en logeeropvang in de Wlz, en Wmo-spoedzorg en respijtzorg in de Wmo. In sommige regio's wordt coördinatie van zorg met tijdelijk verblijf gecombineerd met coördinatie van wijkverpleging en/of GGZ-opname.

Op dit moment is er expliciet ruimte voor financiering van de regionale coördinatiefunctie voor eerstelijnsverblijf via de max-maxtarieven eerstelijnsverblijf. In de praktijk wordt de coördinatie niet altijd door een ELV-aanbieder gedaan, maar bijvoorbeeld een transferunit in een ziekenhuis. In die gevallen kunnen zorgverzekeraars ook tarieven van die zorgaanbieders inzetten. Financiering via de tarieven is in de praktijk een zeer complexe wijze van financieren, aangezien beschikbare capaciteit van meerdere zorgaanbieders gecoördineerd wordt en de capaciteit bij één aanbieder door meerdere zorgverzekeraars ingekocht wordt. Met de verbreding van de regionale coördinatiepunten naar alle zorgvormen van tijdelijk verblijf, zoals hierboven genoemd, wordt het nog complexer. Regionale coördinatiepunten worden zeer divers ingevuld, afhankelijk van de regionale situatie. VWS hecht eraan dat de uitgangspunten voor alle regionale coördinatiepunten hetzelfde zijn: één aanspreekpunt (al dan niet ondersteund met ICT) dat inzicht geeft in welke (vervolg)zorg mogelijk is en waar deze zorg beschikbaar is en dat de benodigde zorg regelt voor de zorgverlener. Ook in de anw-uren.

Naar aanleiding hiervan verzoek ik u te analyseren wat de meest passende wijze van bekostiging van regionale coördinatiepunten voor zorgvormen met tijdelijk verblijf, zoals hierboven genoemd, kan zijn en wat daarvoor nodig is. Ik verzoek u

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*



om daarbij rekening te houden met de volgende randvoorwaarden:

- a. de bekostiging verstoort niet het gelijke speelveld voor zorgaanbieders of zorgverzekeraars. Ik verzoek u hierbij aandacht te besteden aan regionale diversiteit in organisatie van een coördinatiepunt. Daarnaast wil ik u vragen expliciet in te gaan op de vraag of de huidige vorm van bekostiging leidt tot marktverstoring bij zorgaanbieders of zorgverzekeraars;
- b. de bekostiging is gericht op coördinatie van en samenwerking binnen en tussen de zorgvormen tijdelijk verblijf met betrekking tot de verwijzing, triage, toeleiding (instroom) en doorstroom van patiënt naar het juiste zorgvorm met tijdelijk verblijf;
- c. voor zover mogelijk analyseren in hoeverre de wijze van bekostiging toekomstbestendig is, rekening houdend met de eventuele doorontwikkeling van de regionale coördinatiepunten, bijvoorbeeld met uitbreiding naar coördinatie van inzet van wijkverpleging.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg

Kenmerk
1322886-175048-CZ

Ik verzoek u om de analyse van mogelijke bekostigingsvormen voor de zomer aan te leveren.

Hoogachtend,

de directeur-generaal Curatieve Zorg,

dr. B.E. van den Dungen

Van: [REDACTED]
Verzonden: maandag 4 juni 2018 17:34
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: memo coordinatie-problematiek
Bijlagen: notitie VWS Bekostiging multidisciplinaire samenwerking en coördinatie.docx; Bijlage voorbeelden bekostiging samenwerkingsverbanden.docx

[REDACTED],
Rondom onze O&I-discussie heb ik aangegeven dat ook wij bezig zijn om de problematiek rond coördinatie/infrastructuur verder uit te werken in een wat bredere scope. Jullie dit ook een rol laten spelen in hoofdlijnenakkoord begrijp ik uit ons laatste overleg O&I.

Als bijlage een memo van ons, met een separate bijlage, waarin we gepoogd hebben om de overeenkomsten en verschillen in de problemen bij verschillende vormen van coördinatie/infrastructuur in kaart te brengen. Met als idee daarbij dat voor sommige problemen een structurele oplossing nodig is in wetgeving, en dat voor andere problemen de huidige wetgeving niet direct het probleem is, maar dat zaken als BKZ-kaders en verschillende aanspraken problematischer zijn.

Wil jij ervoor zorgen dat dit belandt bij de collega's die met dit onderwerp bezig zijn? Wij gaan graag verder in discussie, want zoals je weet is dit een probleem waar ook wij steeds vaker tegenaan lopen.



[REDACTED]
Beleidsmedewerker | Eerstelijnszorg
Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Aan
VWS

artikel 5.1, lid 2, sub e

Van
NZA:

Onderwerp
Bekostiging multidisciplinaire samenwerking en coördinatie

Datum
11 mei 2018

In dit memo gaan we in op ervaren bekostigingsknelpunten bij multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. We staan stil bij een aantal structurele problemen in huidige wet- en regelgeving die een meer fundamentele aanpak vereisen om tot een meer waarde gedreven zorgverlening te komen. Waar we spreken over samenwerkingsverbanden, doelen we op samenwerking en coördinatie van zorg in brede zin.

1. Aanleiding

Een belangrijke component in de strategische agenda van de NZa is het streven om de bekostiging meer aan te laten sluiten op de zorgvraag van de patiënt, met een nadruk op multidisciplinaire samenwerking en waardegedreven zorg. De huidige prestatie- en tariefregulering is echter nog steeds grotendeels gericht op de bekostiging van monodisciplinair werkzame zorgaanbieders. Daar waar een multidisciplinaire aanpak wordt bekostigd, vindt deze plaats op basis van specifieke afgebakende zorgstraten zoals de diabetesketen.

In de praktijk ontstaan echter steeds meer initiatieven die zich juist richten op een multidisciplinaire benadering van de zorgvraag van de patiënt. Een voornamelijk knelpunt hierbij in de bekostiging is de coördinatie tussen de verschillende zorgaanbieders en de daarbij behorende infrastructuur. Coördinatie en infrastructuur an sich is geen separate zorgprestatie. Om coördinatie te kunnen bekostigen zal deze gekoppeld moeten worden aan een prestatiebeschrijving waar ook de zorg in opgenomen is. Voor met name de coördinatievormen die een meer "populatiegericht" karakter hebben, is dit niet gemakkelijk.

Dat dit niet alleen een theoretisch probleem is, blijkt uit het toenemend aantal verzoeken en vraagstukken die voorliggen op dit gebied. Zo vraagt coöperatie Thuis en Veilig om gebruik te kunnen maken van een bekostigingsprestatie wijkverpleging voor coördinatie van zorg zonder dat zij zelf de zorg leveren. Op dit moment staat onze regelgeving dat niet toe. Daarnaast moesten per 1 april van dit jaar coördinatiepunten voor eerstelijnsverblijf opgezet zijn, waarbij de huidige financiering volgens veldpartijen een knelpunt vormt. Opdracht van de minister aan zorgverzekeraars is dat die coördinatiepunten uitgebouwd moeten worden tot coördinerende loketten voor alle vervolgzorg van tijdelijk verblijf. De NZa heeft een verzoek van VWS ontvangen voor een analyse van bekostigingsmogelijkheden van coördinatie van zorg met tijdelijke verblijf. Ook de bekostiging van organisatie en infrastructuur bij huisartsenzorg/multidisciplinaire ketenzorg zorgt nog voor de nodige uitdagingen op het gebied van de uitvoering.

2. Probleemanalyse

Kenmerk

2.1. Knelpunten voor bekostiging samenwerking

Pagina
2 van 66

Als we multidisciplinaire samenwerking en coördinatie willen bekostigen, dan lopen we tegen meerdere knel- en vraagpunten aan:

- Is sprake van Wmg-zorg?
- Is een contractvereiste toegestaan in het licht van recente uitspraken van het CBB?
- Kan handhaving door directie T&H plaatsvinden op basis van regionale afspraken?
- Onderhoud van de regelgeving kan intensief zijn.
- Afbakening van de populatie is een uitdaging.
- Bij multidisciplinaire zorg zijn meerdere macrokaders van toepassing. Tten laste van welk kader komt de declaratie van de multidisciplinaire prestatie?
- Toerekening van de kosten aan een individuele patiënt is niet in alle gevallen mogelijk, terwijl het wettelijk systeem uitgaat van individuele verzekeringen.
- Bij bekostiging van multidisciplinaire zorg die onder meerdere Zvw-aanspraken valt, is de vraag welk regime van eigen risico, eigen bijdrage-beperkingen van toepassing is en of de prestatie in alle gevallen onder basisverzekerde zorg valt.
- Privacyvraagstukken indien niet alleen de zorgaanbieder, maar bijvoorbeeld ook een ondersteunende organisatie de persoonsgegevens van de patiënt in moet kunnen zien om de prestatie uit te kunnen voeren.
- Btw-afdracht: medische handelingen die gericht zijn op de persoonlijke gezondheidkundige verzorging van de mens zijn vrijgesteld van btw. Separate bekostiging van samenwerking/coördinatie kan gevolgen hebben voor de plicht tot btw-afdracht.
- Hoofd- en onderaannemerschap constructies leveren voor veldpartijen knelpunten en lasten op door verdeling van taken en onderhandeling over de hoogte van de vergoeding voor de gedelegeerde taken.

