



Positionering behandeling voor Wlz- cliënten



4 juli 2023

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Managementsamenvatting	5
1 Aanleiding	6
1.1 Voorgenomen maatregel uit het coalitieakkoord	6
1.2 Opdracht van de minister voor LZS aan de NZa	6
1.3 Scope en samenhang advies “ <i>scheiden wonen en zorg</i> ”	7
1.4 Leeswijzer	7
2 Huidige bekostiging	8
2.1 Behandeling: aanspraak en bekostiging	8
2.2 Wlz-zorg	8
2.3 Bekostiging behandeling NZa	8
2.4 Bekostigingsopties uitgesplitst naar leveringsvormen	9
2.5 Wlz-behandeling in data	10
2.6 Conclusie	13
3 Ervaren knelpunten	14
3.1 Centraal knelpunt 1: te veel opties	14
3.1.1 Cliëntperspectief	15
3.1.2 Aanbiedersperspectief	15
3.1.3 Inkoopersperspectief	16
3.2 Centraal knelpunt 2: Onvoldoende handvatten en monodisciplinaire richtlijnen	17
3.3 Conclusie	17
4 Toekomstscenario's	19
4.1 Hoofdrichtingen indeling in cliëntgroepen	19
4.2 Implicaties inperkingen keuzemogelijkheden Wlz	20
4.3 Uitgaven Wlz-behandeling	21
4.4 Randvoorwaarden	22
4.5 Conclusie	23
5 Volledig pakket thuis	24
Bijlage 1 – Eerdere adviezen	25
Zorginstituut – Positionering behandeling en aanvullende zorgvormen in de Wlz (oktober 2017)	25

NZa - Uitvoeringstoets integrale zorg voor Wlz-cliënten (maart 2019)	25
NZa – Medisch-generalistische zorg (mgz) voor Wlz-cliënten (juni 2020)	25
NZa – Bekostigingsadvies afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis (januari 2023)	26
Bijlage 2 – Aanspraak en bekostiging	27
Bijlage 3 – Data-analyse	29
1. Bronnen en Methoden	29
2. Analyses per leveringsvorm	32
3. Verdieping aantal cliënten	38
4. Gemiddelde uitgaven per leveringsvorm en bekostigingsoptie en per soort zorg	42
5. Gemiddelde uitgaven per leveringsvorm en bekostigingsoptie, per soort zorg en per zorgprofiel	44
Bijlage 4 – Schriftelijke consultatie	48
Brede consultatie	48
Sturing op schaarse behandelcapaciteit	48
Opties aanbrengen knip: setting/woonsituatie en zorgzwaarte/zorgprofiel	48
Sectoraal afwijken	49
Aandachtspunten technische uitwerking	49

Voorwoord

De druk op de langdurige zorg neemt toe, en daardoor komt ook de behandeling voor cliënten met een Wlz-indicatie in het gedrang. De minister voor Langdurige Zorg en Sport (LZS) heeft de NZa gevraagd hoe we de inzet van de schaarse behandelcapaciteit rond Wlz-cliënten transparanter en doelmatiger kunnen maken door veranderingen in de prestaties en tarieven.

Wij hebben deze vraag aangegrepen om breder te kijken naar de knelpunten die spelen. Wat is nodig om doelmatige inzet van schaarse behandelcapaciteit beter te borgen zodat mensen met een Wlz-indicatie ook in de toekomst de passende zorg krijgen die zij nodig hebben? En we komen daarbij tot de conclusie dat er veel meer nodig is dan aanpassing van de bekostiging om de schaarse behandelcapaciteit richting toekomst toegankelijk te houden. De kern van het probleem ligt in de manier waarop de Wlz is opgebouwd. Als de kern van het probleem niet aangepakt wordt, gaan aanpassingen in bekostiging niet of te weinig bijdragen aan doelmatige inzet en transparantie.

Dit advies moet in samenhang worden gezien met het advies *“Scheiden wonen en zorg in de verpleging en verzorging”* dat gelijktijdig wordt gepubliceerd. Daarin benoemen we eveneens dat aanpassing van de Wlz nodig is om een veel breder spectrum aan knelpunten te ondervangen. Scherpe keuzes binnen de Wlz zijn nodig om het geheel aan verblijf, zorg en behandeling in de toekomst te borgen. De bekostiging moet hier vervolgens op aansluiten. En moet zo zijn vormgegeven dat deze doelmatige en transparante inzet van schaarse behandelcapaciteit maximaal stimuleert.

Met deze adviezen willen we handvatten geven om tot deze keuzes te komen. We trekken daarin graag met het ministerie en andere overheidspartijen op om voortvarend wetgeving/aanspraken, bekostiging en toezicht vervolgens in onderlinge samenhang goed vorm te geven.

Managementsamenvatting

De huidige opzet van de Wlz heeft als gevolg dat zorg voor cliënten met een vergelijkbare zorgvraag op sterk uiteenlopende wijze wordt georganiseerd. Specifiek voor “behandeling” is daarmee de situatie ontstaan dat voor cliënten met dezelfde indicatie delen van het zorgaanbod soms vanuit de Zvw en soms vanuit de Wlz worden vergoed. En als behandeling vanuit de Wlz wordt vergoed, is dit in het ene geval “per behandeling” en in het andere geval als onderdeel van een integraal pakket aan zorg. Voor alle cliënten met een Wlz-indicatie staan al deze opties nu open, ongeacht hun zorgbehoefte.

Deze veelvoud aan opties voor cliënten met een vergelijkbare zorgvraag leidt vervolgens ook tot een zeer complexe bekostiging. Iedere optie leidt tot een andere vorm van inkoop van zorg en vergoeding van behandeling. Deze vormen zijn onderling niet of nauwelijks te vergelijken en zijn daarmee niet transparant. Dit zorgt voor onduidelijkheid voor cliënten, bemoeilijkt de inkoop en hindert multidisciplinaire samenwerking en doelmatige inzet van steeds schaarser wordende behandelcapaciteit. Alleen sleutelen aan de vormgeving van bekostiging is hier niet de oplossing.

We moeten toe naar een situatie waarbij de manier waarop zorg, waaronder behandeling, rondom de cliënt wordt georganiseerd direct volgt uit de kenmerken van een cliënt. Alleen op die manier houden we de langdurige zorg in de toekomst toegankelijk voor mensen die zorg nodig hebben. We adviseren de minister een scherpe keuze te maken: welke vorm van aanbod in de toekomst passend is voor welke cliëntgroep. Een integraal aangeboden pakket van verblijf en behandeling vanuit één aanbieder voor die groep cliënten waar dit echt noodzakelijk is, en meer modulair aangeboden daar waar mogelijk. En daarmee ook een helder standpunt over welke cliënten echt aanspraak moeten maken op de leveringsvorm waarin verblijf en behandeling noodzakelijkerwijs samengaan, gekoppeld aan de uitspraak dat dit voor het overige deel van de cliënten daarmee dus niet meer tot de opties behoort. De bekostiging willen we hier vervolgens eenduidig op aan laten sluiten. Maar wel in die volgorde. Een sterke vereenvoudiging van wetgeving en aanspraak en *vervolgens* bekostiging is nodig. Zowel aanbieders, inkopers als vertegenwoordigers van cliënten herkennen en onderschrijven breed deze noodzaak tot versimpeling en duidelijkheid.

Dit vraagt om een afbakening van cliëntgroepen. In dit advies doen wij hiervoor suggesties. Deze afbakening kan gemaakt worden door leveringsvormen aan cliënten toe te kennen op basis van hun zorgzwaarte en/of hun woonsituatie. Daarbinnen zijn nog veel keuzes te maken die verdere uitwerking nodig hebben, van invloed zijn op de effecten die we verwachten, en de wijze waarop randvoorwaarden worden ingevuld.

Om te komen tot deze afbakening is ook van beroepsgroepen van behandelaren nodig dat zij inhoudelijk meer sturing gaan geven aan de vraag welke vorm van behandeling passend is voor specifieke cliëntgroepen. Daarbij moet aandacht zijn voor de nu uiteenlopende definities van behandeling, en de niet goed op elkaar aansluitende beschrijvingen van verantwoordelijkheden. Vanuit de inhoud moet beter geborgd worden welke expertise verantwoordelijk is voor welk deel van de zorg. Er loopt een aantal trajecten vanuit verschillende beroepsgroepen om hier meer handvatten te bieden. De beweging is ingezet, maar er is regie en meer snelheid nodig om er op korte termijn voor te zorgen dat voor cliënten inhoudelijk helder is hoe passende zorg voor hen georganiseerd is, en ook geborgd wordt. Zonder dat hier grijze gebieden of onduidelijkheden bestaan. Zodra deze partijen meer duidelijkheid geven over urgente thema's als taakherschikking en de manier van samenwerken, analyseren wij hoe we daar in de bekostiging op kunnen aansluiten, ruimte kunnen bieden en de gewenste beweging kunnen stimuleren.

1 Aanleiding

1.1 Voorgenomen maatregel uit het coalitieakkoord

In het coalitieakkoord 2021-2025 'Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst' is aangekondigd dat per 2025 de behandeling en geneesmiddelen van de Wet Langdurige Zorg (WLz) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) worden overgeheveld om rechtsongelijkheid op te heffen.

De minister heeft op basis van geuite zorgen en bezwaren van betrokken partijen besloten de overheveling van behandeling per 2025 niet door te zetten en ruimte te bieden voor een alternatief. In de Kamerbrief van 4 juli 2022 en in de Kamerbrief van 1 november 2022 gaat de minister voor LZS in op deze andere invulling. In deze Kamerbrief van 1 november 2022 noemt zij de volgende drie harde voorwaarden waarmee de doelen achter de overheveling van behandeling per 2025 op een andere wijze gerealiseerd worden:

- Doelmatigheid via een taakstelling van €170 miljoen structureel binnen de WLz per 2025: het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is voornemens de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een aanwijzing te geven om per 2025 voor de gehandicaptenzorg (ghz) en de verpleging en verzorging (vv) een korting van € 170 miljoen toe te passen.
- Toegankelijkheid en organiseerbaarheid medische zorg en behandeling: het (regionaal) borgen van 24/7 beschikbaarheid van medisch-generalistische zorg voor kwetsbare mensen thuis, in een geclusterde woonvorm en in een instelling middels niet-vrijblijvende afspraken.
- Rechtsgelijkheid (in gelijksoortige setting) op termijn realiseren: op langere termijn krijgen WLz-cliënten die zich in dezelfde positie bevinden, dezelfde aanspraken op zorg.

In het verlengde van het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) heeft de minister voor LZS met betrokken partijen afgesproken om samen te onderzoeken hoe voor mensen met een zeer complexe zorgvraag de behandeling vanuit de WLz geboden kan blijven worden.

1.2 Opdracht van de minister voor LZS aan de NZa

Onderdeel van de andere invulling van de maatregel uit het coalitieakkoord is onderstaande adviesvraag van de minister voor LZS aan de NZa (november 2022). Concreet vraagt de minister voor LZS aan de NZa om:

- “...in de periode tot het voorjaar van 2024 de uitgaven aan de afzonderlijke zorgvormen binnen de behandelcomponent van de zorgzwaartepakketten verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg inclusief behandeling transparant te maken. Ik verzoek u daarbij ook de behandelinzet vanuit deze behandelcomponent inzichtelijk te maken.”*
- “...voor de zomer van 2023 toekomstscenario's te ontwikkelen voor een transparante en doelmatige prestatie- en tariefregulering voor de aanspraak op behandeling zoals opgenomen in artikel 3.1.1 lid 1 onderdeel c¹ en onderdeel d van de WLz aan WLz-cliënten.”*
- “...voor de zomer van 2023 te adviseren over het harmoniseren van de financiering van behandeling voor WLz-cliënten die zorg ontvangen via de leveringsvorm volledig pakket thuis.”*

Het nu voorliggende advies omvat de onderdelen B en C van de adviesvraag. Onderdeel A zal in een afzonderlijk rapport worden gepubliceerd (2024).

1.3 Scope en samenhang advies “*scheiden wonen en zorg*”

Zoals in de opdracht van de minister voor LZS aan de NZa staat omschreven, gaat dit advies in de basis over de inzet van behandeling voor cliënten in de ghz en vv. In de opdracht van VWS blijft de langdurige geestelijke gezondheidszorg (ggz) buiten beschouwing. De in dit advies voorgestelde koers heeft echter wel consequenties voor de vormgeving van behandeling voor Wlz-ggz cliënten. Daarnaast moet dit advies in samenhang gezien worden met het gelijktijdig opgeleverde advies “*scheiden wonen en zorg*” voor de ouderenzorg. De door ons voorgestelde koers heeft daarmee sterke raakvlakken met de wijze waarop verblijf, zorg en behandeling binnen de Wlz in de toekomst wordt vormgegeven.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bevat een beschrijving van de huidige leveringsvormen en bekostiging van behandeling in de Wlz, inclusief een data-analyse van de leveringsvormen en bekostigingsopties. Hoofdstuk 3 schetst de ervaren knelpunten. In hoofdstuk 4 beschrijven we de toekomstscenario's, implicaties en randvoorwaarden. In hoofdstuk 5 trekken wij ons advies door voor de positionering van behandeling binnen het volledig pakket thuis (vpt).

Voor aanbevelingen en conclusies van eerdere adviezen van de NZa die relevant zijn voor dit advies over positionering behandeling zie *Bijlage 1 - Eerdere adviezen*. In *Bijlage 2 – Aanspraak en bekostiging* wordt ingegaan op de samenhang van de aanspraak, leveringsvormen en bekostigingsopties in de Wlz. *Bijlage 3* bevat de data-analyse. In *Bijlage 4 – schriftelijke consultatie* hebben wij de reacties van veldpartijen op onze schriftelijke consultatie weergegeven.

2 Huidige bekostiging

2.1 Behandeling: aanspraak en bekostiging

Een Wlz-indicatie maakt geen onderscheid naar met of zonder behandeling, maar in de bekostiging zit dit onderscheid van oudsher wel. Toelatingen in het verleden maakten onderscheid in inclusief en exclusief behandeling. Cliënten in de Wlz kunnen dus dezelfde indicatie hebben, maar krijgen behandeling op een andere manier, uit één of meerdere domeinen, bekostigd. Voor de aanspraak op behandeling in de Wlz verwijzen wij naar artikel 3.1.1, eerste lid, onderdelen c en d, van de Wet langdurige zorg (Wlz) en de publicaties van het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) over Wlz behandeling.

In dit hoofdstuk gaan wij in op de samenhang van de leveringsvormen en de bekostigingsopties. Voor een uitgebreidere omschrijving van de aanspraak en bekostiging zie *Bijlage 2 – Aanspraak en bekostiging*.

2.2 Wlz-zorg

Welke zorg wordt geleverd na verzilvering van de Wlz-indicatie, hangt af van de leveringsvorm en bij verblijf in een Wlz-instelling, of de verzekerde ook behandeling van die instelling krijgt.

Verzekerden met een indicatie voor de Wlz kunnen ervoor kiezen in een instelling te gaan wonen om de zorg te krijgen die zij nodig hebben (verblijf). Zij kunnen er onder voorwaarden ook voor kiezen om zorg thuis te ontvangen met een volledig pakket thuis (vpt), een modulair pakket thuis (mpt) of om de benodigde zorg zelf te regelen met een persoonsgebonden budget (pgb).¹ Deze mogelijkheden worden leveringsvormen genoemd.

2.3 Bekostiging behandeling NZa

De wijze waarop de bekostiging van behandeling door de NZa is vormgegeven, is mede gekoppeld aan de Wlz-leveringsvormen. De NZa heeft de prestaties vastgesteld in lijn met deze leveringsvormen.

- Bekostiging van verblijf met bijbehorende zorgvormen gaat via zorgzwaartepakketten (zzp's). Een zzp bestaat uit een volledig pakket van verblijfszorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en het soort zorg dat die cliënt nodig heeft. Hiervoor gelden integrale tarieven. De zzp-prestaties die we kennen zijn opgebouwd in- en exclusief behandeling, en in- en exclusief dagbesteding.
- De vpt-prestaties zijn gelijk aan de zzp-prestaties, verminderd met de component verblijf. De zzp en vpt prestaties zijn opgebouwd uit drie componenten: woonzorg, dagbesteding en behandeling. Er is bij behandeling dus geen sprake van bekostiging per uitgesplitst onderdeel, zoals gedefinieerd in de Wlz. Er is bijvoorbeeld geen prestatie met bijbehorend tarief voor kleding, maar kleding zit als onderdeel in het component behandeling verdisconteerd in een integrale prestatie met bijbehorend tarief.
- De mpt-prestaties (modulaire prestaties) bestaan uit losse vormen van zorg, zijnde modules, waarmee een mpt kan worden samengesteld.

¹ Het pgb wordt in dit advies buiten beschouwing gelaten omdat de NZa geen bevoegdheid heeft in het reguleren van het pgb.

2.4 Bekostigingsopties uitgesplitst naar leveringsvormen

Figuur 1 Overzicht van bekostigingsopties van zorg en behandeling uitgesplitst naar leveringsvormen in de Wet Langdurige Zorg

Wlz – overzicht van bekostigingsopties							Geen Wlz-indicatie
	Verblijf (met behandeling)	Verblijf (zonder behandeling)	VPT (met behandeling)	VPT (zonder behandeling)	PGB	MPT (overbrugging)	
Farmaceutische zorg	ZZP						
Ggz-zorg							
D Hulpmiddelen							
Mondzorg							
Huisartsenzorg		HA-zorg	HA-zorg	HA-zorg	HA-zorg	HA-zorg	HA-zorg
Medisch	ZZP	Modulair	VPT	Modulair	Modulair	Modulair	GZSP
C Gedrag		Modulair		Modulair	Modulair	Modulair	GZSP
Paramedisch		Modulair		Modulair	Modulair	Modulair	
Verpleging	ZZP	VPT	VPT	PGB	Modulair	Wijkverpleging/ Wmo	
B Verzorging				PGB	Modulair		
Begeleiding				PGB	Modulair		
A Verblijf							

Legenda

Wlz

Zvw

Bron: NZa, op basis van beleidsregels en prestatiebeschrijvingen.²

Figuur 1 geeft (op hoofdlijnen) een schematisch overzicht van de bekostigingsopties van zorg en behandeling uitgesplitst naar de verschillende leveringsvormen in de Wlz.³ A, B, C en D verwijzen naar de onderdelen van het eerste lid van artikel 3.1.1 van de Wlz. Behandeling voor Wlz-cliënten is onderverdeeld in specifieke behandeling die samenhangt met de aandoening van de cliënt (onderdeel C) en algemene behandeling (onderdeel D). Onder specifieke behandeling valt bijvoorbeeld de medische zorg die wordt verleend door een specialist ouderengeneeskunde (SO) en de Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG). Ook behandeling door gedragsdeskundigen en fysiotherapie is hier onderdeel van. Algemene behandeling omvat huisartsenzorg, mondzorg en farmacie (medicatie), maar ook hulpmiddelen zoals een tillift en een aangepaste fiets zijn onderdeel van algemene behandeling.

Bij de leveringsvormen verblijf en vpt wordt onderscheid gemaakt in de bekostiging van de onderdelen C en D. Een bekostigingsoptie inclusief behandeling houdt in dat de specifieke behandeling (onderdeel C) integraal wordt bekostigd. Elke Wlz-cliënt heeft aanspraak op specifieke behandeling (onderdeel C) vanuit de Wlz. Bij verblijf inclusief behandeling (zorgzwaartepakket (zzp) inclusief behandeling genoemd) wordt er bijvoorbeeld een integrale dagprestatie gebruikt voor het totaalpakket aan verblijf, zorg en (specifieke en algemene) behandeling. Bij het mpt wordt voor alle zorg en behandeling gebruik gemaakt van modulaire prestaties (combinatie van Wlz-prestaties en Zvw-prestaties). Geneeskundige zorg van algemeen medische aard (onderdeel D) wordt voor alle leveringsvormen (behalve verblijf

² Modulaire Wlz-prestaties op basis van de [Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg](#).

