



Handreiking financiering van transmurale zorg (in Connect-regio's)



Datum Juni 2026

Versienummer 1.0

Vrijwaring

NVVC Connect en auteur/redacteur drs. M.R. van der Linde hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan de samenstelling van dit rapport. Het document is tegengelezen door de NVVC Beroepsbelangen Commissie (BBC), de NVVC Commissie Kwaliteit (CK) en de Hartstichting. Desondanks accepteren de NVVC (Connect) partijen, drs. M.R. van der Linde en de Hartstichting geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in de informatie, noch voor schade, overlast of ongemak dan wel andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de informatie. Aan deze handreiking kunnen geen rechten worden ontleend.

Colofon

Deze handreiking is een uitgave van NVVC Connect.
Alle opgenomen informatie is eigendom van NVVC Connect en auteur/redacteur M.R. van der Linde, tenzij anders vermeld. Overnemen van inhoud, geheel of gedeeltelijk, is toegestaan mits met bronvermelding.

Copyright

© NVVC Connect en drs. M.R. van der Linde (cardioloog, FESC en voormalig lid bestuur NVVC Connect)
– Juni 2026



Inhoudsopgave

De onderstaande hoofdstukken zijn klikbaar, zodat je snel door het document kunt navigeren. En met een klik op de rechtsboven op elke tekst pagina staande iconen keer je weer terug naar deze inhoudsopgave.

Inleiding	4
Achtergrond en doelstelling van NVVC Connect	4
Achtergrond en doelstelling onderzoek financiering van transmurale zorg bij Connect	5
Methode en uitwerking	5
Leeswijzer	5
Samenvatting	7
Algemene samenvatting en adviezen	7
Infographic financiering en knelpunten van transmurale (Connect) zorg	11
1. Bekostiging van de zorg op hoofdlijnen	12
1.1 Bekostiging eerste lijn	13
1.2 Bekostiging tweede en derde lijn (medisch specialistische zorg, msz)	14
1.3 Bekostiging van anderhalvelijnszorg	15
1.4 Bekostiging van lijn-/sector- en domeinoverstijgende transmurale samenwerking	15
2. Resultaten van het onderzoek op hoofdlijnen	17
2.1 Financiering en organisatie van transmurale zorg en knelpunten daarin	17
2.2 (Financiering van) rollen en inzet	18
2.3 (Financiering van) overhead en ondersteuning	18
2.4 Belemmeringen en knelpunten	18
3. Regionale transmurale afspraken en financiering	20
3.1 Type RTA	20
3.2 Structurele financiering via reguliere prestaties in relatie tot RTA's	21
4. Overzicht financiering transmurale zorg	24
4.1 Transmurale lijn-/sector-/domeinoverstijgende zorg financieringsmogelijkheden	24
4.2 Financiering en betaaltitels met focus op het leveren van de transmurale lijn-/sector-/domeinoverstijgende zorg zelf	26
4.3 Financiering met focus op de organisatie van transmurale lijn-/sector-/domeinoverstijgende zorg	30
5. Effectmetingen	34
5.1 Effectmetingen onderzoek m.b.t. zorgconsumptie en overig	34
5.2 Effectmetingen m.b.v. NVVC Connect indicatorenset	35
5.3 Effectmetingen m.b.v. SROI-onderzoek in Connect-regio's	36
5.4 Doel en evaluatie van effectmetingen op zorgconsumptie en overige kosten-baten van transmurale samenwerking	37
Bijlage 1: Bekostiging van organisatie van zorg	39
Bijlage 2: Resultaten enquête financiering transmurale samenwerking in de Connect regio's	41
2.1 Financiering van regionale transmurale zorg	41
2.2 Financiering van (sociale) innovatie/digitale zorg	41
2.3 Financiering van overhead & ondersteuning	42
2.4 Genoemde knelpunten	43
2.5 Oplossingsrichtingen	44
Bijlage 3: Diverse vragen en opmerkingen n.a.v. de enquête	48
Bijlage 4: Vragenlijst 'Inventarisatie financiering in Connect-regio's	50



Inleiding

Achtergrond en doelstelling van NVVC Connect

De NVVC heeft in 2011, in nauwe samenwerking met het NHG, het transmurale (chronische) hartzorg programma NVVC Connect opgezet. Connect is opgericht in de overtuiging dat goede transmurale samenwerking leidt tot verbinding tussen de lijnen én tot:

- minder onnodige verwijzingen binnen het zorgstelsel;
- zorg die zo dicht mogelijk bij de patiënt thuis kan worden geboden;
- In de toekomst toegankelijke en betaalbare zorg.

Connect sluit hiermee volledig aan bij de transitie naar passende zorg volgens het [Integraal Zorgakkoord \(IZA\)](#) en het [Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord \(AZWA\)](#). De afgelopen 14 jaar heeft dit geleid tot een unieke infrastructuur van ca. 50 Connect-regio's waarin transmurale samenwerking op de aandoeningen hartfalen, acuut coronair syndroom, pijn op de borst en atriumfibrilleren is ingeregeld. Daarnaast is er de landelijke Connect organisatie die de regio's verbindt, ondersteunt, inspireert en generieke problemen inventariseert en adresseert¹ met als doel om de transmurale passende hartzorg verder op te schalen, te verbreden, continu te verbeteren (PCDA-cycli) en toekomstbestendig te maken en houden. Deze transmurale zorg wordt geleverd in zogenaamde netwerkzorg, die ook lijn-/sector- of domeinoverstijgend kan zijn.

Over Connect

Connect is een programma (sinds 2011) dat nu bestaat uit een netwerk van ruim 50 transmuraal (eerste en tweede/derde lijn) samenwerkende regio's. Een Connect-regio is een samenwerkingsverband tussen (de zorgverleners van minstens één ziekenhuis en één huisartsenzorggroep, gericht op een of meerdere aandoeningen: atriumfibrilleren, hartfalen, acute coronaire syndromen en pijn op de borst. De regio's maken regionale transmurale afspraken (RTA's), welke zijn gebaseerd op de richtlijnen van de NVVC en het NHG, en geven daarbij patiënten participatie vorm. Deze afspraken resulteren in meerdere protocollen, zoals het (vroegtijdig) identificeren van patiënten met verdenking hartfalen in de eerste lijn, terugverwijzing voor controle en behandeling van patiënten naar de eerste lijn, of palliatieve hartfalenzorg en het transmurale overleg hierover.

De aangesloten regio's vormen hét landelijke Connect-netwerk waarin regio's elkaar ontmoeten, van elkaar leren en met elkaar samenwerken om de beweging naar passende zorg te faciliteren en te versnellen.

Inmiddels is Connect uitgegroeid tot een hecht samenwerkingsverband met huisartsenorganisaties (NHG, HartVaatHAG, LHV en Ineen), Hartstichting (gezondheidsfonds en patiëntenorganisatie), NHR en de DCVA als betrokken partners.



Het Connect-netwerk bestaat uit:

26 hartfalen-regio's: 52 ziekenhuizen & 46 zorggroepen

25 atriumfibrilleren-regio's: 37 ziekenhuizen & 45 zorggroepen

¹ M.b.v. toolkits, RTA-sjablonen, (na)scholing programma's, tips voor patiënten participatie, organiseren van 'Connected' bijeenkomsten voor het uitwisselen van ervaringen en oplossingsrichtingen voor knelpunten door regio's, handleiding '[Transmurale samenwerking binnen Connect](#)' met bijbehorende [checklist](#), etc. Een overzicht van Connect vanaf 2011 tot heden is te lezen in het document '[Impact van Connect\(ed\) hartzorg](#)' en in het '[Programmaplan NVVC Connect 2020-2025](#)'.



Achtergrond en doelstelling onderzoek financiering van transmurale zorg bij Connect

Bij de organisatie van regionale transmurale samenwerking (ook wel netwerkzorg genoemd), die al dan niet lijn-, sector- of domeinoverstijgend is, ervaren regio's vaak dezelfde knelpunten. Een belangrijk knelpunt is het verkrijgen van structurele financiering, zowel voor de transmurale hartzorg zelf als voor de organisatie van de zorg. Met de organisatie van zorg wordt bedoeld: de transmurale structuur waarin vertegenwoordigers uit de eerste lijn en de medisch specialistische zorg (msz) in de regio samenwerken. Deze structuur is nodig om de samenwerking tussen ziekenhuizen en de eerstelijnszorg goed te laten verlopen. Regio's geven aan dat het lastig is om hiervoor (structurele) financiering te krijgen.

Om inzicht te krijgen in hoe de financiering in verschillende regio's is geregeld, heeft NVVC Connect een onafhankelijk bureau opdracht gegeven om een enquête en een aantal verdiepende interviews uit te voeren onder de Connect-regio's. Het doel hiervan was om te inventariseren hoe de financiering van de transmurale samenwerking in deze regio's is georganiseerd en waar eventuele knelpunten liggen. Op basis van de resultaten van deze enquête is dit rapport en handreiking opgesteld.

Het is belangrijk om te benadrukken dat regelgeving, net als de zorg zelf, voortdurend in ontwikkeling is. Na publicatie van dit document kunnen er wijzigingen zijn in regelgeving en financieringsmogelijkheden die hierin nog niet zijn verwerkt. Dit document geeft de op dit moment bekende en actuele stand van zaken weer en is daartoe beperkt. De actuele regelgeving van de NZa is altijd voorliggend.

Methode en uitwerking

Voor dit inventariserende onderzoek is een gestructureerde vragenlijst verspreid onder de Connect-regio's (zie bijlage 4). Daarnaast zijn verdiepende interviews uitgevoerd. De vragenlijst is vooraf gecontroleerd door de juridische afdeling van de Federatie Medisch Specialisten, om te waarborgen dat de formulering voldoet aan privacyregels en regelgeving t.a.v. marktgevoeligheid. Zowel de enquête als de interviews zijn uitgevoerd door een onafhankelijke partij (*trusted third party*, TTP) en alle gegevens zijn anoniem verwerkt. In totaal zijn 11 enquêtes ingevuld en zijn 4 verdiepende interviews gehouden. Hoewel dit een relatief kleine steekproef is en de samenwerking in de regio's nog volop in ontwikkeling is, heeft het onderzoek waardevolle informatie en inzichten opgeleverd. Deze kunnen worden gedeeld binnen het Connect-netwerk, zodat regio's hierover in gesprek kunnen gaan met onder andere lokale zorgverzekeraars. Dit rapport met handreiking biedt hiervoor informatie, adviezen en praktische tips over de (on)mogelijkheden van financiering van regionale transmurale zorg.

Leeswijzer

Dit rapport met handreiking beschrijft per hoofdstuk de belangrijkste resultaten van het uitgevoerde onderzoek op hoofdlijnen. Deze worden aangevuld met algemene informatie over de bekostiging van zorg, financieringsmogelijkheden en bestaande NZa prestaties/betaaltitels. Daarnaast worden adviezen gegeven om te komen tot betere en waar mogelijk structurele (toekomstbestendige) financiering van de genoemde (hart)zorg in de regio.

In de bijlagen is meer uitgebreide achtergrondinformatie opgenomen over de bekostiging van de organisatie van zorg in Nederland, evenals verdiepende informatie over de onderzoeksresultaten, opmerkingen en vragen.

Opbouw van het document

- Het document start met een **algemene samenvatting** en een **infographic**.
- **Hoofdstuk 1** beschrijft op hoofdlijnen de bekostiging van zorg.
- **Hoofdstuk 2** bevat de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek (vragenlijst en interviews).
- **Hoofdstuk 3** beschrijft verschillende mogelijke regionale transmurale afspraken (RTA)-typen en bijbehorende financieringsmogelijkheden (gebaseerd op de



onderzoeksresultaten). Hierbij wordt ook ingegaan op aanpassingen tijdens implementatie en worden adviezen gegeven voor structurele financiering, zowel binnen als over sectoren heen.

- **Hoofdstuk 4** geeft een overzicht van financieringsmogelijkheden voor transmurale zorg, voornamelijk gebaseerd op lijn-, sector- en/of domeingebonden prestaties. Daarnaast bevat dit hoofdstuk een opsomming van mogelijkheden voor financiering via lijn-, sector- en/of domeinoverstijgende afspraken, zowel voor de zorg zelf als voor de organisatie daarvan (zoals bundelafspraken, samenwerking met wijkverpleging en het sociaal domein, overlegvormen en digitale consulten).
- **Hoofdstuk 5** behandelt effectmetingen met betrekking tot zorg en zorgconsumptie. Hierbij wordt zowel ingegaan op onderwerpen die door respondenten zijn aangedragen als op onderzoek dat binnen de Connect-regio's is uitgevoerd in het kader van het [Impuls Hartzorg project](#), van belang voor de borging en financiering van de RTA.
- **Bijlage 1** geeft een nadere toelichting op een nieuwe NZa-prestatie voor de bekostiging van de organisatie van zorg.
- **Bijlage 2** bevat een uitgebreide weergave van de resultaten van het onderzoek over de financiering van transmurale samenwerking in de Connect-regio's.
- **Bijlage 3** omvat een overzicht van vragen en opmerkingen naar aanleiding van het onderzoek, inclusief beantwoording.
- **Bijlage 4** toont de gebruikte vragenlijst van de enquête 'Inventarisatie financiering in Connect-regio's'.

Dit document is tegengelezen door de Beroepsbelangencommissie (BBC) en de Commissie Kwaliteit (CK) van de NVVC, evenals door de Hartstichting. De ontvangen feedback is in het document verwerkt.



Samenvatting

Algemene samenvatting en adviezen

Dit document is het resultaat van een door NVVC Connect opgezet inventariserend onderzoek door een onafhankelijk bureau naar de financiering van transmurale (cardiologische) zorg in verschillende Connect-regio's. Dit onderzoek bestond uit enquêtes en verdiepende interviews en is uitgevoerd door een onafhankelijk bureau. De belangrijkste uitkomsten en conclusies zijn uitgewerkt in hoofdstukken 2, 3 en 5 en worden hieronder samengevat. Hoewel de inventarisatie is gebaseerd op een beperkt aantal respondenten (11 ingevulde enquêtes en 4 interviews), geeft het onderzoek toch een redelijk duidelijk - maar ook divers - beeld van hoe financiering in de regio's is georganiseerd en welke afspraken er zijn gemaakt. Voorafgaand aan de onderzoeksresultaten wordt in hoofdstuk 1 een algemeen kort overzicht gegeven van de bekostiging van zorg binnen verschillende lijnen, sectoren en domeinen. Dit overzicht is nodig om de resultaten van het onderzoek goed te kunnen duiden. Daarnaast bevat het document in hoofdstuk 4 een overzicht van mogelijke financieringsvormen en bestaande reguliere, experimentele en/of tijdelijke prestaties (van de NZa), die gebruikt kunnen worden om (transmurale c.q. lijn-/sector-/domeinoverstijgende) zorg te registreren en te declareren. Ook zijn de belangrijkste knelpunten in de financiering in kaart gebracht.

Net als de zorg zelf is regelgeving voortdurend in ontwikkeling. Het is daarom mogelijk dat na publicatie van dit document wijzigingen zijn opgetreden in regelgeving en financieringsmogelijkheden die hierin nog niet zijn verwerkt. Dit document geeft de op dit moment bekende en actuele stand van zaken weer en is daartoe beperkt. De actuele NZa-regelgeving blijft altijd voorliggend.

Belangrijkste bevindingen uit het onderzoek

Uit het onderzoek blijkt dat de financiering van (chronische) hartzorg in de Connect-regio's op veel verschillende manieren is ingericht. Dit hangt onder andere samen met de vorm van transmurale samenwerking en de gemaakte regionale transmurale afspraken (RTA's; zie hoofdstuk 3). Voor de zorg zelf blijken er verschillende financieringsvormen te bestaan in de bevraagde Connect-regio's, variërend van tijdelijke regelingen tot enkele meer structurele afspraken. Een voorbeeld van dit laatste is een tijdelijke meerjarenafpraak in enkele regio's, waarbij controles van chronische hartfalen (HF) en atriumfibrilleren (AF) patiënten in de eerste lijn - overgenomen uit de medisch specialistische zorg (msz) - onder de CVRM-ketenzorgprestatie vallen en daaruit worden gefinancierd.

Voor de financiering van de organisatie, scholing, onderhoud en verdere ontwikkeling van de transmurale samenwerking is nog weinig structureel geregeld. In sommige regio's bestaan wel afspraken, maar vaak wordt gebruik gemaakt van tijdelijke subsidies, bijvoorbeeld van de Hartstichting en ZonMw.

Inventarisatie (structurele) financiering transmurale zorgverlening in de Connect regio's en het belang daarvan

Uit de enquête en interviews blijkt dat respondenten structurele en stabiele financiering essentieel vinden voor:

- het blijvend leveren van doelmatige transmurale chronische hartzorg (met name in de eerste lijn),
- de organisatie, coördinatie en het onderhoud van de samenwerking.

Uit verricht onderzoek in het [Impuls Hartzorg \(IHZ\)](#) project blijkt dat de transmurale hartzorg samenwerking leidt tot positieve resultaten en leidt tot hogere tevredenheid van patiënten en van zorgverleners (zowel eerste lijn als msz), betere ervaren kwaliteit van zorg van patiënten en lagere zorgkosten per patiënt. De besparingen op de zorgkosten en verdere effecten van transmurale samenwerking zijn aantoonbaar, bijvoorbeeld via *Social Return on Investment* (SROI) onderzoek (zie bij de effectmetingen hieronder en die uitgebreid



beschreven zijn in hoofdstuk 5). Respondenten benadrukken daarom het belang van een structureel gefinancierde regionale organisatie voor transmurale samenwerking.

Huidige financieringsmogelijkheden en knelpunten

Er zijn al diverse mogelijkheden voor structurele financiering van zorg binnen transmurale samenwerkingen via reguliere prestaties (zie tabel 3, paragraaf 3.2) die, zo blijkt uit het inventariserende Connect onderzoek, ook deels worden benut. Toch zijn er belangrijke beperkingen:

- Het gaat vaak om specifieke afzonderlijke prestaties binnen de lijn of sector waarbij dit geen 'overkoepelende' lijn-/sector-/domeinoverstijgende financiering inhoudt.
- 'Structurele' financiering is in de praktijk vaak maar beperkt, omdat contracten regelmatig worden herzien door zorgverzekeraars en er per zorgverzekeraar en per regio periodiek opnieuw afspraken moeten worden gemaakt.

Overzicht financieringsmogelijkheden

In hoofdstuk 4 wordt een overzicht van de uit het Connect onderzoek gebleken gebruikte (veelal) lijn-/sector/domein gebonden financieringsmogelijkheden (zoals gebruikt in diverse RTA-typen). Daarnaast wordt een overzicht gegeven van de mogelijke lijn-, sector- en of domeinoverstijgende prestaties, met onderscheid tussen (focus op) de financiering van de zorg zelf en (focus op) de financiering van de organisatie daaromheen.

Mogelijkheden tot financiering en betaaltitels met focus op transmurale lijn- en/of sector-/domeinoverstijgende zorg zelf:

1. vanuit de eigen bekostigingsstructuren;
2. via [onderlinge dienstverlening \(ODV\)](#);
3. vanuit *bundled payment* ofwel [zorgbundel](#) financiering;
4. via de [Beleidsregel innovatie \(BRI\) voor kleinschalige experimenten](#);
5. via een [facultatieve prestatie](#);
6. vanuit echte lijn-/sector- of domeinoverstijgende prestaties;
7. via financiering van anderhalvelijnszorg;
8. m.b.v. digitale prestaties in de zorg;
9. via een combinatie van reguliere en innovatieve of experimentele prestaties.

Mogelijkheden tot financiering en betaaltitels met focus op organisatie van transmurale lijn- en/of sector-/domeinoverstijgende zorg:

1. uit O&I (ontwikkeling en infrastructuur) gelden;
2. via tijdelijke subsidies/prestaties;
3. vanuit de [Beleidsregel experiment patiëntengroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg \(BR/REG-24152\)](#) (vanaf 1 mei 2025 tot in principe 30 april 2029);
4. vanuit de [Beleidsregel Experiment versterking organisatie eerstelijnszorg binnen Zvw-verzekerde zorg \(BR/REG-27110\)](#) (vanaf 1 januari 2027 tot in principe 31 december 2031);
5. vanuit de [ADZ](#) (algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg) prestatie.

Effectmetingen

Bij veranderingen in de organisatie en vorm van zorg en zeker bij transmurale lijn-/sector-/domeinoverstijgende zorg zijn effectmetingen essentieel. De resultaten van de effectmetingen van zorgconsumptie in Connect-regio's uit enquêtes en interviews (vanuit de respondenten) én die uit de metingen van het programma [Impuls Hartzorg \(IHZ\)](#) (zie ook bij [ZonMw Hartzorg](#)) worden besproken in hoofdstuk 5. Deze effectmetingen zijn belangrijk voor:

- de verantwoording van (tijdelijke) financiering;
- (de mogelijkheden van) toekomstige bekostiging van zorg en organisatie.

