



Advies Budgetbekostiging zorgcoördinatie

Acute zorg



5 maart 2024

Inhoudsopgave

| | |
|--|-----------|
| Samenvatting | 4 |
| 1 Aanleiding en doel | 7 |
| 1.1 Aanleiding opdracht en doel | 7 |
| 1.2 Adviesaanvraag minister van VWS | 7 |
| 1.3 Leeswijzer | 8 |
| 2 Invulling van zorgcoördinatie | 9 |
| 2.1 Inleiding | 9 |
| 2.2 Functies van zorgcoördinatie | 9 |
| 2.3 Uitwerkragen bij de invulling van zorgcoördinatie | 11 |
| 3 Voorwaarden voor structurele bekostiging | 12 |
| 3.1 Inleiding | 12 |
| 3.2 De uitvoering van de zorgcoördinatie functies | 12 |
| 3.3 De aanspraak van zorgcoördinatie | 13 |
| 3.4 Zorgcoördinatie in relatie tot de Zorgverzekeringswet | 14 |
| 3.5 Overige voorwaarden voor een structurele bekostiging | 15 |
| 4 Hoofdscenario: budgetbekostiging van zorgcoördinatie | 17 |
| 4.1 Inleiding | 17 |
| 4.2 Wat is een budgetbekostiging? | 17 |
| 4.3 Grondslagen voor omvang van het budget | 19 |
| 4.4 Soorten betalingen | 21 |
| 4.5 Soorten tarieven | 22 |
| 4.6 Inkoopmodellen | 24 |
| 4.7 Contractering | 25 |
| 4.8 Administratieve lasten | 26 |
| 4.9 Conclusie | 26 |
| 5 Alternatief scenario: bekostiging van zorgcoördinatie zonder individuele zorglevering | 28 |
| 5.1 Inleiding | 28 |
| 5.2 Bedrag per specifieke verzekerde, gekoppeld aan zorgvraag | 28 |
| 5.3 Beschikbaarheidsbijdrage | 29 |
| 5.4 Conclusie | 30 |
| 6 Conclusie | 31 |

| | | |
|--|---|-----------|
| 6.1 | Inleiding | 31 |
| 6.2 | Budgetbekostiging van zorgcoördinatie | 31 |
| 6.3 | Overige mogelijkheden structurele bekostiging | 32 |
| 6.4 | Toekomstige bekostiging zorgbrede coördinatie en samenwerking | 32 |
| 6.5 | Vervolg bekostiging zorgcoördinatie | 33 |
| Bijlage A. Consultatie en discussie | | 34 |

Samenvatting

De acute zorgketen staat onder toenemende druk. De zorgvraag stijgt door vergrijzing, de complexiteit van zorgvragen neemt toe en er is structurele krapte op de arbeidsmarkt. Om de acute zorg toekomstbestendig te maken is goede samenwerking en coördinatie essentieel. Zorgcoördinatie heeft als doel om te zorgen dat patiënten in de acute zorgketen op de juiste plek de juiste zorg ontvangen en dat schaars zorgpersoneel efficiënt wordt ingezet.

Adviesvraag

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in mei 2023 een adviesaanvraag ontvangen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de bekostiging van zorgcoördinatie. Hierin stelt de minister ons twee adviesvragen:

- 1 Hoe zorgcoördinatie per 2024 kan worden gefinancierd vanuit de [huidige bekostigingsstructuur](#);
- 2 Hoe een [budgetbekostiging voor zorgcoördinatie](#) vorm kan krijgen, uitgaande van inkoop in representatie door zorgverzekeraars.

De eerste vraag hebben we al uitgewerkt in een [handvatten document](#) dat we in september 2023 hebben gepubliceerd. Dit advies richt zich op de tweede vraag. De minister vraagt ons deze tweede vraag eerst theoretisch en procesmatig te benaderen. Als blijkt dat een structurele (budget)bekostiging kansrijk is, kan de technische uitwerking daarvan concreet worden ingevuld in een vervolgadvisie.

Voorwaarden voor structurele bekostiging

De functies van zorgcoördinatie vormen de basis van **wat** er bekostigd gaat worden. Wij adviseren op basis van deze functies **hoe** zorgcoördinatie bekostigd kan worden. Hierbij is een belangrijke vraag hoe deze functies worden georganiseerd. Als de functies van zorgcoördinatie niet worden uitgevoerd door een aparte zorgcoördinatie-organisatie, is een zelfstandige structurele budgetbekostiging¹ van zorgcoördinatie niet mogelijk. Zorgcoördinatie kan in dat geval worden bekostigd via de huidige bekostigingsstructuren van de deelnemende sectoren, zoals uitgewerkt in eerdergenoemd handvatten document.

Als één of meerdere functies van zorgcoördinatie bij een aparte zorgcoördinatie-organisatie worden belegd is het mogelijk om hiervoor een eigen bekostigingssysteem op te zetten. Binnen de gestelde uitgangspunten (budgetbekostiging met inkoop in representatie) is de voorwaarde wel, dat minimaal één van deze functies van de zorgcoördinatie-organisatie onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt. Wanneer hier geen sprake van is dan is het vormgeven van een bekostiging praktisch onuitvoerbaar. Wanneer minimaal één van de uitgevoerde functies wél onder de Zvw valt, zijn er twee scenario's mogelijk.

Een belangrijke vereiste voor beide scenario's is het meten van de uitkomsten, door middel van kpi's. Daarnaast zal er aandacht moeten zijn voor het risico op dubbele bekostiging, de uitwerking in de risicoverevening en het eigen risico.

¹ Onder een budgetbekostiging verstaan we hier een bekostiging waarbij een zorgaanbieder en zorgverzekeraar op basis van NZa-budgetparameters een budget overeenkomen, waarbij de NZa de omvang van het budget vaststelt. Een prestatiebekostiging met vrije tarieven kan ook ruimte bieden voor lumpsum afspraken / budgetfinanciering (zoals bijvoorbeeld bij inkoop van de elv-coördinatiefunctie), maar dit is ter invulling aan de zorgverzekeraar. In dit advies beschouwen we dergelijke lumpsum afspraken op basis van een prestatie niet als budgetbekostiging.

Scenario's bekostiging

Het eerste scenario is wanneer de functie(s) die de zorgcoördinatie-organisatie uitvoert individuele zorglevering aan de patiënt omvat (bijvoorbeeld triage). Dit is het **hoofdscenario** van ons advies en wordt uitgewerkt in hoofdstuk 4. Het **alternatieve scenario** is wanneer de functie(s) die de zorgcoördinatie-organisatie uitvoert geen individuele zorglevering omvat, maar wel diensten die te herleiden zijn tot individuele zorglevering. Dit beschrijven we in hoofdstuk 5.

Budgetbekostiging met inkoop in representatie

In het scenario waarbij de zorgcoördinatie-organisatie zorg levert aan individuele patiënten, kan deze organisatie bekostigd worden via een budgetbekostiging. Deze zorgaanbieder komt dan een budget overeen met de zorgverzekeraar, op basis van de budgetparameters van de NZa, om de zorg en de daarbij behorende ondersteunende organisatiestructuur en activiteit te bekostigen. Gedurende het jaar brengt de zorgaanbieder de geleverde zorg in rekening bij de zorgverzekeraar. Na afloop van een boekjaar vraagt de NZa de werkelijke opbrengsten (of werkelijke kosten) op en vergelijkt deze met het budget. Het verschil wordt verrekend tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

We concluderen dat een budgetbekostiging met inkoop in representatie mogelijk is en passend voor een zelfstandige structurele bekostiging van zorgcoördinatie-organisaties. Hierbij adviseren we om een grondslag te hanteren die ten minste gedeeltelijk gebaseerd is op de gewenste of benodigde capaciteit. Ter vulling van het overeengekomen budget raden wij aan om prestaties met een individueel vast tarief per regio te hanteren. Binnen de budgetbekostiging moet er ruimte zijn om prestatieafspraken op basis van kpi's te maken tussen zorgverzekeraar en de zorgcoördinatie-organisatie. Bij de implementatie zal er rekening moeten worden gehouden met de administratieve lasten en de schoning.

Alternatieve vormen van bekostiging

Afhankelijk van de inrichting is het mogelijk dat de zorgcoördinatie-organisatie alleen ondersteunende diensten verricht waarbij geen individuele zorg aan patiënten wordt geleverd, maar die uiteindelijk wel te herleiden zijn tot individuele zorglevering. Dit zijn bijvoorbeeld diensten als het organiseren van inzicht in regionale capaciteit bij zorgaanbieders of het afstemmen van protocollen. In dit geval is een budgetbekostiging met inkoop in representatie niet mogelijk, maar zien wij wel een aantal alternatieve vormen van bekostiging.

We beschrijven twee bekostigingsvormen gericht op het bekostigen van een specifieke patiëntenpopulatie door middel van een bedrag per specifieke verzekerde. Dit doen we aan de hand van de voorbeelden Algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg (ADZ) en Bekostiging Domein- en Sectoroverstijgende Samenwerking (BDSS), waarbij laatstgenoemde nog in ontwikkeling is. Daarnaast concluderen we dat een beschikbaarheidsbijdrage geen mogelijke bekostigingsoptie is, omdat niet wordt voldaan aan de daarvoor vereiste wettelijke criteria.

De twee andere bekostigingsvormen (met voorbeelden ADZ en BDSS) zijn mogelijk een optie, maar sluiten vanwege de acute zorg-brede insteek van zorgcoördinatie hier wellicht minder goed bij aan. Ook kan het 'achter de deur' administratief belastend zijn om de kosten van ondersteunende diensten toe te rekenen aan macrokaders en in te passen in de risicoverevening. Voordat definitief gekozen zou worden voor één van die opties, adviseren we grondig de voor- en nadelen te onderzoeken.

Conclusie

De minister heeft ons gevraagd om in kaart te brengen hoe een budgetbekostiging voor zorgcoördinatie vorm kan krijgen, uitgaande van inkoop in representatie door zorgverzekeraars. We concluderen dat voor een zelfstandige zorgcoördinatie-organisatie deze bekostigingsvorm mogelijk en passend is. Voordat we een dergelijke budgetbekostiging van zorgcoördinatie met inkoop in representatie verder

kunnen uitwerken, hebben we meer duidelijkheid nodig over de structurele inrichting van zorgcoördinatie. Belangrijk is om eerst landelijk een beter beeld te vormen over **wat** zorgcoördinatie is en hoe dat wordt ingevuld. Daarna kunnen we gericht adviseren **hoe** zorgcoördinatie te bekostigen.

Met tijdige duidelijkheid over de **wat** en **hoe** brengt een nieuwe budgetbekostiging enkele voordelen:

- Met de voorgestelde bekostiging kan zorgcoördinatie van de acute zorg integraal bekostigd worden.
- Dit biedt een oplossing voor de huidige, gefragmenteerde bekostiging van zorgcoördinatie waarbij er in elke regio en sector apart moet worden gezocht naar ruimte binnen de bestaande bekostiging.
- Bovendien krijgt zorgcoördinatie met een budgetbekostiging met inkoop in representatie ook een formele status waarbij inkoop niet meer vrijblijvend is maar per definitie gelijkgericht.
- Deze eigenschappen passen goed bij de beschikbaarheidsfunctie die zorgcoördinatie kent. Hiermee komt de bekostiging van zorgcoördinatie in lijn met de ambulancezorg, acute ggz en de huisartsenposten. Daarmee kan de zorgverzekeraar invulling geven aan zijn regierol.

Bij het invoeren van een nieuwe bekostiging moet er wel aandacht worden gegeven aan het beperken van de administratieve lasten en het voorkomen van dubbele bekostiging.

Door zorgcoördinatie stevig te positioneren en structureel te bekostigen, kan de bekostiging de beweging naar landelijk dekkende zorgcoördinatie maximaal ondersteunen.

1 Aanleiding en doel

1.1 Aanleiding opdracht en doel

De acute zorgketen staat onder toenemende druk. De zorgvraag stijgt door vergrijzing, de complexiteit van zorgvragen neemt toe en er is structurele krapte op de arbeidsmarkt. Zoals wij in ons [advies Passende acute zorg](#) concludeerden, moet de acute zorgketen een transitie doormaken om de organisatie ervan doelmatiger te maken en beter aan te laten sluiten bij de toekomstige acute zorgvraag. Een goede samenwerking en coördinatie binnen de keten is hiervoor essentieel. Zowel tussen verschillende acute zorgaanbieders onderling als met zorgverzekeraars. Zorgcoördinatie heeft als doel om te zorgen dat patiënten in de acute zorgketen op de juiste plek de juiste zorg ontvangen en dat schaars zorgpersoneel efficiënt wordt ingezet.

De afgelopen jaren zijn de nodige stappen gezet om de zorgcoördinatie in de acute zorg te verbeteren. Voor de context van dit document noemen we deze hier kort:

- Van 2019 tot 2022 liep het programma pilots zorgcoördinatie waarin 10 pilotregio's het concept zorgcoördinatie in de praktijk hebben beproefd. De evaluatie van de pilots zorgcoördinatie is beschreven in de [eindrapportage](#) van het programma pilots zorgcoördinatie.
- Op 14 maart 2023 brachten ActiZ, AZN, InEen, LNAZ en ZN het [advies Landelijke inrichting Zorgcoördinatie](#) uit in opdracht van de minister van VWS (hierna: de minister)
- Op 12 mei 2023 stuurde de minister in navolging van dit advies een [brief](#) naar de Kamer met een inhoudelijke visie op zorgcoördinatie.
- Op 23 oktober 2023 heeft de minister een [brief](#) gestuurd naar de (mede)aanbieders van het advies Landelijke inrichting Zorgcoördinatie (ActiZ, AZN, InEen, LNAZ, LHV, de Nederlandse ggz, NVZ, PFN en ZN) met verduidelijkingen omtrent de implementatie van zorgcoördinatie.
- Op 14 februari 2024 heeft het ministerie van VWS het [implementatieplan zorgcoördinatie](#) gepubliceerd, dat partijen ondersteunt met kaders en handvatten om nu aan de slag te gaan.

