

Uitvoeringstoets

Bekostiging Wlz- behandeling en aanvullende zorgvormen

Een analyse van de macro-effecten en een voorstel
voor een bekostigingsmodel

CONCEPT

Inhoud

1. Inleiding	4
1.1 Advies Zorginstituut	4
1.2 Vraagstelling VWS	5
1.3 Aanpak	5
1.4 Leeswijzer	6
2. Huidige bekostiging Wlz-behandeling	7
2.1 Leveringsvormen in de Wlz	7
2.2 Verdeling leveringsvorm per sector	9
2.3 Behandeling en aanvullende zorgvormen	11
2.4 Bekostiging per zorgvorm	12
3. Institutionele zorg	16
4. Integrale bekostiging	20
4.1 Toezicht aspecten	22
4.2 Invloed van integrale bekostiging per zorgvorm	22
5. Financiële impact	34
5.1 Inleiding	34
5.2 Minimale ophoging Wlz-kader	34
5.3 Maximale ophoging Wlz-kader	36
5.4 Verklaring verschillen	39
6. Invoeringstraject	45
6.1 Invoeringstermijn	45
6.2 Keuzevrijheid	46
Bijlage 1. Opdrachtbrief VWS	47
Bijlage 2. Overzicht geraadpleegde partijen	48
Bijlage 3. Afkortingen	50
Bijlage 4. Indeling woonvormen	51
Bijlage 5. Methoden berekening ophoging Wlz-kader	52

Managementsamenvatting

[volgt bij definitieve rapport]

CONCEPT

1. Inleiding

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

Op 7 maart 2018 heeft het Zorginstituut het *'Aanvullend advies over de positionering van behandeling bij ggz-cliënten'* aangeboden aan VWS. De conclusie van beide adviezen is dat het Zorginstituut adviseert om voor de meest kwetsbare cliënten in de Wlz alle behandelingen en aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz te vergoeden. Alle cliënten die in een instelling verblijven, of in een vergelijkbare situatie zitten, moeten dezelfde Wlz-zorg te krijgen.

1.1 Advies Zorginstituut

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

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

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

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

1.2 Vraagstelling VWS

Wij, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), hebben van VWS in een brief van 10 januari 2018 het verzoek gekregen voor een uitvoeringstoets voor cliënten in de verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg. In een aanvullend verzoek op 7 september 2018 verzoekt VWS om ook de geestelijke gezondheidszorg (ggz)-cliënten die toegang gaan krijgen tot de Wlz mee te nemen. Beide brieven zijn opgenomen als bijlage bij de uitvoeringstoets. In de uitvoeringstoets moet worden ingegaan op de volgende punten:

1. Adviseer over hoe het advies van het Zorginstituut toegepast kan worden op de leveringsvorm geclusterd volledig pakket thuis (vpt).
2. Geef inzicht in de macro-budgettaire consequenties van het advies van Zorginstituut.
 - a. inzicht in de omvang van de kosten die (per dekkader) vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) naar de Wlz verschuiven. Maak daarbij onderscheid naar de zorgzwaartepakketten (zzp's) en voor de ggz aanvullend onderscheid in de instroom vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo), Zvw en Wlz.
 - b. inzicht in de omvang van de kosten voor hulpmiddelen die vanuit de Wmo naar de Wlz verschuiven.
 - c. inzicht in de macro-budgettaire kosten van het opheffen van verschillen in verzekerde Wlz-behandeling en behandeling vanuit de Zvw.

Maak hierbij voor de ggz onderscheid tussen specifieke behandeling (= specialistische ggz-behandeling) en de generieke geneeskundige zorg, de paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en tandheeskundige zorg.
3. Adviseer over mogelijke bekostigingsmodellen voor behandeling in de Wlz. Adviseer ook over de bekostiging van de overige zorgvormen:
 - a. Mondzorg;
 - b. individueel aangepaste hulpmiddelen; en
 - c. extreme kosten zorggebonden materiaal en geneesmiddelen. Kijk daarbij naar de prestatiebeschrijvingen en de tariefsoort.

1.3 Aanpak

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

Voor de ggz-sector zijn we later gestart met ons traject, aangezien we het verzoek om deze sector ook mee te nemen in september hebben gekregen. Ook met partijen uit deze sector (zie bijlage 2) hebben we gesprekken gevoerd ter voorbereiding op deze consultatie over de mogelijkheden van bekostiging voor integrale behandeling.

Om beter inzicht te krijgen in de huidige praktijk en de consequenties van onze uitvoeringstoets hebben wij werkbezoeken afgelegd bij een aantal zorgaanbieders in de vv- en ghz-sector (zie bijlage 2). De werkbezoeken en gesprekken met het veld hebben waardevolle input opgeleverd. Daarnaast

hebben we gebruik gemaakt van de rapportage over de uitvoeringspraktijk van Wlz-behandeling¹, dat onderzoeksbureau Significant heeft uitgebracht. Wij willen de partijen danken voor hun waardevolle inzichten. Met behulp van de opgehaalde input is dit consultatiedocument tot stand gekomen. Ten tijde van het versturen van dit consultatiedocument hebben er echter (nog) geen werkbezoeken plaatsgevonden in de ggz-sector en is er geen soortgelijk onderzoek uitgevoerd zoals Significant dat heeft gedaan voor de vv- en ghz-sector. Uitkomsten van dit onderzoek en de werkbezoeken kunnen mogelijk nog andere inzichten geven voor de ggz-sector die van invloed zijn op de beschreven richtingen in dit document.

1.4 Leeswijzer

Het vertrekpunt voor onze uitvoeringstoets is een beschrijving van de huidige bekostiging van behandeling en aanvullende zorgvormen in hoofdstuk 2. We beschrijven kort de leveringsvormen en wat wordt verstaan onder behandeling en aanvullende zorgvormen. In hoofdstuk **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.** geven we invulling aan het begrip institutionele zorg en geven we op hoofdlijnen aan op hoeveel cliënten de veranderingen betrekking hebben. In hoofdstuk **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.** beschrijven we het door ons voorgestelde bekostigingsmodel en gaan we per zorgvorm in op de consequenties van het voorgestelde model. De financiële impact beschrijven we vervolgens in hoofdstuk 5. Daar brengen we de macro financiële gevolgen van de overheveling in kaart en presenteren het netto resultaat tussen de kaders en relevante verklarende factoren. Tot slot sluiten we in hoofdstuk 6 af met het invoeringstraject.

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

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

2. Huidige bekostiging Wlz-behandeling

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

2.1 Leveringsvormen in de Wlz

In de Wlz kennen we de leveringsvormen zorgzwaartepakket (zpz), volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) en het persoonsgebonden budget (pgb). In deze uitvoeringstoets adviseren we over behandeling bij de leveringsvormen zpz en vpt. We geven in deze paragraaf in het kort de definitie van deze leveringsvormen weer.

Zorgzwaartepakket (zpz)

Een zorgzwaartepakket² bestaat uit een volledig pakket van verblijfszorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en het soort zorg dat die cliënt nodig heeft. De te leveren prestatie omvat de vormen van zorg zoals bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wlz, namelijk:

- Wonen;
- Verpleging;
- Persoonlijke verzorging;
- Begeleiding;
- Behandeling;
- Vervoer naar behandeling en/of begeleiding;
- Het verstrekken van eten en drinken;
- Het schoonhouden van de woonruimte;
- Logeeropvang.

Voor de component wonen zijn een normatieve huisvestigingscomponent (nhc) en een normatieve inventariscomponent (nic) opgenomen in het tarief van de integrale prestatie.

In de behandelcomponent van een zpz is Wlz-specifieke behandeling (als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid onderdeel c van de Wlz) opgenomen evenals de algemeen geneeskundige behandeling (op grond van artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel d, onder 1 van de Wlz).

Er zijn, afgezien van dagbesteding, zpz-prestaties met en zonder behandeling³. Een zpz zonder behandeling kan gecombineerd worden met mpt-prestaties. Deze behandelprestaties kunnen worden toegekend voor zover de totale kosten (beleidsregelwaarde zpz zonder behandeling + uitgaven afzonderlijke behandelprestaties) niet hoger zijn dan de maximale beleidsregelwaarde voor zpz met behandeling.

² De leveringsvorm zpz wordt beschreven in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten 2018, kenmerk BR/REG-18143e.

³ Voor zpz's met overgangrechten vanuit de AWBZ zijn alleen prestaties zonder behandeling mogelijk en komt behandeling dus altijd uit de Zvw. Voor een aantal zpz's zijn alleen prestaties met behandeling. Voor de leveringsvorm vpt geldt dat behandeling altijd uit de Zvw wordt bekostigd (met uitzondering van enkele hulpmiddelen).

Volledig pakket thuis (vpt)

Een volledig pakket thuis⁴ omvat de vormen van zorg zoals bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wlz, namelijk:

- Verpleging;
- Persoonlijke verzorging;
- Begeleiding;
- Behandeling;
- Vervoer naar behandeling en/of begeleiding;
- Het verstrekken van eten en drinken;
- Het schoonhouden van de woonruimte;
- Logeeropvang.

Ook Wlz-specifieke behandeling⁵ is, wanneer een cliënt daarop is aangewezen, onderdeel van het vpt. Hieronder verstaan we behandeling die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de cliënt.

Het verschil met een zzp is de wooncomponent: de zorg omvat niet de huisvesting/wooncomponent. De cliënt betaalt zelf zijn eigen woonomgeving (huur, hypothecaire lening). Een ander verschil betreft de aanvullende zorgvormen⁶. Deze zijn namelijk niet verwerkt in de vpt-prestatie. Tot slot omvat het vpt ook niet het individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen⁷.

Er zijn, afgezien van dagbesteding, vpt-prestaties met en zonder behandeling. Een vpt-prestatie zonder behandeling kan (net als bij een zzp) gecombineerd worden met mpt-prestaties. Deze behandelprestaties kunnen worden toegekend voor zover de totale kosten (beleidsregelwaarde vpt zonder behandeling + uitgaven afzonderlijke behandelprestaties) niet hoger zijn dan de maximale beleidsregelwaarde voor vpt met behandeling.

Modulair pakket thuis (mpt)

De leveringsvorm mpt⁸ omvat één of meer losse vormen van zorg als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wlz:

- Verpleging;
- Persoonlijke verzorging;
- Begeleiding;
- Behandeling;
- Vervoer naar behandeling en/of begeleiding;
- Het verstrekken van eten en drinken;
- Het schoonhouden van de woonruimte;
- Logeeropvang.

⁴ De leveringsvorm vpt wordt beschreven in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven volledig pakket thuis 2018, kenmerk BR/REG-18142d

⁵ Wlz-specifieke behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid onderdeel c van de Wlz.

⁶ Aanvullende zorgvormen als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid onderdeel d van de Wlz.

⁷ Mobiliteitshulpmiddelen als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel e, van de Wlz.

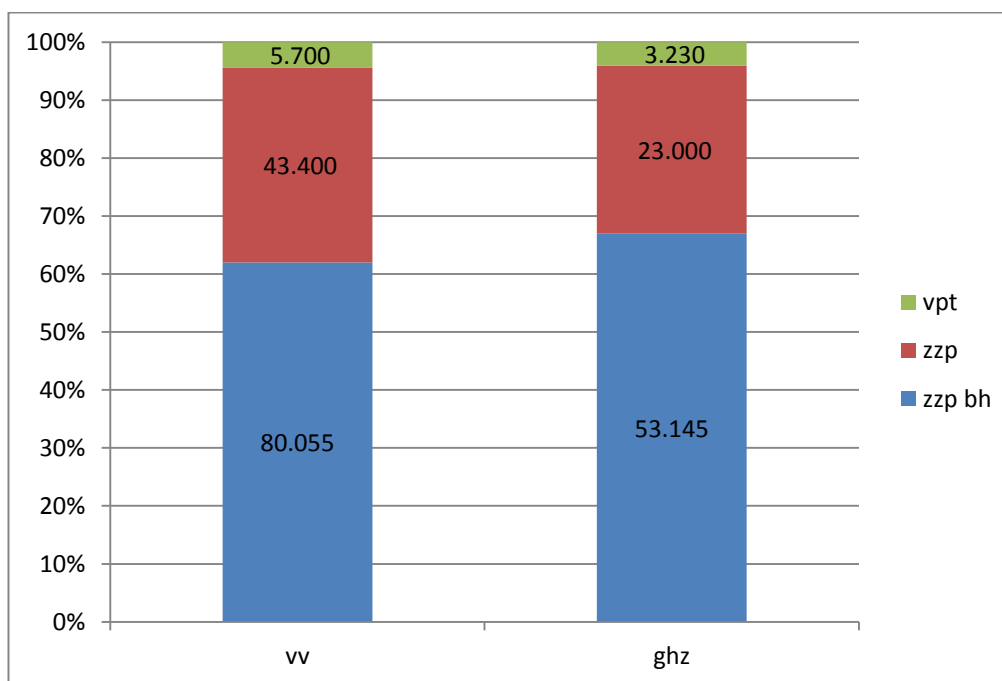
⁸ De leveringsvorm mpt wordt beschreven in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2018, kenmerk BR/REG-18141c.

2.2 Verdeling leveringsvorm per sector

In deze paragraaf beschrijven we de verdeling van de verschillende leveringsvormen binnen de vv- en ghz-sector. Daarna komt de cliëntgroep uit de ggz-sector aan bod.

Vv en ghz

Het aantal cliënten dat in 2016 in zorg was⁹ met een leveringsvorm zzp of vpt was in totaal 208.530. Daarvan hadden 66.400 cliënten een zzp zonder behandeling (31%) en 8.930 (4%) een vpt. In Figuur 1 Verdeling leveringsvormen vv en ghz Figuur 1 staan meer gedetailleerde cijfers.



Figuur 1 Verdeling leveringsvormen vv en ghz.

Ggz

Op dit moment is de Wlz alleen toegankelijk voor mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap, dan wel met een somatische of psychogeriatrische beperking of aandoening. Een psychische stoornis is nu niet opgenomen als grondslag vanuit de gedachte dat er bij psychische stoornissen kans op herstel is en deze groep cliënten geen levenslange zorg nodig heeft. Dat was ook een van de redenen om in eerste instantie de ggz-clieënten alleen op basis van het 'voorgezet verblijf' regime in te laten stromen tot de Wlz¹⁰.

Het Zorginstituut heeft op 16 december 2015¹¹ geadviseerd om de huidige zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz ook voor de ggz te laten gelden. Door de wet uit te breiden, kan worden gekeken naar een totaalbeeld van beperkingen om te bepalen of iemand Wlz-zorg nodig

⁹ Bron CBS, cliënten met een CIZ indicatie, op peildatum 2016.

¹⁰ Daarmee bedoelen we een klinische ggz-opname ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw) van tenminste drie jaar (http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2018-01-01#Hoofdstuk2_Paragraaf1_Artikel2.12). Daarnaast beoordeelt de behandelaar na deze termijn dat het verblijf voortgezet dient te worden.

¹¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2015/12/16/advies-over-toegang-tot-de-wlz-voor-mensen-met-een-psychische-stoornis>

heeft. Daartoe heeft het huidige kabinet in het regeerakkoord 'Vertrouwen in de toekomst' kenbaar gemaakt het advies van het Zorginstituut op te volgen, en de directe toegang van ggz-cliënten tot de Wlz mogelijk te maken, mits de effecten geen belemmeringen vormen.

De cliënten die in aanmerking komen om toegang te krijgen tot de Wlz, wanneer de wet uitgebreid wordt, verblijven nu ofwel in een beschermde woonomgeving waar behandeling niet standaard in het pakket zit ofwel in een klinische verblijfssetting waar behandeling wel standaard in het pakket zit.

Beschermde wonen (verblijf zonder behandeling)

De groep ggz-cliënten die het aangaat, woont grotendeels op zichzelf of in beschermde woonomgevingen. De zorg die deze cliënten momenteel krijgen, wordt geregeld vanuit de Wmo. Voordat deze cliënten hun zorg bekostigd kregen vanuit de Wmo vielen deze cliënten onder de zzp ggz-c-reeks. Hierbij staat niet de behandeling op de voorgrond maar de begeleiding. Met de inwerkingtreding van de Wlz in 2015 zijn de ggz-c-pakketten overgeheveld naar de Wmo. De meesten van deze cliënten worden, los van hun verblijf, ook behandeld in de ggz. Deze behandeling wordt bekostigd vanuit de Zvw.