Er zijn drie typen effectmetingen:

1. Effectmetingen van zorgconsumptie

Metingen van de effecten van transmurale zorg consumptie (op basis van RTA's), zoals:

- aantal en evaluatie passendheid van verwijzingen;
- aantal consulten en poliklinische contacten;



- o SEH-bezoeken en opnames;
 - o (evaluatie van) terugverwijzingen van tweede naar eerste lijn;
 - o gezondheidswinst (bijv. door vroegsignalering bij verslechterende gezondheidstoestand);
 - o mate van doelmatigheid en efficiëntie in de (transmurale) zorgketen;
 - o via reguliere overlegmomenten tussen eerste en tweede lijn (en de frequentie van deze overlegvormen).
2. *Effectmetingen m.b.v. de NVVC Connect indicatorenset (vanuit het IHZ-programma)*
Metingen m.b.v. via vier indicatorenvragenlijsten:
- o ervaringen van patiënten m.b.t. het transmuraal samenwerken;
 - o ervaringen van zorgverleners m.b.t. het transmuraal samenwerken;
 - o doelmatigheid (bijv. aantal verwijzingen) t.a.v. het transmuraal samenwerken;
 - o inrichting van de PDCA-kwaliteitscyclus en patiëntparticipatie.
- Uitkomsten hiervan:
- o Patiënten zijn tevreden over de transmurale samenwerking tussen en de begeleiding door hun zorgverleners.
 - o Zorgverleners (huisartsen, POH's, cardiologen, VS'en en PA's) zijn tevreden tot zeer tevreden over de transmurale samenwerking, waarbij onderlinge overlegmogelijkheden als laagdrempelig worden ervaren.
3. *Social Return on Investment (SROI) onderzoek (verricht in het kader van het IHZ project)*
Metingen van maatschappelijke en financiële opbrengsten. De uitkomsten daarvan in het IHZ project zijn:
- o elke geïnvesteerde euro levert €1,90 tot €2,30 op;
 - o lagere zorgkosten per patiënt;
 - o hogere ervaren kwaliteit van leven bij patiënten;
 - o betere toegankelijkheid van tweedelijnszorg;
 - o meer werkplezier bij zorgverleners.
- Deze resultaten zijn opvallend consistent, ondanks verschillen tussen regio's (zoals gebruik van anderhalvelijnszorg, telemonitoring of m.b.v. een actief terugverwijsbeleid). Kanttekening hierbij: de kosten en baten zijn niet gelijk verdeeld over partijen (het 'wrong pocket'-probleem).

Zoals hierboven aangegeven is het dus belangrijk om de 'spin-off' c.q. de kosten, opbrengsten en maatschappelijke en persoonlijke effecten van transmurale samenwerking te meten en te objectiveren via o.a.:

- algemene data uit eerste en tweede lijn (bij voorkeur gecombineerd);
- open DIS-, Vektis- en overige voorhanden data;
- indicatorensets en vragenlijsten;
- SROI-onderzoek.

Een combinatie van deze methoden geeft het beste inzicht. Daarbij is het van belang om op te merken dat veranderingen in verrichtingendata van ziekenhuizen, eerste lijn en/of bij zorgverzekeraars (bijv. aantal consulten) vaak beter meetbaar zijn dan zorgkosten, aangezien deze laatste worden beïnvloed door meerdere factoren (zoals prijs × volume en contractafspraken) en daardoor lastiger zijn te gebruiken voor effectmetingen

Adviezen

Op basis van het onderzoek, de financieringsmogelijkheden en de resultaten van de effectmetingen worden adviezen en oplossingsrichtingen gegeven. Deze adviezen (gebaseerd op *best practices*) kunnen als inspiratie dienen voor Connect-regio's en gebruikt worden bij afspraken met zorgverzekeraars over financiering van transmurale zorg en de organisatie en coördinatie daarvan. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van de in hoofdstuk 4 genoemde mogelijkheden:

- bestaande financieringsvormen;
- reguliere én innovatieve/experimentele prestaties en betaaltitels;
- combinaties hiervan, voor zowel de zorg zelf als de organisatie en coördinatie ervan.



Hieronder samengevat de adviezen m.b.t. mogelijke financieringsvormen van transmurale zorg en organisatie daarvan voor op de korte termijn per sector via de eigen lijn/sector gebonden prestaties en eventueel overkoepelend.

1. Voor huisartsenzorg financiering vanuit:
 - o M&I-financiering diagnostiek (S1);
 - o dubbele consulten en meedenkadvies (ter voorkoming c.q. vermindering van verwijzingen);
 - o CVRM-ketenzorg (S2) uitbreiden naar HF- en AF-patiënten, eventueel met tariefopslag en/of -differentiatie;
 - o innovatiefinanciering (S3), bijvoorbeeld voor digitale zorg;
 - o Meer Tijd voor de Patiënt ([MTVP](#));
 - o adequate vergoeding voor inzet van POH's.
2. Voor medisch specialistische zorg (msz) financiering vanuit:
 - o reguliere dbc-zorgproducten en -zorgactiviteiten (inclusief fysieke en digitale consulten);
 - o de telemetrie (TM)-prestatie;
 - o specifieke of geormerkte financiering van inzet VS/PA (bijv. via hogere dbc-tarieven of tijdelijke opslag op tarief voor specifieke patiëntengroepen zoals voor HF- en AF-patiënten);
 - o shared savings (bijv. voor actief terugverwijsbeleid);
 - o de meedenkadvis prestatie;
 - o de facultatieve prestaties en/of de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten als aanvullende (innovatieve) opties.
3. Voor wijkverpleging/thuizorg financiering (extra) budget vanuit:
 - o zorgverzekeraars (op basis van aantoonbare besparingen);
 - o gemeenten (vanuit de Wmo);
 - o onderlinge dienstverlening (ODV, wat ook past en kan bij een overkoepelende financiering).
4. Voor sociaal domein (Wmo) financiering (extra) budget vanuit:
 - o gemeenten voor ondersteuning (huishoudelijke hulp, maatschappelijk werk);
 - o eventueel aanvullende financiering via zorgverzekeraars (bij aantoonbare besparingen, bijv. via SROI).
5. Voor organisatie en coördinatie van transmurale zorg financiering vanuit:
 - o tijdelijke subsidies en projectgelden (bijv. voor projectleiders);
 - o mogelijke inzet van:
 - de Beleidsregel Experiment versterking organisatie eerstelijnszorg binnen Zvw-verzekerde zorg (BR/REG-27110), voor de eerstelijnszorg;
 - de Beleidsregel patiëntengroepsgebonden afstemming (BR/REG-24152);
 - de ADZ-regeling (voor regio-overstijgende c.q. landelijke organisatie).

De hier bovengenoemde regelingen lijken in de praktijk echter niet eenvoudig uitvoerbaar.

Belangrijke randvoorwaarden

Voor alle hierboven genoemde zaken geldt dat:

- Financiering moet passen binnen het Uitgavenplafond Zorg (UPZ) (gedeeltelijke herverdeling van middelen).
- Financiering van niet-patiëntgebonden activiteiten (zoals organisatie en coördinatie van zorg) is complexer:
 - o Verantwoording van de rechtmatigheid van financiering/betalingen is lastiger.
 - o Risicoverevening voor zorgverzekeraars speelt een rol.

Daarom is het noodzakelijk om heldere kaders te schetsen en duidelijke afspraken te maken over wat precies wordt gefinancierd en waarvoor middelen worden ingezet. Voor de langere termijn is het van belang dat er nadrukkelijk gekeken wordt naar echte lijn-/sector- en/of domeinoverstijgende prestaties en betaaltitels, waarvoor echter dan eerst een aantal wettelijke en systemische knelpunten moeten worden aangepakt.



Infographic financiering en knelpunten van transmurale (Connect) zorg



Financieringsmogelijkheden & Effectmetingen voor transmurale en lijn-/sector-/domeinoverstijgende zorg



1. FINANCIERING ZORG ZELF

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1 Vanuit de eigen bekostigingsstructuren | Eigen bekostiging |
| 2 Via onderlinge dienstverlening (ODV) | ODV |
| 3 Vanuit bundled payment / zorgbundel financiering | Zorgbundel |
| 4 Via de Beleidsregel innovatie (BRI) voor kleinschalige experimenten | BRI |
| 5 Via een facultatieve prestatie | Facultatieve prestatie |
| 6 Vanuit echte lijn-/sector- of domeinoverstijgende prestaties | Lijn-/sector-/domeinoverstijgend |
| 7 Via financiering van anderhalve lijnszorg | Anderhalve lijnszorg |
| 8 Digitale prestaties in de zorg | Digitale prestaties |
| 9 Een combinatie van reguliere en innovatieve of experimentele prestaties | Combinatie regulier & innovatief |



2. FINANCIERING ORGANISATIE & COÖRDINATIE

- 1 Uit O&I (ontwikkeling en infrastructuur) gelden
- 2 Via tijdelijke subsidies / prestaties
- 3 Vanuit de Beleidsregel experiment patiëntengroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg (BR/REG-24152)
- 4 Vanuit de Beleidsregel Experiment versterking organisatie eerstelijnszorg binnen Zvw-verzekerde zorg (BR/REG-27110)
- 5 Vanuit de ADZ (algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg) prestatie



3. EFFECTMETINGEN

3.1 EFFECTMETINGEN ZORGCONSUMPTIE

- ✓ Verwijzingen (passendheid) en terugverwijzingen
- ✓ Aantal consulten, poliklinische contacten, SEH bezoeken, opnames, etc.
- ✓ Gezondheidswinst (eerder signaleren verslechtering)
- ✓ Verbeterde doelmatigheid & efficiëntie in de keten
- ✓ Regelmatige gesprekken/overleg 1e en 2e lijn



3.2 NVVC CONNECT INDICATORENSET (IHZ)

- ✓ Ervaringen patiënten & zorgverleners over transmurale samenwerking en begeleiding
- ✓ Doelmatigheid, o.a. (relatieve) (terug)verwijzingen
- ✓ Inrichting PDCA-kwaliteitscyclus inclusief patiëntparticipatie
- ✓ Patiënten en zorgverleners (HA, POH, cardiologen, VS-en en PA's) tevreden tot zeer tevreden over samenwerking en laagdrempelige overlegmogelijkheden.



3.3 SROI ONDERZOEK IN CONNECT-REGIO'S

- ✓ Elke €1 investering levert €1,90 – €2,30 op (financiële en maatschappelijke revenuen)
- ✓ Lagere zorgkosten per patiënt voor zorgverzekeraar
- ✓ Hogere kwaliteit van leven voor patiënten
- ✓ Betere toegankelijkheid tweedelijnszorg
- ✓ Meer werkplezier bij zorgverleners door betere samenwerking



Kanttekening: kosten en baten niet voor elke partij evenredig ("wrong pocket" probleem).

4. EVALUATIE VAN ZORGCONSUMPTIE EN OVERIGE KOSTEN-BATEN

Data uit 1e en 2e lijn (gerelateerd, bij voorkeur beide)

Vektis data (via zorgverzekeraars)

Indicatorensets / vragenlijsten

SROI onderzoek: investeringen en opbrengsten financieel & maatschappelijk

Combinatie van effectmetingen geeft goed inzicht in financiële en maatschappelijke doelmatigheid. Mutaties in verrichtingsdata zijn vaak beter te meten dan effecten in zorgkosten (beïnvloed door meerdere factoren).

5. ADVIEZEN VOOR DE KORTE TERMIJN (VIA EIGEN LIJN/SECTOR GEBONDEN PRESTATIES)

- 1. Huisartsenzorg**
- M&I diagnostiek, dubbele consulten & meedenkadvisen
 - CVRM ketenzorg ook voor HF/AF, gedifferentieerde tarieven
 - Innovatie & digitale zorg, MTVP
 - Adequate vergoeding (inzet) POH-ers

- 2. Medisch specialistische zorg (msz)**
- DBC-zorgproducten, fysiek & digitaal
 - Telemetrie (TM) prestatie
 - VS/PA financiering via DBC of tijdelijke opslag (HF/AF) of shared savings
 - Meedenkadvis prestatie
 - Facultatieve prestatie & BRI voor experimenten

- 3. Wijkverpleging / thuiszorg**
- Extra budget zorgverzekeraar uit besparingen en/of via gemeente (Wmo)
 - Al/niet via ODV nota's
 - Past bij overkoepelende financiering

- 4. Sociaal domein / Wmo**
- Extra budget gemeente en evt. zorgverzekeraar
 - Thuisondersteuning, huishoudelijke hulp, maatschappelijk werk, evt. ook thuiszorg (via besparingen per patiënt, bv. via SROI)

- 5. Organisatie & coördinatie**
- Financiering (bv. projectleiders) via subsidies / projectgelden
 - BR/REG-24152 voor regionale organisatie (met randvoorwaarden)
 - ADZ voor regio-overstijgend / landelijk (niet eenvoudig in praktijk)

BELANGRIJKE RANDVOORWAARDEN

Binnen landelijke financiële kaders (UPZ): (deels) herallocatie van financiële stromen is nodig.

Niet-patiëntgebonden activiteiten vragen meer verantwoording t.a.v. rechtmatigheid en risico-verevening.

Maak heldere kaders en afspraken over wat waarvoor wordt gefinancierd.

Doel: duurzame, doelmatige transmurale en lijn-/sector-/domeinoverstijgende zorg, dichtbij de patiënt, met meetbaar resultaat.



1. Bekostiging van de zorg op hoofdlijnen

In dit hoofdstuk wordt een beknopt overzicht gegeven van de bekostiging van zorg voor verschillende zorgaanbieders. Daarbij is het belangrijk om onderscheid te maken tussen *bekostiging* en *financiering* van zorg.

- **Bekostiging van zorg** gaat over de budgetten die door de overheid of zorgverzekeraars worden vastgesteld respectievelijk toegekend op basis van beleid.
- **Financiering van zorg** gaat over de manier waarop deze budgetten daadwerkelijk worden uitgekeerd, bijvoorbeeld via contracten of aanbestedingen.

Met andere woorden: bekostiging beschrijft het 'wat en hoeveel' (het budget en de beleidskaders), terwijl financiering het 'hoe' beschrijft (de concrete betaling en uitbetaling van dat budget).

Indeling van de zorg, wettelijke kaders en algemene uitgangspunten bekostiging

Indeling van de zorg

Binnen de zorg zijn verschillende indelingen mogelijk, namelijk naar sectoren, lijnen en domeinen. Deze indelingen overlappen elkaar deels.

Sectoren zijn bijvoorbeeld:

- medisch specialistische zorg
- geestelijke gezondheidszorg
- integrale geboortezorg
- kraamzorg
- gehandicaptenzorg
- verpleeghuiszorg
- wijkverpleging

Onder lijnen wordt verstaan:

- eerste lijn (bijvoorbeeld huisartsenzorg, verpleging/verzorging/thuiszorg)
- tweede lijn (medisch specialistische zorg)
- derde lijn (voornamelijk academische/universitaire zorg en zorg voor zeldzame aandoeningen in expertcentra)

Domeinen zijn bijvoorbeeld:

- medisch domein (zorg en behandeling)
- sociaal domein (maatschappelijke ondersteuning en welzijn)

De bekostiging van sectoren, lijnen en domeinen is verschillend geregeld.

Wettelijke kaders

Het Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op vier belangrijke stelselwetten:

- de [Zorgverzekeringswet \(Zvw\)](#)
- de [Wet langdurige zorg \(Wlz\)](#)
- de [Wet maatschappelijke ondersteuning \(Wmo\)](#)
- de [Jeugdwet](#)

Daarnaast is de [Wet marktordening gezondheidszorg \(Wmg\)](#) van belang. Deze wet reguleert de zorgmarkt in Nederland en wordt uitgevoerd door de [Nederlandse Zorgautoriteit \(NZa\)](#), zodat er doelmatige, betaalbare en kwalitatief goede zorg gegarandeerd kan worden. Ook legt de Wmg onder andere vast hoe tarieven en prestaties tot stand komen.

Algemene uitgangspunten

De bekostiging en vaststelling van zorgbudgetten gebeurt:

- landelijk door de overheid (met name het ministerie van VWS, op basis van politieke afspraken);
- regionaal/lokaal door zorgverzekeraars en zorgkantoren, die in onderhandeling met zorgaanbieders de financiering vormgeven.

Daarnaast gelden er per jaar aparte financiële kaders voor verschillende zorgsectoren (bijvoorbeeld voor medisch specialistische zorg en huisartsenzorg). Dit betekent dat de totale zorg binnen een sector binnen deze financiële grenzen moet blijven.



1.1 Bekostiging eerste lijn

Als over eerstelijnszorg wordt gesproken, wordt daarmee doorgaans zorg aangeduid die wordt verleend door huisartsenpraktijken, wijkverpleging, apothekers, fysiotherapeuten, diëtisten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, huidtherapisten, logopedisten, optometristen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten. Daar waar gesproken wordt over 'de eerste lijn' wordt naast de eerstelijnszorg meestal ook bedoeld de sociaal domein professionals waaronder sociaal werk, omdat zij essentieel zijn in het ondersteunen van burgers met een hulpvraag die buiten de eerstelijnszorg ligt en daarmee met het toegankelijk houden van de eerstelijnszorg². Voor dit document wordt hieronder ingegaan op de financiering van de huisartsenzorg, wijkverpleging/thuiszorg (VVT) en het sociaal domein.

Bekostiging huisartsenzorg

Huisartsenzorg valt onder de [Zorgverzekeringswet \(Zvw\)](#) en bestaat uit een [3-segmenten model](#), waar enerzijds een betaling via een abonnementstarief per patiënt plaatsvindt en anderzijds per activiteit. De drie mogelijke financieringsvormen voor deze activiteiten zijn benoemd als segmenten. Daarbuiten zijn nog andere prestaties declarabel. De indeling kan grofweg als volgt worden samengevat (zie ook de NZa [Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg](#)):

1. Basisvoorziening huisartsenzorg (segment 1)

Basiszorg waarvoor grotendeels binnen de praktijk gediagnosticeerd kan worden. Hieronder vallen bijvoorbeeld de consulten. Er gelden maximumtarieven voor de consulten en verrichtingen en er is een abonnementstarief per patiënt. Hieronder valt ook de prestatie 'Meer tijd voor de patiënt' ([MTVP](#)), een apart abonnementstarief per patiënt (per kwartaal), waaruit eventueel ook uitbreiding van personeel kan worden gefinancierd.

2. Multidisciplinaire zorg (segment 2)

Dit is multidisciplinaire eerstelijnszorg waarbij er op basis van vrije tarieven afspraken gemaakt kunnen worden over integrale ketenzorg. Voorbeelden hiervan zijn COPD, DM en CVRM.

3. Resultaatbeloning en zorgvernieuwing (segment 3)

Segment 3 biedt ruimte voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om (belonings-)afspraken (via vrije tarieven) te maken over de resultaten van de ingezette zorg uit segment 1 en segment 2. Binnen dit segment kan bijvoorbeeld een afspraak gemaakt worden over de inzet van digitale zorg en hulpmiddelen.

4. Prestaties buiten bovenstaande segmenten

Hieronder vallen bijvoorbeeld de huisartsenzorg tijdens avond, nacht en weekend diensturen (ANW verrichtingen).

Het totaal beschikbare budget voor huisartsenzorg wordt jaarlijks vastgesteld door het ministerie van VWS.

Bekostiging thuiszorg/wijkverpleging (VVT-zorg)

Verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT) wordt voornamelijk bekostigd vanuit de [Wet langdurige zorg \(Wlz\)](#) via zorgkantoren, waar het zorg betreft die intensief en langdurig nodig is. Om voor deze zorg in aanmerking te komen, moet er wel een indicatie zijn afgegeven via het [CIZ \(Centrum Indicatiestelling Zorg\)](#).

Als het niet mogelijk is om vanuit de wijkverpleging/thuiszorg geïndiceerde zorg te verkrijgen, kan ondersteuning thuis (ook deels) worden gefinancierd via de [Wet maatschappelijke ondersteuning \(Wmo\)](#), via de gemeenten of de [Zorgverzekeringswet \(Zvw\)](#), via zorgverzekeraars.

² Visie eerstelijnszorg 2030 (<https://open.overheid.nl/documenten/548ce6c8-70a5-4113-84ef-4b69a022347d/file>).



