

Bijlage 5:
Reacties branchepartijen op concept
advies aanvullende geneeskundige zorg
voor specifieke doelgroepen in de eerste
lijn

Inhoud

1. Reactie ActiZ	4
2. Reactie Ieder(in) en Patiëntenfederatie Nederland	13
3. Reactie Ineen	15
4. Reactie KNGF en PPN	19
5. Reactie LHV	21
6. Reactie NHG	23
7. Reactie NIP	25
8. Reactie NVAVG	30
9. Reactie NVO	33
10. Reactie Verenso	35
11. Reactie VGN	39
12. Reactie ZN	47

1. Reactie ActiZ

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft ActiZ gevraagd om een reactie op het consultatiedocument "Aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn". Onderstaand vindt u onze reactie. Alvorens wij tot de beantwoording van de consultatievragen overgaan, willen wij eerst een algemene reactie geven op het stuk. Deze algemene kanttekeningen hebben we grotendeels ook in een eerdere consultatieronde meegegeven.

Visie op zorg : positie van de 'extramurale behandeling'

ActiZ is van mening dat cliënten in staat gesteld moeten worden, om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Zorg en ondersteuning moeten in de nabijheid kunnen worden geleverd. De cliënten die op dit moment gebruik maken van de extramurale behandeling of daarvan in de toekomst gebruik gaan maken, kenmerken zich door grote complexiteit. In verband met de Multi morbiditeit wordt de complexe problematiek dan ook benaderd vanuit een multidisciplinair perspectief. Hierbij is de behandeling gericht op herstel of het voorkomen van verergering van gevolgen/complicaties van de aandoening, of het ontstaan van een met de aandoening gerelateerde stoornis, al dan niet door het aanleren van vaardigheden/gedrag. Ook is de behandeling gericht op het welbevinden van de cliënt, niet op optimale inzet van behandeling. De eigen regie van de cliënt is leidend waardoor de inzet van per cliënt kan verschillen. Eigen regie is er dan niet "tot op zekere hoogte" (zoals het document dit verwoordt), maar dient als basis en als eerste vertrekpunt om aan de behoefte van de cliënt te kunnen voldoen.

Vooraf willen we dan ook graag een aantal elementen benadrukken, gezien de doelgroepen die behandeld worden:

- integraliteit en regievoering binnen deze zorg is van groot belang.
- multidisciplinaire samenwerking is van groot belang
- er is sprake van 'stepped care' : zorg kan op en afgeschaald worden.

De eerstelijns voorziet echter traditioneel in een monodisciplinair ingerichte zorg waarin naast de centrale rol van de huisarts, verschillende disciplines afzonderlijk werkzaam zijn. Wij vinden het daarmee van belang om deze zorg niet als 'eerstelijns zorg' te positioneren, maar 'tweedelijns zorg' die geleverd wordt in de thuissituatie. We zijn van mening dat succes verzekerd is wanneer alle relevante expertise efficiënt en effectief extramuraal wordt ingezet en de specialist ouderengeneeskunde complementair aan de huisarts kan werken en daarin een eigen - autonome - verantwoordelijkheid neemt. ActiZ is daarom van mening dat een aparte aanspraak voor deze zorg terecht is.

Extramurale behandeling in de keten/ het netwerk

Extramurale behandeling is een vorm van zorg die nadrukkelijk plaats vindt in de keten: de veronderstelling is, dat wanneer er in de thuissituatie, goede integrale multidisciplinaire behandelen wordt geleverd, dit de cliënt in staat stelt langer thuis te blijven wonen. Zorg wordt naast elkaar, vaak gelijktijdig ingezet. Hierdoor kunnen opnames in het ziekenhuis, het eerstelijns verblijf of het verpleeghuis worden voorkomen dan wel uitgesteld. In de uitwerking van de bekostingsscenario's missen we dit ketenperspectief. De extramurale behandeling is niet de eerste vorm van zorg die door onze sector wordt geleverd en die wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) : de wijkverpleging, het eerstelijns verblijf en de geriatrisch revalidatie (GRZ) bevinden zich op dit moment al in de Zvw. De verbinding met deze zorgvormen wordt gemist.

Daarnaast zien we uiteraard dat de extramurale behandeling ook veel raakvlakken heeft met de behandeling die in de "1e lijn" geleverd wordt. Vaak vindt er een opschaling of afschaling tussen beide zorgvormen plaats bij een cliënt, van monodisciplinaire zorg naar multidisciplinaire zorg of v.v. Dit kan complementair aan elkaar bestaan.

Maak proeftuinen voor innovatie mogelijk en benut de uitkomsten voor bekostiging

De effectiviteit van de extramurale behandeling en de preventieve waarde die van de extramurale behandeling uitgaat, zijn op dit moment nog onvoldoende onderzocht. Vanuit de praktijk horen we terug dat een goede positie van deze zorg zijn effect heeft op het zorggebruik in de achterliggende keten. Graag zouden we dan ook de innovatieve kracht van de extramurale behandeling beter monitoren en benutten door te gaan werken met proeftuinen en de informatie uit deze proeftuinen ophalen en inzetten ten behoeve van de doorontwikkeling van de nieuwe bekostiging. Van belang hierbij is dat hier geen ingewikkelde administratieve voorwaarden aan worden gekoppeld.

Wat kunnen we leren van andere sectoren?

De beweging dat de zorg die eerder "intramuraal" geleverd werd, nu ook buiten de deuren geleverd wordt, zien we in meerdere sectoren. Onder andere in de GGZ zorg. Hier is de afgelopen jaren veel ervaring opgedaan met een 'netwerk-achtige' manier van zorg verlenen : FACT. Elementen uit deze zorgvorm zijn ook herkenbaar voor onze doelgroep: ook daar is behandeling gericht op het verminderen van de symptomen en leren omgaan met de aandoening. Meerdere professionals en mantelzorgers werken daarin gezamenlijk in een netwerk rondom de patiënt. Wij verzoeken de NZa ook de uitgangspunten bij deze vorm van bekostiging mee te nemen in haar advies.

In een eerdere reactie hebben we aangegeven dat we voor de korte termijn, met een aantal voorwaarden, de prestaties uit de subsidieregeling het best passend vinden, voor de lange termijn zien we mogelijkheden in de multidisciplinaire bekostiging of een combinatie van mono- en multidisciplinaire bekostiging. In een eerdere reactie is door ActiZ uitdrukkelijk geopteerd voor het instellen van proeftuinen hiervoor.

Ten aanzien van de conceptregeling zelf, willen wij de volgende **extra punten opmerken in aanvulling op de eerdere reactie.**

- Het begrip "geneeskundig" mag niet beperkt worden opgevat of geïnterpreteerd, ook niet bij latere invulling van voorwaarden en beperkingen, of bij het invoeren van een beheersinstrument. Het gaat om zorg vanuit een breed palet, dienend en aanvullend aan de totale geneeskundige zorg. De term 'aanvullende geneeskundige zorg' is in deze context niet op z'n plaats..
- De omschrijving "aanvullende geneeskundige" zorg maakt er een medisch monodisciplinaire op curatie gericht item van. Daarnaast doet het geen recht aan de situaties waar de klinisch psycholoog of GZ psycholoog regiebehandelaar is
- In de regeling wordt de specialist ouderengeneeskunde benoemd als *het aanspreekpunt* als het gaat om de multidisciplinaire inzet. Wij vinden dat dit begrip niet voldoende de verantwoordelijkheid weergeeft. De specialist ouderengeneeskunde is, vinden wij, *de regievoerder en verantwoordelijk* voor de adequate en doelmatige inzet van het bij die cliënt betrokken multidisciplinaire team.

Na dit te hebben verwoord, gaan we graag over tot een specifiekere reactie op de door de NZa gestelde 8 vragen.

Consultatievragen advies aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn

1. In hoeverre worden de vier specifieke doelgroepen zoals omschreven door het ZINL (te weten: ouderen met chronische/complexere aandoeningen; chronische, degeneratieve, progressieve aandoeningen; niet-aangeboren hersenletsel en mensen met een verstandelijke beperking) ondervangen in de doelgroepen bij de prestaties zorg in een groep (ouderen; Huntington; verstandelijke gehandicapten met ernstig meervoudige beperkingen; lichamelijke gehandicapten)? Met andere woorden hebben we een patiëntengroep over het hoofd gezien?

De doelgroepen zoals omschreven zijn passend. Wel is het van belang dat bij de groep "ouderen met chronische en of complexe aandoeningen somatisch en of psychisch" ook bedoeld wordt de cognitieve beperkingen en dementie. In onze eerdere reactie hebben we gevraagd de doelgroep 'dementie' specifiek te benoemen. Dit ter voorkoming van interpretaties, op het moment dat dit niet specifiek benoemd wordt. De doelgroep 'mensen met dementie' kunnen zowel in de categorie 'mensen met chronische, degeneratieve, progressieve aandoeningen' als in de categorie 'niet-aangeboren hersenletsel' worden geschaard.

Daarnaast is het van belang te realiseren dat wanneer het ouderen betreft er vaak sprake is van multi- problematiek. Vaak wordt dan gesproken over 'kwetsbare ouderen'. Het merendeel van de cliënten zit in deze groep en hebben (nog) niet een specifieke aandoening die wel bij ander doelgroepen is benoemd. Dit is juist de groep waar veel bemoeienis nodig is. Juist deze groep wordt nu niet specifiek benoemd.

2. In hoeverre kunnen de 6 prestaties zorg in een groep worden samengevoegd tot minder prestaties? En op basis van welke kenmerken?

Met het terugbrengen van de prestaties wordt tegemoet gekomen aan het terugdringen van de complexiteit van de huidige regeling.

- Het hanteren van een uurtarief is werkbaar, mits de hoogte van het tarief ook werkelijk de kosten dekt.
- Het begrip "reiskosten" omvat wat ons betreft, de kosten van de reistijd en de kosten van het vervoer. Het is goed dit begrip op deze wijze te verhelderen.

Bij de genoemde beschreven prestaties voor zorg in een groep valt op dat Huntington als specifiek ziektebeeld/diagnose wordt genoemd en de prestatie 'zorg voor ouderen in een groep' (liever nog: "kwetsbare ouderen") een algemenere beschrijving kennen. Het apart houden van de prestaties van de dagbehandeling voor ouderen en de dagbehandeling voor cliënten met de ziekte van Huntington, snappen wij omdat er een dermate verschil in aandoening, intensiteit van behandeling en aanpak van behandeling, dat dit onderscheid gerechtvaardigd blijft.

Wel is daarmee niet duidelijk of bv. jong dementerenden, cliënten met gerontopsychiatrische aandoeningen, jongere cliënten met NAH, ouderen met een CVA, ouderen met MCI etc. ook toegang hebben tot deze prestaties. De zorgvraag is niet zozeer rechtstreeks gekoppeld aan specifieke ziektebeelden/diagnoses, maar aan zaken als regieverlies, cognitieve beperkingen en het optreden van toenemende factoren die de kwetsbaarheid vergroten. Er zijn voldoende functionele diagnostische meetinstrumenten om deze criteria in beeld te krijgen.

Al deze doelgroepen gaan om hoog complexe problematiek terwijl deze hoog complexe aanpak (nu de prestatie Huntington), ook bij bijvoorbeeld Korsakov, Parkinson in een latere fase en zeker ook Dementie nodig zou moeten zijn.

Wij kunnen ons dus ook voorstellen van deze twee prestaties een onderscheid in "laag complex" (kwetsbare ouderen – categorie 1) en "hoog complex" (categorie 2 en 3 - ... degeneratieve progressieve aandoeningen en NAH) te maken, omdat deze dan voor alle doelgroepen toepasbaar zijn.

In het consultatiedocument geeft u aan een maximum tarief voor te stellen. De ervaring uit de inkoop heeft geleerd dat de wijze waarop door zorgverzekeraars omgegaan wordt met de NZA maximumtarieven zeer divers is. Wij zien situaties waarin afslagen tot 30% plaatsvinden voor andere vormen van zorg in de inkoop. Wij willen dan ook aangeven dat de hoogte van het tarief gehanteerd door de NZa, en door de zorgverzekeraars de hoogte van de werkelijke kosten moet dekken.

3. Hoe kijkt u aan tegen de beperkingen en voorwaarden in paramedische zorg en de toepassing van het eigen risico binnen de prestaties zorg in een groep? Als u hier risico's ziet, op welke wijze zouden wij deze kunnen ondervangen?

We maken ons zorgen over de beperkingen in de aanspraak voor deze doelgroep. Beperkingen in de toegang tot de paramedische zorg bestaan op twee wijzen: er is geen directe toegankelijkheid (er moet altijd een verwijzing van de huisarts zijn) en/of er zijn pakketbeperkingen in de basisverzekering. Inzet onder de subsidieregeling veronderstelt altijd een verwijzing van de huisarts; dit is voor het leveren van aanvullende geneeskundige zorg (als tweedelijns prestatie) goed verdedigbaar. Pakketbeperkingen in de basisverzekering bemoeilijken de integrale multidisciplinaire inzet, passend bij de zorgvraag van de cliënt in kwestie door de verschillen tussen de diverse paramedische disciplines in het basispakket en de verschillen tussen de zorgverzekeraars in de aanvullende pakketten Verwijzing van de huisarts en m.b.t toegankelijkheid dagbehandeling groep hantering van een afwegingsinstrument en een duidelijk, navolgbaar multidisciplinair behandelplan.

De beperkingen en voorwaarden die in de zorgverzekeringswet worden gehanteerd zijn nu afhankelijk van de aard van de individuele ziektekostenverzekering van de cliënt. Deze beperkingen en voorwaarden passen niet bij de aanvullende geneeskundige zorg in de complexe cliëntsituaties waarover hier gesproken wordt. De toegankelijkheid en de effectiviteit worden hierdoor negatief beïnvloed. Wij vinden dat de inhoud en de frequentie/inzet van de paramedicus bepaald wordt door de hoofdbehandelaar. De onderbouwing hiervoor is terug te vinden in het behandelplan. Bekostiging van de aanvullende geneeskundige zorg zou dan ook ondergebracht moeten worden in de basisverzekering, zonder aanvullende voorwaarden.

Een ander argument is dat verschillen in beperkingen en eigen risico / eigen bijdragen onuitvoerbaar wordt qua administratieve lasten; Bij de specialist ouderengeneeskunde is er dan geen sprake van aanspraak op het eigen risico en bij de gedragswetenschapper en paramedische professionals wel (en zelfs eigen bijdragen). Ons inziens zou deze vorm van zorg onthouden moeten worden van eigen risico en/of eigen bijdrage. Daarnaast is de administratieve belasting bij het hanteren van voorwaarden erg groot bij een groepsbehandeling. Daarbij is de inzet van de verschillende disciplines vinden wij, niet apart van elkaar relevant.

Zoals eerder benoemd moet deze zorg in de keten beschouwd worden, het invoeren van eigen risico en of eigen bijdragen voor deze zorgvormen kan mogelijk leiden tot een teruggang in de deelname om financiële redenen. Het product Zorg in een groep moet aantoonbaar effectief zijn in die zin,

dat de indicatie hiervoor opname in een verblijfssetting voorkomt. Dat maakt dat de totaalkosten op de langere termijn sterk zullen verminderen.

4. Hoe kijkt u aan tegen het macrobeheersinstrument als instrument voor kostenbeheersing?

Een macrobeheersinstrument ziet achteraf toe en corrigeert achteraf op een overschrijding.

Het Macrobeheersinstrument (MBI) is een instrument dat landelijk wordt ingezet. Het doel van het MBI is om landelijk het Budgettaire Kader Zorg (BKZ) te bewaken. Wij realiseren dat er een vorm van kostenbewaking moet zijn, maar hebben bezwaren tegen het inzetten van een MBI voor (sec) deze vorm van zorg.

Zoals eerder aangeven kent de inzet van de 'extramurale behandeling' een 'preventieve' werking en is de verwachting dat het duurdere zorg verder in de keten voorkomt. Een MBI sec voor deze vorm van zorg vinden wij dan ook niet passend, omdat we ons voor kunnen stellen dat deze vorm van zorg gaat toenemen, terwijl er elders in de keten kosten gereduceerd worden. Als er sprake is van een groei doordat er elders minder zorg wordt ingezet, zou dit zeker niet zondermeer terug gehaald moeten worden middels een MBI. Het benadrukt dat aan de 'voorkant' van de wijziging de budgettaire overheveling adequaat moet zijn en gericht op de toekomst.

