



Advies Bekostiging afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis



30 januari 2023

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1 Samenvatting en conclusies	5
2 Aanleiding	8
2.1 Specifieke aanleiding voor dit advies	8
2.1.1 Opdracht van de minister van VWS aan de NZa	8
2.1.2 Handreiking kwetsbare ouderen thuis	9
2.1.3 Verduidelijking door het Zorginstituut	9
2.2 Samenhangende zorg is voor meer doelgroepen essentieel	10
2.3 Indeling van dit advies	11
3 Analyse zorgprogramma's en huidige bekostiging	12
3.1 Marktanalyse zorgprogramma's voor kwetsbare thuiswonende ouderen	12
3.2 Beschouwing huidige bekostiging en handreiking zorgprogramma's	13
4 Advies bekostiging afstemming en coördinatie kwetsbare patiënten thuis	16
4.1 Vormgeven afstemming en coördinatie op regionaal/wijkniveau	16
4.1.1 Verantwoordelijkheid bij één partij	17
4.1.2 O&I multidisciplinair inzetten	17
4.1.3 O&I minder vrijblijvend inrichten	18
4.1.4 Implicaties	19
4.1.5 Vooruitzicht: potentie voor verdere stroomlijning	19
4.1.6 Fundamentele vragen over positionering regionale ondersteuningsstructuur	19
4.2 Advies: vormgeven afstemming en coördinatie op aanbiedersniveau	20
4.2.1 Wlz-aanbieders	22
5 Knelpunten en vervolg	23
5.1 Budgettaire kaders	23
5.2 Aanspraken, eigen risico, eigen bijdrage	24
5.3 Positionering regionale samenwerkingsverbanden	24
5.4 Afspraken tussen zorgverzekeraars en aanbieders	25
5.5 Borgen samenhang lopende trajecten	25
Bijlage 1 – Beschrijving zes stappenplan	26
Bijlage 2 – Marktanalyse	29

Bijlage 3 – Overzicht bekostigingsstructuur per sector	30
Bijlage 4 – Kenmerken bekostigingsvormen	36
Bijlage 5 - Samenvatting schriftelijke consultatie	42

Voorwoord

Kwetsbare patiënten die thuis wonen zijn voor hun zorgvraag afhankelijk van een samenhangend aanbod van zorg uit verschillende zorgdomeinen. Nu de toegankelijkheid van zorg onder druk staat, is samenwerking belangrijker dan ooit. Er zijn echter verschillende obstakels die samenwerking kunnen hinderen. Zo hebben partijen uiteenlopende belangen en krijgen patiënten zorg vanuit verschillende wettelijke kaders. Deze verschillende belangen zijn begrijpelijk. Maar de onderlinge spanning die tussen deze belangen kan bestaan, is niet altijd bevorderend voor patiënten die zorg uit meerdere wettelijke kaders of sectoren ontvangen. Samenwerken vraagt moed van zorgpartijen én de overheid om verder te kijken dan het eigen belang. Zodat de patiënt echt centraal komt te staan.

Samenwerking is geen doel op zich. Het gaat over gepast gebruik en een passende organisatie van zorg, zodat kwalitatieve goede zorg toegankelijk en betaalbaar blijft voor alle Nederlanders. Zorg bieden die bijdraagt aan het functioneren van mensen en de kwaliteit van leven. Samenwerking is het middel om daar te komen. En daarom moeten we ervoor zorgen dat samenwerking loont.

Een groeiende groep Nederlanders waarvoor deze samenhangende zorg noodzakelijk is, is de groep kwetsbare ouderen thuis met een complexe zorgsituatie. Voor deze groep is door 13 landelijke partijen uit het medische, sociale en zorgdomein een handreiking opgesteld. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om te kijken hoe de huidige markt en de bekostiging functioneert voor zorg volgens de handreiking.

Wij hebben deze vraag aangegrepen om breder te kijken naar mogelijkheden en beperkingen voor multidisciplinaire samenwerking binnen het huidige systeem. De groep patiënten die baat heeft bij goed afgestemde multidisciplinaire zorg is groter dan de groep die in de duiding door het Zorginstituut is afgebakend.

In dit advies doen we dan ook een bredere voorzet voor een bekostiging van multidisciplinaire afstemming en coördinatie van zorg rond kwetsbare patiënten. We kijken buiten de bestaande schotten en stellen een oplossing voor met een sterke koppeling naar regionale samenwerkingsafspraken. Zowel binnen het domein van de Zorgverzekeringswet (Zvw) maar ook daarbuiten. Daarmee ligt de voorgestelde route sterk in lijn met de afspraken in het integraal zorgakkoord (IZA) en het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO).

Een oplossing buiten bestaande schotten betekent ook het nodige werk om passend te maken wat nu nog niet passend is. De voorgestelde route is geen 'one size fits all'. Het vraagt veel van regionale samenwerkingsverbanden. We vragen ook investeringen in regionale organisatiekracht van aanbieders en daarbij passend gedrag vanuit zorgverzekeraars en andere inkopers. Daarnaast zullen overheidspartijen gezamenlijk moeten optrekken om oplossingen die schotten overstijgen mogelijk te maken.

1 Samenvatting en conclusies

We hebben gekeken naar de ontwikkeling van multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen thuis. Voor deze groep is door dertien landelijke partijen uit het medische, sociale en zorgdomein een handreiking opgesteld. Hierin beschrijven zij hoe deze zorg multidisciplinair samenhangend vorm moet worden gegeven. Het Zorginstituut geeft in een duiding aan dat de werkzaamheden die leiden tot deze samenhang tot 'verzekerde zorg' kunnen worden gerekend. Denk hierbij aan afstemming en coördinatie van zorg en de bijbehorende organisatie daaromheen. De minister van VWS heeft de NZa gevraagd om te kijken hoe de huidige zorginkoopmarkt en daarbij horende bekostiging functioneert voor zorg volgens de handreiking. En te adviseren over een passende bekostiging voor de zorg aan deze groep.

Veel diversiteit in zorgprogramma's

Zorg rond kwetsbare ouderen wordt steeds vaker regionaal vormgegeven via multidisciplinaire afspraken. Deze afspraken worden beschreven in zorgprogramma's. We zien veel diversiteit in de praktijk in het vormgeven van deze programma's. Dat geldt voor de inhoud van de programma's en de manier waarop de programma's worden bekostigd. Zo verschillen de kenmerken van patiënten die zijn opgenomen in deze zorgprogramma's. De afbakening van patiëntkenmerken die het Zorginstituut hanteert bij haar duiding komt lang niet overal overeen met de afbakening van regionale zorgprogramma's.

Zorgprogramma's verschillen ook in het type zorgaanbod dat onderdeel is van het programma. Afspraken kunnen vooral geconcentreerd zijn rond de huisartsenpraktijk. We zien ook steeds meer voorbeelden waarbij het zorgprogramma een meer multidisciplinaire insteek heeft. Hierbij zijn ook de wijkverpleging, specialist ouderengeneeskunde, apotheker en/of gemeente aangehaakt. De vormgeving is sterk afhankelijk van de al bestaande regionale organisatiekracht van individuele aanbieders. Ook sturing vanuit het inkoopbeleid van zorgverzekeraars speelt een rol. De samenhang in zorg rond 'kwetsbare ouderen thuis' is daarmee niet overal in Nederland op gelijke wijze geborgd.

