



ACP68-3

Vergaderstuk Adviescommissie Pakket

Zorginstituut Nederland

Zorg II
Complexe Ouderenzorg

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

Datum 30 juni 2017
Betreft Advies 'Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten'

Contactpersoon Masja van den Burg

Onze referentie

Onderwerp Systeemadvies over de positionering van behandeling en aanvullende zorgvormen in de Wlz of de Zvw

Type interventie Langdurige zorg

Besprekingshistorie en doel van huidige bespreking

└ Advies over scoping op 21-08-2015

Advies van Commissie:

- Het is voor de context belangrijk om zicht te hebben op aantallen en kosten;
- Het is belangrijk om aandacht te besteden aan de samenstelling van het pakket;
- Vermijd de gang naar verschillende loketten, tenzij dit echt onvermijdelijk is;
- Verken mogelijke oplossingsrichtingen en kijk daarbij ook naar perverse prikkels.

└ Eerste bespreking concepteindproduct op 24-02-2017

Advies van Commissie:

- Een simpele oplossing wordt toejuicht om de huidige complexe wet- en regelgeving die ertoe leidt dat cliënten niet de integrale zorg ontvangen, waarop ze zijn aangewezen, te vereenvoudigen.
- Worden mensen in hun autonomie aangetast met deze oplossing?
- De huisarts zorgt vaak voor continuïteit van zorg. Dit verdwijnt als de band wordt verbroken. Dit is voor een klein deel van de Wlz-clieënten belangrijk. Bovendien wordt ook in verzorgingshuizen gewerkt met een beperkt aantal huisartsen, waardoor cliënten ook daar geen vrije artskeuze hebben.
- Wordt het probleem niet vanzelf opgelost met het sluiten van de oude verzorgingshuizen?
- Had advies over farmacie (buiten het integrale Wlz pakket) wordt nader onderzocht. Ook instellingen zijn namelijk goed in staat doelmatig in te kopen.
- Dit advies biedt voor een deel van de Wlz-clieënten geen oplossing: namelijk de mensen die zorg thuis ontvangen.
- De commissie is er niet van overtuigd dat met dit

ACP68-3

advies de problemen worden opgelost. Ten tweede vraagt zij zich af wat je kwijtraakt bij de overheveling. Ten derde vraagt zij zich af of de behandelaar en de aanspraak niet te veel op één hoop worden gegooid.

- Er bestond bij de commissieleden nog te veel onduidelijkheden en discussiepunten over dit complexe onderwerp. De voorzitter stelt voor om nog niet met een advies te komen. Het rapport komt in een volgende vergadering terug. De leden Schols en Dupuis overleggen in de tussentijd met de schrijvers om de bestaande discussiepunten te bespreken.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Complexe Ouderenzorg

Onze referentie
Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.

Standpunt/advies in het kader van

Systeemadvies

Aanleiding

Verzoek van de staatssecretaris van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

De staatssecretaris van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vroeg op 23 juli 2015 aan het Zorginstituut of behandeling het best gepositioneerd kan worden in de Wlz of in de Zvw. Het Zorginstituut liet de staatssecretaris weten ook de aanvullende zorgvormen mee te nemen. Het gaat om een aantal zorgvormen die ten laste van de Wlz komen als de Wlz-cliënt behandeling krijgt van de instelling waar hij verblijft. De staatssecretaris vraagt in ieder geval de scenario's uit te werken waarin behandeling (en aanvullende zorgvormen) ten laste van de Zvw dan wel de Wlz komen.

Concept standpunt/advies

Alle behandeling en aanvullende zorgvormen voor Wlz-cliënten die in een instelling verblijven of in een geclusterde vpt-setting moeten ten laste van de Wlz komen. De Wlz-instelling waar de cliënt verblijft is verantwoordelijk voor het leveren van de integrale zorg.

Consequentie voor de verzekerde (op basis van concept standpunt/advies)

Het onderscheid tussen verblijf met en zonder behandeling verdwijnt met de implementatie van dit advies. Dat heeft consequenties voor 30% van de Wlz-cliënten die in een instelling verblijven en de cliënten die geclusterd vpt ontvangen. Het gaat om ongeveer 67.000 cliënten. Zij krijgen integrale zorg ten laste van de Wlz. Daartegenover staat dat zij geen eigen huisarts en paramedici meer kunnen kiezen.

ACP68-3

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Complexe Ouderenzorg

Onze referentie
Fout! Verwijzingsbron niet
gevonden.

Toelichting, indien nodig

De kernboodschap van dit rapport is dat bij institutionele zorg (instellingszorg en situaties die daarop lijken, zoals geclusterd vpt) alle behandeling en aanvullende zorg ten laste van de Wlz moet komen. De reden daarvan is vooral dat de doelgroep waarover het gaat (de meest kwetsbaren) is aangewezen op integrale, interdisciplinaire zorg. Positionering van de behandeling in de Wlz biedt de beste mogelijkheden die te bieden. De integrale zorg moet ook alle paramedische zorg en hulpmiddelen, farmaceutische zorg en tandheelkundige zorg omvatten. Om te waarborgen dat deze cliënten de zorg krijgt waarop ze zijn aangewezen, moet het historisch gegroeide onderscheid tussen verblijf met behandeling en verblijf zonder behandeling verdwijnen. Ongeveer 67.000 van de 285.000 Wlz-geïndiceerden krijgen met een verandering te maken.

We hebben de scope van dit advies beperkt tot de cliënten die in een Wlz-instelling verblijven of in een daarop gelijkende setting (geclusterd volledig pakket thuis (vpt), woonvorm). We noemen dat institutionele zorg.

We gaan niet in op de groep die de zorg thuis krijgt in de vorm van een ongeclusterd vpt, een modulair pakket thuis (mpt) of een persoonsgebonden budget (pgb). Dat heeft vooral te maken met het feit dat VWS op dit moment een project opzet waarin de hele systematiek van Wlz-zorg thuis wordt herzien.

De cliënten in een instelling hebben veelal geen mantelzorgers, en zijn aangewezen op integrale zorg. Integrale zorg betekent dat de keuzevrijheid voor behandelaren afneemt. We vinden dit gezien de complexiteit van de zorg gerechtvaardigd.

Eerder hebben we geadviseerd cliënten met een psychiatrische stoornis die voldoen aan de Wlz-criteria ook toegang te geven tot de Wlz. Het kabinet heeft daar nog niet over beslist. De doelgroep die het betreft bestaat uit mensen die veelal veel co-morbiditeit hebben en/of ernstige psychiatrische aandoening(en). Het ligt voor de hand te veronderstellen dat ons advies over de positionering van behandeling ook van toepassing is op deze doelgroep. We willen dat verifiëren bij dezelfde experts die waren betrokken bij het advies over de toegang van psychiatrische cliënten tot de Wlz. Als deze experts een andere opvatting hebben dan wij, zullen we verdere actie ondernemen. We zullen dan bij u terugkomen.

Vraag/vragen aan de commissie

- 1 We beperken de scope van het rapport tot verblijf in de instelling en geclusterd vpt (we noemen dat samen institutionele zorg). Kunt u zich daarin vinden?
- 2 Bij de uitwerking van het rapport stuiten we op twee waarden die kunnen conflicteren: keuzevrijheid en kwaliteit van zorg (integrale zorg). We hebben ervoor gekozen om voor de meest kwetsbare cliënten, namelijk de cliënten die in een instelling verblijven en geclusterd vpt ontvangen, voorrang te geven aan integrale zorg. Kunt u zich daarin vinden?
- 3 Bent u het eens met ons advies dat alle Wlz-clients die in een instelling verblijven of een geclusterd vpt ontvangen, aanspraak zouden moeten hebben op het integrale brede Wlz-pakket, inclusief de aanvullende

ACP68-3

- zorgvormen?
- 4 We willen toetsen of onze aanname dat ons advies over behandeling ook geldt voor de mogelijk nieuwe doelgroep van psychiatrische cliënten, juist is. Dat willen we doen bij de experts die betrokken waren bij dat eerdere advies. Heeft u daarover opmerkingen?

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Complexe Ouderenzorg

Onze referentie
Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.

Te raadplegen partijen

Geraadpleegde partijen:

- Beroepsgroepen: Verenso, NVAVG, LHV, KNMP, KNMT, NVO (Vereniging van (Ortho)pedagogen), Paramedisch Platform Nederland, KNGF (Vereniging van fysiotherapeuten), NIP (Nederlands Instituut van Psychologen)
- Patiëntenverenigingen: Patiëntenfederatie Nederland, LOC Medezeggenschap in zorg, Ieder(in), Per Saldo, MIND Landelijk platform psychische gezondheid
- Zorgverzekeraars Nederland
- Brancheorganisaties: Actiz, BTN, VGN, GGZ Nederland,
- Overig: diverse zorgaanbieders, Firevaned, een enkele apotheek, (branchevereniging van hulpmiddelenfabrikanten), Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen

Bijlage(n)

Rapport Goede zorg voor kwetsbare cliënten

Met 6 bijlagen:

- I Adviesaanvraag VWS
- II Eindrapportage onderzoek door HHM (niet meegestuurd, in bezit)
- III Achtergrondstudie onderzoek door HHM (niet meegestuurd, in bezit)
- IV Overzicht van aanspraken
- V Overzicht financiële consequenties
- VI Consultatie

Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten

Advies over behandeling en de aanvullende zorgvormen in de
Wlz

Datum 22 juni 2017

Status Concept

Colofon

Volgnummer	2016129125
Contactpersoon	mw. M.P.C. van den Burg +31 (0)20 797 84 26
Afdeling	Pakket
Uitgebracht aan	

Inhoud

Colofon—1

Advies op hoofdlijnen—5

Samenvatting—7

1 Inleiding—13

- 1.1 Aanleiding—13
- 1.2 De kern van het probleem en de scope van ons advies—14
- 1.3 Status en doelstelling van dit advies—15
- 1.4 Aanpak—15
- 1.5 Leeswijzer—16

2 Behandeling in de Wlz—17

- 2.1 Achtergrond en historie—17
 - 2.1.1 Verschillende sectoren in één systeem—17
 - 2.1.2 Complexe en op punten onlogische regelgeving—18
 - 2.1.3 Twee vormen van verblijf—18
 - 2.1.4 Indicatiestelling voor behandeling—18
 - 2.1.5 Bekostiging—19
 - 2.1.6 Aanscherping van de toelatingscriteria—19
 - 2.1.7 Bestaande situatie—19
- 2.2 De huidige regelgeving—20
- 2.3 Samenhang met het advies 'Extramurale behandeling ontleed'—21
- 2.4 Doelgroep van de Wlz—22
 - 2.4.1 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht—22
 - 2.4.2 GGZ-doelgroep—24
 - 2.4.3 Tijdelijk verblijf vanwege een combinatie van een licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen—25
 - 2.4.4 Advies Zorginstituut over toegang tot de Wlz voor mensen met een psychiatrische aandoening—26
- 2.5 Noodzaak van integrale, interdisciplinaire zorg—26
- 2.6 Aantallen—27
- 2.7 De praktijk van behandeling in de Wlz—28
 - 2.7.1 Gebruikelijke organisatie van de zorg—28
 - 2.7.2 Eigen keuzemogelijkheden instelling—29
 - 2.7.2.1 Instellingszorg of anders—29
 - 2.7.2.2 Teamwork: in dienstverband of met inhuur—29
 - 2.7.2.3 Vaste beschikbaarheid of op consultbasis—29

3 Van problemen naar oplossingen—31

- 3.1 Verschillen in aanspraak op Wlz-zorg—31
 - 3.1.1 Wlz-cliënten krijgen soms niet de Wlz-specifieke behandeling die zij nodig hebben—31
 - 3.1.2 Complexiteit en onduidelijkheid—32
 - 3.1.3 Verschil in pakket niet uit te leggen aan Wlz-cliënten—32
 - 3.1.4 Conclusie—32
- 3.2 Integrale zorg is moeilijk te realiseren als de zorg onderdeel uitmaakt van verschillende wettelijke domeinen—33
- 3.3 Afbakeningsproblemen—33
 - 3.3.1 Onderscheid Wlz-specifieke behandeling en geneeskundige zorg van algemeen

- medische aard—33
- 3.3.2 Onderscheid Wlz-specifieke paramedische zorg en algemeen paramedische zorg—34
- 3.3.3 Onderscheid behandeling van een psychische stoornis die integraal deel uitmaakt van de Wlz-specifieke behandeling en behandeling van een psychische stoornis die geen integraal deel uitmaakt van de Wlz-specifieke behandeling—34
- 3.3.4 Overige afbakeningsproblemen—34
- 3.3.5 Onduidelijkheid over hulpmiddelen—34
- 3.4 Inefficiënties in het stelsel—35

4 Positionering behandeling en aanvullende zorgvormen—37

- 4.1 Keuzevrijheid versus integrale zorg—37
- 4.1.1 Keuzevrijheid en regie in relatie tot institutionele zorg (verblijf en geclusterd vpt)—37
- 4.2 Beoordeling van de oplossingsvarianten—38
- 4.2.1 Oplossingsvariant 1 'Geneeskundige zorg en aanvullende zorgvormen in de Wlz'—38
- 4.2.2 Oplossingsvariant 2 'Geneeskundige zorg en de aanvullende zorgvormen in de Zvw'—39
- 4.2.3 Voorkeur van het Zorginstituut—41
- 4.3 Implementatie van de oplossingsvariant—42
- 4.3.1 Consequenties voor cliënten—42
- 4.3.2 Consequenties voor zorgaanbieders en professionals—43
- 4.3.3 Consequenties voor zorgkantoren—43
- 4.3.4 Consequenties voor zorgverzekeraars—44
- 4.4 Inhoud van het integrale pakket voor cliënten in een instelling—44
- 4.4.1 Wlz-specifieke behandeling en geneeskundige zorg van algemeen medische aard—44
- 4.4.2 Vervoer naar behandeling—44
- 4.4.3 Behandeling van een psychische stoornis als het integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling—45
- 4.4.5 Hulpmiddelen—47
- 4.4.6 Tandheelkundige zorg—47
- 4.4.7 Paramedische zorg—48
- 4.5 Financiële consequenties—48
- 4.5.1 Bekostiging—49
- 4.6 Kwaliteitsstandaarden—49

5 Advies van Adviescommissie Pakket—51

6 Conclusies en aanbevelingen—52

Bijlagen:

- I Adviesaanvraag VWS
- II Eindrapportage onderzoek door HHM
- III Achtergrondstudie onderzoek door HHM
- IV Overzicht van aanspraken
- V Overzicht financiële consequenties
- VI Consultatie

Advies op hoofdlijnen

Vraagstelling

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het Zorginstituut om advies gevraagd over de positionering van de Wlz-specifieke behandeling. Het Zorginstituut heeft laten weten ook de aanvullende zorgvormen in haar advies mee te nemen. Dat zijn zorgvormen die alleen ten laste van de Wlz komen als de Wlz-cliënt in een instelling verblijft en daar ook Wlz-specifieke behandeling ontvangt. Als de cliënt thuis woont, of in een instelling verblijft maar daar geen Wlz-specifieke behandeling ontvangt, moet de Wlz-cliënt voor de aanvullende zorgvormen een beroep doen op de Zvw en/of de Wmo.

In ons advies gaan we alleen in op de Wlz-cliënten die in een instelling verblijven. De vraag naar de positionering van behandeling en de aanvullende zorgvormen voor Wlz-cliënten die thuis zorg ontvangen zal worden meegenomen in het traject, waarbij de zorg thuis op een andere manier wordt vormgegeven.

Advies

Het zorginstituut adviseert om het verschil in pakket tussen verblijf met behandeling en verblijf zonder behandeling op te heffen.

Omdat Wlz-cliënten integrale zorg nodig hebben, moet het Wlz-pakket breed zijn samengesteld. Het zorginstituut adviseert om de volgende zorgvormen onderdeel te laten zijn van het pakket voor alle cliënten die in een instelling verblijven:

- Verzorging, verpleging en begeleiding
- Wlz-specifieke behandeling en geneeskundige zorg van algemeen medische aard;
- Behandeling van een psychische stoornis, als de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de Wlz-specifieke behandeling
- Alle hulpmiddelen
- Tandheelkundige zorg
- Alle paramedische zorg

Welke problemen lossen we hiermee op en voor wie?

Vrijwel alle Wlz-cliënten hebben integrale, interdisciplinaire zorg nodig. Dat is zorg waarbij de diverse zorgverleners hun activiteiten intensief op elkaar afstemmen.

Als het advies wordt geïmplementeerd, verandert het pakket voor de cliënten die in een instelling verblijven, maar daar geen behandeling ontvangen. Dat zijn ongeveer 67.000 cliënten, ongeveer 30% van alle instellingsbewoners in de Wlz.

Omdat zij nu geen integraal Wlz-pakket ontvangen zijn zij voor de aanvullende zorgvormen (huisartsgeneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg en hulpmiddelen) aangewezen op de Zorgverzekeringswet en de Wmo.

Dit leidt tot problemen met afstemming tussen behandelaars die vanuit de Zvw worden betaald (huisartsen, tandartsen, paramedici) en de zorg- en hulpverleners van de Wlz-instelling (begeleiders, verzorgenden en verpleegkundigen). Hierdoor is integrale zorg moeilijk te realiseren. Integrale zorg is ook lastig te bieden aan deze cliënten doordat geneesmiddelen en de hulpmiddelen uit de Zvw worden vergoed. Wie wel aanspraak heeft op een integraal Wlz-pakket, en wie niet, wordt niet bepaald door de zorgbehoefte van de cliënt, maar door de voorkeur van de cliënt voor een instelling en het aantal ingekochte verblijfsplaatsen.

Als alle cliënten aanspraak hebben op een integraal Wlz-pakket inclusief de

aanvullende zorgvormen is het voor een Wlz-instelling makkelijker integrale zorg te leveren. De Wlz-instelling waar de cliënt verblijft is verantwoordelijk voor het gehele integrale pakket.

Daarnaast lossen we met zo'n integraal Wlz-pakket een aantal andere problemen op.

Bijvoorbeeld afbakeningsproblemen die ontstaan doordat verschillende zorgvormen die in elkaars verlengde liggen, uit verschillende wettelijke domeinen kunnen worden gefinancierd. Denk bijvoorbeeld aan het onderscheid tussen de Wlz-specifieke behandeling (=Wlz), die samenhangt met de aandoening op grond waarvan de Wlz-cliënt een indicatie heeft gekregen en de huisartsgeneeskundige zorg (=Zvw), die juist niet samenhangt met de aandoening. Het is soms moeilijk om aan te geven waar de scheidslijn tussen deze zorgvormen ligt.

Tot slot raakt de zorg met de implementatie van dit advies minder versnipperd. Als een zorgaanbieder verantwoordelijk is voor de gehele zorg, zijn er voor de zorgaanbieder meer mogelijkheden om te substitueren tussen verschillende zorgvormen. Dit stimuleert de zorgaanbieder om meer aandacht te hebben voor preventie. Ook zal het risico op verkeerde of dubbele declaraties en strategisch gedrag kleiner worden. Dit komt de doelmatigheid van de zorg ten goede.

Afweging: keuzevrijheid

In de Zvw hebben cliënten een vrije keuze voor behandelaar. Als de instelling verantwoordelijk wordt voor de integrale Wlz-zorg, zal deze keuzevrijheid beperkter worden. De zorgaanbieder zal namelijk afspraken maken met behandelaren die nodig zijn in de zorg voor zijn cliënten. Deze inperking van keuzevrijheid is inherent aan instellingszorg en vinden wij te rechtvaardigen vanuit het oogpunt van het faciliteren van integrale en kwalitatief goede zorg.

Financiële consequenties

We hebben op een zeer grove wijze berekend wat de financiële consequenties zijn van implementatie van ons advies. Er vindt een verschuiving plaats van de Zvw naar de Wlz. Het te verschuiven bedrag bedraagt grofweg € 672 miljoen op jaarbasis.

Daarnaast is er ook een kostenverhoging doordat de Wlz aanspraken ruimer worden dan de Zvw aanspraken. Dit geldt paramedische zorg, tandheelkundige zorg en farmaceutische zorg.

Samenvatting

Het gaat in dit rapport over de zorg voor de meest kwetsbare cliënten, cliënten die zijn aangewezen op institutionele zorg, instellingszorg en situaties die daarop lijken, zoals geclusterd vpt. Zij hebben integrale, interdisciplinaire zorg nodig. Integrale zorg omvat ook alle paramedische zorg en hulpmiddelen, farmaceutische zorg en tandheelkundige zorg (aanvullende zorgvormen).

De kernboodschap van dit rapport is dat voor deze cliënten alle behandeling en aanvullende zorg ten laste van de Wlz moet komen. Dit biedt de beste mogelijkheden de benodigde integrale zorg te bieden.

Als het advies wordt geïmplementeerd, verandert het pakket voor de cliënten die in een instelling (of geclusterd vpt) verblijven, maar daar geen behandeling ontvangen. Dat zijn ongeveer 67.000 cliënten, ongeveer 30% van alle instellingsbewoners in de Wlz.

Het betekent dat instellingen die nu alleen verblijf zonder behandeling bieden en aanbieders die geclusterd vpt aanbieden, hun zorgaanbod moeten verbreden. Ze moeten ook behandeling en de aanvullende zorgvormen gaan bieden.

Vanuit de historie bestaan er twee verschillende vormen van verblijf: verblijf mét en verblijf zónder behandeling. Omdat de aanspraak van cliënten op zorg afhankelijk is van hun verblijfsplaats, hebben cliënten met gelijke problematiek en zorgvraag een verschillende aanspraak op zorg. Dat kan er toe leiden dat cliënten geen passende zorg ontvangen.

De regelgeving over behandeling en de aanvullende zorgvormen (zoals hulpmiddelen, paramedische zorg, farmaceutische zorg en tandheelkundige zorg) is in de loop der tijd nauwelijks veranderd, maar de omgeving en context waarop die van toepassing zijn wel. Dat heeft tot gevolg gehad dat de regelgeving en uitvoeringspraktijk niet meer goed op elkaar aansluiten, waardoor het geheel erg complex is geworden.

Dit heeft allerlei uitvoeringsproblemen tot gevolg en kan er toe leiden dat cliënten geen passende zorg krijgen. Dat geldt vooral voor de manier waarop behandeling en een aantal aanvullende zorgvormen (zoals farmaceutische en paramedische zorg en hulpmiddelen) zijn geregeld.

De staatssecretaris van VWS beseftte dat bij de invoering van de Wlz. De tijdsdruk die op dat proces lag, heeft er toe geleid dat de bestaande regelgeving over behandeling en aanvullende zorgvormen in de AWBZ onveranderd is overgenomen in de Wlz. De staatssecretaris heeft daarbij meteen aangegeven advies aan het Zorginstituut te vragen over de positionering van die zorg in de Wlz.

Adviesvraag van de staatssecretaris

De staatssecretaris vroeg op 23 juli 2015 aan het Zorginstituut of behandeling het best gepositioneerd kan worden in de Wlz of in de Zvw. Het Zorginstituut liet de staatssecretaris weten ook de aanvullende zorgvormen mee te nemen. Het gaat om een aantal zorgvormen die ten laste van de Wlz komen als de Wlz-cliënt behandeling krijgt van de instelling waar hij verblijft. De staatssecretaris vraagt in ieder geval de scenario's uit te werken waarin behandeling (en aanvullende zorgvormen) ten laste van de Zvw dan wel de Wlz komen.

Het gaat dus om een systeemadvies. Het systeem moet de uitvoeringspraktijk in staat stellen de doelgroep passende zorg te kunnen leveren. We willen de randvoorwaarden voor het leveren van goede zorg optimaliseren. Het gaat niet om de inhoud van de zorg of hoe die georganiseerd moet worden. Dat moeten partijen

in kwaliteitsstandaarden vastleggen.

Kernprobleem en scope van het advies

Het kernprobleem is dat de zorg die iemand kan krijgen niet alleen afhangt van zijn ziektebeeld en beperkingen, maar ook van de vraag waar hij verblijft: in een instelling mét behandeling of in een instelling zònder behandeling.

De aanspraak in instellingen met behandeling¹ is ruimer dan de aanspraak van dezelfde cliënt in een instelling zonder behandeling² dan wel bij een van de andere leveringsvormen³. Dat maakt dat mensen niet altijd de zorg krijgen waarop ze zijn aangewezen.

We constateren ook dat de regelgeving rond de aanvullende zorgvormen soms leidt tot onvoldoende zorg of tot uitvoeringsproblemen. Ook dat willen we oplossen.

De scope van ons advies beperkt zich tot institutionele zorg: zorg in een instelling of een daarop lijkende situatie. Het gaat niet om zorg thuis. De redenen daarvoor zijn:

- degenen die thuis verblijven, hebben nog een steunsysteem dat de regie heeft en de zorgvormen op elkaar kan afstemmen. Dat kan gevolgen hebben voor de manier van zorg verlenen;
- het is op voorhand niet duidelijk of en hoe integrale zorg door één aanbieder thuis haalbaar is;
- VWS zal de zorg thuis op een andere manier gaan vormgeven. Het past in dat traject ook om te bepalen hoe de behandeling thuis vorm moet krijgen.

Om bovenstaande problemen goed te kunnen begrijpen en te plaatsen, is het nodig de historie te kennen. Daarom gaan we daar in hoofdstuk 2 dieper op in.

De huidige aanspraak op behandeling en aanvullende zorgvormen

We beschrijven in hoofdstuk 2 hoe behandeling en aanvullende zorgvormen op dit moment zijn geregeld, bij verblijf zonder behandeling, verblijf met behandeling en geclusterd vpt. We beschrijven het onderscheid tussen specifieke Wlz- behandeling (gericht op de Wlz-problematiek) en de 'geneeskundige zorg van algemene aard' (wat feitelijk overeenkomt met huisartsenzorg). Die twee vormen van behandeling zijn in de praktijk nauwelijks te onderscheiden. Dit zorgt voor veel problemen. De aanspraak van Wlz-cliënten omvat een zorgpakket met verblijf in een instelling, persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging, behandeling, mobiliteitshulpmiddelen, woningaanpassingen en roerende voorzieningen.

Wlz-specifieke behandeling

In dit rapport spreken we over de Wlz-specifieke behandeling. Het gaat hierbij om behandeling die specifiek is gericht op de Wlz-problematiek en/of specifieke vaardigheden van de behandelaar vereist.

Behandeling wordt gedefinieerd als "behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek geneeskundige, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard, die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde."

Aanvullende zorgvormen

Onder aanvullende zorgvormen verstaan we:

¹ Zoals verpleeghuizen of instellingen voor verstandelijk gehandicapten

² Zoals een verzorgingshuis of gezinsvervangend tehuis

³ Deze andere leveringsvormen zijn het volledig pakket thuis, het modulaire pakket thuis en het persoonsgebonden budget.

- geneeskundige zorg van algemeen medische aard (vergelijkbaar met huisartsenzorg), met uitzondering van de paramedische zorg van algemene aard;
- behandeling van een psychische stoornis als de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van de somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of de verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap waarvoor de verzekerde is opgenomen;
- farmaceutische zorg;
- het gebruik van hulpmiddelen als dat noodzakelijk is in verband met de in de instelling gegeven zorg;
- tandheelkundige zorg;
- kleding als dat verband houdt met het karakter en de doelstelling van de instelling.

Als de cliënt in een 'instelling met behandeling' verblijft, heeft hij vanuit de Wlz ook aanspraak op zogenaamde 'aanvullende zorgvormen'. Deze aanvullende zorgvormen worden door of namens de Wlz-instelling geleverd.

Wlz-cliënten die in een 'instelling zonder verblijf' wonen, hebben geen aanspraak op deze aanvullende zorgvormen en kunnen daarvoor een beroep doen op de Zvw of een maatwerkvoorziening bij de gemeente aanvragen. Dat geldt ook voor het geclusterd volledig pakket thuis (vpt) en de overige leveringsvormen.

Inhoud van de zorg

Voor de beantwoording van de vraag wat specifieke behandeling in de Wlz inhoudt, sluiten we aan op de conclusies van het rapport 'Extramurale behandeling ontleed' van oktober 2016 van het Zorginstituut.

In dat rapport concluderen we dat er naar inhoud en aard geen verschil is tussen de Wlz-specifieke behandeling en de zorg die in de Zvw is verzekerd. De zorginhoud geeft dus geen handvatten om de vraag van de staatssecretaris te beantwoorden. Daarom benaderen wij deze vraag vanuit de specifieke kenmerken en zorgbehoefte van de Wlz-doelgroep en de problemen die we in de praktijk tegenkomen. Een heel praktische benadering dus.