2.2. Typering samenwerkingsverbanden

Tot op heden wordt voor iedere samenwerkingsvorm die een prestatieverzoek indient, gezocht naar een oplossing "op maat". Hierbinnen valt nog geen eenduidige lijn te ontdekken. We hebben geen structurele aanpak voor of overzicht van deze multidisciplinaire problematiek. Zo wordt binnen het eerstelijnsverblijf een bekostigingsmogelijkheid geboden via de max-max-tarieven en binnen wijkverpleging met beschikbaarheidsvoorzieningen die via een lumpsum worden gefinancierd en de vrije prestatie beloning op maat en binnen huisartsen- en multidisciplinaire zorg met een prestatie voor organisatie en infrastructuur die gekoppeld is aan het inschrijftarief.

In dit memo zijn we op zoek gegaan naar een typering van samenwerkingsverbanden. Daartoe hebben we praktijkvoorbeelden gezocht van nu bekende multidisciplinaire samenwerkingsverbanden die reeds via de (reguliere) prestaties en tarieven worden of werden bekostigd. Bij deze praktijkvoorbeelden hebben we vragen gesteld, zoals:

1. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in organisatie?
2. Tegen welk type knelpunt loopt de bekostiging aan?
3. Voor welk typesamenwerkingsverband zou een meer fundamentele aanpassing in wet- en regelgeving noodzakelijk zijn om knelpunten te omzeilen?

We hebben hiervoor tien typen samenwerkingsverbanden geanalyseerd en nader uitgewerkt in de bijlage die is toegevoegd bij deze notitie. Het betreft: ParkinsonNet, regionale ondersteuningsstructuren (ros), O&I in segment 2, regiefunctie van een arts, regionale beschikbaarheidsfunctie wijkverpleging, ketenzorg dementie binnen wijkverpleging, multidisciplinair overleg, ketenzorg GGZ, ketenzorg buiten de huisarts.

Op basis van deze analyse komen we vooralsnog tot drie hoofdcategorieën van onderscheidende kenmerken. Of anders gezegd: kenmerken van de diensten die het samenwerkingsverband biedt, waarvoor de NZa prestaties en tarieven heeft vastgesteld. Binnen deze categorieën kan een samenwerkingsverband vanuit prestatie- en tariefregulering beredeneerd "eenvoudig" of "complex" zijn. "Eenvoudig" betekent dat het specifieke kenmerk geen knelpunten vanuit de regulering met zich brengt, "complex" betekent dat dat specifieke kenmerk wel knelpunten in zich draagt.

	Eenvoudig	Complex	Categorie
1	Zorgaanbieder verricht de prestatie Er wordt zorg geleverd Prestatie wordt gecombineerd met individuele zorg	Niet-zorgaanbieder verricht de prestatie Er wordt geen zorg geleverd Prestatie wordt niet gecombineerd met individuele zorg	Fundamenteel voor bevoegdheden NZa Bijvoorbeeld: bekostiging van regionale ondersteuningsstructuren (ROS). Er is geen sprake van levering van zorg door zorgaanbieders in geval van ROS.
2	De prestatie is individueel toewijsbaar Er is sprake van direct patiëntcontact	De prestatie is niet individueel toewijsbaar Er is geen sprake van direct patiëntcontact	Systeem: past niet in wettelijk stelsel van individuele verzekeringen Bijvoorbeeld: prestatie regionale beschikbaarheidsfunctie bij wijkverpleging die organisatie en infrastructuur beslaat.
3	Prestatie is monodisciplinair Prestatie bevat Zvw/Wlz-zorg Prestatie bevat basiszorg Voor de prestatie geldt één regime BKZ/EB/ER	Prestatie is multidisciplinair Prestatie is Zvw/Wlz-zorg overstijgend Prestatie is basiszorg overstijgend Voor de prestatie gelden diverse regimes BKZ/EB/ER	Systeem: relevant voor patiënt, veldpartijen, Zorginstituut, VWS Bijvoorbeeld: ketenzorg GGZ. Betrokken zijn de huisarts, GGZ-aanbieder en eventueel andere aanbieders.

2.3. Analyse categorieën samenwerkingsverbanden

Kenmerk

Categorie 1

Pagina
4 van 66

De eerste hoofdcategorie uit bovenstaande tabel betreft de vraag of de diensten worden uitgevoerd door een zorgaanbieder en of die diensten zorginhoudelijk van aard zijn of puur organisatorisch. Als er bijvoorbeeld géén sprake is van een zorgaanbieder die de betreffende diensten verleent, maar bijvoorbeeld een ICT-bedrijf en de dienstverlening niet zorginhoudelijk, maar organisatorisch van aard is (voorzien van ict-systeem), dan wordt separate bekostiging van deze dienstverlening via prestaties van de NZa problematisch. De NZa stelt immers prestaties en tarieven vast voor zorgverlening door zorgaanbieders. Daarnaast is de vraag of de diensten worden gecombineerd met individuele zorgverlening. Als een zorgaanbieder (A) zonder zelf zorg te verlenen aan een specifieke patiënt de organisatie en infrastructuur voor andere zorgaanbieders regelt voor de behandeling van die specifieke patiënt, is het ook de vraag in hoeverre sprake is van zorgverlening door zorgaanbieder A en in hoeverre de NZa daarvoor separate prestaties vast kan stellen.

Als het samenwerkingsverband "complex" scoort op de eerste categorie dan lopen we tegen (fundamentele) problemen aan die bevoegdheden van de NZa raken voor het vaststellen van prestaties en tarieven.

Voorbeelden van deze type samenwerkingsverbanden zijn: regionale ondersteuningsstructuren (ROS), ParkinsonNet en coördinatie van ketenzorg dementie. De huidige prestatiereguleringsvorm voor deze al bestaande aanbiedingsvormen staat daarom op gespannen voet met de wettelijke kaders. U-bochtconstructies worden toegepast of oneigenlijke Wmg-prestaties worden gedoogd vanuit pragmatisch oogpunt.

Categorie 2

Hoofdcategorie twee ziet op de vraag of de diensten individueel toewijsbaar zijn. Het wettelijk stelsel van gezondheidszorg gaat uit van individuele schadeverzekeringen, waarbij de zorg in rekening wordt gebracht bij patiënten of diens zorgverzekeraars voor individuele zorgverlening. Prestaties voor niet individueel toewijsbare zorgverlening is daarom problematisch.

Als het samenwerkingsverband "complex" scoort op categorie 2, dan ontstaan nog steeds uitvoerings- en/of systeemproblemen vanuit de Zvw. We spreken dan voor het gemak over systeemproblemen. Deze is immers geheel ingericht op het principe van individuele schadeverzekeringen en dat de kosten voor specifieke zorg belanden op een nota aan de eindgebruiker. Als deze eindgebruiker niet hard kan worden gedefinieerd dan is deze stap niet mogelijk, evenals goede toerekening voor de risicoverevening.

Voorbeelden van samenwerkingsverbanden die binnen deze categorie complex scoren zijn: Ketenzorg dementie, O&I huisartsenzorg, beschikbaarheidsfunctie wijkverpleging. Voor deze voorbeelden is in de praktijk een al dan niet geheel passend binnen de Wmg U-bochtconstructie in het leven geroepen om alsnog op tot een bedrag per patiënt te komen.

Categorie 3

Hoofdcategorie drie geeft aan: hoe groter de multidisciplinariteit, hoe complexer de bekostiging in te passen is in één bekostigingsprestatie. Samenwerkingsverbanden die enkel complex scoren in categorie drie zijn vanuit Wmg/Zvw niet fundamenteel problematisch, maar gaan voor

stelselproblemen zorgen bij veldpartijen en in het kader van de risicoverevening. Als door middel van een multidisciplinaire prestatie de vrijheid wordt geboden om regionaal afspraken te maken voor samenwerkingsverbanden binnen deze typering, wordt schottenproblematiek geïntroduceerd. Eén prestatie kan worden toegerekend aan meerdere budgettaire kaders, verschillende regimes rondom eigen risico en eigen bijdrage. Dit probleem bestaat nu ook binnen de innovatiebeleidsregel, en daar is een oplossing voor gevonden door het creëren van een separaat BKZ “innovatie”.

Kenmerk

Pagina
5 van 66

Disclaimer

In onze analyse beperken we ons tot de fundamentele - en stelselproblemen. De uitvoeringsproblemen in het veld op bijvoorbeeld het gebied van privacy en btw-afdracht zijn ook relevant, maar om de analyse behapbaar te houden, richten we ons voor nu alleen op de fundamentele - en stelselproblemen.

3. Vervolg

We denken nu een meer fundamenteel probleem in kaart te hebben gebracht voor samenwerkingsverbanden die “complex” scoren op categorie 1 of 2, oftewel: geen zorgaanbieder en/of niet gecombineerd met individuele zorg en/of niet individueel toewijsbaar. Hierbinnen bevinden zich samenwerkingsverbanden die die bij kunnen dragen aan gewenste doelen zoals “de juiste zorg op de juiste plek” en meer onderling gecoördineerde zorg rondom de patiënt.. De huidige oplossingen voor de bekostiging van dergelijke samenwerkingsverbanden zijn niet optimaal, en zijn vaak niet passend binnen de Wmg. Onze inschatting is dat de huidige bekostiging van deze samenwerkingsverbanden en afwezigheid van een meer uniforme bekostiging een serieuze belemmering gaan vormen voor het zorgveld om te komen tot goed afgestemde multidisciplinaire zorg.

