

**FAQ: Facultatieve prestaties voor digitale zorg binnen MSZ**  
*Op basis van het Webinar vragenuurtje Facultatieve prestatie, 12 november 2021*

**Wat is een facultatieve prestatie?**

De facultatieve prestatie biedt zorgaanbieders van medisch-specialistische zorg en zorgverzekeraars de mogelijkheid om lokale knelpunten aan te pakken. Knelpunten die niet of niet eenvoudig met reguliere landelijke prestaties (dbc's) op te lossen zijn of waar een reguliere prestatie niet de juiste oplossing is. De facultatieve prestatie kan alleen aangevraagd worden voor reeds bestaande zorg.

**Is er een actueel overzicht van aangevraagde en goedgekeurde facultatieve prestaties?**

Ja, op de [website van de NZa](#) staat een overzicht van ingediende en goedgekeurde aanvragen.

**Hoe wordt de facultatieve prestatie gefactureerd?**

Het facturatieproces voor facultatieve prestaties is gelijk aan het facturatieproces van reguliere OZP's.

**Mag een reguliere DBC parallel lopen aan een facultatieve prestatie?**

Ja, een DBC en facultatieve prestatie kunnen naast elkaar bestaan. Het is alleen niet toegestaan om zorg dubbel in rekening te brengen. Het kan wel voorkomen dat de facultatieve prestatie aanvullend is op zorg die via DBC zorgproducten gedeclareerd wordt en kosten bevat die niet in deze zorgproducten zitten.

**Zorgt de facultatieve prestatie voor meer inkomsten en lost het het probleem van onderdekking op?**

Dat hangt af van de afspraken over het tarief die worden gemaakt tussen de verzekeraar en zorginstelling.

**Hoe wordt het juiste tarief voor een facultatieve prestatie bepaald?**

Alle facultatieve prestaties hebben een vrij tarief. Dat betekent dat het tarief voor een facultatieve prestatie door zorgaanbieders en zorgverzekeraars in onderling overleg wordt afgesproken. Deze tarieven zijn in principe niet openbaar.

**Wat is de looptijd van de facultatieve prestatie? Registreer je die maandelijks of elke 120 dagen?**

De looptijd kunnen verzekeraar en zorginstelling in overleg zelf bepalen. De NZa laat vrij welke declaratietermijn je gebruikt.

**Heeft de toekenning van een facultatieve prestatie invloed op de vergoedingen van de DBC's?**

De zorgaanbieder en de verzekeraar maken hier afspraken over. Na de prijsafspraken voor de nieuwe facultatieve prestatie, kan worden gemonitord wat er gebeurt met de kosten van reguliere producten en of de zorgprofielen voor deze DBC's vergelijkbaar blijven.

**Hoe voorkomen we dat ziekenhuizen separaat van elkaar facultatieve prestaties gaan aanvragen voor dezelfde aandachtsgebieden?**

Op de website van de NZa staat vermeld welke aanvragen zijn ingediend en welke aanvragen zijn vastgesteld en goedgekeurd. Het is dus handig [deze website](#) te bezoeken alvorens met een aanvraag-traject te starten.

### **Zorgt een facultatieve prestatie voor de extra financiële middelen als het plafond niet wordt opgehoogd?**

Nee, een facultatieve prestatie zorgt niet automatisch voor extra financiële middelen. Afspraken tussen een zorgaanbieder en zorgverzekeraar over een facultatieve prestatie zullen in principe binnen de overeengekomen plafondruimte van de aanbieder worden gerealiseerd. De facultatieve prestatie dient immers voor het (lokaal) anders bekostigen van bestaande zorg. Partijen hebben uiteraard wel de vrijheid om ook boven het overeengekomen omzetplafond afspraken te maken over bijvoorbeeld de vergoeding van een facultatieve prestatie. In zo'n geval zal het plafond worden opgehoogd. Het zal in een concrete situatie vooral van de bereidheid van de zorgverzekeraar afhangen of het eerder overeengekomen omzetplafond wordt verhoogd.

### **Is het mogelijk een facultatieve prestatie door andere zorginstellingen te contracteren?**

Ja, de facultatieve prestatie is te extrapoleren. Op het moment dat de NZa een beschikking vaststelt, kan iedereen deze gebruiken. Hier dienen dan wel door de andere instellingen afspraken over te worden gemaakt met verzekeraars. Zowel over het gaan werken met de facultatieve prestatie als bijvoorbeeld over het tarief en declaratietermijnen.

### **Op welke manier is een facultatieve prestatie naar andere ziektebeelden/aandoeningen te vertalen?**

De toegekende facultatieve prestaties bevatten elk eenzelfde vaste omschrijving voor monitoring op afstand voor zes verschillende ziektebeelden. Vervolgens kan deze per ziektebeeld voor verschillende aanbieders op maat worden gemaakt, waarbij bijvoorbeeld rekening kan worden gehouden met verschillen in monitorings-intensiteit en kosten van leveranciers.

