

Vorbereiding bijeenkomst extramurale behandeling Relatie tussen aanvullende geneeskundige zorg (v.h. extramurale behandeling- Zvw) en integrale behandeling Wlz.

§1 Aanleiding

In het traject van de overheveling naar de Zvw van de aanvullende geneeskundige zorg (verder: AGZ, voorheen de extramurale behandeling AWBZ) moeten we een volgende stap zetten. Dat gebeurt bij voorkeur in samenhang met de aanpak van de behandeling in de Wlz. In het navolgende zetten we eerst de stand van beide trajecten uiteen, waarna we de bijbehorende vraagstukken benoemen.

§2 Zvw-behandeling

2.1 Stand per zomer 2018

De AGZ (nu subsidieregeling onder de Wlz) gaat naar de Zvw. Het Zorginstituut (ZINL) onderscheidt hierbij vier doelgroepen:

- chronisch zieke ouderen; dit is ouderenzorg en hiermee houdt ActiZ zich bezig.
- mensen met degeneratieve ziekten, zoals Huntington, Korsakov, MS.
- mensen met niet-aangeboren hersenletsel.
- mensen met een verstandelijke beperking.

De behandeling omvat twee vormen: ten eerste de zorg door SO en AVG in de eerste lijn aanvullend op zorg die de huisarts pleegt te bieden; deze behandeling is reeds in de Zvw opgenomen. Ten tweede alle multidisciplinaire zorg thuis voor deze doelgroepen (voor zover ze geen zzp-indicatie hebben). Voor de overheveling van alle multidisciplinaire behandeling naar de Zvw moet deze zorg functioneel worden omschreven (wat is de aandoening, welke interventies zijn er, welke disciplines zijn betrokken, wie is regiebehandelaar, in- en exclusiecriteria). De Zvw kent geen doelgroepen. De omschrijving in programma's is van belang voor (a) het opstellen van prestaties door de NZa en het ontwikkelen van een goede bekostigingsstructuur in de Zvw, (b) de kwaliteit van de zorg en (c) voor de inkoop.

2.2 Huidige bekostiging

- Momenteel geldt de Tijdelijke Subsidieregeling (TSR), met 19 prestaties. Inkoop via de zorgkantoren, met vaste tarieven.
- Voor de toekomst heeft VWS - naast de SO en AVG in de eerste lijn - een integraal bekostigingsmodel voor ogen voor multidisciplinaire zorgprogramma's, in de Zvw: integrale bekostiging van zorgprogramma's, bijvoorbeeld met gedifferentieerde tarieven van laag, midden en hoog complex per programma. Daarvoor zijn dus wel duidelijk omschreven zorgprogramma's nodig. VWS wil daarbij een nadere afstemming tussen de AGZ, het eerstelijns verblijf (ELV, zit reeds in de Zvw) en de geriatrische revalidatiezorg (GRZ, zit ook reeds in de Zvw). In de Zvw vindt de inkoop plaats door verzekeraars.
- De NZa heeft een (tussen)model beschreven: een vereenvoudigde variant van de TSR met 10 prestaties, maar wel met maximumtarieven, in te kopen door de zorgverzekeraars (=Zvw). Deze blijven het uitgangspunt tot een integrale bekostiging (voor een bepaalde doelgroep) beschikbaar is.

2.3 Actuele stand bij de VG t.a.v. programma's

In de discussies met de leden zien we inmiddels een uitwerking bij diverse deelgroepen, met elk een verschillende aanpak.

- Voor de groep van de degeneratieve ziekten worden momenteel al meerdere programma's geschreven.
- NAH: het programma NAH is zo goed als klaar.
- LVB-complex: hier wordt al aan programma's gewerkt, o.a. vanuit de VOBC.
- SGLVG/behandeling: lees Borg; zij willen de Zvw-behandeling onderbrengen in het nieuwe zorgclustermodel van de GGZ. Er wordt druk aan programma's gewerkt.
- VG: hier zijn nog weinig programma's beschreven in termen van de Zvw (functionele beschrijving). De urgentie lijkt ook minder sterk, omdat dat de door de NZa voorgestelde overgangsregeling de continuïteit voldoende op de middellange termijn waarborgt.