Dat we deze verschillen zien is op zich niet vreemd. De handreiking heeft geen bindend karakter en biedt veel vrijheidsgraden. Veldpartijen geven aan dat de vrijheid voor regionaal maatwerk behouden moet blijven. Bovendien is de handreiking vrij recent opgesteld. Veel regio's bevinden zich nog in een implementatiefase. Tegelijkertijd geven veel aanbieders aan dat er behoefte bestaat aan structurele financiering. Dit staat op gespannen voet met elkaar.

Geen integrale bekostiging op de korte termijn

Integrale bekostiging van het hele multidisciplinaire zorgtraject rond kwetsbare patiënten is misschien een aantrekkelijk toekomstperspectief. Deze vorm van bekostiging kent de juiste prikkels tot samenwerking. Maar dit is nog geen oplossing voor structurele bekostiging van integraal samenhangende zorg op de korte/middellange termijn. Het zorgtraject is hiervoor niet uniform genoeg. Het moet ook geen doel op zichzelf zijn. Wel is duidelijk dat de verzuilde aanpak van bekostiging van afzonderlijke aanbieders en sectoren de noodzakelijke samenwerking rond kwetsbare groepen niet voldoende bevordert. Ook is duidelijk dat de verantwoordelijkheid voor samenhang van zorg in de regio en in de wijk duidelijker belegd moet worden dan nu het geval is. Ons advies is om zowel op individueel aanbieders niveau als op het niveau van samenwerkingsverbanden aanpassingen door te voeren. In bekostiging, maar ook in het steviger omschrijven van taken en verantwoordelijkheden die hierbij horen

Aanvullende bekostiging voor Individuele aanbieders

Aanbieders worden vaak vergoed op basis van patiëntgebonden contacten of trajecten. De tarieven die zij hiervoor ontvangen zijn voor een belangrijk deel gebaseerd op landelijk gemiddelde kosten. De 'stap extra' die in de zorgprogramma's rond kwetsbare patiënten van aanbieders wordt gevraagd, heeft vooral betrekking op afstemming/coördinatie buiten het directe patiëntcontact om. We pleiten daarom voor ruimte voor aanvullende bekostigingsafspraken voor alle aanbieders die bij kunnen dragen aan samenhangende zorg rond deze kwetsbare patiënten. We adviseren een uniforme, samenhangende oplossing in de bekostiging van de verschillende sectoren.

Wij zien een brede betaaltitel voor ons met een sectoroverstijgende werking. Hier moet iedere aanbieder toegang toe hebben, als regionale afspraken hier aanleiding toe geven. Ook is een contract tussen zorgaanbieders en inkopers hierbij een belangrijke randvoorwaarde om regionale maatwerkafspraken tot stand te brengen. Bij deze maatwerkafspraken horen ook resultaatafspraken. Wij zien daarom geen duurzame oplossing in het afzonderlijk 'uurtje/factuurtje' vergoeden van afstemming en coördinatie. Het uitvoeren van het regioplan moet de basis zijn voor vergoeding. Een meer passende oplossing zien wij daarom in financiering voor het geheel aan aanvullende afstemming en coördinatie (de stap extra die een (individuele) aanbieder moet zetten) die volgt uit de regionale maatwerkafspraken.

Deze afstemming en coördinatie hoeft niet altijd gekoppeld te zijn aan de zorgvraag van een individuele patiënt. We pleiten dan ook voor meer mogelijkheden in wet- en regelgeving om afspraken tussen inkopers en (individuele) aanbieders over afstemming en coördinatie, eenvoudiger dan nu mogelijk is, op populatieniveau vorm te geven.

Voor een brede, regionale aanpak van multidisciplinaire zorg rond kwetsbare patiënten kan expertise nodig zijn van aanbieders die voornamelijk binnen Wlz-instellingen werken. Denk aan specialisten ouderengeneeskunde. Dat betekent dat ook Wlz-aanbieders de mogelijkheid moeten krijgen om financiële afspraken te maken over 'de stap extra' die volgt uit de regionale afspraken rond kwetsbare patiënten. Dit vraagt dat zorgverzekeraars en zorgkantoren in samenhang afspraken maken met individuele aanbieders, gekoppeld aan het regionale plan.

Aanvullende bekostiging voor organisatie op regionaal en wijkniveau

Multidisciplinaire samenwerking tussen zorgaanbieders rond kwetsbare patiënten vraagt om een vorm van coördinatie en infrastructuur die de organisatiekracht van een individuele zorgaanbieder ver overstijgt. De mate van ontwikkeling van deze coördinatie en infrastructuur varieert nu sterk, zowel op wijk- als op regioniveau. Dit komt ook tot uiting in de grote variatie in uitrol van zorgprogramma's rond kwetsbare ouderen. De mate waarin regionale samenwerking van de grond komt, is sterk afhankelijk van de mate waarin zorgaanbieders elkaar weten te vinden en de mate waarin zij hierbij worden ondersteund en gestimuleerd. Geen van de individuele aanbieders is nu verantwoordelijk voor het borgen van een samenhangend zorgaanbod.

Deze vrijblijvendheid moet verdwijnen om de toegankelijkheid tot een multidisciplinair samenhangend zorgaanbod te borgen. Wij adviseren om de verantwoordelijkheid regionaal of lokaal bij één partij te beleggen. De vergoeding van deze infrastructuren bestaat al via segment 2 van de bekostiging voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Daar is nu echter nog geen expliciete verantwoordelijkheid aan gekoppeld. Het opzetten, uitrollen en beheren van multidisciplinaire zorgprogramma's rond kwetsbare ouderen is dan één van de taken die niet-vrijblijvend belegd wordt bij de organisaties die aanspraak maken op de vergoeding voor 'organisatie en infrastructuur' (O&I)

Dit vraagt om regionale organisatie die ook daadwerkelijk deze multidisciplinaire ondersteuning kan bieden. En de koppeling kan maken naar de ondersteuning die vervolgens op wijkniveau nodig is. Deze

beweging naar een sterke regionale multidisciplinaire ondersteuningslaag vraagt ook om een expliciete multidisciplinaire positionering in het zorglandschap. Dit heeft consequenties voor de bestaande indeling van macrobudgettaire kaders, macrobeheersinstrumenten, aanspraken, eigen risico van de patiënt, mededinging, bekostiging en inkoop. Investeren in een sterke multidisciplinaire regionale ondersteuningsstructuur biedt ook kansen om de verscheidenheid aan al bestaande regionale ondersteuningsfuncties verder te stroomlijnen.

De koers die we voorstellen vraagt veel van aanbieders en inkopers. Maar ook overheidspartijen moeten samen optrekken om oplossingen die schotten overstijgen mogelijk te maken. De noodzaak tot regionaal samenhangende afspraken om de zorgketen rondom kwetsbare patiënten te versterken is groot. De afspraken die in het integraal zorgakkoord zijn gemaakt, maken dit ook duidelijk.

