



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Complexe Ouderenzorg
Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl
T +31 (0)20 797 85 55

2017037858

Datum 27 september 2017
Betreft Advies positionering behandeling in de Wlz

Onze referentie
2017037858

Geachte heer Van Rijn,

Bijlage
Advies positionering
behandeling in de Wlz

Op 23 juli 2015 heeft u Zorginstituut Nederland gevraagd advies uit te brengen over de positionering van behandeling in de Wlz. Het doet me genoeg dit advies hierbij aan te bieden.

Kern van het rapport

De kern van dit advies is om bij institutionele zorg (instellingszorg en situaties die daarop lijken, zoals geclusterd vpt) alle behandeling en aanvullende zorg ten laste van de Wlz te laten komen. De reden daarvan is vooral dat de doelgroep (de meest kwetsbaren) is aangewezen op integrale, interdisciplinaire zorg. Positionering van behandeling en aanvullende zorgvormen in de Wlz geeft de beste mogelijkheden die te bieden. De integrale zorg moet dus ook alle paramedische zorg en hulpmiddelen, farmaceutische zorg en tandheelkundige zorg omvatten.

Om te waarborgen dat deze cliënten de zorg krijgen waarop ze zijn aangewezen, moet het historisch gegroeide onderscheid tussen verblijf met behandeling en verblijf zonder behandeling verdwijnen.

Gevolgen van implementatie

Implementatie van dit advies heeft gevolgen voor ongeveer 69.100 van de 287.000 Wlz-cliënten. Een deel van de zorg die zij ontvangen, waaronder de huisarts, farmaceutische zorg en hulpmiddelen, komt nu vanuit de Zorgverzekeringswet of Wmo, of is voor eigen rekening. Bij implementatie van dit advies, ontvangen zij straks vrijwel alle zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz).

Ons advies heeft financiële consequenties. Het brengt een verschuiving van middelen met zich mee tussen de Zvw en de Wlz en wellicht ook tussen de Wmo en de Wlz. Die verschuivingen zijn macrobudgettair neutraal.

Daarnaast is er ten opzichte van de huidige aanspraken sprake van een uitbreiding van de verzekerde zorg die kosten met zich meebrengt: farmaceutische zorg, paramedische zorg en tandheelkundige zorg zijn in de Wlz ruimer gedefinieerd dan in de Zvw. Ook adviseren we om voor alle Wlz-cliënten het verzekerde Wlz-pakket uit te breiden door alle hulpmiddelen en alle

paramedische zorg integraal onderdeel te laten zijn van de Wlz. De kosten daarvan komen (voor zover niet gedekt door de ZVW) tot nu toe voor eigen rekening. Het is een politiek besluit hoe deze kosten moeten worden gedekt.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Complexe Ouderenzorg

Mogelijk is ook doelmatigheidswinst te behalen, omdat één zorgorganisatie verantwoordelijk wordt voor alle zorgverlening aan zijn Wlz-cliënten. Daardoor kan de benodigde zorg efficiënter worden uitgevoerd.

Datum
27 september 2017

Onze referentie
2017037858

Op dit moment is het niet mogelijk de exacte financiële consequenties te berekenen. Daarvoor is inzicht nodig in de kostprijzen van de zorgzwaartepakketten en de hoogte van de verschuivingen tussen domeinen. De NZa onderzoekt op dit moment de kostprijzen van de zorgzwaartepakketten. Het ligt daarom in de rede om die consequenties na het onderzoek van de NZa in beeld te brengen. Om de hoogte van de verschuivingen tussen domeinen te kunnen bepalen is aanvullend onderzoek nodig. U kunt op basis van deze onderzoeken de dekking van de kosten bepalen.

Scope van het advies

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

We leggen in het rapport uit waarom we op dit moment geen advies kunnen geven over de positionering van behandeling en aanvullende zorgvormen bij de andere leveringsvormen: modulair pakket thuis, persoonsgebonden budget en ongeclusterd volledig pakket thuis. We zullen in overleg met uw departement nagaan welke aanvullende acties nodig en mogelijk zijn.

Afbakening institutionele zorg

We hebben het begrip 'institutionele zorg' geïntroduceerd. We maken daarbij onderscheid tussen een geclusterd vpt en een ongeclusterd vpt. Dat roept wellicht de vraag op hoe dit onderscheid moet worden gemaakt. Dit is op verschillende manieren mogelijk. We willen in overleg met uw departement vaststellen welke manier de voorkeur verdient.

Implementatie nu al mogelijk

Dit advies over institutionele zorg staat los van de zorg thuis. Daardoor is het niet nodig om met de implementatie van dit advies te wachten, totdat er duidelijkheid is omtrent de zorg thuis.

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur



Zorginstituut Nederland

Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten

Advies over behandeling en de aanvullende zorgvormen in de
Wlz

Datum	27 september 2017
Status	DEFINITIEF

Colofon

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

Inhoud

Colofon—1

Advies op hoofdlijnen—5

Samenvatting—7

1 Inleiding—13

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

2 Behandeling in de Wlz—17

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

3 Van problemen naar oplossingen—31

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

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

4 Positionering behandeling en aanvullende zorgvormen—37

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

5 Advies van Adviescommissie Pakket—51

6 Conclusies en aanbevelingen—53

Bijlagen

- 1 Verzoek VWS om advies over de positionering behandeling Wlz
- 2 Eindrapportage onderzoek door HHM
- 3 Achtergrondstudie onderzoek door HHM
- 4 Overzicht van aanspraken
- 5 Overzicht financiële consequenties
- 6 Consultatie

Advies op hoofdlijnen

Vraagstelling

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

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

Advies

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

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

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

Welke problemen lossen we hiermee op en voor wie?

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

Als het advies wordt geïmplementeerd, verandert het pakket voor Wlz-cliënten die in een instelling verblijven, maar daar geen behandeling ontvangen en voor Wlz-cliënten die geclusterd vpt ontvangen. Dat zijn ongeveer 67.000 cliënten. Omdat zij nu geen integraal Wlz-pakket ontvangen zijn zij voor de aanvullende zorgvormen (huisartsgeneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg en hulpmiddelen) aangewezen op de Zorgverzekeringswet en de Wmo.

Dit leidt tot problemen met afstemming tussen behandelaars die vanuit de Zvw worden betaald (huisartsen, tandartsen, paramedici) en de zorg- en hulpverleners van de Wlz-instelling (begeleiders, verzorgenden en verpleegkundigen). Hierdoor is integrale zorg moeilijk te realiseren. Integrale zorg is ook lastig te bieden aan deze cliënten doordat geneesmiddelen en de hulpmiddelen uit de Zvw worden vergoed.

Wie wel aanspraak heeft op een integraal Wlz-pakket, en wie niet, wordt niet bepaald door de zorgbehoefte van de cliënt, maar door de voorkeur van de cliënt voor een instelling en de beschikbaarheid van verblijfsplaatsen mét en verblijfsplaatsen zonder behandeling.

Als alle cliënten aanspraak hebben op een integraal Wlz-pakket inclusief de aanvullende zorgvormen is het voor een Wlz-instelling makkelijker integrale zorg te leveren. De Wlz-instelling waar de cliënt verblijft, is verantwoordelijk voor het gehele integrale pakket.

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

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

Afweging: keuzevrijheid

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

Financiële consequenties

We hebben op een zeer grove wijze berekend wat de financiële consequenties zijn van implementatie van ons advies. Er vindt een verschuiving plaats van de Zvw naar de Wlz.

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

Als we uitgaan van de huidige Wlz-tarieven zal de Wlz worden verruimd met ongeveer € 691 miljoen euro.

Samenvatting

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

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

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

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

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

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

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

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

Adviesvraag van de staatssecretaris

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

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

Kernprobleem en scope van het advies

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

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

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

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

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

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

De huidige aanspraak op behandeling en aanvullende zorgvormen

We beschrijven in hoofdstuk 2 hoe behandeling en aanvullende zorgvormen op dit moment zijn geregeld, bij verblijf zonder behandeling, verblijf met behandeling en geclusterd vpt. We beschrijven het onderscheid tussen specifieke Wlz- behandeling (gericht op de Wlz-problematiek) en de 'geneeskundige zorg van algemene aard' (wat feitelijk overeenkomt met huisartsgeneeskundige zorg). Die twee vormen van behandeling zijn in de praktijk nauwelijks te onderscheiden. Dit zorgt voor veel problemen.

De aanspraak van Wlz-cliënten omvat een zorgpakket met verblijf in een instelling, persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging, behandeling, mobiliteitshulpmiddelen, woningaanpassingen en roerende voorzieningen.

Wlz-specifieke behandeling

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

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

¹ Zoals verpleeghuizen of instellingen voor verstandelijk gehandicapten

² Zoals een verzorgingshuis of gezinsvervangend tehuis

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

Aanvullende zorgvormen

Onder aanvullende zorgvormen verstaan we:

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

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

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

Inhoud van de zorg

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

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

Doelgroepen van de Wlz

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

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

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

Zorgbehoefte

Het overgrote deel van de cliënten van bovenstaande doelgroepen is blijvend aangewezen op integrale, interdisciplinaire zorg. Vanwege hun kwetsbare fysieke en mentale gezondheid is er intensieve afstemming nodig tussen de verpleging, verzorging en begeleiding en de behandelaren die de geneeskundige en gedragswetenschappelijke zorg leveren. Het merendeel van de Wlz-cliënten is naast verblijf, persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding ook aangewezen op enige vorm van behandeling.

Organisatie van zorg

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

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

Van een probleem

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

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

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

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

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

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

Integrale, interdisciplinaire zorg is moeilijk te realiseren als de zorg in verschillende wettelijke domeinen is gepositioneerd. Bij Wlz-cliënten die thuis zorg ontvangen of

in een 'verblijf zonder behandeling', heeft de zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor de verpleging, begeleiding en persoonlijke verzorging, geen instrument om de behandelaren uit de Zvw (de huisarts, de paramedicus en de tandarts) aan te sturen en hun zorg af te stemmen. Het risico bestaat dat cliënten niet de integrale zorg krijgen die zij nodig hebben.

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

Afbakeningsproblemen

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

Het gaat hierbij om:

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

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

Inefficiëntie in het zorgstelsel

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

..... naar een oplossing

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

Keuzevrijheid versus integrale zorg

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

Oplossingsrichtingen: een Zvw variant versus Wlz variant

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

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

2. Integrale zorg is het best te organiseren als één zorgaanbieder daarvoor verantwoordelijk is.
3. De zorgvormen die moeilijk zijn af te bakenen moeten in één wettelijk domein worden ondergebracht.
4. Om substitutiemogelijkheden in de zorgverlening te benutten en om verkeerde en dubbele declaraties te voorkómen is het goed om de zorg voor de Wlz-cliënt zoveel mogelijk in één domein onder te brengen, waarvoor één Wlz-aanbieder verantwoordelijk is.
5. Voor zover mogelijk houden cliënten keuzevrijheid ten aanzien van de zorg die zij ontvangen.

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

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

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

Financiële consequenties

Een ruwe berekening van de financiële consequenties van implementatie van ons advies laat zien dat de Wlz ongeveer met € 691 miljoen zal worden verruimd. Een groot deel van deze middelen is afkomstig vanuit de Zvw.

Daarnaast is er een beperkte uitbreiding van de Wlz-aanspraak die tot extra kosten leidt. Als een principebesluit is genomen omtrent de opvolging van ons advies, moet dat scherper worden bepaald.

1 Inleiding

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

1.1 Aanleiding

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

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

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

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

Daarnaast wordt het Zorginstituut gevraagd om in te gaan op de aanspraak op vervoer naar de plaats waar de verzekerde de behandeling ontvangt, de consequenties voor de wet- en regelgeving (waaronder de samenhang met andere domeinen), de financiële consequenties en de consequenties voor de uitvoering (contractering, zorginkoop, bekostiging). Ook is gevraagd in te gaan op de samenhang met het ook op 23 juli 2015 aan het Zorginstituut gevraagde advies over het onderbrengen in de Zvw van de behandeling die op dit moment in de 'Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling' is geregeld.

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

1.2**De kern van het probleem en de scope van ons advies**

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

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

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

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

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

Het komt ook voor dat het vpt in een losstaande setting wordt geboden, ongeclusterd. Samen met het modulair pakket thuis (mpt) en het persoonsgebonden budget (pgb) vatten we dat onder zorg thuis, waarover het project Maatwerk in de Wlz gaat. Daarom gaan we in dit rapport niet in op deze leveringsvormen.

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

⁵ Zoals verpleeghuizen of instellingen voor verstandelijk gehandicapten

⁶ Zoals een verzorgingshuis of gezinsvervangend tehuis

1.3 Status en doelstelling van dit advies

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

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

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

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

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

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

1.4 Aanpak

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

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

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

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

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

1.5**Leeswijzer**

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

2 Behandeling in de Wlz

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

2.1 Achtergrond en historie

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

2.1.1 *Verschillende sectoren in één systeem*

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

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

2.1.2 *Complexe en op punten onlogische regelgeving*

Het gaat om behandeling en de aanvullende zorgvormen (zoals hulpmiddelen, specifieke paramedische zorg, farmaceutische zorg en tandheelkundige zorg).

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

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

In de loop der tijd is die regelgeving materieel nauwelijks veranderd, maar de omgeving en context waarbinnen die van toepassing is wel. Dat heeft tot gevolg gehad dat de toepassing van die regelgeving erg complex is geworden, dat die in de huidige situatie op punten onlogisch is, en tot allerlei uitvoeringsproblemen leidt. Met als gevolg dat cliënten soms geen passende zorg krijgen.

2.1.3

Twee vormen van verblijf

Historisch bestaan er twee verschillende vormen van verblijf:

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

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

2.1.4

Indicatiestelling voor behandeling

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

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

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

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

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

2.1.5

Bekostiging

In de *bekostiging* is wel sprake van ZZP's met en zonder behandeling. Welk tarief wordt betaald hangt simpelweg af van de vraag waar de cliënt verblijft. Dat werkt

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

als volgt: het zorgkantoor koopt bij instellingen ZZP's in. In een verpleeghuis of instelling voor verstandelijk gehandicapten zijn dat plaatsen met, en in een verzorgingshuis plaatsen zonder behandeling. Als een verzekerde een indicatie krijgt voor een bepaald ZZP kan hij die zowel verzilveren in een instelling met als in een instelling zonder behandeling.

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

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

2.1.6 *Aanscherping van de toelatingscriteria*

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

2.1.7 *Bestaande situatie*

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

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

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

2.2 **De huidige regelgeving**

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

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

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

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

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

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

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

Wlz-specifieke behandeling is als volgt omschreven:

behandeling omvat geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde. Het Zorginstituut duidt dit als volgt: bij de Wlz-specifieke behandeling gaat het om behandeling die specifiek is gericht op de Wlz-problematiek en/of specifieke vaardigheden van de behandelaar vereist, bijvoorbeeld kunnen omgaan met de doelgroep.

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

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

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

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

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

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

2.3

Samenhang met het advies 'Extramurale behandeling ontleed'

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

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

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

Het Zorginstituut kenschetst in het genoemde rapport de zorg die de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten leveren als 'generalistische geneeskundige zorg'. Het Zorginstituut schaaft deze zorg onder de functioneel omschreven 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' en 'zorg zoals

klinisch psychologen die plegen te bieden'. Het Zorginstituut concludeert hiermee dat de zorg door de specialist ouderengeneeskunde en door de arts voor verstandelijk gehandicapten past binnen de Zvw. Ook al zal er voor bepaalde zorgvragen specifieke zorginhoudelijke deskundigheid nodig zijn, dan nog is die specifieke deskundigheid niet voldoende om inhoudelijk van andere zorg te spreken. Ook voor de paramedische zorg geldt dat hun zorg inhoudelijk is te vatten onder de noemer 'zorg die fysiotherapeuten en oefentherapeuten plegen te bieden' Deze zorg valt onder de strekking van artikel 2.6 Besluit zorgverzekering. Hoewel we hebben geconcludeerd dat er naar aard en inhoud geen verschil is tussen de Wlz-specifieke behandeling en de geneeskundige zorg van algemeen medische aard, blijven we deze termen in dit rapport gebruiken. Dit is noodzakelijk om de problemen te verduidelijken die de huidige omschrijving van de aanspraken in de wet, waarbij dit onderscheid wordt gemaakt, met zich meebrengt.

2.4

Doelgroep van de Wlz

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

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

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

2.4.1

24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht

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

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

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

In de praktijk betekent dit dat alleen cliënten die blijvend ten minste 24 uur zorg in de nabijheid nodig hebben voor een Wlz-indicatie in aanmerking komen. Deze nabijheid is nodig ter afwending van een mogelijk ernstig nadeel. De cliënt is zelf niet in staat om op relevante momenten hulp in te roepen, hetzij door zware regieproblemen, hetzij door fysieke problemen waarvoor hij voortdurend begeleiding verpleging of overname van zorg nodig heeft. Artikel 3.2.1, tweede lid, Wlz definieert het begrip 'ernstig nadeel'. Ernstig nadeel voor de verzekerde wordt beschreven als een situatie waarin de verzekerde:

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

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

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

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

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

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

Voorbeelden zijn beademingspatiënten met een korte responstijd, cliënten met een ernstige vorm van (therapieresistente) epilepsie, of ouderen met een risico op optreden van delier bij complicaties. Cliënten die zeer ernstig lichamelijk gehandicapt zijn, en met betrekking tot hun algemeen dagelijkse levensverrichtingen volledig afhankelijk zijn van hulp, maar waar de medische

situatie stabiel is en die cognitief niet beperkt zijn, hebben geen toegang tot de Wlz als ze nog in staat zijn om alarm te slaan als ze acute hulp nodig hebben. Het enkelvoudig voorkomen van een zintuiglijke handicap zoals een auditief communicatieve beperking of een visuele beperking, leidt gezien de zware toegangscriteria slechts in hele hoge uitzonderingssituaties tot toegang tot de Wlz. Alleen als de zintuiglijke beperking optreedt in combinatie met andere beperkingen wordt doorgaans pas aan de toelatingscriteria voldaan.

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

2.4.2

GGZ-doelgroep

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

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

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

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

Het maximale verblijf in de Zvw is een periode van 1095 dagen (3 jaar), hiervoor worden alle vormen van verblijf bij elkaar opgeteld dus ook de periode dat een verzekerde bv. in een ziekenhuis of revalidatie-instelling heeft verbleven (bv cliënt met multiple fractures na een suïcide poging).

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

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

Als het voortgezet verblijf niet meer nodig is, eindigt ook de vergoeding hiervan uit de Wlz. De cliënt verlaat de Wlz-instelling en gaat terug naar huis of naar bijvoorbeeld een beschermde woonvorm. Hij kan dan o.a. gebruik maken van algemene voorzieningen vanuit de Wmo en/of een maatwerkvoorziening aanvragen, voor ambulante behandeling moet hij een beroep doen op de Zvw. De Wlz-indicatie blijft nog wel bestaan zolang die geldig is (maximaal 3 jaar), maar geeft **geen** aanspraak meer op verblijf met geneeskundige GGZ behandeling vanuit de Wlz. Als blijkt dat het niet goed gaat en de cliënt weer opgenomen moet worden voor GGZ-zorg dan geldt het volgende: als de opname volgt binnen 90 dagen na vertrek uit de Wlz-instelling, dan wordt het verblijf weer vergoed uit de Wlz. Is het langer dan 90 dagen geleden, dan geldt dit niet. Het medisch noodzakelijk verblijf wordt dan weer vergoed uit de Zorgverzekeringswet.

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

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

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

De wet zegt hierover het volgende:

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

- a. tijdelijk behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid als bedoeld in het eerste lid, onder a of b, of
- b. volgens zijn behandelaar is aangewezen op het afmaken van een onder de Jeugdwet aangevangen behandeling met verblijf.’

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

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

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

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

2.5 Noodzaak van integrale, interdisciplinaire zorg

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

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

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

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

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

2.6 Aantallen

Op 1 januari 2017 hadden ruim 285.000 mensen een geldige Wlz-indicatie. Hiervan verbleven er ruim 200.000 in een instelling. Ruim 55.000 Wlz-cliënten ontvangen hun zorg thuis, waarvan ruim 23.500 mensen in de vorm van een pgb, ruim 14.000 mensen in de vorm van een mpt en ruim 7.000 in de vorm van een vpt. Ruim 12.000 cliënten ontvingen overbruggingszorg. Dat is zorg die de cliënt thuis ontvangt voordat de gewenste zorg gerealiseerd is.

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

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

Tabel 1 laat het aantal cliënten zien dat op 1 januari 2017 een indicatie had voor de Wlz.

Tabel 1: Aantal cliënten met een Wlz-indicatie op 1 januari 2017

	Totaal	Verblijf	vpt	mpt	pgb	Combi mpt-pgb	Overbrug- gingszorg	Geen zorg
Verpleging & verzorging	156.946	118.469	5.355	5.858	6.919	311	8.083	11.951
Gehandicaptenzorg	122.150	77.612	3.172	7.079	18.364	1.887	3.015	11.021
Geestelijke gezondheidszorg	7.888	5.749	7	60	4	0	0	2.059
Totaal	286.984	201.830	8.534	12.997	25.287	2.198	11.107	25.031

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

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

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

Tabel 2 biedt inzicht in de percentages cliënten per leveringsvorm op 1 januari 2017. Het gaat om zowel minderjarige als volwassen Wlz-clieñten.

Tabel 2: Percentage cliënten per leveringsvorm

	Verblijf	vpt	mpt	pgb	Combi mpt-pgb	Overbrug- gingszorg	Geen zorg
Verpleging & verzorging	75%	3%	4%	4%	0%	5%	8%
Gehandicaptenzorg	64%	3%	6%	15%	2%	2%	9%
Geestelijke gezondheidszorg	73%	0%	1%	0%	0%	0%	26%
Totaal	70%	3%	5%	9%	1%	4%	9%

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

De tabel laat zien dat 75% van de Wlz-clieñten in een instelling woont. In de sector van de gehandicaptenzorg is het percentage dat in een instelling woont lager (63%) dan in de v&v sector (75 %).

2.7 De praktijk van behandeling in de Wlz

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

2.7.1 *Gebruikelijke organisatie van de zorg*

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

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

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

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

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

2.7.2 *Eigen keuzemogelijkheden instelling*

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

2.7.2.1 Instellingszorg of anders

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

2.7.2.2 Teamwork: in dienstverband of met inhuur

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

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

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

2.7.2.3 Vaste beschikbaarheid of op consultbasis

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

3 Van problemen naar oplossingen

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

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

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

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

3.1 Verschillen in aanspraak op Wlz-zorg

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

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

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

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

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

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

3.1.2 *Complexiteit en onduidelijkheid*

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

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

Hiervoor zijn diverse redenen aan te geven:

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

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

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

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

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

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

3.1.4

Conclusie

Het Zorginstituut vindt dat de zorgbehoefte bepalend moet zijn voor de aanspraak op Wlz-zorg. In paragraaf 2.4 hebben we geconcludeerd dat vrijwel alle Wlz-cliënten behoefte hebben aan integrale, interdisciplinaire zorg. Hieruit volgt dat vrijwel alle cliënten aanspraak moeten hebben op hetzelfde Wlz-pakket en dat het daarbij niet uitmaakt of een cliënt in een Wlz-instelling woont met behandeling, of zonder behandeling of thuis zijn zorg ontvangt.

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

3.2

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

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

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

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

3.3

Afbakeningsproblemen

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

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

3.3.1

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

Het is nauwelijks vast te stellen of de geneeskundige zorg die een verzekerde ontvangt behandeling van specifiek medische aard is of geneeskundige zorg van algemeen medische aard. De geneeskundige zorg is Wlz-specifiek als de zorg noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de cliënt, of als de behandelaar specifieke vaardigheden moet hebben om met de

¹⁴ Zie paragraaf 2.5.

doelgroep om te gaan. Soms is het onderscheid wel te maken, zoals bij problemen als ingegroeide teennagels en oorontsteking (die zijn algemeen) maar er is veel grensvlakproblematiek. Denk bijvoorbeeld aan de behandeling van een blaasontsteking bij een gevorderd dementerende cliënt. Is dit Wlz-specifieke behandeling die onder de Wlz valt of is dit geneeskundige zorg van algemene aard die voor deze groep ook onder de Zvw kan vallen? Het is maar hoe je het bekijkt.

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

3.3.2

Onderscheid Wlz-specifieke paramedische zorg en algemeen paramedische zorg

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

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

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

3.3.3

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

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

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

3.3.4

Overige afbakeningsproblemen

Daarnaast blijken de volgende zorgvormen moeilijk af te bakenen:

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

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

3.3.5

Onduidelijkheid over hulpmiddelen

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

1. voor meerdere verzekerden te gebruiken of te hergebruiken roerende voorzieningen die noodzakelijk zijn voor de zorgverlening of in verband met het opheffen of verminderen van belemmeringen die de verzekerde als gevolg van

- een aandoening, beperking, stoornis of handicap, ondervindt bij het normale gebruik van zijn woonruimte (artikel 3.1.1, eerste lid, onder a, ten derde, Wlz);
- 2. de aanvullende zorgvorm (artikel 3.1.1, eerste lid, onder d, ten vierde, Wlz) voor het gebruik van hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg en
- 3. het individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen (artikel 3.1.1, eerste lid, onder e, Wlz).

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

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

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

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

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

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

3.4

Inefficiënties in het stelsel

De onduidelijkheid en afbakeningsproblemen die spelen, kunnen (zonder dat er per se sprake is van opzet) ook leiden tot dubbele declaraties. Zorgverzekeraars zien wel wanneer een cliënt een Wlz-indicatie heeft, maar weten vaak niet of een cliënt

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

in een instelling zonder behandeling of in een instelling met behandeling verblijft. Daardoor kunnen zij ook niet toetsen of de toegezonden factuur voor bijvoorbeeld fysiotherapie ten laste van de Zvw of ten laste van de Wlz moet komen. En áls duidelijk zou zijn dat het gaat om een cliënt die verblijft met behandeling ontvangt, is nog steeds niet goed uit te maken of het gaat om specifieke paramedische zorg (ten laste van de Wlz) of om algemene paramedische zorg (ten laste van de Zvw).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4 Positionering behandeling en aanvullende zorgvormen

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

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

4.1 **Keuzevrijheid versus integrale zorg**

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

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

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

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

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

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

Het voorop stellen van integrale zorg betekent bij institutionele zorg dat de keuzevrijheid voor behandelaren beperkt is. Als we daarentegen keuzevrijheid voorop zouden stellen, zou dat betekenen dat het kiezen van eigen behandelaren en hulpverleners afdwingbaar moet zijn. Ook als de noodzaak van integrale zorg dit

feitelijk niet toestaat. Het is voor een zorgaanbieder dan nauwelijks of niet mogelijk verantwoordelijk te zijn voor goede zorg.

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

4.2 Beoordeling van de oplossingsvarianten

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

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

De huidige situatie scoort negatief op de eerste vier problemen.

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

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

1. Integrale, interdisciplinaire zorg

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

2. Zelfde aanspraak

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

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

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

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

3. Afbakeningsproblemen

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

4. Efficiëntie van het stelsel

Bij één integraal samenhangend Wlz-pakket waarvoor één partij verantwoordelijk is, kunnen de mogelijkheden van substitutie in deze variant goed worden benut. Daarnaast wordt het risico kleiner dat de zorg in het verkeerde domein wordt gedeclareerd of dat er dubbele declaraties plaatsvinden.

5. Keuzevrijheid

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

4.2.2

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

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

1. Integrale zorg

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

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

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

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

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

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

2. Zelfde aanspraak

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

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

3. Afbakeningsproblemen

Deze variant biedt wel een oplossing voor het probleem van de afbakening van Wlz-specifieke behandeling en de geneeskundige zorg van algemeen medische aard, maar er kunnen nieuwe afbakeningsproblemen ontstaan als de Wlz-specifieke behandeling en de geneeskundige zorg van algemeen medische aard onder een ander wettelijk kader (Zvw) worden geplaatst dan de persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding (Wlz). Die zorg is nauw verweven met behandeling, en dus niet altijd duidelijk te onderscheiden.

4. Efficiëntie van het stelsel

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

5. Keuzevrijheid

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

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

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

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

4.2.3

Voorkeur van het Zorginstituut

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

Tabel 3. Scores varianten

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

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

De voorkeur van het Zorginstituut gaat uit naar oplossingsvariant 1, waarbij de geneeskundige zorg van algemeen medische aard, de Wlz-specifieke behandeling en de aanvullende zorgvormen voor alle Wlz-cliënten worden ondergebracht in de Wlz. Eén partij is verantwoordelijk voor de afstemming en de coördinatie.

Deze variant biedt de beste garantie op het realiseren van samenhangende integrale zorg voor cliënten die dit nodig hebben. Maar de garantie op integrale zorg gaat mogelijk ten koste van de keuzevrijheid op systeemniveau.

In de volgende paragraaf, waarbij we ingaan op de gevolgen van invoering van deze oplossingsvariant, zullen we onze voorkeur nuanceren.

4.3

Implementatie van de oplossingsvariant

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

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

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

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

4.3.1

Consequenties voor cliënten

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

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

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

- *Verruiming van de aanspraak*

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

4.3.2

Consequenties voor zorgaanbieders en professionals

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

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

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

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

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

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

4.3.3

Consequenties voor zorgkantoren

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

beroepsverenigingen en cliëntorganisaties. Ook zal het consequenties hebben voor de wijze waarop de materiële controles worden uitgevoerd.

4.3.4 *Consequenties voor zorgverzekeraars*

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4.2 *Vervoer naar behandeling*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4.4 *Farmaceutische zorg*

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

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

Dit heeft de volgende voordelen:

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

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

medicatieveiligheidsbeleid en de werkstructuur van de instelling. Zo maken instellingen en apothekers afspraken over medicatiebeoordelingen en de wijze waarop de geneesmiddelen worden geleverd (inrichting medicijnrollen/baxters, frequentie van levering, etc.). Als instellingen niet meer verantwoordelijk zijn voor het financiële deel, zijn de mogelijkheden van de instellingen beperkt om de zorg- en dienstverlening van de apotheker te sturen.

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

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

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

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

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

4.4.5 *Hulpmiddelen*

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

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

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

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

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

4.4.6 *Tandheelkundige zorg*

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

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

- Het multidisciplinair overleg, dat noodzakelijk is om integrale zorg te bieden, wordt bemoeilijkt;
- Tandheelkundige hulp voor volwassenen is geen te verzekeren prestatie krachtens de Zorgverzekeringswet. Dat is het wel bij een indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp¹⁹. Hieraan kleven voor de betrokken patiënten twee bezwaren:

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

- a Om gebruik te kunnen maken van de Regeling bijzondere tandheelkunde Zvw dient voor elke behandeling een aanvraag door de tandarts bij de zorgverzekeraar te worden ingediend. Dit leidt tot veel bureaucratie en werpt een drempel op voor de betrokkenen bij de zorgverlening;
- b Omdat de Regeling bijzondere tandheelkunde alleen de meerkosten van de bijzondere tandheelkunde vergoedt, en niet de 'normale tandheelkundige zorg', moeten cliënten zelf zorgen voor een aanvullende verzekering of zelf de kosten van deze normale tandheelkundige zorg betalen.

4.4.7

Paramedische zorg

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

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

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

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

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

4.5

Financiële consequenties

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

Tabel 4 Verschuivingen voorkeursvariant 'Alles onder de Wlz'

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

Het betreft ongeveer 60.549 cliënten die in een instelling zonder behandeling verblijven (zie paragraaf 2.6: 30% van de ruim 200.000 cliënten die in een instelling verblijven) en een deel van de 8.534 VPT-clieënten (namelijk de cliënten die in een geëxtramuraliseerd verzorgingshuis verblijven). Deze 69.100 cliënten zullen aanspraak kunnen maken op een ruimer Wlz-pakket.

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

Als we uitgaan van de huidige tarieven voor de component 'Wlz-specifieke behandeling aanvullende zorgvormen' zal het gaan om een bedrag van ongeveer € 10.000 euro per jaar per cliënt. Het zal dus gaan om een verhoging van het macrobudget van de Wlz van ongeveer **€ 691 miljoen**. Dit is echter een zeer grove inschatting en omgeven met een aantal onzekerheden:

- Het tarief van € 10.000 per cliënt per jaar is het tarief voor Wlz-specifieke behandeling inclusief de aanvullende zorgvormen. In dit advies zullen alleen de aanvullende zorgvormen worden overgeheveld. Niet bekend is in hoeverre alle Wlz-cliënten Wlz-specifieke behandeling behoeven;
- Wij hebben gerekend met tarieven, niet met werkelijke kosten. In hoeverre de tarieven de werkelijke kosten dekken, is niet bekend.
- In bovenstaande bedragen is geen rekening gehouden met de verbreding van het pakket die wij adviseren ten aanzien van de paramedische zorg en de hulpmiddelen. Deze verbreding is van toepassing voor alle Wlz-cliënten en niet alleen de cliënten die in een instelling verblijven en cliënten die zorg ontvangen in de vorm van een geclusterd vpt.

Voor een deel zijn de middelen afkomstig vanuit de Zvw. Naast deze verschuiving vindt ook een kostenverhoging plaats. Dit komt doordat voor een deel de Wlz-aanspraken ruimer zijn dan de Zvw-aanspraken.

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

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

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

4.5.1

Bekostiging

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

4.6

Kwaliteitsstandaarden

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

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

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

5 Advies van Adviescommissie Pakket

Advies van de ACP aan de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over Wlz (Wet langdurige zorg) behandeling en aanvullende zorgvormen (Titel advies: "Naar een eenduidige zorg voor alle Wlz cliënten") (systeemadvies)

De Adviescommissie Pakket (ACP) adviseert de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over voorgenomen pakketadviezen. Deze kunnen gaan over in- of uitstroom van interventies in de zorgverzekering, maar ook over de organisatie en de inrichting van de zorg. In het laatste geval spreken we van systeemadviezen. Zij doet dit vanuit het principe dat het systeem van de zorgverzekering en aanpalende regelingen maximale gezondheidswinst dient op te leveren voor de gehele bevolking. Bij systeemadviezen beoordeelt de commissie of de uitvoering ervan leidt tot maatschappelijk rechtvaardige uitkomsten waarbij de kwaliteit van en de toegang tot zorg en de mogelijke uitvoeringsconsequenties (waaronder de betaalbaarheid) een belangrijke rol spelen.