Daarbij wordt reguliere, gespecialiseerde (vaak korter durende en/of op specifieke situaties geënte) zorg en andere thuiszorg die niet vanuit de Wlz wordt gefinancierd, zoals reguliere wijkverpleging, vergoed vanuit de Zvw (meestal op basis van p x q-financiering) via de zorgverzekeraars of voor bijvoorbeeld huishoudelijke hulp en begeleiding in het dagelijkse leven vanuit de Wmo (door de gemeente).

De vele thuiszorgorganisaties die er zijn hebben contracten met zorgverzekeraar, waarin het soort zorg dat zij leveren en de budgetten per thuiszorgorganisatie zijn overeengekomen. Cliënten kunnen (thuis)zorg vanuit een persoonsgebonden budget (pgb) ontvangen, waarmee een cliënt zelf zijn zorg kan 'inkopen', of als zorg in natura (zin) ontvangen, waarbij de zorg op basis van de CIZ-indicatie door de thuiszorgorganisatie wordt geregeld en geleverd.

Bekostiging sociaal domein

Het [sociaal domein](#) omvat de uitvoering van de [Jeugdwet](#), de [Participatiewet](#), de [Wmo](#) en deels de [Wet publieke gezondheid](#). Binnen dit domein werken gemeenten en maatschappelijke organisaties samen aan gezondheid, welzijn en veiligheid. Gemeenten ontvangen hiervoor budget van de Rijksoverheid. De gemeente bepaalt jaarlijks of meerjaarlijks, samen met maatschappelijke organisaties, hoe en waaraan deze gelden besteed worden.

1.2 Bekostiging tweede en derde lijn (medisch specialistische zorg, msz)

In de tweede en derdelijns zorginstellingen wordt de medisch specialistische zorg (msz) verleend. Hieronder vallen de ziekenhuizen zoals algemene ziekenhuizen (SAZ), samenwerkende topklinische ziekenhuizen (STZ), universitaire medische centra (UMC's), zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en categorale instellingen zoals medisch-specialistische revalidatiecentra (msr), dialysecentra, audiologische centra, epilepsiecentra, geestelijke gezondheidszorgcentra (ggz).

De msz wordt gedeclareerd via het [dbc-systeem](#) (diagnose behandel combinatie) op basis van tarieven voor te registreren (en declarabele) NZa prestaties, zijnde zorgactiviteiten en dbc-zorgproducten. Naast deze reguliere structurele prestaties zijn er binnen de msz ook nog experimentele/tijdelijke prestaties, waaronder de [facultatieve prestatie \(FP\)](#) en de [Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten](#). Het betreft hier (sinds 2015) integrale tarieven, waarin zowel de kosten die het ziekenhuis maakt, inclusief ondersteund (zorg)personeel, apparatuur, locatie gebonden kosten en overhead, als het werk dat de medisch specialist doet zijn inbegrepen.

Een beperkt deel van deze tarieven voor dbc-zorgproducten en zorgactiviteiten wordt op basis van onder andere het uitvragen van periodieke kostprijs en/of expertdata vastgesteld door de NZa. Dit gereguleerde segment wordt ook wel het A-segment genoemd en heeft met name betrekking op vaak duurdere zorg. Een groter deel (> 80%) van de tarieven wordt via onderhandelingen tussen de zorgaanbieder (ziekenhuis, ZBC, categorale instelling, revalidatiecentrum) en de zorgverzekeraars afgesproken, dit is het B-segment. Hier is sprake van vrije tarieven voor dbc-zorgproducten en zorgactiviteiten. Deze tarieven worden niet door de NZa vastgesteld, maar worden overeengekomen door zorgaanbieder en verzekeraar. Daarnaast zijn er beschikbaarheidsgelden voor bepaalde vormen van zorg die niet via dbc-zorgproducten en zorgactiviteiten kunnen worden geregistreerd en gedeclareerd. De gemiddelde tijdsbesteding van medisch specialistische zorgverleners aan de geleverde zorg is dus inbegrepen in het genoemde integrale tarief, maar is door de meeste wetenschappelijke verenigingen (wv'en) sinds 2012 uitgedrukt in (absolute of relatieve) [normtijden](#), die o.a. voor benchmarking doeleinden worden gebruikt) en die door de wv'en periodiek onderhouden worden.

Voor universitaire medische ziekenhuizen (UMC's) zijn er aparte budgetafspraken (met een opslagcomponent voor 'academische zorg': de beschikbaarheidsbijdrage academische



zorg (BBAZ)). Per zorgaanbieder of -instelling worden jaarlijks of meerjaarlijks afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars in hun verzorgingsgebied over het soort en de aantallen van zorg en het daarbij behorende budget.

Tweedelijnszorg

De medisch specialistische zorg in de tweede lijn wordt bekostigd via de [Zorgverzekeringswet \(Zvw\)](#) en geregistreerd en gedeclareerd via het dbc-systeem. Dit gebeurt op basis van los te registreren en declareren NZa zorgactiviteiten prestaties en dbc-zorgproducten. Naast deze reguliere prestaties bestaan er ook experimentele/tijdelijke prestaties.

Derdelijnszorg

Derdelijnszorg (hooggespecialiseerde, vaak academische zorg) wordt ook bekostigd vanuit de [Zorgverzekeringswet \(Zvw\)](#) en geregistreerd en gedeclareerd via het dbc-systeem, maar kent daarnaast aanvullende/specifieke financieringsstromen voor hooggespecialiseerde expertise zorg, onderwijs en onderzoek.

1.3 Bekostiging van anderhalvelijnszorg

Met anderhalvelijnszorg wordt doorgaans bedoeld zorg waarbij medisch specialistische expertise wordt ingezet binnen een eerstelijns setting, dus buiten het ziekenhuis/medisch specialistische domein, onder verantwoordelijkheid van de eerste lijn.

Voor deze vorm van zorg bestaat geen aparte (landelijke) bekostiging en geen apart landelijk budget. Wel kunnen hiervoor regionaal of lokaal afspraken worden gemaakt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Deze afspraken worden gefinancierd vanuit het Zvw-budget onder verantwoordelijkheid van de betreffende zorgverzekeraar(s), via onderling overeengekomen tarieven voor anderhalvelijnszorg activiteiten.

1.4 Bekostiging van lijn-/sector- en domeinoverstijgende transmurale samenwerking

Samenwerking over lijnen, sectoren en domeinen heen is veelal lastig te organiseren, wat te maken heeft met de verschillende bekostigingssystemen. Zorg die volledig onder één wet valt, bijvoorbeeld de Zvw, is relatief eenvoudig te organiseren. Zodra meerdere sectoren met verschillende wetten betrokken zijn, (bijvoorbeeld bij samenwerking vanuit medisch specialistische zorg met wijkverpleging of thuiszorg, ontstaan knelpunten door verschillen in regels en bekostiging.

Echte domeinoverstijgende samenwerking, bijvoorbeeld wanneer zorg vanuit de Zvw, Wlz én Wmo moet worden bekostigd, is nog complexer. Er bestaat nog geen eenvoudige manier om dit via één gezamenlijke regeling te financieren.

Daarom wordt dit in de praktijk momenteel vaak opgelost d.m.v.:

- onderlinge dienstverlening (ODV);
- in enkele gevallen via een *bundled payment*-experiment (zie hoofdstuk 4);
- of doordat iedere betrokken partij de eigen zorg declareert via het eigen bekostigingssysteem.



Tabel 1: Overzicht van zorgsectoren, wettelijke grondslag en bekostiging in de Nederlandse zorg

Zorgvorm/Sector	Lijn	Wetgeving	Bekostigingssysteem/ Declaratie
Huisartsenzorg	1e lijn	Zorgverzekeringswet (Zvw)	3-segmenten systeem
Apotheekzorg	1 ^e lijn	Zorgverzekeringswet (Zvw)	Eigen systeem van prestaties en declaraties
Wijkverpleging/Thuiszorg (VVT)	1 ^e lijn	Wet langdurige zorg (Wlz)/soms uit Wmo of uit Zvw	Afhankelijk van wetgeving: Wlz of via gemeenten (Wmo)
Medisch specialistische zorg (ziekenhuizen, ZBC's)	2 ^e lijn	Zorgverzekeringswet (Zvw)	Dbc-systematiek + aanvullende innovatieve of tijdelijke prestaties
Categorale instellingen	2 ^e lijn	Zorgverzekeringswet (Zvw)	Dbc-systematiek
Universitaire medische centra (UMC's)	3 ^e lijn	Zorgverzekeringswet (Zvw)	Dbc-systematiek



2. Resultaten van het onderzoek op hoofdlijnen

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten van het uitgevoerde onderzoek samengevat. In totaal zijn er 11 enquêtes ingevuld: 8 door projectleiders of beleidsadviseurs uit de eerstelijnszorg en 3 door cardiologen. Daarnaast zijn er 4 verdiepende interviews gehouden, waarvan 3 op basis van de ingevulde enquêtes.

Uit het onderzoek blijkt dat in de verschillende Connect-regio's veel uiteenlopende financiële modellen en afspraken worden gebruikt. Deze afspraken zijn vaak niet structureel van aard. Ook zijn diverse knelpunten benoemd die een belangrijke belemmering vormen voor:

- het verder opschalen van passende zorg via transmurale samenwerking;
- het (verder) verschuiven van zorg van de medisch specialistische zorg (msz) naar de eerste lijn;
- het toekomstbestendig continueren van deze transmurale samenwerking.

De rode draad uit het onderzoek is als volgt samen te vatten:

- De financiering van transmurale zorg en samenwerking tussen eerste lijn en msz verschilt sterk per regio.
- De financiering is meestal niet structureel.
- De financiering is nog grotendeels gebaseerd op lijn-, sector- en domeinspecifieke bekostigingsmodellen.
- Organisatie, scholing en ondersteuning van transmurale zorg worden vooral gefinancierd via subsidies en niet structureel.
- Complexere patiënten kunnen nog onvoldoende worden opgenomen binnen CVRM-ketenzorgprogramma's.

Dit belemmert o.a. verdere opschaling van transmurale zorg, het realiseren van 'de juiste zorg op de juiste plek' en terugverwijzing van patiënten vanuit de msz naar de eerste lijn. Hieronder zijn de belangrijkste bevindingen puntsgewijs opgesomd, voor verdere verdieping wordt verwezen naar hoofdstuk 3 en bijlage 2.

2.1 Financiering en organisatie van transmurale zorg en knelpunten daarin

Volgens de respondenten wordt transmurale zorg op verschillende manieren gefinancierd, maar is deze financiering meestal niet structureel geregeld. In de meeste gevallen gebeurt dit via organisatie- en infrastructuurgelden (O&I) of via multidisciplinaire of ketenzorggelden binnen segment 2 van de huisartsenzorg, vaak per patiënt. De verdeling van deze middelen wordt vastgelegd in RTA's. Tegelijkertijd bestaan er beperkingen in wat vanuit deze middelen gefinancierd mag worden. In sommige regio's wordt gebruikgemaakt van segment 3-gelden, gericht op resultaatbeloning en innovatie binnen de huisartsenzorg. Ook worden soms tijdelijke extra O&I-gelden of opstartvergoedingen voor huisartsen ingezet. Daarnaast noemen respondenten ZonMw-subsidies als financieringsbron, maar deze zijn slechts tijdelijk beschikbaar tijdens een regio-impuls.

Respondenten geven aan dat tarieven binnen de ketenzorg doorgaans zijn opgebouwd uit POH-uren, huisartsvergoeding en consultaties, maar weinig tot geen ruimte bieden voor extra ondersteuning. Ook ontbreekt extra vergoeding voor overhead wanneer zorg verschuift van de tweede naar de eerste lijn. Binnen de ketenzorg bestaat bovendien geen adequate structurele financiering voor complexere patiënten met hartfalen, atriumfibrilleren en/of gecombineerde cardiometabole problematiek binnen de CVRM-zorg.

Daarnaast benadrukken respondenten dat er vrijwel geen lijn-, sector- of domeinoverstijgende bekostigings- en financieringsmodellen bestaan. Ook ontbreken specifieke structurele prestaties voor transmurale zorg. Hierdoor is samenwerking tussen de eerste lijn, ziekenhuizen en de VVT lastig te financieren. Slechts sporadisch is sprake van experimentele financiering, bijvoorbeeld via een *bundled payment*-afpraak. De verschillende financieringsystemen, zoals p x q-financiering in de VVT en huisartsenzorg tegenover dbc-financiering in ziekenhuizen, maken het bovendien moeilijk om inzicht te



krijgen in kosten en besparingen. Respondenten benoemen dat er geen duidelijke afspraken zijn over waar eventuele kostenbesparingen terechtkomen. Er is daarom behoefte aan meer transparantie over kosten en opbrengsten binnen de gehele keten.

2.2 (Financiering van) rollen en inzet

Respondenten noemen verschillende knelpunten rondom de financiering van rollen en inzet van zorgverleners. Zo wordt de POH nog niet structureel gefinancierd voor nieuwe taken rondom hartfalen en/of atriumfibrilleren. Dit vraagt om aanpassing van de CVRM-tarieven. Tegelijkertijd is de financiering van POH's in algemene zin al versoberd, wat de huisartsenzorg belemmert bij het overnemen van patiënten die vanuit de tweede lijn worden terugverwezen.

Huisartsen werken binnen bestaande ketenzorgstructuren voor hartfalen, soms aangevuld met Connect-programma's. In ziekenhuizen nemen de taken van verpleegkundig specialisten en gespecialiseerde verpleegkundigen toe, onder andere door een groeiend aantal vragen van huisartsen, POH's en soms ook van patiënten die niet meer onder behandeling van het ziekenhuis zijn. Ook interprofessioneel overleg tussen de eerste en tweede lijn vraagt extra tijd aan beide kanten, waarvoor niet altijd passende financiering beschikbaar is.

2.3 (Financiering van) overhead en ondersteuning

Respondenten geven aan dat overhead, zoals vergadertijd, ondersteuning en coördinatie van regionale netwerken, cruciaal is voor goede transmurale samenwerking, maar niet structureel wordt gefinancierd. De rol van een regionale projectleider met specifiek toegewezen taken wordt als essentieel gezien. Hiervoor zijn declarabele uren voor coördinatie en ondersteuning nodig, maar voor deze rol bestaat momenteel geen structurele financiering. Financiering is nu vaak alleen mogelijk via subsidies, zoals de lopende Impuls Hartzorg-subsidie van ZonMw en de Hartstichting voor Connect-regio's, die tot eind 2026 loopt.

Respondenten benadrukken dat regionale projectleiders onmisbaar zijn om lijn-, sector- en domeinoverstijgende transmurale samenwerking te continueren en toekomstbestendig te maken. Zij spelen daarnaast een belangrijke rol in het actueel houden van transmurale zorg en samenwerking via PDCA-cycli, en in het behouden van de verbinding tussen verschillende zorgaanbieders en zorgverleners. Om die reden wordt permanente structurele financiering van deze functies als essentieel beschouwd. Tegelijkertijd bestaan er zorgen over hoe deze ondersteuning na afloop van subsidies gefinancierd moet worden.

2.4 Belemmeringen en knelpunten

De respondenten noemen verschillende belemmeringen en knelpunten die verdere ontwikkeling van transmurale samenwerking bemoeilijken. Hieronder wordt dat per onderdeel samengevat.

Terugverwijzing vanuit de tweede lijn

Het maximaliseren van terugverwijzing vanuit de tweede lijn blijft lastig, ondanks goede afspraken. Volgens respondenten komt dit vooral door beperkte tijd en beperkte personele capaciteit in de eerste lijn, met name binnen de huisartsenzorg. Daarnaast is er onvoldoende passende financiering en prestaties voor overname van zorg in de eerste lijn vanuit de msz.

Gebrek aan budget

Er is geen budget beschikbaar voor nascholing of Connect-bijeenkomsten of voor innovatie of zorgvernieuwing.

Belemmeringen binnen de ketenzorg

Binnen de huidige ketenzorg regelgeving en ketenzorgtarieven bestaan er verschillende beperkingen. Het is bijvoorbeeld nog niet mogelijk om over te stappen van aandoening-



specifieke ketenzorg naar (één) brede(re) ketenzorg bij gecombineerde aandoeningen van patiënten (wat veel en steeds meer voorkomt). Hierdoor kan onvoldoende rekening worden gehouden met de complexiteit van de (keten)zorg.

Regionale afspraken

De afspraken die zorgverzekeraars regionaal maken gaan vaak over relatief kleine volumes. Daardoor is het lastig om op basis van regionale afspraken en wensen landelijk invloed uit te oefenen.

Personeel en huisvesting

De respondenten noemden personeelstekorten, vooral onder POH's en huisvestingsproblemen ook als belemmeringen.

Rol van ZBC's

Zelfstandige behandelcentra (ZBC's) hebben volgens respondenten geen financiële prikkel om deel te nemen aan regionale transmurale afspraken (RTA's). Dit kan een belemmering vormen voor optimale opschaling van transmurale zorg.



3. Regionale transmurale afspraken en financiering

In dit hoofdstuk worden de RTA's en gerelateerde financiering(mogelijkheden) toegelicht, na het in hoofdstuk 2 (en bijlage 3) gegeven inzicht in de gebruikte financieringsmogelijkheden en ervaren belemmeringen van transmurale lijn-/sector-/domeinoverstijgende samenwerking in de bevroegde Connect-regio's. Hierbij is het ook van groot belang om effectmetingen uit te voeren van regionale transmurale lijn-/sector- of domeinoverstijgende samenwerking m.b.t. de zorg voor de patiënt. Hiernaar wordt in dit hoofdstuk zijdelings verwezen. Uitgebreidere informatie hierover staat in hoofdstuk 4.

3.1 Type RTA

Er zijn in de Connect-regio's verschillende vormen van transmurale samenwerking te onderscheiden met betrokkenheid van verschillende zorgaanbieders waarmee regionale transmurale afspraken (RTA's) zijn gemaakt, zie onderstaande tabel.

Tabel 2: Type samenwerkingsverbanden zoals opgenomen in de antwoorden op de enquête vragen

A. Eerste lijn (zoals huisarts, lokale apotheek, wijkzorg/VVT), tweede lijn (algemene en STZ-ziekenhuizen), nuldelijn (eigen regie patiënt, mantelzorgers) en VVT/wijkzorg of sociaal domein (via gemeenten vanuit de Wmo, Wet maatschappelijke ondersteuning , valt onder 'zorg en welzijn').	3 respondenten
B. Eerste lijn (zoals huisarts, lokale apotheek), tweede lijn (algemene en STZ-ziekenhuizen).	4 respondenten
C. Eerste lijn (zoals huisarts, lokale apotheek), tweede lijn (algemene en STZ-ziekenhuizen), derde lijn (universitaire centra).	2 respondenten
D. Enkel eerste lijn.	1 respondent
E. Samenwerking binnen de tweede lijn.	1 respondent

De meeste genoemde RTA's in de antwoorden zijn gebaseerd op RTA type A, B en C. In één regio wordt ook de samenwerking met het laboratorium genoemd: *'Initieel was het idee om eventueel controles op anti-stollingsmedicatie door het laboratorium te laten doen, maar dit konden de huisartsen toch zelf doen.'*

Besproken onderwerpen:

a. Ondersteuning door een projectleider

Voor zowel de implementatiefase als de borging van transmurale samenwerking is ondersteuning door een projectleider essentieel. De projectleider ondersteunt in en bewaakt:

- o de uitvoering van de RTA;
- o de opvolging van gemaakte afspraken;
- o en de borging daarvan.

Daarbij is het belangrijk dat rollen en verantwoordelijkheden duidelijk zijn gedefinieerd.

b. Vaste overlegmomenten

Voor duurzame borging van de samenwerking zijn vaste overlegmomenten nodig tussen zorgverleners uit de eerste lijn en de medisch specialistische zorg (msz). Deze overlegmomenten zijn nodig om:

- o de RTA te evalueren;
- o knelpunten te bespreken;
- o en afspraken bij te stellen waar nodig.

c. Uitkomstmetingen en evaluatie daarvan

Met name van belang is het agenderen daarvan en het maken van afspraken over medische overdracht en randvoorwaarden t.a.v. het terugverwijzen van patiënten van de msz naar de eerste lijn en het faciliteren daarvan.

d. Tevredenheid van patiënten en zorgverleners



Er is aandacht nodig voor de tevredenheid van patiënten, eerstelijnszorgverleners en zorgverleners uit de msz.

e. *Transparantie in zorgconsumptie*

Er moet meer inzicht komen in zorgconsumptie, bijvoorbeeld t.a.v. fysieke en digitale consulten en interprofessioneel overleg. Daarbij spelen de volgende vragen een belangrijke rol:

- o Samenwerking en passende zorg: hoe kan de samenwerking tussen eerste lijn en msz zo worden ingericht binnen de kaders van passende zorg, dat:
 - de zorgconsumptie per patiënt gemiddeld afneemt;
 - toegangstijden zo kort mogelijk blijven;
 - en met dezelfde middelen meer patiënten geholpen kunnen worden?
- o Inzet van wijkverpleging en thuiszorg: hoe kan binnen transmurale zorg effectief gebruik worden gemaakt van de inzet van wijkverpleegkundigen/thuiszorg zodat huisartsen en de tweede lijn (per patiënt) worden ontlast en hun zorg wordt of kan worden verminderd? En hoe kan deze inzet worden gefinancierd?
- o Inzet van het sociaal domein: hoe kan het sociaal domein effectief worden ingezet binnen transmurale zorg om de eerste lijn (inclusief wijkverpleging/thuiszorg) en de tweede lijn (per patiënt) te ontlasten of te verminderen? En hoe kan dit worden gefinancierd: via gemeentelijke budgetten en/of via de zorgverzekeraars?

f. *Transparantie in zorgopbrengsten*

Er moet meer inzicht komen in de opbrengsten van zorg. Dit volgt uit analyses van de onderwerpen die onder punt E zijn genoemd.

g. *Innovatie*

Innovatie wordt genoemd als belangrijk onderdeel van transmurale samenwerking.

