



# Bekostiging tolken in de huisartsenzorg

Adviesrapport naar aanleiding van adviesaanvraag Ministerie van VWS



12 november 2024

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Samenvatting</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Aanleiding</b>	<b>8</b>
2.1	Adviesaanvraag	9
2.2	Proces	10
<b>3</b>	<b>Bekostiging tolken binnen huisartsenzorg</b>	<b>11</b>
3.1	Bekostiging huisartsenzorg en bekostigingsmogelijkheden tolken	11
3.1.1	Huidige bekostiging via Achterstandsfondsen	11
3.1.2	Alternatieve bekostigingsmogelijkheid via Segment 1	17
3.1.3	Alternatieve bekostigingsmogelijkheid via Segment 2	19
3.1.4	Alternatieve bekostigingsmogelijkheid via Segment 3	21
3.1.5	Alternatieve bekostigingsmogelijkheid via Prestaties buiten segmenten	21
3.2	Uitvoeringsconsequenties O&I-prestatie Segment 2	22
3.3	Uitvoeringsconsequenties Toeslagprestatie Segment 1	26
3.4	Gevolgen alternatieve bekostigingsmogelijkheden voor budget	29
3.5	Conclusie alternatieve bekostigingsmogelijkheden huisartsenzorg	30
<b>4</b>	<b>Sectoroverstijgende bekostiging</b>	<b>33</b>
4.1	Motivaties geconsulteerde partijen en randvoorwaarden	33
4.2	Schets sectoroverstijgende bekostigingsopties (Zvw)	35
4.2.1	Bestaande O&I-prestatie of nieuwe RESV-prestatie voor tolken in de eerste lijn	35
4.2.2	Toeslagprestatie voor eerstelijns sectoren binnen de Zvw	36
4.2.3	Prestatie Algemene Diensten ten behoeve van verzekerde Zorg (ADZ)	37
4.2.4	Aparte aanspraak buiten reikwijdte Wmg	38
4.3	Afwegingen vervolg	39
4.4	Vervolg sectoroverstijgende bekostiging	39

# 1 Samenvatting

De inzet van tolken kan in bepaalde gevallen op grond van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) randvoorwaardelijk zijn in de communicatie tussen zorgprofessional in de huisartsenpraktijk en patiënt om kwalitatief goede zorg te leveren. Voor een gelijkwaardige toegankelijkheid van zorg voor kwetsbare patiënten door een combinatie van ziekte en het niet voldoende spreken van de Nederlandse taal is de inzet van tolken van groot belang. In dit rapport lichten we om deze reden toe dat we het wenselijk vinden om voor de korte termijn voor de huisartsenzorg de huidige bekostiging via de regionale Achterstandsfondsen in stand te houden. Dit is echter geen structurele oplossing voor de langere termijn. Voor de langere termijn adviseren we om deze reden de mogelijkheden voor een sectoroverstijgende oplossing voor de bekostiging van een tolkenvoorziening (met een focus op zorgaanbieders in de eerste lijn) nader te onderzoeken.

In 2012 werd de op dat moment domeinoverstijgende subsidie voor tolken door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) afgeschaft. Sindsdien hebben de 16 regionale Achterstandsfondsen voor de huisartsenzorg de verantwoordelijkheid op zich genomen om tolken in te kopen en beschikbaar te stellen aan (een deel van de) huisartsen. In oktober 2021 is in de Tweede Kamer een motie aangenomen, waarbij is verzocht om de voor- en nadelen en praktische uitvoerbaarheid voor zorgverleners en zorgaanbieders van de verschillende vormen van bekostiging van tolken te onderzoeken. Uit het opvolgende rapport Tolken in de zorg: een overzicht van huidige inzet, financiering en knelpunten uit 2022 is gebleken dat in sommige zorgsectoren, waaronder de huisartsenzorg, knelpunten worden ervaren bij (de bekostiging van) de inzet van professionele tolken door zorgaanbieders. Hierna zijn in juni 2023 verschillende moties in de Tweede Kamer aangenomen, waarbij is gevraagd om een bekostiging van tolken voor de huisartsenzorg en een bekostiging van tolken voor de gehele Zorgverzekeringswet verder te onderzoeken.

Vervolgens heeft VWS in mei 2024 een adviesaanvraag aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gericht. Hierin is verzocht om alternatieve richtingen ten opzichte van de Achterstandsfondsen in de bekostiging van tolken binnen de huisartsenzorg en de daarbij horende uitvoeringsconsequenties te onderzoeken. Belangrijke criteria voor toekomstige bekostigingsopties zijn voor VWS weinig tot geen administratieve lasten voor de individuele huisartsen en draagvlak bij betrokken partijen. Als NZa zien we aanvullend als belangrijke afwegingen of er overeenstemming bestaat over de kaders en richtlijnen voor het wel of niet inzetten van een tolk, bij welke partij het wenselijk is de verantwoordelijkheid voor de inkoop van tolken te beleggen (bij de individuele huisarts, bij regionale huisartsenorganisaties (RHO's), bij toekomstige regionale eerste lijns samenwerkingsverbanden (RESV's) of direct bij zorgverzekeraars) en of er voor meerdere sectoren in de eerste lijn een aanvullende bekostigingsmogelijkheid voor tolken nodig is. Besluitvorming hieromtrent is van invloed op de keuze voor een alternatieve bekostigingsoptie.

## *Tolken momenteel geen zelfstandig te verzekeren prestatie binnen de Zorgverzekeringswet*

Het leveren van kwalitatief goede zorg impliceert dat de zorgverlener en de patiënt goed met elkaar kunnen communiceren in een voor beiden begrijpelijke taal. Tegelijkertijd is door het Zorginstituut in 2020 in Tolkvoorziening voor anderstaligen in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg het standpunt ingenomen dat een tolkenvoorziening niet als een zelfstandig te verzekeren prestatie kan worden gezien binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het betreft geen geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden. Echter zal wel – als het voor goede zorg noodzakelijk is om een tolk in te schakelen – met de noodzakelijke kosten daarvan rekening gehouden dienen te worden in de bekostiging. Vanwege bekostigingsproblemen voor tolken in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de eerstelijns verloskunde en kraamzorg zijn respectievelijk in

2021 en 2022 in deze sectoren door de NZa toeslagprestaties voor tolken geïntroduceerd die in combinatie met een consult door de zorgverlener gedeclareerd kunnen worden. Doordat een tolkenvoorziening geen zelfstandig te verzekeren prestatie is en een tolk geen zorgaanbieder is op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is het niet mogelijk om hiervoor een zelfstandig te declareren prestatie voor een zorgaanbieder op grond van de Wmg in te voeren. Bij het verkennen van de verschillende bekostigingsmogelijkheden is dit een belangrijk uitgangspunt.

#### *Uitvoeringsconsequenties bekostigingsmogelijkheden – Achterstandsfondsen*

De Landelijke Organisatie van Achterstandsfondsen geeft aan dat de tolkentelefoon via de Achterstandsfondsen niet voor alle huisartsen is bedoeld. Achterstandsfondsen hebben beperkte budgetten die bedoeld zijn voor de huisartsen in wijken waarbij sprake is van verhoogde achterstandsproblematiek. Ook behoort de inzet van tolken volgens de Landelijke Organisatie van Achterstandsfondsen niet tot de taken van de Achterstandsfondsen. Toch hebben Achterstandsfondsen in meerdere regio's de tolkdienst ook beschikbaar gemaakt voor huisartsen die werkzaam zijn in wijken waarbij geen sprake is van verhoogde achterstandsproblematiek. Tegelijkertijd wordt ook aangegeven dat de budgetten te laag zijn voor Achterstandsfondsen bij een groeiend volume aan inzet van tolken. Toenemende kosten maken de urgentie de bekostiging te wijzigen voor Achterstandsfondsen hoog. De uitgaven aan de tolkentelefoon gaan nu ten koste van de middelen die ze beschikbaar hebben voor wijken waarbij sprake is van verhoogde achterstandsproblematiek. Wanneer niet alle huisartsenpraktijken (in voldoende mate) gebruik kunnen maken van een tolkentelefoon, bestaat er een risico voor de toegankelijkheid van de zorg. Hiermee komen de Achterstandsfondsen niet naar voren als structurele oplossing voor de langere termijn. Achterstandsfondsen kunnen niet worden gedwongen om deze rol op zich te blijven nemen. Tegelijkertijd zijn de administratieve lasten voor huisartsen op dit moment laag, omdat ze slechts een nummer hoeven te bellen.

#### *Alternatieve bekostigingsmogelijkheden binnen de huisartsenzorg*

We hebben verschillende alternatieve bekostigingsmogelijkheden binnen de huisartsenzorg besproken met de landelijke organisatie van Achterstandsfondsen, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH), Ineen, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Patiëntenfederatie. De opties die technisch mogelijk zijn en die we verder onderzocht hebben zijn:

- optie a: een toeslagprestatie gekoppeld aan de consultprestaties van huisartsen op basis van een tijdseenheid in segment 1;
- optie b: de mogelijkheid voor partijen om de tolkeninzet als lumpsumonderdeel van één van de Organisatie en Infrastructuur (O&I) prestaties in segment 2 (bijvoorbeeld O&I regiomanagement) te contracteren.

Bij optie a ligt de verantwoordelijkheid van de inkoop en declaratie bij de huisartsenpraktijk (optie a1) of bij de RHO (optie a2). Bij optie b ligt deze bij de RHO. Optie a1 is in lijn met bestaande (tijdelijke) bekostigingsmogelijkheden in de eerstelijns verloskunde en kraamzorg en ggz. Een nieuwe specifieke O&I prestatie in segment 2, zoals aangedragen door VWS, blijkt niet passend, omdat dit het beleid van de NZa doorkruist om aan de bestaande O&I prestaties voor kleine onderdelen geen separate prestaties toe te voegen, zodat de integraliteit van de prestaties behouden blijft.

#### *a) Uitvoeringsconsequenties bekostigingsmogelijkheden – via een toeslagprestatie in segment 1*

Een toeslagprestatie in segment 1 wordt gekoppeld aan de consulten voor huisartsen. Hierbij bestaan twee mogelijkheden: of de huisartsenpraktijk is verantwoordelijk voor de inkoop van tolken en de declaratie bij de zorgverzekeraar (optie a1), of de regionale RHO's nemen voor huisartsenpraktijken de inkoop uit handen en de RHO declareert de toeslagprestatie bij de zorgverzekeraar (optie a2). Een



toeslagprestatie in segment 1 heeft verschillende voordelen: de inzet van tolken is voor alle huisartsen en daarmee alle verzekerden toegankelijk, het is transparant, en het sluit aan bij de bestaande oplossingsrichting binnen de ggz, eerstelijns verloskunde en kraamzorg. Een nadeel van optie a1 is de (verhoogde) administratieve last voor huisartsen (koppelen toeslagprestatie aan consult, inkopen/facturatie van tolkendiensten) in vergelijking tot de huidige bekostiging via de Achterstandsfondsen, en een nog grotere versnippering in inkoop dan via RHO's. De NZa heeft vooralsnog geen signalen ontvangen vanuit zorgverleners over administratieve lasten van de sectoren waarvoor reeds een toeslagprestatie bestaat voor tolken (ggz, eerstelijns verloskunde en kraamzorg). De Patiëntenfederatie heeft daarover wel signalen ontvangen van verloskundigen. Vanuit de branchepartijen van de huisartsenzorg wordt gevreesd voor hoge administratieve lasten bij invoering van bekostiging via een toeslagprestatie in segment 1. Daarmee ontstaat het risico dat huisartsen een drempel ervaren om een tolk in te zetten. De administratieve lasten kunnen mogelijk voor individuele huisartsen verminderd worden bij optie a2 waarbij de inkoop en declaratie van tolken door de RHO's gedaan wordt. Optie a2 heeft als uitvoeringsvraagstukken of een consult en een toeslagprestatie separaat gedeclareerd kunnen worden door respectievelijk een huisartsenpraktijk en de RHO en hoe zorgverzekeraars hier mee omgaan. Hiernaast moet er privacy-technisch nog gekeken worden of het noodzakelijk en proportioneel is om informatie over de patiënt en de datum van het consult uit te wisselen tussen de huisartsenpraktijk en RHO.

#### *b) Uitvoeringsconsequenties bekostigingsmogelijkheden – via de RHO in segment 2*

Een bekostiging van de inzet van tolken via de RHO's is technisch mogelijk, waarbij de RHO's op identieke wijze als die van de Achterstandsfondsen contractuele afspraken maken en betalingen regelen zonder administratieve lasten voor de individuele huisartsenpraktijk. De inzet van tolken zou dan onderdeel worden van één van de bestaande O&I prestaties, waarbinnen een lumpsum afspraak gemaakt kan worden voor alle ingeschreven verzekerden. Het is op dit moment (nog) niet gebruikelijk om in de regelgeving te beschrijven welke precieze taken onderdeel zijn van de O&I omschrijving. Er zijn dan twee mogelijkheden: in de regelgeving wordt omschreven dat een adequate tolkenvoorziening onderdeel *kan* zijn van de O&I prestatie, of een adequate tolkenvoorziening wordt als strikte declaratievoorwaarde opgenomen. De regelgeving zou op de laatste manier een veel verplichtender karakter krijgen dan nu het geval is. Bij een oplossing via de RHO's bestaan verschillende risico's. Op het moment dat niet verplichtend in de regelgeving is opgenomen dat een adequate tolkenvoorziening onderdeel uitmaakt van de O&I prestatie, betekent dit dat de beschikbaarheid van tolken niet in elke regio geborgd is. Dit risico kan mogelijk worden ondervangen door het maken van bestuurlijke afspraken over het borgen van landelijke toegankelijkheid van tolken via O&I prestaties. Hiernaast bestaat in zijn algemeenheid bij een oplossing via een O&I prestatie het risico dat er door verschillend beleid van zorgverzekeraars en RHO's regionaal grote verschillen (zullen) ontstaan in de inzet van tolken en de hoogte van de overeengekomen tarieven. Daarnaast zijn er meer dan 56 RHO's tegenover de 16 regionale Achterstandsfondsen die er nu zijn. Hierdoor versnipperd de inkoop en contractering ten opzichte van de huidige situatie via de Achterstandsfondsen.

#### *Draagvlak alternatieve bekostigingsmogelijkheden huisartsenzorg*

Voor een toeslagprestatie in segment 1 bestaat bij geen van de geconsulteerde partijen draagvlak. Hierbij wordt met name gewezen op de administratieve lasten, al worden deze wel verminderd bij de bekostiging via RHO's (optie a2) volgens de VPH. Ook is er sprake van versnippering in de inkoop volgens de Patiëntenfederatie. Ook de bekostiging via segment 2 kan (vooralsnog) niet rekenen op draagvlak vanuit alle betrokken partijen. Hierbij is er ook sprake van versnippering in de inkoop volgens de Patiëntenfederatie. Ineen geeft aan dat RHO's bereid zijn om een faciliterende rol op zich te nemen bij het aanbieden van tolkenvoorzieningen. Het financiële kader is daarbij nog wel een knelpunt volgens hen. De LHV geeft aan dat een oplossing via de RHO's niet de voorkeur heeft. Ook noemt zij dat indien de bekostiging via de RHO's geregeld wordt (via segment 2), een tolkenvoorziening als strikte

declaratievoorwaarde dient te worden opgenomen. ZN is geen voorstander van een verandering in de bekostigingswijze op korte termijn en krijgt graag eerst meer inzicht in de precieze knelpunten en de omvang daarvan bij de Achterstandsfondsen. Alle partijen geven aan de voorkeur te hebben voor een domeinoverstijgende of sectoroverstijgende bekostiging.

#### *Uitvoeringsconsequenties bekostigingsmogelijkheden – via een sectoroverstijgende oplossing*

Bij de NZa zijn er tegelijkertijd voor verschillende sectoren signalen binnengekomen dat er behoefte is aan bekostiging van tolken, met name ook voor andere sectoren in de eerste lijn (paramedie, apothekerszorg en de wijkverpleging). Ook geven alle geconsulteerde partijen voor dit rapport aan bij voorkeur een sectoroverstijgende oplossing voor de verschillende zorgverleners binnen de gehele Zvw (en door sommigen wordt ook aangegeven voor het gehele sociale domein) te willen. Een belangrijke reden hiervoor is dat het veel capaciteit vraagt en tot fragmentatie leidt om per sector en per aanbieder de inkoop van tolken uit te voeren. Inkoop door een aantal grote zorgverzekeraars leidt mogelijk tot minder fragmentatie.

In dit rapport dragen we voor de lange termijn een aantal te onderzoeken richtingen voor een sectoroverstijgende oplossing aan, waarbij een belangrijke afweging is bij welke partij die verantwoordelijkheid wordt belegd. Zijn dit de RHO's (bekostiging via O&I prestatie), zijn dit toekomstige Regionale Eerstelijns Samenwerkingsverbanden (RESV's), zijn dit individuele zorgaanbieders in de eerste lijn (uniform vormgegeven toeslagprestatie) of zijn dit zorgverzekeraars? Verschillende te onderzoeken richtingen waarbij de zorgverzekeraar verantwoordelijk zou zijn voor de inkoop ten behoeve van de eigen verzekerden zijn: Algemene Diensten ten behoeve van Verzekerde Zorg (ADZ) en een aparte aanspraak binnen de Zvw (uitgezonderd van regulering onder de Wmg). Binnen de looptijd van de adviesaanvraag is het niet mogelijk om volledig uit te zoeken welke uitvoeringsconsequenties en effecten er voor de verschillende zorgsectoren bij de verschillende sectoroverstijgende oplossingen zijn. Het is belangrijk om zicht te houden op een sectoroverstijgende oplossing. Het aanbieden van een tolkenvoorziening zou mogelijk goed passen binnen de ontwikkeling van de Regionale Eerstelijns Samenwerkingsverbanden (RESV's) die in de toekomst een ondersteuningsstructuur zullen bieden voor verschillende zorgaanbieders in de eerste lijn.

