Nederlandse Zorgautoriteit

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Directie Langdurige Zorg
Directeur-generaal drs. C. van der Burg
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

| Behandeld door | Telefoonnummer | E-mailadres | Kenmerk |
|---|---|---|---|
| directie Regulering | 088 770 8 770 | info@nza.nl | 320988/494198 |

**Onderwerp**
Advies Integrale zorg voor Wlz-cliënten

**Datum**
21 februari 2019

Geachte heer Van der Burg,

Met deze brief bieden wij u onze uitvoeringstoets *Integrale zorg voor Wlz-cliënten* aan. U heeft ons per brief van 10 januari 2018 (kenmerk 1277761-171908- LZ) gevraagd om een uitvoeringstoets uit te brengen over de positionering van geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en mondzorg voor cliënten in de Wet langdurige zorg (Wlz).

## Aanleiding

Aanleiding voor uw verzoek is het advies *'Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten'* dat het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) op 27 september 2017 aan u heeft aangeboden.

Op uw verzoek adviseren wij over een bekostigingsmodel voor behandeling in de Wlz en schetsen we de financiële impact van het advies van het Zorginstituut.

Het Zorginstituut vindt dat alle Wlz-cliënten in de verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg die in een instelling verblijven, of in een vergelijkbare situatie zitten, dezelfde zorg moeten kunnen krijgen. Als u het advies van het Zorginstituut overneemt, vervalt het huidige onderscheid tussen verblijf met behandeling en verblijf zonder behandeling. Zorgaanbieders die nu verblijf zonder behandeling bieden worden dan ook verantwoordelijk voor geneeskundige zorg, alle paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en mondzorg. De verdergaande integrale zorglevering komt volgens het Zorginstituut de kwaliteit van zorg ten goede.

## Advies

We adviseren een integraal bekostigingsmodel uitgaande van de huidige prestaties verblijf met behandeling, voor de leveringsvormen zzp en vpt.

We zien het risico dat niet alle partijen in staat zullen zijn om tijdig integrale zorg te organiseren. Bijvoorbeeld omdat er onvoldoende huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde of artsen verstandelijk gehandicapten beschikbaar zijn. We zien ook een toenemende populariteit van kleinschalige voorzieningen en nieuwe woonvormen, vooral in de verpleging en verzorging. Juist voor deze zorgaanbieders vraagt organiseren van integrale zorg een flinke inspanning.
Voor situaties waarin het (tijdelijk) niet lukt om integrale zorg te organiseren, adviseren we om onder strikte voorwaarden zzp en vpt prestaties zonder behandeling beschikbaar te houden.

Het advies van het Zorginstituut leidt tot een toename van de boven-budgettair bekostigde onderdelen in de Wlz. Dit vinden wij een risico voor de macro beheerbaarheid van de uitgaven in de Wlz. Daarom adviseren we u vooruitlopend op uw besluit over het advies van het Zorginstituut, om de mondzorg voor alle cliënten met een zzp met behandeling op te nemen in de integrale prestaties. Tevens adviseren we om gezamenlijk met partijen te bezien in hoeverre individueel aangemeten hulpmiddelen kunnen worden ondergebracht in de integrale prestaties. Over de verdere uitwerking gaan we graag met u in gesprek.

## Macro meerkosten

Het advies van het Zorginstituut heeft een overheveling van middelen van Zvw en Wmo naar de Wlz tot gevolg. We ramen een verlaging van het Zvw-kader met 368 miljoen euro en een verlaging van het Wmo-kader met 49,8 miljoen euro. Uitgaande van een integraal bekostigingsmodel ramen we een verhoging van het Wlz-kader van 837,8 miljoen euro. Per saldo leidt het advies van het Zorginstituut dus tot 420 miljoen euro macro meerkosten. Dat komt neer op bijna 16,- euro per cliënt met een zzp zonder behandeling of vpt per dag.

Om er zeker van te zijn dat de langdurige zorg ook in de toekomst doelmatig en betaalbaar blijft, adviseren we u om voorafgaand aan de besluitvorming over het advies van het Zorginstituut meer onderzoek te doen naar de opbouw en achtergrond van de door ons geraamde verhoging van het Wlz-kader. We gaan hierover graag met u in gesprek.

**Invoeringstermijn**

Als u het advies van het Zorginstituut overneemt zijn wij van mening dat invoering ineens de meeste duidelijkheid geeft voor alle betrokkenen. Wij adviseren u om rekening te houden met een ruime voorbereidingstijd van twee jaar. Partijen geven aan tijd nodig te hebben om de benodigde afspraken tussen aanbieders en behandelaren te maken en cliënten te informeren en mee te nemen in eventuele veranderingen.

**Tot slot**

Onze uitvoeringstoets is als bijlage bij deze brief gevoegd. De reacties van alle door ons geconsulteerde partijen zijn als een aparte bijlage bij de uitvoeringstoets opgenomen.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

Bijlage: uitvoeringstoets *integrale zorg voor Wlz- cliënten*

**Uitvoeringstoets**

# Integrale zorg voor Wlz-cliënten

Een analyse van de macro-effecten en een voorstel voor een bekostigingsmodel voor Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen

februari 2019

# Inhoud


**1. Inleiding** **6**
1.1 Advies Zorginstituut 6
1.2 Vraagstelling VWS 7
1.3 Aanpak 7
1.4 Leeswijzer 8

**2. Huidige bekostiging behandeling voor Wlz cliënten** **9**
2.1 Leveringsvormen in de Wlz 9
2.2 Behandeling en aanvullende zorgvormen 9
2.3 Bekostiging per zorgvorm 10

**3. Institutionele zorg** **14**
3.1 Advies Zorginstituut 14
3.2 Mogelijke afbakening institutionele zorg 14
3.3 Afweging en conclusie 16

**4. Bekostigingsmodel** **18**
4.1 Mogelijke bekostigingsmodellen 18
4.2 Afweging en conclusie 18
4.3 Aandachtspunten integrale bekostiging per zorgvorm 21
4.4 Toezicht aspecten 31

**5. Financiële impact** **34**
5.1 Uitgangspunten macro-financiële raming 34
5.2 Uitname Zvw en Wmo 34
5.3 Ophoging Wlz-kader 37
5.4 Duiding van de verschillen 40
5.5 Conclusie 44

**6. Consultatie** **46**
6.1 Vpt en institutionele zorg (zie bijlage 7A) 46
6.2 Kleinschaligheid (bijlage 7A en 7B) 48
6.3 Bekostigingsmodel (bijlage 7B) 48
6.4 Financiële impact (bijlage 7C) 50

**7. Invoeringstraject** **52**
7.1 Invoeringstermijn 52
7.2 Keuzevrijheid 53
7.3 Overgangsregeling zorgaanbieders 54

**Bijlage 1. Opdrachtbrief VWS** **55**

**Bijlage 2. Overzicht geraadpleegde partijen** **56**

**Bijlage 3. Gebruikte afkortingen** **58**

**Bijlage 4. Indeling woonvormen** **59**

**Bijlage 5. Overzicht bekostigingsmodellen** **60**

**Bijlage 6. Methoden berekening** **67**

**Bijlage 7. Consultatievragen en reacties** **71**

# Managementsamenvatting

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft ons gevraagd een uitvoeringstoets uit te brengen over de positionering van geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en mondzorg voor cliënten in de Wet langdurige zorg (Wlz). In deze uitvoeringstoets adviseren we over een bekostigingsmodel en schetsen we de financiële impact van het advies van het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut).

Het advies van het Zorginstituut raakt alle Wlz-cliënten in de verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg, die gekozen hebben voor verblijf in een instelling (zzp) of volledig pakket thuis (vpt). In 2016 waren dit 208.530 cliënten, waarvan 66.400 met een zzp zonder behandeling (31%) en 8.930 (4%) met een vpt. Wij hebben niet de uitvoeringsconsequenties onderzocht van de leveringsvormen modulair pakket thuis en het persoonsgebonden budget.

Het Zorginstituut vindt dat alle Wlz-cliënten in de verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg die in een instelling verblijven, of in een vergelijkbare situatie zitten, dezelfde zorg moeten kunnen krijgen. Als het advies van het Zorginstituut wordt overgenomen, vervalt het huidige onderscheid tussen verblijf met behandeling en verblijf zonder behandeling. Zorgaanbieders die nu verblijf zonder behandeling bieden worden dan ook verantwoordelijk voor geneeskundige zorg, alle paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en mondzorg. De verdergaande integrale zorglevering komt volgens het Zorginstituut de kwaliteit van zorg ten goede.

*Integraal model prestaties met verblijf*
Het Zorginstituut adviseert om de verantwoordelijkheid voor het organiseren van integrale zorg bij de zorgaanbieder te beleggen. Om zorgaanbieders hiertoe in staat te stellen moeten ze beschikken over de benodigde (financiële) middelen. Een bekostigingsmodel gebaseerd op integrale prestaties in de Wlz faciliteert de zorgaanbieders naar onze mening het beste.

We adviseren om voor het integrale model in de Wlz aan te sluiten bij de huidige prestaties voor zzp met behandeling. Dit betekent dat de prestaties zzp zonder behandeling vervallen. Voor deze cliënten worden ook de prestaties zzp met behandeling gecontracteerd. De zorgaanbieder integraal verantwoordelijk maken en bekostigen met een integrale prestatie betekent niet dat de zorgaanbieder zelf alle zorg hoeft uit te voeren. Dit kan de zorgaanbieder ook organiseren met onderaannemers.

*Integraal model volledig pakket thuis*
Het Zorginstituut introduceert het begrip 'institutionele zorg' en definieert dit als de leveringsvorm zzp en het 'geclusterde' deel van het vpt. We hebben onderzocht of het advies van het Zorginstituut ook uitvoerbaar is voor het geclusterde deel van het vpt.

Als het advies van het Zorginstituut wordt overgenomen, adviseren we de eisen aan het vpt aan te scherpen. We stellen voor om de prestaties vpt zonder behandeling te laten vervallen en voor de prestaties vpt met behandeling de zzp behandelcomponent te hanteren. Deze aanscherping van het vpt sluit aan bij de oorspronkelijke doelstelling van de Wlz om wonen en zorg te scheiden en verduidelijkt het onderscheid tussen vpt en mpt. Bovendien wordt hiermee een verdere versnippering van leveringsvormen en introductie van nieuwe schotten voorkomen. Tot slot doet het recht aan het oorspronkelijke uitgangspunt van het Zorginstituut, namelijk het opheffen van de bestaande rechtsongelijkheid tussen cliënten.

*Boven-budgettaire bekostiging*
In de huidige bekostiging in de Wlz worden enkele onderdelen buiten de contractteerruimte om, boven-budgettair vergoed. Dit geldt voor de mondzorg, rolstoelen, individueel aangemeten hulpmiddelen en de regeling voor extreme kosten. Dit vinden wij een risico voor de beheersing van de uitgaven.

Vooruitlopend op de besluitvorming over het advies van het Zorginstituut adviseren we om de mondzorg voor alle cliënten met een zzp met behandeling op te nemen in de integrale prestaties. Tevens adviseren we om gezamenlijk met het veld te bezien in hoeverre individueel aangemeten hulpmiddelen kunnen worden ondergebracht in de zzp met behandeling en daarmee in de contracteerruimte. Door het verminderen van de boven-budgettaire onderdelen vergroten we de macrobeheersbaarheid van de uitgaven in de Wlz en introduceren we een prikkel voor doelmatigheid voor de zorgaanbieders en zorgkantoren.

*Invoeringstraject*
Als het advies van het Zorginstituut wordt overgenomen zijn wij van mening dat invoering ineens de meeste duidelijkheid geeft voor alle betrokkenen. Wij adviseren om rekening te houden met een ruime voorbereidingstijd van twee jaar. Partijen geven aan tijd nodig te hebben om de benodigde afspraken tussen aanbieders en behandelaren te maken en bestaande Wlz-cliënten te informeren en mee te nemen in eventuele veranderingen.

We zien het risico dat niet alle partijen in staat zullen zijn om tijdig integrale zorg te organiseren. Bijvoorbeeld omdat er onvoldoende huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde of artsen verstandelijk gehandicapten beschikbaar zijn. We zien ook een toenemende populariteit van kleinschalige voorzieningen en nieuwe woonvormen, vooral in de verpleging en verzorging. Juist voor deze groep vraagt organiseren van integrale zorg een flinke inspanning. De mate waarin deze zorgaanbieders integrale zorg voor hun cliënten kunnen organiseren, zal bepalend zijn voor de leveringsvorm die zij kunnen aanbieden.

Voor de situaties waarin het niet lukt om integrale zorg te organiseren adviseren we om onder strikte voorwaarden vpt en zzp prestaties zonder behandeling beschikbaar te houden. Deze prestaties kunnen dan gecontracteerd worden daar waar de gewenste behandeling tijdelijk niet geleverd kan worden. De niet geleverde zorg wordt dan ook niet vergoed. Een dergelijke situatie is vanuit het oogpunt van de toegankelijkheid van zorg zowel vanuit de Wlz als vanuit het oogpunt van de Zorgverzekeringswet (Zvw) ernstig. Deze situatie kan alleen lokaal, door zorgkantoor en zorgverzekeraar, worden beoordeeld.

Uit de gesprekken met partijen bleek verder dat voor het opzetten van integrale zorg het delen van cliëntendossiers tussen de verschillende behandelaren en de zorgaanbieders in de praktijk nog belemmerend kan werken. Hier ligt zeker nog een uitdaging voor het veld om een goede overgang mogelijk te maken. Ook wordt uit de discussie over samenloop tussen Wlz en Zvw duidelijk dat het uitwisselen van gegevens over de indicatie en leveringsvorm van cliënten tussen zorgaanbieders, behandelaren, zorgkantoren en zorgverzekeraars een noodzakelijke voorwaarde is voor het declaratieproces. De informatievoorziening aan cliënten is van groot belang. Iedere Wlz-cliënt met een zzp of vpt zal geïnformeerd moeten worden over de consequenties van de voorgestelde veranderingen.

*Financiële impact*
Het advies van het Zorginstituut heeft tot gevolg dat middelen worden overgeheveld van de Zvw en Wmo naar de Wlz.

Wij ramen een daling van de Zvw uitgaven van 304,3 miljoen euro. Een groot deel van de daling komt voor rekening van de farmaceutische zorg en hulpmiddelen. Uit onderzoek van Vektis en het Zorginstituut blijkt dat Wlz-cliënten met verblijf met behandeling minder vaak worden doorverwezen naar een ziekenhuis en per

verwijzing ook minder kosten maken. Als we rekening houden met deze potentiële besparing van 63,7 miljoen euro, loopt de daling van Zvw uitgaven op naar 368,0 miljoen euro.
Voor de Wmo ramen wij een daling van de uitgaven van 49,8 miljoen euro. Het grootste deel hiervan komt voor rekening van rolstoelen. Het is ons niet gelukt om een bedrag voor overige mobiliteitshulpmiddelen zoals een scootmobiel en een aangepaste fiets te ramen.

Uitgaande van een integraal bekostigingsmodel in de Wlz, ramen we een ophoging van het Wlz kader van 837,8 miljoen euro. In deze raming is het effect van een eventuele aanzuigende werking als gevolg van de kwaliteitsverbetering niet meegenomen.

Als het advies van het Zorginstituut wordt overgenomen ramen we per saldo macro meer uitgaven van 837,8 – 368,0 – 49,8 = 420 miljoen euro. Dit komt neer op circa 16,- euro meer uitgaven per dag per zzp zonder behandeling of vpt. De macro meerkosten worden op hoofdlijnen verklaard door verschillen in aanspraken, sturingsfilosofieën en de aard van de geleverde zorg.

Om er zeker van te zijn dat de langdurige zorg ook in de toekomst doelmatig en betaalbaar blijft, adviseren we u om voorafgaand aan de besluitvorming over het advies van het Zorginstituut meer onderzoek te doen naar de opbouw en achtergrond van de door ons geraamde ophoging van het Wlz-kader. De gegevens uit het Wlz-kostenonderzoek zijn hiervoor niet gedetailleerd genoeg. Enkele aanbieders hebben aangeboden om samen met de NZa in detail naar de kostenstructuur van de Wlz te kijken. Dat kan waardevolle aanvullende inzichten voor de besluitvorming opleveren.

# 1. Inleiding

In een brief vraagt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een uitvoeringstoets aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de positionering van geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en mondzorg voor Wlz-cliënten. Dit heeft zij gedaan naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut), over de positionering van behandeling en aanvullende zorgvormen. Alle cliënten die in een instelling verblijven, of in een vergelijkbare situatie zitten, moeten dezelfde Wlz-zorg kunnen krijgen. Dat is de kern van het advies van het Zorginstituut.

Op 27 september 2017 heeft het Zorginstituut het advies *'Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten'* aangeboden aan VWS. Dat gaat over de positionering van behandeling en de aanvullende zorgvormen in de Wet langdurige zorg (Wlz). Het advies heeft betrekking op cliënten in de verpleging en verzorging (vv) en de gehandicaptenzorg (ghz).

## 1.1 Advies Zorginstituut

Het Zorginstituut wil met zijn advies het historisch gegroeide onderscheid tussen verblijf met behandeling en verblijf zonder behandeling laten verdwijnen. De belangrijkste motivering voor deze verandering is om te waarborgen dat de Wlz-cliënten in een instelling de integrale zorg krijgen waarop ze zijn aangewezen. Vergoeding vanuit één wet geeft volgens hen de beste mogelijkheden om deze kwetsbare groep cliënten de zorg te kunnen bieden die nodig is. Het Zorginstituut heeft dit advies voor zowel de vv, ghz en ggz sector uitgebracht.

In de Wlz zijn cliënten blijvend aangewezen op 24 uur per dag zorg of toezicht. Het gaat om mensen die niet alleen gelaten kunnen worden. In de zorg voor deze cliënten moeten diverse zorgverleners hun activiteiten intensief op elkaar afstemmen. Het Zorginstituut is van mening dat deze integrale zorg het best geleverd kan worden als één zorgaanbieder verantwoordelijk is voor alle zorg, inclusief de aanvullende zorgvormen zoals huisartsenzorg, farmaceutische zorg en mondzorg. Bovendien is er minder risico op verkeerde en dubbele declaraties en wordt de zorgverlening efficiënter.

Het Zorginstituut schrijft in zijn advies dat Wlz-cliënten met gelijke zorgbehoefte op dit moment niet altijd dezelfde zorg en niet altijd de zorg krijgen die nodig is. Dit komt doordat de regelgeving in de zorg onderscheid maakt tussen verblijf met behandeling en zonder behandeling. Bij verblijf in een instelling met behandeling, valt alle zorg onder het Wlz-pakket. Daar wordt aan Wlz-cliënten de integrale zorg geboden die zij nodig hebben. Bij verblijf in een instelling zonder behandeling, biedt de zorgaanbieder alleen verpleging, begeleiding en persoonlijke verzorging. De aanvullende zorgvormen vallen daar buiten. Daarvoor zijn deze cliënten nu aangewezen op de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Als het advies van het Zorginstituut wordt overgenomen, vervalt het huidige onderscheid tussen verblijf met behandeling en verblijf zonder behandeling. Zorgaanbieders die nu verblijf zonder behandeling bieden worden dan ook verantwoordelijk voor behandeling en aanvullende zorgvormen. De verdergaande integrale zorglevering moet de kwaliteit van zorg ten goede komen.

## 1.2 Vraagstelling VWS

De NZa heeft van VWS in een brief van 10 januari 2018 het verzoek gekregen om in een uitvoeringstoets te adviseren hoe de adviezen van het Zorginstituut uitgevoerd kunnen worden in de bekostiging, voor cliënten in de vv en ghz.

De brief is opgenomen als Bijlage 1 bij dit advies. VWS vraagt in te gaan op de volgende punten:

Adviseer over hoe het advies van het Zorginstituut toegepast kan worden op de leveringsvorm geclusterd volledig pakket thuis (vpt).

Geef inzicht in de macro-budgettaire consequenties van het advies van Zorginstituut.
- inzicht in de omvang van de kosten die (per deelkader) vanuit de Zvw naar de Wlz verschuiven. Maak daarbij onderscheid naar de zorgzwaartepakketten (zzp's);
- inzicht in de omvang van de kosten voor hulpmiddelen die vanuit de Wmo naar de Wlz verschuiven;
- inzicht in de macro-budgettaire kosten van het opheffen van verschillen in verzekerde Wlz-behandeling en behandeling vanuit de Zvw;
- zijn er significante veranderingen in de opbrengsten bij Wlz-aanbieders te verwachten.

Adviseer over mogelijke bekostigingsmodellen voor behandeling in de Wlz. Adviseer ook over de bekostiging van de overige zorgvormen:
- mondzorg;
- individueel aangepaste hulpmiddelen; en
- extreme kosten zorggebonden materiaal en geneesmiddelen. Kijk daarbij naar de prestatiebeschrijvingen en de tariefsoort.

In een aanvullend verzoek van 7 september 2018 vraagt VWS om ook de geestelijke gezondheidszorg (ggz)-cliënten die toegang gaan krijgen tot de Wlz mee te nemen. In overleg met de ggz-sector en VWS zijn deze vragen meegenomen in het traject dat de uitvoeringsconsequenties voor de instroom van de ggz-cliënten in de Wlz per 2021 in kaart brengt. Het onderzoeken van de mogelijkheden voor prestaties en tarieven voor ggz-cliënten, inclusief specifieke en algemene behandeling, is onderdeel van de uitvoeringstoets behandeling 'Toegang tot de Wet langdurige zorg voor mensen met een psychische stoornisinstroom ggz' en niet van dit advies.

## 1.3 Aanpak

Begin 2018 zijn we gestart met het verzoek van VWS om uitvoeringstoets voor de vv- en ghz-sector. Als startmoment hebben we een bijeenkomst georganiseerd, waarbij we alle betrokken partijen hebben uitgenodigd (zie Bijlage 2). Tijdens deze bijeenkomst hebben we aan de hand van drie prikkelende stellingen het gesprek op gang gebracht. Met de opgehaalde informatie hebben we notities opgesteld die we één-op-één met partijen inhoudelijk hebben besproken. Het betreft notities met een verkenning van de afbakening van het door het Zorginstituut geïntroduceerde begrip 'institutionele zorg' en een verkenning van de mogelijke bekostigingsmodellen voor behandeling en aanvullende zorgvormen.

Om beter inzicht te krijgen in de huidige uitvoeringspraktijk en de consequenties van onze ideeën hebben wij werkbezoeken afgelegd bij zorgaanbieders in de vv- en

ghz-sector (zie Bijlage 2). De werkbezoeken en gesprekken met het veld hebben waardevolle input opgeleverd. Daarnaast hebben we gebruik gemaakt van de rapportage over de uitvoeringspraktijk van Wlz-behandeling[1], van onderzoeksbureau Significant. Met behulp van de opgehaalde input is een consultatiedocument tot stand gekomen. De reacties van partijen op de bestuurlijke consultatie zijn meegewogen en verwerkt in de uitvoeringstoets. Wij willen alle betrokken partijen hartelijke danken voor de medewerking en hun waardevolle inzichten.

## 1.4 Leeswijzer

We beschrijven eerst de huidige bekostiging van behandeling en aanvullende zorgvormen in hoofdstuk 2. We schetsen kort de leveringsvormen en wat wordt verstaan onder behandeling en aanvullende zorgvormen. Ook geven we op hoofdlijnen aan op hoeveel cliënten de veranderingen betrekking hebben. In hoofdstuk 3 gaan we dieper in op het begrip institutionele zorg. In hoofdstuk 4 presenteren we het bekostigingsmodel dat wij voorstaan en gaan we per zorgvorm in op de consequenties daarvan. De financiële impact beschrijven we vervolgens in hoofdstuk 5. Daar brengen we de macro financiële gevolgen van de overheveling in kaart en presenteren het netto resultaat tussen de kaders en relevante verklarende factoren. In hoofdstuk 6 geven we de belangrijkste punten uit de reacties op de bestuurlijke consultatie weer. De consultatievragen en een compleet overzicht van de reacties van partijen is als bijlage bij de uitvoeringstoets opgenomen. Tot slot sluiten we in hoofdstuk 7 af met het invoeringstraject.

In deze uitvoeringstoets houden we rekening met de effecten die onze keuzes hebben op toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Daarbij nemen we de perspectieven van cliënten, zorgaanbieders, behandelaren en zorgkantoren mee in onze overwegingen.

[1] https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2018/04/13/onderzoek-uitvoeringspraktijk-wlz-behandeling/onderzoek-uitvoeringspraktijk-wlz-behandeling.pdf

# 2. Huidige bekostiging behandeling voor Wlz cliënten

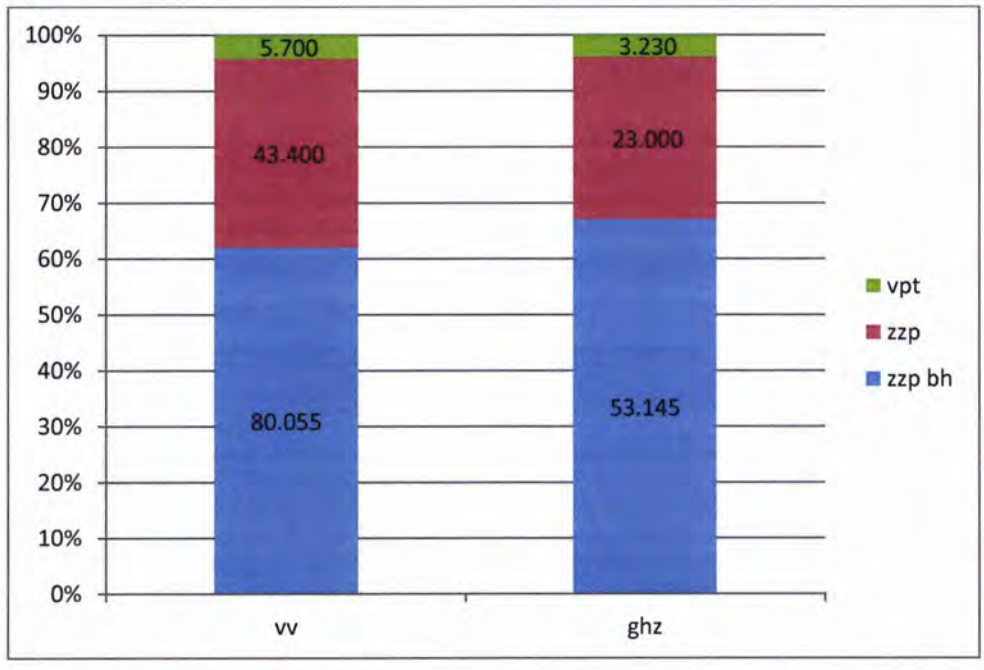
De huidige bekostiging van behandeling en aanvullende zorgvormen vormt het vertrekpunt voor dit advies. Eerst beschrijven we welke leveringsvormen in de Wlz beschikbaar zijn, hoe deze verdeeld zijn binnen de twee sectoren en wat wordt verstaan onder behandeling en aanvullende zorgvormen. Vervolgens beschrijven we per zorgvorm hoe deze wordt bekostigd.

## 2.1 Leveringsvormen in de Wlz

Het advies van het Zorginstituut raakt alle Wlz-cliënten die gekozen hebben voor verblijf in een instelling of vpt, omdat het Zorginstituut adviseert om de aanspraken in de Wlz, op paramedische zorg en op hulpmiddelen, te verruimen.
In de Wlz krijgen cliënten zorg in de vorm van verblijf in een instelling (zzp), volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) en het persoonsgebonden budget (pgb). In dit advies gaan we in op de overheveling van zorg bij de leveringsvormen verblijf in een instelling en vpt. In de onderstaande figuur wordt het aantal cliënten uitgesplitst naar leveringsvorm voor de vv- en ghz-sector.

In 2016 kregen 208.530 cliënten langdurige zorg via een zzp of vpt. Daarvan hadden 66.400 cliënten een zzp zonder behandeling (31%) en 8.930 (4%) een vpt. In Figuur 1 staan meer gedetailleerde cijfers.

**Figuur 1: Verdeling leveringsvormen vv en ghz**




## 2.2 Behandeling en aanvullende zorgvormen

Cliënten met een Wlz-indicatie kunnen op dit moment zorg met of zonder behandeling krijgen uit de Wlz. Of een cliënt behandeling ontvangt vanuit de Wlz hangt af van twee beslismomenten: welke leveringsvorm kiest de cliënt en welke

afspraken hebben zorgaanbieder en zorgkantoor gemaakt over de leveringsvormen. De indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) in een Wlz-profiel speelt hierbij geen rol.

Een cliënt die kiest voor zorg met verblijf kan bij een zorgaanbieder gaan wonen die hem op basis van afspraken met het zorgkantoor integrale Wlz-zorg inclusief behandeling biedt. Er zijn ook zorgaanbieders die aan hun cliënten (of aan een deel van deze cliënten) zorg leveren zonder behandeling uit de Wlz. Voor cliënten die geen behandeling uit de Wlz ontvangen, wordt behandeling grotendeels uit de Zvw bekostigd. Cliënten met een zzp zonder behandeling moeten voor een behandeling uit de Zvw het wettelijk eigen risico betalen en mogelijk ook eigen bijdragen voor geneesmiddelen en aanvullende verzekeringspremies voor mondzorg. Hier is dus sprake van rechtsongelijkheid.

Als we kijken naar de behandeling binnen de verschillende leveringsvormen in de Wlz, verstaan we onder behandeling en aanvullende zorg:
- geneeskundige zorg;
- paramedische zorg;
- farmaceutische zorg;
- mondzorg;
- hulpmiddelen;
- behandeling van een psychische stoornis (basis en tweede lijn ggz);
- kleding.[2]

## 2.3 Bekostiging per zorgvorm

In onderstaande tabel is te zien uit welk domein[3] de verschillende zorgvormen worden bekostigd. Voor de huidige doelgroepen in de Wlz maken we onderscheid naar een zzp met of zonder behandeling en vpt.

De huidige bekostiging van behandeling en aanvullende zorg verschilt per leveringsvorm en binnen de zzp, afhankelijk of deze met of zonder behandeling is ingekocht. Voor de zzp met behandeling worden alle zorgvormen uit de Wlz bekostigd. Aangepaste rolstoelen en overige aangemeten hulpmiddelen worden boven-budgettair uit de Wlz bekostigd. Dat geldt ook voor een deel van de mondzorg en voor extreme kosten voor farmaceutische zorg en materiaal (verbruikshulpmiddelen). Voor een zzp zonder behandeling en vpt wordt behandeling uit de Zvw bekostigd. Voor hulpmiddelen geldt dat deze ook nog vanuit de Wlz of Zvw bekostigd kunnen worden of vanuit de Wmo moeten worden geregeld (zie Tabel 1).

[2] Kleding is geen zorgvorm en laten we daarom buiten beschouwing in ons advies.
[3] Met bekostiging uit de Wmo wordt bedoeld dat de cliënt via de gemeente moet regelen of aanspraak gemaakt kan worden op de betreffende voorziening. Er geldt daarvoor geen bekostiging uit de Wlz of Zvw.

**Tabel 1: Huidige situatie bekostiging per zorgvorm**

| Zorgvormen | Huidige Wlz-cliënten vv, ghz | | |
|---|---|---|---|
| | zzp met behandeling | zzp zonder behandeling | vpt |
| 1. Geneeskundige zorg | Wlz | Zvw | Zvw |
| 2. Paramedische zorg | Wlz | Zvw | Zvw |
| 3. Farmaceutische zorg | Wlz | Zvw | Zvw |
| 4. Mondzorg | Wlz | Zvw (av/eb*) | Zvw (av/eb*) |
| 5. Hulpmiddelen<br>- Roerende voorzieningen<br>- Individueel gebruik rolstoel<br>- Overige mobiliteits-hulpmiddelen<br>- Verbruiksmiddelen<br>- Aangemeten hulp-middelen<br>- Woningaanpassingen<br>- Eenvoudige mobiliteits-hulpmiddelen | Wlz<br>Wlz<br>Wmo<br>Wlz<br>Wlz<br>n.v.t.<br>eb | Wlz<br>Wmo<br>Wmo<br>Zvw<br>Zvw<br>n.v.t.<br>eb | Wmo<br>Wmo<br>Wmo<br>Zvw<br>Zvw<br>Wmo<br>eb |
| 6. Tweedelijns ggz | Wlz/Zvw | Zvw | Zvw |
| 7. Wlz-mpt | n.v.t. | n.v.t. | Wlz |

* De afkorting AV in de tabel staat voor aanvullende verzekering. EB betekent eigen betaling.

*Geneeskundige zorg*
De generalistische geneeskundige zorg die huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde (so) en artsen verstandelijk gehandicapten (avg) bieden is voor een zzp met behandeling een integraal onderdeel van de prestatie. Voor een zzp zonder behandeling en voor cliënten die gekozen hebben voor het vpt wordt de zorg door huisartsen bekostigd vanuit de Zvw.

Vanuit de Wlz bestaat recht op zorg door de so en avg. Dit wordt bij een zzp en een vpt zonder behandeling (beperkt) bekostigd uit de Wlz. Voor een zzp zonder behandeling en vpt kunnen mpt-behandelprestaties worden gestapeld bovenop het integrale tarief van de zzp zonder behandeling. Bijvoorbeeld de inzet van de so of een avg. Bij een zzp met behandeling kunnen geen mpt-behandelprestaties gestapeld worden.

*Paramedische zorg*
De specifieke paramedische zorg waaronder fysiotherapie, ergotherapie, dieetadvisering en logopedie, maakt in alle gevallen onderdeel uit van de prestatie. De overige (niet specifieke) paramedische zorg wordt bekostigd uit de Zvw. Dit geldt dus zowel voor een zzp met als zonder behandeling en voor cliënten die gekozen hebben voor het vpt.

Het Zorginstituut adviseert om *alle* paramedische zorg te verzekeren als onderdeel van het integrale pakket vanuit de Wlz.

*Farmaceutische zorg*
De farmaceutische zorg omvat apotheekzorg, geneesmiddelen, dieetpreparaten en zelfzorgmiddelen. Voor een zzp met behandeling is farmaceutische zorg integraal onderdeel van de prestatie. Als de kosten voor geneesmiddelen voor een individuele cliënt boven € 700, - per vier weken uitkomen, wordt 90% van die kosten boven-budgettair vergoed.[4] Voor een zzp zonder behandeling en voor cliënten die hebben gekozen voor een vpt, wordt deze zorg bekostigd vanuit de Zvw. Voor bepaalde geneesmiddelen kan in de Zvw een eigen bijdrage gelden en zal rekening moeten worden gehouden met het preferentiebeleid van zorgverzekeraars voor geneesmiddelen. Deze cliënten moeten de zelfzorgmiddelen zelf betalen, net als alle andere Zvw-verzekerden.

*Mondzorg*
Mondzorg voor een zzp met behandeling is voor wat betreft de praktijkruimte en het verbruiksmateriaal integraal onderdeel van de prestatie. Het honorarium van de tandarts, de techniekkosten en de kosten van behandelingen onder narcose worden via afzonderlijke prestaties boven-budgettair bekostigd, waarbij het tarief voor het honorarium van de tandarts gemaximeerd is. Voor een zzp zonder behandeling en voor cliënten die gekozen hebben voor het vpt wordt deze zorg grotendeels bekostigd vanuit de Zvw-aanspraak op bijzondere tandheelkunde, de basisverzekering voor cliënten tot en met 17 jaar, via de aanvullende verzekering of via eigen betaling. Mondverzorging zoals hulp bij het tanden poetsen of het geven van poetsinstructie is in alle gevallen integraal onderdeel van de zzp-prestatie.

*Hulpmiddelen*
Het Zorginstituut en VWS bepalen de aanspraak op hulpmiddelen. De hier gehanteerde indeling is gebaseerd op informatie van het Zorginstituut. De hulpmiddelen die vallen onder de categorie roerende voorzieningen en verbruiksmiddelen zijn integraal onderdeel van de prestatie zzp met behandeling. Indien de kosten voor zorggebonden materiaal, waaronder verbruikshulpmiddelen, boven € 700, - per vier weken uitkomen, wordt 90% van die kosten boven-budgettair vergoed.[5] De NZa reguleert geen tarieven en prestaties voor hulpmiddelen zoals de rolstoel voor individueel gebruik en hulpmiddelen die zijn aangemeten (orthese, orthopedische schoenen, etc.). Deze hulpmiddelen vallen ook niet onder de contracteerruimte, maar worden boven-budgettair bekostigd op grond van de Wlz. Overige mobiliteitshulpmiddelen (zoals een loopfiets of scootmobiel) voor cliënten met een zzp met behandeling zijn voor eigen rekening of komen vanuit de Wmo.

Voor een zzp zonder behandeling geldt dat roerende voorzieningen zoals hoog-/laag-bed of een toiletstoel op grond van de Wlz moeten worden vergoed. Alle mobiliteitshulpmiddelen, inclusief de individuele rolstoel, moeten cliënten met een zzp zonder behandeling zelf betalen of komen vanuit de Wmo. De verbruikshulpmiddelen en aangemeten hulpmiddelen komen voor deze cliënten ten laste van de Zvw.

Voor cliënten die gekozen hebben voor het vpt geldt dat de meeste hulpmiddelen een voorziening zijn vanuit de Wmo. Uitzonderingen hierop zijn de verbruikshulpmiddelen en de aangemeten hulpmiddelen. Deze worden voor deze cliënten vanuit de Zvw bekostigd.

Eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen zoals een rollator of looprek moet de cliënt in alle gevallen zelf betalen.

---

[4] Beleidsregel overige kosten Wlz 2018, kenmerk BR/REG-18139a.
[5] Beleidsregel overige kosten Wlz 2018, kenmerk BR/REG-18139a.

*Tweedelijns ggz*

De zorg voor cliënten in de vv en ghz met psychische stoornissen die behandeld kunnen worden binnen de basis ggz is in een zzp met behandeling integraal onderdeel van de prestatie. Dit geldt ook voor de gespecialiseerde ggz, met uitzondering van een overplaatsing vanuit een Wlz-instelling naar een kliniek voor specialistische geestelijke gezondheid. Vanaf dat moment valt de specialistische ggz zorg, vergelijkbaar met medisch-specialistische zorg, binnen de aanspraak en bekostiging van de Zvw. Voor een zzp zonder behandeling en voor cliënten die gekozen hebben voor het vpt wordt deze zorg bekostigd vanuit de Zvw.

# 3. Institutionele zorg

Het Zorginstituut adviseert om bij institutionele zorg alle behandeling en aanvullende zorg ten laste van de Wlz te laten komen. Zoals ook in paragraaf 2.2 beschreven, verstaan we onder behandeling: de geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg, mondzorg en hulpmiddelen. Onder institutionele zorg verstaat het Zorginstituut de zorg geleverd met een zzp of geclusterd vpt. De overige leveringsvormen bij de cliënt thuis - niet geclusterd vpt, mpt en pgb - vallen buiten de reikwijdte van het advies van het Zorginstituut en dus ook buiten het advies van de NZa. In dit hoofdstuk gaan we in op de begrippen institutionele zorg en geclusterd vpt om de reikwijdte van het advies verder af te bakenen.

Het begrip geclusterd vpt is niet gedefinieerd in wet- en regelgeving. VWS heeft ons gevraagd hoe het advies van het Zorginstituut toegepast kan worden op de leveringsvorm geclusterd vpt. Om deze vraag te kunnen beantwoorden moet duidelijk zijn wat geclusterd vpt inhoudt.

## 3.1 Advies Zorginstituut

Het Zorginstituut schrijft in zijn advies dat de leveringsvorm vpt is ontstaan als gevolg van het scheiden van wonen en zorg: de zorg onderscheidt zich feitelijk niet van de zorg geleverd in een klassieke verblijfssituatie binnen een instelling. Het verschil is dat cliënten deze zorg ontvangen in een appartement (of woning) dat zij zelf bezitten of huren. Het Zorginstituut onderscheidt hierbij geclusterd en niet-geclusterd vpt. In het eerste geval gaat het om een cluster van dergelijke zorgappartementen, terwijl in het tweede geval sprake is van individuele appartementen zonder andere zorgwoningen in de directe nabijheid. De scheidslijn tussen deze twee vormen wordt echter niet beschreven. Daarnaast schrijft het Zorginstituut dat zorg aan Wlz-cliënten bouwkundige voorzieningen vereist en de aanwezigheid van allerlei hulpmiddelen. Te denken valt aan een aangepaste badkamer, railtransportsystemen, tilliften, snoezelkamers en dergelijke. Het Zorginstituut geeft aan dat deze zorg en voorzieningen niet alleen in een instelling met verblijf geboden hoeven te worden: er zijn ook goede voorbeelden van integrale zorg in een geclusterd vpt of kleinschalige (gedecentraliseerde) woonvormen.

Het Zorginstituut schaart in zijn advies de zorg met verblijf en het geclusterd vpt samen onder het begrip institutionele zorg. Hiermee is geclusterd vpt dus institutionele zorg waarbij de cliënt zelf zijn/haar woning betaalt. Doordat nog niet duidelijk is gemaakt wanneer sprake is van een cluster (en dus geclusterd vpt), is deze afbakening in de praktijk dus niet goed werkbaar.

## 3.2 Mogelijke afbakening institutionele zorg

Tussen de uitersten van het zelfstandig thuis wonen met individuele zorg en de (grootschalige) klassieke instellingszorg, zoals de traditionele verpleeghuizen, zien we momenteel een ontwikkeling naar steeds meer (kleinschalige) woonvormen met zorg. Niet alleen het aantal woonvormen neemt toe, maar ook de variatie in woonvormen. Het ontstaan van deze nieuwe woonvormen is een goede zaak: de keuzevrijheid van cliënten neemt toe, oudere cliënten kunnen eenzaamheid tegengaan en de zorg die bijvoorbeeld aan ouderen wordt geleverd is vaak doelmatiger dan bij ouderen die zelfstandig thuis blijven wonen. De vraag is hoe deze nieuwe woonvormen worden bestempeld: als 'thuis' of als instelling? En waar ligt de grens? Zonder duidelijke definitie kunnen deze initiatieven de ene keer als thuis gezien worden en de andere keer als institutionele zorg. Dit komt de

rechtszekerheid van cliënten niet ten goede. Gelijke situaties moeten gelijk behandeld worden. Ook schept een definitie duidelijkheid voor zorgaanbieders ten aanzien van de eisen waaraan zij moeten voldoen. Daarnaast moet voor het zorgkantoor duidelijk zijn wie het aanspreekpunt is in bepaalde situaties.

Ook voor cliënten is een duidelijke definitie een absolute noodzaak. Indien een cliënt vpt afneemt en de woonsituatie straks wordt beoordeeld als geclusterd, verandert mogelijk de wijze waarop behandeling en de aanvullende zorgvormen worden georganiseerd en bekostigd. De impact daarvan is afhankelijk van de huidige wijze waarop die zorg wordt aangeboden. Cliënten die voor het eerst in zorg komen, moeten een afweging kunnen maken over hun woonsituatie. De cliënt zal, beter dan in de huidige situatie, moeten worden geïnformeerd over de consequenties als hij kiest voor een woonvorm waarin hij zelf de woonomgeving betaalt. De cliënt moet ook nadenken of hij kiest voor een woonvoorziening gericht op het (integraal) leveren van zorg. Dit bepaalt namelijk of de cliënt alle zorg vanuit de Wlz ontvangt of aanvullende zorgvormen vanuit de Zvw en eventueel de Wmo moet regelen.

*Aanscherpen onderscheid vpt en mpt*
De eerste optie voor een goede afbakening van het begrip institutionele zorg kwam naar voren uit overleg met partijen. Voor deze oplossing is het niet noodzakelijk het begrip geclusterd vpt verder te definiëren. Dit wijkt dus feitelijk af van de vraag van VWS aan de NZa om te adviseren hoe het advies van het Zorginstituut toegepast kan worden op de leveringsvorm geclusterd vpt. Toch hebben wij deze oplossing verkend, omdat dit het nadeel van een extra leveringsvorm wegneemt (splitsing van vpt in geclusterd en niet geclusterd vpt), terwijl we toch recht doen aan de doelstelling van het Zorginstituut.

De kern van deze oplossing is het duidelijker maken van het onderscheid tussen mpt en vpt prestaties. Bij mpt (en pgb) is geen sprake van integrale zorg, voor de losse vormen van zorg kunnen verschillende zorgaanbieders worden ingeschakeld. Daartegenover staat dat bij vpt en zzp de zorg integraal door één zorgaanbieder wordt geleverd. De zorg omvat in dat geval het volledige pakket, inclusief behandeling, zoals in het advies van het Zorginstituut is beschreven voor institutionele zorg. De leveringsvorm vpt exclusief behandeling vervalt hiermee dus volledig. Dan is onderscheid tussen geclusterd en niet-geclusterd vpt niet meer noodzakelijk.

Deze aanscherping van het vpt sluit aan bij de oorspronkelijke doelstelling van de Wlz om wonen en zorg te scheiden en verduidelijkt het onderscheid tussen vpt en mpt. Bovendien wordt hiermee een verdere versnippering van leveringsvormen en introductie van nieuwe schotten voorkomen (geclusterd versus niet-geclusterd vpt). Tot slot doet het recht aan het oorspronkelijke uitgangspunt van het Zorginstituut, namelijk het opheffen van de bestaande rechtsongelijkheid tussen cliënten.

De NZa ziet dit als een goed alternatief voor de afbakening van institutionele zorg via geclusterd vpt. Hiermee vermijden we dat de leefsituatie bepalend is voor de keuze voor een bepaalde leveringsvorm, maar wordt juist de integrale en interdisciplinaire zorg voorop gesteld. Voor kleinschalige woonvoorzieningen zal de mate waarin zij deze integrale zorg voor hun cliënten kunnen organiseren, bepalend zijn voor de leveringsvorm die zij kunnen aanbieden.

In de praktijk zou dit voor thuiswonende cliënten betekenen dat:
- Een cliënt die in zijn eigen woning woont maar een zorgaanbieder bereid heeft gevonden om alle zorg volledig integraal in deze woning aan te bieden, deze zorg via vpt bekostigd kan krijgen.
- Een cliënt die in zijn eigen woning woont maar geen zorgaanbieder heeft gekozen die de volledige integrale zorg bij hem thuis levert, in dat geval de zorg niet via een vpt kan afnemen. De cliënt heeft de keus om de zorg bij één of meer zorgaanbieders af te nemen via een mpt of pgb.

Dit schept helderheid voor de cliënt. Het sluit aan bij de praktijk en visie van aanbieders. En het biedt zorgkantoren een goed kader om met zorgaanbieders in gesprek te gaan over de inhoud van de zorg voor een specifieke cliënt. De NZa is geen voorstander van de introductie van nieuwe leveringsvormen, omdat hiermee de complexiteit van de bekostiging onnodig wordt vergroot. Wij vinden dan ook dat door de leveringsvorm vpt aan te scherpen aan de doelstelling van het pakketadvies wordt voldaan. De invoering van een nieuw 'geclusterd vpt' is dan niet nodig.

*Afbakening geclusterd vpt*
Een tweede optie is om wel gebruik te maken van het begrip geclusterd vpt voor de afbakening van institutionele zorg. Voor deze optie maken we gebruik van twee bestaande omschrijvingen van geclusterde woonvormen en institutionele zorg:
- Een omschrijving afgeleid van een onderzoek dat het onafhankelijk adviesbureau Hoeksma, Homans & Menting (HHM) heeft uitgevoerd voor het advies van het Zorginstituut.
- Een verkenning uit de 'Rapportage uitkomsten verkenning hoe we rekening kunnen houden met toenemende variatie in wonen en zorg' van VWS (27 februari 2018).

Voor een werkbare afbakening van institutionele zorg en geclusterd vpt moeten zorgkantoor en zorgaanbieder redelijk objectieve instrumenten hebben om zonder veel discussie te kunnen bepalen of sprake is van institutioneel of thuis. Uit de hierboven weergegeven stukken concluderen wij dat de mate waarin de instelling de regie heeft over de combinatie van wonen, zorg en leven een handvat biedt om tot een objectief onderscheid te komen (zie Bijlage 4). Kenmerkend voor institutionele zorg is dat de instelling de totale regie heeft over deze combinatie en dat dus ook de woning, of de cliënt die nu zelf huurt of niet, een integraal onderdeel uitmaakt van het zorgaanbod van de aanbieder. Als dit het geval is, dan is de woning dus ook niet beschikbaar voor willekeurige bewoners op de particuliere koop- of huurmarkt. Bij zorg thuis heeft de cliënt de volledige regie over de woning. Deze woning komt na beëindiging van zorg aan de cliënt weer beschikbaar op de reguliere huur- of koopmarkt.

Als sprake is van institutionele zorg, dan zijn er twee mogelijkheden: de zorg met verblijf waarbij de zorgaanbieder ook de woning bekostigt of een geclusterd vpt waarbij de cliënt zelf de woning bekostigt. De definitie voor geclusterd vpt luidt dan:

*Een institutionele woonvorm waarbij één zorgaanbieder primair verantwoordelijk is voor het geheel van wonen, zorg en leven. De benodigde zorg wordt integraal geleverd in de vorm van een vpt, maar daarbij is de cliënt zelf verantwoordelijk voor de bekostiging van de woonruimte.*

Op basis van deze uitgangspunten denken wij dat objectief kan worden vastgesteld voor welke voorzieningen het advies van het Zorginstituut van toepassing is.

## 3.3 Afweging en conclusie

Wij zien een belangrijk nadeel in de uitvoering wanneer het geclusterd vpt wordt geïntroduceerd (optie 2). Er is een extra leveringsvorm nodig om het bestaande vpt te splitsen in een geclusterd en niet-geclusterd vpt. Dit maakt de bekostiging in de Wlz complexer, dat vinden we ongewenst. Veel van de geconsulteerde partijen beamen dit (zie hoofdstuk 6). Ook blijkt uit de gesprekken en de consultatie dat het moeilijk is consensus te vinden over de exacte scheidslijn tussen institutionele zorg en zorg thuis. Er bestaat angst dat gelijke gevallen verschillend beoordeeld gaan worden. Enkele partijen noemen de gecreëerde scheiding in deze optie kunstmatig

en niet eenduidig. Onduidelijk is bijvoorbeeld hoe nieuwe toekomstige en innovatieve wooninitiatieven in het schema van Bijlage 4 passen.

