

FAQ's NZA beleidsregel geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie

FAQ afkomstig van marktpartijen en ZN met antwoorden van de NZa

1. Algemeen

1.1: Is er net als bij de Regeling Innovatieruimte Zorgverzekering (RIZ/Flexizorg) een maximumbedrag dat verzekeraars mogen besteden aan innovatie?

antw: Nee dat is er niet. Verzekeraars zijn in principe vrij om afspraken in het kader van de prestatie innovatie te maken. VWS heeft in haar brief 'eenvoudig innovatief zorgaanbod inkopen' aangegeven dat voor wat betreft innovatie de uitvoering hiervan budgettair neutraal zal moeten plaats vinden.

Ten aanzien van de geïntegreerde 1^e lijn wordt macro € 28 miljoen euro in het kader verwerkt.

Het is de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om de keuze te maken meer of minder te investeren.

1.2: In de beleidsregel staan twee termijnen voor innovatie: 2012 en drie jaar. Hoe zit dat?

Antw: De beleidsregel heeft voor wat betreft de prestatie innovatie een looptijd tot 1 januari 2012, dus 5 jaar. Gedurende deze 5 jaar zal evaluatie van de beleidsregel plaatsvinden.

De looptijd van de individuele innovatieprojecten is maximaal 3 jaar. Na deze drie jaar dient in principe reguliere financiering via een NZa-tariefbeschikking per zorgprestatie/product plaats te vinden. De aanvangsdatum en de uiterlijke einddatum van de experimenteerperiode staat op de ontvangstbevestiging die de NZa op basis van een aanmelding toestuur.

Innovatie projecten kunnen echter een kortere looptijd hebben dan drie jaar. Afspraken hieromtrent en eventuele lokale evaluaties kunnen lokaal worden gemaakt en kunnen worden vastgelegd in het contract tussen zorgaanbieder-verzekeraar.

1.3: Dienen lokale afspraken over innovatieve projecten een looptijd te hebben van drie jaar?

antw: Nee. De looptijd van innovatieprojecten is afhankelijk van de lokale afspraken tussen zorgaanbieder en verzekeraar. Deze kunnen voor een beperkte tijd gelden bijvoorbeeld een half jaar of jaar. Drie jaar is de maximale duur voor innovatieve projecten.

Voor grotere en langdurige projecten kunnen marktpartijen bij VWS een verzoek indienen voor een experiment. Als VWS het verzoek wil inwilligen dan zal VWS de NZa een aanwijzing geven om een beleidsregel voor het betreffende experiment op te stellen.

1.4: Zijn andere verzekeraars verplicht de afspraken van de marktleider (andere verzekeraar) te volgen?

antw: Nee. Elke verzekeraar bepaalt op individueel niveau de afspraken met een zorgaanbieder. In de praktijk zal het doorgaans de marktleider zijn die een project als eerste lokaal afspreekt, maar dat is geen vereiste of vanzelfsprekendheid. Iedereen is vrij om zelf afspraken te maken. Er bestaat voor de marktleider hierin geen specifieke functie.

Indien een verzekeraar een zelfde contract afsluit als de zorgaanbieder al met een andere verzekeraar heeft afgesloten, dan kan in de overeenkomst tussen verzekeraar en zorgaanbieder naar het desbetreffende contract verwezen worden. Dit kan in principe middel een eenregelig briefje waaronder de verzekeraar aan de aanbieder hun handtekening zetten. Immers, een voorwaarde voor het in rekening brengen van de prestatie 'innovatie' is een rechtsgeldige overeenkomst (zie beleidsregel 2.4).

1.5: Moeten verzekeraars die de afspraak van de marktleider/zorgaanbieder volgen ook de overeenkomst bij de NZA melden?

Antw: Ja, elke overeenkomst over een innovatief project tussen een zorgaanbieder en zorgverzekeraar dient bij de NZa te worden aangemeld. De marktleider heeft hierin geen relevante functie.

Partijen mogen niet eerder starten en declareren voordat er een ontvangstbevestiging is ontvangen!