2 Aanleiding

Kernboodschap

- Dertien veldpartijen beschrijven in de Handreiking kwetsbare ouderen thuis hoe integrale zorg en ondersteuning in de wijk georganiseerd moet worden.
- Afstemming en coördinatie rondom de cliënt staan centraal in deze integrale zorg en ondersteuning.
- Het Zorginstituut heeft deze afstemming en coördinatie geduid als 'professioneel juiste zorg' en daarmee te verzekeren zorg.
- De minister van VWS vraagt de NZa om advies over de bekostiging van integrale, samenhangende zorg aan kwetsbare ouderen thuis.
- Verbreding advies: multidisciplinaire afstemming en coördinatie van zorg is voor meer kwetsbare specifieke patiëntgroepen belangrijk.

2.1 Specifieke aanleiding voor dit advies

In dit hoofdstuk gaan we in op de adviesvraag van de minister van VWS aan de NZa. Hierbij beschrijven we ook de handreiking en de bijbehorende verduidelijking van het Zorginstituut. Verder gaan we in op het belang van afgestemde en samenhangende zorg voor meer specifieke cliëntgroepen dan alleen kwetsbare thuiswonende ouderen. We eindigen dit hoofdstuk met een leeswijzer.

2.1.1 Opdracht van de minister van VWS aan de NZa

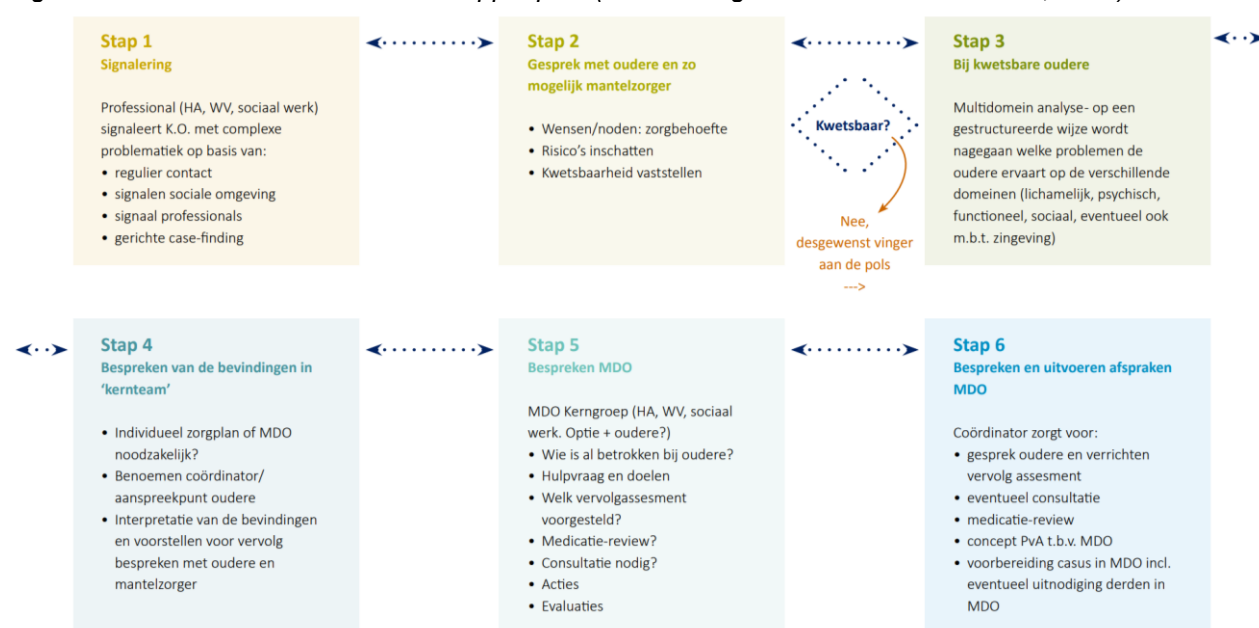
De NZa heeft in november 2021 een adviesaanvraag ontvangen van de minister van VWS. Concreet vraagt de minister van VWS aan de NZa om:

- Te analyseren hoe de markt van aanbod en inkoop voor zorgprogramma's en zorgmodules voor kwetsbare ouderen thuis op dit moment functioneert en welke knelpunten partijen ervaren bij het financieren van deze zorgprogramma's. Worden er (in elke regio) zorgprogramma's aangeboden? Worden deze zorgprogramma's ingekocht? Welke vraagstukken of knelpunten ervaren zorgaanbieders en zorgverzekeraars in het inkoopproces?
- Een overzicht te geven van de bestaande bekostigingsmogelijkheden voor de verschillende stappen in de handreiking.
- Te analyseren welke elementen in de bestaande bekostiging helpend zijn voor het tot stand komen van de zorg uit de handreiking en welke factoren fungeren als - objectieve en subjectieve - drempels.
- De overeenkomsten en verschillen inzichtelijk te maken voor de verschillende beroepsgroepen die in de handreiking worden genoemd (en die zorg verlenen op basis van Zvw-aanspraken). Het is behulpzaam als u daarbij ook aangeeft welke wijzigingen in bekostiging voor de verschillende beroepsgroepen verkend worden of in voorbereiding zijn op basis van andere beleidsvorming.
- In kaart te brengen welke wijzigingen in de bekostiging mogelijk zijn om de implementatie van de zorg die in de handreiking wordt beschreven te ondersteunen en te stimuleren.
- Te beoordelen in hoeverre het mogelijk is om het indicatiegebied dat Zorginstituut aangeeft te vertalen naar inkoop en bekostiging en de neveneffecten - zoals een eventuele toename in administratieve lasten - hiervan te duiden.
- Een inschatting te maken van de verwachte budgettaire effecten van de verschillende bekostigingsopties.

2.1.2 Handreiking kwetsbare ouderen thuis

Dertien landelijke partijen uit het medische, sociale en zorgdomein hebben in 2019 de handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk 'Kwetsbare ouderen thuis' (hierna: de handreiking) uitgebracht. Het document is bedoeld als handreiking voor lokale en regionale partijen. Zij kunnen deze handreiking gebruiken in de besprekingen over hoe de zorg (care én cure) en ondersteuning rond en met thuiswonende kwetsbare ouderen (met de familie en het sociaal netwerk) beter kan worden georganiseerd. De handreiking bevat een zes-stappenplan om persoonsgerichte, proactieve en samenhangende zorg en ondersteuning te leveren aan thuiswonende kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag. In de handreiking wordt ook aandacht besteed aan de mogelijke rollen en taken van zowel de betrokken zorgprofessionals als de kwetsbare oudere zelf (en/of met de familie, mantelzorg en het sociale netwerk). Figuur 1 geeft het zes-stappenplan schematisch weer. In bijlage 1 geven we een samenvatting van een beschrijving per stap, met de verschillende zorgactiviteiten en de verschillende betrokken professionals.