1.2 Adviesaanvraag minister van VWS

De NZa heeft op 24 mei 2023 een adviesaanvraag ontvangen van de minister over de bekostiging van zorgcoördinatie. Hierin stelt de minister ons twee adviesvragen:

- 1 *“Ik wil dat zorgaanbieders in ieder geval per 2024 de mogelijkheid hebben om een zorgcoördinatiecentrum (zcc) in te richten en te bekostigen. Hoe kunnen zorgaanbieders dit centrum gezamenlijk financieren, binnen de mogelijkheden van de huidige bekostigingsstructuur?”*
- 2 *“Uiterlijk per 1 januari 2026 wil ik het zcc en de triage die hier gedaan wordt toekomstbestendig bekostigen. Ik denk hierbij aan een bekostiging op basis van budgetten, zoals hierboven ook omschreven. Ik vraag u om in kaart te brengen hoe deze budgetbekostiging vorm kan krijgen, uitgaande van inkoop in representatie door zorgverzekeraars. Welke voor- en nadelen zijn er bij zo'n systeem en hoe kan deze bekostiging met zo min mogelijk (extra) administratieve lasten worden vorm gegeven? Er is een voorkeur voor het model van bekostiging zoals gebruikt in de ambulancezorg, huisartsenzorg en de acute geestelijke gezondheidszorg. Echter wij horen graag uw analyse indien een ander model passender is.”*

Dit rapport richt zich op de tweede vraag. De minister vraagt ons deze vraag eerst theoretisch en procesmatig te benaderen. Als blijkt dat een structurele (budget)bekostiging kansrijk is, volgt later de

mogelijkheid van een apart vervolgadvis over de technische uitwerking daarvan. In dit rapport definiëren we al enkele (technische) uitwerkingsvraagstukken. Deze zouden minimaal aan bod moeten komen in een mogelijke vervolgopdracht.

De eerste adviesvraag van het ministerie van VWS hebben we al uitgewerkt in een [handvatten document](#) dat we in september 2023 hebben gepubliceerd. Hierin beschrijven we de mogelijkheden om zorgcoördinatie te financieren binnen de huidige bekostiging. Daarnaast geeft het document een beknopt overzicht van belangrijke succesfactoren voor financiering van zorgcoördinatie. Zoals een gezamenlijke aanpak van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, een integrale sectoroverstijgende benadering, en inzetten op kpi's om de effecten van zorgcoördinatie te meten en daarvan te leren. In het handvatten document beschrijven we verder dat de ruimte die de bekostigingsstructuur biedt voor financiering van zorgcoördinatie, ook gebruikt kan worden voor andere vormen van innovaties en veranderingen. Hierdoor kan het zijn dat projecten met elkaar concurreren voor deze ruimte en bestaat het risico dat er beperkte ruimte overblijft voor zorgcoördinatie.

De minister geeft aan dat hij ruimte wil geven aan de veldpartijen om vanuit de inhoud en de samenwerking vorm te geven aan zorgcoördinatie. Gedurende het implementatieproces moet worden gekeken welke knelpunten worden ervaren in de bekostiging en welke mogelijke oplossingen daarvoor zijn. De minister hanteert het uitgangspunt dat hierbij de bekostiging niet knellend mag zijn voor de ontwikkeling van zorgcoördinatie. De minister vraagt ons om advies wat er nodig is om zorgcoördinatie zelfstandig via een budgetsysteem te bekostigen en welke eisen dit stelt aan de organisatievorm van zorgcoördinatie. Daarbij gaat dit advies over de structurele bekostiging van de zorgcoördinatie-organisatie die de functies van zorgcoördinatie levert. We gaan niet in op implementatiekosten.

Doordat het implementatieproces van zorgcoördinatie parallel loopt met het traject voor structurele bekostiging (dit advies, uitvoering daarvan en mogelijke vervolgopdracht), versterken beide trajecten elkaar. Zo kan dit advies de zorgcoördinatie partijen verder helpen door inzichtelijk te maken welke eisen structurele bekostiging van zorgcoördinatie stelt aan de inrichting en organisatie. Hierbij is het de bedoeling dat de bekostiging zoveel als mogelijk aansluit bij de gewenste inhoudelijke inrichting maar zijn er ook (wettelijke) eisen aan het gebruik van bepaalde vormen van bekostiging. De implementatie van zorgcoördinatie zal beter zicht geven op de invulling van de zorgcoördinatie functies in de praktijk. Hiermee kan in navolging van dit advies een concreter vervolgadvis worden gegeven over de structurele bekostiging van zorgcoördinatie.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijven we de functies die onder zorgcoördinatie kunnen vallen. Dat hoofdstuk gaat dus over **wat** er bekostigd moet worden. In hoofdstuk 3 beschrijven we het belang van duidelijkheid over de aanspraak van zorgcoördinatie en welke andere aspecten belangrijk zijn bij de vormgeving van een structurele bekostiging. **Hoe** de functies van zorgcoördinatie bekostigd kunnen worden beschrijven we vervolgens in hoofdstuk 4 en hoofdstuk 5.

In hoofdstuk 4 beschrijven we de hoofdvraag van dit advies: hoe een budgetbekostiging voor zorgcoördinatie eruit kan zien als de zorgcoördinatie-organisatie zorg levert die te herleiden is tot individuele patiënten. Daarbij staan we stil bij de belangrijkste aspecten voor de vormgeving van de budgetbekostiging. Ook belichten we in dit hoofdstuk welke uitwerkingsvraagstukken moeten worden beantwoord voordat wij een budgetbekostiging voor zorgcoördinatie verder kunnen uitwerken. In hoofdstuk 5 bekijken we alternatieve vormen van bekostiging van zorgcoördinatie. Hoofdstuk 6 bevat onze conclusies.

2 Invulling van zorgcoördinatie

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan we stil bij de functies van zorgcoördinatie. We baseren ons daarbij op de informatie uit het [advies landelijke inrichting zorgcoördinatie](#), de nadere duidingen van de minister en het implementatieplan van VWS. In de praktijk bestaat nog onduidelijkheid over de precieze inhoud en invulling van deze functies. Wanneer in de praktijk meer ervaring is met zorgcoördinatie, worden de functies duidelijker. Onderstaande zorgcoördinatie functies vormen de basis van **wat** bekostigd gaat worden en zijn voor dit advies een gegeven. Wij adviseren op basis van deze functies **hoe** zorgcoördinatie bekostigd kan worden.

2.2 Functies van zorgcoördinatie

Hieronder beschrijven we de zes functies die onderdeel kunnen zijn van zorgcoördinatie. Dit zijn:

- triage;
- eenduidige toegang voor zorgvragers;
- eenduidige toegang voor zorgverleners;
- eenduidige urgentiebepaling;
- coördineren van zorginzet en inzicht in (boven)regionale capaciteit
- bovenregionale samenwerking.

Deze lijst van functies baseren we op de [kamerbrief](#) van de minister. Wij doen in dit advies geen uitspraak over welke functies waar belegd dienen te worden. Deze functies kunnen worden belegd bij bestaande zorgaanbieders of een aparte organisatie. Waar een functie uiteindelijk belegd wordt is wel van invloed op de organisatievorm en daarmee de mogelijkheden voor bekostiging conform de adviesvraag (budgetbekostiging met inkoop in representatie).

2.2.1 Triage

Triage vindt plaats om te bepalen welke zorg de patiënt nodig heeft, op welk moment (de urgentie) en van welke zorgverlener(s). Triage wordt onder andere uitgevoerd door speciaal getrainde dokters-/praktijkassistenten in de huisartsenpraktijk en assistenten/triagisten op de huisartsenpost (hap), verpleegkundig centralisten op de meldkamer ambulancezorg, ambulancezorgprofessionals, seh-verpleegkundigen en (huis)artsen. Triage is een essentiële stap in het proces om de patiënt de juiste zorg op de juiste plaats te bieden.

Het is de bedoeling dat aanbieders elkaars processen beter leren kennen en met elkaar samenwerken. Ze krijgen inzicht in elkaars capaciteit en ze zouden op een eenvoudige manier gegevens moeten kunnen uitwisselen. Het toekomstbeeld is dat de triagist kennis heeft van meerdere zorgvormen en kennis heeft van de (processen) van andere disciplines. Door deze brede blik en intensieve samenwerking tussen verschillende disciplines kunnen triagisten beter beoordelen of een interventie nodig is. En ook welke zorgzorgaanbieder passende zorg kan bieden, doordat er inzicht is in de beschikbare capaciteit.

Door nauwe samenwerking kunnen grenzen tussen processen en verantwoordelijkheden vervagen. Dit zou er uiteindelijk toe kunnen leiden dat triage ook echt gezamenlijk wordt ondergebracht op één fysieke locatie of bij één aanbieder/organisatie. De zorgverleners voeren triage dan centraal uit en bepalen welke zorginzet passend is.²

2.2.2 Eenduidige toegang voor zorgvragers

Zorgcoördinatie moet de eenduidige toegang voor zorgvragers verbeteren. Onder eenduidige toegang verstaan we dat patiënten met een acute zorgvraag op eenduidige wijze terecht kunnen op de juiste plek (dit kan fysiek of virtueel). Dit is een plek waar verschillende zorgaanbieders samenwerken. Zij zorgen ervoor dat de patiënt passende zorg krijgt.³

Het uitgangspunt is dat bij een bestaande behandelrelatie het contact tussen patiënt en zorgverlener via de gebruikelijke communicatiewegen blijft verlopen. Maar zoals hiervoor beschreven kan er ook voor worden gekozen om de triage centraal uit te voeren, waarbij meldingen van zorgvragers in de anw-uren direct bij een centrale organisatie voor zorgcoördinatie terecht komen. Triage kan dus door individuele zorgverleners (vanuit de verschillende zorgaanbieders) of door één zorgcoördinatie-organisatie worden uitgevoerd. Tussen deze twee uitersten zijn allerlei tussenvormen mogelijk.

Wanneer een tijdkritische melding bij de zorgcoördinatie-organisatie of een zorgverlener terecht komt, kan direct geschakeld worden met de centralist van de meldkamer ambulancezorg. Dit geldt ook voor nodige inzet van politie en/of brandweer. Andersom kan de centralist van de meldkamer ambulancezorg zorgvragers warm doorverbinden met de zorgcoördinatie-organisatie als uit de 112-melding geen tijdkritische situatie blijkt en meer tijd genomen kan worden voor triage.

2.2.3 Eenduidige toegang voor zorgverleners

Voor zorgverleners zou zorgcoördinatie 24/7 bereikbaar moeten zijn via een regionaal telefoonnummer (uitgangspunt uit het [advies landelijke inrichting zorgcoördinatie](#)). Via dit nummer regelt de zorgcoördinatie-organisatie effectief en snel direct noodzakelijke vervolgzorg voor een patiënt (zie 2.2.5). Dit betekent dat de zorgcoördinatie-organisatie ook voldoende bezetting moet hebben om zorgverleners te ondersteunen bij een passende zorginzet.

2.2.4 Eenduidige urgentiebepaling

In het advies landelijke inrichting zorgcoördinatie wordt aanbevolen om protocollen van verschillende domeinen te harmoniseren en urgentiecodes gelijk te trekken. De minister heeft hier nog geen verdere duiding aan gegeven. In dit advies gaan we daarom niet nader in op deze functie van zorgcoördinatie en mogelijke gevolgen voor de bekostiging.

2.2.5 Coördineren zorginzet en inzicht in (boven)regionale capaciteit

Zorgcoördinatie moet er ook toe leiden dat de zorginzet zelf meer wordt gecoördineerd en dat er inzicht ontstaat in de (boven)regionale capaciteit. Om te bepalen welke zorginzet bij een zorgvraag de juiste is, moeten medewerkers die betrokken zijn bij zorgcoördinatie kennis hebben van een aantal domeinen van de acute zorgketen. Afhankelijk van hoe men zorgcoördinatie opzet, vergt dit mogelijk extra scholing van personeel dat uit de betrokken zorgsectoren komt. De zorglevering die volgt na de zorgcoördinatie van een zorgvraag, blijft via de bestaande bekostiging verlopen.

Ook is het essentieel om inzicht in de beschikbare capaciteit van de verschillende zorgaanbieders te hebben. Dit gaat dan om regionale ambulancevoorziening (rav), huisartsenpost (hap), huisartsen,

² [Kamerbrief over inrichting van zorgcoördinatie, 12 mei 2023](#)

³ [Eindrapportage programma pilots zorgcoördinatie, september 2022](#)

ziekenhuizen, acute wijkverpleging, farmaceutische spoedzorg, acute ggz, eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg, crisisbedden in verpleeghuizen, gehandicaptenzorg en geboortezorg. In de toekomst zou deze informatie ook beschikbaar moeten zijn op landelijk niveau (zie 2.1.6). Hier moet elke regio rekening mee houden bij het ontwikkelen van inzicht in regionale capaciteit. In situaties van zeer hoge regionale druk op de beschikbare capaciteit moet zorgcoördinatie bijdragen aan de spreiding van patiënten.

2.2.6 Bovenregionale samenwerking

De minister geeft aan dat een landelijk systeem inzicht moet geven in de capaciteit en druk op nationaal niveau. De minister benoemt in de kamerbrief van 12 mei dat hij daarbij denkt aan een (wettelijke) verplichting om capaciteitsinformatie voor de gehele keten te verzamelen op basis van uniforme definities. Hij schrijft dat hij zal onderzoeken of dit systeem kan voortbouwen op het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) en/of het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS), of dat er een nieuwe instantie moet komen. Ook vindt hij het belangrijk dat landelijke patiëntenspreiding mogelijk moet blijven en aansluit bij de ontwikkeling van zorgcoördinatie.

Vooralsnog zijn deze functies van zorgcoördinatie (LPZ en landelijke patiëntenspreiding) gepositioneerd bij het LCPS. De traumacentra worden gezamenlijk in staat gesteld om beide functies in stand te houden, wat per 1 juli 2023 via de beschikbaarheidsbijdrage aan de traumacentra wordt bekostigd. Daarmee is de bekostiging van deze functies van zorgcoördinatie zoals geformuleerd in het Besluit Beschikbaarheidsbijdrage van VWS vooralsnog geregeld. Daarom laten we deze functies in dit advies buiten beschouwing. Mochten deze functies later toch worden toegevoegd aan de functies van de regionale zorgcoördinatie-organisatie, dan moet hier in de bekostiging rekening mee gehouden worden.