In 4.7 van de beleidsregel staat aangegeven dat als de zorgaanbieder hetzelfde contract met meerdere ziektekostenverzekeraars heeft afgesloten volstaat met het opsturen van één contract met de vermelding van overige contractpartners (dit zijn zorgverzekeraars waarmee de zorgaanbieder hetzelfde contract heeft afgesloten).

Een zorgaanbieder kan ook op tijdstip $t=1$ een aanmelding doen waarbij het maar gaat om 1 contractpartner. Op tijdstip $t=2$, $t=3$, etc kan deze zorgaanbieder voor exact hetzelfde contract dat eerder is aangemeld andere contractpartners aanmelden. De betreffende zorgaanbieder dient dan wel duidelijk aan te geven welk contract (een duidelijk kenmerk aangeven waardoor het opnieuw opsturen van het contract niet nodig is) het betreft en om welke nieuwe contractpartner(s) het gaat.

1.6: Wat is de relatie tussen de beleidsregel "geïntegreerde 1^e lijn en innovatie" en de module modernisering en innovatie huisartsenzorg?

antw: Bij de module Modernisering & Innovatie (M&I) kunnen ook afspraken over innovatie en samenwerking gemaakt worden. Het verschil tussen de M&I en de beleidsregel 'geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie' is dat de M&I alleen huisartsenzorg betreft. Dus als innovatie alleen huisartsenzorg betreft of het alleen gaat om samenwerking tussen huisartsen onderling dan dient de module M&I verplicht gebruik te worden (zie beleidsregel paragraaf 2.2).

In de huidige beleidsregel voor de module M&I staat ook beschreven dat het om samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines kan gaan. Hier kent de module M&I overlap met de modules geïntegreerde eerstelijnszorg en de prestatie innovatie. Dit betekent dat als het om huisartsenzorg gaat én samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines er meerdere mogelijkheden zijn.

De NZa is voornemens de module M&I aan te passen waarmee de samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines niet meer mogelijk wordt.

1.7: Moeten modules voor geïntegreerde eerstelijnszorg ook gemeld worden bij de NZA?

Antw: Nee, dat is niet het geval. Melden van projecten is alleen van toepassing voor innovatie-projecten die middels de prestatie innovatie gefinancierd gaan worden. Ook contracten tussen samenwerkingsverbanden-zorgverzekeraars hoeven niet opgestuurd te worden. Het contract kan later, in het kader van evaluatie door de NZA door de NZA worden opgevraagd.

1.8 Hoe lang duurt het voor de NZA een ontvangstbevestiging naar het innovatieproject heeft gestuurd?

Antw: Zo mogelijk binnen twee weken zal de NZa, bij een aanmelding waarbij de gevraagde gegevens volledig zijn toegevoegd, de ontvangst van de aanmelding bevestigen.

Onder "gevraagde gegevens" wordt verstaan: de overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder met tenminste de informatie zoals gevraagd in de beleidsregel onder 2.4 a-h.

1.9a Waar kan een project worden aangemeld

Projecten kunnen worden aangemeld elektronisch of schriftelijk bij de NZA:

- Elektronisch: aanmeldeninnovatie@nza.nl
- Schriftelijk: t.a.v Mirjam de Jong (aanmelden innovatie), postbus 3017, 3502 GA Utrecht

1.9b Moet een project met een looptijd van één jaar indien het verlengd wordt opnieuw aangemeld worden bij de NZA ?

antw: Nee, dat hoeft dan niet opnieuw te worden aangemeld. Het project loopt dan gewoon door.

1.10 Moeten innovatie-projecten per project of per contractant worden aangemeld?

Antw: Elke afspraak tussen een zorgverzekeraar en zorgaanbieder over een innovatie-project moet aangemeld worden.

Dus bij meerdere contractanten (meerdere zorgverzekeraars en/of zorgaanbieders) voor hetzelfde project moet elke overeenkomst tussen een individuele zorgaanbieder en individuele zorgverzekeraar over het project aangemeld worden.

Dit is noodzakelijk om het risico tot kartelvorming te voorkomen.

In 4.7 van de beleidsregel staat aangegeven dat als de zorgaanbieder hetzelfde contract met meerdere ziektekostenverzekeraars heeft afgesloten volstaat met het opsturen van één contract met de vermelding van overige contractpartners (dit zijn zorgverzekeraars waarmee de zorgaanbieder hetzelfde contract heeft afgesloten).