Structurele oplossingen voor de bekostiging van dit type samenwerkingsverbanden vereisen een aanpassing van wetgeving (de Zvw/Wmg). We hebben nog niet uitgewerkt hoe deze aanpassingen eruit zouden moeten zien, en wat hiervan de gevolgen zijn. Vervolgonderzoek moet plaatsvinden welke aanpassingen Zvw/Wmg nodig zijn om complexe samenwerkingsverbanden mogelijk te maken. Bijvoorbeeld door mogelijkheden in de wetgeving te introduceren die het voor zorgverzekeraars mogelijk maken om initiatieven te vergoeden die niet direct herleidbaar zijn tot een zorgvraag van de individuele patiënt.

Samenloop met verzoek VWS om analyse coördinatie tijdelijk verblijf

De NZa heeft op 3 april jl. een verzoek van VWS ontvangen om een analyse uit te brengen over de bekostigingsmogelijkheden voor coördinatiepunten van zorgvormen met tijdelijk verblijf. Het verzoek van VWS is voor de NZa een concrete aanleiding om met VWS en ZiNL in gesprek te gaan over structurele oplossingen voor bekostiging van samenwerkingsverbanden in het algemeen. De analyse ten aanzien van het tijdelijk verblijf moet echter voor de zomer opgeleverd worden. Gezien die korte termijn kan in de gevraagde analyse geen structurele oplossing voor bekostiging van samenwerkingsverbanden in het algemeen worden aangedragen. De gevraagde analyse zal daarom op zichzelf staande bekostigingsmogelijkheden van coördinatie voor zorg met tijdelijk verblijf bevatten. In die zin zal de analyse dus noodgedwongen bijdragen aan de grote verscheidenheid aan pragmatisch ingestoken bekostigingsvarianten van coördinatie, terwijl we

juist zoeken naar een meer structurele oplossing voor samenwerkingsverbanden in het algemeen.

Kenmerk

Pagina
6 van 66

Samenloop uitvoeringsproblemen O&I-prestaties huisartsenzorg
VWS is op dit moment ook betrokken bij de discussie rondom de uitvoeringsproblematiek na de introductie van de "O&I-prestaties" binnen huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Ook hier lopen we aan tegen problemen die zich voordoen omdat een prestatie gericht op organisatie en infrastructuur van multidisciplinaire zorg met een "populatie-ondersteunend" uitgangspunt uiteindelijk moet landen in een zorgprestatie die aan een individuele patiënt in rekening moet worden gebracht.

Start discussie over toekomstgerichte oplossing

Op basis van deze analyse en de geconstateerde knelpunten willen we graag in overleg met VWS en later ook ZINI een traject vormgeven die toewerkt naar een meer structurele oplossing voor de geconstateerde knelpunten. Samen willen we op zoek naar mogelijkheden tot aanpassing in wetgeving die samenwerking en coördinatie verder faciliteert. Hierbij moet goed gekeken worden naar de complicaties die ontstaan als bijvoorbeeld directe geldstromen mogelijk worden tussen aanbieders van enkel coördinatie en/of infrastructuur en zorgverzekeraars (of wellicht zorgkantoren/gemeentes).

Bijlage: beschrijving en typering voorbeelden van samenwerkingsverbanden

Definities

Ondersteuning:

Ondersteunende activiteiten ten behoeve van individuele gezondheidszorg die inherent is aan juiste zorgverlening. Bijvoorbeeld een salarisadministratie, schoonmaak van de praktijkruimte, etc.

Coördinatie:

Een ondersteunende activiteit die ziet op coördinatie van de zorg.

Zorgaanbieder:

De natuurlijk persoon/rechtspersoon die de ondersteuning levert is een zorgaanbieder in de zin van de Wmg.

Gecombineerd met individuele zorgverlening:

De natuurlijk persoon/rechtspersoon die de ondersteuning/coördinatie levert, levert ook individuele gezondheidszorg aan de patiënt ten behoeve van wie de ondersteuning plaatsvindt.

Direct contact:

De natuurlijk persoon/rechtspersoon die de ondersteuning/coördinatie levert doet dat in direct contact met de patiënt. Voorbeeld: de patiënt neemt contact op met de coördinator, de coördinator draagt er zorg voor dat de patiënt de juiste zorg krijgt, eventueel bij een andere zorgaanbieder.

Individueel toewijsbaar:

De ondersteuning/coördinatie is te koppelen aan een individueel zorgtraject van een verzekerde.

Multidisciplinair:

De handelingen die worden verricht in het kader van de ondersteuning/coördinatie vallen uiteen onder meerdere aanspraken en/of wettelijke kaders.

Eerstelijnszorg:

De handelingen die worden verricht in het kader van de ondersteuning/coördinatie kunnen allemaal worden gerekend tot eerstelijnszorg.

Basiszorg:

De handelingen die worden verricht in het kader van de ondersteuning/coördinatie kunnen allemaal worden gerekend tot basisverzekerde zorg.

Zvw/Wlz-zorg:

De handelingen die worden verricht in het kader van de ondersteuning/coördinatie kunnen allemaal worden gerekend tot Zvw en of Wlz-zorg.

Inhoudelijk

De handelingen die worden verricht in het kader van de ondersteuning/coördinatie omvatten zorginhoudelijke aspecten, zoals triage, medicatieadvies door medisch personeel.

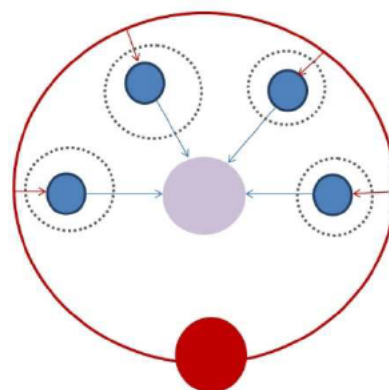
Organisatie

De handelingen die worden verricht in het kader van de ondersteuning/omvatten organisatorische aspecten, zoals ICT-systeem, personele bezetting telefooncentrum.

1. Coördinatiepunt tijdelijk verblijf

De regionale coördinatiepunten voor zorgvormen met tijdelijk verblijf omvat eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg in de Zvw, Wlz-crisis zorg en logeeropvang in de Wlz, en Wmo-spoedzorg en respijtzorg in de Wmo. In sommige regio's wordt coördinatie van zorg met tijdelijk verblijf gecombineerd met coördinatie van wijkverpleging en/of GGZ-opname.

VWS hecht eraan dat de uitgangspunten voor alle regionale coördinatiepunten voor tijdelijk verblijf hetzelfde zijn: één aanspreekpunt (al dan niet ondersteund met ICT) dat inzicht geeft in welke (vervolg)zorg mogelijk is en waar deze zorg beschikbaar is en dat de benodigde zorg regelt voor de zorgverlener. Het coördinatiepunt heeft inzicht in beschikbare capaciteit en kan het ook regelen voor de zorgverlener, d.w.z. dat de benodigde plek afgesproken wordt en de zorgverlener de patiënt daar naartoe kan verwijzen. Ook in de anw-uren, dus beschikbaar 24 uur per dag 7 dagen per week. De bekostiging moet gericht zijn op coördinatie van en samenwerking binnen en tussen de zorgvormen tijdelijk verblijf met betrekking tot de verwijzing, triage, toeleiding (instroom) en doorstroom van patiënt naar de juiste zorgvorm met tijdelijk verblijf faciliteert.



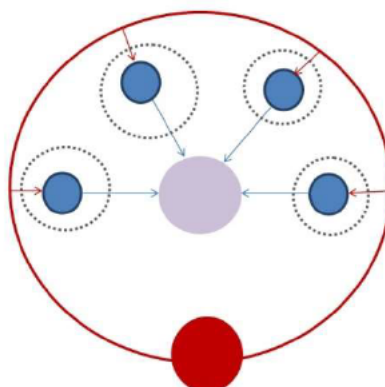
Typering

	Eenvoudig	Complex
1	Zorgaanbieder	Geen zorgaanbieder
	Inhoudelijk	Organisatie
	Gecombineerd met indiv zorg	Niet gecombineerd met indiv zorg
2	Individueel toewijsbaar	Niet individueel toewijsbaar
	Direct contact	Geen direct contact
3	Monodisciplinair	Multidisciplinair
	Zvw/Wlz-zorg	Zvw/Wlz-zorg overstijgend
	Basiszorg	Basiszorg overstijgend
	Eén regime BKZ/EB/ER	Diverse regimes BKZ/EB/ER

2. Parkinsonnet

Wat is het

Specifiek voorbeeld van problematiek op het gebied van netwerkbekostiging. Vergelijkbaar met de ROS. De ondersteuningsstructuur heeft toegevoegde waarde "op de achtergrond" van een multidisciplinaire zorgverlening, zowel Zvw als niet-Zvw. Het omslaan van de kosten van het netwerk naar een bedrag per patiënt is moeilijk, omdat de zorgverlening die de specifieke patiënt nodig heeft multidisciplinair van aard is en dus niet makkelijk via één discipline kan worden verrekend. Schoolvoorbeeld van problematiek op het gebied van netwerkbekostiging.



Parkinsonnet streeft ernaar dat iedereen met de ziekte van Parkinson of een atypisch parkinsonisme de allerbeste zorg krijgt die mogelijk is. Dit doen ze onder meer door de expertise te vergroten van zorgverleners middels scholingen, het ParkinsonNet jaarcongres en door onderzoek. Parkinsonnet faciliteert een optimale samenwerking tussen de zorgverleners en maakt de kwaliteit van de aangesloten zorgverleners transparant.