Conclusie: gelet op het relatief kleine macrobudget, de afhankelijkheid van de doorverwijzing door huisartsen en de preventieve werking naar de Wlz is het niet voor de hand liggend om het MBI van toepassing te verklaren. Goed monitoren van budget alsmede de inhoudelijke functie (die nog in ontwikkeling is) die het heeft, ligt meer in de rede.

5. Wat is uw mening over de voorgestelde aandachtspunten en risico's bij de handhavingstoets?

De opsomming van de risico's met betrekking tot de handhaving vinden wij helder en uitputtend. We herkennen de risico's die geschetst worden, met betrekking tot een heldere afbakening. Wel is het van belang om te vermelden dat deze zorg vorm juist tot doel heeft duurdere zorg verder/elders in de keten te voorkomen. Het is dus goed om deze zorg in zijn context en positie te beschouwen, ook i.r.t. de afbakening (4.6).

Waar het de terugdringing van deze risico's betreft, hebben wij de volgende opmerkingen:

- het is belangrijk de overall verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar specifiek te maken (4.9)
- Wel hebben wij enige twijfel bij uw suggestie dat de zorgverzekeraars in een modelovereenkomst voorwaarden kunnen opnemen, die de zorgverleners/zorgorganisaties in acht moeten nemen. Op zichzelf is dit een begrijpelijke en zinnige suggestie, maar we moeten oppassen dat we het vertrouwen in het vakmanschap van de zorgverleners niet ondermijnt wordt en alsnog via de achterdeur door de zorgverzekeraar laten inperken (4.9).
- Onze suggestie is, ook de handhaving en toetsing in te bedden in de proeftuinen en pas met de uitkomsten hiervan een definitieve vorm te bepalen.
- Daarnaast is de vraag of directe toegankelijkheid wenselijk is. Er zal in de praktijk amper sprake kunnen zijn van directe toegang, maar zorg zal altijd ingezet worden na verwijzing huisarts.
- Afhankelijk van het besluit of psychologische en paramedische zorg al dan niet vanuit de basisverzekering zouden gaan (dus ook eigen risico met

zich mee brengen) is de relevantie voor de transparantie in meer of mindere mate een item.

- Er zijn vanuit verschillende landelijk erkende netwerken/patientverenigingen verschillende kwaliteitsstandaarden voorhanden. Denk aan Parknet en CVA netwerken. Ook ligt er het een en ander voor Huntington en is Dementie ook volop in ontwikkeling. Deze kunnen verder doorgewerkt worden (4.8)
- In paragraaf 4.6 (p. 51) staat bovenaan dat het belangrijk is dat de prestaties voor aanvullende geneeskundige zorg duidelijk geformuleerd en goed afgebakend worden. Het risico als de prestaties niet duidelijk zijn geformuleerd is namelijk dat verzekeraars deze gaan invullen en hier bij de zorginkoop hun eigen invulling en eisen aan gaan geven. Dat geeft voor zorgaanbieders weer een grote administratieve last, is niet werkbaar in de uitvoering.
- Tijdsplan is krap maar haalbaar (4.10), wel is tijdige bekendmaking van regelgeving van belang, zodat ook softwareleveranciers updates kunnen doen om e.e.a. te kunnen declareren in de systemen

6. Welke aandachtspunten en risico's ontbreken volgens u?

Naast bovenstaande aanvullingen, missen wij nog twee aandachtspunten bij 4.6:

- Risico op samenloop met de WLZ verzilveringsvormen MPT, VPT en PGB (ZZP's zonder behandeling) en onduidelijkheid bij cliënten over de financiële gevolgen voor henzelf van de inzet van aanvullende geneeskundige zorg ten opzichte van deze mogelijkheden.
- In het stuk lezen wij niet concreet terug hoe deze prestaties en aanspraken zich verhouden tot de monodisciplinaire prestaties.

7. Met dit advies geven wij een concrete uitwerking aan het adviesverzoek van de minister, hoe kijkt u aan tegen de implementatie hiervan (inkoop, uitvoering, declaratie)?

De implementatie van een zo complexe materie als de voorliggende regeling moet dekken, is moeilijk en ingewikkeld. In een eerdere consultatie hebben wij het belang van proeftuinen onderschreven om hier de nodige voorbereidingen voor te treffen. Zie verder antwoorden (opsomming) bij vraag 5.

Tot slot nog een aantal aandachtspunten op het gebied van de administratieve lasten.

- In paragraaf 4.6 (p. 51) staat bovenaan dat het belangrijk is dat de prestaties voor aanvullende geneeskundige zorg duidelijk geformuleerd en goed afgebakend worden. Het risico als de prestaties niet duidelijk zijn geformuleerd is namelijk dat verzekeraars deze gaan invullen en hier bij de zorginkoop hun eigen invulling en eisen aan gaan geven. Dat geeft voor zorgaanbieders weer een grote administratieve last, is niet werkbaar in de uitvoering.
- Op p. 31 staat ook dat de paramedische prestaties niet gekoppeld zijn aan een type zorgverlener, maar dat in de prestatie de geleverde zorg wordt beschreven, onafhankelijk van welke zorgverlener deze zorg levert.
- Op p. 40 tweede tekstblok wordt dit ook benoemd. En wordt aangegeven dat dit betekent dat binnen de prestatie er een registratie moet zijn om inzicht te krijgen om welk type zorg het gaat. Dit geeft administratieve lasten en bovendien kunnen verzekeraars hier ook ieder hun eigen invulling/eisen aan gaan geven. Dat heeft dus weer gevolgen voor de inkoop.
- p. 40 laatste tekstblok 'Kortom, binnen de prestaties is er in veel gevallen een extra 'oormerk' nodig. Voor de prestaties voor 'zorg in een groep' is dit extra vervelend. Dan moet hierbij dus worden geregistreerd wat de inzet van de paramedici is binnen de zorg in een groep. De NZa geeft terecht aan dat dit een onevenredig zware administratieve last is. (p. 41

eerste tekstblok.)

8. Welke overige zaken wilt u nog aan ons kwijt, anders dan u heeft aangegeven in uw reactie op het consultatiedocument

Als overige aandachtspunten willen we nog meegeven dat deze vorm van zorg nadrukkelijk in de keten bekeken moet worden, dit vraagt om het faciliteren en ophalen van innovatie in de regio's.

Wij willen nogmaals benadrukken dat het van belang is om proeftuinen voor innovatie mogelijk te maken en de uitkomsten te benutten voor lange termijn bekostiging, verantwoording en inkoop.

Daarnaast nog een aantal punten die ons opgevallen zijn, een aantal constatering en een aantal verduidelijkende vragen:

- de opsomming van gedragsdeskundige beroepen die regiebehandelaar kunnen zijn is niet overeenkomstig de in artikel 3 wet BIG of art 14 wet BIG verankerde functies
- Voor ouderen met dementie is de basis GGZ niet toegankelijk (zie ook pagina 29 van het advies). Het is van belang om prestatie 2 ook door GZ psychologen te kunnen laten, uitvoeren die geen specialisatie klinische psychologie hebben, maar wel ervaring in de ouderenzorg. Juist bij het diagnosticeren van dementie en het kortdurend bieden van aanvullende geneeskundige hulp in de thuissituatie bij MCI is hun inzet het meest passend.
- de verdere ontwikkeling van preventie van nazorg naar voorzorg verder niet is uitgediept. Pagina 19.
- de medicatiebeoordeling vanwege polyfarmacie waar juist de specialisatie ligt van de SO in de eerste lijn is niet uitgewerkt. Pagina 23. De SO kan een effectieve en efficiënte bijdrage kan leveren aan de optimalisatie van medicamenteuze zorg gezien de expertise van de SO. Er wordt slechts verwezen naar de prestatie farmaceutische zorg waarin de huisarts en de apotheek een rol hebben
- Er wordt geschreven dat ook huidige eerste lijns praktijken zich (kunnen) gaan begeven op de markt van de kwetsbare ouderen met complexe zorgvragen. Dit is wel opmerkelijk omdat in de andere stukken juist gesproken wordt over de regulier 1e lijn die veelal monodisciplinair werkt. Het lijkt ons van belang dat er alleen maar partijen kunnen toetreden die aantoonbaar werken vanuit het multidisciplinaire perspectief. Uiteraard moet een multidisciplinair team ook aan bepaalde kwaliteitsstandaarden voldoen, waar een samenwerkingsverband van groot belang is, net als het aantoonbaar multidisciplinair werken.
- Belangrijk is ook dat verschillende zorgverzekeraars een zo uniform mogelijk beleid hanteren. In een aantal scenario's verwachten we juist een verhoging van de administratieve lasten: diversiteit in contracten over verzekeraars heen, diversiteit in voorwaarden en tarieven tussen verzekeraars en meer randvoorwaarden waarvan de naleving bewaakt moet worden. Binnen de Zvw vindt declaratie plaats op patiëntniveau. Dit betekent dat wij dit dan niet meer geclusterd in rekening kunnen brengen maar de verschillende zorgvormen per patiënt en bij de verschillende zorgverzekeraars moeten declareren. Daarnaast heeft de ervaring uit de wijkverpleging, het eerstelijns verblijf en de GRZ geleerd dat de administratieve lasten aanzienlijk toenemen voor zorgaanbieders, gezien de toename van inkoopvoorwaarden en declaratievoorwaarden per verzekeraar.
- Op pagina 33 staat de volgende zin: "Ten slotte, zijn voor deze prestaties van belang dat de indicatiestelling door het CIZ vervalt. In de Zvw gaat het om de professionele
- afstemming tussen twee artsen, namelijk de huisarts en specialist ouderengeneeskunde respectievelijk arts voor verstandelijk gehandicapten."
- Hier wordt verwezen naar de prestaties voor de artsen en de psychologen. Het vervallen van de CIZ indicatie voor Specialisten Ouderengeneeskunde

- is vanuit dit oogpunt helder. Maar dit zou ook aan de orde moeten zijn voor de psycholoog. Er is in dat geval geen afstemming tussen twee artsen, dus zou het bovenstaande niet opgaan. Een verwijzing van de huisarts
- zou genoeg moeten zijn. Maar dat is dus wel wat anders dan overleg tussen twee artsen.

Bijlage 5

Advies aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn

2. Reactie Ieder(in) en Patiëntenfederatie Nederland

Op 25 oktober 2017 ontvingen wij uw uitnodiging 'consultatie conceptadvies Aanvullende geneeskundige zorg'. Dank daarvoor.

Op 21 September 2017 hebben wij op de vorige consultatie omtrent dit onderwerp gereageerd. Onze reactie destijds vindt u in de bijlage. In deze reactie schetsten wij onze uitgangspunten die voor ons nog steeds het uitgangspunt zijn en we hierbij weer inbrengen. Wij hopen u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Mocht u n.a.v. bovenstaande vragen hebben, dan zijn wij uiteraard bereid in gesprek te gaan.

Bijlage 5

Advies aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn

3. Reactie Ineen

Dank voor de mogelijkheid om schriftelijk te reageren op het advies Aanvullende geneeskundige zorg voor specifiek doelgroepen in de eerste lijn. Vanuit InEen maken we graag gebruik van deze gelegenheid. We richten onze algemene reactie met name op de zorg aan ouderen met chronische of complexe aandoeningen.

Inhoud

De zorg voor kwetsbare ouderen vraagt een persoonsgerichte, proactieve en integrale benadering, waarbij op verschillende momenten verschillende disciplines op elkaar afgestemde zorg leveren. Vanwege het dynamische en flexibele karakter van deze zorg ligt hieraan geen zorgstandaard ten grondslag. Dit is een groot verschil met de bekende zorgprogramma's voor chronische aandoeningen (o.a. diabetes, COPD, astma en cardiovasculair risicomanagement) die wel gebaseerd zijn op een landelijke zorgstandaard.

In het advies van de NZa wordt veel waarde gehecht aan het ontwikkelen van een zorgstandaard. Gelet op het dynamische en flexibele karakter van de zorg is het zeer de vraag of het ontwikkelen van een zorgstandaard voor kwetsbare ouderen nuttig en nodig is. In aansluiting op het persoonsgerichte, proactieve en samenhangende karakter van de zorg zien we meer in een dynamische werkwijze met als belangrijke bouwstenen: het individuele zorgplan en de regiebehandelaar (casemanagement en zorgcoördinatie), zoals ook genoemd in §4.9 van het consultatiedocument. Deze bouwstenen maken deel uit van de werkzame elementen die staan beschreven in het Plan van Aanpak Zorg voor kwetsbare ouderen (zie bijlage) dat onlangs in het Bestuurlijk Overleg eerste lijn is vastgesteld. Volgens het plan van aanpak behoren casefinding, diagnostiek & bepaling van kwetsbaarheid, individueel zorgleefplan, multidisciplinair overleg (mdo) casemanagement & zorgcoördinatie, medicatieveiligheid en preventie tot de kernelementen van de zorg voor kwetsbare ouderen (zie ook onze eerdere reactie op het consultatiedocument dd. 22 september 2017).

Organisatie van de zorg

De organisatie van de zorg aan ouderen kent een grote diversiteit. Vanuit maatschappelijk perspectief is het belangrijk om ouderen de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment te bieden en om de benodigde hulp, zorg of ondersteuning zo te organiseren dat er naar behoefte op- of afgeschaald kan worden. Hierbij is sprake van een zorgcontinuüm met de volgende opbouw:

- a *Reguliere huisartsenzorg*, waarbij de huisarts basishuisartsenzorg aan ouderen levert.
- b *Huisartsenzorg met consultatie van de specialist ouderengeneeskunde (SO)*, de huisarts doet daarbij een beroep op de specifieke deskundigheid van de SO om mee te denken over de behandeling (meekijkconsult).
- c *Huisartsenzorg met medebehandeling door een specialist ouderengeneeskunde*, de huisarts schakelt de SO in om een deel van de behandeling uit te voeren. De huisarts blijft daarbij nog steeds hoofdbehandelaar

- d *Overdracht van de patiënt aan de specialist ouderengeneeskunde*, de huisarts draagt de behandeling van de oudere over aan de specialist ouderengeneeskunde¹.

Verenso hanteert een vergelijkbare indeling en maakt in de beschrijving van de producten die door een specialist ouderengeneeskunde worden geboden onderscheid tussen *collegiale consultatie, diagnostiek & verwijzing en uitvoering & regie behandelplan* (vergelijk ook de indeling die de LHV hanteert bij de beschrijving van het aanbod huisartsenzorg voor ouderen²). Onze indruk is dat het advies van NZa zich vooral richt op de uitvoering en regie behandelplan, waarbij de patiënt aan de specialist ouderengeneeskunde wordt overgedragen (vergelijkbaar aan variant d uit het continuüm). Als onze interpretatie correct is, verdient het aanbeveling om deze afbakening duidelijker in het advies tot uitdrukking te brengen.

In het vervolg van onze reactie vragen we ook nadrukkelijk aandacht voor de groep kwetsbare ouderen waarbij de zorg (nog) niet aan de specialist ouderengeneeskunde wordt overgedragen. Voor deze groep die veelal thuis woont, wordt veelvuldig gebruik gemaakt van *consultatie van de specialist ouderengeneeskunde of medebehandeling door een specialist ouderengeneeskunde* (conform variant b en c uit het continuüm). De huisarts blijft daarbij hoofdbehandelaar en werkt nauw samen met wijkverpleging, openbare apotheker en steeds vaker met het sociale domein en medisch specialistische zorg.

In voetnoot 15 (pag. 13) staat: 'Er kan sprake zijn van medebehandeling op verzoek van een huisarts. De specialist ouderengeneeskunde, gz-psycholoog of de arts voor verstandelijk gehandicapten neemt de specifieke medische, gedragswetenschappelijke of paramedische behandeling over.'. Het woordgebruik 'overnemen van' in deze formulering creëert verwarring; de patiënt wordt immers niet overgenomen bij medebehandeling. Deze verwarring kan voorkomen worden door een andere formulering, bijvoorbeeld 'de specialist ouderengeneeskunde gz-psycholoog of de arts voor verstandelijk gehandicapten zorgen op verzoek van een huisarts voor de specifieke medische, gedragswetenschappelijke of paramedische onderdelen van de behandeling'.

Bekostiging

De inhoud en organisatie van de zorg voor kwetsbare ouderen zijn uiteraard van betekenis voor de bekostiging en financiering. Voor de financiering van de reguliere huisartsenzorg zijn de bestaande betaaltitels voor huisartsenzorg beschikbaar.