Figuur 1: schematisch overzicht zes-stappenplan (Handreiking kwetsbare ouderen thuis, 2019)



Verder wordt aangegeven dat deze proactieve, persoonsgerichte en samenhangende zorg uitsluitend mogelijk is als aan bepaalde randvoorwaarden is voldaan. Hiervoor moeten onder andere regionale afspraken tussen de betrokken partijen worden gemaakt. Daarnaast geeft de handreiking aan dat de praktijk zal moeten uitwijzen of deze aanpak kan worden gevolgd en bijdraagt aan kwaliteit van leven, kwaliteit van zorg, arbeidssatisfactie en doelmatigheid van zorg voor kwetsbare ouderen thuis.

Voor een uitgebreide beschrijving verwijzen we uiteraard naar de handreiking zelf.

2.1.3 Verduidelijking door het Zorginstituut

Het Zorginstituut heeft in 2021 op verzoek van de minister van VWS een verduidelijking gepubliceerd om de implementatie van zorg volgens de handreiking te ondersteunen. Het Zorginstituut richt zich met haar verduidelijking op een afgebakend indicatiegebied voor de patiëntgroep 'thuiswonende kwetsbare ouderen met een complexe zorgsituatie'. Het gaat hierbij om de profielen 'extreem kwetsbaar' en 'multidomein problematiek'. Dit betreft voornamelijk 75-plussers, maar ook enkele 75-minners. In de verduidelijking beschrijft het Zorginstituut welke zorg- en ondersteuningsactiviteiten de eerdergenoemde

samenhangende zorg omvat ('wat is de zorginhoud?') en wat het indicatiegebied is ('wie komt in aanmerking voor deze zorg?').

Het Zorginstituut concludeert dat zorginhoudelijke interventies die betrekking hebben op de diagnose en behandeling en op de geïndiceerde en/of zorg gerelateerde preventie voor het betreffende indicatiegebied behoren tot de reguliere zorg. Deze zorgactiviteiten kunnen nu al op basis van bestaande richtlijnen en standaarden ingezet worden. De zorgactiviteiten zijn inhoudelijk niet anders als ze ingezet worden binnen de samenhangende zorg bij het indicatiegebied kwetsbare thuiswonende ouderen. Maar ze kunnen wel anders worden ingezet: meer proactief, persoonsgericht en samenhangend. Er vindt dan afstemming en coördinatie van de zorg plaats. Dat vraagt om een passende organisatie van deze zorg, die erop gericht is om de samenhang te borgen.

Daarom heeft het Zorginstituut ook gekeken of de functionaliteiten die de samenhang bewerkstelligen, afstemming en coördinatie van zorg, en de bijbehorende organisatie voor het betreffende indicatiegebied ook tot de te verzekeren prestaties binnen de Zvw kunnen worden gerekend. Het antwoord op deze vraag is positief: het Zorginstituut geeft aan dat afstemming en coördinatie van zorg rondom een individuele cliënt voor het betreffende indicatiegebied ook vallen onder de te verzekeren prestaties onder de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Het Zorginstituut voegt hieraan toe dat deze uitspraak niet geldt voor coördinatie op regionaal niveau, dat wil zeggen coördinatie die niet de zorg van individuele patiënten betreft. We spreken van macroniveau als het gaat om coördinatie en afstemming op lokaal en regionaal niveau. Het Zorginstituut doet geen uitspraak over het macroniveau, omdat het hier geen individuele aanspraak betreft. Het is wel duidelijk dat coördinatie en afstemming op macroniveau essentieel is voor het organiseren van samenhangende zorg. En daarom ook in de bekostiging moet worden meegenomen.

2.2 Samenhangende zorg is voor meer doelgroepen essentieel

De handreiking en de adviesvraag van de minister onderstrepen het belang van het organiseren van samenhangende zorg voor deze specifieke doelgroep. Wij zien de meerwaarde om de beschreven zorg voor deze doelgroep zoveel mogelijk te faciliteren en stimuleren. Het vraagstuk rond organisatie en bekostiging van afstemming en coördinatie is echter veel breder dan deze specifieke doelgroep. In de praktijk zien we dat deze functionaliteiten voor meer cliëntgroepen van belang zijn. Denk bijvoorbeeld aan casemanagement dementie, herkenbare en aanspreekbare teams wijkverpleging, regionale coördinatiepunten eerstelijnsverblijf (elv), organisatie en infrastructuur in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Maar ook bij de problematiek rondom medisch generalistische zorg: de geneeskundige zorg die huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten samen leveren aan kwetsbare mensen. Toegang tot medisch generalistische zorg voor deze patiënten staat onder druk vanwege knelpunten in taakverdeling, verantwoordelijkheidsverdeling en samenwerkingsafspraken tussen de verschillende zorgverleners. Gezamenlijke verantwoordelijkheid en (regionale) samenwerking zijn sleutelwoorden om te komen tot een oplossing voor deze problematiek. Samenwerking, afstemming en coördinatie zijn hierbij niet 'optioneel', maar broodnodig om de zorg voor deze kwetsbare patiënten vorm te kunnen geven.

De vraag naar gezondheidszorg neemt immers toe in omvang en complexiteit door onder andere de toename van chronisch zieken en ouderen. Tegelijkertijd is er sprake van groeiende krapte op de arbeidsmarkt. Daarnaast wonen ouderen in Nederland steeds langer thuis. Met de decentralisaties van overheidstaken naar gemeenten (voor jeugdzorg en voor werk, inkomen en zorg aan langdurig zieken

en ouderen) in 2015 is langer zelfstandig thuis wonen verder gestimuleerd. Het organiseren van zorg rondom deze mensen moet op zo'n manier vorm krijgen, dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen wonen. Met de juiste zorg en begeleiding.

Organisatie van zorg is ook een belangrijk onderwerp binnen passende zorg, zoals beschreven in het adviesrapport van het Zorginstituut en de NZa. Met passende zorg streven we ernaar dat ook in de toekomst iedereen goede zorg kan krijgen. Voor passende zorg hanteren het Zorginstituut en de NZa vier principes om passende zorg te leveren:

- De zorg die geleverd wordt is waardegedreven;
- De zorg komt samen met én gezamenlijk rondom de patiënt tot stand;
- De zorg die geleverd wordt is de juiste zorg op de juiste plek;
- De zorg neemt niet ziekte, maar gezondheid van de mens als uitgangspunt.

Passende zorg is zorg die bijdraagt aan het functioneren van mensen met aandacht voor hun ervaren kwaliteit van leven. Om dit vorm te geven moet de organisatie van zorg passend zijn. En juist die organisatie van zorg wordt belangrijker naarmate de complexiteit in zorgvraag toeneemt. Vooral wanneer meerdere zorg- en hulpverleners betrokken zijn in het zorgproces. Niet alleen bij ouderen, ook bij andere mensen met een complexe zorgvraag.