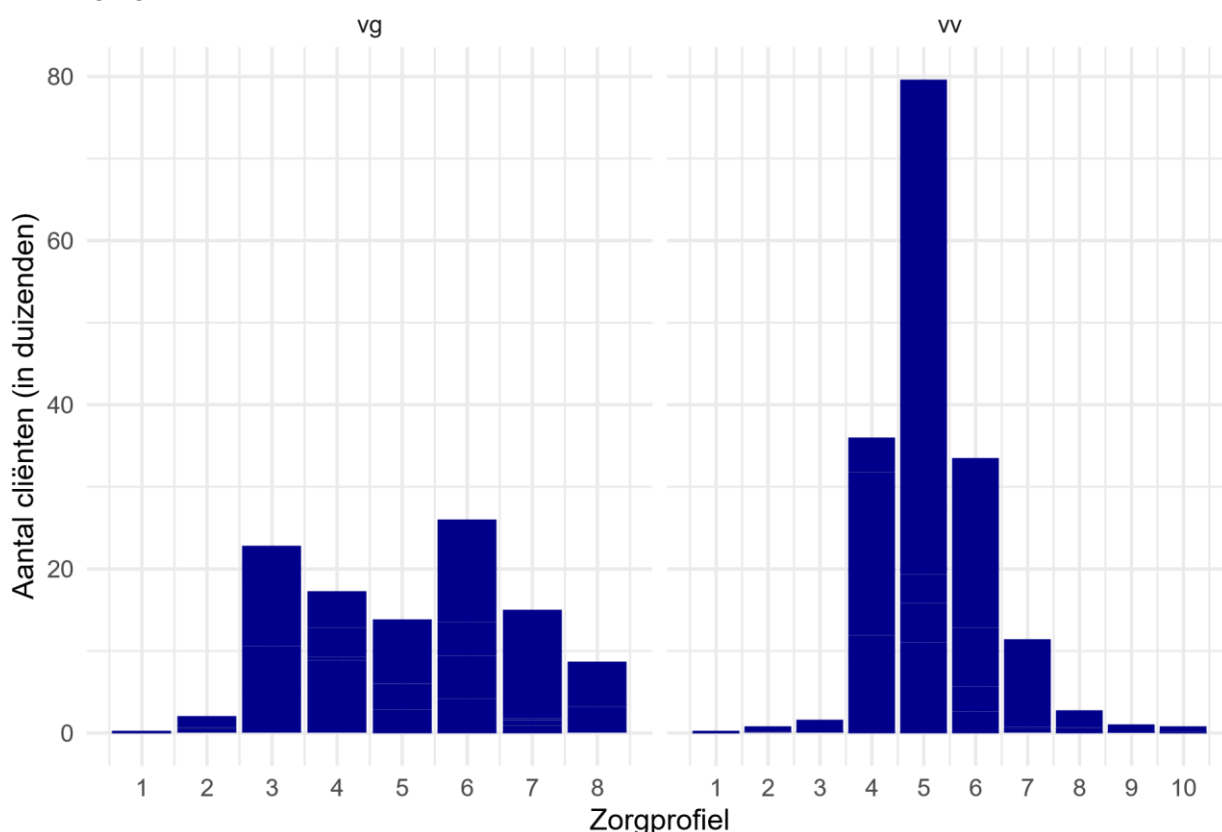
³ Uitzondering hierop is het aanmeten van een rolstoel (door een ergo/fysiotherapeut) dat wel onderdeel is van een zvp exclusief behandeling.

inclusief behandeling) vanuit de Zvw bekostigd. Een leveringsvorm exclusief behandeling houdt in dat de specifieke behandeling wel vanuit de Wlz wordt bekostigd, maar via modulaire prestaties (bijvoorbeeld per verrichting, per tijdseenheid of per consult).

2.5 Wlz-behandeling in data

In de vorige paragraaf hebben we de bekostigingsopties uitgesplitst naar leveringsvormen schematisch weergegeven. Om inzicht te krijgen hoe de leveringsvormen en bekostigingsopties zijn verdeeld over de zorgprofielen binnen de sectoren “verstandelijk gehandicapten⁴ (vg) en de “verpleging en verzorging” (vv), over de jaren heen, hebben wij een data-analyse uitgevoerd. Daarbij hebben wij ook gekeken naar de gemiddelde uitgaven (Wlz en Zvw) per leveringsvorm per cliënt per dag. In dit hoofdstuk geven wij enkele figuren weer met een korte toelichting. Voor een uitgebreide data-analyse inclusief toelichting verwijzen wij naar *Bijlage 3 - Data-analyse*.

Figuur 2 Aantal cliënten per zorgprofiel in de verstandelijk gehandicapten en verpleging en verzorging sectoren over 2019



Bron: Vektis data, data-analyse door de NZa, mei 2023

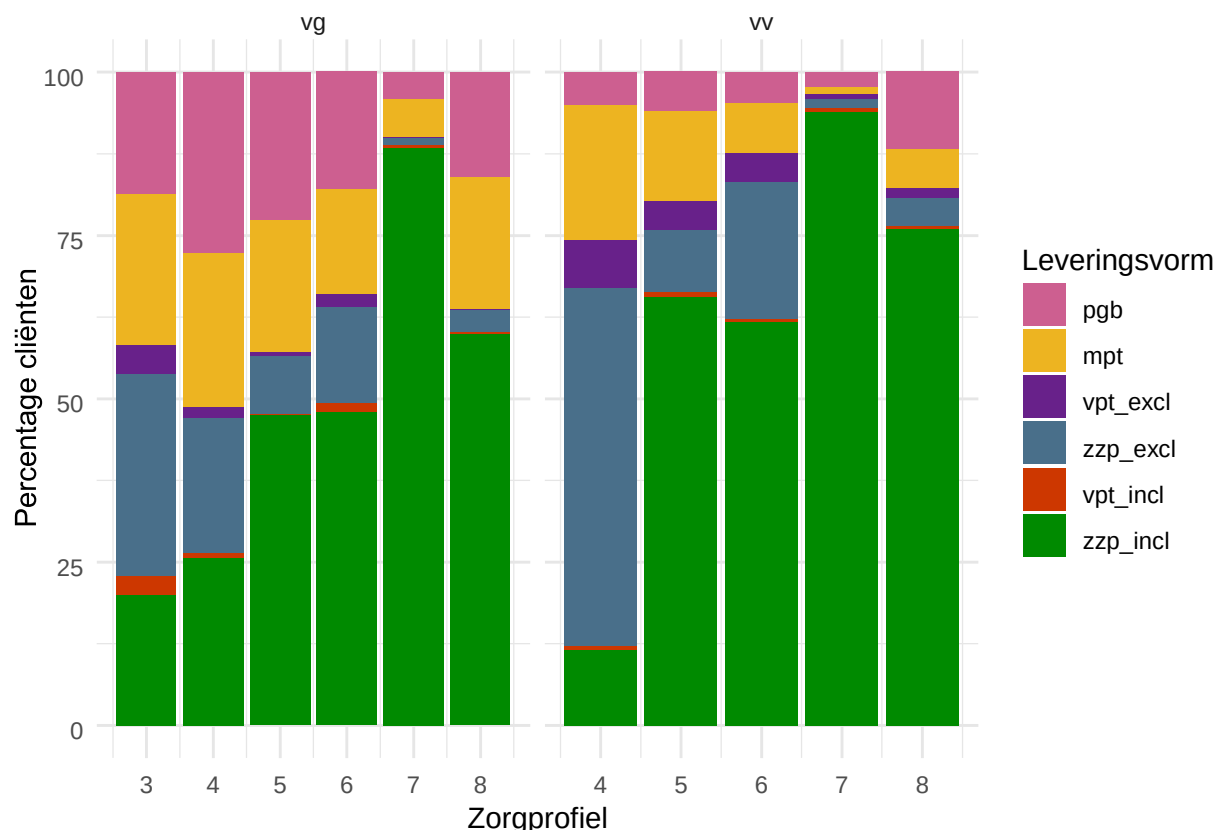
Figuur 2 geeft de cliëntaantallen over 2019 weer voor de sectoren vg en vv, op basis van declaratiedata. Indicaties voor sommige lagere zorgprofielen worden niet meer afgegeven en verklaren daarmee (deels) de lage aantallen cliënten. In de vg bevat zorgprofiel 6 de grootste groep cliënten, ongeveer 30.000 cliënten, gevolgd door de zorgprofielen 3, 4, 7, 5 en 8. De zorgprofielen 1 en 2 bevatten geen of relatief weinig cliënten (deze zullen in de volgende figuren buiten beschouwing worden gelaten⁵). In de vv

⁴ Vg is onderdeel van de gehandicaptenzorg sector, zie Bijlage 3 voor een verdere toelichting.

⁵ De zorgprofielen 9 en 10 bestaan niet binnen de ghz-sector.

sector is zorgprofiel 5 de meest voorkomende met ongeveer 80.000 cliënten, gevolgd door de zorgprofielen 4, 6, 7 en 8. De vv zorgprofielen 1-3, 9⁶ en 10 bevatten relatief weinig cliënten (deze zullen in de volgende figuren buiten beschouwing worden gelaten).

Figuur 3 Verdeling leveringsvormen en bekostigingsopties over de verstandelijk gehandicapten en verpleging en verzorging sectoren en zorgprofielen over 2019 (%)



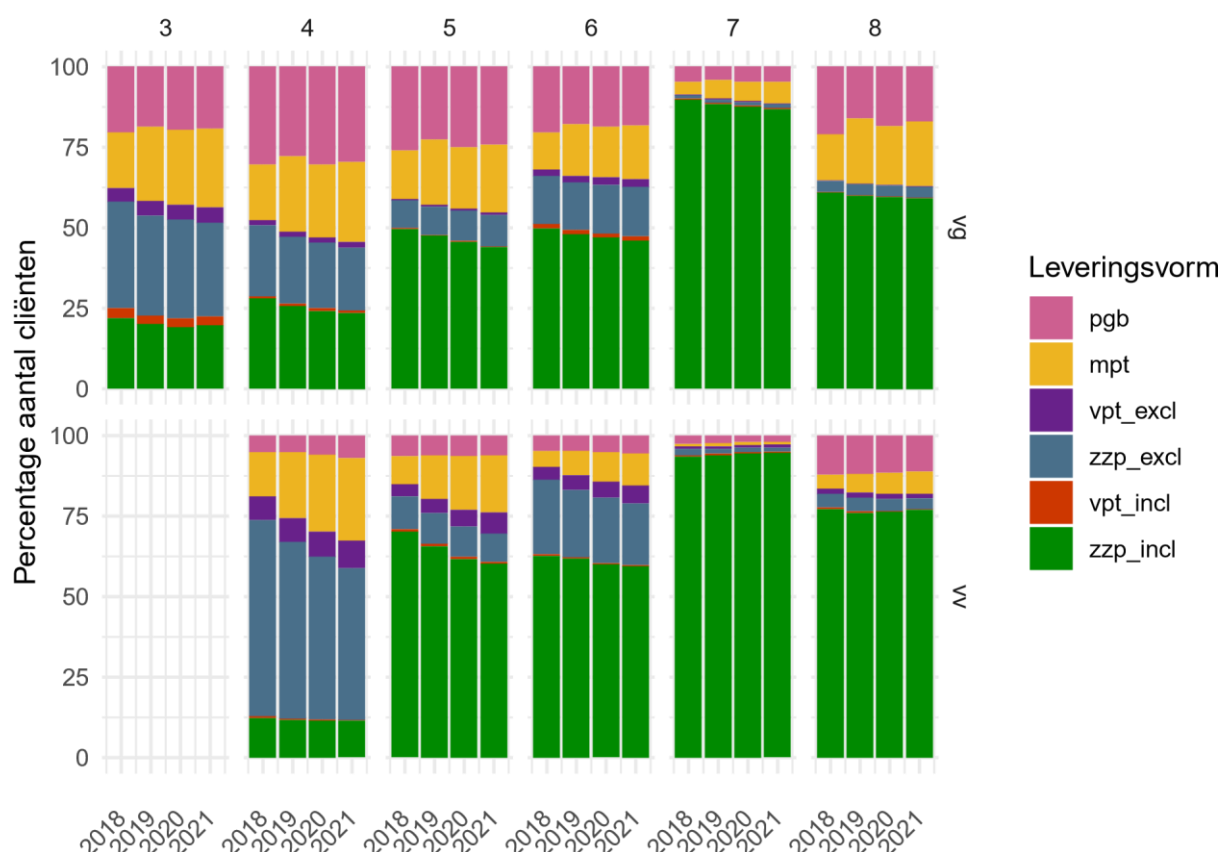
Bron: Vektis data, data-analyse door de NZa, mei 2023

In *Figuur 3* hierboven hebben we in beeld gebracht hoe de leveringsvormen en bekostigingsopties zijn verdeeld over de zorgprofielen voor de vg-sector en de vv-sector. Deze figuur laat zien dat bij een hoger zorgprofiel zowel voor de vg en vv de bekostigingsopties inclusief behandeling in aandeel toeneemt (met uitzondering van zorgzwaarte 8⁷). In de vv neemt ook het aandeel zzp's (met zowel inclusief en exclusief behandeling) toe naarmate cliënten een indicatie voor een hoger zorgprofiel hebben (met uitzondering van zorgprofiel 8). In de vg is het aandeel pgb groter dan in de vv.

⁶ Zorgprofiel 9 in de vv: revalidatiezorg met herstelgerichte behandeling, verpleging en verzorging. Een indicatie van zorgprofiel vv-9b is maximaal 6 maanden geldig. Bron: [CIZ, beleidsregels indicatiestelling Wlz 2023](#)

⁷ De zorgprofielen volgen elkaar niet logischerwijs op (dit geldt voor zowel de vv als de ghz). Voorbeeld: een cliënt met een vv5 kan bij een herindicatie direct de indicatie voor vv7 krijgen. Dit heeft te maken met de inhoud van de zorgprofielen. Zorgzwaartepakket 8 omvat beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege een specifieke aandoeningen met de nadruk op verzorging/verpleging. Het gaat hierbij om een specifieke ziekte die in een vergevorderde fase is. Bijvoorbeeld de ziekte van Huntington, de ziekte ALS of een ziekte als MS. Voor meer informatie over de zorgprofielen: <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/wlz/zorgprofiel>.

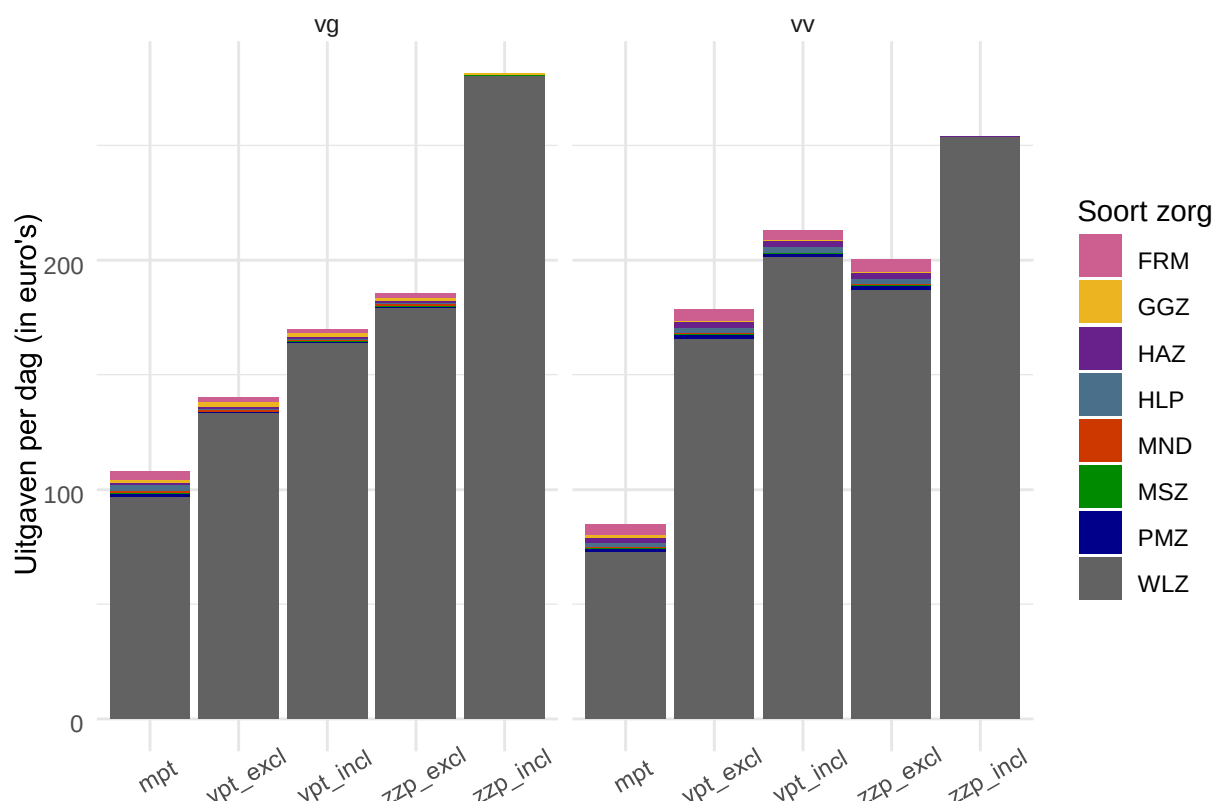
Figuur 4 – Ontwikkeling leveringsvormen en bekostigingsopties over de sectoren, zorgprofielen en jaren heen (%)



Bron: Vektis data, data-analyse door de NZa, mei 2023

Figuur 4 laat de ontwikkeling van de leveringsvormen en bekostigingsopties over de jaren 2018-2021 zien. De ontwikkelingen in de vg zijn over het algemeen stabiel. Het aandeel mpt voor de zorgprofielen 3 en 4 neemt licht toe. Het aandeel zzp neemt over de jaren heen licht af. In de vv-sector is voor de zorgprofielen 7 en 8 een stabiel patroon te zien over de jaren heen. De zorgprofielen 4, 5 en 6 laten echter wel een duidelijke trend zien. Het aandeel mpt neemt toe, het aandeel vpt exclusief behandeling neemt licht toe, de aandelen pgb en vpt inclusief behandeling blijven stabiel en de aandelen zzp exclusief behandeling en zzp inclusief behandeling nemen af.

Figuur 5 Gemiddelde uitgaven (in euro's) per cliënt per dag, verdeeld over de verstandelijk gehandicapten en verpleging en verzorging sectoren en de leveringsvormen over 2019



*In een zzp zijn ook de verblijfskosten meegenomen. Zvw-behandeling is meegenomen aan de hand van declaratie voor farmaceutische zorg, ggz, huisartsenzorg, hulpmiddelen (alleen Zvw, geen Wmo hulpmiddelen), mondzorg, medisch specialistische zorg en paramedische zorg.
Bron: Vektis data, data-analyse door de NZa, mei 2023.*

Figuur 5 geeft de gemiddelde uitgaven per cliënt per dag weer. Hierbij wordt gekeken naar de leveringsvorm binnen de sectoren vg en vv. Ook zijn hierbij naast de Wlz-uitgaven de Zvw-declaraties meegenomen voor behandeling.

2.6 Conclusie

Clënten in de Wlz hebben een indicatie die geen onderscheid maakt naar inclusief en exclusief behandeling, maar krijgen afhankelijk van de wijze waarop de cliënt de indicatie verzilvert behandeling op een andere manier, uit één of meerdere domeinen, bekostigd. Data laat zien dat al deze opties in de praktijk voor alle zorgprofielen ook naast elkaar worden ingezet. Hierdoor verschillen de uitgaven van behandeling voor cliënten met een vergelijkbaar zorgprofiel, deels ook door de organisatie en inzet van behandeling. In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de knelpunten mede in relatie tot de stijgende zorgvraag.

3 Ervaren knelpunten

Iedere WLz-cliënt heeft een vorm van behandeling en multidisciplinaire zorg nodig. De inzet hiervan moet aansluiten op de zorg/ondersteuningsvraag van de WLz-cliënt. De vraag groeit en zal verder groeien. Tegelijkertijd wordt het aanbod steeds schaarser. Doelmatige inzet van beschikbare mensen en middelen wordt daarmee steeds belangrijker. Samenwerking tussen zorgprofessionals in de gehele keten is nodig om de toegankelijkheid van zorg en behandeling te blijven borgen.