Doelgroepen van de Wlz

De grootste doelgroep van de Wlz bestaat uit cliënten die blijvend zijn aangewezen op 24 uur zorg nabij of permanent toezicht: het gaat om mensen die niet alleen gelaten kunnen worden. Zij hebben zware regieproblemen of ernstige lichamelijke problemen, waarbij vanwege een instabiel ziektebeeld of algehele kwetsbaarheid voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig is. Het gaat daarbij alleen om mensen met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of een zintuiglijke handicap. Een psychiatrische aandoening is geen grondslag voor de Wlz, behalve voor de groep cliënten die langer dan drie jaar behandeling met verblijf hebben: dat heet voortgezet verblijf.

De Wlz richt zich ook op cliënten met een licht verstandelijke beperking met gedragsproblemen. Zij kunnen ten laste van de Wlz behandeld worden, ook als dat niet blijvend maar tijdelijk is.

Het Zorginstituut heeft in 2015 geadviseerd om ook cliënten met een psychiatrische aandoening toegang tot de Wlz te bieden.

Zorgbehoefte

Het overgrote deel van de cliënten van bovenstaande doelgroepen is blijvend aangewezen op integrale, interdisciplinaire zorg. Vanwege hun kwetsbare fysieke en mentale gezondheid is er intensieve afstemming nodig tussen de verpleging,

verzorging en begeleiding en de behandelaren die de geneeskundige en gedragswetenschappelijke zorg leveren. Het merendeel van de Wlz-cliënten is naast verblijf, persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding ook aangewezen op enige vorm van behandeling.

Organisatie van zorg

Met dit systeemadvies willen we helpen om integrale, interdisciplinaire zorg te bieden. We kunnen en willen niet bepalen hoe instellingen die zorg organiseren. Dat hangt af van de concrete bewonersgroep, de visie van de instelling en omgevingsfactoren. Binnen de kaders van de wet kunnen Wlz-instellingen zelf beslissen hoe zij de Wlz-specifieke behandeling en de geneeskundige zorg van algemeen medische aard organiseren en wie deze zorg verleent. Zo kunnen instellingen verschillende keuzen maken met betrekking tot de volgende vragen:

- Waar wordt de zorg geleverd? In een instelling, eigen appartementen of een woonvorm?
- Welke behandelaar verleent de Wlz-specifieke behandeling en de geneeskundige zorg van algemeen medische aard? (huisarts of specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, gedragskundige of psychiater)?
- Wordt de geneeskundige en gedragswetenschappelijke zorg op consultbasis verleend of wordt gewerkt op basis van beschikbaarheid?
- Is de behandelaar in dienst van de instelling of maakt de Wlz-instelling afspraken met een vrijgevestigde behandelaar?

Van een probleem.....

De Wlz-doelgroepen zijn aangewezen op integrale, interdisciplinaire zorg. We moeten de problemen waar de praktijk tegenaan loopt bij het leveren deze zorg zoveel mogelijk oplossen.

Uit onze praktijkverkenning blijkt dat Wlz-cliënten niet altijd de integrale zorg en Wlz-specifieke behandeling ontvangen die ze nodig hebben. Dit hangt samen met de volgende problemen:

Wlz-cliënten die in een Wlz-instelling 'met behandeling' verblijven, hebben aanspraak op een breder Wlz-pakket dan Wlz-cliënten die zorg thuis ontvangen en cliënten die in een Wlz-instelling 'zonder behandeling' wonen. Dit leidt tot de volgende problemen:

- a Het hangt vaak van niet-medische of zelfs toevallige factoren af of Wlz-cliënten op een instellingsplek met of zonder behandeling komen. Dit bepaalt dus of ze wel of geen aanspraak hebben op het brede Wlz-pakket (inclusief de aanvullende zorgvormen). Hierdoor bestaat het risico dat Wlz-cliënten niet de Wlz-specifieke behandeling krijgen die ze nodig hebben;
- b Complexiteit en onduidelijkheid bij cliënten, zorgkantoren en zorgaanbieders;
- c Aan cliënten is het verschil in pakket niet uit te leggen.

Alle Wlz-cliënten zouden vanuit hun behoefte aan integrale, interdisciplinaire zorg aanspraak moeten hebben op hetzelfde Wlz-pakket.

Integrale zorg is moeilijk te realiseren als de zorg onderdeel uitmaakt van verschillende wettelijke domeinen

Integrale, interdisciplinaire zorg is moeilijk te realiseren als de zorg in verschillende wettelijke domeinen is gepositioneerd. Bij Wlz-cliënten die thuis zorg ontvangen of in een 'verblijf zonder behandeling', heeft de zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor de verpleging, begeleiding en persoonlijke verzorging, geen instrument om de behandelaren uit de Zvw (de huisarts, de paramedicus en de tandarts) aan te sturen en hun zorg af te stemmen. Het risico bestaat dat cliënten niet de integrale zorg

krijgen die zij nodig hebben.

Ter voorkoming van afstemmings- en aansturingproblemen moet alle zorg voor Wlz-cliënten in één wettelijk domein worden ondergebracht. Eén partij moet verantwoordelijk zijn voor de coördinatie en afstemming van deze zorg.

Afbakeningsproblemen

In het huidige stelsel zijn zorgvormen deels in de Wlz, en deels in de Zvw gepositioneerd, terwijl de afbakening tussen beide domeinen niet duidelijk is. Deze zorgvormen zouden in één wettelijk domein moeten worden ondergebracht.

Het gaat hierbij om:

- Wlz-specifieke behandeling (Wlz) en geneeskundige zorg van algemeen medische aard (Soms Zvw, soms Wlz);
- Wlz-specifieke paramedische behandeling (Wlz) en algemene paramedische zorg (Zvw);
- De hulpmiddelen die onder de Wlz vallen en hulpmiddelen die onder de Zvw vallen.

Dergelijke afbakeningsproblemen zijn alleen goed te voorkomen als een bepaalde zorgvorm (behandeling, hulpmiddelen of paramedische zorg) ten laste van één domein komt.

Inefficiëntie in het zorgstelsel

Door de versnippering kunnen de mogelijkheden van substitutie minder goed worden benut. Hierdoor is de zorg minder efficiënt. Als één zorgaanbieder verantwoordelijk is voor alle zorg, biedt dit meer mogelijkheden om de zorg te substitueren. Daarnaast bestaat in een versnipperd stelsel het risico op verkeerde en dubbele declaraties. Dit pleit ervoor om alle zorg voor Wlz-cliënten in één wettelijk domein te positioneren.

..... naar een oplossing

In hoofdstuk 4 beantwoorden we de kernvraag: moeten behandeling en aanvullende zorgvormen in de Wlz of in de Zvw gepositioneerd worden? Daarbij speelt een afweging tussen twee waarden: keuzevrijheid en integrale zorg.

Keuzevrijheid versus integrale zorg

Keuzevrijheid kan op gespannen voet staan met integrale zorg. We vinden dat het bieden van goede zorg de belangrijkste doelstelling is van een zorgverzekering. Daarom stellen we de integraliteit van de zorg voorop. Maar beide waarden sluiten elkaar niet per se uit. Het is vaak goed mogelijk om integrale zorg te leveren en cliënten toch een bepaalde mate van keuzevrijheid te bieden. In hoeverre dat mogelijk is, hangt af van de concrete bewonersgroep en omgevingsfactoren. Dat valt niet in algemene termen te regelen: partijen (cliënten, zorgkantoor en instelling) moeten daar op lokaal niveau inhoud aan geven.

Oplossingsrichtingen: een Zvw variant versus Wlz variant

We hebben, zoals de staatssecretaris heeft gevraagd, twee varianten voor een oplossing uitgewerkt. Een variant waarin alle behandeling en de aanvullende zorgvormen ten laste komt van de Wlz, en een waarin deze ten laste van de Zvw komen. We hebben beide scenario's getoetst aan vijf criteria:

1. Alle Wlz-cliënten moeten vanwege hun behoefte aan integrale, interdisciplinaire zorg aanspraak hebben op hetzelfde Wlz-pakket.
2. Integrale zorg is het best te organiseren als één zorgaanbieder daarvoor verantwoordelijk is.
3. De zorgvormen die moeilijk zijn af te bakenen moeten in één wettelijk

- domein worden ondergebracht.
4. Om substitutiemogelijkheden in de zorgverlening te benutten en om verkeerde en dubbele declaraties te voorkómen is het goed om de zorg voor de Wlz-cliënt zoveel mogelijk in één domein onder te brengen, waarvoor één Wlz-aanbieder verantwoordelijk is.
 5. Voor zover mogelijk houden cliënten keuzevrijheid ten aanzien van de zorg die zij ontvangen.

We concluderen dat alleen de variant voldoet waarin alle behandeling en aanvullende zorgvormen ten laste van de Wlz komen.

We constateren ook dat het brede integrale Wlz-pakket de volgende aanvullende zorgvormen moet bevatten:

- Wlz-specifieke behandeling en geneeskundige zorg van algemeen medische aard, inclusief het vervoer;
- Behandeling van een psychische stoornis, als de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling;
- Farmaceutische zorg;
- Alle hulpmiddelen, inclusief aangepaste kleding en met uitzondering van de hulpmiddelen die nu voor eigen rekening komen (zoals brillen);
- Tandheelkundige zorg;
- Alle paramedische zorg.

Financiële consequenties

Een ruwe berekening van de financiële consequenties van implementatie van ons advies komt op een verschuiving van de Zvw naar de Wmo van bedrag van €672 miljoen per jaar. Daarnaast is er een beperkte uitbreiding van de aanspraak die tot extra kosten leidt.

Als een principe-besluit is genomen omtrent de opvolging van ons advies, moet dat scherper worden bepaald.

1 Inleiding

Met dit rapport adviseert het Zorginstituut de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de positionering van de in de Wet langdurige zorg (Wlz) geregelde 'behandeling' en de zogenaamde 'aanvullende zorgvormen', zoals huisartsenzorg, farmaceutische en tandheelkundige zorg.

1.1 Aanleiding

De aanspraken van de Wlz zijn gebaseerd op die van de AWBZ, en zijn het resultaat van een lange geschiedenis, waardoor die op punten onlogisch is en niet goed meer aansluit bij de zorgbehoefte van de huidige doelgroep. De staatssecretaris beseft dat bij de invoering van de Wlz. De tijdsdruk die op dat proces lag, heeft er toe geleid dat de bestaande regelgeving over behandeling en aanvullende zorgvormen in de AWBZ onveranderd is overgenomen in de Wlz. De staatssecretaris heeft daarbij meteen aangegeven advies aan het Zorginstituut te vragen over de positionering van die zorg in de Wlz.

De staatssecretaris heeft het Zorginstituut met zijn brief van 23 juli 2015 om dat advies gevraagd⁴ (zie bijlage 1). De staatssecretaris geeft in zijn brief aan dat de Wlz, die per 1 januari 2015 is ingevoerd, een integraal pakket aan zorg omvat. Dit integrale pakket is beschreven in artikel 3.1.1, eerste lid, van de Wlz en omvat onder andere verblijf, persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging en behandeling. In de Wlz gaat het bij behandeling om 'geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard'.

Naast deze Wlz-specifieke behandeling omvat het Wlz-pakket ook zogenaamde aanvullende zorgvormen. De aanvullende zorgvormen zijn geneeskundige zorg van algemeen medische aard (huisartsenzorg), farmaceutische zorg, geïntegreerde psychiatrische zorg, tandheelkundige zorg, hulpmiddelen en kleding. Op deze aanvullende zorgvormen heeft de Wlz-cliënt aanspraak als hij in een instelling verblijft en daar ook behandeling krijgt. Hij heeft hier geen aanspraak op als hij in een instelling verblijft maar daar géén behandeling krijgt en als de Wlz-cliënt zorg thuis ontvangt. Hij zal dan een beroep moeten doen op zijn zorgverzekering. Dit onderscheid in het verzekerde pakket is, zo luidt de brief, historisch te verklaren, maar leidt tot afbakeningsdiscussies en tot onduidelijkheid. De staatssecretaris vraagt het Zorginstituut om te bezien onder welke voorwaarden dit onderscheid in het verzekerde pakket kan worden opgeheven.

De staatssecretaris vraagt het Zorginstituut om oplossingsvarianten te geven, waaronder in elk geval de variant waarin de Wlz-behandeling en de aanvullende zorgvormen onder de Wlz worden gebracht en de variant waarin de Wlz-behandeling en de aanvullende zorgvormen onder de Zvw worden gebracht.

Daarnaast wordt het Zorginstituut gevraagd om in te gaan op de aanspraak op vervoer naar de plaats waar de verzekerde de behandeling ontvangt, de consequenties voor de wet- en regelgeving (waaronder de samenhang met andere domeinen), de financiële consequenties en de consequenties voor de uitvoering (contractering, zorginkoop, bekostiging). Ook is gevraagd in te gaan op de

⁴ Brief van de Staatssecretaris van VWS van 23 juli 2015 (kenmerk 799341-139445-LZ) aan Zorginstituut Nederland en brief van Zorginstituut Nederland van 27 augustus 2015 (kenmerk 2015101392) aan het Ministerie van VWS (zie bijlage 1A en 1B).

samenhang met het ook op 23 juli 2015 aan het Zorginstituut gevraagde advies over het onderbrengen in de Zvw van de behandeling die op dit moment in de 'Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling' is geregeld.

1.2

De kern van het probleem en de scope van ons advies

De kern van het probleem waar het hier om gaat, is dat de zorg die iemand kan krijgen niet alleen afhangt van zijn ziektebeeld en beperkingen, maar vooral van de vraag of hij verblijft in de ene of in de andere instelling. De aanspraak in instellingen met behandeling⁵ is namelijk ruimer dan als dezelfde cliënt zou verblijven in een instelling zonder behandeling⁶. Dat maakt dat mensen niet altijd de zorg krijgen waarop ze zijn aangewezen. We gaan in hoofdstuk 2 uitgebreid in op de achtergrond en historie hiervan.

Tijdens de totstandkoming van dit advies stuitte we op twee waarden die met elkaar kunnen conflicteren. Aan de ene kant staat het belang van goede zorg: in paragraaf 2.5. leggen we uit dat de doelgroep van de Wlz is aangewezen op integrale, interdisciplinaire zorg. En dat houdt feitelijk in dat één zorgaanbieder de regie heeft over de zorg. Dat kan conflicteren met de waarde die mensen hechten aan keuzevrijheid. Dat impliceert immers dat de cliënt of zijn mantelzorger zelf de regie heeft. Bij verblijf en daarop lijkende situaties (we noemen dat geclusterd vpt) is de cliënt afhankelijk van die regie. Het conflict tussen integrale zorg en keuzevrijheid speelt vooral bij de leveringsvormen waarbij de zorg thuis wordt geboden: daar is vrijwel altijd sprake van mantelzorgers die een deel van de zorg leveren, en in ieder geval de zorg coördineren. De mantelzorg wil vaak de regie blijven voeren en bepalen welke zorgverleners de zorg bieden. De relatie met bestaande zorgverleners zoals de huisarts is vaak hecht.

Afgezien van de vraag of integrale zorg onder regie van één zorgaanbieder in de thuissituatie wenselijk is, speelt ook de vraag of dat wel mogelijk is. Wellicht is dat het zonder mantelzorger gewoon niet mogelijk is iemand die aan de Wlz-criteria voldoet thuis goed te verzorgen. Daarbij is het zo dat bij de leveringsvormen modulair pakket thuis (mpt) en persoonsgebonden budget (pgb) flexibiliteit en keuzevrijheid centraal staan. Bij deze leveringsvormen is het mogelijk dat de zorg door meer zorgaanbieders wordt geboden.

Ook is het zo, dat VWS zich oriënteert op een andere systematiek voor de levering en bekostiging van de zorg thuis (Maatwerk in de Wlz). In dat traject past het ook om te bepalen hoe integrale zorg en keuzevrijheid tegen elkaar moeten worden afgewogen. Dat is een politieke keuze.

Daarom beperken we ons in dit advies tot de leveringsvormen verblijf en geclusterd vpt, het volledig pakket thuis dat is ontstaan als gevolg van scheiden van wonen en zorg: de zorg onderscheidt zich niet van de klassieke verblijfssituatie, cliënten ontvangen de zorg in een appartement dat zij huren. Het gaat dan om een cluster van dergelijke zorgappartementen. Verblijf en geclusterd vpt tezamen noemen we institutionele zorg. Het gaat hier dus om de zorg voor de meest kwetsbare cliënten in de Wlz.

Het komt ook voor dat het vpt in een losstaande setting wordt geboden, ongeclusterd. Samen met het modulair pakket thuis (mpt) en het persoonsgebonden budget (pgb) vatten we dat onder zorg thuis, waarover het

⁵ Zoals verpleeghuizen of instellingen voor verstandelijk gehandicapten

⁶ Zoals een verzorgingshuis of gezinsvervangend tehuis

project Maatwerk in de Wlz gaat. Daarom gaan we in dit rapport niet in op deze leveringsvormen.

We constateren ook dat de regelgeving rond de aanvullende zorgvormen soms leidt tot onvoldoende zorg of tot uitvoeringsproblemen. Ook die willen we oplossen. We adviseren op dat gebied breder dan de vraag van de staatssecretaris.

1.3 Status en doelstelling van dit advies

Het probleem dat achter de vraag van de staatssecretaris ligt, is tweeledig:

- de manier waarop behandeling en de aanvullende zorgvormen nu zijn geregeld, kan er toe leiden dat cliënten geen passende zorg krijgen;
- daarbij is de regelgeving zo complex, dat die vaak tot onduidelijkheden en uitvoeringsproblemen leidt.

Met dit advies willen we bijdragen aan de oplossing van deze problemen. We beseffen dat we daarmee niet de praktijk van alledag direct kunnen veranderen. Het Zorginstituut geeft alleen de kaders aan waarbinnen instellingen en professionals hun cliënten zo persoonsgericht mogelijke zorg bieden. Het gaat hier dan ook om een systeemadvies. Het doel van dit advies is dus te faciliteren dat goede en persoonsgerichte zorg geboden wordt.

Dat betekent dat dit rapport niet zozeer gaat over de vraag wat de zorg precies moet inhouden. Het is geen duiding. We gaan er van uit dat het totaal aan verzekerde zorg die nu verzekerd is in de Zvw en de Wlz hetzelfde blijft. Het gaat hier alleen om de vraag welke zorg ten laste van welke verzekering moet komen. Dit advies gaat ook niet over de manier waarop de zorg precies moet zijn georganiseerd of wie de zorg zou moeten verlenen. Het is aan partijen, cliënten, instelling, professionals en zorgverzekeraar, om daar zo vorm aan te geven dat de doelgroep die zorg krijgt die het best past bij hun persoonlijke situatie. Partijen kunnen daar zelf sturing aan geven door middel van kwaliteitsstandaarden waarin zij vastleggen op welke manier het bieden van passende zorg zo goed mogelijk vorm krijgt.

Het gaat hier om een systeemadvies. Dat betekent dat het niet gaat om:

- welke zorg wel of niet verzekerd is of zou moeten zijn;
- hoe de zorg georganiseerd moet worden of wie die moet verlenen.

1.4 Aanpak

Om de staatssecretaris te kunnen adviseren heeft het Zorginstituut een onderzoeksvraag uitgezet. De onderzoeksoopdracht is via een aanbestedingsprocedure aan Bureau HHM gegund. Bureau HHM is gevraagd om onderzoek te doen naar:

1. De problemen die zich in de praktijk voordoen door het onderscheid in het verzekerde pakket;
2. Mogelijke oplossingsvarianten voor die problemen;
3. De consequenties daarvan: Wat betekent de keuze voor een bepaalde oplossingsvariant voor verzekerden, zorgaanbieders, zorgkantoren, zorgverzekeraars, wat zijn de financiële consequenties en welke wijzigingen zullen er in de wet- en regelgeving moeten worden aangebracht?

Partijen die bij het onderzoek door Bureau HHM zijn betrokken, zijn cliëntenorganisaties, brancheorganisaties van zorgaanbieders, koepelorganisaties van beroepsbeoefenaren, zorgaanbieders, zorgkantoren en zorgverzekeraars.

Dit onderzoek heeft informatie opgeleverd die als input heeft gediend bij het opstellen van dit advies.

Daarnaast zijn aanvullend hierop gesprekken gevoerd met zorgaanbieders en zijn zorgkantoren geraadpleegd. Ook zijn enkele onderwerpen voorgelegd aan de Wetenschappelijke Adviesraad van het Zorginstituut.

Het onderzoeksrapport en de achtergrondstudie van Bureau HHM zijn in zijn geheel als bijlage 2 en 3 bijgevoegd.

1.5

Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 2) gaan we in op de wijze waarop de Wlz-specifieke behandeling, de geneeskundige zorg van algemeen medische aard en de overige aanvullende zorgvormen zijn geregeld in de Wlz, en de historie ervan. Ook gaan we in op de doelgroep van de Wlz, de aantallen Wlz-cliënten en de zorg die zij nodig hebben. Tot slot beschrijven we hoe de Wlz-specifieke behandeling en de geneeskundige zorg van algemeen medische aard in de praktijk zijn ingericht. In hoofdstuk 3 schetsen we de verschillende problemen die betrekking hebben op de behandeling en aanvullende zorgvormen die we hebben gesignaleerd. Ook geven we aan op welke wijze deze problemen zouden kunnen worden opgelost. Hoofdstuk 4 vormt de kern van ons betoog. In dit hoofdstuk worden twee oplossingsvarianten gepresenteerd. Op grond van de mate waarin de varianten bijdragen aan de gesignaleerde problemen geven wij onze voorkeur aan. Daarna gaan we in op de implementatie van deze voorkeursvariant en geven we aan wat het betekent voor cliënten, zorgaanbieders, zorgkantoren en Wlz-uitvoerders. Ook gaan we kort in op de financiële consequenties van onze voorkeursvariant. Om de lijn van ons verhaal voor de lezer duidelijk te presenteren, beëindigen we de hoofdstukken 2, 3 en 4 met een korte samenvatting. Vervolgens komt in hoofdstuk 5 het advies van de Adviescommissie Pakket aan de orde. We beëindigen ons rapport in hoofdstuk 6 met conclusies en aanbevelingen.

2 Behandeling in de Wlz

In dit hoofdstuk gaan we in op de manier waarop behandeling en geneeskundige zorg in de Wlz op dit moment zijn geregeld. Dat is het resultaat van een lange geschiedenis. Om de huidige situatie goed te kunnen begrijpen, is het nodig eerst die geschiedenis te kennen. Daarom beginnen we met het toelichten van een aantal kenmerken van de huidige uitvoeringspraktijk. Vervolgens beschrijven we de huidige regelgeving en leggen het verband met ons eerdere rapport over extramurale zorg uit. Daarna gaan we in op de doelgroep(en) van de Wlz: om welke mensen gaat het en hoeveel zijn het er? We beschrijven de zorgbehoefte van Wlz-cliënten en de noodzaak van integrale interdisciplinaire zorg en tenslotte zoomen we in op de bestaande praktijk van behandeling.

2.1 Achtergrond en historie

Hieronder gaan we in op een aantal kenmerken van de langdurige zorg die van belang zijn voor ons advies.

2.1.1 *Verschillende sectoren in één systeem*

De langdurige zorg is niet ontstaan als een uniform systeem, maar is ontstaan vanuit de verschillende sectoren. En iedere sector heeft zo zijn eigen ontwikkeling doorgemaakt. Verpleeghuizen bestaan al sinds 1964, maar verzorgingshuizen maken bijvoorbeeld pas zo'n twintig jaar deel uit van de AWBZ/Wlz⁷. De gehandicaptenzorg, GGZ en thuiszorg functioneerden tot 2003 feitelijk als afzonderlijke sectoren, waartussen nauwelijks dwarsverbanden waren. In 2003 werd in de aanspraken het onderscheid in sectoren opgeheven. In de bekostiging en in de praktijk bleef dit onderscheid echter wel bestaan. Tot op de dag van vandaag is dat voor intramurale zorg het geval. De gehandicaptenzorg, met als subsectoren lichamelijk gehandicapten, zintuiglijk gehandicapten en verstandelijk gehandicapten kent zijn eigen ontwikkeling, evenals de GGZ, en de verpleging en verzorging (V&V), elk ook met hun eigen subsectoren. Die sectorale verschillen zijn nog steeds dominant in de hele keten van indicatiestelling, zorginkoop, zorglevering en bekostiging, en ook in de organisatie van de sectoren⁸. De langdurige zorg bestaat dus niet. Afgezien van de historische verklaring van de sectorale verschillen, is het aannemelijk dat de verschillen tussen (sub)sectoren ook bestaan omdat de doelgroepen verschillen. In dat licht is het ook goed en nodig dat de zorg op verschillende manieren vorm krijgt. Maar dat zou vorm moeten krijgen in kwaliteitsstandaarden, niet zozeer in de regelgeving en bekostiging.

Op wetgevingsniveau hebben we te maken met regelgeving die op alle (sub)sectoren gelijk van toepassing is. Dat betekent dat de wet en regelgeving voldoende ruimte moet bieden om de manier waarop de zorg concreet wordt geboden, aan te passen op de verschillende populaties. Het gaat er vooral om de uitvoering voor al die verschillende doelgroepen te faciliteren.

⁷ Tot 1996 werden verzorgingshuizen door provincies bekostigd op grond van de Wet op de Bejaardenoorden. Tussen 1996 en 2000 was er een overgangperiode. Pas vanaf 2000 zijn verzorgingshuizen volledig onderdeel van de AWBZ (nu Wlz).

⁸ De gehandicaptenzorg is georganiseerd in de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VNG), de thuiszorg, verpleeghuizen en verzorgingshuizen in Actiz en Branchebelang Thuiszorg (BTN) en de GGZ in GGZ Nederland, Federatie Opvang en RIBW-Alliantie.

2.1.2 *Complexe en op punten onlogische regelgeving*

Het gaat om behandeling en de aanvullende zorgvormen (zoals hulpmiddelen, specifieke paramedische zorg, farmaceutische zorg en tandheelkundige zorg). In de loop der tijd is die regelgeving materieel nauwelijks veranderd, maar de omgeving en context waarbinnen die van toepassing is wel. Dat heeft tot gevolg gehad dat de toepassing van die regelgeving erg complex is geworden, dat die in de huidige situatie op punten onlogisch is, en tot allerlei uitvoeringsproblemen leidt. Met als gevolg dat cliënten soms geen passende zorg krijgen.

2.1.3 *Twee vormen van verblijf*

Historisch bestaan er twee verschillende vormen van verblijf:

- verblijf zonder behandeling (bijvoorbeeld verzorgingshuizen, gezinsvervangende tehuizen). De nadruk lag in deze instellingen op het wonen. Het ging om relatief zelfstandige mensen (bejaardenhuizen), die geen intensieve zorg nodig hadden;
- verblijf mét behandeling (bijvoorbeeld verpleeghuis, instelling voor verstandelijk gehandicapten, woonvormen voor lichamelijk gehandicapten). Vanwege de zwaarte en complexiteit van de doelgroep is hier van oudsher sprake van een sterke verwevenheid van zorg en wonen (integrale zorg). Om die integrale zorg te faciliteren, kwam vrijwel alle zorg (inclusief behandeling) en allerlei daarmee samenhangende voorzieningen (de aanvullende zorgvormen) ten laste van de instelling. De bekostiging was daarop toegesneden.

Het historische verschil tussen verblijf met en zonder behandeling werd in de Wlz ongewijzigd overgenomen.

2.1.4 *Indicatiestelling voor behandeling*

Ook een aantal wijzigingen in de indicatiestelling zijn van belang om de huidige situatie te kunnen plaatsen.

Vanaf 1998 heeft een verzekerde een indicatie nodig om voor AWBZ/Wlz- zorg in aanmerking te komen. Voor wat betreft de intramurale zorg werd tot 2003 geïndiceerd voor het soort instelling: de verzekerde kreeg bijvoorbeeld een indicatie voor verpleeghuisopname of een indicatie voor verzorgingshuisopname. Of voor verblijf in een instelling voor zintuiglijk gehandicapten.

Met de Modernisering van de AWBZ in 2003 kreeg een verzekerde een indicatie voor functies en klassen⁹. Het indicatieorgaan (vanaf 2005 CIZ) stelde op individueel niveau vast of de verzekerde was aangewezen op verblijf, en stelde ook op individueel niveau vast of de verzekerde was aangewezen op behandeling (en/of andere zorgfuncties). Zoals hierboven beschreven, bleef de bekostiging en zorglevering ongewijzigd.

Toen in 2009 de ZZP-systematiek werd ingevoerd, veranderde de aard van de indicatiestelling: de ZZP's zijn beschrijvingen op *groepsniveau*. Het CIZ bepaalt alleen of iemand in die beschrijving past, maar bepaalt niet op individueel niveau of de verzekerde daadwerkelijk is aangewezen op specifieke behandeling (bv door de AVG, orthopedagoog of SO). In de Wlz is dat niet anders.

