

LHV ZN NVD
NMT Actiz NFU
ANT VvOCM ZKN
KNOV KNGF SAN
LVG Orde NVZ
KNMP NVLF GGZ-Nederland
ASKA NVVP NDF

Behandeld door
drs. L.M. Rooseboom

Telefoonnummer
030 296 81 37

E-mailadres
mrooseboom@nza.nl

Kenmerk
MROM/escs/CV/07/041

Onderwerp
Circulaire geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie

Datum
6 februari 2007

Geachte heer/mevrouw,

Hierbij wil ik u informeren over de toepassing van de beleidsregel 'geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie' CV-7000-2.0.-1 en de regeling 'administratie en declaratievoorschriften geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie' CV/NR-100.062 die in december 2006 zijn vastgesteld.

De reacties die tijdens de schriftelijke consultatieronde van de brancheorganisaties van december jl. op eerdere concepten zijn ontvangen, zijn in de verdere uitwerking van de regels door de NZa meegenomen.

De brancheorganisaties die in het korte tijdsbestek dat beschikbaar was een reactie hebben gegeven wil de NZa hartelijk bedanken voor hun input.

Leeswijzer

De circulaire is omvangrijk. Zowel een algemene toelichting als toelichtingen per onderdeel van de beleidsregel komen aan de orde. Hierdoor wordt het voor u als lezer enerzijds mogelijk na te gaan welke bedoelingen de beleidsregel heeft, anderzijds kunt u ook per onderdeel van de beleidsregel uitleg opzoeken. Hieronder volgt de indeling van de beleidsregel, zodat u meer gericht de circulaire kan doornemen.

De circulaire is ingedeeld conform de indeling van de beleidsregel:

- Het eerste deel bevat een algemene toelichting over de functie van samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie in de zorg én een toelichting per voorwaarde die voor zowel het in rekening brengen van geïntegreerde eerstelijnszorg als innovatie geldt (d.i. paragraaf 1 en 2 van de beleidsregel).
- Het volgende deel betreft een toelichting voor de specifieke voorwaarden voor geïntegreerde eerstelijnszorg (conform paragraaf 3 van de beleidsregel).

Daarnaast komen met de geïntegreerde eerstelijnszorg samenhangende aandachtspunten aan de orde: een nieuwe bekostigingssystematiek in 2009 en de overlap met de module Modernisering & Innovatie (M&I).

- Het derde deel betreft een toelichting voor de specifieke voorwaarden voor innovatie (conform paragraaf 4 van de beleidsregel). Daarnaast komen met innovatie samenhangende aandachtspunten aan de orde: vervolg na drie jaar experimenteren, evaluatie door de NZa en afronding Regeling Initiatiefruimte Ziekenfondswet (RIZ).

Kenmerk

MROM/escs/CV/07/041

Pagina

2 van 2

De circulaire gaat na het bespreken van de beleidsregel in op ketenzorg diabetes en de Regeling 'administratie en declaratievoorschriften geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie'.

Voor ketenzorg diabetes wordt aangegeven dat deze nieuwe prestaties ondergebracht kunnen worden in de prestatie 'innovatie'. Daarnaast wordt aangegeven hoe de NZa aankijkt tegen onrechtmatige declaraties voor ketenzorg diabetes.

De toelichting bij de regeling gaat in op het belang van administratie- en declaratievoorschriften.

Tot slot stelt de NZa de Mededingingswet aan de orde en informeert de NZa de marktpartijen over een tussenevaluatie van de beleidsregel die eind maart zal plaatsvinden.

Bijlagen en FAQ

In [bijlage 1](#) en [2](#) zijn de betreffende beleidsregel en Regeling bijgesloten. Verder zal de NZa veelgevraagd vragen (FAQ) op de NZa-site (www.NZa.nl) zetten. De antwoorden die bij deze vragen staan vermeld zijn de antwoorden die overeenkomstig de beleidsregel gelden.

Beleidsregel geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie*Algemene toelichting*

Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie in de zorg zijn twee belangrijke peilers in het zorgbeleid waarmee verwacht wordt dat de prijs/kwaliteitsverhouding in de zorg gaat verbeteren. Hierbij valt onder meer te denken aan meer patiëntgerichte zorglevering en efficiëntere zorglevering door een andere manier van organisatie en door substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg.

In samenhang met het bijzondere feit dat zowel de prestatiebeschrijvingen voor geïntegreerde eerstelijnszorg als de prestatiebeschrijvingen bij innovatie nog uitgewerkt moeten worden, is een beleidsregel opgesteld waarbij de concrete beschrijving van de prestatie(s) worden overgelaten aan de marktpartijen. Er is voor beide onderdelen een kader vastgesteld waarbinnen marktpartijen zorgprestaties/producten zelf verder moeten uitwerken en/of beschrijven.

De keuze voor één beleidsregel is verder gelegen in het feit dat de reikwijdte van de zorg in beide gevallen breed is ingestoken en het om vrije tarieven gaat.

*Toelichting per onderdeel***Kenmerk**

MROM/escs/CV/07/041

Pagina

3 van 3

1.c en d In deze twee paragrafen staan termijnen vermeld over de geldigheidsduur van de beleidsregel. De modules geïntegreerde eerstelijnszorg zullen tot 1 januari 2009 gedeclareerd kunnen worden. Vanaf 2009 zal vervolgens een nieuw bekostigingssysteem geïntroduceerd worden.

De prestatie innovatie zal in beginsel tot 1 januari 2012 gedeclareerd kunnen worden. Afhankelijk van de evaluatie van de beleidsregel zal de NZa nagaan of de beleidsregel voor de prestatie innovatie verlengd wordt.

2.1 De beleidsregel levert drie beschikkingen op om middels vrije tarieven nieuwe prestaties (dit zijn outputgericht en zorggerichte prestaties die nog niet zijn opgenomen in beleidsregels van de NZa) te declareren:

- module geïntegreerde eerstelijnszorg voor samenwerkingsverbanden die een rechtspersoonlijkheid bezitten,
- module geïntegreerde eerstelijnszorg voor samenwerkingsverbanden die geen rechtspersoonlijkheid bezitten en
- innovatie

De twee modules kunnen door samenwerkingsverbanden gedeclareerd worden wanneer samenwerken bij zorgverlening een cruciale rol speelt en daarmee een toegevoegde waarde heeft voor de zorgverlening aan de patiënt.