We zien een brede noodzaak tot samenhangende zorg en samenwerking tussen zorgverleners om de zorg toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden. Het organiseren van deze samenhang wordt nu nog te vaak als 'optioneel' gezien. Wij zijn daarom van mening dat goede organisatie en bekostiging van afstemming en coördinatie van cruciaal belang zijn om zorg voor kwetsbare ouderen thuis én andere doelgroepen met een complexe zorgvraag goed vorm te geven. Het is niet wenselijk om voor elke doelgroep afzonderlijk afstemming en coördinatie te organiseren. Dit is niet doelmatig en draagt niet bij aan kwaliteit en integraliteit van zorg. Wij zijn daarom ook van mening dat deze afstemming en coördinatie integraal, dus over de verschillende doelgroepen heen, vormgegeven moet worden.

De verduidelijking van het Zorginstituut is in die zin 'smal', omdat het zich richt op één indicatiegebied, namelijk 'thuiswonende kwetsbare ouderen met een complexe zorgsituatie'. In dit advies benadrukken we dat coördinatie en afstemming van zorg rondom een cliënt voor veel meer typen cliënten van meerwaarde kan zijn. We werken daarom toe naar een oplossingsrichting voor bekostiging van coördinatie en afstemming die ruimte biedt voor meerdere doelgroepen en meerdere sectoren.

2.3 Indeling van dit advies

In hoofdstuk 3 bespreken we op hoofdlijnen hoe de markt van aanbod en inkoop voor zorgprogramma's en zorgmodules voor kwetsbare ouderen thuis op dit moment functioneert. In bijlage 2 is een verdieping opgenomen. In hoofdstuk 3 bespreken we ook op hoofdlijnen de huidige bekostigingsmogelijkheden en knelpunten daarbij. In bijlage 3 is dit per sector verder uitgewerkt.

In hoofdstuk 4 adviseren we welke wijzigingen in bekostiging op het niveau van individuele aanbieders en op het niveau van samenwerkingsverbanden volgens ons nodig zijn. In bijlage 4 wordt verder uitgediept hoe we tot dit advies gekomen zijn.

In hoofdstuk 5 gaan we verder in op consequenties en vervolgstappen die horen bij de voorgestelde koers.

3 Analyse zorgprogramma's en huidige bekostiging

Kernboodschap

- Veel variatie in aanbod van zorgprogramma's voor kwetsbare thuiswonende ouderen.
- Handreiking heeft een vrijblijvend karakter en is geen blauwdruk.
- Zorgaanbieders hebben behoefte aan een eenduidige en structurele bekostiging van afstemming en coördinatie met ruimte voor regionaal maatwerk.
- Integrale bekostiging van het gehele zorgtraject is nu nog een brug te ver.
- Uniforme vergoeding voor aanvullende maatwerkafspraken die volgt uit een regioplan is wel nodig.
- Aanpassingen in bekostiging is nodig op twee niveaus: 1) vergoeding van individuele aanbieders en 2) vergoeding van de regionale organisatie (het samenwerkingsverband).

3.1 Marktanalyse zorgprogramma's voor kwetsbare thuiswonende ouderen

Bureau HHM heeft in opdracht van de NZa een marktanalyse gemaakt van huidige zorgprogramma's en zorgmodules voor kwetsbare ouderen thuis. HHM heeft voor deze analyse gekeken naar de inhoudelijke beschrijving en kostenopbouw van bestaande zorgprogramma's en naar het functioneren van de markt voor zorgprogramma's.

Het rapport van Bureau HHM geeft verschillende inzichten:

- Er is veel variatie tussen de zorgprogramma's. Deze variatie is terug te zien in o.a. de organisatievorm, de inclusiemethoden en -criteria, de omvang van het zorgprogramma, de betrokken zorgprofessionals, de gemaakte kosten en de bekostiging van de onderzochte zorgprogramma's.
- Het werken volgens de handreiking) is veelal nog optioneel en daarmee nog niet de norm in de praktijk.
- Veldpartijen (met name aanbieders) geven aan dat zij behoefte hebben aan een structurele eenduidige bekostigingen tegelijkertijd is er behoefte aan ruimte voor regionaal maatwerk.

Het volledige rapport van de analyse kan gevonden worden in Bijlage 2. Bureau HHM komt tot de volgende aanbevelingen:

Samenvatting aanbevelingen uit marktanalyse (Bureau HHM, mei 2022)

Door de grote diversiteit aan samenwerkings- en financieringsvormen ervaren samenwerkingsverbanden bij het uitvoeren van de zorgprogramma's verschillende problemen. Er is niet één duidelijke oplossingsrichting. Wel is duidelijk geworden dat er behoefte is aan een heldere, structurele en duurzame financiering. De volgende aanbevelingen dragen bij aan het realiseren hiervan.

We bevelen aan om bij de verdere uitwerking van de (randvoorwaarden voor de) zorg voor kwetsbare ouderen **de term 'zorgprogramma' niet te hanteren** om te voorkomen dat bepaalde goede initiatieven voor het realiseren van integrale zorg niet als zodanig worden herkend en erkend. Tegelijkertijd is het voor het realiseren van een passende bekostiging wel noodzakelijk om een goede beschrijving te ontwikkelen met een verduidelijking van waar integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis om gaat.

Daarnaast bevelen wij aan dat **de partijen die betrokken waren bij het opstellen van de Handreiking kwetsbare ouderen thuis een nadere omschrijving en duiding geven van de afstemming en coördinatie binnen deze zorg, inclusief tijdsbesteding per type werkzaamheid**. Hierbij is het van belang om ruimte te laten voor regionale en lokale eigen invulling van 'het hoe' en dat bestaande en nieuwe initiatieven ruimte krijgen om hier naartoe te groeien.

Wij bevelen aan om **een meer eenduidige en continue financiering voor integrale ouderenzorg te organiseren**. Onderdeel hiervan is financiering van coördinatie op zowel macroniveau (samenwerking tussen regio-organisaties), mesoniveau (samenwerking tussen praktijkorganisaties) en microniveau (samenwerking tussen professionals rondom de cliënt). Daarbij bevelen wij aan om financiering van de afstemming en coördinatie op microniveau monodisciplinair op te lossen door deze te verwerken in de reguliere bekostiging van de professionals. En om de financiering op meso- en macroniveau afzonderlijk te financieren. We stellen voor om hierbij aan te sluiten op het bekostigingsadvies van de NZa waarin een volledig overzicht wordt gegeven van alle vormen van bekostiging van alle in de Handreiking genoemde professionals.

Tot slot bevelen wij aan om in **de financiering van integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis ruimte te creëren voor tijdelijke projecten die zich kunnen richten op kwaliteitsverbetering, preventie en de borging van projecten op de lange termijn**.

3.2 Beschouwing huidige bekostiging en handreiking zorgprogramma's

Zorg conform de handreiking is in grote mate afhankelijk van multidisciplinaire afstemming en samenwerking. We zien veel diversiteit in de praktijk in het vormgeven van deze zorgprogramma's. Dat geldt zowel voor de inhoud van de programma's als de manier waarop de programma's worden bekostigd. Zorgprogramma's zijn verschillend in de kenmerken van patiënten die opgenomen worden in het programma. De afbakening van patiëntkenmerken die het Zorginstituut hanteert bij haar duiding komt lang niet overal overeen met de afbakening van regionale zorgprogramma's. Zorgprogramma's verschillen ook in het type zorgaanbod dat onderdeel is van het programma. Waar in één regio de afspraken vooral geconcentreerd zijn rond het aanbod binnen de huisartsenpraktijk, vormt het zorgprogramma in een andere regio een meer multidisciplinaire afspraak. Hierbij zijn vaak ook de wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde, diëtist en apotheker aangehaakt. Die vormgeving is sterk afhankelijk van de bestaande regionale organisatiekracht van individuele aanbieders en het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Deze samenhang in zorg rondom 'kwetsbare ouderen thuis' is daarmee niet overal in Nederland op gelijke wijze geborgd.