⁹ De AWBZ 2003 onderscheidde de volgende functies: verblijf, behandeling, activerende begeleiding, ondersteunende begeleiding, verpleging, verzorging en huishoudelijke zorg. Het indicatieorgaan stelde per functie vast of de verzekerde er op was aangewezen, en zo ja in welke omvang (een klasse gaf het aantal uur aan: klasse 1 was bijvoorbeeld 0 tot 2 uur).

De op zich voor de hand liggende en ook veelvoorkomende aanname dat het CIZ op individueel niveau indiceert voor zorg met of zonder behandeling, is een misverstand.

2.1.5 *Bekostiging*

In de *bekostiging* is wel sprake van ZZP's met en zonder behandeling. Welk tarief wordt betaald hangt simpelweg af van de vraag waar de cliënt verblijft. Dat werkt als volgt: het zorgkantoor koopt bij instellingen ZZP's in. In een verpleeghuis of instelling voor verstandelijk gehandicapten zijn dat plaatsen met, en in een verzorgingshuis plaatsen zonder behandeling. Als een verzekerde een indicatie krijgt voor een bepaald ZZP kan hij die zowel verzilveren in een instelling met als in een instelling zonder behandeling.

De zorg die een cliënt daadwerkelijk krijgt, hangt niet direct samen met zijn indicatie of concrete zorgvraag, maar is afhankelijk van de plaats waar hij verblijft.

Voorheen ging het om verschillende doelgroepen: de lichtere zorgvragers hadden genoeg aan verblijf zonder behandeling, de zwaardere kregen verblijf met behandeling. De doelgroep van de Wlz is echter een veel zwaardere dan die van de AWBZ. Ook de aanscherping van de toelatingscriteria verdient daarom aandacht.

2.1.6 *Aanscherping van de toelatingscriteria*

In de afgelopen jaren is de toegang tot de langdurige zorg steeds meer beperkt. Uiteraard speelde daarbij de gedachte dat mensen zolang mogelijk (met inzet van eigen mogelijkheden) thuis moeten kunnen blijven, een belangrijke rol. In 2013 werden de lage ZZP's geschrapt. Met de hervorming van de langdurige zorg in 2015 is de toegang tot de Wlz verder beperkt tot verzekerden die zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid. Het gaat dus om de zwaarste groepen van de vroegere AWBZ.

2.1.7 *Bestaande situatie*

De aanspraken in de Wlz zijn dus gebaseerd op de historisch gegroeide situatie waarin sprake is van verblijf met en zonder behandeling en waarbij ook onderscheid wordt gemaakt tussen verblijf en zorg in een instelling of in de eigen woonomgeving.

De populatie die aanspraak maakt op Wlz-zorg bestaat voor een deel nog uit cliënten die vóór de invoering van de Wlz al een indicatie hadden, maar steeds meer uit cliënten die voldoen aan de zware Wlz-criteria. Daarom komt steeds vaker de vraag aan de orde of de regelgeving die is gebaseerd op een brede doelgroep met ook lichtere zorgvragers (verblijf zonder behandeling), voldoet aan de behoeften van de beperkte, maar zware doelgroep van de Wlz.

Op de achtergrond speelt ook dat de maatschappelijke tendens om de zorg los te zien van de verblijfssituatie (instelling of eigen woning) nooit radicaal is doorgevoerd. In de regelgeving, bekostiging en zeker ook in de praktijk, is het verschil tussen instellingszorg en zorg thuis nog steeds dominant¹⁰.

¹⁰ Ook de staatssecretaris maakt de facto dit onderscheid. Zo maakt hij in zijn beleidsreactie over maatwerk in de Wlz een strikt onderscheid tussen cliënten in een verblijfssituatie en mensen in een thuissituatie (1091961-160983-LZ).

2.2

De huidige regelgeving

In 2015 vond de hervorming van de langdurige zorg plaats. Hierbij werd de Wlz ingevoerd als opvolger van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De Wlz richt zich op mensen die blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke handicap.

Bij de hervorming werden de extramurale zorg en de zorg voor de lichtere verblijfscliënten van de AWBZ overgeheveld naar andere domeinen.

De AWBZ-functie extramurale behandeling is na de hervorming van de langdurige zorg deels terecht gekomen in de Zvw, deels in de Jeugdwet en deels in een Tijdelijke Subsidieregeling¹¹.

Het is de bedoeling dat de extramurale behandeling per 1 januari 2019 onder de Zvw wordt gebracht. Voor Wlz-cliënten blijft de Wlz-specifieke behandeling in de Wlz. Behandeling kan worden geleverd als onderdeel van verblijf, of als onderdeel van een van de leveringsvormen waarbij de cliënt thuis blijft wonen.

Het Wlz-pakket bevat de volgende onderdelen (Artikel 3.1.1 van de Wlz, eerste lid, onder a t/m c en e t/m g):

- Verblijf in een instelling, inclusief:
 - Het verstrekken van eten en drinken,
 - Het schoonhouden van de woonruimte,
 - Voor meerdere verzekerden te gebruiken of te hergebruiken roerende voorzieningen;
- Persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging;
- Behandeling van specifiek geneeskundige, gedragswetenschappelijke of paramedische aard (Wlz-specifieke behandeling);
- Het individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen (alleen bij verblijf met behandeling);
- Vervoer naar een plaats waar de verzekerde gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt;
- Logeeropvang in een instelling, mits dit geschiedt ter ontlasting van een of meer mantelzorgers.

Wlz-specifieke behandeling is als volgt omschreven:

behandeling omvat geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde.

Het Zorginstituut duidt dit als volgt: bij de Wlz-specifieke behandeling gaat het om behandeling die specifiek is gericht op de Wlz-problematiek en/of specifieke vaardigheden van de behandelaar vereist, bijvoorbeeld kunnen omgaan met de doelgroep.

¹¹ De extramurale behandeling voor volwassenen en kinderen met een zintuiglijke beperking is per 1 januari 2015 onder de Zvw gebracht (Artikel 2.5a van het Besluit zorgverzekering). De extramurale behandeling in verband met een verstandelijke beperking voor kinderen tot 18 jaar valt per 1 januari 2015 onder de Jeugdwet. De resterende extramurale behandeling die niet per 1 januari 2015 onder de Zvw of Jeugdwet is gebracht betreft extramurale behandeling in verband met een somatische of psychogeriatrische aandoening, een lichamelijke beperking of – vanaf 18 jaar – een verstandelijke beperking. Per brief van 6 november 2013 (Kamerstukken II 2013/14, 30 597, nr. 380, bijlage 1) is het voornemen aangekondigd om deze resterende behandeling onder te brengen in de Zvw. Dat is per 1 januari 2015 niet gebeurd omdat het nog niet voor alle activiteiten van deze extramurale behandeling duidelijk was of en hoe deze in de Zvw ondergebracht konden worden. Die onduidelijkheid was aanleiding om het Zorginstituut om een pakketadvies te vragen. In afwachting van de resultaten van het pakketadvies is per 1 januari 2015 in de Wlz een Tijdelijke subsidierregeling opgenomen, waarin de extramurale behandeling die niet is ondergebracht in Zvw of Jeugdwet is ondergebracht. Het pakketadvies is uitgebracht op 31 oktober 2016 ('Extramurale behandeling ontleed', zie paragraaf 2.2).

Bij Wlz-specifieke behandeling kan het gaan om individuele behandeling en om behandeling in groepsverband. Denk bij dit laatste aan kinderen met een beperkt ontwikkelings-perspectief in verband met ernstige meervoudige handicaps. Iedere verzekerde heeft wettelijk aanspraak op deze behandeling als hij daarop is aangewezen, ongeacht of hij in een instelling verblijft dan wel thuis zorg ontvangt in de vorm van een mpt, vpt of pgb.

Als de Wlz-cliënt in een Wlz-instelling verblijft en hij van die instelling ook de Wlz-specifieke behandeling ontvangt, omvat het Wlz-pakket tevens de zogenaamde 'aanvullende zorgvormen' (artikel 3.1.1 van de Wlz, eerste lid, onder d). Bij de aanvullende zorgvormen gaat het om:

- geneeskundige zorg van algemeen medische aard (huisartsenzorg), met uitzondering van de paramedische zorg;
- behandeling van een psychische stoornis als de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van de somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of de verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap waarvoor de verzekerde is opgenomen;
- farmaceutische zorg;
- het gebruik van hulpmiddelen als dat noodzakelijk is in verband met de in de instelling gegeven zorg;
- tandheelkundige zorg;
- kleding als dat verband houdt met het karakter en de doelstelling van de instelling.

De aanvullende zorgvormen maken geen onderdeel uit van het pakket als de Wlz-cliënt wel in een instelling verblijft, maar daar geen Wlz-specifieke behandeling krijgt en als de cliënt thuis zorg ontvangt, in de vorm van een mpt, vpt of pgb. Hij zal daarvoor een beroep moeten doen op zijn zorgverzekering. De zorgverzekering dekt niet alle aanvullende zorgvormen.

In bijlage 4 treft u een overzicht aan van de aanspraken per leveringsvorm.

2.3

Samenhang met het advies 'Extramurale behandeling ontleed'

In het rapport 'Extramurale behandeling ontleed', heeft het Zorginstituut de extramurale behandeling die tot 2015 onder de AWBZ viel onder de loep genomen, om te beoordelen of deze zorg onder de Zvw past. Binnen deze zorg speelden specialisten ouderengeneeskunde, artsen voor verstandelijk gehandicapten, gedragswetenschappers en paramedici een belangrijke rol. In het betreffende rapport beschrijven we ook wat Wlz-behandeling in de praktijk inhoudt. Wat de aanspraak betreft concluderen we dat er materieel geen principieel verschil bestaat tussen de Wlz-behandeling en Zvw-zorg. We lichten dat toe:

De specialist ouderengeneeskunde richt zich op het behouden of bereiken van het optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van leven voor ouderen en chronisch zieken met complexe problematiek. Zijn specifieke deskundigheid of specialiteit komt tot uiting bij de analyse van de problematiek, bij het diagnostisch proces in een complexe zorgsituatie en bij het opstellen van een zorgplan. De specialist ouderengeneeskunde redeneert niet vanuit ziekte-entiteiten, maar redeneert probleem- en systeemgericht. De specialist ouderengeneeskunde bedient zich van een zorgarsenaal waarbinnen de anamnese, lichamelijk onderzoek, eenvoudige (laboratorium)diagnostiek en de verwijzing naar een medisch specialist belangrijke elementen zijn. De beschikbare interventies omvatten het voorschrijven van medicijnen en eenvoudige verrichtingen. In die zin stemt de zorg van de specialist ouderengeneeskunde qua inhoud overeen met de zorg zoals een huisarts die aan een algemene populatie zorg verleent.

Hetzelfde geldt voor de arts voor verstandelijk gehandicapten. De arts voor

verstandelijk gehandicapten levert zorg aan een specifieke doelgroep, de verstandelijk beperkten, en maakt ook gebruik van een zorgarsenaal waarbinnen de anamnese, lichamelijk onderzoek, eenvoudige (laboratorium)diagnostiek en de verwijzing naar een medisch specialist belangrijke elementen zijn. De arts voor verstandelijk gehandicapten beschikt over specifieke competenties en kennis rond de verstandelijke beperking en hij beschikt over ervaring met diagnostiek- en behandelmethoden die de verwijzend (huis)arts niet altijd heeft.

Het Zorginstituut kenschetst in het genoemde rapport de zorg die de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten leveren als 'generalistische geneeskundige zorg'. Het Zorginstituut schaaft deze zorg onder de functioneel omschreven 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' en 'zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden'. Het Zorginstituut concludeert hiermee dat de zorg door de specialist ouderengeneeskunde en door de arts voor verstandelijk gehandicapten past binnen de Zvw. Ook al zal er voor bepaalde zorgvragen specifieke zorginhoudelijke deskundigheid nodig zijn, dan nog is die specifieke deskundigheid niet voldoende om inhoudelijk van andere zorg te spreken. Ook voor de paramedische zorg geldt dat hun zorg inhoudelijk is te vatten onder de noemer 'zorg die fysiotherapeuten en oefentherapeuten plegen te bieden'. Deze zorg valt onder de strekking van artikel 2.6 Besluit zorgverzekering.

Hoewel we hebben geconcludeerd dat er naar aard en inhoud geen verschil is tussen de Wlz-specifieke behandeling en de geneeskundige zorg van algemeen medische aard, blijven we deze termen in dit rapport gebruiken. Dit is noodzakelijk om de problemen te verduidelijken die de huidige omschrijving van de aanspraken in de wet, waarbij dit onderscheid wordt gemaakt, met zich meebrengt.

2.4 Doelgroep van de Wlz

Het gaat in de Wlz in feite om een aantal doelgroepen:

- de kern wordt gevormd door mensen die blijvend zijn aangewezen op 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht;
- daarnaast gaat het om de groep mensen met psychiatrische problematiek die langer dan drie jaar zijn aangewezen op verblijf vanwege de behandeling. De eerste drie jaar komen de kosten ten laste van de Zvw, daarna ten laste van de Wlz, ook als die zorgvraag niet blijvend is;
- En het kan gaan om cliënten met een licht verstandelijke handicap met ernstige gedragsproblemen.

Het Zorginstituut heeft in 2015 een advies uitgebracht over de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychiatrische aandoening. Hieronder gaan we in op deze doelgroepen en op het gegeven advies over de psychiatrie.

Hieronder beschrijven we deze doelgroepen en gaan we in op het advies over psychiatrische cliënten.

2.4.1 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht

Het gaat in de Wlz vooral om de meest kwetsbaren in onze samenleving. Om toegang te kunnen krijgen tot de Wlz moet er sprake zijn van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of een zintuiglijke handicap. Een psychiatrische aandoening is geen grondslag voor de Wlz. Psychiatrische cliënten kunnen alleen (geclausuleerd) toegang krijgen tot de Wlz als er sprake is van zogenaamd voortgezet verblijf. Dat behandelen we in de volgende paragraaf.

Volgens artikel 3.2.1, eerste lid, Wlz, heeft een verzekerde recht op zorg die op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden is afgestemd voor zover hij naar aard, inhoud en omvang en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening op die zorg is aangewezen omdat hij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte heeft aan:

- a. permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde; of
- b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen,
 - 1. door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of
 - 2. door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.

In de praktijk betekent dit dat alleen cliënten die blijvend ten minste 24 uur zorg in de nabijheid nodig hebben voor een Wlz-indicatie in aanmerking komen.

Deze nabijheid is nodig ter afwending van een mogelijk ernstig nadeel. De cliënt is zelf niet in staat om op relevante momenten hulp in te roepen, hetzij door zware regieproblemen, hetzij door fysieke problemen waarvoor hij voortdurend begeleiding verpleging of overname van zorg nodig heeft. Artikel 3.2.1, tweede lid, Wlz definieert het begrip 'ernstig nadeel'. Ernstig nadeel voor de verzekerde wordt beschreven als een situatie waarin de verzekerde:

- 1°. zich maatschappelijk te gronde richt of dreigt te richten;
- 2°. zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen;
- 3°. ernstig lichamelijk letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen;
- 4°. ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of dreigt te worden geschaad of dat zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder de invloed van een ander raakt.

Cliënten hebben geen toegang tot de Wlz als de blijvendheid van de beperkingen (nog) niet vastgesteld kan worden. Dit is het geval als er nog behandelmogelijkheden zijn, of als het bij kinderen met een ontwikkelingsachterstand nog niet mogelijk is om een betrouwbare uitspraak te doen over het uiteindelijke niveau van functioneren wat bereikt zou kunnen worden.

Hieronder beschrijven we aan welke problematiek we moeten denken bij deze doelgroep. We beschrijven daarna ook een aantal situaties waarin géén toegang is tot de Wlz.

De doelgroep van de Wlz bestaat voor het overgrote deel uit cliënten met ernstige regieproblemen door cognitieve beperkingen, hetzij vanwege een verstandelijke beperking, hetzij vanwege cognitief verval als gevolg van ziektes, in het bijzonder psychogeriatrische aandoeningen. Bij een groot deel van deze groep is sprake van een combinatie van beperkingen op lichamelijk, cognitief of zintuiglijk gebied. Dit kunnen zowel kinderen zijn met ernstig meervoudige beperkingen, bijvoorbeeld als gevolg van bepaalde syndromen, maar ook om sterk gedragsgestoorde ernstig verstandelijk beperkte cliënten zoals de cliëntengroep met een combinatie van autisme en een zeer laag ontwikkelingsniveau. Het kan ook gaan om cliënten met aangeboren of niet aangeboren hersenletsel, cliënten met een progressief neurologisch ziektebeeld waarbij ook het cognitief functioneren wordt aangetast zoals bij Parkinson, Huntington of MS, of ouderen met een combinatie van psychogeriatrische en somatische problemen.

Cliënten die wel cognitieve beperkingen hebben maar geen ernstige regieproblemen, en waar geen sprake is van een reëel risico op ernstig nadeel, hebben, in tegenstelling tot de AWBZ, geen toegang tot de Wlz. Dit betreft in de praktijk een grote groep licht verstandelijk beperkten en de groep cliënten met beginnende psychogeriatrische problemen. Als deze cliënten toe kunnen met zorg op geplande tijden (ook als dit op meerdere momenten per dag nodig is) en zo nodig zorg op afroep om een mogelijk ernstig nadeel te voorkomen, dan hebben zij geen toegang tot de Wlz.

Cliënten die alléén lichamelijke of somatische problemen hebben, hebben alleen in uitzonderlijke gevallen toegang tot de Wlz, namelijk als hun medische situatie dermate instabiel is, dat zij risico lopen op ernstig letsel als niet op tijd ingegrepen wordt, en dit gevaar niet op een andere wijze te voorkomen is.

Voorbeelden zijn beademingspatiënten met een korte responstijd, cliënten met een ernstige vorm van (therapieresistente) epilepsie, of ouderen met een risico op optreden van delier bij complicaties. Cliënten die zeer ernstig lichamenlijk gehandicapt zijn, en met betrekking tot hun algemeen dagelijkse levensverrichtingen volledig afhankelijk zijn van hulp, maar waar de medische situatie stabiel is en die cognitief niet beperkt zijn, hebben geen toegang tot de Wlz als ze nog in staat zijn om alarm te slaan als ze acute hulp nodig hebben. Het enkelvoudig voorkomen van een zintuiglijke handicap zoals een auditief communicatieve beperking of een visuele beperking, leidt gezien de zware toegangscriteria slechts in hele hoge uitzonderingssituaties tot toegang tot de Wlz. Alleen als de zintuiglijke beperking optreedt in combinatie met andere beperkingen wordt doorgaans pas aan de toelatingscriteria voldaan.

Op dit moment verblijven veel mensen in Wlz-instellingen op grond van een indicatie die nog op grond van de AWBZ is gesteld. Deze mensen zijn niet allemaal zeer ernstig beperkt. Ten opzichte van de AWBZ zijn de criteria om toegang te verkrijgen tot de Wlz aanzienlijk verzaamd. Dit betekent dat in de loop van de komende jaren er binnen de Wlz alleen cliënten overblijven met een gemiddeld veel complexere zorgvraag dan de "oude" AWBZ-cliënten. Naarmate de jaren verstrijken zullen we immers steeds minder te maken hebben met cliënten die op basis van het overgangsrecht ingestroomd zijn in de Wlz. In dit rapport hebben we de doelgroep voor ogen die voldoet aan de zwaardere Wlz-criteria.

2.4.2

GGZ-doelgroep

Psychiatrie is (nog) geen grondslag voor toegang tot de Wlz. Dat betekent dat cliënten die zorg nodig hebben vanwege een psychische stoornis, ook als dit langdurig nodig is, in principe een beroep moeten doen op de Zvw eventueel in combinatie met de Wmo.

Daarop is één uitzondering: er is aanspraak op de Wlz als iemand langer dan drie jaar is aangewezen op behandeling met verblijf. De eerste drie jaar komt die zorg ten laste van de Zvw, daarna ten laste van de Wlz. Dit heet voortgezet verblijf.

Bij voortgezet verblijf kan een cliënt voor de duur van drie jaar toegang krijgen tot de Wlz. Na drie jaar vindt opnieuw een indicatie plaats. Dit betreft de GGZ b profielen. De wet zegt hierover het volgende:

'Een verzekerde met een psychische stoornis wiens recht op verblijf en de daarbij behorende medisch noodzakelijke geneeskundige zorg op grond van zijn zorgverzekering beëindigd is omdat de krachtens zijn zorgverzekering geldende maximumduur voor die zorg is bereikt, heeft aansluitend recht op voortzetting van deze zorg vanuit de Wlz gedurende een onafgebroken periode van maximaal drie jaar.'

Het maximale verblijf in de Zvw is een periode van 1095 dagen (3 jaar), hiervoor

worden alle vormen van verblijf bij elkaar opgeteld dus ook de periode dat een verzekerde bv. in een ziekenhuis of revalidatie-instelling heeft verbleven (bv cliënt met multiple fractures na een suïcide poging).

Bij deze groep zal het altijd gaan om verblijf met behandeling, immers het verblijf is medisch noodzakelijk in verband met de geneeskundige zorg die geboden moet worden.

Cliënten die recht hebben op voorgezet verblijf hebben ook recht op de aanvullende zorgvormen. Dit betekent dat cliënten die een GGZ b zorgprofiel geïndiceerd krijgen, ook recht hebben op geneeskundige zorg van algemene aard (huisartsenzorg), farmacie, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en speciale kleding. De aanvullende zorgvorm 'integrale behandeling van een psychische stoornis' is voor deze groep niet relevant, omdat de noodzaak van (verblijf met) behandeling van de psychische stoornis primair de reden is dat toegang wordt verleend. Het betreft hier dan geen aanvullende zorgvorm maar specifieke Wlz-behandeling, ook als deze geleverd moet worden door een medisch specialist zoals een psychiater.

Als het voortgezet verblijf niet meer nodig is, eindigt ook de vergoeding hiervan uit de Wlz. De cliënt verlaat de Wlz-instelling en gaat terug naar huis of naar bijvoorbeeld een beschermde woonvorm. Hij kan dan o.a. gebruik maken van algemene voorzieningen vanuit de Wmo en/of een maatwerkvoorziening aanvragen, voor ambulante behandeling moet hij een beroep doen op de Zvw. De Wlz-indicatie blijft nog wel bestaan zolang die geldig is (maximaal 3 jaar), maar geeft **geen** aanspraak meer op verblijf met geneeskundige GGZ behandeling vanuit de Wlz.

Als blijkt dat het niet goed gaat en de cliënt weer opgenomen moet worden voor GGZ-zorg dan geldt het volgende: als de opname volgt binnen 90 dagen na vertrek uit de Wlz-instelling, dan wordt het verblijf weer vergoed uit de Wlz. Is het langer dan 90 dagen geleden, dan geldt dit niet. Het medisch noodzakelijk verblijf wordt dan weer vergoed uit de Zorgverzekeringswet.

2.4.3 *Tijdelijk verblijf vanwege een combinatie van een licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen*

Voor cliënten met een combinatie van een licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen, maakt de Wlz ook een uitzondering, in die zin, dat deze groep ook *tijdelijk* toegang kan krijgen tot de Wlz.

Het gaat daarbij in principe om verblijf in een specifieke behandelinstelling (leveringsvorm verblijf met behandeling).

De wet zegt hierover het volgende :

'In afwijking van het eerste lid heeft een meerderjarige verzekerde recht op zorg voor zover hij vanwege een combinatie van een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen:

a. tijdelijk behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid als bedoeld in het eerste lid, onder a of b, of

b. volgens zijn behandelaar is aangewezen op het afmaken van een onder de Jeugdwet aangevangen behandeling met verblijf.'

Bij deze doelgroep maakt de behandeling van een (vaak voorkomende) psychische stoornis integraal deel uit van de totale behandeling en komt in zijn geheel ten laste van de Wlz, ook als deze door medisch specialisten zoals psychiaters wordt geleverd. Als een dergelijke cliënt behoefte heeft aan een beschermde woonvorm, maar niet meer vanwege zijn behandeling hoeft te verblijven dan moet hij voor die beschermde woonvorm een beroep doen op de Wmo. De eventuele ambulante psychiatrische behandeling of de eventuele benodigde persoonlijke verzorging en verpleging wordt dan betaald uit de Zvw.

2.4.4

Advies Zorginstituut over toegang tot de Wlz voor mensen met een psychiatrische aandoening

Het Zorginstituut heeft eind 2015 aan de minister geadviseerd om mensen met een psychische stoornis, die door een combinatie met andere aandoeningen, beperkingen of handicaps blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24 zorg nabij, toegang tot de Wlz te bieden. Dit in tegenstelling tot diegenen die langdurig, maar niet blijvend, zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij.

Door de 3-jaarstermijn in de Zvw te verlaten en ook bij voortgezet verblijf inhoudelijke criteria te hanteren, hebben ook verzekeren van wie vaststaat dat zij blijvend zijn aangewezen op 24 uur zorg nabij, dan toegang tot de Wlz. Dit advies is tot op heden nog niet opgevolgd. We gaan er van uit dat het advies dat we in dit rapport geven ook van toepassing is voor de betreffende doelgroep, maar zullen dat nog toetsen bij de experts die bij het advies over toelating van psychiatrische cliënten waren betrokken.

2.5

Noodzaak van integrale, interdisciplinaire zorg

Gezien de grote en complexe zorgvraag, de comorbiditeit en de vaak instabiele gezondheidssituatie van bovenstaande doelgroepen is het noodzakelijk dat de zorg integraal geleverd wordt. Dat houdt in dat de verschillende zorgverleners hun activiteiten op elkaar afstemmen om goede zorg te kunnen bieden. Er is continue intensieve afstemming nodig tussen de zorg (persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding) en de behandelaren (huisartsen, specialisten ouderengeneeskundigen, arts voor verstandelijk gehandicapten, orthopedagogen, tandartsen, paramedici, etc.).

Om de samenwerking tussen de disciplines aan te duiden, spreekt men ook wel van 'interdisciplinaire zorg'. Interdisciplinaire zorg verwijst naar een wijze van samenwerking, waarbij verschillende specialismen vanuit een goed zicht op de hulpvraag van de cliënt en een gemeenschappelijke visie tot nieuwe behandel doelstellingen komen¹².

Deze manier van samenwerking is niet uniek voor de Wlz. Ook in de Zvw kan deze intensieve samenwerking noodzakelijk zijn. Kenmerkend voor de Wlz is wel dat deze zorgbehoefte blijvend is.

De mate en de intensiteit van afstemming en samenwerking tussen de verschillende zorgverleners is echter niet voor alle Wlz-cliënten gelijk. Ook kan dit in de tijd verschillen voor dezelfde cliënt.

Een deel van de Wlz-doelgroep is vooral aangewezen op toezicht, begeleiding, verzorging en eventueel verpleging. Zij hebben regelmatig behoefte aan

¹² RevArte, het revalidatieziekenhuis van de Universiteit van Antwerpen omschrijft het als volgt: "Binnen een interdisciplinaire werking ziet men een multidisciplinair samengestelde teamwerking zodat er op deze manier verschillende specialismen vertegenwoordigd zijn en waardoor de nodige deskundigheid gewaarborgd wordt om tegemoet te komen aan de complexe hulpvraag van de revalidant. Het teamwerk biedt extra kansen voor de behandeling van complexe problematieken zoals bijvoorbeeld de revalidatie na hersenletsels. In vergelijking met de multidisciplinaire werking is er hier sprake van een toegenomen samenwerkingsvorm waarbij er communicatie tussen de verschillende disciplines tot stand komt. Al dan niet gefaseerd (in functie van een klinisch pad) voeren meerdere teamleden omschreven interventies uit. Men probeert de individuele handelingen op elkaar af te stemmen vanuit een goed zicht op de hulpvraag van de patiënt, een gezamenlijke visie en op basis van een geïntegreerd plan. Hulpverleners zijn daarbij op elkaar betrokken en van elkaar afhankelijk. Dankzij interdisciplinaire communicatie probeert men alle relevante informatie te integreren tot gemeenschappelijke behandel doelstellingen die worden besproken op een interdisciplinair teamoverleg. De verschillende disciplines hebben afzonderlijke en specifieke doelstellingen, maar ze kaderen deze via overleg in een gemeenschappelijke visie en een globaal na te streven doel. Binnen dit overleg probeert men tot een onderlinge afstemming in therapeutisch handelen te komen om deze revalidatiedoelstellingen te behalen, met name de afstelling van het eigen disciplinair handelen afgesteld op het evenwicht tussen de zorgbehoefte en de zorgvraag." Bron:

<http://www.revarte.be/RevArte.cfm?i=145&c=Interdisciplinaire+samenwerking#.V8Vg1WnCTmg>

geneeskundige zorg, bijvoorbeeld wanneer zij ziek worden of andere beperkingen optreden. Denk bijvoorbeeld aan een gevorderde Alzheimer- of dementie cliënt of een matig verstandelijk gehandicapte cliënt zonder complexe gedragsproblemen of ernstige somatische problemen. Hoewel deze cliënten niet bij voorbaat zijn aangewezen op systematische continue interdisciplinaire zorg zijn zij zo kwetsbaar, dat als zich een complicatie voordoet er al snel frequent en intensief samengewerkt zal moeten worden door de diverse zorgverleners. Er moet dus snel geschakeld worden van een minder intensieve vorm van samenwerken naar een intensievere vorm van samenwerken.