Een zorgaanbieder kan ook op tijdstip t=1 een aanmelding doen waarbij het maar gaat om 1 contractpartner. Op tijdstip t=2, t=3, etc kan deze zorgaanbieder voor exact hetzelfde contract dat eerder is aangemeld andere contractpartners aanmelden. De betreffende zorgaanbieder dient dan wel duidelijk aan te geven welk contract het betreft en om welke nieuwe contractpartner(s) het gaat.

1.11 Moeten beëindigde projecten worden afgemeld?

Antw: Nee, dat hoeft niet. Alleen aanmelden is van belang.

1.12 Kan de datum voor aanmelding voor 28 februari 2007 met bijvoorbeeld een maand verruimd worden?

Antw.: Nee.

De deadline van 28 februari 2007 heeft de NZa opgenomen voor marktpartijen die al voor 1 januari 2007 overeenkomsten hebben afgesloten. Het kan hierbij gaan om bijvoorbeeld 'oude' RIZ-projecten.

Overeenkomsten die nog tot stand moeten komen, zijn afspraken en/of projecten die pas van start kunnen gaan als een ontvangstbevestiging is ontvangen.

De achterliggende reden is dat op basis van de Wmg zorgaanbieders hun patiënten tijdig en zorgvuldig moeten informeren over het tarief dat in rekening gebracht wordt voor de betreffende zorgprestatie (zie artikel 38 Wmg). Hieronder valt ook dat er kenbaar gemaakt moet worden wat de eigenschappen van de aangeboden zorg zijn.

Dit artikel is een uitwerking van de WGBO (artikel 7:448 BW) waarin is gesteld dat een tarief voorafgaande aan een behandeling bekend moet zijn.

Op het moment dat zorgaanbieder en zorgverzekeraar nog geen afspraken zijn overeengekomen over een zorgprestatie/product, kan de patiënt hierover niet geïnformeerd worden. Declareren met terugwerkende kracht is dientengevolge daarom ook niet mogelijk.

Bijkomende opmerkingen en mogelijkheden:

I. Indien overeenkomsten/getekende afspraken in 2006 of eerder zijn overeengekomen, en deze in 2007 onder de prestatie 'innovatie' kunnen vallen, bestaat de kans dat marktpartijen deze overeenkomsten moeten aanpassen aan de voorwaarde van de beleidsregel 2.4 a-h.

Indien marktpartijen het niet voor elkaar krijgen deze onderwerpen in afspraken te verwerken in de overeenkomst die voor 28 februari 2007 bij de NZa moet worden aangemeld, kunnen ze deze afspraken tot vier weken later aanleveren bij de NZa, met uitzondering van 2.4. a en 2.4.g (beleidsregel: betreft concrete, eenduidige omschrijving van gecontracteerde zorgprestatie(s) of zorgproducten én de daarvoor afgesproken tarieven). Deze twee onderwerpen moeten absoluut wel worden aangeleverd voor 28 februari 2007 (reden zie alinea hierboven).

Afspraken over 2.4.b t/m f en h (wel door beide partijen ondertekend) kunnen dus iets later worden aangemeld bij de NZa.

Indien de onderwerpen van 2.4 b t/m f en h nog niet zijn opgenomen, zal er geen definitieve ontvangstbevestiging uitgaan. De NZa zal dan een voorlopige ontvangstbevestiging uitsturen waarin is aangegeven dat deze gegevens uiterlijk binnen

vier weken (na datum van deze brief) moeten worden opgestuurd, anders wordt de ingang van de betaaltitel de dag waarop de definitieve ontvangstbevestiging is opgesteld. Wanneer binnen vier weken de onderwerpen b t/m f en h (van de beleidsregel) naar de NZa worden opgestuurd (inclusief ondertekening van beide partijen) is voldaan aan de voorwaarden en is er een declaratietitel per terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2007. Indien 2.4 a en g niet zijn opgenomen bij de eerste aanmelding, zal er ook geen voorlopige ontvangstbevestiging verstuurd worden. De overeenkomst geldt dan niet per terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2007.