Door Ineen, de LHV, de Patiëntenfederatie en ZN is aangegeven dat het wenselijk is dat voor de korte termijn, vooruitlopend op een sectoroverstijgende oplossing, de tolkentelefoon voor alle huisartsen toegankelijk is. De landelijke organisatie van Achterstandsfondsen geeft aan tijdelijk een oplossing te willen blijven bieden aan de huisartsen in wijken met verhoogde achterstandsproblematiek, vooruitlopend op een meer structurelere oplossing op voorwaarde dat met zorgverzekeraars het gesprek gevoerd kan worden over financiële knelpunten en dat er duidelijkheid ontstaat over tijdslijnen voor een structurele oplossing.

#### *Conclusie*

In dit adviesrapport belichten we opties voor bekostiging in de huisartsenzorg via een bestaande O&I prestatie, een toeslagprestatie en sectoroverstijgende bekostiging. Ten opzichte van de huidige situatie is geen van de geschetste alternatieve bekostigingsmogelijkheden binnen de huisartsenzorg ideaal. We adviseren om pas tot besluitvorming ten aanzien van de huisartsenzorg over te gaan op het moment dat de wenselijkheid en mogelijkheden van een sectoroverstijgende oplossing (voor de eerste lijn) verder zijn onderzocht. We raden hierbij aan om ook te onderzoeken of voor de inbedding aangesloten kan worden bij de ontwikkelingen in de eerste lijn met de Regionale Eerstelijns Samenwerkingsverbanden (RESV's) en qua tijdslijnen hier rekening mee te houden.

We achten het wenselijk om, in afwachting van de concretisering van een meer sectoroverstijgende oplossing waar een breed draagvlak voor is, het huidige bekostigingssysteem (waar nodig) financieel extra te laten ondersteunen. Het is hiervoor belangrijk dat zorgverzekeraars en (individuele)

Achterstandsfondsen in overleg treden, zodat voor de korte termijn alle huisartsen toegang kunnen hebben tot een tolkentelefoon.

Het is belangrijk om te beseffen dat het geen vanzelfsprekendheid is dat Achterstandsfondsen een tolkenvoorziening voor huisartsen faciliteren. Er bestaat een risico dat op termijn de tolkenvoorziening voor huisartsen weg valt op het moment dat er geen sectoroverstijgende oplossing komt.

We hopen VWS met dit advies de juiste informatie in handen te geven om een goede keuze te maken over de vervolgstappen voor de bekostiging van tolken in de huisartsenzorg en breder in de eerste lijn. Het is belangrijk om over de beoogde tijdslijnen voor de mogelijke invoer van een sectoroverstijgende oplossing tijdig af te stemmen met Achterstandsfondsen, omdat ze vaak meerjarige contracten hebben lopen met tolkendiensten.

## 2 Aanleiding

Zorgen voor betaalbare en toegankelijke zorg voor elke inwoner van Nederland, nu en in de toekomst, behoort tot de missie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Hierbij is het faciliteren en stimuleren van een passende organisatie van zorg een kernspeerpunt. Communicatie tussen patiënten en zorgverleners is essentieel bij het komen tot passende zorg. Het niet begrijpen van de taal kan er voor zorgen dat aandoeningen over het hoofd worden gezien, dat burgers hierdoor in kwetsbare posities komen, dat patiënten niet samen met hun arts over een behandeling kunnen beslissen, dat er geen sprake is van een vertrouwensband en dat er meer onnodige en onbegrepen consulten plaatsvinden. Om dit te voorkomen, is het in sommige gevallen nodig een professionele tolk in te schakelen om te zorgen voor goede communicatie. Beëdigde tolken staan ingeschreven in het Register beëdigde tolken en vertalers (Rbtv). Deze tolken en vertalers hebben een eed of belofte afgelegd. In aanvulling hierop bestaat een gedragscode die de geldende normen en waarden verwoord.

De inzet van tolken kan, naast inzet van hulpmiddelen voor taal, bijdragen aan passende communicatie. De inzet van tolken kan in individuele gevallen op grond van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) randvoorwaardelijk zijn voor het leveren van goede zorg. In de Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg staat een beoordelingschema die de zorgverlener ondersteunt bij de keuze in welke situatie een tolk nodig is en of dit een professionele of een informele tolk kan zijn. Hiernaast ontwikkelt de Patiëntenfederatie (PF) samen met een tiental organisaties van professionals, patiënten en tolken samen met onderzoekers en methodologen de generieke Richtlijnmodule “Omgaan met taalbarrières in de zorg en het sociaal domein”. Hierin wordt onder meer met een stroomschema ingegaan op de afbakening van situaties wanneer digitale hulpmiddelen en wanneer tolken kunnen worden ingezet.

Op grond van de WGBO en de Wkkgz zijn zorgverleners verantwoordelijk voor het informeren van hun patiënten, geïnformeerde besluitvorming en samen beslissen. Een tolk kan een randvoorwaarde zijn om aan deze verantwoordelijkheid te voldoen, maar dat is niet hetzelfde als verzekerde zorg. Het is aan de zorgverlener om als onderdeel van goede zorg wel of niet een tolkvoorziening te regelen. Door het Zorginstituut is in 2020 in “standpunt Tolkvoorziening voor anderstaligen in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg” het standpunt ingenomen dat een tolkvoorziening niet als een zelfstandig te verzekeren prestatie kan worden gezien binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het betreft geen geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden. Echter zal wel – als het voor goede zorg noodzakelijk is om een tolk in te schakelen – met de noodzakelijke kosten daarvan rekening gehouden dienen te worden in de bekostiging. Op het moment dat zorgverleners een bekostigingsprobleem ervaren, kunnen ze volgens het Zorginstituut de NZa benaderen.

De NZa heeft op grond van de Wmg bevoegdheden om prestaties (met bijbehorende tarieven) vast te stellen. Een belangrijke criterium voor de NZa om prestaties vast te stellen is of er sprake is van een bekostigingsprobleem voor (aanvullend) (verzekerde) zorg. Om de inzet van tolken in de bekostiging te ondersteunen voor die situaties waarin het inschakelen van een tolk noodzakelijk is om goede zorg te verlenen, heeft de NZa in het verleden, na de afschaffing van een landelijke subsidie voor tolken in 2012, (tijdelijke) toeslagprestaties vastgesteld voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) (2022) en de eerstelijns verloskunde en kraamzorg (2023). De motivatie voor het introduceren van deze toeslagprestaties was dat de inzet van tolken scheef verdeeld was over zorgaanbieders, waardoor de kosten minder goed konden worden meegenomen in gemiddelde tarieven. De NZa heeft hierbij gekozen



voor een toeslagprestatie die gedeclareerd kan worden in combinatie met een consult, die enkel gedeclareerd kan worden door een zorgverlener en die hiermee geen apart te verzekeren prestatie is.

Binnen de huisartsenzorg worden de kosten en organisatie van de inzet van tolken op dit moment voor een groot deel opgevangen door de regionale Achterstandsfondsen en daarmee bekostigd vanuit de middelen van zorgverzekeraars. Hiernaast zitten deze kosten mogelijk gedeeltelijk verdisconteerd in de huidige consulttarieven. Deze kosten zijn echter in het verleden niet specifiek in kostprijsonderzoeken uitgevraagd. Via een aangenomen motie van de Tweede Kamer is de regering in juni 2023 verzocht met een oplossing te komen voor de huidige ervaren bekostigingsproblemen rondom de inzet van tolken in de huisartsenzorg door vaststelling van een aparte prestatie of door een bredere inzet van het Achterstandsfonds. Ook is tegelijkertijd een motie aangenomen om te onderzoeken of – en zo ja, hoe – een algehele prestatie voor de inzet van tolken in de zorg op de lange(re) termijn binnen de Zvw<sup>1</sup> mogelijk kan worden.

## 2.1 Adviesaanvraag

In mei 2024 ontving de NZa een adviesaanvraag van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Deze adviesaanvraag komt voort uit 1) de door VWS ontvangen signalen over knelpunten bij de bekostiging van de inzet van tolken in de huisartsenzorg, 2) de motie van Kamerleden Paulusma (D66), Ceder (CU) en Westerveld (GL/PvdA) in juni 2023 die vraagt om tot een oplossing te komen voor de verbeterde inzet van tolken in de huisartsenzorg en 3) de constatering dat de inzet vanuit de Achterstandsfondsen geen structurele oplossing biedt. VWS heeft de NZa om die redenen in mei 2024 gevraagd een advies uit te brengen over de bekostigingsmogelijkheden van de inzet van tolken binnen de huisartsenzorg. VWS gaat in deze adviesaanvraag in eerste instantie uit van een bekostiging via de Regionale Huisartsenorganisaties (RHO's).

Het uitgangspunt zoals beschreven in de adviesaanvraag van VWS is dat de verantwoordelijkheid voor het borgen van een tolkenvoorziening ligt bij een RHO en dat bij deze oplossingsrichting de RHO afspraken maakt met een tolkenaanbieder of intermediair. De huisarts<sup>2</sup> kan vervolgens een tolk bellen waarna de rekening van de tolkenaanbieder naar de RHO wordt gestuurd en de RHO deze declareert. Dit zou volgens de adviesaanvraag betekenen dat de huisarts geen aanvullende administratie en facturatie hoeft te doen. In paragraaf 3.1.3 gaan we verder in op deze bekostigingsmogelijkheid.

De adviesaanvraag van VWS richt zich sec op de bekostiging van de inzet van tolken in de huisartsenzorg, waarbij wordt uitgegaan van een bekostiging via de RHO's. De NZa wordt ook gevraagd om alternatieve bekostigingsopties te bezien, waarbij deze oplossingen moeten passen binnen de eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de NZa, de bekostigingssystematiek van de huisartsenzorg en geen extra administratieve belasting zijn voor huisartsen. Daarnaast dient de oplossing doelmatig te zijn en op draagvlak te kunnen rekenen van alle betrokken partijen. Ook verzoekt VWS de (rand)voorwaarden te schetsen zodat op termijn de bekostiging via de RHO's of de alternatieve bekostiging voor de huisartsenzorg ook breed beschikbaar zou kunnen worden gesteld voor de overige aanbieders in de eerste lijn. Dit sluit aan bij de verschillende signalen die bij de NZa zijn binnengekomen

<sup>1</sup> De inzet van tolken voor asielzoekers die zorg nodig hebben, valt buiten de reikwijdte van de genoemde moties. Bij asielzoekers kunnen tolken worden ingeschakeld via Acolad en gaan de kosten rechtstreeks naar het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA). Binnen de reikwijdte van de Zorgverzekeringswet gaat het om de inzet van tolken voor mensen die (reeds) kort of al langere tijd werken en/of wonen in Nederland, en voor wie de inzet van tolken randvoorwaardelijk is voor het leveren van kwalitatief goede en toegankelijke zorg.

<sup>2</sup> Als we spreken van huisartsen bedoelen we daar ook andere zorgverleners uit de huisartsenpraktijk mee. Toegang tot een tolk is namelijk voor alle medewerkers van de huisartsenpraktijk van belang.

met betrekking tot de bekostiging van de inzet van tolken die (veelal) op de kosten van kleinschalige praktijken in de eerste lijn kunnen drukken (zie hoofdstuk 4).

## 2.2 Proces

De NZa heeft bilaterale consultaties gehouden met branchepartijen van huisartsen (LHV en VPH), georganiseerde eerste lijn (InEen) die de RHO's vertegenwoordigt, zorgverzekeraars (ZN), de Patiëntenfederatie (PF), de Achterstandsfondsen (AF) en het Zorginstituut (ZIN). Daarin zijn verschillende alternatieve bekostigingsmogelijkheden voorgelegd en gevraagd naar de ervaringen met de huidige bekostiging via de Achterstandsfondsen. De alternatieve bekostigingsmogelijkheden zijn ook bekeken in samenhang met andere trajecten, zoals Versterking Organisatie Eerstelijns (VOE).

In dit rapport beschrijven we hoe de inzet van tolken anders bekostigd zou kunnen worden in de huisartsenzorg. Hiernaast gaan we in op de motivaties die verschillende geconsulteerde partijen noemen om tot een sectoroverstijgende oplossing te komen voor de bekostiging van de inzet van tolken binnen de Zvw, met hierbij een focus op de verschillende zorgsectoren in de eerste lijn. Aan de hand van de vragen die door VWS in de adviesaanvraag zijn gesteld is vervolgens voor de verschillende bekostigingsmogelijkheden omschreven welke uitvoeringsconsequenties er bestaan op de volgende terreinen: administratieve lasten, inkoop, toegankelijkheid, overige uitvoeringsconsequenties, doelmatigheid en budgettair kader, rechtmatigheid en fraude. Op basis daarvan wegen we de verschillende bekostigingsmogelijkheden binnen de huisartsenzorg.

Een conceptversie van dit adviesrapport is gedurende een bijeenkomst geconsulteerd bij de genoemde partijen, met VWS als toehoorder. De input die daar is opgehaald is verwerkt in de definitieve versie van het adviesrapport.

# 3 Bekostiging tolken binnen huisartsenzorg

In dit hoofdstuk lichten we in 3.1 de huidige bekostiging van de tolkenvoorziening in de huisartsenzorg via de Achterstandsfondsen toe en schetsen we aan de hand van het bekostigingsmodel van de huisartsenzorg opties om de tolkenvoorziening anders te bekostigen. We hebben hiermee in opdracht van VWS onderzocht of er een oplossing binnen de huisartsenbekostiging bestaat, ook al denken we dat het wenselijk is om een sectoroverstijgende oplossing te onderzoeken alvorens tot besluitvorming over te gaan. Voor de geschetste bekostigingsopties in de huisartsenzorg beschrijven we de uitvoeringsconsequenties in 3.2 en 3.3. Vervolgens bespreken we de budgettaire consequenties van deze alternatieve bekostigingsmogelijkheden in 3.4. Tot slot wegen we in 3.5 de alternatieve bekostigingsmogelijkheden en geven wij een advies voor vervolgstappen om tot besluitvorming te komen voor de toekomst van de bekostiging van tolken in de huisartsenzorg en de eerste lijn.

## 3.1 Bekostiging huisartsenzorg en bekostigingsmogelijkheden tolken

In 2015 is het huidige bekostigingsmodel voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg geïntroduceerd. Het bekostigingsmodel bestaat uit drie segmenten, waarbij ieder segment zijn eigen kenmerken heeft. In 3.1.2 tot en met 3.1.5 lichten we dit toe en bespreken we of en op welke manier dit van toepassing kan zijn voor de bekostiging van de inzet van tolken. De huidige bekostiging van inzet van tolken loopt via de regionale Achterstandsfondsen. Dit lichten we toe in 3.1.1.

### 3.1.1 Huidige bekostiging via Achterstandsfondsen

#### Introductie Achterstandsfondsen

De Achterstandsfondsen ondersteunen huisartsenpraktijken in wijken met verhoogde achterstandsproblematiek om de kwaliteit van huisartsenzorg te bevorderen. In wijken met verhoogde achterstandsproblematiek (ook wel opslagwijken genoemd in de bekostiging huisartsenzorg) hebben huisartsenpraktijken te maken met (gemiddeld) complexere zorgvragen van hun patiëntenpopulatie en een hogere werklust. Om te voorkomen dat de toegankelijkheid van deze basiszorg in wijken met verhoogde achterstandsproblematiek zou teruglopen of in gevaar zou dreigen te komen, werden in 1997 de Achterstandsfondsen opgericht. Dit was op initiatief van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De Achterstandsfondsen worden op twee niveaus bestuurd: enerzijds op regionaal niveau, en anderzijds op landelijk niveau. Het landelijk netwerk bestaat uit 16 regionale fondsen (in dit stuk aangehaald als 'de Achterstandsfondsen') die worden ondersteund door het landelijk bureau (in dit stuk aangehaald als 'de landelijke organisatie van de Achterstandsfondsen'). Zowel op regionaal als landelijk niveau ondersteunen de Achterstandsfondsen de huisartsenpraktijken in wijken met verhoogde achterstandsproblematiek om de kwaliteit van huisartsenzorg te bevorderen. Elk regionaal Achterstandsfonds heeft zijn eigen entiteit. Daarmee kan de landelijke organisatie van de Achterstandsfondsen geen keuzes maken voor een Achterstandsfonds. Een regionaal Achterstandsfonds is een klein bureau dat gemiddeld door één of twee medewerkers bediend wordt.