2.3 Uitwerkfragen bij de invulling van zorgcoördinatie

De insteek van dit advies is theoretisch en procesmatig. Voor een verdere uitwerking van de bekostiging van zorgcoördinatie zijn een aantal (technische) uitwerkfragen van belang. Deze komen terug bij de verschillende onderdelen van dit advies en geven we los weer in een tekstvak.

- Welk type zorgverlener en welke partijen zijn in een structurele vorm van zorgcoördinatie verantwoordelijk voor welke functies?
- Hoe worden deze zorgcoördinatie functies ingevuld?
- Welke minimale, uniforme vereisten worden er onderscheiden per functie van zorgcoördinatie?
- Waar begint en eindigt het contact tussen patiënt/zorgverlener en de zorgcoördinatiefunctie?

3 Voorwaarden voor structurele bekostiging

3.1 Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk bespraken we de verschillende functies van zorgcoördinatie. Dat gaat in feite om **wat** bekostigd wordt. In dit hoofdstuk beschrijven we het belang van duidelijkheid over de aanspraak van zorgcoördinatie en welke andere aspecten belangrijk zijn bij de vormgeving van een structurele bekostiging. **Hoe** de functies kunnen van zorgcoördinatie kunnen worden bekostigd beschrijven we vervolgens in hoofdstuk 4 en hoofdstuk 5.

3.2 De uitvoering van de zorgcoördinatie functies

Duidelijkheid over wie welke functie uitvoert, is belangrijk voor een structurele bekostiging van de zorgcoördinatie-organisatie

Als een (nieuw te vormen) organisatie de functies van zorgcoördinatie uit gaat voeren, kunnen we voor deze zorgcoördinatie-organisatie een nieuwe zelfstandige bekostiging opzetten. Wanneer de functies van zorgcoördinatie niet worden uitgevoerd door een aparte zorgcoördinatie-organisatie, is een integrale zelfstandige budgetbekostiging⁴ van zorgcoördinatie niet mogelijk. Zorgcoördinatie kan dan bekostigd worden via de huidige bekostigingsstructuren van de deelnemende sectoren. Voor de mogelijkheden hiervan, verwijzen we naar het [handvatten document](#) dat we in september 2023 hebben uitgebracht.

Het is daarom belangrijk dat we weten hoe de functies van zorgcoördinatie worden ingevuld en wie welke functies uitvoert. Welke functies worden straks bij de zorgcoördinatie-organisatie belegd? En welke functies blijven de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders uit de deelnemende sectoren? Deze verdeling (verantwoordelijkheid bij de zorgcoördinatie-organisatie versus bij de deelnemende sectoren) heeft invloed op de mogelijkheden voor structurele bekostiging van zorgcoördinatie via een eigen bekostigingssysteem.

We beperken ons in dit advies tot de mogelijkheden voor het vormgeven van een zelfstandige structurele bekostiging voor een zorgcoördinatie-organisatie. Hierbij hanteren we dus het uitgangspunt dat in ieder geval één of meerdere functies van zorgcoördinatie bij een (nieuw te vormen) zorgcoördinatie-organisatie worden belegd.

Hoe een zorgcoördinatie-organisatie tot stand komt (bijvoorbeeld door een formeel samenwerkingsverband) ligt buiten de scope van dit advies. Wel is belangrijk dat de zorgcoördinatie-organisatie als zorgaanbieder kan worden geduid volgens de Wet Marktordening gezondheidszorg (Wmg), zie het tekstvak op de volgende pagina. Als onduidelijk is welke partij verantwoordelijk zal worden voor welke functies van zorgcoördinatie, kunnen we niet adviseren hoe de bekostiging precies uitgevoerd moet worden.

⁴ Onder een budgetbekostiging verstaan we hier een bekostiging waarbij een zorgaanbieder en zorgverzekeraar op basis van NZa-budgetparameters een budget overeenkomen, waarbij de NZa de omvang van het budget vaststelt. Een prestatiebekostiging met vrije tarieven kan ook ruimte bieden voor lumpsum afspraken / budgetfinanciering (zoals bijvoorbeeld bij de inkoop van de elv-coördinatiefunctie), maar dit is ter invulling aan de zorgverzekeraar. In dit advies beschouwen we dergelijke lumpsum afspraken op basis van een prestatie niet als budgetbekostiging

Zorgaanbieder in de Wmg (artikel 1, lid 1, sub c):

1. de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent;
2. de natuurlijke persoon of rechtspersoon voor zover deze tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met het verlenen van zorg door een zorgaanbieder als bedoeld onder 1^o.

3.3 De aanspraak van zorgcoördinatie

Duidelijkheid over de aanspraak van zorgcoördinatie is belangrijk voor de structurele bekostiging van de zorgcoördinatie-organisatie

Voor het vormgeven van een bekostiging door de NZa, moeten de functies van zorgcoördinatie vallen binnen de reikwijdte van de Wmg. Ons inziens passen de functies van zorgcoördinatie binnen de reikwijdte van de Wmg⁵. In dit advies gaan we er dan ook vanuit dat er sprake is van zorg in het kader van de Wmg.

Vanuit de doelstelling van zorgcoördinatie en de uitgangspunten die het ministerie van VWS heeft meegegeven voor dit advies (budgetbekostiging met inkoop in representatie), gaan wij er in dit advies vanuit dat de functies van zorgcoördinatie onderdeel zijn van het basispakket verzekerde zorg. Zorgcoördinatie heeft een beschikbaarheidsfunctie, die betrekking heeft op de acute zorgvraag die patiënten hebben en het inzetten van de juiste zorg op de juiste plek. Een bekostiging van zorgcoördinatie buiten de Zvw is theoretisch mogelijk maar niet passend en praktisch onuitvoerbaar. In dit advies gaan we daarom alleen uit van de mogelijkheid van zelfstandige structurele bekostiging van zorgcoördinatie binnen de Zvw.⁶ Hierbij speelt de volgende centrale vraag:

Vallen de diensten die de zorgcoördinatie-organisatie levert onder de Zvw?

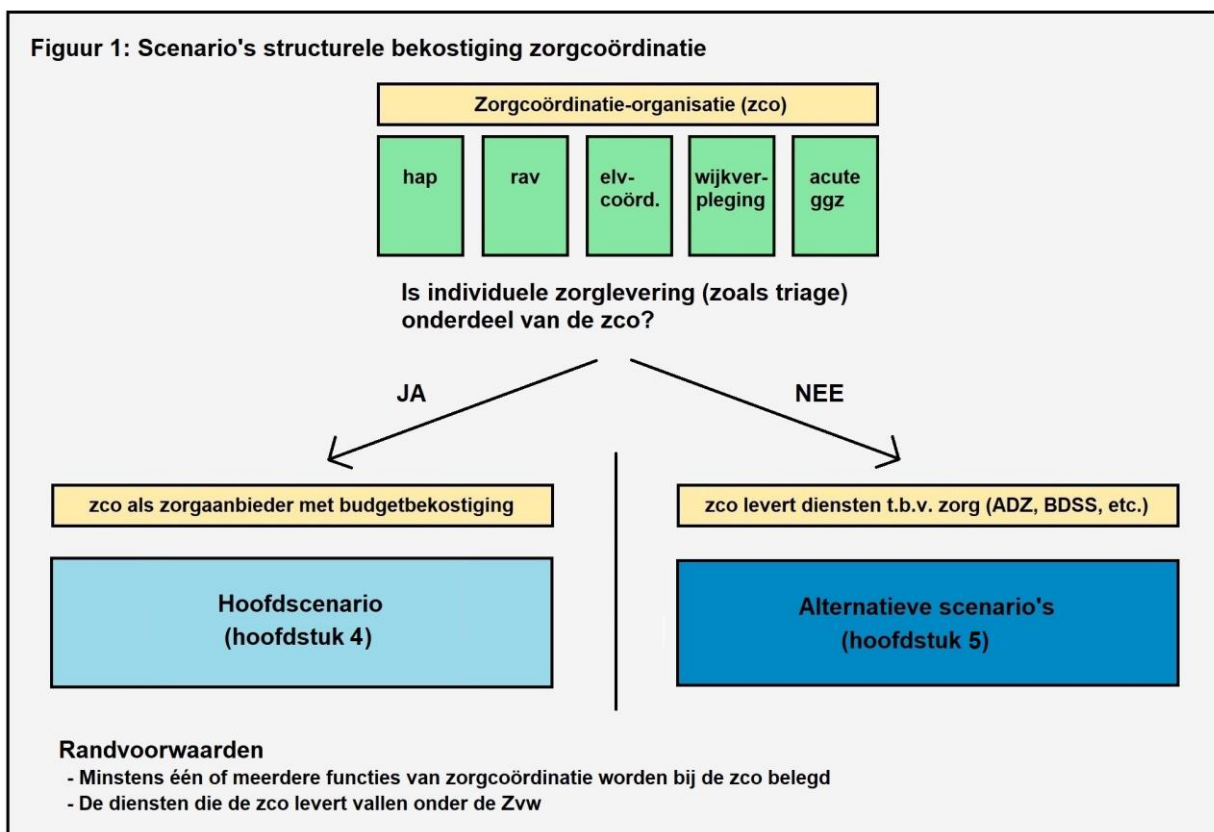
- **Nee:** als de diensten die de zorgcoördinatie-organisatie levert niet onder de Zvw vallen, is de invoering van een zelfstandige structurele bekostiging voor zorgcoördinatie praktisch onuitvoerbaar.
- **Ja:** als de diensten die de zorgcoördinatie-organisatie levert onder de Zvw vallen zijn er twee scenario's mogelijk:
 1. Er is sprake van individuele zorglevering
 2. Er is er geen sprake van individuele zorglevering, maar wel sprake van diensten die te herleiden zijn tot individuele zorglevering

In paragraaf 3.4 werken we verder uit hoe zorgcoördinatie zich verhoudt tot de Zvw en wat er nodig is om te duiden of zorgcoördinatie onder de Zvw kan vallen of niet. Figuur 1 illustreert de twee mogelijke scenario's voor zelfstandige structurele bekostiging als de diensten die zorgcoördinatie levert onder de Zvw vallen. Deze scenario's worden in hoofdstuk 4 en 5 nader beschreven.

⁵ "Bij algemene maatregel van bestuur kunnen, indien dat voor een goede uitvoering van deze wet nodig is, werkzaamheden die geheel of gedeeltelijk liggen op het gebied van de gezondheidszorg of geheel of gedeeltelijk ten behoeve van de gezondheidszorg worden verricht, worden aangewezen als zorg in de zin van deze wet." Artikel 2.1 Wmg

⁶ Met uitzondering van de beschikbaarheidsbijdrage Wmg, die wij beschouwen in hoofdstuk 5. Deze bekostigingsmogelijkheid valt buiten de Zvw en betreft een directe overheidssubsidie.

Figuur 1: Scenario's structurele bekostiging zorgcoördinatie



3.4 Zorgcoördinatie in relatie tot de Zorgverzekeringswet

Het Zorginstituut adviseert het ministerie van VWS welke (zorg)activiteiten als verzekerde zorg in het kader van de Zvw aangemerkt moeten worden. Dat wil zeggen dat het Zorginstituut adviseert over welke zorg behoort tot het basispakket. Het Zorginstituut heeft strak afgebakende informatie nodig van de verschillende functies van zorgcoördinatie, zodat zij kan beoordelen of sprake is van zorg in het kader van de Zvw. Wij constateren dat mogelijk nog niet alle informatie beschikbaar is voor het Zorginstituut om deze beoordeling uit te kunnen voeren.

Dit kan betekenen dat er functies van zorgcoördinatie zijn die niet kunnen worden aangemerkt als zorg in het kader van de Zvw. Enerzijds doordat het Zorginstituut vanwege gebrek aan informatie niet kan beoordelen. Anderzijds, wanneer de informatie wel beschikbaar is, doordat het Zorginstituut kan concluderen dat een functie niet tot het basisverzekerde pakket hoort. De Zvw regelt de verzekerde zorg voor individuele verzekerden en regelt daarmee dat kosten gedekt worden van verschillende soorten zorglevering aan individuele patiënten. Voor het goed organiseren van zorglevering is in veel gevallen een bepaalde mate van samenwerking en coördinatie noodzakelijk.

Op welk niveau de samenwerking en coördinatie plaatsvindt, is van belang om te kunnen duiden of deze vergoed kan worden onder de Zvw. Het Zorginstituut onderscheidt in zijn [Handreiking domeinoverstijgende activiteiten en aanspraken Zvw](#) (september 2023) drie organisatieniveaus: micro-, meso- en macroniveau. Bij micro- of mesoniveau gaat het om coördinatie en organisatie van zorg die gericht is op, of samenhangt met, individuele zorgverlening.

Samenwerking en coördinatie van zorg op micro- en mesoniveau kan mogelijk onder de Zvw vergoed worden, maar het is niet automatisch gezegd dat dit verzekerde zorg is. Het Zorginstituut beoordeelt of en in hoeverre de zorg valt onder de aanspraak van de Zvw.

De standpunten van het Zorginstituut over de vraag of sprake is van zorg zoals [...] plegen te bieden, gaan altijd over het micro- en/of mesoniveau. Hiermee is dus niet gezegd dat het verzekerde zorg is. Het Zorginstituut beoordeelt of en in hoeverre de zorg valt onder de aanspraak van de Zvw.

Er kan ook een vorm van coördinatie noodzakelijk zijn op macroniveau. Dan gaat het om ondersteuning die (te) ver afstaat van de individuele zorgverlening. Het Zorginstituut heeft geen instrumentarium om hierover iets te kunnen zeggen. Deze organisatie van coördinatie en samenwerking zou je kunnen zien als een 'nutsfunctie' voor de zorg.⁷ Het is onduidelijk welke onderdelen van organisatie op macroniveau vanuit de Zvw vergoed kunnen worden.