Wat is het probleem

Er is in zoverre een bekostigingsprobleem dat Parkinsonnet op dit moment geen expliciete bekostiging via de NZa-prestaties kent en het netwerk en daarbij aangesloten aanbieders wel bekostiging via een NZa-prestaties wensen.

Bekostiging via de prestaties fysiotherapie is mogelijk (afdracht achter de voordeur). Echter, ZN en PN hebben aangegeven dat 40% van de parkinsonpatiënten geen fysiotherapie krijgt en daarmee niet meebetaalt aan PN. Daarnaast zouden de administratieve lasten buiten proportioneel hoog zijn volgens ZN (niet verder toegelicht).

Alle parkinsonpatiënten komen jaarlijks bij de neuroloog. Bekostiging via de neuroloog zou daarmee een optie zijn, behalve dat de ziekenhuizen hier geen enkel belang bij hebben.

Typering

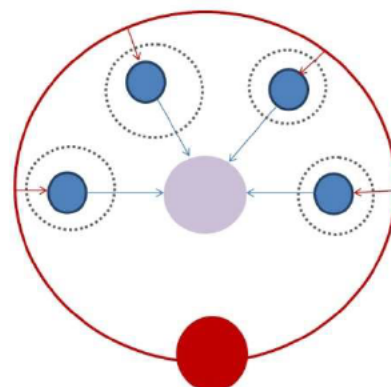
	Eenvoudig	Complex
1	Zorgaanbieder Inhoudelijk Gecombineerd met indiv zorg	Geen zorgaanbieder Organisatie Niet gecombineerd met indiv zorg
2	Individueel toewijsbaar Direct contact	Niet individueel toewijsbaar Geen direct contact
3	Monodisciplinair Zvw/Wlz-zorg Basiszorg Eén regime BKZ/EB/ER	Multidisciplinair Zvw/Wlz-zorg overstijgend Basiszorg overstijgend Diverse regimes BKZ/EB/ER

3. ROS

Wat is het

Zorgverzekeraars vergoeden regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en) die kwaliteitsverbetering voor een breed scala aan eerstelijns zorgaanbieders nastreven.

ROS'en hebben ervaring en kennis van de regio én de eerste lijn. Samen met de eerste lijn en betrokken partijen stimuleren zij een geschikte aanpak om de zorg en ondersteuning voor inwoners slimmer en efficiënter te organiseren in de wijk.



Wat is het probleem

1. Is er een bekostigingsprobleem?

Nee. De NZa heeft een beleidsregel ROS.

2. Is de wijze van bekostiging wenselijk?

De wijze van bekostiging is formeel een probleem omdat hier geen rekening naar de patiënt kan vloeien en het de vraag is of sprake is van bekostiging van Wmg-zorg. Wij faciliteren dit al jaren via een separate declaratietitel, maar strikt juridisch is dit niet correct.

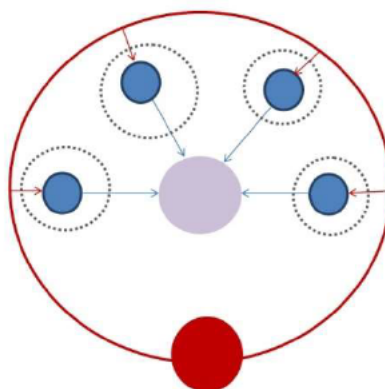
Typering

	Eenvoudig	Complex
1	Zorgaanbieder Inhoudelijk Gecombineerd met indiv zorg	Geen zorgaanbieder Organisatie Niet gecombineerd met indiv zorg
2	Individueel toewijsbaar Direct contact	Niet individueel toewijsbaar Geen direct contact
3	Monodisciplinair Zvw/Wlz-zorg Basiszorg Eén regime BKZ/EB/ER	Multidisciplinair Zvw/Wlz-zorg overstijgend Basiszorg overstijgend Diverse regimes BKZ/EB/ER

4. O&I

Wat is het

De prestaties binnen organisatie en infrastructuur bieden de mogelijkheid om aanvullende vergoedingen per ingeschreven verzekerde overeen te komen op basis van afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze vergoedingen hebben als doel om (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners te stimuleren en te organiseren, waarbij de patiënt de voordelen ervaart van het continue verbeteren van de kwaliteit en/of kosten van zorg. Hiervoor is op verschillende populatieniveaus een ondersteuningsstructuur nodig waarbij partijen zich gezamenlijk organiseren en gemandateerd zijn om namens de aangesloten zorgverleners afspraken te maken met stakeholders (zoals bijvoorbeeld gemeenten, ziekenhuizen, VVT-instellingen, GGZinstellingen, overige eerstelijns zorgaanbieders etc.).



In alle gevallen betreft het een vergoeding per ingeschreven verzekerde van de bij het multidisciplinair samenwerkingsverband aangesloten huisartsen. De vergoeding wordt vervolgens overeengekomen met het relevante samenwerkingsverband.

Alle prestaties kennen een vrij tarief en mogen enkel in rekening worden gebracht indien hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt. De zorgverzekeraar heeft hierbij zorg te dragen dat de afspraken over vergoedingen via deze prestatietitels geen overlappende kostencomponenten bevatten die tot dubbele bekostiging leiden. De afspraken binnen deze prestaties organisatie en infrastructuur zijn altijd gekoppeld aan afspraken over de vergoeding, inhoud en resultaat.

Wat is het probleem

Op dit moment bestaat er een prestatietitel, maar wordt er weinig gebruik van gemaakt. Het feit dat het samenwerkingsverband zelf de prestatie declareert zorgt voor knelpunten. Het samenwerkingsverband levert zelf geen zorg en is geen zorgaanbieder. Via de band van het inschrijftarief is een link gemaakt met de zorg die door de huisarts wordt verleend en wordt de dienstverlening individueel toewijsbaar. Op gebied van privacy ontstaan echter uitvoeringsproblemen. Om te kunnen declareren heeft het samenwerkingsverband namelijk van de huisarts persoonsgegevens nodig van ingeschreven verzekerden. Voor de overdracht van deze gegevens bestaat geen grondslag in de privacywetgeving (Wbp en straks de UAVG).

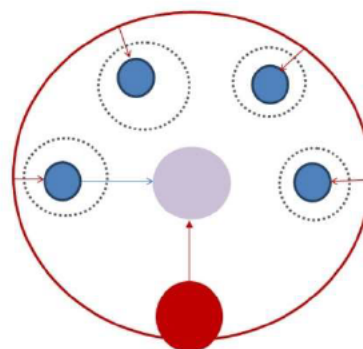
Typering

	Eenvoudig	Complex
1	Zorgaanbieder Inhoudelijk Gecombineerd met indiv zorg	Geen zorgaanbieder Organisatie Niet gecombineerd met indiv zorg
2	Individueel toewijsbaar Direct contact	Niet individueel toewijsbaar Geen direct contact
3	Monodisciplinair Zvw/Wlz-zorg Basiszorg Eén regime BKZ/EB/ER	Multidisciplinair Zvw/Wlz-zorg overstijgend Basiszorg overstijgend Diverse regimes BKZ/EB/ER

5. Ketenzorg dementie

Wat is het

De prestatie ketenzorg dementie faciliteert de bekostiging van reeds bestaande en nieuwe netwerkstructuren. Ketenzorg dementie is een samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders wordt geleverd. De prestatie ketenzorg dementie geeft op regionaal/lokaal niveau invulling aan de zorgbehoefte van dementerenden en hun directe naasten. Bij ketenzorg dementie staat het patiëntproces centraal, wat blijkt uit de geformaliseerde afspraken tussen betrokken zorgaanbieders en verzekeraars over samenhang en continuïteit van de zorg. De kwaliteit van de netwerkstructuren is daarbij van belang en heeft invloed op de kwaliteit van leven van de patiënt.



Om op regionaal niveau invulling te geven aan de zorgketens dementie, kunnen zorgverzekeraars en aanbieders maatwerk afspraken maken over projectgelden die niet toewijsbaar zijn op het niveau van de individuele verzekerde. Deze prestatie maakt de bekostiging van de verschillende netwerkstructuren voor dementiezorg mogelijk. Het moet echter wel gaan om zorg in de zin van de Zvw. Vormen van ondersteuning op grond van bijvoorbeeld de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), zoals het opleiden van Wmo-consulenten, zijn dat niet. Die vallen buiten de kaders van deze prestatie en kunnen niet met deze prestatie worden bekostigd. Omdat het bij ketenzorg dementie gaat om zorg die niet aan een individuele verzekerde toewijsbaar is, vindt de declaratie van de geleverde zorg plaats op prestatieniveau.

De zorglevering aan individuele patiënten met dementie wordt bekostigd met de individueel toewijsbare prestaties voor verpleging en verzorging. Deze zorg valt hiermee nadrukkelijk niet onder de prestatie ketenzorg dementie.

Wat is het probleem

1. Is er een bekostigingsprobleem?

Nee. Op dit moment bestaat er een aparte prestatie voor de regionale beschikbaarheidsfunctie.

2. Is de wijze van bekostiging wenselijk?

In de praktijk zijn geen signalen bekend over problemen met de bekostigingsprestatie. Echter, er zijn wel geluiden dat de prestatie zeer weinig wordt ingekocht. Declaratie van deze prestatie wordt niet bijgehouden in Vektis, zodat cijfers ontbreken. Omdat de zorg niet individueel toewijsbaar is, wordt op prestatieniveau gedeclareerd en niet via declaratie op patiëntniveau. Dat strookt niet met de wettelijke systematiek van individuele verzekeringen en zorgverlening met negatieve systeemgevolgen. Omdat sprake is van organisatorische dienstverlening door niet-zorgaanbieders is aparte bekostiging via de ketenzorgprestatie niet conform de wettelijke kaders.