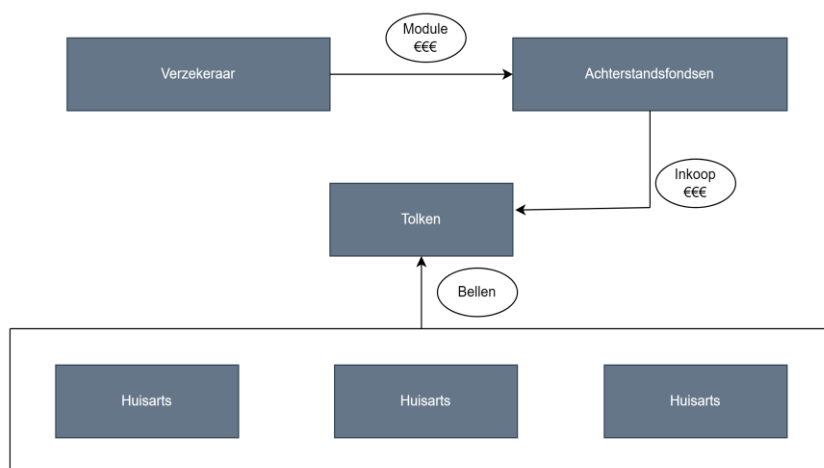
Vanuit de landelijke stuurgroep vragen de Achterstandsfondsen op landelijk niveau aandacht voor achterstandsproblematiek in de huisartsenzorg en actuele kwesties die onder andere op regionaal niveau zijn gesignaleerd. De regionale Achterstandsfondsen geven op hun beurt weer input aan het landelijk bureau en ondersteunen ook regionaal. Zo ondersteunen de Achterstandsfondsen huisartsen in wijken met verhoogde achterstandsproblematiek met de volgende thema's:

- huisarts en het sociaal domein;
- taal en cultuur in de zorg;
- inclusief onderzoek en beleid;
- beperkte gezondheidsvaardigheden.

Eén van de projecten die op dit moment wordt georganiseerd door de Achterstandsfondsen is de tolkendienst. Deze wordt door meerdere Achterstandsfondsen op regionaal niveau ingezet.

### Huidige bekostiging tolken via de Achterstandsfondsen

In 2012 heeft de toenmalige regering de landelijke subsidieregeling tolk- en vertaaldiensten in de gezondheidszorg afgeschaft. De Achterstandsfondsen zijn vervolgens noodgedwongen ingesprongen om deze dienst beschikbaar te houden voor anderstaligen in wijken met verhoogde achterstandsproblematiek, en in sommige regio's hebben ze hun dienst ook beschikbaar gemaakt voor huisartsen die niet werken in deze wijken. De Achterstandsfondsen vonden het destijds, en nog steeds, noodzakelijk dat deze dienst beschikbaar blijft voor de huisartsenzorg. Deze dienst wordt tot op heden gecontracteerd door de regionale Achterstandsfondsen en betaald door Achterstandsfondsen vanuit verstrekte middelen van zorgverzekeraars. Dit betekent echter niet dat deze middelen specifiek voor tolkendiensten zijn gealloceerd, deze middelen komen uit het algehele budget voor de regionale Achterstandsfondsen. De huidige situatie kan als volgt schematisch worden weergegeven:



Figuur 1 Stroomschema bekostiging via Achterstandsfondsen

Aangezien de tolkenvoorziening regionaal wordt ingekocht, verschillen de contractafspraken en de tarieven per regio. Ook de contractperiodes en afloopdata verschillen per regionaal Achterstandsfonds. Er vindt geen (landelijke of regionale) aanbesteding plaats voor de tolkenvoorziening. De meeste regionale Achterstandsfondsen hebben een overeenkomst afgesloten met de partij "Global Talk" waarbij er wordt betaald per afgenomen dienst, genaamd de "Tolkentelefoon". Zij zijn met name gekozen wegens de bekendheid en ervaring die de Achterstandsfondsen met deze partij hebben.

Een huisarts kan via deze regeling een tolk inschakelen door de Tolken telefoon te bellen. De huisarts krijgt via het desbetreffende regionale Achterstandsfonds een klantencode die zij aan de Tolken telefoon kunnen doorgeven. Met deze code worden de facturen bij het gebruikmaken van deze dienst via de Tolken telefoon naar het desbetreffende regionale Achterstandsfonds verstuurd en vervolgens door hen betaald. Daarmee ervaart de huisarts geen administratieve lasten.

## Visie van de Achterstandsfondsen

De inzet van de tolkenvoorziening bij huisartsen via de Tolken telefoon wordt geheel gefinancierd vanuit de eigen middelen van de regionale Achterstandsfondsen. Ondanks dat zij trots zijn op hun rol bij het in stand houden van deze dienst, noemt de landelijke organisatie van de Achterstandsfondsen dat zij de huidige organisatie via henzelf niet als een duurzame oplossing zien om de volgende redenen:

- De beschikbare middelen vanuit de Achterstandsfondsen zijn bedoeld voor projecten die daadwerkelijk bijdragen aan de werklastermindering van de huisartsen in wijken met verhoogde achterstandsproblematiek. Dit betekent dat door de bekostiging van de tolkenvoorziening de Achterstandsfondsen zich minder goed kunnen richten op de uitvoering van hun kerntaken, namelijk het oplossen van andere knelpunten in de huisartsenpraktijken die werken in wijken met verhoogde achterstandsproblematiek.
- Het uitgangspunt van de inzet van tolken in de huisartsenzorg zou moeten zijn dat het structureel voor alle anderstalige patiënten beschikbaar is, dus breder dan alleen voor patiënten uit wijken met verhoogde achterstandsproblematiek.
- Hoewel de diensten in de praktijk niet enkel worden gebruikt door huisartsen in wijken met verhoogde achterstandsproblematiek, maar ook door huisartsen die niet werkzaam zijn in deze wijken, zijn de budgetten slechts voor de wijken met verhoogde achterstandsproblematiek bedoeld. De landelijke organisatie van de Achterstandsfondsen zegt hierover dat de toegankelijkheid tussen de regionale Achterstandsfondsen niet hetzelfde is, zij spreken zich hier onderling anders over uit richting de huisartsen.
- De Achterstandsfondsen geven aan dat hun medewerkers vaak geen onderhandelingsexpertise hebben en daardoor geen sterke onderhandelingspositie kennen. Bovendien heeft de tolkenorganisatie Global Talk een aanzienlijk sterke marktpositie, omdat zij volgens de Achterstandsfondsen een grote commerciële partij zijn die blijft groeien. De organisatie bemiddelt inmiddels voor ruim 2.000 tolken. De Achterstandsfondsen hebben geen inkoopmacht.
- De Achterstandsfondsen maken zich zorgen dat zij deze diensten, mede door de verwachte toekomstige stijging van tolkeninzet, mogelijk niet meer uit de bestaande middelen kunnen betalen. Het is dan mogelijk dat een regionaal Achterstandsfonds zelfstandig het besluit neemt om geen tolkeninzet meer te financieren. Zij zien een te groot risico dat de dienst op den duur niet meer door hen gedragen kan worden als dit voor de gehele huisartsenzorg onder hun verantwoordelijkheid blijft vallen. Gezien de stijgende kosten is er volgens de Achterstandsfondsen een grote urgentie om tot een structurele oplossing te komen. De financiële druk op achterstandsfondsen is dan te hoog en door een gebrek aan inkoopmacht stijgen de kosten nog harder.
- De landelijke organisatie van de Achterstandsfondsen geeft aan de tolkeninzet niet breder voor alle huisartsen te kunnen organiseren en financieren.
- De landelijke organisatie van de Achterstandsfondsen ziet daarnaast een risico dat tolken breder in de zorg nodig zijn en dat naast de financiering voor de huisartsenzorg de inzet ook elders in de zorg goed geregeld moet worden. Om die reden ziet zij idealiter dat deze dienst sectoroverstijgend en zorgbreed wordt ondergebracht (en bekostigd) bij een (landelijke) organisatie. Zij geeft wel aan tijdelijk een oplossing te willen blijven bieden aan de huisartsen in



wijken met verhoogde achterstandsproblematiek, vooruitlopend op een meer structurelere oplossing.

Indien de inzet van tolken op de korte termijn via Achterstandsfondsen gefinancierd blijft worden en er in tussentijd voor de lange termijn onderzoek gedaan wordt naar een sectoroverstijgende bekostiging, vinden de Achterstandsfondsen het belangrijk dat zij financieel ondersteund worden door ZN of een andere partij voor de jaarlijks extra gemaakte kosten. De Achterstandsfondsen vinden het daarbij belangrijk om over de beoogde tijdslijnen voor de mogelijke invoer van een sectoroverstijgende oplossing tijdig af te stemmen met Achterstandsfondsen, omdat ze meerjarige contracten hebben lopen met tolkendiensten. De landelijke organisatie van de Achterstandsfondsen streeft naar een deadline van 31 december 2025, zodat de Achterstandsfondsen weten waar ze aan toe zijn.

Tegelijkertijd zijn er ook een aantal regionale Achterstandsfondsen die de NZa hebben laten weten dat zij geen problemen ervaren met het faciliteren in de tolkendiensten voor (alle) huisartsen en dit zo willen behouden.

### **Standpunten stakeholders huisartsenzorg**

Naast het standpunt van de landelijke organisatie van de Achterstandsfondsen hebben we bij de consultatie ook de standpunten van verschillende stakeholders in de huisartsenzorg gevraagd over hun ervaringen met de huidige bekostiging van de tolkenvoorziening via de Achterstandsfondsen. Hieronder koppelen we dit terug per organisatie.

#### **Zorgverzekeraars Nederland**

ZN is tevreden over de huidige regeling via de Achterstandsfondsen en wil deze indien mogelijk graag behouden. Er is sprake van lage administratieve lasten voor de huisartsen. Daarnaast is volgens ZN de toegankelijkheid van de zorg voor de anderstalige patiënten geborgd, ongeacht of ze in een wijk met verhoogde achterstandsproblematiek wonen of niet. ZN heeft, op basis van de cijfers van 2 grote Achterstandsfondsen, de indruk dat er grotendeels sprake is van een onderbenutting van het beschikbare achterstandsbudget. ZN vraagt zich ook sterk af of alle Achterstandsfondsen het gevoel delen dat de huidige bekostiging via de regionale Achterstandsfondsen op de lange termijn problemen gaat opleveren. ZN merkt ook op dat met de opkomst van artificiële intelligentie (AI) en de ontwikkeling van vertaalapps genoeg alternatieve opties zullen zijn voor het vertalen bij de huisartsen, die bovendien gratis zijn. ZN geeft hiernaast aan dat er op het moment van consultatie voor dit rapport onvoldoende een inhoudelijke richtlijn bestaat waarin is beschreven wanneer een tolk ingeschakeld mag of moet worden ondanks de bestaande kwaliteitsnorm. ZN denkt dat dit naar de toekomst opgelost kan worden op het moment dat de generieke Richtlijnmodule daadwerkelijk gereed is. Aangezien deze generieke Richtlijnmodule nog niet gereed is, kan ZN nog niet aangeven of deze voldoende handvatten zal bieden aan zorgverzekeraars om duidelijkheid te krijgen over de voorwaarden voor het wel of niet inzetten van een tolk.

Volgens ZN dient de toegang tot tolken goed geregeld te zijn, daar is urgentie voor als er aanwijzingen zijn dat de toegang niet goed geregeld is. Maar een urgentie voor een bekostigingswijziging is volgens ZN laag. Volgens ZN is het wijzigen van de bekostiging in de huisartsenzorg disproportioneel ten opzichte van de kosten. ZN geeft aan dat de omvang van het probleem beter in kaart gebracht moet worden. ZN vraagt de Achterstandsfondsen om te onderzoeken:

- in hoeverre alle huisartsen toegang hebben en waar de toegang beperkt is;
- welke Achterstandsfondsen voor tolken wel en welke niet toegang geven aan huisartsen in wijken waarbij geen sprake is van verhoogde achterstandsproblematiek;

- of concreet aan huisartsen toegang tot een tolk geweigerd wordt en bij hoeveel en welke Achterstandsfonds dit zo is als gevolg van een financieel/principieel punt;
- om hoeveel patiënten het gaat;
- wat de kosten zijn voor de Achterstandsfonds (is de toename in kosten evenredig per regionaal Achterstandsfonds); en
- of er een rudimentair beeld bestaat in hoeveel gevallen er geen gebruik wordt gemaakt van een tolk terwijl dat eigenlijk wel wenselijk is. Het is volgens ZN logischer zijn om daar iets op te bedenken dan de bekostigingssystematiek aan te passen.

Als er een toename te zien is in de inzet van tolken, kunnen de kosten voor extra inzet van tolken en bijhorende arbeidsuren mogelijk vergoed worden. Het is belangrijk om per fonds uit te zoeken wat het knelpunt is. Voor een aantal fondsen zijn (mogelijk toenemende) kosten op te brengen uit hun beschikbare middelen, los van het principiële punt dat de Achterstandsfonds vinden dat ze hier niet van zijn, maar voor andere fondsen mogelijk niet meer. Volgens ZN kan overwogen worden om, tot een sectoroverstijgende oplossing gereed is, het gebruik van de tolktelefoon te monitoren (per Achterstandsfonds). Indien er onverhoopt een forse toename is in het gebruik van de tolktelefoon, dan lijkt het ZN wenselijk om te kijken naar hoe de eventuele extra gelden en arbeidsuren (lieft zo gespecificeerd mogelijk per achterstandsfonds) goed in kaart gebracht kunnen worden. Vervolgens kan gekeken worden hoe dat eventueel financieel op te lossen is.

Het lijkt ZN niet logisch om nu een grote wijziging binnen de bekostiging van huisartsenzorg door te voeren, met alle gevolgen van dien. ZN heeft een voorkeur om nu een pas op de plaats te maken, het probleem verder te onderzoeken en toe te werken naar een integrale bekostiging (voor de Zvw en ook het sociaal domein).

### InEen

Ineen herkent en erkent de behoefte om tolken breder dan voor de huisartsenzorg in te zetten, maar voor de korte termijn is het volgens Ineen via de Achterstandsfonds goed geregeld. InEen weet niet wat het volume is aan huisartsen die nu nog geen beroep doen op deze dienst maar daar wel behoefte aan heeft. InEen ziet in ieder geval dat alle partijen de structurele onderbrenging van de kosten voor de tolkeninzet omarmen.

RHO's zijn echter bereid om een rol op te pakken voor de tolkenvoorziening als huisartsen dit van hen vragen, bijvoorbeeld via een O&I prestatie. De RHO's kunnen samenwerken en verwachten daardoor winst in efficiëntie te behalen bij de inkoop. Als de taak bij de RHO's wordt belegd, is echter het financieel kader een knelpunt. Als de taak er bij komt, dient hier in het kader rekening mee gehouden te worden. Wat Ineen betreft is het echter niet noodzakelijk dat uiteindelijk gekozen wordt voor de RHO om de tolktelefoon regionaal te faciliteren (contract met de verzekeraar). Volgens Ineen is het van belang dat voor de korte en middellange termijn een tolktelefoon beschikbaar is voor alle huisartsenpraktijken.

InEen vraagt zich af of contractering van tolkendiensten en declaratie van prestaties één op één dienen te zijn. Kan er ook sprake zijn van een contract waarbij huisartsen consultprestaties en toeslagprestaties declareren en RHO's de tolkendiensten inkopen?

De voorkeur van InEen gaat uit naar een landelijke bekostiging die breder kan worden ingezet dan alleen voor de huisartsen. Ineen wijst in dit kader op de toekomstige rol van regionale eerstelijns samenwerkingsverbanden (RESV's) die mogelijk de inzet van tolkenvoorzieningen voor aanbieders in de eerste lijn kunnen faciliteren. Er zijn voor uitvoering meerdere opties mogelijk. Het is primair van belang dat de tolkentelefoon administratief simpel beschikbaar is voor alle huisartsen die een tolk nodig hebben.

### **De Landelijke Huisartsen Vereniging**

De LHV geeft aan dat huisartsen tevreden zijn over hoe de bekostiging nu via de regionale Achterstandsfondsen geregeld is. De huidige bekostiging is niet ideaal, maar functioneert wel goed. De administratieve last voor huisartsen is laag en dat is belangrijk. Volgens de LHV blijkt uit de 16 websites van de Achterstandsfondsen dat ze voor alle praktijken in hun werkgebied de tolkentelefoon vergoeden, ongeacht of de betreffende praktijk patiënten heeft die in een opslagwijk wonen volgens de postcodelijst van de NZa. Er wordt nu echter wel een beroep gedaan op de ureninzet en capaciteit van de Achterstandsfondsen die hier feitelijk niet voor is bedoeld. Toenemende kosten maken de urgentie voor de Achterstandsfondsen hoog. Het is volgens de LHV aan de Achterstandsfondsen of ze door willen gaan met het aanbieden van de tolkentelefoon. Indien ze hiermee door gaan, dienen Achterstandsfondsen hiervoor gecompenseerd te worden. Indien deze verantwoordelijkheid elders belegd wordt, wil de LHV niet dat gelden bij de Achterstandsfondsen weg worden gehaald en deze worden toegekend aan de partij van waaruit de inzet van tolken dan bekostigd zou (moeten) worden. De Achterstandsfondsen hebben dit immers als extra taak op zich genomen zonder uitbreiding van hun budget. Voor de andere partij die de bekostiging overneemt zouden voldoende middelen beschikbaar moeten zijn.