Wanneer geen sprake is van diensten geleverd onder de Zvw, is de inrichting van een zelfstandige bekostiging voor zorgcoördinatie praktisch onuitvoerbaar (zie paragraaf 3.3). Zorgcoördinatie op micro- en mesoniveau is mogelijk wel te duiden als diensten in het kader van de Zvw. Dan zijn er vervolgens twee scenario's (zie ook figuur 1):

- Het eerste scenario is wanneer de functie(s) die de zorgcoördinatie-organisatie uitvoert individuele zorglevering aan de patiënt omvat (bijvoorbeeld triage). Dit is het **hoofdscenario** van ons advies en wordt uitgewerkt in hoofdstuk 4. Conform de adviesvraag van de minister kijken we voor dit scenario hoe we een budgetbekostiging met inkoop in representatie kunnen vormgeven.
- Het tweede scenario is wanneer de functie(s) die de zorgcoördinatie-organisatie uitvoert geen individuele zorglevering omvat, maar wel diensten die te herleiden zijn tot individuele zorglevering. Voor dit **alternatieve scenario** beschrijven we in hoofdstuk 5 mogelijke vormen van bekostiging (aan de hand van de voorbeelden ADZ en BDSS, waarbij laatstgenoemde nog in ontwikkeling is).

3.4.1 Uitwerkragen bij relatie met de Zvw

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Welke functies van zorgcoördinatie vallen onder de Zvw en bij welke partij zijn deze belegd?• Welke van deze functies zijn (niet) te herleiden tot individuele zorglevering? |
|---|

3.5 Overige voorwaarden voor een structurele bekostiging

Een aantal onderwerpen is belangrijk bij het vormgeven van een bekostigingssysteem voor zorgcoördinatie. Zo is het belangrijk om de uitkomsten van zorgcoördinatie te meten. Daarnaast hebben we aandacht voor het risico op dubbele bekostiging, de risicoverevening en het eigen risico. Hieronder geven we een korte toelichting op de genoemde aspecten. Dit zijn aspecten die samenhangen met de bekostiging ongeacht de keuze voor het bekostigingsmodel. Het eigen risico hangt samen met de keuze voor een prestatie en bijbehorend tarief. Hier komen we op terug in de uitwerking bij de keuze voor het tarief (hoofdstuk 4).

Uitkomsten

Op basis van heldere kaders van het ministerie van VWS kunnen partijen in het contract een gezamenlijke visie op zorgcoördinatie en gezamenlijke doelstellingen formuleren. Door kpi's op landelijk niveau te ontwikkelen wordt voorkomen dat elke regio zelf opnieuw het wiel moet uitvinden. Deze kunnen dan worden aangevuld op regionaal niveau om recht te doen aan de regionale context. Het ministerie van VWS wil dat de kpi's uiterlijk medio 2024 zijn opgesteld (zie het [implementatieplan zorgcoördinatie](#)). Deze worden dan gebruikt om de effecten van zorgcoördinatie te monitoren, zoals het effect op de patiëntenstromen en de doorstroom binnen de acute zorgketen. Deze zijn dan ook

⁷ [Advies bekostiging afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis, 30 januari 2023](#)

onlosmakelijk verbonden met de contractering van zorgcoördinatie. Het vastleggen van kpi's is randvoorwaardelijk voor invoering van een budgetbekostiging voor zorgcoördinatie. Wij onderschrijven dan ook het belang dat zo spoedig mogelijk wordt bepaald welke set van kpi's wordt vastgelegd en op welke manier.

Schoning huidige bekostiging

Mogelijk zullen taken van zorgcoördinatie verschuiven van een individuele zorgaanbieder of meerdere zorgaanbieders naar de zorgcoördinatie-organisatie. In dat geval moeten we de bestaande bekostiging van deze zorgaanbieder(s) schonen, om dubbele bekostiging te voorkomen. Mogelijk vraagt dit ook om een aanpassing in de contractering.

Het zou hierbij met name gaan om coördinerende functies die op dit moment in de bestaande bekostiging van individuele zorgaanbieders zijn opgenomen. Zorgverzekeraars geven aan dat dit niet eenvoudig of snel geregeld is. Bestaande functies zijn verweven met andere activiteiten van zorgaanbieders en een eenduidige kostentoe rekening kan lastig zijn. Daarnaast geldt dat bij zorgcoördinatie veel sectoren betrokken zijn. Dit maakt het schonen mogelijk een intensief proces. Het is erg belangrijk om hier aandacht voor te hebben bij eventuele invoering van een structurele bekostiging voor zorgcoördinatie. Zowel om de uitvoer behapbaar te houden, alsook om dubbele bekostiging te voorkomen. Voor nieuwe functies van zorgcoördinatie die momenteel nog niet ergens worden vervuld, hoeft de bekostiging niet geschoond te worden.

Risicoverevening

Zorgverzekeraars leveren jaarlijks informatie aan over hun schadelast in de Zvw die nodig is voor het systeem van risicoverevening. Zorgverzekeraars hebben ruim de tijd nodig om die informatie op de juiste manier te verwerken. In het geval van lumpsum bekostiging moeten zij over de verwerking en afhandeling van kosten afspraken maken en die moeten verwerkt worden in het [Handboek informatie Zorgverzekeringswet](#) van het Zorginstituut.

4 Hoofdscenario: budgetbekostiging van zorgcoördinatie

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk werken we het scenario uit waarbij de zorgcoördinatie-organisatie via een budget bekostigd wordt. Zoals we in hoofdstuk 3 hebben toegelicht is de centrale voorwaarde voor dit scenario dat de zorgcoördinatie-organisatie (minimaal) één functie uitoefent die bestaat uit zorg aan individuele patiënten. We lichten in dit hoofdstuk de verschillende aspecten van budgetbekostiging toe. Bij elk aspect adviseren we of dit een geschikte vorm is voor zorgcoördinatie binnen dit scenario. Daarbij houden we rekening met tijdige uitvoerbaarheid van dit advies, vanuit het belang om spoedig structurele bekostiging voor zorgcoördinatie te regelen.

4.2 Wat is een budgetbekostiging?

Bij budgetbekostiging komen een zorgaanbieder en zorgverzekeraars een budget overeen, waarbij zij de hoogte van het budget afspreken op basis van NZa-budgetparameters. De NZa stelt de overeengekomen hoogte van het budget vervolgens vast. Het doel van een budget is het bekostigen van een bepaalde soort zorg en de daarbij behorende ondersteunende structuur en activiteiten. Om het afgesproken budget te dekken, is er sprake van financiering van de zorgverzekeraars aan de zorgaanbieder door gedeclareerde zorgprestaties te vergoeden. Deze financiering vormt de opbrengsten van de zorgaanbieder. Na afloop van een boekjaar vraagt de NZa de werkelijke opbrengsten of werkelijke kosten op en vergelijkt deze met het budget. Het verschil wordt op basis van deze nacalculatie verrekend tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraars. Zie figuur 2 op de volgende pagina voor een visuele weergave van de werking van een budgetbekostiging.

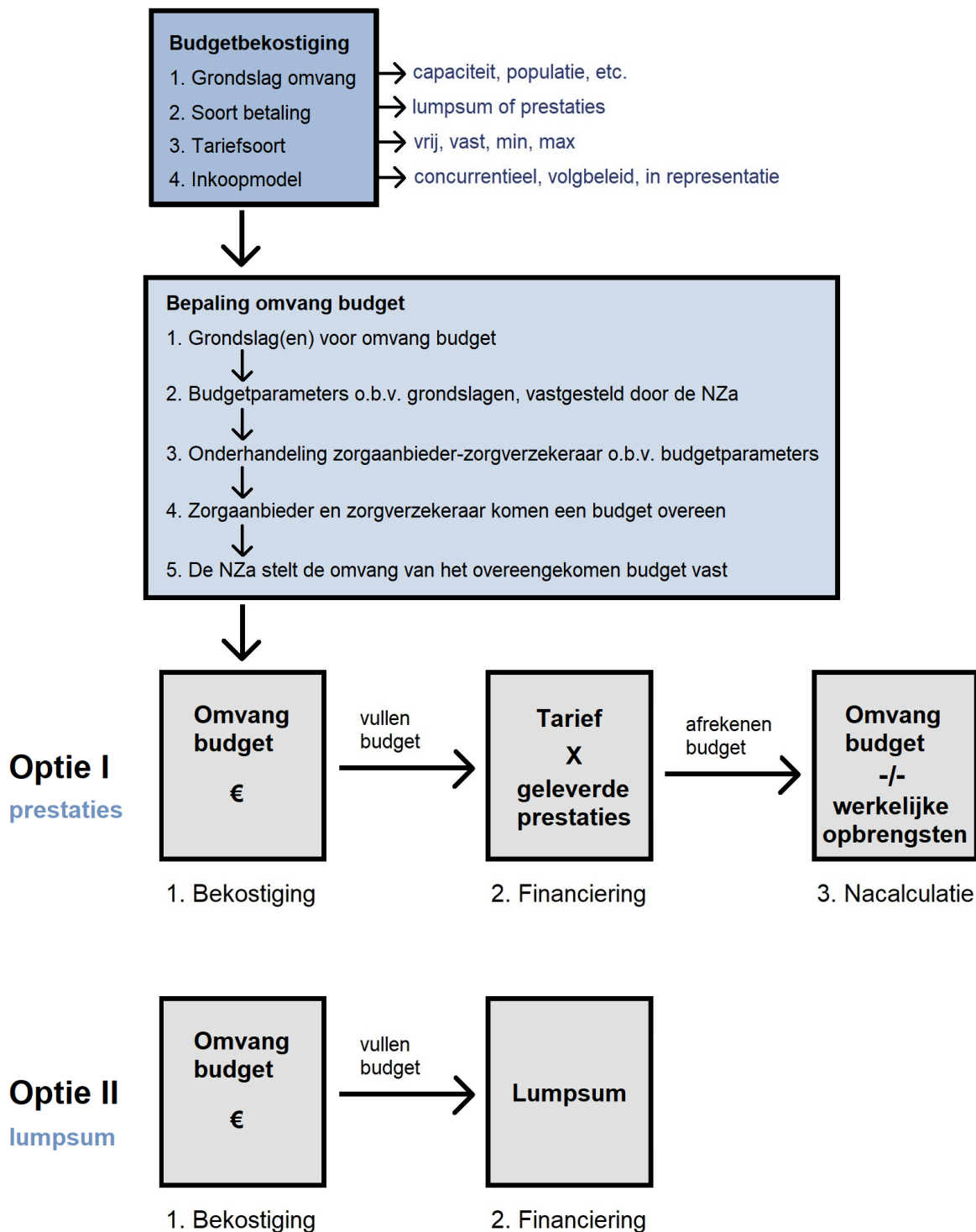
Een prestatiebekostiging met vrije tarieven kan ook ruimte bieden voor lumpsum afspraken / budgetfinanciering (zoals bijvoorbeeld bij de inkoop van de elv-coördinatiefunctie), maar dit is ter invulling aan de zorgverzekeraar. In dit advies beschouwen we dergelijke lumpsum afspraken op basis van een prestatie niet als budgetbekostiging.

We kennen al verschillende vormen van budgetbekostiging binnen de acute zorg. Zo hebben we op dit moment een budgetbekostiging voor de acute ggz, de regionale ambulancevoorzieningen en de huisartsenposten. Vaak is er bij een budgetbekostiging sprake van een beschikbaarheidsfunctie. Het gaat om zorg die beschikbaar moet zijn, ongeacht of er op dat moment vraag naar is. De zorgaanbieder moet ook haar kosten kunnen dekken wanneer zij beschikbaar is maar weinig zorg levert. Een budgetbekostiging, zoals de minister van VWS voorstelt, sluit goed aan bij de beschikbaarheidsfunctie van zorgcoördinatie.

Ter vormgeving van een budgetbekostiging werken we in dit hoofdstuk een aantal belangrijke aspecten uit. Zoals we hebben aangegeven in hoofdstuk 2, zijn de algemene uitgangspunten van zorgcoördinatie duidelijk, maar vraagt de concrete (regionale) invulling nog nadere uitwerking. Daarom kunnen we niet op alle onderdelen een advies geven. Voor de punten waarop wij nog geen advies kunnen geven, werken wij per aspect uit welke vraag of vragen eerst beantwoord dienen te worden.

Zoals we ook in ons [advies Bekostiging acute zorg](#) hebben aangegeven, is het bij een bekostiging van beschikbaarheid noodzakelijk dat er afspraken worden gemaakt over het vastleggen van uitkomst informatie en kpi's. Deze ondersteunen leer- en verbetertrajecten en regionale vergelijkingen. Ook is het vastleggen van uitkomst informatie bij budgetbekostiging belangrijk zodat er prestatieafspraken en beloningen mogelijk zijn binnen de contractering.

Figuur 2: De werking van een budgetbekostiging



- Bij een budgetbekostiging onderhandelen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over de omvang van het budget
- Tarieven per prestatie dienen alleen ter dekking van het budget. Vaste tarieven liggen in dit geval voor de hand

4.3 Grondslagen voor omvang van het budget

Om de omvang van het budget vast te stellen zijn een aantal grondslagen mogelijk. De grondslagen **capaciteit** en **populatie** zijn een logisch startpunt voor een nieuw in te richten bekostiging van zorgcoördinatie. Deze twee lichten we hieronder toe. Combinaties van deze grondslagen zijn ook denkbaar om tot een budget te komen. Voor het bepalen van de omvang van het budget worden de grondslag(en) concreet ingevuld aan de hand van parameters (zoals fte's benodigd personeel, vierkante meters of aantal inwoners regio). Deze parameters dienen als basis voor de onderhandeling tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraars over de hoogte van het budget. De NZa stelt de overeengekomen hoogte van het budget vervolgens vast.

4.3.1 Capaciteit

De eerste grondslag is capaciteit. Hierbij nemen we een bepaalde capaciteit als uitgangspunt om de hoogte van het budget vast te stellen. We stellen de hoogte van het budget bijvoorbeeld vast op basis van het benodigde aantal ambulances, bedden of triagisten. Bij een bekostiging op basis van capaciteit hebben we een kader nodig dat bepaalt hoe groot de benodigde of gewenste capaciteit in een regio moet zijn. Dit kader kan bestaan uit een model dat de benodigde capaciteit bepaalt, maar kan ook (deels) worden ingevuld aan de hand van normatieve/beleidsmatige keuzes over de gewenste capaciteit. Hieronder ter illustratie een voorbeeld uit de praktijk, bij de ambulancezorg.