II. Indien het niet mogelijk is gebleken een overeenkomst met zorgverzekeraars af te sluiten die aansluiten op exact hetzelfde contract als is afgesloten met een zorgverzekeraar waarbij de overeenkomst voor 28 februari 2007 is aangemeld, dan kunnen zorgaanbieders deze zogenoemde 'verre zorgverzekeraars' of 'aansluiters' maximaal vier weken later aanmelden.

Het betreft hier dan alleen administratieve handelingen (namelijk het overeenkomen van dezelfde afspraken zoals in overeenkomst met kenmerk [xx] staan en deze afspraak ondertekenen). De afspraken an sich zijn dan al gemaakt en kunnen door de zorgaanbieder aan de betreffende patiënt worden verteld.

1.13 Kunnen marktpartijen die een project vóór 28 februari aanmelden meteen van start en hoeven zij niet te wachten op een ontvangstbevestiging?

Antw.: Ja.

Wel moet elk individuele overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en zorgaanbieder aangemeld worden. Dit geldt ook voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars die al bestaande contracten/afspraken overeenkomen (zie ook vraag/antwoord: 1.10)

1.14 Is er een format voor aanmelden?

Antw: Ja, zie website NZa.

1.15: In de beleidsregel wordt aangegeven dat een splitsing op de nota moet plaats vinden naar kosten in het kader van AWBZ, zorgverzekeringswet, aanvullende verzekering. Waar moet de nota dan heen gestuurd worden (zorgkantoor, verzekeraar aanvullende verzekering?) en hoe zit dit met de digitale nota verwerking?

Antw: Zorgverzekeraar en zorgaanbieder mogen dit zelf bepalen zolang bestaande wet- en regelgeving wordt opgevolgd.

De digitale notaverwerking is aan marktpartijen zelf.

1.16: Waarom is onder Administratievoorschriften artikel 3 opgenomen dat de zorgaanbieder kan declareren" aan een verzekerde die een daartoe strekkende verzekeringsovereenkomst heeft gesloten met de ziektekostenverzekeraar"?

Antw: In artikel 3 van de administratievoorschriften staat dat de zorgaanbieder de declaratie mag declareren aan

- een ziektekostenverzekeraar met wie daartoe een rechtsgeldige overeenkomst is gesloten

of aan

- een verzekerde die een daartoe strekkende verzekeringsovereenkomst (= polis) heeft gesloten bij de ziektekostenverzekeraar die een rechtsgeldige overeenkomst heeft gesloten met deze zorgaanbieder

Dit declaratievoorschrift geeft dus aan aan wie gedeclareerd mag worden.

2. Prestatie innovatie

2.1: Wat wordt bedoeld met een "kleinschalig project"?

Antw: kleinschalig is naar gelang hun doelstelling afgebakend tot een specifieke patiëntengroep, prestatie, een of meerdere zorgaanbieders, een of meerdere ziektekostenverzekeraars of een beperkte regio.

Alles wat hieraan voldoet is toegestaan.

Indien het nodig blijkt, wordt werkende weg het begrip kleinschaligheid verder uitgewerkt. Aanpassingen die hieruit voortvloeien zullen geen effect hebben op al aangemelde projecten waarvoor al een ontvangstbevestiging is toegestuurd.

Voor grotere en langdurige projecten kunnen marktpartijen bij VWS een verzoek indienen voor een experiment. Als VWS het verzoek wil inwilligen dan zal VWS de NZa een aanwijzing geven om een beleidsregel voor het betreffende experiment op te stellen. In dit kader is via een motie Omzigt gevraagd om bijvoorbeeld een notitie over regelvrije zones. Hier wordt op het departement bij VWS aan gewerkt. Onduidelijk is nog of en op welke termijn een eventuele nieuwe beleidsregel wordt verwacht.

2.2. In hoeverre lopen de verzekeraars risico over de uitgaven in het kader van deze beleidsregel? In het kader van de RIZ-regeling zou in het verleden zijn afgesproken dat verzekeraars minder risico lopen. Waar moeten uitgaven van de modules geïntegreerde eerstelijns- en innovatie worden geboekt?