De minister voor LZS vraagt ons wat nodig is op het vlak van prestatie- en tariefregulering om verbeteringen te bereiken op het gebied van transparante en doelmatige inzet van schaarse behandelcapaciteit rond WLz-cliënten. Om deze vraag te kunnen beantwoorden is de NZa in gesprek gegaan met een brede groep zorgaanbieders, inkopers en vertegenwoordigers van cliënten. Het beeld dat daaruit naar voren komt is dat de prestatie- en tariefregulering niet het voornaamste knelpunt is. Bij het verkennen van eventuele aanpassingen van de prestaties of tarieven, bemerkten we al snel dat het de kern van het probleem niet adresseert of helemaal niet bijdraagt aan de oplossing. Dit kernprobleem ligt in de manier waarop de WLz is opgebouwd.

De huidige vormgeving van prestatie- en tariefregulering is complex en deze complexiteit staat samenwerking en doelmatige inzet van beschikbare mensen en middelen in de weg. De huidige vormgeving van prestatie- en tariefregulering is echter het directe gevolg van twee dieperliggende centrale knelpunten. Deze lichten we hieronder toe.

3.1 Centraal knelpunt 1: te veel opties

De huidige WLz is erop gericht de cliënt zoveel mogelijk in zijn keuzevrijheid tegemoet te komen, zonder onderscheid te maken naar de zorgbehoefte van de cliënt. Cliënten met een vergelijkbaar zorgprofiel⁸ kunnen behandeling ontvangen en vergoed krijgen via meerdere leveringsvormen. Binnen de leveringsvormen verblijf in een instelling en vpt, is bekostiging zzp en vpt, inclusief en exclusief behandeling mogelijk. In hoofdstuk 2 zien we dat al deze opties in de praktijk ook naast elkaar worden ingezet. De gedachte is dat de cliënt zelf de leveringsvorm kiest en daar een aanbieder bij zoekt. Maar de keuzemogelijkheden voor de cliënt worden beïnvloed door keuzes die zorgaanbieders en zorginkopers maken (of historisch hebben gemaakt), waar de cliënt vrijwel geen rol in heeft. Bijvoorbeeld of cliënten ook behandeling van de betreffende instelling op de woonlocatie kunnen krijgen.

We zien echter dat de keuzevrijheid die cliënten volgens de wet hebben, in de praktijk beperkt is. Een cliënt kiest, indien er een plek beschikbaar is, veelal niet voor een bepaalde leveringsvorm en al helemaal niet voor een bekostigingsoptie. De cliënt kiest hooguit voor een specifieke locatie of aanbieder veelal in de eigen omgeving of in de buurt van familie of naasten. En met de toenemende wachtlijsten en het gegeven dat steeds meer cliënten direct vanuit een crisissituatie met spoed bij een aanbieder worden geplaatst, staat zelfs deze bewuste keuze voor een aanbieder steeds meer onder druk. Een cliënt wordt geplaatst waar plek is. Dit geldt zowel voor de sector ghz als de vv-sector.

⁸ In dit advies gebruiken we de termen zorgwaarde en zorgprofiel om de zorgbehoefte van een groep WLz-cliënten aan te duiden. In ons advies “*scheiden wonen en zorg*” geven we aan dat de indeling in bestaande zorgprofielen mogelijk niet geschikt is als criterium voor de toegang tot verblijfszorg. Ook doen we in dat advies de aanbeveling om de aanspraken te herstructureren tot pakketten waar een cliënt redelijkerwijs op is aangewezen, gegeven de zorgwaarde en/of de setting. Dat betekent dat de zorglevering zoveel als mogelijk is afgestemd op de zorgbehoefte van de cliënt.

3.1.1 Cliëntperspectief

De cliënt ziet inmiddels dus weinig meer terug van de ooit beoogde voordelen van deze keuzevrijheid. De veelheid aan leveringsvormen en bekostigingsmethoden zorgt echter wel voor veel onduidelijkheid voor cliënten over de wijze waarop behandeling in de praktijk wordt ingezet. Voor cliënten met een vergelijkbaar zorgprofiel wordt behandeling in de praktijk op verschillende wijzen georganiseerd en vergoed. Deze verschillen zijn vaak binnen één zorginstelling zichtbaar.

Input vanuit vertegenwoordiging cliënten:

“Stapelingen van het eigen risico in de Zvw en eigen bijdragen en eigen betalingen in de Wlz zijn vaak onduidelijk en niet te overzien voor cliënten.”

“Mensen denken in een verpleeghuis te verblijven waar zij alle zorg kunnen krijgen die ze nodig hebben. Soms is dit niet het geval wanneer de zorg te intensief wordt en dan moet er alsnog een verhuizing plaatsvinden naar een plek waar intensieve verpleeghuiszorg geboden kan worden. Dit ervaren mensen als zeer belastend”

3.1.2 Aanbiedersperspectief

Voor aanbieders leidt het naast elkaar bestaan van al deze leveringsvormen en bijbehorende bekostiging tot knelpunten in samenwerking. Voor cliënten met een vergelijkbaar zorgprofiel kan binnen één instelling:

- voor cliënt A de Wlz-instelling verantwoordelijk zijn voor het organiseren en declareren van het totaalpakket aan behandeling.
- voor cliënt B de huisarts, fysiotherapeut en apotheek in de wijk verantwoordelijk zijn voor het organiseren en declareren van hun aandeel in het behandeltraject.

Dit zorgt in de praktijk voor onduidelijkheden in de verdeling van verantwoordelijkheden. Dit komt een samenhangende zorgketen niet ten goede en stimuleert de multidisciplinaire samenwerking die nodig is rondom cliënten niet. Deze onduidelijkheden zorgen vervolgens ook voor onnodige administratieve lasten. Zo komt het regelmatig voor dat inschrijftarieven voor huisartsenzorg worden afgekeurd omdat de huisarts niet weet dat er een wijziging heeft plaatsgevonden in afspraken over leveringsvorm voor een specifieke cliënt. Zowel de zorginhoudelijke als administratieve belemmeringen leiden steeds meer tot de situatie dat bijvoorbeeld huisartsen niet meer bereid zijn om zorg voor Wlz-cliënten op zich te nemen.

Input vanuit aanbieders:

“Het is vaak onduidelijk wanneer de huisartsenzorg nog wel of niet meer onder de Zvw valt. Dit is voornamelijk het geval als een patiënt opgenomen is voor verblijf in een Wlz-instelling (dus zonder behandeling), op een later moment voor verblijf en behandeling in de instelling verblijft. Voor de huisarts lijkt hier geen verschil tussen te zitten, terwijl voor de bekostiging veel verandert. Vaak wordt de huisarts niet meegenomen in de verandering van de setting (waardoor inschrijftarieven bijvoorbeeld afgekeurd worden).”

“De grote variatie aan leveringsvormen levert vanuit het perspectief van de zorgaanbieders vooral problemen op in de samenwerking over de grens Wlz-Zvw heen.”

3.1.3 Inkoopperspectief

Het openstaan van alle opties van leveringsvormen en bijbehorende bekostiging zorgt ook voor knelpunten bij verzekeraars en zorgkantoren bij de inkoop van behandeling. De daadwerkelijke inzet en bijbehorende kosten voor cliënten met een vergelijkbare zorgzwaarte is onderling niet of nauwelijks vergelijkbaar.

Voor cliënten voor wie een vorm van integrale bekostiging wordt ingezet, is geen inzicht in welke behandeling wordt ingezet, door welke behandelaar en of de inzet van behandeling past bij de zorgvraag van de cliënt. In het verleden is bewust gekozen om voor alle cliënten met een WLz-indicatie integrale pakketten van verblijf, zorg en behandeling toegankelijk te maken. Hieraan is geen registratieverplichting (voor uren, handelingen, trajecten en/of verrichtingen, deskundigheidsniveau en bevoegdheid van behandelaren) verbonden. Via inkoop sturen op doelmatige inzet van (regionale) behandelcapaciteit in termen van kwaliteit, volume en kosten is daarmee onnodig moeilijk, maar mogelijkheden van zorgkantoren worden ook nog niet optimaal benut.

Declaraties bieden bij integrale tarieven dus geen inzicht in de behandeling. Ook hebben zorgaanbieders de mogelijkheid om middelen te substitueren. Bijvoorbeeld tussen uitgaven voor zorg, begeleiding en behandeling. Substitutie biedt in de praktijk veel voordelen en kansen, maar heeft bij de manier waarop het nu is opgezet als groot nadeel dat de uitgaven voor behandeling voor een inkoper niet te herleiden zijn naar een cliënt. Voor cliënten waarvoor de inzet van behandeling wel (beter) inzichtelijk is omdat deze apart wordt bekostigd (dan wel via modulaire bekostiging via de WLz, dan wel via de Zvw), is niet helder hoe deze inzet zich verhoudt tot een landelijk gemiddelde of standaard, omdat een aanzienlijk deel van de behandelcapaciteit zit “opgesloten” in de integrale pakketten.

Zorgkantoren sturen de afgelopen jaren meer op inkoop van behandeling voor cliënten op basis van modulaire bekostiging. Dan wel door middel van mpt, dan wel door middel van vpt. Maar deze verschuiving gaat langzaam. Aanbieders zijn historisch organisatorisch opgezet rondom specifieke leveringsvormen. Daarnaast kunnen inhoudelijke en financiële prikkels een rol spelen bij inzet van specifieke leveringsvormen. Het sturen op inkoop van leveringsvormen in termen van kwaliteit, volume en kosten bij specifieke aanbieders is niet eenvoudig, zolang wettelijk is geregeld dat een cliënt kan kiezen voor alle mogelijke leveringsvormen.

Een aanvullend knelpunt bij de inkoop via meerdere leveringsvormen is de samenhang in de zorg tussen de domeinen. Bij complexe zorgvragen is veelal afstemming en samenwerking nodig tussen zorgaanbieders vanuit WLz, Zvw en Wmo. Wil deze keten soepel verlopen, dan is ook aan inkoopzijde samenhang nodig vanuit verschillende inkopers. Aanbieders geven aan dat deze samenhang aan inkoopzijde veelal niet goed is geregeld, waarmee de zorginhoudelijke samenwerking niet goed tot stand komt. Het feit dat de inkoop binnen één domein al zoveel varianten kent voor cliënten met een vergelijkbaar zorgprofiel, maakt het creëren van samenhang in inkoop van zorg tussen domeinen veel complexer dan noodzakelijk.

Input vanuit inkopers:

“Naast de verschillende leveringsvormen en bekostigingsopties speelt de integraliteit van een leveringsvorm inclusief behandeling een rol in het gebrek aan inzicht. Naast het inzicht ontbreekt er ook een norm voor behandeling. Dit is onduidelijk voor zowel de inkopers, cliënten als de zorgaanbieders zelf.”

3.2 Centraal knelpunt 2: Onvoldoende handvatten en monodisciplinaire richtlijnen

Het tweede centrale knelpunt dat we willen adresseren is het huidige gebrek aan handvatten in beroepsinhoudelijke richtlijnen om uitspraken te doen over doelmatige inzet van schaarse behandelcapaciteit. Om via bekostiging te sturen op doelmatige inzet van schaarse behandelcapaciteit zal toch eerst inhoudelijk duidelijk moeten zijn wat doelmatige inzet is.

De bestaande richtlijnen bieden een basis voor behandel mogelijkheden in specifieke (individuele) situaties. Wat de inzet van behandeling is, is als het goed is inhoud van het gesprek tussen behandelaar en cliënt/patiënt. Overall richtlijnen voor de minimale mate van beschikbaarheid van behandelcapaciteit voor specifieke cliëntgroepen en/of specifieke behandeltrajecten zijn er niet. Zowel aanbieders als inkopers zeggen in gesprekken het beeld te herkennen dat in de praktijk een grote variatie zichtbaar is in de beschikbare behandelcapaciteit. Ook horen we zorgen dat voor lang niet alle cliënten “voldoende” behandelcapaciteit georganiseerd is. Wat “voldoende” echter is, en daarmee wat “te weinig” of “te veel” is, is op basis van richtlijnen niet vast te stellen. Het risico hierbij is dat de inzet van behandeling aanbodgericht wordt bepaald in plaats van gebaseerd op de vraag “wat is nodig en passend voor deze cliënt?”.

Een tweede punt dat hieraan raakt is dat beroepsinhoudelijke richtlijnen veelal monodisciplinair zijn opgesteld. Ze beschrijven de kerntaken van een huisarts, de SO of de fysiotherapeut. Maar ze geven veelal geen helderheid over waar de kerntaak van één specialisme binnen de multidisciplinaire keten ophoudt en waar de andere begint. Er zijn grijze gebieden waarin taken overlappen of waarin gaten ontstaan. In ons eerdere advies over medisch generalistische zorg (mgz) zijn we hier dieper ingegaan op de knelpunten die dit oplevert. Voor aanbevelingen en conclusies van eerdere adviezen van de NZa die relevant zijn voor dit advies over positionering behandeling zie *Bijlage 1 - Eerdere adviezen*.

Beide punten vormen een belemmering om via bekostiging te sturen op doelmatige inzet van schaarse behandelcapaciteit. Bekostiging volgt inhoud. We zouden sterk kunnen sturen op het afzonderlijk declareren van ieder uur inzet van behandelaren om tot maximale transparantie van inzet te komen. Maar als vervolgens inhoudelijk de vraag niet kan worden beantwoord of inzet voldoende of voldoende samenhangend is, valt er nog steeds weinig te sturen.

Op deze inhoudelijke knelpunten is inmiddels wel beweging zichtbaar. Branche- en beroepsverenigingen werken samen in een traject onder projectleiding van ZN, waarin wordt gewerkt aan het verduidelijken van taken en verantwoordelijkheden. En NVAVG en Verenso zijn trajecten gestart om de verschillen in inzet van behandelcapaciteit in kaart te brengen en te duiden. Het is van groot belang dat deze trajecten op korte termijn ook concrete handvatten gaan bieden.

De minister voor LZS heeft de NZa gevraagd om in de zomer van 2024 in kaart te brengen wat de huidige inzet van behandelcapaciteit is als tweede deel van deze adviesvraag. Dat kan de inhoudelijke discussie over doelmatige inzet van schaarse behandelcapaciteit steunen. Maar veel behandelinzet wordt nu niet expliciet op cliëntniveau geregistreerd en is daarmee ook niet op te halen. Dit geldt ook voor het inzicht in de specifieke behandelvormen.

3.3 Conclusie

De vraag van de minister voor LZS aan de NZa is wat nodig is op het vlak van prestatie- en tariefregulering om transparante en doelmatige inzet van schaarse behandelcapaciteit te verbeteren. Onze conclusie hier is dat aanpassingen op het vlak van prestatie- en tariefregulering niet zinvol zijn

zolang de situatie blijft bestaan dat voor cliënten met een vergelijkbare zorgvraag een veelvoud aan leveringsvormen mogelijk zijn. Aanpassingen in bekostiging vragen in de regel veel tijd en energie van zowel aanbieders, inkopers als overheidspartijen, maar raken hier de kern van het probleem niet. Wij stellen dat deze tijd en energie eerst moet gaan zitten in het oplossen van het kernprobleem.

Maar aanpassingen zijn zeker noodzakelijk. De huidige complexiteit van aanspraken en daaruit volgende bekostiging zorgt voor onduidelijkheid voor cliënten en hindert multidisciplinaire samenwerking en doelmatige inzet van steeds schaarser wordende behandelcapaciteit. We moeten toe naar een situatie waarbij een specifieke leveringsvorm volgt uit de kenmerken van een cliënt. Niet alleen vanuit het oogpunt van transparantie maar expliciet om de langdurige zorg in de toekomst toegankelijk te houden. De bekostiging moet daar vervolgens eenduidig bij aansluiten. Maar wel in die volgorde. Het blijven borgen van toegankelijkheid weegt inmiddels zwaarder dan volledige keuzevrijheid in vormen van aanbod, met alle daaraan verbonden complexiteit tot gevolg.

Deze scherpe politieke keuze is niet alleen nodig om tot een doelmatige en transparante inzet van schaarse behandelcapaciteit te komen. Het advies "*scheiden wonen en zorg*" dat gelijktijdig met dit advies gepubliceerd wordt, gaat dieper in op de negatieve effecten van de huidige vormgeving van de aanspraken binnen de Wlz en de noodzaak tot een vereenvoudiging van het systeem. Zowel aanbieders, inkopers als vertegenwoordigers van cliënten herkennen en onderschrijven breed deze noodzaak tot versimpeling en duidelijkheid.

Beroepsgroepen van behandelaren moeten daarnaast meer inhoudelijke sturing gaan geven aan de vraag welke vorm van behandeling passend is voor specifieke cliëntgroepen.

4 Toekomstscenario's

We adviseren om toe te werken naar de situatie waarbij in principe één leveringsvorm van toepassing is op een specifieke cliëntgroep. Vervolgens kan de bekostiging van deze leveringsvorm voor een specifieke cliëntgroep veel gericht op maat worden vormgegeven, gekoppeld aan de kenmerken van deze specifieke cliëntgroep. Dat maakt dat vergelijkbare cliënten op een vergelijkbare inzet van behandeling (en het overige deel van de zorg) kunnen rekenen en behandelcapaciteit effectief wordt ingezet.

We pleiten daarbij nadrukkelijk niet voor dezelfde leveringsvorm voor alle cliënten met een Wlz-indicatie. Maar om voor specifieke groepen Wlz-cliënten dezelfde keuze te maken. Dat vraagt om een scherpe afbakening van cliëntgroepen. De schaarse verblijfsplekken inclusief behandeling moeten beschikbaar zijn voor cliënten die dit het meest nodig hebben.

4.1 Hoofdrichtingen indeling in cliëntgroepen

We zien twee hoofdrichtingen om te komen tot deze indeling van cliëntgroepen.

- 1 De as van de zorgzwaarte: De eerste mogelijkheid is om cliënten toe te delen op basis van *zorgzwaarte*. Een relatief hoge zorgzwaarte leidt tot een integraal pakket van verblijf, verzorging, begeleiding en behandeling, inclusief bijbehorende bekostiging. Een relatief lage zorgzwaarte leidt tot een meer modulaire vorm van aanbod, met bijbehorende bekostiging. De huidige indicatiestelling is niet zozeer op behandelbehoefte ingericht. Het is belangrijk dat in de indicatiestelling/toeleiding naar zorg aandacht is voor deze variatie in behandelbehoefte.
- 2 De as van de setting: De tweede mogelijkheid is om cliënten toe te delen op basis van de *setting/woonsituatie* van de cliënt. De leveringsvorm volgt uit de mate waarin een cliënt nog in staat is om thuis of in een op thuis gelijkende setting te verblijven. Hierbij is het een uitdaging om een helder onderscheid aan te brengen in woonvormen die als “thuis” worden gezien en woonvormen die we bij “instelling” vinden horen. Op dit moment ontbreekt hier een duidelijke definitie, en bestaan verschillende interpretaties van wel/niet “thuis” op het moment dat cliënten bijvoorbeeld in geclusterde woonvormen verblijven. Als “woonsituatie” het uitgangspunt voor bekostiging wordt, moet hier een helder omslagpunt ontstaan. Deze helderheid over “wat zien we nog als “thuis” is ook los van bekostiging wenselijk. Beroepsgroepen zoals huisartsen baseren hun eigen richtlijnen en daarmee verantwoordelijkheidsafbakening op een eigen interpretatie van thuis/niet-thuis, die niet altijd aansluit op de interpretatie van de Wlz-aanbieder. Deze onduidelijkheid in afbakening van verantwoordelijkheden speelt nu een belangrijke rol in regionale knelpunten die ontstaan rond mgz.

De toedeling hoeft echter niet zo zwart/wit uit te pakken. Binnen de hoofdvarianten kunnen (tussen)varianten uitgewerkt worden.