3.2 Structurele financiering via reguliere prestaties in relatie tot RTA's

Voor de financiering van de samenwerkingsverbanden die in paragraaf 3.1 zijn beschreven, worden op basis van de respons uit de enquête en de verdiepende interviews de onderwerpen a tot en met g uitgewerkt (zie tabel 3 hieronder). Dit gebeurt op basis van bestaande structurele financiering via reguliere prestaties die sector-, lijn- of domeinspecifiek zijn georganiseerd.

In hoofdstuk 4 worden vervolgens de mogelijkheden beschreven voor financiering van zorg binnen transmurale lijn-, sector- en/of domeinoverstijgende samenwerking en de financiering van de organisatie daarvan.



Tabel 3: Structurele reguliere registratie- en financieringsmogelijkheden van de transmurale samenwerking en evaluatie/resultaat bepaling in de bevraagde Connect regio's:

Onderwerp	Toelichting	Registratie- en financieringsmogelijkheden en evaluatie/resultaat bepaling
a) Ondersteuning RTA	Projectleider die stuurt op transmurale afspraken en borging. Belangrijk is dat in de RTA de rollen van de betrokken zorgverleners, zorgorganisaties en de patiënten participatie duidelijk zijn uiteengezet, zodat hierop gestuurd kan worden.	Kosten ervan kunnen verdisconteerd zitten in de tarieven van bijvoorbeeld Segment 2, vanuit ziekenhuis financiering ofwel vanuit tijdelijke (subsidie) financiering.
b) Vaste overlegmomenten	Welke overlegstructuren er zijn t.b.v. interprofessioneel overleg en hoe kunnen deze worden bekostigd.	<ul style="list-style-type: none"> Via multidisciplinair overleg (MDO) voor multidisciplinaire behandeling en coördinatie van zorg, bijv. in ketenzorg programma's (beperkt mogelijk). Algemeen coördinerende taken m.b.t. casemanagement (in tarieven verdisconteerd), wat ook individueel casemanagement overstijgende coördinatie kan zijn.
c) Uitkomstmeting en bespreking (met name transparantie)	<p>Kwaliteitscycli waarin indicatoren zoals terugverwijzing en tevredenheid van patiënten en zorgverleners gemeten en uitkomsten besproken worden.</p> <p>Voorbeeld: terugverwijzing (naar eerste en/of nulde lijn)</p>	<p>Rol voor de projectleider/ondersteuner en kosten ervan kunnen verdisconteerd zitten in de tarieven van bijvoorbeeld Segment 2 (per ingeschreven verzekerde huisartsenzorg) of dienen apart te worden gefinancierd.</p> <p>Resultaatmeting kan via de SROI methode³:</p> <ul style="list-style-type: none"> Welke consulten worden vermeden? Welke extra kosten komen er eventueel in de eerstelijns, tweedelijns en/of sociaal domein bij? Waar zijn de minderkosten te constateren? <p>Vanuit investeringen/kosten en opbrengsten/besparingen berekenen en waar deze vallen.</p>
d) Tevredenheid van zorgmedewerkers en patiënten	Op basis van indicatoren vragenlijsten.	Rol voor projectleider/ondersteuner en kosten ervan kunnen verdisconteerd zitten in de tarieven van bijvoorbeeld Segment 2 (per ingeschreven verzekerde huisartsenzorg) of dienen apart te worden gefinancierd.
e) Zorgconsumptie, in termen van consulten, digitale consulten en interprofessioneel overleg (per patiënt)	Welke kosten bijhouden (extra) scholing huisarts, tijd VS in ziekenhuis voor advies en consultatie functie.	<p>Resultaatmeting kan met beschikbare data van eerste lijn en msz zorginstelling (data daaruit zijn niet altijd eenvoudig te verkrijgen) en via de SROI methode²:</p> <ul style="list-style-type: none"> type consulten (NW, herhaal, fysiek, telefonisch, schriftelijk) medisch specialist, (gespecialiseerd) verpleegkundige, VS, PA MDO ziekenhuis digitaal meedenkadvis (ozp)

³ De Social Return On Investment (SROI) methode is een gestructureerde en gevalideerde methode om, gezamenlijk met alle belanghebbenden, een geloofwaardige maatschappelijke kosten en baten analyse te maken. Wat is de maatschappelijke impact van een aanpak of interventie? Waar vallen de kosten en de baten? Zie ook <https://vitavalley.nl/sroi/>.



		<ul style="list-style-type: none">• telemonitoring en vergoeding voor digitale triage (S3) of thuismeten• Segment 1 (S1) huisartsenzorg – Huisarts en POH consulten & MTVP (meer tijd voor de patiënt)• Segment 2 (S2) huisartsenzorg – ketenzorg• Segment 3 (S3) huisartsenzorg – innovatie, o.a. meekijkconsult• M&I modules die zorgverzekeraars met huisartsen kunnen afspreken om samenwerking voor bepaalde doelgroepen te versterken• Inzet wijkverpleging• overige inzet zorg (fysio, maatschappelijk werk, etc.).• inzet sociaal domein• eigen regie en metingen patiënt
f) Zorg opbrengsten	Welke meerwaarde heeft dit, bij voorkeur economisch vertaald naar bijvoorbeeld tijdbesparing in fte, werkplezier, toegankelijkheid van zorg, kwaliteit van leven en zorg, etc.	Resultaatmeting kan via de SROI methode: <ul style="list-style-type: none">• Kwantitatieve op basis van mogelijke besparingen/bruto resultaat (zie hierboven bij kosten en opbrengsten).• Kwalitatief: verbeterde ervaren kwaliteit van leven en zorg, tevredenheid van patiënten en zorgverleners.
g) Innovatie	Kan op consult-, proces- of samenwerkings-verbands-niveau zijn.	Structurele en experimentele betaaltitels.



4. Overzicht financiering transmurale zorg

4.1 Transmurale lijn-/sector-/domeinoverstijgende zorg financieringsmogelijkheden

Er bestaan al veel mogelijkheden voor de financiering van transmurale zorg via bestaande structurele prestaties. Deze financiering is echter vaak nog gebonden aan een specifieke lijn, sector en/of domein en bestaat niet uit (financiering van) een overkoepelende prestatie. Daarnaast is ook 'structureel' vaak niet zo structureel, omdat contracten vaak worden herzien door zorgverzekeraars. Ook moeten deze contracten steeds apart en periodiek per de in de betreffende regio actieve zorgverzekeraar worden afgesproken. In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de mogelijkheden om de in hoofdstuk 3 beschreven RTA's vorm te geven via transmurale lijn-, sector- of domeinoverstijgende samenwerking en op welke wijze deze gefinancierd kan worden met behulp van de in paragrafen 4.1 en 4.2 genoemde structurele en/of experimentele prestaties.

Randvoorwaarden

Bij de bestaande financieringsmogelijkheden en betaaltitels is het belangrijk om te kijken naar de belangrijkste randvoorwaarden voor toekomstbestendige transmurale lijn-, sector- en/of domeinoverstijgende samenwerking in de zorg.

Naast enthousiasme, een gezamenlijke visie, goede verbinding tussen samenwerkende zorgverleners, beschikbare katrekkers en een projectleider die een duurzame transmurale organisatiestructuur opzet, zijn de belangrijkste financiële randvoorwaarden:

- **Voor de eerste lijn:** goede structurele financiering van de inzet van huisartsen en praktijkondersteuners (POH's) en goede financieringsafspraken voor inzet van VVT-zorg.
- **Voor de medisch specialistische zorg (msz):** goede structurele financiering van de inzet van medisch specialisten, verpleegkundig specialisten (VS'en) en *physician assistants* (PA's) en gespecialiseerde verpleegkundigen. Het gaat hier meestal met name om transmuraal overleg tussen eerste lijn en msz.
- **Voor de organisatie van transmurale samenwerking:** goede structurele financiering van de organisatiestructuur, regionale transmurale overlegvormen, coördinatie, ontwikkeling en scholing en bij voorkeur een hierin ondersteunende projectleider. Dit laatste punt is vooral belangrijk voor voortdurende verbetering van zorg, actualisatie van regionale transmurale afspraken (RTA's), het regelmatig doorlopen van de PDCA-cyclus en het organiseren van scholing en (na)scholing.

Dit alles is essentieel om transmurale zorg toekomstbestendig te maken. Alleen dan kunnen de positieve effecten van samenwerking blijvend worden gerealiseerd, zoals:

- lagere zorgkosten per patiënt;
- betere toegankelijkheid van de tweede lijn;
- meer ervaren kwaliteit van leven en eigen regie voor patiënten;
- en meer werkplezier bij zorgverleners.

Bevindingen uit het onderzoek

Uit de resultaten van het onderzoek (enquête en verdiepende interviews; zie tabel 3 in hoofdstuk 3) blijkt dat de financiering van chronische hartzorg in de Connect-regio's op veel verschillende manieren is ingericht. Dit hangt deels samen met de vorm van transmurale samenwerking en de gemaakte RTA afspraken.

Financiering van de zorg zelf

Voor de geleverde zorg bestaan verschillende financieringsvormen, variërend van tijdelijke regelingen tot enkele meer structurele afspraken. Een voorbeeld hiervan is een tijdelijke meerjarenafpraak in enkele Connect-regio's, waarbij controles van chronische HF- en AF-patiënten die door de huisarts zijn overgenomen uit de msz, binnen de CVRM-ketenzorgprestatie mogen vallen en daaruit worden gefinancierd. Dit verlaagt de drempel



voor huisartsen om deze zorg vanuit de msz over te nemen, omdat de inzet van de POH hiermee gefinancierd kan worden en dit niet leidt tot extra werkdruk voor huisartsen.

Financiering van organisatie en samenwerking

Voor de financiering van de organisatie, coördinatie, (na)scholing, onderhoud en verdere ontwikkeling van de transmurale Connect-samenwerking is nog weinig structureel geregeld. Respondenten geven aan dat stabiele en structurele financiering essentieel is voor het blijvend (kunnen) leveren van doelmatige transmurale chronische hartzorg met name binnen de eerstelijnszorg én voor het onderhouden van de samenwerking en organisatie. Goede en structurele financiering van de organisatie van de zorg leidt volgens respondenten tot positieve resultaten, zoals hierboven en eerder genoemd. Besparingen zijn goed aantoonbaar, bijvoorbeeld via SROI-onderzoek (zie hoofdstuk 5).

Adviezen en oplossingsrichtingen

Op basis van het onderzoek worden verschillende adviezen en mogelijke oplossingsrichtingen gegeven. De hieronder genoemde *best practices* kunnen gebruikt worden als inspiratiebron dienen voor Connect-regio's en als basis voor afspraken met zorgverzekeraars over financiering van transmurale lijn-, sector- en/of domeinoverstijgende zorg en de organisatie daarvan. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van reguliere prestaties, innovatieve of experimentele prestaties/betaaltitels of een combinatie daarvan. Dit zowel voor de zorg zelf als voor de organisatie en coördinatie daarvan. Hieronder volgen enkele adviezen voor financieringsvormen op de korte termijn.

Financieringsmogelijkheden van transmurale zorg voor de korte termijn via eigen lijn/sector gebonden prestaties

1. Huisartsenzorg

- M&I-financiering voor diagnostiek vanuit segment 1 (S1);
- financiering op basis van dubbele consulten en/of meedenkadvisen (daarvoor is per 1 januari 2026 een nieuwe NZa prestatie voor ingericht) om verwijzingen te voorkomen of te verminderen;
- CVRM-ketenzorg vanuit segment 2 (S2) ook toegankelijk maken voor HF- en AF-patiënten met bijvoorbeeld een extra opslag op het tarief of via gedifferentieerde CVRM-ketenzorgtarieven;
- innovatiefinanciering vanuit segment 3 (S3), bijvoorbeeld voor extra financiering voor digitale zorg;
- financiering via Meer Tijd voor de Patiënt (MTVP);
- adequate vergoeding voor de inzet van POH's.

2. Medisch specialistische zorg (msz)

- reguliere zorgactiviteiten en dbc-zorgproducten binnen de dbc-systematiek, waaronder fysieke en digitale consulten telemetrie-prestaties (TM);
- financiering van VS'en en PA's die zich bezighouden met transmurale zorg, eventueel via hogere dbc-tarieven, via tijdelijke opslagen voor HF- en AF-patiënten of via *shared savings* (bijvoorbeeld bij actief terugverwijsbeleid);
- gebruik van de meedenkadvis prestatie om verwijzingen te voorkomen en om herverwijzingen naar de msz te beperken, voor behoud van een zo optimaal mogelijke toegankelijkheid van medisch specialistische zorg;
- Daarnaast kunnen innovatieve/tijdelijke prestaties worden ingezet, zoals:
 - de facultatieve prestatie;
 - de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten.

3. Wijkverpleging en thuiszorg

- extra budget vanuit zorgverzekeraars op basis van aangetoonde besparingen;
- eventueel aanvullende financiering via gemeenten (Wmo);
- mogelijkheid tot inzet van onderlinge dienstverlening (ODV)-nota's, wat ook kan passen binnen een overkoepelende financiering.

4. Sociaal domein/Wmo

1. Extra budget vanuit gemeenten en eventueel zorgverzekeraars voor thuisondersteuning (bij financiële, maatschappelijke, sociale of psychische



- problematiek), huishoudelijke hulp en/of maatschappelijk werk, eventueel ook thuiszorg.
2. Financiering vanuit zorgverzekeraars kan bijvoorbeeld plaatsvinden op basis van aangetoonde besparingen per patiënt, zoals zichtbaar gemaakt via SROI-onderzoek.
5. **Organisatie en coördinatie**
Ondersteuning en financiering van bijvoorbeeld projectleiders voor organisatie, ondersteuning en coördinatie van transmurale zorgprogramma's blijft in sommige gevallen voorlopig (ook) nog afhankelijk van subsidies en projectgelden.

Voor alle hier genoemde zaken geldt dat financiering van (transmurale) zorg en organisatie, ondersteuning en coördinatie daarvan binnen de bestaande landelijke financiële kaders (Uitgaven Plafond Zorg, UPZ) moeten vallen en dat dit dus (deels) herallocatie van financiële stromen zal inhouden.

4.2 Financiering en betaaltitels met focus op het leveren van de transmurale lijn-/sector-/domeinoverstijgende zorg zelf

Hieronder worden de financieringsmogelijkheden beschreven voor transmurale lijn-, sector- en/of domeinoverstijgende zorg. Daarbij gaat het om zowel reguliere als experimentele (tijdelijke) prestaties en betaaltitels.

1. Vanuit de eigen bekostigingsstructuren

Transmurale, vaak lijn-/sector- of domeinoverstijgende samenwerking kan worden gefinancierd vanuit de bestaande bekostigingsstructuren van de betrokken zorgaanbieders. Daarbij declareert iedere zorgaanbieder de door hem geleverde zorg via de bestaande structurele NZa-prestaties en betaaltitels die binnen de eigen sector beschikbaar zijn. Deze mogelijkheden zijn al opgesomd in tabel 3 van hoofdstuk 3, op basis van de respons uit de enquête. Daarnaast kunnen de eerder genoemde uitbreidingen van de CVRM-ketenzorg met HF- en AF-patiënten centraal of regionaal in alle regio's worden geregeld.

2. Onderlinge dienstverlening (ODV)

[Onderlinge dienstverlening \(ODV\)](#) is een manier om zorg gezamenlijk en integraal te organiseren én te financieren/betalen. Bij ODV levert een andere zorgaanbieder (een gedeelte van de) zorg en declareert dit bij de initiële zorgaanbieder. Dit gebeurt al regelmatig tussen ziekenhuizen, maar het kan ook ingezet worden bij samenwerking tussen de eerste en tweede lijn (ook kan [ODV in de GGZ en Forensische zorg](#)). ODV maakt het mogelijk om ook zorg over verschillende sectoren, lijnen of domeinen heen (zoals ziekenhuiszorg en wijkverpleging) te organiseren en te bekostigen. Organisaties sturen elkaar een factuur voor het deel van de zorg dat zij leveren.

Uit de enquête blijkt dat ODV in enkele regio's al wordt toegepast:

- Huisartsen sturen een factuur naar het ziekenhuis, of andersom.
- Wijkverpleging stuurt een factuur naar het ziekenhuis, soms met een vooraf afgesproken maximumbedrag per jaar.
- De partij die de ODV-facturen betaalt, declareert vervolgens het totaal van de geleverde zorg bij de zorgverzekeraar.

3. Bundled payment ofwel zorgbundel financiering

Bundled payment, ofwel financiering via [zorgbundels](#), is een nog vrij experimentele financieringsvorm. Bij bundelafspraken spreken zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar voor alle zorg die nodig is voor een patiëntgroep, binnen (een deel van) een zorgpad, één vast bedrag per patiënt af. De betrokken zorgverleners leveren gezamenlijk deze zorg en maken onderling afspraken over kwaliteit en behandeluitkomsten. Uit de enquête blijkt dat één regio 'bundled payment'-afspraken heeft gemaakt met de lokale zorgverzekeraar voor de zorg en organisatie rondom het (ziekte)beeld pijn op de borst.



Uit ervaringen elders, zoals bij chirurgie, blijkt dat het bij het inzetten van zorgbundel financiering niet altijd gemakkelijk is om de afbakening van het ziektebeeld te bepalen en wat daarbij hoort, welke setting(en) (klinische en/of ambulante, al dan niet acute zorg) meegenomen moeten worden en welke partijen in de samenwerking deelnemer zijn binnen de zorgbundel. Als er een zorgbundel is ontwikkeld door een aantal zorgaanbieders en er zijn hierin afspraken gemaakt over welke zorg door welke aanbieder geleverd wordt, moeten hier door alle betrokken partijen met alle zorgverzekeraars separaat afspraken over worden gemaakt. Ook zullen alle betrokken zorgaanbieders onderling afspraken moeten maken over de verdeling van de middelen. Hoe breder dit wordt opgezet, hoe complexer de uitvoering wordt. Dat is wel een beperking in de financieringsmogelijkheden via zorgbundels.

4. Beleidsregel innovatie (BRI) voor kleinschalige experimenten

De [Beleidsregel innovatie \(BRI\) voor kleinschalige experimenten](#) (zie ook de [informatiekaart BRI](#) van de NZa) is een prestatie die gebruikt kan worden als er geen passende NZa prestaties voorhanden zijn om de te leveren (bijvoorbeeld transmurale lijn-/sector- of domeinoverstijgende) zorg te kunnen declareren. Oftewel in NZa-termen kan deze BRI worden ingezet voor tijdelijke financiering van zorg waarvoor de NZa (nog) geen prestatiebeschrijving heeft vastgesteld en (nog) geen specifieke experimentbeleidsregel heeft vastgesteld. Of waarvoor (de) bestaande prestatiebeschrijving(en) of een specifieke experimentbeleidsregel de uitvoering van het kortdurend kleinschalig experiment in de weg staat/staan (refererend aan de artikelen 57 en/of 58 van de Wet marktordening gezondheidszorg, Wmg).

Deze beleidsregel heeft als doel zorgaanbieders en zorgverzekeraars ruimte te geven om kortdurend en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties met als doelstelling het verbeteren van de prijs/kwaliteitverhouding van de zorg. Dit is een experimentele c.q. innovatieve zorgprestatie en kan gericht zijn op:

- nieuwe of vernieuwde zorglevering met een betere prijs/kwaliteitsverhouding;
- efficiënte zorgorganisatie, waaronder substitutie van tweedelijnsgezondheidszorg naar eerstelijnsgezondheidszorg;
- verbetering van kwaliteit van zorg voor de patiënt.