Ten aanzien van de eerste optie noemen de geconsulteerde partijen ook een aantal nadelen. Zo kan de aanbieder van kleinschalige woonvormen nog altijd zelf bepalen hoe zij deze zorg inricht en of zij integrale zorg levert. Gevolg kan zijn dat de ene geclusterde woonvorm wel integrale zorg levert, terwijl een andere vergelijkbare woonvorm dat niet doet. Dit leidt tot onduidelijkheid voor cliënten.
Verder bestaat het risico dat cliënten die bang zijn binnen een vpt de regie over de zorg uit handen te geven daarom over zullen stappen op een mpt of pgb. Ook zullen veel kleinschalige woonvoorzieningen het niet voor elkaar krijgen om de volledige integrale zorg (doelmatig) geregeld te krijgen. Vooral de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de geneeskundige zorg vormt voor veel kleinschalige voorzieningen een knelpunt. Veel partijen uiten daarom ook de angst dat de markt voor kleinschalige en vernieuwende initiatieven in de knel komt of zelfs onmogelijk wordt gemaakt.

De NZa adviseert om optie 1 te gebruiken bij de afbakening van institutionele zorg. Belangrijkste afweging voor dit advies is dat we met deze optie vermijden dat de leefsituatie of de woonvorm bepalend is voor de keuze voor een bepaalde leveringsvorm en dat juist de integrale en interdisciplinaire zorg voorop wordt gesteld.

Wel adviseert de NZa om de risico's en consequenties van deze afbakening voor mpt en pgb nader te onderzoeken. Eén van deze risico's is de verschuiving van levering via vpt naar mpt of pgb. De zorglevering (alleen) via mpt of pgb is namelijk vanuit het standpunt van het zorginstituut niet geschikt voor cliënten die in een institutionele setting verblijven. Wlz-cliënten in een institutionele setting hebben immers, zo adviseert het Zorginstituut, integrale zorg nodig. De NZa is daarom van mening dat zorgkantoren in de contractering zullen moeten waken voor het risico dat aanbieders als gevolg van de keuze voor optie 1 van een vpt naar een mpt overschakelen. De uitvoeringsconsequenties op de leveringsvorm mpt of pgb zijn echter niet onderzocht, omdat de reikwijdte van het advies alleen toe ziet op de leveringsvormen zzp en vpt.

We zien verder het risico dat niet alle partijen in staat zullen zijn om tijdig integrale zorg te organiseren. Bijvoorbeeld omdat er onvoldoende huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde of artsen verstandelijk gehandicapten beschikbaar zijn. We zien ook een toenemende populariteit van kleinschalige voorzieningen en nieuwe woonvormen, vooral in de verpleging en verzorging. Juist voor deze groep vraagt organiseren van integrale zorg een flinke inspanning. De mate waarin zij deze integrale zorg voor hun cliënten kunnen organiseren, kan dan bepalend zijn voor de leveringsvorm die zij kunnen aanbieden.

De NZa adviseert daarom om voor die situaties waarin het niet lukt om integrale zorg te organiseren onder strikte voorwaarden vpt prestaties zonder behandeling beschikbaar te houden. Deze prestaties kunnen dan gecontracteerd worden daar waar de gewenste behandeling tijdelijk niet geleverd kan worden. De niet geleverde zorg wordt dan ook niet vergoed. Een dergelijke situatie is vanuit het oogpunt van de toegankelijkheid van zorg zowel vanuit de Wlz als vanuit het oogpunt van de Zvw ernstig. Deze situatie kan alleen lokaal, door zorgkantoor en zorgverzekeraar, worden beoordeeld. We raden het af om de leveringsvorm vpt zonder behandeling als prestatie onder de mpt beleidsregel op te nemen. Wij adviseren om de nadruk te leggen op kwalitatief goede zorg en de route van vpt naar mpt/pgb niet te stimuleren, maar op verantwoorde wijze af te bouwen. Daarnaast is in de huidige vpt-prestatie bijvoorbeeld ook het eten opgenomen. Dit mag niet worden vergoed op grond van de Wlz indien de cliënt voor de leveringsvorm mpt heeft gekozen.

# 4. Bekostigingsmodel

In dit hoofdstuk beschrijven wij onze keuze voor het bekostigingsmodel voor behandeling en aanvullende zorgvormen.

## 4.1 Mogelijke bekostigingsmodellen

Voor integrale bekostiging hebben we vier bekostigingsmodellen uitgewerkt en besproken met partijen. Het eerste model komt overeen met de bekostiging die we nu kennen in de Wlz (zzp met behandeling). Daarnaast stelden we drie alternatieven voor, die een steeds verdere afzwakking zijn van de integrale bekostiging. De modellen:

1. De zorgaanbieder is integraal verantwoordelijk voor het leveren van zorg en bekostigt de zorg met een integraal tarief. Zorgaanbieders leveren de zorg zelf of regelen dit via onderlinge dienstverlening. De zorgaanbieder maakt dan afspraken met behandelaren, de behandelaren worden vanuit het integrale tarief worden bekostigd.
2. Het eerste alternatief (model 2) komt erg overeen met de bekostiging zoals geschetst in model 1. Het enige verschil is dat de afspraken die de zorgaanbieder met onderaannemers maakt (geheel of op deelgebieden) gereguleerd worden.
3. In model 3 is de zorgaanbieder nog steeds geheel eindverantwoordelijk voor alle te leveren behandeling. Maar hij declareert de behandeling op basis van zzp's zonder behandeling met daarnaast losse, door de NZa gereguleerde prestaties voor de verschillende zorgvormen waar behandeling uit bestaat.
4. In model 4 is de zorgaanbieder nog steeds geheel eindverantwoordelijk voor alle te leveren behandeling. Dit vergt eveneens afspraken met behandelaren, de bekostiging van de aanvullende zorgvormen gaat echter buiten de zorgaanbieder om. De zorgaanbieder maakt ook geen financiële afspraken over behandeling met het zorgkantoor, dat doen de behandelaren. De behandelaren declareren vervolgens op basis van losse prestaties rechtstreeks aan het zorgkantoor waarmee een overeenkomst is gesloten.

In Bijlage 5 beschrijven we de voor- en nadelen van elk van de modellen.

## 4.2 Afweging en conclusie

Ons uitgangspunt is het advies van het Zorginstituut. Het Zorginstituut legt de verantwoordelijkheid voor het organiseren van integrale zorg bij de zorgaanbieder. Om zorgaanbieders hiertoe in staat te stellen moeten ze beschikken over de benodigde (financiële) middelen. Een bekostigingsmodel gebaseerd op integrale prestaties faciliteert de zorgaanbieders naar onze mening het beste. Daarmee kan de aanbieder invulling geven aan zijn verantwoordelijkheid om integrale zorg te bieden. Bovendien krijgt het merendeel van de cliënten met een zzp of vpt in de sectoren vv en ghz al integrale behandeling bekostigd vanuit de Wlz. Het ligt daarom voor de hand om voor de cliënten die nog geen behandeling uit de Wlz krijgen, aan te sluiten bij de bestaande prestaties met behandeling. Uit de consultatie komt een breed draagvlak voor het integrale model naar voren. We gaan verder in op bekostigingsmodel 1 en werken dat uit met het oog op dit advies.

Macrobeheersbaarheid is een belangrijke overweging bij onze keuze voor een integraal model. Op dit moment wordt de over te hevelen behandeling voor een groot deel geleverd in de eerste lijn in de Zvw. In de Zvw lopen zorgverzekeraars risico op de uitgaven. De prestaties in de eerste lijn worden veelal bekostigd per

activiteit of handeling. Eventuele overschrijding van het budgettair macrokader kan met een macrobeheersinstrument achteraf worden teruggehaald.

In de Wlz wordt een 'milder' macrobeheersinstrument toegepast dan in de Zvw terwijl:

a. Zorgkantoren (of juridisch: Wlz-uitvoerders) geen risico lopen op hun uitgaven én
b. de effectiviteit en doelmatigheid van de geleverde Wlz-behandeling, vervat in een zzp, door een zorgaanbieder vaak niet is getoetst. De eis dat de zorg moet voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk' is pas per 1 januari 2012 in de AWBZ – nu Wlz - geïntroduceerd.

De Wlz heeft weliswaar het instrument van de contracteerruimte met het vereffenbedrag, maar deze instrumenten bieden geen garantie dat een eventuele overschrijding van de contracteerruimte wordt teruggehaald. Het vereffenbedrag kan door het zorgkantoor bij een zorgaanbieder in rekening worden gebracht, maar dit is geen verplichting. De omstandigheden, een risicoloze inkoop van zorg waarvan de effectiviteit of doelmatigheid vaak niet is getoetst, vragen eerder om een steviger macrobeheersinstrument. Een rechtvaardiging voor de mildheid van het instrument zou de kwetsbaarheid van de Wlz doelgroep kunnen zijn.

De enige mogelijke vorm van beheersing in de Wlz op dit moment op grond van de Wmg is het zoveel mogelijk vervatten van zorg in integrale prestaties. Dus in zzp- of vpt-prestaties met een maximum tarief in combinatie met toeslagen die op basis van objectieve kenmerken, bijvoorbeeld de kalenderleeftijd van de cliënt, worden vastgesteld. Bij deze bekostiging is gekozen voor een onafhankelijk indicerend orgaan (het CIZ), dat het profiel dat past bij de zzp- of vpt-prestatie vaststelt, omdat de verwachte zorgbehoefte en behandeling van een Wlz-cliënt tot nu toe niet op een andere basis kan worden voorspeld.

Gegeven het advies van het Zorginstituut om de zorg over te hevelen naar de Wlz, de keuze van de regering voor macro-kostenbeheersing in de Wlz met een vereffenbedrag en het ontbreken van 'doelgerichte en doelmatige behandelprofielen' voor Wlz-cliënten zien wij een integraal bekostigingsmodel i.c. zzp/vpt met behandeling, als beste waarborg voor macrobeheersing. Alle kosten voor behandeling worden zoveel mogelijk ondergebracht in integrale prestaties en daarmee in de contracteerruimte die op basis van de zzp's wordt verdeeld over de zorgkantoorregio's. De zorgaanbieder moet vervolgens de middelen naar behoefte, rechtvaardig verdelen over zijn cliënten.

Het feit dat een zorgaanbieder integraal verantwoordelijk is voor zorg en deze zorg ook met een integraal tarief moet bekostigen, betekent niet dat de zorgaanbieder zelf alle zorg hoeft uit te voeren. Dit kan de zorgaanbieder ook regelen met onderaannemers.[6] Zie voor het integrale scenario Figuur 2.

---

[6]De zorgaanbieder maakt dan afspraken over behandelaren in onderaannemerschap. De rapportage van onderzoeksbureau Significant beschrijft per zorgvorm hoe behandeling in de praktijk door zorgaanbieders op dit moment is georganiseerd https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2018/04/13/onderzoek-uitvoeringspraktijk-wlz-behandeling/onderzoek-uitvoeringspraktijk-wlz-behandeling.pdf

**Figuur 2: Integrale bekostiging**

Aansluiten bij de huidige situatie voor zzp met behandeling betekent dat de zzp-prestaties zonder behandeling vervallen. Voor deze cliënten worden ook de prestaties zzp met behandeling gecontracteerd. Zoals beschreven in ons voorstel voor de afbakening van geclusterd vpt in hoofdstuk 3, vervallen de huidige vpt-prestaties zonder behandeling. Voor cliënten die integrale zorg krijgen in een institutionele setting wordt een vpt (nieuwe stijl) met behandeling gecontracteerd. De behandelcomponent is dezelfde als voor de huidige zzp met behandeling.

*Boven-budgettaire bekostiging*
De huidige zzp en vpt prestaties in de Wlz vallen binnen de contracteerruimte. De tarieven van de huidige prestaties zzp met behandeling omvatten behandeling en een aantal aanvullende zorgvormen. Enkele kostenposten worden buiten de contractteerruimte (ook wel boven-budgettair genoemd) uit de Wlz bekostigd. Voor mondzorg geldt dat het honorarium van de tandarts, de techniekkosten en de narcosebehandelingen boven-budgettair worden bekostigd. Ook individueel aangemeten hulpmiddelen en de aangepaste rolstoel worden boven-budgettair bekostigd. We kennen in de Wlz de regeling voor extreme kosten op cliëntniveau (Beleidsregel overige kosten Wlz 2018, kenmerk BR/REG-18139a). De kosten die via deze beleidsregel vergoed worden, worden ook boven-budgettair bekostigd.

Boven-budgettaire bekostiging is een risico voor de macrobeheersbaarheid van de Wlz. Voor zorg die boven-budgettair wordt bekostigd zijn er geen prikkels voor sturing door zorgaanbieders en zorgkantoren. De uitgaven worden buiten de contractteerruimte om altijd vergoed. In de nieuwe situatie zal de boven-budgettair bekostigde zorg toenemen, voor cliënten die nu een zzp zonder behandeling of vpt hebben. Dat betekent dat het risico voor de macrobeheersbaarheid ook toeneemt. Wij vinden dit zorgelijk en stellen daarom als richting voor om enkele boven-budgettaire onder te brengen in de integrale prestaties. We adviseren om de mondzorg op te nemen in de integrale prestaties. We adviseren verder om gezamenlijk met het veld te onderzoeken of de uitgaven voor individueel aangemeten hulpmiddelen (gedeeltelijk) ondergebracht kunnen worden in het integrale tarief en daarmee in de contracteerruimte. Hiervoor moet mogelijk het besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg worden aangepast. Door het verminderen van de boven-budgettaire onderdelen vergroten we de macrobeheersbaarheid van de uitgaven in de Wlz en introduceren we een prikkel voor doelmatigheid voor de zorgaanbieders en zorgkantoren. Voor mondzorg en individueel aangemeten hulpmiddelen gaan we hier in paragraaf 4.3 op verder.

## 4.3 Aandachtspunten integrale bekostiging per zorgvorm

Onder integrale bekostiging of een integrale prestatie verstaan we een prestatie vergelijkbaar met de huidige zzp met behandeling. In Tabel 2 vatten we kort samen welke zorgvormen nu onderdeel zijn van de huidige zzp met behandeling. We zijn uitgegaan van het advies van het Zorginstituut en hebben gekeken of meer Wlz-aanspraken onder de integrale prestatie gebracht kunnen worden. Met andere woorden: of we bij de bekostiging in de Wlz nog verder dan nu naar een integrale prestatie kunnen gaan. Die bevindingen hebben we ook in Tabel 2 opgenomen.

Daarnaast hebben we gekeken per zorgvorm waar er aandachtspunten ontstaan als we overgaan naar een integrale prestatie voor cliënten die kiezen voor zorg met verblijf of een vpt. We hebben gekeken naar:

- Administratieve lasten (voor zorgkantoor, afkorting zk in tabel, en zorgaanbieder, afkorting za in tabel)
- Kwaliteit en afbakening van de behandeling
- Toegankelijkheid van de zorgvorm
- Keuzevrijheid van de cliënt

**Tabel 2: overzicht impact bekostigingsmodel per zorgvorm**

| | In huidige zzp tarief? | Toevoegen aan zzp tarief? | Op welke thema's ontstaan mogelijk aandachtspunten voor zorgaanbieders die overgaan naar levering zzp inclusief behandeling? | | | | Mogelijke maatregelen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Administratieve lasten (za, zk) | Kwaliteit en afbakening | Beschikbaarheid van zorgvorm | Keuzevrijheid (cliënt, za) | |
| Geneeskundige zorg | Ja | Ja | | | X | X | – Eventuele regulering op onderlinge dienstverlening tarieven |
| Specifieke paramedische zorg | Ja | Ja | | X | | | – Toevoegen algemene paramedische zorg |
| Farmaceutische zorg | Ja | Ja | X (za) | | | X | |
| Mondzorg | Deels | Ja | X (za) | X | X | | – Eventuele regulering op onderlinge dienstverlening tarieven<br>– Eventueel verbreden extreme kosten regeling |
| – Honorarium tandarts / narcosebehandelingen | Nee | Ja | | | | | |
| – Ruimte en materiaal | Ja | Ja | | | | | |
| Hulpmiddelen | Deels | Deels | | | | | |
| – Gebruikshulpmiddelen | Nee | Deels | X (zk) | | | | – Onderzoek naar mogelijkheden voor integrale bekostiging<br>– Monitoring uitgaven |
| – Verbruikshulpmiddelen | Ja | Ja | X | X | | X | – Beschrijving en afbakening van kwaliteitseisen<br>– Extreme kosten regeling |
| – Roerende voorzieningen | Ja | Ja | | | | | |
| – Zvw-hulpmiddelen | Nee | Deels | | X | | X | – Onderzoek in opdracht van VWS<br>– Kwaliteitsnormen uit Zvw overnemen |

In het vervolg van dit hoofdstuk beschrijven we per zorgvorm de thema's waar mogelijke aandachtspunten ontstaan (zie Tabel 2) en bij invoering van een integraal bekostigingsmodel vergelijkbaar met de zzp met behandeling en met welke maatregelen eventuele aandachtspunten kunnen worden ondervangen.

*Geneeskundige zorg*
Eén van de belangrijkste uitgangspunten van het advies van het Zorginstituut is dat overheveling van behandeling naar de Wlz leidt tot een betere coördinatie en regie van het totaalpakket aan zorg. De geneeskundige zorg is hierbij de spil van het gehele zorgaanbod. Het gaat tegen die kerngedachte in om die geneeskundige zorg apart te bekostigen. Het integraal declareren van de geneeskundige zorg die de huisarts of so/avg biedt sluit bovendien volledig aan bij de wijze waarop de zorg nu wordt bekostigd voor de cliënten die al behandeling ontvangen binnen de Wlz. Als de zorg wordt overgeheveld verwachten we hier dan ook geen technische uitvoeringsproblemen.

De geneeskundige zorg wordt nu geleverd door de huisarts of so/avg. De so/avg kan een groot deel van deze werkzaamheden ook in onderaannemerschap uitvoeren als een Wlz-zorgaanbieder hoofdverantwoordelijk wordt voor het geheel aan behandeling. Veelal zal ook de huisarts op enige wijze bij cliënten betrokken blijven voor het deel algemene huisartsenzorg.[7] Bij kleinschalige woonvormen fungeert de huisarts vaak als hoofdbehandelaar, waarbij de huisarts een so/avg kan inroepen voor specifieke problematiek. Huisartsen geven aan dat de zorg voor cliënten in een institutionele setting vaak te specifiek is. Beschikbaarheid van een so/avg is voor de huisarts dan een randvoorwaarde voor het leveren van goede zorg.

Waar echter precies de scheiding ligt tussen de werkzaamheden van de huisarts en de werkzaamheden van de so/avg is zorginhoudelijk niet helder af te bakenen. In de praktijk zal de mate waarin deze specialismen worden ingezet, afhangen van de lokale afspraken en de zorgbehoefte van de individuele cliënt. Dat is geen probleem, zolang het geheel aan benodigde geneeskundige zorg geborgd is. In principe wordt de capaciteit van, of het beroep op behandelaren niet beïnvloed door de overheveling van behandeling van Zvw naar Wlz. Overheveling van behandeling naar de Wlz creëert wel meer helderheid over de eindverantwoordelijkheid van het totaalpakket aan behandeling: die ligt bij de aanbieder van de integrale Wlz-zorg.

*Aandachtspunten bij een integraal bekostigingsmodel:*
- Keuzevrijheid
  De vrijheid om te kiezen voor een eigen huisarts wordt als belangrijk ervaren door cliënten en cliëntenorganisaties. Voor cliënten die verhuizen naar een Wlz-aanbieder is behoud van de eigen huisarts belangrijk. De zorgaanbieder wordt inhoudelijk eindverantwoordelijk voor de coördinatie van de geleverde zorg. Dat kan alleen als daadwerkelijk afspraken worden gemaakt met de huisarts (en so/avg) in kwestie over diens inzet en bereikbaarheid. Integraliteit vraagt dus om voldoende afspraken door de Wlz-zorgaanbieder met huisartsen (en so/avg). De mate van keuzevrijheid is daarmee afhankelijk van wat de zorgaanbieder biedt.

- Beschikbaarheid huisartsen en so/avg
  Terwijl het gebruikelijk is dat een so/avg op basis van een vaste aanstelling (of andere overeenkomst) is verbonden aan de zorgaanbieder, is dat voor de

[7] Daarbij kan gedacht worden aan zorgverlening die frequent voorkomt in een huisartsenpraktijk, zoals een ingegroeide teennagel of andere zorgvragen voor kleine chirurgische ingrepen, dan wel aan andere belangrijke zorgvragen op het terrein van de huisartsgeneeskundige zorg zoals een dreigend hartinfarct. Dit geldt zowel voor de 'reguliere' huisartsenzorg als voor de spoedeisende avond-, nacht- en weekendzorg.

huisarts vaak niet het geval. Een van de redenen hiervoor is dat de huisarts, om te voldoen aan zijn/haar (her)registratie-eisen, een deel van zijn/haar tijd moet inzetten in een reguliere praktijk.[8] Een individuele huisarts is daarmee voor een beperkt deel van zijn/haar tijd inzetbaar bij de Wlz-zorgaanbieder. Dat gaat dan meestal op basis van externe inhuur en niet in de vorm van een vaste aanstelling. Daar signaleren meerdere partijen een risico. Zowel de beschikbaarheid van huisartsen als de beschikbaarheid van so en avg is schaars. De groep cliënten waarvoor de zorgaanbieder na de overheveling zorginhoudelijk verantwoordelijk wordt, is relatief zwaar ten opzichte van de gemiddelde populatie van de huisarts. Na overheveling van behandeling voor deze cliëntengroep naar de Wlz wordt de zorgaanbieder zorginhoudelijk hoofdverantwoordelijk voor deze groep. Zij kunnen en moeten hierbij huisartsen betrekken, maar huisartsen zijn niet verplicht hun medewerking te verlenen. Zonder regionale medewerking van huisartsen wordt het voor zorgaanbieders moeilijk om het geheel aan behandeling te blijven waarborgen. Zorgaanbieders signaleren dat nu al bij cliënten die het geheel van verblijf en behandeling vanuit de instelling ontvangen. Met de overheveling wordt deze groep cliënten alleen maar groter en mag ook verwacht worden dat het al gesignaleerde probleem vele malen groter wordt

*Mogelijke maatregelen*
Daar waar zorgaanbieders de algemeen geneeskundige zorg niet zelf kunnen organiseren (door voldoende so/avg aan te trekken, en de rol van de huisarts beperkt te houden waar dat inhoudelijk verantwoord is), bestaat het risico dat huisartsen zich alleen nog aan deze cliëntgroep verbinden als hier vanuit de zorgaanbieder een relatief hoge vergoeding tegenover staat. Regionale schaarste aan aanbod van huisartsenzorg kan dit versterken. Dit specifieke risico kan worden geadresseerd door te reguleren welk bedrag (per handeling/per uur/per cliënt per jaar) een huisarts maximaal in rekening mag brengen aan de zorgaanbieder.

Hiermee wordt dit prijsopdrijvende effect gedempt. We kennen een dergelijk mechanisme al binnen de bekostiging van huisartsenposten die zorg leveren in avond-, nacht, weekenddiensten en tijdens feestdagen. Deze posten zijn grotendeels afhankelijk van de inzet van de praktijk houdende huisartsen. Voor de inzet per uur binnen de spoedpost door de aangesloten huisartsen geldt daarom een maximumtarief. Dit kan als aanvullend voordeel hebben dat discussie in het veld over de wijze waarop de huisarts wordt vergoed voor zijn/haar inzet grotendeels wordt voorkomen. Uit de gesprekken die wij in dit adviestraject hebben gevoerd, blijkt dat huisartsen voor hun inzet voor cliënten waar de zorgaanbieder nu al verantwoordelijk is voor de volledige behandeling, op veel verschillende manieren worden vergoed. Soms via een bedrag per handeling, soms voor een bedrag per uur, soms voor een lumpsumbedrag voor de inzet voor de gehele populatie voor het gehele jaar. Voor de zorgaanbieder (en mogelijk ook voor de huisarts) kunnen de administratieve lasten verminderen als eenduidig is vastgelegd voor alle huisartsen hoe deze vergoeding moet lopen. Als lokaal wordt gewerkt met een lumpsum vergoeding, dan nemen de administratieve lasten toe.

Het vaststellen van tarieven voor onderlinge dienstverlening heeft echter ook twee belangrijke nadelen:

1. Dit zal moeten gelden voor alle cliënten binnen de Wlz, niet enkel de cliëntgroep die nu overgeheveld wordt. Dit is een vrij forse ingreep in de huidige verhoudingen tussen huisarts en zorgaanbieder, die is gebaseerd op het schaarse aanbod van geneeskundige zorg door zowel de huisarts als de so en avg. De vrijheid die nu bestaat om de vergoeding van de huisarts regionaal op

[8] https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/cgs/regelgeving/huisartsgeneeskunde-7.htm

maat vorm te geven verdwijnt grotendeels als de bekostiging van de inzet van de huisarts landelijk uniform wordt gereguleerd. Dit maakt het systeem minder flexibel.

2. Belangrijker nog, het reguleren van het tarief dat een huisarts aan een zorgaanbieder in rekening mag brengen, ondervangt niet dat een huisarts kan weigeren om mee te werken aan de door de zorgaanbieder te leveren zorg. Sterker, regulering van de tarieven ontneemt de mogelijkheid om hogere tarieven overeen te komen daar waar het aanbod daadwerkelijk schaars is en alleen te realiseren is met hogere tarieven. Dat kan ertoe leiden dat huisartsenzorg regionaal in zijn geheel niet meer beschikbaar is voor Wlz-cliënten. Hiermee komt de zorgverlening in gevaar.

Juist in de huidige situatie van schaarste van aanbod moet het systeem flexibel blijven om regionaal een oplossing op maat te vinden. Op voorhand reguleren van tarieven voor onderlinge dienstverlening tast deze flexibiliteit aan. De NZa is daar geen voorstander van.

Wij wegen de risico's die verbonden zijn aan het reguleren van het tarief in deze fase zwaarder dan de mogelijke voordelen. Mocht blijken dat de zorg zich zo ontwikkelt dat regulering van de tarieven die huisartsen in rekening brengen aan de zorgaanbieder wenselijk wordt, dan kan dit na de overheveling alsnog worden overwogen.

*Paramedische zorg*

Ook paramedische zorg is vrijwel standaard onderdeel van het door de cliënt benodigde geheel aan behandeling. Het gaat dan bijvoorbeeld om de inzet van fysiotherapie, een diëtist of ergotherapeut. Ook de paramedische zorg is een centraal onderdeel van het geheel aan behandeling dat binnen de Wlz georganiseerd moet worden. Het ligt voor de hand om ook deze zorg integraal te bekostigen, juist vanuit de gedachte dat er winst te boeken is door de zorgaanbieder voor het geheel aan behandeling verantwoordelijk te maken. Dit sluit aan bij de wijze waarop de zorg nu wordt bekostigd voor de cliënten die al behandeling ontvangen binnen de Wlz, zodat we geen technische uitvoeringsproblemen verwachten door de overheveling.

– Aandachtspunten bij een integraal bekostigingsmodel:

Paramedische zorg wijkt op een aantal punten duidelijk af van geneeskundige zorg. Ten eerste is het veel gebruikelijker dat fysiotherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten, vaktherapeuten, et cetera in loondienst verbonden zijn aan de zorgaanbieder. Deze beroepsgroepen hoeven naast de werkzaamheden bij een zorgaanbieder niet ook verbonden te zijn aan een 'reguliere' praktijk. Dat leidt ertoe dat een zorgaanbieder veel minder afhankelijk is van externe inhuur of onderaannemerschap om de volledige behandeling voor de cliënt te kunnen borgen.

Daarbij is er bij deze beroepsgroepen veel minder sprake van schaarste. Er gelden binnen de Zvw voor deze beroepsgroepen veelal vrije tarieven, het specialisme valt zelf geheel buiten een vorm van NZa-regulering. Een zorgaanbieder zal deze zorgvorm naar verwachting zonder problemen voor een redelijk tarief kunnen borgen.

We hebben uit de gesprekken met partijen geen signalen ontvangen dat de inzet van paramedische zorg tot specifieke knelpunten zal leiden. Het eventueel inzetten van aanvullende tariefregulering zoals we die bij de huisartsenzorg omschreven, ligt daarmee niet voor de hand.

*Farmaceutische zorg*
Voor cliënten die behandeling vanuit de Wlz ontvangen wordt farmaceutische zorg al bekostigd vanuit het integrale tarief. Als de kosten voor geneesmiddelen van een cliënt boven een drempelwaarde uitstijgen, kunnen zorgaanbieders die kosten vergoed krijgen via een voorziening voor extreme kosten voor geneesmiddelen[9]. Deze voorziening blijft ook bestaan als gekozen wordt voor een integraal bekostigingsmodel.

Voor cliënten die momenteel nog geen behandeling ontvangen vanuit de Wlz is de invoering van een integraal bekostigingsmodel een verbetering. Op dit moment betalen deze cliënten een wettelijk eigen risico in de Zvw, onder meer voor farmaceutische zorg, en een eigen bijdrage in de Wlz. Daarnaast betalen deze cliënten op dit moment een deel van de farmaceutische zorg zelf, bijvoorbeeld zelfzorgmiddelen als paracetamoltabletten met een lage dosering. Deze kosten maken zij straks niet meer: als onderdeel van de behandeling van de cliënt worden deze uit het integrale tarief bekostigd.

Aandachtspunten bij een integraal bekostigingsmodel:

- Keuzevrijheid
  Een nadelig effect voor cliënten kan zijn dat zij minder keuzevrijheid hebben. Ze worden afhankelijk van de apotheek en het geneesmiddel waar de instelling afspraken over heeft gemaakt. Dit kan betekenen dat cliënten moeten wisselen van apotheek of geneesmiddel.

  Om deze keuzevrijheid te waarborgen moeten zorgaanbieders afspraken maken met apotheken. Zorgaanbieders die op dit moment nog geen behandeling leveren, hebben nog geen contracten (financiële afspraken) met apotheken. Voor de kleinschalige instellingen kan het lastiger zijn om afspraken te maken met een apotheek dan voor de grotere. Brancheorganisaties van (keten)apotheken en zorgkantoren hebben hun zorgen hierover uitgesproken tegen de NZa: zij vragen zich af of kleine instellingen hier überhaupt toe in staat zijn.

- Administratieve lasten
  Partijen wijzen hiernaast ook op de administratieve lasten die gepaard gaan met onderaannemerschap. Zowel zorgaanbieders als apotheken moeten contracten gaan afsluiten of opnieuw nadenken en afstemmen over de lopende afspraken. De beoordeling van medicatiegebruik komt volgens zorgkantoren en branchepartijen van (keten)apotheken niet in het geding: dit gebeurt op cliëntniveau, niet op basis van omvang van de verblijfslocatie. Dit geldt voor zowel grote als kleine zorgaanbieders.

We kennen momenteel geen maximumbedragen in de farmaceutische zorg, niet in de Wlz (integraal tarief) en niet in de Zvw (vrije tarieven). De prestatie farmacie in de Zvw bestaat altijd uit de combinatie verstrekking, zorg (medicatiebewaking en afstemming) en de medicatie zelf (geneesmiddel). Partijen vinden dat deze drie aspecten van farmaceutische zorg niet uit elkaar gehaald mogen worden in de bekostiging. Dit zou straks nog steeds onder dezelfde noemer/tarief moeten vallen, namelijk farmaceutische zorg.

Onderzoeksbureau Significant heeft onderzoek gedaan naar de uitvoeringsconsequenties van het advies van het Zorginstituut. In hun rapport schrijven ze dat een integraal bekostigingsmodel kan leiden tot meer grip op medicatieveiligheid. Het is dan voor zorginstellingen eenvoudiger om

---

[9] Deze voorziening is beschreven in de Beleidsregel overige kosten Wlz 2018, kenmerk BR/REG-18139a, onder de paragraaf Extreme kosten zorggebonden materiaal en geneesmiddelen.

farmaceutische zorg te bundelen bij één apotheek in plaats van te werken met verschillende apotheken. Ook vermindert dit de administratieve lasten voor zorgaanbieders. Wij zien dan ook geen alternatieven voor een integrale prestatie voor bekostiging van farmaceutische zorg.

*Mondzorg*
De huidige bekostiging van de mondzorg sluit niet goed aan bij het advies van het Zorginstituut. Daar komt bij dat op dit moment de declaratiewijze niet in overeenstemming is met de regelgeving. Dat is reden voor de NZa om de daarmee gemoeide kosten aan te merken als onrechtmatig.[10] Door de invoering van een nieuw declaratiesysteem per 1 juli 2017 declareert een aanbieder van mondzorg als onderaannemer van een gecontracteerde Wlz-zorgaanbieder rechtstreeks bij het zorgkantoor, zonder tussenkomst van de opdracht gevende zorgaanbieder. Naast de formele onrechtmatigheid vraagt de nieuwe declaratiewijze meer (naar verwachting arbeidsintensievere) werkzaamheden van de zorgkantoren. Zij moeten vaststellen dat de gedeclareerde zorg rechtmatig geleverd is. De zorgkantoren hebben in dit geval beperktere mogelijkheden om te controleren of zorg feitelijk geleverd is, omdat veel waarborgen bij zorgaanbieders ontbreken.

In lijn met onze argumenten om te kiezen voor een integrale bekostiging van behandeling adviseren we om mondzorg onderdeel te maken van de integrale prestaties, en daarmee aan te sluiten bij het advies van het Zorginstituut. Bijkomend voordeel is dat geen aparte declaraties meer nodig zijn. Daar waar zorgaanbieders in de huidige situatie afspraken maken met mondzorgverleners en de alleen de declaraties zonder tussenkomst van de zorgaanbieder naar het zorgkantoor gaan, worden mondzorgkosten onderdeel van een integrale prestatie en afspraken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. Zorgkantoren zijn daarmee beter in staat om de zorginkoop te doen (minder contractpartijen) en kunnen sturen op doelmatigheid van de uitgaven. Als mondzorg onderdeel wordt van de integrale prestaties vallen daar ook het honorarium van de tandarts, techniekkosten en de narcosebehandelingen onder. De boven-budgettaire bekostiging van een deel van de mondzorg verdwijnt hiermee. Dit heeft een positief effect op de macrobeheersbaarheid.

[10] https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_259857_22/1/

Aandachtspunten bij een integraal bekostigingsmodel:

- Beschikbaarheid van leveringsvorm
  De mondzorgpartijen (zie Bijlage 2) geven aan dat er sprake is van schaarse capaciteit in de mondzorg, zij het in mindere mate dan voor de geneeskundige zorg. Er werken relatief veel zzp'ers in de mondzorg, en voor hen zitten er mogelijk fiscale nadelen aan het sluiten van contracten met zorgaanbieders. Men vreest dat door de invoering van het nieuwe bekostigingsmodel minder tandartsen bereid zijn om een contract met de zorginstellingen af te sluiten. Daarnaast geeft men aan dat vooral kleine aanbieders beperkt kunnen compenseren voor cliënten die dure mondzorg nodig hebben. Dat vergroot de kans op risicoselectie door zorgaanbieders.

- Administratieve lasten
  Partijen wijzen op de toename van administratieve lasten die het sluiten van overeenkomsten met zorgaanbieders met zich meebrengt als voor een integraal tarief gekozen wordt. Daar staat tegenover dat er geen aparte declaraties voor mondzorg meer nodig zijn.

- Kwaliteit en afbakening
  Partijen geven aan dat er een inhaalslag heeft plaatsgevonden in de mondzorg voor Wlz-cliënten. Kiezen voor een integraal tarief kan volgens partijen betekenen dat de kwaliteit van de mondzorg weer achteruit gaat. Ook geven partijen aan dat er vaak te weinig kennis is over mondzorg in instellingen. Preventie en onderhoud van het gebit vindt soms te weinig plaats. Partijen zijn van mening dat als wordt overgegaan op een integraal tarief, de middelen voor mondzorg binnen een integraal tarief geoormerkt moeten worden, om te voorkomen dat de zorgaanbieder keuzes maakt waardoor de kwaliteit van de mondzorg onder druk komt te staan.

- Kosten
  Partijen wijzen erop dat de totale kosten zoals die momenteel uit de declaratiegegevens van de cliënten exclusief behandeling blijken waarschijnlijk te laag zijn. Dit komt doordat veel cliënten in de periode voor de intramurale opname mondzorg mijden. Dit zal na opname leiden tot onbekende meerkosten. Verwacht wordt dat een vergelijkbaar effect ook optreedt bij cliënten die overgaan naar een integraal tarief. Partijen merken verder op dat eigen betalingen voor mondzorg veel voorkomen en niet zichtbaar zijn in de beschikbare data van o.a. Vektis.

*Mogelijke maatregelen*
De NZa zal bij invoering nagaan of er sprake kan zijn van risicoselectie door zorgaanbieders van patiënten. Dit doet de NZa door een inschatting te maken van de gevolgen van de invoering van integrale tarieven. Deze inschatting kon nu nog niet worden gemaakt omdat zorgaanbieders en zorgkantoren pas sinds kort op gestandaardiseerde wijze elektronisch Wlz-mondzorg declareren.

*Hulpmiddelen*
De bekostiging van hulpmiddelen is op dit moment complex. Ten eerste omdat hulpmiddelen een breed begrip is. De bestaande regelgeving maakt dat er diverse hulpmiddelen zijn, waarvoor geen eenduidige bekostiging is. Voor Wlz-cliënten kunnen hulpmiddelen op dit moment vanuit drie domeinen (Wlz, Zvw en Wmo) worden bekostigd. Ten slotte is het advies van het Zorginstituut voor hulpmiddelen breder dan voor de andere zorgvormen. Het Zorginstituut schrijft namelijk dat álle hulpmiddelen voor een Wlz-cliënt uit de Wlz betaald moeten worden. Dat betekent dat ook de hulpmiddelen die nu vanuit de zorgverzekeringswet van de cliënt worden vergoed straks ten laste van de Wlz komen. Daarnaast verandert het aantal hulpmiddelen dat onder de Wlz valt.

In Tabel 3 presenteren we de huidige situatie. In deze paragraaf maken we onderscheid tussen gebruikshulpmiddelen, verbruikshulpmiddelen en roerende voorzieningen. We gaan specifiek in op de hulpmiddelen die vanuit de Zvw naar de Wlz overkomen. In de tabel presenteren we ook welke hulpmiddelen bij welke groep horen. Voor de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, zoals krukken, verandert er niks.

**Tabel 3: huidige wettelijke situatie hulpmiddelen**

| | Hulpmiddelen | Zzp met behandeling | Zzp zonder behandeling | vpt |
|---|---|---|---|---|
| 1. *Gebruikshulpmiddelen* | Individueel aangepaste rolstoel | Wlz (boven-budgettair) | Wmo | Wmo |
| | Individueel aangemeten hulpmiddelen | Wlz (boven-budgettair) | Zvw | Zvw |
| | Overige mobiliteits-Hulpmiddelen | Wmo | Wmo | Wmo |
| 2. *Verbruikshulpmiddelen* | Verbruiks-Hulpmiddelen | Wlz (zzp-tarief) | Zvw | Zvw |
| 3. *Roerende voorzieningen* | Roerende voorzieningen | Wlz (zzp-tarief) | Wlz* | Wmo |
| | Woningaanpassingen | n.v.t. | n.v.t. | Wmo |
| 4. *Eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen* | Eenvoudige mobiliteits-hulpmiddelen | Eigen betaling | Eigen betaling | Eigen betaling |

** In de praktijk worden hoog-laag bedden en hulpmiddelen zoals tilliften en postoelen nu ook nog op grond van de Zvw bekostigd.*

*Aandachtspunten bij een integraal bekostigingsmodel*
In onderstaande paragrafen beschrijven we per hulpmiddelcategorie de aandachtgebieden.

1. Gebruikshulpmiddelen
De gebruikshulpmiddelen die nu al vanuit de Wlz bekostigd worden, worden momenteel boven-budgettair bekostigd. Deze hulpmiddelen zijn vanuit de historie niet in het integrale tarief opgenomen. Neem bijvoorbeeld de rolstoel: er is een enorm scala aan verschillende rolstoelen en prijzen. Over het algemeen zijn het dure hulpmiddelen die niet elke Wlz-cliënt nodig heeft. Hetzelfde geldt voor overige mobiliteitshulpmiddelen en individueel aangemeten hulpmiddelen. Er is zoveel variatie in soorten, prijzen en behoeften van de Wlz-cliënt, dat niet eenvoudig kan worden bepaald of deze middelen in een integrale prestatie kunnen worden opgenomen.

De boven-budgettaire kosten van de aangepaste rolstoel monitoren wij op dit moment op hoofdlijnen in de Wlz. Het ligt voor de hand dat wij dit ook gaan doen voor de overige mobiliteitshulpmiddelen en individueel aangemeten hulpmiddelen die straks nieuw zijn in de Wlz. Op die manier kunnen we de ontwikkeling van de uitgaven volgen en op termijn bepalen of er hulpmiddelen zijn die in het integrale tarief verrekend kunnen worden. Voorwaarde is wel dat we inzicht hebben in het gebruik van mobiliteitshulpmiddelen en individueel aangemeten hulpmiddelen op cliëntniveau. Vanuit macrobeheersbaarheid is het onwenselijk om veel hulpmiddelen boven-budgettair te bekostigen. Er zit geen rem op de kosten en er is geen prikkel om de kosten voor deze hulpmiddelen laag te houden.

Voor zorgkantoren betekent de overheveling dat zij straks veel meer hulpmiddelen moeten verstrekken. Momenteel verstrekken zij alleen rolstoelen aan cliënten in een instelling met behandeling en leveren gemeenten op incidentele basis andere mobiliteitshulpmiddelen (vooral een aangepaste fiets aan cliënten in een instelling

voor gehandicaptenzorg). De verstrekking van deze gebruikshulpmiddelen gaat straks allemaal via het zorgkantoor.
Op dit moment maken zorgkantoren voor de rolstoelen die zij verstrekken op basis van de Wlz gebruik van pooling systemen. Dat wil zeggen dat zij hulpmiddelen die niet meer gebruikt worden door een cliënt, bijvoorbeeld na overlijden, opslaan. Als een nieuwe cliënt een hulpmiddel aanvraagt wordt gekeken of er een bruikbaar hulpmiddel in de opslag van het zorgkantoor beschikbaar is. Zo ja, dan wordt dat hulpmiddel hergebruikt. Zorgkantoren zijn in het verstrekken van rolstoelen dus bijzonder efficiënt en behalen volgens Medux een hergebruik van rond de 90%. Wellicht dat een dergelijk pooling systeem voor overige gebruikshulpmiddelen ook ingericht kan worden om de (boven-budgettaire) kosten zoveel mogelijk te drukken.

2. Verbruikshulpmiddelen
Verbruikshulpmiddelen zoals incontinentie- en wondmateriaal zitten nu al in het integrale tarief van een zzp met behandeling. Daarnaast kennen we, net als voor farmaceutische zorg, voor verbruikshulpmiddelen een extra voorziening in de vergoeding van extreme kosten (Beleidsregel overige kosten Wlz 2018, kenmerk BR/REG-18139a).

De aandachtsgebieden bij verbruikshulpmiddelen zijn:

- Keuzevrijheid
  De cliënten zonder behandeling kunnen nu kiezen voor een bepaalde hulpmiddelenleverancier. Bij een integrale prestatie kan dat niet meer: dan kiest de instelling. Het kan dus gebeuren dat cliënten moeten wisselen van verbruikshulpmiddel, bijvoorbeeld incontinentiemateriaal, omdat de zorgaanbieder geen contract heeft of wil met de betreffende hulpmiddelenleverancier. Ook bij hulpmiddelen speelt keuzevrijheid dus een rol.

- Kwaliteit en afbakening
  In de Zvw is er veel werk verricht om kwaliteitsnormen in te voeren voor verbruiksmateriaal. Het gaat dan om diabetes-, incontinentie-, stoma- en wondmateriaal. Volgens partijen worden deze kwaliteitsnormen in de Wlz nog niet gehanteerd. Hulpmiddelenleveranciers geven aan dat de kwaliteit van hulpmiddelen in de Wlz daarom lager is dan in de Zvw. Ze zien daarom de verbruikshulpmiddelen het liefst helemaal niet naar de Wlz over zien gaan. Als dat toch gebeurt, dan is de brancheorganisatie voor Medische Technologie (FHI) tegen integrale bekostiging. De FHI heeft liever dat leveranciers contracten sluiten met zorgkantoren en daar ook de hulpmiddelen(zorg) declareren.

- Administratieve lasten
  Hulpmiddelen leveranciers vrezen dat de administratieve lasten toenemen als leveranciers in tegenstelling tot nu met alle afzonderlijke zorgaanbieders afspraken moeten maken. Leveranciers zien meer in afspraken met zorgkantoren. Ook is er met afzonderlijke prestaties het meeste inzicht in de kosten die in verbruikshulpmiddelen omgaan. Wel heeft dit tot effect dat de administratieve lasten bij zorgkantoren toeneemt.

Bij een integrale prestatie verandert er straks alleen iets voor cliënten die nu geen behandeling ontvangen vanuit de Wlz. De verbruikshulpmiddelen zullen voor deze cliënten straks vanuit het integrale tarief bekostigd worden vanuit de Wlz.

3. Roerende voorzieningen
Onder roerende voorzieningen vallen de aanpassingen in en aan de woning van cliënten. Voor de cliëntgroep die al behandeling in een institutionele setting ontvangt, worden roerende voorzieningen betaald vanuit het integrale tarief. Een integrale prestatie betekent dan ook de minste veranderingen. Afzonderlijke prestaties of regulering op onderlinge dienstverlening is nagenoeg onmogelijk: we kennen daarom nu geen prestaties en tarieven voor deze groep hulpmiddelen. Voor

roerende voorzieningen ligt het dan ook voor de hand om integrale prestaties voor iedereen in te voeren: zo gaat het nu al voor een overgrote deel van de cliënten.

*Zvw-hulpmiddelen*
Wlz-cliënten, zowel in een institutionele setting als daarbuiten, ontvangen momenteel hulpmiddelen vanuit de Zvw. Dit is het geval als deze hulpmiddelen niet noodzakelijk zijn in verband met de in de instelling gegeven zorg, bijvoorbeeld hoortoestellen, visuele hulpmiddelen (speciale lenzen en brillen) en infuuspompen. De kern van het advies van het Zorginstituut is dat bij institutionele zorg alle behandeling en aanvullende zorg ten laste van de Wlz moet komen. Dit zou betekenen dat alle Zvw-hulpmiddelen onderdeel worden van de Wlz. Daarmee adviseert het Zorginstituut niet alleen om pakketverschillen tussen instellingen met en zonder behandeling op te heffen, maar ook om alle Zvw-hulpmiddelen in de Wlz onder te brengen. Dat betekent een aanzienlijke uitbreiding van de aanspraak op hulpmiddelen in de Wlz en een stijging van de Wlz-kosten voor mensen die nu al behandeling op grond van de Wlz ontvangen.

VWS heeft in het kader van het pakketadvies van het Zorginstituut over behandeling in de Wlz, behoefte aan inzicht in de gewenste positionering van Zvw-hulpmiddelen aan Wlz-cliënten. De komende periode wordt het advies van het Zorginstituut getoetst op juridische, financiële en uitvoeringsconsequenties om meer inzicht te krijgen in de meerwaarde van de geadviseerde overheveling van Zvw naar Wlz. Daarnaast wordt er gekeken of er mogelijk via andere manieren adequate hulpmiddelenzorg aan Wlz-cliënten te organiseren is.

In het onderzoek dat VWS heeft uitgezet bij een extern bureau, wordt een beperkt aantal varianten nader onderzocht. Daaronder vallen het voorstel van het Zorginstituut om alle Zvw-hulpmiddelen in de Wlz onder te brengen, het positioneren van alle hulpmiddelen in de Zvw en een tussenvariant, waarbij een deel van deze hulpmiddelen uit de Wlz worden betaald en het overige deel vanuit de Zvw.

Dit onderzoek dit voorjaar afgerond. Deze deadline is voor ons te laat om de input mee te nemen in ons advies. Wij gaan daarom uit van de situatie zoals het Zorginstituut deze heeft geschetst: alle hulpmiddelen verstrekt aan een cliënt met een vpt of zzp komen over vanuit de Zvw naar de Wlz.

## 4.4 Toezicht aspecten

De overheveling die het Zorginstituut adviseert heeft ook consequenties voor (de invulling van) het toezicht van de NZa op de Wlz-uitvoerders en zorgkantoren. Zorgkantoren moeten voor de Wlz-cliënten in hun regio waarborgen dat zij tijdig de behandeling krijgen die zij nodig hebben. De NZa houdt toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz door de zorgkantoren. Om dit toezicht goed te kunnen uitoefenen is van groot belang dat duidelijk is wat er van de zorgkantoren wordt verwacht, dat zij beschikken over de mogelijkheden om hun taken uit te voeren en er ook op kunnen worden aangesproken als zij hier onvoldoende invulling aan geven. In deze paragraaf laten wij zien hoe wij het voorstel in hoofdstuk 3 over de afbakening van 'institutionele zorg', en het hierboven beschreven voorstel voor integrale bekostiging (zo nodig aangevuld met boven-budgettaire bekostiging), beoordelen vanuit toezichtoogpunt. We kijken daarbij achtereenvolgens naar de vier kerndoelen die we hebben afgeleid uit het hoofddoel van de Wlz en we als focus hanteren bij het toezicht op de zorgkantoren:

1. Zorginkoop: Waarborgt het zorgkantoor dat er in de regio (binnen de beschikbare financiële ruimte) voldoende, doelmatige en kwalitatief goede zorg beschikbaar is die aansluit bij de behoefte en voorkeuren van huidige en toekomstige cliënten?
2. Cliënt en zorg: Krijgen Wlz-cliënten tijdig passende zorg?

3. Zorguitgaven: Zijn de uitgaven die ten laste van de Wlz worden gedaan noodzakelijk en gericht op het realiseren van de doelen van de verzekering, binnen de daaraan gestelde voorwaarden?
4. Organisatie: Heeft het zorgkantoor de uitvoering van de verzekering doelmatig en rechtmatig georganiseerd?

*Zorginkoop*
De huidige situatie, waarin behandeling voor een deel van de Wlz-cliënten via de Wlz wordt bekostigd, sluit niet (meer) aan bij de werkelijkheid, nu er geen instroom meer is van cliënten met lage zorgzwaartepakketten. Er is een grote variatie in de invulling die zorgkantoren geven aan hun verantwoordelijkheid voor de inkoop van voldoende, doelmatige en kwalitatief goede behandeling (bijvoorbeeld wat betreft de criteria die zorgkantoren hanteren, en percentage zzp's met en zonder behandeling). Daarbij is door de wijze waarop wordt bepaald of een cliënt zijn behandeling krijgt via de Wlz of via de Zvw, moeilijk te beoordelen of deze invulling optimaal aansluit bij de behoefte en voorkeuren van cliënten. Als behandeling voor alle 'institutionele' Wlz-cliënten integraal bekostigd gaat worden vanuit de Wlz, maakt dit de verantwoordelijkheid van zorgkantoren veel duidelijker dan in de huidige situatie.