Regionale ambulancevoorzieningen (rav)

Voor de ambulancezorg rekent het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) de benodigde capaciteit uit in het [referentiekader spreiding en beschikbaarheid](#). Ambulancediensten leveren jaarlijks informatie over de uitgevoerde ritten en afgehandelde meldingen aan om het referentiekader actueel te houden. Het referentiekader voor de capaciteit is een belangrijke grondslag voor de [budgetbekostiging van de ambulancezorg](#). De ambulancediensten ontvangen een integraal budget via prestaties en vaste tarieven en vereffeningsprestaties en -beschikkingen. Dit budget komt tot stand via afspraken tussen de zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraars. De ambulance budgettering kent verder ruimte waarbinnen een rav en zorgverzekeraars afspraken kunnen opnemen over innovatie, verbetering van zorgkwaliteit en verbetering van de prestaties van de ambulancevoorziening. Deze ruimte heet de 'vrije marge'.

Voor zorgcoördinatie zou voor budgettering op basis van capaciteit net als voor ambulancezorg een kader moeten worden vastgesteld over de benodigde of gewenste capaciteit. Bijvoorbeeld door een capaciteit te bepalen op basis van het aantal (geschatte) benodigde coördinatiemedewerkers om alle verwachte coördinatievragen af te handelen. Of door heldere beleidsmatige keuzes en kaders vanuit het ministerie van VWS over de gewenste capaciteit (bijvoorbeeld één vaste basisformatie coördinatiepersoneel per regio).

Op dit moment is de invulling van de zorgcoördinatie functies nog niet concreet genoeg om op basis daarvan een modelmatige benadering te doen van de benodigde capaciteit. Ook een beleidsmatig kader over de gewenste capaciteit ontbreekt. Zodra dit inzicht in de benodigde/gewenste capaciteit wel beschikbaar komt, kan dit gebruikt worden als grondslag voor het bepalen van de omvang van het budget. Wij adviseren om een grondslag te hanteren die ten minste gedeeltelijk gebaseerd is op de benodigde of gewenste capaciteit. Dit kan sterk helpen om duidelijk te maken wat er van de zorgcoördinatie-organisatie wordt verwacht qua invulling en te leveren diensten.

4.3.2 Populatie

Een andere grondslag voor de bepaling van de omvang van het budget kan de grootte van de populatie zijn. Het gaat om de populatie die de zorgcoördinatie-organisatie bedient (het adherentiegebied). Een voorbeeld hiervan zien we bij de bekostiging van de huisartsenposten. Daar spreken zorgverzekeraars en de zorgaanbieder een bedrag af per inwoner (met een door de NZa vastgesteld maximum). Dit budgetbedrag per inwoner is samen met het aantal inwoners per gebied leidend voor de omvang van het budget.

Huisartsendienstenstructuren (hds)

Vanaf 2005 kent de bekostiging van de [huisartsendienstenstructuren \(hds\)](#) een genormeerd financieringssysteem: het vast te stellen budget van iedere hds is opgebouwd uit een aantal budgetonderdelen. Het beschikbare budget berekenen we door het (maximaal) budgetbedrag per inwoner te vermenigvuldigen met het aantal inwoners in het adherentiegebied van de hds (=100%). Van dit maximaal beschikbare budgetbedrag is in principe 90% uitgangspunt van de onderhandeling met de representerende zorgverzekeraars, maar kan in afstemming met de representerende zorgverzekeraars worden verhoogd tot maximaal 110%. Dit vergroot de lokale regelruimte tussen zorgverzekeraar en hds.

Daarnaast kent de hds-budgettering een ruim financieel kader om met de zorgverzekeraar aanvullende budgetafspraken te maken voor substitutie van zorg. Op het lokaal overeengekomen budget kan nog een aanvullende budgetafpraak worden gemaakt in verband met de substitutie van ziekenhuiszorg (seh) en/of bijvoorbeeld regionale ambulancevervoer (rav) naar de huisartsenpost. Het lokaal overeengekomen budget kan het maximaal vast te stellen normeringsbudget (110%) overschrijden in het kader van de substitutie van bovengenoemde zorg. Hiervoor is het wel noodzakelijk dat een overeenkomst wordt gesloten en dat de kosten van de substitutie ook daadwerkelijk ergens anders wegvallen.

Uitgangspunt is dat in elk verzorgingsgebied de deelnemende partijen alle functies van zorgcoördinatie moeten kunnen aanbieden. Dit moet gebeuren op een manier waarop zorgcoördinatie meerwaarde biedt ten opzichte van de huidige situatie en schaalvoordelen worden benut. De minister wil dat elk individueel verzorgingsgebied voor zorgcoördinatie binnen de ROAZ-regio hiervoor voldoende mogelijkheden heeft. Met dit uitgangspunt en de daarin geformuleerde flexibiliteit ten aanzien van omvang en aantal verzorgingsgebieden per ROAZ-regio is een vergoeding op basis van de populatie van dat gebied mogelijk. Mits de afzonderlijke verzorgingsgebieden voor zorgcoördinatie goed af te bakenen zijn. De hoogte van het budget kan ook mede afhankelijk zijn van het aantal partijen dat in een (sub)regio samenwerkt voor zorgcoördinatie. Om het budget voor zorgcoördinatie te baseren op één bedrag per inwoner, moet per regio bekend zijn wat de (geschatte) kosten voor een gegeven jaar zullen zijn. Hiervoor is naast inzicht in de omvang van kosten die voor zorgcoördinatie worden gemaakt, ook van belang hoe deze kosten meeschalen met de grootte van de populatie van de regio.

Deze inschattingen kunnen we op korte termijn moeilijk maken, omdat veel regio's nog geen ervaring met zorgcoördinatie hebben. Daarnaast ontbreken de landelijke kaders nog. Wanneer tussen regio's veel onderlinge variatie in de invulling van zorgcoördinatie bestaat, is het ook moeilijk de ervaring van de ene regio voor een andere regio te gebruiken, zeker waar het de omvang van de kosten betreft. Als er op termijn duidelijk zicht is op de kosten die voor zorgcoördinatie worden gemaakt in de praktijk, is het (deels) baseren van de budgetbekostiging op basis van populatie mogelijk.

4.3.3 Macrobudget

In 4.3.1 en 4.3.2 hebben we stilgestaan bij de grondslagen *capaciteit* en *populatie*. In de praktijk zijn deze grondslagen ook te combineren. Bijvoorbeeld door een bepaalde hoeveelheid coördinatie-medewerkers per aantal inwoners van een gebied als norm te stellen. Beide grondslagen vereisen wel enig inzicht in (of beleidsmatige keuzes over) de concrete invulling van zorgcoördinatie in de praktijk. Met de implementatie van zorgcoördinatie ontstaat een nieuwe situatie waarbij in elke ROAZ-regio één of meerdere zorgcoördinatie-organisaties worden ingericht. Op korte termijn is daarmee mogelijk nog niet genoeg ervaring met zorgcoördinatie in de praktijk om concreet invulling te geven aan de grondslagen *capaciteit* en *populatie*.

Als tegenhanger van een zorginhoudelijke onderbouwing om de omvang van het budget te bepalen, is het ook mogelijk dat de beschikbare middelen centraal staan. De omvang van het budget kan door het ministerie van VWS worden bepaald op basis van het beschikbare *macrobudget* voor zorgcoördinatie. Dit macrobudget kan vervolgens worden verdeeld over de zorgcoördinatie-organisaties per regio. Dit kan een evenredige verdeling zijn (elke regio krijgt evenveel), of op basis van een bepaalde verdeelsleutel (bijvoorbeeld op basis van populatie). Voordeel van deze methode is dat de omvang van het budget relatief makkelijk kan worden bepaald en aansluit bij de beschikbare middelen. Nadeel is dat op deze manier de omvang van het budget geen zorginhoudelijke onderbouwing heeft en mogelijk slecht aansluit bij de gewenste uitvoering van zorgcoördinatie.

4.3.4 Uitwerkfragen bij omvang van het budget

- Welke functies van zorgcoördinatie moeten worden bekostigd met de budgetbekostiging?
- Welk type faciliteiten en welk type personeel zijn nodig om deze specifieke functies te vervullen?
- Hoeveel van deze faciliteiten en personeel is hiervoor nodig en in welke mate varieert dat per regio?

4.4 Soorten betalingen

Er zijn verschillende mogelijkheden om het vastgestelde budget te laten betalen aan de betreffende organisatie. Het gaat hierbij om betalingen van de zorgverzekeraar aan de zorgcoördinatie-organisatie, waarmee deze laatste haar budget kan vullen. We noemen dit ook wel de financiering van het budget. In deze paragraaf beschrijven we twee vormen van financiering: de *lumpsum* betaling en een betaling *per geleverde prestatie*.

4.4.1 Lumpsum

Bij een lumpsum betaling krijgt de zorgcoördinatie-organisatie één bedrag per periode uitgekeerd van de zorgverzekeraar. De zorgcoördinatie-organisatie hoeft niet per geleverde zorgactiviteit (of bundel van zorgactiviteiten) de zorg te declareren. En daarmee hoeft de zorgverzekeraar niet per zorgactiviteit te betalen. Zo ontstaat een constante, voorspelbare inkomende geldstroom voor de zorgcoördinatie-organisatie. De hoogte van de betalingen, de termijnen en welk deel van het budget voor welke activiteiten zijn, kan de zorgaanbieder in onderhandeling met de zorgverzekeraar afspreken. Deze manier van betaling kent een lichte administratieve belasting voor zorgaanbieders.

De verantwoording over de besteding van (delen van) het budget brengt echter wel administratieve lasten met zich mee. Ook blijft een vorm van registratie van individuele zorglevering noodzakelijk om kpi's over de uitkomsten van zorgcoördinatie te kunnen beoordelen. Daarnaast is er een verdeelsleutel nodig om de lasten van het budget onder zorgverzekeraars te verdelen. Dit kan bijvoorbeeld op basis van het marktaandeel van elke zorgverzekeraar. Hierbij kunnen er discussies ontstaan over bijvoorbeeld het adherentiegebied of de verzekerde populatie.

Een aandachtspunt voor zorgverzekeraars is om af te spreken hoe zij kosten kunnen toerekenen aan de risicoverevening. Bij invoering van een structurele bekostiging voor zorgcoördinatie is het belangrijk om hier voldoende aandacht voor te hebben en te onderzoeken of dit aanpassing vraagt. Idealiter worden veranderingen in de bekostiging, indien nodig, tegelijkertijd doorgevoerd in de risicoverevening.

4.4.2 Per geleverde zorgprestatie

Een alternatief op lumpsum-betaling is het vaststellen van prestaties met bijbehorende tarieven die de zorgcoördinatie-organisatie in rekening kan brengen voor geleverde zorgactiviteiten. Deze manier van declareren 'vult' een deel van het budget. In veel sectoren baseren we de zorgprestaties op de individuele zorglevering aan patiënten (zoals bij de huisartsenpost en de ambulancezorg). Zo is de registratie van een zorgactiviteit ook meteen bruikbaar voor declaratie. Daarnaast is deze registratie van individuele zorglevering ook erg bruikbaar als basis voor het beoordelen van kpi's over de uitkomsten van zorgcoördinatie.

Om liquiditeitsproblemen te voorkomen kan dit model worden gecombineerd met het betalen van (lumpsum) voorschotten. In de acute ggz en de ambulancezorg wordt op die manier betaald. Nadeel van het betalen per prestatie, is dat er een verschil zal ontstaan tussen het vastgestelde budget, en de opbrengsten als gevolg van geleverde en gedeclareerde zorgprestaties. Dit verschil zal verrekend moeten worden tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

In dit hoofdstuk gaan we uit van het scenario waarin de zorgcoördinatie-organisatie (minimaal) één functie uitoefent die bestaat uit zorg aan individuele patiënten. In dat scenario lijkt een combinatie van betalingen per prestatie en lumpsum voorschotten, zoals in de acute ggz en ambulancezorg, een goede methode.

4.4.3 Uitwerkragen bij soorten betalingen

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Welke soorten activiteiten worden door een zorgcoördinatie-organisatie uitgevoerd?• Hoe kunnen deze activiteiten worden gebruikt om zorgprestaties op te baseren? |
|--|

4.5 Soorten tarieven

In deze paragraaf schetsen wij de verschillende soorten tarieven die we kennen bij een vergoeding per geleverde prestatie. Zoals eerder benoemd onderhandelen bij een budgetbekostiging de zorgaanbieder en zorgverzekeraars over de omvang van het budget. Tarieven per prestatie dienen dan alleen om het budget te vullen (financiering). De hoogte van het tarief heeft dus geen invloed op de omvang van het budget. Hieronder gaan we nader in op de verschillende soorten tarieven en de keuze voor een tariefsoort.

Individuele prestaties kunnen een vrij tarief, vast tarief, minimumtarief of maximumtarief hebben. Daarnaast kennen we onderscheid tussen landelijk uniforme tarieven (zoals in de ambulancezorg) en individuele tarieven waarbij elke aanbieder zijn eigen tarief heeft (zoals bij de huisartsendienstenstructuur). Hieronder lichten we de verschillende soorten tarieven toe, in sectie 4.5.1 staan we stil bij de keuze van een tariefsoort.

- 1 **Vrije tarieven:** hierbij stelt de NZa helemaal geen tarief vast voor een prestatie, maar kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderling een tarief afspreken in de contractering.
- 2 **Vaste tarieven:** de NZa stelt een vast tarief vast voor een prestatie, doorgaans op basis van een kostprijsonderzoek. In het geval van een budgetbekostiging kan dit vaste tarief ook door de NZa

worden vastgesteld op basis van het verwachte volume en het budget dat door zorgverzekeraar en zorgaanbieder wordt afgesproken. Een vast tarief betekent dat de zorgaanbieder niet meer of minder dan dit tarief in rekening mag brengen.