Ook moeten de administratieve lasten voor de huisartsen beperkt blijven. De LHV vindt de inzet van tolken belangrijk voor het leveren van efficiënte en doelmatige zorg. Er bestaat daarbij voor de huisartsenpraktijken een drempel om tolken in te zetten, waardoor het risico op te hoge inzet van tolken beperkt is. De LHV vindt het geen optie dat de tolkenvoorziening via (een toeslagprestatie) via de individuele huisarts loopt vanwege verhoogde administratieve lasten. Een bekostiging via de RHO is volgens de LHV mogelijk, waarbij de RHO's op identieke wijze als die van de Achterstandsfondsen contractuele afspraken maken en betalingen regelen. Als voor deze richting wordt gekozen, vindt de LHV het belangrijk dat een adequate tolkenvoorziening als declaratievoorwaarde voor een O&I prestatie wordt opgenomen. Echter ziet de LHV bij deze optie wel verschillende risico's. Het is niet efficiënt om dit via de RHO enkel voor huisartsenpraktijken te regelen en niet voor andere sectoren. Ook zijn er meer RHO's dan Achterstandsfondsen, waardoor de inkoop alsnog niet landelijk gebeurt. Ook is het niet bekend of alle RHO's zullen deelnemen. Volgens de LHV is de urgentie om op korte termijn iets te veranderen in de bekostiging niet hoog zolang Achterstandsfondsen het blijven uitvoeren. Tegelijkertijd is het wenselijk om het breed voor verschillende sectoren toegankelijk te maken. Volgens de LHV is het belangrijk om een tijdpad op te stellen, zodat partijen weten waar ze aan toe zijn.

### **Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen**

Over het algemeen loopt de vergoeding van de tolkeninzet via de Achterstandsfondsen goed. Het is niet dat huisartsen landelijk hier dagelijks tegenaan lopen en in wijken met verhoogde achterstandsproblematiek loopt het. Toch lijkt het de VPH omslachtig om dit via de Achterstandsfondsen te blijven regelen, omdat er vooralsnog sprake is van extra administratieve lasten voor de Achterstandsfondsen om tolkendiensten in te kopen. Dit gezien het aantal medewerkers per Achterstandsfonds beperkt is en ook de behoefte aan tolken groter is dan enkel binnen de grenzen van wijken met verhoogde achterstandsproblematiek. VPH ziet ook dat veel huisartsen die niet in wijken met verhoogde achterstandsproblematiek werkzaam zijn de taalproblemen momenteel op een alternatieve

wijze oplossen. Deze groep huisartsen lijken niet altijd bekend te zijn met de mogelijkheid om tolken via de Achterstandsfondsen in te zetten. De VPH ziet graag dat alle huisartsen op termijn van tolken gebruik kunnen gaan maken en de werkwijze landelijk bekender wordt. De behoefte aan inzet van tolken is niet alleen beperkt tot wijken met verhoogde achterstandsproblematiek; in het hele land lopen huisartsen steeds vaker aan tegen taalbarrières bij asielzoekers en statushouders die vaak kampen met psychische problematiek. Een tolk kan hierin veel duurdere zorg voorkomen als men sneller tot de kern van het probleem kan komen. De VPH ziet het liefst dat de bekostiging van de tolken sectoroverstijgend wordt georganiseerd, maar als via de RHO of preferente zorgverzekeraar een administratief arme werkwijze aangeboden kan worden vergelijkbaar met de huidige werkwijze via de achterstandsfondsen, dan is de VPH hiermee ook zeker geholpen.

### **Patiëntenfederatie Nederland**

De inzet van tolken is erg belangrijk. De patiënt kan zich niet altijd voldoende over zijn klachten uitdrukken door een taalbarrière en/of cultuurverschil. Dit kan ziekteverergering en multimorbiditeit veroorzaken. Soms wordt er verwacht dat familie van de patiënt de rol als tolk op zich neemt. Dit is echter niet altijd haalbaar en betreft ook geen duurzame oplossing; zij moeten immers ook werken en te vaak verlof opnemen wat weer tot andere maatschappelijke problemen kan leiden. Tevens is dit belastend voor de familie en kan het ook in die dynamiek tot onwenselijke situaties leiden. Daarnaast kunnen er ook belangrijke delen weggelaten worden in de vertaling. Wat nu niet goed gaat met de Achterstandsfondsen is dat er regelmatig veranderingen zijn in webadressen en/of regio-indeling. Huisartsen ervaren al een drempel om tolken in te schakelen, die wordt door bekostiging via RHO's hoger. Inkoop via de Achterstandsfondsen betekent dat zij regionaal afspraken moeten maken met tolkdiensten (meestal "Global Talk"). De bekostiging via de regionale Achterstandsfondsen is een noodoplossing en is daarmee afhankelijk van de goodwill van de Achterstandsfondsen en verzekeraars.

Met de introductie van de generieke Richtlijnmodule voor tolken zal de inzet van tolken en daarmee de kosten voor inzet van tolken en daarbij horende administratieve lasten voor Achterstandsfondsen toenemen. Het budget is daarvoor niet toereikend en hiermee is er een urgentie om tot een oplossing te komen. Het gezamenlijk inkopen, monitoren en evalueren van de tolkeninzet zou leiden tot betere kwaliteit, beschikbaarheid en prijs. De Patiëntenfederatie ziet daarom graag dat de inkoop van tolkdiensten zo simpel mogelijk en bij één partij belegd is, en dat is niet het geval als dit regionaal via de RHO's wordt geregeld. Zo kunnen er ook actief afspraken gemaakt worden op de kwaliteit en beschikbaarheid van de tolken. Tolkendiensten zullen waarschijnlijk luisteren naar grote inkopers en hen ook voorrang neigen te geven vanwege contractueel vastgelegde KPI's. Daarom is het belangrijk om de inkoop van tolkdiensten voor de zorg (meer) te centraliseren. Een aanpassing in de bekostiging voor huisartsenzorg vormt geen oplossing voor de inkoop van de tolkeninzet voor andere eerstelijnssectoren. Een andere optie zou zijn om het via de landelijke organisatie van de Achterstandsfondsen of door een gezamenlijke organisatie van zorgverzekeraars te organiseren. Echter leidt het altijd tot extra administratieve lasten als de koppeling met een individuele patiënt gemaakt moet worden. De Patiëntenfederatie signaleert een tekort aan tolken Oekraïens en voornamelijk 's ochtends aan tolken Arabisch van het Midden Oosten (o.a. Syrië).

### **3.1.2 Alternatieve bekostigingsmogelijkheid via Segment 1**

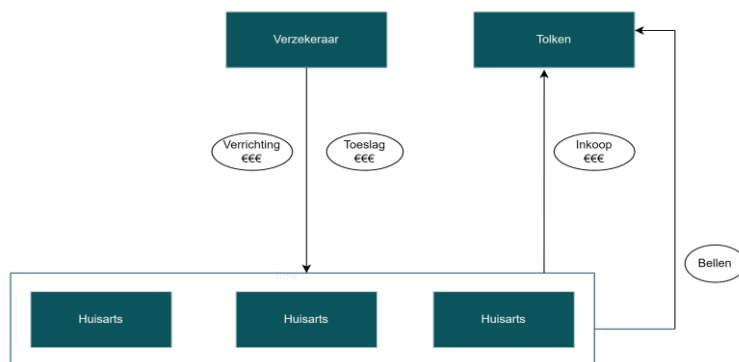
Segment 1 (S1) in de bekostiging van de huisartsenzorg richt zich op de basisvoorziening huisartsenzorg. Dit segment heeft betrekking op zorgvragen en aandoeningen waarvoor de huisarts doorgaans fungeert als eerste aanspreekpunt voor de patiënt en tevens fungeert als poortwachter. Deze zorgvragen en aandoeningen kunnen grotendeels binnen de huisartsenpraktijk gediagnosticeerd, behandeld en begeleid worden. S1 is opgebouwd rondom vier hoofdelementen: de inschrijving op naam, het consult, de separate bekostiging van de functie praktijkondersteuner ggz (poh ggz), en een

aantal specifieke verrichtingen. De inschrijving op naam houdt een vast bedrag (inschrijftarief per kwartaal) in per ingeschreven verzekerde. De hoogte hiervan is mede afhankelijk van de leeftijd van de patiënt. Vanuit S1 worden ook reguliere consulten van huisartsen bekostigd. De vergoeding van consulten is in aanvulling op het inschrijftarief. Prestaties binnen S1 kennen een maximumtarief.

Hoe zou de vergoeding voor een tolk binnen segment 1 er technisch uit kunnen zien?

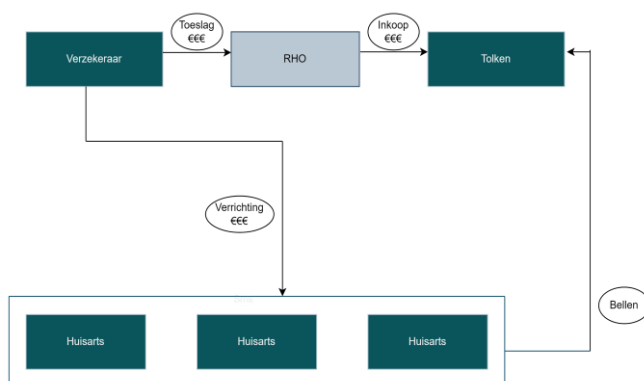
Het is mogelijk om binnen S1 van de huisartsenzorg een toeslagprestatie in te richten voor de inzet van een tolk. Dit betekent dat per patiënt de declaratie van een x aantal minuten inzet van een tolk aan het consult gekoppeld wordt.

In deze bekostigingsoptie kan onderscheid gemaakt worden tussen twee opties. Bij optie a1 declareert de individuele huisarts zowel het reguliere consult als de toeslagprestatie bij de zorgverzekeraar en betaalt vervolgens zelf de factuur van de tolk. Dit kan als volgt schematisch worden weergegeven:



Figuur 2 Stroomschema bekostiging tolken via segment 1 (optie a1)

Bij optie a2 neemt de RHO de inkoopafspraken voor de tolkenvoorziening van de huisarts over. De huisarts voert het consult met de patiënt en neemt contact op met de tolkenorganisatie die door de RHO is gecontracteerd. Vervolgens geeft de huisarts aan de RHO door voor welke patiënt en op welke dag een tolk gedurende een x aantal minuten is ingezet. Kortom, de huisarts declareert het reguliere consult bij de zorgverzekeraar en de RHO declareert de toeslagprestatie. Dit kan als volgt schematisch worden weergegeven:



Figuur 3 Stroomschema bekostiging tolken via segment 1 (optie a2)



Met deze alternatieve bekostigingsmogelijkheid kan de taak van het borgen van een tolkenvoorziening worden belegd bij huisarts (optie a1), en bij de individuele RHO (optie a2). In 3.3 gaan we verder in op de uitvoeringsconsequenties van deze alternatieve bekostigingsmogelijkheid.

Er is gekozen voor de uitwerking via een toeslagprestatie en niet van een losstaande prestatie, omdat de inzet van tolken geen apart te verzekeren prestatie is. Doordat een tolkenvoorziening geen zelfstandig te verzekeren prestatie is en een tolk geen zorgaanbieder is op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is het niet mogelijk om hier een zelfstandig te declareren prestatie voor een zorgaanbieder op grond van de Wmg in te voeren. Er bestaat geen zelfstandige prestatie voor een tolkenvoorziening in de Zvw, waardoor een direct declarabele prestatie voor en/of directe declaratie door een tolk niet mogelijk is. De zorgverlener moet deze prestatie declareren en niet de tolk, aangezien de tolk vanuit de Wmg geen zorgaanbieder is en niet zelfstandig een door de NZa vaststelde prestatie mag/kan declareren. We gaan er hierbij vanuit dat de kosten van tolken niet worden verdisconteerd in de gemiddelde tarieven van een consult, omdat de kosten van de inzet van tolken scheef verdeeld zijn tussen verschillende huisartsen. In een aantal andere zorgsectoren (ggz, eerstelijns verloskunde en kraamzorg) wordt er op een zelfde manier gebruik gemaakt van toeslagprestaties, waarbij er per een x aantal minuten voor de inzet van een tolk wordt gedeclareerd naast de prestaties voor de zorgverleners.

### **3.1.3 Alternatieve bekostigingsmogelijkheid via Segment 2**

Het tweede segment (S2) richt zich op multidisciplinaire eerstelijnszorg, waarbij naast de huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken (kunnen) zijn om een integrale behandeling te leveren. Dit segment heeft betrekking op zorgvragen en aandoeningen die voortkomen uit specifieke kenmerken van een (in omvang) substantieel deel van de populatie. Een ondersteuningsstructuur is wenselijk om deze programmatisch vormgegeven zorg te leveren. Hiervoor is op verschillende populatieniveaus een ondersteuningsstructuur nodig waarbij partijen zich gezamenlijk organiseren. Organisatie & Infrastructuur (O&I) prestaties bieden de mogelijkheid om aanvullende vergoedingen per ingeschreven verzekerde overeen te komen op basis van afspraken tussen RHO's en zorgverzekeraars. De werkzaamheden die via de prestaties binnen O&I vergoed worden hebben nadrukkelijk een multidisciplinaire insteek. In alle gevallen betreft het een vergoeding per ingeschreven verzekerde van de bij het multidisciplinair samenwerkingsverband aangesloten huisartsen. De afspraken binnen de prestaties O&I zijn altijd gekoppeld aan afspraken over de vergoeding, inhoud en resultaat. De huidige O&I prestaties bestaan uit: O&I wijkmanagement, O&I ketenzorg, O&I regiomanagement, O&I geïntegreerde eerstelijnszorg overig en Onderlinge dienstverlening ten behoeve van O&I en kennen een vrij tarief. De prestaties O&I wijkmanagement en O&I regiomanagement bieden de mogelijkheid om afspraken te maken over de investeringen in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden met bijbehorende ondersteuningsstructuur. Het doel hierbij is de optimalisatie van ondersteuning van, en samenwerking tussen huisartsen en andere eerstelijns zorgaanbieders op wijk- en respectievelijk regioniveau. Bij het tot stand komen van tariefafspraken voor deze prestaties maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders specifieke afspraken over de vergoedingen voor bijvoorbeeld personele inzet, management, werkgeverschap, ICT en innovatie op wijk- en respectievelijk regioniveau. De prestatie Onderlinge dienstverlening ten behoeve van O&I betreft de levering van een (deel)prestatie of van een geheel van prestaties door een 'andere zorgaanbieder' in opdracht van een 'zorgaanbieder'. VWS vraagt in hun adviesaanvraag of de bekostiging van tolken zou kunnen lopen via een specifieke O&I prestatie als onderdeel van S2 via RHO's en vraagt wat daarbij uitvoeringsconsequenties zijn.

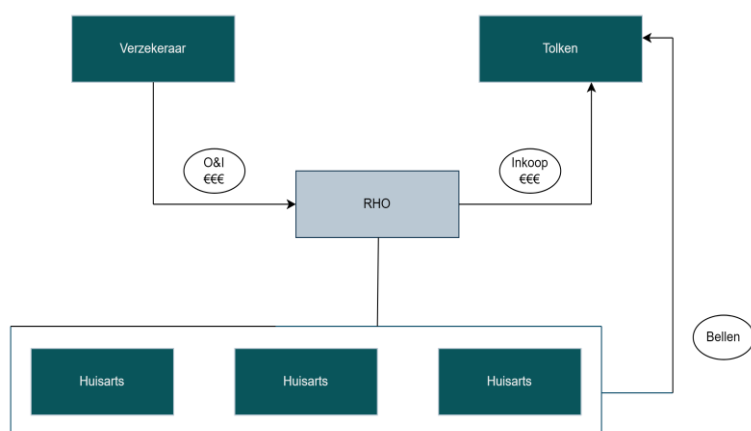
#### Hoe zou de vergoeding voor een tolk binnen segment 2 er technisch uit kunnen zien?

Indien de inzet van tolken via S2 gedeclareerd zou worden, zou er gebruik gemaakt moeten worden van een reeds bestaande prestatie binnen O&I. Het opstellen van een nieuwe prestatie voor tolken binnen

O&I sluit niet aan bij het beleid van de NZa en de lijn van het traject Versterking Organisatie Eerstelijnszorg (VOE) om aan de bestaande O&I prestaties voor kleine onderdelen separate prestaties toe te voegen. In ons advies bekostiging Meer tijd voor de patiënt (MTVP) in de huisartsenzorg (2023) hebben we geadviseerd om de bestaande O&I prestatiebeschrijvingen in S2 verder te concretiseren om zo de contractering minder vrijblijvend te maken. Dit kan door in de prestatiebeschrijvingen op te nemen waar afspraken over gemaakt moeten worden en wat daar ten minste van mag worden verwacht. Bij het VOE-traject speelt echter de vraag of, hoe en per wanneer de O&I prestatiebeschrijvingen concreter moeten worden. Hierbij wordt eerder gedacht aan een verbreding van O&I prestaties, bijvoorbeeld een O&I prestatie voor een RESV (regionaal eerstelijns samenwerkingsverband). Daarom past het toevoegen van een nieuwe zelfstandig declareerbare O&I prestatie voor een relatief klein onderdeel als een tolk met de hierbij gepaard gaande versplintering in O&I prestaties niet tot de mogelijkheden. Op een specifieke O&I prestatie voor tolken gaan we dus niet verder in.

Bekostiging van tolken via RHO's in S2 zou dus op dit moment enkel onderdeel kunnen worden van één van de reeds bestaande O&I prestaties. Hiervoor kunnen de verzekeraars en de RHO's dan een (lumpsum) bedrag afspreken dat is gebaseerd op alle ingeschreven verzekerden (ook wel: Inschrijving Op Naam (ION)) van de bij de RHO aangesloten huisartsen. Het is mogelijk om de omschrijving van één van de bestaande O&I prestaties in de regelgeving aan te passen, zodat duidelijk is dat ook afspraken rondom de inzet van tolken hier onderdeel van uit maken. Het is op dit moment (nog) niet gebruikelijk om in de regelgeving van de NZa te beschrijven welke precieze taken onderdeel zijn van de O&I omschrijving. Er zijn dan 2 mogelijkheden: in de regelgeving wordt omschreven dat een adequate tolkvoorziening onderdeel uit *kan* maken van de O&I prestatie, of een adequate tolkvoorziening wordt als strikte declaratievoorwaarde opgenomen. De regelgeving zou op de laatste manier een veel strikter karakter krijgen dan nu het geval is, omdat het dan namelijk niet mogelijk is om de O&I prestatie te declareren zonder een adequate tolkvoorziening aan te bieden.

