

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
Directie Regulering
T.a.v. de heer H. Rutgers
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

DATUM

13 november 2018

KENMERK

B20181113BR

BETREFT

Bestuurlijke consultatie
uitvoeringstoets Wlz
behandeling

BIJLAGEN

-

CONTACT

Bianca Roos

TELEFOON

06 13 204 207

E-MAIL

broos@vgn.nl

Geachte heer Rutgers,

Hierbij maken wij van de gelegenheid gebruik om te reageren op de bestuurlijke consultatie uitvoeringstoets Wlz-behandeling. Wij vinden de beweging naar integraliteit positief en denken graag mee over de beste manier om de bekostiging van integrale behandeling in de Wlz vorm te geven. Allereerst geven wij hieronder onze visie op behandeling in de Wlz en de bekostiging daarvan. Daarna gaan wij in op de door u gestelde vragen bij de vier thema's uit de consultatie.

De VGN en haar leden definiëren behandeling in de langdurige gehandicaptenzorg als het geheel aan interventies gericht op kwaliteit van bestaan en uitgevoerd door behandelaars en begeleiders. Hoewel de sector een diversiteit aan praktijken kent, is deze integrale benadering ons gezamenlijke uitgangspunt. Bij deze integrale benadering past het onderbrengen van behandeling in de Wlz. Wij zijn dan ook blij dat het advies van het zorginstituut over de positionering van behandeling deze lijn onderschrijft. Ook het uitgangspunt van een integrale bekostiging, zoals de NZa voorstelt, past hier goed bij.

Wij zien hierbij wel twee absolute vereisten waaraan voldaan moet zijn voordat tot invoering overgegaan kan worden:

- De tarieven voor de ZZP's zijn net opnieuw herijkt en vastgesteld. We hebben gezamenlijk geconstateerd dat deze tarieven recht doen aan de prestaties die zorgaanbieders leveren conform de beschrijvingen van de ZZP's. Deze zijn wat ons betreft dan ook uitgangspunt voor alle aanbieders die – nu en in de toekomst – verblijf met behandeling bieden. Daarbij is het noodzakelijk dat er voldoende financiële ruimte beschikbaar komt om deze prestaties tegen de herijkte tarieven te kunnen leveren. Door overhevelingen uit de Zvw/Wmo en eventueel andere bronnen moet hiervoor voldoende budget in de Wlz beschikbaar komen;
- Toegang tot behandeling moet voor iedereen, dus ook voor Wlz cliënten worden geborgd. Met name bij huisartsenzorg en, in iets mindere mate, bij zorg door tandartsen zien we dat dit steeds vaker niet het geval is. Dit is een grote zorg onder onze leden.

Bezoekadres

Oudlaan 4
3515 GA Utrecht

Postadres

Postbus 413
3500 AK Utrecht

T 030 273 93 00

E info@vgn.nl

vgn.nl

Hiervoor zijn naast maatregelen in de bekostiging ook andere maatregelen nodig.

Integrale zorg bij volledig pakket thuis

1. Voorstel afbakening

Volledig pakket thuis wordt in de gehandicaptenzorg veelal geleverd in een setting die erg lijkt op verblijf. Daarmee valt het in de door de NZa gehanteerde definitie: *'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.'*

Wat ons betreft, wordt voor alle VPT-cliënten behandeling toegevoegd aan het pakket. Wij kunnen ons vinden in het voorstel om de leveringsvorm VPT zonder behandeling te laten vervallen. Wij denken graag mee over hoe je dan met de leveringsvorm MPT een volledig pakket (zonder behandeling) kunt bieden, inclusief de nu ontbrekende onderdelen personenalarmering en de regiefunctie. Overigens willen wij dat in de gehandicaptenzorg ook bij het VPT de mogelijkheid blijft bestaan om dagbesteding via een andere aanbieder apart af te spreken. Daarmee wordt afgeweken van het uitgangspunt dat één aanbieder verantwoordelijk is voor alles (net als bij verblijfszorg).