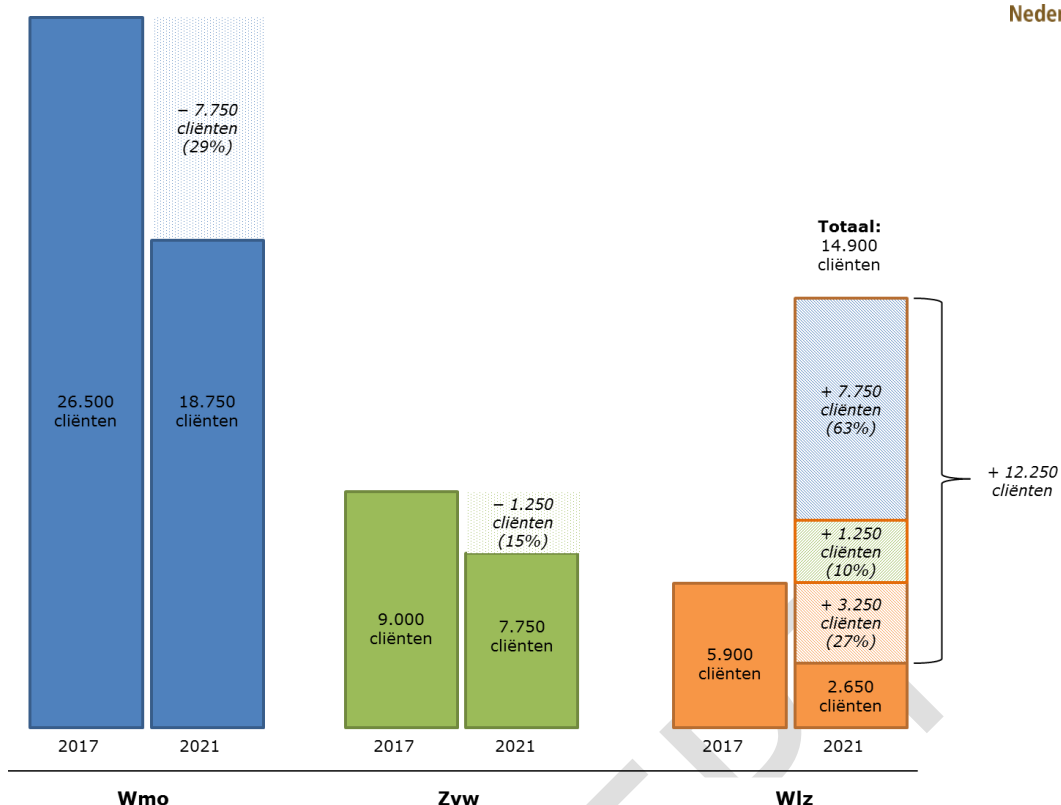
Voortgezet en klinisch verblijf (verblijf met behandeling)

Daarnaast krijgt een deel van de ggz-cliënten dat in aanmerking komt om direct tot de Wlz toe te stromen nu de zorg bekostigd vanuit de Zvw. Dit zijn vooral de cliënten die in een klinische setting verblijven en die na het verstrijken van de driejaarstermijn van voortgezet verblijf kunnen doorstromen naar de Wlz.

Voor ggz-cliënten die de Wlz instromen op basis van voortgezet verblijf geldt dat het verblijf bekostigd wordt op basis van een zzp ggz-b. De geldigheidsduur van de indicatie bij voortgezet verblijf is van bepaalde tijd en maximaal drie jaar. Na afloop van de afgegeven indicatieperiode wordt de cliënt geëvalueerd door de betrokken behandelaar(s). De ggz-b zzp's zijn er voor cliënten die intramuraal verblijven omwille van hun behandeling, waarbij voor die behandeling verblijf langer dan drie jaar noodzakelijk is.

HHM heeft in opdracht van VWS onderzocht wat de mogelijke omvang is van de groep ggz-cliënten die toegang zullen krijgen tot de Wlz op basis van de inhoudelijke criteria. Het bureau schat in dat het gaat om minimaal 9.500 en maximaal 12.250 (nieuwe) cliënten¹². Deze cliënten komen uit drie domeinen: 63% uit de Wmo oftewel de beschermde woonvormen, ongeveer 27% met een tijdelijke indicatie binnen de Wlz (voortgezet verblijf cliënten waarvan de blijvende behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur zorg per dag in de nabijheid kan worden vastgesteld) en een klein percentage (10%) uit de Zvw. In Figuur 2 is de precieze verwachte uitstroom en instroom van het onderzoek van Bureau HHM in kaart gebracht. We hebben hiervoor de maximale inschatting gebruikt.

¹² <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/05/19/ggz-clienten-in-de-wlz-inschatting-omvang-indien-grondslag-psychische-stoornis-wordt-toegevoegd-aan-de-wlz>



Figuur 2 Overzicht in- en uitstroom (op basis van onderzoek HHM, 2017).

2.3 Behandeling en aanvullende zorgvormen

Cliënten met een Wlz-indicatie kunnen op dit moment zorg ontvangen met of zonder behandeling uit de Wlz. Of een cliënt behandeling ontvangt uit de Wlz hangt af van twee beslismomenten: welke keuze maakt de cliënt over de leveringsvorm en welke afspraken zijn er gemaakt tussen zorgaanbieder en het zorgkantoor over de leveringsvormen. De indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) in een Wlz-profiel speelt hierbij geen rol.

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

Als we kijken naar de behandeling binnen de verschillende leveringsvormen in de Wlz, verstaan we onder behandeling en aanvullende zorgvormen een aantal zorgvormen:

- geneeskundige zorg;
- paramedische zorg;
- farmaceutische zorg;
- mondzorg;
- hulpmiddelen;

- behandeling van een psychische stoornis (basis en tweede lijn ggz);
- kleding¹³.

Voor cliënten in de vv- en ghz-sector is het in de Wlz opgenomen onderscheid tussen specifieke en algemene behandeling voor de uitvoeringstoets niet van belang: het advies van het Zorginstituut is om zowel specifieke als algemene behandeling over te hevelen naar de Wlz. In de vraagstelling van VWS wordt voor ggz-cliënten de behandeling van een psychische stoornis gezien als specifieke behandeling en de overige zorgvormen als algemene behandeling.

2.4 Bekostiging per zorgvorm

In onderstaande tabel geven we weer uit welk domein¹⁴ de verschillende zorgvormen worden bekostigd. Voor de huidige doelgroepen in de Wlz maken we onderscheid naar een zzp met of zonder behandeling en vpt. In een aparte kolom wordt de doelgroep met ggz-cliënten die instroomt in de Wlz weergegeven.

De huidige bekostiging van behandeling en aanvullende zorgvormen is verschillend per leveringsvorm en binnen de zzp, afhankelijk of deze met of zonder behandeling is ingekocht. Voor de zzp met behandeling worden alle zorgvormen uit de Wlz bekostigd. Aangepaste rolstoelen en overige aangemeten hulpmiddelen worden boven-budgettair uit de Wlz bekostigd. Dat geldt ook voor een deel van de mondzorg en voor extreme kosten voor farmaceutische zorg en materiaal (verbruikshulpmiddelen). Voor een zzp zonder behandeling, vpt en de ggz-cliënten die vanuit de Wmo 2015 en Zvw instromen in de Wlz wordt behandeling uit de Zvw bekostigd. Voor hulpmiddelen geldt dat deze ook nog vanuit de Wlz of Zvw bekostigd kunnen worden of vanuit de Wmo moeten worden geregeld (zie **Tabel 1**).

¹³ Kleding is geen zorgvorm en laten we daarom buiten beschouwing in de uitvoeringstoets.

¹⁴ Met bekostiging uit de Wmo wordt bedoeld dat dat de cliënt via de gemeente moet regelen of aanspraak gemaakt kan worden op de betreffende voorziening. Er geldt daarvoor geen bekostiging uit de Wlz of Zvw.

Zorgvormen	Huidige Wlz-cliënten vv, ghz, ggz-b			ggz instroom
	zzp met behandeling	zzp zonder behandeling	vpt	Wmo/Zvw
1) Geneeskundige zorg	Wlz	Zvw	Zvw	Zvw
2) Paramedische zorg	Wlz	Zvw	Zvw	Zvw
3) Farmaceutische zorg	Wlz	Zvw	Zvw	Zvw
4) Mondzorg	Wlz	Zvw (AV/EB)	Zvw (AV/EB)	Zvw (AV/EB)
5) Hulpmiddelen				
-Roerende voorzieningen	Wlz	Wlz	Wmo	Wmo
-Indiv. gebruik rolstoel	Wlz	Wmo	Wmo	Wmo
-Overige	Wlz	Wmo	Wmo	Wmo
mobilitieitshulpmiddelen	Wmo	Wmo	Wmo	Wmo
-Verbruiksmiddelen				
-Aangemeten	Wlz	Zvw	Zvw	Zvw
hulpmiddelen	Wlz	Zvw	Zvw	Zvw
-Woningaanpassingen				
-Eenvoudige	Nvt	Nvt	Wmo	Wmo
mobilitieitshulpmiddelen	EB*	EB*	EB*	EB*
6) Tweedelijns ggz	Wlz/Zvw	Zvw	Zvw	Zvw
7) Wlz- mpt	N.v.t.	Wlz	Wlz	N.v.t.

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

Tabel 1: Huidige situatie bekostiging per zorgvorm.

Geneeskundige zorg

De generalistische geneeskundige zorg geleverd door huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde (so) en artsen verstandelijk gehandicapten (avg) is voor een zzp met behandeling een integraal onderdeel van de prestatie. Voor een zzp zonder behandeling, voor cliënten die gekozen hebben voor het vpt en voor ggz-cliënten die nu nog hun zorg ontvangen vanuit de Wmo/Zvw, geldt dat deze zorg wordt bekostigd vanuit de Zvw.

Paramedische zorg

De paramedische zorg waaronder fysiotherapie, ergotherapie, dieetadvisering en logopedie plus de zorg verleend vanwege psychische stoornissen door ggz-professionals, waaronder klinisch psychologen, maken bij een zzp met behandeling integraal onderdeel uit van de prestatie. Voor een zzp zonder behandeling, voor cliënten die gekozen hebben voor het vpt en voor ggz-cliënten die nu nog hun zorg ontvangen vanuit de Wmo/Zvw, geldt dat deze zorg wordt bekostigd vanuit de Zvw.

Farmaceutische zorg

De farmaceutische zorg omvat apotheekzorg, geneesmiddelen, dieetpreparaten en zelfzorgmiddelen. Voor een zzp met behandeling is farmaceutische zorg integraal onderdeel van de prestatie. Als de kosten voor geneesmiddelen voor een individuele cliënt boven € 700,- per vier weken uitkomen, wordt 90% van de kosten boven-budgettair vergoed¹⁵. Voor een zzp zonder behandeling, voor cliënten die hebben gekozen voor een vpt en voor de ggz-cliënten die nu hun zorg ontvangen in de Wmo/Zvw, geldt dat deze zorg wordt bekostigd vanuit de Zvw. Voor

¹⁵ Beleidsregel overige kosten Wlz 2018, kenmerk BR/REG-18139a

bepaalde geneesmiddelen kan in de Zvw een eigen bijdrage gelden en zal rekening moeten worden gehouden met het preferentiebeleid van zorgverzekeraars voor geneesmiddelen. Deze cliënten moeten de zelfzorgmiddelen zelf betalen, net als alle andere Zvw-verzekerden.

Mondzorg

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

Tot 2017 werd mondzorg in de Wlz op papier gedeclareerd. Om de administratieve lasten te verminderen, is in 2017 de declaratiewijze van mondzorg in de Wlz gedigitaliseerd. Daarbij is ervoor gekozen om de behandelaar rechtstreeks te laten declareren aan het zorgkantoor.

Hulpmiddelen

Het Zorginstituut en VWS bepalen de aanspraak op hulpmiddelen. De hier gehanteerde indeling is gebaseerd op informatie van het Zorginstituut. De hulpmiddelen die vallen onder de categorie roerende voorzieningen en verbruiksmiddelen zijn integraal onderdeel van de prestatie zzp met behandeling. Indien de kosten voor zorggebonden materiaal, waaronder verbruikshulpmiddelen, boven € 700,- per vier weken uitkomen, wordt 90% van de kosten boven-budgettair vergoed¹⁶. De NZa reguleert geen tarieven en prestaties voor hulpmiddelen zoals de rolstoel voor individueel gebruik en hulpmiddelen die zijn aangemeten (orthese, orthopedische schoenen, etc.). Deze hulpmiddelen vallen ook niet onder de contracteerruimte, maar worden boven-budgettair bekostigd op grond van de Wlz. Overige mobiliteitshulpmiddelen voor cliënten met een zzp met behandeling zijn voor eigen betaling of komen vanuit de Wmo.

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

Voor cliënten die gekozen hebben voor het vpt en voor de ggz-clieënten die nu nog hun zorg ontvangen vanuit de Wmo/Zvw geldt dat de meeste hulpmiddelen een voorziening zijn vanuit de Wmo. Uitzonderingen hierop zijn de verbruikshulpmiddelen en de aangemeten hulpmiddelen. Deze worden voor deze cliëntengroepen vanuit de Zvw bekostigd.

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

¹⁶ Beleidsregel overige kosten Wlz 2018, kenmerk BR/REG-18139a

Tweedelijns ggz

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

Mpt-behandelprestaties

Voor een zzp zonder behandeling en vpt kunnen mpt-behandelprestaties worden gestapeld bovenop het integrale tarief van de zzp zonder behandeling. Bijvoorbeeld de inzet van de specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten. Bij een zzp met behandeling kunnen geen mpt-behandelprestaties gestapeld worden. Ook bij ggz-cliënten die nu nog zorg ontvangen vanuit de Wmo/Zvw kan dit niet.

CONCEPT

3. Institutionele zorg

Het Zorginstituut adviseert om bij institutionele zorg alle behandeling en aanvullende zorg ten laste van de Wlz te laten komen. Zoals ook in paragraaf 2.3 beschreven, verstaan we onder behandeling; de geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg en mondzorg en hulpmiddelen. Onder institutionele zorg verstaat het Zorginstituut de zorg geleverd met de zzp en geclusterd vpt. De overige leveringsvormen; niet geclusterd vpt, mpt en pgb vallen buiten de reikwijdte van het advies van het Zorginstituut en dus ook buiten het advies van de NZa. In dit hoofdstuk zullen we onder andere nader ingaan op de begrippen institutionele zorg en geclusterd vpt om hiermee de reikwijdte van het advies verder af te bakenen.

Het begrip geclusterd vpt is niet gedefinieerd in wet- en regelgeving. VWS heeft ons gevraagd hoe het advies van het Zorginstituut toegepast kan worden op de leveringsvorm geclusterd vpt. Om deze vraag te kunnen beantwoorden moet duidelijk zijn wat geclusterd vpt inhoudt. We beschrijven hierna eerst wat het Zorginstituut in het advies zegt over geclusterd vpt. Daarna gaan we in op het begrip geclusterd vpt en wat de gevolgen daarvan zijn voor de uitvoering van het advies van het Zorginstituut.

Advies Zorginstituut

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

Het Zorginstituut schaaft in zijn advies de zorg met verblijf en het geclusterd vpt samen onder het begrip institutionele zorg. Hiermee is geclusterd vpt dus institutionele zorg waarbij de cliënt zelf zijn/haar woning betaalt.

Noodzaak afbakening institutionele zorg

We zien momenteel een ontwikkeling naar steeds meer (kleinschalige) woonvormen met zorg, die zich bevinden tussen het zelfstandig thuis wonen met individuele zorg en de (grootschalige) klassieke instellingszorg, zoals de traditionele verpleeghuizen. Niet alleen het aantal woonvormen neemt toe, maar ook de variatie in woonvormen. Het ontstaan van deze nieuwe woonvormen is een goede zaak voor de sector: de keuzevrijheid neemt toe, oudere cliënten kunnen eenzaamheid tegengaan en de zorg die bijvoorbeeld aan ouderen wordt geleverd is vaak doelmatiger dan bij

ouderen die zelfstandig thuis blijven wonen. De vraag is hoe deze nieuwe woonvormen worden bestempeld: als 'thuis' of als instelling? En waar ligt de grens? Zonder duidelijke definitie kunnen deze initiatieven de ene keer als thuis gezien worden en de andere keer als institutionele zorg. Dit komt de rechtszekerheid van cliënten niet ten goede. Gelijke situaties moeten gelijk behandeld worden. Ook schept een definitie duidelijkheid voor zorgaanbieders ten aanzien van de eisen waaraan zij moeten voldoen. Daarnaast moet voor het zorgkantoor duidelijk zijn wie het aanspreekpunt is in bepaalde situaties.

Voor cliënten is een duidelijke definitie een absolute noodzaak. Indien een cliënt vpt afneemt en de woonsituatie wordt straks beoordeeld als geclusterd, verandert mogelijk de wijze waarop behandeling en de aanvullende zorgvormen worden georganiseerd en bekostigd. De impact daarvan is afhankelijk van de huidige wijze waarop dat wordt aangeboden. Cliënten die voor het eerst in zorg komen, moeten in staat worden gesteld een afweging te maken over hun woonsituatie. De cliënt zal, beter dan in de huidige situatie, moeten worden geïnformeerd over de consequenties van de keuze voor een woonsituatie waarin hij/zij zelf de woonomgeving betaalt. De cliënt moet ook nadenken over de plek van de woning, namelijk al dan niet in een woonvoorziening gericht op het (integraal) leveren van zorg. Afhankelijk van deze keuze zal namelijk worden bepaald of de cliënt alle zorg vanuit de Wlz ontvangt of aanvullende zorgvormen vanuit de Zvw en eventueel de Wmo moet regelen.