De prestatie innovatie kan gedeclareerd worden als marktpartijen willen experimenteren met innovatie(s) in de zorg ten behoeve van meer patiëntgerichte en efficiënte zorglevering.

In alle drie de gevallen dienen de marktpartijen de genoemde voorwaarden in de beschikkingen op te volgen.

2.2 Indien er al specifieke beleidsregels bestaan voor een prestatie van geïntegreerde eerstelijnszorg of voor innovatiemogelijkheden dan kan de beleidsregel 'geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie' niet in rekening worden gebracht. In deze situatie geldt de meer specifieke beleidsregel. Een voorbeeld hiervan is de module Modernisering en Innovatie in geval er sprake is van innovatie in de huisartsenzorg en/of samenwerking tussen huisartsen onderling.

Een bijzonder geval is de beleidsregel 'lokaal productiegebonden toeslag (LPT)¹ die geldt voor verschillende instellingen². De LPT en de prestatie 'innovatie' worden als het ware samengebracht: de prestatie 'innovatie' kan door een ziekenhuis (of andere instelling waarvoor de LPT geldt) in rekening worden gebracht zolang de financiële ruimte zoals voorgeschreven in de LPT-beleidsregel niet wordt overschreden

¹ Dit is een beleidsregel die het mogelijk maakt om een toeslag op het budget overeen te komen. Deze toeslag is de Lokaal productiegebonden toeslag genoemd en kan worden aangewend voor de financiering van activiteiten en projecten waarvoor geen dekking wordt verkregen via parameters van het FB-budget.

² Dit zijn de instellingen: algemene ziekenhuizen, epilepsie-instellingen, dialysecentra, radiotherapeutische centra, revalidatiecentra en zelfstandige behandelcentra.

(dit is maximaal 5% van het variabel FB-budget). Dit levert de volgende mogelijkheden:

- als een ziekenhuis (of andere instelling waarvoor de LPT geldt), hoofddeclarant is en wil innoveren in de zorg, dan kan deze gebruik maken van de prestatie innovatie zolang de bedragen die hiermee gepaard gaan het maximum van 5% van het productiegebonden deel van het FB-budget inclusief eerstelijns ultimo (t) niet overschrijden.

Kenmerk

MROM/escs/CV/07/041

Pagina

4 van 4

Een voordeel voor het ziekenhuis kan zijn dat deze met één specifieke zorgverzekeraar afspraken kan maken en een apart, tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar overeengekomen, nieuwe prestatiebeschrijving én tarief kan declareren bij deze zorgverzekeraar (de financiering vindt dan dus niet plaats via het verrekenpercentage in het budget).

Om de prestatie 'innovatie' in rekening te brengen gelden voor ziekenhuizen alle voorwaarden zoals in de beleidsregel voor de prestatie 'innovatie' opgenomen. Ook moeten ziekenhuizen de administratie en declaratievoorschriften opvolgen zoals neergelegd in de Regeling 'administratie en declaratievoorschriften geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie'.

- Als een zorgaanbieder in de eerstelijnszorg, bijvoorbeeld een huisarts, hoofddeclarant is en een ziekenhuis één van de onderaannemers is en een onderdeel van de zorg aan de patiënt levert, dan is dit mogelijk binnen de prestatie 'innovatie' en moet het ziekenhuis dit beschouwen en verantwoorden als eerstelijnsproductie.

2.3 Er geldt een vrij tarief voor de twee modules geïntegreerde eerstelijnszorg én voor de prestatie innovatie. In het geval een zorgproduct een onderverdeling kent in de uitbetaling voor de daaronder vallende geleverde deelprestaties aan verschillende zorgaanbieders, gelden ook vrije tarieven. Indien een samenwerkingsverband werkt met zorgaanbieders die in loondienst zijn, dan is deze onderverdeling vanzelfsprekend niet van toepassing.

2.4 Voor zowel de modules geïntegreerde eerstelijnszorg als de prestatie innovatie geldt dat deze in rekening gebracht mogen worden als ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders een rechtsgeldige overeenkomst hebben afgesloten. Een rechtsgeldige overeenkomst is een overeenkomst waarbij beide partijen onder (schriftelijke) afspraken over de te leveren zorg, over de aspecten die vermeld zijn in paragraaf 2.4 van de beleidsregel en over mogelijk andere afspraken een handtekening hebben gezet.

Het belang van deze voorwaarde is gelegen in de noodzaak dat elke zorgverzekeraar ten behoeven van zijn verzekerden eigen keuzes maakt en scherp inkoopt waardoor de zorgaanbieder geprikkeld wordt goed over zijn zorgaanbod na te denken.

Dit is het fundamentele gedachtegoed dat ten grondslag ligt aan de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)³.

Kenmerk

MROM/escs/CV/07/041

Pagina

5 van 5

Indien voor het contracteren van een innovatief project verschillende contracten nodig zijn (in verband met meerdere contractanten en verschillende afspraken), dienen deze contracten allen opgestuurd te worden.

De punten a t/m h bij 2.4 moeten in de overeenkomst worden opgenomen. Als een of enkele van de punten niet aan de orde zijn dan kan in de overeenkomst vermeld worden dat hiervan geen sprake is. Hierbij kunt u gebruik maken van een format (zie www.NZa.nl). Hieronder volgt uitleg bij enkele van deze punten.

In paragraaf 2.4.a wordt er gevraagd naar een concrete, eenduidige omschrijving van gecontracteerde zorgprestaties of zorgproducten. De NZa wil inzicht hebben in de zorg die door marktpartijen geleverd en/of ontwikkeld gaat worden én waarbij samenwerking en/of innovatie centraal staan.