- Een toedeling van cliënten naar leveringsvorm en bijbehorende bekostiging kan ook tot stand komen door zowel het perspectief van zorgzwaarte als van setting/woonsituatie mee te wegen.
- De toedeling naar leveringsvorm hoeft niet voor de hele populatie van Wlz-cliënten op basis van dezelfde criteria vormgegeven te worden. Wij kunnen ons goed voorstellen dat er op basis van sectorale verschillen voor de vv en de ghz andere afwegingen en keuzes moeten worden gemaakt. Bijvoorbeeld vanwege het feit dat cliënten in de ghz veelal levenslang en levensbreed zorg en ondersteuning nodig hebben. Specifiek voor het onderdeel “behandeling” kan per behandelvorm gedifferentieerd worden in de toedeling naar leveringsvormen. Zo kan de manier

waarop bijvoorbeeld medisch generalistische zorg (mgz), paramedische zorg, mondzorg, farmacie en hulpmiddelen binnen de leveringsvormen wordt vormgegeven opnieuw worden gezien als de leveringsvormen aan specifieke cliëntgroepen wordt gekoppeld. Ook hier kan dan per leveringsvorm de overweging worden gemaakt hoe zinvol het is om dit deel van de zorglevering binnen de Wlz te organiseren en welke consequenties dit vervolgens heeft voor bekostiging.

Voor de mgz (het samenspel tussen huisarts en SO/AVG) geldt bijvoorbeeld dat de permanente beschikbaarheid en afgestemde zorg voor een veel breder deel van de populatie van belang is. Mgz wordt namelijk ook ingezet voor cliënten zonder Wlz-indicatie. De mgz valt dan onder de Zvw en wordt bekostigd via de huisartsenzorg of via de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp). De toegankelijkheid van de mgz voor zowel cliënten met als zonder Wlz-indicatie leidt nu al regionaal tot problemen. Door leveringsvormen te koppelen aan cliëntkenmerken kan per leveringsvorm de afweging worden gemaakt of er meerwaarde is om in de toekomst het Wlz-specifieke deel behandeling vanuit de Wlz te vergoeden. Bij het maken van deze afweging specifiek voor mgz kan gebruik worden gemaakt van de 8 aanbevelingen die in 2021 door een expertgroep zijn opgesteld.

4.2 Implicaties inperkingen keuzemogelijkheden Wlz

In Tabel 1 hieronder geven we op hoofdlijnen weer welke effecten wij verwachten als de hoofdlijn van het advies door de minister voor LZS wordt omarmd. Dit is nog een zeer globale weergave. Effecten en aandachtspunten zijn mede afhankelijk van de exacte technische vormgeving en invulling van randvoorwaarden.

We willen hierbij expliciet de kanttekening plaatsen dat meer helderheid en sturing vanuit aanspraak, bekostiging en inkoop niet alle problemen rondom schaarse behandelcapaciteit gaat oplossen. We zitten inmiddels al in de situatie waarbij de vraag het aanbod overstijgt. En dit gaat de komende jaren verder knellen. Dit maakt het echter des te meer noodzakelijk om binnen het systeem van bekostiging en inkoop nu de knelpunten op te heffen die een doelmatige inzet van schaarse behandelcapaciteit in de weg zitten.

Tabel 1 Overzicht op hoofdlijnen

	Voordelen	Aandachtspunten
Keuzevrijheid cliënt	Het inperken van het aantal leveringsvormen en bekostigingsopties geeft duidelijkheid. In algemene zin kan de toegankelijkheid voor alle cliënten beter worden geborgd. Het is een opstap naar passende inzet van behandeling.	Dit gaat wel deels ten koste van de huidige keuzevrijheid van cliënten. Zoals eerder aangegeven is deze keuzevrijheid nu echter vooral theoretisch. Indien delen van behandeling voor specifieke cliëntgroepen naar de Zvw worden overgeheveld, zal de mate van keuzevrijheid afhangen van de afgesloten polis. Dit zal dan ook consequenties hebben voor veranderingen in de hoogte van de eigen bijdrage Wlz, eigen betaling Zvw en het eigen risico in de Zvw.
Samenwerking aanbieders	Afstemming tussen zorgaanbieders in de keten verloopt soepeler als afspraken zijn gemaakt over taakafbakening en zij op voorhand helder hebben voor welk aandeel	Bij schaarse behandelcapaciteit zullen instellingsbelang versus regionale verantwoordelijkheid blijvend aandacht vragen.

	Voordelen	Aandachtspunten
Inkoop	behandeling zij verantwoordelijk zijn voor specifieke cliëntgroepen.	
	Voor zorgkantoren en zorgverzekeraars gaat deze duidelijkheid bijdragen aan het doelmatiger kunnen inkopen van behandeling. Door de zorg voor cliënten met een vergelijkbare zorgvraag op gelijke wijze te bekostigen ontstaat inzicht in verschillen in aanbod. Dat geeft verzekeraars en zorgkantoren meer mogelijkheden om het gesprek aan te gaan en hier bij inkoop op te sturen.	Meer zicht op de inzet en het effect van behandeling (te veel/te weinig).
Administratieve lasten	Door het aantal opties in leveringsvormen en bekostigingsopties te verminderen, verwachten wij, met name binnen de multidisciplinaire keten, een positief gevolg op de administratieve lasten. Afstemming tussen de zorgaanbieders in de keten kan soepeler verlopen als zij op voorhand helder hebben voor welk aandeel behandeling zij verantwoordelijk zijn en hoe dit op elkaar aan moet sluiten.	Daar staat wel tegenover dat voor het relatief lichte deel van de populatie de zorg nu nog deels integraal bekostigd wordt. Dit deel zal dan in de toekomst een modulaire bekostiging van behandeling kennen, wat op het gebied van declaratie meer lasten met zich meebrengt Als de doorsteek wordt gemaakt van overheveling van behandeling naar de Zvw voor het relatief lichte deel van de populatie, dan zal een aanbieder de behandeling moeten contracteren met zorgverzekeraars i.p.v. het zorgkantoor.
Flexibiliteit inzet personeel	Door scherper te sturen op welk aanbod passend is voor specifieke delen van de populatie en welke bekostigingsoptie daarbij hoort, kan de beschikbare capaciteit gericht worden ingezet en actief worden gestuurd op inzet van capaciteit voor de cliënten die deze het hardst nodig hebben.	Het omschakelen van verblijf zonder behandeling naar verblijf met behandeling (of vice versa) heeft grote organisatorische implicaties met schuivende verantwoordelijkheden. Het omschakelen van leveringsvormen van in- naar exclusief behandeling kan leiden tot een reductie aan substitutiemogelijkheden tussen zorg, begeleiding en behandeling.
Toezicht	Een meer eenduidige aanspraak en bekostiging gaat bijdragen aan de totstandkoming van een meer genormeerde inzet van behandeling rond cliënten met vergelijkbare zorgzwaarte/zorgprofiel. Het geeft toezichthouders als de NZa meer mogelijkheden om inkopers en aanbieders aan te spreken op regionale verschillen, bijvoorbeeld als gevolg van inkoopbeleid.	De te maken keuzes dienen in ieder geval op zodanige wijze te worden vormgegeven dat de NZa deze effectief in haar toezicht kan betrekken.

4.3 Uitgaven Wlz-behandeling

De analyse in hoofdstuk 2 laat zien dat de gemiddelde kosten per cliënt per dag in de verschillende leveringsvormen en bijbehorende bekostigingsopties uiteenlopen. Hieruit is eenvoudig de conclusie te trekken dat integraal bekostigde zorg per cliënt duurder is dan de modulaire varianten. Door alvast een aanname te doen waar het toekomstig afkappunten komen te liggen, zou dit relatief eenvoudig tot een schatting kunnen leiden van de financiële effecten van de voorgestelde aanpassing. De zorg voor relatief lage zorgprofielen/thuiswonende cliënten die nu integraal bekostigd wordt, kent in de toekomst het kostenplaatje van cliënten met vergelijkbare zorgzwaarte/zorgprofiel van wie de zorg nu modulair bekostigd wordt. En het omgekeerde geldt dan voor de relatief hoge zorgprofielen die op een geclusterde verblijfsplek wonen bij wie de zorg nu modulair bekostigd worden. Aangezien voor een

groter deel van de Wlz-cliënten wordt overgegaan op modulaire bekostiging van behandeling dan omgekeerd, kan theoretisch gezien de conclusie worden getrokken dat de voorgestelde maatregel een forse besparing kan opleveren. Deze aanpak en bijbehorende conclusie doet geen recht aan de omslag die in de praktijk gemaakt moet worden en de kosten en inspanning die daarbij horen. De beweging om een steeds groter deel van de populatie vanuit de thuissituatie van een goede samenhangende zorg te blijven voorzien, gaat ook gepaard met nieuwe investeringen op het gebied van samenwerking, organisatie en infrastructuur.

Wel denken wij dat door de ons voorgestelde keuzes in bekostiging alsnog ook financiële besparingen mogelijk zijn. Nu gaat in de keten veel tijd en energie verloren als gevolg van de huidige complexiteit. Dit zien wij binnen de multidisciplinaire zorgketen. Maar de complexiteit zorgt er ook voor dat delen van zorginkoop nu ondoelmatiger zijn dan nodig. Met een meer uniforme bekostiging kan bijvoorbeeld ook een meer grootschalige inkoop van farmacie en hulpmiddelen tot stand komen.

4.4 Randvoorwaarden

Op het moment dat exacte vormgeving van de clustering van cliëntgroepen verder wordt uitgewerkt, komen ook de daarbij behorende randvoorwaarden beter in beeld. Iedere uitwerking geeft zijn eigen uitdagingen. Voor nu zien we de volgende randvoorwaarden die ingevuld moeten worden bij iedere vorm van vereenvoudiging.

Wetgeving: De huidige keuzevrijheid tussen leveringsvormen voor de cliënt met een Wlz-indicatie is verankerd in de Wlz. Als dit advies wordt opgevolgd en niet meer alle leveringsvormen voor alle cliënten met een Wlz-indicatie openstaan, is hiervoor een wetswijziging binnen de Wlz noodzakelijk.

Bekostiging: Als de cliëntgroepen toebedeeld zijn naar specifieke leveringsvormen op basis van hun kenmerken, zal vervolgens de bekostiging per leveringsvorm *op maat* vormgegeven moeten worden. Bij het vormgeven van deze bekostiging zal dan ook expliciet aandacht moeten zijn voor de wijze waarop niet-cliëntgebonden contact van behandelaren tot uiting komt.

Inkoop: De voorgestelde vereenvoudiging maakt het gemakkelijker om te sturen op doelmatige inzet van schaarse behandelcapaciteit en samenhang van zorgaanbod. Maar deze rol moet vervolgens via inkoop worden waargemaakt. Zorgkantoren en zorgverzekeraars moeten via inkoop actiever gaan sturen op deze elementen. Met meer inzage in waar regionaal capaciteit beschikbaar moet komen, kan er vervolgens ook actiever gestuurd worden op het zo doelmatig regionaal inzetten van de beschikbare capaciteit. Dit wordt des te belangrijker als behandeling voor het relatief lichte deel van de populatie binnen de Zvw wordt gepositioneerd. Binnen de Zvw zijn de uitdagingen om tot multidisciplinair samenhangend aanbod te komen groter.

Organisatiegraad op wijk/regioniveau: Meer mensen gaan zorg ontvangen vanuit huis of een op huis gelijkende setting. Het borgen van toegankelijkheid van en samenhang in het zorgaanbod vraagt daarmee meer en meer van de organisatiegraad van multidisciplinaire zorg. De ingezette beweging betekent dat voor minder mensen gaat gelden dat deze samenhang geborgd is omdat het totaalpakket vanuit één aanbieder geleverd wordt. De noodzaak tot een hogere organisatiegraad van samenwerking op regio- en wijkniveau neemt toe. In het advies "bekostiging afstemming en coördinatie kwetsbare ouderen thuis" is een voorzet gedaan hoe deze organisatiegraad met bekostiging verder kan worden gestimuleerd. Het opvolgen van de aanbevelingen in dat advies zijn daarmee ook randvoorwaardelijk om zorg en behandeling voor kwetsbare cliënten in een thuissetting in de toekomst te blijven borgen.

Het formuleren van verantwoordelijkheden met als uitgangspunt dat ze op elkaar aansluiten, is een voorwaarde voor samenwerking.

Technologie: De beweging naar een optimalere inzet van beschikbare behandelcapaciteit wordt versterkt als deze in combinatie met andere mogelijkheden wordt ingezet. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gekeken naar de inzet van technologie bij behandeling.

4.5 Conclusie

We adviseren de minister een scherpe keuze te maken welke vorm van aanbod in de toekomst passend is voor welke cliëntgroep. Een integraal aangeboden pakket van verblijf en behandeling vanuit één aanbieder voor die groep cliënten waar dit echt noodzakelijk is, en meer modulair aangeboden daar waar mogelijk. Dit vraagt om een afbakening van de cliëntgroepen. Een helder standpunt over welke cliënten echt aanspraak moeten maken op de leveringsvorm waarin verblijf en behandeling noodzakelijkerwijs samen moeten blijven gaan, gekoppeld aan de uitspraak dat dit voor het overige deel van de cliënten daarmee dit dus niet meer tot de opties behoort.

Deze afbakening kan gemaakt worden door cliënten toe te rekenen aan leveringsvormen op basis van zorgzwaarte en/of de woonsituatie van de cliënt. Daarbinnen zijn nog veel keuzes te maken die verdere uitwerking nodig hebben en van invloed zijn op de effecten die we verwachten en de wijze waarop randvoorwaarden worden ingevuld. Dit moet echter vooraf worden gegaan door een duidelijk voornemen vanuit de minister voor LZS om ook daadwerkelijk deze scherpe keuze te willen maken. Deze keuze is vervolgens niet alleen van belang om stappen te maken op het gebied van transparantie en doelmatige inzet van enkel behandeling. In het advies *“scheiden wonen en zorg”* stellen wij dat deze keuze nodig is om een veel breder spectrum aan knelpunten te ondervangen.

5 Volledig pakket thuis

De minister voor LZS heeft in haar adviesvraag gevraagd te adviseren over het opheffen van het onderscheid tussen de prestatiebeschrijvingen voor de leveringsvorm volledig pakket thuis (vpt) inclusief behandeling en exclusief behandeling. Met andere woorden: moeten de huidige vormen van in- en exclusief behandeling voor het vpt in de huidige vorm blijven bestaan? Deze vraag kan niet los worden gezien van de vraag hoe ten algemene aan moet worden gekeken tegen de positie van het vpt. Voor deze algemene lijn verwijzen we naar het advies “*scheiden wonen en zorg*” dat u gelijktijdig met dit advies ontvangt.

De hoofdlijn binnen dat advies is niet anders dan we in voorgaande hoofdstukken al hebben verwoord. Voor welke cliënt is welke leveringsvorm gerechtvaardigd en welke bekostigingsvorm past daarbij? Niet alle leveringsvormen en bekostigingsopties kunnen naast elkaar blijven bestaan voor cliënten met een vergelijkbare zorgvraag en/of setting. Om een advies te kunnen geven over de doorontwikkeling van het vpt is het nodig om aan de hand van het advies “*scheiden wonen en zorg*” een keuze te maken en eerst aanspraken aan te passen.

Uit deze lijn volgt vervolgens ook een duidelijk antwoord op de gestelde vraag rond behandeling. Als de lijn van onze beide adviezen wordt gevolgd, wordt eerst helder gemaakt welke leveringsvorm voor welke specifieke cliëntengroep het meest passend is. Zodra dat helder is, kan de vraag worden beantwoord welke bekostigingsvorm past. Zolang het resultaat maar is dat voor cliënten met een vergelijkbare zorgvraag en/of setting één leveringsvorm en één bekostigingsmethode van toepassing is. Een enkele aanpassing in bekostiging door de mogelijkheid van “vpt inclusief behandeling” aan banden te leggen, zonder daarbij de noodzakelijke keuzes te maken in aanspraken draagt hier niet aan bij.

Daarbij vragen we aandacht voor het feit dat de gehandicaptenzorg geen onderdeel van de adviesvraag “*scheiden wonen en zorg*” is. De voorgestelde vereenvoudiging is echter voor beide sectoren even relevant.

Bijlage 1 – Eerdere adviezen

De NZa heeft de afgelopen jaren meerdere adviezen gepubliceerd die raken aan de mgz en Wlz behandeling. De aanbevelingen en conclusies die relevant zijn voor dit advies worden hierna kort besproken. Behandeling voor Wlz-cliënten staan hierin centraal. Eerst noemen we het advies van het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) over behandeling en aanvullende zorgvormen voor Wlz-cliënten. Vervolgens is er een uitvoeringstoets uitgevoerd en een mgz advies gepubliceerd. Begin dit jaar heeft de NZa ook het bekostigingsadvies voor coördinatie en afstemming voor kwetsbare ouderen thuis gepubliceerd. Hierin staat de bekostiging van coördinatie en afstemming rondom een cliënt centraal. Dit raakt ook aan de organisatie en bekostiging van zorg en behandeling rondom een thuiswonende cliënt.

Zorginstituut – Positionering behandeling en aanvullende zorgvormen in de Wlz (oktober 2017)

In 2017 heeft het Zorginstituut het pakketadvies 'Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten' uitgebracht. Dit advies ging over de positionering van behandeling in de Wlz voor de vv en ghz. Zorginstituut: "Alle cliënten die in een instelling verblijven, of in een vergelijkbare situatie zitten, horen dezelfde Wlz-zorg te krijgen. Vergoeding vanuit één wet geeft de beste mogelijkheden om deze kwetsbare cliëntengroep de zorg te kunnen bieden die nodig is". Specifiek stelde het Zorginstituut voor om de verschillen bij zorg met verblijf op te heffen en daarmee om voor de meest kwetsbare cliënten in de Wet langdurige zorg (Wlz) alle behandelingen en aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz te vergoeden.

Dit advies zou een verruiming van de Wlz tot gevolg hebben omdat sommige aanspraken breder zijn binnen de Wlz in vergelijking met de Zvw. Dit pakketadvies was aanleiding voor de minister voor LZS om de NZa de volgende uitvoeringstoets te laten uitvoeren.

NZa - Uitvoeringstoets integrale zorg voor Wlz-cliënten (maart 2019)

De NZa heeft de uitvoeringstoets naar de bekostiging en financiële impact van het advies van het Zorginstituut over de positionering van behandeling in de Wlz afgerond. We adviseerden een integraal bekostigingsmodel (zzp incl bh, vpt incl bh). De financiële impact werd geraamd op + 837mln, waarvan 417,8 mln. uit de Zvw/Wmo zou moeten worden overgeheveld. De toenmalige minister heeft, naar aanleiding van deze uitvoeringstoets, het pakketadvies van het Zorginstituut niet overgenomen.

NZa – Medisch-generalistische zorg (mgz) voor Wlz-cliënten (juni 2020)

In dit advies heeft de NZa geadviseerd de inkoop van mgz op één lijn te brengen. Dit zou leiden tot een nieuwe afbakening tussen Zvw en Wlz zorg. Echter – zo geeft het advies aan - zou deze wijziging het gebrek aan afstemming, coördinatie en samenwerking tussen alle betrokkenen niet oplossen. Voor borging van de mgz moeten beroepsgroepen (huisartsen, SO en AVG) vanuit ieders kennis en kunde samenwerkingsafspraken maken die ervoor zorgen dat de zorg op elkaar aansluit en dat ieders verantwoordelijkheid helder is.

NZa – Bekostigingsadvies afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis (januari 2023)

In het advies n.a.v. publicatie Handreiking kwetsbare ouderen thuis en duiding Zorginstituut) signaleren we dat er veel diversiteit is in zorgprogramma's voor kwetsbare oudere thuis. Daarnaast zien we de op de korte termijn geen mogelijkheid voor integrale bekostiging voor deze cliëntengroep.

We adviseren twee aanvullende bekostigingsopties:

- Aanvullende bekostiging voor individuele zorgaanbieders: Wij zien een brede betaaltitel voor ons met een sector overstijgende werking. Hier moet iedere aanbieder toegang toe hebben, als regionale afspraken hier aanleiding toe geven.
- Aanvullende bekostiging voor organisatie op regionaal en wijkniveau: Wij adviseren om de verantwoordelijkheid regionaal of lokaal bij één partij te beleggen. Het opzetten, uitrollen en beheren van multidisciplinaire zorgprogramma's rond kwetsbare ouderen is dan een van de taken die niet vrijblijvend belegd wordt bij een organisaties. Deze organisatie kan aanspraak maken op de vergoeding voor 'organisatie en infrastructuur' (O&I).