Afbakening geclusterd vpt

Een mogelijke afbakening van institutionele zorg, en dus geclusterd vpt, hebben we bepaald met behulp van een tweetal bestaande omschrijvingen van geclusterde woonvormen en institutionele zorg:

- Een omschrijving afgeleid van een onderzoek dat onafhankelijk adviesbureau Hoeksma, Homans & Menting (HHM) heeft uitgevoerd voor het advies van het Zorginstituut;
- Een verkenning uit '*Rapportage uitkomsten verkenning hoe we rekening kunnen houden met toenemende variatie in wonen en zorg*' van VWS (27 februari 2018).

Voor een werkbare afbakening van institutionele zorg en geclusterd vpt moeten zorgkantoor en zorgaanbieder redelijk objectieve instrumenten hebben om zonder al teveel discussie te kunnen bepalen of sprake is van institutioneel of thuis. Uit de hierboven weergegeven stukken concluderen wij dat de mate waarin de instelling de regie heeft over de combinatie van wonen, zorg en leven een handvat biedt om tot een objectief onderscheid te komen tussen institutionele zorg en zorg thuis (zie bijlage 4).

Kenmerkend voor institutionele zorg is dat de instelling de totale regie heeft over deze combinatie en dat dus ook de woning, of de cliënt die nu zelf huurt of niet, een integraal onderdeel uitmaakt van het zorgaanbod van de aanbieder. Als dit het geval is, dan is de woning dus ook niet beschikbaar voor willekeurige bewoners op de particuliere koop- of huurmarkt. Bij zorg thuis heeft de cliënt de volledige regie over de woning. Deze woning komt na gebruik door de cliënt weer beschikbaar op de reguliere huur of koopmarkt.

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

Een institutionele woonvorm waarbij één zorgaanbieder primair verantwoordelijk is voor het geheel van wonen, zorg en leven: de benodigde zorg wordt integraal geleverd in de vorm van een vpt, maar

daarbij is de cliënt zelf verantwoordelijk voor de bekostiging van de woonruimte.

Uitgaande van de bovenbeschreven uitgangspunten voor institutionele zorg en de definitie van geclusterd vpt zijn wij van mening dat objectief vast is te stellen voor welke voorzieningen het advies van het Zorginstituut van toepassing is.

Wel zien we een belangrijk nadeel in de uitvoering, door de introductie van geclusterd vpt. Er is een extra leveringsvorm nodig om het bestaande vpt te splitsen in een geclusterd en niet-geclusterd vpt. Dit maakt de bekostiging in de Wlz complexer en dat vinden wij ongewenst. Daarom gaan we nu verder in op een alternatief waarmee dit nadeel wordt voorkomen.

Voorstel alternatief voor geclusterd vpt

Na overleg met partijen over de mogelijke afbakeningen schetsen we in deze paragraaf een alternatief voor de door het Zorginstituut voorgestelde afbakening via het begrip institutionele zorg en geclusterd vpt. Dit voorstel wijkt dus feitelijk af van de vraag die VWS aan de NZa heeft gesteld, namelijk ga uit van het begrip geclusterd vpt en toets of met dit begrip het advies uitvoerbaar is. Toch willen wij dit alternatief hier benoemen, omdat dit het genoemde nadeel van een extra leveringsvorm wegneemt, terwijl toch recht wordt gedaan aan de doelstelling van het Zorginstituut.

In plaats van een afbakening van institutionele zorg en geclusterd vpt zien de zorgkantoren mogelijkheden om in de zorginkoop met aanbieders te bepalen wanneer sprake is van integrale zorg. Het voorstel van de zorgkantoren is om het onderscheid tussen mpt en vpt duidelijker te maken. Uitgangspunt hierbij is de levering van integrale zorg: via zzp en vpt zou de zorg integraal door één zorgaanbieder moeten worden geleverd. Deze zorg omvat in dat geval het volledige pakket, inclusief behandeling, zoals in het advies van het Zorginstituut is beschreven voor institutionele zorg. De leveringsvorm vpt exclusief behandeling vervalt hiermee dus volledig. Dan is onderscheid tussen geclusterd en niet-geclusterd vpt niet meer noodzakelijk.

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

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

In de praktijk zou dit betekenen dat:

- Een cliënt die in zijn eigen woning woont maar toch een zorgaanbieder bereid heeft gevonden om alle zorg volledig integraal in deze woning aan te bieden, deze zorg via vpt bekostigd kan krijgen. Hier hoeft dus geen sprake te zijn van een geclusterde setting in de bouwkundige zin;

- Een cliënt die in zijn eigen woning woont maar geen zorgaanbieder heeft gekozen die de volledige integrale zorg op die locatie levert, kan in dat geval de zorg niet via een vpt afnemen. De cliënt heeft vervolgens de keuze om de zorg bij één of meer zorgaanbieders af te nemen via mpt of pgb.

Dit schept helderheid voor de cliënt en biedt zorgkantoren een goed kader om met de zorgaanbieders over de inhoud van de zorg voor een specifieke cliënt in gesprek te gaan. De NZa is geen voorstander van de introductie van nieuwe leveringsvormen en is dan ook van mening dat met aanscherping van de leveringsvorm vpt de doelstelling van het pakketadvies kan worden geïmplementeerd. De introductie van een nieuwe leveringsvorm geclusterd vpt kan hiermee achterwege blijven.

CONCEPT

4. Integrale bekostiging

Voor integrale bekostiging zijn er vier bekostigingsmodellen bedacht en besproken met partijen. Het eerste model dat we bespraken komt overeen met de bekostiging zoals we deze nu kennen in de Wlz (zzp met behandeling). Daarnaast stelden we drie alternatieven voor, welke een steeds verdere afzwakking zijn van de integrale bekostiging.

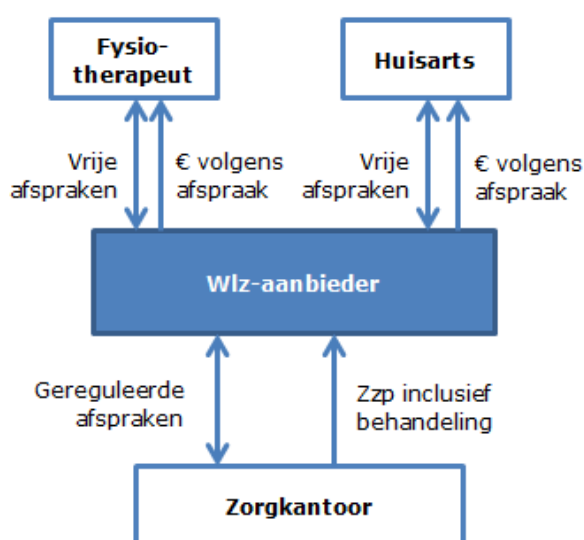
1. De zorgaanbieder is integraal verantwoordelijk voor het leveren van zorg en bekostigt de zorg met een integraal tarief. Zorgaanbieders leveren de zorg zelf of regelen dit via onderlinge dienstverlening. Zorgaanbieders maken dan afspraken met behandelaren, waarbij de behandelaren vanuit het integrale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

Ons uitgangspunt voor de bekostiging in de Wlz is 'integraal, tenzij...'. Voor deze uitvoeringstoets gaan we uit van het advies van het Zorginstituut. Het Zorginstituut legt de verantwoordelijkheid voor het organiseren van integrale zorg bij de zorgaanbieder. Om zorgaanbieders hiertoe in staat te stellen moeten ze beschikken over de benodigde (financiële) middelen. Een bekostigingsmodel gebaseerd op integrale prestaties faciliteert de zorgaanbieders naar onze mening het beste, om invulling te geven aan de verantwoordelijkheid om integrale zorg te bieden. Het merendeel van de cliënten in de sectoren vv, ghz krijgt al integrale behandeling bekostigd vanuit de Wlz. Het ligt daarom voor de hand om voor de cliënten die nog geen behandeling uit de Wlz krijgen, aan te sluiten bij de bestaande prestaties met behandeling. Daarom gaan we nu verder in op het bekostigingsmodel zoals omschreven bij punt 1 en hoe we dit model zien met het oog op deze uitvoeringstoets.

Betaalbaarheid is een belangrijke overweging bij onze keuze voor een integraal model. Op dit moment wordt de over te hevelen behandeling voor een groot deel geleverd in de eerste lijn in de Zvw. In de Zvw lopen zorgverzekeraars risico op de uitgaven. De prestaties in de eerste lijn zijn veelal per activiteit of handeling. Eventuele overschrijding van het makro kader kan met een macrobeheersinstrument achteraf worden teruggehaald. In de Wlz kennen we integrale prestaties met maximumtarieven. De macrobeheersing verloopt via de contracteerruimte met een regionaal verdeelmodel. Hiermee wordt overschrijding van het makro kader vooraf voorkomen. Het overgrote deel van de uitgaven valt binnen de contracteerruimte. Zorgkantoren lopen geen risico op deze

uitgaven. Wij zien een keuze voor een integraal model in de Wlz als beste waarborg voor betaalbaarheid. Alle kosten voor behandeling worden zoveel als mogelijk ondergebracht in de integrale prestaties en daarmee in de contractruimte.

Het feit dat een zorgaanbieder integraal verantwoordelijk is voor zorg en deze zorg ook met een integraal tarief moet bekostigen, betekent niet dat de zorgaanbieder zelf alle zorg hoeft uit te voeren. Dit kan de zorgaanbieder bijvoorbeeld ook regelen met onderaannemers. De zorginstelling maakt dan afspraken over behandelingen in onderaannemersschap. De rapportage¹⁷ van onderzoeksbureau Significant beschrijft per zorgvorm, hoe behandeling in de praktijk door zorgaanbieders is georganiseerd. In schema ziet het integrale scenario eruit als in Figuur 3.



Figuur 3 Integrale bekostiging.

Aansluiten bij de huidige situatie voor zzp met behandeling betekent dat de zzp-prestaties zonder behandeling vervallen. Voor deze cliënten worden ook de prestaties zzp met behandeling gecontracteerd. In lijn met het voorstel voor de afbakening van geclusterd vpt zoals beschreven in hoofdstuk 3, vervallen de huidige vpt-prestaties met en zonder behandeling. Voor cliënten die integrale zorg krijgen in een institutionele setting worden vpt's (nieuwe stijl) met behandeling gecontracteerd. De behandelcomponent is dezelfde als voor de huidige zzp met behandeling. Als er geen integrale zorg wordt geleverd, dan kan op basis van mpt-prestaties worden gecontracteerd.

Boven-budgettaire bekostiging

De integrale tarieven van de huidige prestaties zzp met behandeling omvatten behandeling en een aantal aanvullende zorgvormen. Daarnaast worden nu ook enkele kostenposten boven-budgettair bekostigd. Voor mondzorg geldt namelijk dat het honorarium van de tandarts, techniekkosten en de narcosebehandelingen boven-budgettair worden bekostigd. Ook de individueel aangemeten hulpmiddelen en de aangepaste rolstoel worden boven-budgettair bekostigd. We kennen in de Wlz ook de een regeling voor extreme kosten op cliëntniveau (Beleidsregel overige

¹⁷<https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2018/04/13/onderzoek-uitvoeringspraktijk-wlz-behandeling/onderzoek-uitvoeringspraktijk-wlz-behandeling.pdf>

kosten Wlz 2018, kenmerk BR/REG-18139a). De kosten die via deze beleidsregel vergoed worden, worden ook boven-budgettair bekostigd.

Boven-budgettaire bekostiging is een risico voor de macrobetaalbaarheid in de Wlz. Voor boven-budgettair bekostigde onderdelen geldt dat er geen prikkels zijn voor sturing door zorgaanbieders en zorgkantoren. De uitgaven worden buiten de contractteerruimte om altijd vergoed. In de nieuwe situatie zullen de boven-budgettair bekostigde onderdelen fors in omvang toenemen, voor cliënten die nu een zzp zonder behandeling of vpt hebben en door de instroom van ggz-cliënten. Het risico voor de betaalbaarheid neemt dus ook toe. Wij vinden dit zorgelijk en stellen daarom als richting voor om alle boven-budgettaire onderdelen zoveel als mogelijk onder te brengen in de integrale prestaties. We streven er naar om de mondzorg en de individueel aangemeten hulpmiddelen op te nemen in de integrale prestaties. We stellen verder voor om te onderzoeken of de uitgaven voor rolstoelen en overige mobiliteitshulpmiddelen (gedeeltelijk) ondergebracht kunnen worden in de contractteerruimte of het integrale tarief. Ook willen we onderzoeken of de regeling voor extreme kosten binnen de contractteerruimte kan worden gebracht. Door het verminderen van de boven-budgettaire onderdelen vergroten we de macrobeheersbaarheid van de uitgaven in de Wlz en introduceren een prikkel voor doelmatigheid voor de zorgaanbieders en zorgkantoren. Voor mondzorg en hulpmiddelen gaan we hier in hoofdstuk 4 op verder.

4.1 Toezicht aspecten

De overheveling die het Zorginstituut adviseert heeft ook consequenties voor (de invulling van) het toezicht van de NZa op de Wlz-uitvoerders en zorgkantoren. Zorgkantoren moeten voor de Wlz-cliënten in hun regio waarborgen dat zij tijdig de behandeling krijgen die zij nodig hebben. Onder andere via de zorginkoop moeten zij sturen op de beschikbaarheid van voldoende, kwalitatief goede behandeling tegen zo laag mogelijke kosten. Als (vrijwel) alle behandeling voor Wlz-cliënten bekostigd gaat worden vanuit de Wlz, maakt dit de verantwoordelijkheid van zorgkantoren duidelijker dan in de huidige situatie. Met de overheveling van budget naar de Wlz krijgen zij ook meer (financiële) mogelijkheden om via de zorginkoop te sturen op voldoende, kwalitatief goede en betaalbare behandeling voor alle cliënten binnen de regio die dit nodig hebben. Afhankelijk van de wijze waarop de bekostiging binnen de Wlz vorm krijgt (integrale prestaties en tarieven in aansluiting bij huidige situatie of een alternatief) ligt de verantwoordelijkheid voor sturing op doelmatige behandeling (als afweging tussen kwaliteit, volume en kosten) meer of minder op de schouders van zorgkantoren. De NZa zal in zijn definitieve advies aangeven welke aandachtspunten hij als toezichthouder ziet om te bevorderen dat zorgkantoren hun verantwoordelijkheid optimaal invullen in het belang van cliënten (waaronder maximale keuzemogelijkheden voor zover passend binnen de integrale regierol van de zorgaanbieder) en een goede werking van het zorgstelsel.

4.2 Invloed van integrale bekostiging per zorgvorm

Onder integrale bekostiging of een integrale prestatie verstaan we dus een prestatie vergelijkbaar met de huidige zzp met behandeling. In het overzicht op de volgende pagina vatten we kort samen welke zorgvormen nu onderdeel zijn van de huidige zzp met behandeling. Tevens wordt in het advies van het Zorginstituut gerelateerd aan het verruimen van de aanspraak voor de integrale prestatie (ofwel de huidige zzp met behandeling). Met andere woorden: of we nog verder dan nu naar een

integrale prestatie kunnen gaan. De bevindingen hiervan hebben we ook in het overzicht opgenomen.

Daarnaast hebben we gekeken per zorgvorm waar er obstakels of aandachtsgebieden ontstaan indien wordt overgegaan op een integrale prestatie *voor iedereen*. Dit is gerangschikt naar de volgende aandachtsgebieden:

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

Vervolgens beschrijven we per zorgvorm hoe we met eventuele obstakels of aandachtsgebieden om kunnen gaan, binnen of buiten de bekostiging om.