### **Wat is de rol van de facultatieve prestatie in relatie tot reguliere bekostiging?**

Op dit moment is de NZa met partijen aan het onderzoeken hoe de rol van telemonitoring aangepast kan worden in de reguliere bekostiging. Het voordeel van de facultatieve prestatie is dat je als zorgaanbieder en zorgverzekeraar lokale maatwerkafspraken met elkaar kunt maken. Tegelijkertijd wil je voorkomen dat er steeds op microniveau overlegd moet worden. De huidige facultatieve prestaties zijn zinvolle input voor de aanpassingen in de reguliere bekostiging. De NZa monitort alle vastgestelde facultatieve prestaties om te kijken of deze landelijk gebruikt worden en of er dus een aanpassing van de reguliere bekostiging noodzakelijk is.

### **Is het ook mogelijk om de prestatie vanuit de eerste lijn aan te vragen?**

Deze FAQ heeft betrekking op de facultatieve prestatie binnen de medisch-specialistische zorg. Binnen diverse sectoren binnen de eerste lijn bestaat de mogelijkheid tot het aanvragen van een facultatieve prestatie. De NZa verkent momenteel de mogelijkheden van een domeinoverstijgende betaaltitel. Het gaat om een aanvullende mogelijkheid voor (lokaal) maatwerk voor het samen, over verschillende schotten heen, leveren van zorg. Daarover zijn we met experts vanuit onder meer het ministerie van VWS, het Zorginstituut, zorgverzekeraars, kennisinstututen en de NZa. De NZa bracht hier begin vorige zomer al een advies over naar buiten.

### **Wat betekent dit voor centraal en regionaal georganiseerde telemonitoring centra?**

De facultatieve prestatie MSZ is bedoeld voor bilaterale afspraken tussen een zorgverzekeraar en zorginstelling. De kosten voor een regionaal regiecentrum kunnen dan in geval van een contractafpraak tussen het centrum en de zorginstelling als kosten worden meegenomen in de opbouw van het tarief voor de facultatieve prestatie.

### **Vanaf 1 januari 2019 is het mogelijk om naast een zorgactiviteit voor telemonitoring ook andere handelingen vast te leggen. Vaak gaat het hier om herhaalconsulten. Hierdoor leidt deze zorg af tot een declarabel product. Wat is de toegevoegde waarde van de facultatieve prestatie ten opzichte van die situatie?**

De inhoud van de facultatieve prestatie is nu sec de telemonitoring zelf. Als op basis van die waarden een consult met een specialist nodig is, dan kan dat gedeclareerd worden volgens de bestaande systematiek en resulteert dit in een DBC waarbij de facultatieve prestatie als een soort toeslag te zien is op het traject wat de patiënt sowieso al doorloopt en wat gedeclareerd wordt. Voor 2023 wordt er voor de reguliere systematiek gewerkt aan een add- on voor telemonitoring. Koepels van aanbieders, zorgverzekeraars en specialisten werken aan een handreiking met inclusie en exclusie criteria.

### **Zijn er ook specifieke inclusiecriteria afgesproken voor diverse doelgroepen?**

Bij de facultatieve prestaties die inmiddels zijn goedgekeurd is besloten om geen inclusiecriteria te vermelden. De beslissing over wie geschikt is voor telemonitoring ligt bij de arts. De facultatieve prestatie moet wel zorg betreffen die onder supervisie van de medisch specialist valt. Het is belangrijk om eerst het zorgpad inclusief inclusiecriteria uit te denken en ook wie welke rol heeft in bijvoorbeeld het beoordelen van vitale waarden. Dergelijke keuzes zijn van invloed op de kosten van telemonitoring. Het is dus belangrijk dergelijke zaken eerst uit te denken alvorens te starten met het bepalen van de juiste financieringsvorm en het in kaart brengen van de kosten van deze nieuwe manier van zorg verlenen. Het [stappenplan contractering](#) en [toolkit slim organiseren](#) van het Vliegwieltje kan hierbij helpen.

### **Hoe lang duurt het proces van aanvragen en toekennen van een facultatieve prestatie?**

Het aanvraagproces van de eerste facultatieve prestaties nam enkele maanden in beslag. Daarmee ligt er nu een algemene omschrijving van monitoring op afstand, waardoor het naar verwachting eenvoudiger wordt om een nieuwe facultatieve prestatie toe te voegen voor een nieuwe aandoeningsgroep. De NZa streeft ernaar om een navraag, indien compleet, binnen 4 tot 6 weken af te handelen. Voordat een aanvraag ingediend wordt, hebben aanbieder en verzekeraar dit uitgebreid besproken. Dit kost uiteraard ook de nodige tijd.

### **Via onderstaande links is meer informatie over facultatieve prestaties en bekostiging digitale zorg te vinden:**

- [Informatie over de facultatieve prestatie msz](#)
- [Facultatieve prestatie msz aanvragen | Medisch-specialistische zorg | Nederlandse Zorgautoriteit \(nza.nl\)](#)
- [Wegwijzer bekostiging digitale zorg](#)
- [Stappenplan contractering](#)
- [Factsheet financieringsmogelijkheden](#)
- [Model business case telemonitoring](#)
- [De regelgeving van de NZa, te weten: de artikelen 1 onderdeel p, 7, 12 en 12a van de Beleidsregel prestaties en tarieven msz en de artikelen 1 onderdeel n, 34 lid 4, 37 lid 1 onderdeel a, van de Regeling msz.](#)
- [Advies: Verkenning sectoroverstijgende betaaltitel Zvw-Wlz](#)