De commissie heeft in haar vergadering van 30 juni 2017 gesproken over de positionering van aanvullende zorgvormen voor cliënten met een Wlz indicatie voor behandeling. Het advies gaat over Wlz-cliënten in een instelling en Wlz-cliënten die geclusterd wonen en een volledig pakket thuis (vpt) ontvangen. In het voorgenomen advies van het Zorginstituut wordt voorgesteld voor deze cliënten deze aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz te gaan leveren (nu worden ze voor een deel van de cliënten nog uit de Zorgverzekeringswet geleverd) en door één Wlz instelling. Hierdoor wordt integrale zorg beter mogelijk gemaakt.

De ACP kan zich uit het oogpunt van kwaliteit van zorg vinden in het voorgenomen advies van het Zorginstituut. Wanneer alle zorg vanuit de Wlz en vanuit één Wlz instelling wordt aangeboden, en dus niet versnipperd, komt dat ten goede aan de integraliteit en daarmee de kwaliteit van de zorg.

Ook uit het oogpunt van toegankelijkheid steunt de commissie het advies, omdat hiermee integrale zorg, die vrijwel alle Wlz-cliënten nodig hebben, beter toegankelijk wordt. Het advies heft namelijk de verschillen in het pakket die nu bestaan tussen Wlz-cliënten op.

De commissie heeft verder besproken dat het advies de keuzevrijheid van cliënten kan inperken, doordat volgens het voorstel één Wlz instelling verantwoordelijk is voor alle te verlenen zorg. Hierdoor kunnen cliënten minder vrijheid ondervinden in het kiezen van hun zorgverlener. Aangezien het hier gaat om een groep cliënten die minder goed of niet in staat is zelf regie te voeren, vindt de commissie deze mogelijke beperking van de keuzevrijheid te billijken, omdat hier belangrijke voordelen voor hen tegenover staan.

Ook is het zo dat door het voorgestelde advies mensen met een laag ZZP (tijdelijk) aanspraak krijgen op het integrale pakket. Het advies geldt ook voor een groep cliënten met een van oudsher laag ZZP. Het gaat hier om zogenaamde 'overgangsccliënten': cliënten die nu geen toegang meer zouden hebben tot de Wlz, maar voor invoering van de Wlz al in een instelling verbleven. Deze groep zal steeds kleiner worden. De zorgbehoefte van deze overgangsccliënten is geringer en zij hebben niet allemaal integrale zorg nodig. Ook voor deze groep wordt de keuzevrijheid van behandelaren mogelijk kleiner. Maatregelen om deze groep apart

te houden (bv door middel van her indicering) hebben dermate grote uitvoeringsconsequenties dat zij niet in verhouding staan tot het (tijdelijke) probleem.

Ten slotte speelt mee dat door het advies zowel voor zorgaanbieders, zorgkantoren als cliënten de aanspraak op zorg duidelijker wordt, waardoor minder uitvoeringsproblemen zullen bestaan.

De laatste twee overwegingen betreffen de uitvoerbaarheid van het voorstel. Dit betekent dat de Commissie het advies ook vanuit het oogpunt van uitvoerbaarheid steunt.

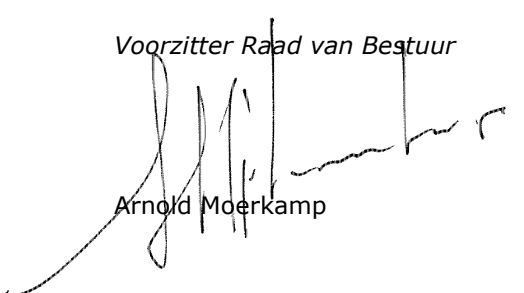
6 Conclusies en aanbevelingen

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

- 7 Om de afbakeningsproblemen op te lossen bevelen wij aan om:
 - a. bij de omschrijving van de aanspraak geen onderscheid te maken tussen behandeling van specifiek medische aard en geneeskundige zorg van algemeen medische aard;
 - b. bij de omschrijving van de aanspraak geen onderscheid te maken tussen behandeling van specifiek paramedische aard en algemeen paramedische zorg;
 - c. de drie categorieën hulpmiddelen onderdeel te laten uitmaken van het brede Wlz-pakket.
- 8 Ons advies is te implementeren los van de ontwikkeling van die overige leveringsvormen.

Zorginstituut Nederland

Voorzitter Raad van Bestuur



Arnold Moerkamp

Bijlage 1 bij 2016129125



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

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

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

Inlichtingen bij

Thea Leeuwangh
T 0611583366
F 070 340 78 34
t.leeuwangh@minvws.nl

Kenmerk
799341-139445-LZ

Datum **23 JULI 2015**
Betreft Verzoek om advies over de positionering behandeling Wlz

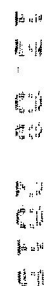
*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Geachte heer Moerkamp,

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

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

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



Directie Langdurige Zorg

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

Positionering Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen

Een verkenning van problemen in de praktijk
en oplossingen voor de toekomst.



Positionering Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen

Een verkenning van problemen van de
praktijk en oplossingen voor de toekomst

Colofon

Titel	Positionering Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen Een verkenning van problemen van de praktijk en oplossingen voor de toekomst
Auteur(s)	dr. P. Jansen, ir. Nienke van Vliet
Opdrachtgever	Zorginstituut Nederland
Kenmerk	PJ/16/1474/posbh
Publicatiedatum	12 juli 2016

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	5
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.2 Opdracht	8
1.3 Aanpak.....	9
2. Deskresearch	12
2.1 Historie	12
2.2 Begrippen	14
2.3 Overzicht Wlz-indicaties en leveringsvormen	16
3. Problemen in de praktijk.....	17
3.1 Problemen	17
3.2 Conclusie	22
4. Oplossingen voor de toekomst	23
4.1 Van problemen naar oplossingen.....	23
4.2 Oplossingsvarianten	23
5. Beoordeling van de oplossingsvarianten	26
5.1 Omschrijving van de criteria	26
5.2 Beoordeling met de criteria.....	27
5.3 Conclusie	29
6. Uitvoerbaarheid oplossingsvarianten	32
6.1 Consequenties voor de cliënt	32
6.2 Consequenties voor Wlz-aanbieders	32
6.3 Consequenties voor zorgkantoren	34
6.4 Consequenties voor zorgverzekeraars	34
6.5 Consequenties voor wet- en regelgeving.....	35
6.6 Financiële consequenties.....	36
7. Beschouwing.....	38
 Bijlage 1. Organisaties die deel hebben genomen aan expertbijeenkomsten	40
Bijlage 2. Aantal cliënten met een Wlz-indicatie	41
Bijlage 3. Problemen genoemd door experts	43
Bijlage 4. Voorkeur Wlz of Zvw voor aantal aanvullende zorgvormen	45

Samenvatting

Opdracht

De filosofie van de Wet langdurige zorg (Wlz) is dat alle verzekerden met een indicatiebesluit voor de Wlz recht hebben op een integraal pakket. In artikel 3.1.1, lid 1.d van de Wlz staat vermeld, dat alleen verzekerden die verblijven in een instelling en daar ook Wlz-behandeling ontvangen, aanspraak kunnen maken op de zogenaamde aanvullende zorgvormen. Er is dus een onderscheid in het verzekerd pakket bij verblijf met behandeling en bij de overige leveringsvormen (verblijf zonder behandeling, vpt, mpt of pgb).

Staatssecretaris Van Rijn heeft in zijn brief van 23 juli 2015 Zorginstituut Nederland gevraagd naar een uitvoeringstoets om te bezien onder welke voorwaarden en per wanneer het verzekerde pakket op dit punt kan worden aangepast. Om deze vraag te kunnen beantwoorden heeft het Zorginstituut bureau HHM gevraagd om onderzoek te doen. De onderzoeksopdracht omvatte drie onderdelen:

1. Inventarisatie van de problemen in de praktijk.
2. Beschrijving van oplossingsvarianten voor de geconstateerde problemen.
3. Beschrijving van de consequenties van de verschillende oplossingsvarianten.

Problemen: complexiteit

Tijdens het onderzoek is de complexiteit van de positionering van Wlz-behandeling en de aanvullende zorgvormen bevestigd. We constateren dat zelfs mensen die dagelijks te maken hebben met de Wlz, niet alle regelgeving goed snappen of nog onbekend zijn met de nieuwe regelgeving in de Wlz. De regelgeving is moeilijk uitlegbaar voor de dagelijkse praktijk. We constateren, dat ondanks en niet dankzij deze nieuwe regelgeving, men toch zijn weg weet te vinden en ervoor wordt gezorgd dat de cliënt de zorg krijgt die nodig is. Daardoor zijn de consequenties en problemen voor zorgaanbieders en cliënten enigszins beperkt, maar de gevonden wegen zijn niet altijd rechtmatig. Een belangrijk criterium voor de mogelijke oplossingen van de geconstateerde problemen is daarom om de regelgeving eenvoudiger te maken.

Oplossingsvarianten: vereenvoudiging

Om een eerste vereenvoudigingsslag te maken, maken we in de oplossingsvarianten geen onderscheid tussen Wlz-verblijf met behandeling en Wlz-verblijf zonder behandeling. De Wlz-populatie is namelijk veel zwaarder dan die van de AWBZ en daardoor is een veel groter deel van de Wlz-geïndiceerden op integrale zorg inclusief behandeling aangewezen dan dat in de AWBZ het geval was. Het onderscheid kan dus niet meer worden gerechtvaardigd.

Eveneens in het kader van de vereenvoudiging, hanteren we binnen 'geneeskundige zorg van algemeen medische aard' geen uitzondering voor de paramedische zorg (zoals in de Wlz wel wordt gedaan in artikel 3.1.1 lid 1.d.1). Het onderscheid tussen algemene paramedische behandeling en Wlz-specifieke paramedische behandeling is in de praktijk namelijk niet te maken.

Daarnaast zijn alle oplossingsvarianten erop gericht om zoveel mogelijk integraliteit van zorg en behandeling te kunnen leveren aan Wlz-geïndiceerde cliënten. Deze integraliteit beperkt zich niet tot de Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen.

Het gaat ook om de integraliteit met verpleging, begeleiding en verzorging. Immers, kenmerkend voor de Wlz-geïndiceerde cliënten is dat vrijwel altijd sprake is van comorbiditeit. Hiervoor moeten alle vormen van zorg en behandeling integraal met elkaar samenhangen, waardoor het niet wenselijk is om onderdelen van de zorg en behandeling onder verschillende stelsels te brengen. Dit betekent dat we er - in de oplossingsvarianten waarbij de behandeling onder de Zvw wordt geplaatst - van uitgaan dat de persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging (artikel 3.1.1. lid 1.c.) ook onder de Zvw worden geplaatst, zodat de noodzakelijke integraliteit wordt behouden.

Uitgaande van de criteria eenvoud en passende zorg hanteren we vier perspectieven om te komen tot een keuze voor mogelijke oplossingsvarianten:

- A. Perspectief vanuit integrale Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen
 - A.1 Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen binnen de Wlz
 - A.2 Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen binnen de Zvw
- B. Perspectief vanuit verblijfplaats van de cliënt
- C. Perspectief vanuit continuïteit van behandeling
- D. Perspectief vanuit integrale behandeling
 - D.1 Behandeling binnen de Wlz
 - D.2 Behandeling binnen de Zvw

Deze oplossingsvarianten hebben we in de rapportage inhoudelijk nader beschreven.

Score oplossingsvarianten: eenvoud en passende zorg

Op basis van de geïnventariseerde problemen hebben we geconstateerd dat de oplossingen moeten bijdragen aan vereenvoudiging en het leveren van passende zorg. Als we kijken naar deze twee criteria scoren drie varianten het best:

- A.1: integrale Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz;
- B: verblijfplaats van de cliënt: bij intramuraal verblijf Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz en bij geen gebruik van Wlz-verblijf Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen vanuit de Zvw;
- D.1: integrale behandeling vanuit de Wlz.

Uitvoerbaarheid oplossingsvarianten: consequenties

De uitvoerbaarheid van de oplossingsvarianten hebben we beschreven aan de hand van consequenties voor de cliënt, zorgaanbieder, zorgkantoor, zorgverzekeraar en wet- en regelgeving. Tevens hebben we op basis van een analyse van de NZa de financiële consequenties in beeld gebracht. De consequenties van deze varianten verschillen enigszins, maar alle varianten zijn uitvoerbaar. Met deze varianten is het haalbaar om het systeem eenvoudiger te maken en kunnen cliënten passende behandeling en zorg blijven ontvangen. Welke oplossingsvariant het meest gewenst is, is afhankelijk van hoe zwaar elk toetsingscriterium wordt gewogen en welke consequenties het zwaarst worden gewogen in die afweging.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De filosofie van de Wet langdurige zorg (Wlz) is dat alle verzekerden met een indicatiebesluit voor de Wlz recht hebben op een integraal pakket. In artikel 3.1.1 van de Wlz staat de verzekerde zorg als volgt beschreven:

- 1) *Het op grond van deze wet verzekerde pakket omvat de volgende vormen van zorg:*
 - a) *verblijf in een instelling, met inbegrip van voorzieningen die niet ten laste van de verzekerde kunnen komen, waaronder in elk geval:*
 - 1° *het verstrekken van eten en drinken,*
 - 2° *het schoonhouden van de woonruimte van de verzekerde, en*
 - 3° *voor meerdere verzekerden te gebruiken of te hergebruiken roerende voorzieningen die noodzakelijk zijn voor de zorgverlening of in verband met het opheffen of verminderen van belemmeringen die de verzekerde als gevolg van een aandoening, beperking, stoornis of handicap ondervindt bij het normale gebruik van zijn woonruimte;*
 - b) *persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging;*
 - c) *behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde;*
 - d) *door of namens een instelling waarvan de verzekerde verblijft alsmede behandeling als bedoeld in onderdeel c ontvangt te verlenen:*
 - 1° *geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg,*
 - 2° *behandeling van een psychische stoornis indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van een van de in artikel 3.2.1 genoemde aandoeningen of beperkingen;*
 - 3° *farmaceutische zorg;*
 - 4° *het gebruik van hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg;*
 - 5° *tandheelkundige zorg;*
 - 6° *kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling;*
 - e) *het individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen;*
 - f) *vervoer naar een plaats waar de verzekerde gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt;*
 - g) *logeeropvang in een instelling, met inbegrip van de voorzieningen, bedoeld in onderdeel a, mits dit geschiedt ter ontlasting van een of meer mantelzorgers.*

Onder lid 1.d staat vermeld, dat alleen verzekerden die verblijven in een instelling en daar ook Wlz-behandeling ontvangen, aanspraak kunnen maken op de zogenaamde aanvullende zorgvormen. Er is dus een onderscheid in het verzekerd pakket bij verblijf met behandeling en bij de overige leveringsvormen (verblijf zonder behandeling, vpt, mpt of pgb).

In de memorie van toelichting bij de Wlz wordt hierover gemeld:

“Op termijn wil de regering, conform het advies van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) bij de consultatie van dit wetsvoorstel, het onderscheid tussen Wlz-behandeling en algemene medische zorg laten vervallen. Vanuit de filosofie van de Wlz staat de regering voor een integraal pakket voor alle mensen die een indicatiebesluit voor de Wlz hebben, ongeacht voor welke leveringsvorm zij kiezen; zorg in natura met verblijf, vpt, [mpt]¹ of pgb. Het

¹ Van de leveringsvorm mpt was op dat moment nog geen sprake.

onderscheid is vanuit de AWBZ historisch te verklaren, maar leidt in praktijk tot afbakeningsdiscussies. Omdat het aanpassen van het verzekerd pakket in praktijk verstrekende gevolgen heeft voor onder meer de bekostiging en de organisatie van de zorg, kiest de regering ervoor om het onderscheid in de Wlz tussen enerzijds de verzekerde die zorg in natura met verblijf kiest en anderzijds de verzekerde die kiest voor vpt, [mpt] of pgb voorlopig te behouden. De cliënten die kiezen voor vpt, [mpt] of pgb ontvangen derhalve deze algemeen medische zorg vanuit de Zvw in plaats vanuit de Wlz. De Minister van VWS zal het Zorginstituut om een uitvoeringstoets verzoeken om te bezien onder welke voorwaarden en per wanneer tot aanpassing van het verzekerd pakket kan worden overgegaan.”

In vervolg hierop heeft staatssecretaris Van Rijn in zijn brief van 23 juli 2015 Zorginstituut Nederland gevraagd naar een uitvoeringstoets om te bezien onder welke voorwaarden en per wanneer het verzekerde pakket op dit punt kan worden aangepast. Om deze vraag te kunnen beantwoorden heeft het Zorginstituut bureau HHM gevraagd om onderzoek te doen. Het resultaat van dit onderzoek hebben we beschreven in voorliggend rapport en in de ‘Achtergrondstudie - positionering Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen’.

1.2 Opdracht

Het Zorginstituut wil laten onderzoeken onder welke voorwaarden tot aanpassen van het verzekerde pakket kan worden overgegaan, waarbij de Wlz-specifieke behandeling en de aanvullende zorgvormen in hetzelfde domein (Wlz/Zvw) worden ondergebracht.

De opdracht aan bureau HHM was om informatie te verzamelen op basis waarvan het Zorginstituut een beleidsmatige aanbeveling aan de Staatssecretaris kan formuleren.

De onderzoeksoopdracht omvatte drie onderdelen:

4. Inventarisatie van de problemen in de praktijk.
5. Beschrijving van oplossingsvarianten voor de geconstateerde problemen.
6. Beschrijving van de consequenties van de verschillende oplossingsvarianten.

Per onderdeel hebben we de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Inventarisatie van de problemen in de praktijk.
 - a. Welke afbakeningsproblemen doen zich in de praktijk voor tussen Wlz-specifieke behandeling en geneeskundige zorg van algemene medische aard, verpleging en begeleiding?
 - b. Welke problemen doen zich in de praktijk voor als gevolg van het onderscheid tussen het pakket bij verblijf met behandeling en het pakket bij verblijf zonder behandeling en de andere leveringsvormen?
 - c. Welke andere problemen doen zich voor rondom Wlz-specifieke behandeling?
 - d. Wat is de analyse van deze problemen (aard en omvang)?
2. Beschrijving van oplossingsvarianten voor de geconstateerde problemen:
 - a. Welke redenen zijn er om de huidige variant (onderscheid tussen verblijf met behandeling en verblijf zonder behandeling en de andere leveringsvormen) te handhaven?
 - b. Welke andere varianten zijn er? Mogelijkheden zijn: alles onder de Wlz, alles onder de Zvw of een combinatie Wlz/Zvw. Daarbij bestaat de keuze om

deze mogelijkheden al dan niet voor alle leveringsvormen hetzelfde in te vullen.

- c. Hoe scoren de verschillende varianten op de volgende criteria:
- Passend bij de aard en strekking van het wettelijk kader?
 - Oplossing voor de geconstateerde problemen?
 - Uitvoerbaarheid voor de ketenpartijen?
 - Cliëntvriendelijkheid (met welke wettelijke regimes, uitvoeringsinstanties, eigen betalingen, verstrekkingenprocedures heeft de verzekerde te maken)?
 - Te verwachten transitieproblemen?

3. Beschrijving van de consequenties van de verschillende oplossingsvarianten.
- a. Wat zijn de consequenties voor de wet- en regelgeving?
 - b. Wat zijn de financiële consequenties?
 - c. Wat zijn de consequenties voor de uitvoering (contractering, zorginkoop, bekostiging en administratieve lasten)?

1.3 Aanpak

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden hebben we diverse activiteiten verricht. In tabel 1 geven we per activiteit weer op welke onderzoeksvraag het accent lag.

Stappen	Inventarisatie problemen	Uitwerking oplossingen	Inventarisatie consequenties
Deskresearch			
Expertbijeenkomsten per sector			
Landelijke uitvraag			
Bespreking bevindingen			
Uitwerking oplossingsvarianten			
Inventarisatie consequenties			
Rapportage			

Tabel 1: Onderzoeksvragen en aanpak

Deskresearch

Voordat we begonnen met het inventariseren van de problemen in de praktijk zijn we dit traject gestart met het verzamelen en bestuderen van diverse documenten, aangevuld met gesprekken met enkele wetenschappers en beleidsmedewerkers van het Zorginstituut, ministerie van VWS, CIZ, Actiz, VGN, ZN, Iederin en NZa die beschikken over historisch perspectief op het gebied van de Wlz en AWBZ.

Op basis van de verzamelde informatie hebben we heldere omschrijvingen/definities kunnen formuleren van de Wlz-specifieke behandeling en aanvullende zorgvormen. Daarnaast hebben we inzicht gekregen in de beweegredenen van het historisch bepaalde onderscheid en een eerste indruk gekregen van de problemen en mogelijke oplossingsvarianten.

Expertgroepen per sector

Om meer gedetailleerd zicht te krijgen op de problemen in de praktijk hebben we per sector (VVT, VG, ZG, LG en GGZ²) een bijeenkomst georganiseerd met vertegenwoordigers van de betreffende brancheorganisatie, enkele zorgorganisaties, enkele zorgkantoren, relevante beroepsorganisaties en cliëntenorganisaties (vijf expertgroepen van totaal 46 organisaties). In bijlage 1 zijn de organisaties opgenomen die een expert hebben afgevaardigd. Op basis van de informatie uit de deskresearch en de praktijkervaringen van deze experts hebben we per sector een zo concreet mogelijke beschrijving van de problemen gemaakt.

Landelijke uitvraag

Om zicht te krijgen op de omvang van de problemen hebben we een landelijke uitvraag georganiseerd. De reden van deze uitvraag was om - via zoveel mogelijk professionals en beleidsmedewerkers - goed zicht te krijgen op de variatie van de problemen, oplossingen en consequenties in de praktijk. Hiervoor hebben we een vragenlijst gemaakt en via een webapplicatie uitgezet.

Naast de informatie uit deze landelijke uitvraag, hebben we ook gebruikgemaakt van gegevens van het Zorginstituut (i-Wlz), de NZa, en het CAK (bovenbudgettaire middelen) om inzicht te krijgen in de aantallen cliënten die het betreft en de financiële consequenties van mogelijke oplossingsvarianten.

Bespreking bevindingen

We hebben de resultaten van de landelijke uitvraag verwerkt in een presentatie en in een bijeenkomst besproken met de vijf expertgroepen die we hiervoor hadden samengesteld. Ook hebben we deze bijeenkomst gebruikt voor een verdieping van de problemen en een eerste verkenning van oplossingen. Door de experts uit de verschillende sectoren bij elkaar te brengen hebben we de mogelijkheid gecreëerd om te komen tot sectoroverstijgende oplossingen.

Uitwerking oplossingsvarianten

Op basis van de informatie die uit de voorgaande expertbijeenkomst naar voren is gekomen, hebben we vanuit een beperkt aantal perspectieven enkele oplossingsvarianten uitgewerkt.

Inventarisatie consequenties oplossingsvarianten

Met de denkkraft van de experts uit de vijf expertgroepen hebben we in een plenaire bijeenkomst de voor- en nadelen en de consequenties van de oplossingsvarianten in beeld gebracht. Hierbij hebben we gebruikgemaakt van 'brainwriting'. Dit is een werkvorm waarmee in een korte tijd bij een grote groep deelnemers heel veel informatie over de voor- en nadelen en consequenties kan worden opgehaald. Daarbij hebben we ook inzicht gekregen in de prioriteiten.

Rapportage

² Hoewel psychische stoornis geen toegang geeft tot de Wlz namen we de GGZ-sector wel mee in dit onderzoek, omdat één van de aanvullende zorgvormen is: 'behandeling van een psychische stoornis indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van een van de in artikel 3.2.1 genoemde aandoeningen of beperkingen'.

De bevindingen uit het onderzoek zijn beschreven in voorliggende rapportage.

2. Deskresearch

We hebben een uitgebreide deskresearch gedaan voor dit onderzoek. De resultaten zijn in een aparte rapportage beschreven ‘Achtergrondstudie - positionering Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen’. In dit hoofdstuk beschrijven we de hoofdzaken van de deskresearch. We beginnen met een korte beschrijving van de historie, zodat duidelijk is waar het onderscheid tussen Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen vandaan komt. Daarna volgt een inhoudelijke beschrijving van de begrippen uit het Wlz-artikel 3.1.1. lid c (Wlz-behandeling) en lid d (aanvullende zorgvormen). We eindigen dit hoofdstuk met een overzicht van het aantal Wlz-indicaties.

2.1 Historie

Voor de totstandkoming van het onderscheid in het verzekerd pakket bij verblijf met behandeling en bij de overige leveringsvormen gaan we terug naar het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza). Het toenmalig College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft in 2012 een rapport uitgebracht genaamd ‘Artikel 15 Bza’. Hierin is de totstandkoming van dit onderscheid goed beschreven. Onderstaande teksten komen uit dit rapport.

Wettelijk kader

Artikel 15 Bza bestond sinds 1 april 2003: het moment waarop de modernisering van de AWBZ werd ingezet. Er werd een omslag gemaakt van aanbodgerichte- naar vraaggerichte zorg. Dit hield onder andere in dat de AWBZ-aanspraken niet langer tot in detail in de wet werden vastgelegd, maar functiegericht (meer abstract) werden omschreven. Hiermee werd meer flexibiliteit in de zorg beoogd, waardoor de burgers meer keuzevrijheid zouden krijgen en innovatie in de zorg zou kunnen worden bevorderd³.

Artikel 15 Bza luidde als volgt:

1. *Voor zover gepaard gaande met verblijf in dezelfde instelling, omvat de zorg bedoeld in de artikelen 8 en 13 tevens:*
 - a. *geneeskundige zorg van algemeen medisch aard, niet zijnde paramedische zorg;*
 - b. *behandeling van een psychiatrische aandoening indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van een van de in artikel 8 genoemde aandoeningen of handicaps;*
 - c. *farmaceutische zorg;*
 - d. *hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg;*
 - e. *tandheelkundige zorg;*
 - f. *kleding verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling;*
 - g. *het individueel gebruik van een rolstoel.*
2. *De zorg bedoeld in het eerste lid, aanhef, omvat niet het verkrijgen van onderwijs, kleedgeld en zakgeld.*

³ Zie het “Besluit van 25 oktober 2002, houdende hernieuwde vaststelling van de aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ en wijziging van andere besluiten in verband daarmee”, Stb. 2002, 527.

Totstandkomingsgeschiedenis

Zoals blijkt uit de Nota van Toelichting bij artikel 15 Bza was, vóór 1 april 2003, een soortgelijke regeling opgenomen in artikel 3 van het Besluit Zorgaanspraken Bijzondere Ziektekostenverzekering. In dat artikel was geregeld dat, bij verblijf in de daar genoemde AWBZ-instellingen, de in die instellingen gegeven zorg tevens bestond uit een aantal verstrekkingen, die anders uit de (toenmalige) Ziekenfondswet of Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) werden vergoed. Dit waren tandheelkundige hulp, farmaceutische hulp, hulpmiddelen, kleding en het individueel gebruik van een rolstoel. De bedoelde AWBZ-instellingen waren een ziekenhuis na 365 dagen, een revalidatie-instelling na 365 dagen, een verpleeginrichting, het Dorp te Arnhem, een psychiatrisch ziekenhuis, een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis (PAAZ) en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Deze instellingen hadden met elkaar gemeen dat *behandeling* deel uitmaakte van het door hen aangeboden zorgpakket. De overige AWBZ-instellingen waar verzekerden verbleven, zoals gezinsvervangende tehuizen voor gehandicapten, RIBW'en en verzorgingshuizen, leverden geen AWBZ-behandeling. In die situaties bestond ook geen aanspraak op integrale zorg ten laste van de AWBZ.

Ook vóór inwerkingtreding van artikel 3 Besluit Zorgaanspraken Bijzondere Ziektekostenverzekering bestond al een dergelijke regeling. Voor instellingsgebonden tandheelkundige hulp, farmaceutische hulp, et cetera waren toen een aantal gemeenschappelijke regels opgenomen in het Verstrekkingenbesluit Bijzondere ziektekostenverzekering 1968.

Met artikel 15 Bza wilde de minister het recht op tandheelkundige hulp, farmaceutische hulp, hulpmiddelen, kleding en het individueel gebruik van een rolstoel voor de bestaande situaties, ook onder de gemoderniseerde AWBZ, handhaven. Dit leidde ertoe dat in de functiegerichte omschrijving van artikel 15 Bza het recht op de extra zorg bij verblijf werd gekoppeld aan *verblijf en behandeling in dezelfde AWBZ-instelling*.

Naast tandheelkundige hulp, farmaceutische hulp, hulpmiddelen, kleding en het individueel gebruik van een rolstoel, werd per 1 april 2003 ook de zorg van algemeen geneeskundige aard in artikel 15 Bza opgenomen. Deze zorg zat vóór de invoering van artikel 15 Bza al impliciet in de aanspraak op behandeling bij verblijf en werd aldus in artikel 15 Bza geëxpliciteerd.

Onder invloed van de overheveling van de geneeskundige GGZ van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) werd in 2008 tevens integrale behandeling van een psychiatrische stoornis als onderdeel van artikel 15 Bza opgenomen. Dit was nodig om voor verzekerden die met een zogenaamde 'dubbele diagnose' (verstandelijke handicap en psychiatrische stoornis) in een AWBZ-instelling verblijven en daarvoor deze integrale behandeling behoeven, deze behandeling ook na de overheveling mogelijk te maken⁴.

Uitzondering op de reguliere zorgsituatie

⁴ Besluit van 15 december 2005, Stb 2005, 690.

In de Nota van Toelichting bij artikel 15 Bza gaf de minister aan dat een verzekerde die voor AWBZ-zorg is geïndiceerd, zoveel mogelijk ‘normaal’ moet worden benaderd en gebruik moet kunnen maken van de normale circuits die voor alle burgers open staan. Artikel 15 Bza vormde een uitzondering op dit standpunt. Immers, in een reguliere zorgsituatie, dat wil zeggen wanneer geen sprake is van verblijf en behandeling in dezelfde AWBZ-instelling, verkregen verzekerden de extra zorg niet vanuit de AWBZ, maar moesten zij hiervoor een beroep doen op andere wettelijke regelingen (Zvw en/of Wmo). Artikel 15 Bza was daarmee een uitzondering op de zogenoemde 'conflictregel' van artikel 2, eerste lid Bza. Dit artikel regelde dat bekostiging van zorg vanuit de AWBZ niet mogelijk is als de zorg ten laste van een andere wettelijke regeling (of een zorgverzekeringsovereenkomst op grond van de Zvw) bekostigd kon worden.

Concluderend is met artikel 15 Bza (beoogd) afgeweken van de reguliere zorgsituatie. Dit om aan een bepaalde groep verzekerden, namelijk zij die verblijven en worden behandeld in dezelfde AWBZ-instelling, een integraal pakket aan zorg vanuit de AWBZ te kunnen verstrekken.

2.2 Begrippen

In deze paragraaf geven we een beschrijving van Wlz-behandeling en de aanvullende zorgvormen zoals die zijn opgenomen in het Wlz-kompas.⁵ Indien relevant, geven we voor cliënten die Wlz-verblijf ontvangen aan wat ten laste komt van de Wlz en wat ten laste van de Zvw. Voor cliënten die geen Wlz-verblijf ontvangen geldt dat alle aanvullende zorgvormen ten laste komen van de Zvw.

Wlz-behandeling

Wlz-behandeling omvat geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde. Behandeling is niet alleen gericht op herstel, maar kan ook gericht zijn op voorkomen van verergering.

Behandeldoelen

Van behandeling is sprake als er behandeldoelen zijn geformuleerd die op een gestructureerde en programmatische manier worden nagestreefd en waarvoor specifieke deskundigheid is vereist. Het gaat niet om het oefenen en inslijpen van aangeleerde vaardigheden en gedrag door het (herhaald) toepassen in de praktijk of om het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid.

Vormen van behandeling

Als behandelvormen worden onderscheiden ‘behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag’, ‘Continue, Systematische, Langdurige en Multidisciplinaire (CSLM-)zorg’, ‘medebehandeling’, ‘aanvullende functionele diagnostiek’ en ‘consultatie’.

Geneeskundige zorg van algemeen medische aard (niet zijnde paramedische zorg)

⁵ <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/wlz-kompas>

Geneeskundige zorg van algemeen medische aard (huisartsenzorg) verleend door of namens een Wlz-instelling wordt vergoed op grond van de Wlz als sprake is van verblijf én behandeling door dezelfde instelling. Deze huisartsenzorg kan in zo'n geval worden verleend door bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten verbonden aan of ingehuurd door de instelling waar de verzekerde verblijft. De zorg kan ook door de instelling worden ingekocht bij een reguliere huisarts. Dat komt vooral voor in de verstandelijk gehandicaptenzorg.

Ook onderzoek dat door de Wlz-behandelaar wordt aangevraagd, bijvoorbeeld een ECG, laboratoriumonderzoek of radiologisch onderzoek, maakt onderdeel uit van de Wlz-aanspraak.

Behandeling van een psychische stoornis

Deze aanspraak betreft behandeling van een psychische stoornis, die integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van een somatische of psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke, lichamelijk of zintuiglijke handicap.

Binnen Wlz-instellingen verblijven verzekerden die naast hun Wlz-grondslag ook een psychische stoornis hebben (die vooralsnog geen directe toegang geeft tot de Wlz). Het integrale zorgaanbod bij verblijf en behandeling door dezelfde instelling omvat behandeling van een psychische stoornis, die integraal onderdeel uitmaakt van de totale behandeling.

Het is niet zo dat er altijd een integrale behandeling moet plaatsvinden als sprake is van óók een psychische stoornis. Een bewoner van een Wlz-instelling kan ook aanspraak maken op geneeskundige zorg, ook psychische behandeling, in het kader van de Zvw. Als de behandeling van de psychische stoornis los staat van de Wlz-behandeling is de verzekerde voor de behandeling van de psychische stoornis aangewezen op de Zvw.