CONCEPT

	Geïnccludeerd in huidige zpz incl. bh?	Straks in integrale prestatie?	Aandachtsgebieden voor zorgaanbieders die nu zpz exclusief behandeling leveren <small>onderlandse Zorgautoriteit</small>				Mogelijke maatregelen
			Administratieve lasten (za, zk)	Kwaliteit en afbakening	Beschikbaarheid van zorgvorm	Keuzevrijheid (cliënt, za)	
Geneeskundige zorg	Ja	Ja			X	X	<ul style="list-style-type: none"> - Eventuele regulering op onderlinge dienstverlening tarieven - Beschrijving en afbakening van verschillen in kwaliteitseisen geneeskundige zorg Wlz
Paramedische zorg	Ja	Ja		X			<ul style="list-style-type: none"> - Beschrijving en afbakening van verschillen in kwaliteitseisen paramedische zorg Wlz en Zvw
Farmaceutische zorg	Ja	Ja	X (za)			X	<ul style="list-style-type: none"> - Eventuele regulering op onderlinge dienstverlening tarieven
Mondzorg	Niet geheel	Ja	X (za)	X	X		<ul style="list-style-type: none"> - Beschrijving en afbakening van verschillen in kwaliteitseisen mondzorg Wlz en Zvw - Eventuele regulering op onderlinge dienstverlening tarieven - Eventueel verbreden extreme kosten regeling
- Honorarium tandarts / narcosebehandelingen	Nee	Ja					
- Ruimte en materiaal	Ja	Ja					
Hulpmiddelen	Niet geheel	Niet geheel					
- Gebruikshulpmiddelen	Nee	Niet geheel	X (zk)				<ul style="list-style-type: none"> - Onderzoek naar mogelijkheden voor integrale bekostiging - Monitoring uitgaven
- Verbruikshulpmiddelen	Ja	Ja	X	X		X	<ul style="list-style-type: none"> - Beschrijving en afbakening van kwaliteitseisen - Extreme kosten regeling
- Roerende voorzieningen	Ja	Ja					
- Zvw-hulpmiddelen	Nee	Niet geheel		X			<ul style="list-style-type: none"> - Onderzoek naar mogelijkheden voor integrale bekostiging - Kwaliteitsnormen uit Zvw overnemen

Tabel 2: overzicht impact bekostigingsmodel per zorgvorm

Geneeskundige zorg

Eén van de belangrijkste uitgangspunten van het advies van het Zorginstituut is dat overheveling van behandeling naar de Wlz een betere coördinatie en regie van het totaalpakket aan zorg met zich meebrengt. De generalistische zorg is hierbij juist de spil van het gehele zorgaanbod. Het separaat inrichten van dit deel in de bekostiging gaat in tegen deze kerngedachte. Het integraal declareren van de geneeskundige zorg sluit volledig aan bij de wijze waarop nu de zorg wordt bekostigd voor de cliënten die al behandeling ontvangen binnen de Wlz, waarmee op dit punt geen technische uitvoeringsproblematiek wordt geïntroduceerd in het overhevelingstraject.

De geneeskundige zorg wordt nu geleverd door de huisarts of so/avg. De so/avg kan na overheveling een groot deel van deze werkzaamheden ook in onderaannemerschap uitvoeren als een Wlz-zorgaanbieder hoofdverantwoordelijk wordt voor het geheel aan behandeling. Veelal zal ook de huisarts op enige wijze betrokken blijven voor het deel algemene huisartsenzorg¹⁸. Wat te zien is, is dat bij kleinschalige woonvormen vaak de huisarts die als hoofdbehandelaar fungeert en een so of avg kan invoeren voor specifieke problematiek. Huisartsen geven aan dat de zorg voor cliënten in een institutionele setting vaak te specifiek is. Beschikbaarheid van een so of avg is voor de huisarts dan een randvoorwaarde voor het leveren van goede zorg. Waar echter precies de scheiding ligt tussen de werkzaamheden van de huisarts en de werkzaamheden van de so/avg is zorginhoudelijk niet helder af te bakenen. In de praktijk zal de mate waarin deze specialismen worden ingezet, afhangen van de lokale afspraken en de zorgbehoefte van de individuele cliënt. Dat is geen probleem, zolang het geheel aan benodigde geneeskundige zorg geborgd is.

Aandachtspunten

Wel is er een aantal aandachtspunten bij een integraal bekostigingsmodel:

- Keuzevrijheid
Wanneer er geen integraal tarief zou zijn (en de geneeskundige zorg 'los' wordt gedeclareerd), dan is één van de hypothetische voordelen dat het de keuzevrijheid van de cliënt vergroot. Dit zou het bijvoorbeeld eerder mogelijk maken dat de cliënt de eigen huisarts behoudt. De zorgaanbieder blijft echter inhoudelijk eindverantwoordelijk voor de coördinatie van de geleverde zorg, ook als de zorg niet integraal gedeclareerd wordt. Dat kan alleen als daadwerkelijk afspraken worden gemaakt met de huisarts in kwestie over inzet en bereikbaarheid. Bij integraliteit moeten er dus voldoende afspraken worden gemaakt door de Wlz-zorgaanbieder met huisartsen.
De vraag of een cliënt zijn/haar eigen huisarts kan behouden is dus afhankelijk van de vraag of de zorgaanbieder in staat is om met de verschillende huisartsen tot afspraken te komen.
- Beschikbaarheid van de zorgvorm
Terwijl het gebruikelijk is dat een so/avg op basis van een vaste aanstelling (of andere overeenkomst) is verbonden aan de

¹⁸ Daarbij kan gedacht worden aan zorgverlening die frequent voorkomt in een huisartsenpraktijk, zoals een ingegroeide teennagel of andere zorgvragen voor kleine chirurgische ingrepen, dan wel aan andere belangrijke zorgvragen op het terrein van de huisartsgeneeskundige zorg zoals een dreigend hartinfarct. Dit geldt zowel voor de "reguliere" huisartsenzorg als voor de spoedeisende avond-, nacht- en weekendzorg.

zorgaanbieder, is dat voor de huisarts vaak niet het geval. Een van de redenen hiervoor is dat de huisarts, om te voldoen aan zijn/haar (her)registratie-eisen, een deel van zijn/haar tijd moet inzetten in een reguliere praktijk¹⁹. Een individuele huisarts is daarmee voor een beperkt deel van zijn/haar tijd in te zetten bij de Wlz-zorgaanbieder. Dat gaat dan in de regel op basis van externe inhuur en dus niet in de vorm van een vaste aanstelling. De zorgaanbieder zal daarmee voor deze vorm van zorg afhankelijk blijven van een vorm van externe inhuur. Daar signaleren meerdere partijen een risico. Zowel de beschikbaarheid van huisartsen als de beschikbaarheid van so en avg is schaars. De cliëntengroep waarvoor de zorgaanbieder na de overheveling zorginhoudelijk verantwoordelijk wordt, is relatief zwaar ten opzichte van de gemiddelde populatie van de huisarts. Na overheveling van deze cliëntengroep naar de Wlz wordt de zorgaanbieder zorginhoudelijk hoofverantwoordelijk voor deze groep. Zij kunnen/moeten hierbij huisartsen betrekken, maar huisartsen zijn niet verplicht hun medewerking te verlenen. Zonder regionale medewerking van huisartsen wordt het voor zorgaanbieders moeilijk om het geheel aan behandeling te blijven waarborgen. Zorgaanbieders signaleren deze beweging al bij dat deel van de cliënten dat het geheel van verblijf en behandeling nu al vanuit de instelling ontvangt.

Mogelijke maatregelen

Een mogelijke oplossing (op het gebied van bekostiging) is het reguleren van de tarieven van de huisartsenzorg. Daar waar zorgaanbieders niet in staat gaan zijn om de algemeen geneeskundige zorg zelf te organiseren (door voldoende so/avg aan te trekken, en de rol van de huisarts beperkt te houden waar dat inhoudelijk verantwoord is), bestaat het risico dat huisartsen zich alleen nog aan deze cliëntgroep verbinden als hier vanuit de zorgaanbieder een relatief hoge vergoeding tegenover staat. Dit specifieke risico kan worden geadresseerd door te reguleren welk bedrag (per handeling/per uur/per cliënt per jaar) een huisarts maximaal in rekening mag brengen aan de zorgaanbieder.

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

Het inzetten van tariefregulering op onderlinge dienstverlening heeft echter ook twee belangrijke nadelen:

¹⁹ <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/cgs/regelgeving/huisartsgeneeskunde-7.htm>

1. Regulering zal moeten gelden voor alle cliënten binnen de Wlz, niet enkel de cliëntgroep die nu overgeheveld wordt. Dit is een vrij forse ingreep in de huidige verhoudingen tussen huisarts en zorgaanbieder, die niet zozeer ingegeven wordt door de overheveling waarover nu wordt geadviseerd, maar door schaarste in het huidige aanbod van generalistische zorg door zowel de huisarts als de so en avg. De regionaal verschillende manieren waarop de huisarts wordt betrokken bij de behandeling van Wlz-cliënten, komt mede tot uiting in de vele vormen van bekostiging van de inzet van de huisarts door de zorgaanbieder. De vrijheid die nu bestaat om de vergoeding van de huisarts regionaal op maat vorm te geven verdwijnt grotendeels als de bekostiging van de inzet van de huisarts landelijk uniform wordt gereguleerd. Dit maakt het systeem minder flexibel.
2. Belangrijker nog, het reguleren van het tarief dat een huisarts aan een zorgaanbieder in rekening mag brengen, ondervangt niet de situatie dat een huisarts zijn/haar medewerking aan de door de zorgaanbieder te leveren zorg kan weigeren. Sterker, regulering van de tarieven ontnemt de mogelijkheid om hogere tarieven overeen te komen daar waar het aanbod daadwerkelijk schaars is en alleen te realiseren is met hogere tarieven. Regulering van de tarieven kan daarmee aanmoedigen dat huisartsenzorg regionaal in zijn geheel niet meer beschikbaar is voor Wlz-cliënten. Hiermee komt de zorgverlening in gevaar, en niet enkel de kosten van zorg voor de behandelaar.

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

De risico's die verbonden zijn aan het reguleren van het tarief dat een huisarts in rekening mag brengen aan een zorgaanbieder wegen we in deze fase zwaarder dan de mogelijke voordelen. Mocht in de komende periode blijken dat de marktverhoudingen zich zodanig ontwikkelen dat regulering van de tarieven die huisartsen in rekening brengen aan de zorgaanbieder wenselijk wordt, kan dit ook na de overheveling alsnog worden overwogen.

Paramedische zorg

Ook paramedische zorg is een zorgvorm die vrijwel standaard onderdeel is van het door de cliënt benodigde geheel aan behandeling. Het gaat dan bijvoorbeeld om de inzet van fysiotherapie, een diëtist of ergotherapeut. Evenals het aandeel generalistische zorg is het aandeel paramedische zorg een centraal onderdeel van het geheel aan behandeling die binnen de Wlz georganiseerd moet worden. Vanuit de gedachte dat juist op het gebied van de integrale coördinatie van en verantwoordelijkheid voor behandeling door de zorgaanbieder winst te boeken is door de overheveling, ligt het voor de hand om deze zorg ook integraal te bekostigen als onderdeel van het geheel aan behandeling. Ook hier geldt dat dit volledig aansluit bij de wijze waarop nu de zorg wordt bekostigd voor de cliënten die al behandeling ontvangen binnen de Wlz, waarmee op dit punt geen technische uitvoeringsproblematiek wordt geïntroduceerd in het overhevelingstraject.

Aandachtspunten

Paramedische zorg wijkt echter op een aantal punten duidelijk af van huisartsenzorg, waarmee sommige aandachtspunten of obstakels die bij bijvoorbeeld huisartsenzorg optreden, niet of nauwelijks aan de orde zijn. Ten eerste is het veel gebruikelijker dat fysiotherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten, vaktherapeuten, et cetera in loondienst verbonden zijn aan de zorgaanbieder. Deze beroepsgroepen kennen niet de verplichting vanuit registratie-eisen dat zij naast de werkzaamheden bij

een zorgaanbieder verbonden moeten zijn aan een “reguliere” praktijk. Het automatisme dat een zorgaanbieder afhankelijk wordt van een vorm van externe inhuur of onderaannemerschap om de volledige behandeling voor de cliënt te kunnen borgen, is daarmee veel minder van toepassing.

Daarbij speelt voor deze beroepsgroep veel minder dat sprake is van schaarste aan de aanbodzijde. Niet voor niets is binnen de Zvw voor deze beroepsgroep veelal sprake van vrije tarieven (of valt het zelfs geheel buiten een vorm van NZa-regulering). Het is daarom veel minder waarschijnlijk dat een zorgaanbieder problemen gaat ondervinden om deze zorgvorm voor een redelijk tarief te borgen. Dat overigens wil niet zeggen dat paramedische inzet vanuit een Wlz instelling inhoudelijk gelijk is aan de zorg door paramedici in de eerste lijn.

We hebben uit de gesprekken met partijen geen signalen ontvangen dat de inzet van paramedische zorg hier tot specifieke knelpunten in de vorm van prijsopdrijving leidt als gevolg van deze open vorm van regulering. Het inzetten van aanvullende tariefregulering zoals bij de huisartsenzorg omschreven, lijkt daarmee voor deze zorgvorm minder voor de hand te liggen dan bij de geneeskundige zorg.

Farmaceutische zorg

Een integraal bekostigingsmodel is de situatie zoals deze voor de farmaceutische zorg nu al geregeld is voor cliënten die behandeling vanuit de Wlz ontvangen. Farmaceutische zorg wordt voor deze cliënten namelijk al bekostigd vanuit het integrale tarief. Als de kosten voor geneesmiddelen van een cliënt boven een drempelwaarde uitstijgen, kunnen zorgaanbieders de kosten voor geneesmiddelen vergoed krijgen via een voorziening in de bekostiging van extreme kosten voor geneesmiddelen²⁰. Deze voorziening blijft bestaan indien gekozen wordt voor een integraal bekostigingsmodel.

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

Aandachtspunten

Wel is er een aantal aandachtspunten bij een integraal bekostigingsmodel:

- Keuzevrijheid
Een nadelig effect voor cliënten kan zijn dat zij minder keuzevrijheid hebben. Ze worden afhankelijk van de apotheek en het geneesmiddel waar de instelling afspraken mee/over heeft gemaakt. Dit kan betekenen dat cliënten moeten wisselen van apotheek of geneesmiddel. Om deze keuzevrijheid te waarborgen moeten er voldoende afspraken gemaakt worden met apotheken. Zorgaanbieders die op dit moment nog geen behandeling leveren, hebben nog geen contracten (financiële afspraken) met apotheken. Voor de kleinschalige instellingen zal het lastiger zijn om afspraken te maken met een apotheek dan voor de

²⁰ Deze voorziening is beschreven in de Beleidsregel overige kosten Wlz 2018, kenmerk BR/REG-18139a, onder de paragraaf Extreme kosten zorggebonden materiaal en geneesmiddelen.

grotere. Brancheorganisaties van (keten)apotheken en zorgkantoren hebben hun zorgen hierover uitgesproken tegen de NZa: zij vragen zich af of kleine instellingen hier überhaupt toe in staat zijn.

- Administratieve lasten
Partijen wijzen hiernaast ook op de administratieve lasten die gepaard gaan met onderaanneming. Zowel zorgaanbieders als apotheken moeten contracten gaan afsluiten of minimaal opnieuw nadenken en afstemmen over de lopende afspraken. Daarnaast zal het voor instellingen die weinig spreiding hebben in de zorgzwaarte van cliënten lastiger te regelen zijn dan voor instellingen die meer spreiding in de cliëntpopulatie hebben. De beoordeling van medicatiegebruik komt volgens zorgkantoren en branchepartijen van (keten)apotheken niet in het geding: dit gebeurt op cliëntniveau, niet op basis van omvang van de verblijfslocatie. Dit geldt voor zowel grote als kleine zorgaanbieders. Echter, er is ook onderzoek gedaan naar de uitvoeringsconsequenties door het onderzoeksbureau Significant. In dit rapport wordt aangegeven dat - bij het kiezen voor een integraal bekostigingsmodel - straks meer grip is op medicatieveiligheid, omdat het voor zorginstellingen eenvoudiger wordt om farmaceutische zorg te bundelen bij een apotheek in plaats van te werken met verschillende apotheken. Ook vermindert dit de administratieve lasten voor zorgaanbieders.

Mogelijke maatregelen

De maatregelen die de aandachtspunten voor de farmaceutische zorg kunnen mitigeren, zien we niet in het aanpassen van het principe van een integraal bekostigingsmodel. Wanneer we meer richting een modulair bekostigingsmodel gaan of gereguleerde tarieven voor de onderlinge dienstverlening, dan moeten er (maximum)bedragen worden vastgesteld. Dat is een lastige opgave, aangezien we momenteel geen maximumbedragen kennen in de farmaceutische zorg, zowel in de Wlz (integraal tarief) als in de Zvw (vrije tarieven). De prestatie farmacie bestaat bovendien altijd uit de combinatie verstrekking, zorg (medicatiebewaking en afstemming) en de medicatie zelf (geneesmiddel). Dat maakt het nog lastiger om losse, gereguleerde prestaties vast te stellen voor farmaceutische zorg. Partijen vinden dat deze drie aspecten van farmaceutische zorg niet uit elkaar gehaald mogen worden in de bekostiging. Dit zou straks nog steeds onder dezelfde noemer/tarief moeten vallen, namelijk farmaceutische zorg.