2.6

Aantallen

Op 1 juli 2016 hadden bijna 285.000 mensen een geldige Wlz-indicatie. Hiervan verbleven er ruim 205.000 in een instelling. Ruim 55.000 Wlz-cliënten ontvangen hun zorg thuis, waarvan ruim 34.000 mensen in de vorm van een mpt, ruim 14.000 in de vorm van een pgb en ruim 7.000 in de vorm van een vpt. Tabel 1 laat het aantal cliënten zien dat op 1 juli 2016 een indicatie had voor de Wlz.

Tabel 1: Aantallen cliënten

	Totaal	Verblijf	MPT	PGB	VPT	Geen zorg
Verpleging & verzorging	156.435	119.804	15.515	4.314	5.057	11.745
Gehandicaptenzorg	118.243	78.566	18.357	9.823	2.164	9.333
Geestelijke gezondheidszorg	8.020	6.002	316	11	3	1.688
ZZP onbepaald	256	28	3	0	0	225
Partnervverblijf	1.695	1.378	9	0	0	308
Totaal	284.649	205.778	34.200	14.148	7.224	23.299

Bron: de maandelijks geactualiseerde uitvoeringsinformatie uit de iWlz/ Zorginstituut Nederland

Totaal: het totaal cliënten met een op 1 juli 2016 geldig indicatiebesluit voor Wlz-zorg

Geen zorg: het aantal cliënten dat op de wachtlijst staat met een opnamewens, en vooralsnog afziet van de geïndiceerde zorg

Van de cliënten die verblijven in een Wlz-instelling ontvangt circa 70% ook Wlz-specifieke behandeling van die instelling.

Ruim 274.000 cliënten zijn 18 jaar en ouder, ruim 10.000 cliënten met een Wlz indicatie is minderjarig. Een minderheid (44%) van de minderjarige Wlz-cliënten woont in een Wlz-instelling. Van de meerderjarige cliënten verblijft 73% in een Wlz-instelling. Tabel 2 biedt inzicht in de percentages cliënten per leveringsvorm op 1 juli 2016. Het gaat om zowel minderjarige als volwassen Wlz-cliënten.

Tabel 2: Percentage cliënten per leveringsvorm

% leveringsvorm	verblijf	zorg thuis waarvan:	mpt	pgb	vpt	geen zorg
Totaal	72%	20%	12%	5%	3%	8%
Verpleging & verzorging	77%	16%	10%	3%	3%	8%
Gehandicaptenzorg	66%	26%	16%	8%	2%	8%

Geestelijke gezondheidszorg	75%	4%	4%	0%	0%	21%
-----------------------------	-----	----	----	----	----	-----

Bron: de maandelijks geactualiseerde uitvoeringsinformatie uit de iWlz/ Zorginstituut Nederland

Totaal: het totaal cliënten met een op 1 juli 2016 geldig indicatiebesluit voor Wlz-zorg
 Geen zorg: het aantal cliënten dat op de wachtlijst staat met een opnamewens, en vooralsnog afziet van de geïndiceerde zorg

De tabel laat zien dat 20% van de Wlz-cliënten thuis woont. De meeste Wlz-cliënten die thuis wonen maken gebruik van een mpt (12%). In de sector van de gehandicaptenzorg is het percentage dat thuis woont hoger (26%) dan in de ouderenzorg (16%).

2.7 De praktijk van behandeling in de Wlz

In paragraaf 2.1.1. hebben we uitgelegd dat de langdurige zorg in Nederland zich van oudsher sectoraal heeft ontwikkeld. Dat heeft er toe geleid dat behandeling in de gehandicaptensector en in de ouderenzorg vaak verschillend is georganiseerd. Maar die verschillen zijn niet wettelijk afgedwongen: waar, door wie en hoe die zorg geboden wordt, en op welke manier die wordt georganiseerd, is aan partijen. We beschrijven hieronder eerst wat in de verschillende sectoren op dit moment gebruikelijk is. Daarna beschrijven we een aantal voorbeelden die we zijn tegengekomen waarin instellingen creatieve keuzes hebben gemaakt bij de organisatie van de zorg.

2.7.1 *Gebruikelijke organisatie van de zorg*

In verpleeghuizen, waar verblijf in combinatie met behandeling wordt geleverd, biedt de specialist ouderengeneeskunde meestal zowel de geneeskundige zorg van algemeen medische aard als de Wlz-specifieke behandeling. Soms komt het voor dat in verpleeghuizen een huisarts is aangesteld die de geneeskundige zorg van algemeen medische aard verleent en de specialist ouderengeneeskunde de Wlz-specifieke behandeling. De huisarts en de specialist ouderengeneeskunde worden beiden uit het instellingsbudget betaald.

Bewoners van instellingen die geen Wlz-specifieke behandeling ontvangen (verzorgingshuizen), krijgen hun huisartsenzorg en andere aanvullende zorg van hun eigen Zvw-behandelaar (huisarts, fysiotherapeut, tandarts, etc.). Deze behandelaar wordt betaald vanuit de Zvw. Zo nodig wordt de specialist ouderengeneeskunde geconsulteerd. Deze consultatie komt weer ten laste van de Wlz.

Wanneer de gedragsmatige kant van de beperking op de voorgrond staat, bijvoorbeeld wanneer sprake is van dementie, wordt in de ouderenzorg ook wel de gedragswetenschapper als behandelaar ingezet.

In de sector van de verstandelijk gehandicaptenzorg is het gebruikelijk dat enkele huisartsen van buiten de instelling worden aangetrokken om de geneeskundige zorg van algemeen medische aard te bieden, ook voor cliënten die Wlz-specifieke behandeling ontvangen en voor wie de geneeskundige zorg van algemeen medische aard vanuit het instellingsbudget wordt gefinancierd. Deze huisartsen maken dan met de zorgaanbieder afspraken. De arts verstandelijk gehandicapten en de orthopedagoog verlenen vaak de Wlz-specifieke behandeling, en richten zich daarbij ook op de gedragsmatige aspecten. Uiteraard is het dan van belang dat de betrokken professionals onderling afstemmen over hun zorg.

In de sector van de lichamelijk gehandicaptenzorg zien we allerlei varianten. Het kan zijn dat zowel de algemene als de specifieke geneeskundige zorg worden verleend door een door de instelling gecontracteerde huisarts. Soms ook wordt de geneeskundige zorg van algemeen medische aard verleend door een huisarts, en de specifieke zorg door een arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde (die zich dan zelf vaak weer heeft gespecialiseerd in specifieke doelgroepen zoals Multiple Sclerose of Huntington) of een gedragswetenschapper. Bij cliënten die op basis van voorgezet verblijf behandeling krijgen in een GGZ instelling, is de psychiater eindverantwoordelijk voor de behandeling van de psychische stoornis en wordt de behandeling van algemeen medische aard doorgaans verleend door huisartsen, hetzij in dienst van de instelling, hetzij op consultbasis.

2.7.2 *Eigen keuzemogelijkheden instelling*

De hierboven beschreven verschillen tussen de sectoren zijn deels inhoudelijk te verklaren (bijvoorbeeld omdat de zorg in decentrale woonvormen wordt geleverd), en deels vanuit de historie of eigen keuzes van de instelling. Bij de ontwikkeling van dit advies bleek dat de praktijk vaak uitgaat van de historisch gegroeide praktijk. Daarom willen we een aantal keuzemogelijkheden beschrijven die instellingen hebben om hun zorg zo goed mogelijk aan te passen aan de wensen van hun populatie en hun omstandigheden.

2.7.2.1 Instellingszorg of anders

Ontegengesteld vereist de zorg aan Wlz-cliënten bouwkundige voorzieningen en de aanwezigheid van allerlei hulpmiddelen. Te denken valt aan een aangepaste badkamer, railtransportsystemen, tilliften, snoezelkamers en dergelijke. Maar dat wil niet zeggen dat deze zorg alleen in een klassieke instelling geboden kan worden. In de praktijk zijn er goede voorbeelden dat in geclusterde vpt of kleinschalige (gedecentraliseerde) woonvormen veel mogelijk is.

2.7.2.2 Teamwork: in dienstverband of met inhuur

Integrale, interdisciplinaire zorg is teamwork. Dat vereist dat de zorgverleners elkaar frequent treffen en een gezamenlijke visie hebben. De huidige praktijk is veelal dat alle teamleden in dienst zijn van de zorgorganisatie die verantwoordelijk is voor de zorg. Vanuit het oogpunt van kwaliteit is het niet noodzakelijk dat de behandelaren in dienst zijn van de instelling. Het is goed voorstelbaar dat een instelling een bepaalde discipline inhuurt, bijvoorbeeld omdat de behoefte aan die discipline niet groot genoeg is, of omdat dit beter aansluit bij de zorgvisie van de zorgaanbieder. Het komt in praktijk ook voor dat de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde, de arts verstandelijk gehandicapten, de gedragskundige of paramedicus als externe wordt ingehuurd door de instelling.

Die externe zorgverlener moet wel deel uitmaken van het team. Als deze inhoudelijk rechtstreeks wordt aangestuurd door de instelling, staat het betrekken van externen het leveren van integrale zorg niet in de weg.

Het bieden van verantwoorde zorg is niet goed mogelijk als een groot aantal zorgverleners geen onderdeel uit maken van het team.

2.7.2.3 Vaste beschikbaarheid of op consultbasis

De Wlz-behandelaren zijn vaak dagelijks aanwezig op locatie, waarbij de werkwijze is dat zij direct reageren op het moment dat een zorgvraag zich voordoet. De Wlz-

behandelaren kunnen echter ook op consultbasis of op afspraak werken. Als op consultbasis wordt gewerkt, vindt eerst een planning plaats, waardoor het mogelijk wordt om specifieke zorgvragen toe te wijzen aan een specifieke behandelaar (huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten). Volgens sommige door ons geraadpleegde zorgaanbieders heeft deze wijze van organiseren het voordeel dat medicalisering en overbehandeling wordt voorkomen. Het werken op consultbasis is volgens hen efficiënter en hierdoor zijn minder behandelaren nodig. Hierbij is het wel van belang dat er voldoende gekwalificeerd verpleegkundig personeel beschikbaar is. Als een instelling onvoldoende gekwalificeerd verpleegkundig personeel in dienst heeft, zal de arts sneller onderdelen van de zorg overnemen die doorgaans ook door verpleegkundigen verleend kunnen worden.

3 Van problemen naar oplossingen

Wlz-cliënten ontvangen niet altijd de integrale, interdisciplinaire zorg en Wlz-specifieke behandeling die ze nodig hebben. Zoals eerder vermeld is dit een systeemadvies: We willen de praktijk faciliteren die zorg op een verantwoorde manier te leveren. We richten ons daarom verder vooral op het systeem: niet omdat we de cliënt uit het oog verloren zijn, maar omdat dat het aangrijpingspunt van dit advies is.

In dit hoofdstuk beschrijven we de problemen die we in de praktijk hebben gesignaleerd en geven we aan hoe die opgelost kunnen worden.

In paragraaf 3.1 gaan we in op de problemen die voortvloeien uit het feit dat er feitelijk twee verschillende Wlz-pakketten bestaan: het Wlz-pakket inclusief en exclusief de aanvullende zorgvormen. In paragraaf 3.2 gaan we in op de afstemmings- en aansturingsproblemen die spelen bij het leveren van integrale zorg als onderdelen van die zorg uit verschillende domeinen komt. Paragraaf 3.3 gaat over afbakeningsproblemen die ontstaan als de zorg voor Wlz-cliënten in twee wettelijke domeinen is gepositioneerd, en paragraaf 3.4 over de inefficiënties in het stelsel.

De beschrijving van deze problemen zijn een goed vertrekpunt bij ons advies over de positionering van de Wlz-specifieke behandeling en de aanvullende zorgvormen in het volgende hoofdstuk.

3.1 Verschillen in aanspraak op Wlz-zorg

Het Wlz-pakket bij verblijf met behandeling omvat ook de aanvullende zorgvormen. Vrijwel alle zorg voor deze cliënten valt onder de Wlz. Uitzondering hierop vormt de medisch specialistische zorg.

Bij verblijf zonder behandeling en het geclusterde vpt komen sommige zorgvormen ten laste van de Wlz en andere onder de Zvw of komen voor eigen rekening, zoals tandheelkundige en paramedische zorg. Bij de indicatiestelling vindt geen inhoudelijke beoordeling plaats of de verzekerde Wlz-specifieke behandeling nodig heeft. De plaats waar de zorg geleverd wordt, bepaalt feitelijk of een cliënt aanspraak heeft op een breed integraal Wlz-pakket of op een smaller pakket, zonder aanvullende zorgvormen. Dat leidt tot de volgende problemen:

- 3.1.1** *Wlz-cliënten krijgen soms niet de Wlz-specifieke behandeling die zij nodig hebben*
- Zorgkantoren kopen plaatsen in met en zonder Wlz-specifieke behandeling. Het tarief dat de instelling van het zorgkantoor ontvangt voor een cliënt op een plaats met Wlz-specifieke behandeling is hoger, omdat de instelling dan het gehele Wlz-pakket moet bieden, inclusief de aanvullende zorgvormen. Veel instellingen bieden beide soorten plaatsen aan, maar er zijn ook instellingen die alleen plaatsen hebben met of zonder behandeling.
- Het kan voorkomen dat een cliënt die Wlz-specifieke behandeling nodig heeft, wordt opgenomen in een instelling en op een 'plaats zonder behandeling' komt. In veel gevallen zal de cliënt de Wlz-specifieke behandeling dan niet ontvangen¹³. Of de cliënt op een plaats komt met of zonder behandeling kan afhangen van factoren die geen verband hebben met de noodzaak van behandeling, bijvoorbeeld de geografische ligging als een oudere graag in de buurt van zijn kinderen verblijft,

¹³ Om ervoor te zorgen dat alle Wlz-cliënten Wlz-specifieke behandeling kunnen krijgen, heeft de Nza het mogelijk gemaakt dat het zorgkantoor Wlz-specifieke behandeling bij een andere instelling dan de verblijfsinstelling kan inkopen. Dit is geregeld in artikel 5.4 van de Beleidsregel BR/REG-17137c, Nza. Hetzelfde geldt voor de leveringsvorm 'volledig pakket thuis' (vpt). Dit is geregeld in artikel 5.3 van de Beleidsregel BR/REG/17136c, Nza. Hier wordt echter slechts heel weinig gebruik van gemaakt.

of in het eigen dorp wil blijven. Of als de cliënt veel belang hecht aan de denominatie (levensbeschouwelijke achtergrond). Die factoren kunnen zwaarder wegen dan de vraag of het gaat om een instelling met of zonder behandeling. Daardoor kan het voorkomen dat een cliënt niet de Wlz-specifieke behandeling krijgt, die hij nodig heeft.

Daarnaast speelt ook de inkoop door het zorgkantoor een rol. Zorgkantoren kopen plaatsen in met en zonder behandeling. Het kan hierdoor gebeuren dat een bepaalde instelling, die beide soorten plaatsen aanbiedt, alleen nog plaatsen beschikbaar heeft zonder behandeling.

3.1.2 *Complexiteit en onduidelijkheid*

Alle Wlz-cliënten, dus ook cliënten die in een instelling verblijven zonder behandeling of in een geclusterde vpt-setting, hebben aanspraak op Wlz-specifieke behandeling als zij daarop zijn aangewezen. Dit is niet altijd bekend bij cliënten, zorgaanbieders, Wlz-instellingen en zorgkantoren.

Vaak is wel bekend dat deze verzekerden geen recht hebben op de aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz.

Hiervoor zijn diverse redenen aan te geven:

- Bij de indicatiestelling wordt, in tegenstelling tot de AWBZ, niet aangegeven of de cliënt is aangewezen op behandeling. Dat is op voorhand niet duidelijk voor een zorgaanbieder;
- De vergoeding van Wlz-behandeling is gekoppeld aan een ingekochte verblijfplaats (met of zonder behandeling) bij een zorgaanbieder en niet gekoppeld aan de zorgbehoefte van een cliënt;
- Behalve bij verblijf met behandeling geldt, dat de aanvullende zorgvormen onder de Zvw vallen, waardoor vaak wordt gedacht dat dan ook de Wlz-specifieke behandeling onder de Zvw valt.

Dit leidt ertoe dat niet alle cliënten die Wlz-specifieke behandeling nodig hebben dit ook daadwerkelijk ontvangen. Het leidt ook tot inefficiëncys en onrechtmatigheden in de uitvoeringspraktijk (zie paragraaf 3.4).

3.1.3 *Verschil in pakket niet uit te leggen aan Wlz-cliënten*

Het is inhoudelijk niet uit te leggen dat de aanvullende zorgvormen voor een bepaalde groep cliënten onderdeel uitmaken van de zorg van de instelling en voor een andere groep cliënten met gelijke problemen en dezelfde indicatie onder de Zvw of onder de aanvullende zorgverzekering vallen, alleen op grond van hun verblijfsplaats.

Bij 'verblijf met behandeling' komt de farmaceutische zorg (ook zelfzorgmedicijnen, zoals paracetamol) ten laste van het budget van de Wlz-instelling. Voor cliënten met 'verblijf zonder behandeling' is het dan moeilijk uit te leggen dat zij de zelfzorgmedicijnen (zoals pijnstillers) niet vanuit de instelling vergoed krijgen, maar deze zelf moeten betalen.

Datzelfde geldt voor de tandheelkundige zorg. Alle tandheelkundige zorg valt onder de aanspraak in de Wlz in geval van verblijf met behandeling, maar in de Zvw en de Regeling bijzondere tandheelkunde is dit anders geregeld. Vooral in instellingen met plaatsen met en zonder behandeling is het moeilijk uit te leggen dat de ene verzekerde de tandheelkundige zorg wel vergoed krijgt vanuit de Wlz, terwijl de andere verzekerde hier zelf voor moet betalen of zich hier aanvullend voor moet verzekeren.

3.1.4 *Conclusie*

Het Zorginstituut vindt dat de zorgbehoefte bepalend moet zijn voor de aanspraak op Wlz-zorg. In paragraaf 2.4 hebben we geconcludeerd dat vrijwel alle Wlz-cliënten

behoefte hebben aan integrale, interdisciplinaire zorg. Hieruit volgt dat vrijwel alle cliënten aanspraak moeten hebben op hetzelfde Wlz-pakket en dat het daarbij niet uitmaakt of een cliënt in een Wlz-instelling woont met behandeling, of zonder behandeling of thuis zijn zorg ontvangt.

Alle Wlz-clënten zouden vanuit hun behoefte aan integrale, interdisciplinaire zorg aanspraak moeten hebben op hetzelfde Wlz-pakket.

3.2 **Integrale zorg is moeilijk te realiseren als de zorg onderdeel uitmaakt van verschillende wettelijke domeinen**

Voor Wlz-clënten is de zorg vaak zo complex dat het van belang is dat de behandelaren (zoals artsen, paramedici en gedragswetenschappers), en het verpleegkundig en verzorgend personeel als één multidisciplinair team en vanuit één visie met elkaar samenwerken¹⁴.

Bij verblijf zonder behandeling en het geclusterd vpt hebben cliënten eigen Zvw-behandelaren. Dat kunnen er van elke discipline een heel aantal zijn. De zorg moet dan met al die behandelaren afstemmen, en al die behandelaren onderling ook. Afgezien van het feit dat dat organisatorisch onmogelijk is, hangt het af van de welwillendheid van de Zvw-beroepsbeoefenaren om deel te nemen aan het multidisciplinaire overleg. Naarmate het aantal Zvw-behandelaren toeneemt, wordt het bovendien lastiger om het multidisciplinair overleg te organiseren.

Om integrale, interdisciplinaire zorg te kunnen verlenen zou alle zorg voor een cliënt in één wettelijk domein moeten worden ondergebracht. Om de noodzakelijke afstemming en coördinatie te waarborgen moet één partij verantwoordelijk zijn voor deze zorg.

3.3 **Afbakeningsproblemen**

Bij verblijf zonder behandeling en het geclusterde vpt valt een aantal zorgvormen die moeilijk af te bakenen zijn in verschillende domeinen (Wlz en Zvw). Het onderscheid tussen de Wlz-specifieke behandeling, die specifiek is gericht op de Wlz-problematiek en/of specifieke vaardigheden van de behandelaar vereist, en de behandelvormen die op basis van de Zvw zijn verzekerd, is veelal niet duidelijk. Dit zorgt in de praktijk voor afbakeningsproblemen, waardoor cliënten niet altijd de zorg krijgen waarop ze zijn aangewezen.

In deze paragraaf gaan we in op de afbakeningsproblemen, ook die ten aanzien van de hulpmiddelen. Daarna bespreken we hoe deze afbakeningsproblemen zijn te vermijden.

3.3.1 *Onderscheid Wlz-specifieke behandeling en geneeskundige zorg van algemeen medische aard*

Het is nauwelijks vast te stellen of de geneeskundige zorg die een verzekerde ontvangt behandeling van specifiek medische aard is of geneeskundige zorg van algemeen medische aard. De geneeskundige zorg is Wlz-specifiek als de zorg noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de cliënt, of als de behandelaar specifieke vaardigheden moet hebben om met de doelgroep om te gaan. Soms is het onderscheid wel te maken, zoals bij problemen als ingegroeide teennagels en oorontsteking (die zijn algemeen) maar er is veel grensvlakproblematiek. Denk bijvoorbeeld aan de behandeling van een blaasontsteking bij een gevorderd dementerende cliënt. Is dit Wlz-specifieke

¹⁴ Zie paragraaf 2.5.

behandeling die onder de Wlz valt of is dit geneeskundige zorg van algemene aard die voor deze groep ook onder de Zvw kan vallen? Het is maar hoe je het bekijkt.

Die onduidelijkheid kan er toe leiden dat noodzakelijke zorg niet wordt geboden. Het kan ook voorkomen dat een behandeling als Zvw-zorg bij de zorgverzekeraar wordt gedeclareerd, terwijl deze onderdeel van de Wlz-specifieke behandeling die al via de ZZP-systematiek is betaald. Op macroniveau leidt dit tot extra kosten.

3.3.2

Onderscheid Wlz-specifieke paramedische zorg en algemeen paramedische zorg

De geneeskundige zorg van specifiek paramedische aard is onderdeel van de Wlz-specifieke behandeling en valt onder de Wlz. De algemeen paramedische zorg valt onder de Zvw. Deze algemeen paramedische zorg is geregeld in artikel 2.6, eerste lid, Besluit zorgverzekering.

Paramedische zorg is specifieke paramedische zorg als er specifieke kennis of vaardigheden nodig zijn om de doelgroep te behandelen en als deze niet los is te zien van de integrale zorg. Het is echter vaak niet duidelijk wanneer dit het geval is. Het onderscheid tussen de specifieke en algemeen paramedische zorg is niet scherp te krijgen. Daardoor komt het voor dat cliënten niet de zorg krijgen waarop ze zijn aangewezen: de aanspraak op paramedische zorg in de Zvw is momenteel beperkt tot de fysiotherapie en oefentherapie voor een beperkt aantal chronische aandoeningen (artikel 2.6, tweede lid, Besluit zorgverzekering, en bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

Het komt ook voor dat paramedische zorg ten onrechte ten laste van de Zvw wordt gebracht.

3.3.3

Onderscheid behandeling van een psychische stoornis die integraal deel uitmaakt van de Wlz-specifieke behandeling en behandeling van een psychische stoornis die geen integraal deel uitmaakt van de Wlz-specifieke behandeling

Behandeling van een psychische stoornis die geen integraal deel uitmaakt van de Wlz-specifieke behandeling is Zvw-zorg.

De behandeling van een psychische stoornis die integraal onderdeel uitmaakt van de Wlz-specifieke behandeling is een aanvullende zorgvorm. Maar het is niet altijd goed uit te maken wanneer dat het geval is. Dat leidt tot afbakeningsproblemen.

3.3.4

Overige afbakeningsproblemen

Daarnaast blijken de volgende zorgvormen moeilijk af te bakenen:

- de Wlz-specifieke behandeling en de verpleegkundige zorg;
- de Wlz-specifieke behandeling en begeleiding en de Wlz-specifieke gedragswetenschappelijke behandeling;

Het gaat hier om zorgvormen die in hetzelfde domein vallen. Deze afbakeningsproblemen leiden daardoor niet tot problemen in de zorg en tot onrechtmatige declaraties. Maar dit zou wel kunnen ontstaan, wanneer deze zorg in verschillende domeinen komen te vallen.

3.3.5

Onduidelijkheid over hulpmiddelen

Voor de hulpmiddelen geldt dat er veel verschillende regelingen zijn. Binnen de Wlz zijn er drie. Daarnaast kan een Wlz-cliënt voor hulpmiddelen zijn aangewezen op de Zvw of de Wmo. De drie regelingen binnen de Wlz zijn:

1. voor meerdere verzekerden te gebruiken of te hergebruiken roerende voorzieningen die noodzakelijk zijn voor de zorgverlening of in verband met het opheffen of verminderen van belemmeringen die de verzekerde als gevolg van een aandoening, beperking, stoornis of handicap, ondervindt bij het normale gebruik van zijn woonruimte (artikel 3.1.1, eerste lid, onder a, ten derde, Wlz);
2. de aanvullende zorgvorm (artikel 3.1.1, eerste lid, onder d, ten vierde, Wlz) voor het gebruik van hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de

- instelling gegeven zorg en
3. het individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen (artikel 3.1.1, eerste lid, onder e, Wlz).

Op eerstbedoelde zogenaamde 'outillagehulpmiddelen' hebben alle cliënten die in een instelling verblijven (met en zonder behandeling) aanspraak vanuit de Wlz. Op de tweede en derde categorie hulpmiddelen hebben alleen de cliënten die verblijven met behandeling aanspraak vanuit de Wlz¹⁵ (artikel 11.1.6, Wlz). Cliënten met andere leveringsvormen moeten voor die hulpmiddelen een beroep doen op de Zvw (tweede categorie) of de Wmo (derde categorie).

Door de verschillende regelingen - zowel binnen als buiten de Wlz - en de vage omschrijving 'hulpmiddelen die noodzakelijk zijn in verband met de geleverde zorg', is niet duidelijk welk hulpmiddel onder welke regeling valt en uit de Wlz of de Zvw moet worden bekostigd.

Als een verzekerde bijvoorbeeld is aangewezen op een spraakcomputer, is het goed te beargumenteren dat het gaat om het bevorderen van zelfredzaamheid. Dan valt dat hulpmiddel niet onder de Wlz. Maar het is ook te beargumenteren dat communicatie nodig is om zorg te verlenen. Dan valt het onder de Wlz. Deze onduidelijkheid kan ertoe leiden dat een verzekerde tussen de wal en het schip valt. Het kan ook leiden tot rechtmatigheidsproblemen: de hulpmiddelen worden ten laste van de verkeerde regeling gebracht en dit kan leiden tot onrechtmatige kosten in de Wlz, de Zvw of de Wmo.

Een ander nadeel van de verschillende regelingen is dat de hulpmiddelen bij de overgang naar een andere leveringsvorm van Wlz-zorg ten laste van een andere regeling of een ander wettelijk domein komen. Dit kan ertoe leiden dat de cliënt een ander hulpmiddel krijgt terwijl het oude nog voldoet. Dit is belastend voor de cliënt en leidt tot verspilling.

Cliënten die verblijven zonder behandeling krijgen hun hulpmiddelen vanuit de Zvw en de Wmo. Omdat de bewoners verschillende zorgverzekeraars hebben, krijgen verschillende cliënten verschillende hulpmiddelen voor vergelijkbare problemen. Omdat de verpleging en verzorging dan om moet gaan met verschillende hulpmiddelen met verschillende gebruikswijzen, ontstaat het risico op verkeerd gebruik.

Om de afbakeningsproblemen op te lossen zouden de zorgvormen die moeilijk af te bakenen zijn in één wettelijk domein moeten worden ondergebracht. Ofwel de hele zorgvorm in de Wlz, ofwel in de Zvw. Niet van beide een beetje.