Farmaceutische zorg

Alle farmaceutische zorg waarop de verzekerde is aangewezen, valt onder de aanspraak bij verblijf en behandeling door dezelfde instelling. Ook de medicatie die is voorgeschreven door een medisch specialist. De farmaceutische zorg is niet beperkt tot wat tot het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) behoort. Bepalend is of een middel is voorgeschreven met een medisch doel. Ook farmaceutische zorg die geen relatie heeft met de grondslag waarop de verzekerde ten laste van de Wlz verblijft, valt onder de Wlz-aanspraak. Voorgeschreven dieetpreparaten en voorgeschreven dieetvoeding horen daar ook bij.

Hulpmiddelen

Het integrale zorgaanbod bij verblijf en behandeling door dezelfde instelling omvat hulpmiddelen die noodzakelijk zijn in verband met de in de instelling gegeven zorg. De aanspraak is niet beperkt tot hulpmiddelen die noodzakelijk zijn voor de behandeling, maar omvat álle hulpmiddelen die noodzakelijk zijn voor de zorg die de instelling levert. Het kan gaan om hulpmiddelen die niet persoonsgebonden zijn, zoals een infuuspomp, en om persoonsgebonden hulpmiddelen, zoals een zitorthese, maar ook bijvoorbeeld incontinentiemateriaal, verbandmiddelen en antidecubitus-materiaal.

Hulpmiddel op grond van de Zvw, Wmo of Wia

De bewoners van een Wlz-instelling kunnen een beroep doen op het gebruik van hulpmiddelen op grond van de Zvw of de Wia voor zover deze niet tot de hierboven genoemde aanspraken behoren. Verzekerden die een hulpmiddel gebruiken dat is verstrekt door de gemeente (Wmo), mogen die blijven gebruiken op grond van het overgangsrecht, totdat zij een hulpmiddel krijgen op grond van de Wlz.

Tandheelkundige zorg

Het integrale zorgaanbod bij verblijf met behandeling door dezelfde instelling omvat tandheelkundige zorg, maar die aanspraak is niet onbeperkt. In de Regeling langdurige zorg (Rlz) wordt een aantal aanvullende regels gesteld. De aanvullende regels betreffen een aantal verrichtingen in het kader van bijzondere tandheelkunde waarvoor vooraf toestemming van de Wlz-uitvoerder is vereist.

Kleding verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling

Kleding verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling wordt vergoed op grond van de Wlz als sprake is van verblijf én behandeling door dezelfde instelling. In principe dragen verzekerden in een instelling hun eigen kleding. Soms is kleding noodzakelijk in verband met het karakter en de doelgroep waaraan de instelling zorg levert. Die kleding is onderdeel van de Wlz-zorg. Bijvoorbeeld heupbeschermers (safehip) als valpreventie, speciale kleding voor mensen met gedragsproblemen (scheuren) of kleding die gemakkelijk aan- en uit is te trekken (bij verpleging en verzorging).

2.3 Overzicht Wlz-indicaties en leveringsvormen

Op basis van gegevens die de zorgkantoren (peildatum 1-11-2015) hebben aangeleverd blijkt dat 282.600 verzekerden een Wlz-indicatie hebben. Daarvan heeft het overgrote deel (72%) gebruik gemaakt van Wlz-verblijf (dit kan zowel verblijf met behandeling zijn als verblijf zonder behandeling). Het gebruik van een mpt, pgb of vpt komt bij 14% van de cliënten voor. Daarnaast wacht 14% van de cliënten op zorg, maar daarvan is onbekend of ze zorg afnemen en zo ja in welke vorm. In bijlage 2 hebben we een uitgebreid overzicht opgenomen met een verdeling van de ZZP's per sector.

3. Problemen in de praktijk

In dit onderzoek hebben we de problemen in de praktijk geïnventariseerd. Problemen die het gevolg zijn van het onderscheid tussen het verzekerd pakket bij verblijf met behandeling en het pakket bij verblijf zonder behandeling en de andere leveringsvormen (vpt, mpt en pgb). Ook zijn we op zoek gegaan naar de problemen die zich voordoen door de afbakening tussen Wlz-specifieke behandeling en geneeskundige zorg van algemeen medische aard, verpleging en begeleiding.

In de deskresearch en de expertbijeenkomsten zijn door de experts diverse problemen genoemd. Aangezien we ook zicht wilden krijgen op de omvang van deze problemen hebben we via een landelijke uitvraag onder leden van alle betrokken branche- en beroepsorganisaties gevraagd of mensen zich herkennen in die opgehaalde problemen en of die ook leiden tot problemen in de organisatie van de zorg en/of tot geen of onjuiste zorg voor een gedeelte van de cliënten.

In totaal hebben 192 respondenten de online vragenlijst ingevuld. Daarnaast hebben we nog een twintigtal reacties gekregen buiten de vragenlijst om. De vragenlijsten zijn ingevuld door professionals uit de zorg of door een zorgorganisatie die één vragenlijst namens de professionals uit die organisatie heeft ingevuld. De respondenten laten zich als volgt verdelen: 60% V&V, 32% VG en 8% LG, ZG of GGZ. Verdeeld over de functies betreft het 29% managers, 23% specialisten ouderengeneeskunde, 15% beleid/stafmedewerkers, 7% tandartsen en 26% diverse andere functies.

Bij de problemen uit de vragenlijst (zie bijlage 3) geeft gemiddeld 50% van de respondenten aan zich hierin te herkennen. Gemiddeld 30% van de respondenten geeft aan dat deze problemen leiden tot geen of onjuiste zorg voor een deel van de cliënten.

3.1 Problemen

Hieronder geven we de belangrijkste problemen weer. Allereerst besteden we aandacht aan het probleem rond het onderscheid tussen Wlz-verblijf met behandeling en Wlz-verblijf zonder behandeling. Vervolgens geven we voor de Wlz-specifieke behandeling en de aanvullende zorgvormen per onderwerp de belangrijkste problemen en constateringën weer. Bij de beschrijving van de problemen maken we geen onderscheid naar sectoren, omdat alle problemen in alle sectoren voorkomen. We maken wel een onderscheid naar verschillende leveringsvormen, omdat sommige problemen specifiek voor één of enkele leveringsvormen gelden.

Onderscheid verblijf met en zonder behandeling

Het CIZ kijkt bij de indicatiestelling of een cliënt toegang heeft tot de Wlz en welk zorgprofiel van toepassing is. Het CIZ kijkt niet of een verzekerde behandeling nodig heeft. Als een cliënt toegang heeft tot de Wlz heeft hij aanspraak op alle zorg die tot het Wlz-pakket behoort. De Wlz-specifieke behandeling behoort ook tot dit pakket. Het maakt hierbij niet uit of een cliënt in een Wlz-instelling verblijft met behandeling of niet.

De praktijk sluit niet goed aan bij bovenstaande. Zorgkantoren kopen verblijfplaatsen met behandeling en zonder behandeling in bij Wlz-instellingen (ook voor vpt kopen zorgkantoren plaatsen met en plaatsen zonder behandeling in). Cliënten die verblijven op een ‘plaats zonder behandeling’ kunnen de Wlz-specifieke behandeling waar zij aanspraak op hebben daardoor vaak niet krijgen. De instelling krijgt voor deze behandeling namelijk niet betaald en het zorgkantoor heeft onvoldoende budget om alleen plaatsen met behandeling in te kopen. De NZa heeft dit willen oplossen door het mogelijk te maken dat het zorgkantoor de functie behandeling bij een andere instelling dan de verblijfsinstelling inkoopt. In praktijk werkt dit niet omdat deze werkwijze niet past in het reguliere berichtenverkeer. Extra probleem hierbij is dat er een koppeling is tussen Wlz-verblijf met behandeling en de aanvullende zorgvormen: een Wlz-cliënt moet feitelijk verblijf met Wlz-specifieke behandeling krijgen om de aanvullende zorgvormen uit de Wlz vergoed te krijgen. Kortom, niet de behoefte van de cliënt maar de wijze van inkoop bepaalt of hij wel of niet Wlz-behandeling krijgt.

Wlz-specifieke behandeling

We constateren dat niet iedereen, zelfs niet mensen die dagelijks met de Wlz werken, weet dat alle Wlz-cliënten een aanspraak hebben op Wlz-behandeling als zij dit nodig hebben. Dit geldt voor alle leveringsvormen, behalve verblijf met behandeling. Hier zijn diverse redenen voor aan te geven:

- De aanspraak is veranderd bij de overgang van de AWBZ naar de Wlz, maar is nog niet bij alle belanghebbenden bekend.
- De vergoeding van Wlz-behandeling is gekoppeld aan een ingekochte verblijfplaats bij een zorgaanbieder en niet gekoppeld aan de aanspraak van een cliënt.
- Bij alle leveringsvormen (behalve verblijf met behandeling) geldt, dat de aanvullende zorgvormen onder de Zvw vallen en mensen denken daardoor dat ook de Wlz-behandeling onder de Zvw valt.

Dit zou ertoe kunnen leiden dat niet alle cliënten die Wlz-behandeling nodig hebben dit ontvangen of dat onrechtmatig gebruik wordt gemaakt van andere regelingen om de benodigde Wlz-behandeling toch te leveren.

Ook is de onduidelijkheid over het onderscheid tussen Wlz-specifieke behandeling en niet specifieke behandeling een probleem. Het is bijvoorbeeld heel moeilijk vast te stellen of de behandeling die een cliënt ontvangt (bijvoorbeeld omdat de cliënt is gevallen) Wlz-specifiek is (in relatie staat tot bijvoorbeeld de dementie) of niet (in relatie tot bijvoorbeeld ouderdom). Dit geldt voor de leveringsvormen verblijf zonder behandeling, vpt, mpt en pgb. Ook dit leidt tot bewuste of onbewuste perverse prikkels om behandeling ten laste van de Wlz of ten laste van de Zvw te declareren. Het kan voorkomen dat een instelling een behandeling als Zvw-zorg bij de zorgverzekeraar declareert, terwijl deze onderdeel is van het zorgprofiel. Dit kan op macroniveau tot kostenstijging leiden. Bovendien geldt in de Zvw dat de Wlz-behandeling niet of gedeeltelijk onder het basispakket valt en dat deze dan voor eigen rekening komt.

De behandeling van Wlz-cliënten is vaak complex, waardoor coördinatie en supervisie van een multidisciplinair team noodzakelijk is. Er is in veel gevallen voortdurend afstemming nodig over wat de verschillende disciplines doen in lijn met de ingezette behandeling. Dat maakt dan ook dat de persoonlijke verzorging, verpleging en

begeleiding in relatie moet staan tot of voort moet komen uit de Wlz-behandeling. De verzorging en behandeling zijn nauw met elkaar verweven waardoor hiertussen niet altijd (duidelijk) onderscheid is te maken. Als de Wlz-behandeling onder een ander wettelijk kader wordt geplaatst dan het wettelijk kader waarbinnen de persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding worden gefinancierd, gaan allerlei nieuwe afstemmingsproblemen ontstaan.

Geneeskundige zorg van algemeen medische aard

Vaak is het niet mogelijk om onderscheid te maken tussen Wlz-specifieke behandeling en geneeskundige zorg van algemeen medische aard. Bij verblijf met behandeling wordt dit niet als een probleem ervaren, omdat beide behandelingen binnen de Wlz vallen en vaak door dezelfde arts plaatsvinden. Afhankelijk van de situatie en de doelgroep is dit de Specialist Ouderengeneeskunde of de Arts Verstandelijk Gehandicapten.

Bij de overige leveringsvormen kunnen verschillende behandelaren verantwoordelijk zijn voor de verschillende behandelingen (omdat de aanvullende zorgvormen niet onder de Wlz vallen). Dit kan ertoe leiden dat de cliënt bij deze leveringsvormen wellicht niet de juiste behandeling krijgt, omdat er naast de geneeskundige zorg van algemeen medische aard ook Wlz-specifieke behandeling nodig is. Ook kan het tot onrechtmatig gebruik leiden van zowel de Wlz (als de Wlz-behandelaar meer doet dan beoogd onder de Wlz-specifieke behandeling) als de Zvw (als de huisarts meer doet dan beoogd onder de de noemer 'geneeskundige zorg van algemeen medische aard').

Paramedische zorg

In de wettekst is bij geneeskundige zorg van algemeen medische aard de paramedische zorg expliciet uitgesloten. Dit betekent dat cliënten die verblijven met behandeling, alle behandeling onder de Wlz kunnen krijgen, maar niet de algemene paramedische zorg. Zoals eerder beschreven bij de Wlz-behandeling geldt dat het verschil tussen Wlz-specifieke paramedische zorg en paramedische zorg van algemene aard niet duidelijk te maken is. Dit kan tot bewuste of onbewuste perverse prikkels leiden om te veel algemene paramedische zorg ten laste van de Wlz te brengen en om te veel Wlz-specifieke paramedische zorg ten laste van de Zvw.

Behandeling van een psychische stoornis

Als de behandeling van een psychische stoornis integraal onderdeel uitmaakt van de totale behandeling valt deze als aanvullende zorgvorm onder de Wlz (een cliënt heeft geen directe toegang tot de Wlz als hij alleen maar een psychische stoornis heeft). Doordat deze psychische behandeling integraal onderdeel moet uitmaken van de Wlz-behandeling is het onderscheid tussen deze twee vormen van behandeling irrelevant.

Daarnaast geldt bij alle leveringsvormen dat als behandeling vanuit de Zvw nodig is, dit niet altijd lukt, omdat de Wlz-behandelaar niet als verwijzer naar de GGZ in de Zvw wordt geaccepteerd. De cliënt ontvangt hierdoor niet de noodzakelijke behandeling.

Bovendien is bij professionals in de praktijk niet altijd bekend dat het mogelijk is om bij verblijf met behandeling de behandeling van een psychische stoornis vanuit de

Wlz in te kunnen zetten. Daardoor is het mogelijk dat cliënten niet de integrale behandeling krijgen die ze nodig hebben en bestaat het risico dat ten onrechte een beroep wordt gedaan op de Zvw.

Daarnaast geldt ook bij deze behandelvorm dat het verschil met behandeling vanuit de Zvw onduidelijk is en dit ook weer tot perverse prikkels leidt: er kan ten onrechte behandeling ten laste van de Wlz of ten laste van de Zvw worden gedeclareerd bij de leveringsvormen mpt, vpt en pgb.

Farmacie

Alle medicijnen (ook die onder zelfzorg vallen) komen ten laste van het behandelingsbudget van de Wlz-instelling bij de leveringsvorm 'verblijf met behandeling'. De populatie wordt steeds ouder en krijgt een steeds zwaardere zorgvraag. Dit zorgt voor een toename van (duur) geneesmiddelengebruik. Bovendien kan de Wlz-behandelaar niet altijd sturen op het voorschrijven van medicijnen, als deze worden voorgeschreven door behandelaren vanuit de Zvw. Dit kan leiden tot een financieel risico voor de zorgaanbieder en keuzes om op andere zorg vanuit het behandelingsbudget te korten, waardoor cliënten deze zorg niet of minder ontvangen. De regeling "Extreme kosten zorggebonden materiaal en geneesmiddelen" komt in individuele gevallen (bijvoorbeeld bij aidsmedicatie of hormoonbehandeling) tegemoet aan extreme kosten van geneesmiddelen en kan soms soelaas bieden. Heel vaak is de regeling echter niet van toepassing vanwege het drempelbedrag van € 700,- per vier weken.

Vooraf binnen zorgorganisaties met plaatsen met en zonder behandeling is het moeilijk uit te leggen dat de ene cliënt (verblijf met behandeling) alle zelfzorgmiddelen wel vergoed krijgt (vanuit de Wlz), terwijl de andere cliënt (verblijf zonder behandeling) hier zelf voor moet betalen omdat ze niet onder het basispakket van de Zvw vallen.

Cliënten op plekken zonder behandeling die bij elkaar wonen bij een zorgaanbieder krijgen bovendien elk afzonderlijk hun geneesmiddelen vanuit de Zvw. Voor vergelijkbare ziekteproblemen, kan het merk van die geneesmiddelen zeer divers zijn, afhankelijk van de inkoop van de zorgverzekeraar waarbij de cliënt is verzekerd. Dit kunnen heel verschillende medicijnen zijn, maar met eenzelfde uiterlijk. Hierdoor ontstaat het risico dat verkeerde medicijnen worden toegediend. Bovendien wijzigt medicatie qua merk en uiterlijk ook door preferentiebeleid van zorgverzekeraars, waardoor in de tijd ook per cliënt de medicijnen kunnen wisselen.

Hulpmiddelen

Voor de hulpmiddelen geldt dat er veel verschillende regelingen zijn. Binnen de Wlz zijn er drie:

- voor meerdere verzekerden te gebruiken of te hergebruiken roerende voorzieningen die noodzakelijk zijn voor de zorgverlening of in verband met het opheffen of verminderen van belemmeringen die de verzekerde als gevolg van een aandoening, beperking, stoornis of handicap, ondervindt bij het normale gebruik van zijn woonruimte (artikel 3.1.1, lid 1.a3),
- de aanvullende zorgvorm (artikel 3.1.1, lid 1.d4) voor het gebruik van hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg en
- het individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen (artikel 3.1.1, lid 1.e).

Op eerstbedoelde zogenaamde outillagehulpmiddelen hebben alle cliënten die in een instelling verblijven (met en zonder behandeling) aanspraak vanuit de Wlz. Op de aanvullende zorgvorm hebben alleen de cliënten op een verblijfplaats met behandeling een aanspraak vanuit de Wlz. Cliënten met andere leveringsvormen moeten voor die hulpmiddelen een beroep doen op de Zvw en Wmo.

Door de vele verschillende regelingen - zowel binnen als buiten de Wlz - is niet duidelijk welk hulpmiddel onder welke regeling valt. Daarnaast leidt de toevoeging bij de aanvullende zorgvorm 'noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg' tot onduidelijkheid. Het is namelijk een vage term die tot afbakeningsproblemen leidt. Bijvoorbeeld een verrijdbare tillift kan onder alle drie genoemde Wlz-artikelen worden geplaatst. Dit kan leiden tot onrechtmatigheidsproblemen: er kunnen ten onrechte teveel of te weinig hulpmiddelen worden gedeclareerd ten laste van de Wlz of ten laste van de Zvw of Wmo.

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

Cliënten op plekken zonder behandeling die bij elkaar wonen bij een zorgaanbieder krijgen bovendien elk afzonderlijk hun hulpmiddelen vanuit de Wmo of Zvw. Dit kunnen heel verschillende hulpmiddelen zijn met een verschillende gebruikswijze. Hierdoor ontstaat het risico van verwarring van gebruik en verkeerd gebruik.

Tandheelkundig zorg

Alle tandheelkundige zorg (zelfs de tandheelkundige hulp die in de Zvw onder aanvullende verzekeringen valt of onder de regeling bijzondere tandheelkunde) valt onder de aanspraak in de Wlz in geval van verblijf met behandeling. Vooral in huizen met plaatsen met en zonder behandeling is het moeilijk uit te leggen dat de ene cliënt alle tandheelkundige hulp wel vergoed krijgt (vanuit de Wlz), terwijl de andere cliënt hier zelf voor moet betalen, omdat dit niet onder het basispakket of onder de regeling bijzondere tandheelkunde van de Zvw valt.

Voor mensen die thuis wonen geldt bovendien dat zij zelf verantwoordelijk zijn voor hun mondzorg. Lang niet alle mensen kunnen deze verantwoordelijkheid aan. En bovendien komt dit vaak voor eigen rekening.

Een probleem dat buiten de scope van dit onderzoek valt, maar heel duidelijk door veel van de respondenten werd aangegeven, is dat in Wlz-instellingen veel werkzame mensen onvoldoende kennis en vaardigheden hebben op het gebied van mondzorg. Uit een rapport van de inspectie blijkt ook dat er een slechte invoering en naleving van de richtlijn mondzorg is. Er zijn maar weinig zorgaanbieders met beleid voor mondgezondheid en de implementatie en borging van de richtlijn blijft achterwege.

Kleding

Met betrekking tot deze aanvullende zorgvorm zijn geen problemen naar voren gekomen.

3.2 Conclusie

We constateren dat met betrekking tot de positionering van behandeling en aanvullende zorgvormen in de Wlz veel onduidelijkheid bestaat die de volgende oorzaken kent:

1. De complexiteit van de regelgeving door het onderscheid in aanspraken tussen verschillende leveringsvormen (verblijf met behandeling, verblijf zonder behandeling, vpt, mpt en pgb).
2. De onduidelijkheid over het onderscheid tussen Wlz-behandeling en
 - a. geneeskundige zorg van algemeen medische aard
 - b. algemene paramedische behandeling
 - c. verpleegkundige zorg
 - d. begeleiding
 - e. behandeling van een psychische stoornis.
3. De veelheid van regelingen binnen en buiten de Wlz voor dezelfde soort behandeling of aanvullende zorg (waaronder ook hulpmiddelen) waardoor het onduidelijk is welke zorg wanneer onder welk wettelijk regime valt.

De complexiteit maakt dat zelfs mensen die dagelijks te maken hebben met de Wlz niet alle regelgeving goed snappen of nog onbekend zijn met de nieuwe regelgeving in de Wlz. De regelgeving is moeilijk uitlegbaar voor de dagelijkse praktijk. We constateren, dat ondanks en niet dankzij deze nieuwe regelgeving, men toch zijn weg weet te vinden en ervoor wordt gezorgd dat de cliënt de zorg krijgt die nodig is. Daardoor zijn de consequenties en problemen voor zorgaanbieders en cliënten enigszins beperkt, maar de gevonden wegen zijn niet altijd rechtmatig. Een belangrijk criterium voor de mogelijke oplossingen van de geconstateerde problemen is daarom om de regelgeving eenvoudiger te maken.

Op basis van de onduidelijkheid over het onderscheid tussen Wlz-behandeling, de aanvullende zorgvormen en de overige Wlz-zorg constateren we dat het nodig is om in de oplossingsvarianten te zoeken naar varianten die zorgen voor vereenvoudiging en passende zorg, waarbij de integraliteit is gewaarborgd en cliënten kwalitatief goede zorg ontvangen.

Behalve de noodzaak van vereenvoudiging en waarborging van passende zorg, constateren we dat niet alle mensen bekend zijn met essentiële onderdelen van de nieuwe regelgeving. Dit vraagt om een continue en heldere informatievoorziening aan alle betrokken partijen in de praktijk.

Behalve de problemen die we in dit hoofdstuk hebben beschreven, hebben we tijdens het onderzoek ook problemen geconstateerd op terreinen die buiten de scope van het onderzoek vallen (positionering binnen de wet- en regelgeving). Deze andere problemen maken duidelijk dat ook op aanpalende terreinen verbeteringen gewenst zijn. Het betreft problemen die we hebben gerangschikt naar professionaliteit, organisatie en bekostiging. In bijlage 3 zijn alle door de experts aangegeven problemen weergegeven.

4. Oplossingen voor de toekomst

4.1 Van problemen naar oplossingen

De deskresearch, expertbijeenkomsten en landelijke uitvraag hebben duidelijk gemaakt, dat de positionering van de behandeling en aanvullende zorgvormen kan worden verbeterd door oplossingen te zoeken die bijdragen aan vereenvoudiging van de regelgeving en een in de praktijk hanteerbaar onderscheid tussen aanspraken.

Om een eerste vereenvoudigingsslag te maken, maken we in de oplossingsvarianten geen onderscheid tussen Wlz-verblijf met behandeling en Wlz-verblijf zonder behandeling. De Wlz-populatie is namelijk veel zwaarder dan die van de AWBZ en daardoor is een veel groter deel van de Wlz-geïndiceerden op integrale zorg inclusief behandeling aangewezen dan dat dat in de AWBZ het geval was. Het onderscheid kan dus niet meer worden gerechtvaardigd. Het huidige onderscheid belemmert de mogelijkheid om een deel van de cliënten die Wlz-behandeling nodig hebben ook behandeling te leveren. Daarnaast zorgt het onderscheid voor niet uitlegbare verschillen tussen vergelijkbare cliënten in instellingen. Het komt niet overeen met het principe van een cliëntvolgende benadering die het landelijk beleid nastreeft.

Eveneens in het kader van de vereenvoudiging, hanteren we binnen ‘geneeskundige zorg van algemeen medische aard’ geen uitzondering voor de paramedische zorg (zoals in de Wlz wel wordt gedaan in artikel 3.1.1 lid 1.d.1). Het onderscheid tussen algemene paramedische behandeling en Wlz-specifieke paramedische behandeling is in de praktijk namelijk niet te maken.

Daarnaast zijn alle oplossingsvarianten erop gericht om zoveel mogelijk integraliteit van zorg en behandeling te kunnen leveren aan Wlz-geïndiceerde cliënten. Deze integraliteit beperkt zich niet tot de Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen. Het gaat ook om de integraliteit met verpleging, begeleiding en verzorging. Immers, kenmerkend voor de Wlz-geïndiceerde cliënten is dat vrijwel altijd sprake is van comorbiditeit. Hiervoor moeten alle vormen van zorg en behandeling integraal met elkaar samenhangen, waardoor het niet wenselijk is om onderdelen van de zorg en behandeling onder verschillende stelsels te brengen. Dit betekent dat we er - in de oplossingsvarianten waarbij de behandeling onder de Zvw wordt geplaatst - van uitgaan dat de persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging (artikel 3.1.1. lid 1.c.) ook onder de Zvw worden geplaatst, zodat de integraliteit wordt behouden.

Uitgaande van de criteria eenvoud en passende zorg hanteren we vier perspectieven om te komen tot een keuze voor mogelijke oplossingsvarianten:

- A. Perspectief vanuit integrale Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen
- B. Perspectief vanuit verblijfplaats van de cliënt
- C. Perspectief vanuit continuïteit van behandeling
- D. Perspectief vanuit integrale behandeling

4.2 Oplossingsvarianten

A: Perspectief vanuit integrale Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen

Binnen dit perspectief gaan we ervan uit dat de ‘Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen’ (BH-AZ) integraal binnen één stelsel worden verstrekt. Binnen dit

perspectief zijn twee oplossingsvarianten mogelijk: alles binnen de Wlz of alles binnen de Zvw.

A.1: Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen binnen de Wlz

Deze variant houdt in dat alle cliënten met een Wlz-indicatie de Wlz-behandeling en de aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz ontvangen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen verblijf met behandeling, verblijf zonder behandeling, vpt, mpt of pgb. De koppeling van de aanvullende zorgvormen aan feitelijke behandeling wordt hier dus losgelaten: ook als de cliënt feitelijk geen gebruik maakt van behandeling heeft hij recht op aanvullende zorgvormen.

A.2: Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen binnen de Zvw

Deze variant houdt in dat alle cliënten met een Wlz-indicatie de Wlz-behandeling, en de aanvullende zorgvormen vanuit de Zvw ontvangen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen verblijf met behandeling, verblijf zonder behandeling, vpt, mpt of pgb. Vanwege de noodzakelijke integraliteit van zorg en behandeling ontvangt de cliënt ook de persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging vanuit de Zvw.

B: Perspectief vanuit verblijfplaats van de cliënt

Binnen dit perspectief is de verblijfplaats van de cliënt leidend voor de aanspraak vanuit ofwel de Wlz ofwel de Zvw. De cliënten met een Wlz-indicatie die gebruik maken van Wlz-verblijf krijgen de Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen vergoed uit de Wlz. Cliënten met een Wlz-indicatie die geen gebruik maken van Wlz-verblijf krijgen de Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen vergoed uit de Zvw (vanwege de noodzakelijke integraliteit van zorg en behandeling ontvangen deze cliënten ook de persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging vanuit de Zvw).

Deze variant vraagt om een heldere omschrijving van wat we in dit verband onder Wlz-verblijf verstaan. Gezien allerlei varianten van intramurale en geclusterde voorzieningen is het niet mogelijk om op basis van ‘stenen’ een helder onderscheid te maken. Aansluitend bij de kern van de Wlz (blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid) kijken we naar de partij die het toezicht of de 24-uurs zorg in de nabijheid biedt en wie de regie en toegang tot de woning heeft voor het leveren van zorg. Als het de cliënt zelf is die het toezicht heeft geregeld, dan neemt de cliënt geen Wlz-verblijf af. Is het de zorgaanbieder, dan neemt de cliënt wel Wlz-verblijf af. Ongeacht het huis waar de cliënt woont.

C: Perspectief vanuit continuïteit van behandeling

Een deel van de Wlz-geïndiceerde cliënten maakt al gebruik van zorg (wijkverpleging of behandeling uit de Zvw en/of ambulante begeleiding uit de Wmo), voordat zij blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid. Voor deze cliënten is het plezierig om niet te hoeven wisselen van wettelijk kader als die toezicht/nabijheid blijvend nodig is (vaak is dit voor een relatief korte periode). Daardoor kan de cliënt makkelijker behouden wat hij al om zich heen heeft georganiseerd aan zorgverleners en behandelaars. Deze variant betekent dat alle behandeling en zorg aan met name ouderen en cliënten met psychiatrische problematiek binnen de Zvw wordt georganiseerd. Cliënten waarbij al snel duidelijk is dat zij levenslang blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24-uurs

zorg in de nabijheid (met name de gehandicaptenzorg) krijgen in deze variant alle vormen van behandeling en zorg vanuit de Wlz.

D: Perspectief vanuit integrale behandeling

Binnen dit perspectief gaan we ervan uit dat de huidige Wlz-behandeling, evenals de behandeling uit de aanvullende zorgvormen (geneeskundige zorg van algemeen medische aard en behandeling van een psychische stoornis) wordt gefinancierd vanuit hetzelfde wettelijk kader. Ook de farmaceutische zorg, het gebruik van hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en kleding worden gefinancierd vanuit hetzelfde wettelijk kader, maar een ander dan de behandelvormen. Er zijn twee oplossingsvarianten mogelijk binnen dit perspectief: behandeling binnen de Wlz of behandeling binnen de Zvw.

D.1: Behandeling binnen de Wlz

Deze variant houdt in dat alle cliënten met een Wlz-indicatie de Wlz-behandeling, geneeskundige zorg van algemeen medische aard en behandeling van een psychische stoornis vanuit de Wlz ontvangen (deze variant is expliciet door de experts naar voren gebracht).

D.2: Behandeling binnen de Zvw

Deze variant houdt in dat alle cliënten met een Wlz-indicatie de Wlz-behandeling, geneeskundige zorg van algemeen medische aard en behandeling van een psychische stoornis vanuit de Zvw ontvangen. Vanwege de noodzakelijke integraliteit van zorg en behandeling ontvangt de cliënt ook de persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging vanuit de Zvw.

Zorgvormen	BH-AZ integraal		Verblijfplaats		Continuïteit		BH integraal	
	A.1 BH-AZ Wlz	A.2 BH-AZ Zvw	B VB Wlz	B Thuis Zvw	C GZ Wlz	C VV/GGZ Zvw	D.1 BH Wlz	D.2 BH Zvw
Wlz-BH	Wlz	Zvw	Wlz	Zvw	Wlz	Zvw	Wlz	Zvw
Alg-BH	Wlz	Zvw	Wlz	Zvw	Wlz	Zvw	Wlz	Zvw
Psy-BH	Wlz	Zvw	Wlz	Zvw	Wlz	Zvw	Wlz	Zvw
Farmacie	Wlz	Zvw	Wlz	Zvw	Wlz	Zvw	Zvw	Wlz
Hulpmiddelen	Wlz	Zvw	Wlz	Zvw	Wlz	Zvw	Zvw	Wlz
Tandheelkundige zorg	Wlz	Zvw	Wlz	Zvw	Wlz	Zvw	Zvw	Wlz
Kleding	Wlz	Zvw	Wlz	Zvw	Wlz	Zvw	Zvw	Wlz

Tabel 2: Totaaloverzicht oplossingsvarianten

In bijlage 4 hebben we los van de integrale oplossingsvarianten zoals in deze paragraaf beschreven, ook voor een aantal aanvullende zorgvormen de voorkeuren van de experts weergegeven. Het betreft de behandeling van een psychische stoornis, farmaceutische zorg, het gebruik van hulpmiddelen en tandheelkundige zorg.

5. Beoordeling van de oplossingsvarianten

In het onderzoek zijn diverse soorten problemen over de Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen naar voren gekomen. Tijdens een expertbijeenkomst hebben we de experts gevraagd welke problemen met de zes hiervoor beschreven varianten worden opgelost. Daarbij hebben we ons met name gericht op problemen rondom de complexiteit van de regelgeving en de omschrijving van aanspraken. Immers, de oplossingsvarianten bevatten een aanpassing van het verzekerde pakket en zijn daarmee met name gericht op deze problemen. In de kern beschrijven deze problemen de complexiteit, onduidelijkheid en versnippering binnen het huidige systeem en de afbakeningsproblemen.

In relatie tot deze problemen beschrijven we in deze paragraaf de mate waarin de oplossingsvarianten scoren op de criteria eenvoud en passende zorg (deze criteria kwamen naar voren uit de probleemanalyse in hoofdstuk 3). Daar voegen we twee criteria aan toe die van belang zijn in het kader van beleidsmatige ontwikkelingen, namelijk de keuzevrijheid van de cliënt en toekomstbestendigheid. Vervolgens is het van belang om te bepalen of een oplossing haalbaar is. Dit hangt af van de uitvoerbaarheid in de praktijk. Hier staan we in hoofdstuk 6 bij stil.

5.1 Omschrijving van de criteria

Eenvoud

Het huidige systeem wordt door alle partijen en experts als ingewikkeld ervaren. Met dit criterium beoordelen we in welke mate de oplossingsvariant bijdraagt aan eenvoud, uitlegbaar en logisch is en of voor zowel cliënten als professionals duidelijk is waar de cliënt recht op heeft (aanspraken) en waar hij zijn aanspraak kan verzilveren.

Passende zorg

Uitgangspunt van alle zorg is dat cliënten de juiste zorg ontvangen. De juiste zorg is:

- kwalitatief goede zorg en kwantitatief goede zorg (niet teveel maar ook niet te weinig);
- integrale zorg: bij Wlz-geïndiceerde cliënten is vaak sprake van co-morbiditeit waardoor zij nog meer dan andere cliënten behoefte hebben aan zorg-professionals die als vanzelfsprekend met elkaar samenwerken.

Keuzevrijheid van de cliënt

De cliënt moet zoveel mogelijk kunnen kiezen hoe hij zijn leven leidt en waar en van wie hij de voor hem benodigde zorg ontvangt.