Mondzorg

De huidige bekostiging van de mondzorg sluit niet goed aan bij het advies van het Zorginstituut. In lijn met onze argumenten om te kiezen voor een integrale bekostiging van behandeling stellen we voor om mondzorg onderdeel te maken van de integrale prestaties, en daarmee beter aan te sluiten bij het advies van het Zorginstituut. Daar waar zorgkantoren in de huidige situatie aparte afspraken met mondzorgverleners, maken, wordt dat onderdeel van een integrale prestatie en afspraken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. Zorgkantoren zijn daarmee beter in staat om de zorginkoop te doen (minder contractpartijen) en kunnen sturen op doelmatigheid van de uitgaven. Hiervoor is het wel noodzakelijk dat er gedifferentieerd wordt ingekocht. Mondzorg onderdeel maken van de integrale prestaties heeft ook tot gevolg dat het honorarium van de tandarts, techniekkosten en de narcosebehandelingen integraal worden opgenomen in de prestaties. De boven-budgettaire bekostiging van een deel van de mondzorg verdwijnt hiermee. Dit heeft een positief effect op de macro-betaalbaarheid.

Aandachtspunten

Er zijn enkele aandachtspunten geopperd bij de levering van mondzorg in de integrale variant. Nederlandse Zorgautoriteit

- Beschikbaarheid van leveringsvorm
Partijen geven aan dat er sprake is van schaarse capaciteit in de mondzorg, zij het in mindere mate dan voor de geneeskundige zorg. Er zijn relatief veel zzp'ers werkzaam in de mondzorg. Er zitten fiscale nadelen aan het afsluiten van contracten met zorgaanbieders. Daarnaast geeft men aan dat met name voor kleine aanbieders beperkte mogelijkheden aanwezig zijn om te compenseren voor cliënten die dure mondzorg nodig hebben. Dat vergroot de kans op risicoselectie door zorgaanbieders.
- Administratieve lasten
Partijen wijzen op de toename van administratieve lasten die het sluiten van overeenkomsten met zorgaanbieders met zich meebrengt als voor een integraal tarief gekozen wordt.
- Kwaliteit en afbakening
Partijen geven aan dat er een inhaalslag heeft plaatsgevonden in de mondzorg voor Wlz-cliënten. Kiezen voor een integraal tarief kan volgens partijen betekenen dat de kwaliteit van de mondzorg weer achteruit gaat. Ook geven partijen aan dat er vaak te weinig kennis is over mondzorg in instellingen. Preventie en onderhoud van het gebit vindt soms te weinig plaats. Partijen zijn van mening dat de middelen voor mondzorg binnen een integraal tarief geormerkt moeten worden, om te voorkomen dat de zorgaanbieder keuzes maakt waardoor de kwaliteit van de mondzorg onder druk komt te staan.

Mogelijke maatregelen

De NZa beschikt op dit moment niet over de declaratiegegevens van de mondzorg. Om die reden is het niet mogelijk om inzicht te geven in de kosten voor mondzorg per zzp. Ook bestaat geen inzicht in de verschillen op cliëntniveau en of er bijvoorbeeld sprake is van cliënten met zeer hoge kosten voor mondzorg. We kunnen dan ook de gevolgen voor de individuele zorgaanbieder op dit moment niet in kaart brengen. We nemen dit mee bij de invoering.

Hulpmiddelen

De bekostiging van hulpmiddelen is op dit moment complex geregeld. Ten eerste omdat hulpmiddelen een breed begrip is. Ten tweede omdat er voor de verschillende hulpmiddelen die we kennen geen eenduidige bekostiging is. De bekostiging voor Wlz-cliënten is op dit moment vanuit drie domeinen (Wlz, Zvw en Wmo) geregeld. Ten slotte is het advies van het Zorginstituut voor hulpmiddelen breder dan voor de andere zorgvormen. Voor de hulpmiddelen verandert er namelijk wat voor zowel de cliënten met als zonder behandeling. Voor de cliënten zonder behandeling verandert dat de hulpmiddelen straks ten laste van de Wlz komen in plaats van de Zvw. Daarnaast verandert voor deze cliënten, maar ook voor de groep die al behandeling uit de Wlz ontvangt, het aantal hulpmiddelen dat onder de Wlz valt. Het Zorginstituut schrijft namelijk dat alle hulpmiddelen voor een Wlz-cliënt uit de Wlz betaald moeten worden. Dat betekent dat ook de hulpmiddelen die nu vanuit de zorgverzekering van de cliënt worden vergoed straks ten laste van de Wlz komen. We hebben het dan bijvoorbeeld over hoortoestellen of pruiken.

In tabel 2 presenteren we nogmaals de huidige situatie. In deze paragraaf maken we onderscheid tussen gebruikshulpmiddelen, verbruikshulpmiddelen en roerende voorzieningen. We gaan specifiek in op

de hulpmiddelen die vanuit de Zvw naar de Wlz overkomen. In de tabel presenteren we ook welke hulpmiddelen bij welke groep horen. Voor de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen verandert niks.

Hulpmiddelen	Zzp met behandeling	Zzp zonder behandeling	vpt	ggz
1. Gebruikshulpmiddelen				
Individueel aangepaste rolstoel	Wlz	Wmo	Wmo	Wmo
Aangemeten hulpmiddelen	Wlz	Zvw	Zvw	Zvw
Overige mobiliteits-hulpmiddelen	Wmo	Wmo	Wmo	Wmo
2. Verbruikshulpmiddelen				
Verbruiks-hulpmiddelen	Wlz	Zvw	Zvw	Zvw
3. Roerende voorzieningen				
Roerende voorzieningen	Wlz	Wlz	Wmo	Wmo
Woningaanpassingen	n.v.t.	n.v.t.	Wmo	Wmo
4. Eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen				
Eenvoudige mobiliteits-hulpmiddelen	Eigen betaling	Eigen betaling	Eigen betaling	Eigen betaling

Tabel 3: huidige situatie hulpmiddelen.

Aandachtspunten

In onderstaande paragrafen beschrijven we per soort hulpmiddel de aandachtgebieden.

1. Gebruikshulpmiddelen

De gebruikshulpmiddelen die nu al vanuit de Wlz bekostigd worden, worden nu boven-budgettair bekostigd. Deze hulpmiddelen zijn vanuit de historie niet in het integrale tarief opgenomen. Neem bijvoorbeeld de rolstoel: er is een enorm scala aan verschillende rolstoelen en prijzen, over het algemeen zijn het dure hulpmiddelen. Hetzelfde geldt voor de andere mobiliteitshulpmiddelen en individueel aangepaste hulpmiddelen. Er is zoveel variatie en soorten en prijzen dat niet eenvoudig kan worden bepaald of deze middelen in een integrale prestatie kunnen worden opgenomen.

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

Voor zorgkantoren betekent de overheveling dat zij straks veel meer hulpmiddelen moeten verstrekken. Momenteel verstrekken zij alleen rolstoelen aan cliënten in een instelling met behandeling en verstrekken gemeenten op incidentele basis andere mobiliteitshulpmiddelen (vooral een aangepaste fiets aan cliënten in een instelling voor gehandicaptenzorg). De verstrekking van deze gebruikshulpmiddelen gaat straks allemaal via het zorgkantoor.

2. Verbruikshulpmiddelen

De verbruikshulpmiddelen zitten nu al in het integrale tarief. Daarnaast kennen we, net als voor farmaceutische zorg, voor verbruikshulpmiddelen een extra voorziening in de vergoeding van extreme kosten (Beleidsregel overige kosten Wlz 2018, kenmerk BR/REG-18139a). Bij een integrale prestatie verandert er in vergelijking met de overige modellen voor de minste cliënten iets, namelijk alleen voor cliënten die nu geen behandeling ontvangen vanuit de Wlz.

De aandachtsgebieden bij verbruikshulpmiddelen zijn:

- Keuzevrijheid
Deze cliënten kunnen nu kiezen voor een bepaalde hulpmiddelenleverancier. Bij een integrale prestatie die voor iedereen zou gelden, kan dat niet meer: dan kiest de instelling. Het kan dus gebeuren dat cliënten moeten wisselen van verbruikshulpmiddel, bijvoorbeeld incontinentiemateriaal. Ook bij hulpmiddelen speelt keuzevrijheid dus een rol. Naast dit nadeel van integrale prestaties geven partijen geen nadeel voor dit model, met name omdat men al bekend is met dit model en er geen signalen van zijn dat dit een onwenselijke situatie is.
- Kwaliteit en afbakening
In de Zvw is er veel werk verricht om kwaliteitsnormen in te voeren voor verbruiksmateriaal. Het gaat dan om diabetes-, incontinentie-, stoma- en wondmateriaal. Volgens partijen worden deze kwaliteitsnormen in de Wlz nog niet gehanteerd. Hulpmiddelenleveranciers geven aan dat de kwaliteit van hulpmiddelen in de Wlz daarom lager is dan in de Zvw. Ze zijn daarom van mening dat ze de verbruikshulpmiddelen het liefst helemaal niet naar de Wlz over zien gaan. Indien er overgegaan wordt op een integrale prestatie, zal een lobby moeten worden gestart om de kwaliteit op te schroeven.
- Administratieve lasten
Met een integrale prestatie moeten hulpmiddelenleveranciers met alle afzonderlijke instellingen afspraken maken. Wanneer er sprake zou zijn van afzonderlijke prestaties is het doelmatiger, omdat er dan afspraken gemaakt kunnen worden over grotere volumes. Ook zijn er minder administratieve lasten mee gemoeid. Daarnaast sluiten leveranciers liever zelf de contracten met zorgkantoren dan dat ze dat aan de instellingen overlaten. Ook is er met afzonderlijke prestaties het meeste inzicht in de kosten die in verbruikshulpmiddelen omgaan. Wel heeft dit tot effect dat de administratieve lasten bij zorgkantoren toeneemt.

3. Roerende voorzieningen

Onder roerende voorzieningen vallen de aanpassingen in en aan de woning van cliënten. Voor de cliëntgroep die al behandeling in een institutionele setting ontvangen, worden roerende voorzieningen betaald vanuit het integrale tarief. Een integrale prestatie betekent dan ook de minste veranderingen. Afzonderlijke prestaties of regulering op onderlinge dienstverlening is nagenoeg onmogelijk: we kennen nu geen prestaties en tarieven voor deze groep hulpmiddelen. Voor roerende voorzieningen ligt het dan ook voor de hand om integrale prestaties voor iedereen in te voeren: zo gaat het nu al voor een overgrote deel van de cliënten.

Zvw-hulpmiddelen

Wlz-clieuten, zowel in een institutionele setting als daarbuiten, ontvangen momenteel hulpmiddelen vanuit de Zvw. Dit is het geval als deze hulpmiddelen niet noodzakelijk zijn in verband met de in de instelling

gegeven zorg, zoals bijvoorbeeld hoortoestellen, visuele hulpmiddelen (speciale lenzen en brillen) en infuuspompen. De kern van het advies van het Zorginstituut is dat bij institutionele zorg alle behandeling en aanvullende zorg ten laste van de Wlz moet komen. Dit zou betekenen dat alle Zvw-hulpmiddelen onderdeel worden van de Wlz. Daarmee adviseert het Zorginstituut niet alleen om pakketverschillen tussen instellingen met en zonder behandeling op te heffen, maar ook om alle Zvw-hulpmiddelen in de Wlz onder te brengen. Dat betekent een aanzienlijke uitbreiding van de aanspraak op hulpmiddelen in de Wlz en een stijging van de Wlz-kosten voor mensen die nu al behandeling op grond van de Wlz ontvangen. Daarmee ontstaat een meer overzichtelijke uitvoeringspraktijk.

De directie Langdurige Zorg van VWS heeft in het kader van het pakketadvies van het Zorginstituut over behandeling in de Wlz behoefte aan inzicht in de gewenste positionering van Zvw-hulpmiddelen aan Wlz-cliënten. De komende periode wordt dit advies getoetst op juridische, financiële en uitvoeringsconsequenties om meer inzicht te krijgen in de meerwaarde van de geadviseerde overheveling van Zvw naar Wlz. Daarnaast wordt er gekeken of er mogelijk via andere manieren adequate hulpmiddelenzorg aan Wlz-cliënten te organiseren is. In het onderzoek dat VWS heeft uitgezet, wordt een beperkt aantal varianten nader onderzocht, zoals het voorstel van het Zorginstituut (het positioneren van alle Zvw-hulpmiddelen in de Wlz), het positioneren van alle hulpmiddelen in de Zvw en een tussenvariant, waarbij een deel van deze hulpmiddelen uit de Wlz worden betaald (zoals bijvoorbeeld de hulpmiddelen die nu aan specifieke Wlz-cliënten vanuit de Wlz worden betaald) en het overige deel vanuit de Zvw.

De uitkomsten van dit onderzoek moeten uiterlijk op 1 december 2018 zijn afgerond. Deze deadline is voor ons te laat om de input mee te nemen in ons advies. Daarom gaan wij in ons advies uit van de situatie zoals het Zorginstituut deze heeft geschetst: alle hulpmiddelen verstrekt aan een cliënt met een vpt of zzp komen over vanuit de Zvw naar de Wlz.

5. Financiële impact

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk brengen wij de macro-financiële gevolgen van het advies van het Zorginstituut in kaart. We beantwoorden daarbij de vragen die VWS aan ons heeft gesteld. In paragraaf 2 geven we inzicht in de omvang van de kosten die per deeltkader vanuit de Zvw naar de Wlz verschuiven. We maken daarbij onderscheid naar de hoge en de lage zzp's. Tevens staan we stil bij de raming van de kosten voor hulpmiddelen die vanuit de Wmo naar de Wlz-verschuiven. De geraamde daling van het Zvw-kader en het Wmo-kader vormt het minimumbedrag waarmee het Wlz-kader moet worden opgehoogd. In paragraaf 3 presenteren we een raming van de maximale verhoging van het Wlz-kader. Daarna beschrijven we in paragraaf 4 enkele factoren die het grote verschil tussen het minimum- en maximumbedrag waarmee het Wlz-kader moet worden opgehoogd verklaren.

5.2 Minimale ophoging Wlz-kader

Uitname Zvw

Om de uitname uit de Zvw te ramen hebben we gebruik gemaakt van een Vektis bestand. In het bestand is voor alle cliënten met een zzp zonder behandeling of een vpt de samenloop in de Zvw opgenomen. Onder samenloop verstaan we de gedeclareerde kosten in de Zvw tijdens de periode van verblijf in een Wlz-instelling. Voor de sectoren vv en ghz gaan baseren we ons op het jaar 2016 en voor de ggz-sector is 2014 het meest recente beschikbare jaar. De samenloopkosten hebben we onderverdeeld naar de verschillende zorgvormen.

In tabel 5 is de samenloop per deeltkader weergegeven voor de sectoren vv en ghz. We maken onderscheid naar leveringsvorm en per leveringsvorm in lage en hoge zzp's.

Deeltkader	Totaal	Hoog zzp	Laag zzp	Hoog vpt	Laag vpt
Geneeskundige zorg	€ 57,5	€ 43,7	€ 8,8	€ 4,4	€ ,6
Paramedische zorg	€ 24,8	€ 20,3	€ 2,2	€ 2,0	€ ,2
Farmaceutische zorg	€ 109,9	€ 83,7	€ 17,4	€ 7,7	€ 1,2
Mondzorg	€ 4,3	€ 3,5	€ 0,5	€ 0,3	€ 0,0
Hulpmiddelen	€ 68,3	€ 54,6	€ 7,9	€ 5,3	€ 0,6
Ggz basis en gespecialiseerd	€ 20,3	€ 16,6	€ 1,9	€ 1,7	€ 0,2
Totaal	€ 285,2	€ 222,4	€ 38,7	€ 21,4	€ 2,7

Bedragen zijn vermeld in miljoenen euro's. Bron: samenloopbestand Vektis 2016.

Tabel 4: Uitname Zvw voor sectoren vv en ghz

In totaal ramen we de uitname uit de Zvw voor de sectoren vv en ghz op een bedrag van 285,2 miljoen euro.

In tabel 6 is de samenloop per deeltkader weergegeven voor de cliënten met een psychische stoornis die toegang gaan krijgen tot de Wlz.

Deelkader	Totaal
Geneeskundige zorg	€ 1,9
Paramedische zorg	€ 0,4
Farmaceutische zorg	€ 12,7
Mondzorg	€ 0,7
Hulpmiddelen	€ 1,9
Ggz basis en gespecialiseerd	€ 56,1
Totaal	€ 73,6

Bedragen zijn vermeld in miljoenen euro's. Bron: samenloopbestand Vektis 2014.

Tabel 5: Uitname Zvw voor de ggz-sector

In totaal ramen we de uitname uit de Zvw voor de ggz-cliënten die vanuit de Wmo de Wlz instromen op een bedrag van 73,6 miljoen euro.