Bijlage 2 – Aanspraak en bekostiging

De aanspraak op behandeling in de Wlz staat beschreven in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdelen c en d, van de Wet langdurige zorg (Wlz). In de wet staat dat Wlz-behandeling geneeskundige zorg omvat van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde⁹ (lees in dit advies behandeling onderdeel C). In bepaalde gevallen komt ook de geneeskundige zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden ten laste van de Wlz. Als iemand in een Wlz-instelling woont en van dezelfde instelling behandeling krijgt, moet de instelling een aantal vormen van aanvullende zorg bieden. Deze aanvullende zorg wordt dan ook betaald vanuit de Wlz. Bij verblijf en behandeling door of namens dezelfde instelling heeft de cliënt aanspraak op de volgende aanvullende zorg: geneeskundige zorg van algemeen medische aard, behandeling van een psychische stoornis, medicijnen en andere farmaceutische zorg, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en speciale kleding (lees in dit advies behandeling onderdeel D).¹⁰ Indien er geen sprake is van verblijf en behandeling door of namens dezelfde instelling, komt deze aanvullende zorg ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

De wijze van bekostiging van behandeling is vastgelegd in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis en in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg. Behandeling is hierbij veelal onderdeel van een integrale prestatie.

De NZa heeft behandeling in haar regelgeving als volgt gedefinieerd:

- *specifieke behandeling*: specifieke behandeling omvat geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de cliënt;
- *ggz-behandeling*: geneeskundige zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden in verband met de psychische stoornis van de cliënt;
- *algemeen medische zorg*: algemeen medische zorg omvat de vormen van zorg zoals bedoeld in artikel 3.1.1 lid d van de Wlz:
 - geneeskundige zorg: zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg;
 - behandeling van een psychische stoornis indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap;
 - het gebruik van hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg;
 - tandheelkundige zorg;
 - kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling.

Algemeen medische zorg wordt ook wel omschreven als ‘algemene behandeling’.

Bovenstaande laat zien dat behandeling en de aanvullende zorgvormen samengevoegd zijn ten behoeve van de bekostiging. De wijze waarop de bekostiging van behandeling door de NZa is vormgegeven, is mede gekoppeld aan de Wlz-leveringsvormen. Verzekerden met een indicatie voor Wlz-zorg kunnen ervoor kiezen in een instelling te gaan wonen om de zorg te krijgen die zij nodig hebben (verblijf). Zij kunnen er onder voorwaarden ook voor kiezen om zorg thuis te ontvangen met een

⁹ Artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c, van de Wlz.

¹⁰ Artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel d, van de Wlz.

volledig pakket thuis (vpt), een modulair pakket thuis (mpt) of om de benodigde zorg zelf te regelen met een persoonsgebonden budget (pgb).¹¹ Deze mogelijkheden worden leveringsvormen genoemd. De NZa heeft de prestaties vastgesteld in lijn met deze leveringsvormen. Bekostiging van verblijf gaat via zorgzwaartepakketten (zzp's). Een zzp bestaat uit een volledig pakket van verblijfszorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en het soort zorg dat die cliënt nodig heeft. Hiervoor gelden integrale tarieven. De zzp-prestaties die we kennen zijn opgebouwd in- en exclusief behandeling, en in- en exclusief dagbesteding. Voor de vpt-prestaties geldt dat deze gelijk zijn aan de zzp-prestaties, verminderd met de component verblijf. De prestaties zzp en vpt zijn opgebouwd uit drie componenten: woonzorg, dagbesteding en behandeling. Er is bij behandeling dus geen sprake van bekostiging per uitgesplitst onderdeel, zoals gedefinieerd in de Wlz. Er is bijvoorbeeld geen prestatie met bijbehorend tarief voor kleding, maar kleding zit als onderdeel in het component behandeling verdisconteerd in een integrale prestatie met bijbehorend tarief. De mpt-prestaties (modulaire prestaties) bestaan uit losse vormen van zorg, zijnde modules, waarmee een mpt kan worden samengesteld.

¹¹ Het pgb wordt in dit advies buiten beschouwing gelaten omdat de NZa geen bevoegdheid heeft in het reguleren van het pgb.

Bijlage 3 – Data-analyse

1. Bronnen en Methoden

Om meer inzicht te krijgen in het zorggebruik en de totale (zowel Wlz als Zvw) uitgaven van de Wlz-cliënten, zijn de onderstaande analyses uitgevoerd op basis van de Vektis declaratie gegevens. Hiervoor zijn zowel de Wlz als de Zvw-declaratiebestanden gebruikt. De analyses worden in beeld gebracht over de periode 2018-2021.¹² Verder focussen we op het zorggebruik in 2019 omdat dit het laatste jaar vóór de coronacrisis is.

1.1 Wlz data

Gegevensbronnen Wlz

Voor de Wlz hebben we de onderstaande gegevensbronnen gebruikt:

- Declaratiebestand van Vektis zorg in natura (Wlz) (2018-2021). Dit bestand bevat de declaratiegegevens op prestatieniveau per persoon voor de jaren 2018 tot en met 2021.
- Toegekende persoonsgebonden budgetten (Wlz) (2018-2021). Dit bestand bevat de toegekende pgb-besluiten per persoon voor de jaren 2018 tot en met 2021.

Correcties

Er zijn een aantal correcties op deze datasets toegepast:

- Declaraties met een negatieve waarde (of 0) uit de dataset
- Burgerservicenummers (bsn's) met waarde 0 uit de dataset verwijderd

Declaraties van Eerstelijnsverblijf en Geneeskundige Zorg aan Specifieke Patiënten prestatiecodes zijn uit de dataset verwijderd.

Selecties en aggregaties

Na deze correcties hebben we alle cliënten die ghz-zorg en vv-zorg hebben ontvangen tijdens de bovengenoemde periode geselecteerd. Hierdoor kunnen we inzicht in het zorggebruik binnen de huidige bekostiging van behandeling bieden. Voor de verdiepende analyses hebben we alleen de vg-cliënten van de ghz geselecteerd. Omdat de zorgprofielen van de verschillende deelsectoren niet vergelijkbaar zijn met elkaar en de vg de grootste deelsector is van de ghz (en daarmee de grootste impact heeft), hebben we ervoor gekozen om de andere sectoren (bijvoorbeeld: lichamelijk gehandicapt, zintuigelijk gehandicapt, licht verstandelijk gehandicapt en sterk gedragsgestoord lichte verstandelijke beperking) in deze analyses niet mee te nemen.

Vervolgens hebben we per persoon de gegevens per maand geaggregeerd. Indeling naar maand is op basis van de begindatum van de gedeclareerde prestatie. Per cliënt is maandelijks de leveringsvorm en bekostigingsoptie, sector en het zorgprofiel bepaald. Deze indeling is afgeleid uit de declaratiedata en is gebaseerd op de prestatiecodes van de declaraties. Voor de leveringsvormen zzp en vpt zijn er prestatiecodes en tarieven voor een zogenaamde basisprestatie waar er een onderscheid gemaakt wordt naar het in- of excluseren van behandeling. Zo zijn er prestaties en tarieven inclusief behandeling

¹² 2021 is het meest recent volledige jaar van de Vektis declaratiebestanden.

en prestaties en tarieven exclusief behandeling. Deze prestatiecodes worden geselecteerd met behulp van een koppellijst van de NZa voor de zzp en vpt prestatiecodes. Deze koppellijst bevat ook informatie over de sector en het zorgprofiel. Zorg geleverd middels mpt wordt gedeclareerd met losse prestatiecodes. Om bij mpt-cliënten de indeling naar sector en zorgprofiel te onderscheiden, hebben we de variabele 'zorgzwaartepakket' gebruikt die in de declaratiegegevens zit en is gekoppeld aan de zorgzwaartepakketcode lijst van Vektis (COD163-CIZ). Voor zorg geleverd middels een pgb kan er, net als bij het mpt, voor de specificatie naar sector en zorgprofiel gebruik worden gemaakt van een variabele 'zorgzwaartepakket' wat in de pgb-data zit.

Leveringsvorm en bekostigingsoptie

Per maand is er voor de cliënten bepaald welke leveringsvorm en bekostigingsoptie zij hebben gehad. De leveringsvorm van een persoon is 'pgb' als in dezelfde periode alleen pgb-prestaties zijn gedeclareerd. Als naast de pgb-prestaties ook mpt-prestaties zijn gedeclareerd, dan wordt deze cliënt als 'mpt' geclassificeerd. De leveringsvorm van een cliënt is 'mpt' als in dezelfde periode alleen mpt-prestaties zijn gedeclareerd en geen prestaties zijn gedeclareerd die getypeerd worden als 'zzp inclusief', 'zzp exclusief', 'vpt inclusief' of 'vpt exclusief'. Als we het over 'inclusief' of 'exclusief' hebben, dan hebben we het over het wel of niet hebben van behandeling. Als een cliënt prestaties heeft gehad met meerdere leveringsvormen in een maand, dan wordt de leveringsvorm bepaald op basis van de laatst gedeclareerde prestatie van de maand.

Sector en zorgprofiel

Ook is er per maand bepaald welke sector en welk zorgprofiel de cliënten hebben gehad. Als een cliënt declaraties heeft gehad die bij meerdere sectoren en/of bij meerdere zorgprofielen behoren, dan worden deze bepaald op basis van de laatst gedeclareerde prestatie van de maand.

1.2 Zvw-data

Gegevensbronnen Zvw

We gebruiken Zvw-data van onderstaande sectoren:

- Huisartsenzorg - HAZ (2018-2021)
- Farmaceutische zorg - FRM (2018-2021)
- Paramedische zorg - PMZ (2018-2021)
 - met onderverdeling in fysiotherapie, oefentherapie, logopedie etc.
- Mondzorg - MND (2018-2021)
- Medisch-specialistische zorg - MSZ (2018-2021)
 - selectie Eerstelijnsdiagnostiek
- Geestelijke gezondheidszorg - GGZ(2018-2021)
- Hulpmiddelen - HLP (2018-2021)

Selecties en aggregaties

Uit deze bestanden hebben we alleen de personen geselecteerd van het Wlz bestand.

Per persoon hebben we, per maand, de toegekende bedragen gesommeerd met een onderscheid naar de basis en aanvullende verzekering. Voor de uitgaven gebruiken we de som voor zowel de basis als de aanvullende verzekering exclusief het eigen risico en exclusief de eigen bijdrage. Indeling naar maand is op basis van de maand van de begindatum van de zorgverlening. Alleen positieve waardes per persoon per maand zijn behouden.

1.3 Totale dataset

De brondatasets en de daarop uitgevoerde bewerkingen zoals hierboven genoemd zijn samengevoegd tot de totale dataset. Deze dataset bevat de Wlz-cliënten en de bijbehorende uitgaven per maand per zorgvorm. Er zijn een aantal berekeningen uitgevoerd op deze dataset:

Uitgaven

We berekenen de totale uitgaven per cliënt inclusief toeslagen. De Zvw-uitgaven betreffen alle uitgaven van sectoren die onder de Zorgverzekeringswet vallen exclusief eigen risico en eigen bijdrage. De Wlz-uitgaven betreffen alle uitgaven van gedeclareerde zorg die onder de Wet langdurige zorg vallen. Als een cliënt is geclassificeerd als een vpt exclusief cliënt en naast de declaraties voor vpt zorg ook mpt behandeling is gedeclareerd, dan zijn de totale uitgaven Wlz berekend op basis van de declaraties vpt en mpt van deze cliënt. Pgb-uitgaven zijn niet meegenomen in de analyses van de totale uitgaven per cliënt.

De gemiddelde kosten per dag berekenen we door de totale uitgaven te delen door het totaal aantal gedeclareerde dagen op cliëntniveau.

Dagen

Het aantal dagen wordt voor zzp inclusief, zzp exclusief, vpt inclusief en vpt exclusief berekend op basis van het aantal gedeclareerde dagprestaties. Alleen voor mpt wordt het aantal dagen berekend op basis van de einddatum van de laatste declaratie min de begindatum van de eerst voorkomende mpt declaratie van de maand.

Cliënten die dubbele declaraties¹³ in een maand hebben houden we in de dataset. In specifieke gevallen is dit in het beleid toegestaan. Deze gevallen betreffen 0,1% van de declaraties van zzp/vpt-cliënten.

Aantal cliënten

We berekenen het aantal cliënten op basis van de unieke gepseudonimiseerde bsn's. Wanneer we in de analyses een jaar in beeld brengen, dan passen we een correctie toe van het gewicht van hoeveel maanden in een jaar de cliënten zorg hebben gebruikt.

¹³ Een cliënt heeft dubbele declaraties in het geval dat het aantal declaraties in een maand hoger is dan het aantal dagen van deze maand.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijven we de aantallen en kosten per sector en leveringsvorm. Hier maken we gebruik van alle kosten (zowel Wlz als Zvw). In hoofdstuk 3 geven we een verdieping in het aantal cliënten. Deze analyses worden per sector, leveringsvorm en zorgprofiel weergegeven. In hoofdstuk 4 berekenen we de gemiddelde uitgaven per dag per leveringsvorm en bekostigingsoptie (zowel voor Wlz als voor Zvw). In hoofdstuk 5 berekenen we de gemiddelde uitgaven per dag per leveringsvorm en bekostigingsoptie en per zorgprofiel.

Voor de grafieken met aantal cliënten worden het aantal Wlz-clieënten weergegeven. Voor de grafieken die op een jaar focussen gebruiken we altijd het jaar 2019 als basis. Dit is namelijk het laatste jaar voor de coronacrisis (wat een effect op het zorggebruik zou kunnen hebben). Als we de ontwikkeling over de jaren heen laten zien, gaat het over de jaren 2018-2021. Voor de analyses van hoofdstuk 3, 4 en 5 maken we alleen gebruik van vg-prestatiecodes (van de ghz) en alle prestatiecodes van de vv. In de grafieken waar alleen de vg-sector van de ghz geselecteerd wordt, is deze selectie vermeld in de assen van de grafiek.

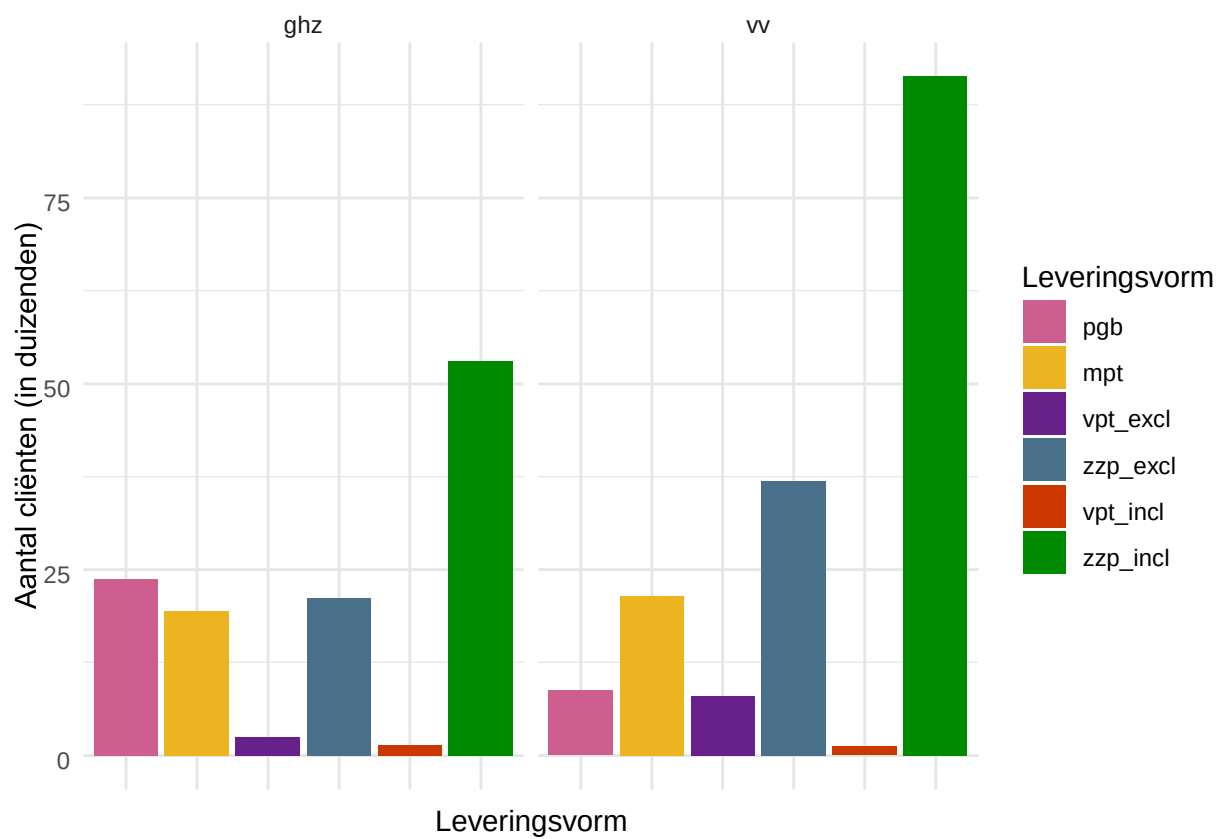
2. Analyses per leveringsvorm

Toelichting analyses: Van de totale dataset is per leveringsvorm en bekostigingsoptie en per jaar geaggregeerd naar totaal unieke cliënten, het gewogen¹⁴ aantal cliënten en de totale uitgaven. Van het gewogen aantal unieke cliënten is het percentage berekend. We maken hier gebruik van de totale Wlz-uitgaven en Zvw-uitgaven. De gemiddelde zorguitgaven per cliënt hebben we berekend door de totale zorguitgaven te delen door het aantal gewogen cliënten.

¹⁴ de beschrijving van het gewicht staat bij de bronnen en methoden

Totaal aantal cliënten 2019

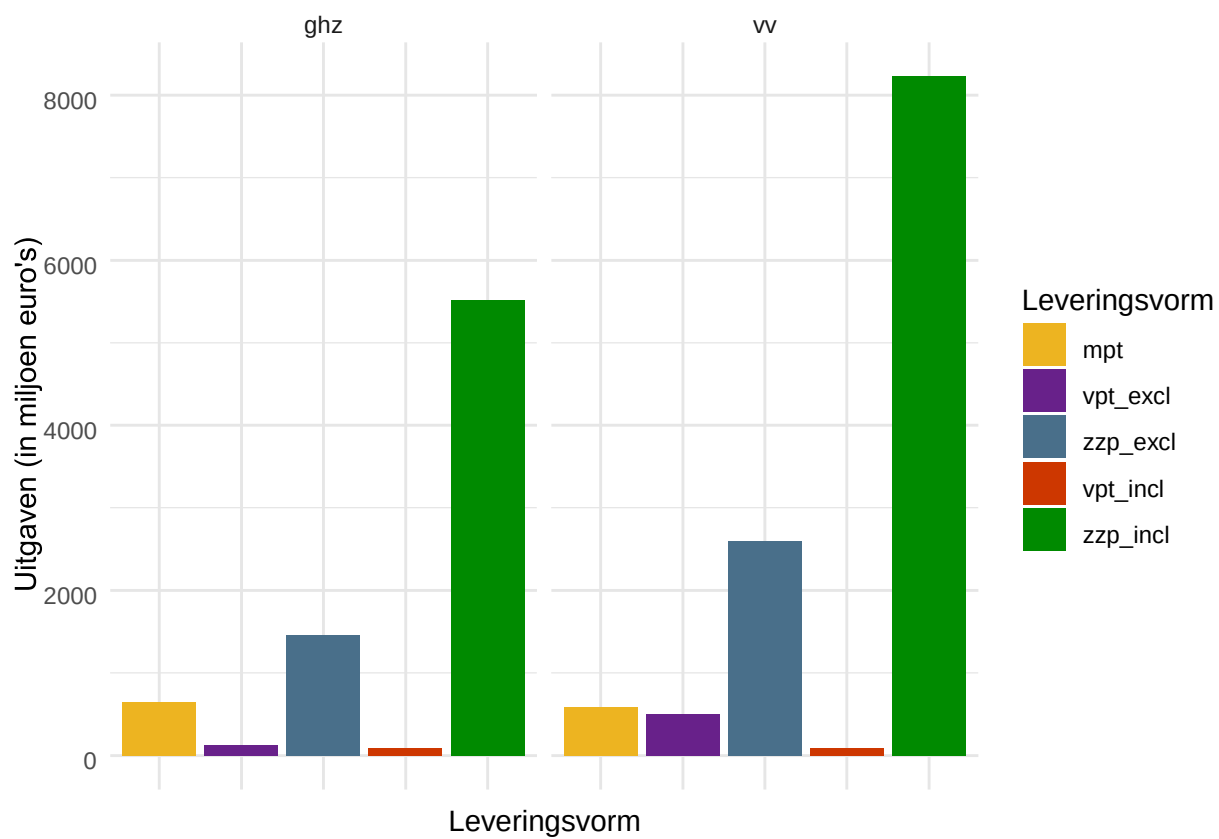
Figuur 1 Aantal cliënten per leveringsvorm en bekostigingsoptie



De figuur geeft voor het jaar 2019 de absolute gewogen aantallen cliënten (in duizenden) weer (y-as), per leveringsvorm en bekostigingsoptie (x-as) voor zowel de (gehele) ghz als de vv-sector.