Toekomstbestendig

De Wlz en de zorg zijn in beweging. Bij het beoordelen van de oplossingsvarianten kijken we daarom ook naar de toekomstbestendigheid om te voorkomen dat de oplossing over enkele jaren niet meer bruikbaar is. Het gaat dan om de vraag in hoeverre de oplossingsvariant aansluit bij de huidige en toekomstige ontwikkelingen. Bij de toekomstige ontwikkelingen denken we aan het beleid zoals dat nu is ingezet: onder andere de ontwikkelingen op het gebied van extramurale behandeling, scheiden van wonen en zorg, mensen zo lang mogelijk thuis laten wonen, het gebruik

van e-health/domotica en persoonsvolgende bekostiging. Naast eventuele aanpassingen van de Zvw en de Wlz, vraagt dit om duidelijke afstemming met de Wmo om nieuwe problemen en verschuivingen te voorkomen.

5.2 Beoordeling met de criteria

Onderstaand geven we bij alle criteria aan hoe de verschillende oplossingsvarianten scoren op de criteria eenvoud, passende zorg, keuzevrijheid van de cliënt en toekomstbestendigheid.

Eenvoud

Bij vrijwel alle varianten is sprake van vereenvoudiging doordat alle Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen of onder de Wlz vallen of onder de Zvw. Bij de varianten 'BH integraal' is de vereenvoudiging iets minder, omdat een knip wordt gemaakt tussen behandelvormen en aanvullende zorgvormen. Daarnaast is bij de varianten 'BH-AZ integraal', 'continuïteit' en 'BH integraal' sprake van een grote mate van vereenvoudiging, omdat geen onderscheid wordt gemaakt tussen leveringsvormen (verblijf met behandeling, verblijf zonder behandeling, vpt, mpt of pgb). Bij variant 'verblijfplaats' blijft een onderscheid tussen leveringsvormen bestaan, maar wordt het iets eenvoudiger doordat het onderscheid tussen verblijf met behandeling en verblijf zonder behandeling verdwijnt.

De experts hebben aangegeven dat momenteel veel onduidelijkheid ontstaat door afbakeningsproblemen. Het onderscheid bijvoorbeeld tussen Wlz-behandeling, geneeskundige zorg van algemeen medische aard en behandeling van psychische stoornissen is in de praktijk vaak niet te maken. Ditzelfde geldt bijvoorbeeld voor het onderscheid tussen specifieke Wlz-paramedische zorg en algemene paramedische zorg en voor de hulpmiddelen. Alle oplossingsvarianten bieden hierin meer duidelijkheid, omdat de verschillende behandelvormen of onder de Wlz vallen of onder de Zvw. Hierdoor is in de praktijk een expliciet onderscheid tussen bepaalde vormen van behandeling niet nodig om het gefinancierd te krijgen.

Binnen de varianten 'verblijfplaats' en 'continuïteit' wordt een onderscheid gemaakt tussen groepen cliënten dat in de praktijk tot onduidelijkheid kan leiden als dit onderscheid niet helder is. Bij 'verblijfplaats' moet heel duidelijk zijn wat wordt verstaan onder Wlz-verblijf; ons voorstel is uit te gaan van wie het toezicht/de 24-uurs zorg in de nabijheid biedt (zie paragraaf 4.2). Bij 'continuïteit' is sprake van een onderscheid tussen doelgroepen. De verwachting is dat door de co-morbiditeit van Wlz-cliënten dit onderscheid in de praktijk niet altijd helder is te maken.

Naast duidelijkheid over het wettelijk kader hebben de experts aangegeven dat ook op zorginhoudelijk vlak meer duidelijkheid is gewenst (zie de problemen in bijlage 3 op het gebied van professionaliteit). Dat wordt niet gerealiseerd met de verschillende oplossingsvarianten, maar daarvoor zijn inhoudelijke richtlijnen en kwaliteitseisen noodzakelijk. Die kunnen ook worden gebruikt om uniform vast te stellen wie welke vorm en mate van behandeling krijgt met welk beoogd resultaat.

Passende zorg

Wat betreft de kwaliteit van zorg zijn er voordelen en nadelen in zowel de Wlz als de Zvw. De kwaliteit van zorg is afhankelijk van de professionals en de zorgaanbieders

en ook van voldoende ingekochte zorg door de zorgkantoren en zorgverzekeraars, en niet van het wettelijke regime waaronder het valt. Experts geven daarbij wel aan dat binnen de Wlz minder kritisch tegenwicht bestaat (van bijvoorbeeld cliënten) op de kwaliteit van de behandeling dan in de Zvw.

De experts geven aan dat in de Wlz veel aandacht is voor de kwaliteit van leven en het welbevinden van de cliënt. In de Wlz is het beter mogelijk dan in de Zvw om meer aandacht, tijd en geld te besteden aan kwaliteit van leven, welbevinden, groepszorg en het informeren en betrekken van het cliëntsysteem bij de zorgverlening.

Alle behandeling en de aanvullende zorgvormen vallen onder één aanspraak, waardoor het per cliënt wel onduidelijk blijft wat men aan aard, omvang en beschikbaarheid van Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen mag verwachten.

In de variant ‘verblijfplaats’ bestaat door verschillende wettelijke regimes in de thuissituatie en bij opname in een instelling een reële mogelijkheid dat de zorg in de thuissituatie en in de instelling gaat verschillen qua inhoud en kwaliteit (terwijl cliënten in beide situaties Wlz-geïndiceerd zijn).

Kenmerkend voor de meeste Wlz-clieënten is dat ze een integrale vorm van zorg en behandeling nodig hebben. Hierbij wordt vaak gesproken over Continue Systematische Langdurige Multidisciplinaire (CSLM)-zorg. Deze integraliteit is volgens de experts het best te realiseren binnen de Wlz. De huidige Zvw bevat nog niet de randvoorwaarden om CSLM-zorg te bieden. Tenzij de mogelijkheden hiervoor binnen de Zvw worden geregeld, is de integraliteit van zorg en behandeling het best geborgd bij de varianten ‘alles Wlz’ en ‘BH Wlz’. Voor variant ‘verblijfplaats’ is dat geborgd voor cliënten met Wlz-verblijf en voor de variant ‘continuïteit’ voor cliënten in de gehandicaptenzorg.

Keuzevrijheid van de cliënt

Een cliënt heeft in de Zvw meer zeggenschap over de keuze voor de behandelaar dan in de Wlz (bijvoorbeeld eigen huisarts). Bevalt een behandelaar niet, dan kan de cliënt (in vergelijking tot de Wlz) makkelijker naar een andere behandelaar. Deze keuzevrijheid is wel afhankelijk van de contractering door de zorgverzekeraar, maar wanneer die keuzes voor gecontracteerde behandelaars door de zorgverzekeraar niet bevallen, kunnen cliënten wel overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

In de Zvw-varianten verandert er voor de cliënt wat betreft de behandeling en aanvullende zorgvormen niets als hij vanuit thuis naar een instelling verhuist. De behandeling en zorg en zorgverleners die hij thuis had vanuit de Zvw, kan hij ook in theorie in de instelling behouden. In de praktijk zal dit afhangen van het beleid van de instelling waar hij gaat wonen en van de mogelijkheden van de zorgverleners om naar de instelling te komen.

Voor mensen die in een Wlz-instelling gaan wonen, is het behouden van de eigen zorgverleners uit de thuissituatie niet mogelijk of wordt het in ieder geval moeilijker. Binnen de Wlz is over het algemeen de keuze voor een arts nu beperkter dan in de Zvw. De zorgaanbieders hebben veelal behandelaars in dienst van wie de cliënten zorg ontvangen. Wil een cliënt zijn eigen artsen kunnen blijven houden in de Wlz,

dan zal de zorgaanbieder waar de cliënt verblijft afspraken moeten maken met die artsen. Dit laatste kan wel ten koste gaan van de integraliteit, omdat deze artsen niet binnen de instelling werken en niet dagelijks met de andere behandelaars en ander personeel samenwerken.

Keuze voor een Wlz-instelling betekent dan dat de regie uit handen wordt gegeven, terwijl de cliënt in de Zvw de regie behoudt. De cliënt moet dan wel de regie kunnen nemen om de juiste zorg te ontvangen.

Toekomstbestendig

Mensen zo lang mogelijk thuis laten wonen en scheiden van wonen en zorg met behulp van e-health en domotica pleiten voor de variant 'verblijfplaats' waar een duidelijk onderscheid wordt gemaakt voor mensen die wel of niet Wlz-verblijf afnemen. Bij de mensen die niet Wlz-verblijf afnemen is de bedoeling om naar zoveel mogelijk alternatieven te zoeken om deze cliënten zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Dit geldt ook voor de variant 'continuïteit' waarbij wordt gepleit om zo lang mogelijk in hetzelfde wettelijke kader te verkeren ongeacht de verblijfslocatie.

Daarnaast zien we op het gebied van extramurale behandeling een ontwikkeling waarbij het mogelijk wordt gemaakt om extramurale Wlz-behandeling onder de Zvw te plaatsen. Hoewel dit een andere doelgroep betreft zien we hierin een toekomstige ontwikkeling die raakvlakken vertoont met de varianten waarin de Wlz-behandeling en de aanvullende zorgvormen onder de Zvw worden geplaatst.

Hoewel niet alle oplossingsvarianten heel expliciet de toekomstige ontwikkelingen ondersteunen, zit ook geen van de varianten dit beleid in de weg. Ook het aspect van persoonsvolgendheid is in principe binnen elke variant te realiseren.

5.3 Conclusie

De diverse varianten scoren verschillend op de geformuleerde criteria. Op basis van de geïnventariseerde problemen hebben we geconstateerd dat de oplossingen moeten bijdragen aan vereenvoudiging en het leveren van passende zorg. Als we kijken naar deze twee criteria scoren drie varianten het best:

- A.1: integrale Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz;
- B: verblijfplaats van de cliënt: bij intramuraal verblijf Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz en bij geen gebruik van Wlz-verblijf Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen vanuit de Zvw;
- D.1: integrale behandeling vanuit de Wlz.

Variant A.2 'integrale Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen vanuit de Zvw' is geen reële optie, omdat vanwege de noodzakelijke integraliteit de behandeling niet van de zorg moet worden losgekoppeld en dus ook alle begeleiding, verpleging en verzorging onder de Zvw zou moeten komen. De Wlz zou dan beperkt worden tot verblijf, mobiliteitshulpmiddelen, vervoer en logeeropvang.

Variant C 'continuïteit' scoort niet goed op eenvoud omdat we verwachten dat het onderscheid in doelgroepen niet helder is te maken doordat bij veel cliënten sprake is van co-morbiditeit.

Variant D.2 ‘integrale behandeling vanuit de Zvw’ scoort ook minder goed, omdat hiermee een vreemde variant ontstaat. Vergelijkbaar met de opmerkingen die zijn gemaakt bij variant A.2, zou de overige Wlz-zorg met de behandeling mee moeten gaan naar de Zvw en blijft binnen de Wlz de farmacie, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en kleding achter. In de Wlz zit dan dus geen zorg en behandeling meer.

6. Uitvoerbaarheid oplossingsvarianten

In dit hoofdstuk beschrijven we de uitvoerbaarheid van de oplossingsvarianten die in het vorige hoofdstuk het beste hebben gescoord op de criteria eenvoud en passende zorg. Dit doen we door een beschrijving van de consequenties van de varianten:

- integrale Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz (A.1),
- verblijfplaats van de cliënt: bij intramuraal verblijf Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz en bij extramuraal verblijf vanuit de Zvw (B),
- integrale behandeling vanuit de Wlz (D.1).

Van deze varianten beschrijven we de consequenties voor de cliënt, Wlz-aanbieders, zorgkantoren, zorgverzekeraars en de wet- en regelgeving. De NZa heeft in een afzonderlijke rapportage de financiële consequenties in beeld gebracht. Hiervan hebben wij de resultaten opgenomen in dit hoofdstuk.

6.1 Consequenties voor de cliënt

Variant A.1 'Integrale Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz'

Voor cliënten is het duidelijk dat ze met een Wlz-indicatie alle behandeling en zorg onder de Wlz kunnen krijgen. Ongeacht de plek waar ze verblijven, thuis of in een instelling. De cliënt kan hierin kiezen binnen de mogelijkheden die de Wlz-aanbieders hebben. Dit kan wel betekenen dat de cliënt op het moment dat hij de Wlz-indicatie krijgt, hij te maken krijgt met andere hulpverleners dan hij onder de Zvw had.

Variant B. 'Verblijfplaats van de cliënt'

Cliënten die verblijf afnemen krijgen alle behandeling en zorg uit de Wlz zodra ze Wlz-verblijf afnemen. Vanaf dat moment hebben ze alleen nog met de Wlz te maken en de hulpverleners vanuit de instelling die het verblijf levert. De cliënt kan hierin kiezen binnen de mogelijkheden van de betreffende instelling. Voor cliënten die thuis blijven wonen blijft alles hetzelfde tot het moment dat ze het Wlz-verblijf verzilveren. Zo lang het thuis mogelijk is, doen ze een beroep op de Zvw en Wmo en kunnen de vertrouwde hulpverleners de zorg en behandeling blijven leveren.

Variant D.1 'Integrale behandeling in de Wlz'

Voor de cliënten is het duidelijk dat ze alle behandeling, verpleging en verzorging integraal onder de Wlz kan krijgen. Ongeacht de plek waar ze verblijven, thuis of in een instelling. De cliënten krijgen voor de medicatie, hulpmiddelen en tandheelkundige zorg wel te maken met de Zvw. Dit kan leiden tot onduidelijkheid als het niet goed wordt uitgelegd aan de cliënt. De cliënten hebben in deze variant met twee wettelijke kaders te maken.

6.2 Consequenties voor Wlz-aanbieders

Variant A.1 'Integrale Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz'

Voor zorgaanbieders heeft de variant waarbij de Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen integraal vanuit de Wlz worden gefinancierd weinig consequenties. Voor hen wordt het eenduidiger: alle behandeling en zorg valt onder de Wlz, zonder verschil tussen leveringsvormen. Doordat alle zorg onder één financierings- en één registratiesysteem valt, ontstaat een vereenvoudiging voor de inzet van alle behandeling: dit betekent afname van de regeldruk.

Punt is wel dat alle zorgaanbieders die tot nu toe geen aanvullende zorgvormen inkochten aanvullende zorgvormen moeten gaan leveren vanuit de Wlz. Zij moeten zorgen dat ze deze zorg ook zelf kunnen aanbieden, eventueel via een onderaannemersconstructie of gemeenschappelijke inkoopconstructies.

Daarnaast verwachten we een verhoging van de administratieve lasten bij met name de kleine aanbieders, omdat zij ook de geneesmiddelen en hulpmiddelen in moeten kopen. Bovendien wordt het voor hen een uitdaging om goede onderhandelingen te voeren met de leveranciers in medicijnen en hulpmiddelen, omdat zij een kleine speler zijn.

Variant B. ‘Verblijfplaats van de cliënt’

Voor de zorgaanbieder wordt het eenduidiger voor de cliënten die intramuraal verblijven: alle behandeling en zorg valt onder de Wlz, zonder verschil tussen leveringsvormen en ongeacht of zij wel of niet feitelijk behandeling ontvangen. De groep cliënten die aanvullende zorgvormen krijgt, is wel groter.

Voor de complexe co-morbide Wlz-cliënten die niet intramuraal verblijven moeten de Wlz-aanbieders nauw samenwerken met andere zorgverleners zoals huisartsen en fysiotherapeuten. Dit vraagt om veel afstemming. Voorstelbaar is dat aanbieders vanuit verschillende wettelijke domeinen worden bekostigd, wat bijvoorbeeld administratieve lasten met zich meebrengt.

Cliënten hebben niet allemaal dezelfde zorgverzekeraar. Dit betekent voor de zorgaanbieders dat ze bij de cliënten die extramuraal verblijven te maken kunnen krijgen met verschillende eisen en afspraken rondom de zorg. Ook krijgen zorgaanbieders voor de extramurale cliënten te maken met meerdere zorgverzekeraars in plaats van met één zorgkantoor voor de intramurale cliënten, wat ook de nodige administratieve lasten met zich meebrengt.

Variant D.1 ‘Integrale behandeling in de Wlz’

Voor zorgaanbieders heeft deze variant weinig consequenties. Het wordt eenvoudiger: voor alle cliënten in alle leveringsvormen geldt dat alles onder de Wlz valt, met uitzondering van farmacie, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en kleding. De zorgaanbieders kunnen de Wlz-middelen volledig besteden aan de behandeling en zorg voor de cliënten. Dit wordt niet beïnvloed door extreme en onvoorziene uitgaven bij de aanvullende zorgvormen, bijvoorbeeld dure geneesmiddelen.

Mogelijk wordt het op zorginhoudelijk vlak niet eenvoudiger want er zal toch afstemming moeten plaatsvinden tussen de instelling en apotheker of gespecialiseerde tandarts. Tevens kan de instelling ook te maken krijgen met verschillende soorten geneesmiddelen, verschillende hulpmiddelen bij verschillende verzekeraars.

De zorgaanbieders die tot nu toe geen aanvullende zorgvormen leverden moeten nu wel geneeskundige zorg van algemeen medische aard en behandeling van psychische stoornissen leveren binnen de Wlz. Zij moeten zorgen dat ze deze zorg ook zelf in

huis halen of moeten dit via een onderaannemersconstructie regelen. Zij hoeven echter niet in onderhandeling over bijvoorbeeld de farmacie en hulpmiddelen.

6.3 Consequenties voor zorgkantoren

Variant A.1 'Integrale Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz'

Zorgkantoren moeten meer aanvullende zorgvormen inkopen, namelijk voor alle Wlz-cliënten. Ook voor verblijf zonder behandeling en vpt, maar ook voor de levering van de aanvullende zorgvormen bij mpt en pgb (waarbij niet altijd een instelling is bij wie de verantwoordelijkheid voor de levering van de aanvullende zorgvormen kan worden belegd).

Daarmee wordt het voor de zorgkantoren nog belangrijker om actief toe te zien op de kwaliteit en beschikbaarheid van de Wlz-behandeling. Dit vraagt om de ontwikkeling van standaarden met beroepsverenigingen en cliëntenorganisaties voor de kwaliteit van behandeling om als zorgkantoor prestaties te kunnen meten en toetsen.

Variant B. 'Verblijfplaats van de cliënt'

Het zorgkantoor hoeft alleen voor de cliënten die Wlz-verblijf afnemen de zorg in te kopen en geen onderscheid te maken naar leveringsvormen en inhoud van behandeling/zorgvormen (bij alle zorgaanbieders betreft het een integraal Wlz-pakket).

Het zorgkantoor hoeft alleen te toetsen of een cliënt verblijf afneemt, waarmee de cliënt recht heeft op behandeling en de aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz. Hiervoor is het wel noodzakelijk dat er een nadere uitwerking komt van de omschrijving van 'Wlz-verblijf' die in deze rapportage is opgenomen (de cliënt neemt geen Wlz-verblijf af als de cliënt zelf het toezicht/de 24-uurs zorg in de nabijheid organiseert en de regie en toegang heeft tot de woning voor het leveren van zorg; als dit een zorgaanbieder is, neemt de cliënt wel Wlz-verblijf af; ongeacht het huis waar de cliënt woont).

Variant D.1 'Integrale behandeling in de Wlz'

In vergelijking tot de huidige situatie moet meer behandeling worden ingekocht om alle Wlz-cliënten die deze behandeling nodig hebben, hierin te voorzien.

Zorgkantoren hoeven de andere aanvullende zorgvormen niet meer in te kopen: dit doet de zorgverzekeraar. Een goede samenwerking tussen zorgkantoor en zorgverzekeraar is van belang om ervoor te zorgen dat de Wlz-cliënten de noodzakelijk medicijnen en hulpmiddelen krijgen en dit niet belemmerend werkt voor de zorg en behandeling vanuit de Wlz.

6.4 Consequenties voor zorgverzekeraars

Variant A.1 'Integrale Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz'

De Wlz-behandeling en alle aanvullende zorgvormen worden bekostigd door de Wlz ongeacht de leveringsvormen. De schadelast voor de zorgverzekeraars is daarom lager ten opzichte van de huidige situatie, aangezien alle zorg voor alle Wlz-cliënten onder de Wlz komt te vallen.

Variant B. 'Verblijfplaats van de cliënt'

De zorgverzekeraar krijgt voor een groep cliënten een zorgplicht voor Wlz-behandeling, alle aanvullende zorgvormen, verpleging en verzorging. De zorgverzekeraar moet ook Wlz-instellingen en -professionals contracteren om die zorgplicht waar te kunnen maken. Om deze behandeling en aanvullende zorgvormen in te kunnen kopen, zal de zorgverzekeraar ook kennis moeten hebben over deze behandeling en zorg. Niet alleen de directe zorg moet worden ingekocht in de thuissituatie, maar ook het multidisciplinaire overleg en de instructie aan cliënten en cliëntensysteem.

De zorgverzekeraar hoeft alleen te toetsen of een cliënt Wlz-verblijf afneemt. Als dat niet zo is, heeft de cliënt recht op behandeling en de aanvullende zorgvormen vanuit de Zvw. Hiervoor is het wel noodzakelijk dat duidelijk is wat wordt verstaan onder 'Wlz-verblijf' die in deze rapportage is opgenomen (de cliënt neemt geen Wlz-verblijf af als de cliënt zelf het toezicht/de 24-uurs zorg in de nabijheid organiseert en de regie en toegang heeft tot de woning voor het leveren van zorg; als dit een zorgaanbieder is, neemt de cliënt wel Wlz-verblijf af; ongeacht het huis waar de cliënt woont).

Er verschuift een volume en risico naar de zorgverzekeraars. Dit heeft gevolgen voor de risicoverevening in de Zvw. Bekeken moet worden of dit een aanpassing vraagt van de Zvw-premie en de sociale premie (Wlz).

Variant D.1 'Integrale behandeling in de Wlz'

Voor verzekeraars is het duidelijk dat alle behandeling onder de Wlz valt en de aanvullende zorgvormen onder de Zvw. Het voorschrijven van de medicijnen door de behandelaar vindt plaats door een Wlz-behandelaar, terwijl de kosten voor de medicijnen in de Zvw worden gemaakt. Dit kan een risico voor de verzekeraar betekenen en vraagt om afstemming tussen zorgverzekeraar en zorgkantoor.

Daarnaast is een consequentie dat een grotere groep voor aanvullende zorgvormen onder de Zvw komt te vallen ten opzichte van de huidige situatie (namelijk ook zij die verblijven met behandeling en de aanvullende zorgvormen uit de Wlz krijgen).

6.5 Consequenties voor wet- en regelgeving

Variant A.1 'Integrale Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz'

De wet- en regelgeving wordt overzichtelijker, omdat alle Wlz-cliënten bij alle leveringsvormen alle behandeling en alle aanvullende zorgvormen uit de Wlz gefinancierd krijgen. De aanpassing in de wet en regelgeving is gering: opgenomen dient te worden dat binnen alle leveringsvormen de aanvullende zorgvormen uit de Wlz geleverd worden. Daarnaast dient het onderscheid tussen algemene paramedische behandeling (Zvw) en paramedische behandeling van specifieke aard (Wlz) te vervallen, zodat alle paramedische behandeling in deze variant onder de Wlz valt.

Wat betreft de regelgeving/afbakening bij hulpmiddelen, waaronder het vage begrip 'noodzakelijk in verband met de door de instelling te leveren zorg', is een nadere concretisering noodzakelijk.

Variant B. ‘Verblijfplaats van de cliënt’

Bij de vaststelling van de aanspraak op de Wlz is het nodig om vast te stellen of de cliënt wel of niet gebruik maakt van Wlz-verblijf. Er moet binnen de aanspraak duidelijkheid komen over wanneer verblijf leidt tot Wlz of Zvw.

In de regelgeving dient vervolgens te worden vastgelegd, dat verzilvering van Wlz-verblijf leidt tot Wlz-bekostiging en geen verzilvering van Wlz-verblijf leidt tot Zvw-bekostiging. De uitvoering hiervan vraagt nadere uitwerking.

Binnen de Zvw moeten prestaties beschikbaar zijn om de Wlz-specifieke behandeling en aanvullende zorgvormen te kunnen leveren en bekostigen.

De basisverzekering in de Zvw dekt nu niet alle specifieke zorg die Wlz-geïndiceerde cliënten nodig hebben. Dit geldt bijvoorbeeld voor de expertise die nodig is om Wlz-specifieke behandeling te verlenen en geldt ook voor bepaalde zorgvormen, zoals bijvoorbeeld de aanspraak op tandheelkundige zorg zoals we die nu kennen in de Wlz.

Bekeken moet worden of het voor de cliënten die geen Wlz-verblijf ontvangen mogelijk is om alle behandeling en zorg te ontvangen onder de Zvw of dat ook een beroep moet worden gedaan op begeleiding vanuit de Wmo.

Wat betreft de regelgeving/afbakening bij hulpmiddelen, waaronder het vage begrip ‘noodzakelijk in verband met de door de instelling te leveren zorg’, is een nadere concretisering noodzakelijk.

Varianten D.1 ‘Integrale behandeling in de Wlz’

In de Wlz is al opgenomen dat binnen alle leveringsvormen alle behandeling uit de Wlz wordt geleverd. Daarnaast dient binnen de Wlz het onderscheid tussen algemene paramedische behandeling (Zvw) en paramedische behandeling van specifieke aard (Wlz) te vervallen, zodat alle paramedische behandeling in deze variant onder de Wlz valt.

Binnen de Zvw zijn de prestatieomschrijvingen voor farmacie, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en kleding al grotendeels beschikbaar. Deze zouden voor bepaalde situaties moeten worden aangepast om ze te kunnen leveren en bekostigen.

Wat betreft de regelgeving/afbakening bij hulpmiddelen, waaronder het vage begrip ‘noodzakelijk in verband met de door de instelling te leveren zorg’, is een nadere concretisering noodzakelijk.

6.6 Financiële consequenties

De NZa heeft in een afzonderlijke rapportage een berekening gemaakt van de financiële consequenties (Raming uitgaven Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen, 30 juni 2016). In deze paragraaf beperken we ons tot de hoofdlijnen. Voor het berekenen van de financiële consequenties heeft de NZa eerst een financiële waarde van de integrale behandelcomponent per ZZP vastgesteld. Deze integrale behandelcomponent is allereerst opgebouwd uit het aandeel behandeling in de ZZP's. Dit aandeel heeft de NZa berekend door het verschil te nemen van de

maximum beleidsregelwaarden voor de ‘ZZP’s inclusief behandeling’ en de ‘ZZP’s exclusief behandeling’. De NZa heeft zich gebaseerd op de tarieven van 2015 en daarin zowel de loon- en materiele kosten betrokken alsook de tarieven voor de normatieve huisvestingscomponent en de normatieve inventariscomponent. Hieraan heeft de NZa een component toegevoegd die verband houdt met de behandeling. Het betreft dure geneesmiddelen, dure materiaalkosten en toeslagen waarvan vaststaat dat hier alleen behandeling wordt geboden (toeslag CVA en toeslag gespecialiseerde behandelzorg).

Met deze gegevens heeft de NZa per sector (VV, VG, LG, ZG en (SG)LVG) een berekening gemaakt van de totale behandelcomponent. Hierbij was het niet mogelijk om een onderscheid te maken tussen de kosten voor Wlz-specifieke behandeling en de kosten voor aanvullende zorgvormen. Er zijn geen gegevens beschikbaar om dit onderscheid te kunnen maken. Indien inzicht in dit onderscheid gewenst is, is nader onderzoek noodzakelijk. Daarnaast beschikt de NZa niet over gegevens over het huidige gebruik van de Zvw door Wlz-geïndiceerden die verblijven zonder behandeling, met een vpt, mpt of pgb. Het is hierdoor niet mogelijk om een verrekening te maken tussen Wlz en Zvw.

De berekening die de NZa heeft verricht beperkt zich hiermee tot het in beeld brengen van de totale behandelkosten voor Wlz-geïndiceerden, waarbij per variant wordt aangegeven welk deel ten laste komt van de Wlz en welk deel ten laste van de Zvw. Het biedt geen inzicht in de verschuiving die tussen de Wlz en Zvw moet plaatsvinden. Vanwege de onmogelijkheid om een onderscheid te maken tussen Wlz-specifieke behandeling en de aanvullende zorgvormen is het niet mogelijk om de financiële consequenties in beeld te brengen voor variant D.1 (waarbij een opsplitsing wordt gemaakt tussen alle behandelingsvormen en de overige aanvullende zorgvormen).

Bij Variant A.1 ‘Integrale Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz’ komt alles ten laste van de Wlz. Het betreft € 1,6 miljard voor de Sector Verpleging en Verzorging en € 950 miljoen voor de sector Gehandicaptensector (in totaal € 2,5 miljard).

Bij Variant B. ‘Verblijfplaats van de cliënt’ komt de behandeling voor de Wlz-geïndiceerden die verblijven ten laste van de Wlz. Dit is in totaal € 1,5 miljard voor de Sector Verpleging en Verzorging en € 825 miljoen voor de Gehandicaptensector. De behandeling voor de Wlz-geïndiceerden die niet verblijven komt ten laste van de Zvw, dit is in totaal € 100 miljoen voor de Sector Verpleging en Verzorging en € 125 miljoen voor de Gehandicaptensector.

7. Beschouwing

Op dit moment kunnen alleen verzekerden die verblijven in een instelling en daar ook Wlz-behandeling ontvangen, aanspraak maken op aanvullende zorgvormen. Er is dus onderscheid in het verzekerd pakket bij verblijf met behandeling en bij de overige leveringsvormen (verblijf zonder behandeling, vpt, mpt of pgb). Dit onderscheid is vanuit het aanbod gericht en hangt nauwelijks samen met de vraag van de cliënt. In dit onderzoek hebben we de problemen van dit onderscheid, oplossingsvarianten en consequenties van die oplossingsvarianten onderzocht.

Om antwoord te geven op de vraag van het ministerie van VWS om te bezien onder welke voorwaarden en per wanneer het verzekerde pakket op dit punt kan worden aangepast, moeten we ons eerste de vraag stellen of de redenen voor dit onderscheid nog steeds gerechtvaardigd zijn.

In 2012 schreef het Zorginstituut (toen nog CVZ) dat het onderscheid gerechtvaardigd is, omdat er bepaalde verzekerden zijn met een zware zorgbehoefte die dermate intensief en complex is, dat het niet meer verantwoord en/of doelmatig is om de benodigde zorg uit meerdere domeinen te betrekken. Voor deze groep verzekerden is een integraal en multidisciplinair zorgaanbod noodzakelijk. Daarom wordt voor deze groep terecht een uitzondering gemaakt op de 'normalisatie', dat het uitgangspunt was bij de modernisering van de AWBZ. Een verzekerde die voor AWBZ-zorg was geïndiceerd, moest zoveel mogelijk 'normaal' worden benaderd en gebruik kunnen maken van de normale circuits die voor alle burgers openstaan.

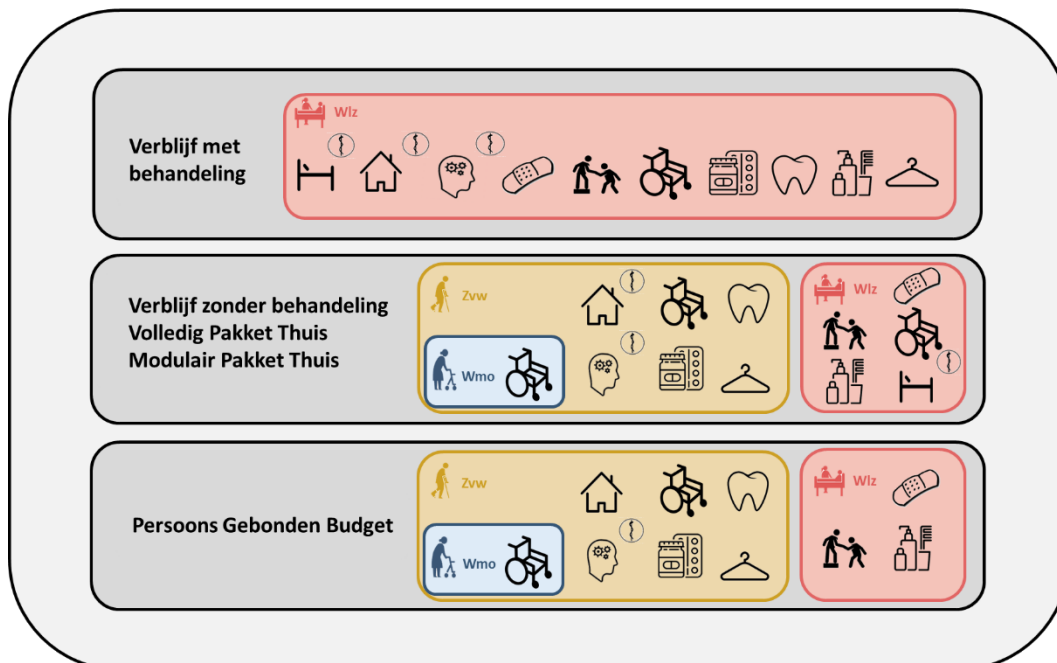
Ook schreef het Zorginstituut dat de aanspraak op aanvullende zorgvormen vanuit de AWBZ mede afhangt van de wijze hoe de verblijfszorg in de langdurige zorg wordt geregeld. En dat gezien de ontwikkeling richting zorg in de thuissituatie en scheiden van wonen en zorg, dit onderscheid aan de voorwaarde van intramurale zorg niet zondermeer voor de hand ligt.

In dit onderzoek hebben we geconstateerd dat de regelgeving rondom de Wlz heel complex en onduidelijk is geworden. We hebben verschillende oplossingsvarianten beoordeeld. Deze richten zich ofwel op het uitgangspunt om cliënten zo lang mogelijk in de thuissituatie te ondersteunen, ofwel op het leveren van een zo integraal mogelijk pakket ofwel op een combinatie van beide uitgangspunten.