3.4

Inefficiënties in het stelsel

De onduidelijkheid en afbakeningsproblemen die spelen, kunnen (zonder dat er per se sprake is van opzet) ook leiden tot dubbele declaraties. Zorgverzekeraars zien wel wanneer een cliënt een Wlz-indicatie heeft, maar weten vaak niet of een cliënt in een instelling zonder behandeling of in een instelling met behandeling verblijft. Daardoor kunnen zij ook niet toetsen of de toegezonden factuur voor bijvoorbeeld fysiotherapie ten laste van de Zvw of ten laste van de Wlz moet komen. En als duidelijk zou zijn dat het gaat om een cliënt die verblijft met behandeling ontvangt, is nog steeds niet goed uit te maken of het gaat om specifieke paramedische zorg

¹⁵ Het lag in de bedoeling dat alle Wlz-cliënten aanspraak hebben op de mobiliteitshulpmiddelen en roerende voorzieningen uit de Wlz. In de brief van 22 december 2016 kondigt de staatssecretaris aan dat de mobiliteitshulpmiddelen en roerende voorzieningen niet vanuit de Wlz beschikbaar worden gesteld voor de Wlz-cliënten die thuis wonen. Met het verdwijnen van het onderscheid tussen verblijf met en verblijf zonder behandeling in de toekomst (op z'n vroegst per 1 januari 2019) zullen de mobiliteitshulpmiddelen vanuit de Wlz beschikbaar komen voor alle Wlz-cliënten die in een instelling verblijven. Dat geldt nu al voor de roerende voorzieningen.

(ten laste van de Wlz) of om algemene paramedische zorg (ten laste van de Zvw).

Door het onderscheid in het verzekerd pakket bij verblijf met behandeling en verblijf zonder behandeling, moeten zorgmedewerkers van instellingen met zowel cliënten mét behandeling als cliënten zonder behandeling nauwlettend in de gaten houden bij welke cliënt welk pakket van toepassing is. Deze wijze van werken is zeer foutgevoelig.

Bij zorgaanbieders is niet altijd bekend dat het integrale Wlz-pakket bij verblijf met behandeling ook de aanvullende zorgvorm 'behandeling van een psychische stoornis' omvat, waardoor verzekerden ten onrechte niet de integrale behandeling krijgen en er ten onrechte een beroep wordt gedaan op de Zvw¹⁶.

Hoe meer zorgvormen in het Wlz-pakket worden ondergebracht des meer prikkels de zorgaanbieder heeft om preventieve maatregelen te treffen. Zo zien we in praktijk bijvoorbeeld dat verpleeghuizen decubitus-verpleegkundigen aanstellen, die ook aandacht hebben voor preventie en sommige taken van de specialist ouderengeneeskunde overnemen.

Ook zijn er meer mogelijkheden voor de Wlz-instelling voor substitutie van zorg. Hiervan is sprake als zorgvormen worden vervangen door andere, vaak goedkopere zorgvormen. Bijvoorbeeld door een hulpmiddel in te zetten in plaats van personeel. Dit leidt tot besparingen.

Als het pakket voor Wlz-cliënten is opgeknipt in onderdelen die in verschillende domeinen zijn ondergebracht, zal dit leiden tot versnippering en tot minder efficiënte zorgverlening. Er bestaan minder mogelijkheden tot substitutie tussen zorgvormen. Door één zorgaanbieder verantwoordelijk te maken voor de gehele zorg, kunnen de substitutiemogelijkheden in de zorgverlening optimaal worden benut. Bovendien kan versnippering tot perverse prikkels leiden en het risico op verkeerde of dubbele declaraties. Zo kan het voorkomen dat bepaalde zorgvormen betaald worden uit de Zvw, terwijl die al in het Wlz-tarief zijn ingecalculeerd. Het komt bijvoorbeeld voor dat de kosten voor bijvoorbeeld huisartsenzorg voor cliënten die in een Wlz-instelling verblijven en daar ook behandeling ontvangen ten onrechte worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar.

Tenslotte lokt een onduidelijke afbakening strategisch gedrag uit: als een instelling bijvoorbeeld de mogelijkheid heeft een paramedische behandeling ten laste van de Zvw te declareren, levert dat extra ruimte op voor andere zorg.

Dit alles pleit ervoor om alle zorg voor Wlz-cliënten, inclusief de zorgvormen die moeilijk af te bakenen zijn, in één stelsel onder te brengen.

Ter bevordering van een efficiënte zorgverlening en om dubbele declaraties te voorkomen moet alle zorg in één wettelijk domein worden ondergebracht.

¹⁶ De behandeling van een psychische stoornis als dit geen integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van de aandoening komt altijd ten laste van de Zvw.

4 Positionering behandeling en aanvullende zorgvormen

In dit hoofdstuk presenteren we twee oplossingsrichtingen voor de positionering van de geneeskundige zorg en de aanvullende zorgvormen, namelijk de geneeskundige zorg en aanvullende zorgvormen ten laste van de Wlz brengen dan wel de Zvw. Eerst zullen we ingaan op de waarden van integrale zorg en keuzevrijheid. Vervolgens zullen we de oplossingsvarianten beoordelen aan de hand van vijf criteria.

Tot slot beschrijven we wat de inhoud van het integrale Wlz-pakket moet zijn en gaan we kort in op de financiële consequenties.

4.1 **Keuzevrijheid versus integrale zorg**

In paragraaf 1.2 gingen we al in op het feit dat we bij de uitwerking van ons advies stuiten op twee belangrijke waarden, waartussen een zekere spanning bestaat. Aan de ene kant vereist de behoefte aan integrale zorg dat er gewerkt wordt vanuit één visie en dat de behandelaren en alle hulpverleners intensief met elkaar samenwerken en hun zorg rond de cliënt op elkaar afstemmen. Eén partij moet hierbij verantwoordelijk zijn voor de afstemming en aansturing.

Aan de andere kant hechten mensen aan keuzevrijheid van behandelaar: ze willen hun eigen (huis)arts, fysiotherapeut, logopedist en gedragswetenschapper kunnen kiezen. Integrale zorg is niet goed mogelijk en lastiger te organiseren als iedere cliënt zijn eigen hulpverleners kiest. Die twee waarden, integrale zorg en keuzevrijheid gaan niet vanzelfsprekend hand in hand. In paragraaf 1.2 was dit een van de drie redenen om de zorg thuis buiten de scope van dit advies te laten.

In dit systeemadvies richten we ons op institutionele zorg. Daar ligt de afweging tussen beide waarden duidelijker dan in thuissituaties.

Keuzevrijheid heeft alleen betekenis voor cliënten en/of hun mantelzorgers als zij in zekere zin in staat zijn de regie over hun leven en hun zorg te voeren. Bij de Wlz-doelgroep is vaak sprake van zware regieproblemen. Behoud van 'eigen' regie is doorgaans alleen mogelijk als er mantelzorgers zijn die hiervoor voldoende kunnen compenseren. Als de zorg thuis wordt geleverd, spelen mantelzorgers doorgaans een belangrijke rol. Het is daarom zinvol om bij de oplossingsvariant ook de mantelzorgers te betrekken.

4.1.1 *Keuzevrijheid en regie in relatie tot institutionele zorg (verblijf en geclusterd vpt)*

Bij cliënten in instellingen is er vaak nauwelijks sprake van regisserend vermogen van de cliënt en/of mantelzorger. Cliënten worden vaak in een instelling opgenomen, omdat het thuis niet meer gaat. Dit kan komen doordat de mantelzorger (vaak partner, ouder of kind) het niet meer aankan, de mantelzorger zelf 'uitvalt' of omdat de fysieke of mentale conditie van de cliënt achteruit gaat. De huidige Wlz wijst bij institutionele zorg één zorgaanbieder aan die verantwoordelijk is voor de zorg. Daardoor is het ook goed mogelijk om één zorgaanbieder aan te wijzen die verantwoordelijk is voor de afstemming en aansturing van het totale pakket. Als delen van die zorg door een andere zorgaanbieder of behandelaar worden geleverd, moet er één verantwoordelijke, coördinerende zorgaanbieder worden aangewezen.

Het voorop stellen van integrale zorg betekent bij institutionele zorg dat de keuzevrijheid voor behandelaren beperkt is. Als we daarentegen keuzevrijheid voorop zouden stellen, zou dat betekenen dat het kiezen van eigen behandelaren en

hulpverleners afdwingbaar moet zijn. Ook als de noodzaak van integrale zorg dit feitelijk niet toestaat. Het is voor een zorgaanbieder dan nauwelijks of niet mogelijk verantwoordelijk te zijn voor goede zorg.

We stellen daarom bij institutionele zorg het belang van integrale zorg voorop. Dat uitgangspunt betekent niet dat er geen enkele keuzevrijheid voor de cliënt is. Voor zover de situatie dat toelaat, is het natuurlijk wel wenselijk cliënten zoveel mogelijk keuzevrijheid te bieden. Het hangt uiteraard erg van de omstandigheden en persoonlijke situatie van de cliënt af in hoeverre dat mogelijk en gewenst is. Die afweging kan alleen worden gedaan door de betreffende zorgaanbieder en cliënt zelf. Het gaat dan bijvoorbeeld om de individuele wensen van de cliënt met betrekking tot de zorgverlening, die worden vastgelegd in het zorgleefplan. Ook is er (beperkte) keuzevrijheid van de cliënt bij de keuze voor de instelling.

4.2 Beoordeling van de oplossingsvarianten

We hebben in hoofdstuk 3 gezien dat de manier waarop behandeling en de aanvullende zorgvormen nu geregeld zijn, veel problemen met zich meebrengt. Deze problemen vormen de meetlat waarlangs de nieuwe oplossingsvarianten worden gelegd. De waarde keuzevrijheid voegen we als vijfde criterium toe. We beoordelen de oplossingsvarianten dus aan de hand van de volgende criteria:

- 1 Om afstemmings- en aansturingsproblemen te voorkomen in de zorgverlening en ter bevordering van integrale, interdisciplinaire zorg, zou de zorg voor Wlz-cliënten in één wettelijk domein moeten worden ondergebracht en onder verantwoordelijkheid van één partij moeten worden gebracht.
- 2 Alle Wlz-cliënten moeten aanspraak hebben op hetzelfde Wlz-pakket.
- 3 De zorgvormen die moeilijk zijn af te bakenen moeten in één wettelijk domein worden ondergebracht.
- 4 Om substitutiemogelijkheden in de zorgverlening te benutten en om verkeerde en dubbele declaraties te voorkómen is het goed om de zorg voor de Wlz-cliënt zoveel mogelijk in één domein onder te brengen, waarvoor één Wlz-aanbieder verantwoordelijk is.
- 5 Voor zover mogelijk houden cliënten keuzevrijheid ten aanzien van de zorg die zij ontvangen.

De huidige situatie scoort negatief op de eerste vier problemen.

4.2.1 *Oplossingsvariant 1 'Geneeskundige zorg en aanvullende zorgvormen in de Wlz'*

In deze variant ontvangen de Wlz-cliënten die in instellingen verblijven de Wlz-specifieke behandeling en de aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz. Dit brede Wlz-pakket is voor alle cliënten gelijk. Ook de geneeskundige zorg van algemeen medische aard is voor alle Wlz-cliënten onderdeel van het Wlz-pakket. Dit sluit niet uit dat deze zorg (deels) wordt geleverd door een huisarts, die daarvoor door de Wlz-zorgaanbieder gecontracteerd kan worden ten laste van de Wlz. Er is één partij die verantwoordelijk is voor de afstemming en coördinatie van de zorg. De hoofdbehandelaar is inhoudelijk verantwoordelijk voor het behandelplan.

- Integrale, interdisciplinaire zorg

Integrale, interdisciplinaire zorg is beter mogelijk als alle zorg uit één domein wordt bekostigd en onder de verantwoordelijkheid van één partij wordt verleend. Persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding worden voor Wlz-cliënten vanuit de Wlz bekostigd. Dit beschouwen wij in dit rapport als een gegeven. Vanuit dat gegeven is het logisch om ook de Wlz-specifieke behandeling en de aanvullende zorgvormen in de Wlz te positioneren. Integrale zorg is in deze variant goed te

realiseren.

- Zelfde aanspraak

Voor alle cliënten die in een instelling wonen en de cliënten die zorg ontvangen in de vorm van een geclusterd vpt, is er één breed samenhangend Wlz-pakket waarop aanspraak bestaat. Dit maakt het pakket duidelijk: alle instellings-clieënten hebben dezelfde aanspraak.

De uitvoeringsproblemen die nu bestaan in de Wlz met betrekking tot de verblijfspakketten met en zonder behandeling worden hiermee opgelost.

Vrijwel alle zorg maakt bij institutionele zorg onderdeel uit van het Wlz-pakket. Het pakket is hiermee voor alle betrokkenen overzichtelijk en duidelijk.

Ook zijn er geen vreemde of onlogische verschillen in aanspraak tussen cliënten op grond van hun verblijfsplaats.

- Afbakeningsproblemen

Doordat vrijwel alle zorg onderdeel is van het Wlz-pakket, is de kans op afbakeningsproblemen aanzienlijk verminderd. In ieder geval voor wat betreft de geneeskundige zorg. Alleen de medisch-specialistische zorg blijft voor Wlz-clieënten onder de Zvw vallen. Wel blijft het afbakeningsprobleem tussen behandeling van een psychische stoornis die wel en geen integraal onderdeel uitmaakt van de Wlz-specifieke behandeling bestaan. Het eerste type behandeling maakt onderdeel uit van het Wlz-pakket, het tweede type niet. Over de afbakeningsproblemen rond aanvullende zorgvormen komen we in paragraaf 4.4 te spreken.

- Efficiëntie van het stelsel

Bij één integraal samenhangend Wlz-pakket waarvoor één partij verantwoordelijk is, kunnen de mogelijkheden van substitutie in deze variant goed worden benut.

Daarnaast wordt het risico kleiner dat de zorg in het verkeerde domein wordt gedeclareerd of dat er dubbele declaraties plaatsvinden.

- Keuzevrijheid

Een nadeel van deze variant is dat Wlz-clieënten veelal niet hun eigen huisarts, fysiotherapeut, tandarts etc. kunnen behouden. Als de cliënt een indicatie krijgt voor de Wlz, en die indicatie verzilvert met institutionele zorg zou dit een breuk met de vertrouwde Zvw-behandelaren kunnen betekenen. De keuzevrijheid van de cliënt in de Wlz is op een ander niveau geborgd, namelijk op het niveau van de Wlz-instelling. Cliënten maken een keuze voor de Wlz-aanbieder en daarmee kiezen zij ook de behandelaren die de geneeskundige, gedragswetenschappelijke, paramedische en tandheelkundige zorg verlenen. Overigens kan de Wlz-aanbieder een contract afsluiten met de vertrouwde Zvw-behandelaren van de cliënt. Als daar belang aan wordt gehecht, en het verantwoorde zorg niet in de weg staat, kan de cliënt op die manier zijn eigen Zvw-behandelaren behouden. We realiseren ons dat dit in praktijk moeilijk uitvoerbaar kan zijn voor Zvw-behandelaren en zorgaanbieders. Daarnaast krijgt keuzevrijheid vorm in het zorgleefplan, dat de instelling en de cliënt gezamenlijk opstellen.

4.2.2

Oplossingsvariant 2 'Geneeskundige zorg en de aanvullende zorgvormen in de Zvw'

Deze variant houdt in dat alle verzekerden met een Wlz-indicatie een beroep doen op de Zvw voor de Wlz-specifieke behandeling, geneeskundige zorg van algemeen medische aard en de overige aanvullende zorgvormen. De overige zorg (persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding) komt ten laste van de Wlz.

- Integrale zorg

Persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding worden voor Wlz-cliënten vanuit de Wlz bekostigd. Dit beschouwen wij in dit rapport als een gegeven. Anders zou dit betekenen dat de Wlz wordt opgeheven.

Cliënten kunnen in deze variant voor de Wlz-specifieke behandeling, de geneeskundige zorg van algemeen medische aard, de paramedische zorg, de tandheelkundige zorg en de farmaceutische zorg gebruik maken van het reguliere Zvw-circuit. In deze variant zou dus de behandeling los gemaakt worden van de andere zorgvormen: begeleiding, verzorging en verpleging komen ten laste ervan de Wlz..

In paragraaf 2.3 hebben wij aangegeven dat het voor Wlz-cliënten noodzakelijk is dat de verschillende zorgverleners op basis van eenzelfde visie en methodiek werken en hun handelen intensief op elkaar afstemmen.

Wij zien op dit punt bij deze variant een aantal risico's:

- Als huisartsen, paramedici en tandartsen zorg van onvoldoende kwaliteit leveren, kan de Wlz-zorgaanbieder die de verpleging en verzorging levert, hen daar niet op aanspreken. Dit heeft negatieve gevolgen voor de kwaliteit van de zorgverlening;
- Als er onvoldoende samenwerking is tussen de huisartsen, paramedici en tandartsen met de verpleging en verzorging, kan integrale interdisciplinaire zorg niet gerealiseerd worden. Het verpleegkundig personeel kan te maken krijgen met verschillende behandelaren, behandeldoelen en visies;
- Als elke cliënt zijn eigen huisarts, paramedicus en tandarts kan kiezen, kan de verantwoordelijke Wlz-zorgaanbieder te maken krijgen met een groot aantal huisartsen, paramedici en tandartsen, ieder met zijn eigen werkwijze, waardoor de samenwerking en afstemming niet (makkelijk) te organiseren is; het aantal zorgverleners moet beperkt blijven;
- Het verpleegkundig personeel krijgt te maken met verschillende geneesmiddelen en hulpmiddelen voor een soortgelijke aandoening. Dat brengt risico's met zich mee.

Dat cliënten hun zorg betrekken uit twee wettelijke domeinen kan een belemmering zijn voor de nodige afstemming en bemoeilijkt het realiseren van integrale, interdisciplinaire zorg. Integrale, interdisciplinaire zorg is in deze variant dus moeilijker te realiseren.

- Zelfde aanspraak

Deze variant voldoet aan de voorwaarde dat alle Wlz-cliënten aanspraak hebben op hetzelfde Wlz-pakket. Voor alle cliënten die institutionele zorg ontvangen, is er één Wlz-pakket waarop aanspraak bestaat. De uitvoeringsproblemen die nu bestaan in de instellingen die zorg bieden zonder behandeling, worden in deze variant echter ook geïntroduceerd voor instellingen die nu al verblijf en behandeling ten laste van de Wlz leveren. De instellingen kunnen te maken krijgen met zeer veel verschillende behandelaren, waardoor er aansturingsproblemen ontstaan en het moeilijk wordt de zorg goed op elkaar af te stemmen. Voor zorgverleners maakt dit de situatie erg onduidelijk en diffuus.

Vanuit het perspectief van cliënten wordt de situatie beter uitlegbaar dan nu: voor hen wordt duidelijk dat bij opname in een instelling de zorg (verpleging, behandeling en begeleiding) onderdeel is van het Wlz-pakket en dat de behandeling en de aanvullende zorgvormen ten laste van de Zvw komen.

- Afbakeningsproblemen

Deze variant biedt wel een oplossing voor het probleem van de afbakening van Wlz-specifieke behandeling en de geneeskundige zorg van algemeen medische aard, maar er kunnen nieuwe afbakeningsproblemen ontstaan als de Wlz-specifieke

behandeling en de geneeskundige zorg van algemeen medische aard onder een ander wettelijk kader (Zvw) worden geplaatst dan de persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding (Wlz). Die zorg is nauw verweven met behandeling, en dus niet altijd duidelijk te onderscheiden.

- *Efficiëntie van het stelsel*

Doordat Wlz-cliënten in deze variant zorg ontvangen vanuit twee wettelijke domeinen, ontstaan inefficiënties. De mogelijkheden van substitutie kunnen niet goed worden benut en het risico op verkeerde of dubbele declaraties zal, mede door de afbakeningsproblemen, deels blijven bestaan.

- *Keuzevrijheid*

In deze oplossingsvariant wordt in principe tegemoet gekomen aan de wens van de cliënt om zelf zijn huisarts, fysiotherapeut, tandarts, etc. te kiezen dan wel te behouden. Opname in een Wlz-instelling betekent dan niet noodzakelijkerwijze een breuk met deze behandelaren. In het kader van continuïteit van zorg is dat een pluspunt.

Deze situatie is vergelijkbaar met de huidige Wlz-zorg voor cliënten in verzorgingshuizen (of instellingen zonder behandeling) en in gezinsvervangende tehuizen. We zien echter in de praktijk dat de cliënten die in een instelling worden opgenomen ook vaak te maken krijgen met een wisseling van huisarts. Dat kan verschillende oorzaken hebben:

- De nieuwe woonplaats van de cliënt heeft een te grote afstand tot de huisarts;
- De instelling werkt met een beperkt aantal huisartsen in het belang van integrale zorg, en vraagt de cliënt om afstand te doen van zijn eigen huisarts. Vaak stemmen cliënten daar mee in.

De pluspunten van keuzevrijheid en continuïteit van zorg zijn mogelijk meer van belang voor de sector van de ouderenzorg, waarbij geldt dat de meeste cliënten al zorg hebben genoten in de Zvw en al een band hebben opgebouwd met de behandelaren die vanuit de Zvw werden bekostigd. In de gehandicaptenzorg is het vaak zo dat een cliënt al van jongs af aan op Wlz-zorg is aangewezen.

4.2.3

Voorkeur van het Zorginstituut

De scores van het toetsen van de varianten aan de hand van de criteria zoals hierboven beschreven vatten we in tabel 3 samen.

Tabel 3. Scores varianten

	Problemen	Score variant 1	Score variant 2
1	Integrale interdisciplinaire zorg goed mogelijk	+	-
2	Aanspraak leidt tot :		
	a. uitvoeringsproblemen	+	-
	b. onduidelijkheden	+	-
	c. niet uitlegbare verschillen	+	+
3	Afbakeningsproblemen	+	-
4	Inefficiënties in zorgstelsel door:		
	a. niet benutten mogelijkheden van substitutie	+	-
	b. verkeerde en dubbele declaraties	+	-
5	Keuzevrijheid	-	+

+ betekent in bovenstaand overzicht dat het positief scoort op het criterium.

De voorkeur van het Zorginstituut gaat uit naar oplossingsvariant 1, waarbij de geneeskundige zorg van algemeen medische aard, de Wlz-specifieke behandeling en de aanvullende zorgvormen voor alle Wlz-cliënten worden ondergebracht in de Wlz. Eén partij is verantwoordelijk voor de afstemming en de coördinatie. Deze variant biedt de beste garantie op het realiseren van samenhangende integrale zorg voor cliënten die dit nodig hebben. Maar de garantie op integrale zorg gaat mogelijk ten koste van de keuzevrijheid op systeemniveau. In de volgende paragraaf, waarbij we ingaan op de gevolgen van invoering van deze oplossingsvariant, zullen we onze voorkeur nuanceren.

4.3 Implementatie van de oplossingsvariant

Bij institutionele zorg is in de huidige Wlz sprake van één zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor de te leveren Wlz-zorg. (Dit laatste geldt ook voor het ongeclusterde vpt.) Een uitzondering hierop vormt de dagbesteding die door het zorgkantoor bij een andere aanbieder dan de verblijfsaanbieder kan worden ingekocht.

De voorkeursvariant is hierdoor goed implementeerbaar voor cliënten die in een instelling verblijven en cliënten die geclusterd wonen met een vpt. De zorgaanbieder kan de Wlz-zorg zelf verlenen of kan, via onderaannemerschap, onderdelen van de zorg door andere zorgaanbieders laten verlenen. Dit neemt niet weg dat de zorgaanbieder verantwoordelijk blijft voor de zorg en zorgt voor afstemming en coördinatie.

Als de cliënt en de instelling de dagbesteding door een andere instelling willen laten leveren kan dat. Die andere instelling kan dat in onderaannemerschap doen, of apart worden gecontracteerd door het zorgkantoor.

In de volgende paragrafen gaan we in op de betekenis van invoering van de oplossingsvariant voor cliënten, zorgaanbieders, zorgkantoren en zorgverzekeraars. We beperken ons daarbij tot de institutionele zorg. De oplossingsvariant houdt vooral een verandering in voor het verblijf zonder behandeling en voor het geclusterde vpt. Voor verblijf met behandeling blijft de situatie grotendeels hetzelfde.

4.3.1 Consequenties voor cliënten

- Beperking keuzevrijheid voor huisarts en paramedicus voor een deel van de Wlz-cliënten

Invoering van onze voorkeursvariant leidt tot veranderingen voor de Wlz-cliënten die in een instelling wonen en daar geen Wlz-specifieke behandeling ontvangen en voor cliënten die zorg in de vorm van een geclusterd vpt ontvangen. Zij kunnen in de huidige situatie (in theorie) hun eigen huisarts en paramedicus behouden en gaan voor hun geneesmiddelen naar hun 'eigen apotheek'. Voor hen is deze zorg is onder de huidige Wlz onderdeel van het Zvw-pakket. Voor deze aanvullende zorgvormen geldt in theorie een grote mate van keuzevrijheid.

Alle cliënten die in een instelling of geclusterd vpt setting (gaan) wonen hebben in de voorkeursvariant een keuze gemaakt voor een Wlz-zorgaanbieder, die verantwoordelijk is voor het gehele pakket. Cliënten kunnen kiezen voor een zorgaanbieder in de regio die passende zorg kan leveren en waarmee het zorgkantoor een contract heeft afgesloten voor het leveren van Wlz-zorg. Invoering van onze voorkeursvariant betekent voor de Wlz-cliënten die in een instelling wonen en daar geen Wlz-specifieke behandeling ontvangen en voor cliënten die zorg in de vorm van een geclusterd vpt ontvangen dus een beperking van de vrije keuze voor huisarts, paramedicus, apotheek, psycholoog, etc. Deze inperking van de keuzevrijheid is in onze ogen nodig om kwalitatief goede, integrale, interdisciplinaire Wlz-zorg te kunnen bieden voor cliënten met een complexe zorgvraag en weinig tot geen eigen regie.

- Verruiming van de aanspraak

Invoering van de voorkeursvariant betekent een verruiming van de aanspraak voor bepaalde groepen cliënten (namelijk de cliënten die in een instelling wonen en daar geen behandeling ontvangen en cliënten die zorg in de vorm van een geclusterd vpt ontvangen). De paramedische zorg, de tandheelkundige zorg en de farmaceutische zorg zijn namelijk aanspraken die in de Wlz ruimer zijn dan in de Zvw. Dit leidt tot een macro kostenverhoging.

4.3.2

Consequenties voor zorgaanbieders en professionals

Een belangrijke consequentie is dat alle zorgaanbieders de specifieke behandeling en de aanvullende zorgvormen moeten gaan leveren. Dit heeft gevolgen voor zorgaanbieders die verblijf bieden zonder Wlz-specifieke behandeling en zorgaanbieders die zorg in de vorm van een geclusterd vpt leveren. Ook zij moeten gaan onderhandelen met bijvoorbeeld leveranciers van hulpmiddelen. Zij kunnen ook gebruik maken van een onderaannemersconstructie of gemeenschappelijke inkoopconstructie. Alle zorgaanbieders die verblijf of geclusterd vpt leveren worden verantwoordelijk voor de kwaliteit van het gehele pakket. Dit moet intern goed geborgd worden. Voor Wlz-zorgaanbieders die verblijfsplaatsen hebben met behandeling én zonder behandeling wordt het eenvoudiger, omdat zij geen onderscheid meer hoeven te maken tussen de cliënten; alle cliënten hebben immers aanspraak op hetzelfde pakket.

Invoering van de oplossingsvariant zal ertoe leiden dat de verantwoordelijke zorgaanbieder bepaalt welke zorgverleners zullen worden ingezet. De verantwoordelijke zorgaanbieder kan hierbij bepalen welke behandelaren, zoals huisartsen en fysiotherapeut, worden gecontracteerd. Vanuit het perspectief van de behandelaar betekent invoering van onze voorkeursvariant dat zij hun patiënten kunnen verliezen als deze een indicatie voor de Wlz krijgen. Dat kan een nadeel zijn voor de behandelaar.

Aan de andere kant kunnen behandelaren een bewuste keuze maken om (een bepaald deel van) de Wlz-doelgroep te bedienen. Als een huisarts zich bijvoorbeeld wil toeleggen op de huisartsgeneeskundige zorg voor de cliënten van een bepaalde Wlz-zorgaanbieder, dan zal hij met deze zorgaanbieder afspraken moeten maken over de inzet van zijn zorg. Dat kan zowel door middel van een dienstverband of door middel van inhuur.

Het is mogelijk dat de administratieve lasten voor de behandelaren toenemen wanneer zij zorg verlenen voor zowel Zvw- als Wlz-clieënten. Zij moeten dan twee administratieve systemen bijhouden.

Of huisartsen zich willen verbinden aan een Wlz-zorgaanbieder, hangt vooral af van hun affiniteit met de doelgroep. Daarnaast kunnen ook andere factoren van invloed zijn zoals een passende bekostiging en de beschikbaarheid van specialistische behandelaren (zoals een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapte of een orthopedagoog).