Antw. De kosten van de modules "geïntegreerde eerstelijnszorg" moeten in de kostenverzamelstaat van de kwartaal- en jaarstaten Zvw geboekt worden onder rubriek 16 'Kosten van ondersteuning eerstelijns'. Deze kostenrubriek wordt afgerekend onder de deelbijdrage Overige prestaties, waarover verzekeraars 100% risico lopen.

De kosten van "innovatie" volgens de nieuwe beleidsregel dienen in voorkomende gevallen in de kostenverzamelstaat te worden verantwoord onder rubriek 13, code 700 "overige kosten". Onder deze rubriek dienen de kosten van voormalige initiatiefruinthe-projecten, ketenzorg en zorg geleverd door andere aanbieders geboekt te worden. In de jaarstaat over 2006 (en 2007) moeten 'overige kosten' gespecificeerd worden naar: huisartsenhulp, farmaceutische hulp, mondzorg, verloskundige hulp, medisch specialistische hulp door of vanwege het ziekenhuis, paramedische hulp, hulpmiddelen, ziekenvervoer, kraamzorg of niet te specificeren (bv ketenzorg).

Ten behoeve van de uitvoering risicoverevening moet in ieder geval onderscheid gemaakt worden naar ziekenhuiszorg, overige prestaties en niet te specificeren kosten. Zoals aangegeven zijn de kosten onder overige prestaties 100% risicodragend. De kosten ziekenhuiszorg worden verdeeld naar vast en variabel conform de sleutel bij 'overige kosten ziekenhuiszorg', te weten 75% variabel en 25% vast. De niet te specificeren kosten worden volgens een vaste sleutel verdeeld over de deelbijdragen, namelijk 40%

overige prestaties, 40% variabele kosten ziekenhuisverpleging en 20% vaste kosten ziekenhuisverpleging.

Geconstateerd is dat een beleidsmatige discussie gevoerd moet worden over de mogelijke prikkelwerking. Immers, door de wijze van ziekenhuis-financiering staat er op investeren in de eerste lijn geen positieve prikkel. Daarbij dient via de NZa ook geïnterpreteerd te worden wat de exacte verhoudingen zijn.

2.3: Is het de bedoeling dat GGZ projecten vanaf 1 januari 2007 of 1 januari 2008 onder de beleidsregel worden gebracht?

Antw: Ondanks het feit dat de GGZ pas vanaf 1 januari 2008 onder de ZVW wordt gebracht, kunnen GGZ-projecten in principe vanaf 1 januari 2007 onder de regeling worden gebracht. De kosten moeten tot de overheveling van de GGZ in de ZVW ten laste van de AWBZ worden gebracht.

2.4: Onder de meldings-eisen is opgenomen dat aan de NZA moet worden aangeleverd met welke andere verzekeraars dan de marktleider afspraken zijn gemaakt. Is dit werkelijk de bedoeling?

antw: Elke overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar dient te worden aangemeld. De marktleider heeft hierin geen relevante functie.

Indien een zorgaanbieder voor één project met meerdere zorgverzekeraars dezelfde overeenkomst heeft afgesloten, dan kan de zorgaanbieder één contract opsturen en aangeven met wie dit contract is overeengekomen.

Een zorgaanbieder kan op tijdstip t=1 een aanmelding doen waarbij het maar gaat om 1 contractpartner. Op tijdstip t=2, t=3, etc kan deze zorgaanbieder voor exact hetzelfde contract dat eerder is aangemeld andere contractpartners aanmelden. De betreffende zorgaanbieder dient dan wel duidelijk aan te geven welk contract het betreft en om welke nieuwe contractpartner(s) het gaat.

2.5: Hoe dient omgegaan te worden met diabetesprojecten die reeds in 2006 liepen?

antw: De beleidsregel 'module ketenzorg diabetes 2006' is per 1 januari 2007 vervallen. Alle diabetesprojecten die vanaf 1 januari 2007 lopen dienen onder de voorwaarden van de nieuwe regeling te worden aangemeld bij de NZA.

Ten aanzien van bestaande projecten geldt de noodzaak dat deze projecten vóór 28 februari bij de NZA gemeld moeten worden wil het project een ingangsdatum 1 januari 2007 verkrijgen. Alle andere projecten zullen een ingangsdatum krijgen van het moment van de ontvangstbevestiging.