Op basis van de Wmg is een prestatie gedefinieerd als 'de levering van zorg door een zorgaanbieder'. Deze definitie kan suggereren dat het een enkele activiteit of verrichting van een zorgaanbieder betreft. Daarom spreekt de beleidsregel ook over zorgproducten. Het begrip zorgproduct focust zich meer op de behoefte van een consument. In de zorg is dit de patiënt die lijdt aan een bepaalde aandoening. Vanuit dit perspectief is een enkele activiteit of verrichting van een enkele zorgaanbieder meestal niet voldoende om aan de behoefte van de patiënt te voldoen. Een zorgproduct zal veelal uit meer verrichtingen en activiteiten - door een of meerdere zorgverleners uitgevoerd - bestaan waarbij de organisatie en de coördinatie in de samenhang van die zorg van belang is.

Het begrip zorgproduct sluit vanuit deze betekenis meer aan 1) bij de ontwikkelingen in de praktijk waarbij de zorg steeds meer rondom het zorgproces van de patiënt verleend wordt, zoals de ketenzorgproducten diabetes en COPD en 2) bij het doel meer efficiëntie in de zorgverlening en -organisatie te bereiken.

De twee pijlers 'samenwerking' en 'innovatie' in de zorg staan hierbij meestal centraal. Immers om patiëntgericht en efficiënte zorg te kunnen leveren, is samenwerking van (multidisciplinaire) zorgaanbieders noodzakelijk en dienen zowel proces- (vernieuwing in de wijze van dienstverlening en/of organisatie/infrastructuur) als productinnovaties te worden doorgevoerd.

De NZa richt zich daarom op de betekenis die is beschreven bij het begrip product. De NZa vraagt van marktpartijen dat zij duidelijk omschrijven welke zorg zij gaan leveren en/of ontwikkelen. Hierbij moet duidelijk worden aangegeven wat eronder valt, voor wie de zorg is en wat het begin en einde is van het zorgproces voor de patiënt.

³ De NZa onderkent de risico's die mogelijk in de uitvoering kunnen ontstaan, zoals vergroting van de administratieve lasten bij zorgaanbieders die hun administratie moeten uitbreiden en het free-riders probleem waarbij verzekerden gebruik maken van een zorgproduct zonder ervoor te betalen. In het monitoronderzoek zal de NZa onderzoeken in welke mate deze risico's in de praktijk tot problemen leiden (zie toelichting administratievoorschriften).

Indien bij geïntegreerde eerstelijnszorg twee of meer zorgproducten zoals huisartsenzorg en fysiotherapeutische zorg in samenwerking worden geleverd, dient dit als één gecontracteerd zorgproduct meegenomen te worden bij de 'concrete, eenduidige omschrijving van het gecontracteerde zorgproduct'.

Kenmerk

MROM/escs/CV/07/041

Pagina

6 van 6

In deze gevallen is het belangrijk dat de specifieke situatie van de patiënt wordt meegenomen. Hierbij is het niet de bedoeling dit voor elk individueel geval uit te werken, maar bijvoorbeeld met categorieën te werken waarbij per categorie zorg(verlening) dezelfde kenmerken en eigenschappen worden onderverdeeld.

In paragraaf 2.4.c wordt naar de manier van innoveren gevraagd. Het kan gaan om verandering of vernieuwing:

- van vormen van zorg,
- van combinaties van vormen van zorg,
- in de organisatie en infrastructuur van de zorglevering en/of
- in de methoden en technieken van zorglevering

In deze gevallen dienen marktpartijen dit aan te geven en kort toe te lichten in de overeenkomst. Indien er geen sprake is van innovatie, dient dit te worden aangegeven.

Let op, het gaat hier niet alleen om de juridische waarde van innovatie zoals deze is verwoord bij de prestatie 'innovatie'. Innovatie kan ook buiten deze prestatie geïnterpreteerd worden op basis van de omschrijving in deze alinea (dit zelfde geldt overigens voor het begrip experimenteren).

In paragraaf 2.4.d wordt voor verwachtingen en doelen inzicht gevraagd op basis van meetbare indicatoren. Dit betekent dat de NZa op basis van duidelijke normen en criteria inzicht wil krijgen in de te bereiken zorgresultaten bij innovatie en integratie van eerstelijnszorg door samenwerking.

In 2.4.e wordt gevraagd om een smart business case of plan van aanpak. Smart staat voor:

- **Specifiek:** eenduidige omschrijvingen
- **Meetbaar:** normen en criteria die aangeven wanneer het doel is bereikt
- **Acceptabel:** mate van acceptatie door doelgroep en/of management van de zorgorganisatie
- **Realistisch:** haalbaarheid
- **Tijdgebonden:** wanneer (in de tijd) moet het doel bereikt zijn

Een business case of plan van aanpak is een document waarin alles staat beschreven om goed uitvoering te geven aan een experiment/project inclusief de planning van het experiment.

In paragraaf 2.4.f wordt om contactgegevens gevraagd. Dit zijn de volgende gegevens: bedrijfsnaam, soort bedrijf, adresgegevens, contactpersoon inzake de modules geïntegreerde eerstelijnszorg en/of de prestatie innovatie van het bedrijf, de telefoonnummer en het emailadres van die contactpersoon.

In paragraaf 2.4.g is aangegeven dat indien van toepassing ook deeltarieven in de overeenkomst moeten worden opgenomen. Deze verplichting is alleen van toepassing als zorgverzekeraar en zorgaanbieder hierover afspraken hebben gemaakt.

Indien de hoogte van de deeltarieven wordt overgelaten aan de zorgaanbieder, hoeven deeltarieven niet in de overeenkomst te worden opgenomen.

Kenmerk

MROM/escs/CV/07/041

Pagina

7 van 7

Modules geïntegreerde eerstelijnszorg

Toelichting per onderdeel

3.1+ 3.2 Ter bevordering van structurele multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijnszorg door middel van een samenwerkingsverband zijn er twee modules opgesteld. De ene module kan alleen door een samenwerkingsverband met een rechts-persoonlijkheid gedeclareerd worden. Dit is een samenwerkingsverband dat door zich te organiseren in één rechtspersoon als één entiteit optreedt in het rechtsverkeer.