Een aanvraag moet gezamenlijk worden gedaan door één of meerdere zorgaanbieders én één of meerdere zorgverzekeraars. Daarnaast kan worden aangesloten bij een bestaand BRI-experiment. De NZa beoordeelt onder andere of het experiment binnen de reikwijdte van de BRI valt en voldoet de aanvraag aan de eisen binnen artikel 5 lid 2 en of de aanvraag volledig is ingevuld. Verder kijkt de NZa kritisch mee welke financieringsbron wordt gebruikt. De NZa gaat ervan uit dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zelf beoordelen of de zorg voldoet aan de 'stand van wetenschap en praktijk' en dus vanuit de Zvw mag worden vergoed. De financiering ervan wordt overgelaten aan de experimenteertpartijen die een experiment aanvragen en kan voor meerdere zorgaanbieders (transmuraal lijn-/sector-/domeinoverstijgend) worden gedaan via:

- vrije tarieven;
- declaratie(s) van eigen prestaties;
- of onderlinge dienstverlening (ODV), waarbij er gewerkt wordt met een opdrachtgevende zorgaanbieder en een uitvoerende zorgaanbieder.

De maximale looptijd van een experiment is 3 jaar, maar een verlenging kan worden aangevraagd van maximaal 2 jaar. Halverwege en aan het einde van het experiment vindt een uitgebreide evaluatie plaats. Dit kan leiden tot:

- een tijdelijke instandlating van het experiment bij opname van de innovatie in de structurele bekostiging (overbruggingsperiode);
- of een afbouwperiode wanneer de innovatie niet in de structurele bekostiging landt.

Voor het aanvragen van een tijdelijke instandhouding kan gebruik worden gemaakt van de 'Beleidsregel tijdelijke instandlating gevolgen experimenten'. Deze loopt maximaal tot 31 december van het daaropvolgende jaar.



5. Facultatieve prestatie

Binnen de medisch specialistische zorg (msz), maar ook binnen de GGZ en eerstelijns paramedie, bestaat, naast de reguliere landelijke dbc-zorgproducten en overige zorgproducten (hierna: dbc-systematiek), een extra optie voor bekostiging in de vorm van een zogenoemde [facultatieve prestatie](#) (zie ook de [Informatiekaart facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg](#)). Via een facultatieve prestatie maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken over lokale of regionale initiatieven die lastig te bekostigen zijn met de reguliere landelijke dbc's. Een facultatieve prestatie is bedoeld voor lokale initiatieven en/of knelpunten. Deze prestatie kan niet worden gebruikt als tijdelijke overbrugging tussen het indienen van een regulier dbc-wijzigingsverzoek en het moment waarop de gevraagde wijziging in de dbc-systematiek wordt doorgevoerd.

Er is wat overlap, maar ook verschil, met de (hier bovenstaande) Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten. Bij innovatieve zorg is er soms nog onzekerheid over het effect op de kwaliteit, doelmatigheid en/of kosten van zorg. Als voor deze zorg ook nog geen betaaltitel bestaat, biedt de beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten een mogelijkheid. De Beleidsregel innovatie en de facultatieve prestatie lijken dus deels op elkaar:

- Beide maken het mogelijk om een prestatie aan te vragen voor lokale initiatieven.
- Bij beide situaties moet het gaan om zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt.

Het belangrijkste verschil is:

- De BRI is bedoeld om innovatieve zorg tijdelijk te onderzoeken.
- De facultatieve prestatie richt zich meer op lokale bekostigingsoplossingen.

De Beleidsregel innovatie maakt het dus mogelijk om met een tijdelijke prestatie te onderzoeken of de innovatieve zorg de zorg beter, goedkoper en/of efficiënter maakt. Met die uitkomsten beslist de NZa of, en zo ja hoe, de landelijke bekostiging hierop aangepast moet worden. Voor het oplossen van een lokaal bekostigingsprobleem vragen een zorgaanbieder en zorgverzekeraar samen een experiment facultatieve prestatie aan bij de NZa. Dat gaat via het daarvoor beschikbare formulier, maar er kan ook worden aangesloten bij een lopend initiatief facultatieve prestatie (dat gaat via een 'aansluitverzoek' aan de NZa). De voornaamste kenmerken van een facultatieve prestatie zijn:

- minimale toetsing door de NZa;
- de tijdelijke prestatie heeft een vrij tarief;
- een schriftelijke afspraak tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar is verplicht (contractvereiste);
- de beschikking heeft een eindtermijn van maximaal 3 jaar; verlenging is mogelijk.

Wanneer na verloop van tijd een facultatieve prestatie op grotere schaal wordt gebruikt, kan de NZa besluiten deze op te nemen in de landelijke dbc-systematiek. Vanaf dat moment wordt de facultatieve prestatie beëindigd, kan de zorgaanbieder deze niet meer declareren en moet de zorg via de reguliere landelijke prestaties worden gedeclareerd. Dit geldt ook als een facultatieve prestatie beëindigd wordt tijdens de looptijd van de bijbehorende contractafpraak tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Ook voor transmurale lijn-, sector- of domeinoverstijgende zorg kan deze facultatieve prestatie worden gebruikt, eventueel gefinancierd in de vorm van onderlinge dienstverlening (ODV).

6. Echte lijn-/sector- of domeinoverstijgende prestaties

Bij deze vorm van prestaties en financiering staat gezamenlijke zorglevering door meerdere partijen centraal. De nieuwe betaaltitel vervangt dan de bestaande afzonderlijke financiering voor de gezamenlijk geleverde zorg. Dit kan bijvoorbeeld via zorgbundel financiering of ODV-constructies.

Zorgbundels worden vooral toegepast wanneer samenwerking plaatsvindt over sectoren en domeinen heen en niet binnen één sector. Deze lijn-, maar vooral de sector- en domeinoverstijgende prestatie kent echter diverse [systeemuitdagingen](#), die o.a. zijn beschreven in het [Advies sectoroverstijgende prestatie](#) van de NZa en het ZiNL. Zo komt



financiering uit meerdere bekostigingsdomeinen en/of financiële kaders. Ook kunnen er problemen zijn rondom risicoverevening voor zorgverzekeraars. Daarnaast kunnen er kunnen wettelijke belemmeringen bestaan.

Op dit moment bestaan er nog geen kant-en-klare structurele oplossingen voor deze vorm van sector- of domeinoverstijgende financiering. Toch kan transmurale sector- of domeinoverstijgende zorg nu al worden geleverd via:

- eigen declaraties van zelf geleverde zorg en/of;
- ODV en/of;
- zorgbundel financiering;
- of de BRI;
- of facultatieve prestaties.

7. Financiering van anderhalvelijnszorg

Hoewel dit niet expliciet uit de enquête naar voren kwam, werken sommige Connect-regio's met een transmurale anderhalvelijnscentrum. In dit model ontvangt de patiënt zorg die georganiseerd wordt tussen eerste en tweede lijn, maar gefinancierd wordt vanuit het eerstelijnsbudget. Deze zorg wordt meestal geleverd door VS'en, PA's en soms door medisch specialisten of door gespecialiseerd verpleegkundigen met medisch-specialistische expertise, eventueel met ondersteuning van thuiszorg. Ook (fysieke of digitale) meekijkconsulten kunnen hierbij worden ingezet.

De voordelen van dit model:

- de huisarts wordt ontlast;
- terugverwijzing naar de eerste of anderhalvelijnszorg wordt gemakkelijker en gefaciliteerd;
- dit voorkomt soms juist verwijzing naar of opname in de tweede lijn c.q. het ziekenhuis;
- dit verlaagt kosten per patiënt.

Daarnaast ontstaan positieve effecten zoals betere toegankelijkheid van zorg en meer werkplezier voor zorgverleners. Ook voor deze zorgvorm is structurele financiering essentieel, zowel voor de zorg zelf, de overlegstructuren, onderlinge samenwerking als (na)scholing. De aanbevelingen uit dit document zijn daarom ook hierop van toepassing.

8. Digitale prestaties in de zorg

Er zijn een aantal digitale prestaties die de zorg gemakkelijker toegankelijk voor de patiënt kunnen maken en ook voor de zorgverleners voordelen bieden. Die prestaties zijn echter maar deels inzetbaar en behulpzaam m.b.t. de transmurale/netwerk vormen van zorg. Het gaat hierbij om de volgende mogelijkheden:

- (Digitale) Meedenkadvisen (geïntroduceerd per 1 januari 2026) tussen huisarts/POH en medisch specialisten/VS'en/PA's, waarbij de medisch specialistische zorgverlener zelf géén contact heeft met de patiënt. Deze kunnen zeker behulpzaam zijn bij transmurale/netwerkzorg vormen, waarmee de huisarts/POH m.b.v. medisch specialistische expertise van medisch specialist/VS/PA de patiënt vaak zelf zal kunnen behandelen, zonder dat (terug-)verwijzing naar de msz nodig is. De meedenkadvisen kunnen in transmurale/netwerkzorg worden gebruikt voor patiënten die niet (meer) onder behandeling zijn bij het betreffende medisch specialisten (voor die specifieke zorgvraag), waarmee (opnieuw) verwijzing naar de msz kan worden voorkomen. Nadere informatie over randvoorwaarden en afbakening is te vinden in de [handreiking meedenkadvisen](#) en in de NZa regelgeving (die altijd voorliggend is).
- (Digitale) Meekijkconsulten, waarbij de medisch specialistische zorgverlener zelf wél contact heeft met de patiënt. Deze consulten worden onder andere gebruikt binnen anderhalvelijnscentra en kunnen een vergelijkbare rol vervullen als de meedenkadvisen binnen de transmurale/netwerkzorg.

Daarnaast is er voor de eerste lijn een scala aan overige (digitale) consultatie- en adviesmogelijkheden van medisch specialistische zorgverleners aanwezig via vooral



specifieke eerstelijns diagnostiek (ELD) mogelijkheden (zie ook het document '[Overzicht consultatie- en adviesmogelijkheden tussen 1^e lijn en 2^e \(3^e\) lijn](#)' en de NZa site voor de altijd voorliggende NZa regelgeving en prestaties). Buiten de hierboven genoemde vormen zijn er ook nog andere vormen van consultering/advisering van msz expertise mogelijk op verzoek van huisartsen, maar daarvoor dienen (specifieke) lokale/regionale afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars te worden gemaakt en die mogen niet botsen met de NZa regelgeving.

Ook telemonitoring is een digitale vorm van zorg. Door de monitoring van patiënten op afstand met het daardoor tijdig signaleren van verslechtering van ziektebeelden kan duurdere zorg (zoals SEH bezoek en opnames) voorkomen worden. Telemonitoring is echter een msz prestatie en (nog) niet transmuraal in te zetten. Bij de medisch specialisten zijn digitale telefonische/beeldbel/schriftelijke consulten met de patiënt inzetbaar en bij de huisarts digitale telefonische/schriftelijke consulten, maar die zijn gebonden aan de tweede/derde lijn respectievelijk eerste lijn en zijn niet transmuraal inzetbaar.

Voorts is er een (digitale) expertiseadvies prestatie die het mogelijk maakt om binnen de msz expertisecentra voor zeldzame aandoeningen (die met name in UMC's en STZ, sporadisch in een SAZ zorginstelling aanwezig zijn) vanuit algemene msz zorginstellingen te raadplegen zonder een directe verwijzing naar die expertisecentra. Dit is echter vooral nog een prestatie binnen de msz en is eveneens niet transmuraal c.q. voor de eerste lijn beschikbaar.

9. Een combinatie van reguliere en innovatieve of experimentele prestaties

Het is mogelijk om transmurale samenwerking te betalen via een combinatie van bestaande reguliere financiering en innovatieve of experimentele vormen. Deze optie vereist goed overleg met de preferente zorgverzekeraar in de regio, vaak op basis van een businesscase. Voorbeelden:

- Financiering van de ziekenhuiszorg (msz) wordt betaald uit bestaande zorgactiviteiten en dbc-zorgproducten en zorg van andere zorgaanbieders via hun eigen bekostigingssysteem.
- Financiering van chronische hartzorg (AF en HF) door de eerste lijn wordt bekostigd vanuit de CVRM-ketenzorg (Segment 2), met een opslag op het tarief of het inrichten van CVRM ketenzorg tariefdifferentiatie.
- Wijkverpleging kan worden gefinancierd via onderlinge dienstverlening (ODV-nota's) of uit het eigen budget van de thuiszorgorganisatie, eventueel aangevuld door de zorgverzekeraar.
- Extra activiteiten van het sociaal domein worden gefinancierd door gemeenten samen met zorgverzekeraars.

De extra kosten voor de zorgverzekeraar kunnen (deels) worden betaald uit besparingen die de transmurale samenwerking oplevert (zoals lagere kosten per patiënt). Meestal zijn de afspraken met de zorgverzekeraar maatwerk en tijdelijk van aard en in beginsel bedoeld als opstap naar structurele bekostiging.

4.3 Financiering met focus op de organisatie van transmurale lijn-/sector-/domeinoverstijgende zorg

De organisatie van zorg kan op verschillende manieren worden gefinancierd. In de praktijk gaat het daarbij echter vaak om tijdelijke of experimentele financiering. Daardoor is het lastig om te komen tot structurele en permanente financiering van de organisatie van zorg. Voor het actueel houden, toekomstbestendig maken en verbinding behouden bij transmurale lijn-, sector- en/of domeinoverstijgende samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders is structurele financiering van de organisatie van zorg essentieel. Daarbij gaat het onder andere om het regelmatig doorlopen van PDCA-cycli om de zorg en de afspraken actueel te houden, coördinatie van samenwerking en (na)scholing, ondersteuning van regionale netwerken en financiering van functies zoals regionale projectleiders en POH's. De



functies van regionale projectleiders en POH's worden als onmisbaar gezien voor duurzame transmurale samenwerking.

Hieronder worden mogelijkheden en prestaties vermeld waarmee organisatie van zorg gefinancierd kan worden.

1. Uit O&I (ontwikkeling en infrastructuur) gelden

O&I-gelden zijn middelen uit segment 2 van de huisartsenzorg die per patiënt beschikbaar zijn. Deze middelen kunnen worden gebruikt voor vergoeding van:

- organisatie en coördinatie van zorg;
- wijkmanagement;
- uitbreiding van ketenzorg;
- regiomanagement (O&I-regiomanagement);
- overige geïntegreerde eerstelijnszorg.

Een knelpunt hierbij is dat deze segment 2-middelen inmiddels grotendeels zijn uitgeput. Hierdoor is het al lastig om de organisatie (en coördinatie) bestaande zorgprojecten in stand te houden en nog moeilijker om nieuwe transmurale projecten op te zetten, waarvoor deze organisatie (en coördinatie) essentieel is. Dit geldt bijvoorbeeld voor de financiering van regionale projectleiders en/of POH's en/of verpleegkundig specialisten die verantwoordelijk zijn voor organisatie en coördinatie van samenwerking.

2. Via tijdelijke subsidies/prestaties

Er bestaan momenteel verschillende tijdelijke subsidieregelingen die financiële ondersteuning kunnen bieden voor de organisatie en coördinatie van samenwerking tussen lijnen, sectoren en domeinen. Voorbeelden hiervan zijn IZA-gelden en ZonMw-subsidies. Deze middelen worden momenteel regelmatig gebruikt voor transmurale samenwerkingsprojecten.

3. Vanuit de beleidsregel experiment patiëntengroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg (BR/REG-24152)

Sinds 1 mei 2024 bestaat een experimentele prestatie via de NZa, de [Beleidsregel experiment patiëntengroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg \(BR/REG-24152\)](#), voor financiering van (transmurale) organisatie en coördinatie in het kader van patiëntengroepsgebonden afstemming. Hiervoor geldt een vrij tarief, wat kan worden ingezet voor bekostiging van de (transmurale) organisatie van zorg. Het experiment loopt in principe tot 30 april 2029. Belangrijke voorwaarden zijn dat de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar samen schriftelijke afspraken over o.a. monitoring en evaluatie moeten maken. Deze prestatie/regeling lijkt ook geschikt voor de financiering van bijvoorbeeld:

- lokale of regionale projectleiders;
- organisatie en coördinatie binnen transmurale lijn-, sector- en/of domeinoverstijgende samenwerking.

Dit is nog een experimentele prestatie en dus nog geen reguliere, structurele regeling. Deze betaaltitel kan niet gebruikt worden voor de financiering van deze reguliere zorgverlening zelf. Daarnaast is het van belang om te benoemen dat bij financiering van niet-patiëntgebonden activiteiten die geen directe zorgverlening inhouden, zoals bij financiering van organisatie van zorg, verantwoording t.a.v. de rechtmatigheid van betalingen en zaken als risico-verevening voor zorgverzekeraars lastiger is dan bij financiering van patiëntgebonden zorg. Dat betekent dat voor dit soort niet-patiëntgebonden zorg heldere kaders moeten worden afgesproken over welke activiteiten worden gefinancierd en waarvoor de middelen precies worden ingezet. Zie voor een uitgebreidere toelichting hiervan bijlage 1.

4. De beleidsregel Experiment versterking organisatie eerstelijnszorg binnen Zvw-verzekerde zorg (BR/REG-27110)

De Beleidsregel Experiment versterking organisatie eerstelijnszorg binnen de Zvw-verzekerde zorg ([BR/REG-27110](#), [Nieuwe bekostiging voor samenwerkingsverbanden in de eerste lijn | Nederlandse Zorgautoriteit](#)) maakt het vanaf 1 januari 2027 mogelijk om een experiment aan



te gaan m.b.t. de herordening van eerstelijnsamenwerkingsverbanden. De regeling loopt in principe tot 31 december 2031. Regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden (resv's) en hechte wijkverbanden zijn samenwerkingsnetwerken van zorg- en welzijnspartijen die in de wijk en regio gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor de organisatie van zorg, zoals beschreven in de [Visie eerstelijnszorg 2030](#) en de [Uitwerking regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden](#).

Met deze nieuwe beleidsregel zorgt de NZa voor bekostiging vanuit de Zvw voor taken die nodig zijn om de eerste lijn goed te laten functioneren, maar die niet aan één individuele patiënt zijn toe te rekenen. Voorbeelden hiervan zijn afstemming tussen zorgprofessionals en samenwerking tussen partijen. Het doel is om te investeren in een sterke eerstelijnszorg als fundament voor toegankelijke zorg, in de eerste lijn en daarbuiten. Door de capaciteit van zorgprofessionals slimmer in te zetten en de samenwerking in de wijk en regio te versterken, blijft zorg ook in de toekomst bereikbaar.

De prestatie kent een vrij tarief en hierbij kan gebruik gemaakt worden van [onderlinge dienstverlening \(ODV\)](#) met een opdrachtgevende en uitvoerende zorgaanbieder. Deze beleidsregel kent een experimentstatus en heeft een looptijd van 5 jaar. Met monitoring van deze bekostiging wordt gekeken of het gedeelde idee bij de bekostiging ook in praktijk werkt. Samen met andere overheidspartijen (VWS, Zorginstituut en IGJ) kijkt de NZa daarnaast of aanpassingen in wet- en regelgeving bijdragen aan de samenwerking in de zorg en het sociaal domein. Er zijn beperkingen t.a.v. deze prestatie, want deze regeling is:

- niet voor het financieren van de zorg zelf
- niet specifiek gericht op transmurale samenwerking;
- en nog niet van toepassing op tweede- en derdelijnszorg.

Toch kan een versterkte organisatie van de eerstelijnszorg samenwerking met tweede en derde lijn verbeteren, terugverwijzing van patiënten faciliteren en bijdragen aan betere toegankelijkheid van zorg.

5. Vanuit de ADZ (algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg) prestatie

Dit is een categorie ondersteunende (zorg)activiteiten die in aanmerking kan komen voor een zelfstandige betaaltitel onder de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Het gaat hierbij niet om patiëntenzorg zelf, maar om de ondersteunende activiteiten. Een ADZ-regeling is gericht op de financiering en declaratie van activiteiten zoals coördinatie, samenwerking en bijbehorende infrastructuur die wenselijk zijn voor een adequate organisatie van (keten)zorg mogelijk te maken dan wel de declaratie daarvan te vereenvoudigen. Het [Parkinsonnet](#) is momenteel het enige voorbeeld hiervan met beschrijving van de ADZ regeling in de [Beleidsregel Adz-ondersteuning van Parkinsonzorg](#) van de NZa (november 2022) en de [Handreiking domeinoverstijgende activiteiten en aanspraken Zvw](#) door het ZiNL (september 2023).