Met de overheveling van budget naar de Wlz krijgen zij ook meer (financiële) mogelijkheden om via de zorginkoop te sturen op voldoende, kwalitatief goede en betaalbare behandeling voor alle cliënten in hun regio die dit nodig hebben. Een integraal tarief inclusief behandeling legt een grote verantwoordelijkheid bij zorgkantoren om goede afspraken te maken met zorgaanbieders over integrale zorgverlening aan cliënten. Ook over de wijze waarop het zorgkantoor kan nagaan of zorgaanbieders hieraan een goede invulling geven. Zorgkantoren hebben dan geen aangrijpingspunt in de bekostiging om bij de zorginkoop specifiek te sturen op behandeling. Ze moeten dit zelf creëren, bijvoorbeeld via de tariefopbouw, of zoeken naar andere dan financiële prikkels. Voor het overgrote deel van de Wlz-zorg, en voor de Wlz-cliënten die nu al een zzp met behandeling hebben, is dit al bestaande praktijk, en is dit dus geen nieuwe situatie. We vinden het een positieve ontwikkeling dat zorgkantoren steeds meer (mede vanuit de kwaliteitskaders) hun rol oppakken om langdurige zorg in te kopen op kwaliteit en met de zorgaanbieders het gesprek voeren over de inhoud van de zorg voor en welzijn van cliënten.

Zorgkantoren lopen er bij de inkoop tegenaan dat (bepaalde vormen van) behandeling en overige zorg maar beperkt beschikbaar zijn voor hun cliënten(groepen). Zoals ook ZN opmerkt in zijn reactie op het consultatie-document, is het mede een taak van zorgkantoren om steeds te blijven volgen waar in de praktijk knelpunten ontstaan tussen het leveren van kwalitatief goede zorg en de bekostiging. Als er in een regio krapte ontstaat aan een bepaald specialisme, en het integrale zorgaanbod of de kwaliteit daarvan in het gedrang komt, moeten ook zorgkantoren (vanuit hun zorgplicht) zich inzetten om passende oplossingen te zoeken. Als toezichthouder volgt de NZa (mede via de verantwoording in de uitvoeringsverslagen) wat zorgkantoren op dit punt doen, en stimuleren wij zorgkantoren om onderling goede voorbeelden uit te wisselen. Zoals de praktijk van een zorgkantoor om zorgaanbieders die een so in dienst hebben, extra te honoreren als ze deze ook ter beschikking stellen aan andere zorgaanbieders. Dit geeft aan dat zorgkantoren ook binnen een integraal tarief kunnen sturen.

Het voorgestelde onderscheid voor de afbakening van 'institutionele zorg' leidt naar verwachting tot meer helderheid en eenduidigheid. Als aandachtspunt is al gesignaleerd dat dit niet tot een ongewenste verschuiving moet leiden tussen vpt en mpt. We verwachten dat zorgkantoren daar bij de zorginkoop voor zullen waken.

*Cliënt en zorg*
De overheveling biedt duidelijkheid over de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor integrale zorg. Voor Wlz-cliënten in dezelfde woonsituatie zijn er geen

verschillen meer in de wijze waarop behandeling voor hen is geregeld en hoe wordt bepaald wat zij nodig hebben. ZN stelt zich in zijn reactie op het consultatie-document op het standpunt dat, als zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor het leveren van integrale zorg, zij ook verantwoordelijk zijn voor (de mate van) keuzevrijheid van cliënten. Zorgkantoren willen zorgaanbieders vragen om in ieder geval open te staan voor de vraag van een cliënt om een eigen zorgaanbieder te kiezen, en het gesprek aan te gaan over wat wel en niet kan. ZN stelt dat 'de mate waarin een zorgaanbieder dan toch keuzevrijheid kan organiseren, ook mede de kwaliteit van het zorgaanbod bepaalt'. Ook op dit punt volgt de NZa als toezichthouder wat zorgkantoren doen en stimuleren we het uitwisselen van goede voorbeelden.

ZN benoemt terecht in zijn consultatiereactie ook als punt de consequenties van de invoering van dit advies zal hebben voor de informatie en ondersteuning die zorgkantoren zullen moeten bieden aan cliënten. Het is van belang dat alle partijen hier tijdens het invoeringstraject aandacht voor hebben.

*Zorguitgaven*
Een duidelijker afbakening van leveringsvormen en het opheffen van verschillen tussen Wlz-cliënten in de wijze waarop hun behandeling wordt bekostigd, vermindert het risico op onrechtmatige declaraties waarop zorgkantoren moeten controleren. Bij een integraal tarief zijn er ook geen mogelijkheden om extra kosten voor behandeling afzonderlijk te declareren. Bij boven-budgettaire bekostiging kan dit wel.

Zorgkantoren kunnen bij een integraal tarief inclusief behandeling bij de inkoop niet meer via de prestaties (met of zonder behandeling) sturen op een groter of kleiner volume 'behandeling'. Alle (institutionele) Wlz-cliënten kunnen aanspraak maken op behandeling vanuit de Wlz. De beoordeling aan welke behandeling een bepaalde cliënt behoefte heeft moet op basis van inhoudelijke gronden worden gemaakt. Daarbij moeten zorgkantoren met aanbieders wel het gesprek aangaan en waar nodig afspraken maken over hoe wordt bepaald welke behandeling een cliënt nodig heeft. Hier spelen ook doelmatigheidsvragen een rol, waarbij wij doelmatigheid nadrukkelijk zien als een afweging tussen kwaliteit, kosten en volume. Bij het sturen op kosten moet de beoogde kwaliteit (inclusief maatwerk voor de cliënt) dus altijd in beeld blijven.

*Organisatie*
Een integraal tarief beperkt de declaratiestromen en de daarmee samenhangende administratieve lasten voor partijen. Aan de andere kant zullen zorgkantoren wel moeten organiseren hoe zij zicht houden op de daadwerkelijke invulling van behandeling voor hun cliënten. Hierbij kan een verbinding worden gelegd met activiteiten in het kader van de invoering van de kwaliteitskaders, die ook zijn gericht op het beter in beeld krijgen (en houden) van de inhoud van de zorg aan cliënten en wat cliënten daarvan vinden.

*Conclusie toezicht aspecten*
Overheveling van behandeling en aanvullende zorgvormen naar de Wlz heeft als zodanig een positief effect voor de naleving van de zorgplicht door zorgkantoren en de mogelijkheden van toezicht daarop door de NZa. Zorgkantoren hebben binnen integrale prestaties en tarieven de ruimte om te sturen op voldoende, doelmatige en kwalitatief goede behandeling. Het is onderdeel van de taken van de NZa om er toezicht op te houden dat zorgkantoren deze verantwoordelijkheid optimaal invullen binnen de doelen van de Wlz. Vanuit toezichtoogpunt is het dus een goede optie om te kiezen voor een integraal tarief.

# 5. Financiële impact

In dit hoofdstuk brengen wij de macro-financiële gevolgen van het advies van het Zorginstituut in kaart. We beantwoorden daarbij de vragen die het ministerie van VWS aan ons heeft gesteld. In paragraaf 5.1 beschrijven we de uitgangspunten die we hebben gehanteerd voor de berekening. In paragraaf 5.2 geven we inzicht in de uitname van de kosten per deelkader vanuit de Zvw. We maken daarbij onderscheid naar leveringsvorm en zorgzwaarte (laag/hoog). Onder een laag profiel verstaan we de prestaties vv 1 tot en met 3, vg 1 en 2, lg 1 en 3, zg aud 1 en zg vis 1. Tevens staan we stil bij de raming van de kosten voor hulpmiddelen die vanuit de Wmo naar de Wlz verschuiven. In paragraaf 5.3 presenteren we de verhoging van het Wlz-kader. Daarna beschrijven we in paragraaf 5.4 enkele factoren die het grote verschil tussen de bedragen verklaren. We besluiten met een conclusie in paragraaf 5.5.

## 5.1 Uitgangspunten macro-financiële raming

In Tabel 1 in hoofdstuk 2.3 is een gedetailleerd overzicht gegeven van de huidige situatie van bekostiging van behandeling per zorgvorm. Per kader (Wlz, Zvw en Wmo) wordt er een berekening van de uitname of ophoging gemaakt. Voor de raming van de uitname uit de Zvw is gebruik gemaakt van gegevens op prijspeil 2016 (P) en een verwacht aantal dagen zzp/vpt voor 2018 (Q). Deze gegevens zijn vervolgens geïndexeerd naar prijspeil 2019. Voor de raming over de ophoging van het benodigde Wlz-kader is veelal gebruikt gemaakt van prijspeil 2019 (P), en een verwacht aantal dagen zzp/vpt voor 2018 (Q). De raming is gemaakt voor de sectoren vv en ghz. In Bijlage 6 is een gedetailleerde beschrijving opgenomen van de data die gebruikt zijn voor de financiële berekeningen in dit hoofdstuk.

## 5.2 Uitname Zvw en Wmo

*Uitname Zvw*
De uitname uit de Zvw is gebaseerd op de daadwerkelijk geleverde zorg aan Wlz-cliënten. Om de uitname uit de Zvw te ramen hebben we gebruik gemaakt van declaratiegegevens van Vektis. Vektis heeft de samenloop tussen Zvw-declaraties en Wlz-declaraties in kaart gebracht. Onder samenloop verstaan we de gedeclareerde kosten in de Zvw tijdens de periode dat ook sprake was van zzp-of vpt-declaraties in 2016. Deze uitgaven zijn omgerekend naar een gemiddeld bedrag per deelkader per zzp-/vpt-dag voor het jaar 2016. Deze gemiddelde uitgaven per zzp-/vpt-dag zijn vermenigvuldigd met het verwachtte aantal zzp-/vpt-dagen in 2018.

In Tabel 4 is de samenloop per deelkader weergegeven uitgesplitst naar leveringsvorm en zorgzwaarte (laag/hoog) van het zorgprofiel. Met de samenloop voor de zzp's zonder behandeling en alle vpt-prestaties is een bedrag gemoeid van 297,5 miljoen euro.

**Tabel 4: Verlaging Zvw kader bij zzp zonder behandeling en vpt**

| Deelkader | Totaal | Hoog zzp | Laag zzp | Hoog vpt | Laag vpt |
|---|---|---|---|---|---|
| Geneeskundige zorg | 55,2 | 42,1 | 3,8 | 9,0 | 0,3 |
| Paramedische zorg | 24,0 | 19,4 | 1,0 | 3,6 | 0,1 |
| Farmaceutische zorg | 103,6 | 80,4 | 7,4 | 15,2 | 0,6 |
| Mondzorg | 4,3 | 3,4 | 0,3 | 0,7 | 0,0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Hulpmiddelen | 66,3 | 52,2 | 3,3 | 10,5 | 0,3 |
| Ggz basis en gespecialiseerd | 21,3 | 15,9 | 1,0 | 4,3 | 0,1 |
| **Totaal prijspeil 2016** | **274,7** | **213,4** | **16,7** | **43,2** | **1,4** |
| **Totaal prijspeil 2019** | **297,5** | **231,0** | **18,1** | **46,8** | **1,5** |

Bedragen zijn vermeld in miljoenen euro's.

Zoals vermeld in paragraaf 5.1 is de uitname uit de Zvw geraamd op basis van declaratiegegevens uit 2016. De indexering van de bedragen per deelkader naar prijspeil 2019 is niet op detailniveau bepaald. Om toch een inschatting te maken van het prijspeil 2019 is het totale bedrag in de Zvw geïndexeerd van prijspeil 2016 naar 2019. Met de correctie van het prijspeil is naar schatting 22,8 miljoen euro gemoeid.

Op dit moment is alleen de specifieke paramedische zorg vanuit de Wlz verzekerd. Het Zorginstituut heeft geadviseerd om alle paramedische zorg te verzekeren als onderdeel van een integraal Wlz-pakket. Als schatter voor de kosten van algemene paramedische zorg gebruiken we de samenloop van de paramedische zorg met een zzp met behandeling. Deze wijziging in de aanspraak brengt met zich mee dat het Zvw-kader ook met 6,8 miljoen euro (prijspeil voorlopig 2019) moet worden verlaagd voor de paramedische zorg die op grond van de Zvw wordt geleverd aan cliënten waarvoor een zzp met behandeling is geleverd.

Samengevat leidt de overheveling tot lagere uitgaven in de Zvw. In totaal ramen we de uitname uit de Zvw voor de sectoren vv en ghz op een bedrag van 297,5 + 6,8 = 304,3 miljoen euro. Een groot deel van de uitname komt voor rekening van de deelkaders farmaceutische zorg en hulpmiddelen.

*Medisch-specialistische zorg*
Hoewel de medisch-specialistische zorg niet wordt overgeheveld naar Wlz, kan ook dit kader mogelijk neerwaarts worden bijgesteld met circa 63,7 miljoen euro (prijspeil voorlopig 2019). Dit kan alleen indien de zorg voor cliënten die betrokken zijn bij de overheveling wijzigt en vergelijkbaar wordt met de zorg geleverd aan cliënten waarvoor nu een zzp met behandeling wordt gedeclareerd. Zolang iedereen dezelfde zorg blijft leveren aan een cliënt met een vpt of zzp zonder behandeling is een neerwaartse bijstelling van het kader medisch-specialistische zorg niet aan te raden, omdat dan de besparing niet wordt verwacht. Hieronder lichten wij deze raming toe.

Naar aanleiding van signalen heeft VWS aan Vektis de opdracht gegeven een analyse uit te voeren naar het gebruik van medisch-specialistische zorg onder Wlz-cliënten. De analyse is uitgevoerd naar cliënten met een verstandelijke beperking en naar cliënten met een psychogeriatrische of somatische beperking. Uit de analyse blijkt dat indien Wlz-behandeling wordt geleverd de kosten voor medisch-specialistische zorg lager zijn dan als geen Wlz-behandeling wordt geleverd.

Uit de analyse naar de zzp's en vpt's voor verstandelijk gehandicapten volgt dat er geen significant verschil is tussen de mate waarin een dbc wordt geopend bij cliënten waarvoor ook een zzp met behandeling of een zzp zonder behandeling is gedeclareerd (respectievelijk 35 en 36% van de cliënten heeft een initiële dbc). Gemiddeld genomen zijn de kosten van het dbc bij de cliënten met behandeling waarvoor een dbc is geopend € 213,- lager dan bij cliënten zonder behandeling.

Bij cliënten met een psychogeriatrische of somatische beperking zien we veel grotere verschillen dan bij de cliënten met een verstandelijke beperking. Bij cliënten zonder behandeling wordt vaker een initieel dbc geopend en de kosten van de dbc zijn hoger. Bij cliënten met een zzp zonder behandeling wordt veel vaker een dbc geopend dan bij cliënten met behandeling (respectievelijk 42% en 23% van de cliënten heeft een initiële dbc). Zzp vv-4 is een zzp dat nog veel wordt

geleverd en waarbij vooral sprake is van de leveringsvorm zzp exclusief behandeling. Hier zien we dat 42% van de cliënten met een zzp vv-4 zonder behandeling een geopend dbc heeft tegenover 29% van de cliënten met een zzp-4 met behandeling. Gemiddeld genomen zijn de kosten van de dbc bij cliënten met een zzp met behandeling waarvoor een dbc is geopend, € 1021,- euro lager dan voor cliënten waarbij sprake is van een zzp zonder behandeling. Deze besparing wordt mede veroorzaakt doordat er een verschil is in het bezoek van de spoedeisende hulp. Zo heeft 26% van de Wlz-cliënten exclusief behandeling in 2016 de spoedeisende hulp bezocht tegenover 12% van de cliënten met behandeling.

Ook het Zorginstituut heeft het gebruik van medisch-specialistische zorg van ouderen in instellingen met en zonder behandeling onderzocht. Ze bevestigen dat zorg voor ouderen met behandeling er toe leidt dat er minder een beroep wordt gedaan op de medisch-specialistische zorg en dat er minder opnames op de spoedeisende hulp zijn.[11] Hoewel het doorgaans lastig is om de kosten en opbrengsten van 'zorg op de juiste plek' te berekenen, volgt uit de analyses van twee verschillende partijen dat er sprake is van een besparing op medisch specialistische zorg.

*Uitname Wmo*
De roerende voorzieningen, rolstoelen en overige mobiliteitshulpmiddelen verschuiven van de Wmo naar de Wlz. We zijn niet in staat geweest om de met de overheveling gepaarde mutatie van het Wmo-kader te ramen op basis van daadwerkelijk aan Wlz-cliënten geleverde Wmo-zorg waarbij de samenloop tussen Wmo- en Wlz-declaraties in kaart is gebracht. Een goede registratie van het gebruik van hulpmiddelen ontbreekt, terwijl naar verwachting wel een deel van de over te hevelen cliëntgroep gebruik maakt van een rolstoel. Zo is bijvoorbeeld het aantal mensen in een verpleeghuis dat met tussenpozen of voortdurend gebruik maakte van een rolstoel in 2008 respectievelijk 20% en 29% (SCP, Zorg in de laatste jaren, 2011). Om toch enig inzicht in de orde van grootte van het uit te nemen bedrag te geven is er een indicatieve raming gemaakt op basis van Wlz-gegevens. In deze gegevens is dus het effect van een ander domein, met een andere sturingsfilosofie niet verwerkt.

In de Wlz zijn roerende voorzieningen zoals een hoog-laagbed, tillift en postoel opgenomen in de integrale tarieven van de zzp's met behandeling. Deze roerende voorzieningen zijn opgenomen in de nic van de behandelcomponent. Deze roerende voorzieningen dragen voor 61% bij aan de inventariscomponent zoals bij invoering van de nic van de zzp's is bepaald. Dit geschatte deel van de inventariscomponent is vermenigvuldigd met het verwachtte aantal zzp-/vpt-dagen zonder behandeling in 2018 en komt uit op 19,7 miljoen euro (prijspeil voorlopig 2019). Vervolgens zijn hierop in mindering gebracht de uitgaven die op grond van de Zvw in 2016 zijn vergoed bij cliënten waarvoor een zzp zonder behandeling of vpt is gedeclareerd. Dit betreft 15,9 miljoen euro (prijspeil 2019). Het betreft uitgaven die verband houden met voorzieningen die voor langdurig gebruik zijn vergoed (zoals een bed) als voorzieningen die voor kortdurend gebruik zijn vergoed op grond van de Zvw (zoals een tillift). Het resterende deel 19,7 – 15,9 = 3,8 miljoen euro omvat dan de raming voor de roerende voorzieningen verstrekt vanuit de Wmo.

Voor de raming van het bedrag voor rolstoelen voor individueel gebruik hebben we de verlaging van het Wmo-kader gelijk gesteld aan de ophoging van het Wlz-kader. Mensen met een handicap die geïndiceerd zijn in een hoog profiel, bijvoorbeeld zzp VG8, maken meer gebruik van een rolstoel, dan gehandicapten die zijn geïndiceerd in een laag profiel of een profiel dat rekening houdt met gedragsstoornissen.

[11] Zorginstituut rapport 'Ouderenzorg 2013-2016 – Deel 1, Zorggebruik en zorgkosten van ouderen'.

Zonder correctie zouden we de uitname uit de Wmo overschatten. Met behulp van gegevens van één concessiehouder, die voor ons de uitgaven voor rolstoelen over het jaar 2018 per zzp in kaart heeft gebracht is hiervoor gecorrigeerd. Het aandeel van deze concessiehouder in de totale uitgaven voor rolstoelen in de Wlz is 18% en deze concessiehouder levert 19% van alle gedeclareerde zzp dagen met behandeling. Met behulp van de gegevens van deze concessiehouder hebben we een normbedrag voor rolstoelen per dag per prestatie kunnen berekenen. Uit deze methode volgt dat het Wmo-kader voor de overheveling van rolstoelen met een bedrag van 46,0 miljoen euro (prijspeil voorlopig 2019) neerwaarts moet worden bijgesteld. Deze schatting is exclusief overige mobiliteitshulpmiddelen zoals een scootmobiel. We wijzen erop dat de raming gebaseerd is op Wlz gegevens en niet op feitelijke uitgaven van gemeenten.

Eén gemeente en een leverancier van hulpmiddelen hebben aangegeven een lager bedrag aannemelijker te vinden. Het door ons geraamde bedrag voor uitname uit het Wmo-kader is relatief fors, voor de naar hun mening beperkte doelgroep van cliënten met een zzp zonder behandeling. Concrete en voor ons kwantificeerbare aanwijzingen dat gemeenten minder rolstoelen leveren (volume) aan cliënten met een zzp zonder behandeling, een goedkoper type rolstoel leveren, of een lagere prijs voor dezelfde rolstoel bedingen (prijs) dan zorgkantoren, hebben we vooralsnog niet. We kunnen een verschil in uitgaven als gevolg van een andere sturingsfilosofie voor de verstrekking van rolstoelen tussen het Wmo en Wlz domein echter niet uitsluiten. Onderzoek naar uitgaven voor mobiliteitshulpmiddelen op basis van Wmo gegevens kan een betere schatting voor de daadwerkelijke uitname uit de Wmo geven.

**Tabel 5: Raming uitname Wmo**

| Deelkader | Totaal | Hoog zzp | Laag zzp | Hoog vpt | Laag vpt |
|---|---|---|---|---|---|
| Roerende voorzieningen totaal | 19,7 | 15,1 | 1,2 | 3,4 | 0,1 |
| Correctie uitgaven Zvw hulpmiddelen | -15,9 | -13,1 | -1,0 | -1,8 | -0,1 |
| Individuele rolstoel | 46,0 | 36,9 | 0,8 | 8,3 | 0,1 |
| Overige mobiliteitshulpmiddelen | nb | nb | nb | nb | nb |
| **Totaal** | **49,8** | **38,9** | **1,0** | **9,8** | **0,1** |

Bedragen zijn vermeld in miljoenen euro's.

We adviseren partijen om afspraken te maken over welke voorzieningen nog uit de Wmo worden bekostigd. Door bijvoorbeeld af te spreken dat voor nieuwe cliënten en bij vervanging de hulpmiddelen uit de Wlz worden bekostigd, ontstaat een geleidelijk ingroeitraject van circa 49,8 miljoen vanaf het moment van invoering.

Samengevat leidt de overheveling tot lagere uitgaven in de Wmo. In totaal ramen we de uitname uit de Wmo voor de sectoren vv en ghz op een bedrag van 19,7 - 15,9 + 46,0 = 49,8 miljoen euro. Het is ons niet gelukt om een bedrag voor overige mobiliteitshulpmiddelen te ramen.

## 5.3 Ophoging Wlz-kader

Voor de raming is gebruik gemaakt van de prestatiestructuur zoals die op dit moment van toepassing is in de Wlz: zzp- en vpt-prestaties met behandeling. Indien voor een andere prestatiestructuur wordt gekozen, dan moet de impact opnieuw berekend worden. De benodigde ruimte voor het Wlz-kader is opgebouwd uit enerzijds de onder de contracteerruimte vallende zzp- en vpt-behandelcomponent. Anderzijds de niet onder de contracteerruimte opgenomen dure zorggebonden materialen en geneesmiddelen en boven-budgettaire hulpmiddelen.

*Zzp- en vpt-deelkader*
De huidige zzp- en vpt-prestaties zonder behandeling zijn al onderdeel van het Wlz-kader. Voor de geraamde ophoging van het Wlz-kader is het verschil tussen de zzp met behandeling en zzp zonder behandeling berekend, de zogenaamde behandelcomponent per zzp. De behandelcomponent omvat een vergoeding voor de loon- en materiële kosten, de inventaris en de kapitaallasten. De behandelcomponent wordt bij invoering van het advies toegevoegd aan de vpt-prestaties en zzp's zonder behandeling. Waar nodig is voorkomen dat de 'specifieke behandeling' tweemaal wordt bekostigd. Deze berekening vormt het startpunt van de raming. De lage zzp-prestaties van een reeks, veelal zzp 1 en 2 met uitzondering van de reeks zg-aud, voorzien momenteel niet in een vergoeding voor behandeling en aanvullende zorgvormen. Bij de raming zijn wij uitgegaan van de behandelcomponent zoals opgenomen in de eerstvolgende van de zzp-reeks. De loon en materiële kosten van de behandelcomponent voor de reeksen vg, lg, zg-aud en zzp vv-1, 2 en 3 zijn gebaseerd op het onlangs uitgevoerde kostenonderzoek langdurige zorg en zijn daarmee een zo actueel mogelijke schatting van de gemiddelde kosten voor behandeling per zzp- of vpt-prestatie. Met dit startpunt van de berekening is een bedrag gemoeid van 738,6 miljoen euro.

*Correctie nic en nhc van het vpt*
Om deze methode te kunnen toepassen moet een wijziging in de kapitaallasten en inventariscomponent voor behandeling bij vpt worden doorgevoerd. Deze componenten zijn geen onderdeel van het tarief van de vpt prestaties. Bij invoering van het vpt was de veronderstelling dat cliënten thuis zouden worden behandeld. In de praktijk worden de cliënten zowel thuis als in de behandelkamer/polikliniek bij de zorgaanbieder behandeld. In het laatste geval moet ook de inventaris en het gebouw worden bekostigd alwaar de behandeling van de cliënt plaatsvindt. Deze zorg wordt nu al geleverd en bekostigd door zorgaanbieders uit andere inkomsten. Om te voorkomen dat we dubbel vergoeden is dus een correctie nodig. Met deze wijziging is een bedrag gemoeid van 14,8 miljoen euro. Bij invoering van het advies van het Zorginstituut zullen we hier in de tariefberekening rekening mee moeten houden.

*Mondzorg*
De mutatie voor mondzorg is geraamd door het totaal aan geprognosticeerde boven-budgettaire kosten die wij van het Zorginstituut hebben ontvangen te delen door het verwacht aantal zzp-dagen met behandeling. Het verwacht gebruik per Wlz-profiel is voorspeld met behulp van Zvw-declaraties omdat bijvoorbeeld de mondzorgkosten per profiel kunnen verschillen. Dit gemiddelde bedrag per profiel is vermenigvuldigd met het verwachtte aantal zzp zonder behandeling en vpt-dagen in 2018. Wij ramen de ophoging voor mondzorg op 35,4 miljoen euro.

Voor de cliënten met een zzp met behandeling wordt mondzorg momenteel boven-budgettair bekostigd. Hiermee is een bedrag van 67,4 miljoen euro gemoeid. Deze kosten verschuiven van boven-budgettair naar de contracteerruimte.

*Algemeen paramedische zorg*
Op dit moment is alleen de specifieke paramedische zorg vanuit de Wlz verzekerd. Het Zorginstituut heeft geadviseerd om alle paramedische zorg te verzekeren als onderdeel van een integraal Wlz-pakket. Als schatter voor de kosten van algemene paramedische zorg gebruiken we de samenloop van de paramedische zorg met een zzp met behandeling. Dit betreft paramedische zorg die is gedeclareerd ten laste van de Zvw en de aanvullende verzekering. Voor alle Wlz-cliënten met een zzp of vpt schatten we een totaalbedrag van 47,2 miljoen euro. Het betreft 29,9 miljoen euro voor de cliënten met een zzp met behandeling en 17,2 miljoen voor de cliënten met een zzp zonder behandeling of een vpt.

*Behandeling mpt*
In 2016 is voor een bedrag van 0,9 miljoen euro behandeling (prestaties bh per uur) gedeclareerd in combinatie met een zzp of vpt zonder behandeling. Dit bedrag

is in mindering gebracht op het deelkader zzp's, vpt's, crisiszorg, mutatiedagen, omdat de toegevoegde tariefcomponent voor behandeling in de toekomst in deze zorg voorziet. Zorgaanbieders geven aan dat dit bedrag in de periode 2017-2018 substantieel is gestegen. Het hier geschetste bedrag is daarom naar verwachting een onderschatting en bij invoering moet op basis van de meest recente cijfers voor deze stijging worden gecorrigeerd.

*Korting zorgkantoren*
Het aan de Wlz toe te voegen bedrag is berekend met behulp van de tarieven die de NZa op 3 juli 2018 voor het jaar 2019 heeft gepubliceerd. In de praktijk bedingen zorgkantoren kortingen op deze tarieven. Uitgaande van een korting van 3,5% is hier een bedrag van 30,6 miljoen euro mee gemoeid.

*Extreme kosten geneesmiddelen en zorggebonden materialen*
De uitgaven voor dure geneesmiddelen en zorggebonden materialen zijn per zzp met behandeling geraamd. De bedragen per zzp met behandeling beschouwen wij als de te verwachte extra uitgaven voor dure materialen en geneesmiddelen bij cliënten waarvoor nu een vpt-prestatie of zzp zonder behandeling wordt gedeclareerd. De geraamde kosten zijn op prijspeil 2019 gebracht en bedragen 6,5 miljoen euro.

*Rolstoelen*
De ophoging van het Wlz-kader voor rolstoelen hebben we eerder al beschreven in paragraaf 5.2 onder uitname Wmo-kader. We schatten de uitgaven op 46,0 miljoen euro.

*Individueel aangemeten hulpmiddelen*
Voor de individueel aangemeten hulpmiddelen (orthese, prothese etc.) hebben we op basis van opgaven van de zorgkantoren een bedrag voor cliënten met een zzp zonder behandeling of vpt geraamd. Dit komt uit op 10,4 miljoen euro.

**Tabel 6: Raming ophoging Wlz-kader**

| Deelkader | Totaal | Hoog zzp | Laag zzp | Hoog vpt | Laag vpt |
|---|---|---|---|---|---|
| zzp's en vpt's, crisiszorg, mutatiedagen | 738,6 | 587,5 | 46,6 | 100,4 | 4,1 |
| Correctie nic nhc vpt | -14,8 | | | -13,7 | -1,1 |
| Mondzorg op te nemen in ZZP zonder behandeling en VPT | 35,4 | 26,8 | 3,3 | 5,0 | 0,3 |
| Mondzorg op te nemen in ZZP met behandeling | 67,4 | 67,2 | 0,2 | | |
| Paramedische zorg opnemen in ZZP zonder behandeling en VPT | 17,2 | 13,2 | 1,5 | 2,4 | 0,1 |
| Paramedische zorg opnemen in ZZP met behandeling | 29,9 | 29,9 | 0,0 | | |
| Correctie vervallen behandeling (per uur) | -0,9 | -0,7 | -0,0 | -0,2 | -0,0 |
| Korting zorgkantoren (3,5%) | -30,6 | -25,4 | -1,8 | -3,3 | -0,1 |
| **Subtotaal contracteerruimte** | **842,2** | **698,6** | **49,7** | **90,6** | **3,3** |
| Mondzorg op te nemen in ZZP mét behandeling | -67,4 | -67,2 | -0,2 | | |
| Extreme kosten geneesmiddelen, zorggebonden materialen | 6,5 | 4,9 | 0,5 | 1,0 | 0,0 |
| Rolstoelen | 46,0 | 36,9 | 0,8 | 8,3 | 0,1 |
| Individueel aangemeten hulpmiddelen | 10,4 | | | | |
| **Subtotaal boven-budgettair** | **-4,4** | | | | |
| **Totaal** | **837,8** | | | | |

Bedragen zijn vermeld in miljoenen euro's.

Samengevat moet het Wlz-kader worden opgehoogd met een bedrag van 837,8 miljoen euro. Van het totaal geraamde bedrag voor het Wlz-kader valt 842,2

miljoen euro onder de contracteerruimte en het bedrag buiten de contracteerruimte daalt met 4,4 miljoen euro. Tabel 6 is e.e.a. uitgesplitst naar leveringsvorm en zorgzwaarte (laag/hoog) van het zorgprofiel.

## 5.4 Duiding van de verschillen

Uit de hierboven beschreven analyse moet het Wlz-kader worden opgehoogd met een bedrag van 837,8 miljoen euro en daalt het Zvw kader en Wmo kader met 354,1 miljoen euro (297,5 + 6,8 + 49,8) oplopend tot 417,8 als we de besparing van 63,7 miljoen euro voor medisch-specialistische zorg meenemen. In het laatste geval bestaat er per saldo een verschil van 837,8 – 417,8 = 420,0 miljoen euro. Hier is een bedrag van 15,96 euro per dag mee gemoeid als we dit berekenen voor de vpt prestaties en de zzp prestaties zonder behandeling. Ter illustratie, dit is circa 6,4% van de dagprijs van de prestatie vv-5.

Om deze verschillen te duiden hebben wij met vrije beroepsbeoefenaren, medewerkers van zorgaanbieders en beleidsmedewerkers van brancheorganisaties en het Zorginstituut gesproken. In deze paragraaf geven we een overzicht van de oorzaken van het geconstateerde verschillen.

*Verschil verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend personeel en begeleiders dagbesteding*
Het verschil tussen het tarief voor zzp met behandeling en het tarief voor zzp zonder behandeling omvat niet alleen de vergoeding voor het personeel dat cliënten behandeld (paramedici, artsen). Het omvat ook een vergoeding voor de kosten van verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend (VOV) personeel. Dit komt voor indien bijvoorbeeld een instelling met behandeling veel meer of hoger geclassificeerd VOV-personeel in dienst heeft dan een instelling die geen behandeling levert. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat de behandelaren niet alleen zelf de behandeling uitvoeren maar ook taken delegeren, zodat begeleiders dit kunnen doen op aanwijzing van de behandelaar. Als gevolg van deze handelwijze is er meer of duurder begeleidend personeel in dienst bij de instelling. Hiermee is een bedrag van circa 13,4 miljoen euro gemoeid ofwel € 0,53 per dag zzp zonder behandeling of vpt. Een zelfde redenering gaat op voor begeleiders dagbesteding (DB). In onderstaande tabel is dit per sub-sector nader gespecificeerd.

**Tabel 7: verschil VOV en DB personeel tussen zzp's/vpt's met en zonder behandeling**

| Sector | Bedrag |
|---|---|
| vg-3 t/m -8 | 27,1 |
| lg-3 t/m -7 | -6,1 |
| zg-aud-1 t/m -4 | 0,7 |
| vv-3 | -8,3 |
| **Totaal** | **13,4** |

Bedragen zijn vermeld in miljoenen euro's.

Het omgekeerde kan ook het geval zijn, en dat zien we bijvoorbeeld bij de zzp en vpt vv-3. Hier zien we dat de instellingen die een zzp vv-3 zonder behandeling leveren gemiddeld genomen meer of duurder VOV personeel in dienst hebben dan instellingen die een zzp met behandeling leveren. In deze raming is niet extra gecorrigeerd voor het behoud van dit personeel omdat we als uitgangspunt hebben genomen dat de zzp's zonder behandeling komen te vervallen.

*Verschil in aanspraken*
Het Zorginstituut gaf in haar advies al aan dat de aanspraken in de Wlz ruimer zijn gedefinieerd dan in de Zvw. Dit geldt voor geneesmiddelen, paramedische zorg en mondzorg. Het Zorginstituut doet geen voorstel om deze Wlz-aanspraken te beperken naar het niveau waarop de vergoeding in de Zvw is of een ander niveau. Dit brengt bijvoorbeeld met zich mee dat de toevoeging aan de Wlz voor mondzorg circa 35,4 miljoen euro is en de uitname uit de Zvw slechts 4,3 miljoen euro. Hiermee is circa € 1,24 per dag gemoeid per gedeclareerde prestatie zonder behandeling.

Zvw-verzekerden kunnen ook zelf, zonder tussenkomst van een verzekering, de zorg betalen aan een zorgverlener. Dit komt voor bij paramedische zorg, mondzorg en farmaceutische zorg. Geneesmiddelen zoals paracetamol en maagzuurremmers worden op grond van de Zvw niet vergoed maar wel op grond van de Wlz als sprake is van een zzp met behandeling. De gegevens van Vektis omvatten niet de declaraties die zelf zijn voldaan door verzekerden zodat wij deze uitgaven ook niet hebben kunnen ramen. Ook de consultatieronde heeft geen extra gegevens opgeleverd.

Verzekerden kunnen de zorg ook vergoed krijgen uit een aanvullende verzekering (av). De av is een particulier besluit en de overheid kan deze zorg niet overhevelen. Voor de macro-budgettaire vergelijking tussen verhoging Wlz en verlaging Zvw/Wmo zijn de uitgaven aan zorg ten laste van de av wel een verklaring voor een deel van het verschil. Voor cliënten met een av en een zzp zonder behandeling of een vpt is circa 21,7 miljoen in euro (prijspeil voorlopig 2019) aan zorg gedeclareerd ten laste de av. Zou iedere Wlz-cliënt waarvoor nu een zzp zonder behandeling of vpt wordt gedeclareerd een av hebben gehad dan is hiermee een bedrag gemoeid van 41,6 miljoen euro (prijspeil voorlopig 2019) ofwel € 1,66 per dag voor de prestaties zzp zonder behandeling of vpt.

Als we corrigeren voor de uitgaven av (€ 1,66), extra VOV-personeel (€ 0,53) en mondzorg (€ 1,24) dan resteert er een verschil van 15,96 – 1,66 – 0,53 – 1,24 = 12,53 euro per dag dat een zzp zonder behandeling of vpt is geleverd. Dit is 5% van de totale prijs van bijvoorbeeld een zzp vv-5 met behandeling.

*De aard van de geleverde zorg in de praktijk: Preventief vs. reactief*
In de praktijk blijkt dat er veel meer verschillen zijn dan alleen formele pakketverschillen zoals hierboven geschetst tussen Zvw- en Wlz-zorg. Hieronder lichten wij dit toe.

Geneeskundige en paramedische zorg die verstrekt wordt op grond van de Zvw wordt vaak pas geleverd nadat sprake is van een klacht. Het initiatief ligt vaak bij

de patiënt en is reactief van aard. De zorg van bijvoorbeeld een so/avg of orthopedagoog is veelal proactief en daarmee preventief van aard, waarbij geprobeerd wordt te voorkomen dat cliënten later intensievere of zwaardere zorg nodig hebben. Onderzoek van Vektis en het Zorginstituut bij Wlz-cliënten met een zzp met behandeling wijst uit dat minder vaak worden doorverwezen naar een ziekenhuis en per verwijzing ook minder kosten worden gemaakt (paragraaf 5.2). Naar de mening van geconsulteerde partijen leidt het bestaan van plaatsen waarbij geen sprake is van Wlz-behandeling niet altijd tot een wenselijke situatie. Zo zou het naar mening van een geconsulteerde partij te verdedigen zijn vanuit de beroepsgroep dat er altijd een arts moet zijn die in deze proactieve zorg kan voorzien bij een cliënt met een zzp of vpt vg-6 of vg-7. Er zou nu dus sprake zijn van een vorm van onderbehandeling, vooral bij cliënten met de zwaardere prestaties die verblijven in een instelling waar geen Wlz-behandeling wordt geleverd.

Wlz-behandeling richt zich in de ghz-sector vaak op gedragskundige zorg, zoals van een muziektherapeut of orthopedagoog. Volgens geconsulteerde partijen wordt aan cliënten waarvoor een zzp met behandeling wordt gedeclareerd veel meer non-verbale (drama, muziek, psychomotore) therapie geleverd op grond van de Wlz dan aan cliënten waarvoor een zzp zonder behandeling wordt gedeclareerd. Als voorbeeld geeft men aan dat cliënten waarvoor een zzp met behandeling wordt gedeclareerd doorgaans meer muziektherapie krijgen dan cliënten waarvoor een zzp zonder behandeling wordt gedeclareerd en de behandeling op grond van de Zvw ontvangen. Ook de orthopedagoog wordt bij een zzp zonder behandeling minder ingezet vanwege de eisen van het regie-behandelaarschap bij de ggz-prestaties. Wij kunnen dit effect nu niet kwantificeren. Hiervoor zou aanvullend onderzoek nodig zijn waarbij de geleverde vaktherapie en orthopedagogie wordt geregistreerd gedurende een periode.

Behandelaren die zorg leveren bij een zorgaanbieder zijn onderdeel van een team van zorgverleners. Ze leveren niet alleen face-to-face zorg aan een cliënt. Ze geven ook aanwijzingen aan het zorgpersoneel over de wijze waarop het VOV-personeel en het personeel op de dagbesteding de zorg moet leveren. Deze component, die experts ook wel behandeling op de achtergrond noemen, is onderdeel van het tarief van een zzp met behandeling. Behandeling op de achtergrond wordt naar mening van gesproken partijen minder geleverd indien sprake is van een cliënt met een zzp zonder behandeling.

*Aansluiting met werkelijke zorgvraag vs. beschikbaarheid*
De prestaties en indien van toepassing de tarieven of afgesproken prijzen van de vrije beroepsbeoefenaren in de Zvw sluiten veel preciezer aan bij de daadwerkelijke zorgvraag van de cliënt op een zeker moment (er wordt geleverd en betaald per prestatie/activiteit) dan de behandelcomponent in de zzp prestaties. Het Wlz-tarief met behandeling is te beschouwen als een (gemiddeld) abonnementstarief waarin ook een vergoeding zit voor de beschikbaarheid van de behandelaar. Zowel in de periode dat het goed gaat met de cliënt en weinig behandeling nodig is als in de periode dat het slecht gaat met de cliënt en veel behandeling nodig is wordt deze component vanaf opname tot ontslag gedeclareerd.

*Tariefopbouw NZa: gemiddelde burger versus Wlz-cliënt*
Het is in de gehandicaptensector gewoon dat huisartsen ook de algemeen geneeskundige zorg leveren aan gehandicapten waar een zzp of vpt met behandeling van toepassing is. Dit omdat de avg niet is opgeleid voor het leveren van huisartsenzorg. De zorgaanbieder die het zzp of vpt levert maakt met de huisartsen afspraken over de zorg (prestatie) en de prijs. Mensen werkzaam bij Wlz-instellingen hebben de indruk dat Wlz-instellingen die verblijf en behandeling bieden veelal meer betalen dan de prijs die nu in rekening wordt gebracht door huisartsen bij zorgverzekeraars. We hebben niet onderzocht of Wlz-instellingen daadwerkelijk meer betalen dan de prijs die nu in rekening wordt gebracht door huisartsen bij zorgverzekeraars. De NZa kan zich wel voorstellen dat de

afgesproken prijs tussen Wlz-instelling en huisarts terecht kan zijn. Het leveren van zorg aan een gehandicapte vergt naar verwachting meer tijd dan de levering van zorg aan andere burgers. Met andere woorden, indien de betreffende zorg zou worden overgeheveld naar de Zvw in plaats van de Wlz dan zou op zijn minst moeten worden onderzocht of de tarieven en prestatiestructuur voor geneeskundige zorg in de Zvw niet moet worden aangepast omdat een cliëntgroep met een zware en diverse zorgvraag wordt overgeheveld naar de Zvw.

*Prijsafspraken Zvw*
De gesproken partijen verwachten dat de zorgverzekeraars scherpere prijzen afspreken met de vrije beroepsbeoefenaren dan zorgkantoren met zorgaanbieders die Wlz-verblijf of vpt leveren. In de monitor paramedische zorg brengen we voor de paramedische beroepen de feitelijke ontwikkelingen in kaart over de betaalbaarheid, de kwaliteit en de toegankelijkheid van deze zorg. Deze monitor verschijnt in het eerste kwartaal van 2019.

*Transparantie*
In de Zvw is volgens de door ons geconsulteerde partijen door onwetendheid van de verzekerde minder vraag naar behandeling. De cliënt weet niet altijd of er hulp/een behandeling is voor de vraag van de cliënt. Daardoor wordt er minder zorg geleverd. Tevens weet de cliënt niet altijd te formuleren welke hulpverlener in de behoefte kan voorzien. Bij verblijf van de cliënt bij een zorgaanbieder met een multidisciplinair team is volgens geconsulteerde partijen deze kennis wel aanwezig en zal er meer zorg worden geleverd.

*Zorgmijding*
Mondzorgaanbieders hebben aangegeven dat bij Wlz-cliënten die voor het eerst in zorg komen, sprake kan zijn van zorgmijding. De inhaalslag bij opname zorgt dan voor extra kosten ten laste van de Wlz.

*Andere zorgbehoefte*
Eén zorgaanbieder is van mening dat cliënten zonder behandeling vaak een lagere behandelbehoefte hebben dan cliënten met behandeling. Als in de praktijk blijkt dat iemand zonder behandeling voortaan behandeling nodig heeft, dan komt de cliënt op een behandelplek. "Indien iemand zonder behandeling iedere dag fysiotherapie nodig heeft dan wordt de cliënt opgenomen op een plek met behandeling. Als deze behoefte er niet is, dan komt de cliënt op een plek zonder behandeling." Dit beeld is door twee andere geconsulteerde partijen betrokken bij de inkoop van zorg bevestigd. Dit beeld staat haaks op de probleemanalyse omdat er geen afstemmingsproblemen tussen zorgaanbieders kunnen zijn over zorg waar geen behoefte aan is maar zou eventueel nader onderzocht kunnen worden.

*Kruissubsidiering vanuit de Wlz*
Enkele zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg geven aan dat er sprake is van kruissubsidiëring. Ze leveren ook behandeling (avg, gedragsdeskundigen, paramedisch, BOPZ-arts en non-verbale therapieën) aan cliënten met een zzp zonder behandeling of vpt, maar hebben geen contractafspraken kunnen maken met Zvw-verzekeraars. Deze kruissubsidiëring zou bij de invoering van de nieuwe behandeltarieven in mindering moeten worden gebracht op de zzp-tarieven met behandeling. We zijn niet in staat geweest om op korte termijn het bedrag te ramen dat met deze herijking van de behandelcomponent is gemoeid. De NZa heeft meer tijd nodig voor een zorgvuldige analyse naar dit aspect. Eén zorgaanbieder heeft aangeboden om ons te helpen om meer inzicht te krijgen in deze post, omdat behandeling wordt geleverd aan cliënten waarbij een zzp zonder behandeling wordt gedeclareerd met de bestaande formatie behandelaren, zonder hiervoor een declaratie in te dienen in de Wlz of Zvw. Dit is een unieke kans voor de NZa om meer inzicht te krijgen in de werkwijze en bekostiging van behandeling.

*Inzet kwaliteitsgelden*
Het mogelijk om in 2019 de kwaliteitsgelden verpleeghuiszorg te besteden aan de inzet van behandelaren. Of dit gebeurt en in welke mate zal op een later moment in kaart gebracht moeten worden.

*Doelmatigheid*
Enkele aanbieders grijpen ons verzoek om verklaring voor de meerkosten aan om meer aandacht te vragen voor een doelmatige organisatie van de Wlz-zorg en hebben hiervoor ook ideeën geopperd. Voortbordurend op hun ideeën zou aan de volgende initiatieven kunnen worden gedacht die in de toekomst zouden kunnen bijdragen aan een doelmatige verstrekking van behandeling en genees- en hulpmiddelen.
- Leveranciers van hulpmiddelen hebben geopperd dat als gevolg van de afname van grote volumes er kostenbesparingen zijn te behalen in de Zvw. Er zou onderzocht kunnen worden of bijvoorbeeld deze kortingen ook voor een groep van Wlz-zorgaanbieders in een zorgkantoorregio kunnen worden bedongen. Ook voor farmaceutische zorg kan hier onderzoek naar worden verricht.
- Twee aanbieders, één van verpleging en verzorging en één van gehandicaptenzorg geven aan dat een andere aansturing van de behandeldienst ook tot doelmatigheid en minder praktijkvariatie zal leiden. Sturen op planmatig werken, met een doel en een concreet resultaat zou volgens ons als resultaat moeten hebben dat meer patiënten door dezelfde hoeveelheid behandelaren kan worden geholpen dan nu het geval is. Ook hier zou verder onderzoek naar moeten plaatsvinden en zouden eventuele significante resultaten verder moeten worden verspreid. Dan kan ook worden gekeken of hier een resultaatgerichte bekostiging (prestatie en tarief) aan kan worden verbonden. Deze beweging is bijvoorbeeld al eens in gang gezet bij de overheveling van geriatrische revalidatiezorg naar de Zvw.

## 5.5 Conclusie

Het advies van het Zorginstituut heeft tot gevolg dat middelen worden overgeheveld van de Zvw en Wmo naar de Wlz. Voor de Zvw ramen wij een daling van de uitgaven van 304,3 miljoen euro. Een groot deel van de uitname komt voor rekening van de deelkaders farmaceutische zorg en hulpmiddelen. Als we rekening houden met de geraamde besparing op medisch-specialistische zorg loopt dit bedrag op naar 368,0 miljoen euro. Voor een zo nauwkeurig mogelijke berekening van de uitname Zvw, adviseren we om vlak voor de overheveling de uitname opnieuw te berekenen op basis van de meeste recent cijfers.

Voor de Wmo ramen wij een uitname van 49,8 miljoen euro. Het is ons niet gelukt om een bedrag voor overige mobiliteitshulpmiddelen te ramen.

Voor het Wlz-kader ramen wij een verhoging van 837,8 miljoen euro. Van het totaal geraamde bedrag voor het Wlz-kader valt 842,2 miljoen euro onder de contracteerruimte en het bedrag buiten de contracteerruimte daalt met 4,4 miljoen dalen. In deze raming is niet het effect van een eventuele aanzuigende werking meegenomen als gevolg van de kwaliteitsverbetering.

Per saldo leidt het advies van het Zorginstituut tot een verschil tussen Wlz-kader en Zvw, Wmo kader van 837,8 – 368,0 – 49,8 = 420,0 miljoen euro.

In paragraaf 5.4 is een aantal door partijen genoemde verklaringen voor de verschillen tussen Zvw en Wmo enerzijds en Wlz anderzijds beschreven. Naar onze mening worden de verschillen verklaard door verschillen in aanspraken, sturingsfilosofieën en de aard van de geleverde zorg. Het was voor ons niet mogelijk om de volgende belangrijke posten te kwantificeren:
- de zorg die nu door de burgers zelf wordt betaald, zoals maagzuurremmers of tandheelkundig zorg;

- de uitgaven die samenhangen met de integraliteit van geleverde Wlz-zorg zoals vaktherapie bij een zzp met behandeling t.o.v. een zzp zonder behandeling;
- de zorg die nu door de instellingen bekostigd wordt uit de opbrengsten van het zzp met behandeling maar geleverd wordt aan cliënten die hier niet voor verzekerd zijn (kruissubsidiëring).

Om meer inzicht te krijgen in deze uitgaven zou aanvullend onderzoek moeten worden gedaan. De gegevens uit het Wlz-kostenonderzoek zijn hiervoor niet voldoende gedetailleerd. Enkele aanbieders hebben aangeboden om samen met de NZa in meer detail naar de kostenstructuur in de Wlz te kijken. Dat kan waardevolle aanvullende inzichten opleveren. Het is onze overtuiging dat dit onderzoek niet tot volledige onderbouwing van de door ons geconstateerde verschillen zal leiden.