De andere module kan alleen gedeclareerd worden door een samenwerkingsverband zonder rechtspersoonlijkheid. Hierbij kiezen zorgaanbieders voor een andere juridische vorm dan een rechtspersoon om het samenwerkingsverband structureel vorm te geven.

Deze beide mogelijkheden acht de NZa belangrijk, mede aangezien verschillende vormen van verbanden goede zorg kunnen leveren en mede om de verdere totstandkoming van samenwerkingsverbanden niet te bemoeilijken door de rechtspersoonlijkheid als absolute eis op te nemen (voorkomen van toetredingsdrempels).

Zorgverzekeraars kunnen zelf afwegen met welke samenwerkingsverbanden zij afspraken willen maken.

Voor het begrip samenwerkingsverband is in de beleidsregel een definitie opgenomen (paragraaf 3.1):

een samenwerkingverband is een organisatorisch verband, waarbinnen een aantal beroepsbeoefenaren uit de eerstelijnsgezondheidszorg structureel met elkaar samenwerkt en een geïntegreerd op elkaar afgestemd doelmatig zorgaanbod doet, waarbij die samenwerking in ieder geval bestaat uit samenwerking tussen een zorgaanbieder die huisartsenzorg verleent of kan verlenen met een of meer zorgaanbieders die andere zorg verlenen of kunnen verlenen.

Belangrijke kenmerken in deze definitie zijn:

- Beroepsbeoefenaren uit de eerstelijnsgezondheidszorg: dit zijn zorgaanbieders die in de eerstelijnszorg werkzaam zijn. Bekende voorbeelden zijn huisartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen en apothekers. Medisch specialisten/ziekenhuizen zijn geen eerstelijnszorgberoepsbeoefenaren. Deze kunnen echter wel onderdeel uitmaken van een samenwerkingsverband wanneer zij in samenwerking met eerstelijnsberoepsbeoefenaren geïntegreerde eerstelijnszorg leveren. Wel dient het samenwerkingsverband volledig te voldoen aan de definitie die is opgenomen in de beleidsregel en hiermee tenminste te bestaan uit een zorgaanbieder die huisartsenzorg verleent in samenwerking met een of meer andere eerstelijnsberoepsbeoefenaren.
- Geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg: dit betreft multidisciplinaire eerstelijnszorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende discipline achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de consument te leveren.

- Eerstelijnszorg: dit kenmerkt zich in het bijzonder door een generalistische zorgverlening, laagdrempelige toegang, zorg in de buurt, gericht op de mens in zijn omgeving, het ambulante karakter en gericht op coördinatie en continuïteit. Eerstelijnszorg wordt in de directe omgeving van de consument gegeven
- Structureel: dit betekent dat het verband een voortdurende en goed georganiseerde samenhang kent tussen de samenwerkende zorgaanbieders ten behoeve van de zorg(levering).
- Doelmatig zorgaanbod: een efficiënt en effectief zorgaanbod
- Huisarts is centrale discipline: in het samenwerkingsverband moet tenminste een zorgaanbieder aanwezig zijn die huisartsenzorg levert. Dit is ten eerste van belang omdat de bekostiging is gekoppeld aan het inschrijvingstarief van huisartsenzorg. Ten tweede is de aanwezigheid van een zorgaanbieder die huisartsenzorg verleent van belang, omdat geïntegreerde eerstelijnszorg als zorg wordt gezien zoals die door huisartsen pleegt te geschieden. Hiermee komt de spilfunctie van de huisarts in de eerstelijnszorg naar voren.

Kenmerk

MROM/escs/CV/07/041

Pagina

8 van 8

Met de modules kunnen samenwerkingskosten gedeclareerd worden. Het gaat hier enerzijds om kosten van daadwerkelijke samenwerkingsactiviteiten⁴, en anderzijds om kosten van de regiefunctie⁵ die bij structurele multidisciplinaire samenwerking gewenst is om de verschillende vormen van zorg goed rondom de patiënt te coördineren. Kosten die gemaakt worden om de infrastructuur⁶ in het samenwerkingsverband voor samenwerkingsactiviteiten en de regie te regelen kunnen in de kostenopbouw van de module worden meegenomen.

3.3 Het tarief is gekoppeld aan het inschrijftarief voor zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen. Dit betekent dat per verzekerde die is ingeschreven bij de huisarts(en) van het samenwerkingsverband een moduletariaf wordt gedeclareerd. Dit betekent niet dat de huisarts noodzakelijkerwijs de declarant is. De declarant is het samenwerkingsverband of de hoofddeclarant die voor het samenwerkingsverband optreedt.

3.4 Het gaat erom dat de samenwerking er specifiek op gericht is bestaande of nieuwe zorgprestaties/producten meer in samenhang te leveren zodat de patiënt effectievere en efficiëntere zorg ontvangt. Samenwerking vindt in dit geval vooral plaats tussen verschillende zorgdisciplines en kan betrekking hebben op een patiënt met meerdere aandoeningen.

Op basis van de Wmg staat bij de bekostiging van zorg de output centraal. Dit betekent dat de bekostiging gerelateerd is aan de geleverde zorg.

Samenwerking tussen multidisciplinaire zorgaanbieders is geen outputgerichte zorgprestatie.

⁴ Bijvoorbeeld overleg tussen zorgverleners en overdracht van patiëntinformatie tussen betrokken zorgverleners.

⁵ Coördinatie van samenhangende zorgverrichtingen verricht door multidisciplinaire zorgaanbieders.

⁶ Dit is een geheel van voorzieningen die nodig zijn om zorg te verlenen zoals administratie, ICT.

Het is een onderdeel bij het leveren van een zorgpallet aan een patiënt waarbij de samenwerking tussen zorgaanbieders ertoe leidt dat de zorgverlening effectiever en efficiënter wordt uitgevoerd. Het gaat er dus om dat de samenwerking er specifiek op is gericht bestaande of nieuwe zorgprestaties meer in samenhang en/of geïntegreerde eerstelijnszorgproducten te leveren.