Bij bekostiging via een O&I prestatie betekent dit dat RHO's vooraf afspraken maken met zorgverzekeraars over het budget dat ze voor tolken beschikbaar hebben. Dit doen de partijen bijvoorbeeld op basis van de prijsopgave van tolkendiensten en het eerdere volume aan ingezette tolken in de regio. Huisartsen die aangesloten zijn bij een RHO kunnen de tolkendiensten inschakelen die door de RHO zijn gecontracteerd. De RHO houdt een administratie bij hoeveel minuten tolkendiensten zijn ingezet. Met deze alternatieve bekostigingsmogelijkheid kan de taak van het borgen van een tolkvoorziening worden belegd bij de individuele RHO. Schematisch kan deze oplossingsrichting als volgt worden weergegeven:



Figuur 4 Stroomschema bekostiging tolken via segment 2 (optie b)

Hierbij betaalt de RHO de tolken en declareert de O&I-verrichting. De huisarts kan bijvoorbeeld een nummer bellen om gebruik te maken van de diensten van een gecontracteerde tolkenaanbieder. In 3.2 gaan we verder in op de uitvoeringsconsequenties.

### **3.1.4 Alternatieve bekostigingsmogelijkheid via Segment 3**

Segment 3 (S3) biedt ruimte aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om afspraken te maken over de beloning van resultaten of over zorgvernieuwing op lokaal niveau. De tarieven in dit segment zijn vrij onderhandelbaar, mits er sprake is van een contract tussen de aanbieder en de verzekeraar. Daarnaast biedt S3 ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om praktijkgebonden afspraken te maken rondom huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg.

In S3 worden vrije (lokale of regionale) afspraken gemaakt die per zorgverzekeraar en aanbieder (kunnen) verschillen. Dit segment leent zich om die reden niet voor de structurele borging van een landelijk noodzakelijke voorziening zoals de inzet van een tolk. Om deze reden werken we deze optie niet verder uit.

### **3.1.5 Alternatieve bekostigingsmogelijkheid via Prestaties buiten segmenten**

Prestaties die ten tijde van de vormgeving van het bekostigingsmodel niet goed in één van de drie segmenten pasten, werden in een separaat artikel (artikel 8, prestaties buiten segmenten (PBS)) beschreven. Dit is niet opportuun in het geval van de tolkeninzet. Prestaties buiten segmenten leent zich dan ook niet voor de bekostiging van de inzet van een tolk of voor het toevoegen van een prestatie in het algemeen. Om deze reden werken we deze optie niet verder uit.

## 3.2 Uitvoeringsconsequenties O&I-prestatie Segment 2

Zoals beschreven in het vorige hoofdstuk onderzoeken we de optie om de inzet van een tolk te bekostigen via één van de bestaande O&I prestaties in S2 door middel van een lumpsum afspraak (optie b). De RHO maakt met de zorgverzekeraar vooraf afspraken over het benodigde budget dat voor de tolken beschikbaar komt in de betreffende regio. In dit hoofdstuk bespreken we de consequenties bij het invoeren van bekostiging van tolken via een bestaande O&I prestatie.

### 3.2.1 Inkoop van tolkdiensten en onderhandelingen met zorgverzekeraars

RHO's kunnen mogelijk de inkoop van tolkenvoorzieningen doen per ingeschreven verzekerde, maar hierbij zijn er een aantal risico's. RHO's denken dat over de tarieven die tolken in rekening brengen weinig te onderhandelen valt, zoals ook de Achterstandsfondsen aangeven. Er zijn tevens meer dan 56 RHO's tegenover de 16 regionale Achterstandsfondsen, waardoor de inkoop van de tolkeninzet bij inkoop via individuele RHO's nog meer versnipperd zal zijn in vergelijking met de huidige situatie via de Achterstandsfondsen. Onderzocht zou kunnen worden of RHO's gezamenlijk de inkoop van tolkdiensten op zich kunnen nemen.

De NZa reguleert het tarief niet wanneer de tolkenvoorziening bekostigd wordt via een lumpsum bedrag binnen O&I welke door de verzekeraar en RHO onderling overeen wordt gekomen. Er kunnen daardoor regionaal grote verschillen in de inkoop door zorgverzekeraars bij RHO's ontstaan, afhankelijk van het beleid van de betreffende zorgverzekeraar en de visie van de RHO. Dit kunnen verschillen zijn in tarieven, dan wel in beschikbaarheid of er überhaupt inzet van een tolk mogelijk is in de betreffende regio en bij de huisartsen die onder deze RHO's vallen, dan wel in kwaliteit van tolken. Tegelijkertijd kunnen de afspraken en tarieven tussen RHO en zorgverzekeraar bij het afsluiten van een nieuw contract aangepast worden en bieden deze daarmee ruimte om knelpunten op te lossen. Zo bieden vrije tarieven de mogelijkheid om rekening te houden met verschillende kosten van tolken, bijvoorbeeld indien er weinig aanbod is van tolken in een specifieke taal en daardoor de kosten hoger kunnen liggen. In de ene regio zal er ook een hogere inzet van tolken (benodigd) zijn dan in een andere regio wat door een vrij tarief goed ondervangen kan worden in tariefafspraken.

Een aandachtspunt is in hoeverre er een vergelijkbare onderhandelingspositie is voor RHO's ten opzichte van zorgverzekeraars. Een belangrijke voorwaarde is dat partijen de beschikking hebben over voldoende data om te kunnen onderbouwen welke kosten voor tolken dienen te landen in het gemiddelde bedrag per ingeschreven verzekerde. Het is bij een oplossing via een bestaande O&I prestatie aan te raden dat partijen afspraken met elkaar maken hoe ze de ontwikkeling van de kosten gaan monitoren. Er worden zoals eerder toegelicht geen separate prestaties toegevoegd aan de bestaande O&I prestaties. Hierdoor is het niet mogelijk om via O&I de bekostiging te monitoren op de inzet van tolken, omdat de mate waarin tolken worden ingezet niet te herleiden zal zijn vanuit de overeengekomen lumpsum afspraken. Mogelijk kunnen de RHO's zelf aangeven (mogelijk op basis van cijfers van Achterstandsfondsen) hoe vaak er in de afgelopen jaren in hun regio gebruik is gemaakt van een tolk en tegen welke tarieven. Zo kan er via die weg door de RHO's gemonitord worden op de inzet van tolken. Andere indicatoren zijn mogelijk het aantal opslagwijken in de regio of het aantal statushouders in de regio. De vraag is echter welke voorspellende waarde deze parameters hebben. De historische inzet van tolken via Achterstandsfondsen in de regio lijkt de meest voorspelbare parameter. Als deze data niet te verkrijgen zijn zou er voor gekozen kunnen worden om de totale uitgaven via de Achterstandsfondsen te delen door het aantal RHO's voor het budget per RHO. In de opvolgende jaren kan dan de kostenontwikkeling gemonitord worden. Hierbij dient er rekening mee gehouden te worden dat er mogelijk nog steeds sprake is van een onderbenutting van tolken binnen de huisartsenzorg. Uit een onderzoek van het [NIVEL uit 2016](#) blijkt dat huisartsen slechts in 1 op de 10 gevallen waarin ze een tolk nodig vinden ook daadwerkelijk een tolk inzetten.

VWS vraagt in de adviesaanvraag aan de NZa op welke manier de bekostigingsroute op een niet-concurrentiële manier kan worden ingericht. Door de bekostiging via O&I en daarmee via de RHO's te laten lopen is er wel degelijk sprake van concurrentie. Er zijn meer dan 56 RHO's verdeeld over het land welke allen financiële afspraken maken en onderhandelen met de lokaal preferente zorgverzekeraar over diverse zaken.

### 3.2.2 Administratieve lasten

Met onderhandelingen tussen individuele zorgverzekeraars en RHO's over een opslag op een van de bestaande O&I-prestaties wordt er volgens ZN een extra laag gecreëerd die momenteel niet bestaat met de bekostiging via de Achterstandsfondsen, waarbij Achterstandsfondsen vanuit de aan hen toebedeelde budgetten zelfstandig de keuze maken om tolken te faciliteren.

De bekostiging via de RHO betekent voor de huisartsen dezelfde mate van ontlasting van de administratieve lasten als de bekostiging via de Achterstandsfondsen, op voorwaarde dat de huisarts is aangesloten bij een RHO.

### 3.2.3 Toegankelijkheid

De bekostiging via bestaande O&I prestaties via RHO's leidt tot een nieuwe situatie waarbij afhankelijkheid ontstaat van lokale afspraken tussen zorgverzekeraars en RHO's. Partijen uiten hier hun zorgen over, ook ten aanzien van de beschikbare middelen voor de RHO's. Voor de toegankelijkheid van zorg is het van belang dat in de verschillende regio's in gelijke mate wordt voorzien in de beschikbaarheid van tolken. De beschikbaarheid van de tolken zal afhankelijk zijn van de visie van de in de regio leidende zorgverzekeraar en de beschikbare financiële middelen. Sommige regio's zullen vanwege verschillen in tariefafspraken daarmee financieel aantrekkelijker worden voor tolkenintermediairs om in te werken dan andere regio's. Mogelijk krijgen RHO's te maken met prijsplafonds of kan de inzet niet worden uitgebreid wanneer dit wel gewenst is. Kleinere RHO's kunnen besluiten dat het inkopen van tolkdiensten geen prioriteit heeft vanwege bijvoorbeeld onvoldoende middelen of onvoldoende beschikbaarheid van medewerkers. De toegang tot de beschikbaarheid van tolken is afhankelijk van de vraag of zorgverzekeraars wel of niet met RHO's afspraken kunnen maken over het aanbieden van een adequate tolkenvoorziening via een bestaande O&I prestatie. Aangezien tolkenvoorzieningen nog geen onderdeel zijn van bestaande tariefafspraken, zullen er actief afspraken dienen te worden gemaakt.

Op het moment dat tolken enkel via RHO's worden ingekocht, zullen er ook praktijken zijn die geen gebruik kunnen maken van deze tolken omdat zij niet aangesloten zijn bij een RHO. Dit in tegenstelling tot een toeslagprestatie binnen segment 1 waar elke huisarts gebruik van kan maken. Dit betreft naar verwachting slechts een enkele huisarts aangezien zij zich ook vanwege deelname aan Meer tijd voor de patiënt (MTVP) bij een RHO aansluiten. Voorgenoemde zou betekenen dat de betreffende huisartsen aanvullende afspraken dienen te maken met RHO's voor de inzet van tolken. Tegelijkertijd geldt op dit moment ook dat niet elke huisarts gebruik kan maken van een tolkenvoorziening via regionale Achterstandsfondsen.

### 3.2.4 Rechtmatigheid en fraude

De NZa stelt op grond van de Wmg prestaties met bijbehorende (maximum) tarieven in beleidsregels en tariefbeschikkingen vast. Voor het borgen van rechtmatigheid en voorkomen van fraude is het essentieel dat de gehanteerde definities eenduidig interpreteerbaar, helder en duidelijk afgebakend zijn voor zowel de zorg- en dienstverleners als de zorgverzekeraars en de NZa. Zorgverzekeraars voeren controles uit om de rechtmatige besteding van zorggeld te controleren. De NZa houdt toezicht op de naleving van tarief- en prestatieregulering.



De prestaties kunnen pas in rekening worden gebracht indien voldaan is aan de in de prestatiebeschrijvingen opgenomen voorwaarden. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn verplicht deze na te leven. Op het moment dat in de omschrijving van een bestaande O&I-prestatie wordt opgenomen dat afspraken over een adequate inzet van tolken onderdeel *kunnen* zijn van de inzet van tolken, zal deze omschrijving vragen oproepen omdat vrij gelaten wordt aan RHO's en zorgverzekeraars of ze hier afspraken over (willen) maken. De NZa kan hier dan ook niet op toetsen.

Zorgverzekeraars geven aan dat de mogelijkheid tot het uitvoeren van controles nog onduidelijk is wanneer de inzet van tolken via een lumpsum wordt afgesproken als onderdeel van O&I. Via de RHO's zullen de bedragen dan niet meer te herleiden zijn naar de daadwerkelijke inzet van de tolken. Het is van belang dat de zorgverzekeraar via formele en materiële controles toezicht kan houden om eventuele risico's zoveel mogelijk te mitigeren. Daarnaast is het de vraag of de financiële omvang van de inzet van tolken voldoende prikkel af geeft richting de zorgverzekeraars om hier actief op te toetsen. Wanneer de totale schadelast relatief beperkt is, zal een controle op de bijbehorende declaraties minder prioriteit vragen bij de zorgverzekeraar. Dit maakt dat eventuele fouten of fraude vermoedelijk minder snel opgespoord zullen worden.

### 3.2.5 Risico's en mogelijke maatregelen

Het overhevelen van de bekostiging van de tolkenvoorziening in de huisartsenzorg van de Achterstandsfondsen naar de RHO's is mogelijk, maar kent risico's en heeft tevens weinig draagvlak. Hieronder sommen we ze nog eens op.

#### *Algemeen*

Het administratief proces wordt van de 16 regionale Achterstandsfondsen verdeeld over meer dan 56 RHO's, een veelvoud. De onderhandelingsmacht neemt mogelijk af bij de spreiding over nog meer organisaties. Tegelijkertijd is het voor de Achterstandsfondsen op dit moment ook lastig om te onderhandelen over de tarieven vanwege kleinschaligheid.

Gelden kunnen binnen O&I mogelijk niet of lastig gealloceerd worden, in ieder geval niet op prestatieniveau. Monitoring aan de hand van Vektis data is daarmee niet mogelijk. Tegelijkertijd is dit op dit moment bij de oplossing via de Achterstandsfondsen ook niet goed mogelijk. Een aantal partijen geven aan dat met het vormgeven van een aanpassing via de RHO's de druk eraf gaat om tot een structurele landelijke oplossing te komen, terwijl dit wel wenselijk is.

#### *Risico's voor zorgverzekeraars*

Er wordt bij de overheveling naar de RHO's een extra laag toegevoegd ten opzichte van de bekostiging via S1 of via de Achterstandsfondsen, namelijk het feit dat de RHO's met de zorgverzekeraars moeten onderhandelen over de benodigde en beschikbare gelden voor tolken. Zowel bij zorgverzekeraars als bij RHO's worden er dus extra overheadkosten gemaakt en capaciteitsbeslag gedaan. Zorgverzekeraars geven aan dat de controle op de ingezette middelen lastig is bij lumpsum afspraken als onderdeel van O&I.

#### *Risico's voor RHO's*

Naast de hierboven genoemde risico's, zijn er nog een aantal risico's voor specifiek de RHO's. Er zijn partijen die verwachten dat de inkoop van tolkendiensten om meerdere redenen bij sommige RHO's weinig prioriteit zal hebben. Op het moment dat niet verplichtend in de regelgeving is opgenomen dat een adequate tolkenvoorziening onderdeel uitmaakt van de O&I prestatie, betekent dit dat de beschikbaarheid van tolken niet in elke regio geborgd is. Dit risico kan mogelijk worden ondervangen door het maken van bestuurlijke afspraken over het borgen van landelijke toegankelijkheid van tolken

via O&I prestaties, of toch de keuze te maken dat de taak van een tolkenvoorziening verplichtend wordt opgelegd.

#### *Risico's voor huisartsen*

Doordat afspraken over de inzet van tolken met de invoering van deze alternatieve bekostiging regionaal gemaakt worden, zal er meer sprake zijn van versnippering. Dat kan ook gevolgen hebben voor de beschikbaarheid van een tolk. Daarmee kan de wachttijd voor een huisarts om een tolk te kunnen inschakelen toenemen. Daarnaast is de huisarts afhankelijk van lokaal beleid, afspraken en beschikbaarheid van mensen en middelen. Het merendeel van de huisartsen is aangesloten bij de RHO, wat betekent dat er nog steeds een aantal huisartsen niet zijn aangesloten. Dit kan de NZa ook niet verplichten. Huisartsen zijn tevreden over hoe de huidige inzet van tolkendiensten is ingericht omdat de Achterstandsfondsen hun volledig administratief ontlasten. De overgang naar een alternatieve bekostiging kan leiden tot verwarring en weerstand, vooral als het voor huisartsen meer administratieve last betreft en slechts een tijdelijke tussenstap is.

#### *Risico's voor patiënten*

Bekostiging via de RHO's kan voor patiënten betekenen dat er binnen de huisartsenzorg mogelijk geen landelijke (gelijke) dekking zal ontstaan voor de inzet van een tolk. Achterstandsfondsen geven aan dat dit nu via de Achterstandsfondsen ook niet volledig het geval is. Dit kan een drempel creëren voor de patiënt om naar de huisarts te gaan.

#### *Risico's voor tolkenorganisaties*

Of (nieuwe) tolkenaanbieders toe kunnen treden tot de markt is afhankelijk van enerzijds de omvang van de regionale vraag naar tolken en anderzijds de vergoeding die de RHO biedt in de betreffende regio namens de huisartsen en of dit werkbaar is voor de nieuwe tolkenaanbieder. Dit zijn geen andere risico's dan in vergelijking tot de huidige situatie via de Achterstandsfondsen of bij een oplossing via een toeslagprestatie.