# 6. Consultatie

In dit hoofdstuk vatten we de reacties uit de bestuurlijke consultatie samen. In een aparte bijlage is een tabel met alle reacties opgenomen, geordend naar de in dit hoofdstuk behandelde onderwerpen. Waar relevant zijn de reacties ook verwerkt in de voorgaande hoofdstukken. De reacties op de onderwerpen invoeringstermijn en keuzevrijheid behandelen we in hoofdstuk 7.

## 6.1 Vpt en institutionele zorg (zie bijlage 7A)

Veel van de geconsulteerde partijen zijn het op hoofdlijnen eens met de door ons voorgestelde afbakening van vpt en institutionele zorg. Zij geven aan dat de indeling logisch is in de gehele lijn die voor de operatie Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen wordt voorgesteld. Ook wordt bevestigd dat de leveringsvorm vpt exclusief behandeling hiermee volledig kan komen te vervallen en dat het onderscheid tussen geclusterd en niet-geclusterd vpt niet meer noodzakelijk is. Argumenten voor deze afbakening zijn dat deze maatregel het overzicht van het complexe zorglandschap verhelderd en een toename van de rechtszekerheid van cliënten. De cliënt met een vpt krijgt meer integraliteit en kwaliteit van wonen, welzijn, zorg en behandeling. De cliënt kan daarnaast zorgaanbieders aanspreken op de te leveren zorg en hen verantwoordelijk houden voor de samenhang van het aanbod. Ook creëert het een gelijk speelveld voor alle zorgaanbieders, waarbij de zorgvraag van de cliënt voorop staat en niet de locatie of woonvorm van de cliënt. De afbakening is toekomstbestendig, volgt persoonsvolgende bekostiging en geeft de zorgkantoren extra handvaten in te kopen op kwaliteit.

Het alternatief, een definiëring van geclusterd vpt op basis van regie over wonen, zorg en welzijn of woonvorm, leidt volgens een aantal partijen tot een kunstmatige en niet eenduidige scheiding. Een dergelijke indeling zal nooit alle woonvormen dekken en daarmee geen duidelijkheid geven in de toekomst.

Hoewel veel van de geconsulteerde partijen het eens zijn met ons voorstel, zijn er ook zorgaanbieders die in de voorgestelde afbakening van institutionele zorg geen oplossing zien of aandachtspunten noemen voor de uitvoering. Zo benadrukt een aantal partijen dat door de afbakening los te koppelen van de woonvorm juist ook onduidelijkheid kan ontstaan. De zorgaanbieders van kleinschalige woonzorgvormen kunnen immers zelf bepalen hoe zij deze zorg inrichten en of zij integrale zorg leveren. Gevolg kan zijn dat de ene geclusterde woonvorm wel integrale zorg levert en de andere niet, wat onduidelijkheid oplevert voor cliënten. Deze partijen pleiten er dan ook voor om toch aan te sluiten bij het schema woonvormen uit Bijlage 4.
Verschillende partijen merken ook op dat het lastig zal zijn voor zorgaanbieders om voor cliënten die individueel in de wijk wonen garant te staan voor volledige integrale zorg en dienstverlening. 24-uurs toezicht is onderdeel van de prestatie zzp/vpt en dit zal in de echte thuissituatie lastig te leveren zijn. Als het wel lukt om integrale zorg te leveren, dan zal dat zeker niet efficiënt en adequaat gedaan kunnen worden. Hiermee zal de levering van vpt voor individueel thuiswonende cliënten dus moeilijker te leveren zijn, aldus deze partijen.

Naar aanleiding van de aandachtspunten hierboven, zullen wij zullen in de uitwerking van de nieuwe prestaties vpt te zijner tijd bekijken of extra voorwaarden voor levering van vpt in de thuissituatie nodig zijn. Ons advies voorziet er in dat het vpt inclusief behandeling en de aanvullende zorgvormen mag worden geleverd aan cliënten die woonachtig zijn in zowel een geclusterde als niet geclusterde situatie. Er is dus ook voor de niet geclusterde 'thuissituatie' een volwaardig integraal

alternatief. Dit laatste is echter alleen mogelijk indien de zorg door één zorgaanbieder verantwoord en doelmatig in deze niet geclusterde situatie kan worden geboden. Indien een cliënt dus integrale zorg nodig heeft conform de standaarden en deze zorg ook wenst te ontvangen, dan zal de cliënt naar een geclusterde setting moeten verhuizen indien de zorg thuis niet verantwoord en doelmatig kan worden geboden. De Wlz-cliënt kan er ook voor kiezen om af te zien van integrale zorg en via mpt of pgb de zorg bij een of meer aanbieders zelf in te kopen.

Tot slot wijzen verschillende partijen op de effecten van de voorgestelde afbakening op het mpt en pgb. Deze mogelijke consequenties zijn inhoudelijk en financieel niet door ons onderzocht, maar spelen wel degelijk een rol bij de uitvoering van het advies. Zo merken partijen op dat de onduidelijkheid over het recht op behandeling bij een mpt en pgb blijft bestaan. Daarnaast blijven er mogelijk financiële motieven bestaan om bewust voor intramurale zorg te kiezen. Beide redenen zou een beweging naar institutionele zorg op gang kunnen zetten, wat haaks staat op het streven van de overheid om cliënten zo lang mogelijk thuis te laten wonen.
Aan de andere kant noemen partijen het risico dat de voorgestelde afbakening van een vpt en mpt leidt tot een verschuiving van de thuiswonende cliënten naar het mpt. Als reden wordt bijvoorbeeld genoemd dat cliënten mogelijk bang zijn met een vpt de regie over de zorg uit handen te geven. Actiz merkt hierbij op dat het mpt vaak niet toereikend is voor cliënten met een intensieve zorgvraag in de thuissituatie. Zij vinden een noodzakelijke voorwaarde voor uitvoering van dit advies dan ook dat het mpt wordt verruimd voordat de invoering van integrale behandeling in de Wlz bij zzp en vpt plaatsvindt. Zonder aanpassing van het mpt kan dit er toe leiden dat vernieuwende initiatieven om intensieve zorg in de thuissituatie te bieden in de knel komen en zelfs onmogelijk worden gemaakt.

De NZa is van mening dat zorgkantoren in de contractering zullen moeten waken voor het risico dat aanbieders van een vpt naar een mpt overschakelen. De zorgbehoefte van de cliënt moet voorop staan: Wlz-cliënten hebben in heel veel gevallen integrale zorg nodig en dat wordt niet geboden via de leveringsvorm mpt. De reikwijdte van dit advies ziet toe op de leveringsvormen met verblijf en volledig pakket thuis. Wij hebben dan ook niet de uitvoeringsconsequenties onderzocht van een bekostiging die valt onder de leveringsvorm mpt of pgb. De NZa geeft, naar aanleiding van de opmerkingen van Actiz, de minister wel mee dat het scharen van de huidige bekostigingsprestatie vpt zonder behandeling onder de Wlz-aanspraak op de leveringsvorm mpt niet kan. In de huidige vpt-prestatie is ook voedsel opgenomen en dit valt niet onder het huidige mpt. De prestatie vpt zonder behandeling kan niet zonder voorwaarden onder de leveringsvorm mpt wordt opgenomen. Dit brengt het risico met zich mee dat cliënten die woonachtig zijn in geclusterde initiatieven de noodzakelijke integraal georganiseerde zorg niet ontvangen. Omdat de aanbieder de verantwoordelijkheid niet wil dragen of deze zorg niet wenst te organiseren. Indien het uitgangspunt kwalitatief goede zorg is dan zou deze route niet moeten worden gestimuleerd en eerder op verantwoorde wijze moeten worden afgebouwd.
Anderzijds kan de huidige prestatie vpt zonder behandeling en aanspraak hierop onder de leveringsvorm mpt wel een goed alternatief zijn voor die situaties waarbij de gewenste behandeling tijdelijk niet geleverd kan worden als gevolg van te weinig behandelaren in een regio. De niet geleverde zorg wordt dan ook niet vergoed. Een dergelijke situatie is vanuit het oogpunt van de toegankelijkheid van zorg zowel vanuit de Wlz als vanuit het oogpunt van de Zvw ernstig. Deze situatie kan alleen lokaal, door zorgkantoor en zorgverzekeraar, worden beoordeeld en kan door de NZa via een geclausuleerde vpt zonder behandeling prestatie worden gefaciliteerd.

## 6.2 Kleinschaligheid (bijlage 7A en 7B)

Ten aanzien van de omvang van woonvormen en –voorzieningen vragen partijen zich af of kleinschalige voorzieningen wel alle kennis en expertise in huis hebben om de volledige integrale zorg te contracteren en de volledige behandelverantwoordelijkheid te kunnen dragen en uitvoeren. Gevolg kan namelijk zijn dat vooral veel kleinschalige voorzieningen om deze reden niet langer de leveringsvorm vpt kunnen aanbieden. Het effect kan zijn dat veel van de fijnmazigheid die nu aanwezig is in de eerste lijn verloren kan gaan, wat weer ten koste gaat van de kwaliteit. Ook noemen aanbieders van kleinschalige woonvormen het risico dat, door gebrek aan mogelijkheden bij individuele zorgaanbieders om contracten te sluiten met behandelaren (so, huisarts), de markt van woon- en zorgcomplexen op slot gaat. Dit zien partijen als een belemmering in een markt waar flexibiliseren en ondernemerschap sterk gewenst zijn. De afbakening in het advies lijkt hiermee haaks te staan op het programma Langer thuis van VWS. Daarnaast vergt het contracteren van alle partijen vooral voor de kleinschalige zorgaanbieders veel extra werk en tijd, waardoor administratieve lasten voor deze groep zullen toenemen.

Wij zijn echter van mening dat de organisatievorm (klein of groot) ondergeschikt is aan het doel om te voorzien in kwalitatief goede zorg en veiligheid aan Wlz-cliënten. Met de huidige zzp inclusief behandeling en het toekomstige vpt inclusief behandeling bieden we die waarborg. Uit de reacties van geconsulteerde partijen maken wij op dat veel zorgaanbieders deze zorg ook willen en kunnen leveren. Zorgaanbieders met weinig personeel organiseren vaak op andere wijze zorg dan zorgaanbieders met veel personeel, maar kunnen toch voorzien in de volledige zorg.

## 6.3 Bekostigingsmodel (bijlage 7B)

Een groot deel van de partijen is het eens met het bekostigingsmodel waar we alle vergoedingen opnemen in één integraal tarief. Partijen zien dit als het meest eenvoudige model waar de regie en verantwoordelijkheid bij één zorgaanbieder ligt en deze de zorg en behandeling kan invullen op de manier die past bij hun cliënten en de lokale situatie.

Ook hier zijn er echter partijen die kritische kanttekeningen en aandachtspunten bij dit bekostigingsmodel noemen of aangeven een ander bekostigingsmodel beter passend te vinden.
Veel partijen benadrukken het belang van een deels boven-budgettaire bekostiging. Zo bestaat er de angst dat zonder boven-budgettaire bekostiging risicoselectie als een mogelijk nadelig gevolg gaat optreden: door de grote individuele verschillen in de kosten per cliënt bestaat het gevaar dat vooral kleinschalige woonvormen onvoldoende mogelijkheden hebben om de kosten over alle cliënten uit te middelen. Dit kan risicoselectie bij de opname van nieuwe cliënten veroorzaken. Actiz is van mening dat het handhaven van een deels boven-budgettaire bekostiging dit risico mogelijk kan uitsluiten. Daarnaast geven de mondzorgverleners aan bang te zijn dat de kwaliteitsverbeteringen die met het huidige bekostigingsmodel mogelijk zijn gemaakt, teniet worden gedaan door de invoering van een volledig integraal tarief.
De farmaceutische sector noemt de bekostiging van extreme kosten ten aanzien van farmaceutische zorg ook als reden om een boven-budgettaire bekostiging in stand te houden. Ook hier bestaat de vrees dat onderbrengen binnen de contracteerruimte leidt tot een financiële prikkel om de zorg voor bepaalde cliënten anders in te richten, met kwaliteitsverlies als gevolg.
De hulpmiddelenleveranciers verwachten met dit bekostigingsmodel een daling in de kwaliteit van zorg en keuzevrijheid en onvoldoende expertise bij kleinere zorgaanbieders. Ook zij geven aan dat een deels boven-budgettaire bekostiging de zorgkantoren in staat stelt een poolingstructuur in stand te houden, wat leidt tot

een hogere bezettingsgraad en hoog percentage hergebruik van vooral rolstoelen. De VGN benadrukt het belang van boven-budgettaire bekostiging om cherry picking te voorkomen en de sterk variërende kosten van hulpmiddelen op te kunnen vangen. Ook ZN wijst op het gevaar van risicoselectie en het landen van geld op de verkeerde plek als er geen kosten meer boven-budgettair worden vergoed.

De NZa is omwille van de beheersing van de zorguitgaven van mening dat zoveel mogelijk zorg een integraal onderdeel moet zijn van een zzp. Buiten de contracteerruimte om wordt alleen maar zorg geplaatst waarbij, bijvoorbeeld zoals bij rolstoelen, een grootschalige inkoop goedkoper is, dan een kleinschalige.

Meerdere partijen wijzen verder op de beschikbaarheid van behandelaren, zoals huisartsen, so's en avg's. De door hen genoemde argumenten beschreven wij ook al in paragraaf 2.3 onder geneeskundige zorg. Daarnaast merken partijen ook op dat het organiseren van integrale zorg en de bekostiging hiervan met een integraal tarief, een stap terug is in de tijd. Het weghalen van de verantwoordelijkheid bij de huisarts en die beleggen bij de zorgaanbieder verhoudt zich niet met de trends 'langer thuis', de juiste zorg op de juiste plek en het verschuiven van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Deze oplossing verlegt het huidige probleem van de huisartsen naar de zorgaanbieder. Volgens de partijen lost dit in feite het probleem niet op en maakt dit het voor een zorgaanbieder moeilijker om de huisarts in zijn/haar positie in de keten te houden/brengen.

Als mogelijke oplossing voor (een deel van) de bovenstaande problemen noemen enkele partijen het reguleren van een deel van de tarieven voor onderlinge dienstverlening, bijvoorbeeld voor de huisartsenzorg en de mondzorg. Dit voorkomt een opdrijvend effect door schaarste. Een zorgaanbieder geeft ook aan dat de lonen en het functiehuis van de behandelaren in dienst worden gereguleerd door de cao, terwijl bij externe inhuur op declaratiebasis wordt betaald. Hierdoor ontstaat een oneigenlijk speelveld. Regulering van onderlinge dienstverlening kan hierbij helpen. De hulpmiddelenleveranciers pleiten zelfs voor een bekostigingsmodel waar de gespecialiseerde leveranciers van medische hulpmiddelenzorg wel – samen met de Wlz-zorgaanbieder – de integrale behandelverantwoordelijkheid vormgeven, maar waarbij de leveranciers zelf contracten sluiten met de zorgkantoren en daar de hulpmiddelenzorg declareren. Zij geven aan dat dit veel contractafspraken en administratieve processen scheelt. Daarbij kunnen de zorgkantoren preciezer monitoren hoe de zorgkosten van de aanvullende zorgsoorten, waaronder hulpmiddelenzorg, zich ontwikkelen.
Ook oppert de hulpmiddelenbranche dat de zorgkantoren simpelweg kunnen aansluiten bij de gemaakte contractafspraken in de Zvw door de zorgverzekeraars. Dat komt de doelmatigheid zeker ten goede. Dit omdat de volumes van hulpmiddelenzorg waarover in de Zvw-zorgcontractering afspraken worden gemaakt zeer veel groter zijn dan de afspraken over de volumes die tussen leveranciers en Wlz-zorginstellingen worden gemaakt. Dit gaat gepaard met grotere doelmatigheid.

De Patiëntenfederatie ziet een risico dat individueel maatwerk voor cliënten in het gedrang als wordt overgegaan op integrale prestaties en tarieven.

We hebben ook de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) om een reactie gevraagd. In algemene zin geeft de IGJ aan dat alle leveringsvormen voldoende mogelijkheden bieden om kwalitatief goede zorg te organiseren en te leveren. Bepalend voor de kwaliteit van zorg is de wijze waarop de zorgaanbieder, in samenspraak met de cliënt en in samenwerking met de zorgprofessionals, invulling geeft aan de zorgbehoefte van de cliënt. Goede samenwerkingsafspraken tussen de verschillende professionals zijn daarvoor een belangrijke randvoorwaarde.

Wij vinden dat het advies van het Zorginstituut helder maakt waar de verantwoordelijkheid voor het organiseren van de zorg voor Wlz-cliënten ligt. De Wlz-aanbieder zal in overleg met de huisarts en andere betrokken behandelaren tot

afspraken moeten komen. Het rapport van Significant geeft per zorgvorm diverse voorbeelden van organisatie van behandeling in de praktijk. Hieruit blijkt dat zorgaanbieders vooral de juiste condities moeten scheppen zodat behandelaren (zoals huisartsen) bereid zijn de zorg te leveren. In omstandigheden van schaarste van huisartsen is ook de inzet van een nursepractitioner, het organiseren van de benodigde beschikbaarheid van de so en de avg voor consultatie en (mede)behandeling een mogelijkheid.

## 6.4 Financiële impact (bijlage 7C)

Uit de consultatie blijkt dat veel partijen de al weergegeven kwalitatieve verklaringen voor de macro meerkosten als gevolg van de verschuiving van middelen van Zvw naar Wlz herkennen. Ze geven aan geen eenduidige verklaring te hebben voor de meerkosten en ze vinden het lastig om een goed beeld te vormen door het hoge aggregatieniveau van de cijfers. De door de partijen in de consultatieronde genoemde verklaringen sluiten veelal aan bij de oorzaken die wij al in de gesprekken met partijen verzamelden en die we in hoofdstuk 5 hebben beschreven. De partijen beamen verder dat het om een complex samenspel van vele factoren gaat die de meerkosten na overheveling naar de Wlz verklaren.

Meerdere partijen merken op dat zij het berekende verschil tussen de minderkosten in de Zvw/Wmo en de meerkosten in de Wlz (zeer) groot vinden. Zij plaatsen hun vraagtekens bij de berekende meerkosten in de Wlz. De zzp's zijn integrale pakketten waarbij niet duidelijk is welk deel in de praktijk ook echt wordt uitgegeven aan behandeling. Er is substitutie van middelen mogelijk waarbij het zorgaanbieders vrij staat om de middelen voor behandeling in te zetten voor andere zorgvormen. Dit maakt het lastig om te zeggen dat de behandeling in de Zvw zoveel goedkoper is dan binnen de Wlz. De NZa merkt op dat het voorgaande alleen geldt voor zzp vv4-10. Voor alle andere prestaties zijn de tarieven uit het kostenonderzoek gehanteerd. In het kostenonderzoek is rekening gehouden met capaciteit van behandelaren.
Daarnaast merken verschillende partijen op dat er verschillen zijn tussen de behandeling in de Wlz en in de Zvw, zowel qua inhoud als inzet van professionals. Zo wordt bijvoorbeeld opgemerkt dat de behandelaren die nu bij de verpleeghuizen in dienst zijn meer activiteiten doen dan alleen cliëntencontact. Ze zijn een onderdeel van de organisatie en zullen daarom ook een aantal ondersteunende diensten verrichten zoals her- bij- en nascholing, regievoering over de zorg van de cliënt, beleidsmatige taken. Daarnaast is het cliëntencontact veelvuldiger en een stuk intensiever dan in de versie van de zzp/vpt zonder behandeling. Tot slot wordt ook de inzet van onderaannemers in de Wlz genoemd als kostenverhogende factor.

Tot slot geven de partijen binnen de mondzorg aan dat de gebruikte cijfers van Vektis onvoldoende betrouwbaar zijn door onder andere de vele eigen betalingen die niet geregistreerd worden. Daarnaast is er binnen de Zvw sprake van zorgmijding dat later zorgt voor meerkosten. Vooral ten aanzien van de gebruikte cijfers adviseren ook verschillende andere partijen om meer onderzoek te doen naar de daadwerkelijke kostenverschillen, waarbij gebruik zou moeten worden gemaakt van recentere gegevens.

Ten aanzien van de mitigatie van meerkosten bij de zorginkoop, wijzen partijen op het vermijden van overbehandeling van cliënten. Daarnaast moet er aandacht zijn voor goede onderhandeling met behandelaren wat vooral voor partijen met weinig ervaring (kleinschalige voorzieningen) een uitdaging zal zijn. Volgens Verenso leidt het faciliteren en professionaliseren van de praktijkvoering van de behandeldienst in combinatie met het vormgeven van taakherschikking tot een doelmatige inzet van de behandeling. Ten aanzien van de hulpmiddelen wordt ook gewezen op de doelmatige inzet, door afzonderlijke prestaties voor hulpmiddelenzorg op te laten stellen en leveranciers contracten met zorgkantoren te laten sluiten in plaats van met individuele zorgaanbieders. De grotere volumes die hiermee gepaard gaan

leiden tot een veel doelmatiger onderhandeling. Ook is de hulpmiddelenzorg beter te monitoren met aparte productieafspraken (zoals nu in de Zvw gebeurt).

De verklaringen en suggesties van partijen hebben we overgenomen. In hoofdstuk 5.4 zijn we nader ingegaan op de suggestie van enkele aanbieders om meer aandacht te vragen voor een doelmatige organisatie van de Wlz-zorg.

# 7. Invoeringstraject

Een keuze voor integrale zorg bekostigd via een integrale prestatie is voor veel zorgaanbieders een grote opgave. Men moet opnieuw nadenken over de wijze waarop de zorg en behandeling is georganiseerd. Voor sommige zorgaanbieders en behandelaren is de opdrachtgever-opdrachtnemer relatie nieuw en voor anderen is het al jaren gemeengoed. Uit gesprekken met partijen wordt duidelijk dat een invoeringstraject voldoende ruimte moet geven om in verschillende tempo's voor te bereiden op een situatie waarin integrale zorg door zorgaanbieders geboden wordt aan alle cliënten die kiezen voor een zzp of vpt. In dit hoofdstuk gaan we in op de invoeringstermijn. In paragraaf 7.1 geven we daarnaast enkele relevante aspecten waar bij de invoering van integrale prestaties inclusief behandeling en aanvullende zorgvormen rekening mee moet worden gehouden. In paragraaf 7.2 gaan we wat dieper in op keuzevrijheid. Tot slot in komt in paragraaf 7.3 de overgangsregeling voor zorgaanbieders aan de orde.

## 7.1 Invoeringstermijn

Zowel bij partijen in de vv- als in de ghz-sector is er draagvlak voor het advies van het Zorginstituut en bekostiging van integrale zorg met een integrale prestatie. Partijen in de vv-sector geven aan dat men een forse periode nodig heeft om voldoende behandelaren, vooral huisartsen, te contracteren. In de ghz-sector lijkt minder tijd nodig om dat geregeld te krijgen. Uit de gesprekken en werkbezoeken komt een beeld naar voren dat vooral lokale omstandigheden zoals weinig aanbod van behandelaren in de omgeving, of juist veel concurrentie van invloed zijn op het georganiseerd krijgen van het integrale aanbod. We zien de volgende mogelijkheden voor een ingroeitraject:

- In een keer invoeren met een ruime voorbereidingsperiode van twee jaar.
- Geleidelijk ingroeien over een periode van drie jaar. Zorgaanbieders die integrale zorg georganiseerd krijgen contracteren integrale prestaties en de zorgaanbieders die nog meer tijd nodig hebben kunnen gebruik maken van de bestaande prestaties zonder behandeling. Na de overgangsperiode kunnen alleen integrale prestaties worden afgesproken.

De meeste partijen laten weten een invoering in één keer met een ruime voorbereidingsperiode het meest wenselijke model te vinden (zie bijlage 7D). Een belangrijke randvoorwaarde hierbij is aandacht voor regionale verschillen in de beschikbaarheid van behandelaren als de huisarts en mondzorgverleners. Daarnaast wordt ook voldoende budget (overheveling van Zvw naar Wlz) meerdere keren genoemd, met daarbij vooral de aanbeveling om de door ons gemaakte berekening (hoofdstuk 5) te herhalen met recentere cijfers. Een essentiële voorwaarde is immers dat bij overheveling van behandeling van de Zvw naar de Wlz het macro-kader in voldoende mate wordt aangepast. Ook tijdige besluitvorming, voorafgaande aan de start van de overgangsperiode wordt genoemd als belangrijke voorwaarde voor partijen om zich op tijd te kunnen starten met voorbereiden van de noodzakelijke aanpassingen.

Er zijn ook enkele partijen die een combinatie van een voorbereidingsperiode en het ingroeitraject voorstellen: een overgangsscenario waarbij zowel sprake is van een voorbereidingsperiode als een ingroeiperiode. Het voordeel zou zijn dat in de voorbereidingsperiode kan worden gewerkt aan het realiseren van de noodzakelijke randvoorwaarden (bijvoorbeeld uitwisseling van medische persoonsgegevens over de domeinen heen), terwijl in de daaropvolgende ingroeiperiode de integrale zorg daadwerkelijk georganiseerd wordt. Hierbij is zelfs de optie genoemd om verschillende overgangsscenario's te hanteren voor verschillende zorgaanbieders: het overgangsscenario met invoering in één keer voor zorgaanbieders die al

ervaring hebben met het leveren van een integraal aanbod, terwijl zorgaanbieders die de integrale zorgverlening nog moeten gaan organiseren een geleidelijke overgang krijgen.

ZN en het Zorginstituut noemen echter enkele belangrijke bezwaren tegen de geleidelijke invoering en overgang. Bij een geleidelijke overgang blijft de nieuwe situatie deels naast de oude situatie bestaan. Dit is gezien de complexiteit die dan ontstaat, niet wenselijk. Verschillende indelingen van leveringsvormen bestaan dan naast elkaar, en hierdoor zal het nog moeilijker worden om het geheel te overzien voor cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren. Voor zowel zorgkantoren als zorgverzekeraars is een geleidelijke overgangsperiode extra complex, omdat dit onder andere de premieberekening, maar ook de berekening van het budgettaire kader bemoeilijkt. ZN vindt het tot slot wenselijk dat de overheveling van behandeling gelijk plaatsvindt met de toevoeging van psychische grondslag aan de Wlz en de overheveling van hulpmiddelen. Dit vereist wel een zorgvuldig voorbereidingstraject, maar biedt volgens ZN de meeste kans op een goede overgang.

Wij zijn van mening dat een invoering ineens de meeste duidelijkheid geeft voor cliënten, zorgaanbieders, behandelaren en zorgkantoren/zorgverzekeraars. Een ruime voorbereidingstijd van twee jaar is nodig om de benodigde afspraken tussen aanbieders en behandelaren te maken en bestaande Wlz-cliënten te informeren en mee te nemen in eventuele veranderingen. We zien het risico dat niet alle partijen in staat zullen zijn om tijdig integrale zorg te organiseren. Om dat te ondervangen adviseren we om onder strikte voorwaarden vpt en zzp prestaties zonder behandeling voor die gevallen waar nodig beschikbaar te houden. Deze prestaties kunnen dan gecontracteerd worden daar waar de gewenste behandeling tijdelijk niet geleverd kan worden, bijvoorbeeld als gevolg van te weinig behandelaren in een regio. De niet geleverde zorg wordt dan ook niet vergoed. Een dergelijke situatie is vanuit het oogpunt van de toegankelijkheid van zorg zowel vanuit de Wlz als vanuit het oogpunt van de Zvw ernstig. Deze situatie kan alleen lokaal, door zorgkantoor en zorgverzekeraar, worden beoordeeld.

Uit de gesprekken met partijen bleek verder dat voor het opzetten van integrale zorg het delen van cliëntendossiers tussen de verschillende behandelaren en de zorgaanbieders in de praktijk nog belemmerend kan werken. Hier ligt zeker nog een uitdaging voor het veld om een goede overgang mogelijk te maken. Ook wordt uit de discussie over samenloop tussen Wlz en Zvw duidelijk dat het uitwisselen van gegevens over de indicatie en leveringsvorm van cliënten tussen zorgaanbieders, behandelaren, zorgkantoren en zorgverzekeraars een noodzakelijke voorwaarde is voor het declaratieproces. Het gezamenlijk monitoren van effecten in de praktijk is hierbij belangrijk, zodat als er grote knelpunten ontstaan of onwenselijke effecten optreden aanvullende afspraken kunnen worden gemaakt of uitgangspunten kunnen worden bijgesteld. De informatievoorziening aan cliënten is van groot belang. Iedere Wlz-cliënt met leveringsvorm verblijf of vpt zal geïnformeerd moeten worden over de consequenties van de voorgestelde veranderingen.

## 7.2 Keuzevrijheid

In de consultatieronde noemen veel zorgaanbieders de keuzevrijheid van cliënten een aandachtspunt wanneer de prestaties exclusief behandeling vervallen. De angst bestaat dat cliënten gedwongen worden om de zorg bij één aanbieder af te moeten nemen en dus niet langer de vrije keuze hebben in woonvorm, leveringsvorm en behandelaren. In het bijzonder de overgangsperiode wordt genoemd: hoe wordt de continuïteit van zorg voor de Wlz-cliënten gewaarborgd? Worden Wlz-cliënten gedwongen om een vertrouwensrelatie met hun behandelaar op te geven om over te stappen naar de behandelaar waarmee de zorgverlener een contract heeft? En hoe wordt de kwaliteit van zorg en de hoeveelheid zorg gewaarborgd bij overstap

naar een andere aanbieder? Daarbij wordt de ook de angst genoemd dat de zorg zal verschralen.

Wij vinden dat zorgaanbieders nog steeds de mogelijkheid hebben de ruimte te bieden om op verzoek van de cliënt andere onderaannemers te contracteren. Deze bereidheid is echter aan de zorgaanbieders zelf. Uit het oogpunt van doelmatigheid en kwaliteit zal een instelling het aantal behandelaars waarmee wordt samengewerkt proberen te beperken. Binnen deze beperking moet de keuzevrijheid zoveel mogelijk worden gerespecteerd. De zorgkantoren geven aan de zorgaanbieders te vragen om in ieder geval open te staan voor de optie cliënten meer keuzevrijheid te geven en het gesprek over wat wel en niet kan. Uit de gesprekken blijkt overigens dat in de praktijk cliënten in een geclusterde setting toch vaak uit eigen beweging voor de aan de zorgaanbieder verbonden onderaannemers kiezen, ook al hebben ze de keuze de eigen behandelaar te houden.

*Keuze-informatie*
Het voornaamste keuzemoment van cliënten is de keuze voor een bepaalde zorgaanbieder en locatie/woonvorm. Het is belangrijk dat cliënten en hun naasten op dat moment zorgvuldig worden geïnformeerd of voldoende informatie kunnen vinden over het aanbod van zorgaanbieders en de wijze waarop behandeling door die zorgaanbieders is vormgegeven. Ook de verschillen tussen en gevolgen van de keuze voor bepaalde leveringsvormen moet duidelijk zijn. Voorkomen moet worden dat cliënten ongewenst voor een mpt of pgb kiezen uit angst de regie over de behandeling kwijt te raken. De mogelijkheden van cliënten om de eigen behandelaars te behouden of de mate waarin de cliënt keuzevrijheid behoudt is één van de onderwerpen die in die informatie aan bod moet komen.

## 7.3 Overgangsregeling zorgaanbieders

In deze paragraaf gaan wij in op de vraag van VWS of er significante veranderingen in de opbrengsten bij zorgaanbieders zijn te verwachten, als gevolg van de wijziging van het bekostigingsstelsel en of daarbij flankerende maatregelen noodzakelijk zijn.
De opbrengsten van Wlz-aanbieders die zzp en vpt prestaties leveren zullen alleen maar stijgen. Hiervoor hoeft geen overgangsregeling te worden getroffen omdat ze geen personeel hoeven te ontslaan etc.
De opbrengsten van aanbieders van algemeen geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg (apothekers), hulpmiddelen kunnen dalen als ze door de Wlz-aanbieder die het zzp of een vpt levert niet meer worden gecontracteerd. De hiermee gepaarde opbrengstdaling is naar verwachting gering omdat de 208.000 Wlz-cliënten maar een fractie zijn van het totaal aantal cliënten (maximaal 17 miljoen Nederlanders). Een overgangsregeling is daarom naar verwachting niet nodig. De omzet van een apotheker kan fors dalen als deze niet door de Wlz-aanbieder in de toekomst wordt gecontracteerd voor de levering van geneesmiddelen. Wij menen dat de toegankelijkheid van de zorg niet in gevaar zal zijn omdat er voldoende alternatieven zullen zijn.

# Bijlage 1. Opdrachtbrief VWS

De opdrachtbrief is als een aparte bijlage bij dit document gevoegd.

# Bijlage 2. Overzicht geraadpleegde partijen

| Sector | Partij |
|---|---|
| Verzekeraars | Zorgverzekeraars Nederland (ZN) / zorgkantoren |
| Verpleging en verzorging | Actiz |
| Verpleging en verzorging | Samenwerkende Professionele Organisaties Thuis- en woonzorg (SPOT) |
| Gehandicaptenzorg | Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) |
| Geneeskundige zorg | vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (VERENSO) |
| Geneeskundige zorg | Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) |
| Geneeskundige zorg | Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) |
| Geneeskundige zorg | Ineen |
| Beroepsverenigingen | Nederlandse Vereniging Van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO) |
| Beroepsverenigingen | Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) |
| Farmaceutische zorg | Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) |
| Farmaceutische zorg | Vereniging voor Innovatieve geneesmiddelen (VIG) |
| Farmaceutische zorg | brancheorganisatie voor Medische Technologie (FHI) |
| Farmaceutische zorg | Associatie van Ketenapotheken (ASKA) |
| Farmaceutische zorg | Nederlandse Apothekers Coöperatie (NAPCO) |
| Farmaceutische zorg | Vereniging van Nederlandse Fabrikanten van Kinder- en Dieetvoedingsmiddelen (VNFDK) |
| Paramedici | Paramedisch Platform Nederland (PPN) |
| Paramedici | Nederlandse Vereniging voor Diëtetiek (NVD) |
| Paramedici | Nederlandse Vereniging voor Logopedie (NVLF) |
| Paramedici | Genootschap Fysiotherapie (KNGF) |
| Paramedici | Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VVOCM) |
| Paramedici | Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten |
| Mondzorg | Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT) |
| Mondzorg | Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT) |
| Mondzorg | Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT) |
| Mondzorg | Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) |
| Hulpmiddelenbranche | Brancheverenigingen hulpmiddelen (Firevaned) |
| Hulpmiddelenbranche | Brancheorganisatie voor medisch speciaalzaken (FHI) |
| Cliëntenorganisaties | Patiëntenfederatie Nederland |
| Cliëntenorganisaties | Ieder(in) |
| Cliëntenorganisaties | Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC) |
| Cliëntenorganisaties | Landelijk platform psychische gezondheid (MIND) |
| Cliëntenorganisaties | Per Saldo |
| Overige | Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) |
| Overige | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) |
| Overige | Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) |
| Overige | Beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (VENVN) |
| Overige | Vilans, kenniscentrum voor de langdurige zorg |

| Sector | Zorgaanbieders |
|---|---|
| Verpleging en verzorging | Wonen bij September |
| Verpleging en verzorging | De Oude Pastorie (werkbezoek) |
| Verpleging en verzorging | King Arthur groep |
| Verpleging en verzorging | Het Gastenhuis |
| Verpleging en verzorging | Dagelijks Leven |
| Verpleging en verzorging | De koperhorst (werkbezoek) |
| Verpleging en verzorging | Zorggroep Alliade |
| Gehandicaptenzorg | Amarant (werkbezoek) |

# Bijlage 3. Gebruikte afkortingen

| Afkorting | Betekenis |
|---|---|
| av | Aanvullende verzekering |
| avg | Arts verstandelijk gehandicapten |
| CIZ | Centrum indicatiestelling zorg |
| eb | Eigen betaling |
| ggz | Geestelijke gezondheidszorg |
| ghz | Gehandicaptenzorg |
| nhc | Normatieve huisvestigingscomponent |
| nic | Normatieve inventariscomponent |
| NZa | Nederlandse Zorgautoriteit |
| mpt | Modulair pakket thuis |
| pgb | Persoonsgebonden budget |
| so | Specialist ouderengeneeskunde |
| vpt | Volledig pakket thuis |
| vv | Verpleging en verzorging |
| VWS | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |
| Wlz | Wet langdurige zorg |
| Wmo | Wet maatschappelijke ondersteuning |
| Zvw | Zorgverzekeringswet |
| zzp | Zorgzwaartepakket |

# Bijlage 4. Indeling woonvormen

| | | | | Criteria | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1<br>Zorgbehoevende/naaste regelt de zorg zelf - niet alleen inspraak, (mede)zeggenschap en keuzevrijheid | 2<br>Wooneenheid is eigendom van zorgaanbieder, van een derde of van de zorgbehoevende zelf |
| | Leefsituatie | Regie zorg en wonen | Thuis of instelling | Wie heeft nu eigenlijk het eerste initiatief in een situatie: wie is feitelijk 'eigenaar'; wie is primair verantwoordelijk voor het geheel van leven, wonen en zorg | |
| A | Traditionele verpleeghuis:<br>- veel cliënten en fte<br>- vooral **niet** scheiden van wonen en zorg<br>- eventueel direct eraan gekoppelde aanleunwoningen | Instellig verantwoordelijk voor zorg én locatie | Grote instelling | <u>Institutionele zorg</u><br>aanbieder is primair verantwoordelijk, zorgt ervoor dat:<br>- geïndiceerde zorg wordt geleverd<br>- een wooneenheid beschikbaar is<br>- verantwoordelijkheid voor zinvolle invulling van de dag | |
| B | Groot complex van appartementen:<br>- alle cliënten hebben zorgbehoefte<br>- vooral **wel** scheiden van wonen en zorg<br>- eventueel eraan gekoppelde aanleunwoningen | Instelling verantwoordelijk voor zorg én is eigenaar van de locatie of heeft een deal met de eigenaar van de locatie | | | |
| C | Wooncomplex:<br>- combinatie geen tot veel zorgbehoefte | Vergelijkbaar met B | | | |
| D | Kleinschalige woonvorm vanuit een gecontracteerde aanbieder | Enige onderscheid met een grootschalige locatie is dat de opzet kleinschalig is | Kleine instelling van grote aanbieder | | |
| E | Kleinschalige woonvorm vanuit een niet gecontracreerde aanbieder of 'ondernemer', franchise | Gaat niet om een gecontracteerde partij, maar wel om een partij met meerdere woonvormen in beheer | | | |
| F | Kleinschalige woonvorm door een derde | Enige onderscheid met E is dat het een éénpitter betreft, een particulier die een kleine woonvorm is gestart | Kleine instelling van een kleine aanbieder (of geclusterd thuis) | | |
| G | Kleinschalige woonvorm door zorgbehoefenden en/of naasten | Zorgbehoevenden of naasten staan zelf aan het roer | Geclusterd thuis (of kleine instelling) | <u>Thuis</u><br>zorg in eigen huis, de zorgbehoevende en/of naaste:<br>- is eigenaar van het huis (koop of huur)<br>- zorgt dat er een indicatie komt voor formele zorg<br><br>Aanbieder formele zorg is wel verantwoordelijk voor kwaliteit zorg | |
| H | Zelfstandig wonen door een (gecontracteerde) zorgaanbieder mogelijk gemaakt | Aanleunwoningen direct verbonden aan een complex of zelfstandige woningen direct bij (en in eigendom van) een grote aanbieder | Thuis | | |
| I | Eigen woning of appartement in de buurt van een (gecontracteerde) zorgaanbieder | Zelfstandig wonen,<br>koop of huur van een eigen woning,<br>zorg en ondersteuning door een individu | | | |
| J | Zelfstandig wonen in een wijk met actieve zorgcoöperatie | | | | |
| K | Zelfstandig wonen in een complex met of nabij anderen die willen ondersteunen, niet zijnde familie | | | | |
| L | Inwonen bij familie | | | | |
| M | Familie die is komen inwonen | | | | |
| N | Thuis, de woning waar ook gewoond werd voordat er zorgbehoefte ontstond | | | | |
| O | Zelfstandig wonen in een woning die levens- en zorgbestendig is gemaakt door cooperatie en/of gemeente | | | | |

# Bijlage 5. Overzicht bekostigingsmodellen

In deze bijlage beschrijven we vier mogelijke bekostigingsmodellen voor behandeling en de aanvullende zorgvormen in een institutionele setting in de Wlz. We gaan in deze bijlage dieper in op de mogelijke varianten van bekostiging van behandeling en aanvullende zorgvormen, na overheveling naar de Wlz. We kijken daarbij ook naar de verwachtte effecten voor de zorgaanbieders, behandelaren, zorgverzekeraars/zorgkantoren en de cliënt. De bekostigingsmodellen inclusief verwachte effecten zijn ter consultatie voorgelegd aan de in Bijlage 2 vermeldde partijen, met het verzoek om een voorkeursoptie aan te geven. Deze reacties hebben geleid tot het advies zoals in dit rapport is verwoordt.

Het uitgangspunt voor het integraal aanspraak hebben op behandeling en aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz volgt uit het advies van het Zorginstituut. Wlz-aanbieders worden verantwoordelijk voor het organiseren van een integraal pakket aan zorg en de bekostiging ervan vindt plaats vanuit de Wlz. Om de Wlz-zorgaanbieder in staat te stellen invulling te geven aan deze verantwoordelijkheid, moet de zorgaanbieder beschikken over de benodigde financiële middelen. Het ligt daarbij voor de hand om aan te sluiten bij de bestaande prestaties met behandeling. Voor elk van de cliëntgroepen (vv, ghz) en zorgvormen zijn er voor- en nadelen verbonden aan het gebruik van de bestaande prestaties inclusief behandeling. Om die reden introduceren we ook drie alternatieven:

1. Huidige situatie: integrale prestatie inclusief behandeling te declareren door één Wlz-zorgaanbieder.
2. Integrale prestatie inclusief behandeling met (deel)regulering op de onderlinge dienstverlening.
3. Prestaties exclusief behandeling met aparte prestaties voor behandeling, te declareren door één Wlz-zorgaanbieder.
4. Prestaties exclusief behandeling te declareren door de aanbieder van de institutionele setting met aparte prestaties voor behandeling, te declareren door individuele behandelaren bij het zorgkantoor.

Voor elk van deze modellen beschrijven we de voor- en nadelen.

*Ad 1: Integrale prestatie*

Het vormgeven van een integrale prestatie zonder deelprestaties voor behandeling (vanaf hier bekostigingsmodel 1) sluit aan bij het advies van het Zorginstituut. Dit betekent dat Wlz-zorgaanbieders geen zzp's zonder behandeling meer kunnen declareren. Onder verblijf verstaan we verblijf met begeleiding, verpleging en verzorging. De zorgaanbieders worden integraal verantwoordelijk voor het organiseren van zowel verblijf als behandeling. Ze kunnen enkel declareren bij het zorgkantoor indien daarin in het totaalpakket wordt voorzien. Daar waar de zorgaanbieder externe expertise van een huisarts, een apotheker, et cetera moet inzetten, gebeurt dit op basis van onderlinge contracten, ook wel onderlinge dienstverlening. Daarbij stelt de NZa geen eisen aan de prijs die de behandelaar, bijvoorbeeld de huisarts, in rekening mag brengen bij de zorgaanbieder die het integrale tarief declareert. Dit is geheel conform de huidige uitvoering en eisen gesteld aan de prestaties zzp met behandeling. Bij dit model is er voor zorgaanbieders die op dit moment zzp's of vpt's exclusief behandeling leveren sprake van een wijziging van verantwoordelijkheden. Daarnaast is er ook een verandering van financieel risico.

**Figuur 3: Bekostigingsmodel 1**

Invoering van bekostigingsmodel 1 heeft consequenties voor zowel zorgaanbieders, behandelaren, zorgkantoren als cliënt. Hieronder zetten we de belangrijkste consequenties op een rij.

*Wlz-zorgaanbieders*
Niet alle Wlz-zorgaanbieders zullen direct alle capaciteit zelf 'in huis' kunnen halen. Uit gesprekken met zorgaanbieders begrijpen we dat het bijvoorbeeld problematisch is om huisartsen volledig in loondienst van de Wlz-zorgaanbieder onder te brengen, omdat de huisarts vanwege herregistratie-eisen verplicht is om een deel van zijn/haar werkzaamheden uit te voeren binnen een reguliere praktijk.[12] Zorgaanbieders zoals de avg of de so die veelal wel binnen een Wlz-zorgaanbieder in loondienst zijn, zijn niet opgeleid om het volledige takenpakket van een huisarts over te nemen. Voor het borgen van het leveren van medicatie en hulpmiddelen vanuit eigen beheer zal de aanbieder een aanzienlijke schaalgrootte moeten hebben die niet alle huidige zorgaanbieders kunnen bewerkstelligen. Dergelijke zorgaanbieders zullen daarom gedwongen worden om te gaan werken met onderaannemers. De Wlz-zorgaanbieder die nu enkel verblijf organiseert, wordt hoofdaannemer van de te leveren behandeling. Deze zorgaanbieder zal meer afhankelijk worden van de medewerking van behandelaren in de regio dan nu het geval is. Deze onderlinge afhankelijkheid zal per regio/zorgaanbieder andere effecten met zich kunnen brengen, bijvoorbeeld in termen van de contractvoorwaarden en -prijzen die hoofdaannemer (zorgaanbieder) en onderaannemer (behandelaar) onderling overeenkomen.

Bij deze onderlinge afhankelijkheid zal meespelen dat op voorhand niet alle potentiële onderaannemers tot contractering geneigd zullen zijn. Mogelijke problemen worden hier vooral gesignaleerd rondom huisartsenzorg en in mindere mate ook rondom de mondzorg. Door toenemende druk op de huisartsenpraktijk wordt regionaal gesignaleerd dat huisartsen bij voorkeur de verantwoordelijkheid voor zorg aan deze zorg zware cliëntgroep niet willen overnemen van de Wlz-zorgaanbieder. Het leggen van de verantwoordelijkheid voor borging van zorg bij de Wlz-zorgaanbieder maakt het potentieel makkelijker voor huisartsen om zorglevering voor deze cliëntgroep te weigeren. Dit leidt mogelijk tot regionale problemen voor de Wlz-zorgaanbieder om voldoende huisartsencapaciteit in onderaannemerschap te organiseren *(toegankelijkheid)*. Om toch voldoende capaciteit te organiseren, zal de Wlz-zorgaanbieder daar waar krapte ontstaat mogelijk hogere prijzen moeten gaan bieden *(betaalbaarheid)*.

[12] https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/cgs/regelgeving/huisartsgeneeskunde-7.htm

Zorgaanbieders geven aan dat het regelen van huisartsenzorg in de avond, nacht en weekenden soms moeizaam verloopt. Huisartsenposten staan vaak niet te springen om de cliënten in zorg te nemen. Wlz-zorgaanbieders zijn gedwongen om afspraken te maken met de huisartsenposten. Het alternatief om zelf een 24-uurs achterwacht te organiseren is in vrijwel alle gevallen onmogelijk en ondoelmatig.

*Behandelaren Zvw (onderaannemers)*
Behandelaren die nu via de Zvw zorg aanbieden aan Wlz-cliënten ondervinden ook consequenties bij de uitvoering van het advies van het Zorginstituut. Zij zijn nu zelfstandig verantwoordelijk voor levering van zorg en declaratie en krijgen in bekostigingsmodel 1 de rol van onderaannemer. Deze behandelaren worden voor hun Wlz-cliënten afhankelijk van de afspraken die zij maken met de Wlz-zorgaanbieder in plaats van met de zorgverzekeraar. Dat kan zowel positieve als negatieve effecten hebben voor de behandelaren. Zo zal de administratieve belasting voor behandelaren groter zijn. Zorginhoudelijk zullen behandelaren al afstemming hebben met zorgaanbieders. Deze afstemming echter wordt nu aangevuld met financiële afspraken en declaratiestromen. Behandelaren krijgen straks dus zowel een financieringsstroom vanuit de Zvw als vanuit de Wlz.

Afhankelijk van de regionale situatie, bijvoorbeeld schaarste in aanbod op de zorgaanbiedersmarkt, zal of de hoofdaannemer of de onderaannemer een zekere mate van onderhandelingsmacht verkrijgen. Wel of geen contract met een zorgverzekeraar binnen de Zvw heeft consequenties voor de hoogte van het inkomen, maar geen contract met de Wlz-aanbieder betekent in zijn geheel geen toegang tot deze cliëntgroep. Hier staat tegenover dat de Wlz-zorgaanbieder in zekere mate zorginhoudelijk afhankelijk zal zijn van zijn onderaannemers, wat de onderhandelingspositie van de onderaannemers ten goede komt.

Voordeel van dit model voor behandelaren is dat de bekostiging van zorg voor deze cliëntgroep mogelijk flexibeler en meer op maat kan worden vormgegeven, al naar gelang de lokale/regionale situatie. Binnen de Zvw volgen de behandelaren de bekostigingsstructuur die landelijk wordt opgelegd. In onderaannemerschap ontstaat meer ruimte om afspraken te maken over vergoeding van de inzet op basis van bijvoorbeeld lumpsumbetalingen, uurvergoedingen of wat gelet op de lokale situatie ook als meest wenselijk wordt geacht. Uit gesprekken met zorgaanbieders is gebleken dat van deze ruimte ook gebruik wordt gemaakt.

*Zorgverzekeraars/zorgkantoren*
Overheveling vanuit de Zvw naar bekostiging op basis van integrale zzp's heeft als consequentie dat minder inzicht ontstaat in de (kwantiteit van) werkelijk geleverde zorg. Binnen de Zvw wordt veelal gedeclareerd per handeling. Overheveling naar declaratie op basis van zzp maakt minder inzichtelijk wat hierbinnen geleverd wordt. Daarbij spreekt het Zorginstituut de verwachting uit dat onder centrale regie de kwaliteit van zorg zal verbeteren, wat op lange termijn kostenbesparend moet kunnen zijn.

Het argument dat minder inzicht bestaat in de feitelijk geleverde zorg heeft tot nu toe niet geleid tot het toepassen van een andere bekostigingsmethode voor cliënten die al behandeling in een institutionele setting op grond van de Wlz ontvangen. Als alternatief voor inzicht op het niveau van bekostiging zijn er wel andere mechanismen actief; In de Wlz wordt zorginhoudelijk gestuurd met zorgplannen. Deze worden opgesteld in overleg met de cliënt. Cliënten hebben via de cliëntenraad bij een zorgaanbieder ook inspraak op het gevoerde (zorginhoudelijke) beleid. Zorgkantoren en zorgaanbieders sturen op kwaliteitseisen op basis van kwaliteitsplannen die voortkomen uit kwaliteitskaders.