Vrijblijvend karakter handreiking

Dat we deze verschillen zien is op zich niet vreemd. De handreiking heeft geen bindend karakter en biedt veel vrijheidsgraden. Veldpartijen geven aan dat de vrijheid voor regionaal maatwerk behouden moet blijven. Bovendien is de handreiking vrij recent opgesteld. Veel regio's bevinden zich nog in een implementatiefase. Tegelijkertijd geven aanbieders aan dat er behoefte bestaat aan structurele financiering. Dit staat op gespannen voet met elkaar. Wel is duidelijk dat de huidige verzuilde aanpak van bekostiging van afzonderlijke aanbieders de noodzakelijke samenwerking rondom kwetsbare groepen onvoldoende bevordert. Ook is duidelijk dat de verantwoordelijkheid voor samenhang van zorg op regionaal niveau duidelijker belegd moet worden dan nu het geval is.

De handreiking geeft wel een beschrijving van wat gezien moet worden als professioneel juiste zorg. De duiding van het Zorginstituut is daar een bevestiging van. Daarmee zitten we op een kantelpunt. Met de duiding van het Zorginstituut ligt er een verantwoordelijkheid bij veldpartijen om de zorg aan kwetsbare ouderen in een complexe zorgsituatie conform de handreiking te gaan inrichten. Op termijn zal de integrale zorg die volgt uit de handreiking meer geïntegreerd raken met alle andere werkzaamheden die behoren tot professioneel juiste zorg. Dat is een proces van geleidelijkheid, waarin zorgprofessionals, zorgorganisaties en zorgregio's verschillende en eigen tempo's bewandelen.

Geen uniforme bekostiging voor de handreiking als geheel

Met de bekostiging van de aan de handreiking verbonden afstemming en coördinatie zullen we een weg moeten vinden om zo goed mogelijk aan te sluiten bij dit proces van geleidelijkheid en variatie. Dit zou theoretisch kunnen door de tarieven voor de 'reguliere' prestaties (zoals consulten, zittingen en terhandstellingen) nu al op een dusdanig niveau te stellen dat de afstemming en coördinatie zoals in de handreiking beschreven al in zijn geheel onderdeel geacht mag worden van dat wat vergoed wordt. Eenmaal onderdeel van een prestatiebeschrijving schept het een verplichting bij de zorgaanbieder om de zorg daadwerkelijk conform de beschrijving te leveren.

Hier gaat dan wel een stimulerende werking vanuit om de handreiking te implementeren, maar sluit op dit moment nog onvoldoende aan bij de organisatie van zorg in de praktijk. De praktijkverschillen zijn daarvoor te groot en de handreiking is daarvoor nog onvoldoende de standaard.

Een landelijk uniforme beschrijving voor integrale bekostiging van het gehele multidisciplinaire zorgtraject rondom kwetsbare patiënten is wellicht een wenkend toekomstperspectief. Maar voor nu is dit nog geen oplossing voor structurele bekostiging op korte/middellange termijn. Er is geen duidelijke hoofdaanbieder van het gehele zorgtraject. En ook het traject zelf is inhoudelijk niet uniform genoeg om het geheel te vatten in één landelijk geldende prijs per traject.

Individuele aanbieders

De monodisciplinaire, verzuilde bekostiging stimuleert aanbieders om zich te richten op het 'eigen' aandeel van zorg in plaats van onderling en in keten afgestemde zorg. Daarbij worden aanbieders vaak vergoed op basis van patiëntgebonden contacten/trajecten. De tarieven die zij hiervoor ontvangen zijn veelal gebaseerd op landelijk gemiddelde kosten. De gemiddelde inzet op het gebied van afstemming en coördinatie is daarbij altijd al onderdeel geweest van de reguliere werkzaamheden, en daarmee ook onderdeel van de bestaande tariefonderbouwing.

Uit de marktanalyse blijkt dat in de beleving van zorgaanbieders hun inspanningen voor zorg rondom deze patiëntengroep niet volledig gedekt worden vanuit de huidige tarieven. Die beleving is ten dele terecht en ten dele ook niet. De 'stap extra' in afstemming en coördinatie die in de zorgprogramma's rondom kwetsbare patiënten van aanbieders wordt gevraagd, heeft vooral betrekking op afstemming en coördinatie buiten het directe patiëntcontact om. De landelijk gemiddelde inspanning (verleende zorg) van zorgaanbieders wordt gedekt door de reguliere tarieven voor patiëntgebonden contact. Extra inspanningen op het gebied van coördinatie en afstemming vertalen zich niet in meer patiëntcontact en leidt daarmee niet direct tot een aanvullende vergoeding. Zorgverzekeraars stellen zich vaak op het standpunt dat coördinatie en afstemming onderdeel is van de reguliere werkzaamheden. Zij zien afzonderlijke betaling van coördinatie en afstemming daarom als dubbele bekostiging. Beide standpunten zijn verdedigbaar.

We moeten daarom niet op zoek naar een financiële vergoeding voor het geheel aan 'afstemming en coördinatie'. Dat zou inderdaad voor een belangrijk deel leiden tot dubbele bekostiging. Maar als we willen dat aanbieders zich op het gebied van afstemming en coördinatie extra inspannen om de zorg op

het niveau van de handreiking te brengen, zal toch een vergoedingsmogelijkheid nodig zijn om de 'stap extra' ten opzichte van de huidige situatie nodig zijn.

Zorgverzekeraars dragen aan dat daarvoor nodig is om precies in kaart te hebben hoeveel afstemming en coördinatie nu al in de reguliere tarieven verstreuteld is, om dubbele bekostiging te voorkomen. Wij begrijpen dit argument. Maar wij zijn van mening dat deze aanvliegroute tot de verkeerde discussie gaat leiden bij de tot standkoming van regionale afspraken. Al het aanbod wordt op deze wijze gespiegeld aan het landelijk gemiddelde. De beweging waar we naar zoeken is dat regionaal overeengekomen wordt welke stap extra in afstemming en coördinatie wordt gezet ten opzichte van de huidige inspanning. De stap extra die aanvullend vergoed wordt is daarmee de stap die regionaal gezet moet worden als gevolg van het overeengekomen regioplan. Niet ten opzichte van het landelijk gemiddelde. We zoeken naar een methode om tot regionaal maatwerk te komen.