2. Afbakening in de zorginkoop

In de inkoop is persoonsvolgendheid voor ons het uitgangspunt is. Wij vinden het dan ook van belang dat een cliënt met zijn keuze voor het volledige pakket inclusief behandeling bij één aanbieder (VPT) of voor zorg vanuit een MPT / PGB (meerdere aanbieders, niet het hele pakket) bepaalt welke prestatie geleverd wordt. Wij zien hier dan ook geen rol voor het zorgkantoor om in de zorginkoop af te spreken of een VPT of een andere leveringsvorm aan de orde is. Het is niet aan de zorgkantoren om te sturen op leveringsvormen of een doelmatigheids criterium door verhoudingen voor leveringsvormen af te spreken. Uitgaande van adequate tarieven voor de prestaties kan een volledig pakket alleen geleverd worden met het bijpassende tarief. Daarbij vinden wij het van belang dat de beleidsregel prestatiebeschrijving voldoende duidelijkheid geeft over wat in de nieuwe definitie VPT (incl. behandeling) zit. Uiteraard kan een zorgkantoor wel controleren of aan de prestatiebeschrijving wordt voldaan, zoals dat bij alle prestaties kan.

3. Voorwaarden aan de prestatiebeschrijving VPT met behandeling

Het is belangrijk dat de beschrijving, zoals hiervoor aangegeven, duidelijk onderscheid aangeeft tussen VPT en de overige leveringsvormen.

4. Gevolgen voor cliënten

In de gehandicaptenzorg zullen naar verwachting de meeste huidige VPT-cliënten ook in de nieuwe definitie van VPT vallen. Cliënten (of verwanten) die niet willen dat de zorgaanbieder de volledige regie heeft over alle zorg kunnen kiezen voor de andere leveringsvormen (MPT/PGB).

Bekostigingsmodel

1. Voorgesteld bekostigingsmodel

De VGN is voorstander van integrale bekostiging en onderschrijft het door de NZa gekozen scenario voor de meeste zorgvormen. We maken ons wel zorgen over de toegang tot huisartsenzorg en de zorg door tandartsen. Zoals gezegd ondervinden zorgaanbieders, die verblijf met behandeling bieden, steeds meer problemen om dit goed voor hun cliënten te organiseren, omdat huisartsen en tandartsen geen afspraken met zorgaanbieders aan willen gaan. Dit probleem zal nog groter worden als er meer cliënten verblijf met behandeling krijgen. Daarbij zijn huisartsen in de positie om hoge bedragen te vragen voor de zorg aan deze cliënten; overigens gebeurt dat nu ook al. Hierbij benadrukken wij dat in de gehandicaptenzorg de AVG en de huisarts complementair aan elkaar werken en dus beiden nodig zijn voor de zorg.

In de uitvoeringstoets beschrijft u de mogelijkheid tot tariefsregulering. Daarbij geeft u aan dat door regulering de flexibiliteit om afspraken op maat te maken verdwijnt en geeft u de voorkeur aan integrale tarieven zonder tariefsregulering. Ons inziens zijn de verschillen in afspraken niet het gevolg van afspraken op maat, maar van de eisen van de onderaannemers die leiden tot prijsopdrijving. Wij beseffen ons terdege dat tariefsregulering alleen niet voldoende zal zijn om te zorgen dat er voldoende behandelaren beschikbaar zijn voor onze cliënten. Ook andere maatregelen zijn nodig, zoals borging van de toegang tot huisartsenzorg voor Wlz-cliënten net zoals dat voor andere verzekerden geldt. We zijn echter wel van mening dat tariefsregulering met adequate tarieven voor huisartsen en tandartsen in elk geval zeer behulpzaam zou zijn.

Als bij de invoering van integrale behandeling voor alle verblijfscliënten afspraken gemaakt moeten worden - het gaat in de gehandicaptenzorg om zo'n 23.000 cliënten extra - voorzien wij dat dit knelpunt alleen maar groter wordt. Wij pleiten er daarom voor, in ieder geval voor de gehandicaptensector, adequate maximumtarieven vast te stellen die gelden voor de onderlinge afspraken tussen Wlz-zorgaanbieders en huisartsen/tandartsen.

2. Kansen en belemmeringen

Naast de hierboven genoemde knelpunten rond het gekozen bekostigingsmodel, zien wij belemmeringen in de door u voorgestelde werkwijze rond de bekostiging van zorgvormen die nu boven budgettair worden vergoed. Het gaat dan om mondzorg en persoonsgebonden hulpmiddelen. Zoals in de uitvoeringstoets wordt aangegeven, is er een groot scala aan soorten en prijzen van gebruikshulpmiddelen. Deze zijn niet evenredig over de cliënten en daarmee over de zorgaanbieders verdeeld. Daarnaast zijn er steeds meer dure innovatieve individuele gebruikshulpmiddelen die belangrijk zijn voor de kwaliteit van bestaan van een cliënt, maar nu in een grijs gebied vallen en niet boven budgettair worden betaald, zoals robotarmen, spraakcomputers en omgevingsbesturing.