In bovenstaande tabellen is uitgegaan van het aantal Wlz-cliënten in 2016. De populatie wijzigt in de periode 2016-2019, bijvoorbeeld als gevolg van het niet meer afgeven van indicaties voor lage zzp's. Daarom hebben we ook een raming van de uitname Zvw gedaan voor het jaar 2019. In tabel 7 staat deze prognose voor de sectoren vv en ghz. De raming houdt alleen rekening met volumewijzigingen. Het prijspeil van de samenloopkosten is 2016. Uit de raming blijkt een daling van de uitname uit de Zvw, ten opzichte van de werkelijke kosten 2016. De raming van de uitname voor de sectoren vv en ghz komt uit op 267,2 miljoen euro in 2019. Voor een zo nauwkeurig mogelijke berekening van de uitname Zvw, adviseren we om vlak voor de overheveling de uitname nogmaals te berekenen op basis van de dan beschikbare declaraties.

Deelkader	Totaal	Hoog zzp	Laag zzp	Hoog vpt	Laag vpt
Geneeskundige zorg	€ 53,8	€ 42,5	€ 3,8	€ 7,2	€ 0,3
Paramedische zorg	€ 23,5	€ 19,6	€ 1,0	€ 3,0	€ 0,0
Farmaceutische zorg	€ 101,1	€ 81,2	€ 7,3	€ 12,1	€ 0,6
Mondzorg	€ 4,1	€ 3,4	€ 0,3	€ 0,4	€ 0,0
Hulpmiddelen	€ 64,8	€ 53,0	€ 3,3	€ 8,3	€ 0,3
Ggz basis en gespecialiseerd	€ 19,8	€ 15,9	€ 1,0	€ 2,8	€ 0,1
Totaal	€ 267,2	€ 215,5	€ 16,7	€ 33,7	€ 1,2

Bedragen zijn vermeld in miljoenen euro's. Bron: samenloopbestand Vektis 2016.

Tabel 6: Uitname Zvw voor sectoren vv en ghz, raming 2019.

Uitname Wmo

De rolstoelen en roerende voorzieningen verschuiven van de Wmo naar de Wlz. We zijn niet in staat geweest om de met de overheveling gepaarde mutatie van het Wmo-kader goed te ramen. Het ontbreekt ons aan voldoende nauwkeurig inzicht in de door zorgaanbieders gedeclareerde kosten of de uitgaven van de gemeenten. We hebben daarom een indicatieve raming gemaakt om zo enig inzicht te geven in de orde van grootte van een eventueel over te hevelen bedrag. Hieronder lichten wij deze indicatieve raming toe.

Roerende voorzieningen zoals een hoog-laag bed, tillift en postoeel zijn opgenomen in de nic van de zzp's inclusief behandeling. Wij hebben voor de raming aangenomen dat deze roerende voorzieningen 50% onderdeel zijn van inventariscomponent die hoort bij behandeling. De inventariscomponent is immers maar een relatief klein onderdeel van het totale zzp exclusief behandeling tarief. Zo is bijvoorbeeld de

inventariscomponent van de component behandeling bij zzp vv-5 € 1,48 en bij zzp incl. dagbesteding vg-8, lg-7, zg-4-aud en zg-4-vis circa € 2,63.

De verlaging van het Wmo kader als gevolg van de overheveling van de rolstoelen voor individuele gebruik hebben wij voorsnog gelijk gesteld aan de geraamde ophoging van het Wlz-kader. Hierop is in mindering gebracht het aandeel dat wordt overgeheveld uit de Zvw. Deze raming is waarschijnlijk te hoog omdat bijvoorbeeld mensen geïndiceerd in een hoog profiel, bijvoorbeeld vg-8, meer gebruik maken van een rolstoel dan cliënten geïndiceerd in een laag profiel.

Deelkader	Totaal	Hoog zzp	Laag zzp	Hoog vpt	Laag vpt
Roerende voorzieningen (zoals h/l bed, tillift, postoeel)	€ 15,4	€ 12,4	€ 1,0	€ 2,0	€ 0,1
Individuele rolstoel	€ 64,1	nb	nb	nb	nb
Overige mobiliteitshulpmiddelen (zoals fiets en scootmobiel)	nb	nb	nb	nb	Nb

Bedragen zijn vermeld in miljoenen euro's.

Tabel 7: Indicatieve uitname Wmo voor de sectoren vv en ghz.

Voor de individuele rolstoel en overige mobiliteitshulpmiddelen zijn door partijen afspraken gemaakt over welke kosten nog uit de Wmo worden bekostigd. Het gevolg hiervan is dat er sprake zal zijn van een geleidelijk ingroeitraject vanaf het moment van invoering. Het zal enkele jaren duren voordat alle individuele rolstoelen en overige mobiliteitshulpmiddelen volledig uit de Wlz worden bekostigd.

Samengevat

We ramen de minimale ophoging van het Wlz-kader door de uitname Zvw voor de sectoren vv en ghz (Tabel 4), de uitname Zvw voor de ggz-sector (Tabel 5) en de uitname Wmo (Tabel 7) op te tellen. Dit levert een minimale toekomstige verhoging van het Wlz-kader van $267,2 + 73,6 + 15,4 + 64,1 = 420,3$ miljoen euro op.

5.3 Maximale ophoging Wlz-kader

De hierboven geraamde daling van het Zvw-kader en het Wmo-kader zijn tezamen het bedrag waarmee het Wlz-kader ten minste moet worden opgehoogd. Wij hebben aanvullend hierop ook de maximale ophoging van het Wlz-kader berekend. Deze maximale ophoging is berekend voor het jaar 2016 en geraamd voor het jaar 2019. In dit consultatiedocument is de maximale ophoging gebaseerd op de toepassing van een prestatiestructuur waarbij sprake is van een integrale bekostiging op basis van zzp- en vpt-prestaties inclusief behandeling. Indien voor een andere prestatiestructuur wordt gekozen dan moet de impact opnieuw worden berekend. In Bijlage 5 is de methode beschreven die we hebben gebruikt om de maximale ophoging van het Wlz-kader voor de verschillende onderdelen (zzp en vpt, dure geneesmiddelen & materialen, boven-budgettaire hulpmiddelen, boven-budgettaire mondzorg) te berekenen.

In Tabel 8 staat de maximale ophoging van het Wlz-kader voor het jaar 2016 uitgesplitst naar hoge en lage zzp's. De berekende ophoging gaat uit van het aantal zzp- en vpt-dagen zoals bij ons bekend na de nacalculatie

over het jaar 2016 en de bij ons bekende boven-budgettaire uitgaven voor dure zorggebonden materiaal en geneesmiddelen, mondzorg en hulpmiddelen in 2016. Tevens is rekening gehouden met een ophoging van de zzp- en vpt-prestaties met een behandelcomponent waarin de gevolgen van het kostenonderzoek langdurige zorg zijn verwerkt door de tarieven voor het jaar 2019 te indexeren naar 2016. Het volume van de over te hevelen ggz-groep is gebaseerd op het aantal cliënten genoemd in het rapport "Ggz-cliënten in de Wlz" van Bureau HHM vermenigvuldigd met 366 dagen.

Deelkader	Totaal	Hoog zzp	Laag zzp	Hoog vpt	Laag vpt
Ghz/vv zzp's en vpt's, crisiszorg, mutatie-dagen.	€ 648,8	€ 541,7	€ 93,3	€ 10,2	€ 3,7
Aandeel mondzorg op te nemen in ghz/vv zzp's en vpt's	€ 18,0	€ 14,3	€ 2,4	€ 1,2	€ 0,2
Ghz/vv extreme kosten zorggebonden materiaal + geneesmiddelen	€ 6,4	€ 4,7	€ 1,1	€ 0,4	€ 0,1
Ghz/vv boven-budgettaire hulpmiddelen	€ 71,7	€ 53,6	€ 12,1	€ 5,1	€ 0,9
Subtotaal vv + ghz	€ 744,8				
ggz-c zzp en vpt etc.	€ 84,3	nb	nb	nb	nb
Aandeel mondzorg op te nemen in ggz zzp's en vpt's.	€ 3,0	nb	nb	nb	nb
ggz-c zorggebonden materiaal + geneesmiddelen	€ 0,6	nb	nb	nb	nb
ggz-c boven-budgettaire hulpmiddelen		nb	nb	nb	nb
Subtotaal ggz	€ 87,8				
Totaal	€ 832,7				

Bedragen zijn vermeld in miljoenen euro's. nb = niet te bepalen. Bron: Q 2016 en P prijspeil voorlopig 2016

Tabel 8: Maximale Verhoging Wlz-kader 2016.

In totaal berekenen we de toename van het Wlz-kader op een bedrag van 832,7 miljoen euro.

Bij de berekeningen in de bovenstaande tabellen is uitgegaan van het aantal Wlz-cliënten in 2016. De populatie wijzigt in de periode 2016-2019, bijvoorbeeld als gevolg van het niet meer afgeven van indicaties voor lage zzp's. Daarom hebben we ook een raming van de maximale ophoging gedaan voor het jaar 2019. In Tabel 9 staat de maximale ophoging zoals we die ramen voor het jaar 2019 uitgesplitst naar hoge en lage zzp's. De cijfers geven een actueel beeld van volumeontwikkeling en prijseffecten. Voor het volume is voor de vv- en ghz-sector de prognose voor december 2018 genomen. Deze prognose wordt ook altijd gebruikt voor het ramen van de contracteerruimte 2018. Het volume voor de ggz-c is gelijk aan het aantal cliënten genoemd in het HHM-rapport 'ggz-cliënten in de Wlz' en vermenigvuldigd met 365 dagen. De prijs van de behandelcomponent is gebaseerd op de tarieven 2019 die de NZa op 3 juli 2018 heeft gepubliceerd.

Deelkader	Totaal	Hoog zzp	Laag zzp	Hoog vpt	Laag vpt
Ghz/vv zzp's en vpt's, crisiszorg, mutatie-dagen.	€ 657,2	€ 588,2	€ 46,5	€ 20,0	€ 2,5
Aandeel mondzorg op te nemen in ghz/vv zzp's en vpt's	€ 17,2	€ 13,9	€ 1,3	€ 1,9	€ 0,1
Ghz/vv extreme kosten zorggebonden materiaal + geneesmiddelen	€ 6,3	€ 4,9	€ 0,5	€ 0,8	€ 0,0
Ghz/vv boven-budgettaire hulpmiddelen	€ 73,2	€ 57,3	€ 6,4	€ 9,0	€ 0,6
Subtotaal vv + ghz	€ 753,9				
ggz-c zzp en vpt, crisiszorg etc.	€ 90,9	nb	nb	Nb	nb
Aandeel mondzorg op te nemen in ghz/vv zzp's en vpt's	€ 3,0	nb	nb	Nb	nb
ggz-c zorggebonden materiaal + geneesmiddelen	€ 0,7	nb	nb	Nb	nb
ggz-c boven-budgettaire hulpmiddelen		nb	nb	Nb	nb
Subtotaal ggz	€ 94,5				
Totaal	€ 848,3				

Bedragen zijn vermeld in miljoenen euro's. nb = niet te bepalen. Bron: prognose Q 2018 en P prijspeil 2019.

Tabel 9: Maximale verhoging Wlz-kader 2019.

De toename van het Wlz-kader stijgt voor 2019 ten opzichte van de berekening voor 2016 in Tabel 8, als gevolg van volume en prijseffecten. In totaal ramen we de toename van het Wlz-kader op een bedrag van 848,3 miljoen euro.

In Tabel 10 staat een raming van de verschillende onderdelen voor het jaar 2019. Per onderdeel wordt een uitsplitsing gemaakt naar domein. Voor de Wlz wordt tevens onderscheid gemaakt tussen contracteerruimte en boven-budgettair. De bedragen voor de Wlz zijn gebaseerd op Tabel 9 en voor de Zvw en Wmo op de tabellen Tabel 4, Tabel 5 en Tabel 7.

Onderdeel	Zvw	Wmo	Wlz contracteerruimte	Wlz boven-budgettair
Beleidsregel zzp & vpt			€ 768,2	
Beleidsregel dure materialen en geneesmiddelen				€ 6,9
Individuele of aangemeten hulpmiddelen				€ 73,2
Behandeling mpt (per uur)			-€ 0,8	
Zvw deelkaders	-€ 340,7			
Wmo		-€ 79,6		
Subtotaal	-€ 340,7	-€ 79,6	€ 767,3	€ 78,7
Totaal	-€ 420,3		€ 847,5	

Bedragen zijn vermeld in miljoenen euro's.

Tabel 10: Overzicht domeinen 2019.

Samenvatting

De twee adviezen van het Zorginstituut hebben tot gevolg dat middelen worden overgeheveld van de Zvw en Wmo naar de Wlz.

Voor de Zvw ramen wij een daling van de uitgaven van 340,7 miljoen euro in 2019 en voor de Wmo ramen wij een indicatieve daling van 79,6 miljoen euro. Het Wlz-kader stijgt minimaal met 420,3 miljoen euro indien we, zoals gebruikelijk bij eerdere overhevelingen, ervan uitgaan dat de verleende zorg niet wijzigt. Het Wlz-kader stijgt maximaal met 847,5 miljoen euro indien we ervan uitgaan dat de zorg geleverd aan de cliënten met een zzp zonder behandeling en vpt gelijk zal zijn aan de zorg die nu cliënten met een zzp met behandeling ontvangen. Hiervan moet circa 767,3 miljoen euro worden toegevoegd aan de contracteerruimte. De boven-budgettaire kosten stijgen met 78,7 miljoen euro.

5.4 Verklaring verschillen

Als we de minimale en maximale ophoging van het Wlz-kader tegen elkaar afzetten, zien we een fors verschil. In deze paragraaf duiden we het verschil en waar mogelijk geven we ook een cijfermatige inschatting.

Om gevoel te krijgen voor de omvang van het verschil, geven we ter illustratie in Tabel 11 voor enkele veelvoorkomende prestaties het verschil weer. In de tabel zetten we de behandelcomponent in de Wlz af tegen de samenloopkosten uit de Zvw per dag.

Zzp	Behandelcomponent Wlz	totaal Zvw +AV	geneeskundige zorg	Paramedisch	farmaceutisch	GGZ basis & spec.	Hulpmiddelen	Aanvullende verzekering indien verzekerd
VG 3	€ 14,60	€ 4,35	€ 0,73	€ 0,19	€ 1,42	€ 0,71	€ 0,46	€ 0,84
VG 4	€ 19,79	€ 6,48	€ 0,96	€ 0,44	€ 2,50	€ 0,43	€ 1,24	€ 0,91
VV 4	€ 26,97	€ 13,14	€ 2,52	€ 0,86	€ 4,86	€ 0,76	€ 2,58	€ 1,56
VV 5	€ 29,43	€ 12,65	€ 2,82	€ 0,73	€ 4,20	€ 0,40	€ 3,03	€ 1,47

Tabel 11: verschil in uitgaven Zvw en Wlz per zzp dag 2016.

Om de verschillen te duiden hebben wij met diverse beleidsmedewerkers van brancheorganisaties, vrije beroepsbeoefenaren en medewerkers van zorgaanbieders gesproken. In Tabel 12 geven we een totaaloverzicht van het verschil en de oorzaken die we cijfermatig hebben kunnen onderbouwen met een schatting. De verklaring van het verschil hebben wij vooralsnog gebaseerd op de gegevens over 2016 omdat deze beter aansluiten bij de werkelijkheid dan de raming 2019. Het verschil tussen de 831,8 miljoen euro in onderstaande tabel en 832,7 euro in Tabel 8 komt door de correctie van de behandeluren (mpt) die bovenop de zzp's exclusief behandeling zijn geleverd.

	Minimale ophoging Wlz-kader		Maximale ophoging Wlz-kader	
Stand 2016		€ 438,3		€ 831,8
Korting zorgkantoren			-€ 25,7	
Aanvullende verzekering, alleen cliënten met aanvullende verzekering	€ 18,9			
Toe te voegen bedrag als iedere cliënt een aanvullende verzekering zou hebben gehad	€ 17,4			
Kruissubsidiering (vv, ghz)	€ 23,9		-€ 20,3	
VOV en DB personeel vg	€ 17,4			
VOV en DB personeel lg				
VOV en DB personeel zg				
Besparing medische specialistische zorg	€ 58,5			
Toevoegen nhc nic vpt bh				
Totaal		€ 574,3		€ 782,4
Onverklaard verschil		-€ 229,0		

Bedragen zijn vermeld in miljoenen euro's.

Tabel 12: Overzicht verklaringen verschil minimaal en maximaal bedrag toe te voegen aan het Wlz-kader.

Korting zorgkantoren

Het maximaal aan de Wlz toe te voegen bedrag is berekend met behulp van de tarieven die de NZa op 3 juli 2018 voor het jaar 2019 heeft gepubliceerd. In de praktijk bedingen zorgkantoren kortingen op deze tarieven. Indien we uitgaan van een korting van 3,5%, dan is hier een bedrag van 25,7 miljoen euro mee gemoeid.