*Cliënt*
Ook voor de cliënt heeft de overheveling gevolgen. Nu kiest/behoudt de cliënt zijn eigen huisarts en overige behandelaren. Door de zorgaanbieder

hoofdverantwoordelijk te maken voor het zorgaanbod zijn cliënten afhankelijk van het aanbod dat de zorgaanbieder voor hen organiseert.

Uit onderzoek van Significant *('Onderzoek uitvoeringspraktijk Wlz-behandeling', 13 april 2018)* en de gesprekken die we hebben gevoerd, blijkt dat zorgaanbieders keuzevrijheid binnen bepaalde grenzen kunnen organiseren. De behandeling van Wlz-cliënten is echter vaak zo specifiek dat het meenemen van behandelaren vaak niet kan wanneer de cliënt voor het eerst in zorg komt.

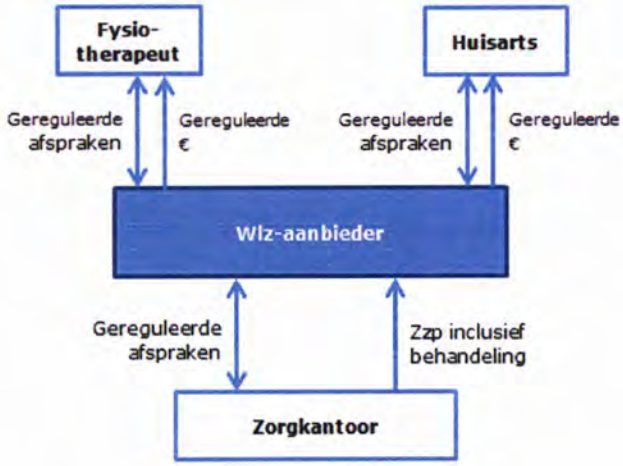
Bovenstaande mogelijke effecten zijn beschreven vanuit het model waar alle vergoedingen die nu via de Zvw lopen, worden omgezet in zzp met behandeling, waarin de zorgaanbieder volledig eindverantwoordelijk wordt voor borging van het geheel aan zorg. De zorg wordt geleverd door de zorgaanbieder zelf of door behandelaren die in onderaannemerschap door de zorgaanbieder wordt gecontracteerd. Deze contractering in onderaannemerschap is geheel aan de vrije markt en wordt niet nader gereguleerd.

Tot slot is het werken met een integrale prestatie en tarief vanuit de cliënt bezien positief. Een aanbieder kan de zorg en inzet van behandeling geheel afstemmen op de zorgvraag / behoefte van de cliënt (cliënt-volgend). Er zijn daarbij geen belemmeringen voor substitutie tussen de verschillende zorgvormen. Bijvoorbeeld de cliënt specifieke inzet van een uur meer verpleging en een uur minder behandeling of andersom.

*Ad 2: Integrale prestatie inclusief behandeling met (deel)regulering op de onderlinge dienstverlening*
De zorgaanbieder wordt geheel eindverantwoordelijk voor alle te leveren behandeling en declareert hiervoor de zzp die gekoppeld is aan de zorgzwaarte van de cliënt. De zorg wordt geleverd door de instelling zelf of door behandelaren die in onderaannemerschap door de zorgaanbieder worden gecontracteerd. De afspraken die de zorgaanbieder met onderaannemers maakt, worden echter (op deelgebieden, bijvoorbeeld huisartsenzorg) gereguleerd. Denk hierbij aan het maximumtarief dat een huisarts of een apotheek in rekening mag brengen aan de zorgaanbieder per zorgleveringstraject of -contact of per periode. Hierbij kan aansluiting worden gezocht bij de tarieven die zorgaanbieders nu binnen de Zvw hanteren of kan eventueel naar alternatieve vormen van regulering worden gezocht. Deze aanpassing beschermt de zorgaanbieder tegen verwachte prijsopdrijvende effecten als gevolg van schaarste of afhankelijke positie van de zorgaanbieder ten opzichte van onderaannemers. Onderaannemers mogen in dat geval niet meer vragen dan het door de NZa gereguleerde maximumtarief of beleidsregelwaarde. Voor huisartsenzorg is thans op soortgelijke wijze het tarief dat een huisarts van een huisartsenpost per uur mag vragen gereguleerd.

De nadelen van dit model ten opzichte van het eerste model zijn:
- Deze maatregel ondervangt niet dat onderaannemers kunnen weigeren medewerking te verlenen. Sterker, het vergroot het risico dat onderaannemers geen medewerking verlenen, omdat de zorgaanbieder minder flexibel is om vergoeding op maat vorm te geven die aansluit bij de regionale behoefte. Het risico op prijsopdrijvende effecten als gevolg van onderhandelingsmacht door onderaannemers wordt verminderd, maar de borging van toegankelijkheid van zorgverlening door de zorgaanbieder komt onder druk te staan.
- Deze maatregel introduceert een vorm van segmentering in het integrale tarief en daarmee een afname van de (regionale) flexibiliteit van zorgaanbieders om tot afspraken met onderaannemers te komen.
- Voor zorgvormen waarvoor in de Zvw vrije prijzen en/of vrije of facultatieve prestaties gelden zou regulering van onderaannemerschap kunnen inhouden dat er een minimum of maximumtarief of beleidsregelwaarde komt in de Wlz.

**Figuur 4: Bekostigingsmodel 2**




*Ad 3: Prestaties exclusief behandeling. Aparte prestaties voor behandeling, declareren door de zorgaanbieder*
De zorgaanbieder wordt geheel eindverantwoordelijk voor alle te leveren behandeling, maar declareert de behandeling niet op basis van zzp met behandeling. Bij dit model komen de zzp's met behandeling te vervallen en declareert de zorgaanbieder het zzp zonder behandeling. Er worden tussen zorgaanbieder en zorgkantoor afspraken gemaakt over behandeling per zorgvorm. Declaratie vindt plaats op basis van losse, door de NZa gereguleerde, prestaties conform de huidige werkwijze in de Zvw. Dit zou de vorm aan kunnen nemen van betaling per consult/verrichting/medicijn, zoals nu binnen de Zvw, of de vorm van een bundelvergoeding per zorgvorm. In deze laatste variant declareert de instelling bijvoorbeeld een bedrag per periode voor 'fysiotherapie' als de cliënt daadwerkelijk gebruik maakt van fysiotherapie en anders niet. Voor de verdeling van het macro-kader over de zorgkantoorregio's wordt nog wel als verdeelsleutel het zzp inclusief behandeling gebruikt.

**Figuur 5: Bekostigingsmodel 3**

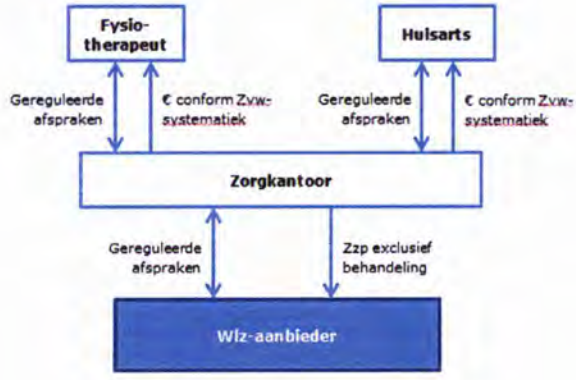
De voordelen van dit derde bekostigingsmodel ten opzichte van de eerste twee zijn:
- Meer inzicht voor het zorgkantoor in de af te nemen en te vergoeden behandeling.
- Inzicht voor zorgaanbieders in inkomsten per te contracteren zorgvorm.

- Mogelijk kostendrukkend. De financiële analyses tot nu toe tonen aan dat de behandelcomponent binnen zzp's veelal hoger liggen dan de kosten die nu vanuit Zvw worden gedeclareerd, voor de cliënten met een zzp zonder behandeling. Mogelijk geldt dat ook voor cliënten met behandeling.

De nadelen van model 3 ten opzichte van de eerste twee zijn:
- Het is niet voor de hand liggend/mogelijk om deze bekostigingsvorm alleen te introduceren voor de nu over te hevelen cliëntgroep. Het omzetten van de declaratie van een integrale zzp naar declaratie op basis van werkelijk geleverde zorgcomponenten of prestaties van toepassing in de Zvw zou een beweging moeten zijn die geldt voor de gehele Wlz-bekostiging. Dit zal de nodige (technische) uitwerking vergen die een langere doorlooptijd vergt dan model 1 en 2.
- De complexiteit van Wlz-bekostiging neemt sterk toe.
- Het per zorgvorm opknippen van de bekostiging biedt mogelijk minder mogelijkheden voor de zorgaanbieder tot het onderling compenseren van inkomsten en kosten samenhangend met zorgzware en minder zorgzware cliënten.

*Ad 4: ZZP-Prestaties exclusief behandeling. Aparte prestaties voor behandeling, declareren door individuele behandelaren bij zorgkantoor.*
De zorgaanbieder wordt inhoudelijk geheel eindverantwoordelijk voor borging van alle te leveren behandeling, maar de bekostiging van de individuele zorgvormen gaat buiten de zorgaanbieder om. De zorgaanbieder maakt ook geen afspraken over behandeling met het zorgkantoor. De behandelaren, zoals de huisarts, paramedicus en apotheek maken afspraken over de inzet voor cliënten met het zorgkantoor en declareren op basis van losse prestaties rechtstreeks aan het zorgkantoor waarmee een overeenkomst is gesloten. Voor de te declareren prestaties wordt aangesloten bij de Zvw.

**Figuur 6: Bekostigingsmodel 4**




Ten opzichte van de vorige modellen zijn de voordelen van model 4:
- Minder mogelijkheden voor huisarts, tandarts, et cetera om te stellen dat één andere zorgaanbieder verantwoordelijk is geworden voor het leveren van zorg.
- Meer inzicht voor zorgkantoor in af te nemen en te vergoeden zorg.

De nadelen ten opzichte van de andere modellen zijn:
- Conform model 3 is het niet logisch om dit alleen voor deze over te hevelen cliëntgroep te introduceren. Dit vereist een bredere beweging binnen de Wlz-bekostiging.
- Ook is het de vraag of zorgkantoren in staat zijn om individuele kleinschalige behandelaren, zoals huisartsen en apothekers, in gelijke mate te contracteren en controleren zoals zorgverzekeraars dit nu doen.

- Controle op doelmatige inzet van de middelen door het zorgkantoor wordt lastiger als behandelaren zelfstandig kunnen declareren.
- Toename complexiteit van Wlz-bekostiging met onduidelijke rolverdeling tussen de zorgaanbieder van verblijf en het zorgkantoor.
- Onduidelijk hoe afspraken met zorgaanbieders over coördinatie te maken zijn als de financiële middelen niet bij de zorgaanbieder belanden.
- Onduidelijk wat er met de kwaliteit van zorg gebeurt als tarieven vanuit de Zvw gebruikt worden. Wlz-kosten liggen nu hoger dan Zvw-kosten, maar op dit moment geen zekere oorzaak aan te wijzen.

# Bijlage 6. Methoden berekening

In deze bijlage geven we extra informatie over de wijze waarop we de mutaties van de verschillende kaders zijn berekend. We lichten de methode toe die is gebruikt voor het ramen van de uitgaven voor de zzp- en vpt-prestaties, mondzorg, dure geneesmiddelen en zorggebonden materialen en boven-budgettaire hulmiddelen.

*Bronnen*
Wij hebben gebruik gemaakt van de volgende gegevens:
- De uitgaven voor dure geneesmiddelen en zorggebonden materialen zoals bekend bij de NZa op basis van de ingediende nacalculatieformulieren 2016 van zorgaanbieders en zorgkantoren.
- Vektis declaratiegegevens 2016 en 2018: De maandelijkse aanlevering door Wlz-uitvoerders via Vektis aan de NZa van de gedeclareerde Wlz-zorg door zorgaanbieders. Van het jaar 2018 is de maand december voorspeld.
- Vektis samenloopbestand vv en ghz van 7 mei 2018 met kenmerk 'NZa_detail.xlsx'. Hierbij zijn per zzp en vpt prestatie met en zonder behandeling de bijbehorende zorgkosten in een de Zvw inclusief aanvullende verzekering in kaart gebracht.
- Vektis hulpmiddelenbestand van 20 augustus 2018 met kenmerk '18075 Samenloop hulpmiddelen en Wlz.xlsx'. Hierin staan de kosten en het aantal cliënten met een Wlz-indicatie, waarvoor hulpmiddelen zijn verstrekt uit de Zvw. Wij hebben de gegevens over het jaar 2016 gebruikt. Alleen hulpmiddelen die zijn verstrekt in de periode dat iemand Wlz-zorg ontving zijn gebruikt. De methodiek die is gebruikt voor het bepalen van de periode dat iemand Wlz-zorg ontvangt, is gelijk aan die gebruikt bij Vektis samenloopbestand vv en ghz.
- Rapport Herijking inventariskosten AWBZ, TNO 23 april 2012, pagina 38.
- Rapport Herijking inventariskosten AWBZ, TNO 14 juni 2013, pagina 6.
- Mondzorg Wlz, Zorginstituut Nederland, exploitatie fonds Wlz, voorlopig Q2, 2018. De overige kwartalen zijn voorspeld door het Zorginstituut.
- De gegevens van de maandelijkse aanlevering van boven-budgettaire uitgaven aan rolstoelen en individueel aangemeten hulpmiddelen door zorgkantoren (tot en met november 2018).

*Uitname Zvw*
De uitname uit de Zvw is berekend door de gemeten samenloopuitgaven 2016 per zzp en vpt prestatie uit het Vektis samenloopbestand te delen door het aantal bijpassende dagen per zzp en vpt prestatie zoals volgt uit de Vektis declaratiegegevens 2016. Het berekende normbedrag per prestatie voor 2016 is vervolgens vermenigvuldigd met het aantal bijpassende dagen per zzp en vpt prestatie zoals volgt uit de Vektis declaratiegegevens 2018. Voor de indexatie naar 2019 hebben wij bij het deelkader hulpmiddelen de materiele index toegepast (1, 05994) en een gewogen index gebruikt (90% loon, 8% materieel en 2% kapitaal, 1,0902) bij de andere deelkaders.

*Uitname Wmo*
De component tilliften en andere roerende voorzieningen is als volgt berekend:
- Allereerst is de inventariscomponent van de behandelcomponent voor iedere zzp prestatie berekend door de nic die hoort bij het zzp zonder behandeling in mindering te brengen op de nic die hoort bij het zzp met behandeling, prijspeil 2019. Zie de bijlagen gepubliceerd bij de beleidsregels Wlz 2019. Dit bedrag vormt een normbedrag nic-behandeling voor de zzp prestaties zonder behandeling en de vpt prestaties. Dit normbedrag omvat niet alleen een vergoeding voor bedden, tilliften en postoelen maar ook bijvoorbeeld een vergoeding voor de behandeltafel van een fysiotherapeut.
- Op basis van rapporten van TNO is het deel van dit normbedrag vastgesteld dat voorziet in een vergoeding voor inrichtingselementen/roerende voorzieningen als

hoog-laag bedden, tilliften en postoelen. Uit het Rapport Herijking inventariskosten AWBZ, TNO 23 april 2012 volgt dat het aandeel van behandeling in de totale inventariskosten 12% is. Uit het Rapport Herijking inventariskosten AWBZ, TNO van 14 juni 2013 blijkt dat na correctie voor hoog-laag bedden en tilliften etc. het aandeel van behandeling in de totale inventariskosten 31% is, ofwel een stijging van 61% van de behandelcomponent door het toerekenen van hoog-laag bedden en tilliften aan de behandelcomponent. Op basis hiervan is gesteld dat 61% van de nic van de behandelcomponent voorziet in de hoog-laag bedden, tilliften etc. Deze factor (0,61) is toegepast op het normbedrag voor de nic dat is berekend voor ieder zzp en vpt prestatie.
- Vervolgens is voor de zzp prestaties zonder behandeling en alle vpt prestatie dit normbedrag voor hoog-laag bedden, tilliften en postoelen vermenigvuldigd met het aantal Vektis declaratiegegevens 2018 en gesommeerd.
- Hierop zijn in mindering gebracht, de uitgaven in de Zvw in 2016 voor inrichtingselementen. Dit betreft de gehele G-code groep uit het Vektis hulpmiddelenbestand. Deze uitgaven zijn met de materiele index geïndexeerd naar prijspeil voorlopig 2019 (1,0599).
- Dit resulteert in de geraamde Wmo uitgaven voor tilliften, postoelen etc.

De component rolstoelen is als volgt berekend:
- Van één concessiehouder met een aandeel van circa 18% in de uitgaven voor rolstoelen en zzp's met behandeling hebben wij per zzp met behandeling de uitgaven voor rolstoelen in het jaar 2018 tot en met november ontvangen. Een verwaarloosbaar deel van de uitgaven bleek niet toe te rekenen aan een zzp. Deze uitgaven (0,2%) hebben we omgeslagen over de wel bekende uitgaven. De uitgaven zijn vervolgens op dag-basis geëxtrapoleerd naar geheel 2018.
- Deze uitgaven zijn gedeeld door het aantal gedeclareerde dagen zzp inclusief behandeling van deze concessiehouder 2018. Dit geeft een normbedrag voor rolstoeluitgaven per profiel.
- Deze normbedragen zijn vervolgens vermenigvuldigd met het aantal zzp zonder behandeling en vpt dagen uit het bestand Vektis declaratiegegevens 2018 en gesommeerd.
- De gegevens zijn tevens geïndexeerd met de voorlopige materiele index (1,0246) naar 2019.

*Ophoging Wlz: behandelcomponent zzp- en vpt-prestaties*
De ophoging van het Wlz-kader is berekend met behulp van de behandelcomponent die onderdeel is van de zzp- en vpt-tarieven. Deze maximale tariefcomponent voor behandeling is berekend met behulp van de tarieven 2019 (prijspeil voorlopig loon, materieel en inventaris 2019 en definitief kapitaal 2019) zoals de NZa die heeft gepubliceerd op 3 juli 2018.
Voor de zzp exclusief behandelprestaties is de toe te voegen behandelcomponent berekend door het zzp exclusief behandeling in mindering te brengen op het zzp inclusief behandeling. Deze zzp behandelcomponent is ook toegevoegd aan de vpt prestaties. Hierbij heeft een correctie plaatsgevonden op de vpt-inclusief behandelprestaties zodat de specifieke behandeling niet tweemaal wordt bekostigd. De berekende normbedragen voor de behandelcomponent per zzp zonder behandeling of vpt prestatie zijn vervolgens vermenigvuldigd met de bij de prestatie passende dagen zoals volgt uit de Vektis declaratiegegevens 2018.

Deze methode heeft twee belangrijke gevolgen voor de vpt-prestaties. Allereerst brengt deze methodiek met zich mee dat dus ook de normatieve huisvestingscomponent en inventariscomponent voor behandeling aan een vpt met behandeling worden toegevoegd. Dit in tegenstelling tot de huidige situatie waarbij deze twee onderdelen niet zijn opgenomen in de vpt prestaties. Deze methodiek brengt ook met zich mee dat de tarieven van sommige vpt-prestaties inclusief behandeling die worden toegepast in de sector gehandicaptenzorg dalen ondanks dat er een normatieve huisvestingscomponent en normatieve inventariscomponent voor behandeling wordt toegevoegd. Het betreft de tarieven voor vg zonder

dagbesteding 3, 4 en 6, vg met dagbesteding 3, 4 en 6, lg met dagbesteding. Dit komt omdat het bedrag dat ontstaat als bijvoorbeeld het tarief van vpt exclusief dagbesteding exclusief behandeling in mindering wordt gebracht op tarief vpt exclusief dagbesteding inclusief behandeling groter is dan het bedrag dat ontstaat als zzp exclusief dagbesteding exclusief behandeling in mindering wordt gebracht op zzp exclusief dagbesteding inclusief behandeling.

De ophoging van de lvg vpt prestaties met behandeling is berekend door met behulp van de gegevens uit het kostenonderzoek. Met behulp van deze gegevens is het relatieve aandeel van behandeling op de totale loon en materiele kosten voor een lvg zzp en vpt prestatie bepaald. De uitkomsten liggen in de range van 17 tot 24%. Vervolgens is dit percentage toegepast op het loon en materiele deel van de zzp en vpt tarieven voor het jaar 2019. Tevens is een normatieve huisvestingscomponent en normatieve inventariscomponent voor de vpt behandelcomponent berekend.

In onderstaande tabel staat het bedrag waarmee de behandelcomponent van de lvg vpt prestaties moet worden opgehoogd. Hierin is nog niet de (algemene) paramedische zorg verdisconteerd.

**Tabel 8: Ophoging lvg vpt prestaties**

| | Loon en materieel | nhc | nic | Totaal |
|---|---|---|---|---|
| Vpt lvg 1 | € 0,20 | € - | € 1,24 | € 1,44 |
| Vpt lvg 2 | € 0,25 | € - | € 1,24 | € 1,49 |
| Vpt lvg 3 | € 0,27 | € 4,11 | € 2,53 | € 6,91 |
| Vpt lvg 4 | € 0,23 | € 4,11 | € 2,53 | € 6,88 |
| Vpt lvg 5 | € 0,24 | € 4,11 | € 2,53 | € 6,89 |

Bedragen in prijspeil voorlopig 2019.

*Ophoging Wlz-kader algemeen paramedische zorg*
Het normbedrag waarmee alle prestaties (zzp met behandeling, zzp zonder behandeling en vpt) worden opgehoogd omdat paramedische zorg met een algemeen karakter vanuit de Wlz wordt vergoed is gebaseerd op de uitgaven voor paramedische zorg die ten laste van de Zvw en de aanvullende verzekering zijn gebracht.
Een normbedrag per profiel is geraamd door de uitgaven gemoeid met paramedische zorg die op grond van de Zvw verzekering is vergoed zoals volgt uit het Vektis samenloopbestand 2016 bij een zzp met behandeling te delen door de Vektis declaratiegegevens 2016 die bij het betreffende zzp met behandeling passen. Vervolgens is dit normbedrag geïndexeerd naar 2019 (90% loon, 8% materieel en 2% kapitaal, 1,0902) en vermenigvuldigd met het aantal bij het profiel passende gedeclareerde dagen dat volgt uit de Vektis declaratiegegevens 2018. Het normbedrag Zvw per dag dat is berekend voor de zzp's met behandeling is dus ook toegepast op de zzp's zonder behandeling en alle vpt prestaties. Eenzelfde berekening is gemaakt voor de paramedische zorg die ten laste van een aanvullende verzekering is gebracht.

*Toevoeging component mondzorg aan de zzp- en vpt-prestaties*
De uitgaven gemoeid met de mondzorg zijn per zzp geraamd. Het totaal bedrag voor mondzorg zoals geraamd voor 2018, 67 miljoen euro, is hierbij gedeeld door het aantal dagen dat prestatie met behandeling (zzp met behandeling en bijvoorbeeld klinisch intensieve behandeling) dat volgt uit de Vektis declaratiegegevens 2018.
Met behulp van de gedeclareerde gegevens over mondzorg in de Zvw heeft een weging plaatsgevonden zodat niet ieder zzp met behandeling met een vast normbedrag, bijvoorbeeld 0,83 wordt opgehoogd maar dat rekening wordt gehouden met het profiel. We hebben tevens een bedrag gereserveerd voor de ggz-

zzp's omdat ook deze cliënten mondzorg krijgen uit de Wlz en dus in het bedrag van € 67 miljoen zijn verdisconteerd.

*Dure geneesmiddelen en zorggebonden materialen*
De uitgaven gemoeid met dure geneesmiddelen en zorggebonden materialen zijn per zzp geraamd. Hier is dezelfde methodiek toegepast zoals beschreven in het verantwoordingsdocument kostenonderzoek langdurige zorg (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_253471_22/1/, pagina 23 en bijlage 7). De totale uitgaven in 2016 voor dure geneesmiddelen en voor zorggebonden materialen volgt uit de nacalculatiegegevens 2016. Per profiel is een normbedrag voor dure geneesmiddelen en een normbedrag voor dure zorggebonden materialen berekend. Het normbedrag is berekend door de totale uitgaven voor dure geneesmiddelen te delen door het volume aan gerealiseerde prestaties waarvoor de regeling is opengesteld. We reserveren hierbij tevens bedragen voor de ggz reeks waarover we adviseren in een ander rapport. Deze normbedragen zijn geïndexeerd met de materiele index naar 2019 en vermenigvuldigd met het aantal dagen zzp zonder behandeling en vpt zoals volgt uit de Vektis declaratiegegevens 2018.

*Boven-budgettaire hulpmiddelen*
De ophoging van het Wlz kader voor rolstoelen voor individueel gebruik is gelijk aan de geraamde daling van het Wmo-kader zoals eerder in deze bijlage beschreven. De aangemeten hulpmiddelen (ortheses, protheses, schoenen) worden momenteel voor cliënten met een zzp met behandeling buiten de contracteerruimte maar wel uit het totale Wlz-kader bekostigd. De NZa vraagt deze kosten maandelijks op bij de zorgkantoren. Vanaf 2018 wordt hierin een uitsplitsing tussen uitgaven voor aangepaste rolstoelen en overige individueel aangepaste hulpmiddelen gemaakt. De geprognosticeerde uitgaven voor individueel aangepaste hulpmiddelen 2018 is hierbij gedeeld door het aantal dagen dat een prestaties met behandeling is gedeclareerd in 2018 met behulp van de Vektis declaratiegegevens 2018. Dit geeft een normbedrag per profiel voor individueel aangemeten hulpmiddelen. Met de materiele index zijn de bedragen geïndexeerd naar prijspeil voorlopig 2019.

Hierbij is geen rekening gehouden met de kosten van verbreding van de mobiliteitshulpmiddelen naar alle mobiliteitshulpmiddelen, bijvoorbeeld de aangepaste fiets en scootmobiel. Het is niet bekend hoeveel geld hiermee gemoeid is in de Wmo voor de cliënten met een zzp zonder behandeling en vpt prestatie.

# Bijlage 7. Consultatievragen en reacties

In de consultatieronde zijn de onderstaande consultatievragen gesteld. De naar aanleiding van deze consultatievragen ontvangen reacties staan weergegeven in de apart bijgevoegde bijlage. In die bijlage wordt waar mogelijk verwezen naar onderstaande vragen.

*Integrale zorg bij vpt (bij hoofdstuk 3)*
Wij stellen voor dat het vpt met behandeling alleen in rekening mag worden gebracht indien de aanbieder de integrale zorg heeft geleverd. De leveringsvorm vpt zonder behandeling komt te vervallen. In de toekomst zijn er alleen de prestaties zzp met behandeling, vpt met behandeling en de huidige mpt-prestaties. Er wordt geen onderscheid gemaakt in geclusterd of niet geclusterd vpt.

1. In hoeverre bent u het eens met de door ons voorstelde afbakening van integrale zorg voor cliënten met een vpt?
2. Waarom is de voorgestelde afbakening wel of niet werkbaar bij de zorginkoop?
3. In hoeverre hebt u behoefte aan het toevoegen van voorwaarden aan de prestatiebeschrijvingen voor een vpt met behandeling
4. Kunt u aangeven wat de voorgestelde afbakening van integrale zorg voor de vpt-cliënt gaat betekenen?

*Bekostigingsmodel (bij hoofdstuk 4)*
Wij stellen een integraal bekostigingsmodel voor vergelijkbaar met de prestaties zzp met behandeling.

5. In hoeverre bent u het eens met het door ons voorgestelde bekostigingsmodel voor Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen?
6. Ziet u nog andere kansen en belemmeringen dan door ons benoemd bij het voorgestelde bekostigingsmodel?
7. Kunt u aangeven wat het voorgestelde bekostigingsmodel voor de cliënt of uw cliënten gaat betekenen?
8. Welke kansen en belemmeringen ziet u voor het organiseren van keuzevrijheid van behandelaren (huisarts, psycholoog, etc.) voor de cliënt?

*Macro financiële impact (bij hoofdstuk 5)*
De adviezen van het Zorginstituut leiden tot een verschuiving van middelen van Zvw en Wmo naar Wlz. Uit onze analyse blijkt dat er ook sprake is macro meerkosten. Wij hebben de meerkosten deels kunnen onderbouwen. Macro meerkosten zonder een duidelijke verklaring vinden wij onwenselijk.

9. In hoeverre herkent u zich in de kwalitatieve beschrijving van de verklaring van meerkosten voor behandeling in de Wlz?
10. Welke aanvullende verklaringen heeft u voor de meerkosten? Kunt u ons helpen met het kwantificeren van de nog niet verklaarde meerkosten?
11. Welke mogelijkheden ziet u in de zorginkoop om de meerkosten te mitigeren?
12. Welke mogelijkheden ziet u in de bedrijfsvoering van zorgaanbieders en behandelaren om de meerkosten te mitigeren?

*Invoeringstraject (bij hoofdstuk 7)*
Wij schetsen twee overgangsscenario's te weten:
A) In een keer invoeren met een ruime voorbereidingsperiode van twee jaar, of
B) geleidelijk ingroeien over een periode van drie jaar.

13. Welk overgangsscenario heeft uw voorkeur en waarom? Ziet u nog alternatieven?
    We schetsen een aantal belangrijke stappen voor een succesvolle invoering van ons advies. Hebt u hierop nog aanvulling?

# Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Beroepsverenigingen | NIP | vpt | 1 | NIP kan zich vinden in de afbakening vpt/mpt en het vervallen van prestaties vpt zonder behandeling. De voorgestelde afbakening en gelijkschakelen van zzp en vpt met behandeling voorkomt problemen die samenhangen met afstemming en samenwerking doordat vaak niet voldoende scherp is wat precies onder behandeling valt (en door wie) en wat onder begeleiding valt (en door wie). Hierdoor komt in de pratijk, daar waar sprake is van vpt zonder behandeling of mpt de samenwerking tussen begeleiders van aak niet goed van de grond. En is sprak van onderbehandeing (men wijst naar elkaar) of ondoelmatigheid vanwege dubbelingen. Integrale behandeling dwingt tot samenwerken, zorgt voor korte lijntjes en stimuleert en inspireert betrokken om buiten hun comfortzone te treden.<br><br>Uit oogpunt van keuzevrijheid is het van belang dat mpt en pgb blijven bestaan. |
| Beroepsverenigingen | NIP | vpt | 1-4 | De voorgestelde afbakening van integrale zorg voor de vpt-cliënt zal betekenen dat deze te allen tijde de aanbieder kan aanspreken op de te leveren zorg en dat deze aanbieder verantwoordelijk gehouden kan worden voor de samenhang in het aanbod. Het kan anderzijds ook betekenen dat er wellicht minder keuzevrijheid is voor de cliënt. Als het gaat om de inzet van psychologische en/of psychiatrische behandeling is de relatie met de behandelaar vaak mede bepalend voor het resultaat van de behandeling. Zeker voor deze vaak complexe/chronische problematiek. |
| Beroepsverenigingen | NIP | Inkoopproces | 2 | Wij denken dat de voorgestelde afbakening werkbaar is voor de zorginkoop, waarbij het ons inziens wel nodig is om explicietere voorwaarden toe te voegen aan de prestatiebeschrijvingen voor een vpt met behandeling. Zodat ook voor mpt duidelijk is waaraan voldaan moet zijn om een volwaardig alternatief te zijn voor een vpt zonder behandeling.<br><br>Daarnaast pleiten we wel voor reële vaste tarieven, zeker voor de behandelcomponent |
| Beroepsverenigingen | NVO | vpt | 1 | Het aanbrengen van de scheiding tussen vpt niet of wel geclusterd zou leiden tot een kunstmatige en niet eenduidige scheiding. Wij zijn dan ook geen voorstander van dit onderscheid en staan dus achter het voorstel van de NZa voor een alternatief voor het geclusterd VPT. Het voordeel van deze alternatieve optie is dat de zorgvraag van de client voorop staat, niet de locatie van de cliënt. |
| Cliëntenorganisaties | Ieder(in) en Per Saldo | vpt | 1 | Voorstel afbakening VPT is logisch in de gehele lijn die voor de operatie Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen wordt voorgesteld. |

# Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Cliëntenorganisaties | Ieder(in) en Per Saldo | Keuzevrijheid, Inkoopproces | 2 | Keuzevrijheid van de cliënt is in het geding: cliënt met een VPT wordt gedwongen om de zorg bij één aanbieder af te nemen. Verwachten problemen bij de zorginkoop groep cliënten die zijn aangewezen op een integraal en specialsitisch behandel aanbod:<br>- continuïteit van zorg voor gevoelige groep cliënten wordt doorbroken;<br>- Er zijn nu niet veel aanbieders die in de Wlz deze aanvullende zorgvormen integraal aanbieden.<br>Cliënten moeten mogelijk op zoek naar nieuwe aanbieder: vertrouwensband wordt doorbroken en met name voor ggz-cliënten is dit juist een contra-indicatie. Pleiten dan ook voor maatwerk. |
| Cliëntenorganisaties | Patienten federatie | vpt | 1 | Wij denken dat de voorgestelde afbakening beter duidelijk maakt wat cliënten van een zorgaanbieder kunnen verwachten. Het aanspreekpunt voor wonen, zorg en leven is de Wlz-aanbieder en de sleutel voor de cliënt ligt bij het zorgkantoor.<br><br>Toch zijn er ook zorgen:<br>- Het vereist goede (keuze)informatie en kennis bij eventuele cliëntondersteuners;<br>- Cliënten moeten niet ongewenst voor mpt / pgb kiezen, uit vrees om regie over behandeling kwijt te raken;<br>- Aanbieders van integrale zorg moeten voldoende oog hebben voor behoeften van cliënten om te kunnen kiezen, voor te leveren kwaliteit en maatwerk als het gaat om behandeling. |
| Cliëntenorganisaties | Patienten federatie | vpt | 3 | - Maak mogelijk dat cliënten bij twijfel over de behandeling door een door de Wlz-aanbieder georganiseerde zorgverlener een second opinion kunnen krijgen van een andere zorgverlener;<br>- Regel dat relevante kwaliteitskaders van toepassing zijn (denk aan hulpmiddelen, palliatieve zorg, etc) voor zover dat onderdeel kan uitmaken van de prestatiebeschrijving |

# Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Cliëntenorganisaties | Patienten federatie | vpt | 4 | - Een cliënt is voor alle zorg volledig aangewezen op de Wlz-aanbieder. Dat lijkt duidelijk. Maar of dat als een verbetering wordt ervaren, is nog maar de vraag. In het huidige systeem hebben we al te maken met de zogenaamde 'zorgval'. Hoe garandeer je dat dat met deze verandering niet ontstaat of nog groter wordt?<br>- Bij een vermoeden van een vooruitzicht om minder zorg te krijgen (zorgval) en regieverlies, al dan niet in combinatie met de behoefte om (dicht bij) thuis te blijven, kan het zijn dat de cliënt kiest voor een minder passende leveringsvorm. Een leveringsvorm die ook past bij een te verwachten beloop van mogelijkheden/beperkingen in functioneren van de cliënt.<br>- Keuzevrijheid als het gaat om zorgverleners is voor een deel van de cliënten belangrijk. Dat kan gaan om de vertrouwde relatie, maar in een aantal gevallen ook om een bepaalde specialisatie. Dat vraagt goede uitleg vooraf en meedenken over wat de meerwaarde van het integrale zorgaanbod voor de cliënt kan zijn.<br>- Daarnaast maken we uit meldingen die wij krijgen op, dat cliënten en hun naasten onvoldoende vooraf over mogelijkheden en beperkingen in het zelf kiezen van een zorgverlener worden geïnformeerd. Met regelmaat ontvangen wij melding van mensen die onaangenaam verrast zijn als ze ontdekken dat de keuze voor een (huis)arts of fysiotherapeut of bepaalde hulpmiddelen is komen te vervallen, nadat ze zijn opgenomen.<br>- In administratief- en regel-opzicht kan de verandering wel ontlasting van mantelzorgers opleveren. Vooral zij hebben te maken met het koppelen van verschillende regimes.<br>-Blijft er kleinschalig zorgaanbod bestaan, ook voor niet-pgb-cliënten? En hebben cliënten met relatief veel aanvullende zorg, wel voldoende kans op een passende plek? Dit vraagt goede monitoring. |
| Farmaceutische zorg | KNMP, ASKA, NAPCO | Invoeringstraject: informatie delen | 1-4 | Verder blijkt in de praktijk uit de samenloop tussen Wlz en Zvw dat het delen van cliënten-dossiers tussen de verschillende behandelaren en zorgaanbieders een belemmering vormt bij het leveren van integrale zorg. Ook komt hieruit naar voren dat het uitwisselen van gegevens over de indicatie en leveringsvorm van cliënten tussen zorgaanbieders, behandelaren, zorgkantoren en zorgverzekeraars een noodzakelijke voorwaarde is voor het goed verlopen van het declaratieproces. |
| Farmaceutische zorg | KNMP, ASKA, NAPCO | Keuzevrijheid | 1-4 | Wij stellen ons kritisch op het feit dat de voorgestelde afbakening van integrale zorg de keuzevrijheid van cliënten niet ten goede komt. |
| Farmaceutische zorg | KNMP, ASKA, NAPCO | kleinschaligheid | 1-4 | Tevens stellen wij ons kritisch op het feit dat deze afbakening haaks staat op het programma "langer thuis" van VWS en afgelopen jaren steeds meer Wlz-zorg thuis werd geboden of in kleinschalige woonvoorzieningen. Daar komt bij dat voor kleinschalige woonvoorzieningen de mate waarin zij in staat zijn deze integrale zorg voor hun cliënten te organiseren, bepalend zal zijn voor de leveringsvorm die zij kunnen aanbieden. Zoals ook in de gesprekken aangegeven denken wij dat er veel van de fijnmazigheid die er nu in de eerste lijn is verloren gaat en dat dit ook ten kosten gaat van de kwaliteit van zorg. |

# Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Farmaceutische zorg | KNMP, ASKA, NAPCO | vpt | 1-4 | Wij delen de mening dat de leveringsvorm vpt exclusief behandeling hiermee volledig kan komen te vervallen en onderscheid tussen geclusterd en niet-geclusterd vpt niet meer noodzakelijk is. Dit komt de rechtszekerheid van cliënten ten goede. |
| Farmaceutische zorg | KNMP, ASKA, NAPCO | vpt | 4 | Bovendien hebben de meeste Wlz-cliënten te maken met meervoudige, chronische ziekten en een kwetsbare gezondheid wat maakt dat er dynamiek en tijdsverloop zit in de aspecten wonen, zorg, welzijn én behandeling. Er dient om die redenen dan ook nadrukkelijk aandacht te zijn voor maatwerk op basis van de zorgvraag van cliënten in de Wlz. Deze aspecten dienen ook meegenomen en meegewogen te worden bij de zorginkoop. |
| Farmaceutische zorg | VNFKD | Kleinschaligheid | 2 | De VNFKD vraagt zich af of kleinschalige woonvormen- en voorzieningen in staat zijn de zorg dusdanig te regelen met alle individuele zorgaanbieders, leveranciers en fabrikanten (bv op het gebied van het afsluiten van contracten) zoals dat in de huidige situatie door verpleeghuizen gebeurt. In de nieuwe situatie zou het bijvoorbeeld zo kunnen zijn dat deze kleinschalige woonvormen- en voorzieningen contracten moeten afsluiten met leveranciers van medische voeding (maar ook voor andere vormen van zorg). Dit vergt veel extra werk, tijd en expertise voor hen. Uiteraard kunnen zij ervoor kiezen om met apotheken of medisch speciaalzaken hiervoor een contract te sluiten. Het kan echter voorkomen dat apotheken of medisch speciaalzaken door het huidige contracteerbeleid van zorgverzekeraars bepaalde vormen van zorg niet meer mogen/kunnen leveren. Welke consequenties kan dit hebben voor het leveren van deze zorg aan Wlz-patiënten in deze woonvormen- en voorzieningen? |
| Gehandicaptenzorg | Amarant | Bekostigingsmodel | 1 | Amarant kiest uitdrukkelijk voor integrale prestaties. In de overwegingen in de brief worden zaken als 'weigering' door huisartsen of 'hogere vergoeding' niet als bekostigingsvraagstuk maar als onvolkomenheden in de organisatie van behandeling gezien. Amarant is er niet voor om praktische bezwaren mee te laten wegen in de keuze voor het model.<br><br>Risico voor met name kleine aanbieders dat aantal onder aannemers waarmee financiele afspraken moeten worden gemaakt toeneemt. Dit kan leiden tot extra administratieve lasten. |
| Gehandicaptenzorg | Amarant | vpt, keuzeinformatie | 1 | Amarant ziet de voorgestelde afbakening van vpt en mpt als verschuiving van (echt thuiswonende) clienten naar mpt, als ze dezelfde zelfstandigheid willen behouden. Dit vraagt communicatie naar clienten. Amarant is het niet eens met het voorstel voor afbakening en is geneigd om de keuzevrijheid in te perken als hier aan wordt vastgehouden. Het meerendeel van de clienten met vpt zal echter blijven voldoen aan de nieuwe defintie, deze groep woont veelal in geclusterde setting. |

# Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Gehandicaptenzorg | Amarant | vpt, inkoopproces | 2 | Volgens Amarant leidt voorgestelde afbakening niet tot problemen in de inkoop. Suggestie voor nieuwe naam: verblijf zonder wooncomponent (ook bij gemeenten bij beschermd wonen in gebruik). |
| Gehandicaptenzorg | VGN | vpt | 1-4 | VGN is het eens met de voorgestelde afbakening vpt/mpt. In de gehandicaptenzorg zullen de meeste clienten van de bestaande vpt ook onder de nieuwe definitie van vpt vallen. Clienten die niet willen dat de zorgaanbieder de volledige regie heeft kunnen kiezen voor mpt/pgb.<br>- wel een mogelijkheid voor volledig pakket inclusief personen alarmering en de regiefunctie binnen MPT ontwikkelen.<br>- Ook in de vpt moet het mogelijk zijn om dagbesteding bij een derde partij af te nemen.<br>- vpt prestaties moeten voldoende duidelijkheid geven over wat er in de prestatie zit (inclusief behandeling)<br>- VGN voorziet geen andere rol voor de zorgkantoren dan ook nu al het geval is. |
| Geneeskundige Zorg | LHV | vpt | 1 | LHV is het niet eens met de nieuwe afbakening van integrale zorg. Onder integrale zorg verstaan wij het geheel aan care en cure wat een patient nodig heeft. Deze nieuwe afbakening zorgt ervoor dat aanbieders van kleinschalige woonzorgvormen zelf kunnen bepalen hoe zij deze zorg inrichten en of zij integrale zorg leveren. Voorgestelde afbakening doet geen recht aan het advies van het Zorginstituut. Voorgestelde afbakening veroorzaakt onduidelijkheid (ene woonvorm levert wel integrale zorg, andere niet). Wij pleiten nadrukkelijk voor een duidelijke omschrijving van institutionele zorg. Wij zijn het daarom wel eens met de omschrijving van institutionele zorg op pg. 17 van het consultatiedocument en voegen daar graag nog een verduidelijking aan toe. (zie vetgedrukt...een institutionele woonvorm waarbij één zorgaanbieder primair verantwoordelijk is voor het geheel van wonen zorg met care en cure, en leven. Samengevat zijn wij van mening dat kleinschalige woonzorginstellingen die een totaalpakket aan wonen en zorg en leven aanbieden veratnwoordelijk moeten zijn voor een integraal pakket aan zorg. LHV is het eens met het schema woonvormen in de bijlage en vindt bovendien dat ook in de thuissituatie mogelijk moet zijn/worden om integrale Wlz-zorg te leveren. |
| Geneeskundige Zorg | LHV | Inkoopproces | 2 | Als kleinschalige woonzorginstellingen geen integrale zorg kunnen inkopen zal dit "goedkoper" zijn. Oneigenlijke prikkels in zorginkoop. |
| Geneeskundige Zorg | LHV | Kleinschaligheid | 3 | VPT met behandeling en zorg met verblijf (zzp) zullen qua zorginhoud niet van elkaar verschillen. Mogelijk kan de kleinschaligheid van invloed zijn op een aantal eisen die gesteld kunnen worden aan de woonzorginstelling. |
| Geneeskundige Zorg | LHV | vpt | 4 | Voorgestelde afbakening van integrale zorg geeft geen duidelijkheid voor patienten in geclusterde woonvorm. Afbakening zoals gesteld in het memo geclusterd vpt van 19 oktober biedt veel meer duidelijkheid. |

# Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Geneeskundige Zorg | Verenso | vpt | 1 | Eens met voorstel. Niet de woonplek maar de zorgvraag is voor de SOG leidend. |
| Geneeskundige Zorg | Verenso | Inkoopproces | 2 | Het is belangrijk om te borgen dat clienten de juiste zorg op de juiste plek krijgen. Daarbij geldt dat niet alle zorg kan op elke plek veilig en verantwoord worden geboden. Verenso pleit ervoor om de SOG en andere behandelaren te betrekken bij de zorginkoop. |
| Geneeskundige Zorg | Verenso | vpt | 3 | De beroepsgroep adviseert de Nza om een werkproces in te richten met als doel hierop meer zicht te krijgen en daarbij de, bij de uitvoering van de behandelcomponent betrokken, professionals te betrekken. |
| Hulpmiddelenbranche | FHI | Kleinschaligheid | 2 | FHI maakt zicht zorgen om de kleinschalige woonvormen. Kunnen zij de behandelverantwoordelijkheid wel dragen en uitvoeren? Dat ziet FHI niet iedere zorginstelling doen. Hoe gaan zij de medische hulpmiddelenzorg vormgeven? Beschikken zij daarvoor voldoende gespecialiseerde verpleegkundigen, bijvoorbeeld stoma-, wond- continentie- en diabetesverpleegkundigen? FHI denkt van niet. Daarnaast gaat dit kleinere zorginstellingen nogal wat administratie en afstemming kosten; dat geldt ook voor de samenwerkende leveranciers van medische hulpmiddelen. De administratieve lasten zullen derhalve stijgen. |
| Hulpmiddelenbranche | Medux | vpt | 1 | Onduidelijkheid ontstaat volgens Medux wanneer ook extramuraal zorg met een vpt betrokken kan worden.<br><br>Het Zorginstituut heeft zich gericht op gelijkheid in de institutionele zorg. Als een vpt ook thuis (voor de helderheid niet geclusterd) afgenomen kan worden, en hierin dan het volledige zorgpakket aangeboden dient te worden, voorzien wij dat lastige en kostenverhogende situaties ontstaan. Specifiek te weten bij: **Gebruikshulpmiddelen** (denk aan (elektrische) rolstoelen, scootmobielen, bedden) hebben voor thuiswonenden andere specifieke, functionele eigenschappen dan in een intramurale setting. Functionele eisen zijn meer gericht op de zelfredzaamheid, bijvoorbeeld moet je vanuit je elektrische rolstoel wel boven in het keukenkastje terecht kunnen, dus heb je een rolstoel met hoog/laag functie nodig. De zorgaanbieder en de financier (het zorgkantoor met haar poolsysteem) kan dus niet zo maar hulpmiddelen vanuit de intramurale setting benutten, wanneer hulpmiddelen met een andere functionaliteit nodig zijn. |
| Hulpmiddelenbranche | Medux | vpt | 1 | Het Zorginstituut heeft zich gericht op gelijkheid in de institutionele zorg. Als een vpt ook thuis (voor de helderheid niet geclusterd) afgenomen kan worden, en hierin dan het volledige zorgpakket aangeboden dient te worden, voorzien wij dat lastige en kostenverhogende situaties ontstaan. Specifiek te weten bij: **Woningaanpassingen** in een thuissituatie zijn totaal anders dan in een intramurale setting. Een intramurale setting is reeds aangepast, een thuissituatie is individueel en specifiek. De kosten van een dergelijke woningaanpassing zijn daarmee ook zeer divers en niet in een vpt zzp op te nemen. |

# Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Hulpmiddelenbranche | Medux | vpt | 1 | Het Zorginstituut heeft zich gericht op gelijkheid in de institutionele zorg. Als een vpt ook thuis (voor de helderheid niet geclusterd) afgenomen kan worden, en hierin dan het volledige zorgpakket aangeboden dient te worden, voorzien wij dat lastige en kostenverhogende situaties ontstaan. Specifiek te weten bij:<br>De cliënt heeft, voordat hij of zij een Wlz indicatie krijgt, veelal al een **hulpmiddel vanuit de Wmo en Zvw**. Wanneer een andere betaler ontstaat bij het verkrijgen van een vpt, ontstaan er onnodige acties voor cliënt/gemeente/zorgverzekeraar/zorgverlener/hulpmiddelenleverancier, administratieve handelingen en risico op verspilling van hulpmiddelen wanneer een hulpmiddel niet overgenomen wordt.<br>Er ontstaan derhalve zowel kostenverhogende situaties als ongelijkheid in de extramurale zorg. Immers kan een hulpmiddel "thuis" nu uit de Wmo/Zvw of Wlz (vpt) moeten worden verkregen. Waar duidelijkheid geschapen wordt in de institutionele zorg, wordt onduidelijkheid gecreëerd in de thuissituatie van cliënten. |
| Hulpmiddelenbranche | Medux | vpt | 2 | Gebruikshulpmiddelen zijn niet gelijk voor intramuraal en extramuraal gebruik. De zorgaanbieder kan de bekende hulpmiddelen vanuit de intramurale setting niet altijd benutten. Zorgaanbieders die m.n. institutioneel werken, zullen hun service- en adviesdienst anders in moeten richten, want zij zullen ook service en advies aan huis moeten gaan leveren. Ook voor de zorgaanbieder die het vpt afgegeven heeft, geldt dat advies aan huis geleverd dient te worden. De geautomatiseerde systemen, waarmee de ergotherapeuten van instellingen werken, zijn niet ingericht op de hulpmiddelenzorg voor cliënten thuis. Het kernassortiment waarmee zij werken is veel compacter en toegespitst op de institutionele hulpmiddelenzorg. |
| Hulpmiddelenbranche | Medux | vpt | 3 | N.v.t. voor ons als hulpmiddelenleverancier. |
| Hulpmiddelenbranche | Medux | vpt | 4 | zie vraag 1 en 2 |
| Mondzorg | ANT, Cobijt, KNMT, NVGd, NVU, NVM, ONT, VBTGG | vpt | 1 | De onduidelijkheid of iemand recht heeft op behandeling als hij in een verblijfsinstelling verblijft neemt af, maar wordt niet naar 0 teruggebracht. Indien een client voor een andere verblijfsvorm kiest (b.v. MPT, PGB) blijft de onduidelijkheid bestaan. Het nieuwe bekostigingsmodel kan ervoor zorgen dat cliënten vanuit financiële motieven bewust voor intramurale zorg kiezen. Dit staat haaks op het streven van de overheid om cliënten zo lang mogelijk thuis te laten wonen. |
| Mondzorg | ANT, Cobijt, KNMT, NVGd, NVU, NVM, ONT, VBTGG | Inkoopproces | 2 | Partijen denken dat de zorginstellingen het inkoopproces niet aankunnen. Bij de zorginstellingen is te weinig expertise in huis om het inkoopproces soepel te laten verlopen. In 2017 heeft het gewijzigde (gedigitaliseerde) declaratieproces ervoor gezorgd dat de rol van de zorginstelling beperkt werkt en dat er doelmatigheids- en samenloopcontroles mogelijk werden. |
| Overige | Verenso | vpt | 4 | Meer integraliteit en kwaliteit van wonen, welzijn, zorg en behandeling. |

# Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Overige | VNG | vpt | 1-4 | De VNG is het met het ministerie van VWS eens dat (rechts-)ongelijkheid voorkomen moet worden. Wij zien echter bezwaren als VPT uitsluitend geleverd kan worden met behandeling en in geclusterd verband. Het is vaak een zeer bewuste keuze van de cliënt en het cliëntsysteem om in de eigen woning te blijven, ondanks een toenemende zorgvraag. Deze trend is bijvoorbeeld zichtbaar in de jeugdzorg/-bescherming, waar het aantal residentiele bedden afneemt. Die trend is ook ingezet onder het programma 'Langer thuis' en bij de extramuralisering van de GGZ (Beschermd Thuis, naar commissie Dannenberg). Ook Ziekenhuisverplaatste zorg is een uiting van de wens om mensen in de eigen omgeving te laten wonen ondanks toenemende zorgzwaarte.<br>In Nederland neemt het aantal wooninitiatieven voor mensen met een intensieve zorgvraag toe. De mensen die hier wonen zijn kinderen, volwassenen en ouderen, eventueel samen met niet-zorgvragende gezinsleden. Deze mensen hebben uiteraard behandeling nodig maar vaak niet in de intensiteit dat verhuizing naar een instelling noodzakelijk is. Soms is het juist een bewuste keuze om de kwaliteit van leven tot uiting te brengen in de woonvoorziening zonder het wooninitiatief te willen medicaliseren. Voorbeelden zijn hospices en woon-zorgboerderijen, maar ook de landelijke Thomashuizen of de Herbergier.<br>De eisen die NZa aan institutionele zorg stelt, zouden de genoemde wooninitiatieven kunnen doen besluiten af te zien van het leveren van Wlz-zorg. Immers, de vormen ZZP en VPT kunnen alleen integraal geleverd worden en PGB of Mpt vraagt een grotere mate van eigen regie van de cliënt of diens naasten. Dit zou direct afwentelingseffecten opleveren die in de Wmo zouden moeten worden opgevangen. Hierover moet zorgvuldig gesproken worden met betrokken partijen, waaronder gemeenten. |
| Overige | VNG | vpt | 1-4 | Duidelijkheid is gewenst en de aanzet van het Zorginstituut in de afbakening van geclusterd VPT als institutionele woonvorm is een zeer goede aanzet om met genoemde partijen tot overeenstemming te kunnen komen. Dat geclusterd-VPT een nieuwe leveringsvorm zou opleveren is in de optiek van de NZa onwenselijk, maar kan juist ook als zeer wenselijk worden gezien. Dit maakt écht onderscheid tussen zelfstandig wonen en institutionele zorg. Zelfstandig betreft dan een eigen woning -huur of eigendom-, eventueel samen met gezinsleden zonder directe nabijheid van andere zorgvragers. Zo kan inclusief geleefd worden, ook in geclusterde vorm, zonder dat dit voldoende schaalgrootte vraagt om ook integrale behandeling te kunnen bieden. |

# Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Overige | Zorginstituut Nederland | vpt | 1 | We delen met u dat zorgkantoren en zorgaanbieders redelijk objectieve instrumenten moeten hebben om te bepalen of daarvan sprake is of niet. U stelt een inhoudelijk onderscheid voor, waarbij niet de woonsituatie bepalend is, maar de regievraag. Hiermee ontstaat de volgende situatie:<br>• Bij verblijf in een instelling is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor het wonen en ontvangt de cliënt het integrale pakket, inclusief de aanvullende zorgvormen.<br>• Bij het volledig pakket thuis (vpt) is de cliënt verantwoordelijk voor de woning. De zorgaanbieder heeft de verdere regie en levert het integrale pakket inclusief de aanvullende zorgvormen. Een vpt zonder behandeling en aanvullende zorgvormen komt niet meer voor.<br>• Bij het modulaire pakket thuis (mpt) en het persoonsgebonden budget (pgb) is de cliënt (of zijn mantelzorger) zelf verantwoordelijk voor de woning en heeft zelf de regie. De zorg kan door verschillende zorgaanbieders worden geleverd.<br>Deze wijziging houdt in dat er twee vormen van institutionele zorg zijn, en twee vormen waarbij de cliënt de regie houdt. We juichen deze vereenvoudiging toe. |
| Overige | Zorginstituut Nederland | vpt, inkoopproces | 2 | Zorgkantoren en zorgaanbieders bepalen in het inkoopproces of het leveren van een integraal pakket in een bepaalde situatie mogelijk en gewenst is of niet. We zijn van mening dat het voor zorgkantoren en zorgaanbieders mogelijkheden biedt om de zorginkoop af te stemmen op de daadwerkelijke behoefte. |
| Overige | Zorginstituut Nederland | vpt | 3 | We zijn dan ook geen voorstander van het stellen van nadere regels of voorwaarden voor het leveren van een vpt. |
| Overige | Zorginstituut Nederland | vpt, inkoopproces | 4 | Wat betreft uw vraag wat de voorgestelde afbakening voor gevolgen heeft voor de cliënt vinden wij het belangrijk dat de cliënten die dat nodig hebben, integrale zorg krijgen, inclusief de aanvullende zorgvormen. |
| Paramedici | KNGF | Invoeringstraject | 2 | De KNFG wijst op twee aandachtspunten bij de invoering van integrale prestaties en tarieven.<br>- In de VG sector is het grootste deel van de paramedische zorg fysiotherapeutische zorg. Door de beweging in de VG van wonen op grote landgoederen naar wonen in de wijk en kleinschalige initiatieven, is een significant deel van de VG clienten aangewezen op eerstelijns paramedische zorg. Dit zijn vaak clienten met een lichtere handicap waarbij de kans groot is dat ze, op dit moment, een zzp zonder behandeling hebben. De fysiotherapeutische zorg aan deze doelgroep wordt daardoor vaak over het hoofd gezien bij zorgbestuurders aangezien de via de zvw of via de av van de client gefinancierd wordt.<br>- Fysiotherapeutische zorg aan clienten met een verstandelijke handicap wordt, buiten de beroepsgroep, niet gezien als een specialisme terwijl binnen de beroepsgroep de consensus is dat een fysiotherapeut in de VG sector extra vaardigheden moet bezitten om een effectieve behandeling te kunnen geven. |

# Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Verpleging en verzorging | ActiZ | vpt | 1 | ActiZ kan zich vinden in het voorstel dat het vpt altijd integraal is en door één zorgaanbieder wordt geleverd: dat is eenduidig en levert een gelijk speelveld op voor alle aanbieders.<br><br>Het mpt is vaak niet toereikend voor cliënten met een intensieve zorgvraag in de thuissituatie. Daarom vindt ActiZ het een noodzakelijke voorwaarde dat het mpt hierop wordt verruimd voordat de invoering van integral behandeling in de Wlz bij zzp en vpt plaatsvindt. Verruiming is noodzakelijk op het punt van personenalarmering en prestaties en tarieven voor de regiefunctie bij mpt. Daarnaast biedt de leveringsvorm mpt geen mogelijkheden om de inzet van budget - in de tijd en tussen cliënt - uit te middelen.<br>Zonder aanpassing van het mpt kan dit er toe leiden dat vernieuwende initiatievenom intensieve zorg in de thuissituatie te bieden in de knel komen en zelfs onmogelijk worden gemaakt. Dat kan niet de bedoeling zijn van de stelselwijziging. |
| Verpleging en verzorging | ActiZ | Keuzevrijheid | 2 | ActiZ is van mening dat de keuzevrijheid van de cliënt voor de zorgaanbieder en leveringsvorm het uitgangspunt dienen te zijn bij de zorginkoop. En vervolgens dient het geld de cliënt te volgen. Zorgkantoren dienen voldoende kwalitatief verantwoorde zorg voor de cliënt in te kopen maar zij hebben geen sturende rol om de leveringsvorm voor de cliënt te bepalen. Het heldere onderscheid tussen vpt en mpt zal van dienst zijn bij de zorginkoop en bij het inzichtelijk maken van het zzorgaanbod door het zorgkantoor. |
| Verpleging en verzorging | ActiZ | Keuzeinformatie | 3 | De aanvullende zorgvormen dienen opgenomen te worden in de prestatiebeschrijving van vpt. Het onderscheid met de overige leveringsvormen moet helder zijn. Tevens dient de prestatiebeschrijving van het mpt voorafgaand aan de implementatie te worden aangepast. |
| Verpleging en verzorging | ActiZ | vpt | 4 | De voorgestelde afbakening zal het overzicht van het toch al complexe zorglandschap iets verhelderen. Cliënten die de regie - met naasten - in eigen hand willen houden, kunnen gebruik maken van het mpt. |
| Verpleging en verzorging | Dagelijks-leven | Bekostigingsmodel | 1 | Dagelijks-leven is niet tegen de voorgestelde wijzigingen en heeft een voorkeur voor integrale prestaties met gereguleerde tarieven voor huisartsen of declaratie van losse prestaties van behandelaren via de zorgaanbieder. Dit heeft consequenties voor de keuzevrijheid (van behandelaren) van clienten, maar leidt volgens dagelijks-leven echter nauwelijks tot discussie. Keuzevrijheid organiseren is in de praktijk lastig als je kiest voor integrale verantwoordelijkheid bij de aanbieder. Voordeel is dat er voor clienten meer duidelijkheid komt over de eigen betalingen en bijdragen. Dagelijks-leven voorziet een rem op kleinschalige initiatieven vanwege toenemende complexiteit van de organisatie en de bijbehorende administratieve druk. |

# Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Verpleging en verzorging | King Arthur Groep | vpt | 1 | De rechtspositie van clienten met een vpt wordt in het advies gelijk getrokken met clienten met een zzp. Aanbieder is van mening dat vpt en mpt gelijkgeschakeld moeten worden. Clienten die gebruik van maken van vpt en mpt kiezen ervoor om zelf invloed te hebben op hun woonsituatie. In de huidige situatie (met vpt) is maatwerk mogelijk en worden behandelaren als een ergo- of fysiotherapeut alleen ingezet als nodig voor een cliënt. Door vpt en mpt gelijk te schakelen blijft maatwerk mogelijk.<br>Lagere behandelkosten doordat alleen die behandeling ingezet wordt, die nodig is.<br>De aanbieder is voorstander van het Zvw-model. Als behandeling uit de Wlz moet worden bekostigd dan kiest men ervoor om een vergelijkbaar model in de Wlz mogelijk te maken. De rechtsongelijkheid wordt hiermee opgelost. |
| Verpleging en verzorging | Koperhorst | vpt | 1 | Eens, de afbakening vpt/mpt is goed uitvoerbaar voor geclusterde woonvormen en kleinschalig groepswonen.<br><br>Voor clienten individueel in de wijk kan je als zorgaanbieder niet garant staan voor een volledige integrale zorg en dienstverlening en het zeker niet efficiënt en adequaat leveren. Derhalve wordt het ook heel duur. Woont men echt zelfstandig in een wijk dan ligt de totale regie ook bij de persoon zelf of de aanwezige mantelzorgers. Er zou nog een onderscheid gemaakt kunnen worden tussen dementeren cliënten binnen de ouderenzorg en somatische cliënten die geestelijk nog goed zijn en volledig eigen regie kunnen voeren. |
| Verpleging en verzorging | Koperhorst | vpt | 2 | Een aanbieder moet een redelijke mate van vrijheid hebben om te bepalen en toelichten op welke wijze vpt wordt aangeboden. |
| Verpleging en verzorging | Koperhorst | vpt | 3 | 24-uur toezicht houden is onderdeel van de prestatie zzp/vpt. Dit is in de echte thuissituatie lastig. Mogelijk dat dit met nieuwe mogelijkheden op het gebied van domotica in de toekomst wel mogelijk wordt. |
| Verpleging en verzorging | SPOT | vpt | 1 | SPOT kan zich in beginsel vinden in dit uitgangspunt, integrale zorg levert zowel administratief als zorginhoudelijk voordeel op voor zowel de cliënt als de instelling. SPOT vindt dat deze integrale aanbieding moet gelden voor alle categorieën cliënten die onder de Wlz vallen. |
| Verpleging en verzorging | SPOT | vpt, zorginkoop | 2 | SPOT geeft aan dat dat eraan zal liggen hoe deze zorginkoop verloopt, welke voorwaarden gehanteerd worden bij de zorginkoop. |

# Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Verpleging en verzorging | SPOT | Kleinschaligheid | 3 | SPOT geeft aan dat dit in beginsel geen problemen zal geven bij aanbieders die volledige geëquipeerd zijn voor de integrale levering.<br>Voor (vooral de kleinere) zorgaanbieders die geen eigen SOG, psychiater, fysiotherapeut e.d. in dienst hebben en die voor de behandeling in beginsel afhankelijk zijn van de inzet van de huisarts als hoofdbehandelaar, zal er ruimte moeten blijven in de voorwaarden om onder de bestaande afspraken de medische en paramedische zorg te kunnen blijven leveren aan de cliënten die wonen in de instelling(en) van de aanbieder, door de huidige arts c.q. paramedische beroepsbeoefenaar. Het is voor kleinere zorgaanbieders financieel niet haalbaar om een geheel eigen medische en paramedische dienst te hebben. Ook al eerder ondernomen pogingen van zorgaanbieders om dit gezamenlijk met andere aanbieders te regelen, zijn niet altijd succesvol gebleken.<br>In beginsel passen onze leden ook onder VPT het principe van scheiden van wonen en zorg toe. Onze zorgaanbieders willen zeker integrale zorg leveren, maar zijn sterk afhankelijk van het kunnen afsluiten van contracten met medici en paramedici, daar komt mogelijke schaarste of gewoon niet beschikbaar zijn van capaciteit nog bovenop. |
| Verpleging en verzorging | SPOT | Keuzevrijheid | 4 | SPOT vindt dat dit in beginsel een positief effect zou moeten hebben, de cliënt weet van de zorgaanbieder dat alle zorg geborgd is, zeker als ook hulpmiddelen e.d. volledig geborgd zijn in de WLZ. Het hebben van keuzevrijheid m.b.t. het kiezen van (para)medische behandelaar(s) zal voor veel cliënten die in onze relatief kleine instellingen verblijven of willen gaan verblijven van belang zijn. |
| Verpleging en verzorging | ZorgthuisNL | Kleinschaligheid | 1 | ZorgthuisNL ziet winst voor de cliënt: het advies van het Zorginstituut geeft meer duidelijkheid en eenduidigheid over het pakket.<br><br>ZorgthuisNL signaleert een risico dat de markt van woon-zorgcomplexen op slot gaat, door eventueel gebrek aan mogelijkheden bij individuele zorgaanbieders om contracten te sluiten met behandelaren (SO, huisarts). ZorgthuisNL ziet dit als een belemmering in een markt waar flexibiliseren en ondernemerschap sterk gewenst zijn. Er is veel meer aanbod (kwalitatief en kwantitatief) nodig de komende 20 jaar. |
| Verpleging en verzorging | ZorgthuisNL | vpt | 1 | Inzicht in gevolgen voor individuele aanbieders zowel inhoudelijk als financieel is nodig. Als vpt een mpt wordt heeft dat consequenties. |

# Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Verzekeraars | Zorg-verzekeraars Nederland | vpt | 1-4 | ZN herkent zich in de voorgestelde afbakening van integrale zorg. Op deze wijze staat het leveren van integrale zorg centraal, en niet de wijze waarop iets gebouwd is. Ook geeft het naast meer integrale zorg ook duidelijkheid aan cliënten. De afbakening is toekomstbestendig, volgt persoonsvolgende bekostiging en geeft de zorgkantoren extra handvaten in te kopen op kwaliteit. Wanneer de zorgaanbieder verantwoordelijk wordt voor het organiseren van de behandeling, heeft dit impact op de keuzevrijheid van cliënten (deze wordt vergelijkbaar met de huidige 'verpleeghuiszorg', ZZP met behandeling). Daar staan echter bovengenoemde voordelen tegenover, die voor ZN zwaarder wegen.Wanneer de zorgaanbieder verantwoordelijk wordt voor het organiseren van de behandeling, heeft dit impact op de keuzevrijheid van cliënten (deze wordt vergelijkbaar met de huidige 'verpleeghuiszorg', ZZP met behandeling). Daar staan echter bovengenoemde voordelen tegenover, die voor ZN zwaarder wegen. |
| Verzekeraars | Zorg-verzekeraars Nederland | vpt | 1 | ZN herkent zich in de voorgestelde afbakening van integrale zorg. Op deze wijze staat het leveren van integrale zorg centraal, en niet de 'de stenen', de wijze waarop iets gebouwd is. Daarvoor hebben we daarnaast volgende argumenten.<br>- Integrale zorg is juist voor deze kwetsbare groep cliënten van groot belang. De voorgestelde afbakening leidt tot veel meer helderheid over de meerwaarde van Wlz-zorg ten opzichte van wijkverpleging vanuit de Zvw. Hierbij komt naar verwachting ook de huidige 'zorgval' en de problematiek rondom verschillende eigen betalingen minder tot niet voor.<br>- Het volgende argument waarom wij hiervan voorstander zijn, is dat in deze afbakening de wijze waarop de zorg rond de cliënt georganiseerd wordt bepalend is. Hiermee voldoet het ook aan het criterium van cliëntvolgende bekostiging. Begrijpelijk is dat dit makkelijker lijkt te organiseren in bepaalde geclusterde voorzieningen, maar zorgkantoren kennen ook voorbeelden waarbij kwalitatief goede en integrale zorg inclusief behandeling geleverd wordt in niet geclusterde settingen.<br>- Daarnaast beschouwt ZN deze definitie als toekomstvast: de lijn volgt de ontwikkeling van nieuwe wooninitiatieven en andere initiatieven om de zorg vanuit de cliënt te organiseren. Een definitie rondom wat al dan niet geclusterd is, zal nooit alle woonvormen dekken, en hiermee geen duidelijkheid geven.<br>- Tot slot sluit de afbakening aan bij de ontwikkeling dat de levering van behandeling steeds minder aan het bed/toelating/gebouw is gekoppeld, maar daar waar de zorgvrager dat nodig heeft. Vanuit klantperspectief is het koppelen van institutionele zorg aan een bouwvorm niet wenselijk. Het beperkt de keuzemogelijkheden in verblijf en beperkt de toegankelijkheid van bepaalde woonvoorzieningen. Daarnaast versterkt het sturen op kwaliteit van huisvesting (vastgoed, innovatieve oplossingen) dat door de komst van integrale tarieven de komende jaren steeds meer van zorgkantoren wordt verwacht. Kortom, wij zijn voorstander van de door de NZa gehanteerde afbakening. |

# Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Verzekeraars | Zorg-verzekeraars Nederland | Inkoopproces | 2 | De voorstelde afbakening is werkbaar. Immers, zorgkantoren kopen deze zorg al jaren in. Het geeft zorgkantoren meer instrumenten om hun rol als zorginkoper op kwaliteit in te vullen en om in de regio te sturen op voldoende, kwalitatief goede en betaalbare behandeling in de regio. Het is daarbij van groot belang dat zorgkantoren voldoende budgettaire compensatie krijgen via de regionale contracteerruimte om deze zorg ook in te kopen.<br>De afbakening vergt van zorginkoop het maken van goede afspraken met zorgaanbieders. ZN ziet dit vooral ook als kans voor een kwaliteitsslag in de sector, die ook ruimte geeft voor zorgvernieuwing. Tot nu toe worden nogal eens discussies gevoerd over wat wel of niet inclusief behandeling is. Deze discussies zijn bij dit model verleden tijd. Door de voorgestelde afbakening verwachten we dat de gesprekken meer over de zorginhoud en integraliteit gaan. Hiermee kunnen zorgkantoren tevens meer invulling geven aan hun nieuwe rol vanuit de kwaliteitskaders: het inkopen van langdurige zorg op basis van kwaliteit. |
| Verzekeraars | Zorg-verzekeraars Nederland | vpt | 3 | Nee, dat vinden we niet nodig. Met betrekking tot de component behandeling valt er in de huidige beschrijving meer onder het ZZP dan VPT (zie artikel 3.1.1., eerste lid onderdeel a, Wlz), dat is een groter verschil dan alleen de woonlasten. Echter, om het VPT een goede plek in de Wlz te geven is het juist belangrijk dit verschil op te heffen.<br>ZN is voorstander van om van het VPT echt een ZZP exclusief woonlasten te maken. Duidelijk moet zijn op welke aspecten de leveringsvorm VPT verschillend is van die van het verblijf in de instelling. Dan gaat het dus om de woonvoorziening die het verschil maakt. Dus uitgaan van dit ene verschil en voor de rest kan voor het VPT met behandeling verwezen worden naar het ZZP incl. behandeling. We verwachten hierbij dat een prestatie met of zonder dagbesteding voor een VPT gehandhaafd blijft. |
| Verzekeraars | Zorg-verzekeraars Nederland | vpt | 4 | Positief voor de klant is dat meer integrale zorg geleverd wordt, er duidelijkheid komt in aanspraken en de meerwaarde van deze zorg helder wordt. Hierbij verwijzen we ook naar de eerder genoemde argumenten bij de institutionele zorg. |

# Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Verzekeraars | Zorg-verzekeraars Nederland | Keuzevrijheid | 4 | Uiteraard heeft de afbakening ook gevolgen voor de keuzevrijheid. Daar gaan we hieronder ook op in. We lichten eerst ons standpunt toe ten aanzien van keuzevrijheid in het algemeen en de verantwoordelijkheid hiervoor van de zorgaanbieder. Vervolgens geven we specifieke aandachtspunten aan de NZa mee voor cliënten die overgaan naar een nieuwe leveringsvorm binnen de Wlz.We verwachten dat de keuzemogelijkheid doorgaans zal verschuiven van een keuze tussen behandelaren naar een keuze tussen VPT-zorgaanbieders. Deze situatie speelt momenteel ook bij cliënten die een ZZP/VPT met behandeling krijgen (waar we overigens weinig klachten van cliënten over krijgen).ZN ziet het zo dat wanneer zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor het leveren van integrale zorg, zij ook verantwoordelijk zijn voor (de mate van) keuzevrijheid. Hier ligt een belangrijke taak voor zorgaanbieders. Wanneer een cliënt een andere keuze wenst, moet hij of zij hierover in gesprek met de zorgaanbieder kunnen. Zorgkantoren vragen zorgaanbieders om in ieder geval open te staan voor de vraag en het gesprek over wat wel en niet kan. De mate waarin een zorgaanbieder dan toch keuzevrijheid kan organiseren bepaalt mede ook de kwaliteit van het zorgaanbod. Het helpt zorgkantoren wanneer de kwaliteitskaders in de GZ en V&V t.z.t de verantwoordelijkheid beschrijft van de zorgaanbieder voor het leveren van integrale zorg en keuzevrijheid.We zien daarnaast algemene aandachtspunten voor een goede overgang van MPT naar VPT en meer specifiek voor de cliënten die recent van MPT naar VPT zijn overgestapt.Een deel van de cliënten die VPT zonder behandeling heeft, zal overstappen naar een MPT en zal zowel zorginhoudelijk als voor de aanvullende zorgvormen (AV) niets hoeven te doen. De eigen bijdrage voor deze groep verandert wel. De groep die kiest voor VPT zal afstand moeten doen van de aanvullende zorgvormen, dus mogelijk aanpassingen in aanvullende verzekeringen etc. Zorginhoudelijk krijgt men mogelijk te maken met nieuwe zorgverleners voor zowel de integrale zorg als de aanvullende zorgvormen (SO-arts, tandarts, fysio etc.). Dat kan ingrijpend zijn voor cliënten, maar ook goed begeleid worden door de zorgaanbieder.Ten tweede ziet ZN dat het VPT nog steeds groeit in omvang, veelal de vorm exclusief behandeling. Daar waar recent overgegaan is, is dat gebeurd om bepaalde redenen. De voorgestelde wijziging heeft voor deze groep waarschijnlijk meer impact dan voor de groep mensen die verblijft in een instelling exclusief behandeling. Zorgvuldigheid bij de invoering/overgang is voor de huidige VPT-doelgroep dus belangrijk. Zie hiervoor ook de beantwoording van deel 4, vraag 2.Tot slot – maar daarmee niet minder belangrijk- betekent een dergelijke overgang van cliënten voor de zorgkantoren een ingrijpende operatie. Het betreft het in beeld brengen van cliënten, actief informeren/benaderen, omzettingen in administratie, inlichting over gevolgen eigen bijdrage, aanvullende verzekering en keuzevrijheid aanvullende zorgvormen. Zorgkantoren kunnen dit zeker oppakken, maar in de uitvoeringtoets is beperkt aandacht voor informatievoorziening aan de cliënt en bijbehorende administratie. |

# Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Beroepsverenigingen | NIP | Keuzevrijheid | 8 | Keuzevrijheid is een belangrijk begrip bij het organiseren van maatwerk, ook binnen de integrale producten. Dit is belangrijk voor zowel de cliënt als de behandelaar/begeleider. Er moet genoeg ruimte zijn voor de professional om de behandeling/begeleiding in te steken zoals hij/zij denkt het meest helpt. Daarnaast moeten er, om de keuzevrijheid voor cliënten te waarborgen, voldoende afspraken gemaakt worden met alle zorgaanbieders die iets van behandeling bieden. Hierbij spelen bekostiging en m.n. juiste tarieven een belangrijke rol: het betreft vaak een complexe cliëntengroep met een meer dan reguliere zorgvraag. In de praktijk blijkt dat huidige tarieven zodanig laag zijn dat er aanbieders zijn die bewust kiezen deze (psychiatrische) cliëntgroep meer in behandeling nemen. Ook al omdat de DBC-prijs voor de ggz-cliënten in de Zvw aantrekkelijker zijn. Integrale prestaties (dus met diagnostiek en behandeling) zouden ook de lange wachtlijsten-problematiek voor deze Wlz-cliëntenpopulatie kunnen reduceren, maar zou mogelijk wel een beperking van keuzevrijheid betekenen. |
| Beroepsverenigingen | NIP | Bekostigingsmodel | 5 | NIP ziet de integrale prestatie als voorkeursmodel: De zorgaanbieder is integraal verantwoordelijk voor het leveren van zorg en bekostigd dit met een integraal tarief. Ze leveren de zorg zelf of via onderlinge dienstverlening, waarbij behandelaren worden bekostigd vanuit het integrale tarief. Een integraal product dat gedeclareerd wordt door één Wlz-zorgaanbieder (eventuele onderlinge dienstverlening wordt onderling verrekend) = 1 factuur. Het mpt betekent o.i. de modulaire aanpak waar iedere behandelaar die zorg verleent aan de zorgkantoor rechtstreeks declareert = meerdere facturen. Inhoudelijk is 'regievoering' een mogelijk knelpunt en daarmee mogelijk geen goede samenhang en/of samenwerking (afstemming).<br><br>Wel weer meer keuzevrijheid voor cliënt. Echter, juist bij deze groep cliënten is integraliteit, vanuit één behandelplan samenwerken en regievoering om behandeling en begeleiding goed af te stemmen, belangrijk.<br><br>Gezien de huidige arbeidsmarkt problematiek is het o.i. wel nodig om gereguleerde tarieven voor onderlinge dienstverlening op te stellen. De integrale tarieven (en prestatiebeschrijvingen) zullen prikkels moeten kennen voor het inzetten van de juiste professional op het juiste moment. Dit ter voorkoming dat productie- en tarief afspraken leidend worden, en niet meer het maatwerk. De door HHM ontwikkelde zorgprofielen conform Wlz zouden enerzijds wel ruimte kunnen bieden om binnen het profiel maatwerk te leveren, maar sturen afdoende om te grote afwijkingen tegen te gaan. |

# Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Beroepsverenigingen | NVO | Bekostigingsmodel | 5 | Het beleggen van de integrale verantwoordelijkheid voor het leveren van zorg bij één partij spreekt de NVO aan. Hierdoor wordt ook de behandeling integraal opgezet. Belangrijk hierbij vinden wij dat er goede regievoering is op de behandeling. De gekwalificeerde orthopedagoog of orthopedagoog generalist kan die regie voeren of mede bepalen. De meerwaarde van een orthopedagoog of orthopedagoog generalist is dat deze bij diagnostiek en behandeling altijd de context van de cliënt meeneemt, meeweegt en ook in het vervolgproces betrekt. |
| Beroepsverenigingen | NVO | Keuzevrijheid | 8 | De NVO is ten principale vóór keuzevrijheid. Wij willen die dus zoveel mogelijk in stand houden. Specifiek hierbij vragen wij aandacht voor de cliënten met een verstandelijke beperking die zorg krijgen vanuit de lagere ZZP's en daarbij zelf nog een deel van de regie voeren. Sommigen van hen hebben kinderen en willen bijvoorbeeld daarom gebruik blijven maken van hun eigen huisarts. Zij vinden een scheiding tussen de Wlz-zorg en hun eigen leven en de daarbij behorende zorg belangrijk. |
| Cliëntenorganisaties | Ieder(in) en Per Saldo | Bekostigingsmodel | 5 | Ieder(in) en Per Saldo zijn voorstander van het bekostigingsmodel dat de meeste keuzevrijheid biedt voor de cliënten. De vraag bij dit model is of de verantwoordelijke aanbieder afspraken wil maken met andere aanbieders over de behandeling (dit betekent immers meer werk), dit zien Ieder(in) en Per Saldo niet gebeuren.<br>Als dit eenmaal vorm heeft gekregen kiezen Ieder(in) en Per Saldo voor het model waarbij de kwaliteit en de passendheid van de behandeling het beste is te monitoren c.q. te controleren. |
| Cliëntenorganisaties | Patienten federatie | Bekostigingsmodel | 5 | Dit kan alleen als er toereikende budgetten komen en er ook vergelijkbare kwaliteitseisen gelden de geleverde zorg door de Wlz-aanbieder als door zorgaanbieders vanuit de Zvw. |
| Cliëntenorganisaties | Patienten federatie | Bekostigingsmodel | 6 | Er is risico op 'eenheidsworst', terwijl mogelijkheden en wensen bij cliënten voor individueel maatwerk er wel zijn. De standaardoptie als het gaat om behandelaren, hulpmiddelen, medicijnen zal bedrijfseconomisch verreweg de voorkeur verdienen. Komt er wel maatwerk en wordt het mogelijk voor cliënten die meer zelf kunnen en willen betalen/regelen, om dat ook te doen? Hoe wordt bewaakt dat er een goede balans is tussen inzet van gelden voor wonen/leven/welzijn en voor zorg? |
| Cliëntenorganisaties | Patienten federatie | Bekostigingsmodel | 7 | Cliënt zal mogelijk toch duurder uit zijn, als maatwerk voor eigen rekening komt en (aanvullende)verzekeringsvormen wegvallen. Ook is dan de vraag of benodigde expertise de cliënt wel bereikt. Er worden voordelen geschetst van het wegvallen van eigen bijdragen zoals in de zorgverzekering gelden, geen aanvullende verzekering meer nodig e.d. Mensen blijven wel zorgpremie en eigen risico betalen en ontvangen zorgtoeslag, terwijl het de vraag is of zij in gelijke mate gebruik kunnen maken. |
| Cliëntenorganisaties | Patienten federatie | Bekostigingsmodel | 8 | Regel minimaal mogelijkheden voor second opinion bij een andere zorgverlener en regel heldere besluitvorming en waar nodig doorzettingsmacht. |

# Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Farmaceutische zorg | KNMP, ASKA, NAPCO | Bekostigingsmodel | 5 | Wij kunnen ons vinden in het voorstel voor een integraal bekostigingsmodel. Voor farmaceutische zorg geldt namelijk al dat dit voor cliënten die in Wlz-instellingen behandeling ontvangen bekostigd wordt vanuit het integrale tarief. Zoals aangegeven zou het ook zeer onwenselijk zijn om de drie aspecten van farmaceutische zorgverlening bestaande uit de combinatie verstrekking, zorg (medicatiebewaking en afstemming) en de medicatie zelf (geneesmiddel) uit elkaar te trekken in de bekostiging. |
| Farmaceutische zorg | KNMP, ASKA, NAPCO | Bekostigingsmodel | 6 | Daarnaast willen we ook nogmaals wijzen op de administratieve lasten die gepaard gaan met onderaanneming. Zowel zorgaanbieders als apotheken moeten contracten gaan afsluiten of minimaal opnieuw nadenken en afstemmen over de lopende (meerjaren)afspraken. |
| Farmaceutische zorg | KNMP, ASKA, NAPCO | Keuzevrijheid | 6-8 | Voor cliënten die op dit moment nog geen behandeling ontvangen vanuit de Wlz zien wij met de invoering van een integraal bekostigingsmodel, zoals ook aangegeven in de eerdere gesprekken, echter wel een aantal aandachtpunten. Zoals hierboven ook benoemd zien wij nadelige effecten voor de keuzevrijheid van cliënten. Ze worden afhankelijk van de apotheek en het geneesmiddel waar de instelling afspraken mee/over heeft gemaakt. Dit kan betekenen dat cliënten moeten wisselen van apotheek of geneesmiddel. Om deze keuzevrijheid te waarborgen moeten er voldoende afspraken gemaakt worden met apotheken. Voor de kleinschalige instellingen zal het lastiger zijn om afspraken te maken met een apotheek dan voor de grotere. Tevens zien wij een risico op verschraling van kwaliteit van zorg. Onze zorgen hierover hebben we reeds eerder met u gedeeld. |
| Farmaceutische zorg | VNFKD | Bekostigingsmodel | 5 | De NZa stelt een integraal bekostigingsmodel voor vergelijkbaar met de prestaties zzp met behandeling. Gezien onze algemene reactie gaan wij verder niet in op de keuze voor een bepaald bekostigingsmodel. |
| Farmaceutische zorg | VNFKD | Bekostigingsmodel: boven-budgettair | 6 | Ten aanzien van uw advies om alle boven-budgettaire onderdelen zoveel als mogelijk onder te brengen in de integrale prestaties vragen wij ons het volgende af. Wij begrijpen dat door het<br>verminderen van de boven-budgettaire onderdelen de macrobeheersbaarheid van de uitgaven in de Wlz vergroot wordt en dat er een prikkel voor doelmatigheid voor zorgaanbieders en zorgkantoren geïntroduceerd wordt. Onze zorgen richten zich voornamelijk op de regeling voor extreme kosten ten aanzien van farmaceutische zorg, waarvan u wilt onderzoeken deze binnen de contracteerruimte te brengen. Wij vrezen dat op deze wijze een financiële prikkel ontstaat om voor sommige patiënten bepaalde vormen van zorg anders in te richten. Wij vragen ons af of dat de kwaliteit van zorg voor deze patiënten ten goede komt. |

# Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Farmaceutische zorg | VNFKD | Keuzevrijheid | 6 | De vraag is of de patiënt die nu voor bepaalde zorg op de Zvw is aangewezen en na invoering van de veranderingen is aangewezen op de Wlz de kwaliteit van zorg ontvangt die hij nodig heeft. Is er voor patiënten genoeg keuzevrijheid, zijn er voldoende uren zorg beschikbaar (bijvoorbeeld binnen de zorgzwaartepakketten) |
| Farmaceutische zorg | VNFKD | Kleinschaligheid | 6 | De VNFKD vraagt zich af of men van kleinschalige woonvormen en -voorzieningen kan verwachten dat zij alle kennis en expertise in huis hebben om de zorg te contracteren, zoals dat straks de bedoeling is als de adviezen van het ZiN opgevolgd worden. |
| Farmaceutische zorg | VNFKD | Toegankelijkheid | 6 | In uw uitvoeringstoets geeft u aan dat paramedische zorg gemakkelijker ingezet wordt in de Wlz dan in de Zvw en dat aanspraken op paramedische zorg in de Wlz ruimer gedefinieerd zijn dan in de Zvw. De vraag is of dit klopt of dat paramedische zorg binnen een zorgzwaartepakket wordt ingezet met financiële redenen in het achterhoofd (en dus minder vaak), terwijl een patiënt die een beroep doet op paramedische zorg in de Zvw hierop wettelijk aanspraak heeft en deze aanspraak is vastgelegd in zijn polis van zijn zorgverzekering. De Wlz-patiënt met een vpt betrekt in de huidige situatie bijvoorbeeld diëtetiek vanuit de Zvw. Als dit verandert naar de Wlz dan valt deze zorg binnen een integraal tarief. De vraag is of deze patiënt dan voldoende zorg ontvangt, omdat deze zorg vanuit één tarief gefinancierd dient te worden. Het kan niet de bedoeling van de overheveling zijn dat deze patiënt dan om financiële redenen niet de zorg ontvangt die hij nodig heeft. |
| Gehandicaptenzorg | VGN | Bekostigingsmodel | 5 | Voorstander van integrale bekostiging<br>Toegang huisartsenzorg en mondzorg borgen door toepassen regulering ODV. NZa geeft de voorkeur aan integrale tarieven zonder tariefregulering. VGN is het daar niet mee eens en ziet prijsopdrijving als gevolg van de eisen van onderaannemers. Hoewel tariefregulering alleen niet voldoende is zal het reguleren van ODV van huisartsenzorg en mondzorg behulpzaam zijn. Daarnaast ook maatregelen om toegang tot huisarts te borgen. Probleem toegang huisartsenzorg en mondzorg wordt volgens VGN groter als alle Wlz-clienten integrale prestaties krijgen uit de Wlz. Moeilijk tot afspraken komen met onderaannemers kan een belemmering zijn voor keuzevrijheid. Kansen om keuzemogelijkheden; door de administratieve belasting te verminderen, bijvoorbeeld met standaard contracten, gereguleerde tarieven, betere gegevensuitwisseling en koppeling van dossiers. |
| Gehandicaptenzorg | VGN | Bekostigingsmodel: boven-budgettair | 5 | Gebruikshulpmiddelen moeten net als nu bovenbudgettair bekostigd blijven. Opname in integrale tarief zet kwaliteit van zorg onder druk en werkt mogelijk cherry picking in de hand. De kosten voor deze hulpmiddelen varieren sterk en zijn over het algmeeen heel hoog. |

# Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| | | | | Ook voor de gehandicaptenzorg zou een regeling extreme kosten moeten komen. |
| Geneeskundige Zorg | LHV | Bekostigingsmodel | 5 | Zonder inzicht in bestaande afspraken tussen huisartsen en aanbieders en de gevolgen daarvan voor regulering, adviseren wij om de prestaties en de tarieven vooralsnog niet te reguleren. Voorkeur voor declaratie door huisarts aan zorgaanbieder. |
| Geneeskundige Zorg | LHV | Bekostigingsmodel, keuzevrijheid | 8 | De keuzevrijheid van de client is relatief en zal voor een balangrijk deel worden ingeperkt door de afstand tussen de locatie van de patient en de locatie van de zorgaanbieder en van de mogelijkheid van de zorgaanbieder/onderaannemer om nieuwe clienten aan te nemen. |
| Geneeskundige Zorg | Verenso | Bekostigingsmodel: boven-budgettair | 5 | Eens met huidig voorstel. Verenso ziet integrale zorg en bekostiging via 1 aanbieder op dit moment als de meest optimale optie voor zorg die SOG plegen te bieden. Belangrijkste voorwaarde voor beroepsgroep is dat zij om tafel zitten met zorginkopers in zorgaanbieders.Bij clienten met een complexe zorgvraag blijft altijd enige mate van huisartsgeneeskundige zorg nodig. Ook de specialist ouderengeneeskunde is bekwaam om huisartsengeneeskundige zorg te bieden.De beroepsgroep constateert dat zij in de praktijk vaak niet worden betrokken bij clienten met een wlz-indicatie bij vpt, mpt en pgb. Baart grote zorgen. Integrale organisatie van wonen, welzijn, zorg en behandeling heeft voorkeur. We zien een belemmering in het onderbrengen van de boven-budgettaire onderdelen in de integrale prestaties, ten laste van de zorgaanbieder. Deze kosten zijn heterogeen en kunnen erg hoog zijn. Het risico bestaat dat dit in de praktijk ten koste gaat van andere noodzakelijke zorg of dat de client naar een andere zorgaanbieder of het ziekenhuis wordt verwezen. |
| Hulpmiddelenbranche | FHI | Bekostigingsmodel | 5 | FHI is geen voorstander van het door de NZa voorgestelde bekostigingsmodel. Dit model sluit immers niet aan bij onze overtuigingen met betrekking tot de verwachte daling in kwaliteit van zorg, daling in keuzevrijheid, minder expertise bij kleinere zorginstellingen en de stijgende zorgkosten. |
| Hulpmiddelenbranche | FHI | Bekostigingsmodel | 5 | Wij zijn voorstander van bekostigingsoptie 4. Namelijk dat gespecialiseerde leveranciers van medische hulpmiddelenzorg wel – samen met de Wlz-zorgaanbieder – de integrale behandelverantwoordelijkheid vormgeven, maar waarbij de leveranciers zelf contracten sluiten met de zorgkantoren en daar de hulpmiddelenzorg declareren. Het scheelt immers of leveranciers van medische hulpmiddelen contractafspraken en administratieve processen moeten inrichten met 700 tot 1200 Wlz-zorginstellingen of met een veel beperkter aantal zorgkantoren. |

# Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Hulpmiddelenbranche | FHI | Bekostigingsmodel | 5 | Daar komt bij dat bij optie 4 zorgkantoren preciezer kunnen monitoren hoe de zorgkosten van de aanvullende zorgsoorten, waaronder hulpmiddelenzorg, zich ontwikkelen. Ook heeft FHI geopperd dat de zorgkantoren simpelweg kunnen aansluiten bij de gemaakte contractafspraken in de Zvw door de zorgverzekeraars. Dat komt de doelmatigheid zeker ten goede. Dit omdat de volumes van hulpmiddelenzorg waarover in de Zvw-zorgcontractering afspraken worden gemaakt zeer veel groter zijn dan de volumes die tussen leveranciers en Wlz-zorginstellingen wordt gemaakt. Dit gaat gepaard met grotere doelmatigheid. |
| Hulpmiddelenbranche | FHI | Bekostigingsmodel | 5 | Een ander voordeel van het aansluiten bij de Zvw-contractering is dat dan ook de recent door branchebreed overleg gedeponeerde kwaliteitsnormen ook van toepassing kunnen worden op de geboden medische hulpmiddelenzorg in de Wlz. |
| Hulpmiddelenbranche | FHI | Bekostigingsmodel | 5 | Niet voor niets had FHI in het interview met twee NZa medewerkers een wijziging van de plussen en minnen in de tabel met bekostigingsmodellen voorgesteld. Iets dat de NZa toen ook begreep en heeft aangepast. Gek genoeg is de aangepaste en door de NZa retour gezonden tabel (zie bijlage hierbij) NIET opgenomen in de consultatiedocumenten, maar staat daar nu nog de oude – in onze optiek incorrecte - tabel. |
| Hulpmiddelenbranche | FHI | Bekostigingsmodel | 5 | Overigens vindt FHI bekostigingsoptie 1 veruit beter dan optie 2 en 3. Dit omdat opties 2 en 3 voor een verdergaande complexiteit gaan zorgen, naar onze mening. |
| Hulpmiddelenbranche | Medux | Bekostigingsmodel: boven-budgettair | 5-8 | Het behoud van individuele rolstoelen en overige mobiliteitshulpmiddelen in het bovenbudgettair kader is van cruciaal belang. In eerdere rapportages is een besparing van € 100.000.000,- per jaar weergegeven, in de afgelopen 15 jaren, als gevolg van een hoge bezettingsgraad en hoog herverstrekkingspercentage. Dit kan gerealiseerd blijven worden bij handhaving van het bovenbudgettair kader. De pooling structuur van de zorgkantoren is daarbij ook in de toekomst van groot belang om in de complexere hulpmiddelenvraag optimaal te kunnen blijven voorzien met een goede herinzet van de hulpmiddelen. |
| Hulpmiddelenbranche | Medux | Financiële impact | 5 | Firevaned branche informatie geeft voor 2018 aan dat gemeenten voor Wmo hulpmiddelen circa € 250.000.000,- uitgegeven, dit is inclusief vervoersvoorzieningen zoals scootmobielen en fietsen. In de Zorgverzekeringswet wordt zo'n € 125.000.000,- uitgegeven aan gebruikshulpmiddelen (hoog/laag bedden, anti-decubitus matrassystemen etc.) voor zowel kort- als langdurend gebruik (bron: Gipdatabank 2016).<br>In de huidige verzorgingshuizen en kleinschalige woonvormen staat 4% tot 5% van het totale uitstaande bestand aan gebruikshulpmiddelen wat geleverd is vanuit de Wmo en Zvw. Dat betekent dat maximaal € 15.000.000,- tot € 19.000.000,- van de kosten voor gebruikshulpmiddelen gerelateerd kunnen worden aan de betreffende |

# Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| | | | | Wlz doelgroep. |
| Hulpmiddelenbranche | Medux | Bekostigingsmodel | 6 | De bedragen dienen herzien te worden en er dienen goede afspraken gemaakt te worden over de uitfasering van het huidige bestand. De voorgestelde bekostiging mag geen negatieve impact hebben op de huidige gebruikers van hulpmiddelen. |
| Hulpmiddelenbranche | Medux | Invoeringstraject | 7 | Als u bereid bent om de hulpmiddelen die nu in gebruik zijn bij cliënten te laten staan in een zogenaamde uitfasering c.q. uitloopconstructie, is er geen sprake van verspilling en levert het cliënten geen hinder op. |
| Hulpmiddelenbranche | Medux | Bekostigingsmodel | 8 | N.v.t. op onze activiteiten |
| Mondzorg | ANT, Cobijt, KNMT, NVGd, NVU, NVM, ONT, VBTGG | Bekostigingsmodel | 5 | Partijen betreuren het dat er voor een bekostigingsmodel gekozen wordt waarbij het accent ligt op de beheersing van de macrokosten, in plaats van kwaliteit van zorg. Alle kwaliteitsverbeteringen van de afgelopen jaren waren mogelijk gemaakt door het huidige bekostigingsmodel. De vrees bestaat dat die verbeteringen door de invoering van een integraal tarief weer teniet worden gedaan. |
| Mondzorg | ANT, Cobijt, KNMT, NVGd, NVU, NVM, ONT, VBTGG | Bekostigingsmodel: boven-budgettair | 5 | De mondzorgpartijen pleiten voor het behoud van de boven budgettaire bekostiging van de mondzorg middels gereguleerde tarieven en inkoop en een doelmatigheidstoetsing door de de zorgkantoren om de zorg passend, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. |
| Mondzorg | ANT, Cobijt, KNMT, NVGd, NVU, NVM, ONT, VBTGG | Bekostigingsmodel | 6 | Men verwacht dat er als gevolg van de invoering van het nieuwe bekostigingsmodel er minder mondzorgprofessionals met voldoende expertise op het gebied van de kwetsbare groepen te vinden zijn waarmee de zorginstellingen een contract kunnen afsluiten. |
| Mondzorg | ANT, Cobijt, KNMT, NVGd, NVU, NVM, ONT, VBTGG | Bekostigingsmodel | 6 | Door de grote individuele verschillen in de kosten per cliënt bestaat het gevaar dat kleinschalige woonvormen onvoldoende mogelijkheden hebben om de kosten over alle cliënten uit te middelen. Dit kan risicoselectie bij de opname van nieuwe cliënten veroorzaken. Ook kan het leiden tot de situatie dat een cliënt uit financiële overwegingen onvoldoende mondzorg krijgt. |
| Mondzorg | ANT, Cobijt, KNMT, NVGd, NVU, NVM, ONT, VBTGG | Keuzevrijheid | 8 | Cliënten kunnen alleen maar gebruik maken van de gecontracteerde mondzorgverlener. In veel gevallen zal er geen vrije keuze van zorgverlener meer zijn. Voor dergelijke kwetsbare cliënten is de vertrouwensrelatie met hun behandelaar belangrijk. |

# Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Overige | Zorginstituut Nederland | Bekostigingsmodel | 5 | Wat betreft de bekostigingsvormen lijkt ons het eerste model het best passend. De kern van ons advies is immers dat één instelling verantwoordelijk is voor het totaalpakket van zorg. Dat wordt met het eerste model het best geborgd. Daarbij kunnen sommige zaken overigens nog boven-budgettair worden bekostigd. |
| Overige | Zorginstituut Nederland | Bekostigingsmodel, toegankelijkheid | 6 | De beschikbaarheid van behandelaren is een belangrijk punt. We merken daarover het volgende op: in principe wordt de capaciteit van of het beroep op behandelaren niet beïnvloed door ons advies. Het gaat vooral om het scheppen van de juiste condities om ervoor te zorgen dat behandelaren (zoals huisartsen) bereid zijn de zorg te leveren. Daarbij moet er ook voldoende aandacht zijn voor flankerend beleid zoals de inzet van nurse-practitioners, het organiseren van de benodigde beschikbaarheid van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) en de Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) voor consultatie en (mede)behandeling. Dit speelt ook in de GGZ: daar bestaan ook zorgen om het goed organiseren van de behandelfunctie voor mensen die in een RIBW wonen. Of het reguleren van tarieven daarbij helpt, laten we aan uw expertise over. |
| Overige | Zorginstituut Nederland | Bekostigingsmodel | 7 | U vraagt ook naar de gevolgen van de bekostiging voor de cliënt. We zijn van mening dat de bekostiging in dienst moet staan van het leveren van integrale zorg. Hoe de zorg bekostigd wordt, speelt zich – met uitzondering van eigen betalingen – buiten het blikveld van de cliënt af. De bekostiging moet het bieden van passende zorg faciliteren. |
| Overige | Zorginstituut Nederland | Keuzevrijheid | 8 | Keuzevrijheid voor behandelaren is belangrijk. De mogelijkheid daartoe is mede afhankelijk van de complexiteit van de zorg en situationeel bepaald. In de voorbereidingen van ons advies hebben we daarvan goede voorbeelden gezien. Het is aan zorgaanbieders en zorgkantoren om in samenspraak met de cliënt daarin de beste afwegingen te maken. Met u zijn we van mening dat keuzevrijheid te organiseren is, en zijn blij dat u hierop toe zal zien. |
| Paramedici | KNGF | Bekostigingsmodel | 5 | Als alle paramedische zorg onder de zzp gaat vallen zal het tarief misschien anders berekend moeten worden. De huidige berekeningen nemen fysiotherapie na een trauma niet mee. Bij de introductie van de zzp bekostiging ging men er nog vanuit dat de niet handicap gebonden zorg via de zvw/av loopt. Dit betreft bijvoorbeeld ook revalidatie na een gebroken heup. Dit is vaak een langdurig traject dat bij deze kwetsbare doelgroep vaak nog langer duurt dan gemiddeld. |

# Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Paramedici | KNGF | Bekostigingsmodel: boven-budgettair | 5 | Nza stelt dat aangepaste rolstoelen, zitorthese en orthopedisch schoeisel altijd vergoed worden. KNGF merkt op dat in de praktijk het zorgkantoor wel probeert deze vergoedingen zoveel mogelijk te beperken door, vooral, de variatie in hulpmiddelen te beperken. Hierdoor wordt niet altijd het meest ideale hulpmiddel aangeschaft.<br>Bij het voorstel de bovenbudgetaire hulpmiddelen binnen de reguliere zzp vergoeding te laten vallen, verschuift de wens om voor het mist dure hulpmiddel te kiezen van het zorgkantoor naar de de zorginstellingen. Plat gezegd moet de zitorthese en rolstoel dan concurreren met extra inzet van personeel of een verbouwing. Dit lijkt mij de rechts gelijkheid niet ten goede komen. |
| Paramedici | PPN | Bekostigingsmodel | 5 | Voorkeur voor integrale tarieven met regulering ODV en in mindere mate zonder regulering ODV. Belangrijke overwegingen bij de keuze zijn volgens PPN; kwaliteit van zorg. Zorg die in samenhang wordt geboden (samenwerking, zorg op de juiste plek). Eenvoud en helderheid voor alle betrokken over hoe de bekostiging in elkaar zit en wie daarop aanspreekbaar is. |
| Verpleging en verzorging | ActiZ | Bekostigingsmodel | 5 | ActiZ is een nadrukkelijk voorstander van het voorstel voor integrale bekostiging. Het is het meest eenvoudige model en geeft zorgaanbieders de noodzakelijk ruimte om hun verantwoordelijkheid voor de integrale zorg en behandeling in te vullen op een manier die past bij hun clienten en de lokale situatie. Voorwaarde is een passend tarief.<br><br>Regulering van behandelprestaties die door onderaannemers geleverd worden achten wij niet wenselijk: dit brengt extra regeldruk met zich mee en belemmert de mogelijkheid om lokaal maatwerk afspraken te maken. |
| Verpleging en verzorging | ActiZ | Bekostigingsmodel: boven-budgettair | 6 | Het zoveel mogelijk afschaffen van de boven-budgettaire bekostiging achten wij niet zonder meer een wenselijk uitgangspunt. Dit dient per zorgvorm bekeken te worden. Integrale bekostiging is alleen mogelijk als de kosten zich per cliënt redelijk uitmiddelen.<br><br>Indien kosten per cliënt sterk uiteenlopen bestaat bij integrale bekostiging het risisco dat de toegankelijkheid voor bepaalde cliënten of doelgroepen onder druk komt te staan. In dat geval verdient bovenb-budgettaire bekostiging de voorkeur.<br>Naar onze mening legt het conceptadvies te veel nadruk op de macrobeheersbaarheid en te weinig op de kwaliteit en toegankelijk. Wij zien in de huidige praktijk geen aanwijzingen dat boven-budgettaire bekostiging leidt tot bovenmatig gebruik van deze zorgvormen. ActiZ hecht eraan dat de NZa op basis van onderzoek per zorgvorm bekijkt of het handhaven van boven-budgettaire bekostiging prevaleert boven integrale bekostiging. |

# Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Verpleging en verzorging | ActiZ | Bekostigingsmodel | 7 | Door behandeling en aanvullende zorgvormen onder te brengen in de Wlz kunnen zorgaanbieders integrale zorg aan de client bieden, afgestemd op zijn zorgvraag. Dit draagt bij aan de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van de client. De toegang tot passende behandeling wordt eenvoudiger en er is niet langer sprake van rechtsongelijkheid. |
| Verpleging en verzorging | ActiZ | Keuzevrijheid | 8 | De verwachtingen ten aanzien van keuzevrijeheid moeten realistisch zijn. Bij integrale zorg door één zorgaanbieder zijn cliënten in principe aangewezen op de behandelaren die aan de zorgaanbieder verbonden zijn. Uit oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid is het onvermijdelijk om het aantal behandelaars waarmee wordt samengewerkt te beperken. Binnen de beperking wordt de keuzevrijheid uiteraard zoveel mogelijk gerespecteerd. Het voornaamste keuzemoment is de keuze voor een bepaalde aanbieder en locatie. Het is belangrijk dat cliënten en hun naasten op dat moment zorgvuldig worden geïnformeerd over het aanbod van zorgorganisaties en de wijze waarop behandeling is georganiseerd.<br>Een vereenvoudiging van de leveringsvormen met integraliteit als uitgangspunt levert daaraan een belangrijke bijdrage. Ook biedt integraliteit van zorg en behandeling aanbieders meer ruimt om de zorg en behandeling volgens hun eigen visie, passend bij hun doelgroep, te organiseren. De voorgestelde wijzigingen kunnen daardoor bijdragen aan meer diversiteit in het aanbod en dus voor meer keuzemogelijkheden voor de cliënt. |
| Verpleging en verzorging | Alliade | Keuzevrijheid | 8 | Het recht op vrijheid van artsenkeuze wordt zeker geweld aan gedaan wanneer maar enkele huisartsen WLz zorg willen doen. Nog afgezien daarvan is het voor een instelling ondoenlijk is om verantwoordelijk te zijn voor 300 huisartsen die allen maar enkele cliënten bedienen en de instelling zelf maar over enkele artsen VG/SO's of psychiaters beschikt. Instellingen zullen dus willen clusteren bij huisartsen. |
| Verpleging en verzorging | Alliade | Toegankelijkheid | 8 | Huisartsen en huisartsenposten geven duidelijk aan niet meer beschikbaar zijn voor het leveren van WLz zorg voor instellingen. Als de bekostiging van behandeling van kwetsbaren over gaat naar de WLz ontstaat daarmee een belangrijk probleem in de toegankelijkheid van de zorg. so, avg en psychiaters gaan dit niet oplossen want daar is op dit moment al een groot tekort aan. Dit veroorzaakt prijsopdrijving, door dit te beperken zal de krapte toenemen. |
| Verpleging en verzorging | Dagelijks-leven | Bekostigingsmodel | 5 | Men heeft twijfels bij de doelmatigheid van de voorgestelde wijzigingen. Om doelmatiger besteding van middelen te bereiken; passend tarief inclusief geneeskundige zorg en aparte prestaties conform zvw model voor hulpmiddelen, |

# Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| | | | | medicatie, mondzorg en paramedische zorg. |
| Verpleging en verzorging | King Arthur Groep | Bekostigingsmodel | 5 | De zorgaanbieder is van mening dat clienten met een vpt in een kleinschalig initiatief thuiswonen en vindt dat het organiseren van integrale zorg en bekostiging hiervan met een integraal tarief een stap terug is. Het weghalen van de verantwoordelijkheid bij de huisarts en beleggen bij de aanbieder verhoudt zich niet met de trend langer thuis, verschuiven van 2e naar eerste lijn en zo gewoon als het kan, zo specialistisch als het moet (juiste zorg op de juiste plek). Hiermee wordt het huidige probleem verlegd van de huisartsen naar de zorgaanbieder. Dit lost in feite het probleem niet op en maakt het voor een zorgaanbieder moeilijker om de huisarts in zijn/ haar positie in de keten te houden/ brengen. |
| Verpleging en verzorging | Koperhorst | Bekostigingsmodel | 5 | Koperhorst kan zich voorstellen dat behandeling integraal door de aanbieder wordt georganiseerd. Alternatief zou kunnen zijn om de behandelfunctie geheel vanuit de huisartsenpraktijk aan te bieden, incl. de SOG en andere behandelaars. Dan bereik je ook al die ouderen die nog thuis wonen. De artsen kennen ze beter en de crisissen die we nu vaak thuis zien ontstaan omdat men te laat deskundige ondersteuning inroept kunnen mogelijk voorkomen worden en krijg je een meer geleidelijke overgang van thuis naar intramuraal als het echt niet anders meer kan. |
| Verpleging en verzorging | Koperhorst | Bekostigingsmodel | 6 | Koperhorst zou wel de tarieven van de (externe) behandelaars gereguleerd willen hebben. Als je de behandelaren in dienst hebt wordt dit gereguleerd door de CAO – lonen en het functiehuis. Kies je ervoor / of ben je genoodzaakt om ze extern op declaratiebasis aan te trekken dan ontstaat er een oneigenlijk speelveld. Ik weet dat dit moeilijk is in een vrije markt, maar zou dat nog graag onderzocht willen hebben. Dit geldt zowel voor de huisartsen, SOG en paramedische diensten uit de reguliere eerste lijn als ook de ZZP –collectieven en het inhuren bij derden. |
| Verpleging en verzorging | Koperhorst | Keuzevrijheid, bekostigingsmodel | 7 | Wij vinden dat cliënten zo lang als mogelijk, en zij het wensen, hun eigen huisarts en mogelijk andere behandelaren moeten kunnen houden. Deze behandelaren kunnen ondersteund worden door een SOG en of psycholoog en andere paramedici. Omdat we als organisatie wel de verantwoording volledig gaan dragen voor een juiste en goede behandeling zou een verpleegkundig specialist of een praktijkverpleegkundige ouderen o.i.d. een belangrijke tussenschakel kunnen zijn tussen de externe behandelaars en de organisatie. |

# Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Verpleging en verzorging | Koperhorst | Bekostigingsmodel, Toegankelijkheid | 8 | Op zich voor de cliënt geen. De grootste uitdaging is: willen de huisartsen hieraan mee werken of gaan ze het afschuiven omdat hun praktijken al vol genoeg zijn of dat ze vinden dat ze er onvoldoende verstand van hebben te hoge vergoedingen gaan vragen. Wat verder mee zal spelen is welke rol de inspectie IGJ blijft geven aan de artsen. De regierol rond de (medische) zorg bij cliënten met een zzp/vpt ligt voornamelijk bij de arts (zoals nu het geval is, zie ook het kwaliteitskader) of kunnen ook anderen deze rol in de toekomst overnemen? Als de inspectie IGJ op het standpunt blijft staan dat de arts de regierol heeft zullen huisartsen sneller afhaken omdat ze zich, terecht, niet verantwoordelijk voelen voor een juiste verpleegkundige zorg van hun patiënten. Daar kunnen ze als huisarts wat van zeggen, maar hebben er geen directe invloed op omdat ze niet een hiërarchische lijn hebben met de organisatie. Dat is de verantwoordelijkheid van de organisatie / bestuurder. Overigens is dat andersom ook het geval alleen makkelijker te beïnvloeden omdat de organisatie aan de huisarts kan voorstellen om zich te laten ondersteunen door een SOG. |
| Verpleging en verzorging | SPOT | Bekostigingsmodel | 5 | SPOT kan zich hierin vinden, zie bij vraag 2. |
| Verpleging en verzorging | SPOT | Bekostigingsmodel | 6 | Het bekostigingsmodel, mag niet leiden tot onduidelijkheid bij cliënten en tot verhoging van de administratieve lasten voor de aanbieder. |
| Verpleging en verzorging | SPOT | Bekostigingsmodel | 7 | Deze vraag is nog redelijk prematuur, het zal uiteindelijk van de uitwerking en interpretatie in de praktijk afhangen of het model daadwerkelijk de genoemde voordelen biedt. |
| Verpleging en verzorging | SPOT | Keuzevrijheid | 8 | Deze vraag is al deels beantwoord bij de andere vragen. De cliënt moet wat ons betreft kunnen blijven kiezen zowel voor de medische zorg als de paramedische zorg. Uiteraard afhankelijk van met welke behandelaars en paramedici de instelling contracten kan afsluiten voor de levering van de integrale zorg. In relatief veel gevallen is in kleinere zorginstellingen de huisarts de hoofdbehandelaar, de vraag hierbij is of de huisarts dit kan en wil blijven doen? De druk op de huisartsen neemt toe. Het beschikbaar zijn van bijvoorbeeld een SOG of psychiater of andere behandelaar kan deze druk verminderen, maar levert aan de andere kant vragen op in kader beschikbaarheid en verantwoordelijkheden. |
| Verpleging en verzorging | ZorgthuisNL | Kleinschaligheid | 6 | Voor clienten individueel in de wijk kan je als zorgaanbieder niet garant staan voor een volledige integrale zorg en dienstverlening en het zeker niet efficiënt en adequaat leveren. Derhalve wordt het ook heel duur. Woont men echt zelfstandig in een wijk |

# Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Verzekeraars | Zorg-verzekeraars Nederland | Bekostigingsmodel | 5-8 | ZN is voorstander van een integraal bekostigingsmodel waarbij sprake is van een integraal tarief, maar wel in combinatie met bovenbudgettaire bekostiging. Dit om de toegankelijkheid van zorg te borgen. Eén integraal tarief past bij het uitgangspunt dat de zorg geleverd in de Wlz integraal georganiseerd wordt. Eén zorgaanbieder is eindverantwoordelijk en heeft binnen dit ene tarief de ruimte om de benodigde zorg zo te organiseren en te leveren zoals hij dat nodig acht.<br><br>Wel moet goed nagedacht worden of een prikkel ingebouwd kan worden om huisartsen te verleiden om Wlz-zorg te blijven leveren. |
| Verzekeraars | Zorg-verzekeraars Nederland | Bekostigingsmodel: boven-budgettair | 5 | ZN is akkoord met het bekostigingsmodel waarbij sprake is van een integraal tarief. We zijn voorstander van het onderbrengen van zoveel mogelijk aanvullende zorg in het integrale tarief, maar wel in combinatie met boven-budgettaire bekostiging. Hieronder lichten we toe waarom we voorstander zijn van integrale bekostiging waarbij we ook het belang aangeven van boven-budgettaire maatregelen.<br>Eén integraal tarief past bij het uitgangspunt dat de zorg geleverd in de Wlz integraal georganiseerd wordt. Eén zorgaanbieder is eindverantwoordelijk en heeft binnen dit ene tarief de ruimte om de benodigde zorg zo te organiseren en leveren zoals hij dat nodig acht. Zelfstandig declareren bij het zorgkantoor in de Wlz voor aanvullende zorgvormen heeft niet onze voorkeur, omdat dit een negatief effect heeft op de integraliteit van de geleverde zorg. Wel zien wij in dit kader nog een aantal aandachtspunten voor de nadere uitwerking. Dit zullen wij bij vraag 2. verder toelichten.<br>Er moet daarnaast bij de verdere uitwerking specifiek gekeken worden naar wat binnen het integrale tarief kan vallen en wat boven-budgettair bekostigd blijft i.v.m. risico's aan het integrale tarief (geld op de verkeerde plek, mijden van zwaardere zorgvragers).<br>Naast de hierboven beschreven ruimte die een integraal tarief geeft, geeft het ook een bepaalde verantwoordelijkheid bij zorgaanbieders voor het organiseren van een kwalitatief goede en doelmatige levering van zorg. Hoewel ZN ziet dat veel zorgverleners die ook in de Zvw actief zijn de voorkeur geven aan rechtstreeks declareren bij het zorgkantoor, leert de praktijk ons dat hierdoor de inhoud en kwaliteit van geleverde zorg bij de zorgaanbieder minder in het vizier is. Dus hoewel werken met onderaannemingscontracten voor hoofdaanbieders een extra administratieve last betekent, geeft het ze tegelijkertijd ook de vrijheid om binnen het integrale tarief de zorg meer persoonsgericht in te kunnen vullen op cliëntniveau. Hiermee sluit een integraal tarief, zonder deel-regulering beter aan bij de eindverantwoordelijkheid van zorgaanbieders over het totaal aan geleverde zorg binnen het Wlz-pakket. |

# Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| | | | | Het vangnet zoals de huidige boven-budgettaire bekostiging biedt, wil ZN behouden. Aanbieders moeten erop kunnen vertrouwen dat als zij zorg gaan verlenen aan deze specifieke cliënten zij daarop geen financieel risico lopen (toegankelijkheid van zware zorgvragen borgen). Extreme zorgzwaarte of kosten zien we nog steeds met regelmaat bij de Wlz-doelgroep. Dat is niet altijd op te vangen door het budget van andere cliënten, zeker niet bij kleinere aanbieders of specialistische afdelingen. De kleine aanbieder moet een cliënt met hoge zorgkosten zorg kunnen blijven leveren. |

# Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Verzekeraars | Zorg-verzekeraars Nederland | Bekostigingsmodel, Keuzeinformatie | 6 | We vinden allereerst dat in de tabel vooral aandacht is voor zorginkoop gerelateerde aspecten en dat aspecten rondom een goede uitvoering en het belang van een goed communicatietraject richting de cliënt nog onderbelicht is. Denk hierbij aan keuze-ondersteuning van cliënten, actief benaderen/informeren, inlichting over het gevolg eigen bijdrage, AV, keuzevrijheid aanvullende zorgvormen etc.<br>Bij vraag 2 is door ZN aangeven dat in het algemeen een integraal tarief past bij het uitgangspunt dat de zorg geleverd in de Wlz integraal en zonder extra regulering (behalve boven budgettaire bekostiging) georganiseerd wordt. Twee zorgsoorten willen wij hierbij specifiek uitlichten.<br>ZN ziet het risico dat zorgaanbieders in bepaalde regio's nu al moeite hebben (en straks wellicht nog meer zullen krijgen) om voldoende huisartsen te contracteren of in dienst te nemen. Dit heeft zowel een kwalitatief, kwantitatief als een financieel aspect. Het gaat om relatief zware cliënten en dus kan geëist worden dat het geboden tarief aan de behandelaar hoger is dan de Wlz zorgaanbieder via het integrale tarief vergoed krijgt. Regulering van tarieven biedt hiervoor geen oplossing (tenzij de tarieven hoog genoeg zijn), anders wijst een behandelaar een contract af. Gezien deze problematiek ziet ZN het als een belangrijk vraagstuk voor de komende tijd om te kijken hoe een stimulerende prikkel ingebouwd kan worden bij deze groep onderaannemers om te zorgen dat zij verleid worden een bijdrage te blijven leveren aan integrale zorg vanuit de Wlz. Eveneens is het voor zorgkantoren denkbaar dat bij mondzorg – gezien de ervaring met vrije tarieven in de Zvw- toch enige vorm van regulering in de vorm van maximumtarieven zal plaatsvinden. ZN wil graag betrokken worden bij het verder vormgeven van dergelijke reguleringstrajecten.<br>Verder geldt dat een integraal tarief zorgaanbieders ook regionaal de ruimte geeft. Hier staat wat ons betreft ook tegenover dat wanneer er regionale knelpunten zijn, de zorgaanbieder het zorgkantoor inzicht geeft in de kosten van behandeling. Hierbij is het ook van belang dat zorgkantoren de mogelijkheid houden voor tariefdifferentiatie.<br>Tot slot willen we benadrukken dat boven budgettaire bekostiging zeker van belang is bij persoonlijk aangemeten hulpmiddelen. Indien deze kosten in het integrale tarief zitten, kan deze voorziening voor cliënten onderdeel worden van de keuzes die een Wlz-instelling moet maken om het budget rond te krijgen. Het vraagt om een nadere uitwerking van kosten (waarbij ook het lopende onderzoek van Berenschot naar hulpmiddelen nog zijn beslag moet krijgen) en t.z.t een zorgvuldige afweging, waar ZN graag bij betrokken wordt. |

# Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Verzekeraars | Zorg-verzekeraars Nederland | Bekostigingsmodel | 7 | Het nieuwe bekostigingsmodel zal de zorgaanbieder die de integrale zorg levert dwingen een aantal keuzes te maken. Deze keuzes zijn overigens niet anders dan binnen de huidige ZZP met behandeling, maar kunnen bij krapte voor cliënten wel schrijnender zijn. Het nieuwe bekostigingsmodel vereenvoudigt en verduidelijkt het onderscheid tussen de verschillende leveringsvormen. Dit is positief voor zowel cliënten als zorgverleners, maar ook voor zorginkoop van zorgkantoren. Tot slot is een ander gevolg dat een cliënt voor deze vormen van zorg met een VPT geen eigen risico of eigen bijdrage hoeft te betalen en deze de afweging moet maken voor de meerwaarde van een AV.Wij zien het mede als een taak voor zorgkantoren om steeds te blijven volgen waar in de praktijk knelpunten ontstaan tussen het leveren van kwalitatief goede zorg en de bekostiging. Als er in een regio bijvoorbeeld krapte ontstaat aan een bepaald specialisme en het integrale aanbod of de kwaliteit komt daarmee in het gedrang, dan zullen ook zorgkantoren (vanuit hun zorgplicht) zich moeten inzetten om passende oplossingen te zoeken. |

# Bijlage 7C: consultatiereacties - Financiële impact

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Beroepsverenigingen | NIP | Financiële impact | 9-12 | Voor de ggz-doelgroep verwacht het NIP macromeerkosten ten opzichte van de huidige situatie. NIP stelt vast dat in het advies wel sterk de nadruk op macrobeheersing ligt en minder op kwaliteit en toegankelijkheid.<br><br>- Daarnaast willen wij wijzen op de farmaceutische meerkosten voor de nieuwe instroom op basis van de GGz grondslag. Farmaceutische zorg voor deze groep zal o.i. het (nieuw te berekenen) integrale tarief behoorlijk beïnvloeden.<br>-Wij adviseren om voor de GGZ niet 2014, maar 2015 als basis te nemen. 2014 is startjaar van de nieuwe echelonering (GBggz en G-GGz) en de nieuwe verzekerde aanspraken (GGZ-stoornis i.p.v. klachten). Daarnaast is in 2015 ook de Jeugd (18-) niet meer in de cijfers opgenomen. 2015 is voor zover wij weten ook al volledig uitgedeclareerd. 3/4. Zoals eerder gesteld dient er bij de verdere ontwikkeling van de integrale prestaties en tarieven die voor de 'nieuwe' WLz ggz-groep komen er op gelet worden dat er niet een te groot/ geen verschil komt tussen de DBC-prijs en de Wlz-prijs voor (zware) ggz-cliënten.<br>- Enerzijds dienen de tarieven wel passend te zijn (waar ze dat nu in de Wlz en Wmo soms echt te laag zijn, zodat er sprake is van onderbehandeling), anderzijds moeten ook voor het mpt aanbod Wlz-tarieven worden vastgesteld per module ter voorkoming dat Zvw zorgproducten (m.n. GGz GBGGZ of G-GGZ prestaties (DBC's)) kunnen worden gedeclareerd. Met andere woorden enige regulering vanuit NZa t.a.v. tarieven is o.i. noodzakelijk, ook al om de gevolgen van de krappe arbeidsmarkt te reduceren (prijsopdrijvende effecten). |
| Beroepsverenigingen | NVO | Financiële impact | 9-12 | De NVO vindt het berekende verschil tussen de minderkosten in de Zvw/WMO en de meerkosten in de Wlz zeer groot. Wij plaatsen ten eerste onze vraagtekens bij de berekende meerkosten in de Wlz. De zorgzwaartepakketten zijn integrale pakketten waarbij niet duidelijk is welk deel wordt uitgegeven aan behandeling. Het staat zorgaanbieders vrij om de middelen voor behandeling in te zetten voor andere zorgvormen. Het is dan ook vooraf niet te zeggen dat de behandeling in de Zvw zoveel goedkoper is dan binnen de Wlz.<br>Daarnaast zijn er verschillen te benoemen tussen de behandeling in de Wlz en in de Zvw, zowel qua inhoud als inzet van professionals. Binnen de huidige Zvw-bekostiging kan de orthopedagoog geen behandeling leveren binnen de ggz vanwege de eisen van het regiebehandelaarschap. De specifieke Wlz-behandeling kunnen zij wel leveren binnen de Wlz en daarmee dragen zij bij aan effectieve en kwalitatieve zorg.<br>Geconcludeerd kan worden dat zowel op inhoud als met de budgetten de vergelijking tussen behandeling in de Zvw en Wlz nu niet te maken is. |

# Bijlage 7C: consultatiereacties - Financiële impact

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Cliëntenorganisaties | Ieder(in) en Per Saldo | Financiële impact | 9 | Ieder(in) en Per Saldo herkennen zich in de verklaringen voor de meerkosten voor behandeling in de Wlz. Ze zien niet direct mogelijkheden om deze meerkosten te mitigeren. |
| Cliëntenorganisaties | Ieder(in) en Per Saldo | Financiële impact | 10 | Ieder(in) en Per Saldo vragen zich wel af in hoeverre het ingebakken zijn van het 24 uur permanent toezicht in de Wlz in vergelijking met de Zvw nog een kosten opdrijvend effect heeft wat in de berekeningen misschien niet is meegenomen. |
| Farmaceutische zorg | KNMP, ASKA, NAPCO | Financiële impact | 9 | Zoals aangegeven in de eerdere gesprekken hebben wij geen eenduidige verklaring voor de meerkosten in de Wlz. Zoals aangegeven is onze verwachting dat de kosten voor farmaceutische zorg in de Wlz lager zouden moeten zijn. In de Wlz wordt immers juist ook streng ingekocht, misschien zelfs strenger als in de Zvw. In het geval er voor farmaceutische zorg in de Wlz toch meerkosten zouden zijn dan betreft het ons inziens meerkosten inclusief andere zorg. Uiteraard zijn wij bereid om daar waar mogelijk u te helpen met het kwantificeren van eventuele nog niet verklaarde meerkosten. |
| Farmaceutische zorg | VIG | Bekostigingsmodel: boven-budgettair | 9-12 | Op dit moment geldt binnen de Wlz, conform de Beleidsregel 'overige kosten Wlz 2018, kenmerk BR/REG-18139a', dat geneesmiddelen voor 90% boven-budgettair vergoed worden indien er sprake is van uitgaven van meer dan € 700,- per 4 weken per individuele client. Op pagina 22 van uw advies staat dat boven-budgettaire bekostiging een risico is voor de macrobetaalbaarheid in de Wlz. U verwacht dat in de nieuwe situatie deze boven-budgettaire betaalbaarheid fors zal toenemen en daarmee het risico van de betaalbaarheid. u vindt dit zorgelijk en streeft ernaar al de onderdelen van boven-budgettaire betaalbaarheid (waarvan deze groep geneesmiddelen onderdeel van uitmaakt), zoveel als mogelijk onder te brengen in de integrale prestaties. U stelt onderzoek te willen doen om ook de regeling extreme kosten te kunnen onderbrengen binnen de contracteerruimte om zo een doelmatigheidsprikkel te creeeren voor zorgaanbieders en zorgkantoren.<br>De Vereniging Innovatieve geneesmiddelen maakt zich hierover grote zorgen. en daarin staan wij niet alleen. in het Wlz-advies van het Zorginstituut is door veel partijen aangegeven dat door het onderbrengen van o.a. geneesmiddelen onder de Wlz de keuzevrijheid van de client en arts onder druk komt te staan. maar ook in uw eigen advies op pagina 28 staat dat dit een aandachtspunt is.<br>Welke precieze garanties zijn er dat de kwaliteit van de behandelingen met geneesmiddelen en de keuzevrijheid voor de Wlz-clienten niet onder druk komen te staan als de boven-budgettaire bekostiging verdwijnt en de extreme kosten deel gaan uitmaken van de contracteerruimte?<br>Wilt u ons betrekken als het aangegeven onderzoek gaat starten? |
| Farmaceutische zorg | VIG | Financiële impact | 9-12 | U constateert in hoofdstuk 5 een onverklaarbaar verschil van 229 mln. aan macro-financielen gevolgen bij uitvoering van dit advies. |

# Bijlage 7C: consultatiereacties - Financiële impact

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| | | | | Is het uw voornemen om de minister te adviseren bij invoering van deze Wlz-aanpassing dit bedrag vooralsnog op te nemen in het budget, zodat de kwaliteit en keuzevrijheid van de behandeling voor de clienten gewaarborgd blijft? |
| Farmaceutische zorg | VIG | Financiële impact | 9-12 | Het Zorginstituut legt de verantwoordelijkheid voor het organiseren van integrale zorg neer bij de zorgaanbieder. Om zorgaanbieders hiertoe in staat te stellen moeten ze beschikken over de benodigde (financiele) middelen. Een bekostigingsmodel gebaseerd op integrale prestaties faciliteert de zorgaanbieders volgens de NZa het beste om invulling te geven aan de verantwoordelijkheid om integrale zorg te bieden. Omdat een aantal zorgvormen, waaronder de farmaceutische zorg, vanuit de Zvw onder de Wlz wordt gebracht, vragen wij u nauwkeuriger te onderbouwen dat er voldoende budget vanuit de Zvw naar de Wlz wordt verplaatst.<br>Dit is zeer van belang omdat geneesmiddelen van een open eind situatie komen in de budgetsysteem met vastgestelde tarieven. |
| Farmaceutische zorg | VIG | Financiële impact | 10 | Bovendien begrijpen wij dat een aantal geneesmiddelen wel onder de Wlz vallen, maar niet onder de Zvw. Dit betekent ook dat pakketuitsluitingen binnen de Zvw kunnen leiden tot onverwachte meerkosten binnen de Wlz. Een voorbeeld hiervan is de VitD, Calcium, mineralen en paracetamol uitsluiting per 1-1-2019.<br>Kunt u aangeven hoe het Wlz-budget wordt aangepast bij (toekomstige) pakketuitsluitingen binnen de Zvw als deze geneesmiddelen wel onder de Wlz vergoed blijven? |
| Gehandicaptenzorg | Amarant | Financiële impact | 9 | Amarant is ook van mening dat onverklaarde meerkosten ongewenst zijn. Men geeft aan dat aanbieders voor veel clienten van met name lage zzp's behandeling bieden met de bestaande formatie zonder extra declaratie in de Wlz of zvw. Er zijn grote verschillen tussen zorgkantoren waar het gaat om het contracteren van met en zonder behandeling. Amarant biedt aan om ons inzicht te geven in de (financiele) afspraken met onderaannemers en de lasten die met het maken van afspraken gepaard gaan. Ze willen dit graag bespreken, en bijvoorbeeld in de vorm van een Pilot met Amarant, Zorgkantoor en Nza doen. Hierin kunnen ook bijvoorbeeld de resultaten van behandeling en inzicht in de prestaties worden meegenomen. |
| Gehandicaptenzorg | VGN | Financiële impact | 9 | Men herkent zich in de verklaringen en noemt een aantal aanvullende. |
| Gehandicaptenzorg | VGN | Financiële impact | 11-12 | Men ziet niet direct mogelijkheden om meerkosten in de inkoop of organisatie te beperken. Men geeft wel een suggestie om mee te willen denken over mogelijkheden, bijvoorbeeld gezamenlijke inkoop van medicijnen.<br>Gevolgens voor de toegang van ggz-clienten zijn op dit moment nog ongewis. |

# Bijlage 7C: consultatiereacties - Financiële impact

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Geneeskundige Zorg | Verenso | Financiële impact | 9-10 | Verenso herkent de besparing op medisch specialistische zorg. Mogelijk dat kostenverschillen verklaard worden door substitutie tussen wonen, zorg of welzijn en behandeling. |
| Geneeskundige Zorg | Verenso | Financiële impact | 12 | Twee suggesties om de doelmatigheid van de behandeldienst te versterken; 1) Het faciliteren en professionaliseren van de praktijkvoering van de behandeldienst en 2) Het verder vormgeven van taakherschikking. |
| Hulpmiddelenbranche | FHI | Financiële impact | 9 | FHI merkt op dat zij in diverse overleggen heeft verzocht inzicht te verkrijgen in cijfers die betrekking hebben op het aantal patiënten die door de transitie geraakt gaan worden en de beoogde kosten daarbij. Tot op heden heeft zowel de NZa als VWS geen inzicht gegeven. FHI kan daarom geschetste aantallen en kosten niet toetsen en ook geen goede impactanalyse maken. |
| Hulpmiddelenbranche | FHI | Financiële impact | 9 | FHI herkent de kwalitatieve verklaring van de kostenstijging. En adviseert aan deze verklaring de door de NZa genoemde kostenopdrijvende argumenten voor hulpmiddelenzorg uit pagina 30-33 aan toe te voegen, namelijk:<br>a. Dat alle hulpmiddelen voor een Wlz-cliënt uit de WLz betaald moeten worden;<br>b. Afzonderlijke prestaties voor hulpmiddelenzorg en contracten van leveranciers met zorgkantoren doelmatiger zijn gezien de scope van grotere volumes. En ook omdat de separate hulpmiddelenzorg beter te monitoren is qua kostenontwikkeling en beter te beheersen is met separate p en q afspraken (zoals nu in de Zvw gebeurt, o.a. middels dagprijzen en clusterprijzen). |
| Hulpmiddelenbranche | FHI | Financiële impact | 10 | Voor de FHI en waarschijnlijk ook voor andere stakeholders is het nauwelijks mogelijk om een mening te vormen over hoe reëel de (meer)kostenraming door de NZa is. De cijfers worden op een dusdanig hoog aggregatieniveau vermeld, dat specificering naar hulpmiddelen en in het bijzonder naar Zvw-hulpmiddelen ontbreekt. |
| Hulpmiddelenbranche | FHI | Financiële impact | 11 | De meerkosten zijn in zorginkoop te mitigeren door het mogelijk maken dat medisch speciaalzaken (landelijk werkende leveranciers) zelfstandig contracten met zorgkantoren kunnen sluiten over te leveren hulpmiddelenzorg in de Wlz; bekostigingsmodeloptie 4 dus. |
| Hulpmiddelenbranche | FHI | Financiële impact | 12 | Daar heeft de FHI geen zicht op. |
| Hulpmiddelenbranche | Medux | Financiële impact | 9 | Zie ons antwoord op vraag 5. Voor de overheveling van rolstoelen voor individueel gebruik en roerende voorzieningen, is de geraamde ophoging van het Wlz kader te hoog. Bovendien werken institutionele organisaties met de pooling systemen van zorgkantoren, die zijn bijzonder efficiënt ingericht en behalen een hergebruik van rond 90%. De uitgaven voor rolstoelen zullen ook in verband hiermee lager uitkomen in het bovenbudgettair kader. |
| Hulpmiddelenbranche | Medux | Financiële impact | 10 | N.v.t. op onze activiteiten |

# Bijlage 7C: consultatiereacties - Financiële impact

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Hulpmiddelenbranche | Medux | Financiële impact | 11 | N.v.t. op onze activiteiten |
| Hulpmiddelenbranche | Medux | Financiële impact | 12 | Zie antwoord op vraag 9 |
| Mondzorg | ANT, Cobijt, KNMT, NVGd, NVU, NVM, ONT, VBTGG | Financiële impact | 9 | Cijfers van Vektis zijn voor de mondzorg onvoldoende betrouwbaar door o.a. de vele eigen betalingen die niet geregistreerd worden. Verder is er voordat een cliënt opgenomen wordt veelvuldig sprake van zorgmijding. Ook dat zal (niet bekende) meerkosten veroorzaken. |
| Mondzorg | ANT, Cobijt, KNMT, NVGd, NVU, NVM, ONT, VBTGG | Inkoopproces | 9 | Bij integrale tarieven bestaat er een spanningsveld tussen de keuzes die een zorginstelling vanuit het inkoopkader moet maken en het kwaliteitsbeleid. De vrees bestaat dat de keuze in dat kader, vanuit o.a. het complexe inkoopproces en onvoldoende zorginhoudelijke expertise, niet op de mondzorg gaat vallen. Dit heeft gevolgen voor de kwaliteit van de mondzorg. |
| Overige | VNG | Financiële impact | 9-12 | Tot slot reageren wij op de financiële raming voor een uit te nemen bedrag uit de Wmo, voor mobiliteitshulpmiddelen voor mensen met een Wlz-indicatie. Wij begrijpen dat u afhankelijk bent van (cijfers van) anderen en dus zelf een alternatieve rekenwijze opgezet heeft. Echter, de intensiteit van zorg voor mensen in instellingen mét behandeling is niet vergelijkbaar met de intensiteit in instellingen zonder behandeling. Bovendien komen in beide type instellingen andere zzp's voor, of is in ieder geval de mix van zzp's een andere. De uitkomst dat grofweg €68 miljoen gemoeid gaat met mobiliteitshulpmiddelen van een gedeelte van 65.000 mensen is geheel niet steekhoudend. Wij vragen u met klem naast de door u gehanteerde rekenwijze ook een andere rekenwijze te hanteren, om op die wijze tot een meer betrouwbaar inzicht te komen in het gebruik en de daarbij horende kosten. Een voorbeeld hiervan is de snelle rekensom van de hulpmiddelenleveranciers, waarbij de quick-scan leert dat grofweg 5% van de kosten (van de totale Wmo-mobiliteitsmarkt van €250 miljoen) gemaakt worden voor inwoners van instellingen zonder behandeling. Ook voor dit punt betreuren wij het dat gemeenten (en VNG) niet eerder betrokken zijn in de uitvoeringstoets en we de kans onbenut laten om met elkaar een meer gedragen rekenwijze uit te werken. |
| Overige | Zorginstituut Nederland | Financiële impact | 9-12 | De beschreven verklaringen passen in het beeld dat wij hebben over geneeskundige zorg in Wlz-instellingen. Zo hebben wij gesproken met een bestuurder van een instelling, die ervoor gekozen heeft om in een verpleeghuis de geneeskundige zorg anders te organiseren. Deze wordt door zowel de huisarts als de SO geboden, waarbij beiden op consultbasis werken. Een triageteam bepaalt of de problematiek van de |

# Bijlage 7C: consultatiereacties - Financiële impact

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| | | | | cliënt meer algemeen van aard is (dan naar de huisarts) of samenhangt met de reden van opname (dan naar de SO). Met deze werkwijze kon een besparing van 25% worden gerealiseerd op de kosten van geneeskundige zorg. Dit voorbeeld laat zien dat de wijze van organiseren van invloed is op de geleverde geneeskundige zorg. Wij hebben in ons advies niet voorgeschreven hoe de geneeskundige zorg moet worden georganiseerd. Dat is een zaak voor de zorgaanbieders, die afhankelijk van de specifieke situatie, een keuze maakt die voor hun cliënten het meest passend is. Wanneer we nadenken over de organisatie van de huisartsenfunctie in de toekomst is het daarom van belang om de huidige wijze van organiseren die het meeste voorkomt niet als uitgangspunt te nemen, maar als één van de mogelijkheden waar zorgaanbieders bewust voor kunnen kiezen.<br><br>U geeft aan dat het u momenteel ontbreekt aan inzicht in de kwaliteit van leven en het medisch en functioneel functioneren van cliënten die het integrale pakket ontvangen en van cliënten die niet het integrale pakket ontvangen. Het Zorginstituut beschikt ook niet over deze gegevens, maar is wel van mening dat onderstaande gegevens over medisch specialistische zorg ons iets zeggen over de kwaliteit van zorg.<br>In 2016 bedroegen de gemiddelde uitgaven van ouderen in een instelling zonder behandeling voor medisch specialistische zorg € 2.340. De gemiddelde uitgaven voor medische specialistische zorg voor ouderen met behandeling bedroegen € 985. Ook zien we dat 20% van de cliënten in een instelling met behandeling jaarlijks wordt opgenomen op de spoedeisende hulp, afgezet tegen 50% van de cliënten zonder behandeling.<br>Met andere woorden: de zorg voor ouderen met behandeling leidt er dus toe dat er minder vaak een beroep wordt gedaan op de medisch specialistische zorg en dat er minder opnames op de SEH zijn. Graag verwijzen wij u naar onze publicatie die in december 2018 zal verschijnen over het zorggebruik onder ouderen. |
| Paramedici | KNGF | Financiële impact | 10 | Hier word gesteld dat de kosten per DBC voor een VG client met een zzp met behandeling lager zijn. Dit is mogelijk te verklaren omdat de instelling bij/aan een zwaarder gehandicapte client vaak betere verpleegzorg, en paramedische zorg, kan bieden dan een ziekenhuis: hierdoor is de ziekenhuisopname korter. |

# Bijlage 7C: consultatiereacties - Financiële impact

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Verpleging en verzorging | ActiZ | Financiële impact | 9 | ActiZ herkent de beschreven kwalitatieve verklaringen voor de meerkosten<br><br>Qua kwantitatieve gegevens is het in algemene zin lastig om de gepresenteerder cijfers na te gaan. Daarbij roept de prognose voor 2019 voor de uitname uit de Zvw vragen op aangezein wordt uitgegaan van een volume verlaging. De populatie 2016-2019 (tabel 6) wijzigt inderdaad maar ActiZ herkent geen volumedaling, eerder het tegenovergestelde. |
| Verpleging en verzorging | ActiZ | Financiële impact | 10 | ActiZ noemt diverse verklaringen voor de meerkosten behandeling:<br>a. het aantal zittingen paramedische zorg on de de Zvw is begrensd, in tegenstelling tot de Wlz;<br>b binnen de Zvw groter aandeel eigen betalingen door de client.<br>c de Zvw tarieven zijn voor de gemiddelde cliënt terwijl de Wlz tarieven hoger zijn vanwege de intensiteit van de zorgvraag en de beschikbaarheid die wordt gevraagd.<br>d daarnaast is het aannemelijk dat er nu soms sprake is van onderbehandeling bij Wlz-geindiceerden die de behandelcomponent niet verzilveren. Terecht constateert de NZa dat cliënten niet altijd de weg naar passende hulp en behandeling weten te vinden.<br><br>Het is denkbaar dat de groep cliënten op een plaats zonder behandeling niet per se dezelfde zorgvraag heeft als de groep die wel behandeling ontvangt. Naarmate de behoefte aan integrale behandeling groter wordt, komen cliënten vaak alsnog op een "verpleeghuisplaats"terecht. Indien het wenselijk is de vraag naar behandeling voor cliënten op een plaats zonder behandeling concreter te duiden, is daar aanvullend onderzoek voor nodig. |
| Verpleging en verzorging | ActiZ | Financiële impact | 11 | ActiZ pleit al langer nadrukkelijk voor reële vaste tarieven, en dat geldt ook voor de behandelcomponent. Prijsafslagen door zorgkantoren leiden tot generieke en regionale kortingen, die geen recht doen aan de zorgvraag van de cliënt. Een korting op de behandeling is daarom zeer onwenselijk |
| Verpleging en verzorging | ActiZ | Financiële impact | 12 | ActiZ ziet geen mogelijkheden om in de bedrijfsvoering meerkosten te verminderen. |
| Verpleging en verzorging | Alliade | Doelmatigheid | 9-12 | so en avg behandelen maximaal circa 100 patiënten per fte en huisartsen circa 2300 patiënten. Hierdoor onstaat een enorm doelmatigheids en beschikbaarheidsvraagstuk. Goedkoper zal het in ieder geval niet worden. |

# Bijlage 7C: consultatiereacties - Financiële impact

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Verpleging en verzorging | Koperhorst | Financiële impact | 9-10 | Ik herken het wel. De behandelaren die nu bij de verpleeghuizen in dienst zijn hebben meer functies dan alleen cliëntencontact. Ze zijn een onderdeel van de organisatie en zullen derhalve ook een aantal ondersteunende diensten verrichten zoals her- bij- en nascholing, regievoering over de zorg van de cliënt, beleidsmatige (ontwikkelingens)taken. Daarnaast is het cliëntencontact veelvuldiger en een stuk intensiever dan in de versie van de zzp/vpt zonder behandeling. Daar komt de huisarts alleen als het voor de cliënt noodzakelijk is en loop niet met grote regelmaat "visite". |
| Verpleging en verzorging | Koperhorst | Financiële impact | 11 | Door in ieder geval duidelijk te definiëren wat een behandelaar maximaal per uur mag kosten. |
| Verpleging en verzorging | Koperhorst | Financiële impact | 12 | Het is zinvol om na te gaan en te onderzoeken hoeveel behandeling er nu daadwerkelijk noodzakelijk is en /of hoe een deel van de dure behandeling voorkomen kan worden of overgenomen worden door de werkvloer door bv. verpleegkundigen, gespecialiseerde verzorgende psychgeriatrie ( GPV) etc.. Dit slaat dan ook weer terug op de vraag op welke wijze kijken we in Nederland ( politiek, inspectie IGJ etc. ) naar wat is veilige zorg? Hoe geven we inhoud aan de verpleeghuiszorg, zoals men het georganiseerd is, naar zorg zoals thuis zoals ge minister ( en wij) het graag ziet? Welke behandelcriteria stel je? Hoe kijk je naar de cliënt? Als een zwaar zieke of iemand die de laatste levensjaren op een prettige, veilige en voor hem zo aangenaam mogelijke wijze ( en dat is voor iedereen anders) mag en kan leven? |
| Verpleging en verzorging | SPOT | Financiële impact | 9-12 | Het is voor ons als branchevereniging nog te prematuur om hier een goed beeld bij te hebben, het verminderen van de negatieve effecten in kader kosten is voor ons nog niet te overzien. |
| Verzekeraars | Zorg-verzekeraars Nederland | Financiële impact | 9-12 | ZN geeft aan dat het gaat om een complex samenspel van vele factoren die de meerkosten na overheveling naar de Wlz verklaren. In de uitgebreide toelichting doen we een aantal suggesties. Het is belangrijk om met deze inzichten een herberekening te doen op basis van meer actuele data, rekening houdend met veranderende cliëntenmix. |
| Verzekeraars | Zorg-verzekeraars Nederland | Financiële impact | 9 | De kwalitatieve beschrijving (pagina 41) wordt door ZN herkend. Het lijkt hierbij niet onredelijk te veronderstellen dat klanten waarbij naar verwachting minder behandeling nodig zal zijn eerder op een plek zonder behandeling terecht zullen komen. Bij de 'lichte behandelgevallen' wordt dan dus de ZVW aangesproken, bij de 'zware' de Wlz (in de vorm van MPT). |

# Bijlage 7C: consultatiereacties - Financiële impact

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Verzekeraars | Zorg-verzekeraars Nederland | Financiële impact | 10 | Dat is erg lastig te duiden. Het gaat om een complex samenspel van vele factoren die de meerkosten na overheveling naar de Wlz verklaring. Het onverklaarde verschil tussen de kosten voor behandeling in Wlz en Zvw lijkt ons vooral te wijten aan de methodiek van berekening. De door de NZa berekende behandelcomponent (die wordt betaald ongeacht inzet zorg en is berekend op basis van het uitsmeren van totale kosten behandeling over alle ZZP's) wordt afgezet tegen declaraties voor daadwerkelijk geleverde zorg in de Zvw. Een deel van het onverklaarde verschil van 229 mln. zou verklaard kunnen worden door hetgeen NZa schrijft op pagina 42 Tarief Opbouw NZa.<br>Daarnaast zien we hogere kosten voor behandeling als een consequentie van integrale bekostiging waarmee met onderaannemers gewerkt moet worden. Bij dit soort constructies gaat er nou eenmaal geld verloren aan het proces van afspraken/onderhandeling etc. In de berekeningen is de Wmo uitname erg summier onderbouwd. Naar ons idee zou dit bedrag hoger kunnen zijn. Een uitvraag bij de gemeenten hierover is zeer gewenst. Een andere mogelijke verklaring is een bredere aanspraak vanuit de Wlz voor bijvoorbeeld farmacie, maar ook investeringen in kwaliteit van zorg die de totale Wlz-kosten beïnvloeden, verschil van bekostigingsstructuur en prijsonderhandelingen Wlz, Zvw, beperking inzet behandeling door (te laag) integraal tarief. Een ander belangrijk verschil kan te maken hebben met de zelfbekostiging (eigen risico, eigen bijdrage) van geneesmiddelen in de Wlz.<br>Daarbij komt de vraag of voldoende rekening gehouden is met het feit dat de cliënten die momenteel instromen in de Wlz een zwaardere zorgvraag hebben dan de huidige populatie binnen de Wlz (waar ook nog grote groepen cliënten met een lage ZZP in zitten). Is de behandelcomponent in het integrale dagtarief aan de nieuwe klantenmix aangepast? Een herberekening met actuele gegevens is sowieso nodig voordat tot overheveling over gegaan kan worden.<br><br>Wij zien daarnaast nog 2 bijzonderheden:<br>- Figuur 2 Overzicht in- en uitstroom (op basis van onderzoek HHM, 2017) lijkt onvolledig. De instroom van GGZ-cliënten in de Wlz zou moeten worden berekend op zorgvraag. Nu lijkt het alsof alleen wordt gekeken naar cliënten die beschermd wonen of klinisch verblijven. Hierdoor mist een groep; cliënten die nu niet op een woonlocatie wonen maar wel in de Wlz thuishoren.<br>- In Tabel 3: huidige situatie hulpmiddelen missen wij het onderscheidt tussen Wlz in tarief en Wlz boven-budgettair. |

# Bijlage 7C: consultatiereacties - Financiële impact

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Verzekeraars | Zorg-verzekeraars Nederland | Financiële impact | 11 | Deze zijn vrij beperkt. Er wordt op pagina 44 van de uitvoeringstoets1 min of meer geconcludeerd dat de Wlz ondoelmatig werkt en dat daar nog wel wat te halen is. Deze conclusie staat haaks op het recente NZa-kostprijsonderzoek in de Wlz, waar geconcludeerd werd dat de tarieven lager zijn/waren dan de werkelijke kosten. Contractteerruimtes zijn nu al krap, zorgkantoren kopen al jaren scherper in dan de aanbieders zeggen nodig te hebben. Tarieven nog scherper stellen, terwijl er vanuit de overheid aan de andere kant steeds maar extra geld aan de langdurige (V&V) zorg toegezegd wordt om de kwaliteit op orde te krijgen, lijkt geen consistent beleid. We zien geen mogelijkheid meer korting te geven op de tarieven. De mogelijkheid die de NZa voorlegt dat zorgkantoren kortingen moeten bedingen op de maximale zzp en vpt tarieven is ons inziens onrealistisch. Er worden nu al kortingen gehanteerd en deze kunnen zeker niet groter worden. |
| Verzekeraars | Zorg-verzekeraars Nederland | Financiële impact | 12 | De zorgaanbieders en behandelaren zullen in hun bedrijfsvoering moeten nadenken over het verrichten van doelmatige zorg, dat wil zeggen geen overbehandeling van cliënten. Daarnaast zullen de zorgaanbieders goed moeten onderhandelen met de behandelaren die zij inkopen voor het leveren van behandeling. Voor partijen die hier tot nog toe weinig ervaring mee hebben is dit wel een aandachtspunt. |