De ontwikkeling van persoonsgerichte, proactieve en integrale zorg voor kwetsbare ouderen vraagt gerichte inzet van de specialist ouderengeneeskunde (zie ook de beschrijving in het Plan van Aanpak Zorg voor kwetsbare ouderen³). Het aansluiten bij de prestaties onder de

¹ Bij het bereiken van deze stap uit het zorgcontinuüm dient de vraag zich aan of gaandeweg het traject niet de grenzen van de extramurale behandeling in zicht komen. Bij de zorg voor de zwaarste doelgroep hebben, moet ons inziens ook goed gekeken worden of de betreffende patiënt de juiste zorg kan ontvangen in de thuissituatie. Op enig moment is intramurale WLZ zorg mogelijk passender en wellicht zelfs goedkoper.

² Bij de beschrijving van het aanbod huisartsenzorg voor ouderen maakt de LHV onderscheid tussen basisaanbod, aanvullend aanbod en bijzonder aanbod van huisartsenzorg (<https://www.lhv.nl/service/aanbod-huisartsenzorg-voor-ouderen%20>).

³ Zie hiervoor de beschrijving van het plan van aanpak Zorg voor Kwetsbare Ouderen dat door de gezamenlijke partijen uit het Bestuurlijk Overleg eerste lijn is vastgesteld.

tijdelijke subsidieregeling kan hiervoor de gewenste mogelijkheden bieden, mits deze ook ruimte geven voor consultatie en medebehandeling door een specialist ouderengeneeskunde waarbij de huisarts hoofdbehandelaar blijft. In het advies komt deze mogelijkheid niet expliciet tot uitdrukking. We vragen nadrukkelijk aandacht voor deze omissie en dringen er bij de NZa op aan om in aanvulling op het overdragen van de patiënt in het advies over de bekostiging ook ruimte te scheppen voor medebehandeling door een specialist ouderengeneeskunde waarbij de huisarts hoofdbehandelaar blijft (conform variant b en c uit het continuüm). De beschikbaarheid van budgettaire kaders en financiële risico's zijn daarbij belangrijke randvoorwaarden.

Tot besluit van onze reactie vragen we daarom aandacht voor de budgettaire kaders en het toepassen van het macrobeheersinstrument (zie ook vraag 4 van de consultatievragen). De bestaande financiering van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg biedt op dit moment geen ruimte voor uitbreiding met aanvullende geneeskundige zorg voor specifiek doelgroepen in de de eerste lijn; het budgettaire kader voor multidisciplinaire zorg wordt reeds overschreden. Het macrobeheersinstrument dat als beheersmaatregel kan worden ingezet, beperkt het draagvlak voor de overheveling van aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn. Het risico bestaat dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars terughoudend gedrag zullen vertonen. De hoogte van het benodigde budget voor aanvullende geneeskundige zorg is bovendien nog onduidelijk. Zoals eerder aangegeven adviseren wij de NZa een afzonderlijk budgettair kader te creëren voor aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn. Dit biedt de mogelijkheid om de overgang van de subsidieregeling naar de Zorgverzekeringswet te faciliteren en de ontwikkelingen rond de zorg aan deze kwetsbare doelgroepen te monitoren.

Bijlage 5

Advies aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn

4. Reactie KNGF en PPN

PPN en KNGF maken graag gebruik van de uitnodiging om te reageren op het advies 'Aanvullende geneeskundige zorg voor specifiek doelgroepen in de eerste lijn' welke met belangstelling is gelezen.

Wij hopen dat jullie je kunnen vinden in onze opmerkingen zodat daar rekening mee gehouden kan worden in de definitieve rapportage.

1. *In hoeverre worden de vier specifieke doelgroepen zoals omschreven door het ZiNL (te weten: ouderen met chronische/complexere aandoeningen; chronische, degeneratieve, progressieve aandoeningen; niet-aangeboren hersenletsel en mensen met een verstandelijke beperking) ondervangen in de doelgroepen bij de prestaties zorg in een groep (ouderen; Huntington; verstandelijke gehandicapten met ernstig meervoudige beperkingen; lichamelijke gehandicapten)? Met andere woorden hebben we een patiëntengroep over het hoofd gezien?*

Een opmerking vooraf. Op bladzijden 9 en 10 worden voorbeelden genoemd, waarvan wij ons afvragen of dit klopt in het kader van extramurale behandeling. Deze patiënten worden wel in de eerstelijns gezien, maar qua financiering gaat dat niet via de subsidieregeling, maar via de reguliere tarieven en prestaties.

Op zich wordt er geen patiëntengroep over het hoofd gezien. Het zou wel goed zijn in de toelichting op de prestaties in te gaan op wat er dan onder "ouderen" b.v. valt. Het gaat om multipele pathologie en comorbiditeit. Die bepalen voor een groot deel de chroniciteit en complexiteit. Denk ook aan de oncologische en oedeem diagnoses.

De behandeling van de specifieke groepen in de 1^e lijn door de paramedici vindt vooral plaats in of vanuit de voormalige AWBZ-instellingen. De paramedicus werkzaam in de 'standaard' eerstelijns praktijk verleent deze zorg in veel mindere mate. Uit het advies komt dit onderscheid onvoldoende naar voren. Al lezende kan de suggestie gewekt worden dat de paramedici werkzaam binnen een eerstelijns praktijk de zorg aan de specifieke doelgroepen verleent. Terwijl deze zorg vooral door paramedici werkzaam in een instelling wordt geleverd op basis van de eerstelijns prestaties ten laste van Zvw of de subsidieregeling. Het is ons niet bekend, of er eerstelijns praktijken zijn die op basis van de subsidieregeling deze zorg declareren.

2. *In hoeverre kunnen de 6 prestaties zorg in een groep worden samengevoegd tot minder prestaties? En op basis van welke kenmerken?*

Onzes inziens kan volstaan worden met één prestatie groep. Binnen de huidige prestaties groep wordt gesproken van samenstelling naar zorgzwaarte en zo veel mogelijk homogeniteit. Die twee aspecten bepalen ook de groepsgrootte. Omdat het om multidisciplinaire zorg gaat betekent dit, dat meerdere zorgverleners deze prestatie kunnen declareren dan wel dat in het tarief rekening wordt gehouden met de inzet van meerdere disciplines.

Overigens zouden wij liever van dagbehandeling spreken, al beseffen wij dat dit verwarrend kan zijn ten opzichte van dagbesteding.

3. *Hoe kijkt u aan tegen de beperkingen en voorwaarden in paramedische zorg en de toepassing van het eigen risico binnen de prestaties zorg in een groep? Als u hier risico's ziet, op welke wijze zouden wij deze kunnen ondervangen?*

De zorg voor deze kwetsbare groep zou geborgd moeten zijn. Dat wil in onze ogen zeggen, dat de zorg uit de Zvw wordt gefinancierd en niet ten laste gaat van het eigen risico. We willen graag nogmaals aandacht vragen voor MDO (het gaat hier om multidisciplinaire zorg uitgevoerd door een team van zorgverleners). MDO dient aantoonbaar in het tarief te worden verwerkt.

4. Hoe kijkt u aan tegen het macrobeheersinstrument als instrument voor kostenbeheersing?

Het macrobeheersingsinstrument is geen goed instrument voor kostenbeheersing. Het is monodisciplinair ingestoken en verhindert substitutie. Door de verschuiving van zorg zullen de kosten voor de eerstelijns zorg toenemen. Het is noodzakelijk dat hiervoor voldoende financiële middelen beschikbaar worden gesteld.

5. Wat is uw mening over de voorgestelde aandachtspunten en risico's bij de handhavingstoets?

6. Welke aandachtspunten en risico's ontbreken volgens u?

We pleiten voor een heldere afbakening tussen eerstelijns zorg (Zvw) en aanvullende geneeskundige zorg (Zvw) zowel zorginhoudelijk als financieel. Risico is dat er ruis gaat ontstaan. Onduidelijkheid over de aanspraak moet te allen tijde voorkomen worden. Op dit moment is de aanspraak voor de paramedici onduidelijk: wanneer valt de behandeling onder de Zvw en wanneer onder de subsidieregeling. Uit de geluiden die wij van onze leden ontvangen blijkt dat iedere instelling hier verschillend mee omgaat.

7. Met dit advies geven wij een concrete uitwerking aan het adviesverzoek van de minister, hoe kijkt u aan tegen de implementatie hiervan (inkoop, uitvoering, declaratie)?

Met het vaststellen van de prestaties is nog niet geborgd, dat deze ook worden ingekocht en onder welke voorwaarden deze worden ingekocht. Juist voor de doelgroepen (kwetsbaren) is het noodzakelijk dat dit landelijk uniform gebeurt. Uiteraard is er wel ruimte voor couleur locale. We staan achter het ontwikkelen van goede vormen van zorg en pleiten voor één heldere toelichting voor het werkveld.

8. Welke overige zaken wilt u nog aan ons kwijt, anders dan u heeft aangegeven in uw reactie op het consultatiedocument?

Kijkend naar de toekomst en bezien in het licht van de demografische en maatschappelijke ontwikkelingen zou de vraag van de patiënt uitgangspunt moeten zijn voor een bekostigingssysteem. De patiënt heeft vaak als grootste wens sociaal participeren en functioneren. Verder, zeker bij ouderen, is er altijd complexiteit van klachten/aandoeningen en bekend is ook dat sociaal welbevinden invloed heeft op klachtenbeeld en hulpvraag. [X] geeft aan dat gezondheid vanuit een andere invalshoek moet worden beschouwd, namelijk de mogelijkheden zien en participatie nastreven (gebruiken wat je hebt). Idealiter zou geld de patiënt/verzekerde moeten volgen.

Ook willen we, wellicht ten overvloede, wijzen op de samenhang van aanvullende geneeskundige behandeling, behandeling Wlz en het eerstelijns verblijf.

5. Reactie LHV

De prestaties zorg in een groep zijn nu als volgt beschreven:

- Prestatie voor zorg in een groep ouderen;
- prestatie voor zorg in een groep Huntington;
- prestatie voor zorg in een groep verstandelijke gehandicapten met ernstig meervoudige beperkingen;
- prestatie voor zorg in een groep lichamelijke gehandicapten, groep >6;
- prestatie voor zorg in een groep lichamelijke gehandicapten, groep 5 - 6;
- prestatie voor zorg in een groep lichamelijke gehandicapten, groep <5.

1. In hoeverre worden de vier specifieke doelgroepen zoals omschreven door het ZiNL (te weten: ouderen met chronische/complexere aandoeningen; chronische, degeneratieve, progressieve aandoeningen; niet-aangeboren hersenletsel en mensen met een verstandelijke beperking) ondervangen in de doelgroepen bij de prestaties zorg in een groep (ouderen; Huntington; verstandelijke gehandicapten met ernstig meervoudige beperkingen; lichamelijke gehandicapten)? Met andere woorden hebben we een patiëntengroep over het hoofd gezien?

Reactie: Wedervraag: vallen MS, Korsakov en Parkinson ook onder Huntington? Dit is nu onduidelijk. Graag verduidelijken in de omschrijving van, of latere toelichting bij, de prestaties. Daarnaast roept deze onduidelijkheid de vraag op hoe de behandeling van toekomstige 'groepen' bekostigd moet worden die onder de degeneratieve progressieve aandoeningen vallen (denk aan ALS- of alzheimer). Kan de behandeling van deze patiënten ook op basis van deze prestatie worden bekostigd? Verder wordt er een differentiatie aangebracht o.b.v. groeps grootte voor lichamelijke gehandicapten maar niet voor de andere groepen. Bij de andere groepen zou tevens, afhankelijk van de groeps grootte, een verschil in zorgzwaarte kunnen zitten. Ook hier kan worden afgevraagd wat dit onderscheid enerzijds wel en anderzijds niet rechtvaardigt. Tot slot missen we de prestaties voor de behandeling van het individu. De huidige omschrijvingen van de prestaties lijken de behandeling van individuen nu uit te sluiten.

2. In hoeverre kunnen de 6 prestaties zorg in een groep worden samengevoegd tot minder prestaties? En op basis van welke kenmerken?

Reactie: Dit lijkt alleen mogelijk als er niet gedifferentieerd wordt naar grootte en aandoening. Een alternatief zou zijn o.b.v. tijd (bijv. per kwartier behandel tijd).

3. Hoe kijkt u aan tegen de beperkingen en voorwaarden in paramedische zorg en de toepassing van het eigen risico binnen de prestaties zorg in een groep? Als u hier risico's ziet, op welke wijze zouden wij deze kunnen ondervangen?

Reactie: Toepassen van het eigen risico lijkt extra belastend. Deze patiënten zijn al chronisch ziek en worden daar met toepassing van het eigen risico financieel nog eens voor gestraft. Alsof het oplopen van bovenstaande aandoeningen, veelal erfelijke of aangeboren, als gevolg van risico's die de patiënt neemt worden opgelopen. Eventueel onderscheid in toepassen van het eigen risico (de ene prestatie of groeps grootte wel en de ander niet) maakt het onnodig complex. Niet van toepassing adviseren dus richting VWS.

4. Hoe kijkt u aan tegen het macrobeheersinstrument als instrument voor kostenbeheersing?

Reactie: Wij kunnen ons vinden in de argumentatie van de NZa te kiezen voor het MBI als kostenbeheersingsinstrument, waarbij in het belang van

de uitvoerbaarheid en effectiviteit één (nieuw en apart) budgettair kader aanvullende geneeskundige zorg prevaleert.

5. Wat is uw mening over de voorgestelde aandachtspunten en risico's bij de handhavingstoets?

Reactie: De meeste aandachtspunten lijken gericht te zijn op: risico's van stijging op uitgaven (meerkosten) , onterechte inbreng Zvw (meerkosten), overbehandeling (meerkosten) en overlap (meerkosten). Daarmee is wel duidelijk waar de handhavingstoets zich met name op richt. Zelf zouden wij meer instrumentarium willen zien voor het handhaven van voldoende aanbod en zorg op maat voor deze zeer kwetsbare groepen patiënten.

6. Welke aandachtspunten en risico's ontbreken volgens u?

Geen reactie

7. Met dit advies geven wij een concrete uitwerking aan het adviesverzoek van de minister, hoe kijkt u aan tegen de implementatie hiervan (inkoop, uitvoering, declaratie)?

Reactie: Met weinig enthousiasme. Zonder stevige regulering (vooraf), heldere spelregels (nadere regel met rechten/plichten voor aanbieders & verzekeraars) en een aangekondigde evaluatie of back-up strategie voorzien wij een vergelijkbare chaos als de overheveling van het eerstelijnsverblijf (ELV). Zorg(markten) in transitie hebben, leert de ervaring inmiddels, veel sturing en steun nodig.

8. Welke overige zaken wilt u nog aan ons kwijt, anders dan u heeft aangegeven in uw reactie op het consultatiedocument?

Zie de reactie bij vraag 7.

6. Reactie NHG

De prestaties zorg in een groep zijn nu als volgt beschreven:

- prestatie voor zorg in een groep ouderen;
- prestatie voor zorg in een groep Huntington;
- prestatie voor zorg in een groep verstandelijke gehandicapten met ernstig meervoudige beperkingen;
- prestatie voor zorg in een groep lichamelijke gehandicapten, groep >6;
- prestatie voor zorg in een groep lichamelijke gehandicapten, groep 5-6;
- prestatie voor zorg in een groep lichamelijke gehandicapten, groep <5.

1. In hoeverre worden de vier specifieke doelgroepen zoals omschreven door het ZiNL (ouderen met chronische/complexere aandoeningen; chronische, degeneratieve, progressieve aandoeningen; niet-aangeboren hersenletsel en mensen met een verstandelijke beperking) ondervangen in de doelgroepen bij de prestaties zorg in een groep (ouderen; Huntington; verstandelijke gehandicapten met ernstig meervoudige beperkingen; lichamelijke gehandicapten)? Met andere woorden hebben we een patiëntengroep over het hoofd gezien?

Het is niet duidelijk waarom de tweede doelgroep Huntington genoemd wordt. Dat lijkt een verenging van de doelgroep.

2. In hoeverre kunnen de 6 prestaties zorg in een groep worden samengevoegd tot minder prestaties? En op basis van welke kenmerken?

Bij de (vaak zeer) complexe multi-problematiek die die bij deze doelgroepen aan de orde is, is het niet altijd mogelijk om patiëntgroepen strak af te bakenen, aangezien er te veel variabelen mogelijk zijn.

3. Hoe kijkt u aan tegen de beperkingen en voorwaarden in paramedische zorg en de toepassing van het eigen risico binnen de prestaties zorg in een groep? Als u hier risico's ziet, op welke wijze zouden wij deze kunnen ondervangen?

Met name voor de beschreven kwetsbare doelgroepen is het een groot risico op zorg mijden, met als gevolg het verergeren van de druk op de huisartsenvoorziening. (Maar ook het vergroten van maatschappelijke en sociale problemen en een stijging van de totale maatschappelijke en/of zorgkosten). Ook zullen de gezondheidsverschillen in Nederland groter worden. Daarom is het toepassen van het eigen risico voor deze prestaties niet wenselijk.