#### *Maatregelen*

Maatregelen die kunnen worden getroffen om een deel van deze risico's te kunnen ondervangen zijn met name het maken van (bestuurlijke) afspraken tussen partijen. Zoals bij de bekostiging van MTVP in S3 tot en met 2024 ook is gedaan hebben partijen toen onderling de intentie uitgesproken MTVP allemaal op een soortgelijke manier in S3 af te spreken. Mogelijk kan deze intentie voor de tolkeninzet ook gedaan worden om meer zekerheid te geven met betrekking tot de dekking, al geeft het nog steeds geen garanties. Dit is tevens nog niet besproken met partijen.

### 3.3 Uitvoeringsconsequenties Toeslagprestatie Segment 1

Een alternatief voor bekostiging van de tolkenvoorziening in de huisartsenzorg kan een toeslagprestatie met een maximumtarief zijn in S1. Dit is in lijn met hoe het in de eerstelijns verloskunde, kraamzorg en GGZ is ingericht. Wanneer er gezocht wordt naar een sectorale oplossing is bekostiging van de inzet van tolken in S1 theoretisch een logische keuze omdat het ondersteuning ten behoeve van basiszorg betreft. De huisarts declareert bij inzet van een tolk naast een regulier consult ook een opslag voor de tolk bij de zorgverzekeraar. In dit hoofdstuk bespreken we de consequenties bij het invoeren van bekostiging van tolken via een bestaande O&I prestatie.

In optie a1 onderhoudt de individuele huisarts zelf het contact met de tolkenvoorziening, zet een tolk in, declareert bij de zorgverzekeraar en handelt de factuur zelf af. Bij optie a2 speelt de RHO een rol door voor de regio de inkoop op zich te nemen en voor de individuele huisartsen de facturatie over te nemen. De RHO declareert dan de S1 toeslagprestatie. Bij deze optie moet er communicatie tussen de RHO en huisarts tot stand komen over voor welke patiënt en op welke datum de tolk is ingezet. Optie a2 heeft als uitvoeringsvraagstukken of een consult en een toeslagprestatie door twee verschillende zorgverleners kunnen worden gedeclareerd en hoe zorgverzekeraars hier mee omgaan. Hiernaast moet er privacy-technisch nog gekeken worden of het noodzakelijk en proportioneel is om informatie over de patiënt en de datum van het consult uit te wisselen tussen de huisarts en de RHO.

#### 3.3.1 Inkoop van tolkendiensten en onderhandelingen met zorgverzekeraars

Bij een inkoop door huisartsen dient elke individuele huisartsorganisatie de inkoop van tolkendiensten zelfstandig op zich te nemen. Dit betekent een grotere versnippering in de inkoop in vergelijking tot de huidige Achterstandsfondsen en in vergelijking tot inkoop door RHO's bij bekostiging via S2. Zoals eerder genoemd is de decentralisatie van inkoop van tolkendiensten niet gunstig voor de inkoopmacht. Tegelijkertijd is dit nu ook de manier waarop de inkoop van tolkendiensten gaat in de eerstelijns verloskunde en kraamzorg.

Segment 1 kent maximumtarieven. Het voordeel van een maximumtarief ten opzichte van een vrij tarief bij een O&I prestatie is dat het tarief gebaseerd kan worden op wat marktconform is en in lijn ligt met de andere sectoren waar een maximumtarief voor is vastgesteld. Ook zijn de S1 declaraties inzichtelijk te monitoren via Vektis data. Dit in tegenstelling tot de huidige situatie via de Achterstandsfondsen en een oplossing via een bestaande O&I prestatie via de RHO's. Tegelijkertijd zorgt een maximumtarief ook voor een risico. Het risico bestaat dat tolken een hoger tarief (gaan) rekenen dan het overeengekomen gereguleerde maximumtarief dat zorgverzekeraars met huisartsen willen overeenkomen. Een gereguleerd NZa-tarief zal altijd een gemiddeld kostendekkend tarief zijn en hierdoor naar verwachting onvoldoende aansluiten bij alle individuele situaties. Op het moment dat de gereguleerde maximumtarieven onvoldoende dekking bieden aan de met de geleverde zorg gemoeide kosten, dan biedt segment 3 binnen de huisartsenzorg mogelijkheden om hier aanvullende (maatwerk)afspraken over te maken. Dit kan bijvoorbeeld als er sprake is van een taal waar weinig aanbod van tolken voor is. Zorgverzekeraars kunnen in hun inkoopbeleid voorwaarden verbinden aan de inzet van tolkendiensten.

#### 3.3.2 Administratieve lasten

Voor optie a1 geldt dat er meer administratieve lasten zijn voor de individuele huisarts ten opzicht van hoe het nu geregeld is via de Achterstandsfondsen. Het vraagt extra administratieve handelingen voor een huisarts om de inkoop en declaratie van tolken op zich te nemen waar dit nu door Achterstandsfondsen gebeurt. De NZa heeft echter vooralsnog geen signalen ontvangen vanuit zorgverleners over administratieve lasten van de sectoren waarvoor reeds een toeslagprestatie bestaat voor tolken (ggz, eerstelijns verloskunde en kraamzorg). De Patiëntenfederatie heeft echter wel signalen

ontvangen van verloskundigen. Vanuit branchepartijen in de huisartsenzorg wordt tegelijkertijd gevreesd voor hoge administratieve lasten bij toekomstige invoering van een toeslagprestatie.

Bij optie a2 neemt de RHO de declaratie over en zal de afhandeling voor de huisartsen ongeveer gelijk zijn zoals het nu geregeld is, met uitzondering van het feit dat de huisarts aan de RHO door moet geven voor welke specifieke patiënt en op welke datum een tolk is ingezet, omdat declaratie op patiëntniveau plaatsvindt. Het is nog onduidelijk hoe dit vormgegeven kan gaan worden, of dit juridisch gezien en privacy technisch mogelijk is en of dit een administratieve last kan zijn. Dit vraagt ook een aanpassing van de ICT, wat mogelijk complex kan zijn. Tot slot vraagt deze optie mogelijk ook om een aanwijzing van VWS waarin staat dat een RHO een segment 1 prestatie in rekening mag brengen.

### 3.3.3 Toegankelijkheid

Door de tolkenvoorziening te bekostigen in S1 is een adequate bekostiging van tolken voor alle huisartsen beschikbaar. Alleen als zorgverzekeraars actief zouden besluiten om de toeslagprestatie niet in te kopen, heeft dit consequenties voor de toegankelijkheid. Hierover zijn geen signalen bekend uit andere sectoren waarvoor al toeslagprestaties gelden. Hierdoor verwachten we in tegenstelling tot een oplossing via bestaande O&I-prestaties via RHO's (waarvoor actief aanvullende afspraken dienen te worden gemaakt omtrent de tarifiering) minder regionale verschillen. Meer administratieve lasten zouden echter vanuit de kant van huisartsen kunnen leiden tot een drempel om tolken in te zetten. Branchepartijen kunnen mogelijk ondersteunen in het beschikbaar stellen van informatie aan huisartsen over hoe een tolk ingezet kan worden en hoe dit bekostigd wordt.

### 3.3.4 Rechtmatigheid en fraude

Voor het borgen van rechtmatigheid en voorkomen van fraude is het over het algemeen essentieel dat de gehanteerde definities eenduidig interpreteerbaar, helder en duidelijk afgebakend zijn voor zowel de zorg- en dienstverleners als de zorgverzekeraars en de NZa. We verwachten dat een toeslagprestatie voor een x aantal minuten inzet van een tolk weinig vragen op zal roepen en eenduidig interpreteerbaar en duidelijk afgebakend is.

Wanneer gekeken wordt naar het risico op onrechtmatige declaraties voor tolken via S1, ziet de NZa een beperkt risico. Ten eerste kost het de huisarts extra moeite om een tolk in te schakelen en lijkt het niet rendabel voor een huisarts om dit te doen wanneer dit niet noodzakelijk is. Ten tweede kunnen de declaraties via S1 gecontroleerd worden via de Vektis data die de NZa ontvangt, vanuit een benchmark analyse kunnen bijvoorbeeld overmatig declarerende praktijken gefilterd worden. Daarbij is het wel van belang dat kosten tegen baten opwegen en het rendabel is om deze controles uit te voeren. De kans bestaat dat zo'n controle alleen plaats zal vinden bij subjecten die reeds onderwerp zijn van onderzoek. Ten derde kunnen patiënten zelf de declaratiegegevens inzien en beoordelen of er rechtmatig gedeclareerd is. Bij dit laatste punt zien wij wel een risico. Wanneer een patiënt een tolk nodig heeft bij de huisarts, en een portaal is alleen in het Nederlands beschikbaar, hoe kunnen wij dan verwachten dat de patiënt op de hoogte kan zijn van de voor die persoon gedeclareerde zorg?

### 3.3.5 Risico's en mogelijke maatregelen

Het overhevelen van de bekostiging van de tolkenvoorziening in de huisartsenzorg van de Achterstandsfondsen naar de huisartsen via een toeslagprestatie is mogelijk, maar kent risico's en tevens weinig draagvlak. Hieronder sommen we ze nog eens op.

#### *Risico's voor de huisarts*

De toeslagprestatie heeft als risico dat dit tot meer administratieve lasten leidt. Bij optie a1 is de huisarts zelf verantwoordelijk voor de inkoop en declaratie van de tolk. Dit leidt tot meer administratieve last bij

de individuele huisarts. De VPH heeft gevraagd om hier een aparte vergoeding tegenover te stellen voor de huisartsenpraktijk.

Indien elke huisarts individueel een tolkdienst inkoop, zal sprake zijn van versnippering in de inkoop. Het kan voorkomen dat de ene huisarts beter in staat is om een goed contract af te spreken dan de andere. Daarmee kan de wachttijd voor een huisarts om een tolk in te kunnen schakelen toenemen. Huisartsen zijn tevreden over hoe de huidige inzet van tolkdiensten is ingericht, omdat de Achterstandsfondsen hen administratief volledig ontlasten. De overgang naar een alternatieve bekostiging kan leiden tot verwarring en weerstand, vooral als het huisartsen hogere administratieve lasten geeft. De verandering naar een andere bekostiging en een verhoging in administratieve lasten kan leiden tot een minder goede inzet van tolken.

#### *Risico's voor de RHO's*

Bij optie a2 (indien juridisch en vanuit privacy mogelijk) nemen de RHO's de verantwoordelijkheid over van de inkoop en de declaratie van de toeslag bij de zorgverzekeraar. Hiermee ontlasten zij de huisarts. Desondanks moet de huisarts wel meer handelingen uitvoeren dan nu het geval is bij de bekostiging via de Achterstandsfondsen, waaronder een frequentere afstemming met de RHO. Ook krijgt de RHO daarmee meer administratieve lasten.

#### *Risico's voor de zorgverzekeraars*

Bij optie a2 (indien juridisch en vanuit privacy mogelijk) wordt bij de overheveling naar de RHO's een extra laag toegevoegd, namelijk het feit dat de RHO's met de zorgverzekeraars moeten onderhandelen over de benodigde en beschikbare gelden voor tolken. Zowel bij zorgverzekeraars als bij RHO's worden er dus extra overheadkosten gemaakt en capaciteitsbeslag gedaan. Deze kosten staan niet in verhouding tot de verwachte opbrengst hiervan. In beide varianten bestaat het risico dat tolken een hoger tarief (gaan) rekenen dan het overeengekomen gereguleerde maximumtarief.

#### *Risico's voor patiënten*

Bekostiging via een toeslagprestatie in S1 kan voor de patiënt resulteren in een slechtere uitvoering van tolkeninzet bij diens huisarts in vergelijking tot de huidige situatie via Achterstandsfondsen als een huisartsenorganisatie niet in staat is om de tolkdiensten in te kopen.



### 3.4 Gevolgen alternatieve bekostigingsmogelijkheden voor budget

De RHO's en de huisartsen maken zich zorgen over het feit dat VWS de bekostiging van de tolken budgetneutraal wil invoeren, dat wil zeggen zonder ophoging van het bestaande kader multidisciplinaire zorg (MDZ). Hiernaast wordt in onderzoek van het NIVEL uit 2016 genoemd dat huisartsen in slechts 1 op de 10 gevallen dat ze een tolk nodig vonden en tolk inzetten, dus dat er sprake is van een onderschatting van kosten. Als het kader MDZ niet wordt opgehoogd, dan gaat dit mogelijk ten koste van andere O&I activiteiten. Dit kan er ook voor zorgen dat RHO's minder of niet bereid zijn om de ondersteuning hiervoor te leveren. De Achterstandsfondsen geven aan de tolkenvoorziening de afgelopen jaren uit eigen middelen betaald te hebben. Hun budget was hier niet voor bedoeld. Derhalve is het ook niet voor de hand liggend dat er middelen overgeheveld worden van de Achterstandsfondsen naar het kader MDZ.

Het is onduidelijk wat de te verwachten kosten zijn van de inzet van tolken. De beste referentie is wat er nu vanuit de Achterstandsfondsen aan tolken wordt uitgegeven. Een globale inschatting van de landelijke kosten is € 300.000 in 2021. De kosten voor de inzet van tolken zijn gestegen naar € 360.000 in 2022 tot € 390.000 in 2023. Partijen verwachten dat de inzet van tolken in de toekomst vaker nodig zal zijn en dat daarmee de kosten zullen gaan stijgen. Landelijke bekostiging en landelijke sector overstijgende inkoop door een aantal inkopende zorgverzekeraars kunnen mogelijk leiden tot betere onderhandelingen en een betere prijs-kwaliteitverhouding voor tolken binnen de huisartsenzorg en mogelijk ook de bredere eerste lijn. Het maken van deze afspraken per regio en per sector alsook het op zich laten nemen van de inkoop door individuele zorgaanbieders of minimaal 56 RHO's lijkt onlogisch, mogelijk risicovol en duur.

Declaraties over het jaar 2022 in de ggz wijzen uit dat met de introductie van de toeslagprestaties voor tolken tot 0,3% van de consulten een tolk wordt ingeschakeld. Tegelijkertijd zijn het binnen de huisartsenzorg andere momenten waarop een tolk wordt ingeschakeld en is dit waarschijnlijk niet vergelijkbaar met een andere sector. Aannemelijk is dat mensen die de taal niet machtig zijn wel bij een huisarts belanden, maar niet zo snel bij de ggz. En daarbij is de tolkentoeslag in de ggz met name bedoeld voor een tweetal instellingen die zich richten op oorlogstrauma's en op specifiek ggz voor doven en slechthorenden.

Er zijn momenteel huisartsen die gebruik maken van een tolkdienst zonder dat zij gebruik maken van de regeling via de Achterstandsfondsen. De kosten die zij daarvoor maken, worden meegenomen in regulier kostprijsonderzoek van de NZa en zitten dus nu verdisconteerd in de maximumtarieven. VWS vraagt in hun adviesaanvraag op welke wijze en voor welke omvang de huidige tarieven voor huisartsen hiervoor geschoond dienen te worden. Het is de NZa niet bekend hoe vaak er sprake is van inzet van tolken die niet gefinancierd worden via de Achterstandsfondsen. De NZa vraagt bij een kostprijsonderzoek de kosten niet op dit detailniveau uit. Derhalve is het ook niet mogelijk om de tarieven hiervoor te schonen, ook al zou dit wel correct zijn wanneer er via de bekostiging huisartsenzorg een andere regeling komt.

Indien er op de korte termijn voor wordt gekozen om de tolkenvoorziening breder te organiseren voor alle huisartsen (ook wijken waarbij geen sprake is van verhoogde achterstandsproblematiek), is het belangrijk om Achterstandsfondsen daar financieel voor te compenseren. Er zal namelijk een toename in de inzet van tolken zijn. Daarnaast krijgen Achterstandsfondsen meer administratieve lasten en taken, waarvoor zij ook financieel gecompenseerd moeten worden. Het is onduidelijk hoeveel budget er bij komt indien de Achterstandsfondsen de tolkenvoorziening beschikbaar maken voor alle huisartsen, dat dient nog verder uitgezocht te worden. Het is hiervoor belangrijk dat zorgverzekeraars de regionale

Achterstandsfondsen betrekken, aangezien het Landelijk Achterstandsfonds niet kan besluiten over elk individueel Achterstandsfonds. Om een betere inschatting doen van de verwachte kosten is het belangrijk om de omvang van het financiële knelpunt in kaart te brengen bij de Achterstandsfondsen. Belangrijk is om daarbij in het achterhoofd te houden dat de nieuwe Richtlijnmodule mogelijk leidt tot een hogere inzet van tolken, dat niet in alle gevallen waarin een tolk nodig was daadwerkelijk een tolk wordt ingezet en dat er ook huisartsenpraktijken zijn die nog geen gebruik (kunnen) maken van de diensten van de Achterstandsfondsen. Ook moet er gekeken worden of het haalbaar is om dit uit te breiden, aangezien Achterstandsfondsen vaak kleinschalige organisaties zijn.

### **3.5 Conclusie alternatieve bekostigingsmogelijkheden huisartsenzorg**

Bij het kiezen van een alternatieve bekostigingsmogelijkheid is het van belang om eerst te bepalen waar de verantwoordelijkheid voor het borgen van de inzet van tolken wordt belegd. Is dit bij de huisarts (toeslagprestatie), is dit bij de RHO (bestaande O&I prestatie), is dit bij een toekomstig regionaal eerstelijns samenwerkingsverband (RESV) of is dit bij de zorgverzekeraar? Daarna volgt een logische keuze voor de alternatieve bekostigingsmogelijkheid.