Kenmerk

MROM/escs/CV/07/041

Pagina

9 van 9

De modules mogen daarom alleen in rekening worden gebracht als er concrete afspraken zijn gemaakt over de samenhang van een combinatie van te leveren reguliere zorgprestaties en/of geïntegreerde eerstelijnszorgproducten met de module geïntegreerde eerstelijnszorg.

De modules geïntegreerde eerstelijnszorg kunnen dus niet op zichzelf in rekening gebracht worden, maar zijn altijd verbonden met het in rekening brengen van andere tarieven. Een voorbeeld is de Big Move⁷ waarbij een huisarts en fysiotherapeut samenwerken en waar zowel een huisartsenconsult als een fysiotherapeutisch verrichting wordt gedeclareerd. Een ander voorbeeld is ketenzorg diabetes waarbij verschillende zorgvormen rondom een patiënt door verschillende zorgaanbieders wordt geleverd.

Om de samenwerking daadwerkelijk ten dienste te laten staan aan meer samenhang in de zorglevering is in de beleidsregel de voorwaarde gesteld dat de modules uitsluitend in rekening gebracht kunnen worden indien in de overeenkomst tussen ziektekostenverzekeraar en samenwerkingsverband afspraken zijn gemaakt over de samenhang van de module geïntegreerde eerstelijnszorg met het leveren van andere zorgprestaties/producten (paragraaf 3.4). De zorgproducten en/of de combinatie van zorgprestaties waar samenwerking bij hoort dienen dus in de overeenkomst te worden beschreven.

Bovendien moeten de extra kosten die gepaard gaan met het financieren van samenwerking een toegevoegde waarde in de zorg opleveren. In de beleidsregel is daarom opgenomen dat samenwerking dient te leiden tot efficiëntie en/of kwaliteitsverbeteringen in de zorg.

Zorgaanbieders kunnen voor het uitwerken van hun geïntegreerde zorgproducten gebruik maken van het zorgaanbodplan. In het zorgaanbodplan kunnen organisaties namelijk informatie over geïntegreerde zorgproducten vastleggen. Hiermee kan de (verdere) ontwikkeling van geïntegreerde zorgproducten, zoals zorgprogramma's voor ketenzorg diabetes, COPD, ed., gestructureerd en concreet uitgewerkt worden en gecommuniceerd worden aan zorgverzekeraars.

Duur van twee jaar

De modules kunnen tot 1 januari 2009 gedeclareerd worden. Per 1 januari 2009 zal een nieuw bekostigingsstelsel voor geïntegreerde eerstelijnszorg in werking treden. Dit stelsel zal in 2007 en 2008 ontwikkeld worden.

Om tot een nieuw bekostigingsstelsel te komen zijn in de 'Regeling administratie en declaratievoorschriften geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie' registratievoorschriften voor zorgaanbieders voorgeschreven.

⁷ gezondheidsbevordering van patiënten met veelal sociaal-economische lagere status die kampen met klachten zoals overgewicht, suikerziekte, stress en hart- en vaatziekten door een bewegingsprogramma onder begeleiding van een huisarts en fysiotherapeut

De gevraagde gegevens in de administratievoorschriften zijn onder meer nodig om informatie te verkrijgen voor de ontwikkeling van het nieuwe bekostigingssysteem.

Kenmerk

MROM/escs/CV/07/041

Pagina

10 van 10

Samenhang module Modernisering & Innovatie (M&I)

De modules geïntegreerde eerstelijnszorg kennen vooralsnog overlap met de module Modernisering & Innovatie (M&I) voor huisartsenzorg. Beide mogelijkheden omvatten samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines. De NZa is voornemens de module M&I te wijzigen waardoor samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines uit deze module wordt verwijderd. Marktpartijen worden daarom aangeraden voor samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines een van de modules geïntegreerde eerstelijnszorg te gebruiken. Voor samenwerking tussen huisartsen onderling moet de module M&I gebruikt worden.

Prestatie innovatie

Toelichting per onderdeel

4.1 De reikwijdte van de zorg voor de prestatie innovatie strekt zich niet uit tot de AWBZ met uitzondering van twee onderdelen:

- AWBZ-zorg dat deel uitmaakt van een keten van curatieve zorg;
- geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Dit betekent dat er niet geïnnoveerd mag worden met zorgproducten die vallen onder de AWBZ. Hierop zijn twee uitzonderingen:

- AWBZ-zorg mag wel een klein onderdeel zijn van een curatief ketenzorgproduct
- Innovaties in de GGZ zijn wel toegestaan en mogen dus wel onder de prestatie 'innovatie' gebracht worden.

Gelet op de definitie van de zorg in de Wmg vallen experimentele hulpmiddelen en experimentele medicatie niet onder de reikwijdte van de beleidsregel en daarmee niet onder de prestatie innovatie.

4.2 De prestatie innovatie kan alleen in een kortdurend kleinschalig experiment ingezet worden. De kleinschaligheid is gedefinieerd in de beleidsregel (paragraaf 4.2): kleinschaligheid is naar gelang de doelstelling beperkt tot een specifieke patiëntengroep, prestatie, een of meerdere zorgaanbieders, een of meerdere ziektekostenverzekeraars of een beperkte regio. Dit betekent dat alles wat op grond hiervan niet is uitgesloten, is toegestaan. De marktpartijen hebben hierbij dus veel ruimte.

Verder zal, indien dit noodzakelijk blijkt, een verder afbakening van kleinschaligheid werkende weg tot stand komen. Dit kunnen situaties betreffen waarbij de kleinschaligheid van een experiment te bediscussiëren is. De uitkomst van een dergelijke discussie kan dan leiden tot een nadere uitwerking van dit begrip. Dit zal echter geen effect hebben op al aangemelde projecten.

De duur van elk experiment is begrensd met maximaal 3 jaar. De aanvang van de duur start vanaf de datum van de ontvangstbevestiging. De startdatum zal op de ontvangstbevestiging vermeld worden.

Het opnemen van de voorwaarde dat experimenten niet louter tot doel hebben over te gaan op vrije tarieven houdt in dat marktpartijen het experimenteren niet mogen gebruiken om de mogelijkheid te creëren om onder vastgestelde maximum- of vaste tarieven uit te komen.