4. Hoe kijkt u aan tegen het macrobeheersinstrument als instrument voor kostenbeheersing?

Het gebruik van de genoemde prestaties in de ZVW is niet vooraf te bepalen. Met het inwerking treden van deze maatregelen is ook een deel substitutie aan de orde. Het inzetten van het MBI wentelt het financiële risico af op de zorgverleners. Deze instellingen hebben niet altijd invloed op de eventuele toestroom aan zorgvragers bij substitutie. Daarbij komt dat zij relatief kleine reserves hebben om eventuele extra heffingen te voldoen. Waardoor de continuïteit van de zorg in het geding kan komen.

5. Wat is uw mening over de voorgestelde aandachtspunten en risico's bij de handhavingstoets?

Bij het beschrijven van de consequenties is uitgebreid ingegaan op de financiële gevolgen, maar niet op de mogelijke gevolgen voor de

kwetsbare patiënten en de maatschappij bij onderbehandeling of zorg mijden.

6. Welke aandachtspunten en risico's ontbreken volgens u?

Aangezien het (zeer) kwetsbare doelgroepen betreft is het in het belang van de patiënt noodzakelijk om rekenschap te nemen van het feit dat zij niet altijd in staat zijn om bijvoorbeeld te handelen naar bepalingen die de patiënt in acht moet nemen om zijn aanspraak op zorg geldend te kunnen maken. Zie ook mijn opmerking onder 3. Voor eventuele gevolgen daarvan.

7. Met dit advies geven wij een concrete uitwerking aan het adviesverzoek van de minister, hoe kijkt u aan tegen de implementatie hiervan (inkoop, uitvoering, declaratie)?

Implementatie van dit voorstel zal, in tegenstelling tot de doelstellingen van de minister, NZa en de beroepsgroepen, door de behoefte aan transparantie en aantoonbare kwaliteit, extra registratielast met zich meebrengen. Daar wordt – door de nadruk op kostenbeheersing – relatief weinig aandacht aan besteed.

8. Welke overige zaken wilt u nog aan ons kwijt, anders dan u heeft aangegeven in uw reactie op het consultatiedocument?

Pag 17: Aanvullende geneeskundige zorg is zorg die gericht is op specifieke doelgroepen (kwetsbare) patiënten, die hen in staat stelt beter (en daarmee langer) thuis te functioneren. Deze zorg draagt eraan bij dat kwetsbare mensen tijdig de juiste geneeskundige zorg ontvangen in de eerste lijn, waardoor de huisarts wordt ontlast en er minder instroom is in de acute zorgketen. Hiermee is aanvullende geneeskundige zorg aanvullend op huisartsenzorg, verpleging en verzorging in de wijk, eerstelijnsverblijf en de gemeentelijke voorzieningen en zal er samen over de wettelijke domeinen heen gewerkt moeten worden. Om verder invulling te kunnen geven aan het zo lang mogelijk thuis blijven wonen, zal de eerste lijn nadrukkelijker dan nu zorg moeten gaan verlenen aan (kwetsbare) specifieke groepen patiënten.

De beschreven doelgroepen bevatten met name zeer kwetsbare patiënten. Voor het overgrote deel zijn zij niet in staat om de gevolgen te overzien van de keuze voor de best passende zorgverzekering. Dat kan de bij vraag 3 genoemde risico's, zoals extra druk op de huisartsenpraktijk verergeren.

7. Reactie NIP

Consultatievragen 1 t/m 8:

1. In hoeverre worden de vier specifieke doelgroepen zoals omschreven door het ZiNL (te weten: ouderen met chronische/complexe aandoeningen; chronische, degeneratieve, progressieve aandoeningen; niet-aangeboren hersenletsel en mensen met een verstandelijke beperking) ondervangen in de doelgroepen bij de prestatie zorg in een groep (ouderen; Huntington; verstandelijke gehandicapten met ernstig meervoudige beperkingen; lichamelijke gehandicapten)? Met andere woorden, hebben we een patiëntgroep over het hoofd gezien?

Reactie:

Wij zijn van mening dat de afbakening van de doelgroepen niet op het niveau van prestaties moet worden bepaald, maar op een hoger niveau, namelijk bij de afbakening van de zorgsoort. Als de afbakening van de doelgroep in de aanspraak op aanvullende geneeskundige zorg is bepaald, zou vervolgens bij de prestaties kunnen worden volstaan met:

- individuele behandeling of groepsbehandeling;
 - door de specialist ouderengeneeskunde of de arts verstandelijk gehandicapten;
 - door psychologen, orthopedagogen en/of vaktherapeuten;
 - door paramedici.

Al eerder heeft het NIP aangegeven dat de afbakening van de specifieke doelgroepen lastig lijkt, omdat het gaat om een **niet** limitatieve lijst met aandoeningen en/of beperkingen. Dit wordt in het advies 'Aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn' ook aangegeven op pagina 7. Misschien moeten de doelgroepen daarom wel op een andere manier beschreven worden? Uiteindelijk gaat het om een groep kwetsbare mensen die nog zelfstandig thuis woont en daarbij aanvullende geneeskundige zorg nodig heeft (thuis of in een instelling, bijvoorbeeld als er sprake is van dagbehandeling).

Verder is het nu duidelijk dat de beschrijving van de specifieke doelgroepen zoals omschreven in het rapport van ZiNL, 'Extramurale behandeling ontleed' en in de Tijdelijke Subsidierегeling Extramurale behandeling niet met elkaar overeenkomen. Zo is de doelgroep 'ouderen' in de omschrijving van ZiNL minder breed geformuleerd door de aanvulling 'met een chronische/complexe aandoening' en is de omschrijving 'Huntington' in de Tijdelijke Subsidierегeling weer heel erg beperkt. Het gaat hier immers om een chronische, degeneratieve, progressieve aandoening, zoals wordt weergegeven in de omschrijving van ZiNL. Uiteraard moet dit worden uitgebreid met aandoeningen zoals Korsakov, MS, Parkinson etc. Ook vragen wij ons af hoe het begrip 'ouderen' zal worden geoperationaliseerd, omdat ook (jong)volwassenen getroffen kunnen worden door een chronische, degeneratieve, progressieve aandoening of een CVA (zie pagina 8 van het advies 'Aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn'). Ook is de prestatie 'verstandelijk gehandicapten met ernstige meervoudige beperkingen' te beperkt. De omschrijving van ZiNL 'mensen met een verstandelijke beperking' sluit beter aan bij de doelgroep. Daarnaast ontbreekt de doelgroep 'lichamelijk gehandicapten' in de beschrijving van ZiNL, terwijl dit wel een doelgroep is die binnen de aanvullende geneeskundige zorg. Tot slot missen wij de doelgroep 'mensen met een niet-aangeboren hersenletsel' in de Tijdelijke Subsidierегeling.

Naast verschillen in de beschrijvingen van de patiëntdoelgroepen tussen ZiNL en de Tijdelijke Subsidierегeling, zien wij ook dat er sprake kan zijn van overlap, bijvoorbeeld: een oudere met een chronische aandoening en een CVA.

2. In hoeverre kunnen de 6 prestaties zorg in een groep worden samengevoegd tot minder prestaties? En op basis van welke kenmerken?

Reactie:

De 6 prestaties zouden tot minder prestaties kunnen worden samengevoegd door uit te gaan van de zorgvraagzwaarte, bijvoorbeeld: laag – middel – hoog complex of laag – middel – hoog intensief. Dit lijkt echter meer een oplossing voor de (middel)lange termijn en niet voor de korte termijn.

3. Hoe kijkt u aan tegen de beperkingen en voorwaarden in paramedische zorg en de toepassing van het eigen risico binnen de prestaties zorg in een groep? Als u hier risico's ziet, op welke wijze zouden wij deze dan kunnen ondervangen?

Reactie:

Een risico, bij de toepassing van het eigen risico (ER) binnen de prestaties zorg 'zoals psychologen plegen te bieden' in een groep, is: hoe kleiner de groep, hoe hoger het eigen risico. Dit kan leiden tot de perverse prikkel om de groep zo groot mogelijk te maken omwille van het financiële voordeel hiervan voor de cliënt. Dit risico zou ondervangen kunnen worden door een vast bedrag vast te stellen voor het ER per deelnemer van de groep. Als er een vast bedrag voor het ER zou worden vastgesteld, kan de zorgverlener vervolgens bepalen welke groepsgrootte het meest doelmatig is met betrekking tot de behandeling van de cliënten. Daarnaast zien wij het risico van zorgmijding als het eigen risico van toepassing wordt voor zorg 'zoals psychologen plegen te bieden'. Het gaat immers om een (kwetsbare) groep cliënten, die vaak zelf niet de financiële middelen heeft om de zorg zelf te betalen, omdat zij meestal zijn uitgevallen uit het werkproces. Bovendien wordt het multidisciplinaire karakter van de zorg in de bekostiging niet ondersteund als voor de ene groep zorgverleners het eigen risico niet van toepassing is, bijvoorbeeld voor de specialist ouderengeneeskunde, en voor een andere groep zorgverleners wel, bijvoorbeeld de zorg van psychologen en de paramedische disciplines.

4. Hoe kijkt u aan tegen het macrobeheersinstrument als instrument voor kostenbeheersing?

Reactie:

In het advies 'Aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn' wordt aangegeven dat nog onduidelijk is hoe het financiële kader voor de aanvullende geneeskundige zorg eruit zal gaan zien, onder andere doordat substitutie van zorg zal plaatsvinden en omdat het aantal patiënten en het aantal zorgvragen en/of patiënten nog niet inzichtelijk is, bijvoorbeeld door de verschuiving van zorg 'binnen de instelling' naar de thuissituatie. Het verdient daarom de voorkeur om *niet* in te zetten op een overschrijding achteraf van het macro budgettair kader. We weten immers niet hoeveel financiële middelen er nodig zijn? Beter lijkt het daarom om vooraf afspraken te maken op het voorkomen van een overschrijding. Dit kan bijvoorbeeld door middel van het vastleggen van afspraken hierover in een hoofdlijnenakkoord, maar ook door het maken van afspraken op regionaal niveau, zoals duidelijke afspraken tussen zorgverlener en zorgverzekeraar over 'wat te doen' als het plafond van het budget van de zorgverlener nadert/wordt bereikt. Zo kan een zorgverlener contact opnemen met de zorgverzekeraar om de

cliënt naar een andere zorgverlener te bemiddelen als het budget overschreden dreigt te worden. Hierbij is het van belang dat zorgverleners hun budgetten goed zullen monitoren. Wij zullen onze leden hierop wijzen. Tot slot is het NIP van mening dat een groot nadeel van het macrobeheersinstrument is dat de zorgverleners die hun budget niet hebben overschreden wel een deel van hun omzet moeten terugbetalen. Per zorginstelling wordt er namelijk een deel naar rato van de omzet teruggevorderd als het budgettair kader is overschreden. Dit vinden wij oneerlijk ten opzichte van de zorgverleners die hun budget niet hebben overschreden. Een gedifferentieerd macrobeheersinstrument zou hiervoor mogelijk een oplossing kunnen zijn.

5. Wat is uw mening over de voorgestelde aandachtspunten en risico's bij de handhavingstoets?

Reactie:

In het advies wordt bij het onderwerp 'afbakening van prestaties' op pagina 51 vermeld dat er sprake kan zijn van samenloop van aanvullende geneeskundige zorg en GGZ. Al eerder heeft het NIP hierover aangegeven dat het binnen de GGZ gaat om diagnostiek/behandeling bij het (vermoeden) van een DSM-stoornis. Bij de inzet van psychologen binnen de aanvullende geneeskundige zorg gaat het echter vooral om (functionele) diagnostiek, de behandeling van gedrags- en stemmingsproblemen en het opzetten van een behandelplan om cliënt en diens systemen te laten omgaan met de functionele beperkingen van de cliënt. Daarbij hoeft er geen sprake te zijn van een DSM-stoornis. Omdat geneeskundige aanvullende zorg en GGZ wel naast elkaar kunnen voorkomen, zoals bijvoorbeeld een depressie bij dementie, is een heldere afbakening tussen aanvullende geneeskundige zorg en GGZ wel noodzakelijk.

6. Welke aandachtspunten en risico's ontbreken volgens u?
7. Met dit advies geven wij een concrete uitwerking aan het adviesverzoek van de minister, hoe kijkt u aan tegen de implementatie hiervan (inkoop, uitvoering, declaratie)?

Reactie:

Op dit moment is nog onduidelijk welke beperkingen en voorwaarden er gaan gelden in de Zvw en hoe de polis- en inkoopvoorwaarden van zorgverzekeraars eruit zullen gaan zien. Het is daarom nog te vroeg om hierover veel te kunnen zeggen. Wel vindt het NIP het belangrijk om aan te geven dat de overheveling van de aanvullende geneeskundige zorg niet mag worden gezien als een bezuinigingsactie voor zorgaanbieders. Ook wil het NIP er nadrukkelijk op wijzen dat een budgetneutrale overgang niet voldoende zal zijn. Zorg door psychologen is namelijk vaak kosteloos aan patiënten aangeboden, omdat psychologen vaak erg lang op een CIZ-indicatie moesten wachten. Dit ten nadele van tijdige zorg aan de patiënt. Deze CIZ-indicatie was noodzakelijk onder de Tijdelijke subsidieregeling. Wij verwachten dan ook dat bij een budgetneutrale overgang de financiële middelen niet toereikend zullen zijn voor de beroepsgroep.

8. Welke overige zaken wilt u nog aan ons kwijt, anders dan u heeft aangegeven in uw reactie op het consultatiedocument?

Reactie:

– Eenheid in terminologie

Graag wil het NIP u erop wijzen op dat de term 'gespecialiseerd psychologen' (bijvoorbeeld op pagina 10) verwarrend kan zijn. Met deze term 'gespecialiseerde psychologen' wordt waarschijnlijk bedoeld dat het hier om psychologen gaat die **specifieke** expertise hebben ten aanzien

van de patiëntdoelgroepen die genoemd worden in het advies. De term specialistisch gebruiken we bij de beroepsgroep van psychologen om onderscheid aan te geven tussen verschillende niveaus van vakbekwaamheid (basis en specialistisch niveau).

Binnen de wet BIG zijn er twee basisberoepen relevant voor onze beroepsgroep: de gezondheidszorgpsycholoog en de psychotherapeut (artikel 3 wet BIG). Daarnaast zijn er twee specialistische beroepen (artikel 14 wet BIG): de klinisch psycholoog en de klinisch neuropsycholoog. Naast deze registraties op postmasterniveau kennen we psychologen die een universitaire opleiding (masterniveau) hebben afgerond; master psychologen.

Voor zorg aan kinderen en jongeren tot 18 jaar is de Jeugdwet van toepassing. Daar zijn, behalve de BIG-registraties, ook de registraties in het SKJ (Kwaliteitsregister Jeugd) van toepassing, zoals de Kinder- en Jeugdpsycholoog SKJ. Ook deze beroepsbeoefenaren kunnen beschikken over specifieke expertise in de sector voor mensen met een verstandelijke - en/of lichamelijke beperking.

Omdat al deze beroepsgroepen, in meer of mindere mate, werkzaam kunnen zijn in de aanvullende geneeskundige zorg, stellen wij voor om de algemene term 'psychologen' te gebruiken. De opsomming die op pagina 11 gegeven wordt van gedragsdeskundigen in het advies is daarom ook niet volledig.

Tot slot: er bestaat er geen formele titel 'ouderpsycholoog'⁴. Wij gaan ervan uit dat hier bedoeld wordt: een (gz-)psycholoog met veel ervaring binnen de ouderenzorg⁵.

– Eenheid over het begrip regiebehandelaar

Tot slot willen wij vragen om ook eenheid van taal te creëren als het gaat om het begrip regiebehandelaar. Het NIP stelt dan ook voor om het begrip 'regiebehandelaar' te gebruiken zoals dat in het document 'Hoofdbehandelaarschap in de GGZ als Noodgreep'⁶ wordt gedaan. In het document worden ook de taken en verantwoordelijkheden van een regiebehandelaar beschreven en wordt de voorwaarde gesteld dat de regiebehandelaar een BIG-geregistreerd zorgverlener is. Voor een omschrijving van het begrip 'regiebehandelaar' hebben we voor de duidelijkheid het volgende bijgevoegd, zie het kader⁷ hieronder.