Aanvullende verzekering

Het Zorginstituut heeft in haar advies al aangegeven dat de aanspraken in de Wlz ruimer zijn gedefinieerd dan in de Zvw. Dit geldt o.a. voor paramedische zorg en tandheekkundige zorg. Een deel van de zorg voor cliënten met een zzp exclusief behandeling of een vpt wordt waarschijnlijk nu op grond van een aanvullende verzekering vergoed. Wij ramen op basis van declaratiebestanden van Vektis dat dit bedrag circa 18,9 miljoen euro is. Wij kunnen momenteel niet goed inschatten in welke mate hiervoor zou moeten worden gecorrigeerd omdat allereerst geoordeeld zou moeten worden welk deel van de zorg die op grond van de aanvullende verzekering is verstrekt, onder de aanspraken van de Wlz past.

Indien zou worden geoordeeld dat de zorg verstrekt op grond van de aanvullende verzekering ook op grond van de Wlz moet worden verstrekt, dan moet nog een correctie plaatsvinden omdat niet iedereen waarbij sprake is van een zzp exclusief behandeling of een vpt een aanvullende verzekering heeft. Mensen met een licht verstandelijke handicap (vg-6, vg-7) hebben vaak geen aanvullende verzekering volgens gesproken partijen. Dit brengt met zich mee dat een tandarts bij deze cliënten minder zorg levert dan een tandarts die zorg levert aan cliënten die verblijven in een

instelling en daar ook behandeling ontvangen. Indien we ervan uit zouden gaan dat iedereen een aanvullende verzekering zou hebben gehad dan ramen wij de hiermee gemoeide uitgaven op circa 36,3 miljoen euro. Dit betekent dat we nog $36,3 - 18,9 = 17,4$ miljoen euro toevoegen.

Kruissubsidiëring vanuit de Wlz

Enkele zorgaanbieders die zorg leveren aan gehandicapten hebben aangegeven dat sprake is van kruissubsidiëring. Ze leveren ook behandeling (avg, gedragsdeskundigen, paramedisch, BOPZ-arts en non verbale therapieën) aan cliënten met een zzp exclusief behandeling of vpt maar hebben geen contractafspraken kunnen maken met Zvw verzekeraars. Dit sluit aan bij onze bevinding dat wij in de declaratiebestanden cliënten treffen waarvoor wel een zzp exclusief behandeling is gedeclareerd maar waarbij wij bij dezelfde cliënten geen enkele declaratie zien die ten laste van de Zvw is gebracht. Deze kruissubsidiëring zou bij de invoering van de nieuwe behandelartieven in mindering moeten worden gebracht op de zzp-tarieven met behandeling. Het totale bedrag gemoeid met de levering van zorg aan Wlz-clieënten met een zzp zonder behandeling of vpt waarbij geen Zvw-zorg is geleverd ramen wij op 44,2 mln. euro. Het betreft 23,9 miljoen euro voor zorg die op grond van de Zvw had moeten worden geleverd maar door de Wlz-instelling is geleverd en 20,3 miljoen euro voor de extra zorg die zou zijn geleverd als sprake zou zijn geweest van een zzp met behandeling.

Verskil verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend personeel en begeleiders dagbesteding.

Het verschil tussen het tarief voor zzp inclusief behandeling en het tarief voor zzp exclusief behandeling omvat niet alleen de vergoeding voor het personeel dat cliënten behandelt (paramedici, artsen). Het kan ook een vergoeding voor de kosten van verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend personeel omvatten. Dit komt voor indien bijvoorbeeld een instelling met behandeling veel meer of hoger geclassificeerd verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend personeel in dienst heeft dan een instelling die geen behandeling levert. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat de behandelaren van cliënten met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking niet alleen zelf de behandeling uitvoeren maar ook taken delegeren, zodat begeleiders dit kunnen doen op aanwijzing van de behandelaar. Voor de sub-sector verstandelijk gehandicapten (vg) ramen wij dit bedrag op circa 17,4 miljoen euro. Gedurende de consultatieronde ramen wij het bedrag dat hiermee is gemoeid voor de andere sectoren, zodat een preciezer inzicht ontstaat in de mate waarin de kosten voor de behandelaren opgenomen in een zzp verschillen van het Zvw domein.

Preventief vs. reactief

Geneeskundige en paramedische zorg die verstrekt wordt op grond van de Zvw wordt vaak pas geleverd nadat sprake is van een klacht. Het initiatief ligt vaak bij de patiënt en is reactief van aard. De zorg van een so of avg is veelal proactief/preventief van aard, waarbij geprobeerd wordt te voorkomen dat cliënten later intensievere of zwaardere zorg nodig hebben. Naar mening van een gesproken partij leidt de huidige set van aanspraken en de huidige contracteerruimte niet altijd tot een wenselijke situatie. Zo zou het te verdedigen zijn vanuit de beroepsgroep dat er altijd een arts moet zijn die in deze zorg kan voorzien bij een cliënt met een zzp of vpt vg-6 of vg-7.

Vektis heeft in opdracht van het ministerie van VWS een analyse uitgevoerd naar het gebruik van medisch specialistische zorg onder Wlz-clieënten. De analyse is uitgevoerd naar cliënten met een verstandelijke beperking en naar cliënten met een psychogeriatrische of somatische beperking. Uit de analyse blijkt dat indien behandeling wordt geleverd de

kosten voor medisch specialistische zorg lager zijn dan als geen behandeling wordt geleverd.

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

Bij cliënten met een psychogeriatrische of somatische beperking zien we veel grotere verschillen dan bij de cliënten met een verstandelijke beperking. Bij cliënten zonder behandeling wordt vaker een initieel dbc geopend en de kosten van de dbc zijn hoger. Hieronder lichten wij dit toe. Bij cliënten met een zzp zonder behandeling wordt veel vaker een dbc geopend dan bij cliënten met behandeling (respectievelijk 42% en 23% van de cliënten heeft een initiële dbc). Zzp vv-4 is een zzp dat nog veel wordt geleverd en waarbij vooral sprake is van de leveringsvorm zzp exclusief behandeling. Hier zien we dat 42% van de cliënten met een zzp vv-4 exclusief behandeling een geopend dbc heeft tegenover 29% van de cliënten met een zzp-4 inclusief behandeling. Gemiddeld genomen zijn de kosten van de dbc bij cliënten met behandeling, waarvoor een dbc is geopend, € 1021,- euro lager dan voor cliënten waarbij sprake is van een zzp exclusief behandeling. Deze besparing wordt mede veroorzaakt doordat er een verschil is in het bezoek van de spoedeisende hulp. Zo heeft 26% van de cliënten exclusief behandeling in 2016 de spoedeisende hulp bezocht tegenover 12% van de cliënten inclusief behandeling.

Indien de zzp's exclusief behandeling en de vpt prestaties worden overgeheveld naar de Wlz en indien de zorgverlening gelijk is als nu bij de zzp's inclusief behandeling dan mag een besparing van 58 miljoen op medisch specialistische zorg worden verwacht.

In de gesprekken met partijen zijn ook een aantal verklaringen ter tafel gekomen die we niet financieel hebben kunnen onderbouwen. Deze staan hieronder genoemd.

Tariefopbouw NZa

Het is in de gehandicaptensector gewoon dat huisartsen ook de algemeen geneeskundige zorg leveren aan gehandicapten waar een zzp of vpt inclusief behandeling van toepassing is. Dit omdat de avg niet is opgeleid voor het leveren van huisartsenzorg. De zorgaanbieder die het zzp of vpt levert maakt met de huisartsen afspraken over de zorg (prestatie) en de prijs. Mensen werkzaam bij Wlz-instellingen hebben de indruk dat Wlz-instellingen die verblijf en behandeling bieden veelal meer betalen dan de prijs die nu in rekening wordt gebracht door huisartsen bij zorgverzekeraars. Zo betalen de instellingen bijvoorbeeld voor een bezoek aan huisarts een dubbel consult etc. De afgesproken prijs tussen Wlz-instelling en huisarts kan overigens ook terecht zijn. Het leveren van zorg aan een gehandicapte vergt naar verwachting meer tijd dan de levering van zorg aan andere burgers. Met andere woorden, indien de betreffende zorg zou worden overgeheveld naar de Zvw dan zou op zijn minst moeten worden onderzocht of de tarieven en prestatiestructuur voor geneeskundige zorg niet moeten worden aangepast omdat een cliëntgroep met zware zorgvraag wordt overgeheveld naar de Zvw.

Prijsafspraken Zvw

Zorgaanbieders die paramedici in dienst hebben moeten voldoen aan de cao-lonen. Zorgverzekeraars hoeven daar geen rekening mee te houden als ze afspraken maken met de vrije beroepsbeoefenaren. De gesproken partijen verwachten dat de zorgverzekeraars scherpere prijzen afspreken met de vrije beroepsbeoefenaren dan zorgkantoren met zorgaanbieders.

Pakket verschillen

Volgens partijen waar wij mee hebben gesproken wordt aan cliënten met een zzp met behandeling veel meer non verbale therapie geleverd op grond van de Wlz dan aan cliënten met een zzp exclusief behandeling volgens gesproken partijen.

De arts verstandelijk gehandicapt en is zich sinds 2017, met de overheveling van eerstelijnsverblijf, gaan positioneren in de Zvw. Per 2019 komt hier de aanvullende geneeskundige zorg bij. Doordat de positionering van de arts verstandelijk gehandicapt in de Zvw nog maar pril is, is er een verschil in uitgaven als gevolg van (nog) niet geleverde zorg.

Behandelaren die zorg leveren bij een zorgaanbieder zijn onderdeel van een team van zorgverleners. Ze leveren niet alleen face-to-face zorg aan een cliënt, bijvoorbeeld bij Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Ze geven ook aanwijzingen aan het zorgpersoneel over de wijze waarop het verpleegkundig, opvoedkundig of verzorgend personeel en het personeel op de dagbesteding de zorg moet leveren. Deze component, die experts ook wel behandeling op de achtergrond noemen, is onderdeel van het zzp met behandeling tarief. Behandeling op de achtergrond wordt naar mening van gesproken partijen minder geleverd indien sprake is van een cliënt met een zzp zonder behandeling. De eerstelijnsberoepsbeoefenaren zouden deze zorg veel minder leveren op grond van de Zvw.

Aansluiting met werkelijke zorgvraag

De prestaties en indien van toepassing de tarieven of afgesproken prijzen van de vrije beroepsbeoefenaren in de Zvw sluiten veel preciezer aan bij de daadwerkelijke zorgvraag van de cliënt (er wordt geleverd en betaald per prestatie) dan de behandelcomponent in de zzp prestaties. In de Wlz is een behandelaar vaak in dienst van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld voor drie dagen in de week. Op een zeker moment is er in de instelling een feitelijk zorgvraag voor maar twee dagen. In dat geval wordt er werk voor de behandelaar gezocht voor de resterende dag. Een maand later is er wel weer werk voor drie dagen, en is de instelling blij dat het contract niet is verlaagd naar twee dagen in de week. Indien de NZa een kostenonderzoek uitvoert naar de zzp's dan wordt het brutoloon voor drie dagen meegenomen in het tarief.

Transparantie

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

Andere zorgbehoefte

Eén zorgaanbieder is van mening dat cliënten zonder behandeling vaak een lagere behandelbehoefte hebben dan cliënten met behandeling. Als in de praktijk blijkt dat iemand zonder behandeling voortaan behandeling nodig heeft, dan komt de cliënt op een behandelplek. "Indien iemand zonder behandeling iedere dag fysiotherapie nodig heeft dan wordt de cliënt

opgenomen op een plek met behandeling. Als deze behoefte er niet is, dan komt de cliënt op een plek zonder behandeling." Wij vragen ons af of meer zorgaanbieders of zorgkantoren deze situatie herkennen en of er ook zorgaanbieders zijn die zich hier niet in herkennen.

Conclusie

Uit voorgaande volgt een onverklaard verschil tussen een bekostiging op grond van de Zvw en Wmo en integraal op grond van de Wlz. Hiermee is een bedrag gemoeid van 229 miljoen euro ofwel € 8,20 per zzp of vpt dag. Voor een overheveling van deze omvang, waarbij we ook de betaalbaarheid en doelmatigheid van de zorg in overweging nemen, is naar onze mening meer inzicht in de oorzaken van dit verschil nodig.

Het Zorginstituut heeft ook in haar advies vermeld dat een kostenverhoging te verwachten is omdat voor de farmaceutische zorg de aanspraken Wlz ruimer zijn gedefinieerd dan de aanspraken Zvw. Daarom willen wij willen weten in welke mate zelfzorgmedicijnen (paracetamol, maagzuurremmers etc.) verstrekt worden door instellingen aan cliënten die van deze instellingen ook de behandeling en aanvullende zorgvormen ontvangen (zzp inclusief behandeling). Deze medicijnen worden op grond van de Zvw niet vergoed. Als u inzicht heeft in de kosten van deze medicijnen en het aantal zzp dagen inclusief behandeling geleverd dan vragen wij u dit met ons te delen.

Het ontbreekt ons op dit moment ook aan inzicht in de mate waarin we waarde voor deze investering van 229 miljoen krijgen. Wij vragen ons daarom af of er onderzoeken zijn of worden uitgevoerd waaruit blijkt dat de kwaliteit van leven of het medisch-, functioneel functioneren van een cliënt in een verpleeghuis of instelling voor gehandicapten alwaar behandeling wordt geleverd beter is dan van cliënten in een verzorgingshuis of gezinsvervangend tehuis waarbij geen behandeling op grond van de Wlz wordt geleverd.

Wij zullen de komende twee weken gebruiken om te berekenen in welke mate een andere inzet van verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend personeel het verschil verklaart. Tevens brengen wij de ophoging van de vpt prestaties in kaart als gevolg van de NHC en NIC component voor behandeling.

De onverklaarde stijging kan op meerdere manieren worden geadresseerd. Eén daarvan is dat zorgkantoren kortingen bedingen op de maximale zzp en vpt tarieven. Hiermee moet een verschil worden overbrugd tussen 556 miljoen euro (minimum prognose 2019 € 420 miljoen plus € 136 miljoen) en 848 miljoen euro. Zijn zorgkantoren in staat om lagere prijsafspraken te maken met zorginstellingen die geen integrale zorg leveren of wat zou er voor nodig zijn om deze afspraken wel goed te maken? Tot slot vragen wij ons af of zorgaanbieders in hun bedrijfsvoering nog mogelijkheden zien om het verschil te overbruggen?

6. Invoeringstraject

6.1 Invoeringstermijn

Een keuze voor integrale zorg bekostigd via een integrale prestatie is voor veel aanbieders een grote opgave. Men moet opnieuw nadenken over de wijze waarop de zorg en behandeling is georganiseerd. Voor sommige aanbieders en behandelaren is de opdrachtgever-opdrachtnemer relatie nieuw en voor anderen is het al jaren gemeengoed. Uit gesprekken met partijen wordt duidelijk dat een invoeringstraject ruimte moet geven om in verschillende tempo's toe te groeien naar een situatie, waarin integrale zorg door zorgaanbieders geboden wordt aan alle cliënten die kiezen voor een institutionele setting.

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

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

De invoering van het bekostigingsmodel kan worden afgedwongen door deze in NZa-declaratieregels te vervatten en een specifieke rol voor toezicht om toe te zien op de voortgang van het contracteren van integrale zorg. Een minder dwingende variant om de beweging in gang te zetten is door zorgkantoren verantwoordelijk te maken voor de overheveling. Hierbij wordt ingezet op een beweging waarbij zorgkantoren steeds minder verblijf zonder behandeling inkopen. Dit zal ten goede komen aan regionale flexibiliteit en vereist ook minder ingrijpende wijzigingen in de bekostigingstechniek, wat de doorlooptijd ten goede komt. Dit zou ook samen moeten gaan met goede voorlichting aan de betrokken cliënten. Echter, de rechtsongelijkheid blijft hierbij voorlopig in stand in die regio's waar nog niet wordt afgebouwd in de inkoop van verblijf zonder behandeling, waarmee het kernpunt van het advies van het Zorginstituut voorlopig niet definitief wordt aangepakt. Bovendien zal een dergelijk invoertraject de overheveling van macrobudgetten van Zvw naar Wlz bemoeilijken en wordt een diffuse overgangssituatie gecreëerd die gedurende de ingroeiperiode aanhoudt. Bovendien is macrobeheersing op basis van de contracteeruimte in de overgangperiode een aandachtspunt. Het ramen van de jaarlijkse toename van de contracteeruimte is niet op voorhand te bepalen.