Uitgaven 2019

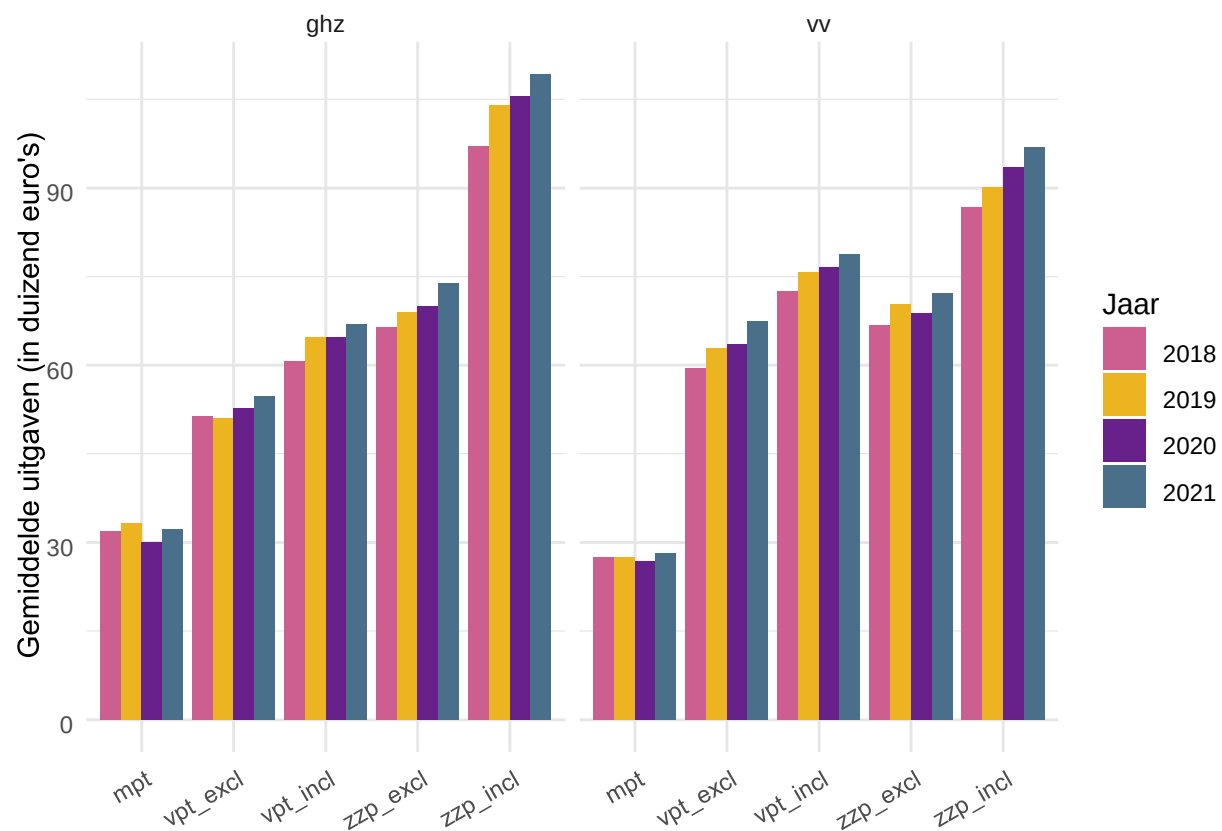
Figuur 2 Totale uitgaven per leveringsvorm en bekostigingsoptie



De figuur geeft voor het jaar 2019 de totale uitgaven weer (y-as), per leveringsvorm en bekostigingsoptie (x-as) voor zowel de (gehele) ghz als de vv-sector.

Gemiddelde uitgaven per cliënt over de jaren

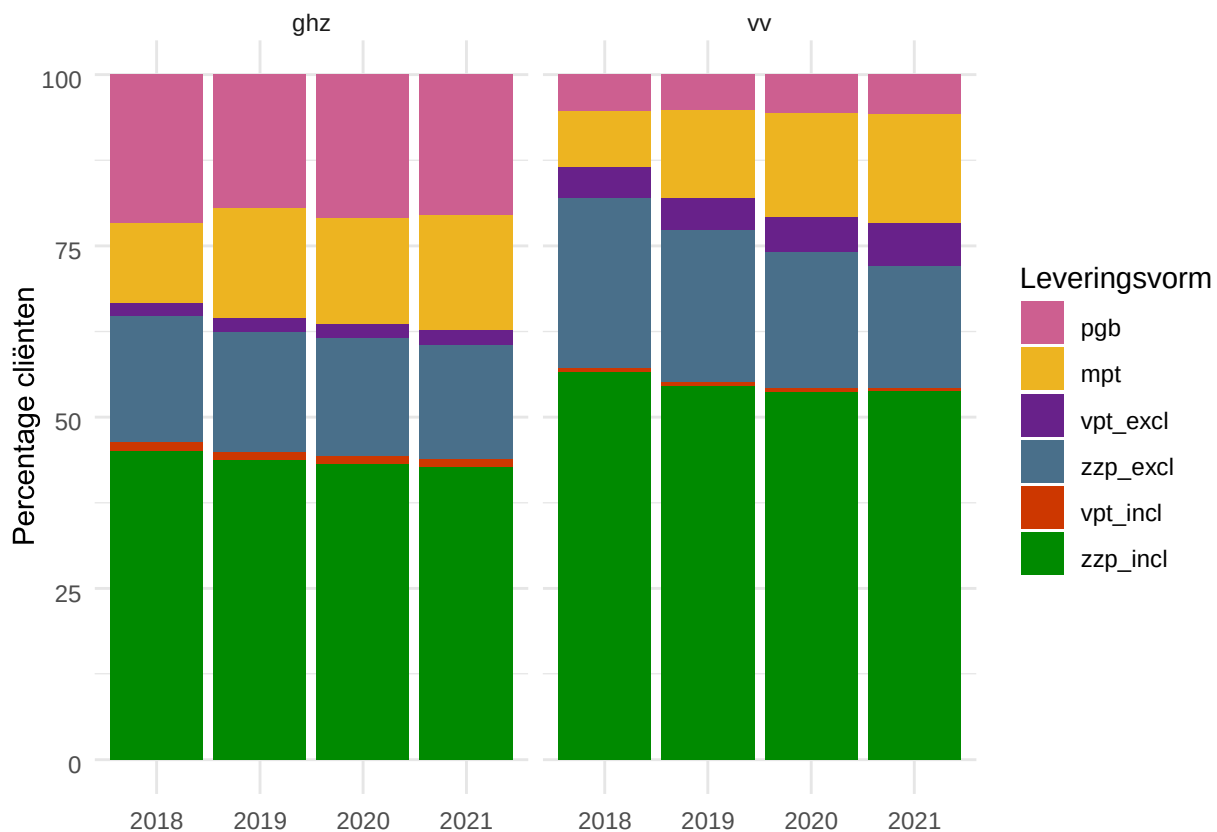
Figuur 3 Gemiddelde uitgaven per cliënt per leveringsvorm en bekostigingsoptie over de jaren heen



De figuur geeft de gemiddelde uitgaven weer (y-as), per leveringsvorm en bekostigingsoptie (x-as), over de jaren 2018-2021 (legenda) voor zowel de (gehele) ghz-sector als de vv-sector.

Verdeling percentage cliënten

Figuur 4 Percentage cliënten per sector per jaar



De figuur geeft het percentage cliënten weer (y-as), over de jaren (x-as), per leveringsvorm en per bekostigingsoptie (legenda) voor zowel de (gehele) ghz-sector als de vv-sector. Het laat de verdeling zien van het aantal cliënten per leveringsvorm en bekostigingsoptie.

Tabellen aantal cliënten per jaar

Tabel 1 Aantal cliënten per jaar – ghz

Leveringsvorm	2018	2019	2020	2021
Mpt	13.640	19.468	19.070	21.153
Pgb	25.347	23.690	25.627	25.861
vpt_excl	2.267	2.438	2.565	2.783
vpt_incl	1.491	1.449	1.465	1.490
zzp_excl	21.446	21.233	21.005	20.846
zzp_incl	52.703	53.028	52.905	53.866
Totaal	116.894	121.305	122.638	125.999

Tabel 2 Aantal cliënten per jaar – vv

Leveringsvorm	2018	2019	2020	2021
Mpt	12.858	21.375	26.166	28.156
Pgb	8.363	8.719	9.690	10.178
vpt_excl	6.894	8.045	9.091	10.934
vpt_incl	1.166	1.182	1.061	995
zzp_excl	38.694	36.887	34.181	31.453
zzp_incl	88.247	91.333	92.792	94.982
Totaal	156.222	167.541	172.980	176.699

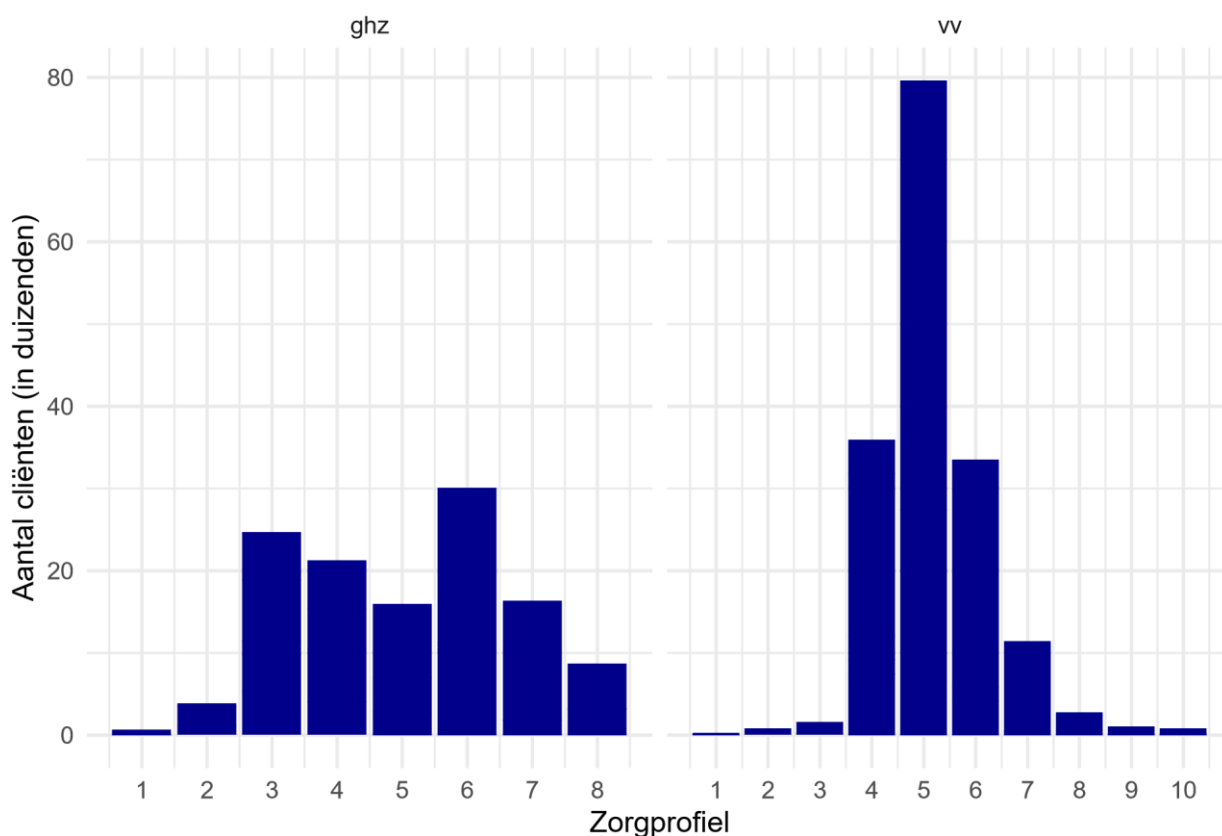
De tabellen 1 en 2 geven het absolute gewogen aantal cliënten weer per leveringsvorm en bekostigingsoptie, over de jaren 2018-2021 voor zowel de (gehele) ghz als de vv-sector.

3. Verdieping aantal cliënten

Toelichting analyses: Van de totale dataset is voor zowel de vg¹⁵ (alleen voor figuur 5 is dit de ghz-sector) als de vv-sector per jaar, per leveringsvorm en bekostigingsoptie en per zorgprofiel geaggregeerd naar totaal unieke cliënten. Van het gewogen¹⁶ aantal unieke cliënten is het percentage berekend.

Aantal cliënten per zorgprofiel

Figuur 5 Aantal cliënten per sector en per zorgprofiel



De figuur geeft voor het jaar 2019 de absolute gewogen aantallen cliënten (in duizenden) weer (y-as), per zorgprofiel (x-as) voor zowel de (gehele) ghz-sector als de vv-sector. Deze aantallen zijn ook te zien in onderstaande tabel. Tabel 3 geeft het absolute aantal cliënten weer per zorgprofiel, over 2019, voor zowel de (gehele) ghz-sector als de vv-sector.

Tabel 3 Aantal cliënten per zorgprofiel – gehandicaptenzorg en verpleging en verzorging

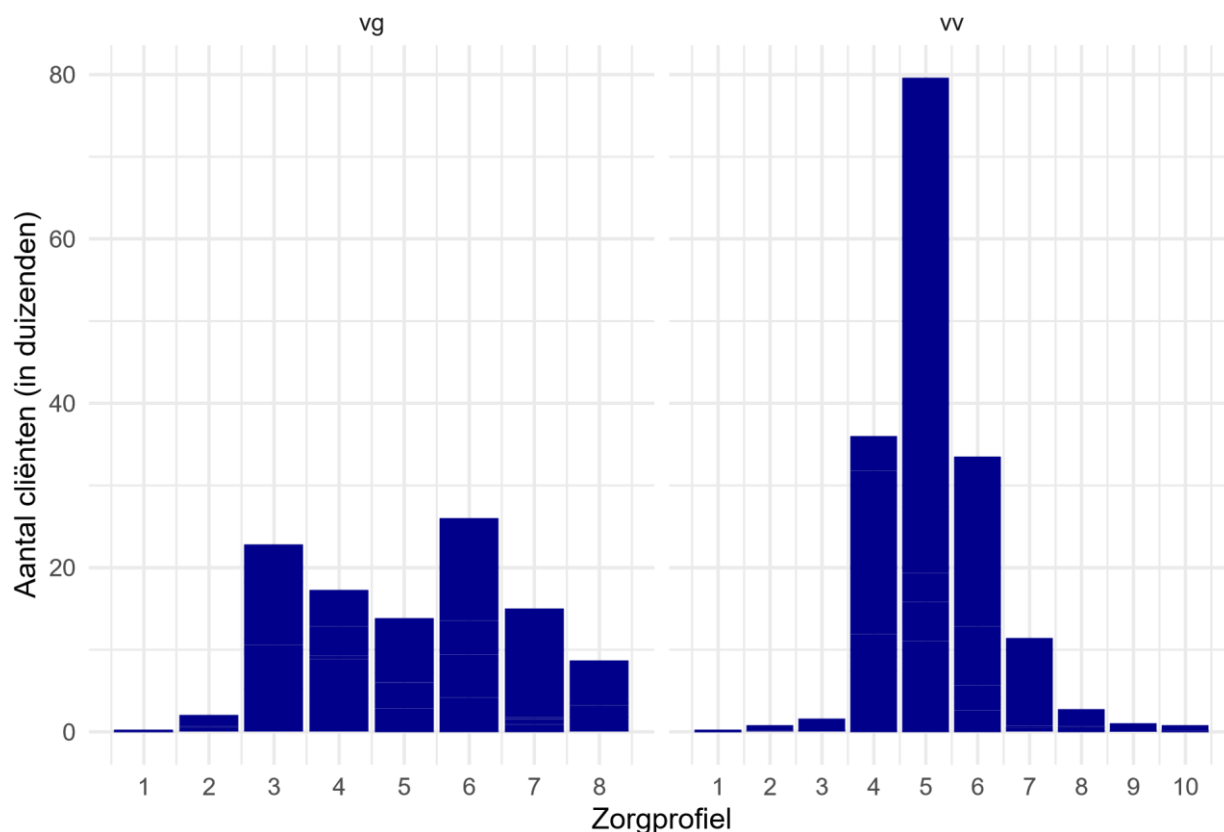
Wlz sector	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ghz	623	3.828	24.695	21.223	15.902	30.081	16.287	8.667	NA	NA
vv	255	757	1.591	35.933	79.618	33.472	11.376	2.728	1.003	808

¹⁵ Voor de verdiepende analyses hebben we alleen de vg-clieuten van de ghz geselecteerd. Omdat de zorgprofielen van de verschillende deelsectoren niet vergelijkbaar zijn met elkaar en de vg de grootste deelsector is van de ghz (en daarmee de grootste impact heeft), hebben we ervoor gekozen om de andere sectoren (bijv. lvg en sglvg) in deze analyses niet mee te nemen.