NB: de term regiebehandelaar is niet van toepassing in het jeugddomein (doelgroep kinderen en jongeren tot 18 jaar). Voor zorg die valt onder de Jeugdwet geldt de norm verantwoorde werktoedeling. Die regelt onder meer dat de aanbieder zorg dient toe te wijzen aan geregistreeerde professionals (BIG of SKJ), rekening houdend met kennis en specifieke deskundigheid van de professional.

⁴ Er zijn beroepsprofielen voor de 'ouderpsycholoog' en 'de orthopedagoog en psycholoog in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking'. Deze beroepsprofielen zijn te vinden op de website van het NIP, www.psynip.nl.

⁶ Advies van de commissie Meurs over een norm voor inhoud en invulling van het hoofdbehandelaarschap in de GGZ, 18 mei 2015.

⁷ Pagina 23 van het advies 'Hoofdbehandelaarschap in de GGZ als noodgreep'.

De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling. Hij zorgt ervoor dat in overleg met de patiënt een behandelplan wordt opgesteld, en draagt er zorg voor dat dit wordt uitgevoerd en – wanneer omstandigheden daartoe aanleiding geven – wordt bijgesteld. Elke betrokken beroepsbeoefenaar is op een specifiek deelgebied inhoudelijk deskundig en verantwoordelijk. De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat de verrichtingen of activiteiten van allen die beroepshalve bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn - en dus ook zijn eigen verrichtingen of activiteiten - op elkaar zijn afgestemd. Het is van essentieel belang dat in de behandeling de juiste c.q. aangewezen deskundigheid wordt betrokken; de regiebehandelaar mag niet aan relevante deskundigheidsgebieden voorbij gaan. In het multidisciplinair overleg (MDO) behoren alle benodigde deskundigheden vertegenwoordigd te zijn. Het overleg is gericht op overeenstemming door middel van gezamenlijke besluitvorming. Bij verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling heeft de regiebehandelaar uiteindelijk de doorslaggevende stem, echter niet eerder dan nadat alle betrokken deskundigen gehoord zijn.

De regiebehandelaar 'stuurt' derhalve zowel de inhoud, het proces, als de betrokken beroepsbeoefenaren; hij draagt verantwoordelijkheid voor de integrale behandeling. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de cliënt en diens naaste betrekkingen, het centrale aanspreekpunt.

8. Reactie NVAVG

De prestaties zorg in een groep zijn nu als volgt beschreven: prestatie voor zorg in een groep ouderen; prestatie voor zorg in een groep Huntington; prestatie voor zorg in een groep verstandelijke gehandicapten met ernstig meervoudige beperkingen; prestatie voor zorg in een groep lichamelijke gehandicapten, groep >6; prestatie voor zorg in een groep lichamelijke gehandicapten, groep 5 - 6; prestatie voor zorg in een groep lichamelijke gehandicapten, groep <5.

1. In hoeverre worden de vier specifieke doelgroepen zoals omschreven door het ZiNL (te weten: ouderen met chronische/complexere aandoeningen; chronische, degeneratieve, progressieve aandoeningen; niet-aangeboren hersenletsel en mensen met een verstandelijke beperking) ondervangen in de doelgroepen bij de prestaties zorg in een groep (ouderen; Huntington; verstandelijke gehandicapten met ernstig meervoudige beperkingen; lichamelijke gehandicapten)? Met andere woorden hebben we een patiëntengroep over het hoofd gezien?

Zoals wij ook hebben aangegeven in de beantwoording van de eerdere consultatievragen: de groep mensen met verstandelijke beperkingen wordt gekenmerkt door grote diversiteit. Mede daarom is het lastig om mensen met verstandelijke beperking in smalle subgroepen in te delen. Om voor behandeling in een groep alleen te spreken over verstandelijk gehandicapten met een ernstig meervoudige beperking (EMB) sluiten we een grote groep anderen met een verstandelijke beperking uit. Multimorbiditeit en intensieve zorgvraag komen zeker vaak voor bij mensen met ernstig meervoudige beperkingen, maar ook bij andere doelgroepen binnen de sector. Te denken valt bijvoorbeeld aan verstandelijk beperkte ouderen met chronische/complexere aandoeningen; cliënten met chronische, degeneratieve, progressieve aandoeningen, mensen met ernstige (onbegrepen) gedragsproblematiek. Ook deze groep patiënten moet aanspraak kunnen maken op extramurale behandeling (en maakt daar thans op beperkte schaal ook al gebruik van). Ze vallen daarbij dus niet onder de groep EMB. Overigens begrijpen we niet goed waarom de doelgroep Huntington apart genoemd wordt en niet gekozen is voor de omschrijving patiënt met een chronische degeneratieve afwijking.

2. In hoeverre kunnen de 6 prestaties zorg in een groep worden samengevoegd tot minder prestaties? En op basis van welke kenmerken?

Dat kunnen wij niet overzien, wij zijn van dit rijtje alleen goed op de hoogte van de zorgvraag van mensen met een ernstige meervoudige verstandelijke beperking. Maar in het algemeen zal het gaan om mensen met een zorgvraag die leidt tot intensieve ondersteuning, begeleiding, verzorging en eventueel verpleging. Wellicht valt de groep op deze wijze te beschrijven.

3. Hoe kijkt u aan tegen de beperkingen en voorwaarden in paramedische zorg en de toepassing van het eigen risico binnen de prestaties zorg in een groep? Als u hier risico's ziet, op welke wijze zouden wij deze kunnen ondervangen?

Wij onderschrijven de signalen die uit de praktijk komen dat adviezen voor het volgen van paramedische hulp zoals fysiotherapie mogelijk niet worden opgevolgd, omdat de patiënt dit na overheveling naar de Zvw zelf moet betalen.

Dat geldt overigens ook voor het betrekken van de psychiater bij de extramurale behandeling.

Het zou onze voorkeur hebben het hele pakket extramurale behandeling (inclusief behandeling groep) voor deze doelgroep uit het eigen risico te houden. Gelet op de kwetsbaarheid van deze doelgroep, die vaak gepaard gaat met onvoldoende gezondheidsvaardigheden lijkt dit eerder een kostenbesparend dan een geld kostend besluit. Mensen met verstandelijke beperkingen hebben vaak een lage sociaaleconomische status, hetgeen een fundamentele determinant is van gezondheidsachterstand.⁽¹⁾ Emerson E, Hatton C, Robertson J, Baines S. Perceptions of neighbourhood quality, social and civic participation and the self rated health of British adults with intellectual disability: cross sectional study. BMC public health. 2014 Dec 09;14:1252

4. Hoe kijkt u aan tegen het macrobeheersinstrument als instrument voor kostenbeheersing?

Het zou onze voorkeur hebben de eerste drie jaar geen enkele instrument in te zetten om de kosten te beheersen. Zoals ook geschetst in de notitie is er op dit moment geen zicht op de omvang van de markt, het aantal zorgaanbieders dat aanvullende geneeskundige zorg gaat leveren en de omvang van de substitutie van de 2^e lijn naar de 1^e lijn. Kostenrestricties in deze fase zullen de inhoudelijke en kwalitatieve ontwikkeling van de extramurale zorgverlening alleen maar verhinderen. Het lijkt wel zinvol om in die periode i.p.v. een macrobeheersinstrument onderzoek te doen naar de hierboven genoemde punten.

Mochten er ondanks deze argumenten toch worden gekozen voor een beheersmodel, dan lijkt het macrobeheersinstrument voor zover wij dat kunnen overzien het minst slechte model.

5. Wat is uw mening over de voorgestelde aandachtspunten en risico's bij de handhavingstoets?

Het lijkt gebruikelijk om aandacht te hebben voor frauderisico's en dat is ongetwijfeld terecht, maar we kunnen de noodzaak daartoe onvoldoende inschatten. Als er een reëel tarief wordt afgesproken waarbinnen de werkzaamheden adequaat kunnen worden uitgevoerd (dwz inclusief indirecte tijd), dan lijkt ons fraude in deze fase niet vaak voorkomend.

6. Welke aandachtspunten en risico's ontbreken volgens u?
Geen

7. Met dit advies geven wij een concrete uitwerking aan het adviesverzoek van de minister, hoe kijkt u aan tegen de implementatie hiervan (inkoop, uitvoering, declaratie)?

Geen specifieke andere aandachtspunten, zolang de bureaucratie maar zoveel mogelijk beperkt wordt en er ruimte is voor individuele zorgaanbieders om te kunnen declareren.

8. Welke overige zaken wilt u nog aan ons kwijt, anders dan u heeft aangegeven in uw reactie op het consultatiedocument?
Geen

Bijlage 5

Advies aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn

9. Reactie NVO

Bedankt voor de uitnodiging voor de consultatieronde over het conceptadvies Aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn. Bij deze stuurt de NVO u de reactie op het conceptadvies.

De NVO is verheugd te lezen dat het conceptadvies in grote lijnen overeenkomt met de reactie die de NVO op de eerste consultatieronde heeft gegeven. Het advies om voor de korte termijn te kiezen voor de monodisciplinaire bekostiging op basis van de huidige subsidieprestaties en voor de lange termijn door middel van een doorontwikkeltraject te komen tot multidisciplinaire bekostiging, onderschrijven wij van harte.

Zorg in de groep en eigen risico

Met betrekking tot de vragen over de zorg in de groep merkt de NVO op dat de prestatie "verstandelijk gehandicapten met ernstig meervoudige beperkingen" niet de gehele doelgroep dekt. De huidige beschrijving is te beperkend en dit kan worden opgelost door het deel 'met ernstige meervoudige beperkingen' te laten vervallen.

Het eigen risico binnen zorg in de groep zorgt voor ongewenste ongelijkheden. Het multidisciplinaire karakter van de zorg wordt niet ondersteund als voor de ene groep zorgverleners het eigen risico niet van toepassing is, bijvoorbeeld voor de specialist ouderengeneeskunde, en voor een andere groep zorgverleners wel, bijvoorbeeld voor de orthopedagogen.

Macrobeheersinstrument

Het huidige bedrag in de subsidieregeling geeft geen juiste weergave van het werkelijke budgettaire kader voor de zorg die geleverd wordt onder de huidige extramurale behandeling. Voor de korte termijn is daarom het macrobeheersinstrument geen juist instrument omdat eerst in de praktijk moet blijken hoeveel zorg er geleverd wordt binnen deze prestaties. Op den duur kan het macrobeheersinstrument worden ingezet als het werkelijk budgettaire kader duidelijk is.

Implementatie (inkoop, uitvoering, declaratie)

Er is op dit moment nog veel onduidelijkheid over de prestaties en het is dus nu moeilijk om in te schatten wat de consequenties zijn voor de implementatie. De NVO pleit ervoor om in de overgangsfase zoveel mogelijk landelijk te regelen zodat de administratieve lasten beperkt blijven en cliënten in het gehele land dezelfde toegang tot zorg hebben.

Overige zaken

Zorgclusters

De NVO mist in het advies de eventuele mogelijkheid om op lange termijn voor een deel van de zorg binnen de aanvullende geneeskundige zorg aan te sluiten bij de te ontwikkelen zorgclusters in de GGZ.

Terminologie

De gebruikte terminologie in het advies met betrekking tot de gedragsdeskundige zorgt voor verwarring. In het advies wordt genoemd dat de term gedragsdeskundigen betrekking heeft op de gz-psycholoog, ouderenpsycholoog, klinisch neuropsycholoog en orthopedagoog. Dit wordt in het advies echter niet consequent doorgevoerd. Bijvoorbeeld op pagina 33 wordt enkel gesproken over de gespecialiseerde psycholoog, terwijl de orthopedagoog ook regiebehandelaar kan zijn.

Specifieke aandacht hierbij vragen wij voor de titel van de voorgestelde bekostigingsprestaties. In het advies wordt voorgesteld om de prestatie "prestatie voor zorgverlening zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden. Hieronder valt zorgverlening door gedragsdeskundigen en vaktherapeuten" te gebruiken bij de bekostiging. Tijdens de eerdere consultatieronde was deze prestatie anders genaamd, namelijk: "Zorgverlening door psycholoog, orthopedagoog, vaktherapeut". Wij zijn van mening dat deze laatste veel beter recht doet aan de zorg die geleverd wordt.

Competentieprofielen

In het advies wordt gemeld dat het NIP een brochure heeft gemaakt waarin taken en rollen staan beschreven van de gedragsdeskundigen. Ook de NVO heeft de taken en rollen van de orthopedagogen beschreven en competentieprofielen ontwikkeld.

De kern van het werk van orthopedagogen en psychologen staat beschreven in het Beroepscompetentieprofiel orthopedagoog-generalist, het Competentieprofiel GZ en het Beroepsprofiel Kinder- en Jeugdpsycholoog. Daarnaast is een profiel opgesteld (nog niet vastgesteld) voor orthopedagogen en psychologen die werkzaam zijn in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking: "het competentieprofiel van de orthopedagoog/psycholoog in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking: een brancheverbijzondering van de bestaande profielen van orthopedagogen en psychologen". In dit profiel wordt beschreven welke specifieke taken orthopedagogen en psychologen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking moeten uitvoeren en met welke kritische werksituaties ze te maken kunnen krijgen.

Regiebehandelaar

Met betrekking tot de multidisciplinaire zorgverlening onder verantwoordelijkheid van een regiebehandelaar (figuur 2 op pagina 11) wil de NVO meegeven dat de gedragsdeskundigen ook regiebehandelaar kunnen zijn en dit wordt in het advies onderschreven. Figuur 2 geeft hierbij een vertekend beeld waardoor lijkt dat de gedragsdeskundige geen regiebehandelaar kan zijn.

De NVO staat op het standpunt dat (ortho)pedagogen regie-en/of hoofdbehandelaar kunnen zijn in de multidisciplinaire setting zoals deze binnen de aanvullend geneeskundige zorg bestaat, zodra de behandeling van gedragsproblematiek of systeemproblematiek voorliggend is. Vanuit het perspectief van de cliënt is continuïteit van zorg van groot belang en daarmee de juiste behandelaar op juiste plek, zeker gezien de specifieke doelgroepen die specifieke expertise nodig hebben. (Ortho)pedagogen streven ernaar dat deze mensen zoveel mogelijk hun eigen leven vormgeven en zichzelf ontwikkelen naar vermogen. Juist (ortho)pedagogen zijn hier van meerwaarde omdat zij naast de cliënt ook met de mensen om hen heen werken, zodat ook de sociale context zo goed mogelijk is toegerust om het welbevinden van de cliënt te verbeteren

Wij wensen u succes met de voltooiing van het advies aan het ministerie van VWS.

10. Reactie Verenso

Wij hebben met interesse uw conceptadvies gelezen. Wij waarderen de mogelijkheid om hierop te reageren middels het beantwoorden van de vragen die u ons heeft gesteld. Graag geven we u vooraf de belangrijkste strekking van onze reactie mee.

We onderschrijven de wens van de NZa om de aanvullende geneeskundige zorg met een zachte landing in de zorgverzekeringswet onder te brengen. We begrijpen de keuze om dan *voor de korte termijn* aan te sluiten bij de huidige bekostigingsstructuur in de subsidieregeling extramurale behandeling en deze onder te brengen bij de aanspraak 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'.

We vinden het belangrijk om in uw definitieve advies aan VWS terug te zien dat specialisten ouderengeneeskunde aanvullend werken aan de huisarts. En dat dit betekent dat aanvullende geneeskundige zorg apart moet worden ingekocht door zorgverzekeraars en dat het budget voor deze zorg apart geormerkt is.

Ook willen we u erop wijzen dat er in de bekostigingsstructuur van de subsidieregeling extramurale behandeling een aantal knelpunten zitten die moeten worden opgelost vóór de overheveling. We zien dit nog onvoldoende terug in uw conceptadvies. We zijn met name teleurgesteld over de door u voorgestelde tariefstelling. Een vast en dekkend tarief is noodzakelijk om de gewenste beweging van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn verder op gang te brengen en te behouden.

Wij blijven, tot slot, van mening dat *voor de lange termijn* een aparte aanspraak in de zorgverzekeringswet voor 'zorg zoals de specialist ouderengeneeskunde die pleegt te bieden' de beste plek is waar de aanvullende geneeskundige zorg in kan worden ondergebracht. We hebben onze verdere zienswijze hierop reeds uitgebreid aan u voorgelegd.

Hieronder gaan we in op uw consultatievragen.

In hoeverre worden de vier specifieke doelgroepen zoals omschreven door ZiNL ondervangen in de doelgroepen bij de prestaties zorg in een groep? Met andere woorden hebben we een patiëntengroep over het hoofd gezien?