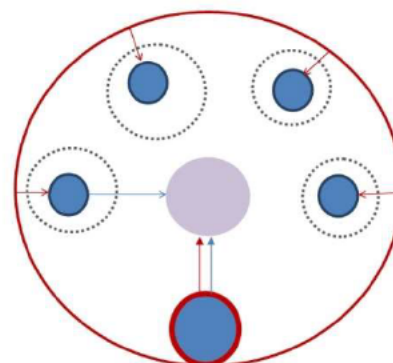
Typering

	Eenvoudig	Complex
1	Zorgaanbieder Inhoudelijk Gecombineerd met indiv zorg	Geen zorgaanbieder Organisatie Niet gecombineerd met indiv zorg
2	Individueel toewijsbaar Direct contact	Niet individueel toewijsbaar Geen direct contact
3	Monodisciplinair Zvw/Wlz-zorg Basiszorg Eén regime BKZ/EB/ER	Multidisciplinair Zvw/Wlz-zorg overstijgend Basiszorg overstijgend Diverse regimes BKZ/EB/ER

6. Regionale beschikbaarheidsfunctie wijkverpleging

Wat is het

Het oprichten of in stand houden van infrastructurele en personele voorzieningen die nodig zijn om regionaal uitvoering te kunnen geven aan de ongeplande zorgtaak in de regio. Dit kan bestaan uit de componenten bereikbaarheid en/of beschikbaarheid.



Met deze prestatie worden de infrastructurele en personele voorzieningen bekostigd die nodig zijn om te kunnen beantwoorden aan een ongeplande zorgtaak in de regio, voor zover dat niet wordt bekostigd binnen de uren verpleging en verzorging. De daadwerkelijk aan de patiënt geleverde uren zorg worden dus niet bekostigd met de prestatie 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg'. Dit in tegenstelling tot de prestaties 'oproepbare verpleging' en 'oproepbare verzorging' die de geleverde uren inclusief de beschikbaarheid vergoed. De prestatie 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg' stelt zorgverzekeraars en zorgaanbieders in staat om maatwerk te bieden en tegemoet te komen aan de regionale variatie. Manifestatie van de zorgvraag in de nachtelijke uren en spoedeisendheid maken deze zorg onplanbaar. De prestatie regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg mag alleen worden gedeclareerd als de zorgaanbieder tevens individueel toewijsbare verpleging en/of verzorging levert en declareert.

Wat is het probleem

1. Is er een bekostigingsprobleem?

Nee. Op dit moment bestaat er een aparte prestatie voor de regionale beschikbaarheidsfunctie.

2. Is de wijze van bekostiging wenselijk?

In de praktijk zijn geen signalen bekend over problemen met de bekostigingsprestatie. Echter, er zijn wel geluiden dat de prestatie zeer weinig wordt ingekocht. Declaratie van deze prestatie wordt niet bijgehouden in Vektis, zodat cijfers ontbreken. Omdat de zorg niet individueel toewijsbaar is, wordt op prestatieniveau gedeclareerd en niet via declaratie op patiëntniveau. Dat strookt niet met de wettelijke systematiek van individuele verzekeringen en zorgverlening met negatieve systeemgevolgen.

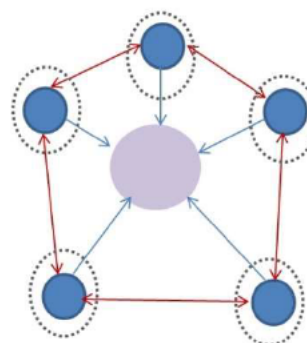
Typering

	Eenvoudig	Complex
1	Zorgaanbieder Inhoudelijk Gecombineerd met indiv zorg	Geen zorgaanbieder Organisatie Niet gecombineerd met indiv zorg
2	Individueel toewijsbaar Direct contact	Niet individueel toewijsbaar Geen direct contact
3	Monodisciplinair Zvw/Wlz-zorg Basiszorg Eén regime BKZ/EB/ER	Multidisciplinair Zvw/Wlz-zorg overstijgend Basiszorg overstijgend Diverse regimes BKZ/EB/ER

7. Multidisciplinair overleg

Wat is het

Het doel van het multidisciplinair overleg is om in een open dialoog de uitkomsten van het dossieronderzoek te bespreken en te zoeken naar potentiële verbeterinitiatieven om suboptimale cliëntenzorg te verbeteren. Bij het overleg nemen zoveel mogelijk disciplines deel die betrokken zijn bij de patiëntenzorg. In alle sectoren wordt de behoefte gevoeld tot meer multidisciplinaire samenwerking en -overleg. De vraag die dat oproept is in hoeverre de tijd die samenhangt met dit overleg bekostigd wordt. Bekostiging is mogelijk door de indirecte patiëntgebonden tijd van het MDO te versleutelen in de tarieven voor de "monodisciplinaire" zorgverleners, maar er bestaat ook een wens bij zorgaanbieders om dit via separate declaratietitels te regelen.



Wat is het probleem

1. Is er een bekostigingsprobleem?

Nee, iedere zorgverlener heeft een monodisciplinaire bekostiging van waaruit zijn zorglevering bekostigd kan worden. Het tarief is alleen voor de direct patiëntgebonden tijd in rekening te brengen. De (toenemende) indirect patiëntgebonden tijd dient met andere woorden te worden verdisconteerd in de hoogte van het tarief voor de direct patiëntgebonden tijd.

2. Is de wijze van bekostiging wenselijk?

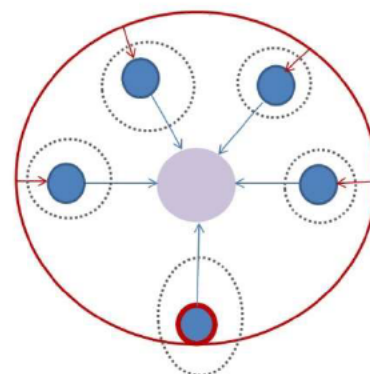
Volgens de aanbieders niet, omdat het tarief niet voldoende wordt gecompenseerd voor de tijd die is gemoeid met MDO. Aanbieders vinden daarom een aparte prestatie wenselijk. Als we met de bekostiging MDO, daarmee coördinatie en samenwerking willen stimuleren dan is de huidige wijze van bekostiging niet wenselijk.

Typering

	Eenvoudig	Complex
1	Zorgaanbieder	Geen zorgaanbieder
	Inhoudelijk	Organisatie
	Gecombineerd met indiv zorg	Niet gecombineerd met indiv zorg
2	Individueel toewijsbaar	Niet individueel toewijsbaar
	Direct contact	Geen direct contact
3	Monodisciplinair	Multidisciplinair
	Zvw/Wlz-zorg	Zvw/Wlz-zorg overstijgend
	Basiszorg	Basiszorg overstijgend
	Eén regime BKZ/EB/ER	Diverse regimes BKZ/EB/ER

8. Ketenzorg GGZ

Op dit moment lopen experimenten binnen segment drie van de beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (S3). In de praktijk kan de coördinatie daarom bekostigd worden in die gevallen waar de zorglevering gekoppeld kan worden aan de huisarts/POH-GGZ.



De bekostiging voor basis-ggz wordt via de ketenzorg GGZ feitelijk aan de kant geschoven en onder vrije tarieven geplaatst. Regelgeving die wel geldt voor basis-ggz is daarmee niet van toepassing zodra de basis-ggz onderdeel wordt gemaakt van "multidisciplinaire zorg". Niet helder is hoe hier in de praktijk mee wordt omgegaan. Wordt op dezelfde manier omgegaan met eigen bijdrage/eigen risico/kwaliteitseisen? Toedeling aan budgettaire kaders gaat waarschijnlijk niet zuiver. Dit is daarom hooguit een oplossing voor kleinschalige experimenten, maar wordt een probleem zodra het groter wordt en de experimentstatus wordt verlaten. Bovendien is niet helder waar de grens ligt en wie eindverantwoordelijk is. Het is verder niet inzichtelijk of ook complexe GGZ betrokken wordt in deze ketens. Meer fundamenteel probleem is dat deze bekostiging past binnen S3 omdat het "multidisciplinair" is. De definitie van "multidisciplinair" is echter niet helder. We geven nu de uitleg dat S3 passend is omdat de huisarts erbij betrokken is, maar zo expliciet staat dat nergens vermeld.