De voorwaarden waar de ondersteunende activiteiten hierbij aan moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een betaaltitel zijn de volgende:

- De activiteiten dienen ter directe ondersteuning van de betrokken zorgaanbieders bij de verlening van verzekerde zorg.
- De (beschikbaarheid van) activiteiten komen ten goede aan (individuele) patiënten die de zorg van de betrokken zorgaanbieders ontvangen en bij de betrokken verzekeraar verzekerd zijn.
- De kwaliteit van de integrale zorg blijft de verantwoordelijkheid van de betrokken zorgaanbieder en die zorgaanbieder kan die verantwoordelijkheid blijven waarmaken.
- De activiteiten vallen onder een door de NZa vastgestelde tarief- en prestatiebeschrijving voor de desbetreffende ADZ.

T.a.v. de procedure om financiering via de ADZ-route mogelijk te maken beoordelen VWS, het Zorginstituut en de NZa gezamenlijk de betreffende casus en bepalen zij of een prestatie kan worden vastgesteld. Belangrijke aandachtspunten bij ADZ is dat de huidige beleidsregel



specifiek geldt voor de Parkinsonzorg casus. Voor iedere nieuwe situatie/casus zal opnieuw een aparte beleidsregel moeten worden opgesteld met mogelijk aanvullende of gewijzigde voorwaarden.

Na toekenning van de prestatie dienen verder over de betaling van de diensten die hiermee worden vergoed goede afspraken te worden gemaakt en kan dit soms ingewikkeld zijn bij deelname van meerdere (typen) zorgaanbieders. Verder geldt ook hierbij dat het moeten kunnen verantwoorden van de rechtmatigheid van betalingen voor niet-patiëntgebonden activiteiten die niet direct zorgverlening inhouden en risico verevening lastige elementen kunnen zijn.



5. Effectmetingen

In dit hoofdstuk staan de door respondenten aangegeven resultaten beschreven van de enquête en interviews m.b.t. verschillende soorten effectmetingen t.a.v. zorgconsumptie vermeld, die uitgevoerd zijn in de ondervraagde Connect-regio's. Daarnaast worden ook de effectmetingen besproken die overkoepelend in diverse Connect-regio's zijn uitgevoerd in het kader van het [Impuls Hartzorg \(IHZ\)](#) project (zie ook bij [ZonMw Hartzorg](#)). Dit soort effectmetingen zijn van belang voor de verantwoording van de (tijdelijke) financiering en kan van invloed zijn op de wijze waarop de zorg en de organisatie ervan voortaan betaald gaan worden. Te gebruiken effectmetingen zijn:

- effectmetingen t.a.v. zorgconsumptie;
- effectmetingen m.b.t. patiënt- en zorgverlener tevredenheid, door patiënten ervaren kwaliteit van leven en zorg;
- metingen t.a.v. financiële en maatschappelijke effecten.

Welke gegevens zorgverzekeraars relevant vinden, verschilt per zorgverzekeraar. Dit hangt ook samen met de regionale doelstellingen en de afspraken die hierover met zorgverzekeraars zijn gemaakt.

Vaak zijn historische gegevens nodig om de 'oude' situatie en de 'nieuwe' situatie goed met elkaar te kunnen vergelijken. Historische data zijn echter niet altijd eenvoudig beschikbaar, goed vergelijkbaar en/of bruikbaar in relatie tot actuele situaties en nieuwe werkwijzen.

5.1 Effectmetingen onderzoek m.b.t. zorgconsumptie en overig

In het uitgevoerde onderzoek is met de enquête en de verdiepende interviews op verschillende manieren geëvalueerd wat de effecten van de transmurale afspraken zijn en hoe deze worden ervaren door de respondenten.

Gebruikte evaluatiemethoden

- enquêtes met gestructureerde vragenlijsten in het uitgevoerde onderzoek naar hoe de financiering in verschillende regio's is geregeld via een onafhankelijk bureau (zie bijlage 5);
- reguliere gesprekken tussen eerste en tweede lijn in het kader van de transmurale samenwerking;
- evaluatie op basis van het *Quadruple Aim*-model.

Gebruik van informatiedata

Zes respondenten geven aan dat zij informatiedata bijhouden om effecten van transmurale samenwerking te meten. Daarbij gaat het onder andere om indicatoren die daar nog in ontwikkeling zijn, zoals het aantal terugverwijzingen en het aantal interprofessionele overlegmomenten tussen (de zorgverleners van) de verschillende lijnen. Daarnaast worden bij hen de volgende effecten gemeten:

- data m.b.t. (eventuele) afname van het aantal verwijzingen;
- gezondheidswinst, bijvoorbeeld door eerdere signalering van verslechtering;
- afname van zorgconsumptie t.a.v. bijvoorbeeld het aantal consulten en polibezoeken, SEH-bezoeken en ziekenhuisopnames;
- verbeterde doelmatigheid en efficiëntie binnen de keten;
- evaluatie via reguliere gesprekken en overleg tussen eerste en tweede lijn;
- evaluatie naar het passend zijn van:
 - meedenkconsulten;
 - verwijzingen naar de tweede lijn;
 - terugverwijzingen naar de eerste lijn;
 - c.q. of de juiste vragen worden gesteld (vaak vanuit eerste naar tweede lijn);
- analyse van afname van dubbel aanvullend diagnostisch onderzoek;
- scholing van huisartsen en andere eerstelijns zorgverleners.
- gebruik van NVVC Connect indicatorenset (zie de volgende paragraaf).



5.2 Effectmetingen m.b.v. NVVC Connect indicatorenset

In deze paragraaf worden de resultaten besproken van de effectmetingen die zijn uitgevoerd in de Connect regio's met deelname aan het [Impuls Hartzorg \(IHZ\)](#) project (zie ook bij [ZonMw Hartzorg](#)) t.a.v. de transmurale samenwerking. Het gaat hier om transmurale zorg o.b.v. RTA's, waarbij terugverwijzing naar de huisarts een belangrijk aandachtspunt is. Daarbij geldt wel dat de gegevens met name (ook) lokaal en regionaal moeten worden geïnterpreteerd. De verschillende werkwijzen en de verschillende RTA's maken dat uitkomsten niet altijd vertaald kunnen worden naar andere regio's of generiek toepasbaar zijn.

Gebruikte evaluatiemethoden

Voor de effectmetingen zijn verschillende evaluatiemethoden gebruikt:

- Enquêtes met gestructureerde vragenlijsten over ervaringen van patiënten en zorgverleners, met behulp van indicatorensets die binnen de Impuls Hartzorg Connect-regio's zijn uitgezet (zie paragraaf 5.2).
- Evaluaties via de projectleiders van de Connect-regio's, die bij deelname aan Impuls Hartzorg ook deelnemen aan de projectleidersbijeenkomsten.
- Reguliere gesprekken tussen eerste en tweede lijn in het kader van de transmurale samenwerking.
- Evaluatie op basis van het *Quadruple Aim*-model.

De algemene resultaten van de effectmetingen hierbij laten o.a. zien dat zowel patiënten als zorgverleners (huisartsen, POH's, cardiologen, VS'en en PA's) tevreden tot zeer tevreden zijn over de geleverde zorg en de transmurale samenwerking. De metingen zijn uitgevoerd met vragenlijsten m.b.t. vier indicatoren, gericht op:

- ervaringen van patiënten;
- ervaringen van zorgverleners;
- doelmatigheid van zorg (zoals het relatieve aantal terugverwijzingen);
- en de inrichting van de PDCA-kwaliteitscyclus, inclusief (de mate van) patiëntparticipatie binnen het Connect-programma.

Hieronder worden de resultaten van de Connect indicatorenset vragenlijsten (2024) samengevat.

Ervaringen patiënten (N = ca. 700)

Uit de patiëntervaringen blijkt dat de tevredenheid van patiënten met hartfalen (HF) en atriumfibrilleren (AF) over de transmurale Connect-samenwerking en de begeleiding door zorgverleners zeer hoog is (84% en 95%). Volgens patiënten sluit de zorg van verschillende zorgverleners in de eerste en tweede lijn bij hartfalen goed op elkaar aan; dit wordt door ongeveer 78% van de HF-patiënten zo ervaren. Bij atriumfibrilleren ligt dit lager, op ongeveer 56%. Voor AF-zorg lijkt daarmee nog ruimte voor verbetering aanwezig.

Ook de begeleiding door Connect-zorgverleners wordt positief beoordeeld. De waardering is zowel in de eerste als tweede lijn hoog:

- 93% van de HF-patiënten beoordeelt de begeleiding door huisartsen en POH's positief: 75% goed tot uitstekend en 18% voldoende.
- 88% van de AF-patiënten beoordeelt de begeleiding door huisartsen en POH's positief: ongeveer 66% goed tot uitstekend en 22% voldoende.
- Circa 93% van de HF-patiënten beoordeelt de begeleiding door cardiologen en verpleegkundig specialisten positief: 76% goed tot uitstekend en circa 17% voldoende.
- 91% van de AF-patiënten beoordeelt de begeleiding door cardiologen en verpleegkundig specialisten positief: 69% goed tot uitstekend en 22% voldoende.

In algemene zin waarderen HF- en AF-patiënten hun zorgverleners in de Connect-regio's hoog. Eerstelijnszorgverleners krijgen gemiddeld een 7,4 en tweedelijnszorgverleners gemiddeld een 8,1. Daarnaast geven patiënten aan dat hun Connect-zorgverleners in hoge mate goed bekend zijn met hun medische situatie; dit geldt voor ongeveer 70–80% van de



patiënten. Ook ervaren patiënten zelden tot nooit tegenstrijdige informatie over hun ziektebeeld. Ongeveer 91% geeft aan dat zorgverleners zelden tot nooit tegenstrijdige informatie geven.

Wat betreft contact en voorbereiding weten zowel HF- als AF-patiënten in ongeveer 90% van de gevallen goed met wie zij bij vragen contact moeten opnemen. Tegelijkertijd bereidt ongeveer 37–40% van de patiënten zich niet voor op gesprekken met zorgverleners. Dit is opvallend, omdat tegenwoordig veel aandacht wordt besteed aan digitale voorlichting en toegang tot informatie. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn beperkte digitale vaardigheden, onvoldoende besef van het belang van voorbereiding en/of gebrek aan tijd. Dit onderwerp vraagt daarom om verdere aandacht en onderzoek.

Ervaringen van zorgverleners (N = ca. 250)

Zowel eerstelijns- als tweedelijnszorgverleners ervaren in ongeveer 81% van de gevallen dat laagdrempelig onderling overleg mogelijk is. Over de informatie-uitwisseling tussen de lijnen is de tevredenheid lager. In de eerste lijn is 58% van de zorgverleners bijna helemaal of helemaal tevreden over de informatie-uitwisseling met de andere lijn. In de tweede lijn geldt dit voor 50% van de zorgverleners. Ten aanzien van dit punt is nog ruimte voor verbetering aanwezig.

5.3 Effectmetingen m.b.v. SROI-onderzoek in Connect-regio's

Bij SROI-onderzoeken (*Social Return on Investment*) wordt gekeken naar financiële en maatschappelijke input en opbrengsten van zorg(vormen) en het netto resultaat daarvan, wat ook binnen NVVC Connect is uitgevoerd in het kader van de Impuls Hartzorg. De resultaten van de SROI-onderzoeken, door VitaValley uitgevoerd in vier Connect-regio's, zijn te lezen in [dit rapport](#). Uit deze onderzoeken blijkt dat transmurale samenwerking zeer doelmatig is: iedere geïnvesteerde euro levert tussen de €1,90 en €2,30 op.

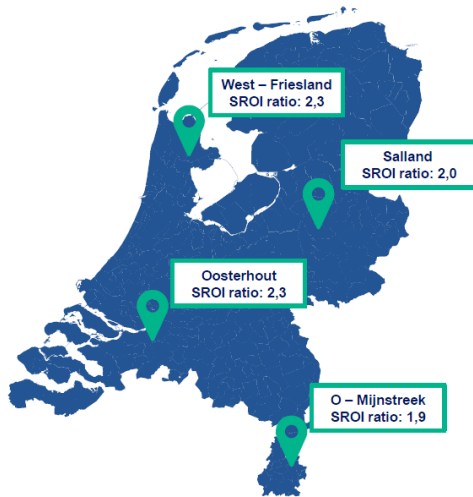
Belangrijkste uitkomsten van het SROI-onderzoek

- Lagere zorgkosten per patiënt voor zorgverzekeraars;
- Hogere (ervaren) kwaliteit van leven voor patiënten;
- Betere toegankelijkheid van de tweedelijnszorg;
- Meer werkplezier voor zorgverleners door betere samenwerking.

Een belangrijke kanttekening is dat kosten en baten (vaak) niet gelijk verdeeld zijn over alle betrokken partijen. Dit wordt ook wel het 'wrong pocket' probleem genoemd. Een voorbeeld hiervan is dat kosten voor gemeenten kunnen stijgen doordat patiënten langer thuis blijven wonen en daardoor meer ondersteuning via de Wmo nodig hebben.

De resultaten zijn opvallend consistent, ondanks de verschillen in aanpak per regio:

- Twee regio's (Oostelijke Mijnstreek en Oosterhout) zetten vooral in op anderhalvelijnszorg (samenwerking tussen eerste en tweede lijn).
- Eén regio (Salland-Deventer) gebruikt vooral telemonitoring en de inzet van thuiszorg/wijkverpleging.
- Eén regio (West-Friesland) focust op intensieve samenwerking tussen verpleegkundig specialisten (VS), physician assistants (PA) in het ziekenhuis en praktijkondersteuners (POH) bij de huisarts. In deze regio is afgesproken om steeds meer hartfalenpatiënten onder controle van de huisarts te brengen in plaats van onder behandeling bij de cardioloog.



De SROI ratio is de verhouding kosten : baten. Elke geïnvesteerde euro levert over een periode van 5 jaar 1,90 – 2,30 EUR (+/- 25%) maatschappelijke waarde op.

Om het landelijk beeld van transmurale hartzorg op te stellen zijn vier regionale SROI quick scan analyses uitgevoerd van verschillende initiatieven. In onderstaande tabel staat van elk initiatief de regio benoemd, de interventie waar het om gaat en het ziektebeeld waarvoor de interventie wordt ingezet. De SROI ratio is terug te vinden in de landkaart. In alle regionale SROI's hebben we vooruit gekeken naar opschaling over de periode 2024 – 2028. We kijken altijd over een langere periode om de investeringen te kunnen laten renderen.

Regio	Interventie	Ziektebeeld
Oostelijke Mijnstreek	1,5 ^e -lijns zorg met inzet verpleegkundig specialist. Op termijn ook transmurale telemonitoring met 1 ^e lijn	Hartfalen
Oosterhout	1,5 ^e -lijns zorg met inzet verpleegkundig specialist	Hartfalen en atriumfibrilleren
Salland	Transmurale telemonitoring met wijkverpleegkundigen	Hartfalen
West-Friesland	Verdere verschuiving hoofdbehandelaarschap naar 1 ^e -lijn door sterk inzetten op educatie	Hartfalen

De volledige SROI rapportages van de regionale SROI's zijn opgenomen in vier separate SROI rapportages die bij de opdrachtgevers bekend zijn.

Figuur 1: SROI resultaten in de 4 Connect regio's en de verrichte interventies bij betreffende ziektebeeld (HF en/of AF)

Voor elke 1000 (extra) AF / HF patiënten ...

(over een periode van 5 jaar):

Interventie	Kwaliteit van leven	Toegankelijkheid 2 ^e -lijns zorg	Minderkosten Zwv	Tijdsbesparing (potentieel, binnen m.z., per jaar)**
1,5 ^e -lijns zorg HF	❖ 0,05 QALY winst pp ❖ Opbrengst: € 2,9 M	❖ Tijd vrij bij cardioloog en VS ❖ Opbrengst: € 864 K	❖ Verschuiving zorg naar 1,5 ^e lijn en minder (her)opnames ❖ Opbrengst: € 1,1 M	4.300 uur per jaar
1,5 ^e -lijns zorg AF	❖ 0,05 QALY winst pp ❖ Opbrengst: € 2,9 M	❖ Tijd vrij bij cardioloog en VS ❖ Opbrengst: € 460 K	❖ Verschuiving zorg naar 1,5 ^e lijn * ❖ Opbrengst: € 814 K	2.800 uur per jaar
(transmurale) telemonitoring	❖ 0,05 QALY winst pp ❖ Opbrengst: € 2,9 M	❖ 53 uur per week bij VS ❖ Opbrengst: € 448 K	❖ Minder (her)opnames en minder SEH presentaties ❖ Opbrengst: € 6,9 M	16.150 uur per jaar
Verschuiving hoofdbehandelaarschap	❖ 0,02 QALY winst pp ❖ Opbrengst: € 1,2 M	❖ Ruim 2,0 FTE VS ❖ Opbrengst: € 217 K	❖ Minder (her)opnames, minder verwijzingen en minder SEH presentaties ❖ Opbrengst: € 2,3 M	5.530 uur per jaar

* Dit is exclusief de opbrengsten / minderkosten door het voorkomen van beroertes (ICVA's) door vroegdetectie en behandeloptimalisatie met antistolling. Hiervoor is vervolgonderzoek nodig.
** Potentiële besparing in uren per jaar binnen de medisch-specialistische zorg, o.b.v. een gemiddelde tijdsprijs voor zorgprofessionals van € 91 per uur (werkgeverslasten en functie gebonden kosten, Zorginstituut, 2024).

Figuur 2: Financiële en maatschappelijke opbrengsten (m.b.v. de SROI methode) in de Connect regio's per 1000 AF/HF patiënten

5.4 Doel en evaluatie van effectmetingen op zorgconsumptie en overige kosten-baten van transmurale samenwerking

De hieronder genoemde data en punten zijn van belang om de kosten en opbrengsten c.q. de financiële en maatschappelijke doelmatigheid en overige 'spin-off' van transmurale samenwerking goed te kunnen evalueren en objectiveren met behulp van genoemde effectmetingen. Dit kan onder andere met:

- data uit de eerste lijn en data uit de tweede lijn, bij voorkeur gecombineerd en aan elkaar gekoppeld;
- Vektis-data (via zorgverzekeraars);
- indicatorensets en vragenlijsten;
- en vooral goed via SROI-onderzoek.

Met name een combinatie van deze verschillende effectmetingen geeft goed inzicht in de financiële en de maatschappelijke doelmatigheid van transmurale lijn-, sector- en/of domeinoverstijgende zorgvormen. Voor de financiering hiervan kan gebruik worden



gemaakt van de in hoofdstuk 3 gebruikte financieringsmogelijkheden en de in hoofdstuk 4 genoemde reguliere prestaties, innovatieve of experimentele prestaties/betaaltitels of een combinatie daarvan. Dit geldt zowel voor de zorg zelf als de organisatie en coördinatie daaromheen.

Daarbij moet rekening worden gehouden met de volgende aandachtspunten:

- *Opstartkosten en ingroefase*

Bij het inrichten van nieuwe transmurale zorgprojecten ontstaan in eerste instantie extra opstartkosten terwijl de mogelijke voordelen van terugverwijzing nog niet volledig worden benut.

- *Inzicht in kosten, opbrengsten en effecten*

Het is mogelijk om transmurale lijn-, sector- en/of domeinoverstijgende financiering in te voeren, maar daarvoor is wel inzicht nodig in kosten, opbrengsten en overige effecten, zoals door patiënten ervaren kwaliteit van leven en van zorg, tevredenheid van patiënten (over bijvoorbeeld de mate van eigen regie) en tevredenheid van zorgverleners. Het is dan ook van belang om eerst inzicht te hebben in de zowel de kosten als effecten na implementatie van transmurale zorg, voordat er transmurale lijn-/sector-/domeinoverstijgende afspraken rondom financiering gemaakt kunnen worden. Het is daarom belangrijk om hierin te investeren, samen met *alle* betrokken partijen.

Investeer dus in transparantie van zowel de kosten als opbrengsten kant binnen zowel de huisartsen/eerste lijn als de tweede lijn en maak inzichtelijk wat het voor de patiënt brengt. Maak daarbij goed duidelijk wat de kosten voor invoering van de transmurale zorgvorm waren en wat erna (business case). Bereken en bespreek met elkaar waar de meerkosten kunnen/zullen gaan ontstaan van de transmurale samenwerking (o.b.v. de regionale transmurale afspraken, RTA's) en waar de meeropbrengsten kunnen/zullen gaan terechtkomen. Dat inzicht kan vooral goed verkregen worden met SROI onderzoek. Meet ook de neveneffecten zoals een toename in aantal interprofessioneel overleg 'telefoontjes' tussen huisartsen/POH's en cardiologen/VS/PA (zonder patiënt contact). Gebruik hiervoor de in dit hoofdstuk genoemde effectmeting evaluatie instrumenten.



Bijlage 1: Bekostiging van organisatie van zorg

['Beleidsregel experiment patiëntengroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg - BR/REG-24152'](#).