Kenmerk

MROM/escs/CV/07/041

Pagina

11 van 11

4.3 Middels kortdurend kleinschalige experimenten kunnen marktpartijen experimenteren met innovaties in de zorg. De prestatie innovatie is geen vervanging van de Regeling Initiatiefruimte Ziekenfondswet. Oude projecten die onder de Regeling Initiatiefruimte Ziekenfondswet waren opgezet, vallen dus niet een-op-een onder de prestatie innovatie. Het gaat erom dat de innovaties in de zorg tot nieuwe prestatiebeschrijvingen leiden (dit zijn zorgvormen waarvoor nog geen prestatiebeschrijvingen door de NZa zijn afgegeven). Een bekend voorbeeld is diabetes ketenzorg. Andere voorbeelden zijn:

- Big Move
- Ketenzorg COPD
- Transmurale zorg waaronder ketenzorg valt dat over de schotten van het ziekenhuis heen wordt geleverd.

Het inzetten van het ALINE-principe⁸ bij het leveren van bijvoorbeeld ketenzorgproducten is ook mogelijk. In deze situatie worden ten behoeve van een efficiëntere en kwalitatief betere levering van ketenzorg gezondheidscentra en allianties van huisartsen gebundeld door het centraal organiseren van ondersteunende diensten en praktijkondersteuning. Door deze organisatie kunnen praktijkondersteuners zorgverlening overnemen (lagere kosten) en kunnen er protocollen uitgewerkt en toegepast worden in het zorgleveringsproces (borging en verbetering kwaliteit).

De definitie van innovatie sluit op de voornoemde mogelijkheden aan (paragraaf 4.3):

Primair gaat het altijd om het ontwerpen van een nieuwe prestatiebeschrijving waarbij zorg met een betere prijs/kwaliteitsverhouding wordt geleverd. Een nieuwe prestatiebeschrijving is een beschrijving van een nieuw zorgproduct of een (combinatie van) zorgprestatie(s) ten behoeve van een af te bakenen zorgsituatie van een patiënt waarvoor de NZa in beleidsregels nog geen prestatiebeschrijving heeft gegeven. Belangrijk hierbij is dat het een zorggerichte prestatie of product moet zijn, aangezien de NZa voor zorg zoals omschreven in de Wmg tarieven en prestatiebeschrijvingen reguleert.

De keuze om innovatie hier te beperken tot nieuwe prestatiebeschrijvingen, is gelegen in de afbakening die VWS in zijn aanwijzing heeft verwoord. VWS geeft in de aanwijzing aan dat

- de aanwijzing van toepassing is op zorg waarvoor de NZa geen prestatiebeschrijving in een reguliere beleidsregel of een specifieke experimenteerregel heeft vastgesteld.
- Het gericht is op nieuwe of vernieuwde zorglevering waarbij onder nieuwe of vernieuwde zorglevering wordt begrepen een nieuwe prestatiebeschrijving van zorg of ketenzorg. Zorg waarvoor al een prestatiebeschrijving bestaat wordt geen nieuwe zorg als daarvoor een ander protocol wordt gehanteerd.

⁸ Eindrapport de Nationale Denktank 2006, kennismaken zonder kaders: een frisse blik op betere zorg voor chronische ziekten, p.43-48.

Secundair kan dit samengaan met het inzetten van nieuwe instrumenten zoals zorgtechnieken en -protocollen en met het efficiënter maken van de infrastructuur en organisatie (bijvoorbeeld het eerder besproken Aline-principe) in het zorgproces.

Kenmerk

MROM/escs/CV/07/041

Pagina

12 van 12

4.4 + 4.5 Vanwege de experimenteervorm is het nodig dat marktpartijen zich aanmelden. Het gaat om elke rechtsgeldige overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De prestatie innovatie kan pas gedeclareerd worden als er van de NZa een ontvangstbevestiging is ontvangen. De declaratietitel geldt vanaf de dagtekening die op de ontvangstbevestiging is vermeld.

De NZa zal de aanmelding niet inhoudelijk beoordelen. Er wordt alleen gekeken of de gevraagde informatie volledig is aangeleverd. De aanmelding is er dus niet voor om experimenten vooraf goed of af te keuren.

Nadat is vastgesteld dat de aanmelding de volledige informatie bevat zal de NZa de marktpartijen een ontvangstbevestiging toesturen.

De aanmelding kan zowel schriftelijk als elektronisch worden aangeleverd bij de NZa:

Schriftelijke aanmelding	Elektronische aanmelding
Nederlandse Zorgautoriteit	
T.a.v. Mirjam de Jong (aankomen innovatie)	aanmeldeninnovatie@nza.nl
Postbus 3017 3502 GA Utrecht	

De voorkeur van de NZa gaat uit naar een elektronische aanmelding.

Marktpartijen moeten ermee rekening houden dat de NZa de ontvangstbevestiging circa een week na ontvangst van de aanmelding verzendt. Maximaal zal dit drie weken duren.

Indien ziektekostenverzekeraars besluiten een experiment na een bepaalde periode (bijvoorbeeld een jaar) te evalueren om op basis daarvan te besluiten verder te experimenteren, hoeven zij het experiment niet nogmaals aan te melden.

Er is dus één aanmelding waarbij vermeld kan worden wat naar verwachting de maximale duur van het experiment is.

4.6 In paragraaf 4.6 van de beleidsregel is opgenomen dat een zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar die zich voor 28 februari 2007 aanmelden bij de NZa, een ontvangstbevestiging krijgen waarbij is aangegeven dat er als overgangstraject een declaratietitel per 1 januari 2007 bestaat.

Marktpartijen dienen bij de aanmelding duidelijk aan te geven wanneer het experiment start.

4.7 Zorgaanbieders die met meerdere zorgverzekeraars dezelfde schriftelijke afspraken zijn overeengekomen, waaronder de zogenoemde verre verzekeraars, kunnen volstaan met het opsturen van één contract met de vermelding van de contractpartners. Indien met de contractpartners dezelfde schriftelijke afspraken op een later tijdstip zijn overeengekomen volstaat in deze zin het melden van de contractpartners bij de NZa met een duidelijke verwijzing naar het betreffende contract dat eerder is toegezonden en aangemeld.