Voor de goede orde kan worden opgemerkt dat het bij de melding vanaf 2007 gaat om de start van het project. Wanneer een project jaarlijks middels een overeenkomst verzekeraar/zorgaanbieder wordt verlengd (en de inhoud van het project wijzigt niet wezenlijk) dan hoeft het project niet steeds opnieuw te worden aangemeld en volstaat de eerste aanmelding bij de NZa.

2.6: Dienen in 2006 lopende diabetesprojecten (management en organisatiekosten) alsnog onder de beleidsregel diabetes ketenzorg 2006 te worden gemeld bij de NZA?

Antw: Dit is niet meer mogelijk, aangezien de NZa geen tariefbeschikkingen met terugwerkende kracht kan uitgeven.

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

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

2.7: Mag in het kader van de innovatie zowel diabetesprojecten waarbij managementkosten als managementkosten inclusief zorgkosten onder de regeling worden gebracht?

antw: Ja, zie vraag 2.5. Dit geldt ook voor andere innovaties. Let op, een innovatieproject moet wel voldoen aan het kader dat is gegeven bij de prestatie innovatie. Het moet gaan om het volgende:

- het ontwerpen van een nieuwe zorgprestatie rondom het zorgproces van een patiënt met een betere prijs/kwaliteitsverhouding al dan niet in samenhang met
 - het toepassen van nieuwe instrumenten zoals behandeltechnieken en - protocollen waarmee de zorg aan de patiënt wordt verleend ten behoeve van het verbeteren van kwaliteit van zorg voor de patiënt, en/of
 - het efficiënter maken van de infrastructuur en organisatie in het zorgproces (inclusief voorzieningen noodzakelijk om zorg te verlenen zoals organisatie/personeel, administratie, logistiek, ICT) waaronder mede begrepen substitutie van 2e lijnsgezondheidszorg naar 1e lijnsgezondheidszorg

Daarnaast is het belangrijk te realiseren dat de prestatie die gedeclareerd gaat worden zorg is zoals gedefinieerd in de Wmg. Ook de organisatie die wil declareren dient een zorgaanbieder te zijn zoals gedefinieerd in de Wmg.

Definitie zorg:

- a. zorg of dienst omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en
- b. handelingen op het gebied van de gezondheidszorg als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor zover uitgevoerd, al dan niet onder eigen verantwoordelijkheid, door personen, ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 van die wet of door personen als bedoeld in artikel 34 van die wet en voor zover die handelingen niet zijn begrepen onder het eerste deel van deze definitie.

Definitie zorgaanbieder:

- a. natuurlijk persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent;
- b. natuurlijk persoon of rechtspersoon voor zover deze tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met het verlenen van zorg door een zorgaanbieder als bedoeld onder a).

2.8 Dienen zorgverzekeraars en zorgaanbieders de 'oude' RIZ-projecten te laten doorlopen totdat de NZa zijn beoordeling hierover geeft?

Antw.: Nee. 'Oude' RIZ-projecten die op basis van de prestatie 'innovatie' bekostigd kunnen worden, moeten hieronder gebracht worden. Er is geen reden meer voor deze projecten om zonder rechtmatige declaratietitel voort te bestaan. 'Oude' RIZ-projecten die niet passen onder de prestatie 'innovatie' kunnen doorlopen totdat de NZa de beoordeling bekend maakt.

2.9 Hoe zit het met innovatieve projecten rondom hulpmiddelen? Kunnen deze worden aangemeld in gevolge de beleidsregel innovatie? Daarop aansluitend: kunnen innovatieve projecten rondom hulpmiddelen (denk aan stroomlijning inkoopprocessen, declareren, standaardisering) worden aangemeld ingevolge genoemde maatregel?

Antw: Ja, hulpmiddelen die als zorg of dienst zijn omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten vallen wel. Hierbij dient het wel te gaan om innovatie in de zin zoals is verwoord in de beleidsregel onder 4.3 (zie ook bij het antwoord op vraag 2.7). Experimentele hulpmiddelen waarvan niet is bepaald dat deze onder de verzekerde prestatie van de ZVW vallen, vallen niet hieronder.