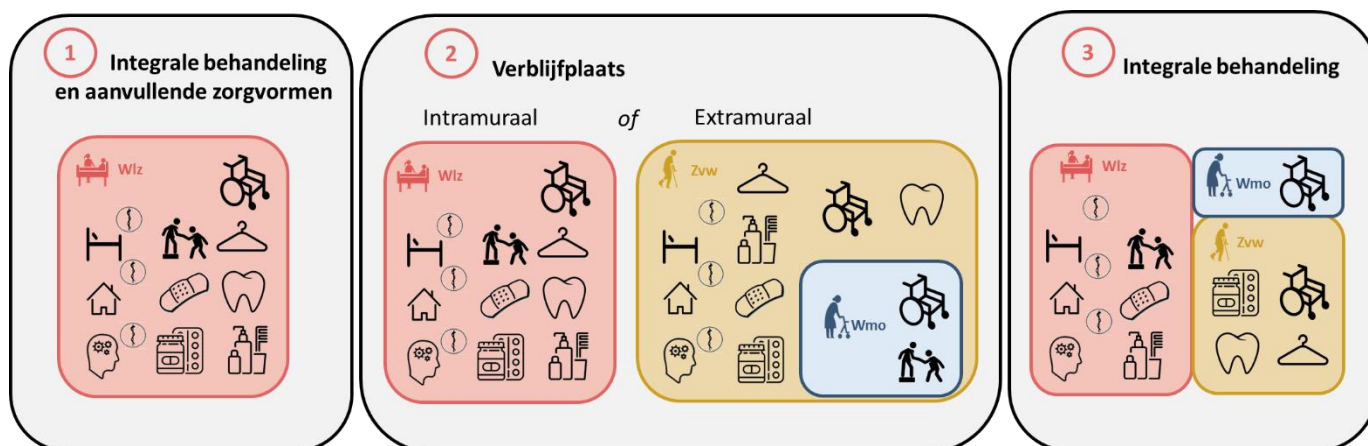
Deze oplossingsvarianten scoren verschillend op de toetsingscriteria eenvoud, passende zorg, keuzevrijheid van de cliënt en toekomstbestendigheid. Er zitten drie haalbare varianten bij waarmee het systeem eenvoudiger kan worden gemaakt en cliënten passende behandeling en zorg kunnen blijven ontvangen. Welke oplossingsvariant gewenst is, is afhankelijk van hoe zwaar elk toetsingscriterium wordt gewogen en welke consequenties het zwaarst worden gewogen in die afweging. Op de volgende pagina zijn de oplossingsvarianten in één overzicht weergegeven.

Herpositionering Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen

Huidige situatie:



Toekomstige situatie:
Eén van de drie oplossingsvarianten



Legenda



Bijlage 1. Organisaties die deel hebben genomen aan expertbijeenkomsten

- Achmea
- Actiz
- Altrecht (GGZ)
- Amarant Groep (VG)
- Bartimeus (ZG)
- Cobijt
- Cordaan (VG)
- CZ
- De Friesland
- Esdege Reigersdaal (VG)
- Eean (V&V)
- Firevaned
- 's Heerenloo (VG)
- Hanzeheerd (V&V)
- Iederin
- Inovum (V&V)
- Interaktcontour (LG)
- Kentalis (ZG)
- KNGF
- KNMT
- Laurens
- LHV
- Menzis
- Noorderbrug (LG)
- NPCF
- NVAVG
- NVD
- NVLF
- NVO
- Odion (VG)
- Parnassia Bavo Groep (GGZ)
- Pro Persona (GGZ)
- PsyNIP
- Rivas Zorggroep (V&V)
- Saffier De Residentiegroep
- Sherpa (VG)
- Siza (LG)
- Stichting De Hartekamp Groep (VG)
- Stichting Philadelphia zorg (VG)
- Verenso
- VGN
- VGZ
- Visio (ZG)
- WZH (V&V)
- Zorg en Zekerheid
- Zorggroep Crabbehof (V&V)

Bijlage 2. Aantal cliënten met een Wlz-indicatie

Nederland	Totaal	Wlz-verblijf	MPT	PGB	VPT	Onbekend
Peildatum	01-11-15	01-11-15	01-11-15	01-11-15	01-11-15	01-11-15
Totaal	282.600	201.107	20.198	14.892	5.592	40.811
	100%	72%	7%	5%	2%	14%
VV 1	1.671	1.010	142	4	60	455
VV 2	5.729	3.684	717	40	214	1.074
VV 3	11.327	7.910	1.220	86	509	1.602
VV 4	32.016	22.463	2.546	737	1.347	4.923
VV 5	62.580	49.431	2.932	2.284	938	6.995
VV 6	27.451	22.429	1.261	703	714	2.344
VV 7	13.740	12.595	216	274	125	530
VV 8	2.371	1.864	125	156	39	187
VV 9	3	0	0	0	0	3
VV 9a	2	0	0	0	0	2
VV 9b	895	455	40	1	13	386
VV 10	554	72	70	35	8	369
LVG 1	33	9	7	3	2	12
LVG 2	570	258	74	55	11	172
LVG 3	1.330	558	194	137	42	399
LVG 4	389	179	59	1	10	140
LVG 5	91	25	14	1	0	51
SG-LVG	618	260	134	1	9	214
VG 1	645	277	138	31	41	158
VG 2	5.383	2.103	1.040	464	167	1.609
VG 3	22.425	11.890	3.083	2.432	631	4.389
VG 4	12.485	7.964	1.328	1.542	130	1.521
VG 5	10.091	7.698	750	902	23	718
VG 6	22.436	14.287	1.644	2.514	220	3.771
VG 7	12.526	11.291	319	279	27	610
VG 8	6.419	5.118	555	458	10	278
LG 1	313	154	24	9	11	115
LG 2	1.560	809	171	107	46	427
LG 3	1.237	488	117	62	43	527
LG 4	4.076	2.116	358	377	84	1.141
LG 5	1.191	522	73	203	18	375

Nederland	Totaal	Wlz-verblijf	MPT	PGB	VPT	Onbekend
LG 6	5.225	2.585	300	636	56	1.648
LG 7	1.527	1.007	88	177	7	248
ZG-Vis 1	99	33	10	1	1	54
ZG-Vis 2	339	177	41	14	8	99
ZG-Vis 3	649	398	44	31	10	166
ZG-Vis 4	400	293	20	23	2	62
ZG-Vis 5	569	488	13	27	1	40
ZG-Aud 1	79	37	9	1	2	30
ZG-Aud 2	423	273	22	26	2	100
ZG-Aud 3	458	375	7	27	1	48
ZG-Aud 4	248	140	22	13	2	71
GGZ 1 B	6	2	1	0	0	3
GGZ 2 B	56	13	7	0	0	36
GGZ 3 B	578	237	64	1	2	274
GGZ 4 B	1.082	780	27	0	3	272
GGZ 5 B	3.996	2.978	100	1	2	915
GGZ 6 B	877	712	7	0	0	158
GGZ 7 B	1.855	1.448	23	1	1	382
GGZ 1 C	3	0	0	1	0	2
GGZ 2 C	14	0	0	2	0	12
GGZ 3 C	66	2	1	8	0	55
GGZ 4 C	35	0	3	1	0	31
GGZ 5 C	33	0	0	3	0	30
GGZ 6 C	3	0	0	0	0	3
ZZP onbepaald	270	29	4	0	0	237
Partner-verblijf	1.553	1.181	34	0	0	338

Bijlage 3. Problemen genoemd door experts

Complexiteit en onduidelijkheid:

1. Onduidelijkheid bij huisartsen omdat ze niet weten of een zorginstelling is gecontracteerd voor behandeling en of de huisarts daarmee wel of niet verantwoordelijk is voor geneeskundige zorg van algemeen medische aard.
2. Onduidelijkheid over het feit dat alle cliënten met een Wlz-aanspraak recht hebben op Wlz-specifieke behandeling, ongeacht de leveringsvorm.
3. Onduidelijkheid over welke behandelvormen bekostigd kunnen worden vanuit de Wlz-behandeling, Wlz-begeleiding of helemaal niet vanuit de Wlz.
4. Onduidelijkheid over de inhoud van CSLM-zorg (Continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg).
5. Onduidelijkheid over het feit dat behandeling van een psychische stoornis een aanvullende zorgvorm is en geen onderdeel van Wlz-behandeling als cliënten Wlz-verblijf met behandeling ontvangen.
6. Onduidelijkheid over de specialistische GGZ waarop cliënten die Wlz-verblijf met behandeling ontvangen binnen de Zvw een beroep kunnen doen.
7. Onduidelijkheid over het feit dat de diagnostiek voor een aanvullend psychisch probleem kan en moet worden bekostigd uit de Wlz, wanneer een cliënt verblijf met behandeling ontvangt.
8. Onduidelijkheid met betrekking tot het regime waaronder de tandheelkundige zorg voor een Wlz-cliënt valt.
9. Onduidelijkheid bij gemeenten voor het verstrekken van hulpmiddelen omdat ze niet weten welke Wlz-locaties een toelating voor behandeling hebben.
10. Risico op het onttrekken van zorg omdat cliënten die niet op een plaats met behandeling zitten, voor aanvullende zorgvormen een eigen risico in de Zvw moeten betalen.

Professionaliteit:

1. Er is sprake van een forse variatie aangaande de hoeveelheid, inhoud, systematiek en toepassing van behandeling. Een indicatie voor Wlz-specifieke behandeling ontbreekt. Voor alle behandelaren is (nog) geen sprake van een landelijke beschreven en erkende manier van behandelen per sector.
2. Met name bij cliënten zonder Wlz-verblijf is het niet duidelijk wie de regiebehandelaar is: de huisarts of de Wlz-behandelaar.
3. Voor verblijf met behandeling ontbreekt spiegelinformatie over de verschillend voorgeschreven medicatie tussen behandelaren.
4. Binnen de verschillende wettelijke regelingen hanteren uitvoerders verschillende criteria om wel of niet in aanmerking te komen voor een hulpmiddel.
5. Medewerkers hebben onvoldoende kennis en vaardigheden op het gebied van mondzorg. Er is sprake van een slechte invoering en naleving van de Richtlijn Mondzorg: er is geen beleid voor mondgezondheid en de implementatie en borging van de richtlijn blijft achterwege.

Organisatie:

1. Wlz-specifieke behandeling is organisatorisch niet goed thuis te regelen.
2. Het is moeilijk om huisartsen te vinden om cliënten met een Wlz-indicatie te ondersteunen.
3. Huisartsen kunnen niet altijd de gewenste behandeling bieden aan thuiswonende cliënten.
4. Het is moeilijk voldoende HBO-verpleegkundigen aan te trekken en te binden aan een instelling.
5. Behandelaren die worden ingehuurd voor specifiek benodigde expertise zijn geen onderdeel van de instelling, waardoor de verbinding (visie en passie) met de instelling ontbreekt.
6. De praktijk wijst uit dat het moeilijk is om voldoende GGZ-expertise te vinden om de Wlz-cliënten te behandelen.

7. Het is moeilijk voor een instelling om integraliteit te bieden aan cliënten als de instelling niet alle disciplines en expertise in huis heeft.
8. Het is organisatorisch en administratief veel werk om tandheelkundige zorg in een instelling met verblijf en behandeling te organiseren.

Bekostiging:

1. Wlz-middelen zijn ontoereikend voor Wlz-specifieke behandeling, waardoor andere oplossingen worden gezocht (subsidieregeling extramurale behandeling of Zvw).
2. Cliënten die Wlz-specifieke behandeling nodig hebben, krijgen dit niet, omdat het zorgkantoor dit niet heeft ingekocht bij de instelling.
3. Wlz-specifieke behandeling is budgettair niet goed thuis te regelen, ondanks dat alle cliënten recht hebben op Wlz-specifieke behandeling.
4. De praktijk wijst uit dat huisartsen onvoldoende tijd hebben voor thuiswonende Wlz-clieënten.
5. Voor het leveren van goede begeleiding om behandeldoelen te halen moet de behandelaar erbij betrokken zijn. Hiervoor is onvoldoende tijd en/of onvoldoende geschoold personeel.
6. Er is geen compensatie in tarief voor de steeds ouder wordende populatie met een zwaardere zorgvraag en de toename van medicatie. Hierdoor ontstaat een financieel risico.
7. Voor verblijf met behandeling is het lastig om goed over de kosten van de medicijnen te onderhandelen.
8. Zorgkantoren hanteren de bovenbudgettaire regeling heel divers.
9. Indien op grond van bijzondere tandheelkunde een machtiging voor behandeling wordt aangevraagd is het vaak lastig om toestemming en vergoeding te krijgen.

Bijlage 4. Voorkeur Wlz of Zvw voor aantal aanvullende zorgvormen

Voor een aantal aanvullende zorgvormen hebben de experts een voorkeur voor de Wlz of Zvw aangegeven los van de integrale oplossingsvarianten zoals in deze rapportage beschreven. Het betreft:

- de behandeling van een psychische stoornis,
- farmaceutische zorg,
- het gebruik van hulpmiddelen en
- tandheelkundige zorg.

Behandeling van een psychische stoornis

Behandeling van een psychische stoornis als aparte aanvullende zorgvorm levert veel verwarring op, aangezien het eigenlijk altijd onder Wlz-behandeling valt. Men pleit er daarom voor om de behandeling van een psychische stoornis niet als aparte aanvullende zorgvorm op te nemen of in ieder geval altijd in hetzelfde wettelijke domein als Wlz-behandeling te houden.

Farmaceutische zorg

Over farmaceutische zorg zijn de meningen verdeeld.

Voor het onderbrengen in de Wlz pleit dat cliënten die verblijven in dezelfde instelling medicijnen van dezelfde leverancier krijgen. Hierdoor ontstaan minder risico's op het verkeerd toedienen van de medicatie.

Nadeel van de Wlz is dat cliënten met dure geneesmiddelen zwaar op het Wlz-budget voor behandeling drukken, ondanks de regeling voor dure geneesmiddelen in de Wlz. Ook hebben lang niet alle (kleine) Wlz-instellingen (die nu nog geen ingekochte plaatsen met behandeling hebben) de juiste inkoopmacht om gunstige tarieven bij de farmaceuten af te dwingen. Wellicht is hiervoor een oplossing dat zorgkantoren de zorgaanbieders hierbij ondersteunen.

Voor de Zvw pleit dat juist de geneesmiddelen niet meer drukken op het Wlz-budget voor behandeling. Zeker omdat er op dit moment nog geen compensatie in het Wlz-budget is voor de steeds ouder wordende populatie met een zwaardere zorgvraag en de toename van medicatie.

Nadeel van de Zvw is dat cliënten die verblijven in dezelfde instelling medicijnen van diverse leveranciers en apotheken krijgen. Hierdoor ontstaan meer risico's op het verkeerd toedienen van de medicatie. Bovendien moet de cliënt dan zelf zorgdragen voor zelfzorg geneesmiddelen.

Hulpmiddelen

Met betrekking tot het gebruik van hulpmiddelen is het van belang om eerst te benadrukken dat er een verschil is tussen 'voor meerdere verzekerden te gebruiken of te hergebruiken roerende voorzieningen die noodzakelijk zijn voor de zorgverlening of in verband met het opheffen of verminderen van belemmeringen die de verzekerde als gevolg van een aandoening, beperking, stoornis of handicap ondervindt bij het normale gebruik van zijn woonruimte' (artikel 3.1.1. lid 1.a.3), 'hulpmiddelen noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg' (artikel 3.1.1. lid 1.d.4) en 'mobiliteitshulpmiddelen' (artikel 3.1.1. lid 1.e). De experts hebben aangegeven dat ze de verstrekking van hulpmiddelen zo duidelijk mogelijk willen houden door hulpmiddelen bij Wlz-verblijf onder de Wlz te laten vallen en indien geen sprake is van Wlz-verblijf de hulpmiddelen ten laste te laten komen van de Zvw of Wmo.

Redenen hiervoor zijn dat het hulpmiddelen-arsenaal binnen de Zvw niet toereikend is voor de Wlz-clients die verblijf nodig hebben. En daarnaast geldt dat cliënten die verblijven in

eenzelfde instelling verschillende hulpmiddelen kunnen krijgen, waardoor risico's op verkeerd gebruik ontstaan.

Tandheelkundige zorg

Met betrekking tot tandheelkundige zorg bestaat de voorkeur om deze altijd ten laste te brengen van de Zvw. In de Zvw is er nu ook een onderscheid voor mondzorg waar men zelf verantwoordelijk voor kan zijn en waar niet; bijzondere tandheelkunde. De Wlz-cliënten zouden in de Zvw dan aanspraak moeten kunnen maken op bijzondere tandheelkunde.

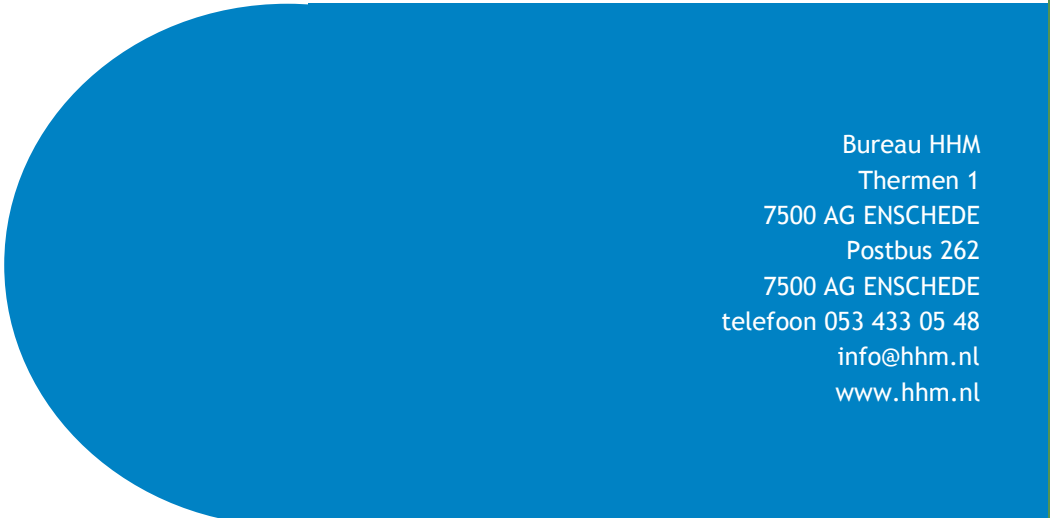
Echter, de huidige prestatie Bijzondere tandheelkunde Zvw is qua inhoud en omvang niet gelijk is aan de tandheelkundige zorg, zoals die bij verblijf en behandeling in de Wlz kan worden geleverd.

De tandheelkundige zorg bij verblijf en behandeling in de Wlz (artikel 3.1.1 lid 1 d, onder 5) omvat alle tandheelkundige zorg. Uiteraard voor zover de verzekerde redelijkerwijs op die zorg is aangewezen (art. 3.2.1 lid 1). Voor bijzondere tandheelkundige hulp (en dat betreft de bijzondere tandheelkunde zoals in de Zvw benoemd) voor Wlz-cliënten is vooraf toestemming nodig van het zorgkantoor. Dat is geregeld in de Regeling langdurige zorg (artikel 2.4 lid 1 Rlz).

Bij bijzondere tandheelkunde in de Zvw gaat het om een aantal specifiek omschreven verrichtingen (artikel 2.7 Besluit Zorgverzekering) voor bepaalde, omschreven indicatiegebieden. Alleen als verzekerde daaraan voldoet kan hij in aanmerking komen voor bijzondere tandheelkunde. Het is ook niet zo dat (ook) alle algemeen tandheelkundige zorg vervolgens kan worden verricht in het kader van die bijzondere tandheelkunde. Het gaat echt alleen om de bijzondere tandheelkundige zorg zoals omschreven in het Bzv.

Als Wlz-cliënten geen toegang meer krijgen tot tandheelkundige zorg via de Wlz, maar tot de Zvw, zoals die op dit moment is ingericht, zal dat tot gevolg hebben dat veel Wlz-cliënten niet meer in aanmerking komen voor tandheelkundige hulp als zij geen aanvullende verzekering hebben in de Zvw. Ook al is er wel een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp in een individueel geval, dan betreft de aanspraak alleen de extra hulp vanwege de handicap. De feitelijke tandheelkundige hulp (de verrichtingen) moeten dan toch nog zelf betaald worden.

Als de tandheelkundige zorg ook voor Wlz-cliënten ten laste moet komen van de Zvw, vraagt dit nog aanpassingen in de Zvw, zodat deze cliënten dezelfde inhoud en omvang van zorg kunnen ontvangen als nu in de Wlz.



Bureau HHM
Thermen 1
7500 AG ENSCHEDE
Postbus 262
7500 AG ENSCHEDE
telefoon 053 433 05 48
info@hbm.nl
www.hbm.nl

Achtergrondstudie

Positionering Wlz-behandeling
en aanvullende zorgvormen



Bezoekadres Thermen 1, 7521 PS Enschede
Postadres Postbus 262, 7500 AG Enschede
Telefoon (053) 4330548 **Website** www.nhm.nl
E-mail info@nhm.nl **KvK-nummer** 08120363

Achtergrondstudie

Positionering Wlz-behandeling
en aanvullende zorgvormen

Colofon

Titel	Achtergrondstudie Positionering Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen
Auteur(s)	ir. Nienke van Vliet, drs. Maarten te Nijenhuis
Opdrachtgever	Zorginstituut Nederland
Kenmerk	NV/16/0823/posbh
Publicatiedatum	april 2015

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	6
1.1	Opdracht	6
2.	Omschrijvingen definities	7
2.1	Wlz	7
2.2	Wlz, Wlz-kompas, Besluit zorgverzekering, Regeling Zorgverzekering	8
2.2.1	Wlz-behandeling	8
2.2.2	Geneeskundige zorg van algemeen medische aard.....	10
2.2.3	Behandeling van een psychische stoornis	12
2.2.4	Farmaceutische zorg	13
2.2.5	Gebruik hulpmiddelen (ivm verblijf in instelling gegeven zorg)	14
2.2.6	Tandheelkundige zorg.....	15
2.2.7	Kleding (ivm karakter/doelstelling instelling)	17
2.2.8	Persoonlijke verzorging.....	18
2.2.9	Begeleiding en dagbesteding	18
2.2.10	Verpleging	20
2.3	Nza beleidsregels	22
3.	Historie onderscheid	28
4.	Overzicht problemen	31
4.1	Afbakening	31
4.2	Inhoud	33
4.3	Proces	34
4.4	Praktijk.....	34
4.5	Verzekerde.....	36
5.	Oplossingsvarianten.....	37
5.1	Eén domein	37
5.2	Geen onderscheid tussen leveringsvormen	43
5.3	Opsplitsing bij ZZP leggen.....	44
5.4	Niet koppelen aan verblijf en behandeling.....	44
5.5	Behandeling opsplitsen	44
5.6	Programma Waardigheid en Trots.....	44
Bijlage 1.	Literatuurlijst	45
Bijlage 2.	Tekst AWBZ	48
Bijlage 3.	Totstandkomingsgeschiedenis	49

1. Inleiding

Verzekerden met een Wlz-indicatie die in een instelling verblijven en daar ook Wlz-behandeling ontvangen kunnen tevens aanspraak maken op zogenaamde aanvullende zorgvormen. Deze ‘aanvullende zorgvormen’ betreffen geneeskundige zorg van algemeen medische aard (huisartsenzorg), behandeling van een psychische stoornis, farmaceutische zorg, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en specifieke kleding.

Verzekerden hebben géén recht op deze ‘aanvullende zorgvormen’ vanuit de Wlz bij verblijf zonder behandeling of bij een vpt, een mpt, een pgb of een mpt gecombineerd met een pgb. Dit onderscheid in het verzekerde pakket leidt in de praktijk tot afbakeningsdiscussies en onduidelijkheid voor de verzekerde.

In vervolg hierop heeft Staatssecretaris Van Rijn in zijn brief van 23 juli 2015 Zorginstituut Nederland gevraagd naar een uitvoeringstoets om te bezien onder welke voorwaarden en per wanneer het verzekerde pakket op dit punt kan worden aangepast. Om deze vraag te kunnen beantwoorden heeft het Zorginstituut bureau HHM gevraagd om onderzoek te doen. Het resultaat van dit onderzoek hebben we beschreven in voorliggende achtergrondstudie en in de rapportage ‘Positionering Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen’.

1.1 Opdracht

Het Zorginstituut wil onderzoeken onder welke voorwaarden tot een aanpassing van het verzekerde pakket kan worden overgegaan, waarbij de Wlz-specifieke behandeling en de aanvullende zorgvormen in hetzelfde domein (Wlz/Zvw) worden ondergebracht.

De opdracht aan bureau HHM was om informatie te verzamelen op basis waarvan het Zorginstituut een beleidsmatige aanbeveling aan de Staatssecretaris kan formuleren.

De onderzoeksoopdracht omvatte de volgende drie onderdelen:

1. Inventarisatie van de problemen in de praktijk.
2. Beschrijving van oplossingsvarianten voor de geconstateerde problemen.
3. Beschrijving van de consequenties van de verschillende oplossingsvarianten.

Een onderdeel van de aanpak bij dit onderzoek is het verzamelen en bestuderen van diverse documenten. Deze hebben we in deze achtergrondstudie weergegeven. De literatuurlijst is opgenomen in bijlage 1.

2. Omschrijvingen definities

2.1 Wlz

De filosofie van de Wlz is dat alle verzekerden met een indicatiebesluit voor de Wlz recht hebben op een integraal pakket. In artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg staat de verzekerde zorg als volgt beschreven:

- 1) *Het op grond van deze wet verzekerde pakket omvat de volgende vormen van zorg:*
 - a) *verblijf in een instelling, met inbegrip van voorzieningen die niet ten laste van de verzekerde kunnen komen, waaronder in elk geval:*
 - 1° *het verstrekken van eten en drinken,*
 - 2° *het schoonhouden van de woonruimte van de verzekerde, en*
 - 3° *voor meerdere verzekerden te gebruiken of te hergebruiken roerende voorzieningen die noodzakelijk zijn voor de zorgverlening of in verband met het opheffen of verminderen van belemmeringen die de verzekerde als gevolg van een aandoening, beperking, stoornis of handicap ondervindt bij het normale gebruik van zijn woonruimte;*
 - b) *persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging;*
 - c) *behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde;*
 - d) *door of namens een instelling waarvan de verzekerde verblijft alsmede behandeling als bedoeld in onderdeel c ontvangt te verlenen:*
 - 1° *geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg,*
 - 2° *behandeling van een psychische stoornis indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van een van de in artikel 3.2.1 genoemde aandoeningen of beperkingen;*
 - 3° *farmaceutische zorg;*
 - 4° *het gebruik van hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg;*
 - 5° *tandheelkundige zorg;*
 - 6° *kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling;*
 - e) *het individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen;*
 - f) *vervoer naar een plaats waar de verzekerde gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt;*
 - g) *logeeropvang in een instelling, met inbegrip van de voorzieningen, bedoeld in onderdeel a, mits dit geschiedt ter ontlasting van een of meer mantelzorgers.*

Onder d) staat vermeld, dat alleen verzekerden die verblijven in een instelling en daar ook Wlz-behandeling ontvangen, tevens aanspraak kunnen maken op aanvullende zorgvormen. Er is dus een onderscheid in het verzekerd pakket bij verblijf met behandeling en bij de overige leveringsvormen (verblijf zonder behandeling, vpt, mpt of pgb).

In de memorie van toelichting bij de Wlz wordt hierover nog het volgende gemeld: *“Op termijn wil de regering, conform het advies van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) bij de consultatie van dit wetsvoorstel, het onderscheid tussen Wlz-behandeling en algemene medische zorg laten vervallen. Vanuit de filosofie van de Wlz staat de regering voor een integraal pakket voor alle mensen die een indicatiebesluit voor de Wlz hebben, ongeacht voor welke leveringsvorm zij kiezen; zorg in natura met verblijf, vpt, [mpt] of pgb. Het onderscheid is vanuit de AWBZ historisch te verklaren, maar leidt in praktijk tot afbakeningsdiscussies. Omdat het aanpassen van het verzekerd pakket in praktijk verstrekken gevolgen heeft voor onder meer de bekostiging en de organisatie van de zorg, kiest de regering ervoor om het onderscheid in de Wlz tussen enerzijds de verzekerde die zorg in natura met verblijf kiest en anderzijds de verzekerde die kiest voor vpt, [mpt] of pgb voorlopig te behouden. De cliënten die kiezen voor vpt, [mpt] of pgb ontvangen derhalve deze algemeen medische zorg vanuit de Zvw in plaats vanuit de Wlz. De Minister van VWS zal het Zorginstituut om een uitvoeringstoets verzoeken om te bezien onder welke voorwaarden en per wanneer tot aanpassing van het verzekerd pakket kan worden overgegaan.”*

In bijlage 2 is nog de oude tekst uit de AWBZ opgenomen.

2.2 Wlz, Wlz-kompas, Besluit zorgverzekering, Regeling Zorgverzekering

2.2.1 Wlz-behandeling

Conform tekst Wlz

In de Wlz gaat het om behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard. Kenmerkend voor onderscheid tussen de Wlz-behandeling en de Zvw-behandeling is dat het gaat om een specifieke behandeling (hierna te noemen Wlz-behandeling) in die zin dat deze samenhangt met de aard van de beperking op grond waarvan de cliënt toegang heeft tot de Wlz.

Er is bij de cliënt sprake van complexe (multi)problematiek, die in termen van behandeling meestal vraagt om continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg waarbij specifieke deskundigheid op het niveau van een Wlz-behandelaar nodig is.

Wlz-behandeling kan zich ook richten op herstel of voorkoming van verergering van de gevolgen van de aandoening of het ontstaan van een met de aandoening gerelateerde stoornis al dan niet door het aanleren van vaardigheden.

Tevens kan de Wlz-behandeling betrekking hebben op aanvullende functionele diagnostiek, consultatie en medebehandeling.

Bij Wlz-behandeling kan het gaan om individuele behandeling en om behandeling in groepsverband. Denk hierbij aan kinderen met een beperkt ontwikkelingsperspectief in verband met ernstige meervoudige handicaps.

Iedere verzekerde krijgt ongeacht of hij in een instelling verblijft dan wel zelf in zijn woonruimte voorziet met pgb of vpt, deze behandeling vanuit de Wlz.

Conform tekst Wlz-kompas

Wlz-behandeling omvat geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde. Behandeling is niet alleen op herstel gericht, maar kan ook gericht zijn op voorkomen van verergering.

Behandeldoelen

Van behandeling is sprake als er behandeldoelen zijn geformuleerd die op een gestructureerde en programmatische manier worden nagestreefd en waarvoor specifieke deskundigheid is vereist. Het gaat niet om het oefenen en inslijpen van aangeleerde vaardigheden en gedrag door het (herhaald) toepassen in de praktijk of om het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid.

Vormen van behandeling

Als behandelvormen worden onderscheiden ‘behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag’, ‘Continue, Systematische, Langdurige en Multidisciplinaire (CSLM-)zorg’, ‘medebehandeling’, ‘aanvullende functionele diagnostiek’ en ‘consultatie’.

Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag

Behandeling gericht op herstel en/of op het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag omvat een programmatische aanpak en er is specifieke deskundigheid voor nodig. Het kan ook gaan om het aanleren van vaardigheden of gedrag van de mantelzorger of verzorger van de verzekerde.

Continue, Systematische, Langdurige en Multidisciplinaire (CSLM-) zorg

CSLM-zorg omvat behandeling bij complexe (multi-)problematiek waarvoor specifieke kennis en deskundigheid van bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde, gedragswetenschapper of arts verstandelijk gehandicapten nodig is. Het behandeldoel is meestal niet herstel, maar het voorkomen van gevolgen en complicaties of het ontstaan van een gerelateerde stoornis. De problematiek is zo complex dat langdurige coördinatie en supervisie van een multidisciplinair team noodzakelijk is. Er is voortdurend afstemming nodig over wat de verschillende disciplines doen.

Medebehandeling

Als een verzekerde met complexe, specifieke problematiek thuis verblijft, kan de Wlz-behandelaar de specifieke medische, gedragswetenschappelijke of paramedische behandeling overnemen. Dat is medebehandeling en maakt onderdeel uit van de Wlz. De huisarts (Zvw) blijft medisch eindverantwoordelijk.

Aanvullende functionele diagnostiek

Het stellen van een medische diagnose (klinische basisdiagnostiek) is Zvw-zorg. Aanvullende functionele diagnostiek is Wlz-zorg. Het gaat hierbij om onderzoek naar het feitelijke beperkingenniveau van de verzekerde en de mogelijkheden om

te behandelen. Aanvullende functionele diagnostiek is vooral gericht op het verbeteren van het functioneren, het voorkomen van verergering en het zo lang mogelijk handhaven van zelfstandigheid.

Consultatie

Een huisarts of een medisch specialist kan een Wlz-behandelaar raadplegen voor bijvoorbeeld advies over zijn behandeling of om een zorgplan op te stellen. Dat consult is Wlz-behandeling en gaat om een beperkt aantal contacten. De huisarts of medisch-specialist blijft medisch verantwoordelijk.

2.2.2 Geneeskundige zorg van algemeen medische aard

Conform tekst Wlz

Indien iemand verblijft in een instelling (zorg in natura) en daar ook Wlz-behandeling ontvangt, komt naast de Wlz-behandeling ook algemeen medische zorg ten laste van de Wlz. Onder deze algemeen medische zorg valt onder andere:

- geneeskundige zorg van algemene aard;
- psychiatrische zorg (voor die verzekerden die op grond van een andere aandoening of beperking toegang heeft tot de Wlz);
- farmaceutische zorg;
- hulpmiddelen die noodzakelijk zijn in verband met de in een instelling gegeven zorg;
- tandheelkundige zorg;
- eventuele kleding verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling.

Samenhang tussen de Wlz en Zvw

In paragraaf 2.3.3 is toegelicht dat in de Wlz onderscheid wordt gemaakt tussen Wlz-behandeling en algemeen medische zorg. De Wlz-behandeling komt altijd ten laste van de Wlz, ongeacht de plaats van levering (thuis of in een instelling). Voor de algemeen medische zorg geldt dat deze alleen tot het verzekerd pakket in de Wlz behoort, indien de cliënt verblijft in een instelling en daar tevens Wlz-behandeling ontvangt. [...]. De tarieven voor vergelijkbare producten en prestaties zijn in de Wlz en de Zvw zoveel mogelijk gelijk. De NZa houdt hier bij de vaststelling van de tarieven rekening mee.