In de eerste consultatieronde hebben we al meegegeven dat de specialist ouderengeneeskunde te maken heeft met veel verschillende groepen van patiënten. Bij toewijzing aan de prestaties ouderen en Huntington dreigen bepaalde patiëntgroepen qua bekostiging van zorg tussen de wal en het schip te belanden, op basis van de afbakening op leeftijd of op diagnose. Denk aan bijvoorbeeld jonge patiënten met niet-aangeboren hersenletsel, jonge patiënten met dementie en jonge patiënten met Parkinson of Korsakov⁸. Onder welke prestatie vallen zij?

In hoeverre kunnen de 6 prestaties zorg in een groep worden samengevoegd tot minder prestaties? En op basis van welke kenmerken?

Naast het risico dat bepaalde patiëntgroepen buiten de boot vallen bij de voorgestelde prestatie-indeling denken wij ook dat deze indeling onvoldoende aansluit bij de praktijk. De behoefte om te differentiëren op duur, intensiteit en dynamiek van het (multidisciplinair) uitvoeren en de regie op de behandeling (door de specialist ouderengeneeskunde) bestaat

⁸ Voor meer informatie verwijzen we u naar bijlage 'artikel medisch contact - doelgroepen specialist ouderengeneeskunde'.

niet alleen tussen de groepen ouderen en patiënten met Huntington. Leeftijd en diagnose zijn op zichzelf geen goede voorspellende waarde voor duur, intensiteit en dynamiek.

Er is verder onderzoek nodig naar wat goede, onderscheidende dimensies zijn om de duur, aard en intensiteit van de geleverde zorg te voorspellen. In afwachting hiervan kunnen we voor de kortere termijn aansluiten bij een prestatiestructuur die in de sector al bekend is, namelijk:

- 1) Prestatie voor zorg in groep hoog complex (behandeling op de voorgrond);
- 2) Prestatie voor zorg in groep laag complex (behandeling op achtergrond).

Die prestaties moeten worden vertaald naar de context van aanvullende geneeskundige zorg. Het verschil in aard, duur en intensiteit van behandeling dient ook te worden vertaald in het tarief.

De toewijzing van patiënten (afbakening van de toegang) aan een prestatie kan gebeuren op basis van professionele afweging:

- Het betrekken van de specialist ouderengeneeskunde gebeurt op basis van de afweging door de huisarts of door professionals in het ziekenhuis (arts, verpleegkundige) én de specialist ouderengeneeskunde;
- Het inrichten van de (multidisciplinaire) uitvoering van en regie op het behandelplan (ook bij zorg in groep) gebeurt op basis van afweging door de specialist ouderengeneeskunde (en betrokken professionals).

Specialisten ouderengeneeskunde gebruiken als basis voor de professionele afweging het geriatrisch assessment, zoals ontwikkeld door hun eigen beroepsgroep⁹. Het behandelproces van in- tot uitstroom is meer helder weer te geven in de volgende stappen:

1. **Intake, i.q verwijzing** reden van komst, waarom komt deze patiënt, nu, bij mij? Vraagverheldering, expliciteren van hulpvraag. Zo nodig doorvragen bij verwijzer.
2. **Nadere analyse:** anamnese, lichamelijk onderzoek, functie onderzoek, lab, beeldvorming
3. **Werkhypothese of diagnose.** Vaststellen van wat er aan de hand is of hoe patiënt er aan toe is
4. **Doelstelling,** wat willen hulpverlener en patiënt bereiken, waaronder het geneeskundig doel.
5. **Plan:** interventies, noodzaak verblijf, nauwlettende observatie, verder onderzoek. 4 en 5 vormen de indicatiestelling
6. **Evaluatie:** doel gehaald? Stop zorg. Doel niet gehaald: vervolgfafspraken, herstart cyclus of verwijzing

Hoe kijkt u aan tegen de beperkingen en voorwaarden in paramedische zorg en de toepassing van het eigen risico binnen de prestaties zorg in een groep? Als u hier risico's ziet, op welke wijze zouden wij deze kunnen ondervangen?

De genoemde beperkingen en voorwaarden evenals het eigen risico zijn een drempel voor patiënten die aangewezen zijn op zorg in groep. Het zelf moeten financieren van (delen van) de zorg zal voor sommigen van hen reden zijn om de benodigde zorg niet in te schakelen.

Noodzakelijke zorg kan dan niet effectief en doelmatig worden geleverd en behandeldoelen worden niet bereikt. Uiteindelijk kan dit (eerder) leiden tot een beroep op een duurdere zorgvoorziening.

⁹ <http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Handreikingen/VER-003-29-handrGeriatrischAssesement-v4.pdf>

We vinden het belangrijk om dit te voorkomen. Dit kan door het mogelijk te maken dat paramedische zorg voor specifieke doelgroepen zonder beperkingen en voorwaarden onder de aanspraak kan vallen op basis van de professionele afweging van de specialist ouderengeneeskunde. Die waarborgt dat alleen zorg die zinnig en passend is wordt opgenomen in het behandelplan en op de meest doelmatige manier wordt uitgevoerd door de meest deskundige professional.

Het valt ons op dat de NZa ons niet vraagt naar de beperkingen en voorwaarden die gelden met betrekking tot de regeling voor ziekenvervoer in de zorgverzekeringswet. Wij denken namelijk dat in die regeling een veel beperktere groep patiënten die zorg in groep volgen in aanmerking komt voor de aanspraak op vervoer dan nu het geval is. Met name het merendeel van de ouderen die zorg in groep volgen zijn nu afhankelijk van het door de zorgaanbieder geregelde (bus)vervoer. Het (weer) zelf moeten regelen (en betalen) van vervoer kan een belangrijke reden zijn om de benodigde zorg niet in te schakelen. De risico's en voorgestelde oplossing zoals geschetst in alinea 2 en 3 van dit antwoord zijn wat ons betreft ook voor het busvervoer van toepassing.

Hoe kijkt u aan tegen het macrobeheersinstrument als instrument voor kostenbeheersing?

In uw conceptadvies missen wij naast aandacht voor de kosten ook aandacht voor de opbrengsten van aanvullende geneeskundige zorg. Onderzoek binnen de beroepsgroep heeft al uitgewezen dat de opbrengsten (via besparingen op andere zorgkosten) de kosten van de inzet van multidisciplinair team onder regie van de specialist ouderengeneeskunde ruimschoots overtreffen¹⁰. Graag wisselen wij met u van gedachten over hoe we daar sector-overstijgend nog beter zicht op kunnen krijgen. En wij pleiten in functie van de positieve invloed van aanvullende geneeskundige zorg op de zorgkosten juist voor een investering in deze zorg.

Wat is uw mening over de voorgestelde aandachtspunten en risico's bij de handhavingstoets? Met dit advies geven wij een concrete uitwerking aan het adviesverzoek van de minister, hoe kijkt u aan tegen de implementatie hiervan (inkoop, uitvoering, declaratie)?

Wij hebben onze visie op het belang van heldere aanspraken, de goede afbakening van de toegang tot zorg, de noodzakelijke ruimte voor flexibiliteit, de noodzakelijke herijking van de tarieven, de onwenselijke scheiding tussen aanvullende geneeskundige zorg bij patiënten met en zonder Wlz-indicatie en onze visie op de gevraagde budget neutrale overgang reeds uitvoerig met de NZa gedeeld. Wij vragen de NZa die input te beschouwen als onderdeel van deze reactie¹¹.

Voor wat betreft de herijking van de tarieven willen wij nog aan u meegeven dat het mogen declareren van tijd voor collegiale consultatie als directe tijd bij kan dragen als oplossing voor de zeer korte termijn en de periode die nog nodig is om nadere gegevens te verzamelen voor kostprijsberekeningen als basis voor een dekkende tariefstelling.

Voor wat betreft de afbakening van de toegang tot aanvullende geneeskundige zorg pleiten wij voor een professionele verwijzing van de huisarts naar de specialist ouderengeneeskunde en voor regie van de specialist ouderengeneeskunde op de multidisciplinaire uitvoering van het behandelplan, zoals hoger uiteen gezet. Met professionele verwijzing bedoelen wij niet een formele verwijzing in de zin van een formulier dat wordt gekoppeld aan het kunnen uitvoeren van een (rechtmatige) declaratie.

¹⁰ Bijlage 'meerwaarde van een ouderenteam'

¹¹ Zie onze brief van 1 augustus j.l. betreffende input n.a.v. bijeenkomst Afbakening en bekostiging multidisciplinaire zorg

Welke overige zaken wilt u nog aan ons kwijt?

We blijven graag met u van gedachten wisselen over hoe aan de overheveling van de aanvullende geneeskundige zorg naar de zorgverzekering vorm kan worden gegeven en de (invulling van de) ontwikkelslagen die daarbij nog moeten worden gemaakt.

11. Reactie VGN

Inleiding

Hierbij reageert de VGN op het concept van het advies van de NZa over de bekostiging van de aanvullende geneeskundige zorg (voorheen: extramurale behandeling), wanneer deze zorg wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Onze reactie is als volgt opgebouwd:

- In §1 Algemeen;
- In §2 Reactie per doelgroep;
- In §3 Reactie op de consultatievragen

§1 Algemeen

We hechten eraan om vooraf enkele opmerkingen te maken.

- De inhoud van onze reactie in september op uw consultatie, staat nog steeds overeind. Op grond van uw conceptadvies verandert onze visie niet.
- Wel kijken we nu naar de vraag hoe uw conceptadvies zich verhoudt tot onze visie. Wat er volgens ons gebeurt in uw advies: de 20 prestaties uit de tijdelijke subsidieregeling worden omgevormd tot 10 nieuwe prestaties. De prestaties voor zorg in een groep (de nummers 4 t/m 9) betreffen een behandelaanbod dat in een groepssetting wordt aangeboden. Qua bekostiging lijkt dat reeds een voorloper van de multi-/interdisciplinaire bekostiging in de toekomst, inhoudelijk is het echter nog geen integrale zorgverlening zoals we dat bedoelen met betrekking tot de toekomstige zorgprogramma's. Door het behouden van de prestaties groep ontstaat er een onderscheid tussen individuele behandeling en groepsbehandeling die achterhaald is; multidisciplinaire programma's zijn juist vaak een combinatie van beide. Ook past het onderscheid individueel-groep niet bij de Zvw. Beter zou zijn te spreken van (multidisciplinaire) dagbehandeling (voor specifieke, goed afgebakende doelgroepen).
- Vooral nog 'moeten we het doen' met monodisciplinaire bekostiging als een soort overgangsregeling. In z'n algemeenheid gesproken, kan de VGN zich daarin vinden, simpelweg omdat de meeste zorgprogramma's nog niet klaar zijn. Uiteraard zien we 'als stip op de horizon' wel de multi-/interdisciplinaire/integrale bekostiging. De VGN is bereid om aan verdere uitwerking van de zorgprogramma's (primair door de beroepsgroepen) mee te werken.
- Echter: tot onze verbazing negeert u volledig de voltooide en in gebruik zijnde programma's mbt NAH. Zelfs het Zorginstituut (dat toch enigszins kritisch moet kijken) noemde de programma's NAH (Hersenz) reeds al lichtend voorbeeld. En ook in de door u voorgestelde (voorlopige) bekostigingssystematiek kunnen we daar volgens ons goed gebruik van maken.

§2 Reactie per doelgroep binnen de gehandicaptenzorg (zoals genoemd in september)

In onze reactie in september onderscheidden we de volgende doelgroepen in onze sector (voor wat betreft de aanvullende geneeskundige zorg):

1. (L)VG/EMB: volwassenen met een lichte verstandelijke beperking of met ernstige meervoudige beperkingen (in de subsidieregeling aangeduid met LVG of EMG);
- 2.a LVG-complex: volwassenen met een licht verstandelijke beperking en complexe problematiek en psychiatrische aandoeningen die niet

- onder de noemer SGLVG vallen (in de subsidieregeling aangeduid met LVG);
- 2.b SGLVG: volwassenen met een complexe licht verstandelijke beperking, psychiatrische problematiek en ernstige gedragsproblemen die onder de noemer SGLVG vallen of als het gaat om vervolgzorg na forensische zorg bij LVB (in de subsidieregeling aangeduid met SGLVG);
 3. NAH: volwassenen met niet-aangeboren hersenletsel als gevolg van trauma, CVA, zuurstoftekort (bijvoorbeeld na hartstilstand), hersentumor of hersen(vlies)ontsteking of neurologische aandoening (in de subsidieregeling aangeduid met LG, in de praktijk gaat het om NAH).

Het is dus logisch dat de VGN bij de beoordeling van uw advies kijkt naar de vraag of en hoe deze groepen passen binnen uw voorstel en wat de voor- en nadelen zijn. Achtereenvolgens:

Ad 1: LVB/EMB 18+: we denken dat voor deze cliënten de eerste drie prestaties monodisciplinair te gebruiken zijn en dat bij een multidisciplinair traject deze prestaties bij elkaar kunnen worden opgeteld. De groepsbekostiging voor deze cliënten is per definitie multidisciplinair en daarvoor kan prestatie 6 gebruikt worden. We zien het als de start van de transitie van Subsidieregeling naar Zvw. Het biedt voor deze cliënten herkenbaarheid richting de Zvw.

Aandachtspunten:

- Eigen risico: Voor deze doelgroep is het onwenselijk dat het eigen risico wordt ingevoerd. De cliënten bevinden zich allen in een slechte inkomenspositie en zijn niet bekwaam om de kosten van een eigen risico terug te halen via de zorgtoeslag. Het eigen risico is er om te voorkomen dat te snel onnodige zorg wordt gebruikt. Het eigen risico zou hier juist een averechts effect hebben. Deze doelgroep is niet goed in staat om een goede afweging te maken tussen de voordelen op de korte termijn en de nadelige gevolgen op de lange termijn. Zij zullen zich laten weerhouden om een behandeling aan te gaan als dat geld kost, ook al zijn de gevolgen op de lange termijn ernstig.
- *Indiceren*: wie indiceert nu voor welke prestatie? In hoeverre hebben paramedici zelfstandige behandelmogelijkheden en in hoeverre zijn we van regiebehandelaren (verwijzers) afhankelijk?
- *Regiebehandelaar*: welke behandelaars mogen regiebehandelaar zijn? Dat is in het advies van de NZa niet duidelijk.
- *Systeembehandeling*: het systeem moet meebehandeld (en dus bekostigd) kunnen worden.

Ad 2a + 2b: LVG Tweedelijns (LVB-complex) en derdelijnszorg(SGLVG)

Wij zien het model van prestaties, zoals dat door de NZa in haar conceptadvies is opgesteld als een overgangsmoedel. Wij zijn van mening dat de zorg voor de LVB doelgroep LVB-complex tweedelijnszorg is, en dat de zorg voor de SGLVG doelgroep derdelijnszorg is. Deze zorg hoort in de tweedelijnsbekostiging thuis.

2a. Reactie m.b.t. de doelgroep LVB-complex (tweedelijnszorg)

De zorg voor de groep cliënten met LVB en complexe problematiek vereist expertise en specialistische behandeling met een herstelgerichte

benadering en het bevorderen van zelfredzaamheid, eigen regie en maatschappelijke participatie. Deze cliënten hebben ondanks een 'lichte' verstandelijke beperking een groot risico op het ontwikkelen van ernstige psychische, sociaal-emotionele en somatische problematiek. Door tijdige herkenning en passende behandeling kan veel persoonsgebonden problematiek en een beroep op zware (klinische) zorg worden voorkomen.