Wij vinden dat het risico van hoge kosten voor deze zorgvormen niet bij de individuele zorgaanbieder gelegd mag worden. Dit geeft een prikkel tot minder (te weinig?) zorg en mogelijk een lagere kwaliteit en tot cherry-picking, omdat sommige aanbieders geen dure cliënten meer zullen

opnemen. Wij vinden daarnaast dat ook voor de gehandicaptenzorg een regeling beschikbaar moet komen voor extreme kosten bij zorggebonden materiaal.

3. Gevolgen voor de cliënt

Behandeling en begeleiding in de gehandicaptenzorg richten zich op de versterking van de kwaliteit van bestaan. De vraag van de cliënt is daarbij leidend. Uit onderzoek¹ blijkt dat zelfs van cliënten met een lage ZZP (VG3 en VG4) 70% behoefte heeft aan behandeling in verband met medische problemen en/of in verband met gedragsmatige problemen. In de huidige situatie kiezen cliënten ook niet voor een plaats met of zonder behandeling, maar wordt dit voornamelijk door beschikbaarheid bepaald. Specifieke Wlz-behandeling mag alleen kortdurend met MPT financiering worden gestapeld op een ZZP zonder behandeling. Door de aanvullende zorgvormen integraal op te nemen in het Wlz-pakket wordt deze integrale zorg voor alle cliënten mogelijk. Een goed op elkaar ingespeeld team van begeleiders en behandelaren biedt meerwaarde in de zorg, omdat de behandeling ook voortgezet kan worden in de dagelijkse begeleiding en de context van de locatie waar iemand woont. Ook de in onze sector veel ingezette gedragskundige behandeling wordt zo meer beschikbaar voor alle cliënten. Hierdoor wordt onderbehandeling met alle risico's voor de gezondheid en gedragsproblematiek voorkomen.

4. Keuzevrijheid

Veel zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg vinden het van belang om cliënten keuzemogelijkheden te bieden. Veelal zijn er meerdere professionals van een discipline werkzaam bij een zorgaanbieder en/of maakt hij afspraken met meerdere externe professionals. Dit blijft ook bij integrale bekostiging voor behandeling mogelijk. Als zorgaanbieders echter moeilijk tot afspraken kunnen komen met onderaannemers werkt dit belemmerend voor de keuzevrijheid. Kansen om de keuzemogelijkheden voor cliënten te vergroten, zien wij onder andere door de administratieve belasting te verminderen. Daarbij denken wij aan standaardcontracten, gereguleerde tarieven, mogelijkheden voor betere gegevensuitwisseling en koppeling van dossiers.

Macro financiële impact

Algemeen geldt bij dit hoofdstuk dat voor ons moeilijk is vast te stellen of de gepresenteerde cijfers kloppen. Verder is onduidelijk waar de prognose van het volumeverloop 2019 op gebaseerd is. Voor de gehandicaptensector is het niet voor de hand liggend dat het aantal cliënten afneemt. Verder is het aantal cliënten dat vanwege psychische zorg in de GGZ in zal gaan stromen nog zeer ongewis, dit zal later opnieuw bekeken moeten worden. Ook is onduidelijk hoe voor deze cliënten de samenloop in de Zvw is bepaald en hoe dit is vertaald naar 2016. Tot slot is de berekening met

¹ Ongepubliceerd onderzoek: **Inschatten van behoefte aan behandeling met de Supports Intensity Scale**, Oktober 2017, Josje Evers, Jos van Loon en Peter van Wijk

betrekking tot de overheveling van individueel aangepaste rolstoelen vanuit de Wmo onduidelijk. Hoe is het bedrag dat wordt toegevoegd aan de Wlz geraamd?

1. Kwalitatieve beschrijving meerkosten

Wij herkennen de door u beschreven kwalitatieve beschrijving meerkosten.