Daarnaast geldt dat medisch-specialistische zorg zoals die in de Zvw door medisch specialisten wordt geleverd, geen recht is in de Wlz, ongeacht de plaats van levering. Indien een cliënt medisch specialistische zorg nodig heeft (bijvoorbeeld door een cardioloog), dan kan de cliënt zich hiervoor tot zijn zorgverzekeraar wenden.

Conform tekst Wlz-kompas

Medische zorg van algemene aard (huisartsenzorg) verleend door een Wlz-instelling wordt vergoed op grond van de Wlz als sprake is van verblijf én behandeling door dezelfde instelling. Deze huisartsenzorg kan in zo'n geval worden verleend door bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten verbonden aan of ingehuurd door de instelling waar de verzekerde verblijft. De zorg kan ook door de instelling worden ingekocht bij een reguliere huisarts. Dat komt vooral in de verstandelijk gehandicaptenzorg voor.

Ook onderzoek dat door de Wlz-behandelaar wordt aangevraagd, bijvoorbeeld een ECG, laboratoriumonderzoek of radiologisch onderzoek, maakt onderdeel uit van de aanspraak.

Conform tekst Besluit zorgverzekering

Niet (specifiek) beschreven in Bzv zoals in artikel 3.1.1.d van de Wlz bedoelt. Wel artikel 2.4 “Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6 [...]”

Conform tekst Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. nivolumab, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van longkanker.

Artikel 2.2

1. De zorg, bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat tevens:
 - a. tot 1 januari 2016 behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg;
 - b. tot 1 januari 2017 behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg;
 - c. tot 1 januari 2017 behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie indien de verzekerde deelneemt aan de gerandomiseerde multicenter studie ‘Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR

- CLEAN)' of aan observationeel onderzoek als bedoeld in het tweede lid, onderdeel b, naar deze zorg;
- d. tot 1 januari 2018 behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg;
 - e. tot 1 januari 2018 het verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg;
 - f. tot 1 oktober 2019 behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, naar deze zorg;
 - g. tot 1 juli 2019 behandeling met belimumab van volwassen patiënten met actieve auto-antilichaampositieve systemische lupus erythematosus met een hoge mate van ziekte-activiteit en met een geschiedenis van behandelfalen op de standaardbehandeling, voor zover de verzekerde deelneemt aan het onderzoek naar de effectiviteit naar deze zorg of het onderzoek als bedoeld in het tweede lid, onderdeel b, naar deze zorg, die zijn vermeld in het advies van het Zorginstituut van 29 april 2015;
 - h. tot 1 juli 2019 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg;
 - i. tot 1 april 2020 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, naar deze zorg.
 - j. van 1 januari 2016 tot 1 januari 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische discectomie, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg.

2.2.3 Behandeling van een psychische stoornis

Conform tekst Wlz

De zorg voor cliënten met louter een psychische stoornis maakt geen onderdeel uit van de wet. De langdurige GGZ wordt deels overgeheveld naar de Zvw en deels naar de Wmo 2015. Dit geldt echter niet voor mensen die naast hun somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of naast hun verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap op grond waarvan zij een Wlz-indicatie hebben gekregen, bijkomende psychische problemen hebben. Zij komen wél in aanmerking voor behandeling van hun psychische problemen in de Wlz indien zij op grond van die aandoening, beperking of handicap voldoen aan de gestelde criteria.

Conform tekst Wlz-kompas

Deze aanspraak betreft behandeling van een psychische stoornis, die integraal onderdeel uitmaakt van de totale behandeling.

Binnen Wlz-instellingen verblijven verzekerden die naast hun Wlz-grondslag ook een psychische stoornis hebben. Het integrale zorgaanbod bij verblijf en behandeling

door dezelfde instelling omvat behandeling van een psychische stoornis, die integraal onderdeel uitmaakt van de totale behandeling.

Het is niet zo dat er altijd een integrale behandeling moet plaatsvinden als er sprake is van óók een psychische stoornis. Een bewoner van een Wlz-instelling kan ook aanspraak hebben op geneeskundige zorg, ook GGZ, in het kader van de Zvw. Als de behandeling van de psychische stoornis losstaat van de Wlz-behandeling is de verzekerde voor de behandeling van de psychische stoornis aangewezen op de Zvw.

Conform tekst Besluit zorgverzekering

Niet (specifiek) beschreven in Bzv zoals in artikel 3.1.1.d van de Wlz bedoelt.

2.2.4 Farmaceutische zorg

Conform tekst Wlz-kompas

Alle farmaceutische zorg waarop de verzekerde is aangewezen, valt onder de aanspraak bij verblijf en behandeling door dezelfde instelling. Ook de medicatie die is voorgeschreven door een medisch specialist. De farmaceutische zorg is niet beperkt tot wat tot het GVS behoort. Bepalend is of een middel is voorgeschreven met een medisch doel. Ook farmaceutische zorg die geen relatie heeft met de grondslag waarop de verzekerde verblijft, valt onder de aanspraak. Voorgeschreven dieetpreparaten en voorgeschreven dieetvoeding horen daar ook bij.

Conform tekst Besluit zorgverzekering

Artikel 2.8:

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
 - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
 - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet, of
 - 3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
 - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
- [...]

Conform tekst Regeling zorgverzekering

Artikel 2.5

1. De aangewezen geregistreerde geneesmiddelen zijn de geneesmiddelen, genoemd in bijlage 1 bij deze regeling.
2. Indien een geneesmiddel, genoemd in bijlage 1 bij deze regeling, behoort tot een van de in bijlage 2 bij deze regeling genoemde categorieën van geneesmiddelen, omvat de farmaceutische zorg slechts aflevering van dat geneesmiddel indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde criteria.
3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.

2.2.5 Gebruik hulpmiddelen (ivm verblijf in instelling gegeven zorg)

Conform Wlz-kompas

Het integrale zorgaanbod bij verblijf en behandeling door dezelfde instelling omvat hulpmiddelen die noodzakelijk zijn in verband met de in de instelling gegeven zorg. De aanspraak is niet beperkt tot hulpmiddelen die noodzakelijk zijn voor de behandeling, maar omvat alle hulpmiddelen die noodzakelijk zijn voor de zorg die de instelling levert. Het kan gaan om hulpmiddelen die niet persoonsgebonden zijn, zoals een infuuspomp, en om persoonsgebonden hulpmiddelen, zoals een zitorthese, maar ook bijvoorbeeld incontinentiemateriaal, verbandmiddelen en antidecubitusmateriaal.

Hulpmiddel op grond van de Zvw, Wmo of Wia

De bewoners van een Wlz-instelling kunnen een beroep doen op het gebruik van hulpmiddelen op grond van de Zvw of de Wia voor zover deze niet tot de hierboven genoemde aanspraken behoren. Verzekerden, die een hulpmiddel gebruiken, dat is verstrekt door de gemeente, mogen die blijven gebruiken op grond van het overgangsrecht, totdat zij een hulpmiddel krijgen op grond van de Wlz.

Conform tekst Besluit zorgverzekering

Niet (specifiek) beschreven in Bzv zoals in artikel 3.1.1.d van de Wlz bedoelt. Wel artikel 2.9:

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
 - a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
 - b. vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

Conform tekst Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- a. Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan, als omschreven in artikel 2.8;
- b. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in artikel 2.9;
- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in artikel 2.10;
- d. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie als omschreven in artikel 2.11;
- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in artikel 2.12;
- f. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie als omschreven in artikel 2.13;
- g. hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn;
- h. [vervallen;]
- i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden als omschreven in artikel 2.16;
- j. hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, als omschreven in artikel 2.17;
- k. hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid als omschreven in artikel 2.18;
- l. injectiespuiten als omschreven in artikel 2.19;
- m. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe;
- n. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;
- o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel;
- p. draagbare, uitwendige infuuspompen als omschreven in artikel 2.22;
- q. [vervallen;]
- r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als omschreven in artikel 2.24;
- s. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken;
- t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering als omschreven in artikel 2.26;
- y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- hh. met thuisdialyse samenhangende kosten als omschreven in artikel 2.29.

2.2.6 Tandheelkundige zorg

Conform Wlz-kompas

Het integrale zorgaanbod bij verblijf met behandeling door dezelfde de instelling omvat tandheelkundige zorg, maar die aanspraak is niet onbeperkt. In de Regeling langdurige zorg worden een aantal aanvullende regels gesteld.

Artikel 2.4 Rlz:

1. De verzekerde heeft slechts aanspraak op tandheelkundige zorg als bedoeld in artikel 2.7, eerste tot en met derde lid, van het Besluit zorgverzekering indien de Wlz-uitvoerder vooraf toestemming heeft verleend.
2. Indien het verblijf van de verzekerde in een instelling wordt beëindigd in verband met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering, bestaat nog gedurende een periode van ten hoogste acht dagen aanspraak op tandheelkundige zorg.
3. Tot negen weken na beëindiging van het verblijf in een instelling bestaat aanspraak op de levering en het aanbrengen van een nieuwe of overgezette tandheelkundige prothese, zijnde een plaat-, overkappings-, opbouw- of frameprothese, alsmede van kronen of bruggen, indien deze tandheelkundige hulp voor het beëindigen van het verblijf was aangevraagd. De Wlz-uitvoerder kan, gehoord de adviserend tandarts, een langere termijn van ten hoogste tweeënvijftig weken vaststellen.

Conform tekst Besluit zorgverzekering

In Bzv beschreven als mondzorg.

Artikel 2.7:

1. Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
 - a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
 - b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
 - c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese;
3. Orthodontische hulp is slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
4. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen

dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - b. incidenteel tandheelkundig consult;
 - c. het verwijderen van tandsteen;
 - d. fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - e. sealing;
 - f. parodontale hulp;
 - g. anesthesie;
 - h. endodontische hulp;
 - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - j. gnathologische hulp;
 - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
 - m. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
5. Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
- a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak.

2.2.7 Kleding (ivm karakter/doelstelling instelling)

Conform Wlz-kompas

Kleding verband houdende met het karakter en doelstelling van de instelling wordt vergoed op grond van de Wlz als sprake is van verblijf én behandeling door dezelfde instelling.

In principe dragen verzekerden in een instelling hun eigen kleding. Soms is kleding noodzakelijk in verband met het karakter en de doelgroep waaraan de instelling zorg levert. Die kleding is onderdeel van de Wlz-zorg. Bijvoorbeeld heupbeschermers (safehip) als valpreventie, speciale kleding voor mensen met gedragsproblemen (scheuren), of kleding die gemakkelijk aan- en uit is te trekken (ten behoeve van verpleging en verzorging).

Conform tekst Besluit zorgverzekering

Niet (specifiek) beschreven in Bzv zoals in artikel 3.1.1.d van de Wlz bedoelt.

2.2.8 Persoonlijke verzorging

Conform tekst Wlz

Bij persoonlijke verzorging in de Wlz gaat het net als in de AWBZ om het ondersteunen of overnemen van de zelfzorg bij mensen met een aandoening of beperking. Persoonlijke verzorging is gericht op het opheffen van het tekort aan zelfredzaamheid van de cliënt. Dit kan ook inhouden dat de cliënt wordt gestimuleerd om deze activiteiten zelf te doen en aan te leren. Wlz

2.2.9 Begeleiding en dagbesteding

Conform tekst Wlz

Begeleiding of dagbesteding in de Wlz omvat recreatieve of sociaal-culturele activiteiten waaraan de mensen in de Wlz een bepaalde mate van structuur overhouden en die bijdrage aan een verhoging van de kwaliteit van leven. Bij deze begeleiding hoort ook een bepaalde mate van toezicht. Dit wijkt af van de begeleiding die wordt geboden door gemeenten in het kader van de Wmo 2015. Deze begeleiding is erop gericht de zelfredzaamheid van een persoon te handhaven of te bevorderen en verwaarlozing of opname in een instelling te voorkomen. Wlz

Conform tekst Wlz-kompas

Begeleiding

Onder begeleiding worden activiteiten verstaan waarmee een persoon wordt ondersteund bij het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen en bij het aanbrengen en behouden van structuur in en regie over het persoonlijk leven. Begeleiding is er derhalve op gericht om de zelfredzaamheid van de verzekerde te handhaven of te bevorderen. Hierdoor kan worden voorkomen dat de verzekerde verwaarloost.

Maatschappelijke participatie als doel van begeleiding maakt geen deel uit van de Wlz.

Enige recreatieve en sociaal-culturele activiteiten behoren tot het verblijf in de instelling. Het gaat dan om een alternatief voor het normale sociale leven dat mensen gebruikelijk hebben.

Iemand die thuis woont met een Wlz indicatie voorziet zelf in zijn recreatieve en sociaal-culturele activiteiten en geestelijke verzorging. Als een verzekerde daar met gebruik van zijn netwerk niet zelf in kan voorzien, kan hij een beroep doen op de algemene voorzieningen uit de Wmo. Algemene voorzieningen staan ook open voor mensen met een Wlz-indicatie. De begeleiding daarbij behoort niet tot de Wlz-begeleiding, ook niet als de gemeente daar niet in voorziet.

Het vervoer naar andere recreatieve of sociale activiteiten dan dagbesteding behoort tot het sociaal vervoer. Dat is een algemene voorziening in de Wmo.

Onderscheid begeleiding en behandeling

De functie begeleiding omvat het inslijpen van de in de behandeling aangeleerde vaardigheden en gedrag door het (herhaald) toepassen in de praktijk. Bij

begeleiding gaat het om het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid. Voor (de begeleiding bij) dit oefenen is geen specifieke vaardigheid vereist.

Van behandeling is sprake als er verbeterdoelen zijn geformuleerd, die op een gestructureerde en programmatische manier worden nagestreefd, en waarvoor specifieke deskundigheid is vereist. De behandeling is niet alleen op herstel gericht, maar kan ook gericht zijn op voorkomen van verergering, waaronder begrepen het leren omgaan met (de gevolgen van) een aandoening, voorzover de interventie gestructureerd is, programmatisch is, en zich richt op een specifiek behandeldoel.

Het begrip zelfredzaamheid

Volgens kenniscentrum Vilans is zelfredzaamheid het vermogen om dagelijks algemene levensverrichtingen zelfstandig te kunnen doen, bv. wassen, aankleden en koken. Daarnaast hanteert Vilans het begrip 'psychosociale zelfredzaamheid': het vermogen tot sociaal functioneren in de dagelijkse leefsituaties, zoals thuis, bij winkelen, vrijetijdsbesteding, in relatie met vrienden, collega's enz.

Vormen van begeleiding

Bevorderen, behouden of compenseren van zelfredzaamheid

Zelfredzaamheid is het vermogen om dagelijks algemene levensverrichtingen zelfstandig te kunnen doen. Begeleiding richt zich op de lichamelijke, cognitieve en psychische mogelijkheden die de verzekerde in staat stellen om binnen de persoonlijke levenssfeer te functioneren. Bijvoorbeeld door te oefenen met vaardigheden of het aanbrengen van structuur. Ook praktische ondersteuning is mogelijk, bijvoorbeeld het aanreiken van zaken aan een rolstoelgebonden persoon.

Begeleiding kan bijvoorbeeld ook gaan om het compenseren en actief herstellen van het beperkt of afwezige regelvermogen. Er wordt dan bijvoorbeeld hulp geboden bij het plannen van activiteiten, regelen van dagelijkse zaken, het nemen van besluiten en het structureren van de dag.

Toezicht en interventie

Toezicht en interventie wordt geboden in de vorm van correctie van het gedrag bij gedragsstoornissen die hun oorsprong vinden in de grondslagen: een psychogeriatrische aandoening, een verstandelijke handicap of een psychische stoornis. Bij andere oorzaken zoals opvoedingsproblemen of maatschappelijk onaanangepast gedrag is er geen aanspraak op begeleiding.

Interventies kunnen ook activerend van aard zijn, zoals het stimuleren om bepaalde activiteiten te ondernemen of sociale contacten te onderhouden. Het verschil met behandeling is dat er geen sprake is van een programmatische benadering om een specifiek doel te bereiken, maar van een voortdurende situatie, waarin nog bestaande (of door behandeling herwonnen) functionaliteit wordt onderhouden of ingeslepen door herhaling.

Begeleiding kan op verschillende manieren worden ingezet

Directe omgeving

Kortdurende begeleiding kan zich ook richten op de directe omgeving van de verzekerde. De begeleiding is dan gericht op het aanleren van vaardigheden of gedrag van de verzorger(s) hoe om te gaan met de gevolgen van de aandoening, stoornis of beperking van de verzekerde.

Individueel of in groepsverband

Begeleiding in groepsverband kan aangewezen zijn omdat de verzekerde vanwege de aard, omvang en duur van zijn beperkingen niet in staat is om tot een vorm van dagstructurering te komen, ook niet door onderwijs of arbeid. Deze begeleiding (in dagdelen) wordt aangeduid met de term 'BG-groep'. BG-groep is een integraal pakket, dat alle persoonlijke verzorging, verpleging, behandeling op de achtergrond en individuele begeleiding (BG-ind) omvat, die tijdens de BG-groep moet worden gegeven.

Maaltijden op gebruikelijke tijdstippen maken onderdeel uit van begeleiding in dagdelen. Er mag hiervoor geen bijdrage van de verzekerde worden gevraagd. Ook nachtzorg valt onder begeleiding in groepsverband.

Passende dagbesteding

Onder passende dagbesteding verstaan we: de match tussen datgene wat de cliënt nodig heeft in combinatie met zijn/haar wensen (vraag) en de 'randvoorwaarden en kenmerken' waaraan dagbesteding voldoet (aanbod). De keuze voor een bepaalde vorm van dagbesteding komt tot stand in overleg tussen cliënt en zorgaanbieder. Zie voor meer informatie de Handreiking passende dagbesteding.

Begeleiding bij verblijf

Begeleiding bij verblijf is onderdeel van het samenhangende pakket dat de verblijfsinstelling biedt. Tot de aanspraak verblijf behoren ook enige recreatieve of sociaalculturele activiteiten. De verzekerde ontleent hieraan een bepaalde mate van structuur. Samen met het feit dat tot het verblijf ook een bepaalde mate van toezicht hoort, is dit van invloed op de mate waarin de verzekerde tijdens het verblijf is aangewezen op de functie begeleiding.

Begeleiding bij vervoer naar dagbesteding in geval van verblijf

Als een verblijfsinstelling op basis van zijn toelating naast verblijf ook behandeling en begeleiding in dagdelen levert, kan een verzekerde uit het oogpunt van doelmatigheid die dagbesteding niet bij een andere zorgaanbieder betrekken ten laste van de Wlz. De verblijfsinstelling mag die dagbesteding wel elders inkopen ten laste van haar eigen budget. De verblijfsinstelling moet daarbij verantwoord vervoer naar die dagbesteding bieden. Dat houdt in dat de verblijfsinstelling zonnodig voor begeleiding bij het vervoer zorgt.

2.2.10 Verpleging

Conform tekst Wlz

Verpleging in de Wlz omvat verpleegkundige zorg. Het gaat daarbij in de Wlz net als in de AWBZ vooral om het uitvoeren van verpleegkundige handelingen maar het kan, afhankelijk van de zorgzwaarte van de cliënt, ook gaan om signalerende, begeleidende en voorlichtende taken of het oefenen in zelfzorg. Wlz

Conform tekst Wlz-kompas

Verpleging in de Wlz omvat verpleegkundige zorg. Het gaat daarbij in de Wlz vooral om het uitvoeren van verpleegkundige handelingen maar het kan, afhankelijk van de zorgzwaarte van de cliënt, ook gaan om signalerende, begeleidende en voorlichtende taken of het oefenen in zelfzorg.

Als een verzekerde niet voldoet aan de criteria voor de Wlz en is aangewezen op verpleging, dan valt dit onder de Zvw (verzekerde prestatie 'Verpleging in de wijk').

[...]

Afbakening Wlz en Zvw

Verpleging op grond van de Wlz omvat in principe alle verpleegkundige zorg, ook de verpleging die noodzakelijk is vanwege een medisch specialistische behandeling, bijvoorbeeld als de medisch specialist wondverzorging of het toedienen van injecties voorschrijft. De leveringsvorm is niet van belang. Alleen in uitzonderlijke situaties, waarbij de medisch specialist de verpleegkundige zorg direct aanstuurt, kan de verpleging ten laste van de Zvw komen.

Onder directe aansturing verstaat het zorginstituut dat de medisch specialist direct opdracht geeft voor de verpleegkundige handelingen, daarvoor aanwijzingen geeft, waarbij het toezicht en de mogelijkheid tot tussenkomst door de medisch specialist voldoende is geregeld. Het gaat om situaties zoals bedoeld in artikel 38 Wet BIG.

Zie voor meer informatie het volledige standpunt.

Conform tekst Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10:

1. Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:
 - a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
 - b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
 - c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, valt niet verzorging van verzekerden tot achttien jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:
 - a. sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
 - b. vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

2.3 Nza beleidsregels

Volledig Pakket Thuis Beleidsregel CA-BR-1609

4.1 Zorg bij de prestatie Volledig Pakket Thuis (VPT) De te leveren prestatie is de zorg zoals vermeld in het zorgzwaartepakket met inbegrip van de bijbehorende leveringsvoorwaarden, het eten en drinken en het schoonhouden van de woonruimte van de verzekerde. Ook behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c, Wlz behoort, wanneer cliënt daarop is aangewezen, tot de aanspraak en is daarmee onderdeel van het VPT. De zorg omvat niet de met verblijf gepaard gaande behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel d, Wlz. De zorg omvat tevens niet de huisvesting/wooncomponent. De cliënt betaalt zelf zijn eigen woonomgeving. Tot slot omvat het VPT ook niet het individueel gebruik van de hulpmiddelen als bedoeld in artikel 3.1.1 eerste lid, onderdeel e, Wlz.

4.2 Wooncomponent bij VPT De wooncomponent betreft de post terrein- en gebouwgebonden kosten. De wooncomponent is onderdeel van de uurprijzen per zorgvorm van de ZZP's.

Beleidsregel CA-BR-1610 MPT

Modulair Pakket Thuis (MPT) Eén of meer losse vormen van zorg als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wlz:

1. het schoonhouden van de woonruimte van de cliënt;
2. voor meerdere cliënten te gebruiken of te hergebruiken roerende voorzieningen die noodzakelijk zijn voor de zorgverlening of in verband met het opheffen of verminderen van belemmeringen die de cliënt als gevolg van een aandoening, beperking, stoornis of handicap ondervindt bij het normale gebruik van zijn woonruimte;
3. persoonlijke verzorging;
4. begeleiding;
5. verpleging;
6. behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de cliënt;
7. het individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen;
8. vervoer naar een plaats waar de cliënt gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt;
9. logeeropvang in een instelling, met inbegrip van de voorzieningen waaronder het verstrekken van eten en drinken en voorzieningen bedoeld in onderdeel 1 en 2, mits dit geschiedt ter ontlasting van een of meer mantelzorgers.

Beleidsregel "Extreme kosten zorggebonden materiaal en geneesmiddelen" nummer CA-BR 1616

Achtergrond Uit artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel d, Wlz volgt dat wanneer sprake is van behandeling en verblijf in een Wlz-instelling de instelling een integraal zorgaanbod moet leveren. Daaronder valt ook de farmaceutische zorg. In de onderbouwing van de prijzen van de zorgzwaartepakketten is rekening gehouden met een vergoeding voor deze farmaceutische zorg en voor zorggebonden materiaalkosten. In individuele gevallen (bijvoorbeeld bij aidsmedicatie of hormoonbehandeling) kan sprake zijn van een extreme toename van deze kosten. Deze beleidsregel dient om extreme kosten van individuele cliënten van zorggebonden materiaal of geneesmiddelen te kunnen bekostigen. Deze kosten

kunnen voor maximaal 90% in de aanvaardbare kosten opgenomen worden. Artikel 1 Reikwijdte Deze beleidsregel is sinds 2012 van toepassing op zowel de verpleeghuiszorg als de intramurale gehandicaptenzorg. In beide sectoren komen extreme kosten op het gebied van geneesmiddelen voor. Voorbeelden van geneesmiddelen waarmee extreme kosten kunnen zijn gemoeid zijn aidsmedicatie en groeihormoonbehandeling. De prestatie extreme kosten voor zorggebonden materiaal is echter voorbehouden aan de verpleeghuiszorg. Het is de NZa niet gebleken dat deze vorm van kosten ook in de intramurale gehandicaptenzorg voorkomt. Artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel d, onder 3, Wlz brengt met zich mee dat alle farmaceutische zorg waarop de verzekerde is aangewezen onder de Wlz-aanspraak valt. Ook de medicatie die is voorgeschreven door een medisch specialist. Indien een medisch specialist echter behandelt en in dat kader geneesmiddelen voorschrijft, dan valt de bekostiging van die geneesmiddelen onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Schrijft de medisch specialist deze geneesmiddelen alleen maar voor, dan dienen deze wel ten laste van het instellingsbudget te worden gebracht.

Beleidsregel "Tariefbeschikking tandheelkundige zorg Wlz", TB/CU-7106-03

door: zorgaanbieders die tandheelkundige zorg als omschreven bij of krachtens de Wet langdurige zorg (Wlz) leveren aan patiënten die verblijven en behandeld worden in instellingen die zijn toegelaten voor de zorgvormen behandeling en verblijf als omschreven in de Wlz en zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1 onder c sub2 van de Wmg (factormaatschappijen)

aan: alle ziektekostenverzekeraars en alle (niet-)verzekerden

de prestatiebeschrijving en bijbehorend maximumtarieven (in euro's):

zoals omschreven in de bijlagen 1 en 2 behorende bij deze tariefbeschikking gevoegde tarievenlijst, in rekening kunnen worden gebracht, mits is voldaan aan de bij de prestaties beschreven voorwaarden, voorschriften en beperkingen*.

De vastgestelde maximumtarieven zijn inclusief BTW-kosten, maar exclusief de BTW-heffing en afdracht door een zorgaanbieder. De declaraties dienen te worden gespecificeerd conform de beschrijvingen in de tarievenlijst. Bij contante betaling mag het eindbedrag worden afgerond op het dichtstbijzijnde veelvoud van 5 eurocent. 1 De materiaal- en/ of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

*De materialen/of techniekkosten mogen niet hoger zijn dan de door de zorgaanbieder betaalde en/of verschuldigde kosten voor inkoop (zie bijlage 2 bij deze tariefbeschikking).

In het geval het gaat om patiënten die behandeld worden in de Wlz-instelling dient de zorgaanbieder te declareren aan de Wlz-instelling. In geval er in Wlz-instellingen sprake is van bijzondere tandheelkundige hulp aan patiënten, declareert de instelling, voorzover er een (neven)tarief voor bijzondere tandheelkunde op de tariefbeschikking van de betrokken instelling staat, het voor de instelling geldende (neven)tarief. De zorgaanbieders kunnen in dat geval maximaal U01 en U02 in rekening brengen aan de instelling.

Beleidsregel “Tandheelkundige zorg Wlz”, BR/CU-7127

3.1 Inkomensbestanddeel Het aandeel van het normatief bepaalde inkomen in het (maximum) uurtarief, dat aanbieders van tandheelkundige zorg aan patiënten die verblijven en behandeld worden in de Wlz-instelling in rekening mogen brengen.

3.2 Praktijkkostenbestanddeel Het aandeel van de normatief bepaalde praktijkkosten in het (maximum) uurtarief, dat aanbieders van tandheelkundige zorg aan patiënten die verblijven en behandeld worden in de Wlz-instelling in rekening mogen brengen.

3.3 Rekennorm: Een normatief bepaald aantal (werkbare) uren per jaar waarin tandheelkundige hulp wordt verleend aan patiënten die verblijven en behandeld worden in de Wlz-instelling.

3.4 Materiaal- en/of techniekkosten: De kosten van tandtechniek die noodzakelijk zijn voor de behandeling en extra zijn ingekocht door de zorgaanbieder en de kosten van de materialen die specifiek toe te rekenen zijn aan de betreffende prestatie. Hier worden expliciet niet de verbruiksmaterialen bedoeld. De materiaal- en/of techniekkosten dienen per gedeclareerde prestatie gespecificeerd te worden en mogen niet hoger zijn dan de door de zorgaanbieder betaalde en/of verschuldigde kosten voor inkoop. De zorgaanbieder is verplicht om op verzoek van de patiënt of diens verzekeraar de nota van de tandtechnicus/tandtechnisch laboratorium te overleggen. Indien de zorgaanbieder de tandtechnische werkstukken zelf vervaardigt, is deze verplicht aan de patiënt of diens verzekeraar de techniekkosten te specificeren conform de lijst van de Nederlandse Zorgautoriteit met maximumtarieven voor tandtechniek in eigen beheer.

In het kader van deze beleidsregel worden de volgende prestatiebeschrijvingen onderscheiden: – tandheelkundige hulp aan patiënten die behandeld worden in de Wlzinstelling door zorgaanbieder zonder eigen huispraktijk; – tandheelkundige hulp aan patiënten die behandeld worden in de Wlzinstelling door zorgaanbieder met een eigen huispraktijk; – tandheelkundige hulp aan patiënten die verblijven in de Wlzinstelling in de eigen huispraktijk van de zorgaanbieder; – kostenvergoedingen (techniekkosten).

Beleidsregel CA-BR-1607 Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten

5.2 Opbouw ZZP-tarieven: De ZZP's zijn opgebouwd uit: - de componenten woonzorg, dagbesteding, behandelaars en verblijf; - de navolgende zorgvormen zoals omschreven in de Wlz: - persoonlijke verzorging (PV); - verpleging (VP); - begeleiding (BG); - behandeling (BH) en - verblijf (VB); - een gemiddelde tijdsduur per week, uitgedrukt in direct en indirect cliëntgebonden uren, voor de zorgvormen BG, PV, VP, en BH; - een bedrag per uur voor de zorgvormen BG, PV, VP en BH; - een vast bedrag per dag voor de zorgvorm VB en indien van toepassing de zorggebonden materiële kosten (artikel 3.1.1 Wlz). De NZa berekent het tarief per ZZP door het aantal uur per zorgvorm te vermenigvuldigen met het uurbedrag per zorgvorm. Hierbij is opgeteld een vast bedrag per dag voor de zorgvorm verblijf en

indien van toepassing de zorggebonden materiële kosten op grond van artikel 3.1.1 Wlz.

5.3. Onderbouwing van de uren per zorgvorm per ZZP: De gemiddelde tijdsduur per zorgvorm is gebaseerd op de zorgzwaartepakketten die door de Staatssecretaris van VWS zijn vastgesteld en aangeboden aan de NZa voor 2014.

5.4 Tarieven in- of exclusief behandeling: De WTZi-toelating én de Wlz-aanspraak en indicatie van de cliënt bepalen het ZZP-tarief. De ZZP-tarieven met behandeling kunnen alleen in rekening worden gebracht indien de zorgaanbieder beschikt over een WTZi-toelating voor behandeling. Het is mogelijk om een VV of GHZ ZZP-exclusief behandeling af te spreken en in rekening te brengen in combinatie met de behandelprestaties die vermeld zijn in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg. Deze behandelprestaties kunnen worden toegekend voor zover de totale kosten (beleidsregelswaarde ZZP-exclusief behandeling + uitgaven afzonderlijke behandelprestaties) daarvan niet de maximale beleidsregelwaarde voor ZZP inclusief behandeling overschrijdt.

5.5 Tarieven afhankelijk van een specifieke toelating van de zorgaanbieder: Voor cliënten die zijn geïndiceerd voor of aangewezen op ZZP 1 SGLVG kan dit ZZP alleen worden afgesproken met zorgaanbieders die zijn toegelaten voor SGLVG-behandeling op grond van artikel 5 van de WTZi. Voor cliënten die zijn geïndiceerd voor of aangewezen op één van de LVG-ZZP's, kunnen deze ZZP's alleen worden afgesproken met zorgaanbieders die zijn toegelaten voor observatie en MFC of LVG op grond van artikel 5 van de WTZi.

Beleidsregel BR/CU-7159 Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg

Deze beleidsregel is van toepassing op farmaceutische zorg die omvat advies of begeleiding ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet of de terhandstelling van die geneesmiddelen, of waarop de Wet inzake bloedtransfusie van toepassing is.

In het kader van deze beleidsregel worden de volgende prestaties onderscheiden:

- Standaard terhandstelling van een UR-geneesmiddel (art. 5.1)
- Weekterhandstelling van een UR-geneesmiddel (art. 5.2)
- Terhandstelling en begeleidingsgesprek nieuw UR-geneesmiddel (art. 5.3)
- Instructie patiënt UR-geneesmiddel- gerelateerd hulpmiddel (art. 6)
- Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik (art. 7)
- Farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek (art. 8)
- Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname (art. 9)
- Farmaceutische begeleiding i.v.m. ontslag uit het ziekenhuis (art. 10)
- Voorlichting farmaceutische zelfmanagement voor patiëntengroep (art. 11)
- Advies farmaceutische zelfzorg (art. 12)
- Advies gebruik UR-geneesmiddelen tijdens reis (art. 13)
- Advies ziekterisico bij reizen (art. 14)
- Onderlinge dienstverlening (art. 15)
- Facultatieve prestatie (art. 16)

3. Historie onderscheid

Voor de totstandkoming van het onderscheid in het verzekerd pakket bij verblijf met behandeling en bij de overige leveringsvormen gaan we terug naar het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Het toenmalig CVZ heeft in 2012 een rapportage uitgebracht genaamd 'Artikel 15 Bza'. Hierin is de totstandkoming van dit onderscheid goed beschreven. Onderstaande teksten komen uit die rapportage. Naast teksten uit deze rapportage zijn ook teksten opgenomen uit 'Financiering van AWBZ-behandeling, omzien en vooruitkijken' van Regioplan en tijdbestedingsonderzoeken van de behandelaars in de sectoren V&V en GZ van bureau HHM.

Wettelijk kader

Artikel 15 Bza bestond sinds 1 april 2003: het moment waarop de modernisering van de AWBZ werd ingezet. Er werd een omslag gemaakt van aanbodgerichte - naar vraaggerichte zorg. Dit hield onder andere in dat de AWBZ-aanspraken niet langer tot in detail in de wet werden vastgelegd, maar functiegericht (meer abstract) werden omschreven. Hiermee werd meer flexibiliteit in de zorg beoogd, waardoor de burgers meer keuzevrijheid zouden krijgen en innovatie in de zorg zou kunnen worden bevorderd¹.