Bij de implementatie van ons advies moet worden gezien welke maatregelen (zoals opleidingscapaciteit en bekostiging) nodig zijn om deze praktische problemen op te lossen.

4.3.3

Consequenties voor zorgkantoren

Zorgkantoren worden bij invoering van de voorkeursvariant verantwoordelijk voor de inkoop van integrale zorg voor alle Wlz-clieënten die institutionele zorg ontvangen, inclusief de aanvullende zorgvormen. Dit vraagt van de zorgkantoren extra inspanningen bij de inkoop van zorg. Zij moeten voor deze Wlz-clieënten actief toezien op de kwaliteit en beschikbaarheid van de aanvullende zorgvormen. Dit

vraagt om extra aandacht voor de ontwikkeling van standaarden met beroepsverenigingen en cliëntorganisaties. Ook zal het consequenties hebben voor de wijze waarop de materiële controles worden uitgevoerd.

4.3.4 *Consequenties voor zorgverzekeraars*

Voor zorgverzekeraars geeft het invoeren van onze oplossingsvariant duidelijkheid dat de kosten van de aanvullende zorgvormen voor alle Wlz-cliënten die institutionele zorg ontvangen ten laste van de Wlz moeten komen. Op dit moment is dit voor zorgverzekeraars niet duidelijk omdat zij geen inzicht hebben in de specifieke verblijfssituatie van Wlz-cliënten (een plek met behandeling of niet). Het risico op dubbele bekostiging is veel minder groot.

De schadelast voor de zorgverzekeraars zal lager zijn ten opzichte van de huidige situatie, omdat alle zorg voor alle Wlz-cliënten onder de Wlz komt te vallen. Zij hoeven de zorg voor deze verzekerden niet meer in te kopen.

In deze paragraaf zijn we ingegaan op de consequenties van invoering van onze voorkeursvariant. Het gaat alleen om institutionele zorg. Het Zorginstituut ziet geen reden waarom dit advies niet geïmplementeerd zou kunnen worden, los van de vraag wat de uitkomsten zijn van het project 'Maatwerk in de Wlz' van VWS.

4.4 **Inhoud van het integrale pakket voor cliënten in een instelling**

In dit hoofdstuk hebben we aangegeven dat de voorkeur uitgaat naar de oplossingsvariant waarbij alle cliënten die institutionele zorg ontvangen, aanspraak maken op een breed integraal Wlz-pakket. In deze paragraaf gaan we in op de afzonderlijke aanvullende zorgvormen om te beoordelen of we ook onderdelen zouden moeten uitsluiten van dit brede integrale Wlz pakket.

4.4.1 *Wlz-specifieke behandeling en geneeskundige zorg van algemeen medische aard*

Het belangrijkste uitgangspunt van ons advies is dat de doelgroep van de Wlz is aangewezen op integrale zorg. Behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard (kortweg Wlz-specifieke behandeling) en de geneeskundige zorg van algemeen medische aard zijn nauw verweven met de verpleging, verzorging en begeleiding. Om die reden moet al deze zorg onderdeel uitmaken van het integrale pakket.

Behandeling van specifiek medische aard en de geneeskundige zorg van algemeen medische aard) zijn bovendien moeilijk te (onder)scheiden. Daarom bevelen wij aan om bij de omschrijving van de aanspraken deze zorgvormen niet als twee verschillende zorgvormen te benoemen in de Wlz. We lossen daarmee vanzelf ook het onwerkbaar onderscheid tussen beide op.

4.4.2 *Vervoer naar behandeling*

Momenteel behoort het vervoer van de Wlz-cliënt in de Wlz alleen tot het Wlz-pakket als het gaat om groepsbehandeling. Het vervoer naar een behandelaar voor een individuele behandeling is niet geregeld in de Wlz.

Het vervoer van en naar de Wlz-behandeling zou volgens het Zorginstituut onderdeel moeten zijn van de Wlz-aanspraak. Het moet daarbij niet uitmaken of het gaat om een individuele behandeling of een groepsbehandeling.

De zorgaanbieder bepaalt of de behandelaar naar de cliënt komt (dan is vervoer van de cliënt niet nodig), of dat de cliënt naar de behandelaar komt. Als de zorgaanbieder het vervoer van de cliënt moet regelen, dan bepaalt hij, binnen de randvoorwaarden dat dit verantwoord en doelmatig gebeurt, de manier waarop dit gebeurt. Dat kan per taxi, per (eigen) auto of met het openbaar vervoer. Soms is er een medische noodzaak om per ambulance vervoerd te worden.

Als begeleiding bij het vervoer nodig is, moet dat ook onderdeel van de Wlz-aanspraak zijn. Het gaat hierbij zowel om de kosten van de begeleiding zelf als om

de vervoerskosten van de begeleiding.

Het vervoer van en naar het ziekenhuis vanwege een medisch-specialistische behandeling is momenteel geen onderdeel van de Wlz-zorg en moet dat in onze ogen ook niet zijn. Het gaat hier immers om vervoer naar behandeling die geen onderdeel uitmaakt van het Wlz-pakket. Binnen de Zvw wordt het zittend ziekenvervoer vervoer slechts in specifieke situaties vergoed. Medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar het ziekenhuis wordt altijd vergoed vanuit de Zvw. Er is geen reden hierbij onderscheid te maken tussen mensen die een Wlz-indicatie hebben en die dat niet hebben.

Vervoer van en naar het ziekenhuis voor onderzoek wat aangevraagd is door een Wlz-behandelaar, bijvoorbeeld een röntgenfoto, wordt nu vergoed door de Zvw. Wij adviseren dit vervoer voor alle Wlz-cliënten onder de Wlz te brengen.

Momenteel vergoedt de zorgverzekeraar ook de kosten van ambulancevervoer als een cliënt naar een Wlz-instelling gaat om daar lang- of kortdurend te verblijven. Wij vinden het logisch dat dit vervoer ook ten laste van de Wlz komt.

4.4.3 *Behandeling van een psychische stoornis als het integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling*

Als de behandeling van een psychische stoornis integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling, moet deze onderdeel uitmaken van het Wlz-pakket. Als de behandeling van een psychische stoornis los staat van de Wlz-specifieke behandeling, blijft het Zvw-zorg voor Wlz-cliënten. Wij adviseren hierbij dus de huidige aanvullende zorgvorm ongewijzigd te laten.

4.4.4 *Farmaceutische zorg*

Op dit moment is de farmaceutische zorg onderdeel van het Wlz pakket voor Wlz-cliënten die in een instelling verblijven en daar ook Wlz-specifieke behandeling ontvangen. Dit geldt niet voor de geneesmiddelen, die onderdeel zijn van de medisch-specialistische behandeling waarover de medisch specialist de regie voert (add-ons). De medisch-specialistische zorg is Zvw-zorg en wordt vanuit het ziekenhuisbudget bekostigd¹⁷.

Net als de andere aanvullende zorgvormen vinden wij dat de farmaceutische zorg ook onderdeel moet zijn van het integrale Wlz pakket.

Dit heeft de volgende voordelen:

- Bij de zorgaanbieder kan worden gewerkt met dezelfde geneesmiddelen voor dezelfde aandoeningen. Als de farmaceutische zorg ten laste van de Zvw zou komen, zouden instellingen als gevolg van het preferentiebeleid van zorgverzekeraars te maken krijgen met verschillend uitzijnde geneesmiddelen met dezelfde werking. Dit is lastig voor de zorgverleners die de medicijnen toedienen en werkt fouten in de hand, waardoor de medicatieveiligheid in het geding kan komen. Ook voor cliënten is het lastig als geneesmiddelen wisselen van toedieningsvorm en uiterlijk.
- Wlz-instellingen hebben de volledige financiële verantwoordelijkheid. Hierdoor zijn zij goed in staat om de zorg- en dienstverlening door de apotheek optimaal af te stemmen op de wensen, het kwaliteitsbeleid, het medicatieveiligheidsbeleid en de werkstructuur van de instelling. Zo maken instellingen en apothekers afspraken over medicatiebeoordelingen en de wijze

¹⁷ Als een cliënt die in een Wlz-instelling woont op een plek met behandeling, ontslagen wordt uit het ziekenhuis en de medisch specialist schrijft hierbij geneesmiddelen voor, dan kunnen deze geneesmiddelen nog onderdeel zijn van de medisch-specialistische zorg. Ook kan het voorkomen dat de medisch specialist geneesmiddelen voorschrijft, maar dat die geen onderdeel meer uitmaken van de medisch-specialistische behandeling. In dat geval komen de door de medisch specialist voorgeschreven geneesmiddelen ten laste van het budget van de Wlz-instelling. Het is niet altijd duidelijk wanneer de door de medisch specialist voorgeschreven geneesmiddelen onderdeel zijn van de medisch specialistische behandeling.

waarop de geneesmiddelen worden geleverd (inrichting medicijnrollen/baxters, frequentie van levering, etc.). Als instellingen niet meer verantwoordelijk zijn voor het financiële deel, zijn de mogelijkheden van de instellingen beperkt om de zorg- en dienstverlening van de apotheker te sturen.

- De behandelaren en zorgverleners van één zorgaanbieder hebben te maken met één apotheek die aan de Wlz-instelling levert. Hoewel de contracteerbaarheid hoog is, hebben niet alle verzekeraars een contract met alle apothekers. Dit heeft tot gevolg dat zorgaanbieders mogelijk met meerdere apotheken afspraken moet maken als de farmaceutische zorg ten laste van de Zvw zou komen.
- Uit consultatiereacties blijkt dat Wlz-instellingen goed in staat zijn om de geneesmiddelen tegen lage prijs in te kopen. Zij onderhandelen soms direct met de groothandel en werken soms met inkoopcombinaties.
- Doordat de zorgaanbieder ook verantwoordelijk is voor de kosten van de geneesmiddelen, kijken de behandelaren niet alleen kritisch naar de noodzaak van medicatie door middel van medicatiereviews, ook zijn ze zeer alert op het gebruik van dure medicatie.
- De cliënten hebben een bredere aanspraak op geneesmiddelen. Alle geneesmiddelen, dus ook zelfzorgmiddelen en dieetmiddelen, behoren tot de Wlz-aanspraak. Sommige geneesmiddelen komen slechts deels of niet voor vergoeding vanuit de Zvw in aanmerking. Als de farmaceutische zorg in de Zvw wordt gepositioneerd, zou dit betekenen dat Wlz-clients worden geconfronteerd met geneesmiddelen die zij nodig hebben, maar die zij (deels) zelf moeten betalen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om dieetmiddelen maar ook om veel voorgeschreven eenvoudige pijnmedicatie.
- Overheveling van farmaceutische zorg naar de Zvw betekent dat meer Wlz-clients in aanraking komen met het wettelijke eigen risico in de Zvw. Het gaat om een bedrag van € 385,- per jaar. Dit heeft mogelijk een remmend effect op het geneesmiddelengebruik, wat een risico vormt voor deze kwetsbare cliënten. Bij sommige cliënten bestaat het risico dat zij zich hierdoor aan medicamenteuze behandeladviezen onttrekken.

Omdat de kosten van het geneesmiddelengebruik op het instellingsbudget drukt, zal dit door de Wlz-zorgaanbieder scherp in de gaten gehouden worden.

Wlz cliënten kunnen ook dure medicijnen gebruiken die door een medisch specialist worden voorgeschreven. Denk bijvoorbeeld aan een cliënt met een complexe hartafwijking. Hoewel deze vaak dure medicijnen niet klakkeloos worden overgenomen bij het voorschrijven door de behandelend arts in de instelling, heeft de behandelend arts slechts beperkt invloed op de medicijnen die nodig zijn en de kosten daarvan. Hierdoor kunnen Wlz-instellingen te maken hebben met hoge kosten van geneesmiddelen.

Dit wordt (deels) ondervangen met een maatregel die het de Wlz-zorgaanbieder mogelijk maakt om de kosten voor geneesmiddelen en zorggebonden materiaal boven een bepaald drempelbedrag vergoed te krijgen¹⁸. Als de kosten van geneesmiddelen voor een cliënt per vier weken hoger zijn dan €700,- wordt daarvan 90% vergoed. Als de kosten onder het drempelbedrag blijven, komt het ten laste van de instelling. Dit kan oplopen tot maximaal € 9.100 per jaar per cliënt. Toch biedt dit compensatiesysteem een redelijke waarborg voor de instellingen om niet met onverwacht hoge kosten geconfronteerd te worden.

¹⁸ Instellingen die verblijfszorg bieden aan cliënten met Wlz-specifieke behandeling kunnen het overgrote deel van hun kosten voor geneesmiddelen en zorggebonden materiaal vergoed krijgen indien de werkelijke kosten voor één van deze kostenposten hoger zijn dan € 700,- per vier weken voor een individuele cliënt (Beleidsregel CA-BR-1616a, NZa).

4.4.5 *Hulpmiddelen*

Voor hulpmiddelen die door meerdere cliënten gebruikt kunnen worden, zoals tilliften en transfermiddelen, etc. is het bij institutionele zorg, waar veel cliënten bij elkaar wonen, de meest doelmatige oplossing deze in de Wlz te laten.

Voor de medische hulpmiddelen, zoals infuuspompen en beademingsapparatuur, is het medisch gezien het veiligst als de verpleging met één type werkt. Ook dit pleit voor opname in de Wlz.

De huidige omschrijving 'hulpmiddelen die noodzakelijk zijn in verband met de in de instelling gegeven zorg' is te onduidelijk en feitelijk onwerkbaar. Alle verzekerde hulpmiddelen moeten uit één domein komen.

Vanwege substitutiemogelijkheden en hergebruik gaat de voorkeur van het Zorginstituut er naar uit om alle hulpmiddelen ten laste van de Wlz te brengen. Dit geldt ook voor mobiliteitshulpmiddelen. Specifieke kleding zoals krabpakken en heupbeschermers zouden tevens onder het Wlz pakket moeten vallen.

Daarnaast zou ervoor gekozen kunnen worden om hulpmiddelen uit te sluiten die nu ook geen onderdeel zijn van het Wlz- of Zvw-pakket. Denk bijvoorbeeld aan brillen en rollators. Deze hulpmiddelen gelden als 'algemeen gebruikelijk' en komen derhalve voor rekening van de cliënt.

4.4.6 *Tandheelkundige zorg*

Voor de tandheelkundige zorg geldt dat de materiaal- en techniekkosten (bijvoorbeeld kosten die gemaakt worden voor het vervaardigen van een kunstgebit) en het honorarium van de tandarts en eventueel de mondhygiënist bovenbudgettair worden vergoed. Dat houdt in dat deze kosten niet ten laste van het instellingsbudget komen. De Wlz-instelling kan deze kosten declareren. De overige kosten, bijvoorbeeld de kosten voor het in stand houden van een tandheelkundige unit, komen ten laste van de Wlz-instelling. Door deze bovenbudgettaire vergoeding wordt voorkomen dat de tandheelkundige zorg een te groot beslag legt op het instellingsbudget.

Sommige syndromen gaan gepaard met ernstige gebitsproblemen en -afwijkingen, wat specifieke kennis vereist. Dat geldt ook voor het omgaan met gedragsstoornissen. Mond- en gebitsproblemen kunnen een groot effect hebben op de gezondheid en het gedrag van cliënten, zonder dat zij dit aan kunnen geven. Het is daarom van belang dat de tandheelkundige/mondheelkundige zorg goed wordt geregeld voor deze groepen. De tandheelkundige zorg moet daarom onderdeel uitmaken van het integrale Wlz-pakket. De tandarts zou onderdeel moeten uitmaken van het multidisciplinaire overleg (mdo), omdat de samenwerking met verzorgenden en verpleegkundigen belangrijk is bij de preventie van tandheelkundige problemen (dit vereist een goede persoonlijke mondverzorging door het verpleegkundig of verzorgend personeel) en bij de signalering hiervan. Overheveling naar de Zvw zou leiden tot de volgende problemen:

- Het multidisciplinair overleg, dat noodzakelijk is om integrale zorg te bieden, wordt bemoeilijkt;
- Tandheelkundige hulp voor volwassenen is geen te verzekeren prestatie krachtens de Zorgverzekeringswet. Dat is het wel bij een indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp¹⁹. Hieraan kleven voor de betrokken patiënten twee bezwaren:
 - a Om gebruik te kunnen maken van de Regeling bijzondere tandheelkunde Zvw dient voor elke behandeling een aanvraag door de tandarts bij de zorgverzekeraar te worden ingediend. Dit leidt tot veel bureaucratie en werpt een drempel op voor de betrokkenen bij de zorgverlening;

¹⁹ De Regeling bijzondere tandheelkunde Zvw (artikel 2.7, lid 1, Besluit Zorgverzekering) is een regeling voor Zvw-verzekerden die de vergoeding regelt voor bijzondere tandheelkundige zorg. Het gaat om de meerzorg voor drie groepen cliënten: tandheelkundig gehandicapten, lichamelijk of verstandelijk gehandicapten en medisch gecompromitteerden.

- b Omdat de Regeling bijzondere tandheelkunde alleen de meerkosten van de bijzondere tandheelkunde vergoedt, en niet de 'normale tandheelkundige zorg', moeten cliënten zelf zorgen voor een aanvullende verzekering of zelf de kosten van deze normale tandheelkundige zorg betalen.

4.4.7

Paramedische zorg

De paramedische zorg is onlosmakelijk verbonden met de verpleegkundige en geneeskundige zorg. Om deze reden moet ook de paramedische zorg onderdeel uitmaken van het samenhangende Wlz-pakket. Dit geldt voor alle paramedische zorg, dus ook de zogenaamde algemene paramedische zorg. Voor wat betreft het onderscheid tussen specifieke en algemene behandeling geldt hier hetzelfde als bij geneeskundige zorg (paragraaf 4.4.1).

Ook voor de paramedische zorg geldt dat overheveling naar de Zvw er toe zou leiden dat dit het realiseren van integrale interdisciplinaire zorg bemoeilijkt.

In de Zvw is de paramedische zorg slechts in beperkte mate een verzekerde prestatie. Overheveling naar de Zvw zou er ook toe kunnen leiden dat mensen vanwege kostenoverwegingen niet of minder gebruik maken van paramedische zorg, terwijl zij er wel op zijn aangewezen. Het achterwege blijven van een paramedische behandeling kan echter wel weer tot een grotere druk op verzorging en verpleging leiden.

In praktijk blijkt de behandeling van specifiek paramedische aard (nu: Wlz) niet goed te onderscheiden van de algemene paramedische zorg (nu: Zvw). Daarom zou bij de omschrijving van de Wlz-aanspraak dit onderscheid moeten verdwijnen.

In bijlage 4 is een overzicht te zien van alle zorgvormen die volgens ons advies onderdeel moeten zijn van de Wlz-aanspraak.

4.5

Financiële consequenties

Implementatie van dit advies betekent vooral een verschuiving van middelen voor de aanvullende zorgvormen uit de Zvw naar de Wlz. De verschuiving van middelen is vooral van toepassing op cliënten die in een instelling verblijven zonder behandeling en cliënten die zorg ontvangen in de vorm van een geclusterd vpt²⁰. In tabel 4 zijn deze verschuivingen te zien.

Tabel 4 Verschuivingen voorkeursvariant 'Alles onder de Wlz'

	Verblijf met behandeling	Verblijf zonder bh en geclusterd vpt
Van Wlz naar Zvw	Geen	Geen
Van Zvw naar Wlz	Geen	Aanvullende zorgvormen

Het betreft ruim 60.000 cliënten die in een instelling zonder behandeling verblijven (zie paragraaf 2.5: 30% van de 205.778 cliënten die in een instelling verblijven) en een deel van de 7.224 VPT-clieënten (namelijk de cliënten die in een geëxtramuraliseerd verzorgingshuis verblijven).

Als we uitgaan van de huidige tarieven voor de component 'Wlz-specifieke behandeling aanvullende zorgvormen' zal het gaan om een bedrag van ongeveer € 10.000 euro per jaar per cliënt, dus ongeveer **€ 672 miljoen**. Dit is echter een zeer grove inschatting en omgeven met een aantal onzekerheden:

- Het tarief van € 10.000 per cliënt per jaar is het tarief voor Wlz-specifieke

²⁰ De NZa heeft in een eerder stadium berekend hoeveel middelen moeten worden overgeheveld van de Zvw naar de Wlz. Onlangs is ons advies op onderdelen aangepast, waardoor de berekening door de NZa niet meer passend is. Daarom hebben wij zelf een grove inschatting gemaakt van de financiële consequenties.

behandeling inclusief de aanvullende zorgvormen. In dit advies zullen alleen de aanvullende zorgvormen worden overgeheveld. Niet bekend is in hoeverre alle Wlz-cliënten Wlz-specifieke behandeling behoeven;

- Wij hebben gerekend met tarieven, niet met werkelijke kosten. In hoeverre de tarieven de werkelijke kosten dekken, is niet bekend.
- In bovenstaande bedragen is geen rekening gehouden met de verbreding van het pakket die wij adviseren ten aanzien van de paramedische zorg en de hulpmiddelen. Deze verbreding is van toepassing voor alle Wlz-cliënten en niet alleen de cliënten die in een instelling verblijven en cliënten die zorg ontvangen in de vorm van een geclusterd vpt.

Naast de verschuiving vindt een kostenverhoging plaats. Dit komt doordat voor een deel de Wlz-aanspraken ruimer zijn dan de Zvw-aanspraken.

De kostenverhoging betreft de paramedische zorg, de tandheelkundige en de farmaceutische zorg. Dit vinden wij te rechtvaardigen vanuit de noodzaak om voor deze kwetsbare cliënten de integrale zorg te kunnen bieden waarop ze zijn aangewezen. Wat de kosten van deze verhoging zijn, dient nader onderzocht te worden.

Indien de Staatssecretaris besluit opvolging te geven aan ons advies, is in samenwerking met de NZa vervolgonderzoek nodig naar de financiële consequenties van de voorgestelde wijzigingen in beleid en regelgeving.

In bijlage 5 treft u per zorgvorm aan of implementatie van ons advies leidt tot een verschuiving in kosten, een verruiming of geen van beide.

4.5.1

Bekostiging

De geneeskundige zorg en de aanvullende zorgvormen kunnen op verschillende wijze worden bekostigd. Het heeft de voorkeur om de zorg zoveel als mogelijk integraal op te nemen in een ZZP of vpt-prestatie als één zorgaanbieder integraal verantwoordelijk is voor de geleverde zorg en de coördinatie van de zorgverlening op zich neemt. De prestatiestructuur blijft dan eenvoudig waardoor de inkoop/verkoop eenvoudig is voor Wlz-uitvoerders en -aanbieders. Dit kan alleen indien in alle redelijkheid sprake is van een kostenhomogeen pakket. De geneeskundige zorg en een deel van de aanvullende zorgvormen is al opgenomen in een ZZP-inclusief behandeling. Een deel van de aanvullende zorgvormen, denk aan tandheelkunde, is nog geen onderdeel van het ZZP of vpt. Hiervan zal moeten worden onderzocht of deze integraal kan worden opgenomen in een ZZP of vpt prestatie of dat sprake moet zijn van aanvullende (basis)prestaties.

Het is aan de NZa om dit verder uit te werken.

4.6

Kwaliteitsstandaarden

In onze raadpleging van deskundigen over de positionering van behandeling, hebben wij regelmatig de stelling gehoord, dat in situaties waarin behandeling met verblijf wordt geboden vaak sprake is van overbehandeling. We hoorden ook dat er bij verblijf zonder behandeling sprake zou zijn van onderbehandeling. Zolang er geen kwaliteitsstandaarden zijn op grond waarvan kan worden beoordeeld of er sprake is van passende zorg, zijn deze stellingen niet te onderbouwen.

Het Zorginstituut vindt het van belang dat ook binnen de langdurige zorg in kwaliteitsstandaarden beschreven wordt wat goede zorg is. Om de kwaliteit van zorg te waarborgen of te verbeteren kunnen partijen in de zorg kwaliteitsstandaarden ontwikkelen. Dit zijn openbare documenten die beschrijven wat bij een bepaald (gezondheidsgerelateerd) thema goede zorg is. De zorg die in de langdurige zorg wordt geboden is nog nauwelijks beschreven in kwaliteitsstandaarden. Wij vinden het belangrijk dat de sector zelf beschrijft wat binnen de langdurige zorg goede zorg

is.

Op dit punt zijn enkele ontwikkelingen noemenswaardig: onlangs is het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg opgenomen in het kwaliteitsregister van het Zorginstituut. Ook in de gehandicaptenzorg hebben partijen het Kwaliteitskader gehandicaptenzorg opgesteld. Deze kwaliteitskaders zijn globaal van aard en bevatten geen medisch-inhoudelijke handvatten om te beoordelen of de verleende zorg noodzakelijk en doelmatig is.

5 Advies van Adviescommissie Pakket

PM

6 Conclusies en aanbevelingen

- 1 Vrijwel alle Wlz-cliënten zijn aangewezen op integrale interdisciplinaire zorg. Dit geldt zowel voor cliënten die in een instelling verblijven als voor cliënten die thuis zorg ontvangen.
- 2 Integrale zorg kan op gespannen voet staan met keuzevrijheid. Integraliteit van zorg staat hierbij voorop. Hoe de keuzevrijheid vorm krijgt met behoud van integraliteit pakt voor cliënten die institutionele zorg ontvangen (cliënten die verblijven met en zonder behandeling en cliënten die zorg ontvangen in de vorm van geclusterde vpt) anders uit dan voor cliënten die zorg thuis ontvangen (cliënten met mpt, pgb of ongeclusterd vpt).
- 3 We beperken ons advies tot institutionele zorg: verblijf in een instelling en soortgelijke zorgvormen, met name geclusterd volledig pakket thuis. De overige leveringsvormen zijn de focus van het project 'Maatwerk in de Wlz' van VWS.
- 4 Het onderscheid in het Wlz-pakket tussen enerzijds verblijf met behandeling en anderzijds verblijf zonder behandeling en (geclusterd) vpt moet verdwijnen.
- 5 Om integrale zorg te realiseren moet alle zorg met uitzondering van de medisch specialistische zorg, in de Wlz worden ondergebracht, waarbij er één partij is die verantwoordelijk is voor de afstemming en aansturing. Bij institutionele zorg is dit de zorgaanbieder.
- 6 Alle Wlz-cliënten die institutionele zorg ontvangen moeten aanspraak hebben op hetzelfde brede Wlz-pakket. Dit brede pakket bevat alle zorg inclusief de Wlz-specifieke behandeling, de geneeskundige zorg van algemeen medische aard en de volgende aanvullende zorgvormen.
 - a Paramedische zorg (behandeling van specifiek paramedische aard en paramedische zorg van algemene aard);
 - b Behandeling van een psychische stoornis, als de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling;
 - c Het gebruik van hulpmiddelen, inclusief aangepaste kleding;
 - d Tandheelkundige zorg;
 - e Farmaceutische zorg.
- 7 Om de afbakeningsproblemen op te lossen bevelen wij aan om:
 - a. bij de omschrijving van de aanspraak geen onderscheid te maken tussen behandeling van specifiek medische aard en geneeskundige zorg van algemeen medische aard;
 - b. bij de omschrijving van de aanspraak geen onderscheid te maken tussen behandeling van specifiek paramedische aard en algemeen paramedische zorg;
 - c. de drie categorieën hulpmiddelen onderdeel te laten uitmaken van het brede Wlz-pakket.
- 8 Ons advies is te implementeren los van de ontwikkeling van die overige leveringsvormen.



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Zorginstituut
drs. A.H.J. Moerkamp
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Directie Langdurige Zorg
Parnassusplein 5
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Thea Leeuwangh

T 0611583366

F 070 340 78 34

t.leeuwangh@minvws.nl

Kenmerk

799341-139445-LZ

Datum

23 JULI 2015

Betreft

Verzoek om advies over de positionering behandeling Wlz

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

Geachte heer Moerkamp,

Per 1 januari 2015 is de Wet langdurige zorg (Wlz) ingevoerd. De Wlz bevat een integraal pakket aan zorg dat is beschreven in artikel 3.1.1, eerste lid, van de Wlz. De zorg waar de verzekerde recht op heeft kan ook 'behandeling' bevatten. In de Wlz gaat het daarbij om zowel behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard ('specifieke behandeling') als om algemeen medische zorg. Dit onderscheid tussen twee vormen van behandeling bestond reeds onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en is historisch te verklaren, maar leidt in praktijk tot afbakeningsdiscussies. Dit leidt tot onduidelijkheid voor de cliënt. Bij de totstandkoming van de Wlz is dan ook aangegeven dat het Zorginstituut om een advies wordt gevraagd om te bezien onder welke voorwaarden en per wanneer het verzekerd pakket op dit punt kan worden aangepast (Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 3, blz. 22).