- 3 **Minimumtarieven:** prestaties waarbij de NZa een minimale prijs vaststelt na een kostprijsonderzoek. Tarieven hoger dan dit minimum kunnen door zorgaanbieder en zorgverzekeraar onderhandeld worden.
- 4 **Maximumtarieven:** de NZa stelt op basis van een kostenonderzoek een maximumtarief vast voor een prestatie. Hierbij kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars wel onder het tarief contracteren, maar niet erboven. Om extra ruimte te bieden voor innovatie en specifieke kwaliteitsafspraken kan een max-max tarief worden vastgesteld. Hierbij kan het maximumtarief met maximaal 10% worden verhoogd.

4.5.1 Keuze voor een tariefsoort

Hierboven hebben wij kort de verschillende tariefsoorten beschreven. Elk tariefsoort kent zijn voor- en nadelen. De variatie in kosten tussen regio's en de dynamiek van onderhandeling over budget of tarief is daarin erg belangrijk. Het hangt ook samen met de grondslag voor de omvang van het budget en de onderhandelingsruimte daarin. Mededingingsregels van de ACM zijn ook van belang voor de keuze voor het soort tarief. Dit hangt samen met de manier waarop wordt ingekocht (zie paragraaf 4.5).

Door het inrichten van één zorgcoördinatie-organisatie per regio en de keuze voor een budgetbesteding met inkoop in representatie, ontstaan er regionale/lokale monopolies. Hiermee wordt afgestapt van het uitgangspunt van concurrentiële inkoop. Bij een dergelijke budgetbesteding onderhandelen de zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraars over de omvang van het budget. Tarieven per prestatie dienen dan alleen om het budget te vullen (financiering). Wij zien daarom geen meerwaarde in een vrij tarief, minimumtarief of maximumtarief. Prestaties met een vast tarief liggen in dit geval voor de hand.

Wel zal er waarschijnlijk regionale variatie zijn qua kosten. Dit kan betekenen dat er bij een landelijk uniform vast tarief voor verschillende regio's grote verschillen tussen opbrengsten en vooraf vastgesteld budget ontstaan. Dit betekent dat achteraf nacalculatie van deze verschillen nodig is. Om deze verschillen zo klein mogelijk te houden, is een individueel vast tarief in dat geval vanzelfsprekender. De kans op liquiditeitsproblemen verkleint hierdoor en daarmee is bevoorschotting waarschijnlijk niet nodig. Wij adviseren dan ook uit te gaan van een individueel vast tarief per regio.

4.5.2 Eigen risico

De tariefsoort en de hoogte van het tarief zijn ook van belang bij de vraag of het eigen risico van toepassing is op zorgcoördinatie. Als zorgcoördinatie bijvoorbeeld een individueel vast tarief kent, kan er tussen regio's variatie ontstaan in de hoogte van het tarief. Wanneer zorgcoördinatie ten laste komt van het eigen risico, betekent dit voor de patiënt ook variatie in de hoogte van de eigen betaling via het eigen risico. Dit terwijl de ontvangen zorg vergelijkbaar kan zijn.

Van de verschillende zorgsoorten die na inzet van zorgcoördinatie kunnen worden ingezet, is een deel vrijgesteld van eigen risico en een deel niet. Voor patiënten die (ongevraagd) gebruik maken van zorgcoördinatie is het belangrijk dat een eventuele aanslag op het eigen risico logisch voelt. De minister van VWS besluit voor welke zorgsoorten het eigen risico niet geldt. We adviseren de minister daarom de keuze voor het soort tarief te maken in samenhang met de keuze of voor zorgcoördinatie het eigen risico geldt.

4.5.3 Uitwerkfragen bij soort tarief

- Welke variatie bestaat er tussen regio's in de verwachte kosten per patiënt?
- Kiest de minister ervoor om het eigen risico wel of niet van toepassing te laten zijn op zorgcoördinatie?

4.6 Inkoopmodellen

In de brief van de minister is het uitgangspunt dat zorgverzekeraars zorgcoördinatie inkopen in representatie. In deze paragraaf zetten we dit af tegen inkoop in concurrentie en inkoop met volgeleid.

4.6.1 Inkoop in concurrentie

Bij concurrentiële inkoop onderhandelt elke verzekeraar zelfstandig met de zorgcoördinatie-organisatie. Dit geeft zorgverzekeraars veel regie. Concurrentiële inkoop kan samenwerking in een regio echter beperken en kan zorgen voor een gebrek aan gelijkgerichtheid in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Dat kan inefficiënt zijn en hoge administratieve lasten veroorzaken. Gezien de beschikbaarheidsfunctie van zorgcoördinatie en de keuze om per regio één zorgcoördinatie-organisatie in te richten, vindt de NZa dat inkoop in concurrentie niet past bij de functie van zorgcoördinatie.

4.6.2 Inkoop met volgeleid

Bij inkoop met volgeleid maken zorgverzekeraars onderling afspraken over de wijze van inkoop van bepaalde zorg. Per regio maken preferente (meestal marktleidende) zorgverzekeraars contractafspraken met de zorgaanbieder. De andere zorgverzekeraars kunnen deze afspraken volgen voor hun eigen verzekerden. Individuele verzekeraars houden hierbij wel de mogelijkheid om af te wijken van het volgeleid. Verzekeraars kunnen er voor kiezen om niet congruent in te kopen en een eigen contract te maken met de aanbieder. Bij een budgetbesteding voor zorgcoördinatie heeft inkoop met volgeleid niet de voorkeur, juist omdat individuele zorgverzekeraars dan de mogelijkheid hebben hiervan af te wijken. Dit kan tot ongewenste onzekerheid leiden bij de uitvoering van zorgcoördinatie.

4.6.3 Inkoop in representatie

Bij zorginkoop in representatie kopen één of twee zorgverzekeraars namens alle zorgverzekeraars de zorg in voor die betreffende regio of zorgaanbieder. Anders dan bij volgeleid moeten de andere zorgverzekeraars de gemaakte afspraken volgen. Dit beperkt de vrijheid van individuele zorgverzekeraars aanzienlijk en borgt de gelijkgerichtheid. Door de afwezigheid van verschillen in de contractafspraken tussen zorgverzekeraars zal de voorspelbaarheid en de continuïteit van de (financiële) bedrijfsvoering verbeteren. Verder zullen minder administratieve handelingen de transactiekosten verlagen.

4.6.4 Advies over inkoopmodel

Voor de inkoop van een budgetbesteding voor zorgcoördinatie gaat onze sterke voorkeur uit naar inkoop in representatie. Een belangrijke reden om de inkoop via representatie te laten verlopen is dat dit het beste past bij de beschikbaarheidsfunctie die zorgcoördinatie heeft. Ook brengt het de wijze van inkoop in lijn met andere beschikbaarheidsfuncties voor de acute zorg, zijnde de ambulancezorg, de huisartsenposten en de acute ggz. Zo kan de zorgverzekeraar als regionale zorginkoper zijn rol pakken en wordt de samenhang tussen de verschillende vormen van acute zorg geborgd. In ons [advies Bekostiging acute zorg \(januari 2024\)](#) gaven we aan dat deze samenhang cruciaal is om tot passende acute zorg te komen.

Zorgsectoren met vergelijkbare context en doelen (ambulancezorg, huisartsenposten en de acute ggz) worden reeds ingekocht in representatie. Doordat de concurrentie hierbij (deels) beperkt wordt is er geen sprake van mededinging, mits dit goed ingekaderd is in regelgeving. De noodzakelijkheid en proportionaliteit van de regelgeving moet hierbij goed beargumenteerd worden. Ook moet in de regelgeving duidelijk worden gemaakt waar en in welke mate er nog wel onderhandel- en concurrentieruimte is.

Met de inrichting van één zorgcoördinatie-organisatie per regio en inkoop in representatie met individuele vaste tarieven, zal er zoals nu beoogd geen concurrentie binnen een regio zijn. Hierbij moet duidelijk zijn wat de bandbreedte is wat betreft de hoogte van het budget.

Hoewel wij verwachten dat er daarmee vanuit mededingingsregels geen problemen zullen optreden bij de beoogde manier van inkoop van zorgcoördinatie, is het nu nog te vroeg om hierover uitspraken te doen. Wij adviseren om, zodra de invulling van zorgcoördinatie in de praktijk concreter wordt, dit duidelijk af te stemmen met de ACM.

4.6.5 Uitwerkragen bij manier van inkoop

- Hoe verhoudt de beoogde inkoop van zorgcoördinatie zich tot de mededingingsregels van de ACM?
- Hoe wordt bepaald welke organisatie de aangewezen organisatie is om zorgcoördinatie te leveren in één regio?

4.7 Contractering

Door de positie van de zorgcoördinatie-organisatie en de inkoop in representatie ontstaat er een grote afhankelijkheid tussen beide partijen. Enerzijds is er maar één organisatie die zorgcoördinatie aanbiedt. Anderzijds is er maar één zorginkoper die zorgcoördinatie ook zal moeten inkopen bij die ene organisatie. Deze afhankelijkheid kan bij een conflict in de inkoop leiden tot risico's voor beiden. Zo kan de zorgaanbieder bij conflicten in de problemen komen met de (financiële) bedrijfsvoering en betaalt de zorgverzekeraar mogelijk een te hoge prijs voor zorg. Om dit te voorkomen is het essentieel dat de minister aan de voorkant duidelijke kaders schept over de uitvoering en bekostiging van zorgcoördinatie. Zodat er helder is wat er voor zorgcoördinatie moet worden ingekocht en wat de zorgcoördinatie-organisatie daarvoor levert. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen expliciet afspraken moeten maken over kpi's en eventuele beloningsafspraken. Hiervoor moet er dan wel voldoende vrije ruimte zijn binnen de budgetsystematiek om hierover te kunnen onderhandelen. Het is erg belangrijk dat de zorgcoördinatie-organisatie en de zorgverzekeraars in de contractering gericht zijn op het ontwikkelen en in stand houden van een volwassen samenwerkingsrelatie. Dit betekent dat zij blijvend investeren in hun onderlinge relatie, gebaseerd op vertrouwen en transparantie.

Gezien de (regionale) positie en rol van zorgcoördinatie is het van belang dat zorgverzekeraars de verdere ontwikkeling van zorgcoördinatie stimuleren en ondersteunen. Van zorgverzekeraars verwachten we dat hun rol verder gaat dan het uitonderhandelen van budget, prijzen en volumes. De zorgverzekeraars zullen meer moeten acteren in een proces- en regiefunctie, waarbij zij samen met zorgaanbieders kijken welke innovaties en verbeteringen nodig zijn. Onderdeel van deze volwassen samenwerkingsrelatie is dat op basis van kpi's, samen wordt geleerd en verbeterd. Het voordeel van landelijk vastgestelde kpi's is dat regio's met elkaar kunnen worden vergeleken en ervaringen kunnen worden uitgewisseld. De regionale kpi's geven daarbij nog extra ruimte om prestatieafspraken te maken met betrekking tot de specifieke doelen en uitdagingen van een regio. Van zorgverzekeraars mag worden verwacht dat zij het leerproces initiëren en begeleiden en daarbij ook gebruik maken van de

kennis en resultaten uit andere regio's. Belangrijk is dat zorgaanbieders hier voor openstaan en bijdragen aan het inzicht dat nodig is om een dergelijk leerproces op gang te brengen.

4.8 Administratieve lasten

Wat betreft de administratieve lasten, kunnen we onderscheid maken tussen de administratieve lasten van de bekostiging zelf en het totale effect van zorgcoördinatie op de administratie. Bij de invoering van een nieuwe budgetbekostiging zal er tijdelijk een stijging van de administratieve lasten zijn voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Zo moeten de parameters voor invulling van de budgetbekostiging bepaald worden. Hier moet informatie voor worden opgehaald en bijgehouden. De administratieve lasten zullen ook afhankelijk zijn van de onderhoudsgevoeligheid van de bekostiging. Dit hangt weer samen met de exacte organisatie en de verwachte ontwikkelingen van de organisatie en bijbehorende kosten.

Wij verwachten een beperkte toename van de structurele administratieve lasten door de bekostiging zelf. De voor- en nacalculatie die bij een budgetbekostiging hoort, geeft administratieve lasten. Echter, bij inkoop in representatie zijn er minder administratieve handelingen nodig dan bij concurrentiële inkoop en inkoop met volgreed. De administratieve lasten met betrekking tot de contractering zullen met name liggen bij de zorgverzekeraar en de partij die zorgcoördinatie levert.

De administratieve lasten hangen ook af van de soort betaling van het vastgestelde budget. Een lumpsum betaling kent lichtere administratieve lasten voor de zorgaanbieders dan wanneer de zorgaanbieder per prestatie moet declareren. Voor de zorgverzekeraars is het mogelijk meer werk omdat zij de kosten, in het kader van de Zvw, alsnog moeten terugrekenen naar individuele patiënten. Daarbij geeft het gebruik van prestaties inzicht in wat er voor wie geleverd wordt en is dit inzicht in zekere zin ook randvoorwaardelijk om de kpi's te beoordelen. Wel is het belangrijk de administratieve lasten zo laag mogelijk te houden. Dit kan door het beperken van het aantal prestaties en voorwaarden die aan de prestaties verbonden zijn.

Het bijhouden van kpi's zorgt voor administratieve lasten voor de zorgaanbieder. Binnen de regio is een vorm van centralisering, voor het monitoren van de kpi's, wenselijk. Ook is het wenselijk om kpi's zoveel als mogelijk te baseren op bestaande registraties. Op deze manieren kan de administratieve last voor de zorgprofessionals zoveel mogelijk worden beperkt.

In de vorige alinea's is toegelicht op welke manier een budgetbekostiging voor zorgcoördinatie kan leiden tot administratieve lasten. We hebben in dit advies niet gekeken naar het effect van zorgcoördinatie zelf op de administratieve lasten. Het idee van zorgcoördinatie is namelijk dat het ook tijd kan besparen doordat de patiënten sneller op de juiste plek zijn en zorgverleners minder tijd nodig hebben om een plek voor eventuele vervolgzorg te vinden. Door structurele inrichting van zorgcoördinatie komt de patiënt sneller op de juiste plek. Triage wordt meer in samenhang uitgevoerd, er is beter inzicht in de beschikbare capaciteit en de inzet van zorg wordt beter gecoördineerd. Al deze zaken leiden tot een daling van de administratieve lasten, waardoor zorgverleners meer tijd overhouden om zorg te leveren.