2. Aanvullende verklaringen

Naast de door u aangegeven verklaringen, zien wij aanvullend de volgende verklaringen:

- Paramedische zorg: in de Zvw geldt een beperking in de aanspraak voor paramedische zorg in aantal zittingen, etc. Daarnaast is er de aanvullende verzekering. Deze vergoedt echter ook niet alle paramedische zorg, waardoor cliënten geconfronteerd kunnen worden met eigen betalingen. Deze paramedische zorg, die nu zelf wordt betaald of waarvan wordt afgezien, valt in de toekomstige situatie onder de Wlz en hoort dus te worden meegenomen in de berekening;
- Eigen risico: voor delen van de Zvw moeten cliënten eerst het eigen risico betalen. Deze kosten zijn in de Wlz voor rekening van de Wlz. Daarnaast kan een eigen risico ertoe leiden dat een cliënt afziet van zorg en daardoor ongewenst minder kosten maakt. Bijvoorbeeld voor tandartsenzorg;
- Eigen betalingen: voor sommige aanspraken in de Zvw zijn eigen betalingen/bijdragen aan de orde. Dit kan bijvoorbeeld bij niet preferente medicijnen of bij het gebruik van niet gecontracteerde aanbieders en een naturapolis. Ook eigen betalingen kunnen leiden tot afzien van zorg;
- Wlz behandeling richt zich in de gehandicaptenzorg vaak op gedragskundige zorg, zoals van de orthopedagoog of van een muziektherapeut, of zorg in de context van de groep, maar dit zijn geen aanspraken in de Zvw;
- De mogelijkheid om MPT-behandeling te stapelen op een ZZP of VPT zonder behandeling is pas sinds 2018 zonder machtiging van het zorgkantoor beschikbaar. Naar verwachting belemmerde dit voorheen het gebruik ervan. Het is daarom aan te bevelen recente cijfers van het gebruik van de stapeling te betrekken in de berekening;
- De mogelijkheid om MPT-behandeling te stapelen op een ZZP of VPT zonder behandeling is alleen toegestaan voor kortdurende behandeling;
- Algemene paramedische zorg: voor de huidige cliënten met verblijf en behandeling gaat de algemene paramedische zorg ook verschuiven van de Zvw naar de Wlz. Het gaat dan bijvoorbeeld om

fysiotherapie na een gebroken been, dat los staat van de beperking van de cliënt.

3. Mogelijkheden om meerkosten in de zorginkoop te mitigeren

De integrale tarieven in de Wlz zijn zoals gezegd net herijkt op basis van daadwerkelijk gemaakte kosten. Deze kosten zijn dus ook daadwerkelijk nodig om goede zorg te leveren. Het lijkt ons daarom niet mogelijk het gevonden verschil te mitigeren in de zorginkoop, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van zorg.

4. Mogelijkheden in de bedrijfsvoering om meerkosten te mitigeren

Hiertoe zien wij op dit moment geen concrete mogelijkheden. Wij zijn wel bereid mee te denken over mogelijkheden voor bijvoorbeeld gezamenlijke inkoop van medicijnen.

Invoeringstraject

1. Overgangsscenario van voorkeur

De VGN is voorstander van het eerste scenario van in één keer invoeren, mits aan de twee in onze inleiding gestelde eisen is voldaan. Het is wel van groot belang dat vóór de inwerkingtreding het model goed wordt uitgewerkt.

2. Aanvulling op belangrijke stappen voor een succesvolle invoering

Wij denken dat het voor een succesvolle invoering nodig is dat de berekeningen met recentere cijfers opnieuw uitgevoerd worden. Verder vinden wij dat nadere ramingen voor de verklaringen van de verschillen gemaakt zouden moeten worden. En daarnaast zijn adequate tarieven nodig voor huisartsenzorg en zorg van tandartsen.

Naast deze stappen voor bekostiging zijn ook op andere terreinen en door andere partijen stappen nodig. We denken hierbij aan de door de NZa ook genoemde mogelijkheden voor betere afstemming en uitwisseling van gegevens, maar ook bijvoorbeeld uniformering van aanvraagformulieren tussen domeinen. Tot slot zijn ook stappen nodig om de toegang tot huisartsen en tandartsen te kunnen waarborgen voor alle huidige en toekomstige cliënten in de Wlz.

Wij zijn uiteraard graag bereid onze punten nader toe te lichten en/of mee te denken over de verdere uitwerking van dit model en de daaruit voortvloeiende impact.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Frank Bluminck', written over a horizontal line.

Frank Bluminck
Directeur