2.4 Aandachtspunten bij het maken van programma's

- Er is geen landelijke regie t.a.v. de VG-groepen. Iedere instelling doet het op eigen manier, meestal voor alle vormen van zorg tegelijk (Wmo, Wlz en subsidieregeling extramurale behandeling), in samenspraak met de beroepsgroepen. Vanuit perspectief van de cliënt en vanuit een ketenaanpak is dit begrijpelijk, maar voor het beschrijven van uniforme, multidisciplinaire programma's die standhouden in de Zvw is dat niet handig. De Zvw vraagt geen beschrijving vanuit doelgroepen, maar functionele omschrijvingen: vanuit de aandoening. Daarbij moeten onder meer in- en uitstroomcriteria in Zvw-termen beschreven worden, moet duidelijk zijn welke discipline wanneer en hoe betrokken is, wat de behandeldoelen zijn, hoe de kwaliteit geborgd wordt en hoe resultaten gemeten worden. Deze omschrijvingen moeten verzekeraars houvast geven bij de inkoop. De huidige zorgpaden of zorgprogramma's worden daarentegen vaak gemaakt rond doelgroepen en specifieke zorgvragen.
- Bij de VG komt het niet goed van de grond. De doelgroep van de VG is daarvoor ook te divers. Daarnaast ontstaat bij VGN-leden voortschrijdend inzicht dat de werkingssfeer van zorgprogramma's over de domeinen (Zvw en Wlz en Wmo) heen gaat (zie hiervoor ook paragraaf 4).

§3 *Behandeling in de Wlz*

3.1 Stand per zomer 2018

Naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut om behandeling (Wlz behandeling en aanvullende zorgvormen) integraal onderdeel te laten uitmaken van de Wlz voor alle Wlz-cliënten in verblijf of geclusterd VPT, worden momenteel uitvoeringstoetsen uitgevoerd over de juridische consequenties en over de financiële consequenties. Deze zijn in het najaar gereed (de eerste concepten hebben we reeds gezien) en daarna neemt de minister een besluit over dit advies. Het kan dan op zijn vroegst per 2020 worden ingevoerd.

De VGN is voorstander van integrale behandeling, maar daarbij moet wel voldaan worden aan randvoorwaarden, zoals de toegang tot (huis)artsenzorg en een adequate financiering.

Tijdens de discussies over de positionering van behandeling met leden bleek een behoefte om tot een gezamenlijke visie op behandeling binnen de Wlz te komen. Dit heeft geresulteerd in een position paper 'Behandeling in de Wet langdurige zorg, voor mensen met een beperking', die in de ALV van 23 november 2017 is geaccordeerd. Om de praktijk in beeld te krijgen hebben wij daarnaast door Vilans een inventarisatie laten maken van wat er aan behandeling¹ in de Wlz is beschreven door VGN leden.

¹ Rapportage inventarisatie beschrijving van behandeling in de Wlz, Vilans 2017

3.2 Actuele stand bij de VG t.a.v. zorgprogramma's: uit de inventarisatie van Vilans blijkt een gevarieerde praktijk

- Het merendeel van de respondenten heeft behandeling helemaal of gedeeltelijk beschreven en dat wordt gedaan in beleidsstukken, productboeken en zorgprogramma's/zorgpaden.
- De doelen om te komen tot zorgprogramma's zijn veelal primair intern gericht, namelijk in het kader van professionalisering en uniformering van het ondersteuningsaanbod. Daarnaast is er soms sprake van extern ingegeven motivatie, zoals de vraag vanuit de IGZ of het zorgkantoor, of vanuit het willen profileren van het behandelaanbod of het kunnen creëren van meer behandelplekken.
- De insteek voor de zorgprogramma's zijn veelal doelgroepen en daarbij worden dan genoemd LVB, (Z)EMB, VB, Kind/Gezin, ouder wordende cliënten, mensen met NAH, moeilijk verstaanbaar gedrag, mensen met autisme, mensen met psychische/psychiatrische problematiek, specifieke aandoeningen zoals MS, lichamelijke beperkingen, en cliënten met (meervoudige) zintuiglijke beperkingen (al dan niet in combinatie met andere problematiek zoals psychiatrische aandoening)

3.3 Aandachtspunten bij het maken van programma's

- Als nadeel van landelijke zorgprogramma's wordt nog wel eens genoemd dat het een normstellend karakter krijgt vanaf het moment van verschijning (hantering in het kader van toezicht door IGJ, opname in kwaliteitsregister van ZIN, inzet bij zorginkoop).
- Bij VGN-leden is daarnaast sprake van een behoefte vanuit 1) kwaliteitsontwikkeling t.a.v. bijzondere doelgroepen, 2) het traject actualisatie zorgprofiel ZP VG-8, en 3) vanuit de werkagenda 'passende zorg' om op landelijk niveau te komen tot een compacte omschrijving op hoofdlijnen van een 'perspectief op goede zorg'.
- Daarnaast is er bij stakeholders op landelijk niveau (o.a. ministerie van VWS, ZINL, hoogleraren) een beweging te bemerken naar meer evidence-based practice (vergelijk databank effectieve interventies).

