

Ondersteuning van parkinsonzorg als adz

Uitvoeringstoets



3 mei 2022

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
2	Achtergronden	5
2.1	Algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg	5
2.2	Ondersteuning van parkinsonzorg	7
2.2.1	Activiteiten	7
2.2.2	ParkinsonNet	8
2.3	Ondersteuning van parkinsonzorg als adz	8
2.4	Processtappen voor de uitvoeringstoets	9
3	Uitvoeringsconsequenties en mogelijke effecten van adz	11
3.1	Inleiding	11
3.2	Regulering	11
3.2.1	Prestatie- en tariefregulering	11
3.2.2	Overige regulering	12
3.3	Toezicht	12
3.3.1	Zorgnetwerken/samenwerkingsverbanden en adz	12
3.3.2	Toezicht op zorgaanbieders	13
3.3.3	Toezicht op zorgverzekeraars	14
3.4	Zorgplicht	14
3.5	Mogelijke effecten: kansen en risico's	16
3.6	Passende zorg	18
3.6.1	Zorginhoudelijk: ondersteuning van parkinsonzorg	18
3.6.2	Bekostiging: adz	18
4	Vragen uitvoeringstoets	20
4.1	Markontwikkeling	20
4.1.1	Beschrijving huidige markt	20
4.1.2	Marktmacht	20
4.1.3	Ontwikkelingsscenario's	21

4.1.4	Nieuwe (deel)markten	22
4.2	Van activiteiten naar prestatie	22
4.3	Bekostiging en tariefsoort	24
4.3.1	Lumpsum-bekostiging	24
4.3.2	Tariefsoorten	25
4.3.3	Gedrag van zorgverzekeraar en zorgaanbieders	26
4.3.4	Transparantie	27
4.4	Macrobudgettair effect	27
4.5	Risicoverevening en verantwoording	27
4.6	Eigen risico	28
4.7	Uitvoeringsconsequenties en risico's	28
4.7.1	Uitvoeringsconsequenties toezicht	28
4.7.2	Overige uitvoeringsconsequenties en risico's	29
4.8	Implementatietermijn	30
4.9	Frauderisico en handhaving	31
5	Conclusies	32
5.1	Conclusies uitvoeringstoets	32
5.2	Overige conclusies	33

1 Inleiding

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de NZa gevraagd om een uitvoeringstoets omtrent een mogelijke nieuwe prestatie voor ondersteunende diensten of activiteiten ten behoeve van parkinsonzorg. Deze nieuwe prestatie zou de eerste zijn binnen een nieuwe categorie: algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg (adz). In deze uitvoeringstoets gaan we in op de vragen die het ministerie stelt.

Leeswijzer

Om te beginnen een toelichting op de terminologie. Deze notitie gaat primair over de activiteiten van Stichting ParkinsonNet (verder: ParkinsonNet) en eventuele toekomstige andere aanbieders met gelijksoortige activiteiten. Deze activiteiten duiden we aan met ondersteuning (van parkinsonzorg). Dit laat onverlet dat deze ondersteuning gekwalificeerd is als (onderdeel van) verzekerde Zvw-zorg (zie 2.4). In deze notitie komt ook soms de reguliere parkinsonzorg aan patiënten ter sprake. In die gevallen spreken we van patiëntenzorg. In het verlengde hiervan zal het vooral gaan over de aanbieder(s) van ondersteuning (op dit moment alleen ParkinsonNet) en soms over de (vele) aanbieders van patiëntenzorg. Met parkinsonzorg doelen we op de patiëntenzorg voor mensen met de ziekte van Parkinson of een atypisch parkinsonisme.

Deze uitvoeringstoets kent de volgende indeling. *Hoofdstuk 2* is gewijd aan de achtergronden. Achtereenvolgens gaan we in op het fenomeen adz; parkinsonzorg, de ondersteuning daarvan, en ParkinsonNet; de ondersteuning van parkinsonzorg onder een adz-bekostiging; en tot slot het proces dat al doorlopen is met partijen voorafgaand aan deze uitvoeringstoets.

Adz is een nieuwe vorm van bekostiging en dus een nieuw instrument dat nog niet is toegepast of anderszins uitgeprobeerd. Voordat we kunnen ingaan op de specifieke vragen van de minister, verkennen we in *hoofdstuk 3* eerst de uitvoeringsconsequenties van adz in algemene zin, hoe die te vertalen zijn naar de casus van (ondersteuning van) parkinsonzorg, en de overige mogelijke effecten die adz-bekostiging kan hebben, in deze casus en meer in het algemeen.

In de aanvraag van het ministerie worden acht specifieke vragen gesteld. In *hoofdstuk 4* behandelen we die vragen, in de volgorde van de aanvraag. Hierbij bouwen we voort op de conclusies die we in hoofdstuk 3 hebben getrokken.

Hoofdstuk 5 is het laatste hoofdstuk, waarin we eerdere conclusies bijeen brengen om daaruit overkoepelende conclusies af te leiden.

2 Achtergronden

Dit hoofdstuk geeft achtergrondinformatie bij de vraag van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en onze uitvoeringstoets. We gaan achtereenvolgens in op het nieuwe concept adz (2.1), op parkinsonzorg en de ondersteuning daarvan (2.2), op de combinatie van die twee (ondersteuning van parkinsonzorg als adz, 2.3) en op het proces dat tot nu toe doorlopen is, en wat dat heeft opgeleverd (2.4).

2.1 Algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg

Algemene diensten t.b.v. verzekerde zorg (adz) is een categorie ondersteunende (zorg)activiteiten die, indien zij aan een aantal voorwaarden voldoet, in aanmerking kan komen voor een zelfstandige prestatie, vergoed binnen de Zorgverzekeringswet. Het gaat dus om ondersteunende activiteiten, niet om patiëntenzorg. De term adz bestaat (formeel) sinds 29 juni 2020, toen de minister van VWS de hoofdlijnen ervan heeft beschreven in een brief aan de Tweede Kamer.

Er zijn steeds meer vormen van organisatie/infrastructuur/netwerkondersteuning door organisaties buiten de “primaire” zorgaanbieders. Hoewel dergelijke ondersteunende activiteiten geen individuele patiëntenzorg betreffen, ontstond soms wel de behoefte om ze rechtstreeks in rekening te brengen en vergoeden, als ze onderdeel zijn van verzekerde zorg.

In bovengenoemde brief aan de Tweede Kamer heeft de minister de voorwaarden vastgelegd waaraan de ondersteunende activiteiten moeten voldoen om hiervoor in aanmerking te komen:¹

- 1 De activiteiten dienen ter directe ondersteuning van de betrokken zorgaanbieders bij de verlening van verzekerde zorg;
- 2 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;
- 3 De kwaliteit van de integrale zorg blijft de verantwoordelijkheid van de betrokken zorgaanbieder en die zorgaanbieder kan die verantwoordelijkheid blijven waarmaken, en
- 4 De activiteiten vallen onder een door de NZa vastgestelde tarief- en prestatiebeschrijving voor de desbetreffende adz.

Dit zijn aanvullende voorwaarden; als basis geldt dat de activiteiten direct verband houden met een zorgvorm onder de functioneel omschreven verzekerde aanspraken van de Zvw. De activiteiten staan dan ten dienste van deze zorg.

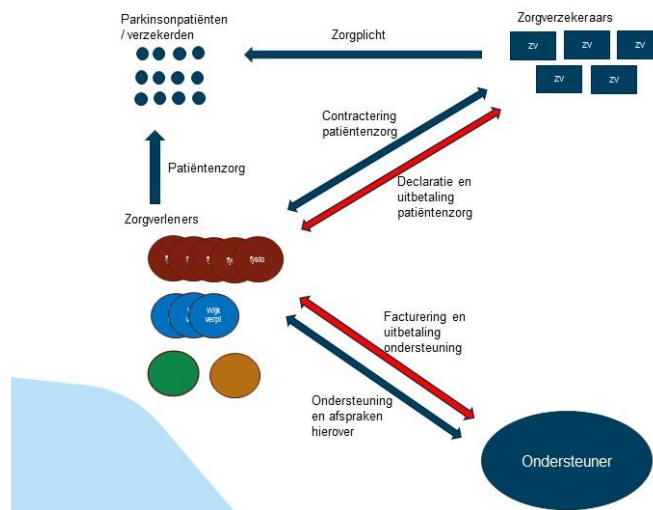
Deze regeling is er dus op gericht om de financiering en declaratie van activiteiten als coördinatie, samenwerking en bijbehorende infrastructuur die wenselijk zijn voor adequate organisatie van (keten)zorg mogelijk te maken dan wel de declaratie daarvan te vereenvoudigen. Sommige activiteiten of diensten worden niet uitgevoerd door de zorgaanbieder zelf maar door een derde. Via adz is het mogelijk dat deze activiteiten door een derde rechtstreeks bij de zorgverzekeraars kunnen worden gedeclareerd.

¹ Tweede Kamer der Staten Generaal, Vergaderjaar 2019-2020, Dossier- en omdernummer 29689 nr. 1071: [Kamerstuk 29689, nr. 1071 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#)

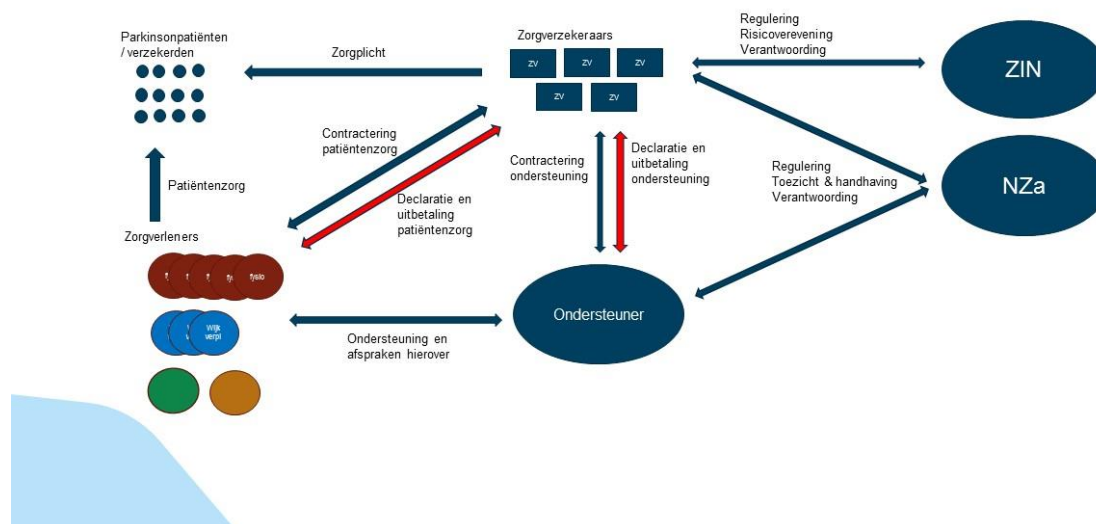
Het onderscheid tussen de reguliere bekostiging en adz blijkt uit onderstaande figuren. De gebruikelijke route in bekostiging van zorg is dat alle activiteiten en diensten ter ondersteuning van patiëntenzorg – van onderhoud tot ICT, van personeelsopleidingen tot kwaliteitsmanagement, etc. – worden bekostigd via de tarieven die zorgverleners in rekening brengen aan de patiënt voor de zorglevering. De zorgverleners betalen zelf voor deze ondersteuning, de kosten hiervan worden gedekt door de tarieven voor patiëntenzorg (figuur 1a). Met de introductie van adz ontstaat een alternatieve mogelijkheid (figuur 1b). De figuur laat ten eerste zien dat de betaling voor de ondersteuning niet meer via de zorgverleners verloopt, maar dat de ondersteuning als onderdeel van Zvw-zorg rechtstreeks door de ondersteunende dienst bij de zorgverzekeraars wordt gedeclareerd. De ondersteunende dienst krijgt daarmee ook de status van zorgaanbieder in de zin van de Wmg, en valt daarmee onder regulering en toezicht van de NZa. De ondersteuning wordt een separaat onderdeel van regulering en toezicht op zorgverzekeraars door ZIN en NZa. Hierover meer in hoofdstuk 3.

Figuur 1: Reguliere bekostiging vs. adz

a. Reguliere positie van ondersteuner (niet-adz)



b. Adz-positie van ondersteuner



Bekostiging van de ondersteunende dienst via de adz-route brengt aanvullende knelpunten met zich mee. Dit omdat de koppeling tussen zorgkosten en individuele verzekerde niet of moeilijker te maken is. De vergoeding van de kosten loopt immers niet via een nota voor zorg aan een individuele verzekerde. Per casus moet daarom gewogen worden in hoeverre de voordelen van rechtstreekse vergoeding van de ondersteunende dienst door zorgverzekeraars opwegen tegen de aanvullende knelpunten die deze route met zich meebrengen. Het ministerie van VWS, Zorginstituut Nederland (ZIN) en de NZa maken per casus deze afweging in onderlinge afstemming. Belangrijke randvoorwaarde om in aanmerking te komen voor vergoeding via de adz-route is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieder(s) gezamenlijk van mening zijn dat vergoeding via de adz-route de voorkeur geniet boven de traditionele vergoeding van kosten voor ondersteuning via de tarieven van de primaire zorgaanbieders.. Het ZIN toetst vervolgens de activiteiten op eerder genoemde voorwaarden. Tot slot kan nog een flink aantal extra, deels uitvoeringstechnische, aspecten een rol spelen die opgelost moeten worden voordat een prestatie kan worden vastgesteld. Dat laatste is de aanleiding voor deze uitvoeringstoets.

2.2 Ondersteuning van parkinsonzorg

2.2.1 Activiteiten

Zoals hierboven duidelijk wordt, is ondersteuning van zorg (en dus ook ondersteuning van parkinsonzorg) in beginsel een zeer breed begrip: van onderhoud tot ICT, van personeelsopleidingen tot kwaliteitsmanagement, etc. In deze uitvoeringstoets gaat het om een zeer beperkt deel van die ondersteuning, namelijk de activiteiten en diensten die ParkinsonNet op dit moment uitvoert en door ZIN zijn geduid als (onderdeel van) verzekerde zorg.

Concreet verwoordt ParkinsonNet de activiteiten als volgt:

- Vraagbaak voor deelnemende zorgprofessionals van ParkinsonNet;
- Selectie, certificering en herregistratie van ParkinsonNet zorgaanbieders in de eerste, tweede en derde lijn;
- Ondersteunen van regionale samenwerking, o.a. door middel van ICT en regioadviseurs
- Transparant maken van kwaliteit van zorg via www.parkinsonatlas.nl en kwaliteitsmonitor.
- Ondersteuning van patiënten: informatievoorziening over de ziekte en over het regionale zorgaanbod, beslissingsondersteuning en bevorderen van zelfmanagement;
- Inzichtelijk maken van de integrale kosten van Parkinsonzorg (in samenwerking met zorgverzekeraars);
- Versterken van de relatie tussen 2e lijn en 1e lijn netwerk: neurologen en Parkinson verpleegkundigen in de 2e lijn steeds verder betrekken bij het netwerk en stimuleren om maximaal gebruik te maken van het 1e lijn netwerk;
- Innovatie in zorgfinanciering: samen met zorgverzekeraars experimenteren met regionale zorgfinanciering waardoor beter gestuurd kan worden op kwaliteit en kostenbeheersing;
- Innovatie binnen de netwerkzorg; de zorgkwaliteit en kostenbeheersing kunnen verder toenemen door implementatie van e-health en hulpmiddelen voor zelfmanagement

In de volgende subparagraaf schetsen we (een korte historie van) ParkinsonNet als organisatie, en de effecten van deze activiteiten, om context te geven bij bovenstaande activiteiten.

2.2.2 ParkinsonNet

ParkinsonNet is een landelijk netwerk van zorgverleners die gespecialiseerd zijn in het behandelen en begeleiden van parkinsonpatiënten. Ongeveer 3.750 zorgverleners - onder andere neurologen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten, apothekers en parkinsonverpleegkundigen - verdeeld over 71 regio's zijn aangesloten bij dit netwerk. Het netwerk streeft ernaar dat iedereen met de ziekte van Parkinson of een atypisch Parkinsonisme de allerbeste zorg krijgt die mogelijk is door de expertise te vergroten van zorgverleners middels scholingen (van paramedische zorgverleners en in Parkinson gespecialiseerde verpleegkundigen), het ParkinsonNet jaarcongres en door onderzoek. ParkinsonNet faciliteert een optimale samenwerking tussen de zorgverleners en maakt de kwaliteit van de aangesloten zorgverleners transparant. Via de Parkinson zorgzoeker kunnen patiënten en verwijzers zien welke praktijken geregistreerd staan in dit netwerk in hun regio. ParkinsonNet is daarnaast regionaal georganiseerd in monodisciplinaire en multidisciplinaire netwerkgroepen.

Onderzoek heeft aangetoond dat de benadering van ParkinsonNet de kwaliteit van Parkinsonzorg aanzienlijk verbetert (bijvoorbeeld door betere kennis en gebruik van richtlijnen). Deze kwaliteitsverbetering helpt ook om de kosten van de gezondheidszorg in te dammen.² Zo noemt de adviesaanvraag van het ministerie een reductie van 7,5% op de jaarlijkse uitgaven voor chronische parkinsonzorg.

Verzekeraars erkennen deze verbetering en betalen nu ook de kosten voor ParkinsonNet uit hun eigen beheerskosten. Omdat de diensten die ParkinsonNet levert wel bijdragen aan de kwaliteit van zorg, maar niet direct te herleiden zijn tot individuele patiëntenzorg konden de kosten van ParkinsonNet tot voor kort niet gekwalificeerd worden als kosten behorend bij verzekerde zorg, en daarmee ook niet ingebracht in de verevening. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij dat wel een wenselijke route vinden.

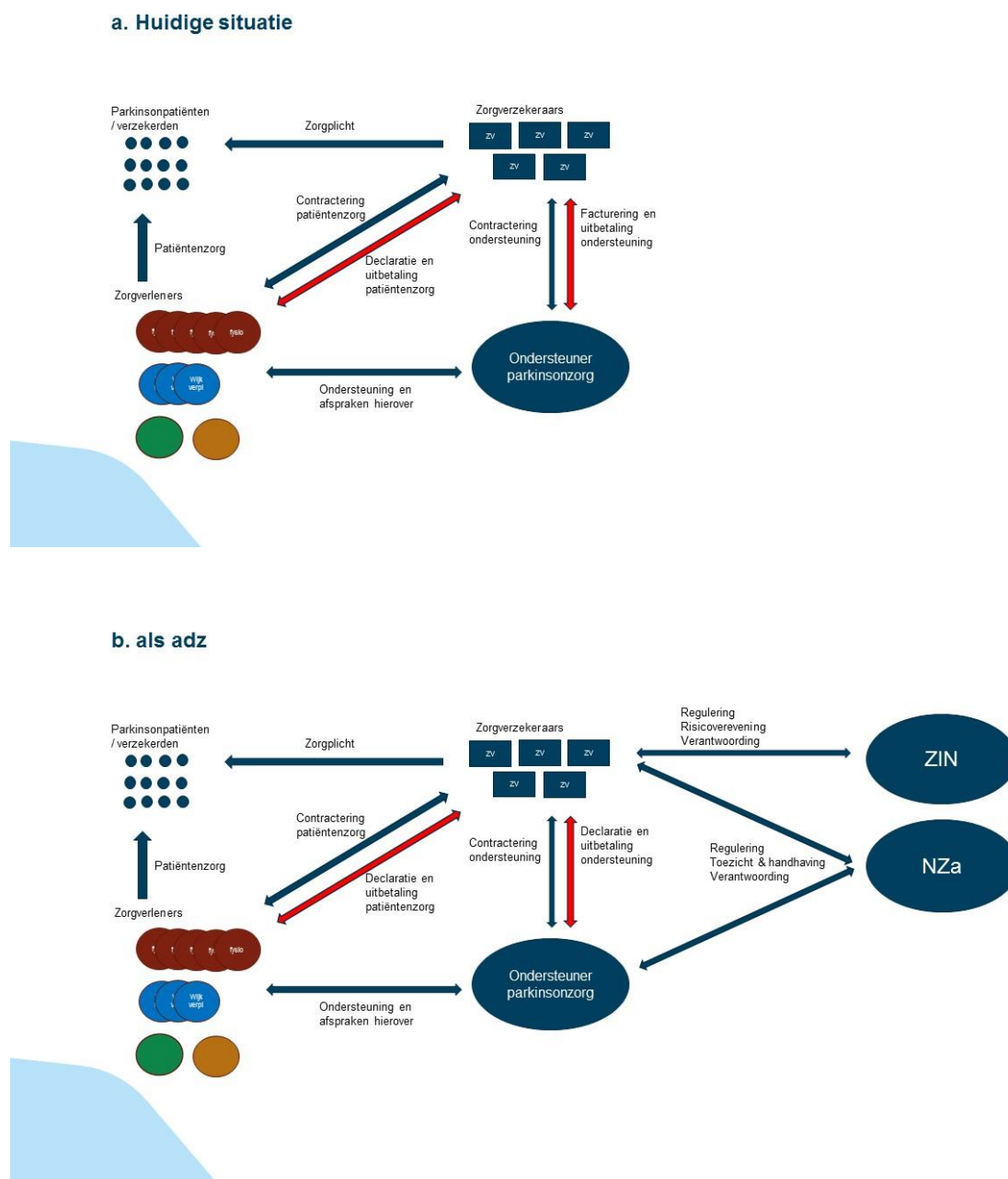
2.3 Ondersteuning van parkinsonzorg als adz

Wat gaat er veranderen wanneer de ondersteuning van parkinsonzorg als adz bekostigd gaat worden? Hiertoe vergelijken we in figuur 2 de huidige situatie van ParkinsonNet (figuur 2a) als ondersteuner van parkinsonzorg met de situatie onder adz (figuur 2b, komt overeen met figuur 1b). Het verschil tussen figuren 1 en 2 is dat de eerste twee alternatieven vergelijkt, reguliere bekostiging (via zorgaanbieders) vs. adz-bekostiging (rechtstreeks), terwijl figuur 2 de verandering in de tijd schetst bij een overgang van directe bekostiging buiten de Zvw naar een directe bekostiging binnen de Zvw onder adz. Figuur 2 is dus een 'was-wordt-figuur'.

² Stichting ParkinsonNet. ParkinsonNet, het wetenschappelijk bewijs:

https://www.parkinsonnet.nl/app/uploads/2019/11/parkinsonnet_het_wetenschappelijk_bewijs_meta.pdf

Figuur 2: Huidige situatie vs. adz



2.4 Processtappen voor de uitvoeringstoets

Ondersteuning van parkinsonzorg is als eerste aangemeld voor vaststelling onder de noemer adz en is daarmee de eerste concrete casus voor VWS, ZIN en NZa. ParkinsonNet is gestart met het ondersteunen van parkinsonzorg in 2010. Sinds 2018 financieren zorgverzekeraars uit eigen middelen een deel van de activiteiten van ParkinsonNet.

In lijn met bovengenoemde brief aan de Tweede Kamer is de eerste stap in het proces naar een adz-betaaltitel onder de Zvw een toetsing door ZIN. Deze toetsing draait om de vraag of de betreffende

activiteiten verband houden met een zorgvorm onder de functioneel omschreven verzekerde aanspraken van de Zvw en of zij daarnaast voldoen aan de eerste drie van vier specifieke aanvullende voorwaarden voor adz, vermeld in de hierboven genoemde brief:

1. De activiteiten dienen ter directe ondersteuning van de betrokken zorgaanbieders bij de verlening van verzekerde zorg;
2. 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
3. De kwaliteit van de integrale zorg blijft de verantwoordelijkheid van de betrokken zorgaanbieder en die zorgaanbieder kan die verantwoordelijkheid blijven waarmaken

Zorgverzekeraars Nederland en ParkinsonNet hebben deze toetsing aangevraagd voor de activiteiten van ParkinsonNet; op 17 februari 2021 heeft het Zorginstituut negen van deze activiteiten gekwalificeerd als (onderdeel van) verzekerde Zvw-zorg.³

De vierde specifieke aanvullende voorwaarde voor adz, dat de activiteiten vallen onder een door de NZa vastgestelde tarief- en prestatiebeschrijving voor de desbetreffende adz, was vervolgens een onderwerp waarover in eerste instantie een werkgroep zich gebogen heeft. De uitvoeringstechnische punten ten aanzien van de mogelijkheid om tot een bekostiging via adz te komen, zijn verkend en op hoofdlijnen nader uitgewerkt door een werkgroep met medewerkers van VWS, NZa, ZIN, ZN en ParkinsonNet. Bij deze uitwerking kwam de wens van ZN en ParkinsonNet naar voren om uit te gaan van één prestatiebeschrijving met een vrij tarief, voor het maken van lumpsum afspraken, waarbij een overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar als voorwaarde voor het in rekening brengen van het tarief wordt gesteld. Deze uitvoeringstoets heeft als doel om de verkenning van de werkgroep te verbreden en verdiepen. Aan de hand van deze uitvoeringstoets kan de minister van VWS een besluit nemen of hij de NZa een aanwijzing wil geven een prestatiebeschrijving en tarief vast te laten stellen voor Ondersteuning van parkinsonzorg.

³ Zorginstituut Nederland, Memo ParkinsonNet als ADZ, 17 februari 2021: [Memo ParkinsonNet als ADZ | Publicatie | Zorginstituut Nederland](#)

3 Uitvoeringsconsequenties en mogelijke effecten van adz

3.1 Inleiding

In hoofdstuk 4 gaan we in op de specifieke vragen die het ministerie heeft gesteld. Voordat we dat kunnen, moeten we in dit hoofdstuk stil staan bij een aantal algemene uitvoeringsconsequenties van het adz-instrument en in kaart brengen wat we al kunnen zeggen over (mogelijke) effecten en wat nog niet. We beginnen met drie paragrafen over de algemene uitvoeringsconsequenties. Dit zijn achtereenvolgens:

- Regulering (3.2)
- Toezicht (3.3)
- Zorgplicht (3.4).

Vervolgens verkennen we in twee paragrafen de kansen en risico's van een adz-bekostiging:

- Mogelijke effecten van adz (3.5)
- adz en passende zorg (3.6)

3.2 Regulering

Indien een bepaalde vorm van ondersteuning de adz-status krijgt, betekent dat dat de aanbieder(s) van die ondersteuning en zorgverzekeraars te maken krijgen met de bijbehorende regulering op grond van de Zvw en de Wmg. Dit betreft in de eerste plaats prestatie- en tariefregulering (zie 3.2.1). Ook andere vormen van regulering zullen op de ondersteuningsprestatie(s) van toepassing zijn (3.2.2).

3.2.1 Prestatie- en tariefregulering

Ondersteuningsactiviteiten waarvoor een adz-prestatie in het leven wordt geroepen, vallen onder het regime van de prestatie- en tariefregulering op grond van de Wmg. Rondom die prestatie- en tariefregulering moet een aantal keuzes worden gemaakt:

- *Reikwijdte beleidsregel*: De prestatie(s) worden omschreven in een beleidsregel van de NZa. De reikwijdte van die beleidsregel bepaalt de (scope van de) zorg/ondersteuning waarop die beleidsregel betrekking heeft. Deze reikwijdte kan niet ruimer zijn dan de reikwijdte van de aanwijzing van de minister waarop de beleidsregel wordt gebaseerd.
- *Omschrijving prestatie(s)*: De activiteiten van adz-ondersteuners moeten omvat worden binnen een of meer prestatiebeschrijvingen. Deze prestatiebeschrijvingen kunnen 'ruim' of 'nauw' geformuleerd worden, afhankelijk van wat de beleidssituatie vraagt. De prestatiebeschrijving specificeert ook hoe die in rekening wordt gebracht, bijv. met een uurtarief, per activiteit of een lumpsum (totaalbedrag) per periode.
- *Declaratievoorwaarden*: In de prestatiebeschrijving, kunnen een of meerdere voorschriften of beperkingen worden verbonden aan het mogen declareren en vergoeden van de prestatie(s). Een voorbeeld van zo'n mogelijke declaratievoorwaarde is het zogenoemde *contractvereiste*: declareren

en vergoeden van zorg mag dan alleen als hierover een schriftelijke overeenkomst is gesloten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

- *Tariefsoort*: Mogelijke tariefsoorten bij de prestatie(s) zijn vrije tarieven, maximumtarieven, minimumtarieven of vaste tarieven. De minister zal de tariefsoort bepalen middels de aanwijzing.
- *Hoogte gereguleerd tarief (eventueel)*: Als de tariefsoort anders is dan vrije tarieven, dan moet de NZa tarieven onderbouwen en vaststellen.
- *Nadere regels (eventueel)*: Als de situatie daarom vraagt, kan de NZa eventueel ook nog nadere regels stellen aan zorgaanbieder en/of zorgverzekeraar omtrent bijvoorbeeld administratie, registratie of transparantie. Dit kunnen bijvoorbeeld regels zijn die nodig zijn om de toezichtstaken (zie 3.3) goed te kunnen uitvoeren.

3.2.2 Overige regulering

Wat betreft de overige regulering met uitvoeringsconsequenties zijn de Zvw-verantwoording en de Zvw-risicoverevening waarmee zorgverzekeraars te maken hebben, relevant om te benoemen. De verantwoording betreft het gegeven dat zorgverzekeraars hun uitgaven (schadelast) aan ondersteuning van parkinsonzorg moeten gaan inbrengen in de verantwoordingsprocessen van het geheel aan Zvw-schadelast. Deze uitvoeringsconsequentie is zeer klein en zal in deze uitvoeringstoets verder buiten beschouwing blijven.

De risicoverevening is het systeem waarmee premiegelden voorafgaand aan het schadejaar ‘zo eerlijk mogelijk’ worden verdeeld tussen zorgverzekeraars, gegeven hun verzekerdenpopulatie. Ten behoeve van dit systeem moeten na afloop van ieder schadejaar de uitgaven zo nauwkeurig mogelijk worden toegerekend aan de verzekerden. Dit kan voor adz een uitdaging zijn, juist omdat het een aparte betaling is en ook nog geen patiëntenzorg betreft. Op dit punt komen we terug in paragraaf 4.5.

3.3 Toezicht

Ook de toezichtsaspecten die voortvloeien uit de Zvw en Wmg worden ‘automatisch’ van toepassing als ondersteuningsactiviteiten als adz bekostigd gaan worden. Wat betekenen adz en deze eerste casus voor het toezicht van de NZa?

3.3.1 Zorgnetwerken/samenwerkingsverbanden en adz

Het zorglandschap staat nooit stil, en het toezicht van de NZa past zich aan op dit veranderende zorglandschap. Een verandering die al enige tijd geleden is begonnen, is dat er steeds meer sprake is van samenwerking, waarbij ‘netwerken’ of ‘samenwerkingsverbanden’, regionaal en landelijk in verschillende verschijningsvormen het vehikel zijn voor die samenwerking. Vanuit het toezicht van de NZa zal daarom ook de nodige aandacht gaan naar deze netwerken en samenwerkingsverbanden waar deze samenwerking plaatsvindt. Gezien de activiteiten waarom het hier draait, is deze vraag ook relevant voor het toezicht op ondersteuners van parkinsonzorg.

Als toezichthouder hanteren we daarbij als uitgangspunt dat we niet alleen een verantwoordelijkheid hebben om toegankelijkheids- en betaalbaarheidsproblemen te detecteren, maar ook om ze te helpen oplossen. Samenwerking met en tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars is vaak een belangrijk onderdeel van de oplossing. Om die samenwerking van de grond te krijgen, moeten wij als toezichthouder ook buiten gebaande paden denken en vernieuwende toezichtinterventies inzetten. Dit

alles om zorgaanbieders en zorgverzekeraars, op welke manier dan ook, in stelling te brengen om met elkaar te werken aan een toekomstbestendig zorglandschap.

Het bijzondere van de nieuwe zorgvorm adz zit bovendien in het gegeven dat het 'alleen' om ondersteuning gaat, niet om directe patiëntenzorg of een combinatie van directe patiëntenzorg en ondersteuning. De zorgprestatie waarom alles draait is dus wezenlijk anders. Dat brengt met zich mee dat ook de aanbieder van dit type zorg anders is dan wat wij gewend zijn: een organisatie die niet is ingericht op het leveren van patiëntenzorg en de processen die daarbij horen. Concreet: geen praktijk of kliniek, maar een kantoor. Overigens niet geheel nieuw gezien het bestaan van zogeheten 'Regio-organisaties' in de eerstelijns die ook een ondersteunende, samenwerking stimulerende, rol hebben in de regio. Daarbij verzorgen zij vaak ook de acute huisartsenzorg in de ANW-uren, en hebben daarmee toch nog een element van patiëntenzorg binnen de organisatie.

Toch is het goed om ook te beseffen dat het wettelijk kader en onze (wettelijke) taken bij netwerkzorg en adz niet wezenlijk anders zijn dan bij reguliere zorg. Ondersteuners met adz-status zijn wettelijk gezien een zorgaanbieder die net als alle andere onder het zelfde NZa-toezicht staan, met alle gebruikelijke thematiek die daarbij hoort. De uitdagingen voor toezicht die deze nieuwe activiteiten en aanbieders met zich brengen, zijn daarom dezelfde als bij andere zorgaanbieders en hun diensten.

Hieronder gaan wij in op de operationele uitdagingen, eerst op de thema's die vooral samenhangen met ons toezicht op zorgaanbieders. Daarna staan we stil bij thema's rondom het toezicht op zorgverzekeraars.

3.3.2 Toezicht op zorgaanbieders

Bij ons toezicht op zorgaanbieders staan twee thema's op de voorgrond:

- **Goed bestuur en professionele bedrijfsvoering:** Goed bestuur en professionele bedrijfsvoering is een belangrijke voorwaarde om goede zorg te kunnen bieden aan patiënten en cliënten. Daarom hebben IGJ en NZa in 2016 samen het kader Goed Bestuur uitgebracht.⁴ Het ondersteunen van zorg is in het geval van Parkinsonnet ook zorg. Deze ondersteuning moet van de gewenste kwaliteit zijn, net als de directe patiëntenzorg. Ook voor een dienst als ondersteuning zijn we ervan overtuigd dat goed bestuur en professionele bedrijfsvoering een positief effect hebben op de kwaliteit ervan.
- **Markttoezicht aanbieders:** voor de 'nieuwe zorgaanbieder' gelden dezelfde regels als voor de zorgaanbieders die nu actief zijn in de zorg. Bijvoorbeeld het toezicht op het gebied van aanmerkelijke marktmacht, de Wtza en de zorgspecifieke concentratietoets zal net als voor andere zorgaanbieders ook oog hebben voor deze adz-ondersteuner.

Uitgangspunt voor de NZa bij het vormgeven van toezicht op nieuwe terreinen, zoals bij netwerkzorg en adz, is dat we zoveel als mogelijk vanuit ons toezicht een bijdrage leveren aan de toegevoegde waarde die deze onder toezicht staande instellingen kunnen leveren aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van passende zorg. Nieuwe ontwikkelingen waarvan we als maatschappij veel verwachten moeten de ruimte krijgen om hun potentie te realiseren. Hier kan wel een spanningsveld liggen met het bewaken van de rechtmatigheid van zorgdeclaraties, de administratieve last en ander ongewenst gedrag van aanbieders. Toezicht moet oog hebben voor het streng bewaken van rechtmatigheid, en tegelijkertijd de nodige ruimte en tijd bieden voor partijen om optimaal de betreffende toegevoegde waarde te leveren.

⁴ Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Nederlandse Zorgautoriteit, Kader Goed Bestuur: [Informatiekaart Kader goed bestuur - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

Bovenstaande thema's en uitgangspunten vormen het kader voor het beoordelen van een aantal van de uitvoeringsconsequenties van ondersteuning van parkinsonzorg als adz. Deze uitvoeringsconsequenties komen aan de orde in paragrafen 4.7 en 4.9.

3.3.3 Toezicht op zorgverzekeraars

Allereerst is belangrijk om te benoemen dat de thema's benoemd in 3.3.2 ook relevant zijn in ons toezicht op zorgverzekeraars. Zij hebben immers een belangrijke rol met betrekking tot de rechtmatigheid en toegankelijkheid van zorg. Met betrekking tot aanbieders van adz-ondersteuning verwachten we dus ook dezelfde maximale inspanning van zorgverzekeraars om deze zorg maximaal bij te laten dragen aan passende zorg.

Daarnaast spelen bij het toezicht op zorgverzekeraars nog drie thema's:

- Markttoezicht verzekeraars: voor (marktgedrag van) zorgverzekeraars ten aanzien van de nieuwe prestaties en de nieuwe zorgaanbieders gelden dezelfde regels als voor de zorgaanbieders die nu actief zijn in de zorg.
- Verantwoording en risicoverevening: op grond van de Zvw leggen zorgverzekeraars verantwoording af over hun Zvw-schadelast, en verschaffen ze informatie die nodig is voor het systeem van risicoverevening.
- Zorgplicht: zie paragraaf 3.4.

Voor het eerste thema, markttoezicht verzekeraars, geldt dat dit operationeel van aard is. Het zal, in samenhang met markttoezicht aanbieders, aan de orde komen in paragraaf 4.7.

Het tweede thema, verantwoording en risicoverevening, is evenzeer operationeel en komt aan de orde in paragraaf 4.5. In algemene zin geldt wel dat dit naar verwachting (vrijwel) altijd een specifiek aandachtspunt zal vormen bij de uitvoering van adz-kandidaten, dat van geval tot geval om een maatwerkoplossing zal vragen. De uitdaging zit dan ook in het vinden en kiezen van een geschikte, specifieke oplossing en deze vastleggen in de regelgeving van ZIN (Handboek Informatie Zorgverzekeringswet); het toezicht op de correcte uitvoering van die oplossing lijkt op dit moment geen extra aandachtspunten op te leveren.

Het derde thema, zorgplicht, stellen we in de volgende paragraaf aan de orde.

3.4 Zorgplicht

Het thema zorgplicht verdient aparte aandacht. De vraag is namelijk in hoeverre de zorgplicht die op zorgverzekeraars rust als het gaat om patiëntenzorg in dezelfde mate van toepassing is op ondersteuning van zorg. Dit betreft een volledig nieuw vraagstuk, dat is ontstaan met het creëren van het adz-instrument. Het eerste oordeel van de NZa hieromtrent is als volgt.

Zorgplicht houdt in dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit: a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of, b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Hoe de zorgverzekeraar aan die zorgplicht voldoet, wordt neergelegd in de zorgverzekeringsspolis. Er zijn verschillende type polissen mogelijk op basis van de Zorgverzekeringswet: hij kan aan zijn zorgplicht voldoen door het sluiten van contracten met zorgaanbieders (naturapolis); de verzekerde ontvangt zorg van een

gecontracteerde zorgaanbieder, indien de verzekerde zich wendt tot een ongecontracteerde zorgaanbieder zal in principe slechts een gedeelte van het tarief worden vergoed door de zorgverzekeraar. Of hij kan zijn verzekerden de keuze laten zelf een zorgaanbieder uit te zoeken en achteraf de verzekerde zorg volledig vergoeden ongeacht of de verzekerde zich tot een gecontracteerde zorgaanbieder heeft gewend (restitutiepolis). En er zijn mengvormen hiervan.

Hieronder zoomen we in op parkinsonzorg (en de ondersteuning daarvan) en maken daarbij het onderscheid tussen natura en restitutie:

- Natura: de verzekerde heeft een polis die aanspraak geeft op parkinsonzorg in natura.
- Restitutie: de verzekerde heeft een polis die recht geeft op restitutie van de kosten van parkinsonzorg.

Natura

Bij een naturaverzekering betekent de zorgplicht dat de verzekerden binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang moeten hebben tot kwalitatief goede zorg. In dit geval parkinsonzorg. Hoe de zorgverzekeraar dit regelt, is aan de zorgverzekeraar. Zorgplicht betekent niet dat de zorgverzekeraar alle beschikbare Zvw-zorg in te kopen heeft. Wel moet hij voldoende zorg inkopen om zorg te leveren aan al zijn verzekerden die daar recht op hebben. De NZa verwacht daarbij dat een verzekeraar tijdig zorg van goede kwaliteit levert. Hoe die dat doet is, zoals gezegd, aan de verzekeraar.

De zorgaanbieder is in eerste instantie verantwoordelijk voor de kwaliteit van de patiëntenzorg. Dat wordt gereguleerd via de kwaliteitwetgeving en de Wet BIG. Een zorgverzekeraar heeft echter ook verantwoordelijkheid om kwaliteit en tijdigheid te borgen. Als hij in natura de zorg doet leveren kan de zorgverzekeraar hier invloed op uitoefenen door daarover bij de contractering afspraken te maken met de zorgaanbieder. In die mate is de zorgverzekeraar daarom zelf ook verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg.

Restitutie

Bij restitutie (de verzekerde heeft een polis die recht geeft op restitutie van de kosten van parkinsonzorg) werkt het iets anders. Het recht van restitutie betreft de zorgkosten die de verzekerde maakt. De zorgplichtkwestie speelt daarom alleen in een (voorlopig puur hypothetisch) scenario dat de kosten van adz-ondersteuning toch deel zouden gaan uitmaken van de zorgkosten die een verzekerde declareert. Dit kan bijvoorbeeld als een zorgverzekeraar de ondersteuning niet langer rechtstreeks zou inkopen bij de aanbieder van ondersteuning. De zorgverzekeraar mag ook bij een restitutiepolis eisen stellen aan de zorg die de verzekerde afneemt. Als de verzekeraar in de polis echter geen beperkingen op heeft genomen ten aanzien van welke soorten zorgaanbieders de zorg moeten leveren, is hij wel gehouden de kosten van adz-ondersteuning van parkinsonzorg te vergoeden voor zover zijn verzekerden parkinsonzorg afnemen bij zorgaanbieders die zijn aangesloten bij de adz-ondersteuner. De restitutieverzekeraar die geen contract sluit met een adz-ondersteuner kan deze verplichting ontlopen door hierover in de polis een beperking op te nemen.

We zagen dat bij natura de zorgverzekeraar, naast de primaire verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder, medeverantwoordelijk is voor de kwaliteit van de patiëntenzorg. Dit is anders bij een restitutieverzekering. Dan is de zorgverzekeraar niet zelf direct verantwoordelijk voor de kwaliteit. Via restitutie is de invloed van de verzekeraar dus veel kleiner, maar kan hij ook een verantwoordelijkheid op kwaliteit en tijdigheid hebben, bijvoorbeeld via zorgbemiddeling; als hij dan zorg inkoopt of bemiddelt moet hij zorgen dat die zorg kwalitatief goed is.

Conclusie

Voor verzekerden met een polis die aanspraak geeft op parkinsonzorg in natura, is de zorgverzekeraar er niet aan gehouden om de adz-ondersteuning van parkinsonzorg in te kopen om (tijdige en goede) parkinsonzorg te kunnen laten bieden. Dat mag hij ook op andere wijze doen, dat is aan de verzekeraar. In het geval van restitutie is de verzekeraar niet gehouden aan het vergoeden van de kosten van adz-ondersteuning, als deze beperking in de polis is opgenomen.

Kortom: indien de zorgverzekeraar tijdige en goede zorg kan realiseren zonder gebruik te maken van een ondersteuner zoals ParkinsonNet, dan wordt voldaan aan de zorgplicht. Dit wordt alleen anders als de patiëntenzorg alleen kwalitatief goed wordt geacht als de zorgaanbieder gebruik maakt van adz-ondersteuning. In dat geval is het gebruik van een adz-ondersteuner noodzakelijk om aan de zorgplicht te kunnen voldoen. Deze situatie is nog niet aan de orde.

3.5 Mogelijke effecten: kansen en risico's

Zoals eerder gememoreerd is adz een volledig nieuw instrument. Er is nog geen ervaring mee opgedaan, wat betekent dat het lastig is om stellige uitspraken te doen over voor- en nadelen, of kansen en risico's, zowel algemeen als voor ondersteuning van parkinsonzorg. Ervaringen met deze eerste casus zullen naar verwachting bijdragen aan een duidelijker beeld: in die zin zal deze eerste casus ook het karakter van een experiment in zich dragen.⁵ Wat in deze fase al wel enigszins duidelijk is, zijn de aspecten waarop we positieve effecten verwachten of waar negatieve effecten kunnen optreden, en die dus gemonitord moeten worden. Die aspecten benoemen we in deze paragraaf.

Zoals al kort beschreven in 2.1 worden zaken als samenwerking, netwerkvorming, onderlinge afstemming, organisatie en infrastructuur steeds belangrijker. Beroepsrichtlijnen sturen hier ook steeds meer op. Multidisciplinaire samenwerking rondom (kwetsbare) patiënten is één van de pijlers onder passende zorg. Ondersteunende structuren bij deze samenwerking (regionaal en landelijk) kunnen hierbij een belangrijke rol spelen.

Bekostiging van deze ondersteunende structuren binnen de Zvw kan echter ingewikkeld zijn. Bekostiging binnen de Zvw is nu namelijk grotendeels ingericht op bekostiging per zorgprestatie en veelal ingericht rondom traditionele monodisciplinaire aanbieders. Dit is een gevolg van de inrichting van de Zvw als individuele aanspraak/schadeverzekering, waarbij de nota voor de ontvangen zorg moet landen bij de patiënt (en vervolgens diens verzekeraar). Het aandeel van samenwerking, netwerkvorming, onderlinge afstemming, organisatie en infrastructuur is daarbij niet altijd goed afgebakend te vangen in bekostiging van de individuele zorgprestatie. Zeker als deze ondersteunende structuur 'op afstand' van de primaire zorgaanbieder is georganiseerd.

Adz biedt onder voorwaarden de mogelijkheid om kosten/declaraties van (en toezicht op) deze ondersteunende structuren los te koppelen van de zorgprestaties van de primaire zorgaanbieder. Door middel van directe declaratie van enkel de kosten van ondersteuning aan de zorgverzekeraar, kan de ondersteuningsstructuur direct binnen de Zvw bekostigd worden op basis van bijvoorbeeld een

⁵ Dit betekent niet dat we een experiment-beleidsregel in de zin van art. 58 Wmg adviseren. Voor een experiment in de zin van art. 58 Wmg zijn er (onder andere) duidelijke doelstellingen nodig die moeten worden geëvalueerd. Die duidelijke doelstellingen zijn er hier niet, het gaat juist om een algemene leerdoelstelling: effecten in kaart brengen en de inzichten daaruit gebruiken om bij te sturen in deze casus en toe te passen bij het inrichten van (eventuele) toekomstige gevallen.

begroting en resultaatafspraken. Deze directe vergoeding geeft de ondersteuningsstructuur direct een financiële basis voor doorontwikkeling, zonder te veel afhankelijk te zijn van contributiebijdragen vanuit de individuele primaire aanbieders. Omdat deze directe vergoeding moeilijk te koppelen is aan specifieke handelingen voor een individuele patiënt, kan deze route echter ‘achter de schermen’ bij zorgverzekeraars nieuwe problemen creëren.

Uit het voorgaande komen de volgende aspecten naar voren waarop mogelijk positieve effecten kunnen optreden:

- De grotere financiële zekerheid waarmee adz-bekostiging gepaard kan gaan, kan een stimulans zijn om ondersteuningsstructuren op te zetten en/of breder uit te rollen.
- Een ondersteuningsstructuur is via de adz-route ook te financieren in die gevallen waarbij bekostiging (nog) niet is ingericht op geheel zorgtraject / integrale bekostiging. Daar waar bekostiging nog niet (volledig) is ingericht op samenhangende zorg, kan de infrastructuur die deze samenhang op een hoger plan brengt alvast structureel neergezet worden.
- Een ondersteuningsstructuur kan bijdragen aan het tot stand komen van meer samenhangende / geprotocolerde zorg. Het separaat bekostigen van de ondersteuningsstructuur kan bijdragen aan brede implementatie van samenhangende zorg ook onder aanbieders die zich niet opstellen als “koplopers” of die zich vanuit bestaande bekostiging niet gestimuleerd voelen om samenwerking op te zoeken. Dit kan de opmaat zijn naar toekomstige bekostiging op basis van zorgtrajecten/zorgzwaarte. Bekostiging op basis van multidisciplinaire “zorgtrajecten”/“zorgbundels” is enkel mogelijk als deze zich eerst ontwikkelen en bewijzen.
- Het apart bekostigen van ondersteuning maakt het makkelijker voor zorgverzekeraars om op dat gebied congruent te handelen, onder meer omdat dat handelen transparanter wordt. Op voorhand zou dit betekenen dat het risico op *free-rider*-gedrag kleiner wordt.

Mogelijke negatieve effecten zijn de volgende:

- Directe vergoeding zonder koppeling aan individuele patiënten kan problemen creëren bij zorgverzekeraars ‘achter de schermen’. Hoe de totale kosten voor ondersteuningsstructuur toe te rekenen naar individuele verzekerden en verzekeraars (met name in de risicoverevening)? Dit zal per casus een technische uitdaging zijn. De boordeling van de uitvoerbaarheid van deze toerekening achter de schermen is per casus dan ook een belangrijk criterium of bekostiging op basis van adz wenselijk/uitvoerbaar is.
- Bij een overgang naar rechtstreekse financiering van ondersteuning kan mogelijk spanning ontstaan tussen de eigen verantwoordelijkheid van de primaire aanbieder om samenhangende zorg rondom patiënt op basis van richtlijnen zelf te organiseren, en het neerleggen van de organisatie van deze samenhang bij een derde partij.
- Het is lastig om het aandeel van samenwerking etc. binnen de huidige bekostiging van primaire aanbieders te oormerken. Dit maakt het ook moeilijk om tarieven hiervoor te schonen (voor zover nodig), indien overgegaan wordt op directe bekostiging van samenwerking etc. Een risico op dubbele bekostiging kan dus een issue zijn.

In hoeverre zijn de hierboven geschetste potentiële effecten van adz ook al relevant voor de casus ondersteuning van parkinsonzorg? Op het eerste gezicht lijken alle mogelijke positieve effecten van toepassing. De drie mogelijke negatieve effecten zijn eveneens allemaal mogelijk van toepassing. Daarbij past wel de kanttekening (relevant voor de tweede en derde) dat voor alle huidige deelnemers geen sprake meer is van een overgang naar rechtstreekse bekostiging, van die rechtstreekse bekostiging is al geruime tijd sprake. De mogelijke uitvoeringsissues die gaan spelen bij bekostiging binnen de Zvw, behandelen we in hoofdstuk 4.

3.6 Passende zorg

3.6.1 Zorginhoudelijk: ondersteuning van parkinsonzorg

In 2020 hebben ZIN en NZa het adviesrapport “Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg” opgesteld. In dit adviesrapport is passende zorg omschreven als zorg die van waarde is voor de gezondheid en het functioneren van het individu, tegen een redelijke prijs. In ons collectieve en solidaire zorgstelsel is het overgrote deel van alle zorg verzekerd. Met elkaar betalen we daarvoor. Dit betekent dat we kritisch moeten zijn op verspillings door het (blijven) aanbieden van zorg die niet bijdraagt aan het functioneren van mensen of niet effectief is voor het individu. Of zorg waarvan we met elkaar vaststellen dat we de hoge kosten ervan niet kunnen dragen. Op basis hiervan definiëren we passende zorg als: gepast gebruik én passende organisatie van zorg. Tot nu toe zijn deze twee zaken veelal als losstaande onderwerpen behandeld. Volgens ons zijn het twee kanten van dezelfde medaille die elkaar versterken: passende zorg kan pas ontstaan als deze in samenhang met de organisatie ervan wordt benaderd.

Bij de bekostiging van zorg rondom patiënten met chronische ziekte is een integrale benadering essentieel om te kunnen inspelen op de individuele behoeften van de patiënt, zeker als er sprake is van comorbiditeit. Bij deze integrale zorg komen vaak zorgprofessionals uit verschillende sectoren samen, waarbij ze hun activiteiten in samenhang uitvoeren rondom de behoeften van de patiënt. De zorg rondom mensen met de ziekte van Parkinson wordt op dit moment monodisciplinair bekostigd. Op de werkagenda van passende zorg is het ontwikkelen van integrale bekostiging voor chronische zorg een actiepunt voor de NZa. De stap van een monodisciplinaire bekostiging naar een integrale bekostiging van parkinsonzorg is een te grote stap om in een keer te kunnen nemen. Een aparte bekostiging van de organisatie van parkinsonzorg ziet de NZa als een mooie tussenstap om uiteindelijk toe te kunnen werken naar een netwerkbekostiging van zorg voor mensen met de ziekte van Parkinson.

Parkinsonnet ondersteunt zorgverleners in het organiseren van parkinsonzorg. De ondersteuning zoals geleverd door Parkinsonnet is voor zover de NZa op dit moment kan beoordelen een goed voorbeeld van passende zorg. Van de mensen met de ziekte van Parkinson met paramedische zorg is een deel onder behandeling van een ParkinsonNet-therapeut.⁶ De afgelopen jaren heeft ParkinsonNet laten zien dat bij deze mensen de kwaliteit van zorg verbetert, de gezondheidsuitkomsten van mensen met parkinson verbeteren en de zorgkosten lager worden. Op dit moment is er nog geen zorgstandaard voor ondersteuning van parkinsonzorg vastgesteld. De NZa kan niet voorschrijven hoe passende parkinsonzorg en een passende organisatie van parkinsonzorg er uit moet zien. Wel vinden wij het wenselijk als zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties hiermee aan de slag gaan zodat er een breed gedragen standaard komt.

3.6.2 Bekostiging: adz

Adz is een vorm van gefragmenteerde bekostiging: de ondersteuningsactiviteiten worden apart bekostigd, los van de patiëntenzorg. Dit is niet het eindplaatje qua bekostiging die passende chronische zorg optimaal ondersteunt; in dat eindplaatje is niet of nauwelijks plaats voor gefragmenteerde

⁶ Het aandeel personen met de ziekte van Parkinson met paramedische zorg dat behandeld is door een ParkinsonNet-therapeut is in 2020 71% voor fysio/oefentherapie, 78% voor ergotherapie, 86% voor logopedie en 46% voor diëtiek. Sinds 2010 stijgt dit percentage voor fysio/oefentherapie ieder jaar.

bekostiging. De NZa verwacht dat dan bij chronische zorg juist sprake zal moeten zijn van integrale bekostiging van zorgnetwerken, met bijvoorbeeld elementen van populatie- en resultaatbekostiging.

Toch zien wij wel een rol voor adz. De transitie naar het eindplaatje is namelijk waarschijnlijk lang niet altijd in een keer te maken. Voordat de overstap naar die integrale bekostiging van passende zorg kan worden gemaakt, zullen eerste stappen gezet moeten worden naar het creëren van zorgnetwerken en het versterken van samenwerking rondom de patiënt. Om dergelijke ontwikkelingen te ondersteunen en stimuleren kan aparte bekostiging waardevol zijn. In een aantal gevallen kan adz als instrument dan wenselijk blijken te zijn.

Ook vanuit deze optiek lijkt het dus goed om met het adz-instrument te experimenteren. Niet alleen dus om inzicht te krijgen in kansen en risico's op korte termijn, maar ook om te ontdekken in hoeverre adz kan bijdragen aan passende zorg. Ondersteuning van parkinsonzorg lijkt voor dit laatste, gezien de bevindingen van de vorige subparagraaf, een geschikte eerste casus.

Twee observaties volgen hieruit. Ten eerste is het bij het beoordelen van toekomstige kandidaten voor adz-status nuttig om, naast kansen en risico's die samenhangen met (uitvoerings)issues op korte termijn, ook oog te hebben voor hoe die kandidaten zich verhouden tot passende zorg. Ten tweede is het van belang om bij de evaluatie eveneens beide aspecten te betrekken.

4 Vragen uitvoeringstoets

Mede aan de hand van de conclusies van hoofdstuk 3 kunnen we in dit hoofdstuk ingaan op de specifieke vragen van het ministerie. Dat doen we in paragrafen 4.2 – 4.9. We houden daarbij de volgorde aan waarin ze in de aanvraag van de uitvoeringstoets zijn opgenomen. We starten dit hoofdstuk in 4.1 met een analyse van de markt voor ondersteuning van parkinsonzorg, en hoe die zich zou kunnen ontwikkelen. Die analyse vormt de basis voor een aantal antwoorden in de paragrafen erna.

4.1 Marktontwikkeling

Welke ontwikkelingen kunnen zich gaan voordoen in de markt voor ondersteuning van parkinsonzorg nadat (of: doordat) deze activiteiten zijn overgegaan op een adz-bekostiging? Omdat ervaringen ontbreken, kunnen we deze vraag alleen verkennend beantwoorden. We zullen dit doen door eerst de huidige markt te beschrijven, daarna in te gaan op het thema marktmacht en vervolgens onderscheid te maken tussen twee scenario's. Tot slot staan we stil bij het ontstaan van mogelijke nieuwe markten voor adz-ondersteuning.

4.1.1 Beschrijving huidige markt

ParkinsonNet is voor zover wij weten de enige aanbieder van diensten die vallen onder de negen activiteiten genoemd in 2.2.1. Zorgverzekeraars contracteren deze activiteiten, deelnemende zorgverleners zijn de belangrijkste afnemers van deze diensten. Naast de genoemde negen activiteiten biedt ParkinsonNet nog twee diensten. Ten eerste het organiseren van opleidingen voor zorgverleners op het gebied van parkinsonzorg; hiervoor betalen de zorgverleners die deze opleidingen afnemen zelf. Ten tweede is ParkinsonNet actief in het ontwikkelen en onderhouden van richtlijnen voor parkinsonzorg.

Wat betreft het geografische aspect is relevant dat ParkinsonNet deels landelijk opereert, en deels ten behoeve van (op dit moment) 71 regio's. Voor elke regio is een deel van de activiteiten gericht op het ondersteunen van (de samenwerking in) het regionale netwerk.

4.1.2 Marktmacht

Als enige landelijke leverancier van adz-ondersteuning is ParkinsonNet tot op zekere hoogte te beschouwen als monopolist. Het is echter niet zo dat zorgverzekeraars niet om (de diensten van) ParkinsonNet heen kunnen. In het hypothetische geval dat de huidige situatie van wederzijdse tevredenheid zou omslaan naar een situatie waarin (sommige) verzekeraars menen dat de diensten van ParkinsonNet voor hen onvoldoende kosteneffectief zijn, dan kunnen die verzekeraars zich terugtrekken uit (verlengen van) de overeenkomst en terugvallen op de situatie waarin zij de door hen gecontracteerde zorgaanbieders via de tarieven van patiëntenzorg vergoeden voor ondersteuning, waarbij het aan de zorgaanbieders is of zij de ondersteuning bij ParkinsonNet betrekken. Dit scenario is echter niet aantrekkelijk voor zorgverzekeraars en zorgverleners van parkinsonzorg aangezien dit voor hen extra lasten oplevert die naar verwachting niet opwegen tegen de kosten. Daarnaast is dit scenario uiteraard ook onaantrekkelijk voor ParkinsonNet, hetgeen hen stimuleert om zorgverzekeraars tevreden te houden over de kosteneffectiviteit van hun activiteiten. Voor zover ParkinsonNet te beschouwen is als

monopolist, is het dus een monopolist waarvan de marktmacht in balans is met de inkoopmacht van de zorgverzekeraars.

In de nieuwe situatie onder adz verandert bovenstaande conclusie niet, op grond van de conclusies bij het thema zorgplicht (3.4). Ook met de adz-ondersteuning binnen de Zvw zijn naturaverzekeraars niet gehouden aan het inkopen van adz-ondersteuning. En ook restitutieverzekeraars kunnen de verplichting ontlopen door een beperking op te nemen in de polissen. Mochten er in de toekomst meldingen komen over eventuele marktmacht bij een van de partijen, dan zal de NZa deze meldingen behandelen in het kader van haar markttoezicht.

4.1.3 Ontwikkelingsscenario's

Welke ontwikkelingen kunnen zich voordoen na de overgang op adz-bekostiging? We maken onderscheid tussen twee scenario's:

- 1 Geen toetreding: ParkinsonNet blijft de enige aanbieder van ondersteuning van Parkinsonzorg.
- 2 Wel toetreding: Er dient zich in de (nabije) toekomst nog een aanbieder aan.

Ad 1: Geen toetreding

Zolang toetreding uitblijft, komt de vraag naar marktontwikkelingen neer op het verkennen hoe ParkinsonNet zich als aanbieder zou kunnen ontwikkelen. Die mogelijkheden zijn afhankelijk van hoe de vraag vanuit het zorgveld en vanuit zorgverzekeraars zich ontwikkelt en de ambities van ParkinsonNet.

Mogelijke ontwikkelingen zijn dat ParkinsonNet de activiteiten binnen de scope van parkinsonzorg uitbreidt (verdieping) of dat ParkinsonNet ook buiten die scope activiteiten wil gaan aanbieden (verbreding naar andere aandoeningen). In beide gevallen is het niet automatisch zo dat de nieuwe activiteiten ook binnen de adz-regelgeving vallen.

Een andere mogelijke ontwikkeling is dat zich substantiële wijzigingen voordoen in het deelnemersveld van ParkinsonNet (aanwas of terugloop, in aantallen of beroepssamenstelling).

Ad 2: Wel toetreding

Allereerst merken wij op dat ook bij toetreding zich de ontwikkelingen kunnen voordoen die we hierboven hebben beschreven. Die kunnen voorafgaan aan de toetreding of daarop volgen; er kan ook sprake zijn van causale samenhang tussen de toetreding en verdieping of verbreding van het aanbod, en van aanwas of terugloop in deelnemers.

Binnen toetreding als fenomeen, zijn verschillende vormen mogelijk:

- Landelijke concurrent,
- Regionale concurrent,
- Regionale afsplitsing.

De waarschijnlijkheid van toetreding is afhankelijk van de 'ruimte' die de markt biedt (in hoeverre is er sprake van een natuurlijk monopolie) en daarnaast van zogenoemde toetredingsdrempels: voor zover het geen natuurlijk monopolie is, hoe moeilijk is het voor potentiële toetreders om een plek in te nemen? Dit laatste is van vele factoren afhankelijk: benodigde investeringen, regelgeving (waaronder de prestatiebeschrijving), inkoopgedrag van zorgverzekeraars, marktgedrag van ParkinsonNet, overstapbereidheid van zorgverleners, etc. Op voorhand hebben wij als NZa geen reden om toetreding op korte termijn te verwachten.

4.1.4 Nieuwe (deel)markten

Het lijkt plausibel dat de activiteiten en resultaten van ParkinsonNet rondom parkinsonzorg (deels) te kopiëren zijn naar de ondersteuning van patiëntenzorg bij andere chronische aandoeningen. Omdat andere aandoeningen om een andere aanpak vragen, zullen dit geen exacte kopieën kunnen zijn. De uitdaging voor ondersteuningsorganisaties is om die passende aanpak te vinden en een ontwikkelingspad daarnaartoe. Er zijn rondom verschillende aandoeningen initiatieven om te komen tot (netwerk)ondersteuning met gelijksoortige eigenschappen als de parkinsonnetwerken. Het is voor de NZa moeilijk te beoordelen waar deze initiatieven zich bevinden in hun ontwikkeling, in vergelijking met het ontwikkelingspad dat ParkinsonNet heeft doorlopen en de positie die zij hebben opgebouwd. Bovendien kan hun ontwikkeling en de snelheid daarvan deels afhankelijk zijn van de ervaringen die opgedaan kunnen gaan worden rondom de adz-bekostiging van ondersteuning van parkinsonzorg. Een voorspelling van het tijdstip waarop nieuwe markten voor adz-ondersteuning kunnen ontstaan, en welke, is daarom niet te geven. Wel is duidelijk dat het belangrijk is om ervaringen met parkinsonzorg en effecten daarvan op andere initiatieven goed te volgen. Op dit moment is nog niet duidelijk of er op korte termijn nieuwe initiatieven zich bij VWS, ZIN en de NZa zullen melden. De NZa zal, zoals zij dat nu ook al doet, in gesprek blijven met de diverse initiatieven.

Tot slot is het mogelijk dat er geheel andersoortige ondersteuningsactiviteiten zijn, rondom parkinsonzorg of andere aandoeningen, die op termijn in beeld kunnen komen en blijken te voldoen aan de adz-voorwaarden. Dit zijn ook mogelijke nieuwe deelmarkten voor adz-ondersteuning. Hierover kunnen we echter alleen nog speculeren.

4.2 Van activiteiten naar prestatie

ZIN heeft ten aanzien van een negental activiteiten van Parkinsonnet geoordeeld dat er sprake is van activiteiten of diensten ten behoeve van verzekerde zorg. Het ministerie heeft de NZa gevraagd te onderzoeken of en in hoeverre:

- één algemene prestatiebeschrijving voor deze negental activiteiten ten behoeve van zorg voor parkinsonpatiënten te realiseren is;
- welke reikwijdte gehanteerd moet worden voor deze prestatiebeschrijving;
- er overige externe effecten te verwachten zijn bij de introductie van een tarief en prestatiebeschrijving voor activiteiten of diensten ten behoeve van zorg voor parkinsonpatiënten, en welke dat zijn?

Hieronder zullen wij op deze punten nader ingaan.

ZIN heeft geconcludeerd dat negen activiteiten en diensten van ParkinsonNet dienen ter ondersteuning van verzekerde zorg (zie paragraaf 2.4). Het betreft de volgende activiteiten:

- Vraagbaak voor deelnemende zorgprofessionals van ParkinsonNet;
- Selectie, certificering en herregistratie van ParkinsonNet zorgaanbieders in de eerste lijn;
- Ondersteunen van regionale samenwerking, o.a. door middel van ICT, accountmanagers;
- Transparant maken van kwaliteit van zorg: www.parkinsonatlas.nl, Kwaliteitsmonitor en ParkinsonInzicht;
- Ondersteuning van patiënten: informatievoorziening over de ziekte en over het regionale zorgaanbod, beslissingsondersteuning en bevorderen van zelfmanagement;
- Inzichtelijk maken van de integrale kosten van Parkinsonzorg (in samenwerking met zorgverzekeraars);

- Versterken van de relatie tussen 2e lijn en 1e lijn netwerk: neurologen en Parkinson verpleegkundigen in de 2e lijn steeds verder betrekken bij het netwerk en stimuleren om maximaal gebruik te maken van het 1e lijn netwerk;
- Innovatie in zorgfinanciering: samen met zorgverzekeraars experimenteren met regionale zorgfinanciering waardoor beter gestuurd kan worden op kwaliteit en kostenbeheersing;
- Innovatie binnen de netwerkzorg; de zorgkwaliteit en kostenbeheersing kunnen verder toenemen door implementatie van e-health en hulpmiddelen voor zelfmanagement.

In het licht van de standpunten die door ZIN zijn uitgebracht rond ketenzorg, zelfmanagement en casemanagement ziet ZIN deze activiteiten van ParkinsonNet als zorg die de beroepsgroepen tot het aanvaarde arsenaal van zorg rekenen, en die geleverd wordt op een wijze die door de beroepsgroepen als professioneel juist wordt beschouwd. Deze activiteiten hebben enerzijds betrekking op zorg (begeleiding bij zelfmanagement en casemanagement) en anderzijds op coördinatie en organisatie van zorg (bijvoorbeeld zorgcoördinatie, online parkinsondossier); de organisatorische schil rond deze parkinsonzorg. Vanwege de diversiteit van activiteiten, de diversiteit van de betrokken zorgverleners en het feit dat niet elke parkinsonpatiënt zorg zal ontvangen van één of meer zorgverleners die zijn aangesloten bij ParkinsonNet, is ZIN van mening dat het niet voor de hand ligt om het gehele palet aan activiteiten van ParkinsonNet aan één aanspraak (bijvoorbeeld “zorg zoals fysiotherapeuten of medisch specialisten plegen te bieden”) te koppelen. De NZa kan in een eventuele beleidsregel hierbij aansluiten door in de reikwijdte uit te gaan van geneeskundige zorg zoals omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet voor zover het ondersteuning van parkinsonzorg betreft.

Voor het vaststellen van één of meerdere prestatiebeschrijvingen is van belang dat de NZa prestaties vaststelt die functioneel zijn omschreven. De prestatie en het tarief moeten in rekening kunnen worden gebracht door alle zorgaanbieders die deze zorg leveren en voldoen aan de voorschriften en beperkingen zoals opgenomen in de prestatiebeschrijving. Dit betekent dat de activiteiten zoals die hierboven zijn omschreven, niet één-op-één in een prestatiebeschrijving kunnen worden opgenomen. De NZa verwacht dat het mogelijk is deze activiteiten, in overleg met de relevante (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders en zorgverzekeraars, algemeen te omschrijven zodat zij niet meer specifiek op ParkinsonNet zijn geënt. Wel hebben de activiteiten een hoog abstractieniveau. Op dit moment zien wij dat de activiteiten in drie onderdelen kunnen worden verdeeld:

- De administratieve vorming van regionale netwerken en het beheer en onderhoud daarvan;
- Diverse vormen van kennisoverdracht en informatievoorziening aan de netwerken, deelnemers daaraan en hun parkinsonpatiënten;
- Overkoepelende activiteiten zoals innovatie.

Dit zijn open, moeilijk af te bakenen begrippen. Dit betekent dat wij verwachten dat het lastig is een prestatiebeschrijving vast te stellen waar de ondersteuning in detail is omschreven. In overleg met partijen moet worden gekeken of nauwkeuriger kan worden omschreven wanneer bijvoorbeeld sprake is van “het zijn van vraagbaak” en van “ondersteuning van regionale samenwerking”. Wellicht is deze concretiseringslag te maken, wij verwachten dat dit bij het eerste onderdeel (netwerksamenstelling) tot op zekere hoogte minimum-eisen zijn te formuleren. Tegelijkertijd zal de prestatie-omschrijving waarschijnlijk geen garantie bieden dat er een bepaald kwaliteitsniveau zal worden gehaald, terwijl dit wel van belang is met het oog op een doelmatige besteding van zorggelden. Op dit moment is er namelijk nog geen kwaliteitsstandaard waarin deze ondersteuning van zorg staat beschreven of bijvoorbeeld een specifieke opleiding voor de ondersteuning van parkinsonzorg. Daarnaast zal de prestatiebeschrijving mogelijk minder flexibel worden voor ParkinsonNet indien tot in detail wordt beschreven wat de activiteiten inhouden.

De NZa verwacht daardoor dat het mogelijk is één algemene prestatiebeschrijving te formuleren, maar dat deze prestatiebeschrijving een hoger abstractieniveau zal hebben. Hierdoor zal het noodzakelijk zijn een aantal voorschriften in de prestatiebeschrijving op te nemen, zoals de voorwaarde dat deze prestatie alleen in rekening kan worden gebracht indien de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar hiertoe een schriftelijke overeenkomst hebben gesloten (contractvereiste). Een prestatie met een hoger abstractieniveau en een contractvereiste sluit aan bij de huidige situatie waarbij ParkinsonNet en zorgverzekeraars vrij om de afgesproken activiteiten naar eigen inzicht te omschrijven. In overleg met zorgaanbieders en zorgverzekeraars zal de NZa bespreken of er naast een contractvereiste nog aanvullende voorwaarden in de prestatiebeschrijving moeten worden opgenomen.

Wat betreft het laatste element van de vraag van het ministerie, overige externe effecten, geldt dat Ondersteuning van parkinsonzorg geen directe zorgverlening aan een consument betreft.

Afwenteeffecten (het doorverwijzen van patiënten met klachten waarvan de behandeling voor de zorgaanbieder financieel niet aantrekkelijk is), risicoselectie (bijvoorbeeld moeilijk behandelbare patiënten weigeren) of ketenzorgeffecten (negatieve effecten voor de samenwerking in een keten) zullen zich hier niet voordoen. Voor andere externe effecten verwijzen we naar paragrafen 3.5, 3.6 en 4.1.

4.3 Bekostiging en tariefsoort

Het ministerie heeft de NZa gevraagd of de tariefsoort 'vrij' volgens de NZa passend zou zijn bij een prestatiebeschrijving ten behoeve van de bekostiging van feitelijke activiteiten of diensten die verband houden met de zorg voor Parkinsonpatiënten? Kan de NZa dit toelichten en daarbij in ieder geval ingaan op de volgende aspecten?

- Of en waarom een vrij tarief passender is dan een maximumtarief?
- Het gedrag van zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt: is er voldoende dynamiek tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zodat er een reëel en aanvaardbaar tarief afgesproken kan worden?
- Het gedrag van zorgaanbieders op de zorgverleningsmarkt; hoe ziet het aanbod van feitelijke activiteiten en diensten ten behoeve van zorg voor Parkinsonpatiënten er thans uit? Wat zijn de toetredingsmogelijkheden tot de markt voor (andere) zorgaanbieders na introductie van tarief en prestatie voor hiervoor genoemde activiteiten en diensten?
- Is er voldoende transparantie over de wijze waarop de activiteiten of diensten ten behoeve van Parkinsonzorg wordt geleverd en in rekening wordt gebracht? Is er voldoende transparantie bij toepassing van lumpsumbekostiging?

4.3.1 Lumpsum-bekostiging

De afgelopen jaren is ParkinsonNet op verschillende manieren bekostigd. Op dit moment wordt ParkinsonNet bekostigd door de zorgverzekeraars vanuit de eigen middelen van zorgverzekeraars. ParkinsonNet en ZN maken een afspraak over een lumpsum (totaalbedrag) voor de activiteiten van ParkinsonNet. Vervolgens wordt dit totale bedrag verdeeld over de zorgverzekeraars op basis van het aantal parkinsonpatiënten onder de verzekerden per zorgverzekeraar.

Een prestatiebeschrijving voor een bekostiging van feitelijke activiteiten of diensten die verband houden met de zorg voor parkinsonpatiënten wijkt af van prestatiebeschrijvingen voor “klassieke zorg”.

Parkinsonpatiënten zullen niet direct zien welke activiteiten en diensten worden verricht ten behoeve van de zorgverlening. In verkennende gesprekken met ParkinsonNet en ZN kwam naar voren dat deze partijen een voorkeur hebben voor een lumpsum-bekostiging. Hierbij brengt ParkinsonNet een prestatie

in rekening bij de zorgverzekeraars waarbij het tarief per verzekeraar wordt gebaseerd op het aantal parkinsonpatiënten onder de verzekerden bij de betreffende zorgverzekeraar. Dit totaalbedrag wordt vervolgens door de zorgverzekeraars voor de risicoverevening verdeeld tussen (maar niet daadwerkelijk toegerekend aan) verzekerden met de ziekte van Parkinson.

De NZa begrijpt deze voorkeur voor een lumpsum-bekostiging. Een zorgaanbieder die ondersteunende activiteiten of diensten die verband houden met de zorg voor parkinsonpatiënten verleent, verleent zelf geen directe zorg aan parkinsonpatiënten. Hierdoor weet deze zorgaanbieder ook niet welke patiënten uiteindelijk gebaat zijn bij zijn zorgverlening. Het is dan ook niet mogelijk voor deze zorgaanbieder een prestatie en tarief in rekening te brengen direct bij de parkinsonpatiënt zelf (of bij zijn zorgverzekeraar).

De keuze voor een lumpsum-bekostiging maakt het mogelijk dat de zorgaanbieder een bedrag bij de zorgverzekeraar in rekening brengt, zonder de achterliggende parkinsonpatiënten te kennen. Een lumpsum-bekostiging werkt alleen indien alle zorgverzekeraars afspraken maken met de zorgaanbieder(s). Er is echter geen contracteerplicht voor zorgverzekeraars.

Op dit moment is het binnen de Wmg mogelijk om een tarief vast te stellen voor een geheel van prestaties van een zorgaanbieder. In het wetsvoorstel Herpositionering taken NZa⁷ komt deze mogelijkheid echter te vervallen. Indien uiteindelijk voor een lumpsum-bekostiging wordt gekozen, is dit een aandachtspunt.

4.3.2 Tariefsoorten

De Wmg kent verschillende tariefsoorten. Onder een vrij tarief wordt verstaan een tarief dat niet door de NZa hoeft te worden goedgekeurd of vastgesteld. Een vast tarief is een tarief waarvan niet mag worden afgeweken. Bij een maximumtarief is een bedrag dat ten hoogste als tarief in rekening mag worden gebracht. Een minimumtarief is een bedrag dat tenminste als tarief in rekening dient te worden gebracht. Een bandbreedtetarief is tenslotte een bedrag dat ligt tussen of gelijk is aan het bedrag dat tenminste en het bedrag dat ten hoogste als tarief in rekening mag worden gebracht. Een minimumtarief en een bandbreedtetarief zijn hier als opties niet relevant en laten we verder buiten beschouwing.

Zoals in paragraaf 4.3.1 is aangegeven gaat de voorkeur uit naar een lumpsum-bekostiging. Als wij kijken welke mogelijkheden er zijn binnen de kaders van de Wmg bij een lumpsum bekostiging, zien wij drie opties. Ten eerste is het mogelijk een individueel vast tarief vast te stellen. Als er een individueel vast tarief moet worden vastgesteld (zonder onderliggende budgetbekostiging), dan zou dit tarief op een of andere wijze gekoppeld moeten worden aan de schaal van de zorgverlening, bijvoorbeeld aan het aantal parkinsonpatiënten binnen de reikwijdte van de ondersteuning en de mate waarin ondersteuning wordt geleverd. Wij verwachten dat het bijzonder lastig zal zijn een individueel vast tarief vast te stellen indien er meer dan één aanbieder deze ondersteuning aanbiedt. Reden hiervoor bijvoorbeeld dat in een regio meerdere aanbieders van ondersteuning van parkinsonzorg actief kunnen zijn. Naar verwachting is het in die situatie niet duidelijk hoeveel parkinsonpatiënten binnen de reikwijdte van de betreffende ondersteuning vallen. Hierdoor is het waarschijnlijk niet mogelijk een individueel vast tarief vast te stellen. In de praktijk wordt een individueel vast tarief overigens alleen toegepast in combinatie met een budgetbekostiging. De echte onderhandelingen zitten dan rondom de vaststelling van het budget, het (individuele vaste) tarief is dan een vehikel om te zorgen dat het budget ook gevuld wordt met inkomsten. Dergelijke modellen zijn van toepassing in bijvoorbeeld de ambulancezorg en de acute ggz,

⁷ Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met aanpassingen van de tarief- en prestatieregulering en het markttoezicht op het terrein van de gezondheidszorg – 34445.

met een substantiële rol voor de NZa en met forse administratieve lasten voor aanbieders en verzekeraars. Een dergelijk model heeft in de huidige casus geen meerwaarde.

Ten tweede zou op basis van de Wmg een landelijk maximumtarief vastgesteld kunnen worden. Het vaststellen van een landelijk maximumtarief is naar de mening van de NZa niet passend indien er meer dan één aanbieder deze ondersteuning aanbiedt. De activiteiten zoals geduid door ZIN kennen een hoog abstractieniveau en er is (nog) geen kwaliteitsstandaard die invulling geeft aan de activiteiten en de uitkomsten van deze activiteiten. De mate waarin ondersteuning wordt geleverd kan daardoor erg wisselen. Ook geldt bij deze optie dat het aantal parkinsonpatiënten binnen de reikwijdte van de ondersteuning bij de verschillende zorgaanbieders waarschijnlijk flink zal verschillen. De verschillen in kosten die een organisatie maakt voor de ondersteuning van parkinsonzorg kunnen gelet op het voorgaande erg groot zijn. Een landelijk maximumtarief is bij een lumpsum-bekostiging daardoor naar de mening van de NZa niet gewenst.

Tenslotte kan gekozen worden voor een vrij tarief. Een vrij tarief komt het meest in de buurt van de huidige situatie waar zorgverzekeraars en ParkinsonNet vrij zijn in de hoogte van het lumpsumbedrag dat zij overeenkomen. Een vrij tarief geeft de ruimte voor maatwerk waarbij rekening wordt gehouden met de specifieke kenmerken van een aanbieder van ondersteuning van parkinsonzorg. Wel is de NZa van mening dat er een contractvereiste moet worden gekoppeld aan het vrije tarief. Een contractvereiste is om meerdere redenen gewenst. Ten eerste is het gewenst dat maatwerkafspraken tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar over de prestatie-inhoud worden gemaakt. Daarnaast bestaat het risico dat bij een vrij tarief zonder contractvereiste de betaalbaarheid van deze zorg in gevaar komt. Tenslotte is het uitvoeringstechnisch noodzakelijk dat een zorgaanbieder van ondersteuning van parkinsonzorg een contract heeft gesloten met de zorgverzekeraar omdat de zorgverzekeraar deze zorg uiteindelijk moet toerekenen aan de individuele verzekerde met de ziekte van parkinson.

De NZa is van mening dat het mogelijk is een contractvereiste als voorwaarde te stellen om de prestatie voor ondersteuning van parkinsonzorg in rekening te brengen. Een verzekerde met de ziekte van parkinson neemt geen ondersteuning van parkinsonzorg af. Deze verzekerde heeft de keuze zich te wenden tot de zorgverleners van zijn keuze. Deze zorgverleners kunnen hun zorg in rekening brengen zonder dat zij daarvoor een contract met de zorgverzekeraar hebben gesloten. Hierbij maakt het geen verschil of deze zorgverleners zijn aangesloten bij een organisatie ten behoeve van de ondersteuning van parkinsonzorg. Daarnaast is er op dit moment ook geen kwaliteitsstandaard die zorgverleners verplicht om zich aan te sluiten bij een organisatie die ondersteuning van parkinsonzorg levert. Ook zorgverleners die niet zijn aangesloten bij een dergelijke organisatie kunnen goede parkinsonzorg verlenen aan parkinsonpatiënten.

Gelet op bovenstaande overwegingen adviseren wij een vrij tarief voor de prestatiebeschrijving Ondersteuning van parkinsonzorg.

4.3.3 Gedrag van zorgverzekeraar en zorgaanbieders

In paragraaf 4.1 hierboven is al ingegaan op het gedrag van zorgverzekeraars in de zorginkoopmarkt en van zorgaanbieders op de zorgverleningsmarkt. Wij kwamen tot de conclusie dat ParkinsonNet als enige landelijke leverancier van Ondersteuning van parkinsonzorg tot op zekere hoogte te beschouwen als monopolist. Tegelijkertijd is het echter niet zo dat zorgverzekeraars niet om (de diensten van) ParkinsonNet heen kunnen. Het is mogelijk dat sommige zorgverzekeraars in de toekomst menen dat de diensten van ParkinsonNet voor hen onvoldoende kosteneffectief zijn. Zij kunnen dan besluiten geen overeenkomst meer te sluiten met ParkinsonNet. Dit scenario is echter niet aantrekkelijk voor zorgverzekeraars en zorgverleners van parkinsonzorg aangezien dit voor hen extra lasten oplevert die

naar verwachting niet opwegen tegen de kosten. Wij zien op dit moment daarom geen Daarnaast is dit scenario uiteraard ook onaantrekkelijk voor ParkinsonNet, hetgeen hen stimuleert om zorgverzekeraars tevreden te houden over de kosteneffectiviteit van hun activiteiten. Wij zien daarom op dit moment voldoende dynamiek tussen ParkinsonNet en zorgverzekeraars zodat er een reëel en aanvaardbaar tarief afgesproken kan worden.

Als de NZa de opdracht krijgt een prestatiebeschrijving vast te stellen voor Ondersteuning van parkinsonzorg, staat deze prestatiebeschrijving open voor alle zorgaanbieders die deze zorg leveren. Zoals in paragraaf 4.1 al is aangegeven is de waarschijnlijkheid van toetreding afhankelijk van de 'ruimte' die de markt biedt en daarnaast van zogenoemde toetredingsdrempels: hoe moeilijk is het voor potentiële toetreders om een plek in te nemen? Dit laatste is van vele factoren afhankelijk: benodigde investeringen, regelgeving (waaronder de ruimte die de prestatiebeschrijving biedt), inkoopgedrag van zorgverzekeraars, marktgedrag van ParkinsonNet, overstapbereidheid van zorgverleners. Op voorhand hebben wij als NZa geen reden om toetreding op korte termijn te verwachten.

4.3.4 Transparantie

De transparantie over de wijze waarop de activiteiten of diensten ten behoeve van Parkinsonzorg wordt geleverd en in rekening wordt gebracht, is met inachtneming van het voorgaande voldoende geborgd. Voor zorgverzekeraars is die transparantie groter nu zij er rechtstreeks met de ondersteuner afspraken over maken. Voor deelnemende zorgverleners en patiënten is de transparantie niet anders dan in de reguliere situatie zonder adz.

4.4 Macrobudgettair effect

Aan de NZa is gevraagd of inzicht kan worden gegeven in de verwachte macrobudgettaire consequenties en of inzicht ten aanzien van de kosten (op macroniveau) mogelijk is. Op dit moment is er maar één zorgaanbieder die ondersteuning van parkinsonzorg levert. Deze zorgaanbieder levert deze zorg al geruime tijd en zorgverzekeraars sluiten al enkele jaren overeenkomsten met deze zorgaanbieder.

De overgang naar de nieuwe situatie leidt naar verwachting van de NZa tot een kleine toename van het macrobudget, doordat deze reeds bestaande uitgaven van de zorgverzekeraars zichtbaar worden als Zvw-uitgaven. Indien een aparte prestatiebeschrijving voor ondersteuning van parkinsonzorg wordt vastgesteld, is inzicht van de kosten mogelijk.

4.5 Risicoverevening en verantwoording

Het ministerie van VWS heeft de NZa gevraagd of een eventueel afgeleid gebruik van prestatiebeschrijvingen, bijvoorbeeld ten behoeve van risicoverevening en informatievoorziening, kan worden geborgd.

Voor de risicoverevening moet er in eerste instantie aan twee voorwaarden worden voldaan. Er moet een declaratietitel zijn, en de betreffende prestatie moet geoormerkt zijn als verzekerde zorg. Aan deze beide basisvoorwaarden zal bij invoering zijn voldaan.

Indien de prestatie met een lumpsum in rekening wordt gebracht, kunnen de kosten niet direct in de risicoverevening ten laste van specifieke verzekerden worden gebracht. Hiervoor is een verdeelsleutel nodig. De ambtelijke verkenning kwam tot de voorlopige conclusie dat bij een lumpsum een geschikte verdeelsleutel zou kunnen zijn om het bedrag te verdelen over die verzekerden waarvoor in het betreffende jaar een parkinson-dbc in rekening is gebracht. Dit is voor zorgverzekeraars goed uitvoerbaar en zorgt ervoor dat de kosten voor ondersteuning van parkinsonzorg worden toegerekend in de risicoverevening aan verzekerden waarvan een parkinsonindicatie zeer plausibel is.

Na vaststelling van de NZa-regelgeving omtrent onder meer prestatie en tariefsoort, zal ZIN bepalen hoe een en ander door zorgverzekeraars zal moeten worden verantwoord en ingebracht in de risicoverevening. Dit wordt vastgelegd in het Handboek Informatie zorgverzekeringen. Tijdens dit traject van regelgeving zal de hierboven beschreven variant mogelijk nog worden vergeleken met en afgewogen tegen andere. Uitvoerbaarheid zal daarbij een criterium zijn.

4.6 Eigen risico

Het ministerie van VWS geeft in de aanvraag aan dat zij het niet wenselijk acht om het verplicht eigen risico te laten gelden voor deze prestatiebeschrijvingen. De NZa is gevraagd aandachtspunten te schetsen die zij hierbij ziet.

Het eigen risico geldt voor bijna alle zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Enkele vormen van zorg zijn echter uitgesloten van het eigen risico. Op dit moment gaat het om de volgende zorg: zorg voor kinderen tot 18 jaar, behandelingen door de huisarts, verloskundige zorg en kraamzorg, ketenzorg, wijkverpleging, zorg die direct verband houdt met orgaandonatie bij leven, reiskosten van een donor bij orgaandonatie, gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) en stoppen-met-roken programma.

Zoals al eerder aangegeven is de ondersteuning van parkinsonzorg een bijzondere vorm van zorg omdat de verzekerde met de ziekte van parkinson zelf geen ondersteuning van parkinsonzorg ontvangt. Indien gekozen worden voor een bekostiging via een lumpsum is het naar de mening van de NZa niet gewenst dat de prestatie en het tarief voor ondersteuning van parkinsonzorg direct bij de verzekerde in rekening wordt gebracht. Van belang is dat geen onduidelijk bestaat of het verplicht eigen risico van toepassing is op ondersteuning van parkinsonzorg.

4.7 Uitvoeringsconsequenties en risico's

De NZa is gevraagd wat de (uitvoerings)consequenties voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn, bijvoorbeeld ten aanzien van administratieve lasten, inkoop en verantwoording. Daarnaast wordt gevraagd of er risico's bestaan voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders (en cliënten).

In het algemeen geldt dat adz en meer specifiek ondersteuning van parkinsonzorg een nieuwe vorm van zorg is. De algemene lijn is dat voor zorgaanbieders die ondersteuning van parkinsonzorg leveren hetzelfde geldt als voor andere zorgaanbieders.

4.7.1 Uitvoeringsconsequenties toezicht

Met de adz-status van de ondersteuning van parkinsonzorg komen de aanbieder(s) en zorgverzekeraars voor deze activiteiten onder het toezicht van de NZa. Algemene observaties

hieromtrent hebben we al gemaakt in paragraaf 3.3. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars krijgen op vier thema's te maken met toezicht:

1. Goed bestuur en professionele bedrijfsvoering
2. Markttoezicht
3. Zorgplicht
4. Verantwoording en risicoverevening (zie 4.5)

Zoals hierboven aangegeven komen het eerste en laatste thema al in andere paragrafen aan de orde. Hieronder gaan wij in op de thema's 1-3.

Goed bestuur en professionele bedrijfsvoering

Door in te zetten op leiderschap, een heldere governance en een professionele en integere bedrijfsvoering stimuleert de NZa zorgaanbieders en zorgverzekeraars hun maatschappelijke functie goed te vervullen. Dit betekent bijvoorbeeld dat de zorg correct in rekening wordt gebracht en er geen zorggeld wordt verspild. De NZa en IGJ merken dat een goed financieel beleid en goede zorg vaak hand in hand gaan. Daarom informeren we elkaar over relevante signalen en werken samen in het toezicht op zorgaanbieders. Ieder doet dit vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid. Het onderwerp goed bestuur en professionele bedrijfsvoering komt verder aan de orde in paragraaf 4.9, korthedshalve verwijzen wij verder naar deze paragraaf.

Markttoezicht

De NZa houdt toezicht op de zorgmarkt, dus ook op zorgaanbieders die ondersteuning van parkinsonzorg leveren. Dit betekent dat bij een fusie, overname of het tot stand brengen van een gemeenschappelijke onderneming hiervoor in veel gevallen goedkeuring van de NZa nodig is. Daarnaast kan de NZa verplichtingen opleggen aan zorgaanbieders en -verzekeraars die beschikken over aanmerkelijke marktmacht.

Zorgplicht

Zorgverzekeraars hebben een wettelijke zorgplicht. Dit is de verplichting van de zorgverzekeraar om te organiseren dat zijn verzekerden de (verzekerde) zorg geleverd krijgen. Voor de analyse van de vraag in hoeverre de zorgplicht ook geldt voor adz-ondersteuning van parkinsonzorg verwijzen we naar 3.4. De conclusie luidde dat voor verzekerden met een polis die aanspraak geeft op parkinsonzorg in natura, de zorgverzekeraar niet gehouden is om de adz-ondersteuning van parkinsonzorg in te kopen om (tijdige en goede) parkinsonzorg te kunnen laten bieden. Dat mag hij ook op andere wijze doen, dat is aan de verzekeraar. In het geval van restitutie is de verzekeraar niet gehouden aan het vergoeden van de kosten van adz-ondersteuning, als deze beperking in de polis is opgenomen. Dit laatste is voor de NZa dus een aandachtspunt als het gaat om ons toezicht op de zorgplicht.

4.7.2 Overige uitvoeringsconsequenties en risico's

Op dit moment is er maar een zorgaanbieder die ondersteuning van parkinsonzorg levert. Indien dit de enige zorgaanbieder van deze ondersteuning blijft, voorzien wij geen bijzondere uitvoeringsconsequenties. Op dit moment wordt de ondersteuning van parkinsonzorg al ingekocht door zorgverzekeraars. Behalve dat de kosten in de toekomst ten laste van de zorgverzekering kunnen worden gebracht, verandert er naar verwachting verder niets. Mogelijk zullen er nieuwe zorgaanbieders ontstaan en ook ondersteuning van parkinsonzorg willen leveren. Indien deze situatie zich voordoet ontstaan er nieuwe vragen, bijvoorbeeld hoe het zorggebied voor de betreffende zorgaanbieder moet worden afgebakend. Het tarief zal, zoals aangegeven in paragraaf 4.3.2. moeten worden gekoppeld aan de schaal van de zorgverlening, bijvoorbeeld aan het aantal parkinsonpatiënten binnen de reikwijdte

van de ondersteuning. Wanneer er meerdere zorgaanbieders zijn, zal dit naar verwachting lastig zijn. Overige risico's zijn beschreven in hoofdstuk 3, korthedshalve verwijzen wij hiernaar.

Doordat adz en meer specifiek ondersteuning van parkinsonzorg een nieuwe vorm van zorg is, is het lastig op voorhand alle risico's in kaart te brengen en te kwantificeren. Op dit moment is ParkinsonNet, voor zover ons bekend, de enige aanbieder van ondersteuning van parkinsonzorg en maakt zij afspraken met Zorgverzekeraars Nederland. Indien een prestatiebeschrijving met een hoog abstractieniveau wordt vastgesteld en een vrij tarief met contractvereiste is er in de praktijk wijziging voor ParkinsonNet en de zorgverzekeraars aangezien ParkinsonNet met alle individuele zorgverzekeraars ene overeenkomst zal moeten sluiten. Bij congruent handelen tussen zorgverzekeraars, hetgeen het voornemen lijkt te zijn, is er sprake van een geringe toename aan administratieve lasten. Daarnaast zullen zorgverzekeraars de kosten van de ondersteuning van parkinsonzorg moeten toerekenen aan individuele verzekerden (zie hiervoor paragraaf 4.5). Tot slot is een aandachtspunt voor ParkinsonNet en evt. toekomstige aanbieders dat zij als zorgaanbieders te maken krijgen met de Wtza en voor de declaratie moeten beschikken over een AGB-code. De risico's ten aanzien van administratieve lasten en inkoop lijken dan ook, vergeleken met de huidige situatie, op korte termijn (zeer) beperkt.

Tot slot bleek tijdens de consultatie van deze uitvoeringstoets bij sommige partijen het beeld te bestaan dat de aanbieder(s) van ondersteuning toegang zouden moeten krijgen tot patiëntgegevens. Dat is bij een lumpsum-bekostiging niet het geval.

4.8 Implementatietermijn

De adviesaanvraag stelt de vraag op welke termijn de voorgestelde wijziging in de bekostiging realiseerbaar kan zijn, rekening houdend met implementatietermijnen voor ICT en administratieve processen.

Rekening houdend met onze antwoorden op de vragen hierboven en hieronder, verwachten wij dat implementatie per 1 januari 2023 mogelijk is. Daarbij gaan wij uit van de volgende randvoorwaarden:

- Een tijdige aanwijzing van de minister aan de NZa;
- Vaststelling van de NZa-regelgeving tussen uiterlijk eind juni en eind augustus 2022;
- Een contractvereiste als declaratievoorwaarde in de NZa-regelgeving (zie 4.3 en 4.7);
- Vaststelling van de ZIN-regelgeving (Handboek Informatie Zorgverzekeringswet 2023) uiterlijk 1 oktober 2022.

Toelichting: De belangrijkste kritische succesfactor voor de overgang naar een adz-bekostiging per 1 januari 2023 is dat de richtlijnen voor de verantwoording en risicoverevening zijn opgenomen in het Handboek Informatie Zorgverzekeringswet 2023. Daarvoor moet de NZa-regelgeving zijn vastgesteld. Hiervoor is de gebruikelijke deadline die de NZa hanteert van 1 juli niet essentieel, omdat vooralsnog alleen de overeenkomst tussen ParkinsonNet en zorgverzekeraars geraakt wordt door die regelgeving. Deze collectieve overeenkomst omzetten naar een individuele overeenkomst per zorgverzekeraar op basis van congruent handelen, is geen ingewikkelde exercitie.

4.9 Frauderisico en handhaving

De NZa is gevraagd in te gaan op eventuele frauderisico's bij de introductie van de bekostigingssystematiek.

De NZa beschouwt Goed Bestuur & Professionele Bedrijfsvoering als een van de randvoorwaarden om te komen tot passende zorg. Een van de onderdelen van GB&PB betreft het voorkomen, stoppen en bestraffen van fouten en fraude in de zorg. Op al deze onderdelen is de NZa actief al dan niet in samenwerking met ketenpartners zoals bijvoorbeeld het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, IGJ en de strafrechtpartners.

Adz-ondersteuning als nieuwe vorm van zorg en prestaties in de zin van de Wmg vraagt ook iets van het toezicht van de NZa. De kaders voor dat toezicht blijven overigens gelegen in de Wmg, Zvw en Wlz. Echter de wijze waarop toezicht gehouden dient te worden moet nader worden verkend. Dat geldt ook voor de reikwijdte waarbinnen de aanpak van voorkomen, stoppen en bestraffen plaats dient te vinden. Vragen die daarbij opkomen zijn: welke eisen moeten er worden gesteld aan de wijze waarop een administratie dient te worden ingericht, zijn definities voldoende duidelijk (*rule of principle based*) maar ook wie eindverantwoordelijk is (de zorgaanbieders zelf of de organisatie die de dienst aanbiedt).

Van belang is dat voldoende scherp is waaraan activiteiten moeten voldoen alvorens een zorgaanbieder ze mag declareren. Het moet aantoonbaar zijn dat de activiteit is geleverd. Dit is een belangrijke voorwaarde voor effectief toezicht en opsporing van mogelijke fouten en fraude. De activiteiten die vallen onder ondersteuning van parkinsonzorg hebben op dit moment een vrij hoog abstractieniveau. De NZa zal in overleg met zorgaanbieders en zorgverzekeraars deze activiteiten zo concreet mogelijk in een prestatiebeschrijving opnemen. Wij verwachten echter dat het noodzakelijk zal zijn voorwaarden, zoals een contractvoorwaarde, op te nemen in de prestatiebeschrijving om de kans op eventuele fraude zo veel mogelijk te beperken.

5 Conclusies

5.1 Conclusies uitvoeringstoets

Reikwijdte

Adz is een nieuw instrument. Het is voor het eerst dat er een betaaltitel wordt gecreëerd om activiteiten die niet aan individuele patiënten toe te rekenen zijn, bekostigd kunnen worden. De eerste casus zal een experimenteel karakter hebben. Om verspreiding van mogelijke ongewenste effecten te voorkomen, adviseren we de reikwijdte van de aanwijzing (en daarmee de NZa-beleidsregel) te beperken tot ondersteuning van zorgnetwerken voor parkinsonzorg en aanbieders van parkinsonzorg die aan die netwerken deelnemen.

Prestatie

De prestatie kent drie aspecten:

- De administratieve vorming van regionale netwerken en het beheer en onderhoud daarvan.
- Diverse vormen van kennisoverdracht en informatievoorziening aan de netwerken, deelnemers daaraan en hun parkinsonpatiënten.
- Overkoepelende activiteiten zoals innovatie.

Dit zijn open, moeilijk af te bakenen begrippen. Bij het eerste aspect zijn tot op zekere hoogte minimum-eisen te formuleren (netwerksamenstelling).

Contractvereiste

Een formulering van de prestatie die veel vrijheidsgraden open laat, is onvermijdelijk. Omdat er ook geen praktijkstandaarden zijn, is een detailovereenkomst (een soort *service level agreement*) tussen aanbieder en verzekeraar noodzakelijk om effectief toezicht mogelijk te maken door zorgverzekeraars en NZa op de rechtmatige declaratie van de prestatie. De NZa adviseert voor de uitvoerbaarheid daarom uit te gaan van een zogenaamd contractvereiste. Omdat de ondersteuning van parkinsonzorg geen zorgdiensten betreft rechtstreeks aan patiënten, zal een contractvereiste voor ondersteuning geen invloed hebben op de vrije artsenkeuze.

Bekostiging en tariefsoort

De huidige situatie kenmerkt zich door een lumpsum-bekostiging (totaalbedrag) en een vrij tarief. Partijen hebben de wens dit voort te zetten. Naar oordeel van de NZa kunnen de lumpsum en het vrije tarief, wel uitgaande van het genoemde contractvereiste, zonder grote (markt)risico's in de nieuwe situatie voortgezet worden. De marktrisico's bij een contractvereiste zijn beperkt, omdat de zorgplicht in beperkte mate en niet rechtstreeks van toepassing is op deze ondersteuning. Aan de alternatieve tariefsoorten, maximumtarieven of vaste tarieven, kleven forse uitvoerbaarheidsissues, zonder dat daar substantiële winstpunten tegenover staan.

Risicoverevening

Lumpsumbekostiging vereist het opsplitsen van het totaalbedrag door zorgverzekeraars, ten behoeve van de risicoverevening. Dit aspect raakt de aanbieder(s) van ondersteuning niet rechtstreeks. Er zijn diverse methoden denkbaar en uitvoerbaar. De keuze daartussen kan tijdens het traject van regelgeving worden gemaakt en vastgelegd door ZIN in samenspraak met zorgverzekeraars. Bij een eventuele tweede en volgende aanbieders is het voor de risicoverevening belangrijk om zaken als verzorgingsgebieden goed te kunnen vastleggen; ook hiervoor is een contractvereiste daarom van belang.

Eigen risico

Indien gekozen wordt voor een lumpsumbekostiging, dan zullen de declaraties buiten het systeem van eigen risico blijven. Hieraan kleven verder geen uitvoeringsconsequenties.

Administratieve lasten en privacy

Met uitvoering langs bovenstaande lijnen blijven de administratieve lasten tot een minimum beperkt. In vergelijking met de huidige situatie nemen de lasten toe op de volgende punten:

- Contractering: ParkinsonNet en evt. toekomstige nieuwe aanbieders moeten contracten sluiten met de individuele zorgverzekeraars. Bij congruent handelen tussen verzekeraars, hetgeen het voornemen lijkt te zijn, is er sprake van een geringe toename.
- Risicoverevening: Dit aspect treft alleen de zorgverzekeraars en betreft het inregelen van het systeem om de lumpsumdeclaraties volgens een bepaalde methode toe te rekenen aan de relevante individuele verzekerden.

Tijdens de consultatie van deze uitvoeringstoets bleek bij sommige partijen het beeld te bestaan dat de aanbieder van ondersteuning van parkinsonzorg toegang zou moeten krijgen tot patiëntgegevens. Dat is niet het geval.

5.2 Overige conclusies

De conclusies in 5.1 rondom de uitvoeringsaspecten zijn deels gebaseerd op meer algemene conclusies die we hebben getrokken in hoofdstuk 3:

- Adz is een nieuw instrument dat uitzicht geeft op mogelijke positieve effecten (kansen), maar mogelijk ook negatieve effecten (risico's). De omvang van de kansen en risico's zullen van casus tot casus verschillen, en moeten in de praktijk worden vastgesteld.
- Omdat er nog geen ervaringen zijn met adz, is deze uitvoeringstoets nog deels verkennend van aard. De eerste casus zal een experimenteel karakter hebben, in de zin dat ervaringen moeten worden gemonitord om deze casus te kunnen bijsturen en als input voor het maken van keuzes rondom eventuele toekomstige casus.
- Adz kan in sommige gevallen waardevol zijn als tussenstap in de omslag naar bekostigingsvormen die nodig zijn voor passende zorg.
- Ondersteuning van parkinsonzorg vormt ook vanuit het oogpunt van passende zorg een mooie casus om eerste ervaringen op te doen met adz.

Tot slot een aantal overkoepelende conclusies:

- Ondersteuning van parkinsonzorg als adz is een overzichtelijke, relatief kleine casus waarbij zich op voorhand geen grote uitvoeringsissues lijken te gaan voordoen.

- Ondersteuning van parkinsonzorg vormt tevens een mooie casus om eerste ervaringen op te doen met adz, omdat de inhoud van de casus goed past bij passende zorg.
- Implementatie per 1 januari 2023 is goed haalbaar en, met het oog op adz-ervaring en passende zorg, gewenst.