Toelichting: Deze beleidsregel introduceert een generieke Zvw-betaaltitel voor de rechtstreekse, directe, bekostiging van patiëntengroepsgebonden afstemming. De betaaltitel kan worden ingezet voor groepen verzekerden door aanbieders van zorg in de zin van de Zvw. Voorwaarde is dat deze gezamenlijk door zorgaanbieder en zorgverzekeraar schriftelijk overeengekomen wordt en waarbij diverse randvoorwaarden aanwezig zijn. Daarbij zijn (in artikel 6 van deze beleidsregel) monitoring en evaluatietaken opgenomen die bij de NZa liggen.

De prestatie is zeer open geformuleerd. De inhoud van de afspraak tussen zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar(s) kan namelijk regionaal/lokaal sterk variëren. De betaaltitel maakt het mogelijk om, onder voorwaarden, samenwerking te bekostigen, in het bijzonder samenwerking tussen wettelijke zorgdomeinen (Zorgverzekeringswet met o.a. de Wet langdurige zorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning) en tussen sectoren binnen de Zorgverzekeringswet. Maar ook daarbuiten, zoals het domein onderwijs. De prestatiebeschrijving is echter niet strikt afgebakend tot samenwerking tussen zorgaanbieders uit verschillende domeinen of sectoren. Deze betaaltitel kan dus ook worden gebruikt voor samenwerking tussen zorgaanbieders binnen één zorgdomein of binnen één sector.

De NZa geeft aan dat het niet aan hen is om te bepalen welke groepen van verzekerden hier onder vallen: zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen dit desgewenst zelf moeten doen in hun contracten. Het ligt echter voor de hand dat de samenwerking voortvloeit uit een regioplan (zoals bedoeld in IZA hoofdstuk 'Regionale samenwerking – algemeen') waarin specifieke doelen en doelgroepen voor de domein- en lijn-/sectoroverstijgende samenwerking zijn gedefinieerd.

Er worden geen beperkingen gesteld aan de mogelijkheden tot gebruik van de betaaltitel ten aanzien van bepaalde sectoren binnen de Zorgverzekeringswet of andere wettelijke domeinen van waaruit aan die afstemming kan worden bijgedragen. De afstemming kan dus zowel met andere zorgaanbieders binnen het verzekerde domein van de Zorgverzekeringswet worden gezocht, als met (zorg)aanbieders/derden uit andere wettelijke domeinen (zoals de Wlz of Wmo/sociaal domein). Daarbij ligt afstemming door zorgaanbieders vanuit de Zvw met (zorg)aanbieders/derden die actief zijn in de langdurige zorg, maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg en publieke gezondheid voor de hand.

Patiëntengroepsgebonden afstemming is in deze beleidsregel omschreven als het samenwerken door een zorgaanbieder van zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet met derden voor zover het patiëntengroepsgebonden afstemming betreft en direct ten dienste staat van een of meerdere zorgvormen onder de aanspraken van de Zorgverzekeringswet. De samenwerking is niet specifiek gericht op individuele verzekerden/cliënten, maar meer in algemene zin op groepen van verzekerden/cliënten. De prestatie kan alleen in rekening worden gebracht indien de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar hiervoor een schriftelijke afspraak hebben gemaakt. De prestatie kent een vrij tarief en biedt daarmee onder meer de mogelijkheid tot lumpsumafspraken.

Voor de beoordeling of de patiëntengroepsgebonden afstemming kan worden gezien als zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet, heeft Zorginstituut Nederland de [Handreiking domeinoverstijgende activiteiten vanuit de Zvw](#) gepubliceerd. Deze handreiking verduidelijkt welke domein- en lijn-/sectoroverstijgende activiteiten vergoed kunnen worden vanuit de Zorgverzekeringswet. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen mede aan de hand van deze handreiking beoordelen of de door hen gewenste patiëntengroepsgebonden afstemming kan worden gezien als zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet.



Met deze prestatie kunnen alleen kosten worden vergoed die als kosten in de zin van de Zorgverzekeringswet zijn aan te merken. Kosten van bijvoorbeeld de Wet langdurige zorg of het gemeentelijk domein (zoals de Wet maatschappelijke ondersteuning) kunnen niet via deze prestatie worden vergoed. Elk wettelijk domein draagt dus zijn eigen kosten. Dubbele bekostiging van dezelfde samenwerking is niet toegestaan. Dit betekent dat samenwerking van zorgaanbieders die al wordt bekostigd op grond van een andere prestatiebeschrijving die de NZa heeft vastgesteld, niet ook door middel van de prestatie in deze beleidsregel mag worden bekostigd. Deze betaaltitel kan ook niet gebruikt worden voor de reguliere zorgverlening zelf.

De kosten die binnen deze prestatie worden gemaakt, kunnen verdeeld worden over c.q. aan verschillende domeinen worden toegerekend, zoals voor een bepaald percentage aan de Zvw, een percentage ten laste van de Wlz, alsmede een percentage aan de Wmo. Dit hangt af van de samenwerkingsvorm en de betrokken verzekerden(groepen). De beleidsregel m.b.t. deze prestatie is in werking getreden per 1 mei 2024 en vervalt met ingang van 1 mei 2029.

Zorgverzekeraars vinden deze experimentele betaaltitel tot op heden lastig en minder comfortabel, omdat deze voor hen intern moeilijk op normale wijze (op patiëntniveau) is te registreren en te verantwoorden. Daarom wordt deze betaaltitel momenteel in de praktijk nog niet gecontracteerd door zorgverzekeraars.



Bijlage 2: Resultaten enquête financiering transmurale samenwerking in de Connect regio's

In deze bijlage worden de resultaten van de enquêtes en verdiepende interviews m.b.t. de financiering van de transmurale samenwerking in de Connect regio's uitgebreider besproken. In totaal zijn er 11 enquêtes ingevuld: 8 door projectleiders of beleidsadviseurs uit de eerstelijnszorg en 3 door cardiologen. Daarnaast zijn er 4 verdiepende interviews gehouden, waarvan 3 op basis van de ingevulde enquêtes.

Hierbij zijn in de diverse Connect regio's door de verschillende respondenten veel verschillende financiële modellen en afspraken (vaak op niet-structurele basis) genoemd en knelpunten aangedragen die belangrijke belemmeringen vormen om passende zorg via transmurale samenwerking en o.a. verschuiving van zorg van medisch specialistische zorg naar de eerste lijn verder op te schalen en toekomstbestendig te continueren. Onderstaand een uitgebreide weergave daarvan met verdere verdieping.

2.1 Financiering van regionale transmurale zorg

Vier regio's geven aan ook afspraken te hebben gemaakt over de financiering van transmurale zorg met andere zorgverzekeraars dan de preferente zorgverzekeraar. In alle gevallen volgen deze andere verzekeraars het beleid van de preferente verzekeraar. De gemaakte afspraken zijn gebaseerd op de RTA (Regionale Transmurale Afspraak).

Uit de antwoorden volgen hier de elementen uit de afspraken met de zorgverzekeraars:

- Vergoeding per patiënt voor de huisarts, de overkoepelende zorggroep ontvangt een vergoeding voor de overhead
- Ondersteunende ICT-kosten van bijvoorbeeld teleconsultatie
- Onderhoud/actualisatie van de kennisregel van PoB
- Afspraken over het jaarlijks onderhoud/actualisatie van het ketenzorgprogramma en de transmurale afspraken
- Afspraken over jaarlijkse aanbod van scholing (meestal niet gefinancierd door zorgverzekeraars)
- Huisartsen mogen een dubbel regulier consult declareren i.o.m. de zorgverzekeraar
- Bundelafpraak tweedelijns hartfalenzorg (zie ook verderop in hoofdstuk 3)
- Afspraken over (financiering van) digitale consulten (meedenkconsulten en telemonitoring)
- Afspraak dat inzet van wijkverpleging via onderlinge dienstverlening gedeclareerd kan worden op de DBC met een maximum aantal uren. De wijkverpleging kan nog geen aanspraak maken op de OZP telemonitoring
- (Structurele) financiële inbedding van het Connect programma('s) binnen ketenzorg programma's zoals CVRM
- Onderlinge facturen aan huisartsen en vice versa (onderlinge dienstverlening, ODV)

Meerdere respondenten geven aan dat chronische zorg steeds vaker als één geheel opgepakt wordt, over de verschillende ketens heen. Bijvoorbeeld bij CVRM, ouderenzorg en COPD, waarbij ook hartfalen en atriumfibrilleren (AF) zijn betrokken. Vanuit deze ketens worden ook stappen gezet om beter samen te werken met het sociaal domein.

2.2 Financiering van (sociale) innovatie/digitale zorg

Binnen de RTA is er steeds meer aandacht voor nieuwe en slimme manieren van zorg, zoals teleconsultatie (digitaal overleg met een specialist) en meedenkconsulten/adviezen (waarbij een specialist meedenkt met de huisarts). De regio's bekostigen deze nieuwe vormen van zorg als volgt:

- Bij twee ziekenhuizen zijn meedenkconsulten onderdeel van vaste afspraken met de zorgverzekeraar.
- Een deel van het geld dat huisartsen krijgen voor ontwikkeling en innovatie vanuit segment 3 (S3, resultaatbeloning en zorgvernieuwing) huisartsenzorg wordt gebruikt om deze nieuwe vormen van zorg te betalen.



- In één regio worden digitale consulten tussen huisarts en specialist (anderhalvelijnszorg) tijdelijk betaald via subsidies zoals het IZA of via projectgeld. En ruimte hiervoor via extra afspraken in het S3-segment huisartsenzorg te regelen.
- In één regio wordt teleconsultatie voor huisartsen vergoed vanuit de vaste bekostiging. Voor de praktijkondersteuner (POH) is dit nog niet het geval.

Wat niet uit deze enquête naar voren komt, maar wel in enkele Connect regio's gebruikt wordt, is het model van een anderhalvelijns centrum. In dit centrum krijgen patiënten zorg die goed georganiseerd is tussen de eerste en tweede lijn. Deze zorg wordt meestal gegeven door verpleegkundig specialisten (VS-en), physician assistants (PA's), gespecialiseerde verpleegkundigen met medische expertise, en soms ook door thuiszorgmedewerkers die feedback geven of gegevens aanleveren. Op deze manier wordt de huisarts ontlast en kunnen patiënten makkelijker terugverwezen worden naar de eerste lijn of anderhalve lijn, waardoor ze niet meer naar het ziekenhuis hoeven. Dit zorgt voor lagere kosten per patiënt en maakt de medisch-specialistische zorg beter toegankelijk. Ook voor dit model is het belangrijk dat er structurele financiering is voor de zorg zelf, evenals voor overleg, samenwerking en (na)scholing. De in deze bijlage, hoofdstuk 2, 3 en 4 genoemde zaken zijn hier ook van toepassing.

In één regio werken het ziekenhuis, de wijkverpleging en het sociaal domein goed samen, vaak voor meerdere ziektebeelden tegelijk. De controle van patiënten met hartfalen (HF) wordt gedaan door de wijkzorg/thuiszorg bij de patiënt thuis en in veel mindere mate op de hartfalenpoli van het ziekenhuis. De wijkverpleging/thuiszorg stuurt via onderlinge dienstverlening de ziekenhuizen een factuur.

2.3 Financiering van overhead & ondersteuning

Er zijn een aantal manieren waarop de kosten voor het organiseren van samenwerking in de zorg (transmurale samenwerking) bekostigd worden:

- Via de O&I-gelden van huisartsen
In de meeste regio's worden deze kosten betaald vanuit de zogenoemde Organisatie en Infrastructuur (O&I, segment 2) gelden van huisartsen. Dit is een bedrag per patiënt. In regionale afspraken (RTA) wordt vastgelegd welk deel van dit geld naar de huisarts gaat en welk deel naar andere samenwerkende partijen in de regio.
- Via extra geld boven op de O&I-gelden
In sommige gevallen komt er extra geld bij, bijvoorbeeld voor de huisarts. Dit extra geld wordt nu gezien als eenmalige opstartkosten en is dus nog niet structureel.
- Via resultaatbeloning en innovatie (segment 3) gelden
Soms zijn er afspraken gemaakt voor specifieke prestaties (zoals meedenkadvisen en/of telemonitoring) vanuit segment 3 (S3, resultaatbeloning en innovatie) gelden.
- Via een subsidie van ZonMw
Deze subsidie is tijdelijk en wordt alleen gegeven tijdens de zogeheten regio-impuls.

Antwoorden respondenten:

- Twee deelnemers gaven aan dat er afspraken zijn gemaakt over de inzet van een verpleegkundige uit het ziekenhuis. Deze verpleegkundige bezoekt huisartsenpraktijken en helpt actief mee met het maken en bijwerken van de regionale afspraken (RTA).
- Huisartsen bekostigen hun werkzaamheden voor patiënten met hartfalen meestal via bestaande ketenzorgafspraken (segment 2).
- Twee respondenten geven aan dat er sprake is van (structurele) financiële inbedding van de HF Connect programma('s) binnen het CVRM ketenzorg programma of andere ketenzorg vorm (bijvoorbeeld HF).
- De huidige vergoedingen voor huisartsen bieden weinig extra ruimte voor bijvoorbeeld ondersteuning of organisatiekosten. Eén iemand gaf aan dat er wél afspraken zijn gemaakt over de additionele zorgtijd voor de huisarts en praktijkondersteuner (POH) per patiënt.



- De meeste antwoorden gaan over de organisatiekosten (overhead) bij huisartsen. De kosten bij ziekenhuizen zijn niet duidelijk.
- Tot slot geven respondenten aan dat de lopende subsidie van ZonMw op dit moment gebruikt kan worden om de organisatie van de transmurale zorg te ondersteunen, bijvoorbeeld voor de inzet van een projectleider.

Toelichting op O&I (organisatie en infrastructuur) gelden:

De O&I gelden zijn onderdeel van de segment 2 tarieven. De zorgprestaties van huisartsen zijn verdeeld in drie segmenten. Segment 2 richt zich op samenwerking tussen verschillende zorgverleners (ketenzorg). De vergoedingen in segment 2 bestaan bijvoorbeeld uit uren voor de praktijkondersteuner (POH), een vergoeding voor de huisarts en voor advies door de huisarts of verpleegkundig specialist. Op dit moment zit er in deze tarieven geen extra geld voor extra organisatiekosten (overhead) als zorg verschuift van het ziekenhuis (tweede lijn) naar de huisarts (eerste lijn).

2.4 Genoemde knelpunten

(Maximalisering van) terugverwijzing blijft lastig, ondanks goede afspraken

Twee respondenten geven aan dat patiënten vaak niet worden terugverwezen naar de huisarts, ook al zijn daar goede afspraken over gemaakt. Het is moeilijk om dit goed te regelen. Het is lastig om zorg samen te doen (bijvoorbeeld bij CVRM – zorg voor hart- en vaatziekten), omdat het geld maar naar één partij gaat. Daardoor werken specialisten en huisartsen nog niet altijd goed samen.

Intercollegiaal overleg kost extra tijd

Voor zowel huisartsen als ziekenhuispersoneel, waarbij vooral verpleegkundigen (en verpleegkundig specialisten) meer werk ervaren door toenemende vragen van huisartsen en praktijkondersteuners.

Inzet van een projectleider wordt niet bekostigd

Goede ondersteuning, bijvoorbeeld in de rol van een (regionale) projectleider is essentieel, maar daarvoor is geen structurele financiering aanwezig en is nu vaak alleen mogelijk via bijvoorbeeld een ZonMw-subsidie. Om transmurale zorg actueel (PDCA cycli), toekomstbestendig en verbindend tussen de verschillende zorgaanbieders te kunnen continueren zijn (regionale) projectleiders onontbeerlijk. Er zijn dan ook zorgen over hoe deze ondersteuning betaald moet worden als de subsidie van ZonMw stopt.

Financiering van de praktijkondersteuner is vaak niet goed geregeld

De praktijkondersteuner speelt een cruciale rol in de ketenzorg. De financiering voor de praktijkondersteuner (POH) is nu nog niet goed geregeld. Veel afspraken zijn gebaseerd op standaard ketenzorgafspraken, waarbij per patiënt een vast bedrag wordt betaald. Bijvoorbeeld: de zorg voor mensen met atriumfibrilleren (AF) wordt nu alleen vergoed via de gewone consulten van de huisarts. Er is de wens dat de POH-S ook deze zorg gaat doen en dat AF wordt opgenomen in de CVRM-keten (zorg voor hart- en vaatziekten). Maar als dat gebeurt, moet het tarief voor de CVRM-zorg opnieuw worden berekend dan wel moet CVRM tariefdifferentiatie worden ingesteld. Dat komt omdat mensen met AF of hartfalen vaak meer controles nodig hebben dan andere CVRM-patiënten.

De kostenbesparingen en waar die terecht komen zijn niet transparant

Er worden op dit moment geen afspraken gemaakt over het verdelen van kostenbesparingen. Wel is er behoefte aan meer openheid over de kosten én opbrengsten in de hele zorgketen. Het is echter lastig om precies te zien waar de besparingen zitten, omdat de manier van factureren per sector verschillend is:

- In de ouderenzorg (VVT) en bij huisartsen wordt vaak betaald op basis van prijs × hoeveelheid (p x q).
- In ziekenhuizen wordt gewerkt met gemiddelde tarieven voor zorgactiviteiten en DBC-zorgproducten, en daar zijn weer verschillende soorten budgetafspraken bij.



Daardoor is het lastig om alles goed met elkaar te vergelijken en duidelijk te maken of en waar winst of besparing ontstaat.

Andere knelpunten die worden genoemd:

- Er is geen budget voor nascholing of voor bijeenkomsten zoals de Connect-avonden.
- Innovatie krijgt (vaak) geen aparte financiering, wat vernieuwing belemmert.
- De huidige ketenzorgafspraken zijn gebaseerd op aandoeningen, maar er is de wens om naar één brede ketenzorgafpraak te gaan. Daarbij zou je dan meer moeten differentiëren op complexiteit van zorg (ook t.a.v. de tarieven), in plaats van op ziektebeeld.
- De preferente zorgverzekeraar in de regio is soms een kleine partij en werkt met kleine volumes, en heeft daardoor minder onderhandelingsmacht en ervaring om zaken op landelijk niveau te bespreken.
- Er is een tekort aan personeel, zoals POH's, en ook huisvesting is een probleem.
- Zelfstandige behandelcentra (ZBC's) hebben geen financiële prikkel om mee te doen aan regionale samenwerkingsafspraken (RTA's), wat maximale opschaling van transmurale zorg belemmert.

2.5 Oplossingsrichtingen

Een belangrijk knelpunt is dat er nu geen adequate structurele financiering is en tarieven zijn om complexere patiënten met hartfalen en/of atriumfibrilleren en/of diverse CVRM aandoeningen binnen de ketenzorg op te nemen. Ook is er geen goede manier om de financiering en samenwerking over verschillende zorgsectoren heen te regelen. Mogelijke oplossingsrichtingen zouden daarom zijn:

- Uitbreiding of verhoging van de ketenzorg financiering en -tarieven (met eventuele tariefdifferentiatie) van de ketenzorg prestatie(s), met daarin bijvoorbeeld ook cardiometabole prestaties binnen de ketenzorg.
- Een lijn-/sectoroverstijgend model zou samenwerking tussen huisartsen (eerste lijn) en ziekenhuizen (medisch-specialistische zorg) mogelijk maken, met financiering vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw).
- Een domeinoverstijgend model gaat nog een stap verder. Dit zorgt ook voor gezamenlijke financiering met de ouderenzorg (VVT), die betaald wordt vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz).

Er is (nog vrijwel) geen lijn-/sector- of domeinoverstijgend bekostiging- en financieringsmodel en er zijn nog geen specifieke (structurele) lijn-/sector- of domeinoverstijgende prestaties, wat samenwerking tussen eerste lijn, ziekenhuizen en VVT lastig maakt. Kortom: er is behoefte aan een systeem waarbij verschillende soorten zorgverleners samen betaald kunnen worden vanuit meerdere wetten of regelingen.

Uit de hieronder in de tabel staande resultaten van het onderzoek (enquête en de verdiepende interviews) over de aanwezige financieringsafspraken blijkt dat de financiering van de (chronische) hartzorg in de Connect-regio's op verschillende manieren is geregeld, deels afhankelijk van de aanwezige transmurale samenwerkingsvorm en de opgestelde RTA's. Dit varieert van vooral nog veel en diverse tijdelijke financieringsvormen tot enkele meer structurele afspraken t.a.v. de geleverde zorg zelf. Wat betreft de financiering van de organisatie, scholing, onderhoud en verdere ontwikkeling van de transmurale Connect-samenwerking is er nog weinig structureel geregeld.