Hierbij opgemerkt dat hulpmiddelen uitgesloten zijn van tarief- en prestatieregulering door de NZa. Dit betekent dat declaraties voor hulpmiddelen zonder een tariefbeschikking mogelijk zijn.

2.10 In de ziekenhuissector is sprake van een Lokale productiegebonden toeslag(LPT). Wat is de relatie tussen de beleidsregel en deze LPT? Bijvoorbeeld een ziekenhuis stelt in het lokaal overleg een nieuwe, innovatieve, behandelvorm voor. Moet dit worden gefinancierd uit de Lokale Productiegebonden Toeslag of kan dat ook met behulp van de beleidsregel innovatie

Antw:De beleidsregel Lokaal productiegebonden toeslag (LPT)¹ die geldt voor verschillende instellingen² en de prestatie 'innovatie' worden als het ware samengebracht: de prestatie 'innovatie' kan door een ziekenhuis (of andere instelling waarvoor de LPT geldt) in rekening worden gebracht zolang de financiële ruimte zoals voorgeschreven in de LPT-beleidsregel niet wordt overschreden (dit is maximaal 5% van het variabel FB-budget). Dit levert de volgende mogelijkheden:

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

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

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

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

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

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

2.10: Een categorale zorgaanbieder stelt een nieuwe innovatieve behandelvorm voor. Komt deze aanbieder ook een beroep doen op de beleidsregel innovatie? (toelichting: categorale aanbieders, zoals radiotherapeutisch centrum, revalidatiekliniek, audiologische centra hebben geen LPT).

Antw: ja.

Modules Geïntegreerde eerstelijns

3.1 Zijn de voorwaarden die een overeenkomst moet bevatten om de module in rekening te kunnen brengen (art 2.4) in alle gevallen van toepassing?

Antw: ja, als dit aan de orde is.

De verwarring bij 2.4 a-h van de beleidsregel wordt waarschijnlijk vooral veroorzaakt door de juridische waarde die aan de termen 'experiment' en 'innovatie' worden toegekend. In de beleidsregel hebben deze namelijk een expliciete juridische status voor de prestatie innovatie. Echter, deze termen kunnen in deze paragraaf van de beleidsregel ook los van deze juridische context gebruikt worden.

Hierbij doelen we op de mogelijkheid dat bij het uitwerken van geïntegreerde eerstelijnszorg er sprake kan zijn van vernieuwen, oefenen en testen. Geïntegreerde eerstelijnszorg is veelal ketenzorg zoals diabetes, COPD en Big Move. Aangezien dergelijke zorgprogramma's vaak nog niet geheel uitgewerkt/ontwikkeld zijn, lijkt het voor de hand dat ook bij de inzet van een van de modules innoveren (vernieuwen) en experimenteren (testen en oefenen) aan de orde is.

De voorwaarden zoals verwoord in 2.4 a-h gelden daarom zowel voor de modules geïntegreerde eerstelijnszorg als voor de prestatie innovatie.

Als er geen sprake is van innoveren en experimenteren dan kan er niets hierover worden opgenomen in de overeenkomst. Er kan dan genoteerd worden dat er geen sprake is van innovatie voor de betreffende zorgproducten.

Bij onderdeel h kan ook gewoon de geschatte aantal te behandelen patiënten per jaar of kwartaal genoteerd worden (los van het feit of het een experiment is of niet).

3.2 Moet het contract zorgaanbieder-zorgverzekeraar over de module geïntegreerde eerstelijnszorg op voorhand aan de NZA opgestuurd worden?

Antw: Nee dat hoeft niet. De NZA kan dat later opvragen. Voor de module is geen melding vereist.

3.3 Wat is de betekenis van art 3.4 waarin samenhang met de module met andere prestaties vereist wordt?

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

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

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

De modules geïntegreerde eerstelijnszorg zijn dus altijd verbonden met het in rekening brengen van andere tarieven voor een combinatie van zorgprestaties waarbij samenwerking aan de orde is. Een voorbeeld is de Big Move³ waarbij een huisarts en fysiotherapeut samenwerken en waar zowel een huisartsenconsult als een fysiotherapeutisch verrichting wordt gedeclareerd. Een ander voorbeeld is ketenzorg diabetes waarbij verschillende zorgvormen rondom een patiënt door verschillende zorgaanbieders wordt geleverd.