Ik wil u hierbij vragen een om een advies te geven waarbij wordt ingegaan op de vraag of tot een aanpassing van het pakket kan worden overgegaan waarbij het genoemde onderscheid tussen de vormen van 'behandeling' komt te vervallen. Ik verzoek u daarbij uit perspectief van de cliënt in ieder geval in te gaan op:

- de voorwaarden waaronder tot een dergelijke aanpassing van het verzekerde pakket kan worden overgegaan;
- daarbij oplossingsvarianten te geven waaronder in elk geval de variant waarin zowel de specifieke Wlz-behandeling als de algemeen medische zorg onder de Wlz worden gebracht als een variant waarin alle behandeling onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) zal komen;
- in uw oplossingsvarianten ook de aanspraak op vervoer naar de plaats waar de verzekerde een dagdeel behandeling ontvangt mee te nemen;
- de consequenties voor de wet- en regelgeving (waaronder de samenhang met overige domeinen);
- de financiële consequenties; en
- de consequenties voor de uitvoering (bijvoorbeeld contractering, zorginkoop en bekostiging).

BIJLAGE IV Overzicht van Wlz-aanspraken

Wlz-pakket	Volgens huidige Wlz				Advies
	Verblijf met bh	Verblijf zonder bh	Vpt	mpt en pgb	Verblijf (met en zonder bh, geclusterd vpt)
Verblijf in een instelling, inclusief:					
a. Het verstrekken van eten en drinken	ja	ja	ja	nee	ja
b. Het schoonhouden van de woonruimte	ja	ja	ja	ja	ja
c. Voor meerdere verzekerden te gebruiken of te hergebruiken roerende voorzieningen, die noodzakelijk zijn met de in de instelling gegeven zorg (zoals douchestoel, toiletstoel, tillift)	ja	ja	nee	nee	ja
Persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging	ja	ja	ja	ja	ja
Behandeling van specifiek geneeskundige, gedragswetenschappelijke of paramedische aard (Wlz-specifieke behandeling)	ja	ja	ja	ja	ja
Het individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen	ja	nee	nee	nee	ja
Vervoer naar een plaats waar de verzekerde gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt	ja	ja	ja	ja	ja
Logeeropvang in een instelling, mits dit geschiedt ter ontlasting van een of meer mantelzorgers	ja	ja	ja	ja	ja
Woningaanpassingen	ja	ja	nee	nee	ja
Bij verblijf met behandeling (aanvullende zorgvormen):					
Geneeskundige zorg van algemeen medische aard (huisartsenzorg), met uitzondering van de paramedische zorg	ja	nee	nee	nee	ja
Behandeling van een psychische stoornis als de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van de somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of de verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap waarvoor de verzekerde is opgenomen	ja	nee	nee	nee	ja
Farmaceutische zorg	ja	nee	nee	nee	ja
Het gebruik van hulpmiddelen als dat noodzakelijk is in verband met de in de instelling gegeven zorg (zoals persoonsgebonden hulpmiddelen als steunkoudens, prothese of orthopedische schoenen, maar ook verband- of incontinentiemateriaal, infuuspomp)	ja	nee	nee	nee	ja

Tandheelkundige zorg	ja	nee	nee	nee	ja
Kleding als dat verband houdt met het karakter en de doelstelling van de instelling	ja	nee	nee	nee	ja
Alle overige hulpmiddelen	nee	nee	nee	nee	ja
Paramedische zorg van algemene aard	nee	nee	nee	nee	ja

BIJLAGE V Financiële consequenties

Wlz-pakket:	Financiële consequenties bij implementatie van dit advies
Verblijf in een instelling, inclusief:	
a. Het verstrekken van eten en drinken	geen
b. Het schoonhouden van de woonruimte	geen
c. Voor meerdere verzekerden te gebruiken of te hergebruiken roerende voorzieningen, die noodzakelijk zijn met de in de instelling gegeven zorg (zoals douchestoel, toiletstoel, tillift)	Geen
Persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging	Geen
Behandeling van specifiek geneeskundige, gedragswetenschappelijke of paramedische aard (Wlz-specifieke behandeling)	Geen
Het individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen	Verschuiving vanuit Wmo
Vervoer naar een plaats waar de verzekerde gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt	Geen
Logeeropvang in een instelling, mits dit geschiedt ter ontlasting van een of meer mantelzorgers	Geen
Woningaanpassingen	Niet van toepassing
Bij verblijf met behandeling (aanvullende zorgvormen):	
Geneeskundige zorg van algemeen medische aard (huisartsenzorg), met uitzondering van de paramedische zorg	Verschuiving vanuit Zvw
Behandeling van een psychische stoornis als de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van de somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of de verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap waarvoor de verzekerde is opgenomen	Verschuiving vanuit Zvw
Farmaceutische zorg	Verschuiving vanuit Zvw
Het gebruik van hulpmiddelen als dat noodzakelijk is in verband met de in de instelling gegeven zorg (zoals persoonsgebonden hulpmiddelen als steunkoudens, prothese of orthopedische schoenen, maar ook verband- of incontinentiemateriaal, infuuspomp)	Verschuiving vanuit Zvw
Tandheelkundige zorg	Verruiming pakket
Kleding als dat verband houdt met het karakter en de doelstelling van de instelling	Verruiming pakket
Alle overige hulpmiddelen	Verschuiving vanuit Zvw/Wmo
Paramedische zorg van algemene aard	Deels verschuiving vanuit Zvw Deels verruiming

BIJLAGE VI Consultatie

In onderstaand overzicht treft u een overzicht aan van de reacties die wij hebben ontvangen uit de consultatie (in zwart geschreven). Ons antwoord hierop ziet u in het rood.

De reacties zijn ontvangen als antwoord op de brief die wij hebben gestuurd. Deze brief was als volgt:

Geachte meneer, mevrouw

Zorginstituut Nederland heeft op verzoek van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een concept-advies opgesteld over de positionering van behandeling voor Wlz-cliënten. Het Zorginstituut heeft ook de zogenaamde aanvullende zorgvormen in haar advies meegenomen. Aanvullende zorgvormen zijn zorgvormen die ten laste van de Wlz komen als de Wlz-cliënt in een instelling verblijft en daar ook behandeling ontvangt. In de andere gevallen komen deze aanvullende zorgvormen ten laste van de Zvw.

Verloop, bestuurlijke consultatie en vervolgtraject

De staatssecretaris heeft in haar verzoek van 23 juli 2015 aan het Zorginstituut gevraagd om in oktober 2016 een advies uit te brengen. Om verschillende redenen, waaronder de complexiteit van het onderwerp en voortschrijdend inzicht, heeft het traject vertraging opgelopen. Voorafgaand aan het opstellen van het advies heeft Bureau HHM een onderzoek uitgevoerd. Om het veld te betrekken en om input vanuit het veld te krijgen zijn met betrokken partijen begin 2016 expertbijeenkomsten gehouden. Bureau HHM heeft in juli 2016 het eindrapport opgeleverd. Deze treft u als bijlage aan. Dit onderzoek heeft als input gediend bij het advies dat we hebben opgesteld.

Voordat we een definitief advies uitbrengen, willen we u in de gelegenheid stellen bestuurlijk te reageren op het voorgenomen advies. Hiertoe stuur ik u het concept-advies samen met de relevante bijlagen.

We stellen het op prijs uw reactie zo spoedig mogelijk te ontvangen. Kunt u aangeven of u wilt reageren en zo ja wanneer dit voor u mogelijk is? U kunt uw reactie per email sturen aan Masja van den Burg Mburch@zinl.nl of via de post: Postbus 320, 1110 AH Diemen.

Lijn van het advies

Door de manier waarop de Wlz-specifieke behandeling en de aanvullende zorgvormen nu geregeld zijn en de huidige uitvoeringspraktijk krijgen Wlz-cliënten niet altijd de integrale zorg die zij nodig hebben en niet altijd de Wlz-specifieke behandeling die zij nodig kunnen hebben.

Ook komt het voor dat de zorg in het verkeerde domein wordt gedeclareerd. Soms wordt dezelfde zorg twee keer betaald. Dat hangt samen met de volgende problemen:

1. *Integrale zorg is lastig te realiseren voor Wlz-cliënten in een instelling zonder behandeling en voor Wlz-cliënten die thuis wonen. Dit komt doordat voor deze cliënten de aanvullende zorgvormen geen onderdeel zijn van het Wlz-pakket. Dit gaat ten koste van de kwaliteit van de zorg. (Terwijl we geconstateerd hebben dat alle Wlz-cliënten integrale zorg nodig hebben).*
2. *In feite bestaan er voor dezelfde cliënten twee soorten afspraken. Niet de zorgbehoefte, maar de plek waar de Wlz-cliënt woont (in een instelling met of zonder behandeling of thuis) bepaalt of de cliënt aanspraak heeft op een omvattend integraal pakket of op een smal Wlz pakket (zonder de aanvullende zorgvormen). Deze complexiteit leidt tot onduidelijkheid en onbekendheid bij zorgaanbieders, zorgkantoren en cliënten.*
3. *Verschillende zorgvormen die moeilijk af te bakenen zijn, zijn in verschillende domeinen gepositioneerd. Ook dit leidt tot onduidelijkheid bij zorgaanbieders en bij professionals.*
4. *De versnippering in het huidige stelsel zorgt voor inefficiënties. Dit heeft te maken met substitutie van zorg, werken aan preventie en ook dubbele declaraties.*

Wij adviseren om behandeling en de aanvullende zorgvormen, met uitzondering van de farmaceutische zorg, onderdeel te laten zijn van het Wlz-pakket voor alle Wlz-cliënten, los van de leveringsvorm.

- Voor Wlz-cliënten betekent dit het volgende:*
- *grootste garantie dat integrale interdisciplinaire zorg wordt gerealiseerd;*
 - *één partij (bij cliënten in een instelling en bij cliënten met een vpt is dat de zorgaanbieder) die verantwoordelijk is voor het gehele pakket aan zorg;*
 - *duidelijkheid over de aanspraak op zorg uit de Wlz.*

Deze oplossing is naar de mening van het Zorginstituut goed mogelijk voor cliënten die in een instelling wonen en voor cliënten die zorg ontvangen in de vorm van een vpt. Voor cliënten met een pgb en cliënten die zorg thuis ontvangen met een mpt, dient nader verkend te worden hoe bovenstaande uit zal pakken.

Vragen aan u

De specifieke vragen die we u willen voorleggen zijn hieronder beschreven. Het staat u uiteraard vrij om buiten de gestelde vragen opmerkingen te maken.

1. *Bent u het eens met de volgende uitgangspunten / constatering?*
 - a. *Integrale zorg kan op verschillende manieren worden geboden. Alle hulpverleners kunnen in dienst van de zorgaanbieder zijn, maar het is ook mogelijk om vrijgevestigde hulpverleners te contracteren. De zorgaanbieder kan ook in de uitvoering verschillende keuzen maken wat betreft de behandeling (op consultbasis of op beschikbaarheid, (centrale) planning van de zorgvraag, etc.)*
 - b. *Vrijwel alle Wlz-cliënten hebben behoefte aan integrale, interdisciplinaire zorg. De mate hiervan kan in de tijd en per cliënt verschillen.*
 - c. *Integrale, interdisciplinaire zorg is het beste mogelijk als het verleend wordt vanuit één wettelijk domein.*

- d. Om integrale, interdisciplinaire zorg te kunnen bieden, is het van belang dat één partij verantwoordelijk is voor de afstemming en coördinatie van de zorg.
2. Bent u het met ons eens dat de geconstateerde huidige problemen met betrekking tot de aanspraak op Wlz-behandeling en de aanvullende zorgvormen (zie hierboven 1 t/m 4) zouden worden opgelost als alle Wlz-cliënten aanspraak zouden hebben op hetzelfde brede integrale Wlz-pakket, waarvoor één partij verantwoordelijk is en die ook zorgt voor de afstemming en de coördinatie?
3. Is binnen de door ons gewenste oplossingsvariant het belang van de cliënt voldoende geborgd in termen van keuzevrijheid en kwaliteit van de zorg?
4. Vindt u de door ons gewenste oplossingsvariant doelmatig en uitvoerbaar? Kunt u dit per leveringsvorm toelichten? (verblijf, mpt, vpt en pgb)
5. Wat ziet u als belangrijkste plus- en minpunten van de door ons gewenste oplossingsvariant?
6. Zijn er aspecten of argumenten die wij over het hoofd hebben gezien bij onze voorkeur voor de variant waarbij alle Wlz-specifieke behandeling en de aanvullende zorgvormen worden ondergebracht in de Wlz, met uitzondering van de farmaceutische zorg?

Vervolgtraject

Ons conceptadvies is in de Advies Commissie Pakket (ACP) besproken op 24 februari aanstaande. Op 24 maart vindt een vervolgbespreking plaats. We verwachten dat het Zorginstituut het definitieve advies in mei 2017 zal vaststellen, waarna het zal worden aangeboden aan de staatssecretaris van VWS.

Wij hopen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

Masja van den Burg
Adviseur

Organisatie	Positieve punten	Verbeterpunten / aanvullingen / aandachtspunten
BTN	Schept helderheid	Huisartsen moeten met nog meer partijen contracten sluiten. Dat klopt voor huisartsen die de algemene medische zorg willen (blijven) bieden.
		Risico dat zorgaanbieder niet in staat is het volledige aanbod te contracteren. Als aanbieders dat niet kunnen, zouden ze zelf als onderaannemer kunnen functioneren. De totale zorgvraag, en dus benodigde capaciteit aan hulpverleners, verandert niet.
		Dit advies leidt mogelijk tot consolidatie in plaats van differentiatie. Het werpt mogelijk drempels op voor toetreding van nieuwe Wlz instellingen, maar niet per se voor zorgvernieuwing.
		Keuzevrijheid cliënten is mogelijk het geding. Cliënten hebben iets minder keuzevrijheid, maar dat is de prijs voor kwalitatief hoogwaardige zorg. We stellen integrale zorg voorop.
LOC	Behandeling onderbrengen in Wlz is logische keuze	Doet geen recht aan keuzevrijheid naasten. Cliënten en naasten hebben minder invloed op behandeling en behandelaars. Dit gaat op voor huisartsen. Tegelijkertijd moeten we constateren dat ook bij verzorgingshuizen vaak sprake is van een beperkte huisartsenkeuze. Veel verzorgingshuizen laten slechts een aantal huisartsen de huisartsenzorg leveren.
		Rol cliëntenraad en ondernemingsraad: die zouden een stem moeten hebben in vaststellen van beleid rond behandeling binnen een zorgorganisatie. Dat lijkt ons een goede zaak. Maar daar gaat dit advies niet over.
		Te veel aanbodgericht. Wij hebben als uitgangspunt gekozen het perspectief van de cliënt en de waarden van kwalitatief hoogwaardige zorg afgewogen tegen keuzevrijheid. We stellen integrale zorg voorop.
Patyna zorgaanbieder		Te veel gedacht vanuit zorgverlener ipv cliënt. Regie moet bij de cliënt liggen. In principe zijn we het daar mee eens, maar dit is moeilijk realiseerbaar voor cliënten met zware regieproblemen. Het is aan de instelling/zorgverlener de zorg persoonsgericht te bieden. Dit moet vorm krijgen in het zorgleefplan.
		Breuk met vertrouwde hulpverleners. Dat kan kloppen. Maar dat hangt af van de keuze van de cliënt en de zorgaanbieder. Als de cliënt zijn Zvw-hulpverlener wil behouden, en de zorgaanbieder heeft vanuit het oogpunt van kwaliteit hier geen problemen mee, dan moet dat mogelijk zijn om vertrouwde hulpverleners te behouden. Het is aan de instelling hier vorm aan te geven, afhankelijk van de situatie.

Zorg- en Wooncentrum De Haven	Goed dat integraliteit van de zorg centraal staat en dat er één partij is dat de regie voert	Hoe behandeling te financieren: als onderdeel van het ZZP of apart te declareren? Dat is aan de NZa.	
	Kwaliteit van de zorg gaat hier ten koste van de keuzevrijheid. Uiteindelijk vinden cliënten de kwaliteit belangrijker.	Financiële beheersbaarheid? Mede afhankelijk van de manier van bekostigen , niet anders dan in de huidige situatie.	
		Mogelijk is het voor kleine zorgaanbieders lastig om het gehele pakket te leveren. Dat klopt, via onderaannemerschap kunnen zij dan onderdelen leveren. Maar dan zijn ze niet de regisseur. We stellen integrale zorg voorop.	
Ieder(in)	Eenduidigheid voor alle Wlz cliënten	Staat op gespannen voet met keuzevrijheid voor cliënten (keuze voor huisarts en invulling aanvullende zorgvormen). Hoewel ook integrale zorg ook belangrijk is, geeft Ieder(in) prioriteit aan keuzevrijheid. Cliënt wordt in ons voorstel afhankelijk van keuzes van de zorgaanbieder. Wij zien ook dat integrale zorg op gespannen voet staat met keuzevrijheid. Voor cliënten in een instelling geven we echter prioriteit aan integrale zorg, met als gevolg dat de keuzevrijheid voor cliënten op een plek zonder behandeling mogelijk afneemt. In de praktijk is deze keuzevrijheid vaak al beperkt doordat het verzorgingshuis of gvt slechts enkele huisartsen de huisartsenzorg laten leveren. Dit om integrale zorg mogelijk te maken en de huisartsen te laten participeren in het mdo.	
	Goed dat prioriteit wordt gegeven aan integrale, interdisciplinaire zorg, gezien de zware zorgvraag.	Begeleiding kan door andere zorgaanbieders worden geleverd. Dat is een groot goed in de gehandicaptensector dat behouden moet blijven. Dat is zo, via onderaannemerschap moet dit mogelijk blijven. Dit verloopt dan wel via de registrerende zorgaanbieder en dat vinden wij wenselijk vanuit de regiegedachte en integrale zorg.	
		Onderzoek is nodig om na te gaan hoe de keuzevrijheid behouden kan blijven bij de aanvullende zorgvormen. In dit rapport komen we tot de conclusie dat de aanvullende zorgvormen onderdeel uitmaken van het integrale pakket. Nader onderzoek is niet nodig.	
		Voorstel doet geen recht aan principe van persoonsvolgend budget. De persoonsvolgendheid van de bekostiging staat los van de aanspraak.	

Patiëntenfederatie Nederland	Onderkent dat complexiteit een groot probleem is en dat de voorgestelde oplossing duidelijkheid biedt voor cliënten	Wens cliënt moet leidend zijn: cliënten moeten de mogelijkheid hebben om andere professionals in te schakelen, in het voorstel is dat afhankelijk van de zorgaanbieder. We stellen integrale zorg voorop. Instellingen kunnen binnen dat kader keuzevrijheid zoveel mogelijk vorm geven. Dat geldt voor de mate van keuzevrijheid voor behandelaars en voor de overige zorg. dit krijgt vorm in het zorgleefplan.
		Risico dat behandeling ten koste gaat van de zorg. Als er meer nodig is voor behandeling, blijft er minder over voor verpleging en verzorging. We gaan er van uit dat instellingen goede zorg bieden. Goede behandeling, bijvoorbeeld goede adviezen van een ergotherapeut, behoud van mobiliteit door een fysiotherapeut en goede adviezen van een gedragswetenschapper, kunnen juist het werk van een verzorgende verlichten.
		De oplossing die gekozen wordt voor het mpt en pgb mag niet ten koste gaan van de keuzevrijheid en de flexibiliteit voor cliënten. Voor mpt en pgb ligt de waardeafweging kwaliteit van integrale zorg en keuzevrijheid wellicht anders, juist omdat deze cliënten ervoor hebben gekozen om zelf de regie te voeren. We zullen hier een extra verkenning naar uitvoeren, samen met de partijen.
		Omdat farmacie in ons voorstel ten laste van de Zvw komt, mag dit geen prikkel vormen om farmaceutische zorg te verlenen in plaats van behandeling. Het farmacie advies zal worden gewijzigd. Wij zullen adviseren om de farmacie onderdeel te laten zijn van het integrale pakket.
Sevagram zorgaanbieder	Belangrijk voor deze doelgroep dat de integrale zorg wordt verleend vanuit één wettelijk domein onder regie van de zorginstelling. Centrale regie is belangrijk. Dit maakt het transparanter voor cliënten en zorgorganisaties.	Aandachtspunt is de schaarse capaciteit van specialisten ouderengeneeskunde. Dat is zeker een aandachtspunt, maar dat staat los van dit advies. Het aantal SO's die nodig is om de zorg te leveren, is onafhankelijk van de vraag van positionering.
	Met dit voorstel worden de problemen opgelost. De huidige situatie is onduidelijk en risicogevoelig. In nieuwe	

	voorstel komen er korte communicatielijnen, één dossier en een duidelijke verantwoordelijkheidstoe deling. Kwaliteit van zorg neemt toe, risico's worden kleiner. Extra probleem in de huidige situatie, namelijk van verschillende aanvullende verzekeringspakketten, wordt tevens opgelost.	
	Voor wat betreft de keuzevrijheid zou aangesloten kunnen worden van het experiment persoonsovolgende zorg in Zuid-Limburg, waar keuzevrijheid mbt het zorgarrangement wordt gestimuleerd.	
NVO (Vereniging van (ortho)pedagogen)	Veel waardering voor het rapport. Ze deelt de probleemanalyse.	Het onderscheid tussen psychische klachten die wel en geen onderdeel van de behandeling zijn, is niet makkelijk te maken. Dit onderscheid is niet altijd duidelijk te maken. We willen dit overlaten aan de betrokken professionals. Op systeemniveau kunnen we dit niet oplossen.
	Ziet het belang van centrale regie wanneer er behoefte is aan een integraal zorgpakket.	Regievoering kost tijd en dus geld. Dat moet voor iedereen duidelijk zijn, ook voor het kostenonderzoek van de NZa. Dat is iets voor de NZa om mee te nemen.
	Onderschrijft de wens	Relatie coördinatie – keuzevrijheid zou op de toekomstagenda geplaatst moeten worden en moet uitgewerkt worden.

	om de Zvw-taal en Wlz-taal te harmoniseren, maar voegt daar aan toe de harmonisatie van de in het rapport genoemde doelgroepen.	Dat geldt voor mpt en pgb, en mogelijk het ongeclusterde vpt (zie reactie hieronder). Voor instellingszorg gaan we uit van integrale zorg.
		Nadere onderbouwing van het over te hevelen bedrag van Zvw naar Wlz is nodig. Dat klopt.
		Nog onduidelijk is onder welk stelsel het begeleiden en instrueren door behandelaars van dagelijkse begeleiders valt. Dat is in het huidige stelsel onduidelijk, maar in ons advies zou dat ten laste van de Wlz komen.
Per Saldo	Het is belangrijk dat integrale zorg geboden wordt en het is logisch om dit in één wettelijk domein te positioneren.	Stem van de cliënt is onderbelicht. Wie maakt de keuzes en wordt de keuze ook actief aangeboden? De cliënt moet zeggenschap hebben over hoe hij zijn zorg geregeld wil hebben en hoe hij zelf kan kiezen van wij hij de zorg afneemt. We stellen integrale zorg voorop. Binnen dat kader kan de instelling keuzevrijheid vorm geven.
	De voorgestelde oplossing komt ten goede aan uniformiteit en duidelijkheid over de afspraken, de integraliteit van de zorg en de één loket gedachte.	In het rapport wordt aangegeven dat het belangrijk is dat één partij verantwoordelijk is voor de afstemming en coördinatie van de zorg. Hier wordt voorbij gegaan aan de keuzevrijheid die voor mensen voorop moet staan. Aangesloten moet worden bij het principe van persoonsvolgend budget. Bij instellingszorg geven wij inderdaad voorrang aan integrale zorg. Maar dat wil niet zeggen dat keuzevrijheid niet meer mogelijk is. De zorgaanbieder moet hier de juiste afweging maken. Zie ook hierboven.
		Nader onderzocht moet worden hoe de keuzevrijheid in de gewenste oplossingsvariant gewaarborgd moet worden. Ook moet duidelijk zijn wat dit gaat betekenen voor mpt en pgb. Dat moet eerst duidelijk zijn voordat er onomkeerbare besluiten genomen worden. Wij zien niet in welke bezwaren er zijn om het integrale pakket voor instellingszorg goed te regelen, ook als nog niet duidelijk is wat de gevolgen zijn voor mpt en pgb. Er zijn bij mpt en pgb 2 mogelijke scenario's (behandeling en aanvullende zorgvormen ten laste van de Zvw of ten laste van de Wlz), beide scenario's zijn verenigbaar met de instellingszorg.
LHV		Betwijfelt of alle zorg onder één wet ook betekent dat de zorg meer integraal geboden wordt? In ons advies zijn we uitgebreid ingegaan op de problemen die bestaan doordat de zorg voor Wlz cliënten onder twee wetten valt. Wij zijn

	van mening dat integrale zorg beter mogelijk wordt als de zorg wordt geleverd in één wettelijk domein onder regie van één partij.
	Ruimte die de zorgaanbieders krijgen bij de invulling van de zorg zal de integraliteit niet bevorderen. In ons voorstel kan de zorgaanbieder het zo organiseren dat het het beste past bij de zorg die de cliënt nodig heeft.
	Het voorstel om 1 partij verantwoordelijk te maken voor afstemming en coördinatie is niet noodzakelijk. Integrale zorg kan ook als 2 partijen hier verantwoordelijk voor zijn: 1 voor (para)medische zorg en 1 voor de zorg. Wij willen met dit systeemadvies het beter mogelijk maken om passende zorg te leveren. In ons systeemadvies is er één partij verantwoordelijk voor de afstemming en coördinatie. Bij verblijfszorg vinden wij het logisch dat de zorgaanbieder die verantwoordelijkheid heeft. De verdere organisatie is aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder kan de zorg zodanig invullen dat de verantwoordelijkheid voor de (para)medische zorg bij de behandelaars ligt, en de verantwoordelijkheid voor de verpleging en verzorging bij de verpleegkundigen en verzorgenden.
	Verwachting dan veel huisartsen geen Wlz zorg zullen willen leveren, waardoor 24-uurs continuïteit van zorg niet meer te garanderen is, want te weinig SO's. Zullen SO's ook thuis de zorg willen en kunnen leveren? Huisarts zal niet meer degene zijn die de zorg, bijvoorbeeld de paramedische zorg, logischerwijze aanstuurt. Contractering door een zorgaanbieder zal leiden tot extra administratieve lasten. . De beschikbaarheid van de behandelaars is onafhankelijk van de positionering van behandeling. De wijze waarop de zorg georganiseerd wordt is aan de instelling. Dat geldt ook voor de organisatie van de medische zorg. Tot welke administratieve lasten dit zal leiden voor de huisarts, hangt af van de afspraken die gemaakt zijn met de zorgaanbieder. Dat kan door middel van contracten, dienstverband of anderszins.
	In de voorgestelde oplossing wordt t er niet duidelijker op voor de patiënt. Sommige patiënten zullen eigen huisarts kunnen houden, andere niet. Het is mogelijk dat de cliënt zijn eigen huisarts behoudt. Dit hangt o.a. af van het oordeel van de zorgaanbieder over de benodigde mate van integraliteit.
	Alle 3 de leveringsvormen thuis moeten verder worden uitgewerkt, dus ook vpt naast mpt en pgb. Voor cliënten die verblijven in een instelling is onze denkrichting duidelijk. De leveringsvormen thuis worden nog uitgewerkt.
	LHV ziet een situatie voor zich dat alle (para)medische zorg onder de Zvw valt en wordt aangestuurd door de huisarts of SO. De rest (vp, pv, kleding, hulpmiddelen, e.d.) kan onder de Wlz vallen met één coördinator/regisseur. Beide

		coördinatoren stemmen met elkaar af. Wij stellen integrale zorg voorop. De situatie die de LHV voor zich ziet maakt dit juist erg lastig. Wij denken hierbij aan de situatie in verzorgingshuizen. Deze barrière willen we met dit advies oplossen.
Firevaned	Goed als alle intramurale cliënten dezelfde afspraak heeft.	Gerefereerd moeten worden (zie rapport p. 38) aan het gedane onderzoek en het besluit om de hulpmiddelen voor thuiswonenden, ongeacht de Wlz indicatie, onveranderd vergoed te laten vanuit de Wmo en Zvw. Daar zijn we het mee eens. Er komt een passage over de verkenning en het besluit van Van Rijn.
Verenso	Cliënten krijgen in ons voorstel te maken met minder regels vanuit de Zvw.	Vreemd om de behandeling van cliënten die thuis wonen anders te organiseren na de Wlz indicatie dan voor de Wlz indicatie. Wanneer client thuis woont, moet hij zoveel mogelijk gebruik blijven maken van de voor hem reeds bekende behandelaren (die betaald worden uit de Zvw). In de thuissituatie zou aangesloten moeten worden bij de werkwijze in de Zvw. Integrale financiering vanuit de Wlz maakt dit onnodig ingewikkeld. Pas bij een opname in een instelling moet er integrale zorg zijn (met 2 regisseurs, zie hieronder). Bij opname moeten de professionals (de SO's) over de inzet van behandeling (dus niet de instelling) en over de productieafspraken gaan. Wij zien ook argumenten die dit ondersteunen. We gaan dit nader verkennen en zullen u daarbij betrekken.
		Zorg die SO biedt is andere zorg dan zorg die huisarts biedt. Als de specialisten niet meer apart worden genoemd, is voor patiënten en verwijzende professionals niet meer na te gaan in hoeverre er een recht bestaat op behandeling door een specialist. . De zorg van huisartsen en van SO's is feitelijk inderdaad niet dezelfde, dat neemt niet weg dat het beide kan vallen onder dezelfde aanspraak. In de wet is niet geregeld welke beroepsbeoefenaren welke zorg biedt. Dat vinden wij een goede zaak.
		Integrale financiering en organisatie van zorg is niet noodzakelijk en niet wenselijk voor integrale zorg. Wij denken dat integrale zorg beter mogelijk is wanneer de zorg in één wettelijk domein (bedoelt u dat met integrale financiering) valt en wanneer er één partij verantwoordelijk is voor de afstemming en coördinatie (bedoelt u dat met integrale organisatie?).
		Verenso pleit voor een modulaire bekostiging van behandeling, waarbij behandeling los kan worden gedeclareerd. Moet geen onderdeel uitmaken van het totale pakket. Het is niet aan het Zorginstituut om hierover te adviseren. Daarover gaat de Nza.
		Binnen instellingen moeten er 2 regisseurs vanuit de Wlz zijn: één voor de behandeling (behandelend arts) en één voor de zorg (instelling). De behandelend arts moet afstemmen met betrokken verplegend en verzorgend personeel. Wij willen met dit systeemadvies het beter mogelijk maken om passende zorg te leveren. In ons systeemadvies is er