In de voorafgaande hoofdstukken noemen we verschillende mogelijkheden voor het bekostigen van tolken specifiek in de bekostiging van de huisartsenzorg. Sectoroverstijgende oplossingen (waaronder inkoop via een regionaal eerstelijns samenwerkingsverband of via de zorgverzekeraar) bespreken we op hoofdlijnen in hoofdstuk 4. Er bestaan binnen de huisartsenbekostiging twee alternatieve mogelijkheden om de tolkeninzet te bekostigen: via bestaande O&I-prestaties in S2 (optie b) of via een toeslagprestatie in S1. Bij de toeslagprestatie in S1 bestaan er twee opties: de huisarts betaalt zelf de factuur van de tolk (optie a1), of er komt alsnog een constructie waarbij de RHO kan ondersteunen bij het betalen en declareren, alsook het inkopen van de ondersteuning (optie a2).

Bij elk van de genoemde alternatieve bekostigingsmogelijkheden binnen de huisartsenzorg met een verantwoordelijkheid voor de individuele huisarts of de RHO's bestaan er uitvoeringsconsequenties. In de onderstaande tabel maken we op basis van de in de vorige paragrafen beschreven uitvoeringsconsequenties een inschatting hoe positief of negatief de verschillende bekostigingsopties op deze aspecten scoren. Hierbij loopt de schaal van - - (meest negatief) tot + + (meest positief). Hieraan voegen we nog een tweetal extra criteria (juridische risico's en complexiteit om in de regelgeving aan te passen) toe.

Bij de Achterstandsfondsen gaan we uit van de huidige situatie. We hebben de huidige bekostiging via de Achterstandsfondsen opgenomen in de tabel, zodat de huidige situatie met andere opties vergeleken kan worden. We zien de huidige situatie via de Achterstandsfondsen niet als een structurele oplossing voor de toekomst, vandaar dat we een eventuele toekomstige bekostiging via de Achterstandsfondsen (waarbij Achterstandsfondsen financieel extra ondersteund worden en hun dienst beschikbaar is voor alle huisartsen in Nederland) in deze tabel niet meenemen in de weging.

**Tabel 1 Weging uitvoeringsconsequenties per alternatieve bekostigingsoptie in de huisartsenzorg**

Let op: het gaat hierbij om een inschatting

Uitvoeringsconsequenties/ Criteria	Achterstands- fondsen (huidige situatie)	Segment 1 toeslagprestatie optie a1	Segment 1 toeslagprestatie optie a2	Segment 2 bestaande O&I prestatie optie b (als niet dwingend in regelgeving opgenomen)
Administratieve lasten huisarts	++	--	-	++
Administratieve lasten RHO	n.v.t.	n.v.t.	--	--
Administratieve lasten zorgverzekeraar	+	--	---	-
Versnippering zorginkoop	--	---	--	--
Toegankelijkheid voor de patiënt	--	+	+	-
Budget impact	-	--	---	-
Rechtmatigheid en fraude	-	++	++	-
Juridische risico's	+	++	--	-
Complexiteit aanpassing regelgeving	n.v.t.	++	-	+

Geen van de alternatieve bekostigingsopties lijkt ideaal om het probleem structureel op te lossen. Het verspreiden van de inkoop en facturatie over meer dan 56 RHO's zal leiden tot meer versnippering. Gezien vanuit de toegankelijkheid vinden niet alle geconsulteerde partijen een oplossing via een O&I-prestatie via de RHO's ideaal. Inschatting vanuit de NZa is dat er een risico bestaat dat tolken niet voldoende via RHO's worden ingekocht op het moment dat niet dwingend in de regelgeving is opgenomen dat een adequate tolkenvoorziening onderdeel is van een bestaande O&I-prestatie. De door VWS beoogde budgetneutraliteit bij invoering wordt niet gedragen door partijen en kan daarmee ook een risico opleveren voor de brede toegankelijkheid van deze dienst.

Bij een toeslagprestatie in S1 zullen de administratieve lasten vanwege het beleggen van de verantwoordelijkheid voor het borgen van de inzet van tolken bij de individuele huisartsen voor hen toenemen. Dit kan bij de toeslagprestatie via S1 mogelijk enigszins verminderd worden door het kiezen

voor optie a2. Al deze risico's meewegend kunnen we nog niet concluderen dat beide varianten wenselijk zijn voor de toekomstige bekostiging van tolkeninzet in de huisartsenzorg.

We adviseren om die reden pas tot besluitvorming ten aanzien van de bekostiging van tolken in de huisartsenzorg over te gaan op het moment dat de mogelijkheid van een sectoroverstijgende oplossing (waaronder de scenario's met een directe inkooprol voor de zorgverzekeraar) verder is onderzocht. Partijen gaven in de consultatie aan dat dit bekostigingsprobleem groter is dan alleen huisartsenzorg. Partijen hebben de voorkeur voor een overkoepelende oplossing die breed voor de eerste lijn geldt of zelfs volledig sectoroverstijgend is. In het volgende hoofdstuk gaan we dan ook op hoofdlijnen in op de mogelijkheden van een sectoroverstijgende oplossing voor de inzet van tolken op de lange termijn. Er is nader onderzoek nodig om de sectoroverstijgende bekostiging voor tolken uit te werken.

Hiermee is het niet de bedoeling een oplossing voor de knelpunten in de huisartsenzorg voor onbepaalde tijd on-hold te zetten. Voor de korte termijn concluderen we dat het wenselijker is om het huidige systeem via de Achterstandsfondsen tijdelijk in stand te houden. Bij voorkeur wordt deze dienst in deze tijdelijke periode georganiseerd voor alle huisartsen (ook in wijken waarbij geen sprake is van verhoogde achterstandsproblematiek) totdat er een bredere en vooral betere oplossing is waar breed draagvlak voor is. In dat geval moeten Achterstandsfondsen voldoende financieel ondersteund worden door zorgverzekeraars, vanwege extra kosten voor toename van inzet van tolken en daarbij horende administratieve lasten voor de Achterstandsfondsen. Het is belangrijk dat er nader onderzoek gedaan wordt naar de omvang van het probleem. De regionale Achterstandsfondsen moeten hierbij betrokken worden, aangezien de landelijke organisatie van de Achterstandsfondsen geen beslissing kan maken voor de regionale Achterstandsfondsen en dit nog niet met hen is afgestemd. Goede communicatie is hierbij essentieel, ook vanwege contracten die vaak meerdere jaren lopen. Ook moet er gekeken worden of het haalbaar is om dit uit te breiden, aangezien Achterstandsfondsen vaak kleinschalige organisaties zijn.

Het is belangrijk om te beseffen dat het geen vanzelfsprekendheid is dat Achterstandsfondsen een tolkenvoorziening faciliteren. Er bestaat een risico dat op termijn de tolkenvoorziening voor huisartsen weg valt op het moment dat er geen sectoroverstijgende oplossing komt.

# 4 Sectoroverstijgende bekostiging

Zoals eerder benoemd is het inzetten van tolken randvoorwaardelijk voor het leveren van kwalitatief goede (basis)zorg voor anderstaligen. Dit geldt dus breder dan voor enkel de huisartsenzorg. Bij de NZa zijn meerdere signalen binnengekomen over problemen in de bekostiging van tolken binnen de Zvw. De signalen bij de eerste lijn zijn die van de paramedie, wijkverpleging en farmaceutische zorg. In de eerste lijn zijn er veelal kleinere aanbieders voor wie het lastig is om de kosten te verdisconteren over de bestaande tarieven. Bij de NZa zijn daarnaast ook signalen binnengekomen over knelpunten in de bekostiging van de inzet van tolken binnen de medisch-specialistische zorg en de langdurende zorg. Voor de medisch-specialistische zorg is het standpunt van de NZa dat de kosten voor de inzet van tolken binnen de integrale, gemiddelde tarieven voor dbc-zorgproducten meegenomen kunnen worden. Voor de langdurende zorg is het standpunt van de NZa eveneens dat de kosten van tolken meegenomen kunnen worden via de bestaande prestaties.

Een sector overstijgende bekostiging (voor de eerste lijn) vraagt om nader onderzoek. In dit hoofdstuk gaan we in op de motivaties van geconsulteerde partijen binnen de huisartsenzorg voor een sector overstijgende bekostiging en noemen we op hoofdlijnen een aantal verder te onderzoeken oplossingsrichtingen.

## 4.1 Motivaties geconsulteerde partijen en randvoorwaarden

Tijdens de consultaties met partijen binnen de huisartsenzorg is veelvuldig naar voren gekomen dat partijen graag een sectoroverstijgende bekostiging zien voor tolken binnen de Zvw, en mogelijk zelfs een domeinoverstijgende bekostiging (Zvw, Wlz, Wmo, Wpg, Jeugdzorg). Hieronder beschrijven wij de motivaties die geconsulteerde partijen noemen:

### De regionale Achterstandsfondsen

Het beleggen van de tolkenvoorziening bij de regionale Achterstandsfondsen zien de Achterstandsfondsen niet als een duurzame oplossing. Ze zijn zeer tevreden over het gebruik van de Tolkentelefoon voor deze dienst en zien het liefst dat dit breed voor alle zorgsectoren wordt ingezet. Een integrale bekostiging voor de inzet van tolken in de Zvw heeft bij hen de voorkeur.

### Zorgverzekeraars Nederland

ZN staat achter het concept dat goede communicatie randvoorwaardelijk is voor goede zorg. Ook kunnen zij zich goed voorstellen dat het inzetten van een tolk leidt tot passende zorg. Dit geldt dan ook zorgbreed en niet enkel voor de huisartsenzorg. Zij ziet hierin de potentie om dit integraal en over alle sectoren uit te zetten. Zij ziet dit ook het liefst integraal ingericht en het liefst dat dit breder wordt doorgetrokken. Vanuit toekomstperspectief zou het zelfs domeinoverstijgend ingezet kunnen worden, zoals via de schuldhulpverlening. In de praktijk is dit wel een (te) grote ambitie om daadwerkelijk uit te kunnen voeren als eerstvolgende stap.

### InEen

Volgens InEen wordt idealiter de bekostiging voor de tolkenvoorziening landelijk en breder dan enkel voor de huisartsen geregeld. Welke partij deze landelijke rol zal vervullen is echter nog onzeker. Hier ligt

bijvoorbeeld in de toekomst een rol voor een regionaal eerstelijns samenwerkingsverband (RESV). Ineen ziet ook daarnaast de mogelijkheid om dit rechtstreeks via de zorgverzekeraar te doen.

### **De Patiëntenfederatie**

De Patiëntenfederatie vindt het essentieel dat de inkoop en monitoring door één geschikte partij wordt gedaan. Het is de wens om de bekostiging van de tolken simpel, eenduidig en bestendig te houden door dit sectoroverstijgend of zelfs domeinoverstijgend te regelen. Zij denken dat des te meer personen iets moeten regelen voor deze prestatie, dit des te meer capaciteit zal kosten. Ook verwachten ze dat het niet of niet goed geregeld zal zijn. Dit alles terwijl het lokaal inkopen volgens hen niet of nauwelijks mogelijk is en geen meerwaarde zal hebben. Wanneer elke keer de toegang tot tolken verandert dan zal dit leiden tot onrust en vragen en drempels bij de zorgverleners, ondersteuners en zelfs patiënten. Hun voorkeur gaat daarom uit naar stabiliteit en eenvoud via een integrale bekostiging in de Zvw met een centrale inkoop voor tolkendiensten. Tolkendiensten zullen volgens de Patiëntenfederatie waarschijnlijk luisteren naar grote inkopers en hen ook voorrang neigen te geven vanwege contractueel vastgelegde KPI's. Daarom is het belangrijk om de inkoop van tolkendiensten voor de zorg (meer) te centraliseren. De voorkeur gaat uit naar een landelijke optie. Goed geborgd, bestendig en op zelfde wijze voor in ieder geval alle eerste lijns zorg (waaronder ook de specialist ouderengeneeskunde), bij voorkeur ook voor medisch specialistische zorg, langdurige zorg of zelfs domeinoverstijgend. Fragmentatie brengt de toegankelijkheid in het geding. Ook voor de doelmatigheid is schaalgrootte van belang. Tolkendiensten werken met miljoenencontracten in andere sectoren – doelmatig inkopen kan alleen als het over voldoende volume gaat (voldoende groot perceel, heet dat in de sector). Gezamenlijk inkopen, monitoren en evalueren kan leiden tot betere kwaliteit, beschikbaarheid en prijs. Inkoop en monitoring moet door één partij worden gedaan die dit ook goed kan. De Patiëntenfederatie ziet graag voor alle patiënten en/of huisartsen toegang via hetzelfde telefoonnummer, app en/ of website. En dat er geen sprake is van het gebruik van eigen risico bij het inzetten van een tolk.

Een optie op de korte termijn zou ook kunnen zijn dat het landelijk via de Achterstandsfondsen geregeld gaat worden, mogelijk ondersteund voor de inkoop door zorgverzekeraars. Een andere optie is directe inkoop door zorgverzekeraars (samen). Tegelijkertijd noemt de Patiëntenfederatie dat het niet wenselijk is dat zorgverzekeraars informatie in handen krijgen op patiëntniveau over wie de taal slecht spreekt. De Patiëntenfederatie ziet graag dat er voor de paramedie, apothekers en de wijkverpleging op de korte termijn een sectorale toeslagprestatie ingevoerd wordt vooruitlopend op een domeinoverstijgende oplossing of een structurele oplossing voor de Zvw. De Patiëntenfederatie vraagt om bij de stappen die worden gezet met betrekking tot domeinoverstijgende financiering en de bekostiging van regionale eerstelijns samenwerkingsverbanden (RESV's) de bekostiging van tolken mee te nemen.

De Patiëntenfederatie noemt dat voor de ggz en voor de eerste lijns geboortezorg met stakeholders is afgesproken dat alleen tolken mogen worden ingezet die in het Wbtv-register staan en noemt als aandachtspunt wie er toezicht op houdt dat dit ook voor andere zorgsectoren geldt.

De vraag of er bij verschillende bekostigingsopties voldoende mogelijkheden bestaan voor tolkaanbieders om tot de markt toe te treden, dient bij een vervolg volgens de Patiëntenfederatie ook aan de beroepsorganisaties voor tolken het Nederlands Genootschap van Tolken en Vertalers (NGTV) en de Orde van Registertolken en -vertalers (ORTV) worden voorgelegd.

### **Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen**

Ook de voorkeur van de VPH gaat op termijn uit naar een bekostiging van de tolken voor alle sectoren in de Zvw in plaats van alleen voor de huisartsenzorg.



## De Landelijke Huisartsen Vereniging

Het liefst wordt de bekostiging van de tolken volgens de LHV sectoroverstijgend georganiseerd. Zij zien dit voor zich via bijvoorbeeld een subsidieregeling waarbij een zorgverzekeraar deze regeling uitvoert. En anders zal dit uit het zorgverzekeringsfonds gefinancierd moeten worden. De organisatiekosten worden juist groter als dit per regio of sector wordt geregeld.

## 4.2 Schets sectoroverstijgende bekostigingsopties (Zvw)

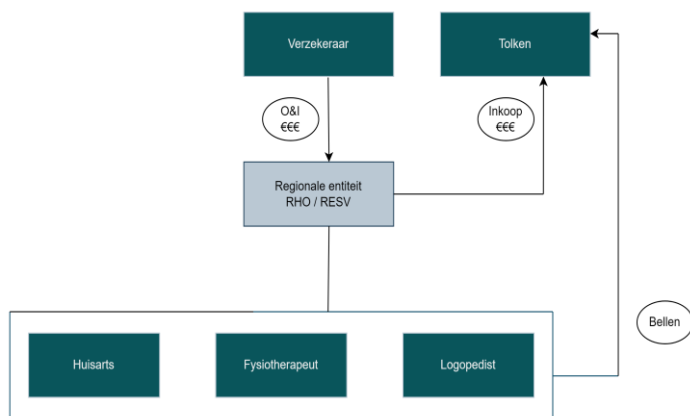
In dit deelhoofdstuk schetsen wij verschillende opties voor een sectoroverstijgende bekostiging om nader te gaan onderzoeken. Ter verduidelijking: met sectoroverstijgend bedoelen we hierbij dat de bekostigingsoptie voor de inzet van tolken in verschillende sectoren binnen de Zvw geschikt is. De richting van de sectoroverstijgende prestatie (SOP; zie het [Advies Sectoroverstijgende Prestatie](#)) is namelijk bij voorbaat afgefallen, omdat een vereiste voor de sectoroverstijgende prestatie is dat meerdere zorgdisciplines voor 1 zorgvraag betrokken zijn en sectoroverstijgend samenwerken.

Vanuit verschillende partijen is gedurende de consultatie voor dit rapport ingebracht dat er een wens bestaat voor een domeinoverstijgende bekostiging van tolken (bijvoorbeeld ook voor de jeugdzorg en de Wmo). VWS kan de afweging maken om een domeinoverstijgende bekostiging van tolken na te streven. In een [kamerbrief van 27 november 2023](#) is echter door VWS aangegeven dat het uitgangspunt is dat zorg en de bijbehorende diensten worden bekostigd via de betreffende stelselwetten. Om deze reden richten we ons voor sectoroverstijgende bekostigingsopties op bekostigingsopties voor zorgsectoren binnen de Zvw.