3.4 Welke mogelijkheden biedt de module M&I-huisartsenzorg voor het maken en financieren van samenwerkingsafspraken waarbij tenminste huisartsen betrokken zijn?

Antw: In het kader van de M&I huisartsenzorg bestaat ook op dit moment al de mogelijkheid om een modulebedrag M&I af te spreken voor samenwerkingskosten of projecten die huisartsen samen met een andere discipline ondernemen. Bij het onderbrengen van samenwerkingsafspraken (zonder rechtspersoon) onder de M&I zijn de voorwaarden van de beleidsregel niet van toepassing. Wel vloeit het geld dat met de samenwerkingsafpraak gemoeid is naar de huisarts, omdat het hieraan is gekoppeld, terwijl de beleidsregel 'geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie' dat juist aan de samenwerkingsvorm (dus meerdere disciplines) koppelt.

Let op: het voornemen is de module M&I op dit punt te veranderen. Dan blijft alleen samenwerking tussen huisartsen onderling over en is er geen overlap meer met de modules voor geïntegreerde eerstelijnszorg.

³ gezondheidsbevordering van patiënten met veelal sociaal-economische lagere status die kampen met klachten zoals overgewicht, suikerziekte, stress en hart- en vaatziekten door een bewegingsprogramma onder begeleiding van een huisarts en fysiotherapeut

3.5 Kunnen samenwerkingsafspraken tussen meerdere disciplines waarbij géén huisartsen betrokken zijn ook via de prestatie Innovatie gefinancierd worden?

Ant: Ja, het is in beginsel denkbaar dat een project tussen bijvoorbeeld een verloskundige en een fysiotherapeut via een prestatie innovatie wordt vormgegeven. Nergens in de beleidsregel staat dat dit niet zou mogen.

Let op, een innovatieproject moet wel voldoen aan het kader dat is gegeven bij de prestatie innovatie. Het moet gaan om het volgende:

- het ontwerpen van een nieuwe zorgprestatie rondom het zorgproces van een patiënt met een betere prijs/kwaliteitsverhouding al dan niet in samenhang met
 - het toepassen van nieuwe instrumenten zoals behandeltechnieken en - protocollen waarmee de zorg aan de patiënt wordt verleend ten behoeve van het verbeteren van kwaliteit van zorg voor de patiënt, en/of
 - het efficiënter maken van de infrastructuur en organisatie in het zorgproces (inclusief voorzieningen noodzakelijk om zorg te verlenen zoals organisatie/personeel, administratie, logistiek, ICT) waaronder mede begrepen substitutie van 2e lijnsgezondheidszorg naar 1e lijnsgezondheidszorg

Bovendien mag het er niet louter om gaan om vrije tarieven te kunnen declareren.

3.6 Wat is de betekenis van de toetsingscriteria op basis waarvan de NZA de beleidsregel evalueert. Hebben de toetsingscriteria uitsluitend betrekking op Innovatie?

Antw: Ja, dit artikel slaat alleen op Innovatie-projecten. Wel is het zo dat beleidsregel geïntegreerde eerstelijnszorg slechts dient voor twee jaar (tot 1-1-2009). Voor die tijd zal de NZA een nieuwe definitieve, financieringsregeling ontwerpen.

3.7 Waarom moeten aanbieders gegevens genoemd in art 4 ,lid 1 van de administratievoorschriften registreren?

Antw: De registratie van de gegevens zoals in artikel 4 van de administratievoorschriften staat vermeld, heeft onder meer tot doel:

- a. De ontwikkelingen van geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie en de daaruit volgende resultaten in de zorgverlening in relatie tot de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg kunnen volgen, toetsen en evalueren;
- b. Marktfalen en oneigenlijk gebruik kunnen volgen

Specifiek voor de geïntegreerde eerstelijnszorg gaat het om onderzoek ten behoeve van een nieuw bekostigingssysteem dat vanaf 2009 in werking zal treden.