Regionale organisatie

Multidisciplinaire samenwerking tussen zorgaanbieders rondom kwetsbare patiënten vraagt om een vorm van regionale coördinatie en infrastructuur die de organisatiekracht van een individuele zorgaanbieder ver overstijgt. De mate van ontwikkeling van deze regionale coördinatie en infrastructuur varieert nu sterk. Dit komt ook tot uiting in de grote variatie in uitrol van zorgprogramma's rond kwetsbare ouderen. Dit levert problemen op, aangezien niemand (individueel) verantwoordelijk gehouden kan worden voor de mate van samenwerking en dit niet afdwingbaar is. De mate waarin regionale samenwerking van de grond komt, is sterk afhankelijk van de mate waarin zorgaanbieders elkaar regionaal weten te vinden en de mate waarin zij hierbij worden ondersteund en gestimuleerd.

Deze vrijblijvendheid moet verdwijnen zodat alle Nederlanders kunnen rekenen op goed samenhangende zorg.

4 Advies bekostiging afstemming en coördinatie kwetsbare patiënten thuis

Kernboodschap:

- Aanpassingen in bekostiging is nodig op twee niveaus: vergoeding van individuele aanbieders en vergoeding van de regionale organisatie (het samenwerkingsverband)
- Op regionaal niveau moet verantwoordelijkheid borgen multidisciplinaire samenhang bij één partij komen te liggen.
 - Al bestaande vergoedingsmogelijkheid voor organisatie en infrastructuur moet multidisciplinair en minder vrijblijvend worden ingezet.
 - Heroverweeg positie van regionale ondersteuningsstructuren in zorglandschap.
- Individuele aanbieders moeten toegang krijgen tot uniforme, samenhangende oplossing in de bekostiging
 - Voorstel: introductie van een vergoedingsmogelijkheid voor coördinatie en afstemming volgend uit een regionaal en multidisciplinair overeen te komen actieplan
 - Vergoeding voor het geheel aan aanvullende inspanning die het regioplan van individuele aanbieders vraagt. Dus niet gekoppeld aan bestaande prestaties voor patiëntgebonden contact.

4.1 Vormgeven afstemming en coördinatie op regionaal/wijkniveau

Multidisciplinaire samenwerking tussen zorgaanbieders rondom kwetsbare patiënten is één van de pijlers onder passende zorg. Efficiënte inzet van schaars personeel wordt juist voor deze doelgroep de komende periode steeds belangrijker en dat vraagt om een vorm van organisatie en infrastructuur die de organisatiekracht van een individuele aanbieder/praktijk ver overstijgt. Samenhang vraagt coördinatie. Goede ondersteuning, infrastructuur, gegevensuitwisseling en samenwerkingsafspraken kunnen de dienstverlening door zorgaanbieders vereenvoudigen en deze zorgaanbieders ontlasten.

Al een aantal jaar geleden is erkend dat deze multidisciplinaire ondersteuningslaag op meerdere niveaus nodig is. De ondersteuninglaag is nodig relatief dicht bij de zorgvraag van de individuele patiënt op wijkniveau. Maar ook op regioniveau is deze ondersteuningslaag nodig. Op regioniveau kunnen samenhangende afspraken worden gemaakt met gemeentes, ziekenhuizen, GGZ en Wlz-instellingen. Als het goed is liggen de afspraken die op wijkniveau worden gemaakt in het verlengde van dat wat op regioniveau overeen is gekomen. In dit hoofdstuk gebruiken we de term “regionale ondersteuning” als verzamelnaam voor de infrastructuur die op beide niveaus nodig zijn. Dit omdat de koers die we met bekostiging voor ogen hebben gelijk is voor beide niveaus. De inhoudelijke afspraken die op deze niveaus worden gemaakt kunnen wel sterk verschillen.

Op veel plekken in Nederland wordt hard gewerkt aan het opzetten en versterken van deze ondersteuningslaag. Dat geldt zowel voor de ondersteuning op wijk- als op regioniveau. Daar waar deze ondersteuning nog niet op orde is, zijn individuele zorgaanbieders veel tijd kwijt met het zoeken naar afstemming, inzicht in capaciteit, verantwoordelijkheden van individuele aanbieders, et cetera. Regionale coördinatie van beschikbare capaciteit en het aanbrengen van efficiëncyslagen in de zorg

rondom de patiënt is de 'lijm' tussen de individuele aanbieders en borgt de samenhang in zorgverlening in de multidisciplinaire keten. Dit geldt zowel voor zorg rondom kwetsbare ouderen als ook in de breedte voor zorg rondom patiënten, waarvoor multidisciplinair samenhangende zorg nodig is.

4.1.1 Verantwoordelijkheid bij één partij

Geen van de individuele zorgaanbieders binnen de zorgketen is op basis van eigen richtlijnen hoofdverantwoordelijk voor het opzetten en onderhouden van deze ondersteuningsstructuur. Zorgverzekeraars kunnen de vorming of groei van samenwerkingsverbanden faciliteren, aanmoedigen en ondersteunen, maar de daadwerkelijke vormgeving moet vanuit de aanbieders en/of regionale partijen gezamenlijk komen. De mate waarin dit lukt is sterk afhankelijk van de mate waarin zorgaanbieders elkaar regionaal weten te vinden. Daar waar deze organisatievorm niet of niet voldoende van de grond komt, ontbreekt nu de mogelijkheid om deze af te dwingen.

Deze vrijblijvendheid moet verdwijnen. Wij adviseren om de verantwoordelijkheid voor het borgen van deze multidisciplinaire samenhang en bijbehorende ondersteuning en infrastructuur regionaal bij één partij te beleggen.

4.1.2 O&I multidisciplinair inzetten

De meest voor de hand liggende optie hier is om deze verantwoordelijkheid te beleggen bij de al bestaande samenwerkingsorganisaties die nu bekostigd worden met O&I-gelden vanuit segment 2 van de bekostiging voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Daar hoort bij dat sterker dan nu wordt geformuleerd wat ten minste wordt verwacht van de investeringen. Het opzetten en uitrollen van multidisciplinaire zorgprogramma's rond kwetsbare ouderen is dan één van de taken die niet-vrijblijvend belegd wordt bij deze organisaties.

In principe is de bekostiging van regionale multidisciplinaire ondersteuning en infrastructuur al geregeld via segment 2 van de bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. De bekostiging van regionale ondersteuningsstructuren is moeilijk te vangen in een declaratie aan een individuele patiënt, omdat de activiteiten niet patiëntgebonden zijn. De kosten die horen bij het opzetten, het in stand houden en doorontwikkelen van de ondersteuningsstructuur, bijvoorbeeld in de uitrol van een zorgprogramma, zijn lastig toe te rekenen aan een individuele patiënt. De 'drager' van de kosten van alle inzet van een zorgaanbieder is veelal het directe patiëntcontact in de vorm van een declaratie per consult of verrichting. Echter, de verrichte inspanningen van de regionale ondersteuningsstructuren zijn niet afhankelijk van productie. Er is daarmee een element van beschikbaarheid aanwezig, die niet afhankelijk is van de individueel geleverde zorg. Hoe meer de ondersteuning een multidisciplinair karakter kent, hoe moeizamer het dus wordt om de kosten voor regionale ondersteuning en infrastructuur toe te rekenen aan individuele patiënten.