Aandachtspunten:

- *Verwijzing en regiebehandelaar*: de verwijzing naar de specialistische zorg voor LVB-complex verloopt slechts gedeeltelijk via de huisarts en de arts verstandelijk gehandicapten. Een groot deel van de verwijzingen vindt plaats door de GZ-psycholoog en de orthopedagoog-generalist. De behandeling bestaat hoofdzakelijk uit de inzet van meerdere disciplines in een integrale samenhangende aanpak. Daarbij is de GZ-psycholoog of orthopedagoog ook in veel gevallen de regiebehandelaar.
- *Prestatiebeschrijving*: vanuit de doelgroep LVB-complex zijn voor de prestatiebeschrijving twee elementen van bijzonder belang:
 - a. sociale context
De verstandelijke beperking brengt een beperkt sociaal aanpassingsvermogen met zich mee en daardoor vaak gedragsproblematiek en conflicten in de sociale context. In de behandeling moet ruimte voor specifieke therapeutische aanpak zijn, om de persoonsgebonden problematiek te benaderen op een wijze die gericht is op het gezin en op de sociale context. Het effect van de behandeling wordt in grote mate bepaald door de mate waarin het sociaal functioneren bevorderd wordt.
 - b. behandeltermijnen
Cliënten met een LVB hebben te maken met een blijvende beperking waardoor zij meer moeite hebben met het zich eigen maken van nieuwe kennis en gedrag en met het behouden van de geleerde vaardigheden. Dit vraagt van de behandeling dat er langere termijnen gehanteerd kunnen worden en dat de behandeling bij terugval weer snel hervat of opgeschaald kan worden.
- *Eigen risico*: voor de doelgroep LVB-complex is het onwenselijk dat het eigen risico wordt toegepast. Daarvoor zijn twee redenen aan te wijzen:
 - Deze cliënten hebben geen of een lage opleiding en hun inkomen is in de meeste gevallen op bijstandsniveau c.q. Wajong-uitkering. Daardoor zijn zij financieel niet in staat om deze extra kosten voor hun rekening te nemen. In de doelgroep LVB-complex zijn veel zorgmijders, waarbij toepassing van het eigen risico een extra belemmering opwerpt. Deze cliënten zijn onbekwaam in het afwegen van belangen en het inschatten van nadelige gevolgen. Zij zullen zich laten weerhouden om een behandeling aan te gaan als dat geld kost, ook al zijn de gevolgen op de lange termijn ernstig.
- *Vervoerskosten*: vanwege de vaak slechte financiële positie en vanwege het risico op zorgmijding vindt de VGN dat een vergoeding van reiskosten voor dagbehandeling voor cliënten in de prestatiebeschrijving moet worden opgenomen. Het zelf moeten betalen van reiskosten kan voor deze specifieke cliënten een extra belemmering vormen voor noodzakelijke zorg.

2b. Reactie vanuit de doelgroep SGLVG (derdelijnszorg)

De VGN is tevreden voor deze doelgroep met een indeling in tien bekostigingsprestaties die ruimte laat aan specialistische zorg (prestatie 2: 'prestatie voor zorgverlening zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden'). Wij zien hierin een erkenning van het feit dat SGLVG-behandeling naar haar aard hooggespecialiseerde zorg is die zich feitelijk in de derde lijn situeert en zodoende onmogelijk in de eerste lijn kan worden gepositioneerd. Wij nemen aan dat onder prestatie 2 tevens de verrichtingen zijn inbegrepen van de medebehandelaars die in de SGLVG-behandeling gebruikelijk zijn.

Niettemin roept de voorgestelde indeling ook enige bezorgdheid op. Onder de nieuwe prestatie 2 vallen medische, gedragswetenschappelijke en vaktherapeutische verrichtingen. Zouden deze prestaties gezamenlijk van één tarief worden voorzien dat tussen het tarief van een medicus en een vaktherapeut in ligt, dan moet worden gevreesd dat de diensten van psychiaters en gespecialiseerde (klinische, neuroklinische, GZ-) psychologen – die in de SGLVG-behandeling als regiebehandelaar fungeren – onbetaalbaar worden, waardoor het voortbestaan van extramurale SGLVG-behandeling zou worden bedreigd. Een differentiatie van de nieuwe prestatie 2, waarbij voor SGLVG-behandeling een tarief wordt vastgesteld in overeenstemming met de zwaarte van de functiemix van behandelaars, kan dit ondervangen.

Ad 3: NAH

Tot onze verrassing heeft er een voor NAH-behandeling cruciale wijziging plaatsgevonden in het advies. In de vorige versie was er sprake van drie prestaties: AVG/SO (huidige code S335/S336), gedragsdeskundige/vaktherapeuten (huidige code S329) en paramedici/oefentherapeuten (huidige code S330). Daarmee zou ook behandeling groep verrekend kunnen worden. Dat vonden we een overzichtelijk uitgangspunt. Voor NAH zouden we dan met twee prestaties te maken hebben voor het hele aanbod. In deze versie van het advies is het aantal prestaties helaas uitgebreid met drie prestaties LG, waaronder drie prestaties groep LG. Daardoor bestaat het risico dat NAH straks voor één multidisciplinair programma gebruik moet maken van zes prestaties (2 individueel, 3 groep en 1 reiskosten). Maar de onderverdeling van prestaties groep LG in drie groepsgroottes (op dit moment gedefinieerd als licht/midden/zwaar) zorgt in de huidige situatie juist voor veel onduidelijkheid over hoe hiermee om te gaan. Zorgkantoren bepalen vaak vooraf wat er gedeclareerd mag worden, los van de realiteit. Ook kan de groepsgrootte per keer verschillen. Die onduidelijkheid kunnen we nu juist gaan oplossen met een multidisciplinair programma, dat al in gebruik is. Bovendien: de voorgestelde prestatie 'licht' (groepsgrootte > 6) wordt in de praktijk niet gebruikt omdat dit niet voorkomt. In de praktijk is de gemiddelde groepsgrootte 4-5 vanwege de complexiteit van de cliënten. Daar komt bij dat de prestaties LG-groep alleen gebruikt worden voor NAH dus de benaming NAH of desnoods LG/NAH zou adequater zijn. Kortom, het feit dat we voor NAH in de voorgestelde situatie gebruik zouden moeten maken van meerdere prestaties per behandelprogramma (2, 3 en 7/8/9) doet geen recht aan het multidisciplinaire programma NAH. De huidige praktijk ten aanzien van behandeling groep LG is dat deze behandeling zelden stand-alone geleverd wordt en bijna altijd in combinatie met S329 (in het voorstel prestatie 2) en S330 (in het voorstel prestatie 3). De overgang naar de Zvw biedt juist een unieke kans om dit te vereenvoudigen door deze prestaties te combineren in één multidisciplinaire prestatie. Ook administratief (declaraties) zal ons voorstel veel efficiënter zijn dan het advies van de NZa.

Aandachtspunten:

- De omschrijving van de rol van de gedragsdeskundige (wellicht beter gedragswetenschapper of psycholoog/orthopedagoog te noemen) in het advies richt zich sterk op ouderen en VG (inzet als regiebehandelaar als 'gedragsmatige aspecten voorliggend zijn) en sluit daarmee onvoldoende aan bij NAH (inzet gedragsdeskundige als het leren omgaan met beperkingen als gevolg van NAH in brede zin centraal staat). Bovendien is onvoldoende duidelijk welke gedragsdeskundige de rol van regiebehandelaar kan hebben. Op pag. 31 staat 'Het NIP heeft een brochure gemaakt over taken en rollen van gedragsdeskundigen.' Deze beschrijving zou volgens de NZa als basis kunnen dienen voor de verdere beschrijving van de prestatie. De beschrijving gaat echter over de psycholoog in het verpleeghuis en beslist niet over de GZ-psycholoog in de extramurale behandeling van mensen met NAH. De VGN herkent zich niet in de beschrijving en zou graag een eigen beschrijving toevoegen (in samenspraak met het NIP).
- Op pag. 31 wordt de indicatiestelling kort genoemd (onderaan). Hierbij missen we informatie over hoe de indicatiestelling verloopt voor prestaties 2 en 3, dus de prestaties waarbij geen SO of AVG betrokken is (dit geldt voor alle NAH en een aanzienlijk deel van de doelgroep VG). We zien dit graag opgenomen in het advies.
- Reistijd en reiskosten. Op pag. 35 staat een paragraaf over reiskosten. Hierin wordt terecht ook de reistijd genoemd voor huisbezoeken: 'Het afleggen van huisbezoeken is een belangrijk onderdeel van aanvullende geneeskundige zorg. Zorgverleners zijn voor hun reistijd relatief veel tijd kwijt, omdat patiënten verder weg (en verspreid) wonen.' De voorgestelde prestatie 10 gaat echter uitsluitend over reiskosten. Deze worden weliswaar verruimd omdat er meerdere keren op een dag reiskosten gedeclareerd mogen worden in plaats van één keer per dag, maar het huidige tarief is al niet voldoende voor de reiskosten, laat staan voor reistijd. De formulering is echter zodanig dat het lijkt alsof dit een oplossing biedt voor reistijd. We zouden graag zien dat gesteld wordt dat reistijd verdisconteerd zou moeten worden in het tarief van prestaties 1 en 2 en van de gewenste prestatie multidisciplinaire behandeling NAH. Op dit moment is de praktijk dat fors verlies wordt geleden op huisbezoeken terwijl die wél cruciaal zijn voor de kwaliteit van zorg.
- Voor onze doelgroep is het onwenselijk dat het eigen risico wordt ingevoerd. De cliënten bevinden zich veelal in een slechte inkomenspositie, mede door de inkomensval als gevolg van het verlies van werk en inkomen na het hersenletsel.

Ons voorstel aan de NZa is: maak van de drie prestaties LG-groep één prestatie multidisciplinaire behandeling NAH. Neem hierin mee de individuele inzet van disciplines zoals de gedragsdeskundige/vaktherapeut en de paramedicus/oefentherapeut, zoals dit nu plaatsvindt binnen het zorgprogramma Hersenz. Verdisconteer hierin ook reistijd. Beschrijf de rol van de gedragswetenschapper zodanig dat het past bij de doelgroep NAH, in het verlengde van de huidige subsidieregeling.

Baseer het maximumtarief voor deze prestaties op de beschikbare gegevens over de daadwerkelijke kosten van het programma. Deze zijn op korte termijn te berekenen op basis van de bestaande praktijk. Een ander voordeel is dat de rol van de gedragswetenschapper voor cliënten met NAH zo beter omschreven kan worden.

§3 Reactie op de consultatievragen

In deze paragraaf gaan we in op de consultatievragen.

Vraag 1.

In de door de NZa geformuleerde 10 nieuwe prestaties ontbreken de doelgroepen 'licht verstandelijk gehandicapten met complexe problematiek (LVB-complex)' en SGLVG (de groepen 2a en 2b).
LVB-complex: op basis van de Tijdelijke subsidieregeling wordt aan deze specifieke doelgroep behandeling geboden, zowel individueel als in groepsverband, die gekenmerkt wordt door een agogisch, psychologische insteek; door multidisciplinaire behandeling met gedragsdeskundigen in een centrale rol en door een brede benadering op alle levensgebieden en in de sociale context van de cliënt. Dat rechtvaardigt een eigen prestatie.
SGLVG: dagbehandeling van deze doelgroep komt veelvuldig voor en vormt in de Tijdelijke subsidieregeling zelfs een afzonderlijke prestatie (code S327). Wij dringen dan ook aan op vermelding van de doelgroep.

Vraag 2.

De drie prestaties voor LG-groep, zien we graag gewijzigd in één multidisciplinaire prestatie groep LG/NAH. Zeker de toevoeging NAH is van belang: het betreft in feite alleen maar NAH. Bij voorkeur wordt 'behandeling groep' vervangen door '(multidisciplinaire) behandeling' omdat 'groep' wat ons betreft een achterhaald begrip is.

Vraag 3.

Eigen risico: dit vormt een grote bedreiging voor de cliënten die straks met deze behandeling (en dus het eigen risico) te maken krijgen. Daarenboven attenderen we op het feit dat veel cliënten ook nog te maken hebben met diverse eigen betalingen. De cumulatie kan fors zijn voor deze groep die sowieso al weinig besteedbare middelen heeft. Dit geldt voor alle doelgroepen die gebruik maken van extramurale behandeling, ook VG en NAH.

Paramedische zorg: in de Zvw lopen cliënten aan tegen beperkingen in de paramedische zorg, bijvoorbeeld bij fysiotherapie. Dat lijkt ons voor deze doelgroepen ongewenst. Veelal zullen deze cliënten geen aanvullende verzekering hebben.

Vraag 4.

MBI: het MBI is één van de instrumenten voor kostenbeheersing. De NZa noemt op pagina 44 en 45 meerdere instrumenten. Elk instrument heeft voor- en nadelen. Het benadrukt dat aan de 'voorkant' van de wijziging de budgettaire overheveling adequaat moet zijn. Overigens vinden we dat de NZa een zorgvuldige analyse van de betreffende instrumenten maakt.

Vraag 5.

Bij vraag 5 vraagt de NZa onze reactie op de aandachtspunten en risico's die de NZa ziet in het kader van de handhaving (voor aspecten als: hoe voorkomen we dat er ten onrechte gebruik gemaakt wordt van de Zvw, hoe wordt de toegang geregeld, hoe is de afbakening, hoe wordt terecht gedeclareerd, welke kwaliteitseisen zijn er etc.).

Van belang is dat de aanvullende geneeskundige zorg, ook zorg en disciplines omvat die slechts ten dele of onder voorwaarden binnen de basisverzekering vallen (zoals paramedische zorg, vaktherapie, orthopedagoog). Dit betekent dat de omschrijving van de zorg voor een heldere afbakening van de prestaties moet zorgen. Voor de doelgroepen SGLVG en NAH bestaan inmiddels in- en exclusiecriteria. Er wordt in de huidige situatie al jaren aandacht besteed aan een adequate afbakening tussen verschillende zorgvormen, zoals medisch specialistische revalidatie of de bestaande eerstelijns/generalistische zorg. We dragen graag bij aan een verdere uitwerking hiervan.

En verder: gezien de verandering in declaratiewijze is het van belang voldoende tijd in te plannen voor voorbereiding hierop door partijen.

Specifiek voor de SGLVG geldt dat de SGLVG-behandelcentra (verenigd in De Borg) op dit moment een 'Zorgprogramma ambulante SGLVG-behandeling' samenstellen dat de genoemde risico's maximaal afdekt. Ambulante SGLVG-behandeling wordt beschreven als een samenhangend geheel, met een heldere afbakening van de SGLVG-doelgroep en van SGLVG-behandeling ten opzichte van de huidige zorg geleverd binnen de ZVW. De toegankelijkheid van SGLVG-behandeling wordt geregeld in een stringent indicatieprotocol waardoor oneigenlijk of ongepast gebruik wordt tegengegaan. Het beginsel van de medische verwijzing wordt toegepast; voor het stelsel van (door)verwijzing wordt aangesloten bij de hiervoor thans geldende regels voor de specialistische GGZ. Gewerkt wordt met individuele behandelplannen onder eindverantwoordelijkheid van een regiebehandelaar (psychiater of GZ-psycholoog). Ten slotte nemen de SGLVG-behandelcentra deel aan het Kwaliteitskader De Borg, dat door middel van jaarlijkse visitaties en reflectiedagen de kwaliteit van de SGLVG-behandeling bevordert.

Specifiek voor de NAH geldt dat er zorgstandaarden zijn en dat er een kwaliteitsrichtlijn in ontwikkeling is. Voor het bepalen van de zorgbehoefte zijn beroepsinhoudelijke richtlijnen en standaarden van belang. 'NAH' is daar dus volop mee bezig. Daar is reeds sprake van eenheid van taal gezien het landelijke zorgprogramma Hersenz, waarin ook kwaliteitsaspecten zijn opgenomen.

Specifiek voor de groep cliënten LVB-complex geldt dat de orthopedagogische behandelcentra (verenigd in de VOBC) voor extramurale behandeling zorgmodulen hebben opgesteld en i.s.m. het Landelijk Kenniscentrum LVB een Richtlijn Effectieve Interventies LVB. Met deze zorgmodules en richtlijn is een kader gesteld voor de kwalitatieve uitvoering van multidisciplinaire, ambulante behandeling van (ernstige) gedragsproblematiek bij mensen met een LVB. Deze ambulante behandeling is onderdeel van het Kwaliteitskader Orthopedagogische Behandelcentra en de daaraan verbonden visitatiecyclus in VOBC-verband.

Vraag 6.

Aandachtspunten en risico's waarop we nog specifiek willen attenderen:

- Een eigen risico voor aanvullende geneeskundige zorg is niet wenselijk voor de doelgroepen uit de gehandicaptenzorg.
- Het is onvoldoende duidelijk hoe er verwezen en geïndiceerd wordt voor prestaties 2 en 3.
- Het is onvoldoende duidelijk welke gedragsdeskundige wel/niet regiebehandelaar kan zijn. Voor onze doelgroepen is essentieel dat ook een psycholoog of orthopedagoog regiebehandelaar kan zijn (zoals nu het geval is).
- Het lijkt erop dat de paramedicus altijd onder de regiebehandelaar valt. Dit is niet wenselijk; de (specialistische) paramedicus moet ook stand-alone kunnen behandelen aangezien hij een eigen behandelverantwoordelijkheid heeft.
- Systeembehandeling of intermedieërende behandeling is voor deze doelgroepen van groot belang en moet mogelijk zijn. Dit moet duidelijker omschreven worden.
- De behandeltermijnen zijn nog onvoldoende duidelijk terwijl het bij complexe doelgroepen als deze vaak om trajecten van enkele jaren.
- De prestatiebeschrijving en taken en rollen van de gedragsdeskundige/vaktherapeut zijn onvoldoende uitgewerkt en leunen te veel op de ouderenzorg; met name voor de doelgroep NAH, maar ook VG/EMG is een andere omschrijving nodig.
- Het probleem dat reistijd niet verdisconteerd is in de tarieven wordt niet opgelost.