Kenmerk

MROM/escs/CV/07/041

Pagina

13 van 13

Na drie jaar

Uiterlijk na drie jaar stopt het experiment. De prestatie 'innovatie' kan dan niet meer op grond van de Wmg worden gedeclareerd. Indien de innovatie is geïmplementeerd en het experiment succesvol is afgerond, kunnen de marktpartijen voor de nieuwe zorgprestatie een aanvraag bij de NZa doen voor een tarief en een prestatiebeschrijving. Hierbij dienen partijen rekening te houden met een doorlooptijd van tenminste 3 maanden en maximaal 8 maanden voordat een tarief voor de nieuwe prestatiebeschrijving regulier gedeclareerd kan worden. In een laatste jaar van het experiment dienen marktpartijen al vroeg een aanvraag in te dienen zodat het mogelijk wordt het betreffende zorgproduct na afloop van het experiment op basis van een reguliere prestatiebeschrijving en tarief te kunnen ver/inkopen en te declareren.

Evaluatie

De NZa zal het gebruik van de prestatie innovatie en de uitkomsten hiervan evalueren. Deze beoordeling vindt plaats aan de hand van in de beleidsregel genoemde toetsingsaspecten. De beoordeling zal zich niet richten op elk afzonderlijk experiment. De start van de evaluatie is nog niet bekend. Indien marktpartijen betrokken worden, zullen deze tijdig geïnformeerd worden. Voor deze evaluatie zijn in de Regeling 'administratie en declaratievoorschriften geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie' registratievoorschriften voor zorgaanbieders voorgeschreven.

Afronding Regeling Initiatiefruimte Ziekenfondswet (RIZ)

De NZa zal in samenwerking met het CVZ de projecten die uiterlijk in het jaar 2005 zijn gestart op grond van de Regeling Initiatiefruimte Ziekenfondswet (RIZ) ter afronding van deze regeling beoordelen. Deze projecten zullen doorlopen tot het moment dat de NZa de beoordeling over de projecten bekend maakt. Over de start van de beoordeling en de werkwijze zal u later geïnformeerd worden.

Ketenzorg diabetes

Voor ketenzorg diabetes is geen aparte beleidsregel en beschikking vastgesteld. Experimenten met ketenzorg diabetes kunnen onder de prestatie innovatie gedeclareerd worden op basis van de voorwaarden zoals deze in de beleidsregel staan vermeld. De beleidsregel 'module ketenzorg diabetes 2006' is per 1 januari 2007 ingetrokken. Deze is door de aanwezigheid van de prestatie 'innovatie' niet meer noodzakelijk.

Aanvragen voor ketenzorg diabetes voor het jaar 2006 kunnen niet met terugwerkende kracht een tariefbeschikking ontvangen.

Op basis van de brief van VWS (kenmerk MC/MO-2647063) heeft VWS aangegeven dat projecten, zoals diabetes ketenzorg projecten, die binnen de Regeling Initiatiefruimte Ziekenfondswet (RIZ) in 2005 of eerder zijn gestart in 2006 kunnen doorlopen totdat er een definitieve regeling is.

Verder heeft de NZa er vertrouwen in dat diabetes ketenzorg producten die in 2006 zijn gestart overeenkomstig het nieuwe beleid (zoals beschreven in de hier besproken beleidsregel) zijn opgezet. De NZa zal in het voorgenomen evaluatieonderzoek van de prestatie innovatie de ontwikkelingen hieromtrent monitoren.

Kenmerk

MROM/escs/CV/07/041

Pagina

14 van 14

Regeling administratie- en declaratievoorschriften geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie

Toelichting administratievoorschriften

Geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie zijn beide op zeer vernieuwende wijze in de beleidsregel opgenomen. Er is namelijk niet alleen sprake van een vrij tarief, maar ook van vrijheid in de prestatiebeschrijving. Daarom is in de beleidsregel een algemeen kader als prestatiebeschrijving in plaats van een exacte beschrijving van zorgproducten opgenomen. Marktpartijen hebben dus algehele vrijheid gekregen om samenwerking en innovatie in de zorg zelf vorm te geven. Dit is mede gelegen in het feit dat het niet goed mogelijk is gebleken om voor nieuwe zorgproducten, zoals diabetes ketenzorg, meteen eenduidige prestatiebeschrijvingen op te stellen. Eerst moet er geëxperimenteerd worden zodat een prestatiebeschrijving zich beter uitkristalliseert.

Deze opzet is een breuk met het verleden waar een tarief en/of de prestatie altijd zijn vastgelegd in beleidsregels.

De overheid heeft dientengevolge de behoefte om na te gaan of de resultaten daadwerkelijk ten behoeve van meer betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg komen. Daarom is (monitor)onderzoek door de NZa van groot belang. De NZa wil via onderzoek nagaan of de ontwikkeling van efficiëntere en effectievere zorgprestaties/producten door marktpartijen tot stand komt. Immers, voor geïntegreerde eerstelijnszorg moet hiervoor vanaf 1 januari 2009 een nieuw bekostigingssysteem uitgewerkt zijn. En de projecten binnen de prestatie 'innovatie' moeten, bij succes, uitgewerkt kunnen worden tot nieuwe, eenduidige prestatiebeschrijvingen⁹.

Dit is de reden dat er administratievoorschriften zijn opgesteld. De NZa wil de ontwikkelingen van geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie en de daaruit volgende resultaten in de zorgverlening in relatie tot de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg kunnen volgen, toetsen en evalueren.

⁹ Als blijkt dat de ontwikkeling van nieuwe zorgprestaties/producten goed verloopt dan zal de NZa haar (monitor)onderzoek minder diepgaand uitvoeren. Hierdoor kunnen mogelijk de administratievoorschriften in de toekomst verminderd worden.