4.9 Conclusie

Om een budgetbekostiging voor zorgcoördinatie vorm te geven, waarbij de zorgcoördinatie-organisatie zorg levert die toe te rekenen is aan een individuele patiënt, is meer duidelijkheid nodig over de structurele inrichting van zorgcoördinatie en in hoeverre dit valt onder de te verzekeren prestaties van

de Zvw (zie ook paragrafen 2.2 en 3.3). Wanneer duidelijk is (1) welke functies structureel onderdeel van zorgcoördinatie worden, (2) hoe deze worden ingevuld, (3) welke functies in welke hoeveelheid per regio nodig zijn en (4) in welke mate regionale variatie wenselijk is, kunnen we concreter vervolgadvisies geven. Daarnaast bestaan nog veel (technische) uitwerk vragen, die van belang zijn voor structurele bekostiging. Voor de omvang van het budget, de soort betalingen, het soort tarief en de manier van inkoop hebben we daar al een aantal vragen voor geformuleerd.

We adviseren om eerst te onderzoeken welke grondslag het meest geschikt is om de omvang van het budget op te baseren. De grondslagen capaciteit en populatie, of een combinatie van die twee, kunnen op termijn beiden geschikt zijn. Wij adviseren hierbij om, tenminste voor een gedeelte, de grondslag capaciteit te hanteren voor de omvang van het budget. Op dit moment is te weinig informatie beschikbaar om een modelmatige norm te stellen. Normatieve elementen (zoals een norm voor bepaalde (personele) capaciteit per regio) zouden ook gebruikt kunnen worden om de omvang van het budget (deels) op te baseren. Tot slot is het ook mogelijk om het budget te baseren op een macrobudget.

In dit scenario van zorgcoördinatie lijkt een combinatie van betalingen per prestatie en lumpsum voorschotten, zoals in de acute ggz en ambulancezorg, een goede methode. Verder adviseren we om uit te gaan van een individueel vast tarief per aanbieder/regio. Gegeven de regionale monopolie positie van de zorgcoördinatie-organisatie en de keuze voor inkoop in representatie, past een vast tarief het beste. Een individueel vast tarief per regio biedt ruimte om bij het vaststellen van het budget zo goed mogelijk aan te sluiten bij de specifieke zorgcoördinatie-regio en verwachte volumes. Hiermee is minder verrekening achteraf nodig, en wordt de kans op liquiditeitsproblemen verkleind. Wel adviseren we de keuze voor tarief in samenhang te doen met de opbouw van het budget en het effect op het eigen risico.

Tot slot is inkoop in representatie het meest passend voor zorgcoördinatie in dit scenario, onder voorbehoud van afstemming met de ACM. We adviseren VWS om heldere kaders op te stellen voor uitvoerende partijen hoe de inkoop en contractering plaats moet vinden. Dit moet gericht zijn op het ontwikkelen en in stand houden van een volwassen samenwerkingsrelatie. De kpi's die VWS in 2024 laat opstellen voor de monitoring van zorgcoördinatie moeten een bouwsteen zijn voor de contractering.

5 Alternatief scenario: bekostiging van zorgcoördinatie zonder individuele zorglevering

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven we kort weer welke vormen van bekostiging mogelijk zijn wanneer zorgcoördinatie alleen ondersteunende diensten omvat die niet of moeilijker terug zijn te rekenen naar individuele patiënten. Dit zijn bijvoorbeeld diensten als het organiseren van inzicht in regionale capaciteit bij zorgaanbieders, het coördineren van de juiste zorginzet en het organiseren van goede samenwerking tussen regionale zorgaanbieders (afstemming protocollen, evaluaties, bijscholing). Omdat er geen directe zorglevering is aan de individuele patiënt, kunnen we de bekostiging niet koppelen aan prestaties voor directe zorglevering. Vergelijkbare diensten ter ondersteuning van verzekerde zorg worden in andere zorgsectoren op verschillende manieren bekostigd.

In dit hoofdstuk lichten we deze bekostigingsvormen kort toe. Bij elke vorm adviseren we bondig of dit een geschikte vorm is voor zorgcoördinatie.

5.2 Bedrag per specifieke verzekerde, gekoppeld aan zorgvraag

5.2.1 Landelijk uniform

Algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg (ADZ) is een vorm van zorg die activiteiten als coördinatie, samenwerking en bijbehorende infrastructuur omvat. ADZ is alleen geschikt om (keten)zorg in onderlinge samenhang rondom de patiënt goed te kunnen organiseren. Deze activiteiten dienen ter directe ondersteuning van de betrokken zorgaanbieders bij de verlening van verzekerde zorg. Door dit bij een derde partij te beleggen ontstaat bij de zorgaanbieders meer tijd voor zorglevering. Via ADZ-bekostiging kan die derde partij met de zorgverzekeraar contractuele afspraken maken over het bedrag per verzekerde passend bij de uit te voeren activiteiten en kan hij deze kosten rechtstreeks declareren bij de zorgverzekeraar.

De zelfstandige inkoop van ADZ bij een 'derde partij' kan voor zorgverzekeraars om uitvoeringstechnische redenen belastend zijn. Dit komt omdat zij kosten aan verschillende macrokaders moeten toerekenen en kosten moeten toedelen aan individuele verzekerden ten behoeve van de risicoverevening. Daarnaast moeten zij afstemmen over inkoop en verantwoordelijkheid op basis van (regionale) marktaandelen. Misschien wordt dit minder naar mate meer ervaring is opgedaan met ADZ over de tijd. In ieder geval moet eerst duidelijk worden waarom bekostiging niet op reguliere wijze mogelijk is. Op dit moment is er een vorm van ADZ uitgewerkt en bekostigd: [ParkinsonNet](#).

De stappen om zorgcoördinatie te bekostigen via ADZ bestaan uit:

- Eerste beoordeling van haalbaarheid (werkgroep van VWS, NZa en het Zorginstituut).
- Indien positief: zorginhoudelijke toets (het Zorginstituut)
- Indien positief: uitvoeringstechnische toets (het Zorginstituut, NZa, verzekeraars en zorgaanbieders) met o.a. bekostiging, risicoverevening, eigen risico, inkoop en privacy.

Bovenstaand proces is intensief en kent een doorlooptijd van minstens een jaar. Het moet dan zeer concreet zijn welke activiteiten zorgcoördinatie omvat. Deze activiteiten moeten direct verband houden met een zorgvorm onder aanspraak van de Zvw. Het Zorginstituut toetst dit in de zorginhoudelijke toets. Na het doorlopen van deze stappen is duidelijk of ADZ een geschikte bekostiging is voor zorgcoördinatie als dit alleen ondersteunende diensten omvat. De bedoeling dat ADZ voor specifieke groepen verzekeren is, botst met de algemene aard van zorgcoördinatie. ADZ in zijn huidige vorm lijkt om die reden minder geschikt als bekostigingssysteem voor zorgcoördinatie. Mocht de minister toch voor deze vorm van bekostiging kiezen, dan adviseren we nadrukkelijk om eerst de voor- en nadelen goed te onderzoeken.

5.2.2 Regionaal flexibel

Uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) is de werkgroep Bekostiging Domein- en Sectoroverstijgende Samenwerking (BDSS) voortgekomen. Deze heeft verkend in hoeverre patiëntengroepsgebonden afstemming van zorg en ondersteuning in de zin van de Zvw tot zorg gerekend kunnen worden. En hoe zorgaanbieders dit het beste kunnen declareren bij zorgverzekeraars. De werkgroep keek specifiek naar de bekostiging van de afstemming van zorg en ondersteuning voor specifieke (kwetsbare) groepen verzekeren, niet naar de bekostiging van het aanbod van zorg en ondersteuning zelf.

De werkgroep geeft aan dat zorgaanbieders die in regionale samenwerkingsverbanden deze afstemming en ondersteuning organiseren hiervoor vergoed zouden kunnen worden. Dat kan gerechtvaardigd zijn wanneer die mate van samenwerking onvoldoende in reguliere tarieven verwerkt is. Of wanneer de groep verzekeren die van de afstemming profiteert aanmerkelijk groter is dan de groep verzekeren die bij de betreffende aanbieder in zorg is. Een nieuw in te richten experimentele betaaltitel met beperkte looptijd van vijf jaar zou hiervoor geschikt zijn. Dan kan het gebruik van de betaaltitel gemonitord, geëvalueerd en eventueel bijgesteld worden.

Op dit moment is het resultaat van de werkgroep nog niet uitgewerkt: er is nog geen experimentele betaaltitel voor dit soort samenwerking. Daarom ontbreekt het nog aan ervaring met de zorginkoop en technische afhandeling van deze manier van samenwerking. De verwachting is dat BDSS zich kenmerkt door een zeer open geformuleerde prestatie waarvan de inhoud op voorhand nog niet af te bakemen is. Daarmee wordt er veel ruimte geboden aan samenwerkingsafspraken. Dit brengt echter wel risico's op dubbele bekostiging met zich mee evenals uitdagingen rondom het toerekenen aan macrokaders en het inpassen in de risicoverevening. Daarnaast is het de vraag of BDSS passend is voor zorgcoördinatie vanwege de omvang van zorgcoördinatie.

Maar omdat BDSS een experimentele bekostiging moet worden, zou zorgcoördinatie daar op relatief korte termijn gebruik van kunnen maken. Dit kan wel betekenen dat het een tijdelijke bekostiging is voor de duur van enkele jaren. Als de minister deze route kiest, adviseren we het gebruik van de betaaltitel te monitoren en te evalueren gedurende die jaren.

5.3 Beschikbaarheidsbijdrage

De beschikbaarheidsbijdrage is een subsidie van de overheid voor bijzondere zorgfuncties. Deze vorm van bekostiging kan alleen worden ingevoerd voor vormen van zorg waarvan de kosten niet (geheel) zijn toe te rekenen naar individuele zorgverzekeraars of verzekeren, of waarvan die toerekening marktverstoring werkt, en die niet op andere manier bekostigd kan worden. Deze criteria worden

genoemd in artikel 56a van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg)⁸. Traumahelikopters en brandwondencentra zijn voorbeelden van zorgfuncties die met een beschikbaarheidsbijdrage worden bekostigd.

Wij zien mogelijkheden om zorgcoördinatie via de reguliere zorginkoop door zorgverzekeraars te bekostigen. In hoofdstuk 4 en in paragraaf 5.2 hebben wij toegelicht hoe structurele zelfstandige bekostiging van de zorgcoördinatie-organisatie kan worden vormgegeven. In het geval dat de functies van zorgcoördinatie niet worden uitgevoerd door een aparte zorgcoördinatie-organisatie, kan zorgcoördinatie bekostigd worden via de huidige bekostigingsstructuren van de deelnemende sectoren (zie ons [handvatten document](#)).

Vanwege deze mogelijkheden om zorgcoördinatie te bekostigen via de reguliere zorginkoop, concluderen we dat zorgcoördinatie niet voldoet aan de wettelijke criteria voor een beschikbaarheidsbijdrage. Daarmee concluderen we dat zorgcoördinatie niet via een beschikbaarheidsbijdrage bekostigd kan worden.

5.4 Conclusie

Bekostiging van zorgcoördinatie middels een beschikbaarheidsbijdrage is niet mogelijk. Zorgcoördinatie voldoet niet aan de wettelijke eisen die gesteld worden aan een beschikbaarheidsbijdrage. De andere twee bekostigingsvormen (ADZ en BDSS) zouden gebruikt kunnen worden voor zorgcoördinatie. Wel zijn deze bekostigingsvormen in eerste instantie gericht op specifieke (kwetsbare) doelgroepen en sluiten dus niet geheel aan bij de brede doelgroep van zorgcoördinatie. Ook kan het 'achter de deur' administratief belastend zijn om de kosten van ondersteunende diensten toe te rekenen aan macrokaders en in te passen in de risicoverevening. Voordat definitief gekozen zou worden voor één van die opties, adviseren we grondig de voor- en nadelen te onderzoeken.

⁸ "Voor een beschikbaarheidsbijdrage komen uitsluitend vormen van zorg in aanmerking waarvan de kosten niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar, of door middel van tarieven in de zin van deze wet in rekening te brengen zijn aan, individuele ziektekostenverzekeraars of verzekeren, of waarvan de bekostiging bij een zodanige toerekening dan wel een zodanige tarifiering marktverstoring zou werken, en die niet op andere wijze worden bekostigd."

6 Conclusie

6.1 Inleiding

De minister heeft ons gevraagd om in kaart te brengen hoe een budgetbekostiging voor zorgcoördinatie vorm kan krijgen, uitgaande van inkoop in representatie door zorgverzekeraars. Allereerst concluderen we dat een budgetbekostiging met inkoop in representatie voor een zorgcoördinatie-organisatie een passende bekostigingsvorm is. Voorwaarde hiervoor is dat te bekostigen functies van zorgcoördinatie onder de Zvw vallen en worden ingekocht bij één zorgcoördinatie-organisatie (die als zorgaanbieder kan worden aangemerkt). Daarnaast moeten de functies die de zorgcoördinatie-organisatie uitvoert een vorm van individuele zorglevering omvatten. Als dit niet het geval is, maar de functies van de zorgcoördinatie-organisatie zijn wel te herleiden tot individuele zorglevering, zijn enkele minder beproefde bekostigingsvormen mogelijk (aan de hand van voorbeelden ADZ en BDSS).

6.2 Budgetbekostiging van zorgcoördinatie

Voordat we een budgetbekostiging voor zorgcoördinatie met inkoop in representatie verder kunnen uitwerken, hebben we meer duidelijkheid nodig over de structurele inrichting. Belangrijk is om eerst landelijk een beter beeld te vormen over **wat** zorgcoördinatie is:

- 1 Welke functies omvat zorgcoördinatie;
- 2 Hoe worden deze functies ingevuld;
- 3 Welke functies zijn in welke hoeveelheid per regio nodig.