Artikel 15 Bza luidde als volgt:

1. Voor zover gepaard gaande met verblijf in dezelfde instelling, omvat de zorg bedoeld in de artikelen 8 en 13 tevens:
 - a. geneeskundige zorg van algemeen medisch aard, niet zijnde paramedische zorg;
 - b. behandeling van een psychiatrische aandoening indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van een van de in artikel 8 genoemde aandoeningen of handicaps;
 - c. farmaceutische zorg;
 - d. hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg;
 - e. kleding verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling;
 - f. het individueel gebruik van een rolstoel.
2. De zorg bedoeld in het eerste lid aanhef omvat niet het verkrijgen van onderwijs, kleedgeld en zakgeld.

Totstandkomingsgeschiedenis

Uit artikel 15 Besluit Zorgaanspraken AWBZ (Bza) volgt dat, als een verzekerde verblijft en wordt behandeld in dezelfde AWBZ-instelling, een aantal extra zorgvormen voor rekening van de AWBZ kunnen komen, die de verzekerde anders (als er geen sprake is van behandeling en verblijf in dezelfde instelling) uit andere wettelijke regelingen (Zorgverzekeringswet, Wet maatschappelijke ondersteuning) zou moeten betrekken. Het artikel bestaat in zijn huidige vorm sinds de

¹ Zie het "Besluit van 25 oktober 2002, houdende hernieuwde vaststelling van de aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ en wijziging van andere besluiten in verband daarmee", Stb. 2002, 527.

modernisering van de AWBZ, in 2003, en is een beoogde uitzondering op de voorrangsregel van artikel 2 lid 1 Bza, dat inhoudt dat zorg op grond van de AWBZ niet mogelijk is als de zorg op grond van een andere wettelijke regeling of een ziektekostenverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, kan worden bekostigd.

Zie bijlage 3 voor uitgebreide totstandkomingsgeschiedenis.

Zoals beschreven in de Nota van toelichting bij artikel 15 Bza was “normalisatie” het uitgangspunt bij de modernisering van de AWBZ. Een verzekerde die voor AWBZ-zorg is geïndiceerd moet zoveel mogelijk “normaal” worden benaderd en gebruik kunnen maken van de normale circuits die voor alle burgers open staan. Artikel 15 Bza was en is een uitzondering op dit uitgangspunt.

De aanspraak op behandeling aan AWBZ-cliënten is geregeld in artikel 8 van het Besluit Zorgaanspraken AWBZ. Indien de behandeling gepaard gaat met verblijf in dezelfde instelling heeft de verzekerde aanspraak op een aantal aanvullende zaken op het terrein van behandeling. Deze zaken zijn geregeld in artikel 15. De achterliggende gedachte hierbij is dat de AWBZ instelling een integraal aanbod kan leveren.

Algemeen

Voor het aanbieden van intramurale zorg is een toelating voor verblijf (op grond van art 5. Wtzi) een vereiste. Van oudsher is er sprake van twee typen toelatingen: een toelating voor verblijf met behandeling (de intramurale zorg en verpleeghuiszorg) en een toelating voor verblijf zonder behandeling (de gezinsvervangende tehuizen en verzorgingstehuizen). Deze tweedeling in toelatingen heeft tot gevolg dat voor twee cliënten met een gelijke ZZP-indicatie het type instelling waar zij voor kiezen of in terechtkomen uiteindelijk leidend is voor het wel of niet inbegrepen zijn van behandeling in hun zorgzwaartepakket. Productieafspraken voor een ZZP inclusief behandeling kunnen alleen worden gemaakt voor het aantal verblijfplaatsen met behandeling waarvoor de zorgaanbieder is toegelaten.

De instellingen zonder toelating voor behandeling krijgen in vergelijking met instelling met een toelating voor behandeling minder bekostiging voor de levering van behandeling en lossen dit op door:

- Een toelating voor behandeling aan te vragen
- Behandeling extramuraal in te kopen
- Behandeling te bekostigen vanuit de Wmo en de Zorgverzekeringswet

V&V

Op basis van het Besluit Zorgaanspraken (BZa) kunnen verzorgingshuiscliënten alleen aanspraak maken op ‘artikel 8- behandeling’ (gericht op herstel of voorkoming van verergering van een aandoening) en verpleeghuiscliënten op zowel ‘artikel 8-behandeling’ als ‘artikel 15-behandeling’ (algemene geneeskundige zorg).

Gehandicaptenzorg

De doelgroep van dit onderzoek zijn instellingen uit alle subsectoren van de

Gehandicaptenzorg die zorg met verblijf leveren. Dit betreft de volgende instellingen:

- ‘klassieke’ intramurale instellingen met een toelating voor verblijf en behandeling;
- gezinsvervangende tehuizen (GVT's) die een toelating hebben voor verblijf (zonder behandeling);
- behandelcentra voor licht verstandelijk gehandicapten (met een toelating voor verblijf en behandeling).

Alleen instellingen met een toelating voor verblijf en behandeling (AZI's) worden vanuit de intramurale AWBZ gefinancierd voor het leveren van behandeling aan hun verblijfscliënten. Zorginstellingen met een toelating voor verblijf (zonder behandeling) - de GVT's - worden niet vanuit de intramurale AWBZ gefinancierd voor behandeling van verblijfscliënten. Verblijfscliënten van dergelijke instellingen kunnen zich voor behandeling van algemeen medische aard en paramedische zorg richten tot de Zorgverzekeringswet (basiszorg of aanvullend pakket). In de praktijk blijken echter ook GVT-cliënten, AWBZ-artikel 8 behandeling (dus gericht op de aandoening, beperking of handicap) binnen de instelling te ontvangen.

4. Overzicht problemen

Uit alle literatuur uit de literatuurlijst uit bijlage 1 zijn alle problemen en opmerkingen gedestilleerd rondom Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen. Hieronder hebben we ze gerubriceerd naar problemen in afbakening, inhoud, proces, praktijk en voor verzekerde.

4.1 Afbakening

- Het is lastig te bepalen waar geneeskundige zorg van algemeen medische aard ophoudt en de Wlz-behandeling begint.
- Wie levert de aanvullende zorgvormen (bijvoorbeeld huisarts) en wie levert de Wlz-behandeling (bijvoorbeeld AVG-arts of SO)?
- Vaak hebben cliënten met een ZZP-indicatie echter meerdere aandoeningen en hoe zwaarder hun indicatie, hoe lastiger het wordt om geneeskundige zorg en behandeling van een psychiatrische aandoening te scheiden van artikel 8 AWBZ-behandeling.
- De Wlz is voorliggend op de Zvw voor cliënten met een Wlz-indicatie. Dit betekent dat de cliënt meer dan voorheen aanspraak kan maken op behandeling binnen de Wlz.
- Tevens wijst de praktijk erop dat de afbakening met andere regelingen voor het veld, zelfs voor professionals, zeer lastig is. Dit geldt niet alleen voor de afbakening met regelingen buiten de AWBZ (Wmo, Zorgverzekeringswet), maar ook voor het onderscheid met andere AWBZ-aanspraken. Een goed voorbeeld hiervan is, bij de hulpmiddelen, de afbakening tussen artikel 15 Bza, outillagemiddelen (die onderdeel uitmaken van de functie verblijf) en verpleegartikelen in bruikleen (artikel 11 Bza).
Artikel 15 Bza omvat daarbij een groot aantal zorgvormen, waarvoor, zoals uit hoofdstuk 2 bleek, afzonderlijk steeds verschillende voorwaarden gelden. Deze voorwaarden zijn veelal historisch bepaald. Het is geen “logisch” systeem.
- De specialist ouderengeneeskunde biedt medische zorg aan patiënten die door meerdere gezondheidsproblemen beperkt zijn geworden in hun functioneren. Patiënten die door die aandoeningen niet langer in staat zijn tot de benodigde ADL-handelingen, die psychisch in de problemen raken (regieverlies, cognitieverlies, depressies) en/of zich sociaal dreigen te isoleren. In het overgrote deel van de gevallen gaat het om ouderen. Daarnaast kan het gaan om jongere patiënten met dementie en andere geheugenproblemen, Korsakov, Huntington, Parkinson, MS of ALS die eveneens te maken hebben met beperkende omstandigheden. Deze patiënten kunnen thuis, in een kleinschalige woonvoorziening, verzorgingshuis of verpleeghuis verblijven.
- Een toenemend aantal kwetsbare ouderen met een zware zorgvraag woont zelfstandig thuis of in een kleinschalige woonvorm. Om deze patiëntengroep de juiste medische zorg te kunnen bieden, is samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde essentieel. De medische zorg voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie primair wordt geleverd door huisartsen. Specialisten ouderengeneeskunde ondersteunen huisartsen bij deze zorg en kunnen worden ingezet voor consultatie en medebehandeling. Indien de zorgvraag van de oudere zich grotendeels op het deskundigheidsgebied van de specialist

ouderengeneeskunde bevindt, neemt de specialist ouderengeneeskunde het hoofdbehandelaarschap van de huisarts over.

- De specialist ouderengeneeskunde binnen de WLZ: De component behandeling zoals die nu geformuleerd is in een ZZP kan in de vorm van een DBC of DOT als aanspraak geformuleerd worden. De aanspraak ouderengeneeskundige behandeling omvat tevens de uit het door de specialist ouderengeneeskunde opgestelde behandelplan voortvloeiende medische-, paramedische, psychosociale en farmaceutische behandeling. In dit geval is er sprake van verpleeghuis verplaatste multidisciplinaire behandeling. Op deze manier kan de specialist ouderengeneeskunde ingezet worden bij VPT, PGB en Modulair Pakket. De kosten hiervan zitten al in de kosten WLZ.
- De specialist ouderengeneeskunde in de ZVW: De specialist ouderengeneeskunde heeft de volgende taken binnen de 1^e lijn. Diagnostiek en behandeling van dementerenden verblijvende in de thuissituatie nog zonder indicatie WLZ (dit gebeurt nu al vanuit de ggz financiering) Het geven van consulten aan huisartsen tijdens reguliere kantooruren en gedurende de ANW-dienstitijden ten behoeve van patiënten met complexe problematiek (wordt nu gefinancierd vanuit subsidieregeling). Het in overleg met de huisarts toewijzen van bedden voor tijdelijke opvang van kwetsbare ouderen (hoort bij subsidieregeling eerstelijns bedden). Om deze taken te kunnen uitvoeren heeft de specialist ouderengeneeskunde een positie nodig binnen de ZVW vergelijkbaar met die van de huisarts. Dit betreft een 1 ½ lijns functie. Alleen na verwijzing door de huisarts komt de specialist ouderengeneeskunde in actie.
- Zowel het verpleeghuis als een samenwerkingsverband van specialisten ouderengeneeskunde activiteiten van de SO aan Wlz- cliënten zou moeten kunnen declareren aan het zorgkantoor met een maximumtarief van €117,52 per uur.
- Verpleeghuizen en samenwerkingsverbanden van specialisten ouderengeneeskunde activiteiten van de SO aan niet-wlz cliënten kunnen declareren aan het zorgkantoor onder de subsidieregeling extramurale behandeling.
- Samenwerkingsverbanden van - of individuele- specialisten ouderengeneeskunde op basis van een maximum NZa tarief van €117,52 per uur kunnen declareren onder de Zvw aan zorgverzekeraars.
- De specialist ouderengeneeskunde treedt binnen het verpleeghuis op als hoofdbehandelaar. Hij combineert dan de functie van specialistische en algemeen medische zorg. Buiten het verpleeghuis is de specialist ouderengeneeskunde consultant of medebehandelaar. Hij voorziet in de specialistische medische zorg. Alleen als de huisarts afziet van het verlenen van de algemeen medische (huisartsen) zorg zal de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn als hoofdbehandelaar optreden.
- Lacune in de wet: Daar waar de patiënt verblijft in het verpleeghuis is de bekostiging van de specialist ouderengeneeskunde geregeld binnen de verstrekking verpleeghuiszorg. Heeft de patiënt gekozen voor VPT, MP of thuis wonen dan zal binnen de WLZ een bepaling moeten worden opgenomen waarin staat vermeld dat de patiënt recht heeft op medisch specialistische zorg zoals dat door de specialist ouderengeneeskunde binnen het verpleeghuis placht te worden geleverd. Via een dergelijke regeling zal het verpleeghuis of een

zelfstandig werkende specialist ouderengeneeskunde op basis van een uurtarief een declaratie moeten kunnen indienen.

- Lacune in de wet: De bekostiging van de specialist ouderengeneeskunde is niet opgenomen in de ZVW. De bovengenoemde activiteiten kunnen allen onder de noemer consult eerste lijn en op basis van een uurtarief worden gerealiseerd. Ook onder de ZVW heeft de patiënt, op verwijzing van de huisarts, recht op medisch specialistische zorg zoals dat door de specialist ouderengeneeskunde placht te worden geleverd. Via een dergelijke regeling zal een zelfstandig werkende specialist ouderengeneeskunde op basis van een uurtarief een declaratie moeten kunnen indienen.

4.2 Inhoud

- De aanspraak op tandheelkundige zorg en farmaceutische zorg vanuit de Wlz is ruimer dan die vanuit de Zvw. [1] Deze bewering komt overeen met de bewering uit [2]: “Onder artikel 15 Bza heeft een verzekerde aanspraak op tandheelkundige zorg. Die aanspraak is niet ongelimiteerd. In artikel 2 van de Regeling Zorgaanspraken (Rza) zijn een aantal voorwaarden gesteld. Bovendien moet, ingevolge artikel 2, derde lid Bza, de zorg doelmatig zijn. Artikel 9 Rza bepaalt dat de zorgverzekeraar toestemming moet verlenen voor specifieke tandheelkundige zorg. Hoewel dus niet onbeperkt, is de aanspraak op tandheelkundige zorg van artikel 15 Bza ruimer dan de tandheelkundige zorg voor volwassenen die in het kader van de Zorgverzekeringswet kan worden verstrekt.”.
- Er is sprake van een forse praktijkvariatie aangaande de inhoud, systematiek en toepassing van behandeling in de bezochte instellingen. Ook zijn er duidelijke verschillen in de beleidsmatige vastlegging van de interne zorgprogrammering. Er is derhalve nog geen sprake van een landelijk beschreven en erkende manier van behandelen. Dit betreft zowel instroomcriteria, de modulair opgebouwde zorgpaden, als de prestatie-indicatoren en de resultaatmetingen.
- In de sfeer van de te verzekeren prestatie binnen de Zorgverzekeringswet is er een probleem wanneer de geriatrische tandheelkunde wordt geacht binnen de huidige omschrijving van de bijzondere tandheelkunde (artikel 2.7 lid 1 BZv) te vallen. Artikel 2.7 lid 1 kent het zgn. ‘maatmanbeginsel’. Krachtens dit beginsel gaat de aanspraak op bijzondere hulp niet verder dan het compenseren van de onderliggende aandoening tot het niveau van orale functie dat aanwezig zou zijn geweest zonder die aandoening. De achterliggende gedachte is dat overcompensatie wordt voorkomen, en daarmee bevoordeling boven anderen die ook orale problemen hebben, maar geen indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp.

Dit ‘maatmanbeginsel’ past eigenlijk niet binnen de geriatrische tandheelkunde. Het gaat hier niet om compensatie van een handicap tot het oorspronkelijke niveau van orale functie, maar om essentiële orale functies te bestendigen en orale risico’s voor de algemene gezondheidstoestand te bestrijden, en zo de levenskwaliteit voor de resterende levensloop naar omstandigheden te optimaliseren. In concreto kan het gaan om kauw-, slik-, smaak- en andere orale functies op een medisch, sociaal en maatschappelijk aanvaardbaar niveau terug te brengen, en om het mogelijk maken van een basale mondhygiëne ondanks geestelijke of motorische beperkingen.

Technisch gezien gaat het in het algemeen om eenvoudige verrichtingen (zie de *Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen*). De tandheelkundige behandeling is echter tijdrovend vanwege de beperkingen van de patiënt. Vergoeding van deze behandeling middels een uurhonorarium, zoals dat ook veelal in de bijzondere tandheelkunde plaatsvindt, is aangewezen. Het kan wenselijk zijn om de te verzekeren prestatie voor bijzondere tandheelkunde, zoals omschreven in artikel 2.7 lid 1 BZv, uit te breiden met een lid dat is toegesneden op de mondzorg voor geriatrische patiënten, met inachtneming van het bovenstaande.

4.3 Proces

- In geen enkele fase van het beoordelingsproces voor verblijfszorg wordt een objectief oordeel over de noodzaak van behandeling gegeven. Alleen de zorgaanbieder kan vaststellen of een verzekerde behandeling nodig heeft. Dit is ook vreemd omdat er voor de meeste zorgprofielen een tarief bestaat met behandeling en een tarief zonder behandeling; aanbieder beslist daarmee zelf welk tarief hij ontvangt.
- De zorgaanbieder kan wel vaststellen of iemand behandeling nodig heeft, maar kan die niet altijd zelf bieden: hangt namelijk af van de toelating én contractering.

4.4 Praktijk

- Samenhangende en integrale zorg is lastig te realiseren, omdat dossier-overdracht tussen de twee typen behandelaars niet altijd vanzelfsprekend is.
- Artikel 15 Bza is inhoudelijk gezien een ingewikkelde aanspraak. De koppeling aan twee AWBZ-functies, verblijf én behandeling zorgt bij verzekerden, zorgaanbieders en uitvoeringsorganisaties vaak voor verwarring. De traditionele verdeling zoals die nog een tiental jaren geleden bestond, tussen intramurale instellingen die wél en intramurale instellingen die geen toelating hebben voor behandeling, vervaagt. AWBZ-instellingen worden groter, krijgen meer disciplines onder hun dak, en hebben vaak een toelating voor een aantal plaatsen mét en een aantal plaatsen zonder behandeling². CVZ krijgt signalen dat de controle “op welk bed” een verzekerde ligt en of er wel of geen aanspraak bestaat op artikel 15 Bza-zorg moeilijker wordt.
- Veel cliënten krijgen ondanks het recht op behandeling op grond van de indicatie en aanwezigheid van een behandeltoelating bij de aanbieder geen zekerheid op behandeling in de Wlz, omdat de aanbieder niet dienovereenkomstig bekostigd wordt. Het is aan het zorgkantoor daar afspraken over te maken. Uit de praktijk blijkt dat voor slechts een deel van de cliënten met indicatie verblijf met behandeling met aanbieders productieafspraken voor behandeling zijn gemaakt.
- Resultaat tijdbestedingsonderzoek behandelaars sector V&V: in verpleeghuizen wordt een behoorlijke mate van behandeling geleverd aan cliënten met een ZZP 1 en 2, terwijl hiervoor in principe geen tijd is opgenomen in de ZZP's.

² Denk in de sector V&V bijvoorbeeld aan verzorgingshuizen (van oorsprong niet toegelaten voor behandeling) met een speciale verpleegafdeling voor geriatrische patiënten (wel behandeling).

Clënten in het verzorgingshuis ontvangen, zoals blijkt uit de resultaten, ook behandeling in de vorm van face-to-face contacten met behandelaars. Gezien de Nza beleidsregels zouden meerzorgcliënten in het verzorgingshuis alleen indirect cliëntgebonden tijd mogen ontvangen.

- Resultaten tijdregistratie behandelaars sector GZ: er wordt behandeling geleverd aan cliënten in ZZP's waar geen behandelcomponent in zit. Bij de meeste ZZP's wordt in de huidige situatie minder behandeling geleverd dan in de behandelcomponent van de ZZP's is opgenomen (sommige instellingen geven aan dat zij met de huidige formatie niet de behandeling kunnen leveren die in de ZZP's zit). De GVT's leveren behandeling aan een deel van hun cliënten.
- Cliënten in een instelling zonder toelating krijgen veelal toch behandeling. De instellingen worden hier veelal niet direct voor bekostigd vanuit de ABWZ. Wel kan het zijn dat instellingen de behandeling bekostigen vanuit het budget dat zij voor andere AWBZ functies krijgen. Een zeer gering deel van de instellingen ontvangt hiervoor wel financiering vanuit de AWBZ doordat zij financiering voor extramurale behandeling ontvangen. Een deel van de geleverde behandeling wordt naar alle waarschijnlijkheid bekostigd uit de Zvw.
- Op basis van de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz) kunnen mensen er onder bepaalde voorwaarden, voor kiezen hun zorg thuis te ontvangen en niet in een verpleeghuis. Daarvoor is onder meer nodig dat de verpleeghuisarts buiten de muren van een zorginstelling ingezet kan worden, en zo nodig de rol van hoofdbehandelaar kan overnemen van de huisarts. Zowel organisatorisch als financieel is daar nog onvoldoende voor geregeld. Alom wordt de noodzaak erkend om dit knelpunt op te lossen. Zo hebben de LHV en Verenso in december afgesproken de samenwerking tussen huisarts en specialist beter gestalte te geven. Ook is dit probleem rond de financiering in beeld bij staatssecretaris van Rijn.
- Uit onderzoek LHV-website:
 - 25% van de huisartsen heeft niet alle thuiswonende oudere patiënten met een lichte zorgvraag goed in beeld.
 - 17% van de huisartsen heeft niet alle thuiswonende oudere patiënten met een zware zorgvraag goed in beeld.
 - 40% van de huisartsen kan niet de gewenste zorg bieden aan thuiswonende verstandelijk beperkte patiënten.
 - 24% van de huisartsen heeft onvoldoende tijd voor thuiswonende oudere patiënten met een lichte zorgvraag.
 - 78% van de huisartsen heeft onvoldoende tijd voor thuiswonende oudere patiënten met een zware zorgvraag.
 - 58% van de huisartsen heeft onvoldoende tijd voor thuiswonende verstandelijk beperkte patiënten.
 - 46% van de huisartsen heeft geen borging voor de (aanvullende) inzet van de specialist ouderengeneeskundige voor de zorg voor thuiswonende oudere patiënten.
 - 61% van de huisartsen heeft geen (regionale) afspraken gemaakt voor het hoofdbehandelaarschap met de specialist ouderengeneeskunde.
 - 24% van de huisartsen ervaart problemen in de begeleiding bij consult/visite bij medische zorg voor verstandelijk beperkte patiënten.
 - 45% van de huisartsen heeft onvoldoende tijd voor patiënten in een (kleinschalige) woonvorm.

- 45% van de huisartsen heeft geen borging voor de (aanvullende) inzet van de specialist ouderengeneeskundige voor de zorg voor patiënten in een (kleinschalige) woonvorm.
- Voor 83% van de huisartsen is het niet duidelijk of een zorginstelling is gecontracteerd voor behandeling.
- Gemiddeld besteden de locaties (V&V) uit de onderzoekspopulatie 66% van het tarief voor Behandeling ook daadwerkelijk aan Behandeling. De rest van het tarief wordt ingezet voor de levering van andere ZZp-componenten (met name Verblijf, zie paragraaf 2.2). Bij verzorgingshuizen ligt dat percentage nog lager (37%) en in verpleeghuizen ligt het percentage op 65% gemiddeld. In revalidatielocaties wordt iets meer van het budget gebruikt (69%), net als in de verpleeghuizen overig' (68%). Bij KSW ligt het percentage weer lager, namelijk op 54%. Op deze locaties staat het wonen en welzijn voorop en worden behandelaren op consultbasis ingezet.
- Een groot probleem bij kwetsbare ouderen, ongeacht hun verblijfplaats, is de gebrekkige zelfredzaamheid. Hun subjectieve zorgvraag is, zeker naar mondzorg, aantoonbaar gering, terwijl regelmatig ernstige ontstekingshaarden en andere voor hen potentieel levensbedreigende condities in de mond aanwezig zijn. Het regime van de Zorgverzekeringswet, dat uitgaat van mondzorg voor eigen rekening en verantwoording van de volwassen verzekerde, is op deze groep moeilijk toepasbaar.
- Slechte invoering en naleving van de Richtlijn Mondzorg in de onderzochte verpleeghuizen. De meeste verpleeghuizen hadden geen beleid voor mondgezondheid en de implementatie en borging van de richtlijn bleef bij de meeste verpleeghuizen achterwege. Meer dan de helft van de medewerkers gaf aan onvoldoende kennis en vaardigheden op het gebied van mondzorg te hebben en het dossier van de cliënt bood in driekwart van de verpleeghuizen geen goede basis voor de dagelijkse mondzorg.

4.5 Verzekerde

- Onduidelijkheid dat er meerdere organisaties verantwoordelijk zijn voor onderdelen uit de benodigde zorg/pakket.
- Verschillende betalingsvormen geven onduidelijkheid: eigen bijdrage in Wlz en Wmo, eigen risico in Zvw.
- Onder de Zorgverzekeringswet gelden bovendien voor bepaalde te verzekeren prestaties eigen bijdragen, hetgeen bij artikel 15 Bza niet het geval is. Iemand die verblijft en wordt behandeld in een AWBZ-instelling, betaalt daarvoor uitsluitend een inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor het verblijf en geen extra eigen bijdrage(n) voor de zorg van artikel 15 Bza.

5. Oplossingsvarianten

Uit alle literatuur uit de literatuurlijst uit bijlage 1 zijn diverse argumenten voor oplossingsvarianten gegeven rondom Wlz-behandeling en de aanvullende zorgvormen. Deze zijn hieronder gebundeld weergegeven.

5.1 Eén domein

- Zij zijn aangewezen op een integraal pakket aan zorg vanwege gedragsproblemen, regieproblemen of het onvermogen tot alarmeren, dat vanuit één verantwoordelijke zorgaanbieder wordt aangeboden.
- Of de verzekerde in de instelling verblijft of de zorg thuis krijgt, maakt niet uit voor de zorg en ondersteuning waarop de verzekerde aanspraak heeft.
- Een deel van een zorgvorm uit het ene domein (Liz) bekostigen en een ander deel vanuit een ander domein (Zvw) levert onnodige afbakeningsproblemen op.
- Daarom moeten hulpmiddelen en paramedische zorg integraal deel uitmaken van de Liz, evenals tandheelkundige zorg en farmaceutische zorg.
- Bij de zorg in natura zonder verblijf gaat het om dezelfde doelgroepen als bij de Liz in de instelling: de meest kwetsbaren, die zijn aangewezen op complexe, integrale zorg. Zij zijn met reguliere voorzieningen uit de Wmo en Zvw niet adequaat en verantwoord te helpen. Het is een contradictie als dan delen van de zorg toch ten laste van de Zvw en/of Wmo komen. De noodzakelijke samenhang en integratie van alle zorgvormen komt dan in gevaar. De voorgestelde uitzondering voor de zorg die ten laste van de Zvw kan komen, levert zowel zorginhoudelijk als uitvoeringstechnisch grote problemen op.
- Het Liz pakket moet zijn toegesneden op mensen die integrale zorg nodig hebben. Het verzekerde pakket moet alle noodzakelijke behandeling, verpleging, verzorging en begeleiding bevatten, inclusief hulpmiddelen, farmaceutische zorg, tandheelkundige zorg, paramedische zorg, etc. Wij pleiten vanwege de uitvoerbaarheid ervoor om het aantal afbakeningspunten zo klein mogelijk te houden door alle hulpmiddelen, alle paramedische en alle farmaceutische zorg onderdeel te laten zijn van het pakket.
- Het gaat om verzekerden met een zware zorgbehoefte die dermate intensief en complex is, dat het niet meer verantwoord en/of doelmatig is om de benodigde zorg uit meerdere domeinen te betrekken. Voor deze groep verzekerden is een integraal en multidisciplinair zorgaanbod noodzakelijk. Deze groep komt overeen met de groep die het CVZ in het Pakketadvies 2011 benoemt als “de zwaarst te verzekeren zorgbehoefte”, waarvoor allesomvattende zorg in de zorgverzekering noodzakelijk is.
- Het onderdeel algemeen medische zorg staat in nauwe relatie met de AWBZ-behandeling. Bij normalisatie³ zal de algemeen medische zorg moeten worden

³ Zoals blijkt uit de Nota van Toelichting bij artikel 15 Bza was “normalisatie” het uitgangspunt bij de modernisering van de AWBZ: met deze term wordt bedoeld dat ook de verzekerden die gebruik maken van de AWBZ zoveel mogelijk “normaal” moeten worden benaderd en gebruik moeten maken van de procedures die voor alle burgers openstaan”. Artikel 15 Bza is een uitzondering op dit uitgangspunt voor hen die verblijven en worden behandeld binnen dezelfde instelling.

gescheiden van de AWBZ-behandeling die verzekerde in de instelling krijgt. Het is de vraag of dit vanuit zorginhoudelijk en/of financieel oogpunt mogelijk is⁴. Een meer praktische vraag is of normalisatie ook betekent dat de algemeen medische zorg in instellingen door afzonderlijke huisartsen van verzekerden zou moeten worden verleend. Dit lijkt vanuit het oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid van zorg een ongewenste ontwikkeling. De instellingsarts is goed in staat om deze zorg aan verzekerden te leveren.

- Integrale behandeling van een psychiatrische aandoening is in 2008 aan artikel 15 Bza toegevoegd. Bij de overheveling van de geneeskundige GGZ van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet was dit de meest praktische oplossing om, ook na overheveling, integrale behandeling van een psychiatrische aandoening in multifunctionele centra mogelijk te maken. Normalisatie van dit onderdeel zal gevolgen hebben voor de bekostigingssystematiek. Bij verstrekking vanuit de Zorgverzekeringswet zullen de instellingen met DBC's moeten gaan werken. Ook lijkt het niet goed mogelijk de behandeling van gedragsproblemen ten gevolge van een verstandelijke handicap en die ten gevolge van de psychische stoornis te scheiden.
- De tandheelkundige zorg zoals die bij verblijf en behandeling in een instelling onder de aanspraak valt, is ruimer dan de tandheelkundige zorg voor volwassenen zoals die in de Zorgverzekeringswet is geregeld. De zorg heeft ook een ander karakter dan "normale" tandheelkundige zorg. Verzekerden die onder artikel 15 Bza gebruik maken van de tandheelkundige zorg hebben, in verband met hun aandoening of de daarvoor noodzakelijke behandeling (medicatie) veelal een slechte tandheelkundige conditie, waarvoor specifieke tandheelkundige hulp door een gespecialiseerde tandarts is vereist. De aandoening of daarmee gepaard gaande stoornissen maken daarbij veelal een speciale aanpak nodig, bijvoorbeeld een bepaalde gedragsmatige benadering bij dementerende ouderen of verstandelijk gehandicapten. Overleg met de overige behandelaars is hierbij vaak vereist. De aandoening of stoornis kan ook het gebruik van aangepaste behandelapparatuur nodig maken, zoals een speciale behandelstoel in verband met lichamelijke handicaps. Deze groep verzekerden kan in de regel niet bij een "normale" tandarts terecht.
- Normalisatie van de aanspraak, zonder verdere maatregelen, zou betekenen dat ook voor deze verzekerden de beperkte mondzorg van de Zorgverzekeringswet zou gaan gelden. Dit zal kunnen leiden tot een druk op duurdere, tweedelijnszorg (kaakchirurgie, narcosebehandelingen).
- Op dit moment kunnen mensen op grond van artikel 15 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ recht hebben op tandheelkundige zorg in het kader van de AWBZ. Het gaat veelal om mensen met ernstige verstandelijke en/of motorische beperkingen of om ouderen die voor deze tandheelkundige zorg in aanmerking komen. Deze mensen zijn veelal aangewezen op tandheelkundige zorg in de instelling. Voor ouderen in verpleeghuizen geldt dat zij tegenwoordig veel vaker dan vroeger nog de eigen tanden en kiezen hebben. Hun mondgezondheid is, zo blijkt uit onderzoek, vaak matig tot slecht, maar hun subjectieve zorgvraag naar tandheelkundige hulp is zeer gering.

⁴ Hierover zijn de meningen verdeeld. Zie de brief van de Minister van VWS van 5 juli 2010 "Toekomst AWBZ" Kamerstuk 30597, nr. 149.

Reguliere tandheelkundige zorg is voor deze mensen vaak niet mogelijk omdat het specifieke (tandheelkundige) voorzieningen, geschoolde menskracht en infrastructuur vereist (bijvoorbeeld tilliften) en/of omdat deze mensen gericht naar de tandarts moeten worden begeleid. Vaak ontbreken deze specifieke voorzieningen en/of vereiste deskundigheid in de reguliere zorg. Nu zijn deze AWBZ-instellingen verplicht adequate tandheelkundige zorg te leveren. Het is goed dat dit in de Liz geregeld is.

- Er zullen altijd patiënten zijn met een ernstige aandoening voor wie bijzondere mondzorg noodzakelijk is. Voor deze patiënten dient in de basisverzekering een opvang te blijven bestaan. Dit is opgenomen in artikel 2.7. onder lid 1 en 2 van het Besluit Zorgverzekering, en naar de mening van de werkgroep van essentiële maatschappelijke waarde. Voorwaarden:
 - Duidelijkheid omtrent de indicaties voor toegang tot de BT (en beëindiging daarvan), de behandelmogelijkheden en de kosten daarvan.
 - Duidelijk omschreven kwaliteitseisen voor zorgverleners, zorgverzekeraars en zorgkantoren.
 - Een transparant bekostigingssysteem.
 Al deze voorwaarden dienen toetsbaar te zijn.
- Een eventuele overheveling van de tandheelkundige zorg in de AWBZ naar de basisverzekering 'hangt' al jaren boven het veld. Er zijn plannen om zorgzwaartepakketten (ZZP'en) waarin mondzorg zit, onder te brengen in de Zorgverzekeringswet (Zvw).
- In een aantal instellingen wordt prima mondzorg verleend door tandartsen en medewerkers van de instelling. De werkgroep ziet echter ook dat er (te veel) situaties zijn waar de benodigde zorg niet goed tot zijn recht komt. Ook constateert zij dat de financiering niet transparant, ontoereikend en verouderd is en dat automatisering regelmatig geheel ontbreekt.
- De werkgroep beveelt daarom aan om de mondzorg (cure) uit de AWBZ over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet. Met andere woorden: de Indicatie Bijzondere Tandheelkunde omvat straks ook de mondzorg, zoals die in de cure AWBZ is geïndiceerd. De werkgroep is van mening dat de cure AWBZ mondzorg daarin 'naadloos' past, maar adviseert wel extra onderzoek om dit grondig na te (laten) gaan. Een overgangsregeling moet erin voorzien dat tandartsen werkzaam in de AWBZ behouden blijven voor deze zorg.
- Overheveling van cure mondzorg AWBZ naar Zvw leidt tot een helder financieringssysteem voor zowel de tandarts als de instelling (de kosten van de instelling zijn nu nog zonder oormerk opgenomen in het budget van de instelling).
- Door de voorgestelde overheveling kan direct gebruik gemaakt worden van de geautomatiseerde systemen van zorgverzekeraars en wordt het overbodig om de handmatige administratie van zorgkantoren te automatiseren.
- De nauwe samenwerking tussen instelling en tandarts(en) op locatie van de instelling blijft intact.
- Andere vormen van zorgorganisatie kunnen zich beter ontwikkelen.
- Versobering van declaratiesysteem voor tandheelkundige zorg, met heldere criteria voor uurtarieven op locatie (thuisbehandeling).
- Heldere positionering van cliënt in het declaratie systeem voor tandheelkundige zorg bij voorkeur via Vecozo systeem te raadplegen.