Hierbij zijn monitor- en evaluatieonderzoek twee methoden voor de NZa om hieraan uitvoering te geven.

In dit kader wil de NZa ook toezicht houden op marktfalen en oneigenlijk gebruik van de beleidsregel.

Bij marktfalen kan gedacht worden aan misbruik van aanmerkelijke marktmacht door marktpartijen met het gevolg van negatieve effecten op de markt of voor de consument door bijvoorbeeld prijsdiscriminatie of koppelverkoop. Verhoging van de administratieve lasten en het free-riders probleem waarbij verzekerden zonder te betalen gebruik maken van zorgproducten zijn twee onderwerpen die in ieder geval in het onderzoek worden meegenomen.

Bij misbruik van de beleidsregel gaat het om dubbel declareren en een niet juist gebruik van de beleidsregel, bijvoorbeeld het toepassen van de beleidsregel om louter vrije tarieven te kunnen declareren.

Om dit (monitor)onderzoek te kunnen uitvoeren, is voor zorgaanbieders in de nadere regel voorgeschreven dat zij verschillende gegevens moeten registreren. In principe is het aan de zorgaanbieders zelf te bepalen op welke manier zij de gegevens registreren. Belangrijk is dat als de NZa erom vraagt de zorgaanbieders betrouwbare en volledige gegevens kunnen ontsluiten en aanleveren.

Het is nog niet bekend wanneer de NZa deze gegevens zal opvragen. De zorgaanbieders zullen hiervan tijdig via een brief op de hoogte worden gesteld.

De regeling is ingegaan op 10 januari 2007. Vanaf 15 januari zijn zorgaanbieders verplicht gegevens te registreren.

Bij de registratie van gegevens staat de zorg centraal. Dit is van belang omdat binnen de Wmg de bekostiging en de prestatiebeschrijving van de zorg gereguleerd wordt. Dit verschilt met de ingetrokken Wtg waarin de bekostiging en beschrijving gerelateerd werd aan het type zorgaanbieder.

Voor zowel geïntegreerde eerstelijnszorg als innovatie betekent dit dat de zorgaanbieder per gecontracteerd zorgproduct, waarbij respectievelijk samenwerking en innovatie aan de orde is, gegevens moet registreren. Indien bij geïntegreerde eerstelijnszorg twee of meer zorgverrichtingen van verschillende disciplines, zoals huisartsenzorg en fysiotherapeutische zorg, in samenwerking worden geleverd, dient dit als één gecontracteerd zorgproduct meegenomen te worden in de registratie van de gegevens. Hierbij is het niet de bedoeling dit voor elk individuele patiënt uit te werken, maar met categorieën te werken waarbij per categorie zorg(verlening) dezelfde kenmerken en eigenschappen worden onderverdeeld.

Gegevens die worden opgevraagd zijn een minimale set om een eerste inzicht te krijgen in:

- de producten die gecontracteerd zijn en/of tot stand komen,
- belang van de zorgproducten voor patiënten
- de resultaten van innovatie en samenwerking,
- de marktstructuur: aanwezige marktpartijen op de markt en hun relaties en verbanden
- de behartiging van de publieke belangen (toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg)
- oneigenlijk gebruik: dubbel declareren, declareren van zorgproducten die niet binnen de kaders van de prestatiebeschrijvingen vallen.

Kenmerk

MROM/escs/CV/07/041

Pagina

15 van 15

Toelichting declaratiebepalingen

Declaratiebepalingen zijn opgenomen om rechtmatige declaraties te realiseren. In de regeling zijn algemene bepalingen voor zorgaanbieders beschreven die zowel gelden voor de modules geïntegreerde eerstelijnszorg als de prestatie innovatie. Daarnaast zijn er specifieke bepalingen opgenomen waarbij er onderscheid is tussen de modules geïntegreerde eerstelijnszorg en de prestatie innovatie.

Kenmerk

MROM/escs/CV/07/041

Pagina

16 van 16

De algemene bepalingen gaan in op het onderscheid tussen het type verzekeringen en het verbod van dubbel declareren.

De specifieke bepalingen gaan in op:

- aan wie gedeclareerd mag worden,
- op de onderlinge verdelingen van een tarief bij de inzet van onderaannemers,
- de wijze van declareren en
- de declaratiemomenten en -nummers.

Bij het declareren wordt onderscheid gemaakt tussen een zorgaanbieder en hoofddeclarant. Een zorgaanbieder is gedefinieerd volgens de definitie van de Wmg (zie artikel 2.1): een natuurlijk persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, of een natuurlijk persoon of rechtspersoon voor zover deze tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met het verlenen van zorg door een zorgaanbieder als bedoeld in het eerste deel van deze definitie.

Een hoofddeclarant is ook een zorgaanbieder volgens de definitie van de Wmg. Het specifieke hier is dat deze namens een samenwerkingsverband (dus namens meerdere zorgaanbieders) een integraal tarief bij een ziektekostenverzekeraar declareert. Dit onderscheid is nodig om ervoor te zorgen dat het declareren zonder te veel administratieve lasten tussen zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar tot stand komt.

Mededingingswet

De mogelijkheid om samenwerking tussen zorgaanbieders en nieuwe zorgprestaties zoals ketenzorgproducten te financieren, doet niets af aan de Mededingingswet. Deze is volledig van kracht.

Voor de mogelijkheden voor samenwerking binnen de Mededingingswet verwijst de NZa naar de 'Richtsnoeren zorg' van de NMa.

Eerste tussen-evaluatie beleidsregel

Eind maart zal de NZa de eerste ervaringen met de beleidsregel nagaan bij individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Indien uit deze inventarisatie mogelijkheden naar voren komen om de beleidsregel ten behoeve van een betere uitvoering en zorgresultaten aan te passen, zal de NZa hiermee aan de slag gaan.

Wij verzoeken u uw achterban over de (beleids)regels en deze toelichting te informeren.

Kenmerk

MROM/escs/CV/07/041

Hoogachtend,
de Raad van Bestuur van de
Nederlandse Zorgautoriteit

Pagina

17 van 17

drs. L.M. Hoppen,
directeur Zorgmarkten Cure