Het Zorginstituut heeft een duidelijke omschrijving nodig om te kunnen beoordelen of het om zorg gaat die onder de Zvw valt. Als dat het geval is, kan door het Zorginstituut gekeken worden of de omschreven functies van zorgcoördinatie behoren tot de te verzekeren prestaties van de Zvw. Daarna kunnen wij gericht adviseren **hoe** zorgcoördinatie bekostigd kan worden. Daarbij is het belangrijk dat de kosten voor zorgcoördinatie toe te rekenen zijn aan individuele zorglevering of dat deze kunnen worden aangemerkt als diensten ten behoeve van individuele zorglevering.

De bovenstaande kernvragen over **wat** zorgcoördinatie is en onze centrale vervolgvraag over **hoe** dit vervolgens bekostigd kan worden, kunnen we verder uitsplitsen in allerlei (technische) uitwerk vragen. Aan het einde van deze conclusie geven we in paragraaf 6.5 nogmaals een overzicht van de in dit advies door ons genoemde uitwerk vragen. We adviseren de antwoorden op deze vragen in samenhang te zien en uit te werken omdat deze belangrijk zijn om te komen tot een effectieve bekostiging van zorgcoördinatie.

Voor de budgetbekostiging van zorgcoördinatie heeft inkoop in representatie onze sterke voorkeur. Wij adviseren hierbij om, tenminste voor een gedeelte, de grondslag capaciteit te hanteren voor de omvang van het budget. Ter financiering van dit budget concluderen we dat prestaties met individuele vaste tarieven passend zijn. Daarnaast adviseren we om heldere kaders op te stellen over inkoop en contractering van zorgcoördinatie, op basis van kpi's.

Met tijdige duidelijkheid over de **wat** en **hoe** brengt een nieuwe budgetbekostiging enkele voordelen:

- Met de voorgestelde bekostiging kan zorgcoördinatie van de acute zorg integraal bekostigd worden.
- Dit biedt een oplossing voor de huidige, gefragmenteerde bekostiging van zorgcoördinatie waarbij er in elke regio en sector apart moet worden gezocht naar ruimte binnen de bestaande bekostiging.

- Bovendien krijgt zorgcoördinatie met een budgetbekostiging met inkoop in representatie ook een formele status waarbij inkoop niet meer vrijblijvend is maar per definitie gelijkgericht.
- Deze eigenschappen passen goed bij de beschikbaarheidsfunctie die zorgcoördinatie kent. Hiermee komt de bekostiging van zorgcoördinatie in lijn met de bekostiging van andere beschikbaarheidsfuncties van de acute zorg, zijnde de ambulancezorg, acute ggz en de huisartsenposten. Daarmee kan de zorgverzekeraar invulling geven aan zijn regierol.

Bij het invoeren van een nieuwe bekostiging moet er wel aandacht worden gegeven aan het beperken van de administratieve lasten en het voorkomen van dubbele bekostiging. Door zorgcoördinatie stevig te positioneren en structureel te bekostigen, kan de bekostiging de beweging naar landelijk dekkende zorgcoördinatie maximaal ondersteunen.

6.3 Overige mogelijkheden structurele bekostiging

Als zorgcoördinatie alleen ondersteunende diensten omvat die moeilijker terug zijn te rekenen naar individuele patiënten, is een budgetbekostiging zoals hiervoor beschreven wellicht niet mogelijk. Omdat er geen sprake is van individuele zorglevering, kunnen we de bekostiging hier niet direct aan ophangen. Vergelijkbare diensten ter ondersteuning van verzekerde zorg bekostigen we in andere zorgsectoren op verschillende manieren.

Vanwege de mogelijkheden om zorgcoördinatie te bekostigen via de reguliere zorginkoop, concluderen we dat zorgcoördinatie niet voldoet aan de wettelijke criteria voor bekostiging via een beschikbaarheidsbijdrage. Twee andere bekostigingsvormen die wij zien, zijn algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg (ADZ) en Bekostiging Domein- en Sectoroverstijgende Samenwerking (BDSS), waarbij laatstgenoemde nog in ontwikkeling is. Deze vormen kunnen we gebruiken voor zorgcoördinatie. Wel zijn deze bekostigingsvormen in eerste instantie gericht op specifieke (kwetsbare) doelgroepen en sluiten dus niet geheel aan bij de brede doelgroep van zorgcoördinatie. Ook kan het 'achter de deur' administratief belastend zijn om de kosten van ondersteunende diensten toe te rekenen aan macrokaders en in te passen in de risicoverevening. Voordat definitief gekozen zou worden voor één van die opties, adviseren we grondig de voor- en nadelen te onderzoeken.

6.4 Toekomstige bekostiging zorgbrede coördinatie en samenwerking

In aanvulling op dit advies over de bekostiging van zorgcoördinatie, hebben we ook oog voor bredere ontwikkelingen en de lange termijn. Over de jaren is de vraag naar bekostiging van coördinatie en ondersteuning van zorg toegenomen. Voor verschillende specifieke vormen van coördinatie en samenwerking is inmiddels telkens net een andere bekostiging ingericht. Op termijn leidt dit mogelijk tot een wildgroei aan verschillende bekostigingssystemen voor samenwerking of coördinatie. De NZa vindt dit onwenselijk en vraagt aandacht voor dit risico. Eerder adviseerden we op termijn een uniforme, samenhangende oplossing in de bekostiging van de verschillende samenwerkende sectoren te maken⁹. De context van dat advies is anders, maar de rode draad uit dat advies geldt ook voor zorgcoördinatie.

Daar waar zorgverleners uit verschillende disciplines samenwerken om passende zorg te leveren, moet bekostiging daarvan helder zijn. De gewenste budgetbekostiging is een geschikte oplossing voor zorgcoördinatie, maar mogelijk niet voor andere soorten zorg waar samenwerking en coördinatie dagelijkse praktijk is. Verdere uniformering van de verschillende bekostigingsmogelijkheden vraagt veel

⁹ [Bekostiging afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis \(NZa, 2023\)](#).

van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en verschillende delen van de overheid. Maar het biedt ook een kans om de grote verscheidenheid aan bestaande regionale ondersteuningsfuncties te stroomlijnen.

In aanvulling op het eerdere advies is het dan ook waardevol als de NZa onderzoekt hoe coördinatie en samenwerking op termijn uniform bekostigd kan worden. Die bekostiging zou een methode van zorginkoop mogelijk moeten maken die technisch en administratief eenvoudiger is dan de bestaande deeloplossingen.

6.5 Vervolg bekostiging zorgcoördinatie

In dit advies hebben wij de mogelijkheden uitgewerkt voor een structurele zelfstandige bekostiging van de zorgcoördinatie-organisatie. Voordat we dit verder kunnen uitwerken, hebben we meer duidelijkheid nodig over de structurele inrichting. In het advies hebben we, waar relevant, de openstaande uitwerkragen opgenomen. Hieronder staat een overzicht van de genoemde uitwerkragen.

6.5.1 Overzicht uitwerkragen zorgcoördinatie

- Welk type zorgverlener en welke partijen zijn in een structurele vorm van zorgcoördinatie verantwoordelijk voor welke functies?
- Hoe worden deze zorgcoördinatie functies ingevuld?
- Welke minimale, uniforme vereisten worden er onderscheiden per functie van zorgcoördinatie?
- Waar begint en eindigt het contact tussen patiënt/zorgverlener en de zorgcoördinatiefunctie?
- Welke functies van zorgcoördinatie vallen onder de Zvw en bij welke partij zijn deze belegd?
- Welke van deze functies zijn (niet) te herleiden tot individuele zorglevering?
- Welke functies van zorgcoördinatie moeten worden bekostigd met de budgetbekostiging?
- Welk type faciliteiten en welk type personeel zijn nodig om deze specifieke functies te vervullen?
- Hoeveel van deze faciliteiten en personeel is hiervoor nodig en in welke mate varieert dat per regio?
- Welke soorten activiteiten worden door een zorgcoördinatie-organisatie uitgevoerd?
- Hoe kunnen deze activiteiten worden gebruikt om zorgprestaties op te baseren?
- Welke variatie bestaat er tussen regio's in de verwachte kosten per patiënt?
- Kiest de minister ervoor om het eigen risico wel of niet van toepassing te laten zijn op zorgcoördinatie?
- Hoe verhoudt de beoogde inkoop van zorgcoördinatie zich tot de mededingingsregels van de ACM?
- Hoe wordt bepaald welke organisatie de aangewezen organisatie is om zorgcoördinatie te leveren in één regio?

6.5.2 Implementatie zorgcoördinatie

Parallel aan het traject voor de bekostiging, werken veldpartijen door aan de implementatie van zorgcoördinatie. In februari 2024 heeft VWS het [implementatieplan zorgcoördinatie](#) gepubliceerd. Dit implementatieplan geeft duidelijkheid en houvast aan regio's over de verwachtingen en ondersteuning bij implementatie. Ook de structurele bekostiging krijgt in dit plan aandacht. Met het voorliggende advies is er zicht verkregen op mogelijke scenario's voor de bekostiging en welke eisen dit stelt aan de organisatie. Tegelijkertijd wordt er in veel regio's ervaring op gedaan en begint zorgcoördinatie steeds meer vorm te krijgen. Tijdens de consultatie is er ook aangeboden om kennis te nemen van regionale aanpakken en lessen. Hier maken wij dan ook graag gebruik van. In een vervolgadvisie kunnen wij verder ingaan op de technische uitwerking.

Bijlage A. Consultatie en discussie

Bij dit advies heeft de NZa dankbaar gebruik gemaakt van de input van diverse betrokken partijen. Hieronder vermelden wij de partijen bij wie wij dit advies hebben geconsulteerd.

| Partij (kort/afkorting) | Volledige naam partij |
|----------------------------|--|
| ActiZ | ActiZ |
| AZN | Ambulancezorg Nederland |
| DNLggz | De Nederlandse ggz |
| InEen | InEen |
| LHV | Landelijke Huisartsen Vereniging |
| LNAZ | Landelijk Netwerk Acute Zorg |
| NFU | Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra |
| NVZ | Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen |
| PFN | Patiëntenfederatie Nederland |
| ZN | Zorgverzekeraars Nederland |
| Zorginstituut | Zorginstituut Nederland |

We hebben de reacties van de consultatie verwerkt in het advies wanneer deze direct betrekking hadden op ons advies voor de structurele bekostiging. Daarnaast hebben partijen verschillende onderwerpen aangedragen tijdens de consultatie die niet direct betrekking hebben op de adviesvraag zoals VWS ons die heeft gesteld.

Deze aangedragen onderwerpen raken vooral andere aspecten van zorgcoördinatie, zoals de implementatie of de administratieve gevolgen van zorgcoördinatie. Het [implementatieplan zorgcoördinatie](#) adresseert (een deel) van deze punten. Voor de volledigheid benoemen we de door partijen genoemde onderwerpen hier kort. Deze punten zijn belangrijk voor de verdere uitwerking van zorgcoördinatie en daarmee ook voor de uiteindelijke inrichting van de bekostiging.

Inhoud en omvang van zorgcoördinatie

Verschillende partijen geven aan dat er nog veel onduidelijkheid is over de concrete invulling en uitvoering van zorgcoördinatie. Deze reacties of standpunten hebben vaak betrekking op de functies van zorgcoördinatie en in welke mate deze functies onderdeel worden van een centrale zorgcoördinatie-organisatie of belegd blijven bij individuele zorgaanbieders. Bijvoorbeeld:

- Zijn er nog verschillen tussen zorgcoördinatie overdag en tijdens de ANW-uren?
- Moet zorgaanbieder/sector X wel of geen onderdeel zijn van de zorgcoördinatie-organisatie?
- Moet triage onderdeel zijn van de zorgcoördinatie-organisatie?
- Is de zorginkoop op het niveau van het ROAZ of op (sub)regio's?

Ook wezen partijen op de verschillen in schaal (zowel van deelnemende organisaties als omvang van verzorgingsgebieden/sub-regio's) die mogelijk ontstaan en de complexiteit die dit kan brengen met betrekking tot de uitvoerbaarheid van de bekostiging en inkoop in representatie.

Bekostiging korte termijn

Zorgverzekeraars benoemen dat zij verwachten dat er binnen de huidige financiering voldoende mogelijkheden zijn voor het financieren van zorgcoördinatie. Andere partijen gaven tijdens de consultatie aan dat er zowel op de korte als de lange termijn meer ruimte nodig is in de bekostiging om de implementatie van zorgcoördinatie vorm te kunnen geven.

Deze partijen benoemen dat de ruimte in de sectorale bekostiging, die we eerder beschreven in het [handvatten document](#), niet altijd toereikend is. Bijvoorbeeld doordat er al andere initiatieven in de regio lopen waarvoor de vrije ruimte is ingezet. Daarbij wijzen partijen erop dat er voor elke regio en zorgaanbieder op dit moment apart moet worden gekeken hoe de bekostiging van zorgcoördinatie kan verlopen en dat dit veel afstemming vereist met zowel mede zorgaanbieders als zorgverzekeraars.

Implementatie zorgcoördinatie

Verschillende partijen hebben aangegeven nieuwsgierig te zijn naar, of een standpunt te hebben over:

- de kosten(opbouw) van zorgcoördinatie zelf
- de mate waarin reeds bestaande functies van zorgcoördinatie ontvlochten en geschoond kunnen worden uit bestaande bekostiging
- het effect van zorgcoördinatie zelf op de administratieve lasten en kosten.

Deze aspecten zijn relevant voor het vervolg van zorgcoördinatie en zullen ook impact hebben op de bekostiging. Tegelijkertijd verandert er tijdens de implementatie nog veel, waardoor het lastig is om over deze onderwerpen op dit moment goede uitspraken te doen.

Vervolgzorg

Zorgcoördinatie kan mogelijk effect hebben op de patiëntenstromen richting vervolgzorg. Daarnaast kan zorgcoördinatie op bepaalde momenten tijd kosten van aangesloten zorgverleners (bijvoorbeeld omdat expertise geraadpleegd moet worden tijdens de triage) en op andere momenten weer tijd besparen (bijvoorbeeld omdat er sneller inzicht is in de capaciteit). Om zorgcoördinatie echt van meerwaarde te laten zijn, is het belangrijk dat de organisatie, de bekostiging en (concurrentie) inkoop van deze vervolgzorg goed aansluiten bij zorgcoördinatie en vice versa.