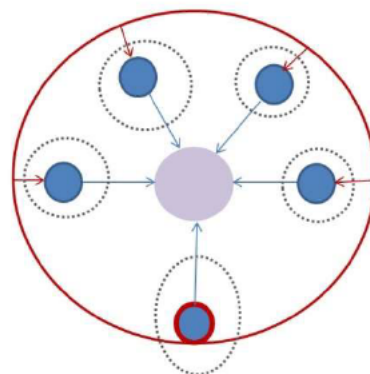
Typering

	Eenvoudig	Complex
1	Zorgaanbieder	Geen zorgaanbieder
	Inhoudelijk	Organisatie
	Gecombineerd met indiv zorg	Niet gecombineerd met indiv zorg
2	Individueel toewijsbaar	Niet individueel toewijsbaar
	Direct contact	Geen direct contact
3	Monodisciplinair	Multidisciplinair
	Zvw/Wlz-zorg	Zvw/Wlz-zorg overstijgend
	Basiszorg	Basiszorg overstijgend
	Eén regime BKZ/EB/ER	Diverse regimes BKZ/EB/ER

9. Ketenzorg buiten huisarts

Het betreft alle vormen van ketenzorg waarbij de huisarts niet direct betrokken is. Deze vormen kennen geen expliciete bekostigingstitel. Daarom wordt uitgeweken naar de innovatiebeleidsregel die veelal uitkomst kan bieden, zolang het zorg betreft die binnen de Zvw/Wmg past. Vanuit dat oogpunt dus geen direct probleem.

De Beleidsregel innovatie is tijdelijk zonder garantie op doorontwikkeling. Dit kan remmend werken. Vormen van ketenzorg die over schotten heengaan (Zvw/Wmg/WMO) kennen hun eigen problemen in toewijzing van eigen risico/eigen bijdrage/BKZ en soortgelijke schottenproblematiek

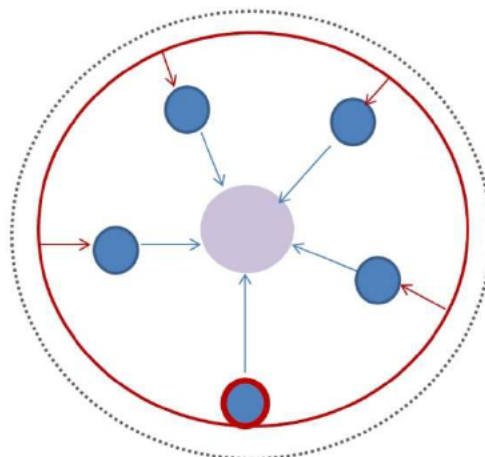


	Eenvoudig	Complex
1	Zorgaanbieder	Geen zorgaanbieder
	Inhoudelijk	Organisatie
	Gecombineerd met indiv zorg	Niet gecombineerd met indiv zorg
2	Individueel toewijsbaar	Niet individueel toewijsbaar
	Direct contact	Geen direct contact
3	Monodisciplinair	Multidisciplinair
	Zvw/Wlz-zorg	Zvw/Wlz-zorg overstijgend
	Basiszorg	Basiszorg overstijgend
	Eén regime BKZ/EB/ER	Diverse regimes BKZ/EB/ER

10. Leefstijlcoach

Wat is het

Voorbeeld van een nieuw type zorgverlener die als een "linking pin" in een breed zorgtraject wordt ingezet. Een separate declaratietitel voor deze linking pin bestaat nog niet, en het zorgtraject waar deze linking pin voor wordt ingezet is dermate breed dat het moeilijk in een separate declaratietitel te vatten is.



Wat is het probleem

Er is geen bekostigingsprobleem. Er is gekozen voor een trajectbekostiging. De zorgstandaard Obesitas geeft aan dat een GLI 24 maanden duurt. We hebben een prestatie voorgesteld die aansluit bij deze duur waarbij de prestatie verder vrijwel open is; geen verplichte bijeenkomsten of consulten, alleen 1 direct patiëntgebonden contact per kwartaal. Binnen de prestatie bestaat ook ruimte voor coördinatie en organisatie. Enerzijds wordt uitgegaan van het gemiddelde uurtarief van de paramedici waar al ruimte is voor coördinatie en organisatie, anderzijds heeft het ZINL in de duiding aangegeven dat deze zorg gepaard gaat met veel coördinatie en organisatie waardoor daarvoor ruimte moet zijn in het tarief. Om deze reden is er in de opbouw van het tarief extra tijd opgenomen voor coördinatie en afstemming (naast het uurtarief voor paramedici dat al ruimte zou moeten bieden). De coördinatiekosten zijn hiermee opgenomen in het tarief voor de zorgverlening zelf.

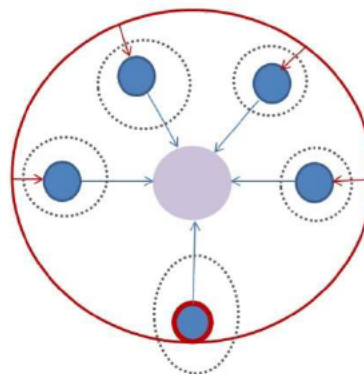
Typering

	Eenvoudig	Complex
1	Zorgaanbieder	Geen zorgaanbieder
	Inhoudelijk	Organisatie
	Gecombineerd met indiv zorg	Niet gecombineerd met indiv zorg
2	Individueel toewijsbaar	Niet individueel toewijsbaar
	Direct contact	Geen direct contact
3	Monodisciplinair	Multidisciplinair
	Zvw/Wlz-zorg	Zvw/Wlz-zorg overstijgend
	Basiszorg	Basiszorg overstijgend
	Eén regime BKZ/EB/ER	Diverse regimes BKZ/EB/ER

11. Regiefunctie (SO, AVG, Huisarts)

Wat is het

De zorg voor ouderen is volop in beweging. Ouderen met een complexe zorgvraag wonen langer thuis, uit eigen wens en vanwege veranderingen in wet en regelgeving. Door de complexe zorgprocessen rondom de ouderen levert niet één organisatie de benodigde zorg, maar is een goed samenwerkend netwerk van deze organisaties van belang om de zorg voor de patiënt te verbeteren. Er is dus vooral sprake van multidisciplinaire samenwerking tussen verschillende zorgverleners. Hierin spelen de Specialist ouderengeneeskunde (SO), Arts verstandelijk gehandicapten (AVG) en huisarts ten behoeve van de coördinatie van de zorg een centrale (sturende) rol.



Wat is het probleem

Voor de SO en AVG is nog geen NZa-bekostiging geregeld. De huisarts wordt bekostigd via het inschrijftarief. Daarin vinden geen problemen plaats. Iedere zorgverlener heeft een monodisciplinaire bekostiging van waaruit zijn zorglevering bekostigd kan worden. De specialist ouderengeneeskunde kent in een Wlz-subsidieregeling een uurtarief, waarbij het tarief alleen voor de direct patiëntgebonden tijd in rekening kan worden gebracht. De (toenemende) indirect patiëntgebonden tijd is met andere woorden verdisconteerd in de hoogte van het tarief voor de direct patiëntgebonden tijd. Probleem: hoogte van het tarief is gemaximeerd. Nieuwe vorm van extramurale bekostiging is niet eerder voorzien dan 2020.

Is de wijze van bekostiging wenselijk? Welke negatieve prikkels zijn er?

- Nee, de huidige wijze van bekostiging is niet wenselijk.
 - Specialist ouderengeneeskunde wordt niet financieel geprikkeld tot het uitvoeren van de coördinatiewerkzaamheden. Huidige uurtarief is namelijk gemaximeerd. De indirect patiëntgebonden tijd is niet afzonderlijk declarabel.

Typering

	Eenvoudig	Complex
1	Zorgaanbieder	Geen zorgaanbieder
	Inhoudelijk	Organisatie
	Gecombineerd met indiv zorg	Niet gecombineerd met indiv zorg
2	Individueel toewijsbaar	Niet individueel toewijsbaar
	Direct contact	Geen direct contact
3	Monodisciplinair	Multidisciplinair
	Zvw/Wlz-zorg	Zvw/Wlz-zorg overstijgend
	Basiszorg	Basiszorg overstijgend
	Eén regime BKZ/EB/ER	Diverse regimes BKZ/EB/ER

Aanbiedingsformulier vergadering Raad van Bestuur

I. ALGEMENE GEGEVENS		
Nummer agendapunt RvB-vergadering Klik hier als u tekst wilt invoeren.		
Datum invulling 1-11-2017	Directie Regulering	
Contactpersoon	Telefoon	
Onderwerp	Uitbreiding reikwijdte beleidsregel ROS met ergotherapie	
Datum van behandeling	7-11-2017	
Karakter van het stuk	☐ Inhoud ☒ Hamerstuk ☐ Bespreken (geen besluit) ☐ Bespreken en besluiten ☐ Ter informatie	☐ Beheer ☐ Hamerstuk ☐ Bespreken (geen besluit) ☐ Bespreken en besluiten ☐ Ter informatie
Naam en paraaf directeur of (plv) directeur, programmamanager	Naam	Paraaf: Klik hier als u tekst wilt invoeren.
Bij bespreking aanwezigheid gewenst van	Na(a)m(en) Klik hier als u tekst wilt invoeren. Toestelnummer(s) Klik hier als u tekst wilt invoeren.	
Aantal bijlagen	1	

II. BESLUITVORMING	
Korte inleiding	Ergotherapie Nederland heeft mede namens Zorgverzekeraars Nederland het verzoek ingediend voor uitbreiding van de reikwijdte van de beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsondersteuning (ROS) met ergotherapie. De NZa heeft sinds 2005 een beleidsregel ROS. Voorheen verstreekte VWS een subsidie om dergelijke ondersteuningsstructuren te financieren. De beleidsregel heeft als doel een instrumentarium te bieden waarmee de macro beschikbare premiemiddelen voor regionale ondersteuning van de eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling kunnen worden toegekend. Met de inzet van deze middelen wordt beoogd de eerstelijnszorg te versterken, onder andere door multidisciplinaire samenwerking binnen de totale eerstelijnszorg te stimuleren. Zorgverzekeraars dragen de modulebedragen af aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN), die op haar beurt op basis van het aantal inwoners per regio een herverdeling van deze gelden maakt. In de reikwijdte is opgenomen voor welke zorg gebruik kan worden gemaakt van de regionale ondersteuning. Daarin zijn verschillende paramedische zorgaanbieders opgenomen. Ergotherapeutische zorg ontbreekt voorsnog in dit lijstje. De NZa reguleert extramurale ergotherapeutische zorg per 1 januari 2017. De beleidsregel ROS is dit jaar niet herzien en ergotherapie is tot op heden niet opgenomen in de reikwijdte van de beleidsregel ROS. Daarnaast hebben we de passage die het modulebedrag voor kwaliteitsontwikkeling en ondersteuningsstructuur Parkinson beschrijft, verwijderd uit de beleidsregel. In de beleidsregel staat aangegeven dat dit modulebedrag een looptijd heeft tot 1 januari 2018. Het laten staan van deze passage kan verwarrend zijn. Het betreft dus geen inhoudelijke wijziging.
Voorgestelde beslispunten	We vragen de RvB om de gewijzigde Beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsondersteuning vast te stellen waarin zorg zoals geleverd door ergotherapeuten is toegevoegd aan de reikwijdte.
Per besispunt de argumentatie, belangrijke aandachtspunten,	ZN en Ergotherapie Nederland hebben het verzoek tot uitbreiding van de reikwijdte van de beleidsregel gezamenlijk ingediend. ZN bepaalt

knelpunten, risico's (inhoudelijk, bestuurlijk) en passendheid binnen de meerjarige strategische agenda	de hoogte van het beschikbare bedrag dat wordt verdeeld over de aanbieders. Het uitbreiden van de reikwijdte van de beleidsregel met ergotherapie kan lastig zijn voor de zorgaanbieders die al gebruikmaken van de beleidsregel in het geval ZN de beschikbare middelen niet verhoogd, omdat in dat geval hetzelfde beschikbare macrobedrag moet worden verdeeld over meerdere zorgaanbieders. Kortom: meer zorgaanbieders kunnen gebruikmaken van de ondersteuning, terwijl het budget niet wordt verhoogd, wat mogelijk resulteert in minder ondersteuning per zorgaanbieder. Er heeft afstemming met VWS plaatsgevonden over de uitbreiding van de reikwijdte. Lastig is de onderliggende en langlopende discussie: is hier wel sprake van zorgverlening? Dat is een brede discussie die al jaren loopt. Strikt genomen is het twijfelachtig of deze ondersteuningsstructuren wel Wmg-zorg leveren en dus of wij als NZa daar prestaties voor moeten vaststellen. Aan de andere kant is het bij politiek, bestuur en het veld zeer gewenst dat deze financiering (in de huidige vorm) blijft bestaan. Momenteel zijn we bezig met een traject om samenwerking binnen de eerste lijn te stimuleren, inclusief zorgnetwerken en bekostiging, waarbij de toekomst van deze beleidsregel expliciet wordt betrokken. Voor de langere termijn kijken we dus of en hoe we dergelijke ondersteuningsstructuren willen bekostigen. Dat laatste is een principiële discussie die ook met VWS gevoerd zal moeten worden en meer tijd in beslag gaat nemen. Er bestaat nu echter geen reden om de reikwijdte van de beleidsregel niet uit te breiden met ergotherapie. Het is lastig uit te leggen waarom we ergotherapeuten niet en andere (paramedische) zorgaanbieders wel in de reikwijdte hebben staan. Door het niet opgenomen zijn in deze beleidsregel ervaren de ergotherapeuten op dit moment een ongelijk speelveld omdat de ROS-en niet gehouden zijn om zich in te spannen voor de ergotherapeuten in hun respectievelijke werkgebieden. Dit heeft negatieve gevolgen voor zowel de ergotherapeuten als hun (potentiële) patiënten als de collega zorgverleners.
Afwijkende meningen, alternatieven	Geen.
Advies directiejurist over juridische risico's	Naam: [REDACTED] Advies: De beleidsregel ROS bestaat sinds 2005. Extramurale ergotherapie valt als gevolg van uitbreiding van de Bub Wmg sinds 1 januari 2017 onder de reikwijdte van de Wmg. De reikwijdte van de beleidsregel ROS is toen echter niet uitgebreid met ergotherapeutische zorg, terwijl andere (paramedische) disciplines wel onder de reikwijdte vallen. Dit verschil valt niet te rechtvaardigen en daarom juridisch kwetsbaar. De aanpassing van de beleidsregel beperkt zich tot uitbreiding van de reikwijdte. Inhoudelijk vinden geen aanpassingen plaats. De juridische gevolgen zijn daarom beperkt. De onderliggende (juridische) discussie over de vraag of de NZa dergelijke ondersteuning wel zou moeten reguleren is een punt van aandacht, dat (ook) met VWS zal moeten worden besproken. Omdat de principiële discussie zich onder andere richt op reeds bestaande NZa-bekostiging via deze beleidsregel, is het van belang dat de NZa daarin regie neemt. Die discussie wordt nu echter niet als een reden gezien om de reikwijdte niet uit te breiden.
Is het onderwerp getoetst op toezicht- en handhaafbaarheid?	☒ Ja, toelichting reactie T&H a: Uit de doelen van de Beleidsregel en de toelichting in dit formulier maken wij op dat deze beleidsregel voorziet in financieringsmogelijkheden voor netwerken, die ondersteunende diensten leveren aan – in de beleidsregel te noemen – categorieën zorgaanbieders. De voorliggende beleidsregel maakt het mogelijk dat ook ergotherapeuten als categorie worden genoemd en daarmee ondersteuning verkrijgen, die gefinancierd kan worden. Dit

	betreft een feitelijk toevoeging en betekent geen wijziging van een financieringsmethode. De wijziging heeft op zichzelf dan ook geen gevolgen voor de toezicht- en handhaafbaarheid. T&H heeft daarop geen opmerkingen. b: Niet voor de onderhavige beleidsregel maar wel voor toekomstige wijzigingen van deze beleidsregel van belang: voor de toezicht- en handhaafbaarheid van de beleidsregel als geheel is van belang dat deze beleidsregel de financiering regelt voor diensten (zoals 'regionale ondersteuning') die niet worden geleverd door een zorgaanbieder. De NZa is daarom niet bevoegd tot het vaststellen van deze beleidsregel. Voor de toezicht- en handhaafbaarheid betekent dit dat eventuele handhaving op de naleving van deze beleidsregel niet mogelijk is, omdat een overtreding ervan niet kan gelden als een overtreding van artikel 35 Wmg (noch van een andere bepaling in de Wmg). Uit gesprekken met de beleidsdirectie is gebleken dat intrekking van de beleidsregel op korte termijn – om uiteenlopende redenen – niet haalbaar is en dat de wijze van financiering inmiddels een gangbare praktijk is geworden. Dit punt is daarom niet een aandachtspunt voor de vaststelling van onderhavige beleidsregel, wel voor de toekomstige: aandachtspunt voor de toezicht- en handhaafbaarheid is voor de toekomst niettemin om de beleidsregel – nu deze niet handhaafbaar is – in te trekken. Daarnaast zal uiteraard moeten worden voorzien in een alternatieve vorm van financiering, bijvoorbeeld door een overeenkomst tussen ZN/zorgverzekeraars en de netwerken; of een subsidie (van VWS) aan de netwerken. In de tussentijd (zolang de beleidsregel blijft bestaan) zou de naleving van de tarieven kunnen worden gecontroleerd door ZN. Aandachtspunt voor de NZa is daarbij om zeker te stellen dat ZN als financier voldoende inspanningen verricht en passende maatregelen heeft getroffen om de besteding van de gelden te controleren. De NZa kan overigens richting ZN ook geen bindende aanwijzing of andere maatregelen treffen maar zou dan moeten sturen middels informeel overleg ed. ☐ Nee, toelichting Klik hier als u tekst wilt invoeren. ☐ N.v.t.
Heeft het onderwerp gevolgen op het vlak van informatiebeveiliging, verwerking van persoonsgegevens/data, document-/kennismanagement, ICT of voor (samenwerking met) informatiepartners?	☐ Ja, toelichting Klik hier als u tekst wilt invoeren. ☒ Nee, toelichting gaat slechts over uitbreiding van de reikwijdte van reeds geldende regelgeving. Is (via de liaison voor jouw directie) over de uitvoeringsconsequenties van deze punten afgestemd met de directie I&B? ☐ Ja, toelichting Klik hier als u tekst wilt invoeren. ☒ Nee, toelichting gaat slechts over uitbreiding van de reikwijdte van reeds geldende regelgeving
Heeft het onderwerp (mogelijk) gevolgen voor andere onderdelen of disciplines binnen de NZa? Zo ja, wat was hun reactie en wat is daarmee gedaan?	Het onderwerp raakt aan het thema 'netwerken' dat vanuit de innovatie agenda NZa momenteel wordt opgestart. Projectleden uit het project regulering paramedische zorg zijn ook aangesloten bij de uitwerking van dit thema. Bovendien zijn we binnen de eerstelijnszorg bezig met een traject waarin we uitwerken hoe we samenwerking, coördinatie en dergelijke ondersteuningsstructuren willen bekostigen.