		één partij verantwoordelijk voor de afstemming en coördinatie. Bij verblijfszorg vinden wij het logisch dat de zorgaanbieder die verantwoordelijkheid heeft. . De verdere organisatie is aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder kan de zorg zodanig invullen dat de verantwoordelijkheid voor de (para)medische zorg bij de behandelaars ligt, en de verantwoordelijkheid voor de verpleging en verzorging bij de verpleegkundigen en verzorgenden.
		Bij geclusterde woonvormen zonder behandeling moeten behandelaars afspraken maken over wie de zorg draagt voor afstemming en coördinatie. Zie vorige punt: het is aan de zorgaanbieder hoe dit wordt georganiseerd.
		Als cliënten thuis wonen zouden ze ten behoeve van de keuzevrijheid hun eigen Zvw-behandelaars moeten houden na een Wlz-indicatie. Dit verandert bij een opname. Wij zien ook argumenten die dit ondersteunen. We gaan dit nader verkennen en zullen u daarbij betrekken.
Paramedisch Platform Nederland (PPN)	Het loslaten van het onderscheid tussen behandeling van specifiek paramedische aard en algemeen paramedische aard schept duidelijkheid over de financiering.	Patient heeft eigenlijk geen keuzevrijheid voor de instelling. De keuzevrijheid is feitelijk beperkt, maar dat is ontontkoombaar. Keuzevrijheid is belangrijk. De cliënt moet zelf paramedicus kunnen kiezen, ongeacht leveringsvorm. Dat geldt niet alleen voor mpt en pgb maar ook voor de intramurale zorg (paramedicus kan dan via onderaannemerschap worden ingehuurd). We stellen integrale zorg voorop. Keuzevrijheid vinden wij ook heel belangrijk, en zo lang het binnen de instelling te organiseren is, en het niet ten koste gaat van de kwaliteit is het prima. Over zorg thuis zullen we nog aanvullend adviseren.
	PPN onderschrijft de uitgangspunten van het ZIN uit vraag 1. De oplossing draagt bij aan bevorderen van integrale zorg.	In kwaliteitsstandaarden moet aandacht zijn voor multidisciplinair overleg en voor verslaglegging. Bij vpt, mpt en pgb is dit van belang, omdat daar met onderaannemerschap gewerkt zal gaan worden. De beroepsgroepen gaan over kwaliteitsstandaarden. Over zorg thuis zullen we nog aanvullend adviseren.
	De voorgestelde oplossingsvariant draagt bij aan de oplossing van de gesignaleerde problemen.	Als farmacie en dus ook dieetkosten onder de Zvw gaan vallen, en diëtisten onder de Wlz, kan dit zorgen voor extra administratieve lasten ivm het regelen van machtigingen. Wij zijn voornemens om ons standpunt over farmacie aan te passen. Hiermee vervalt deze opmerking.
GGZ	Complimenten voor het	Graag ook aandacht voor doelgroepen waarvoor met dit advies juist verschillen ontstaan: bijv ggz-doelgroep die op

Nederland	rapport die de complexe materie helder in beeld brengt.	grond van de Zvw resp de Wlz verblijft. De ggz-doelgroep verdient extra aandacht. Ons rapport zal hierop worden aangepast.
		Integrale zorg is ook mogelijk bij voldoende afstemming en coördinatie. Dat 1 aanbieder het aanbiedt is niet per se noodzakelijk. Dat klopt, Er kunnen meer zorgaanbieders zijn. Maar we vinden het wel van belang dat één partij verantwoordelijk is voor coördinatie en afstemming. Wij zijn van mening dat het integrale zorg vergemakkelijkt als vanuit één organisatie en vanuit één visie wordt gewerkt.
		Afbakeningsvraagstuk van de behandeling van een psychische stoornis als dit integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling en de behandeling van een psychische stoornis als dit geen integraal onderdeel hiervan uitmaakt wordt niet opgelost met dit advies. Hierin moet de behandelaar leidend zijn. Voor deze afbakeningsproblematiek moet aandacht zijn in het aanvullende advies. Dat klopt. Maar dit vraagstuk kunnen we met dit advies niet oplossen. Dat is aan de professional., We zullen aan dit afbakeningsvraagstuk in het rapport meer aandacht besteden.
		Twijfel of dit advies voldoende recht doet aan de keuzevrijheid van de cliënt. We stellen integrale zorg voorop. In ons advies zullen we een aparte passage wijden aan de keuzevrijheid van de cliënt. We zullen ook toelichten dat het in dit advies gaat om de waarde-afweging keuzevrijheid versus kwaliteit van integrale zorg.
		Dit advies heeft vergaande consequenties voor zorgaanbieders die nu alleen verblijf zonder behandeling bieden. Daar moet meer aandacht voor zijn. . Dat zien wij ook en hebben wij ook benoemd.
		Verzekeraars vergoeden andere geneesmiddelen, kan voor problemen zorgen bij de medicijntoediening. Wij zijn voornemens om ons standpunt over farmacie aan te passen. Hiermee vervalt deze opmerking.
		Doordat farmacie gepositioneerd is in de Zvw, worden meer Wlz cliënten geconfronteerd met het eigen risico in Zvw. Bij verblijf zou farmacie onderdeel moeten zijn van de Wlz. Wij zijn voornemens om ons standpunt over farmacie aan te passen. Hiermee vervalt deze opmerking.
		In het aanvullende advies moet ook aandacht zijn voor de doelgroep van een licht verstandelijke beperking met ggz-problemen. Wij zullen aan deze doelgroep ook aandacht besteden in het aanvullende advies over de GGZ.

		Extra financiële middelen nodig om dat de aanspraak op tandheelkundige zorg en paramedische zorg vanuit de Wlz breder is dan vanuit de Zvw. Er kan voor worden gekozen om de Wlz en Zvw aanspraak gelijk te trekken. Dat vinden we, gezien de kwetsbaarheid van de doelgroep ook gerechtvaardigd.
VGN	VGN onderstreept de genoemde knelpunten in de Wlz.	Aandachtspunten zijn de uitwerking van de oplossing voor cliënten in de thuissituatie (mpt, pgb en niet-geclusterd vpt), de beschikbaarheid van voldoende middelen en de tarieven. Over zorg thuis zullen we aanvullend adviseren.
	Onderkent belang van integraal pakket voor alle Wlz cliënten en is het ook eens met de andere uitgangspunten (zie vraag 1).	Het onderbrengen van de farmacie in de Zvw levert risico's (op fouten), extra werk voor zorgverleners en administratieve lasten op door het preferentiebeleid van de zorgverzekeraars en de werkwijzen van apotheken. Extra onderzoek naar randvoorwaarden nodig. Wij zijn voornemens om ons standpunt over farmacie aan te passen. Hiermee vervalt deze opmerking.
	De voorgestelde oplossingsvariant zou in de ogen van de VGN de huidige problemen oplossen.	Aandacht voor bovenbudgettaire bekostiging van hulpmiddelen en bijzondere tandheelkunde (moet gecontinueerd worden). Het is niet aan het Zorginstituut om hierover te adviseren. Dat is aan de NZa.
	Ondersteunt de noodzaak van een nader kostenonderzoek, omdat de NZa veel te grof is geweest bij de berekeningen. Nodig is om de kosten in kaart te brengen die nodig zijn om goede zorg te kunnen leveren (niet de huidige kosten). VGN noemt dat er nu sprake is van onderbehandeling.	Financiële consequenties voor vervoersadvies nader onderzoeken. Het is niet aan het Zorginstituut om hierover te adviseren. Dat is aan de NZa.
KNGF (fysiotherapie)	KNGF kan zich vinden in het advies dat de	Lastig te beoordelen of er voldoende oog is voor de keuzevrijheid. Client heeft nauwelijks keuzevrijheid voor de instelling. Meest wenselijke zou zijn als de client de fysiotherapeut kan kiezen. Geldt niet alleen voor mpt en pgb maar

)	behandeling en aanvullende zorgvormen onderdeel moeten zijn van het integrale pakket voor Wlz cliënten vanuit de Wlz, los van de leveringsvorm.	ook bij verblijf en vpt. Zou kunnen via onderaannemerschap. We stellen bij instellingszorg integrale zorg voorop. Wij vinden ook dat dit mogelijk moet zijn binnen de kaders die dit advies biedt. Aan de wens van de cliënt dient zoveel mogelijk tegemoet te worden gekomen, zo lang het de kwaliteit van de zorg niet schaadt. Binnen de instelling is de keuzevrijheid mogelijk beperkter dan voor de cliënten thuis.
	KNGF deelt de uitgangspunten.	Bij onderaannemerschap (de zorgaanbieder huurt de fysiotherapeut in) is een goede overdracht, mdo en verslaglegging aandachtspunt. Hier moet oog voor zijn, ook bij de bekostiging. Het is aan de NZa om dit mee te nemen bij het kostenonderzoek.
MIND Landelijk platform psychische gezondheid (voorheen Landelijk Platform GGZ)	Uitgangspunt van integrale zorg wordt onderschreven, maar..	... cliënt is hierbij het uitgangspunt. . Client is inderdaad het uitgangspunt. Aan de wensen van de client dienen zoveel mogelijk te worden tegemoet gekomen, mits de integrale zorg gewaarborgd is.
		Belangrijkste instrument voor integrale zorg is het levensbrede zorgplan van aanbieder en client. Dat klopt, maar dit systeemadvies gaat niet over het zorgplan.
		Client moet kunnen kiezen om van externe zorgverleners (paramedicus, huisarts, tandarts) etc zorg te kunnen ontvangen. In het advies ligt de keuze hierbij te veel bij de zorgaanbieder. Integrale zorg gaat ten koste van de keuzevrijheid. We stellen integrale zorg voorop. Zie ook het antwoord op uw eerste vraag.
		Dit advies heeft vooral grote gevolgen voor de nieuwe GGZ doelgroep, die mogelijk straks ook toegang krijgt. Zij zullen mogelijk mpt en pgb afnemen. Er komt een nieuw vervolgadvisie over de mogelijk nieuwe GGZ doelgroep.
Zorgaanbieder Triade (gehandicapte nzorg)	In principe eens met uitgangspunten	Vraagt zich af of het principe 'coördinatie en afstemming voor alle cliënten bij een partij' moet gelden voor alle wlz cliënten. ('Zo gewoon mogelijk waar het kan en bijzonder waar het moet'). Tevens kan de keuzevrijheid in het geding komen. Voor zorg thuis zullen we aanvullend adviseren.
		Meenemen nieuwe kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Dit advies gaat niet over de invulling van de zorg, maar over

		de kaders waarbinnen integrale zorg wordt verleend. Kwaliteit komt tot stand in de directe relatie tussen client en zorgverlener. Voor de kwaliteit van integrale zorg zijn kwaliteitsstandaarden van belang.
NIP	Specifieke belangen van Wlz clienten worden goed geadresseerd.	
	NIP onderschrijft de uitgangspunten 1a, 1b, 1c en 1d. NIP geeft voorkeur aan coördinatie en kwaliteit, boven keuzevrijheid.	Toetsing, inspectie en keuzevrijheid moeten binnen de instelling goed worden geregeld. Voorzien de beide kwaliteitskaders hier voldoende in? Dit advies gaat niet over de invulling van de zorg, maar over de kaders waarbinnen integrale zorg wordt verleend. Kwaliteit komt tot stand in de directe relatie tussen client en zorgverlener. Voor de kwaliteit van integrale zorg zijn kwaliteitsstandaarden van belang.
	Uit ervaring weet nip dat integrale behandeling doelmatig en uitvoerbaar is.	Wie heeft de regie? De behandelaar en instelling hoeven niet dezelfde ideeën over kwaliteit van behandeling te hebben (andere focus). Dat willen we met dit advies juist voorkomen.
	Zeër terecht dat GGZ-behandeling als het integraal onderdeel uitmaakt van de Wlz behandeling onderdeel uitmaakt van Wlz pakket.	Aandachtspunt is wat deze oplossingsvariant betekent voor pgb clienten. Klopt, dat willen we nader verkennen.
	Terecht om farmacie onder de Zvw te plaatsen.	De zorg die onder de tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling valt, moet ook onderdeel uitmaken van Wlz. Onderwerp voor vervolgonderzoek. Het advies 'extramurale behandeling ontleed' gaat over cliënten die geen Wlz indicatie hebben. Dat is per definitie een andere doelgroep, die geen aanspraak heeft op de Wlz.
ZN	Onderschrijft de denkrichting	Advies heeft grote consequenties voor zorglandschap met veel onduidelijkheden en witte vlekken. Dat klopt. Alvorens dit advies kan worden geïmplementeerd, moeten er nog vele zaken worden onderzocht.
		Voor- en nadelen moeten goed en in samenhang afgewogen worden, bijvoorbeeld impact op de uitvoering in de keten en kostenconsequenties. Dat klopt. Dat zal zeker gebeuren.
KNMT	Kan zich in hoofdlijnen	Vraagt aandacht voor uitvoeringsproblemen en borging van kwaliteit van de tandheelkundige zorg. Die problemen zijn

	vinden in het advies.	niet opgelost met deze oplossingsvariant. Problemen mbt de kwaliteit en uitvoering kunnen niet met dit systeemadvies worden opgelost. Dit is nu al een aandachtspunt, en zal dat ook blijven.
	KNMT kan zich vinden in de uitgangspunten 1a tot en met 1d	Tandheelkundige zorg is onderdeel van Wlz pakket en moet ook onderdeel zijn van zorg(leef)plan. Hier zijn wij het volledig mee eens, maar dit advies gaat hier niet over. Zorgverleners hebben te weinig oog voor tandheelkundige zorg.
		Keuzevrijheid en kwaliteit van de zorg niet altijd goed geborgd. Dat klopt. We zullen meer aandacht wijden aan de afweging kwaliteit van integrale zorg versus keuzevrijheid. Wanneer de kwaliteit van integrale zorg zwaar weegt, kan dat ten koste gaan van de keuzevrijheid.
		KNMT heeft zorg om de financierbaarheid van de oplossingsvariant. We denken dat hier bedoeld wordt op tarieven en op macro-budgettaire kaders. Daarover gaat de NZa.
	Er is sprake van één totaalpakket voor alle Wlz-cliënten. Meer kans op integrale zorg. Er is duidelijkheid over de tandheelkundige zorg waar een Wlz-cliënt recht op heeft. Tandheelkundige zorg voor Wlz-cliënten met mpt, vpt en pgb wordt volledig vergoed. Het is financieel aantrekkelijke voor cliënten, waardoor er meer bereidheid ontstaat tot het ondergaan van noodzakelijke tandheelkundige behandeling(en). In theorie is er een goed toegankelijkheid. Er is	Het risico bestaat dat Wlz-cliënten met mpt, vpt en pgb thuis niet de gewenste mondverzorging krijgen. Men is daarvoor afhankelijk van thuiszorg. De kosten voor tandheelkundige zorg lopen op. Op dit moment ontvangt een deel van de Wlz-cliënten met mpt, vpt en pgb thuis door allerlei redenen (oa financiële) niet of onvoldoende tandheelkundige zorg. Als zij aanspraak kunnen maken op de volledige tandheelkundige zorg zonder extra kosten, zal de vraag naar tandheelkundige zorg toenemen. Dit leidt tot een toename van kosten. Dat lijkt ons een probleem. In sommige gevallen zal er geen vrije keuze meer zijn voor tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus. De kwaliteit van de door de zorgaanbieder ter beschikking gestelde behandelruimte schiet regelmatig te kort. Handhaving op kwaliteit door de IGZ kan negatieve gevolgen hebben voor de bereidwilligheid van mondzorgverleners deze zorg te bieden indien zij niet zelf verantwoordelijk zijn voor de inrichting van de behandelruimte. Wij onderkennen de problemen met betrekking tot de kwaliteit. Kwaliteit valt buiten het bestek van dit systeemadvies. Ons advies ten aanzien van de mensen die thuis hun zorg ontvangen is inmiddels aangepast.

	één coördinator vanuit de zorgaanbieder en één zorgleefplan waar de tandheelkundige zorg deel vanuit maakt. Er zijn korte lijnen tussen cure en care.	
Actiz	Complexe materie is goed geanalyseerd en geduid.	De vraag is of de gekozen oplossingsvariant ook uitvoerbaar is voor ongeclusterd vpt. Dit moet ook worden betrokken bij het nog uit te voeren onderzoek naar mpt en pgb. Voor mpt en pgb wordt nog een verkenning uitgevoerd. Hieraan wordt toegevoegd: het ongeclusterde vpt. Hiermee komen we tegemoet aan uw bezwaar.
	Actiz kan zich goed vinden in de gekozen oplossingsvariant en ziet het belang van integrale zorg.	Van belang dat processen goed verlopen, zoals het samenwerken van professionals, kwaliteitsstandaarden en kennisnetwerken. Dat is waar. Dat valt buiten het bestek van dit systeemadvies.
	Goed dat er ruimte is om de zorg op verschillende manieren te organiseren. Zorgaanbieders kunnen zich zo onderscheiden.	Een deel van de hulpmiddelen en de bijzondere tandheelkunde worden nu bovenbudgettair vergoed. Dat moet worden gecontinueerd. Deze optie moet betrokken worden bij het vervolg-kostenonderzoek. Wij zullen de Nza vragen dit mee te nemen.
	Actiz is het eens met de uitgangspunten 1a t/m 1d.	Onderzocht moet worden wat de gevolgen zijn van het onderbrengen van de farmacie in de Zvw voor wat betreft het eigen risico en eigen bijdrage. Wij zijn voornemens om ons standpunt over farmacie aan te passen. Hiermee vervalt deze opmerking.
	Gekozen oplossingsvariant is goed uitvoerbaar voor verblijf en geclusterd vpt.	Om verschillen in uitvoering te voorkomen is het zinvol om te komen tot één (digitaal) voorschriftsysteem dat alle openbare apotheken en zorgverzekeraars hanteren. Daarnaast moeten afspraken worden gemaakt over het preferentiebeleid van zorgverzekeraars. Wij zijn voornemens om ons standpunt over farmacie aan te passen. Hiermee vervalt deze opmerking.
	Actiz is het eens dat gezien de soms hoge onvoorspelbare kosten	Aandacht voor financiële en andere randvoorwaarden: macrobeheerskader moet voldoende zijn, zorgkantoren moeten voldoende zorg inkopen tegen reële tarieven. De Nza gaat over de financiële randvoorwaarden. De rest kunnen we beamen.

	van farmacie de farmacie ten laste van de Zvw moet komen.	
	Onderkenning van de spanning tussen keuzevrijheid en integrale zog en kwaliteit van zorg. Juiste keuze hierin gemaakt. Keuze zit nu in keuze voor zorgaanbieder.	Actiz vindt de gekozen oplossingsvariant niet uitvoerbaar en niet doelmatig voor cliënten met mpt, pgb en ongeclusterd vpt. In de nadere verkenning moet ook het ongeclusterde vpt worden meegenomen. Dat gaan we ook doen.
		Grote vraagtekens bij de compensatie die de doelmatigheidsverbetering zou kunnen zijn voor de aanspraakverbreding (zie pagina 41). Waar is dat op gebaseerd? De aanspraakverbreding moet worden betrokken bij het vervolgonderzoek naar financiële consequenties. Actiz vraagt de passage aan te passen. Eens, dat wordt aangepast.
NVAVG	Eens met de stellingen 1a t/m 1d.	Bij par 2.6 kan is het het vermelden waard dat op sommige plekken in het land de huisartsenzorg wordt verleend door de AVG. Hoewel dit niet langer de norm is, maken sommige huisartsen deze keuze. Dat hebben we vermeld.
	Rapport geeft herkenbare en correcte beschrijving van de huidige situatie wat betreft de organisatie van behandeling en hoofdstuk 3 (de problemen).	Gedragswetenschapper is in de gehandicaptensector de meest aangewezen regievoerder. Het is aan de zorgaanbieder te bepalen wie de meest aangewezen regievoerder is.
	Met de voorgestelde oplossingsvariant worden de geconstateerde problemen opgelost.	In de VG sector speelt de vermindering van keuzevrijheid wellicht minder dan in de ouderenzorg, omdat het in de gehandicaptenzorg vooral gaat om cliënten die hun hele leven al zijn aangewezen op Wlz-zorg. Er is hierdoor geen sprake van het verbreken van continuïteit van zorg. Dit speelt mogelijk wel bij verhuizing naar een andere instelling. Daar kunnen wij ons iets bij voorstellen. Wordt aan ons advies toegevoegd.
		NVAVG maakt zich zorgen over de uitvoerbaarheid: zullen voldoende huisartsen zich willen verbinden aan een Wlz instelling? Dat is op dit moment nog onzeker, maar wel van belang voor het welslagen van de implementatie van het advies.

		Voor cliënten met mpt en pgb speelt beperking van keuzevrijheid mogelijk een belangrijker rol. Dat vinden wij ook. Het advies wordt op dit punt aangepast.
		Farmacie: cliënten hebben grote problemen met de telkens wisselende medicijnen als gevolg van het preferentiebeleid van zorgverzekeraars (hier gaat het dus niet om de verschillen tussen medicatie tussen cliënten met dezelfde aandoening). Wij zijn voornemens om ons standpunt over farmacie aan te passen. Hiermee vervalt deze opmerking.
		Farmacie: doordat apotheker en voorschrijver in 2 domeinen zijn geregeld, is er geen integraliteit tussen apotheek en voorschrijver. Wij zijn voornemens om ons standpunt over farmacie aan te passen. Hiermee vervalt deze opmerking.
		Instellingsbreed medicatiebeleid en medicatieveiligheid zal aan kwaliteit inboeten wanneer farmacie vanuit Zvw wordt bekostigd. Wij zijn voornemens om ons standpunt over farmacie aan te passen. Hiermee vervalt deze opmerking.
		Invoeren van eigen risico voor Wlz cliënten is een argument of aan de medicamenteuze behandeladviezen te onttrekken. Wij zijn voornemens om ons standpunt over farmacie aan te passen. Hiermee vervalt deze opmerking.
		Rol van zorgkantoren op het gebied van kwaliteitsverbetering is onduidelijk. Zin moet oog hebben voor de huidige richtlijnontwikkeling, en plotselinge koerswijzigingen kunnen hiervoor nadelig zijn. Wij hebben zeker oog voor de richtlijnontwikkeling. Wij zien richtlijnen als een belangrijke impuls voor kwaliteit van de zorg. Echter, dit advies gaat niet over richtlijnen. We hebben het genoemd als belangrijke voorwaarde (oa in de agenda voor de toekomst).
Farmadam Apotheek	Verbreden van de behandelcomponent	Kan zich niet vinden in onderbrengen farmaceutische zorg in de Zvw De gemiddelde kosten per cliënt zijn in de Wlz lager dan in de Zvw. De instelling heeft de volledige regie en kunnen sturen op de inkoop. Intramurale geneesmiddelen zijn goedkoper dan wat daarbuiten wordt berekend. Wlz-instellingen liften mee in die differentiatie. Instellingen zijn gebaat bij uniformiteit en eenduidigheid binnen de afdelingsstructuur van een intramurale voorziening om een doelmatig en veilig proces rondom de medicatieverstrekking te kunnen waarborgen en de kansen op fouten te

	minimaliseren	Binnen een instelling ontstaat versnippering in de farmaceutische dienstverlening. Zo ontstaan logistiek verschillende leveringen, de deellijsten worden versnipperd en de arts en zorg moeten bij iedere cliënt kijken welke apotheek hierbij hoort, welke afspraken hiermee zijn gemaakt en apart contact zoeken. Dit levert in de praktijk extra bureaucratie op en vergroot de kans op medicatiefouten. Een ander aspect hierbij is dat in de afgelopen jaren juist goede resultaten zijn geboekt in het volledig closed-loop werken in de intramurale setting, waarbij arts, zorg én apotheek een veilige digitale keten met elkaar hebben gerealiseerd. Wij zijn, mede op grond van deze argumenten, voornemens om ons standpunt over farmacie aan te passen.
VNFKD Vereniging van Nederlandse Fabrikanten van Kinder- en Dieetvoedings middelen	Adviseert en beargumenteert de farmacie niet onder te brengen in de Zvw Verschil positionering hulpmiddelenzorg en farmaceutische zorg (sondevoedingspomp hulpmiddel Wlz, sondevoeding Zvw) Type patiënt die verblijf en behandeling ontvangt is een andere dan thuis Niet alle patiënten die nu tlv de Wlz dieetpreparaten krijgen zouden bij verandering van positionering de zorg nog (volledig) vergoed krijgen Toenemende kosten Zvw Toenemende kosten Wlz-instellingen (administratieve lasten voor voorschrijvers dieetpreparaten Wlz-instelling; toenemende inefficiëntie agv individuele leveringen en voorraden Wij zijn voornemens om ons standpunt over farmacie aan te passen.	
A. Salvati (kinderfysioth erapeut)	Keuzevrijheid van (de ouders van) cliënten dient voorop te staan. Kindereen hebben vaak aanspraak op een breder pakket dan volwassenen. Kindereen die in een instelling wonen, hebben recht op hetzelfde brede zorgaanbod als kindereen die thuis wonen. Instellingen hebben een financiële prikkel kindereen met een hoge zorgvraag te weigeren. Het rapport gaat niet in op situaties van revalidatiezorg of ziekenhuiszorg zonder verblijf. Integrale zorg staat in ons advies voorop. Instellingen kunnen binnen dat kader een bepaalde keuzevrijheid bieden, die vooral in het zorgleefplan vorm krijgt. Het recht op paramedische zorg is in de Wlz niet beperkt, maar juist breder dan in de Zvw, zodat wij de argumenten die het tegenovergestelde suggereren niet delen. Instelling kunnen niet selecteren op grond van de zorgvraag van kindereen, en dat is ook niet nodig, omdat de bekostiging (met eventueel meerzorg) aansluit bij de zorgzwaarte. Er is geen financiële prikkel om kindereen uit te sluiten van zorg. De scope van het rapport strekt zich niet uit tot revalidatiezorg en ziekenhuiszorg: we beperken ons tot de Wlz.	
Vereniging Innovatieve	Ondersteunt het voorstel farmacie tlv de Zvw te brengen. De kwaliteit van de farmaceutische zorg zal toenemen. Wijst op de mogelijke perverse prikkel dat farmaceutische zorg wordt ingezet waar andere Wlz-interventies beter zijn.	

geneesmiddel en		Op grond van argumenten die zijn aangedragen door anderen (zie hiervoor) zijn we voornemens op ons advies over de positionering van de farmaceutische zorg in de Zvw terug te komen.
KNMP		Vindt dat duidelijkheid, eenvoud, veiligheid en kwaliteit het beste geborgd kunnen worden wanneer farmaceutische zorg voor alle Wlz-indicaties onder de Wlz wordt gebracht. De instelling kan om redenen van betaalbaarheid, uitvoerbaarheid en kwaliteit beter voor de cliënt inkopen en passende afspraken maken dan de zorgverzekeraar.