# Bijlage 7D: consultatiereacties - Invoeringstraject

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Beroepsverenigingen | NIP | Invoeringstraject | 13-14 | Gezien de behoorlijke wijzigingen die dit vraagt v.w.b. het integraal organiseren van de zorglevering (probleem van 'complexiteit' en de huidige arbeidsmarktkrapte voor sommige behandelaars (probleem van 'beschikbaarheid') zouden wij kiezen voor een goede voorbereidingsperiode van twee jaar en daarna in een keer overgaan. Wellicht is het voor die regio's waar een overgangsperiode van 2 jaar te kort is, een overgangsperiode van 3 jaar mogelijk. Dit is dan ter beoordeling van het betreffende zorgkantoor. |
| Cliëntenorganisaties | Ieder(in) en Per Saldo | Invoeringstraject | 13 | Ieder(in) en Per Saldo wijzen op het verschil tussen aanbieders die wel al een integraal aanbod leveren en aanbieders die dat nog niet hebben. Zij stellen een combinatie voor van overgangsscenario's:<br>- Overgangsscenario A voor zorgaanbieders die al ervaring hebben met het leveren van een integraal aanbod<br>- Overgansscenario B voor zorgaanbieders die de integrale zorgverlening nog moeten gaan organiseren.<br>Verder een overgangssituatie voor cliënten die VPT "niet-geclusterd" afnemen: voor deze cliënten moet iets anders geregeld worden. |
| Cliëntenorganisaties | Ieder(in) en Per Saldo | Keuzeinformatie | 14 | Wat Ieder(in) en Per Saldo betreft moet in ieder geval de informatievoorziening goed op orde zijn:<br>- vanuit Zorgkantoren naar cliënten (bestaande, nieuwe en toekomstige cliënten);<br>- Vanuit Zorgkantoren naar zorgaanbieders;<br>- Vanuit Zorgaanbieders naar cliënten (bestaande en toekomstige).<br>De keuzevrijheid van de cliënt binnen de integrale uitvoering moet hierbij duidelijk aan het licht komen. |
| Cliëntenorganisaties | Patienten federatie | Invoeringstraject | 13 | Voor cliënten is de keuze hebben om te kunnen behouden van de huidige situatie het prettigst. Bij een invoering ineens, is vooraf nadenken over vangnet- of overgangsmaatregelen nodig. Geleidelijk ingroeien heeft met de ervaringen en kennis van nu, lichte voorkeur. |
| Cliëntenorganisaties | Patienten federatie | Invoeringstraject | 14 | De mensen die de dagelijkse zorg leveren zijn heel belangrijk voor cliënten. De impact van de voorgestelde veranderingen op hun werkzaamheden en daarmee wellicht op de continuïteit van zorg, daarvoor is weinig aandacht. Aandacht hiervoor is volgens ons voor een succesvolle invoering onontbeerlijk. Welk overgangsscenario ook wordt gekozen, monitoren van effecten op cliëntniveau is eveneens onontbeerlijk. |
| Farmaceutische zorg | KNMP, ASKA, NAPCO | Invoeringstraject | 13 | Wij verzoeken u om een overgangsscenario waarbij zowel sprake is van een voorbereidingsperiode, bijvoorbeeld 2 jaar, als een ingroeiperiode. In de voorbereidingsperiode kan gewerkt worden aan het realiseren van de noodzakelijke randvoorwaarden (daarbij valt ook te denken aan het wettelijke mogelijk maken van uitwisselen van medische persoonsgegevens (Wlz-informatie) over de domeinen heen). In de daaropvolgende ingroeiperiode kan vervolgens de integrale zorg |

# Bijlage 7D: consultatiereacties - Invoeringstraject

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| | | | | daadwerkelijk georganiseerd worden. |
| Farmaceutische zorg | VNFKD | Invoeringstraject, financiële impact | 13 | U geeft in uw uitvoeringstoets twee overgangsscenario's aan. De VNFKD heeft gezien bovenstaande twijfels of de adviezen van het Zorginstituut in dit stadium doorgevoerd dienen te worden. Wij dringen er bij de NZa op aan om meer gegevens over aantallen betrokken instellingen, woonvormen en -voorzieningen boven tafel te krijgen, zodat de impact voor de VNFKD beter vast te stellen is, alvorens tot beslissingen over invoering over te gaan. Ook zouden wij graag mee willen denken over hoe andere mogelijkheden om uniforme behandeling van patiënten met een gelijke zorgbehoefte in te regelen zijn. Uiteraard zijn wij tot nadere toelichting graag bereid. |
| Gehandicaptenzorg | Amarant | Invoeringstraject | 13 | Amarant is blij met de voorgestelde geleidelijke invoeringsperiode van 3 jaar. Dit om in gesprek te gaan met clienten om de benodigde veranderingen, bijvoorbeeld overstap van huisarts te bewerkstelligen. |
| Gehandicaptenzorg | VGN | Invoeringstraject | 13 | Men is voorstander van een invoering ineens. Voorwaarden zijn wel voldoende budget en borging van de toegang tot huisartsen zorg. Daarnaast moet het model voor invoering wel goed worden uitgewerkt. Voor de invoering geeft men ons mee om de berekeningen nogmaals uit te voeren op meer recente cijfer.s<br>Er is meer nodig, bijvoorbeeld uniformering van aanvraagformulieren |

# Bijlage 7D: consultatiereacties - Invoeringstraject

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Gehandicaptenzorg | VGN | Invoeringstraject | 14 | VGN vindt de beweging naar integraliteit positief en vindt integrale bekostiging daarbij passend. Uit onderzoek blijkt dat van de clienten met lage zzp's 70% behoefte heeft aan behandeling voor medische en of gedragsmatige problemen. Plekken met en zonder behandeling is nu geen keuze maar wordt bepaald door beschikbaarheid van budget. Met het integraal opnemen van behandeling komt dit voor alle clienten beschikbaar en wordt onderbehandeling voorkomen. Bijvoorbeeld de in de gehandicaptensector veel ingezetten gedragskundige behandeling komt zo beschikbaar voor alle clienten.<br><br>- Vereisten om over te gaan op integrale tarieven is dat er voldoende financiele ruimte komt om voor alle zzp en vpt clienten inclusief behandeling te leveren<br>- toegang tot met name huisartsenzorg en in iets mindere mate mondzorg moet geborgd worden voor alle clienten. Hiervoor zijn naast maatregelen in de bekostiging ook andere maatregelen nodig. De huisarts en de AVG zijn complementair en dus beide nodig voor integrale zorg. Ook nu al zien we dat huisartsen en mondzorgverleners geen afspraken met zorgaanbieders aan willen gaan. Huisartsen en mondzorgverleners zijn in de postitie om hogere bedragen te vragen. |
| Geneeskundige Zorg | LHV | Invoeringstraject | 13-14 | Wij vinden het essentieel dat zo snel mogelijk duidelijk komt en zien de voorbereidingsperiode graag zo kost mogelijk. Voorkeur voor optie A. |
| Hulpmiddelenbranche | Medux | Invoeringstraject | 13 | Scenario A met een uitfasering voor gebruikers die op dat moment gebruik maken van een gebruikshulpmiddel. |
| Hulpmiddelenbranche | Medux | Invoeringstraject | 14 | Graag maken wij u erop attent, dat cliënten het minst hinder ondervinden van een overgangsscenario voor de hulpmiddelen die reeds in gebruik zijn. Als Wmo en Zvw hulpmiddelen bij de switch naar de Wlz omgeruild (ingenomen en vervangen voor een nieuwe rolstoel / hulpmiddel) dienen te worden, ontstaat er verwarring bij cliënten en verspilling van zorggeld. Want zowel voor de diensten als het product bij de omruiling kost extra geld, dat bespaard kan worden als het bestand op een natuurlijke manier uitloopt. |
| Overige | Zorginstituut Nederland | Invoeringstraject | 13 | Wat betreft het invoeringstraject geven wij de voorkeur aan scenario A (in één keer invoeren met een ruime voorbereidingsperiode). Bij een geleidelijke overgang zou de nieuwe situatie naast de oude situatie bestaan. Dit is gezien de complexiteit die dan ontstaat, niet wenselijk. Verschillende indelingen van leveringsvormen bestaan dan naast elkaar, en hierdoor zal het nog moeilijker worden om het geheel te overzien voor cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren. |
| Overige | Zorginstituut Nederland | Invoeringstraject | 14 | Voor een groot deel behelst ons advies een verkleining van pakketverschillen die zorginhoudelijk niet te motiveren zijn. Wij kunnen hierbij gebruik maken van de ervaringen van de vele instellingen die nu ook al verblijfszorg bieden aan Wlz-cliënten |

# Bijlage 7D: consultatiereacties - Invoeringstraject

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| | | | | met behandeling. |
| Paramedici | PPN | Invoeringstraject | 13 | Zo spoedig mogelijk |
| Verpleging en verzorging | ActiZ | Invoeringstraject | 13 | Gelet op de verschillen tussen regio's en zorgorganisaties, acht ActiZ een geleidelijke invoering het meest wenselijk. Of drie jaar voldoende is kan men op dit moment niet inschatten.<br><br>Voor het punt van de uitvoerbaarheid maakt ActiZ zich grote zorgen ten aanzien van de beschikbaarheid van behandelaren en de mogelijkheid tot samenwerking met behandelaren. Vooraf moet landelijk met betrokken partijen hierover afspraken worden gemaakt. Ook is het nodig om gezamenlijk de effecten in de praktijk te monitoren. Als blijkt dat er in de praktijk grote knelpunten ontstaan of onwenselijke effecten optreden zijn aanvullende afspraken of bijstelling van de uitgangspunten nodig. |
| Verpleging en verzorging | Actiz | Financiële impact | 14 | ActiZ ziet de volgende aanvullingen:<br>A. De uitname uit de Zvw/Wmo moet nogmaals worden berekend op basis van actuele gegevens en daarbij reële aantallen ggz-cliënten die instromen in de Wlz.<br>B. Nader onderzoek naar en verklaringen over het verschil in kostenniveau is gewenst.<br>C. Bij de verdeling van het macrobudget over de zorgkantoorregio's moet rekening worden gehouden met bestaande verschillen in de verhouding tussen het aantal plaatsen met en zonder behandeling.<br>D. Voor de behandelprestaties en de aanvullende zorgvormen dienen reële tarieven te worden vestgesteld.<br>E. Het delen van clientendossiers tussen behandelren en aanbieders en het uitwisselen van gegevens over indicatie en leveringsvorm is ook een aandachtspunt. |

# Bijlage 7D: consultatiereacties - Invoeringstraject

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Verpleging en verzorging | Dagelijks-leven | Invoeringstraject | 14 | Dagelijks-leven stelt een aantal randvoorwaarde voor invoering van de wijzigingen;<br>-Regulering van tarieven voor onderlinge samenwerking tussen bijvoorbeeld huisartsen en zorgaanbieders. Dit is onzes inziens nodig omdat huisartsen(groepen) en de HAP's regionaal een monopolypositie hebben. Het NZA-tarief is hiervoor een prima richtlijn, deze worden immers geacht passend te zijn voor de prestatie die wordt geleverd.<br>-Bij ontbreken van voldoende schaal en inkoopkracht van de individuele aanbieder grip houden/krijgen op de tarieven / prijzen van geneesmiddelen en hulpmiddelen bijvoorbeeld door aanbieders mee kunnen liften op de inkoop(tarieven) door zorgverzekeraars.<br>Geen dure capaciteit inzetten in standaard situaties, maar dit over de volle breedte invoeren ook waar nu de huisarts volledig uit beeld is (zzp met behandeling).<br>- Mogelijkheid om de ANW en spoedzorg te organiseren zonder een kostbare dubbele structuur naast de HAP op te zetten.<br>-Een passend integrale basistariefstelling per zorgdag (voor datgene dat elke bewoner standaard nodig heeft: basiszorg, SO, huisarts, psycholoog, ..) met daarbij tariefstelling voor de niet standaard behandelcomponenten, hulpmiddelen, medicatie, paramedische zorg en verrichtingen (conform ZVW systematiek). Dit leidt onzes inziens tot een doelmatiger besteding van middelen.<br>-Voldoende tijd om stelselwijzing te implementeren waarbij de financiële aspecten vooraf 100% duidelijk zijn. Voorkeur voor geleidelijke ingroeivariant. Starten met behandeling en paramedische zorg, dan hulpmiddelen, dan farmacie en mondzorg.<br>-Creëren van een level playing field met betrekking tot eigen bijdragen zodat bewoners die WLZ zorg nodig hebben zich in hun keuze niet laten leiden door de hoogte van de eigen bijdrage. Maar ook mbt van toepassing zijnde kwaliteitseisen en inkoopvoorwaarden zodat er op dat gebied ook een level playing field ontstaat tussen geclusterd VPT en geclusterd PGB.<br>-Volstrekte uniformiteit in beleid in inkoop tussen zorgkantoren. Wij hebben bijvoorbeeld nu een zorgkantoor dat vooralsnog weigert tariefafspraken te maken voor H335 en H321 (inzet SO vanuit MPT-behandeling) en stelt dat de inzet van de SO altijd onderdeel uitmaakt van het VPT |
| Verpleging en verzorging | King Arthur Groep | Invoeringstraject | 14 | Bij het organiseren van integrale zorg op basis van een integraal tarief ontstaan er extra overheadkosten en administratieve lasten bij de zorgaanbieder. De volgende zaken moet worden geregeld: Contractbeheer, Relatiebeheer, Kwaliteitsbewaking, Financiële administratie (declaraties/ facturen behandelaren, hulpmiddelen, medicijnen, etc.). Voor hulpmiddelen geldt nu bijvoorbeeld dat de gemeente contracten heeft met hulpmiddelenleveranciers. Kleinschalige aanbieders zullen nu zelf contracten moetensluiten tegen mogelijk minder gunstige prijsafspraken. |

# Bijlage 7D: consultatiereacties - Invoeringstraject

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Verpleging en verzorging | Koperhorst | Invoeringstraject | 13 | De Koperhorst is voor invoering ineens met voorbereidingtijd.<br><br>Een organisatie die nu nog helemaal geen behandeling levert, moet er naar toe kunnen groeien Daarnaast is er nu een te kort (regionaal verschil) aan behandelaren maar ook aan de alternatieven. Denk ook aan de opleidingstijd van de benodigde mensen kost tijd voordat je ze kan inhuren. |
| Verpleging en verzorging | SPOT | Invoering | 13 | Bij een goede voorbereiding, zou het overgangsscenario niet te lang moeten duren, dit zou binnen een jaar moeten kunnen. Een termijn van bijvoorbeeld 3 jaar is veel te lang en wat ons betreft ook niet nodig. Spelbrekers in het geheel, vooral in de tijd kunnen zijn:<br>Verzet van partijen in het veld. Huisartsen, specialisten, paramedische, verzet in de politiek hiertegen, met als mogelijk gevolg het nog moeten doen van concessies en aanpassingen die allen veel tijd kosten. Het niet eens kunnen worden over de financiële vergoeding en tarieven die gepaard gaan met dit totale proces. Integrale levering van zorg inclusief hulpmiddelen heeft een negatieve invloed op de beschikbare middelen voor de wijkverpleging of budgetten in de Wmo. Dit zal tot bezwaren leiden van diverse partijen. |
| Verpleging en verzorging | SPOT | Invoering | 14 | Het allerbelangrijkste punt voor de cliënt is dat integrale zorg ook daadwerkelijk integraal is in de praktijk, dus dat van te voren duidelijk is wat men kan verwachten, wat de kosten hiervan zijn en dat de administratie van bijvoorbeeld eigen bijdragen op orde is. Het is niet wenselijk dat de kosten voor cliënten opgeteld hoger zijn dan nu het geval is qua eigen bijdragen.<br>Wat van belang is voor de aanbieders hebben wij in de overige vragen al verwoord. |
| Verpleging en verzorging | ZorgthuisNL | Invoeringstraject | 14 | Rol- en taakverdeling huisarts en SO verdient aandacht. Wanneer so hoofdbehandelaar wordt is het aantal SO te laag. Gepleit wordt voor een overgangsregeling om organisaties de mogelijkeid te geven maatregelen te treffen. |
| Verzekeraars | Zorg-verzekeraars Nederland | Invoeringstraject | 13-14 | Het is voor ZN evident dat een geleidelijke overgang niet mogelijk is. Het schept onduidelijkheid voor de cliënt, en hoe kan dan immers het budgettair kader of de premies Zvw en AV berekend worden? Een essentiële voorwaarde is dat bij overheveling van behandeling van de Zvw naar de Wlz het macro-kader in voldoende mate wordt aangepast. Hiervoor zijn aanvullende berekeningen noodzakelijk. Tot slot is tijdige besluitvorming van belang, waarbij na verdere verdieping de overgangsdatum onderbouwd kan worden vastgesteld. |

# Bijlage 7D: consultatiereacties - Invoeringstraject

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Verzekeraars | Zorg-verzekeraars Nederland | Invoeringstraject | 13 | We zijn voorstander van het in één keer invoeren met een ruime voorbereidingsperiode. Een ingroeitraject geeft voor de cliënt nog steeds de onduidelijkheid van het ZZP incl. of excl.behandeling en dus andere aanspraken. Zowel voor zorgkantoren als zorgverzekeraars is een overgangsperiode extra complex. Voor zorgverzekeraars bemoeilijkt dit o.a. de premieberekening maar ook de berekening van het budgettaire kader (je kan niet goed voorspellen hoeveel er over gaat naar Wlz). Het doel van de operatie is het wegnemen van de verschillen tussen cliënten. Dat kan het beste op één duidelijk vastgesteld moment worden uitgevoerd. Belangrijke voorwaarde hierbij is dat cliënten tijdig worden geïnformeerd. Het is tot slot wenselijk dat de overheveling van behandeling gelijk plaatsvindt met de toevoeging van psychische grondslag aan de Wlz en de overheveling van hulpmiddelen. Dit vereist wel een zorgvuldig voorbereidingstraject, maar biedt de meeste kans op een goede overgang. Wat we tot slot zeer belangrijk vinden is dat besluitvorming zo snel mogelijk (begin 2019) plaatsvindt. |
| Verzekeraars | Zorg-verzekeraars Nederland | Invoeringstraject | 14 | Voor ZN gaat zorgvuldigheid voor snelheid, waarbij het wel van belang is dat VWS spoedig een besluit neemt naar aanleiding van deze uitvoeringstoets. Het is belangrijk om de kosten die met de overheveling gepaard gaan spoedig inzichtelijk te krijgen. Pas als duidelijk is hoe de bekostiging eruit gaat zien (met of zonder gedeeltelijk behouden vangnet) kunnen zorgkantoren en aanbieders zich goed gaan voorbereiden. We zien daarnaast dat de uitvoeringstoets betrekking heeft op de ZZP's en VPT's. Waar het de positie van behandeling betreft voorzien we in de praktijk ook uitvoeringsvragen en – problemen rondom MPT en PGB. Het lijkt ZN daarom wenselijk in een addendum op deze uitvoeringstoets een beschouwing hierover op te nemen.<br>Daarnaast zijn er twee belangrijk voorwaarden voor succesvolle implementatie<br>Ten eerste geldt dat welk overgangsscenario ook gekozen wordt, de wetgeving en de registers van ZINL (voor melding aanvang zorg) gereed zijn, zodat we aan de voorkant de Zvw zorgaanbieders in staat stellen om te kunnen weten welke cliënten in de Wlz in zorg zijn. Als dit niet is geregeld dan gaan we voor meer prestaties in de Zvw samenloop constateren.<br>Ten tweede geldt dat een belangrijke voorwaarde voor zorgkantoren bij overheveling van behandeling van de Zvw naar de Wlz is dat het macro-kader in voldoende mate wordt aangepast. Wanneer dit niet het geval is, is het gevolg namelijk dat de Wlz in zijn geheel minder toegankelijk wordt (zorgkantoren kunnen dan voor minder mensen zorg inkopen), en dat kan niet de bedoeling zijn van een dergelijke transitie. Daarnaast moeten de meerkosten opnieuw berekend worden na implementatie |

# Bijlage 7D: consultatiereacties - Invoeringstraject

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Verzekeraars | Zorg-verzekeraars Nederland | Invoeringstraject | 14 | Onze aanvulling voor een succesvolle invoering zijn verder als volgt.<br>• Is er een no-go moment? Stel dat zorgaanbieders er niet in slagen om voldoende behandelaren te contracteren voor hun instelling. Dan kan dus niet aan alle cliënten binnen de instelling de juiste basiszorg worden gegarandeerd en zou je feitelijk een soort tweedeling binnen de muren van een instelling in stand houden terwijl de bekostiging en de aanspraken daar niet van uitgaan. Dat zou gevaarlijke situaties voor cliënten op kunnen leveren. Dus misschien moeten deze elementen wel als een randvoorwaarde voor de overheveling worden gedefinieerd en moet juist daarop gestuurd worden.<br>• Ook na invoering kunnen situaties ontstaan waar het integrale aanbod of de geleverde kwaliteit bedreigd wordt. Het nadeel van het opheffen van de mogelijkheid van verblijf exclusief behandeling, is dat als een integraal Wlz-aanbod inclusief behandeling niet meer geleverd kan worden, er voor de zorgaanbieder geen ander alternatief is dan alles omzetten naar scheiden wonen en zorg (verhuurder i.p.v. verblijfsaanbieder). In de huidige situatie was er nog een soort van 'quick escape' naar verblijf exclusief behandeling. Dit is een stuk makkelijker te organiseren dan overgaan naar een extramurale setting in hetzelfde gebouw. Het is inderdaad goed om vooraf na te denken over de mogelijke scenario's, oplossingsrichtingen en verantwoordelijkheden. (Bij VPT naar MPT is dit probleem minder groot).<br>• Een ander issue dat nog niet besproken is, is of het de bedoeling is om tijdelijke opnames van mensen die hun Wlz-indicatie in MPT en/of PGB verzilveren ook altijd inclusief behandeling in te kopen. Mensen die vanuit een MPT/PGB zorg ontvangen, krijgen zorg van de huisarts, tandarts, paramedici etc. vanuit de Zvw. Als zij tijdelijk opgenomen worden en dit enkel kan inclusief behandeling op basis van een ZZP, dan zouden ze tijdelijk van regime moeten wisselen. In de uitvoering is dat meestal geen probleem, maar wat betreft de bekostiging wel. We zien dit nu al boven komen drijven n.a.v. de samenloopcontroles Zvw-Wlz. Een huisarts die net gedurende de opnameperiode zijn inschrijftarief declareert in de Zvw, krijgt te maken met afkeur. Is dit wenselijk? Mogelijk zou een prestatie bij het MPT à la logeren (voorheen tijdelijk verblijf) hiervoor een oplossing kunnen bieden. |

# Bijlage 7E: consultatiereacties - Algemeen / overig

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| Sector | Organisatie | Thema | Consultatie-vraag | Opmerking naar aanleiding van consultatievragen |
|---|---|---|---|---|
| Overig | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd | Algemeen | 0 | Alle leveringsvormen bieden voldoende mogelijkheden om kwalitatief goede zorg te organiseren en te leveren. Bepalend voor de kwaliteit van zorg is de wijze waarop de zorgaanbieder, in samenspraak met de cliënt en in samenwerking met de zorgprofessionals, invulling geeft aan de zorgbehoefte van de cliënt. Goede samenwerkingsafspraken tussen de verschillende professionals zijn daarvoor een belangrijke randvoorwaarde.<br><br>Wet- en regelgeving, richtlijnen en veldnormen (sectorspecifiek) zijn niet gedifferentieerd naar type instelling. De kwaliteitseisen zijn met andere woorden voor iedere zorgorganisatie binnen de Langdurige zorg gelijk. Het toezicht van de inspectie sluit hierop aan. Dit betekent bijvoorbeeld dat de kwaliteit van zorg voor een cliënt die verblijft met behandeling even goed georganiseerd moet zijn als voor de cliënt die verblijft zonder behandeling. De inspectie hecht veel waarde aan de manier waarop invulling wordt gegeven aan persoonsgerichte zorg, het inzetten van voldoende en deskundige zorgverleners en de wijze waarop de organisatie stuurt op kwaliteit en veiligheid. |
| Beroepsverenigingen | NIP | Algemeen | 0 | NIP is voorstander van een zo integraal mogelijke wijze van zorgverlening. De bekostiging moet hier bij aansluiten.<br>NIP is van mening dat de ggz-doelgroep nog onvoldoende is uitgewerkt. Ook vraagt het NIP zich af of de toenemende inzet van gedragsdeskundigen en met name psychologen buiten de ggz-grondslag voldoende is meegenomen. |
| Beroepsverenigingen | NVO | Algemeen | 0 | Binnen de Wlz heeft op dit moment ongeveer 70 % van de cliënten een integraal pakket inclusief behandeling. Deze cliënten ontvangen vanuit de orthopedagogen behandeling die levensvolgend is en vaak een preventief karakter heeft. Cliënten die nu geen integraal pakket hebben ontvangen vaak op ad hoc basis behandeling van de orthopedagoog, bijvoorbeeld als er iets mis gaat.<br>Ook is er binnen de Wlz meer tijd voor integrale samenwerking en MDO's. Dit komt de inhoud van de zorg ten goede en zorgt voor expertise-uitwisseling tussen professionals. Binnen de Wlz is daarnaast sprake van mediërende behandeling. Behandeling en begeleiding zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Behandelaren zoals de orthopedagoog kunnen de behandeling zelf uitvoeren, maar begeleiders doen dit ook op hun aanwijzing.<br>Vanuit het kwaliteitsoogpunt zijn wij dan ook groot voorstander van het aanbieden van een integraal pakket voor alle cliënten in de Wlz. Cliënten die nu verblijven op een plek met of zonder behandeling maken allen deel uit van dezelfde clientpopulatie en hebben allen recht op dezelfde kwalitatieve zorg. |

# Bijlage 7E: consultatiereacties - Algemeen / overig

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Farmaceutische zorg | KNMP, ASKA, NAPCO | Algemeen | 0 | Daarnaast, zoals ook aangegeven in een eerdere schriftelijke reactie d.d. 05-10-2018, dient er aandacht te zijn voor verantwoordelijkheden. Daarbij willen we er u (nogmaals) op wijzen dat het verstrekken van UR-geneesmiddelen of UA-geneesmiddelen een voorbehouden handeling is op grond van de Geneesmiddelenwet (artikel 61). Voor het borgen van het leveren van medicatie in Wlz-instellingen gaat het om die reden om meer dan alleen schaalgrootte. Voor wat betreft verantwoordelijkheden ten aanzien van farmaceutische zorgverlening zien wij, zoals tevens eerder aangegeven, "De Veilige Principes in de Medicatieketen" als belangrijke leidraad. |
| Farmaceutische zorg | VIG | Algemeen | 0 | Omdat geneesmiddelen slechts een deel uitmaken van de totale Wlz-behandeling is het voor ons niet goed mogelijk om op de specifieke consultatievragen in te gaan. Wij zullen ons derhalve richten op de macrobudgettaire consequenties van het advies van het zorginstituut en op het onderdeel 'extreme kosten zorggebonden materiaal en geneesmiddelen'. |
| Farmaceutische zorg | VNFKD | Algemeen | 0 | De VNFKD vraagt zich af waarom alle behandeling naar de Wlz wordt overgeheveld als de huidige trend juist extramuralisering is. De indruk wordt gewekt dat de Wlz vergroot wordt ten koste van zorg uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en zorg thuis. De VNFKD vindt dit in de huidige tijd een vreemde ontwikkeling en vraagt zich af of uniforme behandeling van patiënten met een gelijke zorgbehoefte niet anders in te regelen is. De NZa geeft bovendien ook aan dat uit haar analyse van de adviezen van het ZiN blijkt dat er sprake is van macro meerkosten. De NZa geeft ook enkele mogelijkheden aan om deze meerkosten te mitigeren, bijvoorbeeld via de zorginkoop of in de bedrijfsvoering van zorgaanbieders en behandelaren. De VNFKD vraagt zich af of deze voorbeelden naast een daling van kosten niet ook zullen gaan leiden tot een daling van de kwaliteit binnen de Wlz. De VNFKD begrijpt de wens om clienten met een gelijke zorgbehoefte gelijk te behandelen, maar vraagt zich af of de huidige wijze van behandelen niet opweegt tegen de overheveling die leidt tot dusdanige (niet te onderbouwen) macro meerkosten. |
| Farmaceutische zorg | VNFKD | Algemeen | 0 | De VNFKD heeft al meerdere malen gevraagd wat de precieze impact zal zijn van vergoeding voor de meest kwetsbare cliënten van behandeling en aanvullende zorgvormen uit de Wlz. Deze vraag werd gesteld omdat het niet duidelijk is hoeveel instellingen en woonvormen en -voorzieningen betrokken zijn bij de overheveling zoals aangegeven in de adviezen van het ZiN. Omdat deze kennis ontbreekt, is het (zoals ook eerder aangegeven) voor de VNFKD lastig te bepalen wat de impact van de overheveling op patiënten, mantelzorgers, zorginstellingen en behandelaren op het gebied van dieetpreparaten zal zijn. |

# Bijlage 7E: consultatiereacties - Algemeen / overig

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Hulpmiddelenbranche | FHI | Algemeen | 0 | FHI is niet overtuigd en voorstander van de noodzaak tot integrale behandelverantwoordelijkheid van Wlz-zorgaanbieders. Wij zien liever dat mensen zelf hun behandelaar kunnen kiezen, ongeacht de woonvorm. |
| Hulpmiddelenbranche | FHI | Algemeen | 0 | Als eerste wil FHI een algemene opmerking plaatsen. Namelijk dat wij voorstander zijn van het reduceren van de onduidelijkheid en ongelijkheid in aanspraak op zorg tussen Wlz-geïndiceerde cliënten. Maar het verbaast ons nog steeds dat, gezien de focus op extramuraliseren van zorg en focus op De Juiste Zorg Op De Juiste Plek, er hier sprake is van het groter maken van de Wlz. FHI is van mening dat eerder de Zvw groter dient te worden. Om die reden zijn wij er voorstander van dat de ongelijkheid ook opgelost kan worden door de hulpmiddelenzorg (en wellicht andere zorgsoorten) volledig over te hevelen naar de Zvw.<br>Dit is al eerder gedeeld, maar in de verschillende overleggen, ook met de NZa, houdt FHI de indruk dat dit blijkbaar een rijdende trein is die niet meer te stoppen valt. Iets dat wij niet begrijpen. Immers de zorgkosten nemen fors toe, zo raamt de NZa. En de kwaliteit van de huidige geboden zorg zal afnemen. Dit laatste omdat de NZa nu al in de documenten advies vraagt hoe de meerkosten in de zorginkoop gemitigeerd kunnen worden. Dit zal altijd ten kosten gaan van de kwaliteit en keuze van zorg. En omdat de afgelopen twee jaar door het Bestuurlijk Overleg Hulpmiddelen er kwaliteitsnormen (waaronder minimale keuzevrijheid uit hulpmiddelen voor patiënten) zijn gedeponeerd en wij daarom van mening zijn dat de kwaliteit van de hulpmiddelenzorg momenteel in de Zvw hoger is dan in de Wlz.<br>Toenemende zorgkosten en verwachte daling van kwaliteit van zorg... het advies van FHI is daarom af te zien van deze transitie en of de situatie te houden zoals die nu is of de hulpmiddelenzorg helemaal over te hevelen naar de Zvw. |
| Hulpmiddelenbranche | FHI | Algemeen | 0 | De NZa heeft gelijk door te stellen dat de medische hulpmiddelen(zorg) een complexe markt is. Om die reden is FHI content dat er een aanvullend vervolgonderzoek gaat plaatsvinden naar de positionering ervan. Kunt u ons meedelen wie dit onderzoek gaat uitvoeren, wat de precieze opdracht is en welke stakeholders hiervoor benaderd worden? De FHI is in ieder geval graag bereid hieraan deel te nemen. |
| Mondzorg | ANT, Cobijt, KNMT, NVGd, NVU, NVM, ONT, VBTGG | Algemeen | 0 | De mondzorgverlener zal met elke zorginstelling contracten moeten afsluiten. Veel van de zoorgverleners zijn zzp'er. Het is nagenoeg onmogelijk een zodanig contract af te sluiten dat er geen sprake is van een gezagsverhouding. De vrees bestaat dat de eventuele fiscale consequenties ervoor zorg draagt dat er minder mondzorgverleners beschikbaar zullen zijn. |

# Bijlage 7E: consultatiereacties - Algemeen / overig

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Overige | VNG | Algemeen | 0 | Op verzoek van het ministerie van VWS heeft het Zorginstituut Nederland vanaf 2015 onderzoek gedaan naar de positionering van behandeling en aanvullende zorgvormen voor mensen met een Wlz-indicatie. Gemeenten en de VNG zijn niet betrokken geweest bij dit onderzoek en zijn ook niet geconsulteerd bij oplevering van het advies in september 2017. Op basis van dit advies heeft het ministerie van VWS de NZa gevraagd een uitvoeringstoets te doen om de door het Zorginstituut geschetste rechtsongelijkheid weg te nemen. Helaas blijkt pas in het eindstadium dat de impact op gemeenten groter is dan voorzien. Om die reden heeft het ministerie van VWS de VNG pas gedurende de consultatiefase gevraagd om een reactie. Wij voelen de noodzaak in onze reactie ook in te gaan op het fundament onder de uitvoeringstoets. Daarnaast heeft onze zienswijze betrekking op achtereenvolgens de zorgval, roerende voorzieningen en mobiliteitshulpmiddelen en tot slot de financiële raming. |
| Overige | VNG | Algemeen | 0 | In de discussie rond 'Zorgval' zien gemeenten nu al dat mensen afzien van het aanvragen van een Wlz-indicatie. Zij voorzien dat zij minder uren ondersteuning krijgen voor een veel hogere eigen bijdrage, zeker nu het abonnementstarief nadert. Als alternatief zou dan ingestoken kunnen worden op de overstap naar PGB of het Modulair Pakket Thuis (als regie geen bezwaar vormt), waarbij alle modules vervolgens in het wooninitiatief gestoken worden. Feitelijk blijft ook dan 1 aanbieder verantwoordelijk voor de levering van integrale ondersteuning, exclusief behandeling en aanvullende zorgvormen als hulpmiddelen, woningaanpassingen en mondzorg. De rechtsongelijkheid is dan niet weggenomen maar enkel verplaatst naar een andere leveringsvorm. |
| Overige | VNG | Algemeen | 0 | Cliënten, mantelzorgers, zorgaanbieders, verwijzers, gemeenten, zorgkantoren en wooncorporaties ervaren nu onduidelijkheid vanwege domeinoverstijgende bekostiging en beleidsregels. Dit geld in het bijzonder voor roerende voorzieningen en mobiliteitshulpmiddelen. |

# Bijlage 7E: consultatiereacties - Algemeen / overig

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Verpleging en verzorging | Actiz | Algemeen | 0 | ActiZ vraagt verder aandacht voor de volgende punten:<br>A. Hou oog voor het beperken van de administratieve lasten<br>B. Heb oog voor de vernieuwing in behandeling door taakherschikking tussen huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialisten.<br>C. Voor nieuwe ggz-cliënten moeten passende integrale tarieven worden vastgesteld voor de zorg en behandeling waarbij het mogelijk moet zijn om indien nodig aanvullend een psychiater te betrekken bij de behandeling; de huidige behandelcomponent voorziet daar niet in. |
| Verpleging en verzorging | ActiZ | Algemeen | 0 | ActiZ is positief over het uitgangspunt dat in de Wlz voor de meest kwatsbare mensen behandeling en aanvullende zorgvormen integraal kan worden aangeboden, waarbij de coördinatie bij de zorgaanbieder ligt. Daarmee kunnen de betreffende mensen voor hun intensieve zorgvraag samenhangende interdisciplinaire zorg en behandeling ontvangendie zij nodig hebben.<br><br>ActiZ signaleert echter dat deze sterlselwijziging niet zonder risico's is voor zorgaanbieders die de verantwoordelijkheid krijgen voor de coördinatie van de zorg en behandeling. Voornaamste zorg: de beschikbaarheid van behandelaren. Voor het mitigeren en het oplossen van deze risico's zijn landeljke randvoorwaarden en afspraken nodig. |
| Verpleging en verzorging | Alliade | Algemeen | 0 | Als er al een situatie van waarneming is, is er geen sprake is van gezamenlijke dossiers en daarmee een risicovolle situatie ontstaat in de continuïteit en samenhang van medische zorg. Hier is op dit moment al sprake van, deze situaties zullen dan toenemen. Dit kan leiden tot onherstelbare schade aan de cliënt. |
| Verpleging en verzorging | Dagelijks-leven | Algemeen | 0 | Dagelijks-leven is het niet eens met het standpunt van het Zorginstuut dat schrijft dat mensen met eenzelfde zorgbehoefte als gevolg van de keuze voor een woon- en leefsituatie en de leveringsvorm (zzp, vpt, mpt of pgb) niet altijd de zorg krijgen die nodig is.<br>Dagelijks-leven constateert dat een aantal actuele knelpunten niet door het advies van het ZIN worden opgelost. Dit betreft; het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde, overbelaste huisartspraktijken, terugtrekkende beweging van huisartsen vanwege drukte en expertise op het gebied van dementerende ouderen en de ANW diensten als de huisarts geen hoofdbehandelaar meer is. |

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. mevrouw dr. M.J. Kaljouw
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

**Directoraat Generaal Langdurige Zorg**
Directie Langdurige Zorg
Toegang

**Bezoekadres:**
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Datum 10 JAN 2018
Betreft Aanvraag uitvoeringstoets NZa pakket

**Kenmerk**
1277761-171908-LZ

*Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.*

Geachte mevrouw Kaljouw,

Op 18 oktober 2017 is de reactie[1] op het pakketadvies 'Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten' van het Zorginstituut naar de Tweede Kamer gezonden. Dat pakketadvies gaat over het opheffen van de verschillen in verzekerde behandeling bij institutionele zorg[2] in de Wlz. In de reactie op het pakketadvies van het Zorginstituut zijn vervolgstappen beschreven die nodig zijn om over dit onderwerp een zorgvuldig besluit te kunnen nemen. Met deze brief geef ik invulling aan één van de vervolgstappen en verzoek ik u een uitvoeringstoets uit te brengen over de (financiële) consequenties van het pakketadvies.

**Aanleiding en reikwijdte pakketadvies**
In de Wlz geldt als uitgangspunt dat verzekerden recht hebben op een eenduidig, integraal pakket aan verzekerde Wlz-zorg. Voor de behandeling van Wlz-cliënten is dit nog niet overal gerealiseerd. Onder verzekerde zorg vallen (generalistisch) geneeskundige zorg[3], paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en tandheelkundige zorg. Op dit moment is niet de zorgbehoefte van een Wlz-verzekerde bepalend voor de inhoud van de zorg en de voorwaarden waaronder de verzekerde die zorg ontvangt, maar is vooral ook van belang of een Wlz-instelling is gecontracteerd voor de functie behandeling. In tabel 1 is inzichtelijk gemaakt hoe die verschillen in contractering leiden tot verschillen in verzekerde pakketten voor mensen die binnen Wlz-instellingen zorg ontvangen.

[1] Tweede Kamer, vergaderjaar 2017-2018, 34 104, nr. 198
[2] Onder 'institutionele zorg' verstaat het Zorginstituut zorg met verblijf en het volledig pakket thuis (geleverd in een geclusterde setting).
[3] De zorg geleverd door huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten.

**Directoraat Generaal Langdurige Zorg**
Directie Langdurige Zorg
Toegang
**Kenmerk**
1277761-171908-LZ

*Tabel 1: Inhoud twee verzekerde behandelpakketten in Wlz*

| **Verzekerde zorg** | **Pakket zonder Wlz-behandeling** | **Pakket met behandeling vanuit Wlz** |
|---|---|---|
| 1. (Generalistisch) geneeskundige zorg | Zvw | Wlz |
| 2. Algemeen paramedische zorg | Zvw | Wlz |
| 3. Farmaceutische zorg | Zvw | Wlz |
| 4. Hulpmiddelen | Zvw/Wmo | Wlz |
| 5. Tandheelkundige zorg | Aanvullende verzekering en/of eigen betaling | Wlz |
| | | |
| **Omvang populatie** | ca. 30% cliënten in instellingen | ca. 70% cliënten in instellingen |

Voor het behandelpakket zonder Wlz-behandeling geldt dat de zorgvormen paramedische-, farmaceutische zorg en hulpmiddelen ten laste van het eigen risico Zvw komen. Voor de zorgvormen farmaceutische zorg, paramedische zorg en tandheelkunde kunnen in de Zvw bovendien pakketbeperkingen of eigen betalingen aan de orde zijn, bijvoorbeeld bij extramurale geneesmiddelen (geneesmiddelenvergoedingssysteem) en bij paramedische zorg door beperkingen in het aantal behandelingen. Bij het Wlz-pakket inclusief behandeling vanuit de Wlz gelden dergelijke beperkingen of eigen betalingen niet.

In het pakketadvies stelt het Zorginstituut voor de verschillen in verzekerde behandeling bij institutionele zorg op te heffen. Het Zorginstituut adviseert dat alle cliënten bij institutionele zorg een integraal pakket ontvangen vanuit de Wlz, dus inclusief (generalistische) geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en tandheelkunde.

**Uitvoeringstoets NZa**

Om de consequenties van het pakketadvies goed te kunnen overzien, vraag ik u hierover te adviseren door middel van een uitvoeringstoets. Het advies moet zowel inzicht geven in de financiële consequenties van het pakketadvies als aangrijpingspunten bieden voor een toekomstbestendig en doelmatig bekostigingsmodel voor behandeling in de Wlz.

In de kamerbrief van 18 oktober 2017 is aangegeven dat nader onderzoek nodig is om de grote praktijkvariatie bij de huidige organisatie van behandeling en de uitvoeringsconsequenties van dit pakketadvies scherp in beeld krijgen. Het onderzoeksbureau Significant voert op dit moment dit onderzoek uit voor het Ministerie van VWS. Ik verwacht de uitkomsten van dit onderzoek ultimo februari 2018 en verzoek u deze uitkomsten te betrekken bij uw analyses. Ook verzoek ik u de uitkomsten van uw onderzoek naar de herijking van de tarieven van de zorgzwaartepakketten (zzp's) bij de uitvoeringstoets te betrekken. Dit onderzoek brengt ook de kosten van behandeling binnen de institutionele zorg in beeld.

Daarnaast vraag ik u in te gaan op het begrip 'institutionele zorg' en vraag ik uw specifieke aandacht voor de bekostiging van onderdelen van de behandelingscomponent die momenteel geheel of gedeeltelijk bovenbudgettair worden bekostigd in de Wlz.

**Directoraat Generaal Langdurige Zorg**
Directie Langdurige Zorg
Toegang
**Kenmerk**
1277761-171908-LZ

Om duidelijkheid te geven over de reikwijdte van uw uitvoeringstoets ga ik hieronder in op de rol van lage zzp's en de voorgenomen openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische stoornis in de uitvoeringstoets.

*Institutionele zorg*
Het pakketadvies van het Zorginstituut heeft betrekking op 'institutionele zorg'. Het Zorginstituut verstaat hieronder zorg met verblijf en het volledig pakket thuis (geleverd in een geclusterde setting). Uw uitvoeringtoets heeft geen betrekking op het modulair pakket thuis en op het persoonsgebonden budget. Ik realiseer me dat het begrip 'geclusterd volledig pakket thuis (VPT)' niet is gedefinieerd in wet- en regelgeving. Ik verzoek u daarom expliciet de mogelijkheden te bezien om het pakketadvies m.b.t. het geclusterd VPT te implementeren.

*Bovenbudgettaire bekostiging*
Onderdelen van de behandelingscomponent worden momenteel geheel of gedeeltelijk bovenbudgettair bekostigd in de Wlz. Het betreft de bekostiging van individueel aangepaste hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en van de extreme kosten voor zorggebonden materiaal en geneesmiddelen. Deze zorg maakt geen onderdeel uit van het integrale tarief per zzp noch van de contracteerruimte Wlz. Ik vraag u in uw advies naar de Wlz-behandeling te kijken en daarbij ook de bovenbudgettair bekostigde behandeling te betrekken.

*Lage zorgzwaartepakketten*
Het pakketadvies is gericht op de huidige Wlz-criteria en de Wlz-doelgroep. De toegangscriteria van de Wlz zijn niet toegesneden op lage zzp's. Het Zorginstituut heeft aangegeven dat het pakketadvies ook geldt voor overgangscliënten met een laag zzp. Bij de meeste lage zzp's heeft de NZa op dit moment alleen prestaties en tarieven zonder Wlz-behandeling vastgesteld. Bij deze pakketten komen de geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg en- hulpmiddelen nu altijd uit de Zvw. Bij uw uitvoeringstoets verzoek ik u dan ook de (financiële) consequenties van het pakketadvies voor cliënten met overgangsrecht (in de vorm van een laag zorgzwaartepakket) mee te nemen.

*Wlz-behandeling voor mensen met een psychische stoornis*
Het Zorginstituut zal in het voorjaar nog een aanvullend advies uitbrengen over de consequenties van het pakketadvies voor de voorgenomen openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische stoornis. Daarbij speelt de vraag of het pakketadvies over Wlz-behandeling onverkort geldt voor deze groep. U ontvangt een aparte adviesaanvraag over dit onderwerp en hoeft in deze uitvoeringstoets geen rekening te houden met deze doelgroep.

**Advies NZa**
Ik vraag u uiterlijk per 1 september 2018 een uitvoeringstoets uit te brengen over de (financiële) consequenties van het opheffen van de verschillen in verzekerde behandeling bij institutionele zorg. Ik verzoek u te adviseren over de volgende vragen:

1. Ik verzoek u inzicht te geven in de macro-budgettaire consequenties van het pakketadvies. Ik verzoek u daarbij:
   - inzicht te geven in de omvang van de kosten die (per deelkader) vanuit de Zvw naar de Wlz verschuiven, waarbij onderscheid wordt gemaakt naar de lage en de hoge zzp's.

- inzicht te geven in de omvang van de kosten voor hulpmiddelen die vanuit de Wmo naar de Wlz verschuiven.
- inzicht te geven in de macro-budgettaire kosten van het opheffen van verschillen in verzekerde Wlz-behandeling en Zvw-behandeling.
- gebruik te maken van de resultaten van uw onderzoek naar de herijking van de tarieven van de zzp's.

**Directoraat Generaal Langdurige Zorg**
Directie Langdurige Zorg
Toegang
**Kenmerk**
1277761-171908-LZ

2. Ik verzoek u te adviseren over de te hanteren bekostigingsmodel(len) voor behandeling in de Wlz, waarbij u specifiek aandacht heeft voor de lage zzp's. Ik verwacht dat u daarbij ook de bekostiging van tandheelkundige zorg, individueel aangepaste hulpmiddelen en extreme kosten zorggebonden materiaal en geneesmiddelen betrekt. Ik verzoek u mij te adviseren over de prestatiebeschrijvingen en tariefsoort die zouden moeten gelden voor deze zorg. Ik verzoek u daarbij zowel te kijken naar de huidige bekostigingsmodellen voor behandeling zoals deze in de Wlz voorkomen als naar alternatieven.

3. Ik verzoek u te adviseren over de mogelijkheden om het pakketadvies met betrekking tot geclusterde VPT's te implementeren.

4. In dit advies vraag ik u mee te nemen of er significante veranderingen in de opbrengsten bij zorgaanbieders zijn te verwachten als gevolg van de wijziging van het bekostigingsstelsel en of daarbij flankerende maatregelen noodzakelijk zijn. Ik verzoek u daarbij te adviseren over de tijd die nodig is om wijzigingen in te voeren en of het noodzakelijk is een overgangsperiode te hanteren.

**Randvoorwaarden**
Bij uw advisering vraag ik u rekening te houden met in elk geval de volgende randvoorwaarden:
- Er zijn adequate waarborgen voor de toegankelijkheid van zorg.
- Er gelden adequate prikkels voor het transparant maken van de kwaliteit van zorg en doelmatige inzet van zorg en middelen.
- De macrobudgettaire beheersbaarheid is gewaarborgd.

**Handhavingtoets**
Ik vraag u voor de door u geadviseerde bekostigingsmodellen een handhavingstoets uit te voeren om de frauderisico's bij wijziging van het bekostigingssysteem voldoende te kunnen afwegen. Het gaat om de volgende vragen:

| | |
|---|---|
| **1.** | Zijn de gehanteerde definities eenduidig interpreteerbaar, helder en duidelijk afgebakend?<br>Zo nee, welke? |
| **2.** | Welke fraudemogelijkheden biedt het geadviseerde systeem van tarief-en prestatieregulering? |
| **3.** | Hoe groot schat u de kans in dat de fraudemogelijkheden uit vraag 2. zich in de praktijk gaan voordoen en wat is hiervan de impact? |

| | |
|---|---|
| **4.** | Hebben de partijen betrokken bij de uitvoering van het geadviseerde systeem van tarief- en prestatieregulering controle- en handhavingsmogelijkheden? Zijn er lacunes? Zo ja, welke? |
| **5.** | Is het toezicht geborgd? Ziet u hier nog lacunes? Zo ja, welke en zijn er mogelijkheden om eventuele lacunes te repareren? |
| **6.** | Zijn er sancties of maatregelen mogelijk in geval van geconstateerde fraude? Zijn er lacunes? Zo ja, welke? |
| **7.** | Biedt het geadviseerde systeem van tarief- en prestatieregulering toegang tot noodzakelijke gegevens voor toezichthouders, opsporingsdiensten en uitvoerende private partijen?<br>En kunnen deze gegevens worden uitgewisseld? Zijn er lacunes? |
| **8.** | Heeft u zelf nog aanvullende opmerkingen? |

**Directoraat Generaal Langdurige Zorg**
Directie Langdurige Zorg
Toegang
**Kenmerk**
1277761-171908-LZ

**Tot slot**
Ik verzoek u de beroepsgroepen, zorgaanbieders en andere ketenpartners zelf goed aangesloten te houden bij het adviestraject en de keuzes die u hierbij maakt, om daarmee het draagvlak voor het opheffen van verschillen in verzekerde behandeling bij institutionele zorg te behouden. Ik word graag periodiek geïnformeerd over de voortgang van het advies.

Hoogachtend,

de directeur-generaal Langdurige Zorg,

drs C. van der Burg