III. RANDVOORWAARDEN	
Advies vaste adviescommissie of opvatting stakeholders	Het verzoek is ingediend door Ergotherapie Nederland mede namens Zorgverzekeraars Nederland waarmee door constructief overleg overeenstemming is bereikt om deze aanvraag gezamenlijk te doen.
Opvatting VWS	VWS is geïnformeerd over het verzoek voor uitbreiding van de

	reikwijdte. VWS heeft navraag gedaan bij ZN of zij akkoord zijn met de toevoeging van ergotherapie aan de reikwijdte. ZN heeft aangegeven geen bezwaar te hebben. VWS heeft deze reactie van ZN aan ons doorgegeven met de vraag of wij verder kunnen met het verzoek.
Is onderwerp onderdeel van het werkprogramma en begroting?	☒ Ja, projectnummer in werkprogramma: 17-PC-13 ☐ Nee, toelichting financiële / personele consequenties Klik hier als u tekst wilt invoeren. ☐ N.v.t.
Heeft onderwerp effect op Budgettair Kader Zorg (BKZ)?	☐ Ja, indicatie omvang € Klik hier. ☐ Zo ja, is effect BKZ afgestemd met VWS? ☐ Ja, met wie Klik hier. ☐ Nee, toelichting Klik. ☒ Nee ☐ N.v.t.
Advies unit Communicatie	Afgestemd met [REDACTED]. Advies is om hierover te communiceren als de beleidsregel inderdaad gewijzigd wordt. Dit kan via een dossierbericht.
Advies medewerker unit S&B voor betrokkenheid OR	nvt

Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling

Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef en onder 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.

Kenmerk
BR/REG-18157

Ingevolge artikel 52, aanhef en onderdeel e, Wmg, worden tarieven en prestatiebeschrijvingen die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien ambtshalve door de NZa vastgesteld.

1. Doel van de beleidsregel

De beleidsregel heeft als doel een instrumentarium te bieden waarmee de macro beschikbare premiemiddelen voor regionale ondersteuning van de eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling kunnen worden toegekend. Met de inzet van deze middelen wordt beoogd de eerstelijnszorg te versterken, onder andere door multidisciplinaire samenwerking binnen de totale eerstelijnszorg te stimuleren. Het gaat hierbij om multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, verloskundigen, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, zorgaanbieders die Basis GGZ leveren, diëtisten en apothekers

Zorgverzekeraars dragen de modulebedragen af aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN), die op haar beurt op basis van het aantal inwoners per regio een herverdeling van deze gelden maakt.

2. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) die wordt geleverd door eerstelijns zorgaanbieders die:

- geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen en verloskundigen die bieden;
- geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) leveren, niet zijnde gespecialiseerde GGZ (Basis GGZ);
- paramedische zorg leveren zoals ergotherapeuten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en diëtisten die bieden;
- farmaceutische zorg leveren zoals apotheekhoudende die bieden.

Voor zover geen sprake is van zorg als omschreven in de vorige zin, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen¹ of werkzaamheden² op het terrein van:

- de geneeskundige zorg zoals huisartsen en verloskundigen die bieden;
 - de Basis GGZ;
 - de paramedische zorg zoals ergotherapeuten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en diëtisten die bieden;
 - de farmaceutische zorg zoals apotheekhoudende die bieden.
- geleverd door of onder verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3, dan wel 34, van de Wet BIG.

¹ Het betreft hier de handelingen bedoeld in artikel 1, sub b, nr. 2°, van de Wmg.

² Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, aanhef, en sub c, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg.

3. Tarief- en prestatiebeschrijvingen

Kenmerk
BR/REG-18157

Pagina
2 van 3

Ten behoeve van de ondersteuning aan individuele hulpverleners kan per verzekerde een bedrag in rekening worden gebracht voor de regionale ondersteuning en/of kwaliteitsontwikkeling. Het betreft hier maximumtarieven.

3.1

Het maximumtarief voor de module regionale ondersteuning bedraagt op definitief niveau 2015 maximaal € 1,50 per verzekerde.

3.2

Het maximumtarief voor de module kwaliteitsontwikkeling (NHG) bedraagt op definitief niveau 2015 maximaal € 0,12 per verzekerde.

3.3

Het maximumtarief voor de module kwaliteitsontwikkeling (KNOV) bedraagt op definitief niveau 2015 maximaal € 0,12 per verzekerde.

3.4

De tarieven worden jaarlijks geïndexeerd. Het indexpercentage is daarbij een gewogen gemiddelde van 0,8 maal het mutatiepercentage van de 'personeelskosten' plus 0,2 maal het mutatiepercentage van de 'overige kosten'.

De tarieven voor jaar t worden volgens de volgende formule berekend:

Tarief jaar t = (tarief jaar t-1) * (1 + (0,8 * indexatie voor 'personeelskosten (OVA)' + 0,2 * indexatie 'overige kosten (CEP)')).

4. Intrekking oude beleidsregel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel 'Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling', met kenmerk BR/CU-7145, ingetrokken.

5. Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

De beleidsregel 'Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling', met kenmerk BR/CU-7145, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold.

Inwerkingtreding / Bekendmaking

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang op 1 januari 2018. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wmg zal van de vaststelling van deze beleidsregel mededeling worden gedaan in de Staatcourant.

Citeertitel

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als: Beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling.

Toelichting

Kenmerk
BR/REG-18157

Pagina
3 van 3

Een module kan alleen in rekening worden gebracht als voor deze module een overeenkomst is gesloten met de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar ziet met andere woorden toe op een juiste toekenning van de macro beschikbare premiegelden.

De reikwijdte van deze beleidsregel is uitgebreid met zorg en handelingen of werkzaamheden die ergotherapeuten bieden. In de reikwijdte is opgenomen voor welke zorg gebruik kan worden gemaakt van de regionale ondersteuning. Daarin zijn verschillende paramedische zorgaanbieders opgenomen. Tot voorkort ontbrak ergotherapeutische zorg in de reikwijdte gezien de NZa geen bevoegdheden had voor het reguleren van extramurale ergotherapeutische zorg. Per 1 januari 2017 is daar verandering in gekomen en reguleert de NZa ook deze ergotherapeutische zorg. Ergotherapie is toegevoegd aan de reikwijdte van deze beleidsregel.

Omdat de looptijd van twee jaar van de module kwaliteitsontwikkeling en ondersteuningsstructuur Parkinson is afgelopen, is deze module niet langer opgenomen in de beleidsregel.

Van: [REDACTED]
Verzonden: donderdag 7 maart 2019 08:31
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RE: vraag inzake inzet ros middelen

Beste [REDACTED]

Zoals je zelf ook al gezien hebt staat in de doelbeschrijving van de beleidsregel dat de beleidsregel een instrumentarium biedt waarmee de macro beschikbare premiemiddelen voor regionale ondersteuning van de eerstelijnszorg kunnen worden toegekend. Met de inzet van deze middelen wordt beoogd de eerstelijnszorg te versterken, onder andere door multidisciplinaire samenwerking binnen de totale eerstelijnszorg te stimuleren. Het gaat hierbij om multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, verloskundigen, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, zorgaanbieders die Basis GGZ leveren, diëtisten en apothekers.

De ROS'en hebben hiermee regionaal de taak om de implementatie van vernieuwingen te ondersteunen, de eerste lijn te versterken en innovatie te stimuleren. Dit betekent dat de middelen niet bedoeld zijn voor het uitvoeren van activiteiten voor ziekenhuizen an sich. Maar het versterken van de eerste lijn zal denk ik wel breed geïnterpreteerd worden om bijvoorbeeld de juiste zorg op de juiste plek te krijgen en/of substitutie vanuit de 2^e lijn te stimuleren. Hierbij is samenwerking met onder meer het ziekenhuis gewenst. Ik neem aan dat de zorgverzekeraars hierin ook een stem hebben bij de besteding van de premiemiddelen.

Met vriendelijke groeten



[REDACTED]
Beleidsmedewerker
directie Regulering /unit Eerstelijnszorg

Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
T: [REDACTED] | W: www.nza.nl

Van: [REDACTED]
Verzonden: woensdag 6 maart 2019 16:12
Aan: [REDACTED]
CC: [REDACTED]
Onderwerp: vraag inzake inzet ros middelen

Beste [REDACTED]

Ik krijg vragen van leden waar ik eigenlijk niet goed antwoord op heb dus graag je aandacht voor het volgende.

Hebben jullie een beeld óf de Regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en) met de ROS-gelden activiteiten mogen uitvoeren voor ziekenhuizen?

Ik denk dan bijvoorbeeld aan activiteiten op gebied van JZOJP. Ik heb de ROS-beleidsregel er nog eens bij gepakt en daarin staan verschillende eerste lijns zorgaanbieders vermeld (huisartsen, verloskunde, paramedie etc). Allen eerste lijn en geen 2^e lijn. Maar misschien zie ik iets over het hoofd.

Ik ben ook benieuwd of jullie hier wel eens naar kijken bijv in het kader van vragen uit het veld of handhaving?

Mogelijk dat jij hier iets over kunt melden.

Dank alvast voor je reactie.

Met vriendelijke groet



De verzuurde informatie is alleen bedoeld voor de persoon of instelling aan wie ze geadresseerd is en kan vertrouwelijke en/of geheime gegevens bevatten. Elke herziening, verspreiding of ander gebruik van deze informatie is niet toegestaan zonder voorafgaande toestemming van de afzender. Indien u deze informatie per ongeluk hebt ontvangen wordt u verzocht contact op te nemen met de afzender en de informatie te verwijderen uit uw computer.