Bestaande O&I-prestatie of nieuwe RESV-prestatie voor tolken in de eerste lijn  
VWS vraagt de NZa wat de voorwaarden zijn om de vorm van bekostiging via de RHO's breed beschikbaar te stellen voor de eerste lijn op de langere termijn. Met het oog op multidisciplinaire zorg zou dit prestatietechnisch een keuze kunnen zijn, aangezien de O&I-prestatie een betaaltitel is met als doel om (multidisciplinaire) samenwerking te bevorderen. Daar staat wel tegenover dat de RHO's op dit moment niet zijn ingericht op andere sectoren in de eerste lijn dan de huisartsen. Binnen de huisartsenzorg treden zij op als hoofdaannemer, wat voor alle andere sectoren ontbreekt. Ook zal dit een lumpsumprestatie moeten betekenen, waardoor het lastig is om de kosten voor de tolken te onderscheiden en te monitoren. Via een bestaande O&I-prestatie zouden tolken kunnen worden ingezet. Om de uitvoeringsconsequenties te kunnen bepalen is consultatie van branchepartijen binnen de verschillende eerste lijnssectoren en consultatie van ZN noodzakelijk.

Er wordt op dit moment gesproken over toekomstige regionale eerstelijns samenwerkingsverbanden (RESV's) met een bredere doelstelling binnen de eerste lijn dan de RHO's. Deze RESV's, zoals beschreven in de Visie eerstelijnszorg 2030 worden door verzekeraars (in de toekomst) gecontracteerd om eerstelijns zorgaanbieders te ondersteunen. Mogelijk past een tolkenvoorziening hier bij. De rollen en de financiering van deze samenwerkingsverbanden zijn nog onderwerp van gesprek. Op het moment dat de wens is om een tolkenvoorziening voor de bredere eerste lijn beschikbaar te stellen, ligt het voor de hand om te onderzoeken of een tolkenvoorziening via RESV's geregeld zou kunnen worden. Om de uitvoeringsconsequenties te kunnen bepalen is consultatie van branchepartijen binnen de verschillende eerste lijns sectoren en consultatie van Zorgverzekeraars Nederland noodzakelijk.

Schematisch kan deze oplossingsrichting als volgt worden weergegeven, waarbij de RHO's of de RESV's een tolkendienst inkopen en deze de inzet van tolken (bijvoorbeeld via een bredere O&I RESV prestatie) bij de zorgverzekeraar declareren, en waarbij de zorgaanbieders voor een gecontracteerde tolk een telefoonnummer bellen:

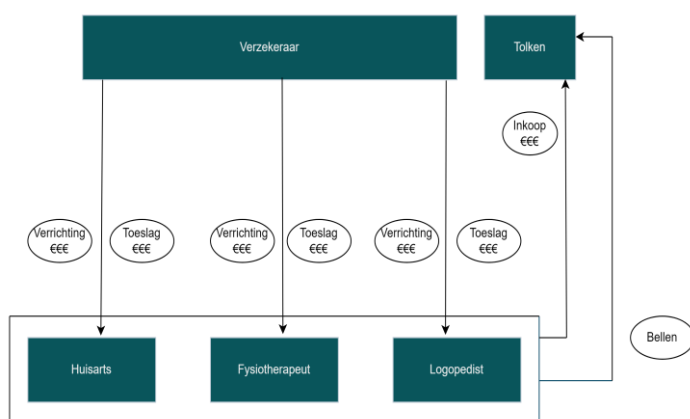


Figuur 5 Stroomschema bekostiging tolken sectoroverstijgend via een bestaande O&I prestatie

### 4.2.1 Toeslagprestatie voor eerstelijns sectoren binnen de Zvw

Een andere mogelijkheid is een uniform vormgegeven toeslagprestatie voor de verschillende sectoren in de eerste lijn met een gereguleerd (maximum)tarief. Per sector wordt er dan een toeslagprestatie voor een tolk ingericht, bijvoorbeeld per vastgestelde tijdseenheid. Binnen de eerste lijn worden verscheidene tariefsoorten over de sectoren gehanteerd. Bij een uniform vormgegeven toeslagprestatie is mogelijk een aanwijzing van VWS nodig afhankelijk van de keuze van een bepaald tarieftype voor een toeslagprestatie in een zorgsector. Bijvoorbeeld wanneer er een toeslagprestatie met een maximum tarief komt voor sectoren waarvoor vrije tarieven gelden.

Hiervoor wordt dan een beleidsregel toeslag tolken voor verschillende eerstelijnssectoren binnen de Zvw opgesteld. De toeslagprestatie kan in rekening worden gebracht door een zorgaanbieder op basis van een tariefbeschikking voor basisverzekerde Zvw-zorg. Deze toeslag kan op basis van tijdseenheid worden ingericht, bijvoorbeeld per 5 minuten. Een kortere tijdseenheid brengt meer administratieve lasten met zich mee. In sommige sectoren sluit een toeslagprestatie aan bij de bestaande tijdsindeling van prestaties, terwijl bij andere sectoren ander soort prestaties (bijvoorbeeld zitting bij fysiotherapie) bestaan. Schematisch kan deze oplossingsrichting als volgt worden weergegeven:



Figuur 6 Stroomschema bekostiging tolken sectoroverstijgend via een toeslagprestatie

Voor deze toeslagprestatie gelden dezelfde administratieve lasten als wanneer er per sector specifiek voor die sector vormgegeven toeslagprestaties zouden worden ingericht. Om de

uitvoeringsconsequenties te kunnen bepalen is consultatie van branchepartijen binnen de verschillende eerstelijns sectoren en consultatie van ZN noodzakelijk.

Een mogelijk risico bij een aparte prestatie per sector is dat er uiteindelijk verschillen kunnen ontstaan bij het herijken of indexatie per sector. Daarnaast gelden verschillende regels voor max-max of andere budgetmaxima. Hierdoor kan de ene sector mogelijk aantrekkelijker zijn voor een tolkenorganisatie dan een andere. Die vorm van competitie is mogelijk onwenselijk.

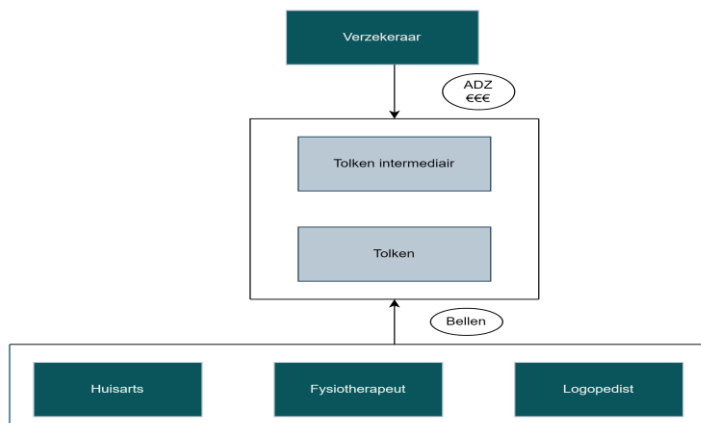
Mogelijk kunnen RHO's voor verschillende sectoren in de eerste lijn tolkendiensten inkopen en de declaratie van de toeslagprestatie overnemen. Dit vraagt wel een aanzienlijke afstemming tussen RHO en de verschillende zorgaanbieders in de eerste lijn vanwege de noodzaak om een koppeling met de prestatie door de zorgverlener (bijvoorbeeld het consult of de zitting) voor de individuele patiënt tot stand te brengen. Ook zou dit een privacy beoordeling vragen of het wel mogelijk is om op dit niveau gegevens tussen RHO's en zorgverleners uit te wisselen bij welke patiënten een tolkenvoorziening is ingezet.

#### **4.2.2 Prestatie Algemene Diensten ten behoeve van verzekerde Zorg (ADZ)**

De ADZ-regeling is gericht op het vereenvoudigen van de financiering en declaratie van activiteiten die wenselijk zijn voor goede organisatie van (keten)zorg. Bij een prestatie ADZ zal er of gedeclareerd kunnen worden op basis van tijdseenheid of vanuit een budget voor het leveren van een dienst. Belangrijk uitgangspunt achter ADZ is dat coördinatie, samenwerking en bijbehorende infrastructuur wenselijk zijn om (keten)zorg in onderlinge samenhang, rondom de (kwetsbare) patiënt goed te kunnen organiseren. Bij ADZ gaat het om coördinatie-activiteiten tussen zorgaanbieders en de onderliggende infrastructuur die benodigd is voor de organisatie van samenwerking tussen zorgaanbieders. De vraag is of een tolkendienst hieronder zou kunnen vallen. Voorwaarden voor ADZ zijn:

- Het Zorginstituut beoordeelt of de feitelijke activiteiten of diensten waarvoor zelfstandige bekostiging uit hoofde van de zorgverzekering wordt gezocht, direct verband houden met een zorgvorm onder de functioneel omschreven verzekerde aanspraken van de Zvw (bijvoorbeeld zorg "zoals huisartsen die plegen te bieden"). De activiteiten staan dan ten dienste aan deze zorg.
- Voor de rechtmatigheid van de bekostiging moet daarnaast worden voldaan aan de volgende, aanvullende voorwaarden: (i) De activiteiten dienen ter directe ondersteuning van de betrokken zorgaanbieders bij de verlening van verzekerde zorg; (ii) De (beschikbaarheid van) activiteiten komen ten goede aan (individuele) patiënten die de zorg van de betrokken zorgaanbieders ontvangen en bij de betrokken verzekeraar verzekerd zijn; (iii) De kwaliteit van de integrale zorg blijft de verantwoordelijkheid van de betrokken zorgaanbieder en die zorgaanbieder kan die verantwoordelijkheid blijven waarmaken, en (iv) De activiteiten vallen onder een door de NZa vastgestelde tarief- en prestatiebeschrijving voor de desbetreffende ADZ.

Schematisch zou de bekostiging van tolken via ADZ er als volgt uit kunnen zien, afhankelijk er van of de diensten van een tolkenintermediair gezien kunnen worden als (direct verband houdende met) zorg zoals huisartsen die plegen te bieden:



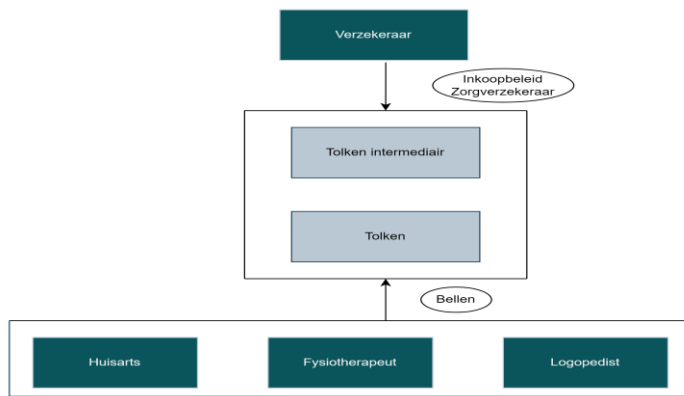
Figuur 7 Stroomschema bekostiging tolken sectoroverstijgend via Algemene Diensten ten behoeve van verzekerde Zorg (ADZ)

Eerder is voor de casus ParkinsonNet door het Zorginstituut beoordeeld dat ParkinsonNet als ADZ kan worden gezien. Belangrijke factor bij deze beoordeling was of ParkinsonNet gezien kan worden als zorg zoals zorgverleners plegen te bieden. Ook speelde het criterium stand van de wetenschap en praktijk een rol. Het Zorginstituut heeft voor ParkinsonNet op basis van eerdere beoordelingen over ketenzorg, zelfmanagement en casemanagement bepaald dat bepaalde onderdelen van ParkinsonNet als zorg zoals zorgverleners plegen te bieden kunnen worden gezien. Op grond er van dat deze onderdelen hierdoor als 'zorg', welke geleverd wordt door een 'zorgaanbieder', kunnen worden gezien, heeft VWS de NZa destijds een aanwijzing gegeven om een prestatie voor ADZ op te stellen.

Het Zorginstituut heeft ook ten behoeve van dit advies aangegeven dat het bij ADZ moet gaan om geneeskundige zorg die aan de gebruikelijke pakketcriteria voldoet: de stand van de wetenschap en praktijk en het "plegen te bieden"-criterium. Als VWS overweegt om de richting van ADZ te onderzoeken, raden we aan om bij het Zorginstituut een beoordeling aan te vragen of een tolkenvoorziening hieraan kan voldoen.

### 4.2.3 Aparte aanspraak buiten reikwijdte Wmg

Mogelijk kan onderzocht worden of een aparte aanspraak binnen de Zorgverzekeringswet mogelijk is, uitgezonderd van de Wmg, net zoals dit het geval is voor bijvoorbeeld hulpmiddelen en vervoersvoorzieningen in de huidige Zorgverzekeringswet. Een mogelijk voordeel is dat dit directe inkoop door zorgverzekeraars mogelijk maakt bij tolkenaanbieders met hierdoor voldoende onderhandelingsmacht ten opzichte van tolkenaanbieders. Deze richting ligt buiten de bevoegdheden van de NZa en werken we om deze reden hier niet verder uit, maar we adviseren wel om deze richting verder te onderzoeken en het Zorginstituut en ZN hierbij te betrekken. Het onderzoeken van de richting van een aparte aanspraak binnen de Zorgverzekeringswet vraagt om afstemming tussen VWS, het Zorginstituut en ZN en besluitvorming over de uitwerking. Belangrijke onderwerpen hierbij zijn welke voorwaarden er gelden voor het inzetten en vergoeden van een tolkenvoorziening (bijvoorbeeld, maar niet uitputtend: wanneer mag een tolk worden ingezet, gelden er eigen bijdragen, welke nadere voorwaarden kunnen zorgverzekeraars in hun polis opnemen?). Deze richting vraagt een aanpassing van de Zorgverzekeringswet, waarbij tolken een aparte aanspraak worden. Het is aan de wetgever om hier een beslissing over te nemen. Schematisch kan deze oplossingsrichting als volgt worden weergegeven:



Figuur 8 Stroomschema bekostiging tolken sectoroverstijgend via een aparte aanspraak buiten de reikwijdte Wmg

### 4.3 Afwegingen vervolg

Bij de keuze voor een mogelijk sectoroverstijgende oplossing zijn een aantal afwegingen van belang:

- Is het afwegingskader uit de richtlijn wanneer wel of niet een tolk wordt ingezet voor betrokkenen eenduidig en helder interpreteerbaar en kan deze richtlijn op draagvlak rekenen?
- Bij wie wordt de verantwoordelijkheid voor het borgen van de inzet van tolken belegd? Is dat bij individuele huisartsen, regionale huisartsenorganisaties, RESV's of bij zorgverzekeraars? Een belangrijke afweging hierbij is welke partij het beste is uitgerust om de inkoop van tolkendiensten op zich te nemen.
- De keuze tussen een lumpsumbekostiging of prestatiebekostiging voor een sectoroverstijgende bekostiging. Op het moment dat je voor prestatiebekostiging kiest bij een sectoroverstijgende oplossing, is het tegenstrijdig om nu voor de huisartsenzorg voor een lumpsum-oplossing (via een O&I prestatie) te kiezen.
- Verschillende partijen hebben de wens benoemd dat gezamenlijk wordt ingekocht door zorgverzekeraars. Belangrijk is dat een oplossing niet in strijd is met de mededingingskaders van de ACM. Het algemene uitgangspunt van de ACM is dat samenwerking tussen zorgverzekeraars is toegestaan als daardoor de concurrentie niet wordt beperkt. Ook mogen zorgverzekeraars samenwerken als de samenwerking belangrijke voordelen meebrengt voor bijvoorbeeld de kwaliteit, toegankelijkheid of betaalbaarheid van de zorg, mits de samenwerking niet verder gaat dan noodzakelijk. En de voordelen uit die samenwerking ook echt ten goede komen aan patiënten/verzekerden. Er zijn strikte voorwaarden wanneer zorgverzekeraars mogen samenwerken bij selectie van aanbieders en bij afspraken over prijs. Onder voorwaarden is samenwerking toegestaan bij het bepalen van kwaliteitsnormen. Onderzocht dient te worden of het wenselijk, noodzakelijk en mogelijk is dat inkoop door zorgverzekeraars gezamenlijk gebeurt. Als dit niet mogelijk is, is het aanbevelenswaardig dat zorgverzekeraars samen kwaliteitsnormen voor de inkoop opstellen.

### 4.4 Vervolg sectoroverstijgende bekostiging

In hoofdstuk 3 hebben we de uitvoeringsconsequenties voor de verschillende opties binnen de huisartsenzorg beschreven. Voor de verschillende opties voor een sectoroverstijgende bekostiging hebben we binnen de looptijd van dit advies niet tot in hetzelfde detail de uitvoeringsconsequenties kunnen onderzoeken. Zo hebben we de verschillende branchepartijen die relevant zijn voor de

bekostiging van andere eerstelijnszorgaanbieders dan huisartsen (nog) niet geconsulteerd ten behoeve van dit rapport. Voor de richting van de RESV's geldt dat de gesprekken nog lopen over de rollen en wijze van bekostiging van RESV's. Voor ADZ geldt dat deze richting afhankelijk is van de juridische haalbaarheid en het niet aan de NZa is om hier een oordeel over te vellen. Voor de richting van de aparte aanspraak voor tolken binnen de Zorgverzekeringswet geldt dat het aan de wetgever (in afstemming met het Zorginstituut) is om deze richting verder te onderzoeken aangezien de voorgestelde richting buiten de bevoegdheden van de NZa valt.

Om alle uitvoeringsconsequenties tot in detail in kaart te brengen, adviseren we de verschillende sectoroverstijgende oplossingen nader te onderzoeken.