Uit de gesprekken met partijen is gebleken dat het delen van cliënten-dossiers tussen de verschillende behandelaren en de zorgaanbieders in de praktijk belemmerend kan worden bij het leveren van integrale zorg. Hier ligt zeker nog een uitdaging voor het veld. Ook wordt uit de discussie over samenloop tussen Wlz en Zvw duidelijk dat het uitwisselen van gegevens over de indicatie en leveringsvorm van cliënten tussen zorgaanbieders, behandelaren, zorgkantoren en zorgverzekeraars een noodzakelijke voorwaarde is voor het declaratieproces.

6.2 Keuzevrijheid

We zien wel dat ook in het huidige ingewikkelde systeem er verbeterstappen zijn te zetten. Uit de door ons gevoerde gesprekken met partijen komt naar voren dat er situaties zijn dat cliënten onbewust maar ook juist bewust kiezen voor zorgaanbieders die verblijf aanbieden zonder behandeling. Deze aanbieders hebben bewust gekozen voor het vergaand scheiden van de componenten wonen en zorg. Ons vermoeden is echter, dat het overgrote deel van de cliënten op een plaats zonder behandeling niet van tevoren wist of zich hebben gerealiseerd, wat daarvan de consequenties waren. Zij waren zich dus niet bewust van de gevolgen van hun keuze. In hoeverre gesproken kan worden van rechtsongelijkheid bij een bewuste keuze voor cliënten, die goed geïnformeerd waren, laten wij in het midden. Ons advies voor integrale zorg zoveel als mogelijk bekostigd uit een integrale prestatie biedt de meeste duidelijkheid voor de (toekomstige) cliënt. Zorgaanbieders en zorgkantoren zullen veel meer dan nu de cliënt voorafgaand aan de keuze, om thuis te blijven wonen of verhuizen naar een andere woonvorm te gaan, moeten informeren over de mogelijkheden en consequenties.

Vrijheid om eigen behandelaren te kiezen is te organiseren. Dit kan bijvoorbeeld door inkoopvoorwaarden of het opnemen in de kwaliteitskaders per sector. Wij zullen hier in ons toezicht op monitoren dat de geboden integrale zorg voldoende keuzevrijheid geeft binnen de muren van de zorgaanbieders.

Bijlage 1. Opdrachtbrief VWS

De opdrachtbrieven zijn als een aparte bijlage bij dit document gevoegd.

CONCEPT

Bijlage 2. Overzicht geraadpleegde partijen

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

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

CONCEPT

Bijlage 3. Afkortingen

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

Bijlage 4. Indeling woonvormen

			Criteria	
			1	2
			Zorgbehoevende/naaste regelt de zorg zelf - niet alleen inspraak, (mede)zeggenschap en keuzevrijheid	Wooneenheid is eigendom van zorgaanbieder, van een derde of van de zorgbehoevende zelf
Leefsituatie	Regie zorg en wonen	Thuis of instelling	Wie heeft nu eigenlijk het eerste initiatief in een situatie: wie is feitelijk 'eigenaar'; wie is primair verantwoordelijk voor het geheel van leven, wonen en zorg	
A Traditionele verpleeghuis: - veel cliënten en fte - vooral niet scheiden van wonen en zorg - eventueel direct eraan gekoppelde aanleunwoningen	Instellig verantwoordelijk voor zorg én locatie	Grote instelling	<p><u>Institutionele zorg</u></p> <p>aanbieder is primair verantwoordelijk, zorgt ervoor dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - geïndiceerde zorg wordt geleverd - een wooneenheid beschikbaar is - verantwoordelijkheid voor zinvolle invulling van de dag 	
B Groot complex van appartementen: - alle cliënten hebben zorgbehoefte - vooral wel scheiden van wonen en zorg - eventueel direct eraan gekoppelde aanleunwoningen	Instelling verantwoordelijk voor zorg én is eigenaar van de locatie of heeft een deal met de eigenaar van de locatie			
C Wooncomplex: - combinatie geen tot veel zorgbehoefte	Vergelijkbaar met B			
D Kleinschalige woonvorm vanuit een gecontracteerde aanbieder	Enige onderscheid met een grootschalige locatie is dat de opzet kleinschalig is	Kleine instelling van grote aanbieder		
E Kleinschalige woonvorm vanuit een niet gecontracteerde aanbieder of 'ondernemer', franchise	Gaat niet om een gecontracteerde partij, maar wel om een partij met meerdere woonvormen in beheer			
F Kleinschalige woonvorm door een derde	Enige onderscheid met E is dat het een éénpitter betreft, een particulier die een kleine woonvorm is gestart	Kleine instelling van een kleine aanbieder (of geclusterd thuis)		
G Kleinschalige woonvorm door zorgbehoevenden en/of naasten	Zorgbehoevenden of naasten staan zelf aan het roer	Geclusterd thuis (of kleine instelling)		
H Zelfstandig wonen door een (gecontracteerde) zorgaanbieder mogelijk gemaakt	Aanleunwoningen direct verbonden aan een complex of zelfstandige woningen direct bij (en in eigendom van) een grote aanbieder	Thuis	<p><u>Thuis</u></p> <p>zorg in eigen huis, de zorgbehoevende en/of naaste:</p> <ul style="list-style-type: none"> - is eigenaar van het huis (koop of huur) - zorgt dat er een indicatie komt voor formele zorg <p>Aanbieder formele zorg is wel verantwoordelijk voor kwaliteit zorg</p>	
I Eigen woning of appartement in de buurt van een (gecontracteerde) zorgaanbieder	Zelfstandig wonen, koop of huur van een eigen woning, zorg en ondersteuning door een individu			
J Zelfstandig wonen in een wijk met actieve zorgcoöperatie				
K Zelfstandig wonen in een complex met of nabij anderen die willen ondersteunen, niet zijnde familie				
L Inwonen bij familie				
M Familie die is komen inwonen				
N Thuis, de woning waar ook gewoond werd voordat er zorgbehoefte ontstond				
O Zelfstandig wonen in een woning die levens- en zorgbestendig is gemaakt door cooperatie en/of gemeente				

Bijlage 5. Methoden berekening ophoging Wlz-kader

In deze bijlage geven we extra informatie over de wijze waarop we de maximale stijging van het Wlz-kader hebben berekend. We lichten de methode toe die is gebruikt voor het ramen van de uitgaven voor de zzp- en vpt-prestaties, mondzorg, dure geneesmiddelen & zorggebonden materialen en boven-budgettaire hulpmiddelen.

Zzp- en vpt-prestaties

De maximale ophoging van het Wlz-kader is berekend met behulp van de behandelcomponent die onderdeel is van de zzp- en vpt-tarieven. Deze maximale tariefcomponent voor behandeling is berekend met behulp van de tarieven 2019 zoals de NZa die heeft gepubliceerd op 3 juli 2018. Deze behandelcomponent omvat de loon en materiële kosten, de kapitaallasten en de inventaris. Waar nodig is deze gecorrigeerd voor het juiste prijspeil (voorlopig 2016 of voorlopig 2019). Voor de zzp exclusief behandelprestaties is de toe te voegen behandelcomponent berekend door het zzp exclusief behandeling in mindering te brengen op het zzp inclusief behandeling. Deze zzp behandelcomponent is ook toegevoegd aan de vpt prestaties. Hierbij heeft een correctie plaatsgevonden op de vpt-inclusief behandelprestaties zodat de specifieke behandeling niet tweemaal wordt bekostigd. Deze methode heeft twee belangrijke gevolgen voor de vpt-prestaties. Allereerst brengt deze methodiek met zich mee dat dus ook de normatieve huisvestingscomponent en inventariscomponent voor behandeling aan een vpt inclusief behandeling worden toegevoegd. Dit in tegenstelling tot de huidige situatie waarbij deze twee onderdelen niet zijn opgenomen in de vpt prestaties. Dit brengt ook extra macrokosten met zich mee omdat tot nog toe ervan uit werd gegaan dat deze mensen altijd thuis werden behandeld. Deze methodiek brengt ook met zich mee dat de tarieven van sommige vpt-prestaties inclusief behandeling die worden toegepast in de sector gehandicaptenzorg dalen ondanks dat er een normatieve huisvestingscomponent en normatieve inventariscomponent voor behandeling wordt toegevoegd. Het betreft de tarieven voor vg exclusief dagbesteding 3, 4 en 6, vg inclusief dagbesteding 3,4, lg inclusief dagbesteding 6. Dit komt omdat het bedrag dat ontstaat als bijvoorbeeld het tarief van vpt exclusief dagbesteding exclusief behandeling in mindering wordt gebracht op tarief vpt exclusief dagbesteding inclusief behandeling groter is dan het bedrag dat ontstaat als zzp exclusief dagbesteding exclusief behandeling in mindering wordt gebracht op zzp exclusief dagbesteding inclusief behandeling.

Voor de ggz prestaties is het uitgangspunt gehanteerd dat indien zorg vanuit de Wmo wordt overgeheveld naar de Wlz de nieuwe tarieven voor de opnieuw in te voeren zzp ggz c prestaties zullen zijn afgeleid van de huidige tarieven van de ggz b prestaties. De loon en materiële kosten zijn berekend door de componenten verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgen personeel (vov), dagbesteding (db), behandeling (bh), overig personeel (op) en materieel (mk) het zzp ggz-b excl. db in mindering te brengen op dezelfde componenten van het zzp incl. db. Op deze wijze is geraamd het aandeel overig personeel en het aandeel materieel' gemeoid met dagbesteding. Dit aandeel is vervolgens in mindering gebracht op het overig personeel en de materiele kosten opgenomen in het tarief van het zzp ggz incl. db. Vervolgens zijn de componenten op en mk naar rato van de kosten voor vov en bh verdeeld over de vov en bh component. Tevens

is een normatieve huisvestingscomponent en normatieve inventariscomponent voor de zzp ggz c prestaties berekend. In onderstaande tabel staan de uitkomsten van deze berekening.

prestatie	Loon & Materieel		nhc	nic	Totaal
	VOV	DB			
3 GGZ C inclusief db	€ 113,65	€ 29,00	€ 32,01	€ 3,63	€ 178,29
4 GGZ C inclusief db	€ 130,24	€ 29,43	€ 35,02	€ 3,63	€ 198,33
5 GGZ C inclusief db	€ 133,09	€ 26,48	€ 34,59	€ 3,63	€ 197,79
6 GGZ C inclusief db	€ 245,27	€ 24,08	€ 35,81	€ 3,63	€ 308,79
7 GGZ C inclusief db	€ 282,81	€ 38,82	€ 45,01	€ 3,63	€ 370,27
3 GGZ C exclusief db	€ 112,34	€ 0,00	€ 24,54	€ 3,08	€ 139,96
4 GGZ C exclusief db	€ 123,10	€ 0,00	€ 25,97	€ 3,08	€ 152,15
5 GGZ C exclusief db	€ 130,81	€ 0,00	€ 26,51	€ 3,08	€ 160,40
6 GGZ C exclusief db	€ 248,50	€ 0,00	€ 26,76	€ 3,08	€ 278,34
7 GGZ C exclusief db	€ 280,41	€ 0,00	€ 30,60	€ 3,08	€ 314,09

NZa, Prijspeil loon & materieel en nic voorlopig 2019, nhc definitief 2019

Tabel 13: Tariefonderbouwing ggz zzp-c reeks.

Indien de overheveling van behandeling en aanvullende zorgvormen op een later tijdstip zal zijn dan de overheveling van de zzp-c prestaties, dan zijn er tariefmutaties als gevolg van de toevoeging van een behandelcomponent die in onderstaande tabel zijn weergegeven. De som van de in bovenstaande gepresenteerde tarieven voor zzp ggz-c en de hieronder gepresenteerde behandelcomponent is gelijk aan het tarief voor de bijpassende ggz-b prestaties. De in onderstaande tabel weergegeven component omvat zowel de algemene als de specifieke behandeling.

prestatie	Loon	NHC	NIC	Totaal
3 GGZ C inclusief db	€ 27,16	€ 2,43	€ 2,46	€ 32,05
4 GGZ C inclusief db	€ 22,34	€ -0,58	€ 2,46	€ 24,22
5 GGZ C inclusief db	€ 23,46	€ 9,70	€ 2,46	€ 35,62
6 GGZ C inclusief db	€ 51,46	€ 3,47	€ 2,46	€ 57,39
7 GGZ C inclusief db	€ 52,59	€ 4,36	€ 2,46	€ 59,41
3 GGZ C exclusief db	€ 27,38	€ -0,26	€ 2,47	€ 29,59
4 GGZ C exclusief db	€ 22,13	€ -1,69	€ 2,47	€ 22,91
5 GGZ C exclusief db	€ 23,01	€ 6,51	€ 2,47	€ 31,99
6 GGZ C exclusief db	€ 49,35	€ 3,19	€ 2,47	€ 55,01
7 GGZ C exclusief db	€ 51,21	€ 3,65	€ 2,47	€ 57,33

Za, Prijspeil loon & materieel en nic voorlopig 2019, nhc definitief 2019

Tabel 14: Tariefonderbouwing behandelcomponent ggz.

Toevoeging component mondzorg aan de zzp- en vpt-prestaties

De uitgaven gemoeid met de mondzorg zijn per zzp geraamd. Het totaal bedrag besteed aan mondzorg in 2016, € 42 miljoen euro is hierbij gedeeld door het aantal dagen dat prestatie met behandeling (zzp met behandeling en bijvoorbeeld klinisch intensieve behandeling) zoals bij ons bekend bij de nacalculatie 2016. Met behulp van de gedeclareerde gegevens over mondzorg in de Zvw heeft een weging plaatsgevonden zodat niet ieder zzp met behandeling met 0,83 wordt opgehoogd maar dat rekening wordt gehouden met zorgzwaarte. Dit brengt bijvoorbeeld met zich mee dat de ophoging van de zzp en vpt prestaties vg-8 € 2,10 is, de ophoging van de vg-3 0,94 en de ophoging van vv-4 € 0,39.

Dure geneesmiddelen en zorggebonden materialen

De uitgaven gemoeid met dure geneesmiddelen en zorggebonden materialen zijn per zzp geraamd. Hier is dezelfde methodiek toegepast zoals beschreven in het verantwoordingsdocument kostenonderzoek langdurige zorg (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_253471_22/1/, pagina 23 en bijlage 7). Voor de vpt prestaties zijn dezelfde bedragen gebruikt als in het verantwoordingsdocument berekend bij de zzp's.

Boven-budgettaire hulpmiddelen

De rolstoelen voor individueel gebruik en de aangemeten hulpmiddelen (ortheses, protheses, schoenen) worden momenteel voor cliënten met een zpp met behandeling buiten de contracteerruimte maar wel uit het totale Wlz-kader bekostigd. De NZa vraagt deze kosten maandelijks uit bij de zorgkantoren. Vanaf 2018 wordt hierin een uitsplitsing tussen uitgaven voor aangepaste rolstoelen en overige individueel aangepaste hulpmiddelen gemaakt. Uitgaande van de beschikbare inzichten in de kosten en de verhouding met en zonder behandeling kan een globale inschatting van de extra kosten in de Wlz gemaakt worden.

Jaar	Uitgaven
2015	€123.969.600
2016	€124.749.099
2017	€135.559.782
2018 (raming)	€144.108.412

Tabel 15: Uitgaven rolstoelen individueel gebruik en aangemeten hulpmiddelen.

Het overgrote deel (87-88%) van die kosten komt voor rekening van de aangepaste rolstoelen. Hierbij is geen rekening gehouden met de kosten van verbreding van de mobiliteitshulpmiddelen naar alle mobiliteitshulpmiddelen, bijvoorbeeld de aangepaste fiets en scootmobiel. Het is niet bekend hoeveel geld hiermee gemoeid is in de Wmo voor de cliënten met een zzp zonder behandeling en vpt.

jaar	Uitgaven totaal per dag	Uitgaven per dag rolstoel individueel gebruik	Uitgaven per dag aangemeten hulpmiddelen	Uitgave per dag fiets en scootmobiel
2016	€ 2,56	€ 2,26	€ 0,31	nb
2018	€ 2,77	€ 2,44	€ 0,33	nb

Tabel 16: Kosten per gedeclareerd zzp dag met behandeling 2016 en 2018.

Uitbreiding aanspraak hulpmiddelen

Zoals in hoofdstuk 4 besproken is het mogelijk dat de uitgaven voor cliënten waarbij nu al een zzp met behandeling wordt gedeclareerd stijgen omdat de aanspraak op hulpmiddelen wordt uitgebreid voor deze cliënten. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een bril of gehoorapparaat op grond van de Wlz. De hiermee gepaard gaande daling van het Zvw-kader en stijging van het Wlz-kader is nog niet meegenomen in dit consultatiedocument. Voor cliënten waarvoor nu een zzp zonder behandeling of vpt wordt gedeclareerd zijn deze Zvw kosten (bijvoorbeeld hoortoessel in/achter oor, lenzen, brillen, verrekijker en telescoopbril) wel meegenomen en in het kader bovenbudgettaire hulpmiddelen geplaatst.