¹⁶ De beschrijving van het gewicht staat bij de bronnen en methoden

Aantal cliënten per zorgprofiel met selectie vg bij ghz

Figuur 6 Aantal cliënten per sector en per zorgprofiel (selectie verstandelijk gehandicapten)



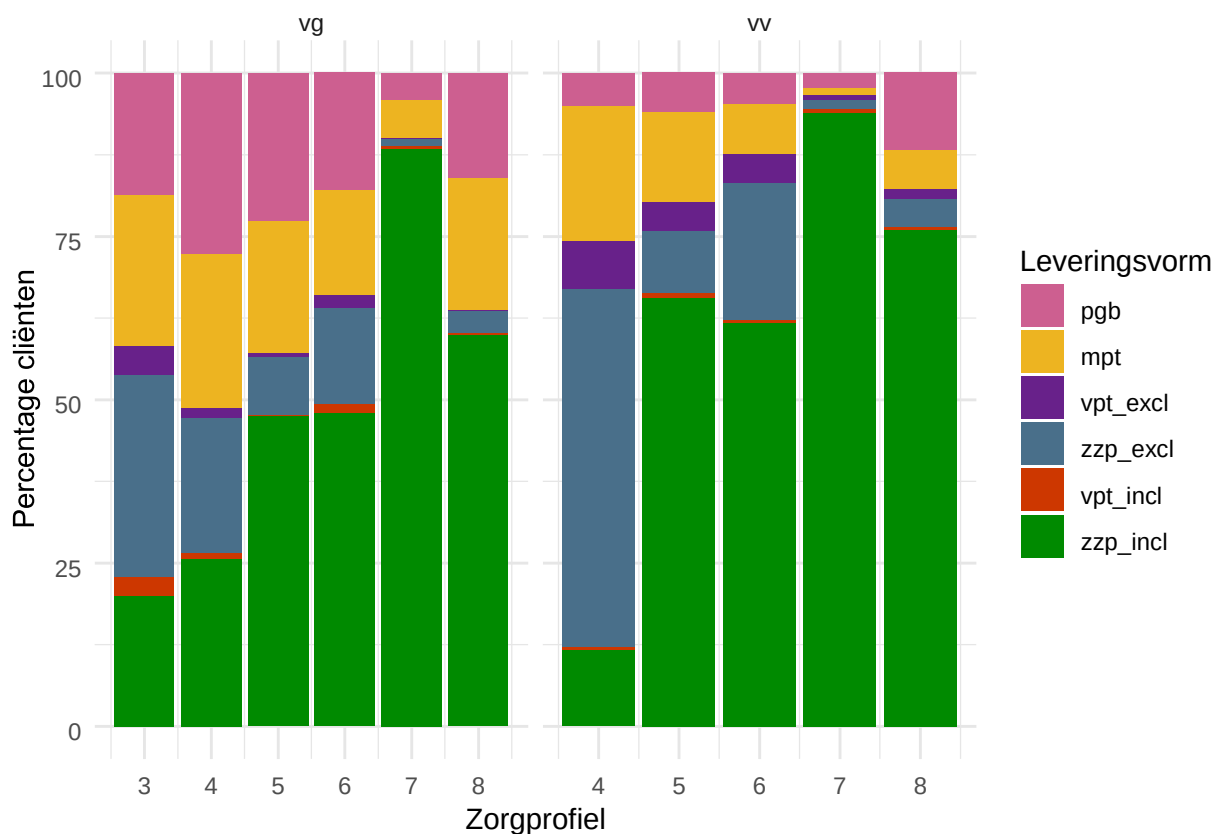
De figuur geeft voor het jaar 2019 de absolute gewogen aantallen cliënten (in duizenden) weer (y-as), per zorgprofiel (x-as) voor zowel de vg-sector als de vv-sector. Deze aantallen zijn ook te zien in onderstaande tabel. Tabel 4 geeft het absolute aantal cliënten weer per zorgprofiel, over 2019, voor zowel de vg-sector als de vv-sector.

Tabel 4 Aantal cliënten per zorgprofiel – verstandelijk gehandicapten en verpleging en verzorging

Wlz-sector	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
vg	236	1.994	22.814	17.216	13.829	25.965	14.998	8.667	NA	NA
vv	255	757	1.591	35.933	79.618	33.472	11.376	2.728	1.003	808

Verdeling percentage cliënten

Figuur 7 Percentage cliënten per sector en zorgprofiel



De figuur geeft voor het jaar 2019 het percentage weer (y-as) van de verdeling van het aantal cliënten per leveringsvorm en bekostigingsoptie (legenda), per zorgprofiel (x-as) voor beide de vg-sector als de vv-sector.

Tabellen aantal cliënten per zorgprofiel 2019

Tabel 5 Aantal cliënten in 2019 – verstandelijk gehandicapten

Leveringsvorm	3	4	5	6	7	8
Mpt	5.289	4.054	2.820	4.157	880	1.765
Pgb	4.254	4.773	3.121	4.650	607	1.386
vpt_excl	1.021	278	72	548	44	16
vpt_incl	639	144	48	375	74	27
zzp_excl	7.054	3.558	1.210	3.802	144	286
zzp_incl	4.557	4.410	6.557	12.433	13.249	5.188

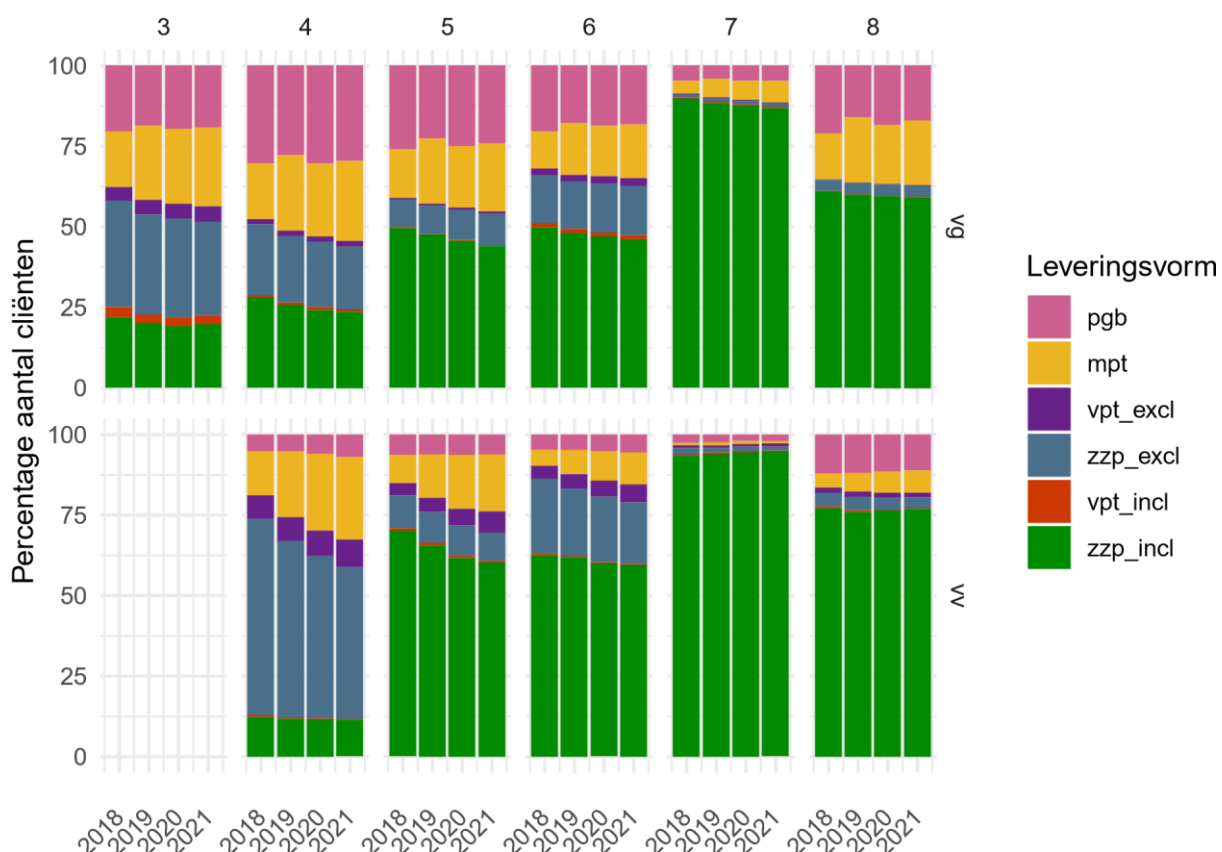
Tabel 6 Aantal cliënten in 2019 – verpleging en verzorging

Leveringsvorm	4	5	6	7	8
Mpt	7.422	11.019	2.589	128	162
Pgb	1.811	4.758	1.550	255	322
vpt_excl	2.660	3.485	1.515	86	46
vpt_incl	198	693	191	75	12
zzp_excl	19.688	7.463	6.969	158	114
zzp_incl	4.158	52.201	20.665	10.674	2.075

De tabellen 5 en 6 geven voor het jaar 2019 het absolute aantal gewogen cliënten weer per leveringsvorm en per bekostigingsoptie en per zorgprofiel voor zowel de vg-sector als de vv-sector in 2019.

Ontwikkeling verdeling percentage cliënten

Figuur 8 Ontwikkeling percentage cliënten per sector en zorgprofiel



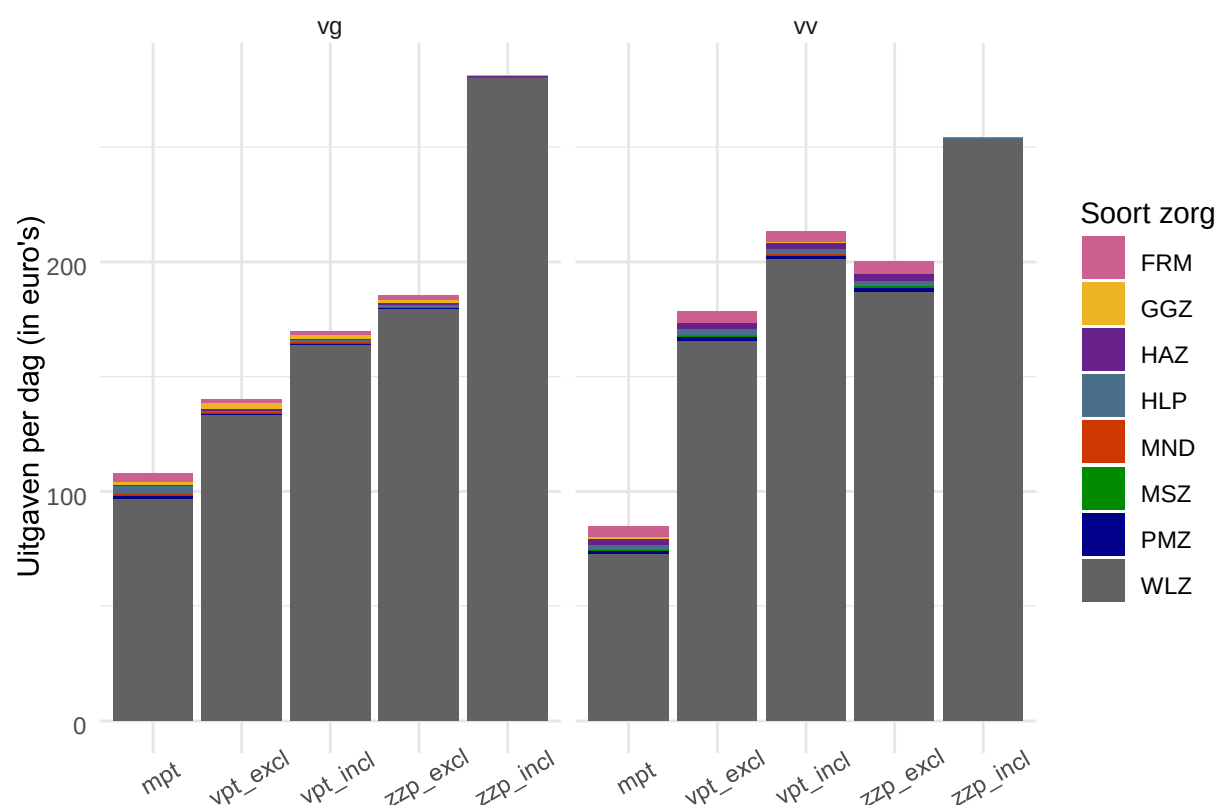
De figuur geeft het percentage weer (y-as) van de verdeling van het aantal cliënten per leveringsvorm en bekostigingsoptie (legenda), per zorgprofiel over de jaren 2018 tot en met 2021 (x-as) voor zowel de vg-sector als de vv-sector.

4. Gemiddelde uitgaven per leveringsvorm en bekostigingsoptie en per soort zorg

Toelichting analyses: Van de totale dataset is voor zowel de vg-sector¹⁷ als de vv-sector het jaar 2019 geselecteerd. Per leveringsvorm en bekostigingsoptie is vervolgens geaggregeerd naar het totaal aantal dagen. Per leveringsvorm en bekostigingsoptie en per soort zorg is geaggregeerd naar de totale zorguitgaven. De gemiddelde zorguitgaven per dag hebben we berekend door de totale zorguitgaven te delen door het totaal aantal dagen.

Gemiddelde uitgaven per dag

Figuur 9 Gemiddelde uitgaven per dag van zorg per leveringsvorm en bekostigingsoptie

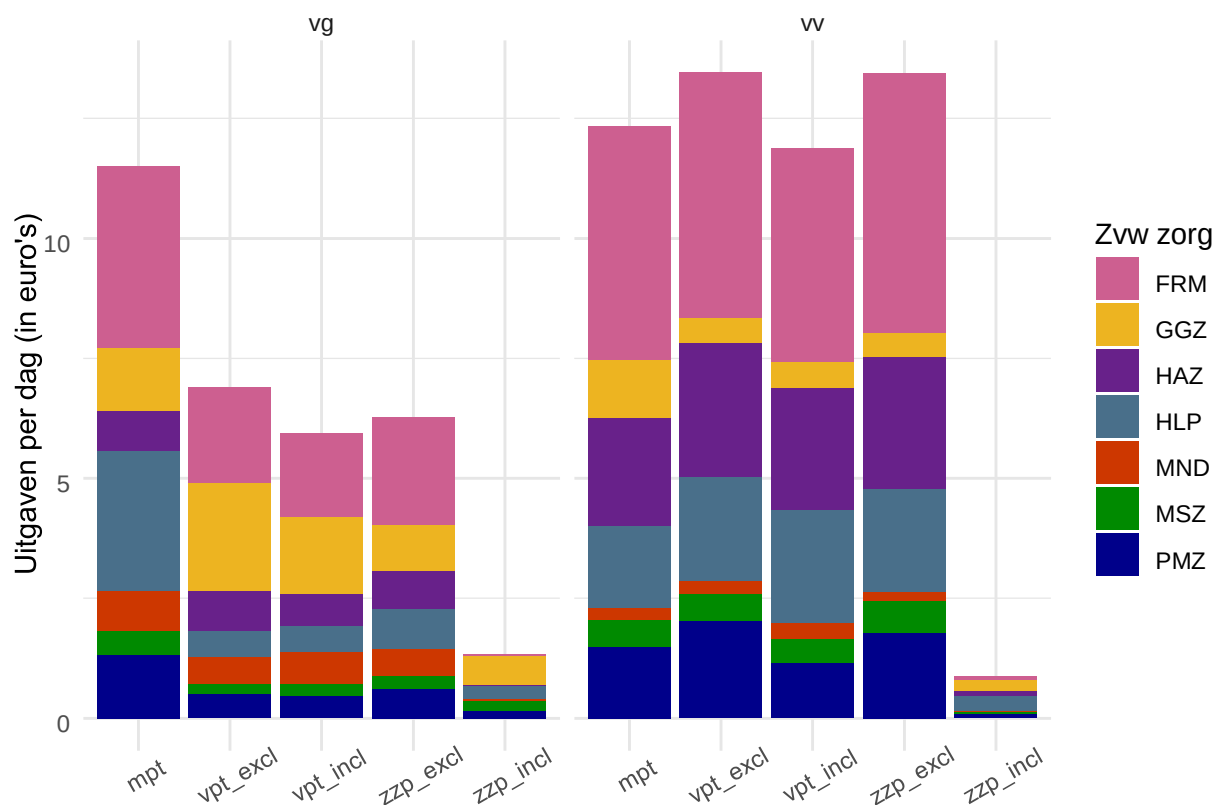


De figuur geeft voor 2019 de gemiddelde zorguitgaven per dag (y-as) per leveringsvorm en bekostigingsoptie (x as) en per soort zorg (legenda) weer voor zowel de vg-sector als de vv-sector.

¹⁷ Voor de verdiepende analyses hebben we alleen de vg-cliënten van de ghz geselecteerd. Omdat de zorgprofielen van de verschillende deelsectoren niet vergelijkbaar zijn met elkaar en de vg de grootste deelsector is van de ghz (en daarmee de grootste impact heeft), hebben we ervoor gekozen om de andere sectoren (bijv. lvg en sglvg) in deze analyses niet mee te nemen.

Gemiddelde uitgaven per dag Zvw

Figuur 10 Gemiddelde uitgaven per dag aan Zvw-zorg per leveringsvorm en bekostigingsoptie



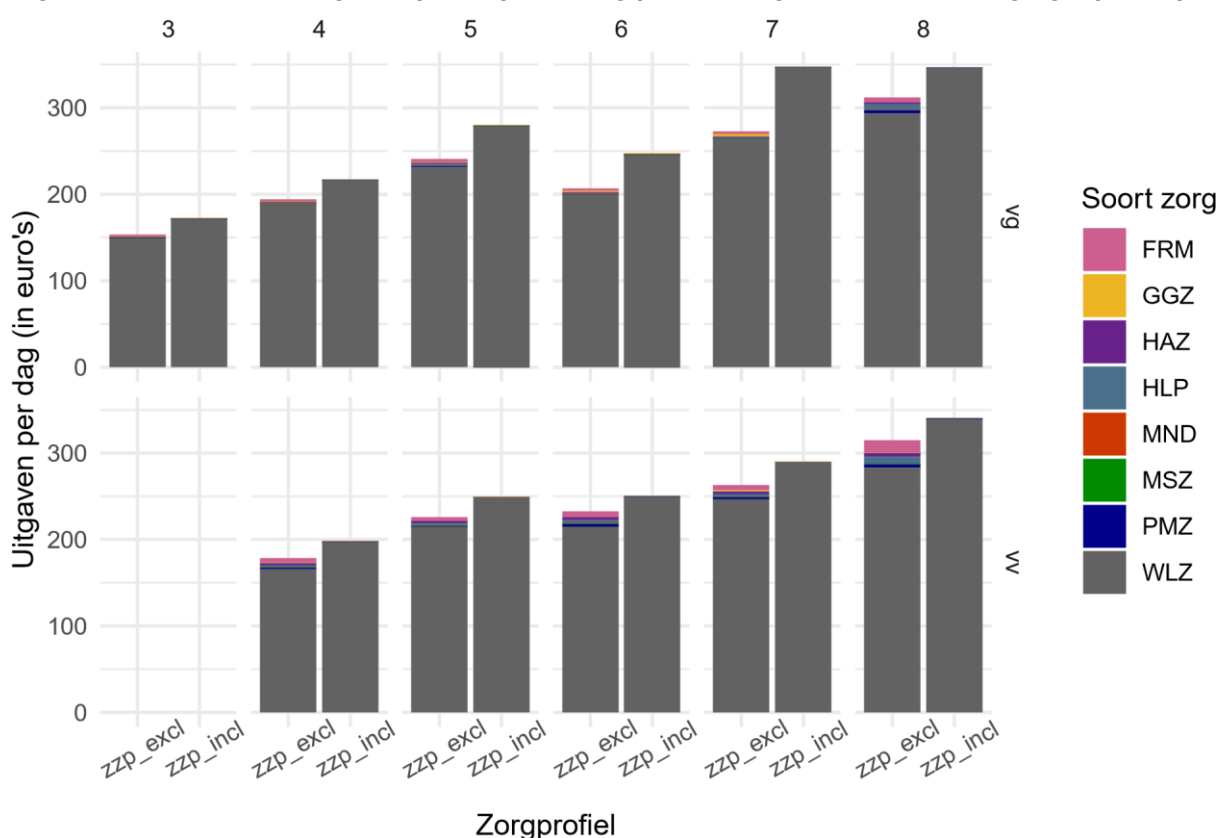
De figuur geeft voor 2019 de gemiddelde zorguitgaven per dag (y-as) per leveringsvorm en bekostigingsoptie (x as) en per soort zorg (legenda) weer voor zowel de vg-sector als de vv-sector. Alleen de Zvw-zorg is hier weergegeven.