§4 Issues voor de VGN

4.1 Afstemming:

In de Wlz loopt het traject naar integrale behandeling. Daarnaast heeft er vanuit zorginhoud een actualisatie van ZP VG-8 plaatsgevonden die ingezet wordt in de lobby voor passende tarieven en die een beschrijving van de geboden begeleiding en behandeling urgent maakt. Dat traject krijgt een vervolg voor VG-7. Daarnaast loopt het onderhavige traject van de overheveling naar de Zvw. De vraag doet zich voor wat inhoudelijk gezien nu het verschil is tussen behandeling in de Zvw en in de Wlz. Wellicht is dat verschil er nauwelijks. Bovendien wonen Wlz-geïndiceerde cliënten soms ook thuis; wat is dan nog het verschil tussen beide vormen van de verleende zorg? In elk geval liggen ze inhoudelijk zeker in elkaars verlengde.

Dat werpt wel de vraag op hoe je dan de beschrijving van programma's in de Zvw moet uitwerken/aanpakken. Want de Zvw vraagt, zoals we zagen, functionele beschrijvingen, terwijl de Wlz veel meer denkt vanuit doelgroepen en specifieke zorgvragen. Het lijkt logisch dat er tenminste afstemming moet plaatsvinden, maar ook binnen de VGN zijn dit

tot nu toe twee gescheiden trajecten. Hoe vindt goede afstemming plaats en hoe zorgen we voor een gezamenlijke strategie?

4.2 Glijdende schaal:

Daar komt bij dat binnen de instellingen (en zeker bij de beroepsbeoefenaren) behandelingen steeds dichterbij elkaar komen. Of anders geformuleerd: er wordt vaak gesproken over behandelen met mogelijkheden van op- en afschalen; behandelen met af en toe een periode van opname. Dat krijgt dan binnen een instelling in één zorgpad of zorgprogramma vorm (vb.: Fact-LVB). Inhoudelijk gezien goed, maar wellicht minder goed bruikbaar voor de ontwikkelingen in financiering. Hoe willen we dat een vervolg geven? Hoe verhoudt een meer gedetailleerde beschrijving die nodig is voor de Zvw zich tot een globalere beschrijving op hoofdlijnen voor de Wlz?

4.3 Inkoop:

Behandeling in de Zvw wordt door zorgverzekeraars ingekocht (althans dat is het voorland; momenteel nog inkoop via de TSR door zorgkantoren). Begeleiding en dagbesteding valt onder de Wmo (inkoop door gemeenten). Wlz-behandeling wordt door zorgkantoren ingekocht. Dus je kunt wel één programma maken (en dat is vanuit de inhoud wellicht te prefereren), maar voor de bekostiging is iets anders nodig want verzekeraars, zorgkantoren en gemeenten kopen ieder een deel van de zorg uit dat ene programma in, op basis van heel verschillende kaders en criteria. Moet of kan het leiden tot een modulaire beschrijving? Of modules bovenop een basisbeschrijving?

§5 Voorstel.

Vanuit de VGN stellen we voor een conferentie te beleggen waarin we deze analyse nader uitwerken. Het vereist betrokkenheid van:

- bestuurders: de aanpak vereist verder in beide trajecten een bestuurlijk draagvlak;
- behandelaars / professionals (zoals AVG, OG, GZ-psycholoog): voor de inhoud;
- managers behandeling en andere materiedeskundigen;
- medewerkers van het bureau VGN;
- beroepsverenigingen;
- een aantal externen, zoals Judith Zadoks van Hersenz en Carel Mastenbroek van het Zorginstituut.

Doel van de conferentie:

- onze analyses en visie bespreken met leden en stakeholders;
- draagvlak voor het verdere uitwerken van zorgprogramma's, met aandacht voor de drie genoemde spanningsvelden (afstemming intra- extra; relatie naar inkoop; mogelijkheden van op- en afschalen);
- praktijkvoorbeelden van reeds werkende programma's noemen;
- afspraken over het vervolg: een uniform format (Zvw) obv Hersenz?

17 oktober 2018
Bureau VGN