- Reiskostenvergoeding voor de cliënt is onvoldoende gewaarborgd, terwijl het gaat om een cliëntengroep van wie een deel niet zelfstandig kan reizen, niet alleen als gevolg van fysieke beperkingen maar ook door cognitieve of gedragsmatige beperkingen.
- Voor de huidige codes S334 en S325 geldt dat deze vooral worden afgegeven voor cliënten tot 23 jaar. Op basis van de nieuwe systematiek zouden deze dan moeten worden gedeclareerd onder de gedragswetenschapper (S329). We zien graag beschreven hoe voorkómen wordt dat de leeftijdsgrens in de praktijk tot problemen zal leiden.
- Tenslotte is er ook een risico voor de zorgverzekeraars. Voor de risicodragende zorgverzekeraar zullen deze verzekerden (cliënten die vaak zware en langdurige zorg behoeven, ook vaak levenslang) hoe doelmatig de zorg ook geleverd wordt, een risico vormen. Te overwegen valt daarom, dat er voor deze groepen een voorziening wordt getroffen in de risicoverevening voor zorgverzekeraars.

Vraag 7.

Implementatie: het is o.i. een ontwikkeltraject waarvoor we als partijen goed de tijd moeten nemen. Daarom is 'proefdraaien' belangrijk en wat ons betreft kan dat reeds met de behandelprogramma's van NAH. Verder moeten we als partijen (onder aanvoering van de beroepsbeoefenaren) aan de slag met de noodzakelijke zorgprogramma's. De monodisciplinaire bekostiging die nu voorgesteld wordt, is slechts de overgangsfase naar een multidisciplinaire bekostiging in de toekomst.

12. Reactie ZN

Zorgverzekeraars Nederland bedankt de NZa voor het voorliggende advies over 'aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de 1^e lijn'. Zorgverzekeraars delen dat deze zorg er mogelijk aan kan bijdragen dat kwetsbare patiënten langer en beter thuis kunnen functioneren. Ook hopen wij dat deze zorg de huisarts kan ontlasten en onnodige instroom in de acute zorgketen kan voorkomen. Graag zouden we de toegevoegde waarde van deze zorg beter in beeld willen krijgen om keuzes in het vervolgtraject beter onderbouwd te kunnen maken.

Het 'aanvullende' karakter van deze zorg geeft al aan dat deze zorg nauw verbonden is met de zorg zoals we die nu al in de Zvw kennen. Voor onze verzekerden vinden wij het daarom van het grootste belang dat deze 'aanvullende' zorg goed aansluit bij de zorg die onze verzekerden al vanuit de Zvw ontvangen. Wij vragen de NZa, maar ook de betreffende beroepsgroepen (specifiek de huisartsenzorg), om goede afbakening van en overgang naar dit type zorg te faciliteren. Juist omdat bij degeneratieve aandoeningen de overgang naar 'aanvullende zorg' vaak geleidelijk zal zijn.

Zorgverzekeraars vinden het om drie redenen **onmogelijk om de zorg per 2019 over te hevelen**. Zowel vanuit het perspectief van de patiënt die goede, aansluitende zorg mag verwachten, als vanuit het perspectief van de premiebetaler, vinden wij overheveling per 2019 niet verantwoord.

- 1) De NZa schetst enkele zwaarwegende risico's, waarvan nu de impact maar beperkt is in te schatten. Voor deze kwetsbare groep verzekerden is het juist van het grootste belang dat zij weten wie hun aanspreekpunt is als zij deze aanvullende zorg ontvangen. Ook is het belangrijk dat deze groep bij een overheveling van de zorg geen onduidelijkheid meer ervaart over het betalen van eigen risico of andere beperkingen of voorwaarden. Wij verwachten niet dat partijen dit voor 2019 op goede wijze kunnen realiseren.
- 2) Zorgverzekeraars zien ook aanvullende risico's voor de premiebetaler als er scheefgroei ontstaat met andere prestaties binnen de Zvw of als de kosten onverantwoord stijgen door ongecontracteerde zorg. Ook vinden wij het voor onze verzekerden die gebruik maken extramurale of intramurale zorg van het grootste belang dat de capaciteit van de Specialist Ouderengeneeskunde en Arts Verstandelijk Gehandicapten geborgd is. Hierover moeten vóór overheveling goede afspraken worden gemaakt.
- 3) Zorgverzekeraars moeten al op 1 april 2018 hun inkoopbeleid presenteren voor 2019. In het tijdsplan dat de NZa schetst en gezien de vele openstaande vragen, is het voor zorgverzekeraars niet mogelijk hierop inkoopbeleid te ontwikkelen en de inkoop 2019 zorgvuldig voor te bereiden.

Omdat we dus nog maar weinig weten over hoe we moeten omgaan met de gesignaleerde risico's en bovendien weinig bekend is over de toegevoegde waarde in termen van ontlasten van de huisarts, beter thuis functioneren en voorkomen van acute zorg, vinden wij het niet verantwoord om deze risico's in 2019 te nemen.

Wij vragen VWS en de NZa om in 2018 en 2019 uit te werken:

- Hoe de prestaties voor 'zorg in een groep' zich verhouden tot de reguliere zorg. Wat is de meerwaarde van deze zorg in een groep? Wat kunnen we verstaan onder kwalitatief goede zorg in een groep? Hoe verhoudt de zorg in een groep zich tot die zorg die verzekerden nu al vanuit de Zvw kunnen ontvangen? Wat is de rol van de huisarts hierin?

- Hoe de prestaties 'zorg zoals huisartsen/klinisch psychologen & psychiaters/paramedici' zich verhouden tot reguliere prestaties voor deze zorg.
- Of een aparte prestatie voor reiskosten daadwerkelijk nodig is, gezien het feit dat we al in 2018 een realistischer beeld krijgen van de reiskosten door het loslaten van het criterium dat hoogstens twee keer per etmaal reiskosten gedeclareerd mogen worden. Wij zouden graag zien dat -net zoals voor andere prestaties in de Zvw - reiskosten via (bijvoorbeeld) een toeslag op het tarief verekend worden en niet als aparte prestatie.

Reactie consultatievragen

1. In hoeverre worden de vier specifieke doelgroepen zoals omschreven door het ZiNL (te weten: ouderen met chronische/complexe aandoeningen; chronische, degeneratieve, progressieve aandoeningen; niet-aangeboren hersenletsel en mensen met een verstandelijke beperking) ondervangen in de doelgroepen bij de prestaties zorg in een groep (ouderen; Huntington; verstandelijke gehandicapten met ernstig meervoudige beperkingen; lichamelijke gehandicapten)? Met andere woorden hebben we een patiëntengroep over het hoofd gezien?

Zorgverzekeraars missen de verbinding tussen de specifieke doelgroepen die het Zorginstituut heeft omschreven en de doelgroepen bij de prestaties zorg in een groep. De categorieën voor zorg in een groep die zijn omschreven, zijn deels overlappend en niet eenduidig elkaar uitsluitend. Daarbij hebben wij twee specifieke opmerkingen. Ten eerste mist de doelgroep voor de psychogeriatrische patiënten, omdat ons inziens dit juist een belangrijke doelgroep is voor zorg in een groep. Ten tweede vragen wij ons af waarom Huntington apart benoemd is. Omvat dit de hele groep die ZiNL heeft benoemd met chronische degeneratieve, progressieve aandoeningen?

2. In hoeverre kunnen de 6 prestaties zorg in een groep worden samengevoegd tot minder prestaties? En op basis van welke kenmerken?

Op dit moment doet samenvoeging van de groepen geen recht aan de doelgroepen en de zorg die zij krijgen. Het is bovendien afhankelijk van het tarief, de setting van de groep en welke kenmerken van de groep opgenomen kunnen worden in een declaratieverplichtingen. Zoals de Nza zelf ook constateert is er op dit moment geen duidelijke lijn over welke zorg wordt geleverd aan patiëntencategorieën. Samenvoeging maakt daarmee controle op samenloop en toetsing van eigenlijk gebruik nog complexer.

3. Hoe kijkt u aan tegen de beperkingen en voorwaarden in paramedische zorg en de toepassing van het eigen risico binnen de prestaties zorg in een groep? Als u hier risico's ziet, op welke wijze zouden wij deze kunnen ondervangen?

Het uitgangspunt is dat alleen bewezen effectieve medische interventies worden toegelaten tot het basispakket. De positie van de paramedische zorg is daarmee uiterst complex om te duiden en op dit moment vinden wij de gevolgen hiervan niet te overzien voor de overheveling extramurale behandeling. Het risico bij het opleggen van beperkingen en voorwaarden voor de paramedische zorg is dat een integraal pakket van zorg versnipperd raakt. Ook is er een risico op dubbele financiering. Hoe kunnen zorgverzekeraars en de NZa herkennen dat paramedische zorg niet via een andere weg alsnog via de Zvw wordt gedeclareerd? Bestaat de mogelijkheid om in de beleidsregel uit te sluiten dat paramedische zorg met een bepaalde indicatie alleen via deze prestatie gedeclareerd kan worden en ten laste van de basisverzekering valt?

4. Hoe kijkt u aan tegen het macrobeheersinstrument als instrument voor kostenbeheersing?

Het macrobeheersinstrument kan een werkbaar instrument zijn, maar is mogelijk niet doeltreffend genoeg. Om patiënten van kwalitatief goede zorg te kunnen voorzien, doelmatig geleverd én te borgen dat zij 1) terecht komen bij gerenommeerde zorgaanbieders, 2) dat de capaciteit van de Specialist Ouderengeneeskunde en Artsen Verstandelijk Gehandicapten extramuraal maar óók in de instellingen blijft geborgd, is het toepassen van een contractvereiste voor het leveren van deze zorg een goede oplossing. Hiermee krijgen zorgverzekeraars meer middelen in handen om tot kostenbeheersing te komen.

5. Wat is uw mening over de voorgestelde aandachtspunten en risico's bij de handhavingstoets?

Zorgverzekeraars delen de aandachtspunten en risico's die de NZa schetst. De duiding en impact bij deze risico's ontbreken nog. Zorgverzekeraars zien de risico's als zeer zwaarwegend, omdat niet duidelijk is afgebakend wat de ingangscriteria zijn voor patiënten die gebruik willen maken van deze zorg. Wij maken ons daarom ernstige zorgen of overheveling per 1 januari 2019 mogelijk gaat zijn.

Het is noodzakelijk dat de NZa vanaf de overheveling nauw betrokken is bij het leren van elkaar, om de risico's goed in het oog te houden: Wat speelt er, hoe gaat het bij de verschillende verzekeraars en zorgaanbieders?

6. Welke aandachtspunten en risico's ontbreken volgens u?

Zorgverzekeraars zien dat verschillende aandachtspunten en risico's nu nog ontbreken en die het daarmee nog risicovoller maken om deze zorg per 2019 over te hevelen:

- a) Als er gekozen wordt voor een maximumtarief, vinden zorgverzekeraars het van belang dat de prestaties gelijk getrokken worden met de huidige maximumtarieven binnen de Zvw. Omdat de afbakening van de voorgestelde prestaties onduidelijk is, is er een groot risico op scheefgroei binnen de Zvw. Daarmee is de kans op het behalen van een budgetneutrale overheveling vele malen kleiner.
- b) De impact van de ongecontracteerde zorg is niet beschreven, ongecontracteerde zorgaanbieders spreken ook gelden van het budget aan als het niet goed is ingekaderd.
- c) Het borgen van de capaciteit van de Specialist Ouderengeneeskunde en Artsen Verstandelijk Gehandicapten voor zorg extramuraal en intramuraal is niet benoemd.
- d) Er zijn geen afspraken over toegang en maar beperkte afspraken over de samenwerking tussen de huisarts en de Specialist Ouderengeneeskunde en Arts Verstandelijk Gehandicapten bij de verschillende prestaties.
- e) Mogelijk moet een declaratiestandaard nieuw ontwikkeld worden, dit is mogelijk niet op tijd beschikbaar en vraagt een behoorlijke inspanning en inregeling van alle partijen.
- f) Er dient een handhavingskader en afrekensystematiek voor het inzetten van een macrobeheersinstrument te komen.

7. Met dit advies geven wij een concrete uitwerking aan het adviesverzoek van de minister, hoe kijkt u aan tegen de implementatie hiervan (inkoop, uitvoering, declaratie)?

Zorgverzekeraars zijn zeer kritisch op de implementatie van dit advies als het tijdspad richting 1 januari 2019 gevolgd moet worden. Er is onvoldoende tijd voor zorgverzekeraars om de inkoop vorm en inhoud te kunnen geven, rekening houdend met de tijdslijnen die daarvoor binnen de Zvw gelden. Zorgverzekeraars moeten het zorginkoopbeleid al op 1 april voorafgaand aan het kalenderjaar waarvoor de zorginkoop zal

plaatsvinden bekend maken. Daarnaast kost het tijd om de wijzigingen in de systemen ingeregeld te krijgen.

Meerdere besluiten (eigen risico, plaatsing binnen één of meerdere macrobudgettaire kaders, onduidelijkheid over de doelgroep en toegangscriteria voor het gebruik hiervan) dienen nog genomen te worden. Het is daarmee onduidelijk wat dit voor de implementatie zal betekenen.

Zover wij nu kunnen inschatten, maken wij de volgende afweging:

- Inkoop: Eén jaar lijkt te kort om de zorgstandaarden voldoende uit te werken, zodat zij bruikbaar zijn voor de zorginkoop. Ook is het op dit moment nog onvoldoende duidelijk hoe inkopers het onderscheid kunnen maken tussen deze zorg en bestaande Zvw-zorg. Een goede beschrijving van dit onderscheid is een randvoorwaarde.
- Uitvoering: De uitvoering is afhankelijk van de NZa en de snelheid waarmee de NZa tot afgebakende prestaties kan komen, maar gezien de openstaande vragen lijkt de beschikbare tijd te kort.
- Declaraties: Het zal zeer moeilijk worden om de declaraties tijdig in te regelen in de systemen van zowel aanbieders als zorgverzekeraars. De complexiteit is afhankelijk van de declaratievoorschriften.

Tot slot, is het vervolgtraject wat de NZa in dit stuk benoemd, nog niet uitgewerkt. Het is belangrijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars zicht hebben op hoe dit traject eruit gaat zien om op eventuele wijzigingen tijdig te kunnen anticiperen.

8. Welke overige zaken wilt u nog aan ons kwijt, anders dan u heeft aangegeven in uw reactie op het consultatiedocument?

Zorgverzekeraars zien, om bovengenoemde redenen, grote risico's in de voorgestelde overheveling per 1 januari 2019. Ook is er een groot risico dat de zorg via de Zvw gunstiger is qua voorwaarden, tarief en volumes. Hierdoor kan concurrentie ontstaan tussen de Specialistische Ouderengeneeskunde die werken in de eerste lijn en die werkzaam zijn in de intramurale zorg.

T.a.v. de reiskosten zien zorgverzekeraars twee aandachtspunten:

- Zoals de NZa weet, vervalt al **per 2018** de maximering van het aantal reizen per etmaal. Hierdoor hebben we de mogelijkheid om al in 2018 een realistisch(er) beeld te krijgen van de reiskosten per zorgaanbieder. Dit maakt het niet noodzakelijk dat er een aparte prestatie voor reiskosten komt.
- Mocht deze prestatie er toch komen, dan vragen zorgverzekeraars de NZa om reiskosten voor zorgaanbieders wél te maximeren. In welke gevallen is het uitlegbaar dat bij bijvoorbeeld een kwetsbare oudere meermaals per dag een behandeling wordt ingezet en vervolgens de zorgaanbieder meermaals reiskosten declareert? Hoe houden we rekening met de belastbaarheid van de patiënt?

Wij vragen de NZa nogmaals om oog te hebben voor de impact van ongecontracteerde zorg, omdat wij zien dat dit in andere sectoren ook een groot knelpunt is. Ook vinden wij het van belang dat er snel duidelijkheid komt over het eigen risico. Het is niet mogelijk dat een prestatie deels onder het eigen risico valt en deels niet.

Tot slot, roepen wij de NZa en zorgaanbieders op om te zorgen dat dubbele bekostiging, met name bij de prestaties 1 tot en met 3 (zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, zorgverlening zoals klinisch psychiaters en psychologen plegen te bieden en prestatie voor zorgverlening zoals paramedische disciplines plegen te bieden) voorkomen wordt door duidelijk te maken waardoor deze zorg zich onderscheidt van andere zorgvormen.