5. Gemiddelde uitgaven per leveringsvorm en bekostigingsoptie, per soort zorg en per zorgprofiel

Gemiddelde uitgaven per dag (Wlz en Zvw)

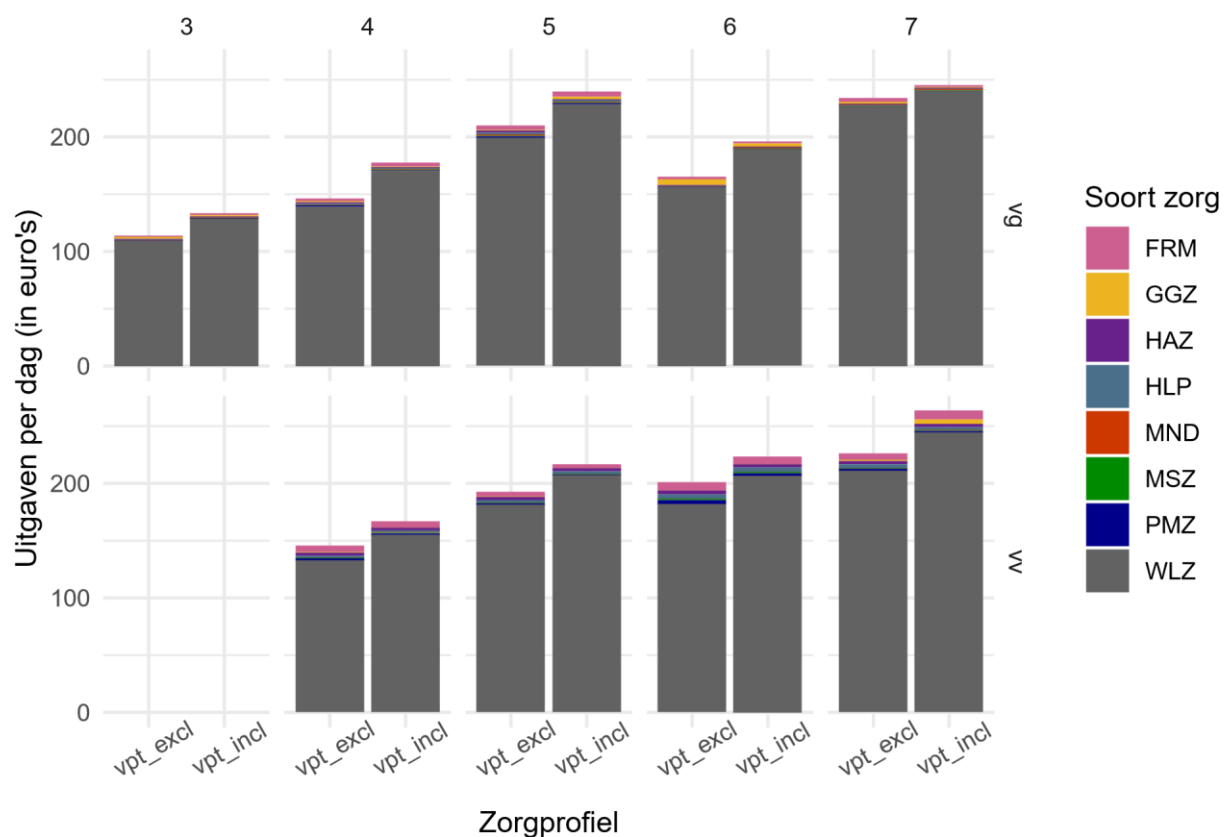
Toelichting analyses: Van de totale dataset is voor zowel de vg-sector als de vv-sector, het jaar 2019 geselecteerd. Per leveringsvorm en bekostigingsoptie, en per zorgprofiel is geaggregeerd naar het totaal aantal dagen. Per leveringsvorm en bekostigingsoptie, per zorgprofiel en per soort zorg is geaggregeerd naar de totale zorguitgaven. De gemiddelde zorguitgaven per dag hebben we berekend door de totale zorguitgaven te delen door het aantal dagen.

Figuur 11 Gemiddelde uitgaven per dag van zorg per leveringsvorm en bekostigingsoptie zzp



De figuur geeft voor 2019 de gemiddelde zorguitgaven per dag (y-as) per leveringsvorm en bekostigingsoptie, per zorgprofiel (x-as) en per soort zorg (legenda) weer voor zowel de vg-sector als de vv-sector. Alleen de zzp leveringsvorm is hier weergegeven.

Figuur 12 Gemiddelde uitgaven per dag van zorg per leveringsvorm en bekostigingsoptie vpt

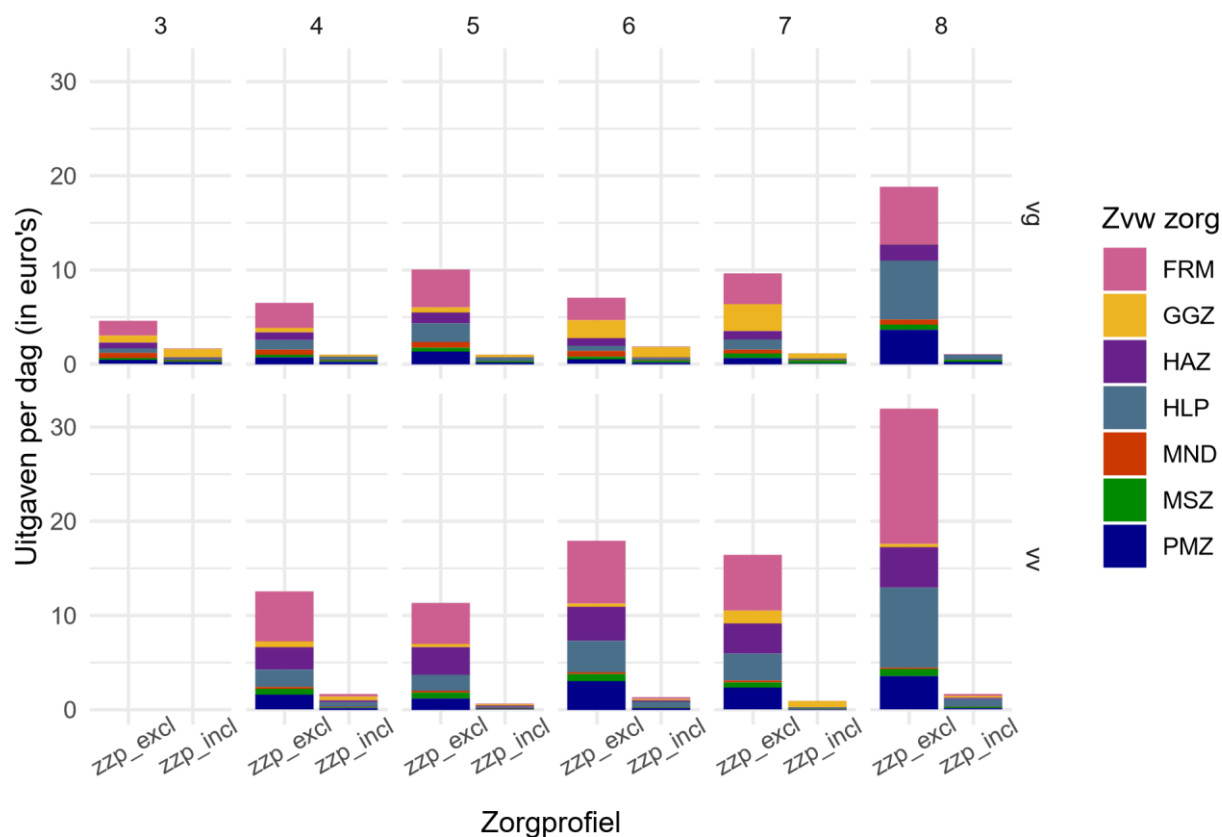


De figuur geeft voor 2019 de gemiddelde zorguitgaven per dag (y-as) per leveringsvorm en bekostigingsoptie, per zorgprofiel (x-as) en per soort zorg (legenda) weer voor zowel de vg-sector als de vv-sector. Alleen de vpt-leveringsvorm is hier weergegeven.

Gemiddelde uitgaven per dag Zvw

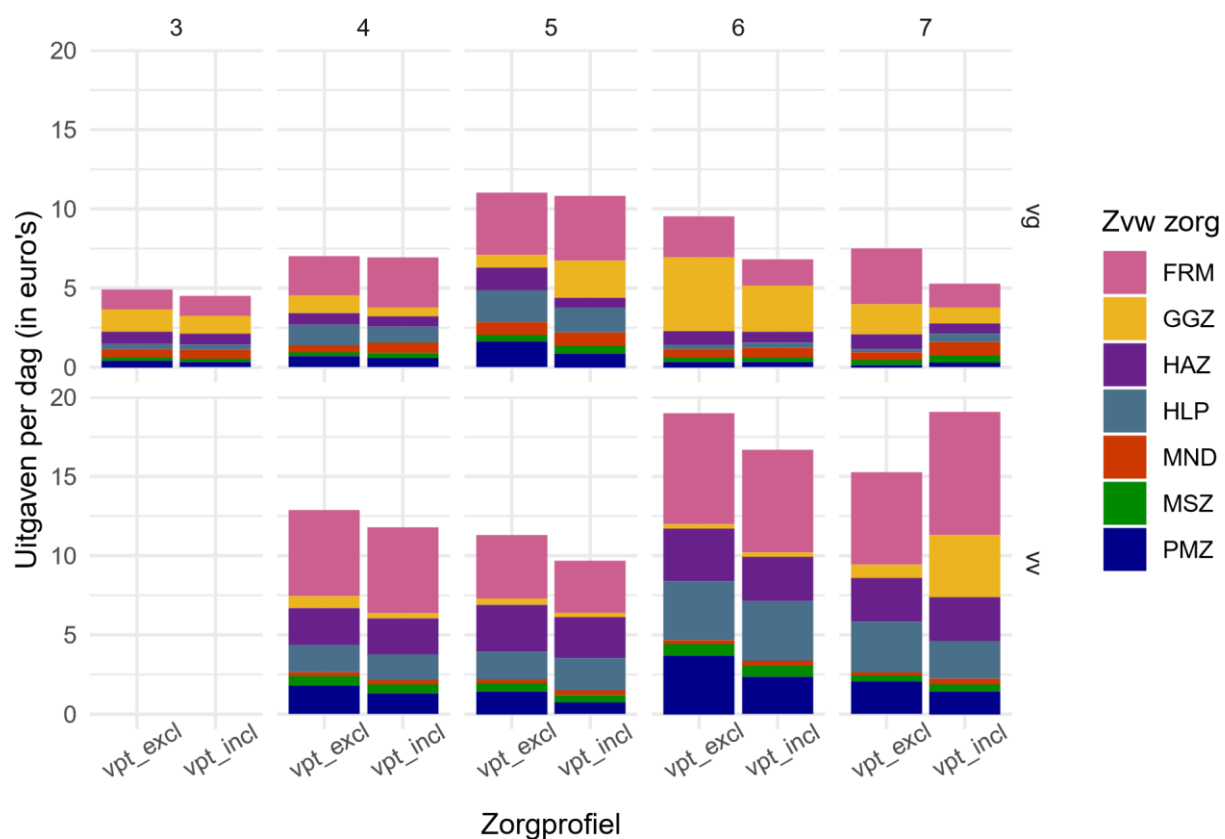
Toelichting analyses: Van de totale dataset zijn voor zowel de vg-sector als de vv-sector, het jaar 2019 en de Zvw-uitgaven geselecteerd. Per leveringsvorm en bekostigingsoptie, en per zorgprofiel is geaggregeerd naar het totaal aantal dagen. Per leveringsvorm en bekostigingsoptie, per zorgprofiel en per soort zorg is geaggregeerd naar de totale zorguitgaven. De gemiddelde zorguitgaven per dag per cliënt hebben we berekend door de totale zorguitgaven te delen door het aantal dagen.

Figuur 13 Gemiddelde uitgaven per dag van Zvw-zorg per leveringsvorm en bekostigingsoptie zzp



De figuur geeft voor 2019 de gemiddelde zorguitgaven per dag (y-as) per leveringsvorm en bekostigingsoptie, per zorgprofiel (x as) en per soort zorg (legenda) weer voor zowel de vg-sector als de vv-sector. Alleen de zzp leveringsvorm is hier weergegeven.

Figuur 14 Gemiddelde uitgaven per dag van Zvw-zorg per leveringsvorm en bekostigingsoptie vpt



De figuur geeft voor 2019 de gemiddelde zorguitgaven per dag (y-as) per leveringsvorm en bekostigingsoptie, per zorgprofiel (x-as) en per soort zorg (legenda) weer voor zowel de vg-sector als de vv-sector. Alleen de vpt-leveringsvorm is hier weergegeven.

Bijlage 4 – Schriftelijke consultatie

Brede consultatie

In mei en juni 2023 hebben wij het conceptadvies schriftelijk geconsulteerd bij verschillende branche- en beroepsorganisaties.¹⁸ Hierop hebben wij veel inhoudelijke reacties ontvangen, welke we in deze bijlage kort samenvatten. Op basis van inbreng van de verschillende partijen zien we draagvlak voor de hoofdlijnen van het advies, namelijk het sturen op een doelmatige inzet van schaarse behandelcapaciteit door middel van een vereenvoudiging in de wetgeving, aanspraken en daaruit volgende bekostiging.

De noodzaak wordt door veldpartijen gevoeld doordat de toegankelijkheid van zorg en behandeling onder druk staat. De grote variatie aan leveringsvormen, bekostigingsopties en inzet van behandeling en daaruit volgende knelpunten worden door veldpartijen herkend. We vertrouwen erop de consultatiereacties zorgvuldig en evenwichtig te hebben verwerkt, en hebben het advies waar nodig en mogelijk verder aangescherpt. Tegelijkertijd hebben veldpartijen verschillende aandachtspunten meegegeven die we in een latere fase, indien de minister voor LZS de hoofdlijn van dit advies omarmd, zullen meenemen tijdens de technische uitwerking. Deze zullen wij hieronder weergeven.

Sturing op schaarse behandelcapaciteit

Veldpartijen herkennen de grote variatie in leveringsvormen en bekostigingsopties en de daaruit voortkomende onduidelijkheid voor cliënten, zorgaanbieders, zorgprofessionals en zorginkopers. Sturing op schaarse behandelcapaciteit wordt door alle veldpartijen noodzakelijk geacht. Daarbij merken enkele partijen de nuance op tussen sturing op doelmatigheid en sturing op doelmatige inzet van schaarse capaciteit richting de toekomst. Doelmatigheid wordt door sommige veldpartijen niet als doel gezien. Zij zien de beweging naar verdeling van schaarste.

Opties aanbrengen knip: setting/woonsituatie en zorgwaarte/zorgprofiel

Veldpartijen geven aan de mogelijke knip te kunnen volgen. Wel verschillen de partijen in het al dan niet hebben van een voorkeur voor een van beide mogelijkheden (zorgwaarte/zorgprofiel of de setting/woonsituatie) of een combinatie daarvan. Op de vraag waar de knip zou kunnen liggen geven enkele partijen aan dat de inhoud leidend moet zijn, bijvoorbeeld het hebben van regie. Verreweg de meeste partijen geven aan nu niet te kunnen kiezen. Overwogen kan worden om verschillende behandelvormen apart te zien. Ook een combinatie van meerdere factoren (context, mantelzorgnetwerk, woonvoorziening, etc.) wordt als een mogelijkheid gezien. Een verdere technische uitwerking, samen met veldpartijen, is hiervoor nodig voordat de keuze voor een knip gemaakt kan worden.

¹⁸ Geconsulteerde partijen: Actiz, BPSW, InEen, LHV, LOC, NVAVG, Patiëntenfederatie, NIP, Verenso, VGN, ZN en ZorgthuisNL.

Redenen die veldpartijen zien om voor de zorgzwaarte/zorgprofiel te kiezen zijn:

- De (woon)setting onderhevig is aan allerlei externe fysieke factoren die niet te voorspellen zijn (bijvoorbeeld de variatie geclusterde woonvormen met een vpt). Ook kun je een cliënt niet dwingen om in een bepaalde setting te gaan wonen. Setting zou daarom geen handige keuze zijn.
- Het betreft persoonlijke kenmerken van een cliënt zoals de context, mogelijkheid tot inzetten van technologie, het (mantelzorg)netwerk en is dus breder dan alleen de woonsituatie van de cliënt.
- De zorgvraag geeft over het algemeen een mate van vraag naar behandeling weer. Op basis van zorgzwaarte/zorgprofiel is een omslagpunt voor te stellen waarbij er vaker integrale en multidisciplinaire inzet van zorg en behandeling nodig is. Bekostiging moeten hierop aansluiten. Hierbij kan bijvoorbeeld worden aangesloten bij omslagpunten voor intramurale zorg.
- Cliënten met een gelijke zorgvraag hebben recht op dezelfde zorg. Dit moet niet afhankelijk zijn van een bepaalde setting.

Redenen die veldpartijen zien om voor de setting te kiezen zijn:

- Hierdoor kan integrale zorg en behandeling worden aangeboden in een intramurale setting. Hierbij past dan ook integrale bekostiging (al dan niet via instellingsbudgetten). Thuis is dit lastiger te organiseren.
- De woonsetting bepaalt in het geval van mgz vaak wie er verantwoordelijk is voor de algemeen medische zorg (huisarts of SO/AVG). Dit schept duidelijkheid, ook voor cliënten en zorgaanbieders.
- De setting bepaalt veelal hoe behandeling wordt georganiseerd. Het definiëren van thuis, geclusterd en ongeclusterd is dan noodzakelijk.

Sectoraal afwijken

Sommige veldpartijen kunnen zich voorstellen om sectoraal af te wijken. Dit zou betekenen dat de keuzes die gemaakt moeten worden anders zijn voor de sectoren ghz en vv. In een vervolgtraject moeten de sectorale verschillen en bijbehorende implicaties worden uitgewerkt. De voornaamste redenen om sectoraal af te wijken zijn de inhoudelijk andere zorgvraag. Zo is de ghz meer gericht op behandeling en begeleiding, heeft (para-)medische behandeling een andere rol en ook ontvangt een ghz-cliënt vaak (bijna) levenslang zorg uit de Wlz. Dit brengt andere wensen en behoeftes met zich mee.

Aandachtspunten technische uitwerking

Veldpartijen hebben verschillende aandachtspunten meegegeven voor de technische uitwerking van dit advies. De wens is dat de technische uitwerking aansluit bij:

- De beweging naar de inzet van innovatie en digitalisering
- De beweging naar preventie, vroegsignalering, het vergroten van zelfredzaamheid en reablement. Zo kan preventieve behandeling in sommige gevallen een zwaardere zorgvraag voorkomen/vertragen.
- De zorgvraag van de cliënt met daarbij ruimte voor keuzevrijheid van een behandelaar, maatwerk, contextgebondenheid en het op- en afschalen van de inzet van zorg en behandeling. Bijvoorbeeld de inzet van intermediaire behandeling in de ghz.
- De autonomie van zorgprofessionals om indien wenselijk af te kunnen wijken van richtlijnen, standaarden en afspraken.
- De regionale ontwikkelingen en regio-afspraken. Dit kan bijvoorbeeld door een minimum te bepalen maar ruimte te laten voor de invulling van dit minimum en aanvullende regionale afspraken.

- De samenwerking tussen zorgprofessionals op het gebied van multidisciplinaire samenwerking en overleg.
- Zorg en behandeling uit de Zvw, Wmo en de Jeugdwet (voor de ghz): regelgeving, prestaties en tarieven, inkoop en administratieve processen. Hierbij dient ook individueel gekeken te worden naar verschillende behandelvormen, zoals hulpmiddelen.
- Wlz-zorg voor ggz-cliënten. Zo zijn er aanbieders die zowel ggz/vv en ggz/ghz leveren. De inzet en organisatie van behandeling moet dus ook voor deze cliëntgroepen en zorgaanbieders aansluiten.
- De ontwikkelingen op het gebied van omslagpunten voor intramurale zorg, afbakening van specifieke cliëntgroepen, afbakening en taakverdeling tussen behandelaren en de discussie die speelt over het al dan niet anders gaan indiceren voor de Wlz.
- De organiseerbaarheid van zorg en verduidelijking van aanspraken en afspraken voor zowel cliënten, zorgaanbieder, zorgprofessionals en zorginkopers.
- De wens van cliënten, zorgaanbieders, zorgprofessionals en zorginkopers om duidelijk de consequenties en implicaties in kaart te brengen. Bijvoorbeeld de financiële gevolgen voor cliënten (eigen bijdrage, aanvullende verzekering, etc.).
- Het gegeven dat ook voor die leveringsvormen waarvoor integrale bekostiging van het totaalpakket inclusief behandeling wordt opgeheven, tijd nodig blijft voor indirect cliëntgebonden tijd zoals intercollegiale afstemming, aansturing multidisciplinair team, begeleiding cliëntstelsel, dossieranalyse en uitwerking van diagnostisch onderzoek. In de uitwerking van de bekostiging moet onderzocht worden hoe deze niet cliëntgebonden tijd het beste bekostigd kan worden.
- De wens van veldpartijen om actief mee te denken en werken aan de uitwerking.



Newtonlaan 1-41 ▪ 3584 BX Utrecht ▪ Postbus 3017 ▪ 3502 GA Utrecht
T 030 - 296 81 11 ▪ E info@nza.nl ▪ www.nza.nl