- Opheffen handmatige declaratie techniek zorgkantoren voor tandheelkundige zorg.
- Afschaffen van machtiging systeem boven bepaalde zorgzwaarte pakketten voor tandheelkundige zorg.
- Mondzorg Screening standaardiseren in huisartspraktijk, thuiszorg en in de verpleeghuiszorg.
- Structureel overleg creëren in eerste lijn m.b.t. 75 plussers voor tandheelkundige zorg.
- Regiefunctie toekennen aan eerste lijn qua mondzorg (eigen tandarts) gekoppeld aan een bijvoorbeeld de 75plus screening van de huisarts of in een lokaal consultatie bureau voor ouderen in de wijk, dorp of regio.
- Consultatiebureau ouderen bevorderen met mondzorg als essentiële drager van de consultatie (naast mijns inziens bijv. huisarts/SO, psycholoog, verpleegkundige, apotheker en praktijkondersteuners zoals bv diabetesverpleegkundige) De tandarts heeft daarin een continue rol aangezien deze de patiënt vaak geruime tijd heeft gekend.
- Accepteren dat bij (cognitieve) kwetsbaarheid ook verlies van eigen regievoering kan leiden tot onbedoelde zorguitvalverschijnselen. Een aanpassing zou kunnen zijn om de mondzorg boven een bepaalde leeftijd weer collectief te verzekeren in de basisverzekering (variant op Tandheelkundige Jeugd Zorg), vanaf 75 jaar bijv. recht op Tandheelkundige Geriatrisch Zorg (TGZ) of jonger vanaf het moment dat er een bepaalde CIZ indicatiestelling is bereikt. In deze zorg gratis toegankelijke consultatie, extracties, preventie en foto's en mondzorg screening t.b.v. advies thuiszorg en verpleeghuiszorg.
- Stimuleren van kennis van een gezond gebit bij de ouderen zelf, en mantelzorgers, vanuit de optiek dat met name de robuuste, sterke oudere tot op hoge leeftijd zelf verantwoording draagt voor zijn zorg keuzes.
- Goede mogelijkheden om kwetsbare en complexe ouderen te kunnen verwijzen en behandelen onder de regels van de bijzondere tandheelkunde vanwege de complexiteit en multidisciplinaire aanpak van mondzorg problemen.
- Deskundigheid bevordering in de diverse disciplines van mondzorg om de geriatrische groep beter te kunnen behandelen. (Opleiding tandheelkunde, mondzorgkunde, postdoctoraal onderwijs en in de opleidingen voor tandartsassistenten en MBO-v en HBO-v opleiding om kruisbestuiving te creëren.
- Bij farmaceutische zorg onder artikel 15 Bza zijn, anders dan onder de Zorgverzekeringswet, de geneesmiddelen niet beperkt tot het Geneesmiddelen vergoedingensysteem (GVS). Alle farmaceutische hulp, mits doelmatig en voorgeschreven met een medisch doel, vallen onder de aanspraak. Ook dure geneesmiddelen voor chronisch gebruik (zoals aidsremmers) vallen onder de aanspraak. Deze kunnen een grote druk leggen op het instellingsbudget. Op bekostigingsniveau is hiervoor iets geregeld. De Nza heeft voor verpleeginrichtingen die zijn toegelaten voor verblijf en behandeling een beleidsregel vastgesteld om op cliëntniveau afspraken te kunnen maken over extreme zorgkosten voor geneesmiddelen en zorggebonden materiaal. Per 1 januari 2012 kunnen ook intramurale instellingen voor gehandicaptenzorg die

zijn toegelaten voor verblijf en behandeling een beroep doen op de vergoeding van extreme zorgkosten voor geneesmiddelen ⁵.

Omdat bij artikel 15 Bza alle farmaceutische hulp onder de aanspraak valt, speelt bij deze zorgvorm vrijwel geen afbakeningsproblematiek. Onder de Zorgverzekeringswet spelen bij farmaceutische hulp wel afbakeningsvragen, met name ten aanzien van de medisch-specialistische zorg (ziekenhuisbudget). Het betreft dan met name de dure injecteerbare geneesmiddelen die door specialisten worden voorgeschreven voor onder andere reuma, psoriasis en (andere) immuunziekten.

Bij normalisatie zullen die afbakeningsvragen voor een grotere groep gaan gelden, namelijk ook voor de verzekerden die nu onder artikel 15 Bza vallen.

- In de huidige AWBZ bestaat, wanneer een verzekerde verblijft en wordt behandeld in dezelfde AWBZ-instelling, aanspraak op farmaceutische zorg vanuit de AWBZ. Dit betreft alle farmaceutische zorg. Ook binnen de Zorgverzekeringswet is farmaceutische zorg verzekerd, extramuraal via de verstrekking van het door de zorgverzekeraar aangewezen geregistreerde geneesmiddel, intramuraal als onderdeel van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Vraag is of de farmaceutische zorg ten laste van de Liz moet komen of dat de farmaceutische zorg voor verzekerden die gebruik maken van de Liz vanuit de Zvw moet worden verzekerd. Als de farmaceutische zorg vanuit de Zorgverzekeringswet wordt vergoed, is het de zorgverzekeraar die voor zijn verzekerden de voorwaarden voor de verstrekking bepaalt. Vanwege het preferentiebeleid dat de zorgverzekeraars bij geneesmiddelen mogen hanteren, kan een instelling met verschillende middelen worden geconfronteerd voor dezelfde aandoeningen: de zorgverzekeraar van bewoner a kan een ander middel vergoeden dan de zorgverzekeraar van bewoner b voor dezelfde aandoening. Binnen de instelling kan dit leiden tot problemen/risico's bij de medicijnuitdeling. Het CVZ vindt het daarom verstandiger de farmaceutische zorg ten laste van de Liz te laten komen. Hiermee maak je bovendien mogelijk dat de zorgaanbieder integraal verantwoordelijk is voor de zorg. We vinden dat intramurale specialistische geneesmiddelen ook onderdeel moeten zijn van de AWBZ-zorg en daarmee de Liz. We vragen hier bijzondere aandacht voor de bekostiging van intramurale (ziekenhuis)geneesmiddelen die onderdeel zijn van de medisch specialistische zorg in de Zvw. Onder de huidige AWBZ komen die ten laste van de AWBZ-instelling waar verzekerde verblijft, wat tot budgettaire problemen voor de instellingen leidt. Weliswaar worden die voor een belangrijk deel opgelost met een Nza-beleidsregel voor dure geneesmiddelen⁷, maar die regeling bevat een perverse prikkel: vanaf een bedrag van € 700 krijgt de instelling namelijk 90% van de kosten betaald, zodat het loont een geneesmiddel te kiezen dat boven die grens ligt. Wij stellen voor om dit probleem nader te verkennen en te zoeken naar werkbare oplossingen binnen de Wmg.

⁵ Beleidsregel CA-439 "Extreme zorggebonden materiaalkosten en geneesmiddelen in verpleeghuizen", geldig tot 31-12-2011. Per 1-1-2012 is deze vervangen door Beleidsregel CA-484 "Extreme kosten zorggebonden materiaal en geneesmiddelen". Zie www.nza.nl

- Op dit moment is de regeling voor de vergoeding van hulpmiddelen gecompliceerd en onoverzichtelijk: Bij verblijf en behandeling in een instelling geldt voor individueel aangepaste hulpmiddelen artikel 15 Bza. Niet-individueel aangepaste hulpmiddelen die navolgend door meerdere personen bruikbaar zijn vallen niet onder artikel 15 Bza, maar onder de outillage van de instelling. Is geen sprake van verblijf en/of behandeling in dezelfde instelling dan moet de verzekerde zich voor de vergoeding van hulpmiddelen wenden tot de Zorgverzekeringswet. Bij tijdelijk gebruik van hulpmiddelen dient echter weer gebruik te worden gemaakt van de aanspraak op bruikleen van verpleegartikelen, van artikel 11 Bza. Vereenvoudiging is aangewezen. Afschaffing van artikel 15 Bza zal voor een deel leiden tot vereenvoudiging, maar zal de afbakeningsvragen nooit helemaal wegnemen. Verwacht kan worden dat afbakeningsvragen blijven bestaan tussen verstrekking vanuit de Zorgverzekeringswet en outillage/bruikleenartikelen vanuit de AWBZ. Ook is niet uitgesloten dat de afbakeningsvragen die nu binnen de Zorgverzekeringswet bestaan tussen de hulpmiddelenzorg en de geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, voor een grotere groep verzekerden gaan gelden.

Onder de Zorgverzekeringswet is de hulpmiddelenzorg beperkt tot de hulpmiddelen die in het Besluit zorgverzekering zijn opgenomen. Een aantal hulpmiddelen zijn in de Zorgverzekeringswet inmiddels functioneel omschreven, maar andere zijn limitatief omschreven. Voor sommige hulpmiddelen geldt onder de Zorgverzekeringswet een eigen bijdrage. Bij verblijf en behandeling in dezelfde AWBZ-instelling vallen alle hulpmiddelen die noodzakelijk zijn in verband met de door de instelling te verlenen zorg onder de aanspraak van artikel 15 Bza. In die zin is de aanspraak vanuit de AWBZ ruimer en zal afschaffing van artikel 15 Bza voor de desbetreffende groep kunnen leiden tot minder ruime vergoedingen.

- Nu komen alleen de hulpmiddelen die noodzakelijk zijn voor de in de instelling geleverde zorg ten laste van de AWBZ. Anders dan in de Memorie van Toelichting staat, kan het daarbij ook gaan om persoonsgebonden hulpmiddelen die in de Zvw zijn verzekerd. Het beslissende onderscheid is op dit moment of een hulpmiddel noodzakelijk is voor de geleverde zorg. Voor de overige hulpmiddelen moet de verzekerde aanspraak doen op de Zvw. Of een hulpmiddel noodzakelijk is voor de geleverde zorg of niet, is vaak arbitrair, zodat dit onderscheid leidt tot afbakeningsproblemen. In de praktijk gaan zorgkantoren hier verschillend mee om, wat tot gevolg heeft dat de ene instelling zaken bekostigd krijgt, en de andere niet. De praktische oplossingen van zorgkantoren brengen ook veel vermijdbare administratieve lasten met zich mee. Om afbakeningsproblemen te voorkomen pleiten wij ervoor om alle hulpmiddelen ten laste van de Liz te brengen, met uitzondering van de hulpmiddelen die niet in het basispakket Zvw zitten en die dus voor eigen rekening komen.

De volgende argumenten spelen hierbij ook een rol:

- Met het verstrekken van hulpmiddelen kan substitutie worden bereikt voor duurdere zorg, bijvoorbeeld een technische oplossing die arbeid bespaart;
- Door de hulpmiddelen ten laste van het tarief voor de integrale zorg te brengen, worden zorgaanbieders gestimuleerd tot innovatie. Ze moeten zelf de integrale afweging maken welke manier van zorg verlenen het meest

efficiënt is. Als de kosten van hulpmiddelen ten laste komen van de Zvw is er geen prikkel om andere oplossingen te bedenken;

- Als de kosten van hulpmiddelen ten laste van het instellingsbudget komen, stimuleert dat ook hergebruik (eventueel met aanpassing). Als een hulpmiddel ten laste van de Zvw kan worden gebracht, is een nieuw hulpmiddel voor de instelling goedkoper dan het aan te passen;
- Daarnaast is het zo dat een instelling bij verstrekking door de zorgverzekeraar geconfronteerd wordt met verschillende typen en merken hulpmiddelen voor gelijksoortige problemen. Met evenzoveel gebruiksaanwijzingen en onderhoudsprotocollen. Dat levert inefficiëntie en gevaar op;
- Als er aanspraak is op de Liz, kan men geen beroep meer doen op de Wmo. Ook (woon)voorzieningen als een douche- of postoeel die anders ten laste van de Wmo zouden komen, komen dus ten laste van de Liz. Dat geldt ook voor aarden nagelvaste voorzieningen, zoals handgrepen, plafondlift, en bijv. voor het verwijderen van drempels i.v.m. de doorgankelijkheid.
- Wat betreft het individueel gebruik van een rolstoel, kan normalisatie tot gevolg hebben dat de inhoud van de voorziening kan gaan verschillen, afhankelijk van de woonplaats van verzekerden. Normalisatie zal ook gevolgen hebben voor de rolstoelpoolconcepten, zoals die thans door veel zorgkantoren zijn opgezet. Gemeenten die relatief veel of grote AWBZ-instellingen binnen hun gemeentegrenzen hebben, kunnen worden geconfronteerd met een onevenredig groot aantal aanvragen voor deze voorzieningen en dus financieel extra worden belast.

5.2 Geen onderscheid tussen leveringsvormen

- Gezien de ontwikkeling richting zorg in de thuissituatie en scheiden van wonen en zorg, ligt een koppeling van de aanvullende zorg van artikel 15 Bza aan de voorwaarde van *intramurale* zorg volgens CVZ niet zondermeer voor de hand.
- Verzekerden met een verblijfsindicatie ontvangen de zorg niet meer altijd binnen de muren van een AWBZ-instelling, maar kunnen deze ook in een andere woonomgeving realiseren, zoals de eigen woning. De wijze waarop verblijfszorg wordt geïndiceerd is niet meer gericht op de plaats waar de zorg wordt geleverd. Ook vind geen individuele beoordeling meer plaats of een verzekerde daadwerkelijk is aangewezen op behandeling.
- Het onderscheid tussen verpleeghuizen en verzorgingshuizen is niet meer van deze tijd. deze instellingen zijn steeds meer naar elkaar toe gegroeid. De verwachting is dat dit alleen nog maar zal toenemen, doordat ouderen en chronisch zieken langer thuisblijven. Cliënten met een lichte indicatie zullen daardoor steeds minder kiezen voor een verzorgingshuis, gezinsvervangend tehuis of een andersoortige instelling zonder toelating voor behandeling. Deze instellingen zonder toelating voor behandeling nemen - willen zij niet leeg komen te staan - steeds zwaardere cliënten op, waardoor zij meer gaan lijken op de instellingen met toelating voor behandeling.

5.3 Opsplitsing bij ZZP leggen

- Cliënten met complexere en zwaardere aandoeningen een totaalpakket leveren vanuit de ABWZ. De cliënten met minder complexere en zware aandoeningen kunnen voor hun behandeling terecht bij de Zvw.

5.4 Niet koppelen aan verblijf en behandeling

- De aanvullende zorg van artikel 15 Bza is op dit moment niet zozeer gekoppeld aan een bepaalde, nader omschreven zorgwaarte, maar aan de voorwaarden van intramuraal verblijf en intramurale behandeling in dezelfde AWBZ-instelling.

Het is de vraag of deze koppeling aan intramurale zorg in stand kan blijven. Dit hangt onder andere af van de wijze waarop de verblijfszorg binnen de langdurige zorg zal worden vormgegeven. Zoals eerder vermeld, kan verblijfszorg nu al buiten de muren van een instelling worden gerealiseerd. De staatssecretaris heeft daarbij het voornemen om zorg en wonen binnen de langdurige zorg te gaan scheiden en zorg in de eigen omgeving beter te faciliteren. CVZ doet voor scheiden van wonen en zorg een voorstel in het Signalement “Wonen en zorg”.

In het verlengde hiervan ligt een koppeling van de extra zorg van artikel 15 Bza aan de voorwaarde van intramurale zorg volgens het CVZ niet persé voor de hand.

5.5 Behandeling opsplitsen

- De cliënten met minder complexe en zware aandoeningen kunnen voor hun behandeling terecht bij de Zvw. Voor de uitwerking van deze optie gaan we ervan uit dat de scheiding als volgt is: artikel 8 behandeling wordt bekostigd vanuit de AWBZ en artikel 15 behandeling vanuit de Zvw. Een andere scheiding

5.6 Programma Waardigheid en Trots

In het programma Ruimte voor verpleeghuizen doen zorgaanbieders mee met twee uitersten in de experimenten rondom de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde.

In het eerste model gaat het om normaliseren van zorg ook als mensen geclusterd of kleinschalig wonen in de wijk. Dat betekent dat de huisarts als eerste aanspreekpunt blijft en hij/zij als zodanig the lead heeft. Dat is nu anders daar ouderen die nu geclusterd gaan wonen meteen overgeheveld worden naar de SO.

In het tweede model gaat het om dat mensen nog zolang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen en daarin de SO de zorg uitvoert en coördineert daar waar het complex is. De SO neemt hierin het voortouw en neemt the lead, zolang de situatie dit vraagt.

Bijlage 1. Literatuurlijst

Advies over het concept wetsvoorstel Langdurige Intensieve Zorg (Cvz, 2013)

AWBZ

Behandelzorg voor thuiswonende ouderen met een complexe zorgvraag (Tangram 2015)

Beleidsregel BR/CU-7127 Tandheelkundige zorg Wlz, Nza

Beleidsregel BR/CU-7159 Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg, Nza

Beleidsregel CA-BR 1616 Extreme kosten zorggebonden materiaal en geneesmiddelen, Nza

Beleidsregel CA-BR-1607 Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten, Nza

Beleidsregel CA-BR-1609 Volledig Pakket Thuis, Nza

Beleidsregel CA-BR-1610 MPT, Nza

Beleidsregel TB/CU-7106-03 Tariefbeschikking tandheelkundige zorg Wlz, Nza

Beroepsprofiel en competenties specialist ouderengeneeskunde (Verenso, 2012)

Brief aan VWS over budget behandeling in de Wlz (VGN, 2015)

Concept factsheet: Bekostiging van behandeling bij Wlz-cliënten (Nza, 2015)

Consultatiedocument Prestaties Eerstelijns verblijf 2016 (Nza, 2015)

Convenant samenwerking huisarts - specialist ouderengeneeskunde (LHV en Verenso, 2014)

De specialist ouderengeneeskunde: A4-kaart behorende bij Beroepsprofiel en competenties specialist ouderengeneeskunde (Verenso)

Eindrapportage onderzoek Besteding ZZP-gelden en levering zorg (Advisaris, 2011)

Extramurale AWBZ-behandeling (Tangram 2014)

Financiering van AWBZ-behandeling, omzien en vooruitkijken (Regioplan, 2009)

Kwaliteit mondzorg in verpleeghuizen onvoldoende (IGZ, 2014)

Memo aanspraken tandheelkundige zorg bij verblijf in een GGZ instelling (GGZ NL, 2015)

Memo vergoeding Farmaceutische zorg bij verblijf in een GGZ instelling (GGZ NL, 2105)

Mondzorg voor kwetsbare ouderen (CVZ, 2010)

Notitie ter voorbereiding op onderzoek naar positionering Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen (Zorginstituut Nederland, 2015)

Overleg Staatssecretaris VWS (Verenso 2015)

Peiling over de langdurige zorg via website LHV (LHV, 2015)

Persbericht reactie Prinsjesdag (Verenso, 2015)

Position paper Toekomst gehandicaptenzorg in de Wlz (VGN, 2015)

Project SO 2020: Focus op de toekomst (Verenso, 2015).

Rapport Artikel 15 Bza (Cvz, 2012)

Rapport extramurale AWBZ-behandeling en samenvattend rapport Extramurale behandelzorg (ActiZ, 2014)

Richtlijnen, adviezen en handboeken mondzorg

Samenvatting KNMG-standpunt 'Medische zorg voor kwetsbare ouderen' (KNMG, 2010)

Standpunt met betrekking tot de positie van de Specialist Ouderengeneeskunde in de Eerste lijn (Verenso)

Tijdbestedingsonderzoek behandelaars sector V&V (bureau HHM, 2007)

Tijdregistratie behandelaars sector GZ (bureau HHM, 2009)

Toekomst Bijzondere Tandheelkunde consultatiedocument (NMT, 2013)

Tweede kamerbrief over mondzorg in de langdurige zorg (VWS, 2014)

Visies van professionals/zorgorganisaties/brancheorganisaties

Wet langdurige zorg, Beleidsregels langdurige zorg, Regeling langdurige zorg

Wlz-kompas (Zorginstituut Nederland, website 2016)

Zorgverzekeringswet, Beleidsregels zorgverzekering, Regeling zorgverzekering

Bijlage 2. Tekst AWBZ

Onderscheid behandeling artikel 8 en 15 (BZa)

In de huidige financiering van behandeling wordt in het Besluit Zorgaanspraken (BZa) een onderscheid gemaakt tussen twee typen behandeling:

1. Artikel 8 behandeling: gericht op herstel of voorkoming van verergering van een aandoening bij cliënten met chronische gezondheidsproblemen en beperkingen, ten laste van de AWBZ;
2. Artikel 15 behandeling: algemene geneeskundige zorg, farmaceutische zorg, tandheelkundige zorg, hulpmiddelen e.d., ten laste van de AWBZ indien een cliënt artikel 8 behandeling krijgt én verblijft in een instelling.

Op basis van de omschrijvingen in de extramurale beleidsregel van de NZa wordt 'artikel 8 behandeling' als volgt gedefinieerd:

- Functionele diagnostiek door een verpleeghuisarts, AVG of gedragswetenschapper bestaande uit multidisciplinair onderzoek ofwel assessment om te bepalen welk zorg- en behandelplan een persoon nodig heeft (gericht op het beperkingenniveau en de behandel mogelijkheden).
- Consulten door een verpleeghuisarts, AVG of gedragswetenschapper gericht op medische advisering en/of interventies ter ondersteuning van de verzorgende/verplegende op de afdeling (een consult bestaat uit een behandelcontact met de cliënt of gericht overleg met de verzorgenden/verplegende).
- Specifieke CSLM-zorg: continue, systematische, langdurige, multidisciplinaire zorg. De behandeling vindt plaats onder verantwoordelijkheid en regie van een verpleeghuisarts, AVG of gedragswetenschapper met kennis van specifieke doelgroepen.
- Paramedische behandeling betreft specifieke CSLM-zorg. De behandeling bestaat uit gerichte interventies, maakt onderdeel uit van een zorgplan voor mensen met chronische, meervoudige problematiek en vindt plaats onder verantwoordelijkheid en regie van een verpleeghuisarts, AVG of gedragswetenschapper met kennis van specifieke doelgroepen. Activiteiten die buiten deze vier punten vallen worden beschouwd als behandeling in het kader van artikel 15.

Bijlage 3. Totstandkomingsgeschiedenis

Rapport Artikel 15 Bza (Cvz, 2012)

Wettelijk kader

Artikel 15 Bza bestaat in zijn huidige vorm sinds 1 april 2003. het moment waarop de modernisering van de AWBZ werd ingezet. Er werd een omslag gemaakt van aanbodgerichte - naar vraaggerichte zorg. Dit hield ondermeer in dat de AWBZ-aanspraken niet langer tot in detail in de wet werden vastgelegd, maar functiegericht (meer abstract) werden omschreven. Hiermee werd meer flexibiliteit in de zorg beoogd, waardoor de burgers meer keuzevrijheid zouden krijgen en innovatie in de zorg zou kunnen worden bevorderd⁶.

Artikel 15 Bza luidt als volgt:

2. Voor zover gepaard gaande met verblijf in dezelfde instelling, omvat de zorg bedoeld in de artikelen 8 en 13⁷ tevens:
 - g. geneeskundige zorg van algemeen medisch aard, niet zijnde paramedische zorg;
 - h. behandeling van een psychiatrische aandoening indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van een van de in artikel 8 genoemde aandoeningen of handicaps;
 - i. farmaceutische zorg;
 - j. hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg;
 - k. kleding verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling;
 - l. het individueel gebruik van een rolstoel.
3. De zorg bedoeld in het eerste lid aanhef omvat niet het verkrijgen van onderwijs, kleedgeld en zakgeld.

Totstandkomingsgeschiedenis

Zoals blijkt uit de Nota van Toelichting bij artikel 15 Bza was, vóór 1 april 2003, een soortgelijke regeling opgenomen in artikel 3 van het Besluit Zorgaanspraken Bijzondere Ziektekostenverzekering. In dat artikel was geregeld dat, bij verblijf in de daar genoemde AWBZ-instellingen, de in die instellingen gegeven zorg tevens bestond uit een aantal verstrekkingen, die anders uit de (toenmalige) Ziekenfondswet of Wet Voorzieningen gehandicapten (WVG) werden vergoed. Dit waren tandheelkundige hulp, farmaceutische hulp, hulpmiddelen, kleding en het individueel gebruik van een rolstoel. De bedoelde AWBZ-instellingen waren een ziekenhuis na 365 dagen, een revalidatie-instelling na 365 dagen, een verpleeginrichting, het Dorp te Arnhem, een psychiatrisch ziekenhuis, een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis (PAAZ) en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Deze instellingen hadden met elkaar gemeen dat *behandeling* deel uitmaakte van het door hen aangeboden zorgpakket. De overige AWBZ-instellingen waar verzekerden verbleven, zoals gezinsvervangende tehuizen voor gehandicapten, RIBW'en en verzorgingshuizen, leverden geen AWBZ-behandeling. In die situaties bestond ook geen aanspraak op integrale zorg ten laste van de AWBZ.

Ook vóór inwerkingtreding van artikel 3 Besluit Zorgaanspraken Bijzondere Ziektekostenverzekering bestond al een dergelijke regeling. Voor instellingsgebonden

⁶ Zie het "Besluit van 25 oktober 2002, houdende hernieuwde vaststelling van de aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ en wijziging van andere besluiten in verband daarmee", Stb. 2002, 527.

⁷ Artikel 8 Bza regelt de aanspraak op de functie behandeling, artikel 13 Bza regelt de aanspraak op voortgezet verblijf.

tandheelkundige hulp, farmaceutische hulp etc. waren toen een aantal gemeenschappelijke regels opgenomen in het Verstrekkingenbesluit Bijzondere ziektekostenverzekering 1968.

Met artikel 15 Bza wilde de Minister het recht op tandheelkundige hulp, farmaceutische hulp, hulpmiddelen, kleding en het individueel gebruik van een rolstoel voor de bestaande situaties, ook onder de gemoderniseerde AWBZ, handhaven. Dit leidde er toe dat in de functiegerichte omschrijving van artikel 15 Bza het recht op de extra zorg bij verblijf werd gekoppeld aan *verblijf en behandeling in dezelfde AWBZ-instelling*.

Naast tandheelkundige hulp, farmaceutische hulp, hulpmiddelen, kleding en het individueel gebruik van een rolstoel, werd per 1 april 2003 ook de zorg van algemeen geneeskundige aard in artikel 15 Bza opgenomen. Deze zorg zat vóór de invoering van artikel 15 Bza al impliciet in de aanspraak op behandeling bij verblijf en werd aldus in artikel 15 Bza geëxpliciteerd.

Onder invloed van de overheveling van de geneeskundige GGZ van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet werd in 2008 tevens integrale behandeling van een psychiatrische aandoening als onderdeel van artikel 15 Bza opgenomen. Dit was nodig om voor verzekerden die met een zogenaamde “dubbele diagnose” (verstandelijke handicap en psychiatrische stoornis) in een AWBZ-instelling verblijven en daarvoor deze integrale behandeling behoeven, integrale behandeling ook na de overheveling mogelijk te maken⁸.

Uitzondering op de reguliere zorgsituatie

In de Nota van Toelichting bij artikel 15 Bza gaf de Minister aan dat een verzekerde die voor AWBZ-zorg is geïndiceerd, zoveel mogelijk “normaal” moet worden benaderd en gebruik moet kunnen maken van de normale circuits die voor alle burgers open staan⁹.

Artikel 15 Bza vormt een uitzondering op dit standpunt. Immers, in een reguliere zorgsituatie, dat wil zeggen wanneer geen sprake is van verblijf en behandeling in dezelfde AWBZ-instelling, verkrijgen verzekerden de extra zorg niet vanuit de AWBZ, maar moeten zij hiervoor een beroep doen op andere wettelijke regelingen (Zorgverzekeringswet en/of Wmo).

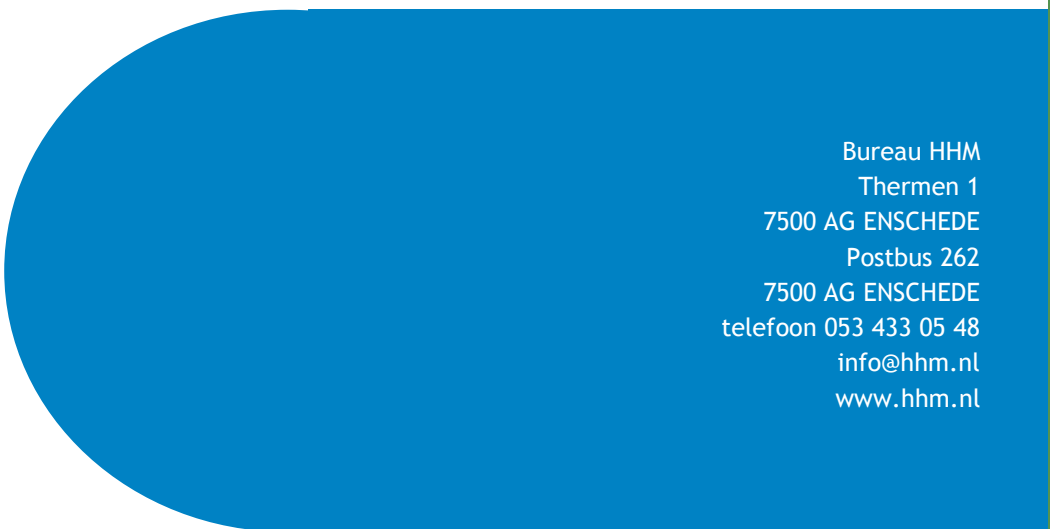
Artikel 15 Bza is daarmee een uitzondering op de zogenoemde “conflictregel” van artikel 2, eerste lid Bza. Dit artikel regelt dat bekostiging van zorg vanuit de AWBZ niet mogelijk is als de zorg ten laste van een andere wettelijke regeling (of een zorgverzekeringsovereenkomst op grond van de Zvw) kan worden bekostigd.

Concluderend is met artikel 15 Bza (beoogd) afgeweken van de reguliere zorgsituatie. Dit om aan een bepaalde groep verzekerden, namelijk zij die verblijven en worden behandeld in dezelfde AWBZ-instelling, een integraal pakket aan zorg vanuit de AWBZ te kunnen verstrekken. In het volgende hoofdstuk wordt de aanspraak van artikel 15 Bza en het verschil met de reguliere zorgsituatie nader toegelicht.

⁸ Besluit van 15 december 2005, Stb 2005, 690.

⁹ Zie Nota van Toelichting bij artikel 15 Bza, Stb 2002, 527.





Bureau HHM
Thermen 1
7500 AG ENSCHEDE
Postbus 262
7500 AG ENSCHEDE
telefoon 053 433 05 48
info@hbm.nl
www.hbm.nl

BIJLAGE IV Overzicht van Wlz-aanspraken

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

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

BIJLAGE V Financiële consequenties

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

BIJLAGE VI Consultatie

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

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

Geachte meneer, mevrouw

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

Verloop, bestuurlijke consultatie en vervolgtraject

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

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

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

Lijn van het advies

Door de manier waarop de Wlz-specifieke behandeling en de aanvullende zorgvormen nu geregeld zijn en de huidige uitvoeringspraktijk krijgen Wlz-cliënten niet altijd de integrale zorg die zij nodig hebben en niet altijd de Wlz-specifieke behandeling die zij nodig kunnen hebben. Ook komt het voor dat de zorg in het verkeerde domein wordt gedeclareerd. Soms wordt dezelfde zorg twee keer betaald. Dat hangt samen met de volgende problemen:

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

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

Voor Wlz-cliënten betekent dit het volgende:

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

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

Vragen aan u

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

1. Bent u het eens met de volgende uitgangspunten / constatering?

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

d. *Om integrale, interdisciplinaire zorg te kunnen bieden, is het van belang dat één partij verantwoordelijk is voor de afstemming en coördinatie van de zorg.*

2. *Bent u het met ons eens dat de geconstateerde huidige problemen met betrekking tot de aanspraak op Wlz-behandeling en de aanvullende zorgvormen (zie hierboven 1 t/m 4) zouden worden opgelost als alle Wlz-cliënten aanspraak zouden hebben op hetzelfde brede integrale Wlz-pakket, waarvoor één partij verantwoordelijk is en die ook zorgt voor de afstemming en de coördinatie?*

3. *Is binnen de door ons gewenste oplossingsvariant het belang van de cliënt voldoende geborgd in termen van keuzevrijheid en kwaliteit van de zorg?*

4. *Vindt u de door ons gewenste oplossingsvariant doelmatig en uitvoerbaar? Kunt u dit per leveringsvorm toelichten? (verblijf, mpt, vpt en pgb)*

5. *Wat ziet u als belangrijkste plus- en minpunten van de door ons gewenste oplossingsvariant?*

6. *Zijn er aspecten of argumenten die wij over het hoofd hebben gezien bij onze voorkeur voor de variant waarbij alle Wlz-specifieke behandeling en de aanvullende zorgvormen worden ondergebracht in de Wlz, met uitzondering van de farmaceutische zorg?*

Vervolgtraject

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

Wij hopen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

Masja van den Burg

Adviseur

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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