Tabel 4: NVVC Connect financieringsafspraken

Respon- dent	Structureel	Niet structureel	Toelichting/omschrijving	Opmerking(en)
1	<p>Overhead: afspraken zijn gemaakt over:</p> <p>1) de ondersteunende ICT-kosten van bijvoorbeeld teleconsultatie en het onderhoud van de kennisregel van PoB</p> <p>2) het jaarlijks onderhoud van het ketenzorgprogramma cardiometabool en de transmurale afspraken</p> <p>3) het jaarlijkse scholingsaanbod.</p> <p>Huisartsen (en specialisten) krijgen teleconsultatie vergoed. Huisartsen krijgen Medicom Smart vergoed (waarin de kennisregel voor PoB zit).</p>	<p>Activiteiten vanuit eerste lijn t.b.v. NVVC Connect.</p> <p>Transmuraal project rondom bekostiging: ZonMw Actieonderzoek Pijn op de Borst (proefimplementatie leidraad zorgproces pijn op de borst).</p> <p>Ondersteuning: uit ZonMw subsidie.</p>	<p>De hoofddoelstelling van het implementeren van de Leidraad Zorgproces POB is om medisch niet noodzakelijke POB-zorg uit het ziekenhuis te weren om daarmee specialistische cardiologische zorg beschikbaar te houden voor hen die daarvoor op basis van de NHG-standaard en de LTA in aanmerking komen. Hiermee wordt het vastlopen van de keten voorkomen en ontvangen patiënten eerder de juiste zorg op de juiste plek.</p> <p>Er zijn geen afspraken gemaakt over tarieven.</p>	
2	<p>Activiteiten vanuit eerste lijn t.b.v. NVVC Connect: vanuit structureel zorgbudget.</p>	<p>Transmuraal project rondom bekostiging: pilot Bundled Payment Hartfalen.</p>	<p>Voor een periode van 5 jaar krijgt het ziekenhuis een vast bedrag per jaar om de hartfalenzorg (2e lijn) te organiseren. Het idee is dat dit een prikkel is voor verbetering van de zorg. Besparingen zijn voor het ziekenhuis en kunnen ingezet voor nieuwe verbeter projecten. Verlies is ook voor het ziekenhuis. Er zijn wel bandbreedtes t.a.v. besparingen en verlies afgesproken.</p> <p>Geen afspraken bekostiging overhead. Ondersteuning: niet geregeld.</p>	
3			<p>Geen structurele afspraken en ook geen tijdelijke. Geen digitale zorg.</p>	



4	<p>Overhead: hartfalen is ketenzorg in onze regio. Uren voor de verpleegkundige die de praktijken bezoekt en een prominente rol heeft bij de uitwerking/updates van de RTA zijn meegenomen in de O&I (gelden).</p> <p>Activiteiten vanuit eerste lijn i.r.t. NVVC Connect: vanuit structureel zorgbudget.</p> <p>Ondersteuning: vanuit O&I gelden.</p>	<p>Transmuraal project rondom bekostiging: ja.</p> <p>Geen digitale zorg, wel wens om in te regelen.</p> <p>Ondersteuning deels vanuit O&I (structureel) en deels afhankelijk van ZonMw subsidie.</p>	<p>Transmuraal project gericht op:</p> <ul style="list-style-type: none">- ziekte- en gezondheidsvaardigheden- digitalisering- gezondheidsverschillen- transmurale zorgpaden <p>Afspraken met andere zorgverzekeraar over transmurale zorg aanwezig o.b.v. preferente zorgverzekeraar.</p>	<p>Sprake van (structurele) financiële inbedding van uw Connect programma('s) binnen het ketenzorg, waarbij de wens om naar één ketenzorgprogramma te gaan i.p.v. meerdere. Tarief is opgebouwd o.b.v. POH uren en HA, consultatie van ha of VS, (VP die praktijken bezoekt). De tarieven zijn nu niet voorzien in verschuiving van zorg 2e lijn naar 1e lijn.</p>
5	<p>Digitale zorg: telemonitoring, meekijkconsult.</p>	<p>Ondersteuning: vanuit lokale gelden.</p>	<p>Geen financiering voor transmurale zorg.</p>	
6	<p>Activiteiten vanuit eerste lijn: vanuit structureel zorgbudget, samenwerking met de eerste lijn is niet veranderd.</p>	<p>Overhead: vanuit subsidie.</p> <p>Digitale zorg: telemonitoring, meekijkconsult. In het bijzonder telebegeleiding. Wens om gebruik te mogen maken van de ozp telemonitoring.</p>	<p>Ondersteuning: niet geregeld.</p> <p>Project staat in het teken van transmurale samenwerking met de VVT instellingen. Het project staat niet in het teken van bekostiging, hoewel de zorgverzekeraar vanaf de aanvraag van de subsidie is betrokken in het kader van toewerken naar een duurzame financiering. Dit blijkt toch problemen te geven omdat het een domeinoverstijgende financiering betreft en het ziekenhuis en de VVT instellingen echt een andere vorm van financiering hebben.</p>	<p>Geen afspraken met zorgverzekeraar over transmurale zorg.</p> <p>Sprake van (structurele) financiële inbedding van de Connect programma('s) binnen het ketenzorg,</p>
7			<p>Overheid: geen afspraken over,</p> <p>Digitale zorg: telemonitoring, meekijkconsult; geen financiering.</p> <p>Ondersteuning: niet geregeld.</p> <p>Geen afspraken over transmurale zorg met zorgverzekeraar.</p> <p>Geen financiering voor werkzaamheden eerste lijn t.b.v. NVVC Connect.</p>	



8	Overhead: deels vanuit O&I, structureel. Activiteiten vanuit eerste lijn f.b.v. NVVC Connect: vanuit structureel zorgbudget.	Digitale zorg: telemonitoring, meekijkconsult.	Afspraken met andere zorgverzekeraar over transmurale zorg aanwezig o.b.v. preferente zorgverzekeraar. Ondersteuning: niet geregeld.	
9	Ondersteuning: vanuit O&I gelden.		Digitale zorg: telemonitoring, meekijkconsult: financiering niet geregeld. Afspraken met andere zorgverzekeraar over transmurale zorg aanwezig o.b.v. preferente zorgverzekeraar (echter tijdelijk).	Nog geen tarief voor huisarts alleen een dubbel consult.
10			Overhead & ondersteuning: geen financiering geregeld.	
11	Digitale zorg: telemonitoring, meekijkconsult		Ondersteuning: niet geregeld.	
12 (Interview, geen enquête)	Digitale anderhalve lijns consulten zijn bekostigd voor de ziekenhuizen.	Er is momenteel wel een betaaltitel voor Hospital@Home (klinische verpleegdag thuis), maar het is de vraag nog of deze zorgactiviteit alle kosten dekt. Er wordt hier door de zorgverzekeraars & de ziekenhuizen over nagedacht. Overhead: via S2 en deels via S3 gelden (echter tijdelijk). O&I gelden worden ook ingezet voor digitalisering. Eerstelijns zorg vanuit NVVC Connect via S2 gelden ketenzorg.	Afspraken met andere zorgverzekeraar over transmurale zorg aanwezig o.b.v. preferente zorgverzekeraar (echter tijdelijk).	De stabiele patiënt blijft bij POH en daarmee voorkomen we ziekenhuisbezoeken. Diagnostiek vindt plaats in de eerste lijn.



Bijlage 3: Diverse vragen en opmerkingen n.a.v. de enquête

Naast de in bijlage 2 genoemde zaken zijn de hieronder staande vragen en opmerkingen vanuit de enquête en interviews aangereikt om hierin op te nemen, uit te werken en beschikbaar te stellen aan de regio's. Vanuit NVVC Connect zijn onder deze vragen en opmerkingen al suggesties hieromtrent opgenomen. Hierbij staan deels adviezen en acties die regionaal kunnen worden opgepakt en deels acties die de NVVC, eventueel i.s.m. de NHG, LHV, InEen en Harteraad/Hartstichting, kan oppakken:

- **Hoe komen we van tijdelijke financiering naar structureel wat dekkend is?**
Door het aantonen dat de zorg doelmatig en kosteneffectief is met minimaal behoud van (gepercipieerde) kwaliteit van zorg door patiënten en zorgverleners, m.b.v. enerzijds (optimaal geautomatiseerd) zorgconsumptie onderzoek, SROI onderzoek en indicatorenset vragenlijsten en verder m.b.t. KPI's, businesscases en kostprijsonderzoek.
- **Financiering van innovatie c.q. nog niet bestaande zorg?**
Dat kan zowel via lokale 'op maat' oplossingen (met de bedoeling dat die tijdelijk zijn) en landelijk doorontwikkelingen van gepaste prestaties (zoals lijn-/sector- en/of domeinoverstijgend).
- **Hoe stel je samen goede tarieven op?**
Door kostprijsonderzoek en businesscases.
- **Bepaal welke financiële ruimte nodig is voor ondersteuning en ontwikkeling en of dit verdisconteerd is in huidige tarieven (actie NVVC)**
Dit zal lokaal per Connect regio wel verschillen, maar is wel in te schatten via de in de meeste regio's voorkomende componenten daaromtrent als tijdsbesteding m.b.t. (na)scholing, transmurale organisatie overleg en op/bijstellen RTA, PDCA-cyclus en overige tijdsbesteding aan overleg en onderzoek. De landelijke Connect organisatie kan daarin ondersteunen en dit bijvoorbeeld agenderen bij gesprekken met ZN/zorgverzekeraars.
- **Wetenschappelijk bewijs voor verbeteren kwaliteit van zorg m.b.v. PDCA-cyclus/netwerkzorg/opstellen KPI's**
Dat is een belangrijke issue: dat kan enerzijds uit zorgconsumptie data (bijvoorbeeld Vektis en Nederlandse Hartregistratie data) en m.b.v. KPI's, anderzijds mogelijk via 'patiënt volgsysteem' en indicatoren daarover (vragenlijsten PREMS, PROMS), verder m.b.v. SROI onderzoeken (zie ook de punten die al in hoofdstuk 4 genoemd zijn).
- **Maak/gebruik indicatoren om effecten landelijk te kunnen meten van RTA's en te volgen. Is nodig voor innovatieve betaaltitels zoals bundeld payments! (actie NVVC)**
Dat is op zich wel een goed idee, maar er zijn een aantal punten om rekening mee te houden. Ten eerste zijn RTA's regionaal verschillend, ook zijn metingen lokaal/regionaal niet altijd vergelijkbaar. Verder moet je zulke metingen op de juiste tijd en periodiek overal tegelijk doen; dat is tijdsintensief en administratief belastend. Dit kan wel bijvoorbeeld met een (evt. periodiek) SROI onderzoek en mogelijk dat een '(digitaal) patiënt volgsysteem' hiervoor een oplossing kan zijn, maar ook dan is databeschikbaarheid en digitale geautomatiseerde gegevensuitwisseling van/tussen de eerste lijn en msz zorg nodig.
- **Data-uitwisseling tussen en over de lijnen heen**
Daar is de Nederlandse Hartregistratie (NHR) mee bezig, maar dat is op korte termijn nog niet actueel en breed beschikbaar.
- **Ondersteuning bij inregelen van een warme overdracht vanuit ziekenhuis aan eerstelijns zodat terugverwijzingen ook toenemen**
Dat is zeker een belangrijke zaak om in de Connect regio's als aandachtspunt mee te nemen en lokaal in het Connect regio overleg af te spreken, aangezien dit zeker



terugverwijzing naar de eerste lijn kan faciliteren en de kans op opnieuw naar de tweede^e lijn (moeten) verwijzen zou kunnen doen verminderen.

- **Wanneer wel wanneer niet een cardioloog betrekken i.r.t. de richtlijn (actie NVVC)?**

Dit zijn zaken die juist in de RTA's kunnen worden opgenomen en ook in de praktijk van de transmurale samenwerking duidelijker kunnen worden, mede o.b.v. laagdrempelig overleg tussen eerste lijn en msz. Dit is een minder geschikt onderwerp om landelijk iets over voor te schrijven, buiten wat er al in landelijke transmurale afspraken en (NHG) richtlijnen staat.

- **Hoe ga je om met ketenzorgafspraken bij mensen die meerdere aandoeningen hebben en in meerdere afspraken vallen?**

Die aandoeningen zoveel als mogelijk samenvoegen onder 'chronische zorg' zoals bijvoorbeeld 'cardiometabole hartzorg' binnen de CVRM keten, aangezien daarbij overlap zit in controles en de patiënt zo meer holistisch benaderen.

- **Investeer in landelijke scholing (actie NVVC)**

Dat is zeker van belang en is ook een belangrijk aandachtspunt wat Connect, naast de scholingen die regionaal gemaakt en aangeboden worden, al landelijk oppakt, maar daarbij moet wel worden bekeken hoe je dat financiert m.b.t. permanent onderhoud.

- **Vanwege individuele afspraken zijn in sommige regio's dingen mogelijk, welke stagneren in andere regio's vanwege de financiering. Als in één regio bewezen is dat de wijze effectief is zou het mooi zijn als dit landelijk doorgetrokken kan worden en niet iedere regio zelf moet onderhandelen. (Actie NVVC richting ZN).**

Dat is mede de reden geweest om deze enquête te doen en dit rapport met handreiking op te stellen. Verder is dit ook een onderwerp waarover informatie gedeeld kan worden in de Connected regio bijeenkomsten en heeft zeker ook de aandacht van de landelijke Connect organisatie (en het NVVC bestuur).

- **Welke juridische afspraken zijn nodig i.r.t. eindverantwoording/regiebehandelaarschap?**

Er wordt tegenwoordig niet meer gesproken over hoofdbehandelaarschap, hoewel er soms wel regiebehandelaars zijn. Het is wel van belang om afspraken te maken over wie primair waarvoor aanspreekpunt is, zodat de patiënt weet bij wie hij waarvoor moet zijn, maar specifieke juridische afspraken zijn in principe niet nodig: iedere zorgverlener is zelf verantwoordelijk voor de zorg die hij/zij zelf aan de patiënt verleent.

- **Juridisch advies omtrent doorverwijzing.**

Het is wel van belang om en mogelijk om juist in de RTA's afspraken te maken over doorverwijzing (en terugverwijzing), maar specifieke juridische afspraken zijn hiervoor in principe niet nodig: iedere zorgverlener is zelf verantwoordelijk voor besluitvorming (samen met de patiënt en evt. met specialistisch advies) over doorverwijzing (of terugverwijzing) zowel als voor de zorg die hij/zij zelf aan de patiënt verleent.



Bijlage 4: Vragenlijst 'Inventarisatie financiering in Connect-regio's

1	Naam regio:
2	Uw functie/rol m.b.t. (de) Connect (regio):
3	Wat is voor u (binnen uw regionale transmurale samenwerking) het belangrijkste Connect thema (HF, AF, ACS, PODB)?
4	Is de startdatum als Connect-regio bekend?
	Zo ja, startdatum als Connect-regio:
5	Zijn er in uw Connect-regio samenwerkingsafspraken gemaakt over o.a. de over rolverdeling (werkzaamheden, verantwoordelijkheden) in het zorgproces per betrokken zorgverlener? (ja/nee/onvoldoende/anders ...).
6	Welke lijnen werken samen in uw Connect regio? (eerste lijn zoals huisartsen/apotheek/thuiszorg, tweede lijn, derde lijn (UMC's), nulde lijn, andere ...; meerdere antwoorden mogelijk):
	Toelichting (optioneel):
7	Vindt er evaluatie plaats van de effecten van de transmurale samenwerking in uw regio op: Kwaliteit van de transmurale samenwerking? (ja/nee).
	Zo ja, kunt u omschrijven op welke wijze? (Evaluatie Kwaliteit)
8	Vindt er evaluatie plaats van de effecten van de transmurale samenwerking in uw regio op: Doelmatigheid (kostenbesparing of meer kwaliteit bij gelijke kosten) van de transmurale samenwerking? (ja/nee).
	Zo ja, kunt u omschrijven op welke wijze? (Evaluatie Doelmatigheid)
9	Zijn er afspraken gemaakt over de financiering van structurele overhead kosten voor de organisatie van de transmurale zorg met de preferente zorgverzekeraar? (ja/nee).
	Toelichting (optioneel)_1:
	Zo ja, zijn deze afspraken gebaseerd op de regionale transmurale afspraken (RTA), zoals deze zijn gemaakt in de RTA? (ja/nee).
	Zo ja, is er in deze afspraken ruimte opgenomen voor innovatie en transformatie (naar passende zorg/juiste zorg op de juiste plek (JZOJP)? (ja/nee).
	Welke activiteiten/werkzaamheden worden bekostigd?
	Betreft het hier structurele financiering of tijdelijke financiering?
	Welke partij ontvangt deze financiering? (eerste lijn/tweede (of derde) lijn/anders ...).
10	Is de financiering m.b.t. de Connect zorg bij u gebaseerd op een daarvoor opgestelde businesscase? (ja/nee).
11	Zijn er afspraken over financiering van transmurale zorg met andere zorgverzekeraars? (ja/nee).
	Zo ja, volgeleid van preferente zorgverzekeraar of aparte afspraken met die andere zorgverzekeraars?
	Zijn die afspraken structureel of tijdelijk?
12	Is de financiering geregeld voor de werkzaamheden van de eerste lijn voor de Connect zorg binnen de transmurale samenwerking? (ja/nee).
	Zo ja, vanuit welk budget komen deze gelden?
	Betreft dit structureel verzekerde zorg of niet?
	Is er hierbij sprake van (structurele) financiële inbedding van uw Connect programma('s) binnen het CVRM ketenzorg programma of andere ketenzorg vorm (HF bijvoorbeeld)? (ja/nee).
	Indien tijdelijke/projectfinanciering, zijn er afspraken gemaakt voor na de projectperiode? (ja/nee).
	Toelichting (optioneel):



13	Doet uw regio mee aan projecten rond transmurale samenwerking en financiering/bekostiging? (Bijvoorbeeld In regioplannen vanuit zorgverzekeraar, landelijke overheid, gemeente, via bundled payment project, etc.)? (ja/nee).
	Toelichting (optioneel)_2:
	Zo ja, wat is de naam van het project rond transmurale samenwerking en financiering/bekostiging?
	Kunt u dit project kort omschrijven?
	Tot wanneer loopt dit project?
	Zijn er afspraken gemaakt hoe de kostenbesparing en/of kostenbesparing bij gelijke of verbeterde kwaliteit van zorg inzichtelijk dient te worden gemaakt (ja/nee)?
	Toelichting (optioneel):
	Zijn er (financiële) afspraken gemaakt over de eventuele opbrengsten?
	Toelichting (optioneel)_3:
14	Is digitale zorg (telemonitoring, gebruik van apps, digitaal meedenkconsult huisarts-medisch specialist) momenteel onderdeel van uw zorgproces? (ja: telemonitoring-digitaal meedenkconsult-anders/nee, maar wel in planning/nee).
	Toelichting (optioneel)_4:
15	Indien vraag 14 met ja beantwoord: is financiering geregeld voor deze vorm(en) van digitale zorg? (ja/nee).
	Zo ja, structureel of tijdelijk?
	Toelichting financiering:
16	Indien vraag 15 met ja is beantwoord, wie financiert dit? (meerdere antwoorden mogelijk ZKV via reguliere betaaltitels/ZKV via aparte lokale afspraken/ZH-zorginstelling/Leverancier digitale middelen/anders ...).
	Toelichting financierder:
17	Is er financiering geregeld voor de (ondersteunende) organisatie van de zorg in uw regio? (ja/nee).
	Zo ja, op welke wijze is deze financiering geregeld?
	Toelichting (optioneel):
18	Zijn er financiering-knelpunten voor de transmurale samenwerking t.a.v. de zorg in uw Connect regio? (ja/nee).
	Zo ja, van welke aard zijn deze knelpunten en in welke lijn(en)?
	Toelichting aard van de knelpunten:
19	Ervart u overige blokkades in de financiering van de zorg in uw regio? (ja/nee).
	Zo ja, geef dan graag een zo duidelijk mogelijke omschrijving van deze blokkades
20	Aan de hand van deze enquête zal een handreiking over financiering/bekostiging van netwerkgang in de regio opgesteld worden: welke onderwerpen/vragen moeten volgens u zeker aan bod komen in deze handreiking? Toelichting:
	Over welk specifiek onderwerp wilt u meer te weten komen? Toelichting:
	Welke wensen m.b.t. bekostiging/financiering leven er in uw regio? Toelichting:
	Mogen we u benaderen voor een verdiepend interview van maximaal 1 uur online? (ja/nee).
	Zo ja, via welk E-mail adres mogen wij u benaderen?
	Overige opmerkingen van uw kant: