Naar een arbeidsgericht zorgmodel (Oncologie)

Bekostiging arbeidsgerichte zorg

Rapport Fase 2

In opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

NVKA

NVAB

Het Kennisinstituut is onderdeel van Federatie Medisch Specialisten

Versie 1.0 inclusief input stuurgroep

Oktober 2025

Auteurs/ projectteam

Theo Senden, projectleider NVKA

Sietske Tamminga, projectonderzoeker NVKA

Yvette Jansen, projectassistent NVAB/ NVKA

Dunja Dreesens, projectadviseur KIMS

Gijsbert van Lomwel, projectadviseur NVAB

Inhoud

Managementsamenvatting 4
1. Inleiding 6
1.1. Doel en achtergrond 6
Leeswijzer 6
1.2. Het arbeidsgericht zorgmodel 7
1.3. Uitgangspunten en criteria voor het bekostigingsmodel 7
2. Aanpak van het onderzoek naar bekostiging 9
3. Bekostiging versus financiering van de gezondheidszorg 9
4. Wat is er nodig voor bekostiging van het arbeidsgericht zorgmodel en wat zijn de baten? 12
4.1. Bekostiging van arbeidsgerichte zorg 12
4.2. Baten van arbeidsgerichte zorg 12
4.3. Kosten versus baten: overwegingen m.b.t. financiering van arbeidsgerichte zorg 13
5. Bekostiging arbeidsgerichte medisch-specialistische zorg 15
5.1. Verkenning bekostigingsmodel arbeidsgerichte medisch-specialistische zorg 15
5.2. Verkenning bekostiging klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg als integraal onderdeel van de MS-zorg 15
6. Bekostiging arbeidsgerichte 1e lijnszorg 18
6.1. Verkenning bekostigingsmodel arbeidsgerichte eerstelijnszorg 18
6.2. Verkenning bekostiging klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg als integraal onderdeel van de eerstelijnszorg 20
7. Verkenning bekostiging domeinoverstijgende coördinatie, communicatie en informatie-uitwisseling 20
8. Beschouwing: wat betekent dit voor het implementatieplan? 22
Adviezen: input voor fase 3 Implementatieplan 23
Bijlage 1. Lijst van begrippen en definities 24
Bijlage 2. Input voor fase 3 vanuit de bespreking in de stuurgroep 28
Referenties 31

Managementsamenvatting

Dit rapport presenteert de resultaten van fase 2 van het project 'Verkenning en ontwikkeling van een klinisch-arbeidsgeneeskundig/arbeidsgericht zorgmodel oncologie', uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW). Waar fase 1 de inhoud, organisatie en meerwaarde van een arbeidsgericht zorgmodel heeft verkend (zie Arbeidsgericht zorgmodel (1)), stond fase 2 in het teken van de vraag: hoe kan deze zorg praktisch en structureel worden bekostigd?

Aanleiding en noodzaak

Werk vormt voor mensen met een chronische of werkgerelateerde aandoening een cruciale factor voor gezondheid, herstel en bestaanszekerheid. Twee verbeteringen in de zorg voor deze mensen zijn noodzakelijk om duurzame arbeidsparticipatie te bevorderen:

1. Integratie van arbeid als behandeldoel in de zorg, inclusief structurele inzet van klinisch-arbeidsgeneeskundige expertise.
2. Verbeterde domein overstijgende samenwerking en communicatie met regie voor patiënten.

Bevindingen

Binnen het bestek van dit project richten we ons op de mogelijkheden van bekostiging binnen de bestaande financieringskaders.
Onze belangrijkste bevinding is dat bekostiging binnen bestaande kaders mogelijk is: er bestaan geen formele belemmeringen in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Binnen de medisch-specialistische zorg zijn arbeidsgerichte taken declarabel via Diagnose-Behandel(ing) Combinaties (DBC's); een aparte betaaltitel voor de klinisch arbeidsgeneeskundige is wenselijk, maar niet noodzakelijk.
In de Eerstelijnszorg kan arbeidsgerichte zorg op de daar gebruikelijke wijze worden bekostigd en kan bekostiging van de klinisch arbeidsgeneeskundige via ketenzorg, meedenkadvies en meekijkconsulten geregeld worden.
Naar verwachting zal integratie van arbeidsgerichte zorg in de reguliere zorg door verbetering van effectiviteit en efficiency in de keten geen substantiële toename van werklast met zich meebrengen. Hetzelfde geldt voor verhoging van kosten. Mocht dat laatste wel het geval zijn, zou financiering bijvoorbeeld door (geringe) verhoging van de werkgeversheffing/bijdrage Zvw voor de hand liggen. Op die manier zouden ook kosten voor beroepsziektediagnostiek gefinancierd kunnen worden.
Om domein overstijgende samenwerking te bevorderen is ons advies om uit te gaan van de mogelijkheden die door het Zorginstituut Nederland in de handreiking 'Domeinoverstijgende activiteiten en aanspraken Zvw' zijn beschreven en deze zijn mutatis mutandis toe te passen op de arbeidsgerichte zorg.

De baten van deze zorg beschreven we eerder:
Voor patiënten: behoud van werk en inkomen, betere kwaliteit van leven.
Voor de zorg zelf: persoonsgerichter, meer waardegedreven en efficiënter.
Voor het arbeids- en sociaal domein: duurzamere inzetbaarheid van werkenden en minder uitval.
En als maatschappelijke baten: behoud van arbeidscapaciteit en talent, lagere uitkeringslasten.

Aanbevelingen

Om de arbeidsgerichte zorg daadwerkelijk te implementeren, bevelen we het volgende aan:

1. Inrichten van interdepartementaal overleg om bij de besturing van het zorgstelsel verbinding tussen volksgezondheid en arbeidsparticipatie te borgen.
2. Instellen van een werkgroep VWS–SZW om domein overstijgende bekostiging uit te werken.
3. Sturen op commitment van betrokken (koepels van) zorgaanbieders, verzekeraars en beroepsverenigingen.
4. Ontwikkeling van een beroepsopleiding en register voor klinisch-arbeidsgeneeskundigen.
5. Overwegen van compensatie van de gezondheidszorg voor de kosten van arbeidsgerichte zorg om weerstanden te overwinnen (ook al is er per saldo mogelijk geen sprake van substantiële kostenstijging)

Conclusie

Arbeidsgerichte zorg kan bekostigd worden binnen bestaande kaders. Investeren hierin betekent winst voor patiënten, zorg, arbeidsmarkt en maatschappij. Wat nu nodig is: bestuurlijke en politieke wil om dit structureel te verankeren.

1. Inleiding

1.1. Doel en achtergrond

Dit verslag over bekostiging is het eindproduct van fase 2 van het project 'Verkenning en ontwikkeling van een klinisch-arbeidsgeneeskundig/ arbeidsgericht zorgmodel oncologie'. Het project wordt in opdracht van het ministerie van SZW uitgevoerd door de Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde (NVKA) in samenwerking met het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (KIMS) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB).

In de eerste fase van dit project onderzochten we de knelpunten die 'goede zorg voor werk(zoek)enden' belemmeren en introduceerden we een arbeidsgericht zorgmodel dat oplossingen biedt voor deze knelpunten. Het verslag van fase 1, een managementsamenvatting en een animatie van het zorgmodel zijn te vinden op de site van de NVKA (Arbeidsgericht zorgmodel (1)). In dat onderzoeksverslag zijn ook de aanleiding en achtergronden van het project beschreven.

Uitgaande van het beschreven zorgmodel, hebben we in fase 2 onderzocht welk bekostigingsarrangement passend is, uitgaande van de criteria die in het verslag van fase 1 zijn beschreven. In dit rapport doen we verslag van de uitkomsten.

De uitkomsten van fase 1 en 2 vormen input voor het implementatieplan dat we in fase 3 opstellen.

Leeswijzer

Dit rapport is een vervolg op het rapport van fase 1 over het Arbeidsgericht zorgmodel en onderzoekt de bekostiging van dit model. Op een aantal plekken wordt voor een goed begrip verwezen naar passages uit het eerdere rapport of zijn citaten opgenomen. Voor een volledig beeld van het zorgmodel en de achtergronden verwijzen we naar het rapport van fase 1 (Arbeidsgericht zorgmodel).

In de rest van dit hoofdstuk lichten we kort de uitgangspunten en criteria voor het bekostigingsmodel toe. Hoofdstuk twee beschrijft de aanpak van het onderzoek. Vervolgens gaan we in hoofdstuk drie in op het verschil tussen bekostiging en financiering.
Kosten en baten van het arbeidsgerichte zorgmodel komen in hoofdstuk vier aan de orde. Daarin wordt ook de bekostiging van activiteiten in het arbeidsdomein en het sociaal domein in het kader van het zorgmodel aangestipt. In hoofdstuk vijf, zes en zeven beschrijven we het resultaat van verkenningen van bekostigingsmogelijkheden/ -modellen voor arbeidsgerichte zorg in de medisch-specialistische zorg, de eerstelijnszorg en voor de communicatie en coördinatie tussen de diverse betrokken sectoren en domeinen.
We sluiten het rapport af met een beschouwend hoofdstuk, waarin de consequenties van de uitkomsten van dit rapport voor de implementatie van het arbeidsgericht zorgmodel aan de orde komen.
Een lijst van gebruikte begrippen is opgenomen in bijlage 1.
In bijlage 2 is de uitkomst van de bespreking van het rapport in de stuurgroep (7 oktober 2025) opgenomen. De conclusies vormen belangrijke input voor het uitwerken van een implementatieplan in fase 3.

1.2. Het arbeidsgericht zorgmodel

Het arbeidsgericht zorgmodel komt tegemoet aan structurele verbeteringen die nodig zijn om goede zorg voor werk(zoek)enden met werkgerelateerde en/of chronische gezondheidsproblemen te realiseren. In het onderzoek in fase 1 is de noodzaak van twee structurele verbeteringen vastgesteld:

- In de gezondheidszorg moet arbeidsparticipatie als behandeldoel en medicijn geïntegreerd worden. Dat betekent dat medisch specialisten en verpleegkundigen (met name gespecialiseerd verpleegkundigen en/of verpleegkundig specialisten) het werk van de patiënt in hun handelen en in het gesprek met de patiënt betrekken. Enerzijds gericht op werk als factor die een rol kan spelen bij het ontstaan of in standhouden van de aandoening en anderzijds gericht op de gevolgen van de aandoening en de behandeling voor arbeidsmogelijkheden en inzetbaarheid in werk. Daarvoor hebben ze enige (bij)scholing en faciliteiten nodig, maar ook structurele toegang tot expertise van een klinisch arbeidsgeneeskundige (KAG) voor consultatie of verwijzing bij vraagstukken over ziekte en werk die hun eigen expertise overstijgen.
- In het hele traject van diagnostiek en behandeling in de zorg tot begeleiding en interventies in en naar werk (en vice-versa) zijn veel instanties en professionals in diverse domeinen (eerstelijns- en specialistische gezondheidszorg, bedrijfsgezondheidszorg, arbeid & re-integratie en sociaal domein) betrokken. Tussen de betrokken professionals ontbreekt het aan coördinatie en communicatie. Ook is voor de ondersteuning van de regie door de cliënt/patiënt een vast aanspreekpunt essentieel. In aansluiting op de regionale, domeinoverstijgende insteek van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) (2) wordt in ons model gekozen voor een regionale organisatie van de coördinatie en communicatie. Insteek is ook dat de KAG vanuit alle domeinen toegankelijk moet zijn voor consultatie en verwijzing ten behoeve van een arbeidsgerichte probleemanalyse en diagnostiek, belastbaarheidsbeoordeling en advies over arbeidsgerichte interventies in de zorg en op de werkvloer.

De bekostigingsvraag richt zich op de bekostiging van de operationele taken en verrichtingen van alle bij de arbeidsgerichte zorg betrokken professionals, inclusief de KAG, die voor deze arbeidsgerichte zorgpraktijk in de bestaande zorg en begeleiding geïntegreerd moet worden.

1.3. Uitgangspunten en criteria voor het bekostigingsmodel

In het verslag van fase 1 (paragraaf 6.2) staat de uitkomst beschreven van een oriëntatie op de (on)mogelijkheden van bekostiging van ‘arbeidsgerichte zorg’ in het kader van ‘verzekerde zorg’ volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze beschrijving en de criteria waaraan het bekostigingsscenario moet voldoen, vormen het uitgangspunt voor het onderzoek naar de bekostiging van de zorg volgens ons model en we halen ze daarom hier nog eens aan (zie kader).

De tekst in dit kader is een citaat uit het rapport van fase 1

"In het verleden was het adagium van verzekeraars en ZiN (Zorginstituut Nl) dat behandeling van 'werkproblemen' zoals burnout) niet onder 'te verzekeren zorg' kon vallen. Een curieus standpunt, want zou dat dan strikt genomen niet ook moeten gelden voor behandeling van letsel als gevolg van een bedrijfsongeval? Arbeidsrevalidatie werd op grond van dit standpunt in het verleden, net als klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg, uitgesloten van bekostiging via de Zvw.

In het 'Standpunt Medisch-Specialistische Revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden', uitgebracht in juni 2023, is een hoofdstuk opgenomen over arbeidsrevalidatie waarin een aanzienlijk genuanceerdere benadering wordt beschreven (3). De beschrijving van de criteria voor te verzekeren diagnostiek en behandeling in het kader van arbeidsrevalidatie biedt voor arbeidsgerichte en klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg goede aanknopingspunten.
Als uitgangspunt hebben we op grond van de beschreven kwaliteitsstandaarden en professionele standpunten al vastgesteld dat arbeidsgerichte zorg past binnen het criterium dat het zorg betreft 'zoals de medisch specialist pleegt te bieden'. Consultatie van ZiN bevestigt dit uitgangspunt en dat er dan in principe sprake is van verzekerde zorg, waar de patiënt een beroep op kan doen.
Kijken we dan naar de criteria voor wat dan in geval van arbeidsrevalidatie wel (en niet) onder verzekerde zorg valt, dan zijn die één op één toe te passen op het door ons voorgestelde arbeidsgerichte zorgmodel. Voor een onderbouwing van deze conclusie verwijzen we naar bijlage 10" (Red.: bijlage 10 van verslag fase 1).

Conclusie

- *Er zijn geen formele belemmeringen voor bekostiging van arbeidsgerichte zorg binnen het zorgdomein, en de rol van de klinisch arbeidsgeneeskundige daarin, via te verzekeren zorg onder de Zvw.*
- *De belangrijkste vraag zal worden in hoeverre zorgaanbieders, lees ziekenhuizen, zich in de onderhandeling met de zorgverzekeraar sterk zullen maken voor budget voor de reguliere bekostiging uit de DBC's.*
- *Resteert de vraag hoe de coördinatie en samenwerking over grenzen tussen sectoren en domeinen gefinancierd moet worden, als daar geen reguliere betaaltitel voor komt.*

Komen we terug op de selectie van bekostigingsscenario's in fase 2 dan zijn de volgende criteria onzes inziens relevant voor de keuze:

- Zo groot mogelijke haalbaarheid binnen de bestaande kaders voor bekostiging.
- Zo min mogelijke administratieve belasting en regeldruk.
- Zo min mogelijke kans op (langdurige en ongewisse) beoordelingsprocedures door toetsende instanties.
- Zoveel mogelijk passend binnen de bestaande kaders voor bekostiging binnen de betrokken domeinen.
- Toedeling van kosten aan de betrokken domeinen passend bij hun taken, belangen en verantwoordelijkheden.
- Bij (te) scheve verdeling van kosten en baten tussen domeinen, eventueel een advies voor een vereveningssystematiek op macroniveau opnemen."

2. Aanpak van het onderzoek naar bekostiging

Wie als niet-ingewijde antwoorden zoekt op een bekostigingsvraagstuk in de gezondheidszorg, ontdekt al gauw dat er sprake is van een groot scala aan betrokken partijen en rollen, ingewikkelde wettelijke kaders en (vak)jargon dat doorgrond moet worden.
Met deskresearch hebben we basaal inzicht gekregen in deze zaken. Vervolgens hebben we gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van organisaties die een hoofdrol spelen bij de bekostiging van de zorg, o.a. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorginstituut Nederland (ZiN), een zorgverzekeraar, zorgverkoop en zorgadministratie van een Universitair Medisch Centrum (UMC) en de Nederlandse Federatie UMC's (NFU). Die gesprekken hebben, in combinatie met aanvullende gerichte deskresearch (zie referenties), geleid tot een stapsgewijze ontwikkeling van inzicht in een passend bekostigingsarrangement en in de stappen die gezet moeten worden om dit te kunnen implementeren/ realiseren. Het is daarbij belangrijk gebleken om onderscheid te maken tussen bekostiging en financiering in de gezondheidszorg. Dat onderscheid beschrijven we in de volgende paragraaf.

3. Bekostiging versus financiering van de gezondheidszorg

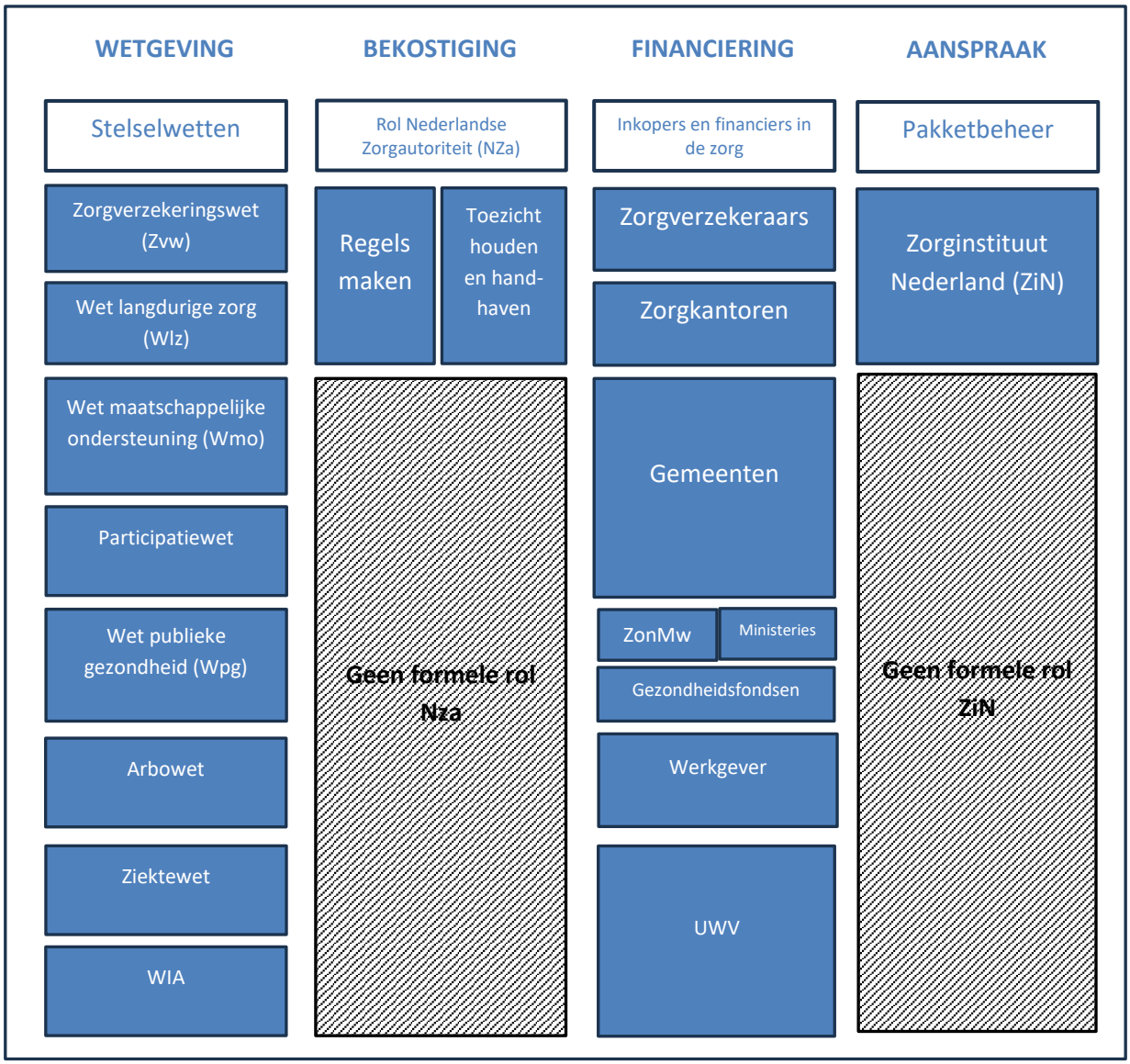
Bekostiging en financiering van de zorg in Nederland omvatten de manier waarop middelen worden ingezet, beheerd en verdeeld om de zorg te leveren. Bekostiging betreft de afspraken en systemen waarmee zorg wordt gedeclareerd en vergoed, terwijl financiering verwijst naar de bronnen van die middelen.
Voor zover relevant voor het doel van dit onderzoek naar bekostigingsmogelijkheden voor arbeidsgerichte zorg, lichten we in dit hoofdstuk op hoofdlijnen toe hoe de bekostiging en financiering in de Nederlandse gezondheidszorg geregeld zijn, welke wettelijke kaders van toepassing zijn en welke rol vervuld wordt door de verschillende stakeholders, van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheden tot NZa en ZiN.
Het voert in dit bestek te ver om in te gaan op alle details van wet- en regelgeving. Voor dit verslag is vooral van belang om inzichtelijk te maken wat het verschil is tussen bekostiging en financiering, waarom we ons richten op bekostiging en welke kaders daarvoor van belang zijn.
Het gaat primair om de vraag door wie, hoe en ten laste van welke budgetten de desbetreffende zorgactiviteiten gedeclareerd kunnen worden, wie daarover gaat en wat daarvoor nodig is.

In figuur 1 is op hoofdlijnen weergegeven welke wettelijke kaders van toepassing zijn en welke rollen er ten aanzien van financiering van, bekostiging van en aanspraak op zorg zijn in de Nederlandse gezondheidszorg. In het kader van arbeidsgerichte zorg hebben we voor de volledigheid ook de wettelijke kaders en financiers in het domein van arbeid & re-integratie in de figuur opgenomen.

Toelichting op de rollen in de figuur (op hoofdlijnen en voor zover relevant in dit bestek)

- Landelijke overheid: stelt kaders en beleidsregels vast voor de bekostiging en financiering van de zorg.
- NZa: opstellen en handhaven van uitvoeringsregels met betrekking tot bekostiging van zorg
- Zorginstituut Nederland: pakketbeheer, beoordelen of bepaalde zorg voor bekostiging uit de Zvw in aanmerking komt, beheer van het Zorgverzekeringsfonds en de verdeling van middelen uit de dit fonds over de zorgverzekeraars.
- Zorgverzekeraars: inkoop van zorg, bewaking toegankelijkheid en kwaliteit van zorg en financiering van de zorg in het kader van de Zvw

- Gemeenten/ regionale verbanden van gemeenten: inkoop van zorg in het kader van de uitvoering van de Participatiewet, de Wmo en de Wet Publieke Gezondheid.
- Burger: financiering van zorg door betalen zorgverzekeringspremie, eigen bijdrage en eigen risico (én belastingen)
- Zorgaanbieders: partij bij contractering door zorgverzekeraars en/ of aanbesteding door gemeenten
- Werkgevers: financiering Zvw door inkomensafhankelijke werkgeversbijdrage aan het Zorgverzekeringsfonds, financiering arbozorg, financiering loondoorbetaling bij ziekte en WIA-uitkering bij arbeidsongeschiktheid (premie)



Figuur 1. Financiering en bekostiging van de gezondheidszorg en van het domein van arbeid & re-integratie (privaat en publiek) in Nederland

In de context van zorg verwijst **financiering** naar de relatie tussen zorgverzekeraars en gemeenten enerzijds en zorgaanbieders anderzijds. De zorgverzekeraars en gemeenten zorgen voor de betaling van zorgdiensten aan ingeschreven patiënten/ cliënten. Financiering omvat ook de wijze waarop

zorgbudgetten zijn gereserveerd, of dat nu op nationaal niveau is bij de centrale overheid, bij de regionale overheden, bij provincies en gemeenten, of bij de zorgverzekeraars zelf.

- De financiering van de zorg komt voornamelijk uit het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Fonds langdurige zorg (Flz) voor de Wet langdurige zorg (Wlz).
- De verzekerde zorg in de basisverzekering wordt gefinancierd uit de zorgverzekeringspremies van de verzekerden.
- Het Zvf wordt gefinancierd met inkomensafhankelijke werkgeversbijdragen en belastingen.
- Het Flz wordt gefinancierd met de inkomensafhankelijke Wlz-premie en eigen bijdragen van zorggebruikers.
- Daarnaast is er financiering via de rijksbegroting, waarbij de overheid zorgbudgetten reserveert.
- Zorginstituut Nederland speelt een cruciale rol bij de financiering van de zorg door de fondsen te beheren en de middelen te verdelen.
- Zorgaanbieders kunnen te maken hebben met twee financieringsroutes: contractering en aanbesteding. Contractering komt voor wanneer er een contractuele (privaatrechtelijke) band is tussen de zorgaanbieder en de verzekeraar, dit is de standaard aanpak als er niet wordt aanbesteed. Aanbesteding daarentegen betekent dat overheidsorganen zoals de gemeente of de provincie een zorgtaak toekennen aan een zorgaanbieder. Dit speelt bijvoorbeeld een rol in de jeugd(gezondheids)zorg.

Bekostiging betreft de manier waarop financiers zorgaanbieders vergoeden, vaak vastgelegd door middel van beleidsregels en budgetten. De focus ligt op de bron en toekenning van middelen. Voor bekostiging geldt:

- De bekostiging van de zorg is vastgelegd in beleidsregels van de NZa en wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars.
- Het omvat de afspraken over zorgprestaties, tarieven en hoe de zorg geregistreerd en gedeclareerd wordt.
- Er zijn verschillende bekostigingsvormen, zoals DBC-bekostiging, contractering, het zorgprestatiemodel in de GGZ en de Forensische Zorg, en bundelbekostiging voor specifieke behandelingen.
- De bekostiging heeft invloed op de administratielast voor zorgaanbieders, de verhouding tussen prijs, kwaliteit en service, en de manier waarop zorg wordt ingekocht door zorgverzekeraars.
- Als de bekostiging krap wordt, zoekt men meestal een oplossing via financieringskanalen. Zorgverzekeraars kunnen bijvoorbeeld overgaan op een alternatieve financieringsmethode, zoals het toewijzen van een vast budget aan een bepaalde regio.

Uit het voorgaande zal duidelijk zijn waarom we ons in dit verslag richten op de bekostiging van arbeidsgerichte zorg en niet op de financiering ervan. Het wijzigen van (de omvang van) financieringsstromen ten behoeve van een zorginnovatie is geen passend/ realistisch doel binnen de kaders zoals die voor de organisatie van de zorg gelden. Het gaat primair om de vraag door wie, hoe en ten laste van welke budgetten de desbetreffende zorgactiviteiten gedeclareerd kunnen worden, wie daarover gaat en wat daarvoor nodig is.

4. Wat is er nodig voor bekostiging van het arbeidsgericht zorgmodel en wat zijn de baten?

4.1. Bekostiging van arbeidsgerichte zorg

Waar we het in dit rapport hebben over 'bekostiging' doelen we op de bekostiging van de operationele zorg door zorgprofessionals. Daar vallen dus niet onder de (eenmalige) kosten voor randvoorwaardelijke zaken, zoals het ontwikkelen en implementeren van hulpmiddelen, ICT-voorzieningen, infrastructuur voor communicatie en coördinatie, opleiding en scholing van professionals, etc. Dit geldt ook voor kosten die gemoeid zijn met opschaling en beheer van regionale centra voor (klinisch-) arbeidsgeneeskundige expertise.

Activiteiten gericht op onderzoek, aanpassingen en/of begeleiding in de werksituatie zijn in de Zorgverzekeringswet expliciet uitgesloten van verzekerde zorg. Volgens de Arbowet is de bekostiging van dergelijke activiteiten de verantwoordelijkheid van de werkgever in geval het een werknemer in loondienst betreft. Dat geldt ook voor uitvoeren van (arbeidshygiënisch) blootstellingsonderzoek en specifiek op werkgerelateerde factoren gerichte diagnostiek (in het kader van beroepsziektediagnostiek). De bekostiging van deze activiteiten blijft hier verder buiten beschouwing. Wel geven we ter overweging om de financiële drempels voor uitvoering van beroepsziektediagnostiek weg te nemen door deze te financieren d.m.v. een (geringe) verhoging van de werkgeversheffing/bijdrage Zvw. Dit valt volgens de Arbowet tenslotte onder werkgeversverantwoordelijkheid.

We onderscheiden de volgende aspecten van bekostiging van arbeidsgerichte zorg:

- Bekostiging van arbeidsgerichte zorg als integraal onderdeel van de medisch-specialistische zorg, inclusief de klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg. Zie verder hoofdstuk 5.
- Bekostiging van arbeidsgerichte zorg als integraal onderdeel van de eerstelijnszorg (incl. wijkverpleging en GGZ). Zie verder hoofdstuk 6
- Bekostiging van activiteiten buiten de gezondheidszorg, d.w.z. in het arbeids- en sociale domein. In principe verandert er in het arbeidsgericht zorgmodel niets aan de taken en de bekostiging van de begeleiding naar en in werk in het arbeids- en sociaal domein.
  Voor mensen in loondienst is de werkgever verantwoordelijk voor de (bekostiging van de) begeleidingen en bedrijfsgezondheidszorg. Zelfstandigen zijn voor het regelen en bekostigen van advies en ondersteuning buiten de gezondheidszorg zelf verantwoordelijk. Voor mensen die vallen onder de Participatiewet ligt de verantwoordelijkheid voor de bekostiging van de begeleiding bij de gemeente. Het arbeidsgericht zorgmodel is wel gericht op verbetering van de samenwerking van de professionals in deze domeinen met de professionals in de gezondheidszorg. Bekostiging van de domeinoverstijgende coördinatie, communicatie en regievoering bespreken we in hoofdstuk 7.

4.2. Baten van arbeidsgerichte zorg

Arbeidsgerichte zorg volgt de patiëntreis van gezondheidszorg naar/ tot werkvloer en vice-versa. Dat betekent dat er baten te verwachten zijn in alle sectoren en domeinen die betrokken zijn:

- Baten voor de werk(zoek)ende met chronische en/of werkgerelateerde gezondheidsproblemen (en hun naasten).
- Baten in de gezondheidszorg.

- Baten in het arbeids- en sociale domein.
- Baten voor de BV Nederland.

Het zal duidelijk zijn dat behoud van werk en inkomen voor de patiënt van groot belang is voor zijn/ haar bestaanszekerheid en kwaliteit van leven. Het ligt voor de hand dat proactieve interventieplanning op basis van systematische biopsychosociale probleemanalyse vroeg in het proces bijdraagt aan demedicalisering[1] van psychosociale problemen in het privé- en/of arbeidsdomein. Het vroegtijdig identificeren van deze problemen en met 'juiste zorg op de juiste plek' effectief aanpakken leidt bovendien tot vermindering van herstelbelemmerende stress bij patiënten. Dit beeld wordt ondersteund door langjarige ervaring met deze aanpak bij onder andere oncologische patiënten in het Radboudumc. Voor de zorg kan dit belangrijke baten opleveren in de vorm van minder medische consumptie en dus minder beslag op arbeidscapaciteit en kosten. Niet voor niets één van de doelen van IZA/ AZWA. Andere mogelijke baten in de zorg hangen samen met het belang van behoud van zorgpersoneel door de aantrekkelijkheid van het werken in de zorg te bevorderen. Arbeidsgerichte zorg is per definitie persoonsgerichte, waardegedreven zorg die tegemoet komt aan belangrijke behoeften van patiënten waar in de huidige zorg geen adequaat antwoord op is. Bovendien is het zorg met belangrijke maatschappelijke impact. Het met arbeidsgerichte zorg kunnen leveren van betere - value-based - kwaliteit van zorg, is voor professionals een belangrijke incentive.

Het doel van arbeidsgerichte zorg is duurzame inzetbaarheid van werk(zoek)enden met chronische en/of werkgerelateerde gezondheidsproblemen. Daarmee is behalve de patiënt en de naasten, ook de werkgever en de maatschappij gediend. In deze tijd is behoud van arbeidscapaciteit en talent op de arbeidsmarkt van groot belang, evenals het besparen van uitkeringskosten.
Door het effectiever en efficiënter organiseren van de zorg en de begeleiding in domeinoverstijgende zorgnetwerken is in de hele keten van diagnostiek en behandeling in de gezondheidszorg tot en met de begeleiding in en naar werk efficiencywinst te behalen en vermindering van beslag op tijd en capaciteit van professionals.

4.3. Kosten versus baten: overwegingen m.b.t. financiering van arbeidsgerichte zorg

De aard en impact van de baten is waarschijnlijk weinig controversieel. Echter, het becijferen van de omvang van deze baten in euro's blijkt om meerdere redenen niet eenvoudig. Hetzelfde geldt voor de kosten. We verwijzen daarvoor naar het rapport van SiRM (4) over kosten en baten van 'arbocuratieve zorg' (grotendeels overlappend met wat wij 'arbeidsgerichte zorg' noemen, maar nauwer gedefinieerd). De auteurs komen tot de conclusie dat het voor een zeer beperkte business case, met alleen de maatschappelijke financieel-economische baten als uitkomstmaat, mogelijk is te becijferen dat de baten al snel (veel) hoger zijn dan de kosten. Voor de uitgebreidere varianten met uitkomsten op meerdere van de door ons genoemde dimensies, ontbreken de cijfers en is beter inzicht in de effectiviteit nodig. SiRM concludeert ook dat voor de vele vormen van arbocuratieve zorg het ontwikkelen van één maatschappelijke business case niet haalbaar en wenselijk is. We voegen daaraan toe dat de complexiteit en diversiteit van de door ons genoemde dimensies van de kosten en de baten deze conclusie nog eens versterkt.

[1] Demedicalisering is het proces van het verminderen van de neiging om alle problemen, ook die niet medisch van aard zijn, als medische problemen te beschouwen en te behandelen. Het houdt in dat men afziet van medische oplossingen en diagnoses waar deze niet nodig of passend zijn en dat voor de niet-medische problemen zo nodig effectief in een niet-medische context hulp geboden kan worden.

Daar komt bij dat kosten en baten in verschillende silo's vallen: de kosten voornamelijk in de medisch-specialistische en de eerstelijnszorg (Zvw, aanvullende verzekeringen), de baten ook in het arbeidsdomein bij werkgevers, zelfstandigen, uitkeringsinstanties (UWV, AOV'en) en gemeenten. Gezien het grote en breed erkende belang van betere zorg en begeleiding voor werk(zoek)enden is het uitgangspunt dat die niet (alleen) gezien moet worden als een kostenpost. Aannemelijk is dat er op macroniveau voor de maatschappij als geheel een positief financieel-economisch saldo resulteert.

Ook al vallen de kosten voornamelijk in de gezondheidszorgsilo, wil dat niet zeggen dat er per sé sprake is van kostenverhoging in de zorg. Het extra beslag op tijd en capaciteit van zorgprofessionals, met name verpleegkundig specialisten en klinisch arbeidsgeneeskundigen, is zeer gering in verhouding tot de totale personele inzet van de medisch-specialistische zorg voor de patiënt.
Zoals in paragraaf 4.1. al is betoogd, zijn er tegenover relatief geringe extra kosten ook baten in de zorg te verwachten. Zonder dat dit al becijferd kan worden, is de ervaring in het Radboudumc dat er per saldo in de praktijk niet of nauwelijks sprake is van kostenverhoging.

Gezien de zonder meer aannemelijke positieve maatschappelijke en financieel-economische resultaten op macroniveau zou silo- respectievelijk 'wrong pocket' problematiek ons inziens invoering van het arbeidsgericht zorgmodel niet in de weg mogen staan. De conclusie zou moeten zijn dat er financiering gevonden moet worden voor de kosten die binnen de gezondheidszorgsilo vallen. Aangezien de baten deels vallen in het arbeidsdomein (werkgevers en uitkeringsinstanties) lijkt het logisch de bron voor deze financiering (deels) in dat domein te zoeken. Van werkgeverszijde wordt daar tegen ingebracht dat ze via de premies voor de Zvw al aanzienlijk bijdragen aan de financiering van de gezondheidszorg. Een gezondheidszorg die vervolgens onvoldoende inspeelt op de behoefte aan en het belang van arbeidsgerichte zorg voor werkend en ondernemend Nederland. Bovendien dragen werkgevers ook alle kosten van bedrijfsgezondheidszorg.
Als de gezondheidszorg al gecompenseerd moet worden voor kosten van arbeidsgerichte zorg, is het uiteraard aan de politiek om te beslissen over de wijze van financiering en de bronnen daarvan.
Er zijn op hoofdlijnen een aantal denkbare opties. We noemen hier de in onze ogen meest voor de hand liggende:

- De genoemde (geringe) verhoging van de werkgeversbijdrage Zvw. Voordeel is dat de kosten gedragen worden door de werkgevers als belangrijke direct belanghebbenden, met de kanttekening dat zij al aanzienlijk bijdragen zonder daarvoor 'goede zorg voor werk(zoek)enden' terug te krijgen;
- Invoering van een bijdrage van UWV (en AOV-en), al of niet in combinatie met invoering van een (geringe) toeslag op de premies. Ook hiervoor geldt dat de kosten terechtkomen bij de direct belanghebbenden in het arbeidsdomein;
- Compensatie vanuit de algemene middelen ('belastinggeld'). Het nadeel hiervan is, dat ook 'niet-werkend' Nederland meebetaald aan de kosten;
- Ontwikkeling van alternatieve bekostigingsmodellen, die beter passen bij de ontwikkeling van meer contextgerichte, waardegedreven en domeinoverstijgende zorg en de belemmerende prikkels in de huidige DBC-bekostiging wegnemen. Dit biedt uiteraard geen uitkomst voor de korte termijn.

5. Bekostiging arbeidsgerichte medisch-specialistische zorg

N.B. Uitgangspunt is dat het gaat om bekostiging (inzet van het beschikbare budget) en niet om financiering (aanpassing van het beschikbare budget). Zie voor toelichting hoofdstuk 3.

5.1. Verkenning bekostigingsmodel arbeidsgerichte medisch-specialistische zorg

In de medisch-specialistische zorg (MS-zorg) kunnen de medisch specialist (MS), de verpleegkundig specialist (VS) en de physician assistant (PA) optreden als regiebehandelaar. Als ze werkzaam zijn in een zogenaamd poortspecialisme[2] hebben ze de bevoegdheid om een DBC te openen. Bekostiging van hun activiteiten uit de DBC vindt plaats op basis van registratie van zorgactiviteiten. Voor verpleegkundigen en verzorgenden geldt dat zij hun activiteiten niet (hoeven) verantwoorden door middel van registratie. In de DBC is een afgesproken budget gereserveerd voor bekostiging van hun werk. Inzet van andere disciplines, bv. niet-poortspecialisten en paramedici vindt plaats onder verantwoordelijkheid en regie van de regiebehandelaar en wordt uit 'diens' DBC bekostigd.

Wat de MS, VS en PA (en de verpleegkundige) betreft geldt:

- MS, VS en PA van een poortspecialisme kunnen hun arbeidsgerichte 'verrichtingen' declareren zonder dat dit als zodanig herleidbaar is resp. hoeft te zijn.
- Voor de (gespecialiseerd) verpleegkundig geldt dat er een vastgelegd budget binnen de DBC beschikbaar is voor hun verrichtingen en dat ze in dat kader ook 'arbeidsgerichte' taken kunnen uitvoeren (zonder dat specifiek te hoeven/kunnen verantwoorden resp. registreren).
- Voor paramedici en niet-poort specialisten geldt dat zij onder regie van de poortspecialist bekostigd kunnen worden uit de DBC, ook als ze werkzaamheden verrichten in het kader van arbeidsgerichte zorg.

Conclusie
Nu en in de toekomst staat of valt de bekostiging van arbeidsgerichte zorg in het kader van de MS-zorg met de contractering van zorgaanbieder en zorgverzekeraar en (dus) het belang dat de afdeling/ het poortspecialisme hecht aan deze zorg. Geautoriseerde kwaliteitsstandaarden die van toepassing zijn, vormen daarbij een essentiële leidraad. In dit kader is ook van belang dat inzichtelijk wordt wat de opbrengsten en besparingen zijn en dat de extra kosten in vergelijking met de totale kosten van diagnostiek en behandeling gering zijn.

5.2. Verkenning bekostiging klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg als integraal onderdeel van de MS-zorg

Zoals in paragraaf 1.3 beschreven is, bleken er een aantal mythes en misvattingen te bestaan die bekostiging van klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg tot nu toe in de weg hebben gestaan:

- Klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg zou geen verzekerde zorg kunnen zijn, omdat behandeling van 'arbeidsproblemen' expliciet uitgesloten wordt in de Zvw.
- Het zou bovendien gaan om bedrijfsgeneeskundige zorg die in opdracht van de werkgever wordt geboden en dus door de werkgever gefinancierd moet worden.

[2] Poortspecialismen zij medisch specialismen die rechtstreeks toegankelijk zijn voor verwijzing door huisartsen of andere verwijzers naar medisch-specialistische zorg (bv. interne geneeskunde, chirurgie, kindergeneeskunde, gynaecologie, urologie, oncologie, neurologie). Ze zijn bevoegd om een zorgtraject en bijbehorende DBC te openen

- Als deze zorg al voor vergoeding via de Zvw in aanmerking zou kunnen komen, zou het gaan om (een combinatie van) nieuwe zorg, waarvoor een afzonderlijk zorgpad beschreven zou moeten worden en/of een (nieuwe) behandeling/ interventie die door ZiN getoetst moeten worden en waarvoor een afzonderlijke betaaltitel/ DBC nodig is.

Relevante uitgangspunten

De volgende uitgangspunten zijn relevant voor het standpunt dat klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg verzekerde zorg is:

- Arbeidsgerichte zorg is 'zorg zoals de medisch specialist die pleegt te bieden' en dus verzekerde zorg. Dit kan gesteld worden op basis van geautoriseerde kwaliteitsstandaarden, zoals de Generieke module arbeidsparticipatie voor medisch-specialistische richtlijnen, de zorgmodule Arbeid 1.0, diverse ziektespecifieke richtlijnen voor medisch-specialistische zorg en specifiek voor de oncologie de Zorgstandaard Kanker[3]. Ondanks het al langer bestaan van meerdere van deze kwaliteitsstandaarden komt de integratie van arbeidsparticipatie als behandeldoel en medicijn en aandacht voor werkgebonden determinanten van ziekte in de zorgpraktijk niet goed van de grond. Versterking van het behandelteam met klinisch-arbeidsgeneeskundige expertise kan nodig zijn om te kunnen voldoen aan de kwaliteitstandaarden. De klinisch- arbeidsgeneeskundige wordt dan onderdeel van en voorwaarde voor arbeidsgerichte medisch-specialistische zorg en is dan in dat kader te beschouwen als verzekerde zorg. Zoals ook bv. de ergotherapie, logopedie of medisch psychologie in het behandelteam nodig kan zijn om goede medisch-specialistische zorg te kunnen leveren.
- Bovenstaande betekent dat een KAG onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist[4]/ regiebehandelaar ingezet kan worden ten laste van de vigerende DBC.
- Volgens de Regeling medisch-specialistische zorg 2025 (NZa) zijn zorgactiviteiten[5] in principe functioneel omschreven. Dit betekent dat de registratie niet is voorbehouden aan een bepaalde beroepsgroep of specialisme (de NZa bepaalt niet wie bevoegd en bekwaam is om een behandeling uit te voeren, die verantwoordelijkheid ligt bij de zorgaanbieder). Uitvoering van een zorgactiviteit door een KAG[6] als integraal onderdeel van het medisch-specialistisch zorgproduct en de daarbij behorende DBC is o.i. vergelijkbaar met het inzetten van een psycholoog, ergotherapeut, etc. als onderdeel van een zorgproduct. De zorgactiviteit betreft de 'zorg voor arbeidsparticipatie' zoals die in de Zorgstandaard Kanker aan de orde komt.

Relevante ontwikkelingen: Expertiseadvies

In het kader van experimenten van de NZa gericht op bekostiging van passende zorg is het project 'Verbreding toepassing expertiseadvies' hier het noemen waard.
Zorgverleners uit een tweedelijnscentrum waar een patiënt onder behandeling is, kunnen een expertisecentrum raadplegen voor advies (een zogenoemd expertiseadvies) over de diagnose en/of

---

[3] De zorgstandaard Kanker (Brochure Zorgstandaard Kanker versie 2014 (iknl.nl)) beschrijft wat onder integrale zorg voor kankerpatiënten verstaan moet worden en dat de generieke module Arbeid (Zorgmodule-Arbeid.pdf) van toepassing is.

[4] Lees voor medisch specialist ook: verpleegkundig specialist en physician assistant.

[5] Volgens de definitie in Regeling medisch-specialistische zorg 2025 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl) zijn zorgactiviteiten de bouwstenen van het dbc-zorgproduct die gezamenlijk het profiel van een dbc-zorgproduct vormen. Zorgactiviteiten bepalen in combinatie met het geregistreerde subtraject welke prestatie is geleverd en welk dbc-zorgproduct mag worden gedeclareerd. Daarnaast vormt de onderverdeling in zorgactiviteiten de basis voor overige zorgproducten.

[6] De klinische arbeidsgeneeskunde is geen apart medisch specialisme. Het betreft geregistreerde medisch specialisten die zich hebben bekwaamd in de arbeidsgeneeskundige aspecten van hun specialisme (bv. de arbeidsdermatoloog) of geregistreerde medisch specialisten Arbeid en Gezondheid, profiel arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, die zich hebben bekwaamd in de specifieke arbeidsgeneeskundige aspecten van bepaalde aandoeningen (bv. KAG oncologie).

behandeling van de patiënt. Hierdoor is het voor het expertisecentrum mogelijk om mee te denken en te adviseren over het (in te zetten) diagnostische en/of behandeltraject van de patiënt. Dit zorgt ervoor dat patiënten niet meer doorverwezen hoeven te worden naar een expertisecentrum, of juist gerichter doorverwezen kunnen worden en daardoor sneller de benodigde zorg ontvangen.
In het IZA is afgesproken dat de NZa onderzoekt in hoeverre het expertiseadvies uitgebreid kan worden voor andere vormen van expertise, onder andere voor de brede oncologische zorg. Expertiseadvies door de KAG vanuit een expertisecentrum zou in het kader van 'arbeidsgerichte oncologische zorg' heel goed kunnen passen.

Stand van zaken bekostiging KAG-zorg als onderdeel van de medisch-specialistische zorg

Dat klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg verzekerde zorg is, wil niet zeggen dat deze ook gedeclareerd kan worden. De NZa moet bepalen hoe deze zorg geregistreerd moet worden. Hiervoor is een aanvraag 'wijziging DBC-structuur' nodig. Een dergelijke aanvraag bij NZa kan worden ingediend door een beroepsvereniging van zorgprofessionals of door een zorgaanbieder (met steun van de branchevereniging). Inmiddels wordt een aanvraag voorbereid door een universitair medisch centrum met ondersteuning van de NFU als brancheorganisatie (NFU wordt m.i.v. 1 november 2025 UMCNL). De eerstvolgende gelegenheid voor het indienen van de aanvraag is 1 juni 2026. Implementatie van de wijziging gaat bij positief besluit in per 1 januari 2028.
Voor de aanvraag is instemming van de brancheorganisatie, i.c. de NFU voorwaarde. Ook moet bij de aanvraag de zienswijze van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) als brancheorganisatie van de zorgverzekeraars worden bijgevoegd.
Inmiddels zijn de UMC's door de NFU benaderd voor instemming met de aanvraag en is de aanvraag voorgelegd aan Zorgverzekeraars Nederland met het verzoek om hun zienswijze te geven.
Na indiening van de aanvraag zal de NZa eerst beoordelen of de aanvraag in behandeling wordt genomen. Wordt de aanvraag in behandeling genomen dan wordt aan de hand van een prioritering het tijdpad voor behandeling bepaald.

Inmiddels is duidelijk dat de NZa en ZN het volgende standpunt innemen:
Nu is er onvoldoende basis voor een DBC-wijziging gericht op een zorgactiviteit (kostendrager) voor de klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg. Een aanvraag voor een DBC-wijziging louter voor transparantie-doeleinden zal nu i.h.k.v. de beperking van de regel-/werkdruk bij NZa niet in behandeling worden genomen. Dat moment komt weer als aangehaakt kan worden bij het inregelen van DBC-wijzigingen i.h.k.v. Passende Zorg. De vraag is wanneer dat punt zal worden bereikt.

Voor nu geldt:
KAG kan wel al registreren als ondersteunende discipline o.b.v. 'homogene kostenverdeling'. O.b.v. registratie kan koppeling aan kostendragende 'code' van MS/VS/PA en daarmee financiering uit de DBC van MS/VS/PA plaatsvinden. Dat betekent dat de afdeling/ het poortspecialisme het belang moet erkennen en er financiering voor over moet hebben. Daarbij is dan belangrijk te laten zien dat de kosten ten opzichte van het totaal 'verwaarloosbaar' zijn en er ook opbrengsten tegenover staan.

Voor de toekomst:
Een 'eigen' – al of niet kostendragende – zorgactiviteitcode voor de KAG zou het streven kunnen/ moeten zijn. Daarvoor is nodig:

1. Formele bevestiging van ZiN dat activiteiten van de KAG, als integraal onderdeel van de medisch-specialistische arbeidsgerichte zorg, verzekerde zorg zijn.
2. Een geaccrediteerde beroepsopleiding tot KAG en een beroepsregister (in voorbereiding).
3. Toekenning van een AGB-code[7] op basis van registratie als KAG.

[7] AGB staat voor Algemeen Gegevensbeheer Betalingen zorgverleners. Deze code wordt gebruikt om zorgverleners te identificeren bij declaraties van geleverde zorg en bij het afsluiten van contracten met zorgverzekeraars.

6. Bekostiging arbeidsgerichte 1e lijnszorg

De eerstelijnszorg is zorg die huisartsen, praktijkondersteuners, apothekers, tandartsen, paramedici (o.a. ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten), de wijkverpleging, verloskundigen, specialisten ouderengeneeskunde, artsen voor verstandelijk gehandicapten, eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatie elk voor zich, en waar nodig in samenhang, leveren.
We richten ons hier om te beginnen op de bekostiging van de huisartsenzorg en de bekostiging van arbeidsgerichte zorg als integraal onderdeel hiervan. We merken daarbij op dat we nog met de Landelijke Huisartsenvereniging en het Nederlands Huisartsengenootschap in gesprek zijn over de rol van de huisarts in het kader van arbeidsgerichte zorg en of er überhaupt sprake is van een rol. Zelf trekken we de parallel met het pleidooi voor de arbeidsarts in de eerstelijn (5).

Vervolgens gaan we kort in op de rol en bekostiging van paramedici en GGZ in het kader van arbeidsgerichte zorg. Ten slotte komt de bekostiging van de klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg als integraal onderdeel van de arbeidsgerichte zorg in de eerste lijn aan de orde.

6.1. Verkenning bekostigingsmodel arbeidsgerichte eerstelijnszorg

Huisartsenzorg

De huisartsenzorg, uitgevoerd door huisartsen, doktersassistenten en praktijkondersteuners, wordt bekostigd vanuit de Zvw.
Voor de andere zorgprofessionals in de eerstelijnszorg kan de bekostiging anders zijn. Veelal valt hun zorg (gedeeltelijk) onder de Zvw, op basis van contractering of anderszins, deels ook helemaal niet of als onderdeel van een aanvullende verzekering.

De NZa geeft op haar website de volgende informatie over de bekostiging van de huisartsenzorg (Hoe wordt de huisartsenzorg bekostigd? | Nederlandse Zorgautoriteit).

De bekostiging van de huisartsenzorg bestaat uit drie segmenten en prestaties buiten segmenten.
1. Basisvoorziening huisartsenzorg (segment 1)
Basiszorg waarvoor grotendeels binnen de praktijk gediagnosticeerd kan worden. Hieronder vallen de prestaties zoals het inschrijftarief en de consulttarieven. Voor de huisarts zelf valt aandacht voor en bespreken van werk(problemen) hier integraal onder.
2. Multidisciplinaire zorg (segment 2)
Dit is multidisciplinaire eerstelijnszorg waarbij naast de huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te geven. Een voorbeeld hiervan is zorg aan een patiënt met diabetes mellitus type 2. Er bestaan zowel gecontracteerde vrije tarieven als ongecontracteerde maximumtarieven voor de multidisciplinaire ketenzorg.
3. Resultaatbeloning en zorgvernieuwing (segment 3)
Segment 3 biedt ruimte voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om (belonings)afspraken te maken over de resultaten van de ingezette zorg uit segment 1 en segment 2. Dit gedeelte beschrijft bijvoorbeeld prestaties die het gebruik van digitale zorg kunnen belonen.
4. Prestaties buiten segmenten
Daarnaast kunnen huisartsen prestaties declareren die buiten deze segmenten vallen, bijvoorbeeld de huisartsenzorg tijdens avond, nacht en weekend diensturen (ANW-verrichtingen), keuringen voor het rijbewijs en zorg aan asielzoekers in een centrale opvang.

Eigen risico

De basisverzekering biedt vergoeding voor de kosten van basishulp door de huisarts zelf of door ondersteunend personeel. Deze kosten komen niet ten laste van het verplichte eigen risico van de verzekerde.
De kosten voor diagnostisch onderzoek, medicijnen of voor andere voorgeschreven zorg vallen niet onder huisartsenzorg. Deze kosten komen wel ten laste van het verplichte eigen risico van de verzekerde.
Bovenstaande is afhankelijk van het soort zorg dat de huisarts voorschrijft. Ketenzorg diabetes bijvoorbeeld is gevrijwaard van eigen risico.

Paramedische eerstelijnszorg

Eerstelijns paramedische zorg omvat de zorg die direct toegankelijk is zonder verwijzing, zoals fysiotherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek. Deze zorg is gericht op het verbeteren van functioneren en het leren omgaan met ziekte of beperkingen en kan bij veel patiënten een belangrijke rol vervullen als onderdeel van arbeidsgerichte zorg. Deze disciplines dienen vanzelfsprekend onderdeel te zijn van het arbeidsgerichte zorgnetwerk.

Bekostiging en vergoeding van paramedische eerstelijnszorg
Sommige paramedische zorg valt binnen het basispakket van de zorgverzekering, zoals ergotherapie (10 sessies per jaar), fysiotherapie bij chronische aandoeningen en verloskundige/kraamzorg. Voor andere vormen van paramedische zorg kan een aanvullende verzekering nodig zijn. Zorgverzekeraars en paramedische zorgaanbieders zijn vrij om de prijzen voor de zorg te bepalen.
Bekostiging vindt plaats op basis van prestatiecontracten met individuele zorgverleners of met netwerken of organisaties die paramedische zorg leveren.
De zorg uit het basispakket die wordt geleverd door gecontracteerde zorgaanbieders, wordt volledig vergoed. Zorg door zorgaanbieders zonder contract wordt meestal niet volledig vergoed.
Als de eerstelijns zorgaanbieder zorg levert onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist, dan wordt deze bekostigd uit de medisch-specialistische DBC en wordt dit onderling verrekend met de eerstelijns zorgaanbieder.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Psychische problemen gaan vaak gepaard met werkgerelateerde problemen, ofwel als oorzaak ofwel als gevolg. Onder werk(zoek)enden zijn psychische gezondheidsproblemen de meest voorkomende oorzaak van arbeidsparticipatieproblemen. Dat is niet de reden om hier aandacht te besteden aan de bekostiging van de GGZ. Dit rapport gaat immers primair over de bekostiging van arbeidsgerichte oncologische zorg. Oncologische en andere chronische gezondheidsproblemen hebben vaak psychische/psychosociale problemen tot gevolg en deze psychische problemen kunnen een belangrijke belemmering vormen voor werkbehoud. In het kader van arbeidsgerichte zorg kan dan ook de noodzaak en behoefte ontstaan aan psychische hulp.

De zwaarte van de problematiek en de zorg die nodig is, bepaalt waar en door wie iemand zorg ontvangt[8].

[8] De medische psychologie is organisatorisch geen onderdeel van de GGZ, maar van de medisch-specialistische zorg. Bekostiging vindt (dus) ook in dit kader plaats.

Basis ggz: In de eerste lijn verleent onder meer de huisartsenzorg (huisarts en praktijkondersteuner GGZ), het maatschappelijk werk en de eerstelijnspsychologen basis ggz. Deze eerstelijnszorg is bedoeld om snel en gemakkelijk toegankelijk te zijn voor generalistische psychische hulp, met de kanttekening dat ook hier de vraag aan hulpverlening het aanbod geregeld overstijgt
Gespecialiseerde ggz: Is meer specialistische behandeling noodzakelijk, dan verwijst de huisarts of een medisch specialist de patiënt door naar de tweede lijn, de gespecialiseerde ggz. Ggz-instellingen bieden die zorg.
Op de bekostiging van de GGZ is sinds 2022 het zogenaamde Zorgprestatiemodel GGZ en Forensische Zorg van toepassing. Het is gebaseerd op zorgvraagtypering om de zorgvraag en (de zwaarte van) de problematiek te duiden. Prestaties die vergoed worden zijn met name (groeps)consulten.
Het zorgprestatiemodel vormt geen belemmering voor arbeidsgerichte zorg voor mensen met psychische problemen in relatie tot een chronische, somatische aandoening. Het gaat dan vaak om acceptatie-, verwerkings-, coping- en/of aanpassingsproblemen.

6.2. Verkenning bekostiging klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg als integraal onderdeel van de eerstelijnszorg

De KAG kan door de huisarts in consult worden geroepen, eventueel voor een gezamenlijk consult. De huisarts kan ook verwijzen naar de KAG van een regionaal (klinisch) arbeidsgeneeskundig expertisecentrum. De bekostiging hiervan voor bepaalde patiëntengroepen zou in het kader van segment 2 (integrale ketenzorg) geregeld kunnen worden.

Interessante ontwikkelingen zijn de experimenten van de NZa met (bekostiging van) een ‘meedenkadvies’ en een ‘meekijkconsult’ door medisch specialisten op verzoek van de huisarts. Voor de huisarts komt er per 2026 een structurele bekostiging voor het Meedenkadvies met een prestatie binnen segment 1. De medisch specialist kan een bepaald bedrag voor het meedenkadvies in rekening brengen. Een vergelijkbare constructie zou voor een meedenkadvies van de KAG gehanteerd kunnen worden, maar vereist dan acceptatie door de NZa van een dergelijke rol voor de KAG als niet-medisch specialist.

Voor het meekijkconsult geldt dat bekostiging al regulier plaatsvindt vanuit de huisartsenzorg (eerstelijnszorg). De bekostiging is geregeld via afspraken tussen huisartsenpraktijken en zorgaanbieders in de tweede lijn. Analoog hieraan zouden voor bekostiging van een meekijkconsult met een klinisch arbeidsgeneeskundige afspraken gemaakt kunnen worden.

7. Verkenning bekostiging domeinoverstijgende coördinatie, communicatie en informatie-uitwisseling

We hebben in het verslag van fase 1 vastgesteld dat implementatie van het beschreven arbeidsgerichte zorgmodel oncologie naadloos aansluit bij het streven naar Passende zorg in regionale, domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden, zoals dat in het IZA en AZWA is

vastgelegd en door alle betrokken partijen is onderschreven. Het is daarom logisch om aan te sluiten bij de oplossingen die in dat kader voor bekostiging van domeinoverstijgende activiteiten en samenwerking zijn vastgesteld.

In het kader van de kennisagenda Juiste Zorg op de Juiste Plek zijn door Nivel, RIVM en Vilans kennissyntheses opgesteld over domeinoverstijgende initiatieven in de zorg (6). De drie kennissyntheses beogen om wetenschappelijke- en praktische kennis over drie onderwerpen *state-of-the-art* bij elkaar te brengen:
1. De doelen, inrichting en (methoden van) monitoring en evaluatie van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden: uitgevoerd door het RIVM;
2. Het organiseren van integrale gezondheidszorg op regionaal niveau (integrated care): uitgevoerd door Vilans;
3. De bekostiging van domeinoverstijgende samenwerking: uitgevoerd door het Nivel.

De kennissynthese van Nivel (gepubliceerd in 2024) (7) adresseert problemen die in de praktijk worden ervaren bij domeinoverstijgende samenwerking door knelpunten in het huidige bekostigingssysteem en mogelijke oplossingen te beschrijven. Daarbij kijkt zij naar welke alternatieve bekostigingsmodellen beter aansluiten bij domeinoverstijgende zorg dan anderen. Dat is toekomstmuziek.
Interessant voor oplossingen op de korte(re) termijn is de Handreiking domeinoverstijgende activiteiten en aanspraken Zorgverzekeringswet (8), die ZiN in 2023 heeft uitgebracht. Deze handreiking van Zorginstituut Nederland verduidelijkt welke domeinoverstijgende activiteiten nu al vergoed kunnen worden vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). De handreiking geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer inzicht in de vergoedingsmogelijkheden van domeinoverstijgende samenwerking.
De handreiking is onderdeel van een opdracht uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) om knelpunten op te lossen die zich voordoen bij ‘domeinoverstijgende bekostiging’.
In opdracht van de IZA-partijen heeft het ministerie van VWS de WerkGroep Bekostiging Domeinoverstijgende Samenwerking (WG-BDS) samengesteld om te werken aan structurele technische oplossingen voor knelpunten in de bekostiging van domeinoverstijgende samenwerking tussen aanbieders die diensten verlenen vanuit de domeinen Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet (Jw) en de Wet publieke gezondheid (Wpg).

In de handreiking wordt verduidelijkt waar het bij (kosten van) de organisatie van domeinoverstijgende samenwerking precies over gaat. Onder (kosten voor) coördinatie en regie kunnen immers uiteenlopende zaken worden geschaard: mensen (tijd) en middelen (organisatie). Om te bepalen welke organisatorische entiteiten vergoed kunnen worden onder de Zvw onderscheidt het Zorginstituut daarnaast verschillende niveaus, te weten micro-, meso- en macroniveau. In hoofdstuk 2 van de handreiking wordt daarom uitleg gegeven over de verschillende niveaus van de organisatorische schil rondom domeinoverstijgende samenwerking. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de generieke elementen die gedestilleerd kunnen worden uit eerdere standpunten die raken aan domeinoverstijgende samenwerking.

De conclusie is dat er binnen de bestaande wet- en regelgeving al veel structurele technische mogelijkheden zijn waar het gaat om bekostiging van samenwerking tussen de diverse domeinen, zowel wat betreft de inzet van mensen als de organisatorische schil die nodig is om de samenwerking te faciliteren.

In de handreiking staan veel informatie en standpunten die o.i. één op één relevant kunnen zijn voor samenwerking tussen zorgprofessionals en professionals in het domein van arbeid- en re-integratie.

We pleiten er hier voor om een structuur op te zetten analoog aan de WG-BDS, die de bevindingen en conclusies van de handreiking 'vertaalt' naar de context van de domeinoverstijgende samenwerking tussen de zorg en het domein van arbeid en re-integratie in het kader van implementatie van arbeidsgerichte samenwerking in regionale netwerken. Het lijkt ons goed en logisch dat voor dit doel een gezamenlijke werkgroep van VWS en SZW wordt ingesteld.

8. Beschouwing: wat betekent dit voor het implementatieplan?

In fase 3 van het project zullen we de bevindingen van fase 1 (ontwikkeling model) en 2 (bekostiging) uitwerken in een plan voor implementatie van het arbeidsgerichte zorgmodel.

Uit de voorgaande hoofdstukken blijkt dat er binnen de bestaande kaders niet of nauwelijks fundamentele issues zijn die bekostiging van mensen en middelen in de hele domeinoverstijgende keten van arbeidsgerichte zorg in de weg staan. Met goede wil, pragmatisme en besef van het grote belang voor aanzienlijke groepen van werk(zoek)ende patiënten met chronische en/of werkgerelateerde gezondheidsproblemen én voor de maatschappij moet het mogelijk zijn de benodigde structurele aanpassingen en kaders te realiseren.

1. Bekostiging van integratie van arbeidsparticipatie als behandeldoel en medicijn in de eerste-, tweede- en derdelijns gezondheidszorg is in de huidige situatie grotendeels al mogelijk. Dat geldt ook voor bekostiging van de KAG in dit kader.
   Voor het streven naar een eigen betaaltitel voor de KAG is wel nodig dat de beroepsgroep zorgt voor een geaccrediteerde opleiding en een beroepsregister en dat financiering van de opleiding geregeld wordt (zie ad 3).
   Bekostiging is dus binnen de bestaande kaders mogelijk. Maar hoe zit het met het beslag op de beschikbare budgetten? Ook op dat vlak lijkt geen sprake van een substantieel probleem. Arbeidsgerichte zorg vergt geen extra faciliteiten qua apparatuur en ruimtelijke voorzieningen en zorgt niet voor extra kosten in het kader van diagnostiek of behandeling. De kosten van en het beslag op personele capaciteit zijn (zeer) beperkt afgezet tegen het totale DBC-budget en benodigde capaciteit voor de behandeling van oncologische patiënten en veel andere patiëntgroepen met chronische gezondheidsproblemen. Bovendien biedt proactieve multifactoriële probleemanalyse en interventieplanning veel kansen op effectiviteits- en efficiencywinst in de hele keten. Per saldo kan dit in de hele keten, van medisch-specialistische zorg, eerstelijnszorg, arbo- en bedrijfsgezondheidszorg tot instroom in de WIA, besparing van kosten en capaciteit opleveren. Mocht dit uitgangspunt in de praktijk niet blijken op te gaan en in de gezondheidszorg toch substantiële kostenverhoging aan de orde blijken te zijn dan zou dat moeten leiden tot politieke keuzes om extra financiering beschikbaar te kunnen stellen. Het uitgangspunt dat het maatschappelijk belang groot is en de baten op mactoniveau substantieel hoger zullen zijn dan de kosten blijft dan immers overeind.

2. Bekostiging van de noodzakelijke coördinatie en samenwerking tussen de betrokken sectoren en domeinen blijkt ook niet op fundamentele problemen te stuiten. De verkenningen door ZiN in het kader van IZA laten zien dat er zowel wat betreft inzet van mensen als van middelen (de organisatorische schil op micro-, meso- en macroniveau) structurele technische oplossingen zijn voor bekostiging van samenwerking van zorg en sociaal domein. Analoog hieraan moet dit ook voor samenwerking tussen de zorg en het domein van arbeid & re-integratie mogelijk (te maken)

zijn. Er zijn geen fundamentele verschillen. Ook de bekostiging van de exploitatie van regionale (klinisch)arbeidsgeneeskundige expertisecentra zou hierin (kunnen) passen.
Om de analogie met de bevindingen en conclusies in de handreiking van ZiN verder te exploreren en de vertaalslag te maken zou o.i. een gezamenlijke werkgroep van VWS en SZW in het leven geroepen moeten worden naar analogie van de WG-BDS.

Hierbij moet gedacht worden aan financiering van de opleiding van KAG's, de (na)scholing van verpleegkundig specialisten en interprofessioneel leren (samenwerken) van professionals in de betrokken sectoren en domeinen.
Logischerwijs zou de opleiding van KAG's overeenkomstig die van de medisch-specialistische vervolgopleidingen een aantal andere opleidingen in de medisch-specialistische zorg gefinancierd kunnen worden uit de beschikbaarheidsbijdrage[9].

De conclusie is dus dat bekostiging van de diverse elementen van arbeidsgerichte zorg binnen de geldende kaders mogelijk is. Daarvoor is enige creativiteit, maar vooral goede wil en motivatie van de bepalende instanties, maar ook van alle belanghebbenden nodig. Daarbij zullen (vermeende) tegengestelde belangen aan de orde zijn.
Ook zal overwogen moeten worden of de 'gezondheidszorgsilo' gecompenseerd moet worden voor de kosten van arbeidsgerichte zorg die in die silo vallen, ook al is het aannemelijk dat er per saldo weinig of geen extra kosten zullen zijn.

Adviezen: input voor fase 3 Implementatieplan

Goede (bestuurlijke) wil en goed begrepen maatschappelijk belang komen niet vanzelf. Nodig is dat

- er interdepartementale overheidssturing plaatsvindt om het volksgezondheidsbelang en maatschappelijk belang te bekrachtigen en het implementatieproces te sturen;
- in dat kader een werkgroep á la Werkgroep Bekostiging Domeinoverstijgende Samenwerking de handreiking Domeinoverstijgende Activiteiten en Aanspraken Zorgverzekeringswet 'vertaalt' van de samenwerking tussen zorg en sociaal domein naar samenwerking tussen de zorg en het domein van arbeid & re-integratie;
- de koepels van zorgaanbieders (NVZ, NFU, ZKN), zorgverzekeraars, beroepsverenigingen van zorgprofessionals (FMS, LHV, V&VN, NVKA, NVAB, NVVG) overtuigd worden van de noodzaak, nauw worden betrokken bij en zich medeverantwoordelijk voelen voor het implementatieproces en hun achterban overtuigen van en ondersteunen bij de noodzakelijke veranderingen in de praktijk. Inhoudelijk past het ontwikkelde arbeidsgerichte zorgmodel in ieder geval in de toekomstvisies van de genoemde beroepsverenigingen;
- de uitwerking voor de praktijk en diverse belangen een plek krijgen aan (een subtafel van) de IZA-tafel met betrokkenheid van de patiëntenverenigingen;
- overwogen wordt om kosten van arbeidsgerichte zorg in de 'gezondheidszorgsilo' financieel te compenseren vanuit bronnen in het arbeidsdomein of de algemene middelen. Dit om weerstanden bij stakeholders in de gezondheidszorg te voorkomen (ook al is de verwachting dat er per saldo geen substantiële kostenstijging zal optreden). Nader uit te werken en aan te vullen opties hiervoor zijn in paragraaf 4.3 beschreven.

Verder adviseren we de ontwikkeling van een beroepsopleiding en register voor klinisch-arbeidsgeneeskundigen, zodat hun zorgactiviteiten in de medisch-specialistische zorg transparant met een 'eigen' zorgactiviteitencode geregistreerd en bekostigd kunnen worden.

[9] De beschikbaarheidsbijdrage voor (medische) vervolgopleidingen (BB MVO) en een aantal andere opleidingen is een subsidie die (jaarlijks) door de NZa vast wordt gesteld en door ZiN ten laste van het Zorgverzekeringsfonds beschikbaar wordt gesteld.

Bijlage 1. Lijst van begrippen en definities

Arbeidsgerelateerde zorg: Dit begrip gebruiken we in dit project niet, omdat dit in publicaties niet eenduidig wordt gehanteerd en gedefinieerd, er zijn meerdere definities in omloop en het gebruik is aanleiding voor verwarring.
Arbeidsgerichte zorg: zorg waarin arbeidsparticipatie een geïntegreerd behandeldoel is. Hierbij wordt werk[10] ingezet als medicijn (herstelbevorderende factor) en wordt systematisch aandacht besteed aan diagnostiek, signalering en preventie van werkgerelateerde aandoeningen. Deze zorg omvat een continuüm van curatieve zorg[11], beginnend vroeg na diagnose, en revalidatiebehandeling tot arbo- en bedrijfsgezondheidszorg en begeleiding in of naar werk (inclusief eventuele begeleiding in het sociale domein het kader van de Participatiewet), en vv.
Arbocuratieve zorg: zorg voor werkenden, die tot stand komt door verbinding en samenwerking tussen de curatieve en bedrijfgezondheidszorg en die gericht is op bundeling/ integratie van expertise om (1) ziekte (mede) als gevolg van of versterkt door werkgerelateerde factoren optimaal te herkennen, behandelen en voorkomen en (2) om arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een (chronische) aandoening te bevorderen en uitval te voorkomen.
Bedrijfsgezondheidszorg: preventieve en positieve zorg zoals de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde die pleegt te bieden en die geleverd wordt in het kader van de arbozorg in bedrijven. De zorg is gericht op het voorkomen van beroepsziekten, bedrijfsongevallen, ziekte en verzuim van medewerkers en het bevorderen van optimale arbeidsomstandigheden en duurzame inzetbaarheid. De term bedrijfsgeneeskunde was oorspronkelijk gericht op preventieve zorg. Toen deze zorg zich 2e helft vorige eeuw ontwikkelde tot meer positieve zorg en naast de bedrijfsarts andere disciplines een rol kregen, is de term bedrijfsgezondheidszorg in zwang gekomen.
Behandeling: activiteit van een zorgaanbieder gericht op het herstel en voorkomen van verergering van een aandoening of beperking.
Bekostiging betreft de manier waarop financiers zorgaanbieders vergoeden, vaak vastgelegd door middel van beleidsregels en budgetten. De focus ligt op de bron en toekenning van middelen. Het betreft ook de afspraken en systemen waarmee zorg wordt gedeclareerd en vergoed: voor welke zorg, door wie en hoe, kan welke vergoeding gedeclareerd worden en kan vergoeding plaatsvinden.
Bekostigingsmodellen: Er zijn diverse modellen voor bekostiging van zorg, afhankelijk van de sector waarin de zorg wordt geleverd en het type geleverde zorg. Zo is er het verrichtingen- of productiemodel dat in de medisch-specialistische zorg van toepassing is en waarin per verrichting wordt betaald, het zorgprestatiemodel dat in de GGZ wordt gehanteerd, het integrale ketenbekostigingsmodel over sectoren heen en het -nog weinig/niet gehanteerde- uitkomstgerichte model.
Bekostigingsarrangement/-scenario arbeidsgerichte zorg: Het samenstel van bekostigingsmogelijkheden in de modellen die in de verschillende sectoren en domeinen van de keten worden gehanteerd: medisch-specialistische zorg, eerstelijnszorg, bedrijfsgezondheidszorg/ arbozorg, sociaal domein.

[10] Waar in het kader van arbeidsgerichte zorg de begrippen 'werk' en 'werk(zoek)ende' worden gebruikt, bedoelen we daarmee ook 'studie/opleiding' en 'studerende'.
[11] Onder curatieve zorg verstaan we hier alle reguliere ziekenhuis- en 1e lijnszorg, inclusief palliatieve zorg

Communicatie: de productie, uitwisseling en betekenisgeving van boodschappen tussen mensen, die plaatsvindt binnen een context van informationele, relationele en situationele factoren met als doel elkaar te beïnvloeden.
Continuïteit: een ononderbroken opvolging van zorg. De patiënt weet wie (eind)verantwoordelijk is voor de zorg en wie zijn of haar aanspreekpunt is. De patiënt ervaart naadloze overgangen tussen zorginstellingen, tussen afdelingen en tussen zorgverleners.
Coördinatie: afstemming van de verschillende zorginspanningen tussen patiënt en zorgverleners en tussen zorgverleners en andere betrokken professionals onderling.
Diagnose Behandel(ing) Combinatie (DBC): DBC staat voor Diagnose Behandel Combinatie en is een systeem in de Nederlandse gezondheidszorg dat wordt gebruikt door ziekenhuizen en andere zorginstellingen om zorg te registreren en te declareren bij zorgverzekeraars. Het is een soort "zorgpakket" waarin alle onderzoeken, behandelingen en controles voor een specifieke aandoening of zorgvraag worden samengevoegd tot één factuur, die vervolgens in rekening wordt gebracht bij de patiënt of diens verzekeraar.
Financiering van zorg: Financiering verwijst naar de bronnen van middelen voor de zorg: uit welke bronnen komen de middelen waarmee bepaalde vormen van zorg betaald worden. Financiering omvat ook de wijze waarop zorgbudgetten zijn gereserveerd, of dat nu op nationaal niveau is bij de centrale overheid, bij de regionale overheden, bij provincies en gemeenten, of bij de zorgverzekeraars.
Geïntegreerde oncologische zorgketen: zorgketen waarin zorginspanningen zijn gedefinieerd vanuit het professionele en het patiëntenperspectief en de zorginspanningen vanuit de verschillende professionele dimensies onderling met elkaar verbonden zijn in het zorgcontinuüm.
Generieke zorgmodules: zorgmodules die van toepassing zijn bij meerdere (chronische) ziektebeelden.
Individueel zorgplan (IZP): zorgplan waarin alle onderdelen die van belang zijn in de behandeling van de patiënt (voor de patiënt en samen met de patiënt) worden vastgelegd. Het gaat hierbij om individuele doelstellingen, streefwaarden, educatie en therapietrouw. Het zorgplan wordt op maat gemaakt, aangepast aan kennisniveau, leeftijd en leefwijze. (Bron: NDF-zorgstandaard (9))
Informele zorg: alle zorg die onbetaald en niet beroepshalve wordt verricht.
Integrale zorg: integrale zorg is gericht op de individuele behoeften van de patiënt, waarbij patiënten en professionals (al dan niet uit verschillende sectoren en organisaties) hun activiteiten zodanig op elkaar afstemmen, dat er een samenhangend aanbod van zorg rond de patiënt ontstaat. (Bron: vrij naar Thesaurus Zorg en Welzijn)
Klinische arbeidsgeneeskunde: het domein binnen de geneeskunde waarin structureel gebruik wordt gemaakt van (ziekte-) specifieke arbeids-en bedrijfsgeneeskundige kennis in een reguliere klinische of transmurale setting voor patiënten, waarbij de factor arbeid relevant is voor diagnostiek, behandeling, nazorg prognose en preventie.
Klinisch arbeidsgeneeskundige (KAG): een medisch specialist Arbeid & Gezondheid, profiel arbeids- en bedrijfsgeneeskunde (bedrijfsarts), werkzaam in en vanuit de reguliere gezondheidszorg, met ziektespecifieke specialisatie gericht op de relatie tussen specifieke (categorieën) ziektebeelden en werk, bv. oncologische ziektebeelden (KAG-oncologie) of infectieziekten (KAG-infectieziekten). De ziektespecifieke kennis wordt ingezet in het kader van 1. Diagnostiek, behandeling en preventie van werkgerelateerde aandoeningen en 2. (complexe) re-integratieproblematiek bij werk(zoek)enden en studerenden met participatieproblemen als gevolg van (chronische) gezondheidsproblemen en beperkingen. Klinisch arbeidsgeneeskundigen kunnen een belangrijke rol vervullen in de samenwerking tussen de reguliere zorg en bedrijfsgezondheidszorg.

Kwaliteitsbeleid: een methodische benadering voor het bewaken en bevorderen van de kwaliteit die structureel is ingebed in de organisatie van het zorgproces. (Bron: Zorgstandaarden in Model 2010 (10))
Kwaliteitscriterium: beschrijving van de voorwaarden waaraan de kwaliteit van zorg moet voldoen in termen van inhoud, organisatie en relationele aspecten.
Kwaliteitsindicator: meetbare eenheid die een betrouwbare aanwijzing geeft over de kwaliteit van zorg die geboden wordt ten aanzien van het betreffende kwaliteitscriterium.
Kwaliteitsstandaard: een richtlijn, module, norm, zorgstandaard of organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op (een deel van) een zorgproces, vastlegt wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen.
Nazorg: een essentieel onderdeel van de individuele patiëntenzorg na behandeling voor kanker. Het behelst voorlichting, begeleiding, ingaan op klachten en symptomen, beoordelen van directe of late effecten van ziekte en behandeling en aandacht voor sociale gevolgen. De invulling hangt af van de individuele situatie van de patiënt. Bron: Nacontrole in de oncologie, Gezondheidsraad (2007) (11).
Netwerkzorg: zorg in (regionale) netwerken van professionals en zorgorganisaties. Netwerkzorg wordt gezien als een middel om toegankelijkheid, patiënttevredenheid en kwaliteit en efficiëntie van zorg te verbeteren. Een middel dus om de doelen van passende zorg (Integraal Zorg Akkoord) te realiseren. Netwerkzorg is persoonsgericht met de behoeften van de patiënt/persoon centraal en wordt gekenmerkt door interdisciplinaire samenwerking gericht op het realiseren van verandering en resultaat (bron: Valentijn, 2019) (12).
Palliatieve zorg: palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard. (Bron: WHO 2002) (13).
Patiëntenperspectief: perspectief van de zorgvrager zoals geconcretiseerd in de kwaliteitscriteria van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenverenigingen.
Procesindicator: weerspiegelt de uitvoering van het individuele zorgproces. (Bron: Zorgstandaarden in Model 2010) (10).
Professioneel perspectief: doelstellingen en handelwijze van beroepsbeoefenaren vanuit verschillende disciplines zoals vastgelegd in richtlijnen, protocollen, kwaliteitscriteria en andere relevante documenten.
Protocol: een document dat tot doel heeft zorgverleners te ondersteunen bij het uitvoeren van zorginhoudelijke handelingen, met andere woorden het geeft aan hoe een handeling uitgevoerd kan worden. (Bron: Leytens en Wagner, 2000 (14)).
Psychosociale zorg: de continue, actieve begeleiding die kankerpatiënten en hun naaste(n) helpt -zowel tijdens de ziekte als in de periode daarna- op psychisch, sociaal en levensbeschouwelijk terrein zo optimaal mogelijk te leven. De zorg loopt van algemene basale steun naar gerichte, gespecialiseerde psychosociale oncologische hulpverlening. Psychosociale zorg richt zich op het herstel van de kwaliteit van leven. (Bron: IKNL) (15).
Richtlijn: een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van

zorgprofessionals en zorggebruikers. Richtlijnen voor medisch-specialistische zorg (2e lijn) worden centraal beheerd door Kennis Instituut Medisch Specialisten in de Richtlijndatabase (16). Richtlijn vs protocol: Richtlijnen geven aan wat er gedaan kan worden. Een protocol geeft stap voor stap aan hoe iets gedaan moet worden (bron: Richtlijn en zorgstandaard (patientenfederatie.nl))

Vroege onderkenning en preventie: alle activiteiten gericht op het vroegtijdig signaleren van de mogelijke aanwezigheid van een (chronische) ziekte of een verhoogd risico daarop bij individuele patiënten.

Zorgcontinuüm: alle zorginspanningen bij een individuele zorgvrager met betrekking tot vroegtijdige onderkenning en preventie, diagnose, behandeling, monitoren van het beloop, begeleiding en ondersteuning, revalidatie, re-integratie en bevordering van maatschappelijke participatie, laatste levensfase en palliatie. (Bron: Zorgstandaarden in Model 2010) (10)

Zorgketen: ketenzorg is het samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd, waarbij het cliëntproces centraal staat en waarbij zoveel mogelijk aansluiting wordt gezocht met diens omgeving. Er wordt een sluitende keten gevormd van diagnostiek, behandeling en begeleiding, maar ook van preventie, vroeg opsporen en zelfmanagement. In de zorgketen bestaan gradaties van eenvoudig en strikt volgtijdelijk tot complexe zorg. (Bron: Kenniscentrum Ketenzorg, www.handreikingketenzorg.nl)

Zelfmanagement: mate waarin iemand met één of meerdere ziekten en/of beperkingen in staat is om de regie over het leven te behouden tot zover hij dat wil en kan, door goed om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke, sociale en psychologische gevolgen van de ziekte(n) en/of beperkingen en daarbij horende leefstijlaanpassingen, in samenhang met de sociale omgeving (bron: Zorgmodule Zelfmanagement 1.0 (CBO 2014) (17).

Zelfmanagementondersteuning: interventies die een patiënt, diens omgeving of zorgverlener inzet om de mate van zelfmanagement te vergroten. (Bron: LAN 2010)

Zorgcontractering: Via de zorgcontractering maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken die bijdragen aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Deze afspraken zorgen ervoor dat burgers tegen een redelijke prijs een verzekering kunnen kiezen met voldoende zorg uit het basispakket. De Nederlandse Zorgautoriteit houdt toezicht op de zorgcontractering in de Zorgverzekeringwet (Zvw).

Zorgmodel: een conceptualisatie en operationalisatie van hoe diensten verleend worden, inclusief de zorgprocessen, organisatie van zorgverleners en het management van de diensten, ondersteund door de identificatie van rollen en verantwoordelijkheden van verschillende platforms, instituties en aanbieders gedurende het zorgpad.

Zorgpad: stapsgewijze beschrijving van wat, wanneer, door wie gedaan wordt in een zorgproces (over de ketens en tussen de lijnen) en wat het beoogde resultaat is. Het legt ook vast wat en hoe te registreren. Een zorgpad focust dus op logistiek en coördinatie van verantwoordelijkheden en activiteiten.

Zorgstandaard: een vanuit het patiëntenperspectief op zo veel mogelijk wetenschappelijk bewijs gebaseerde functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie en zorg – inclusief ondersteuning bij zelfmanagement – voor een bepaalde chronische ziekte gedurende het complete zorgcontinuüm, en ook een beschrijving van de organisatie van de betreffende preventie en zorg en de relevantie prestatie-indicatoren. (Bron: Zorgstandaarden in Model 2010)(10).

Bijlage 2. Input voor fase 3 vanuit de bespreking in de stuurgroep

Conclusies van de stuurgroepvergadering over rapport fase 2 d.d. 7 oktober 2025

Algemeen

De focus van de bijeenkomst was gericht op het vraagstuk van bekostiging van arbeidsgerichte zorg als voorwaarde voor implementatie. In het verlengde daarvan is ook (zeer vruchtbaar) meer in het algemeen gediscussieerd over belemmeringen en voorwaarden voor implementatie van het arbeidsgericht zorgmodel.

Conclusie was dat het uiteindelijk gaat om 'arbeidsgericht werken' door professionals en 'arbeidsgericht' samen beslissen van professionals en werk(zoek)ende patiënten. Voorwaarden voor de daarvoor noodzakelijke verandering van gedrag en praktijk zijn:

- kennis, vaardigheden en attitude van betrokken professionals in de hele keten (d.w.z. voorlichting en scholing op inhoud en samenwerking, toegang tot expertise);
- een context (cultuur/ organisatie) die de verandering mogelijk maakt en waarin aandacht voor arbeid normaal is (m.n. passende bekostiging en organisatie en infrastructuur)

De 'goede' mindset en kennis/vaardigheden van professionals (en patiënten) is belangrijk maar niet voldoende. In de praktijk staan institutionele en praktische bezwaren in de weg. Dat betekent dat er zowel op micro-, meso- als macroniveau verandering en actie nodig is.
Genoemd zijn (in steekwoorden en niet limitatief):

- patiënten stimuleren om ziektegerelateerde problemen met werk in de spreekkamer aan de orde te stellen en te vragen om klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg (actie PfN en NFK)
- meer actie gericht op implementatie van de Generieke Module Arbeidsparticipatie voor medisch-specialistische richtlijnen (actie: FMS en wetenschappelijke verenigingen ondersteund door KIMS; en NVAB, NVKA, PfN, NVZ, NFU, ZKN, ……).
- ontschotting 'volksgezondheid' en 'arbeid' o.a. door opstellen van een interdepartementaal beleidsprogramma (gericht op afstemming van inhoud, organisatie, regelgeving en bekostiging) en het instellen van een interdepartementale werkgroep (die ook kan dienen als klankbord, kader en aanjager) (actie: SZW)

Bekostiging

Wat betreft de (on)mogelijkheden van bekostiging is de conclusie:

1. Bekostiging van alle aspecten van het ontwikkelde domeinoverstijgende arbeidsgerichte zorgmodel, inclusief klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg, is in alle sectoren en domeinen binnen de bestaande kaders mogelijk (generiek, niet alleen voor oncologie).
2. Wat betreft de sector- en domeinoverstijgende samenwerking vloeien de mogelijkheden voort uit de analogie met de mogelijkheden zoals beschreven in de handreiking van ZiN (Domeinoverstijgende activiteiten vanuit de Zvw). Om toepassing in de praktijk mogelijk te maken is 'vertaling' en formele bestuurlijke legitimering nog nodig.
3. Bekostiging van de klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg (vanuit regionale/academische centra) als integraal onderdeel van de arbeidsgerichte zorg is vanuit de Zvw mogelijk (a)

binnen de medisch-specialistische zorg (DBC-financiering), (b) t.b.v. de eerste lijn (diverse bekostigingsopties o.a. in het kader van ketenzorgfinanciering en consultatie vanuit de 2e/3e lijn) en (c) t.b.v. het arbeidsdomein (bekostiging van consultatie vanuit de zorg).
De exploitatie van (klinisch-)arbeidsgeneeskundige centra om de zorg te kunnen organiseren zou, naar analogie van ParkinsonNet, bekostigd kunnen worden op basis van de regeling Algemene Dienstverlening t.b.v. Verzekerde zorg (ADV).
Ook voor de toepassing van de onder 3 genoemde bekostigingsopties is 'vertaling' en formele bestuurlijke legitimering nog nodig.

Nota Bene
Binnen de bestaande kaders is het niet mogelijk om werk(plek)gerichte activiteiten in de zorg vanuit de Zvw te bekostigen. Dat geldt voor kosten van (a) blootstellingsonderzoek op de werkplek en specifieke diagnostische onderzoeken in het kader van beroepsziektediagnostiek en (b) voor onderzoek en advies gericht op (individuele) werkaanpassingen in het kader van re-integratie bij ziekte. Binnen de huidige kaders zijn deze activiteiten expliciet uitgesloten van verzekerde zorg en expliciet de verantwoordelijkheid van de werkgever op grond van de Arbowet.

Toepassing van de onder 1 tot 3 genoemde bekostigingsmogelijkheden wordt nog gehinderd door het bestaan van praktische knelpunten, die deels voortkomen uit systeemproblemen:

- In de bestaande situatie kan een klinisch arbeidsgeneeskundige (KAG) dus bekostigd worden vanuit de DBC voor medisch-specialistische zorg, maar de KAG kan niet zelf een DBC openen. Om activiteiten op een DBC te kunnen registreren, moet die door een medisch /verpleegkundig specialist (of physician assistant) geopend worden. In de AYA-zorg is gebleken dat hierdoor een drempel ontstaat voor verwijzing naar deze zorg in de academische centra vanuit de perifere ziekenhuizen.
  Conclusie
  Deze problematiek vraagt om gezamenlijke actie vanuit dit project met het AYA Zorgnetwerk en NVKA richting NZa en ZiN om te komen tot een proefproject voor het slechten van deze barrière.
- DBC-bekostiging is primair gebaseerd op het medisch model (diagnose-behandeling i.e.z.) en niet goed passend (en met 'perverse' prikkels) voor 'contextgerichte' en waardegedreven zorg (biopsychosociaal model). Bekostiging van arbeidsgerichte zorgactiviteiten door professionals in het behandelteam voor medisch-specialistische zorg, inclusief de klinisch arbeidsgeneeskundige, moet i.p. plaatsvinden binnen de bestaande budgetten, die uitkomst zijn van contractafspraken tussen ziekenhuis (en 'medisch bedrijf') en de preferente zorgverzekeraar. Dat leidt tot (vrees voor) verdringing van financiële ruimte voor bestaande zorgactiviteiten en tot weerstand bij de medisch specialisten (o.a. in verband met inkomstenderving in geval van medisch specialisten in maatschapsverband). Dit betekent een rem op besteding van tijd van medisch specialisten en verpleegkundigen aan arbeidsgerichte activiteiten en op verwijzen naar/ inschakelen van een KAG.
  Conclusie
  De paradigma-verschuiving van medisch naar biopsychosociaal model en van 'ziekte en zorg' naar 'gezondheid en gedrag', gekoppeld aan ontwikkelingen richting 'passende zorg', 'samen beslissen', 'waardegedreven zorg' en positieve gezondheidszorg vraagt om een ander bekostigingsmodel dan de huidige DBC-bekostiging (zie ook rapporten van o.a. Nivel). Op de

korte termijn kan het remmend effect van de DBC-bekostiging verminderd worden door (een combinatie van) invoering van een geoormerkt deel voor arbeidsgerichte/ klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg binnen DBC's en/of invoering van arbeidsgerichte kwaliteitsindicatoren binnen contractafspraken tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder (waarop door NZa en IGJ dan wel gehandhaafd moet worden).

- De vrees voor kostenverhoging door implementatie van arbeidsgerichte zorg in de zorg leidt tot (begrijpelijke) weerstand van belanghebbende partijen in de gezondheidszorg. De suggestie dat kostenverhoging gecompenseerd zou moeten worden vanuit het arbeids- en sociale verzekeringsdomein, omdat daar de grootste baten vallen, stuit op (eveneens begrijpelijke) weerstand bij belanghebbenden in dit domein. Werkgevers beroepen zich op hun al aanzienlijke bijdrage aan de financiering van de gezondheidszorg en het feit dat ze daarvoor niet de zorg krijgen die werkend en ondernemend Nederland nodig heeft. Tegelijkertijd wordt door stakeholders uit de verschillende domeinen en op verschillende niveaus breed erkend dat arbeidsgerichte zorg voor werk(zoek)ende patiënten, de kwaliteit van de zorg en de maatschappij als geheel een verbetering betekent en dat de baten op het niveau van de BV Nederland de kosten zullen overstijgen.

  <u>Conclusie</u>

  Er is sprake van een patstelling die implementatie van arbeidsgerichte zorg in hoge mate belemmert en daarmee het algemeen belang schaadt. De schotten tussen 'volksgezondheid' en 'arbeid' liggen ten grondslag aan deze patstelling. Voor de noodzakelijke oplossing op macroniveau is interdepartementale samenwerking en politieke besluitvorming nodig. Het is belangrijk om in deze besluitvorming ook de bekostiging van werk(plek)gerichte activiteiten in het kader van arbeidsgerichte zorg te betrekken.

Hoe verder?

Aan het eind van fase 3 zal als eindresultaat een zover mogelijk uitgewerkt implementatieplan opgeleverd worden. Uitgesproken is dat daarna nog een vervolg nodig is in de vorm van een groep betrokkenen, naar voorbeeld van de IZA-/AZWA-tafel, die bij elkaar blijven komen om te bespreken hoe de plannen doorgezet en op de agenda gehouden kunnen worden. De partijen die in de stuurgroep vertegenwoordigd zijn hebben uitgesproken dat ze beschikbaar zijn om daaraan bij te dragen en hun netwerk in dat kader te willen benutten.

Referenties

1. NVKA, NVAB en FMS. Naar een arbeidsgericht zorgmodel (Oncologie) - Rapport Fase 1: Verkenning en Onderzoek. https://www.nvka.nl/zorgmodel/2025.
2. AZWA; ActiZ DNg, Federatie Medisch Specialisten (FMS), GGD GHOR Nederland, InEen, Landelijke , Huisartsenvereniging (LHV) M, De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Vereniging , van Ziekenhuizen (NVZ) PN, Sociaal Werk Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten , (VNG) VVNVV, Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Zorgverzekeraars , Nederland (ZN) ZMbvIGeJI, Nederlandse Zorgautoriteit , Nederland NehZ. Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord. https://openoverheidnl/documenten/08462f05-243d-4da4-898b-6473808011ca/file2025.
3. Nederlands Zorginstituut. Standpunt Medisch-Specialistische Revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. 2023.
4. SIRM. Kosten en baten arbocuratieve zorg - onderzoek op basis van praktijkvoorbeelden. https://www.sirm.nl/docs/Publicaties/Eindrapport.pdf?v=17321791842024
5. KNMG. KNMG-visiedocument Zorg die werkt Naar een betere arbeidsgerichte medische zorg voor (potentieel) werkenden. 2017.
6. RIVM, Vilans en NiVEL. Kennissynthese - Juiste Zorg Op de Juiste Plek. https://www.zorgakkoorden.nl/documenten/publicaties/2024/kennissyntheses-jzojp-2024.pdf-ii.pdf2024.
7. NiVEL. Kennissynthese bekostigingsmodellen voor domeinoverstijgende initiatieven in de zorg - In het kader van de Juiste Zorg Op de Juiste Plek-kennisagenda. https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004533.pdf2024.
8. Zorginstituut Nederland. Handreiking domeinoverstijgende activiteiten vanuit de Zvw. https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2023/09/12/handreiking-domeinoverstijgende-activiteiten-vanuit-de-zvw2023.
9. Nederlandse Diabetes Federatie. Zorgstandaard. Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. https://www.vzinfo.nl/publicaties/ndf-zorgstandaard-transparantie-en-kwaliteit-van-diabeteszorg-voor-mensen-met-diabetes2007.
10. ZonMw programma Diseasemanagement chronische ziekten ZORGSTANDAARDEN IN MODEL - Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten. https://www.zonmw.nl/sites/zonmw/files/typo3-migrated-files/Rapport_Zorgstandaarden_in_model_februari_2010.pdf; 2010.
11. Gezondheidsraad. Nacontrole in de oncologie. Doelen onderscheiden, inhoud onderbouwen. https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2007/03/27/nacontrole-in-de-oncologie.-doelen-onderscheiden-inhoud-onderbouwen2007.
12. Valentijn P. Zorgnetwerken die werken: De sleutel tot betere uitkomsten. . Essenburgh Group, 2019. ISBN 978-90-828349-2-5
13. (WHO) WHO. World Health Organisation definition of Palliative Care (2002). https://palliativecarensw.org.au/wp-content/uploads/2022/02/WHO-and-new-consensus-definition-of-PC.pdf2020.
14. Leytens J, Wagner C. Criteria voor goede richtlijnen en protocollen in de verpleging en verzorging. Verpleegkunde:. 2000;15(4):193-200.
15. (IKNL) IkN. Psychosociale zorg onlosmakelijk onderdeel oncologisch behandeltraject. https://iknl.nl/nieuws/2015/psychosociale-zorg-onlosmakelijk-onderdeel-oncolog2022.
16. Federatie Medisch Specialisten. Richtlijnendatabase. https://richtlijnendatabase.nl/.
17. CBO. Landelijk actieprogramma zelfmanagement (LAN). 2011.