De directe koppeling met de huisarts en het inschrijftarief maken lumpsumafspraken voor regionale organisatie en infrastructuur veel makkelijker om af te spreken en zijn daarom technisch uitvoerbaar binnen de grenzen van de Wmg. Voordeel is dat de vergoeding bestaat uit een vast bedrag per bij de huisarts ingeschreven verzekerde en dus niet meebeweegt met de geleverde zorg. Een vorm van beschikbaarheid is daarmee goed te bekostigen. Maar deze sterke koppeling met de huisartsenzorg is ook een probleem. In de monitors "Contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg" 2021 en 2022 hebben wij in de aanbevelingen aangegeven dat in de huidige opzet van de zorggroepen en de afspraken die hieruit voortvloeien, de focus nu nog teveel ligt op ondersteuning van specifiek de huisarts. De bekostiging wordt weliswaar vormgegeven vanuit het segment multidisciplinaire zorg, maar in de praktijk is de zorggroep nog vaak een organisatie van huisartsen en voor huisartsen. De behoefte

aan multidisciplinaire ondersteuning, bijvoorbeeld bij zorgprogramma's rondom kwetsbare ouderen, is echter veel breder.

Zorgverzekeraars kunnen de vorming of groei van samenwerkingsverbanden faciliteren, aanmoedigen en ondersteunen, maar de daadwerkelijke vormgeving moet vanuit de aanbieders en/of regionale partijen gezamenlijk komen. De mate waarin dit lukt is sterk afhankelijk van de mate waarin zorgaanbieders elkaar regionaal weten te vinden en de mate waarin zij hierbij worden ondersteund en gestimuleerd. Juist in de regio's waar het aanbod nog sterk versplinterd is, is de uitdaging en noodzaak tot het opzetten van regionale samenwerkingen het grootst.

4.1.3 O&I minder vrijblijvend inrichten

Uit de monitors Contractering Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg blijkt dat de regio's met de grootste knelpunten op het gebied van samenhang binnen de zorgketen en de daarmee samenhangende toegankelijkheidsproblematiek, ook de regio's zijn waarin de multidisciplinaire samenwerkingsverbanden nog niet krachtig (genoeg) zijn gepositioneerd. In de monitors geven we ook aan dat de beweging naar multidisciplinaire samenwerkingsverbanden niet zomaar gemaakt is.

Onder een deel van de huisartsen bestaat sterk de beleving dat zorggroepen ten dienste staan van alleen de huisartsen, en dat de middelen die nu bestemd zijn voor O&I ook primair ten bate van huisartsen dienen te komen. De bestaande indeling van macrobudgettaire kaders, macrobeheersinstrumenten en aanspraken draagt niet op de juiste wijze bij aan een centrale plek ten dienste van de hele eerste lijn en aanpalende sectoren en domeinen. Als we toe willen bewegen naar een sterke regionale ondersteuningslaag, die de samenhang van basiszorg voor specifieke patiëntgroepen op een hoger plan tilt, dan zal deze ondersteuningslaag ook explicieter multidisciplinair gepositioneerd moeten worden.

Wij denken dat het helpt als duidelijker is wat er tenminste verwacht mag worden van regionale organisatie en infrastructuur.

Op dit moment zijn de prestatietitels binnen segment 2 van de bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg zeer open geformuleerd. De prestatieomschrijvingen bieden veel ruimte en flexibiliteit voor regionale invulling van plannen, maar beschrijven niet wat er ten minste moet gebeuren. De implementatie van multidisciplinaire zorgprogramma's rond kwetsbare ouderen zou dan randvoorwaardelijk moeten zijn bij de afspraken die gemaakt worden in het kader van O&I. Het regionaal opzetten van een actieplan om te komen tot uitrol van de wenselijke zorg voor specifieke cliëntgroepen en het inrichten van de bijbehorende organisatie en infrastructuur moet daarmee onderdeel worden van voorgenoemde afspraken. Dit bindt zowel aanbieders als inkopers om deze verbeteringsslag regionaal te maken.

Deze beweging zal niet van de ene op de andere dag gemaakt zijn. In veel regio's moet nog een grote stap gezet worden op weg naar een werkelijk multidisciplinaire organisatievorm, die de hele eerste lijn, tweede lijn en langdurige zorg overziet. Deze regio's moeten een redelijke termijn tot implementatie krijgen. Ook vraagt dit om een specifieke investering, die om geormerkte financiële middelen vragen. Daarnaast is het van belang dat zorgverzekeraars meegaan in de vormgeving van multidisciplinaire organisatievormen en hier een gezamenlijke koers volgen.

4.1.4 Implicaties

Als we deze route inslaan, dan moet ook helder zijn dat de investeringen die hiermee gepaard gaan, bestemd zijn voor multidisciplinaire ondersteuning. En dus niet uit een kader worden vergoed dat in de beleving van huisartsen 'van hen' is, zoals nu het geval is.

Door de uitrol van de zorgprogramma's voor specifieke cliëntgroepen minder vrijblijvend te maken verwachten wij ook een positief effect op de snelheid waarmee aanvullende afspraken gemaakt worden met de monodisciplinaire sectoren. De aanvullende inzet van bijvoorbeeld wijkverpleegkundige, SO, fysiotherapeut en apotheker rondom deze patiëntgroep is gekoppeld aan de regionale zorgprogramma's. Hoe sneller deze aanvullende inzet rondom deze patiëntgroep landelijk wordt uitgerold, hoe sneller we in de situatie terecht komen dat deze zorg daadwerkelijk onderdeel wordt van de landelijk gemiddelde inspanning.

Voor succesvolle implementatie van de handreiking is er dus een wisselwerking tussen enerzijds de patiëntgebonden afstemming en coördinatiecoördinatie en anderzijds de regionale ondersteuningsstructuur, die deze patiëntgebonden afstemming en coördinatie faciliteert. Het implementeren van een multidisciplinaire regionale ondersteuningsstructuur stimuleert dat de handreiking door zorgprofessionals als professionele standaard wordt gezien en in praktijk wordt gebracht. Een snellere, landelijke uitrol maakt de stap kleiner om de overstap te maken naar een vorm van regulier zorgaanbod, die makkelijker dan nu in een landelijk bekostigingsmodel te vatten is.

4.1.5 Vooruitzicht: potentie voor verdere stroomlijning

We stellen voor om voort te bouwen op de regionale en lokale organisatiekracht, die in potentie ligt bij de samenwerkingsverbanden die nu vanuit segment 2 van de bekostiging voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg wordt gefinancierd. Dit biedt dit op termijn ook mogelijkheden om al bestaande maar nu nog gefragmenteerde vormen van regionale coördinatie geheel of deels te bundelen. Denk hierbij aan coördinatiecentra eerstelijnsverblijf, regionale achterstandsfondsen, organisatie en beschikbaarheid van onplanbare ANW-zorg, herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging, et cetera. Door deze ondersteuningsvormen te bundelen en te stroomlijnen ontstaat potentieel een organisatie met meer slagkracht, die de synergie en eenheid van de primaire zorgverlening ten goede komt. Het onderbrengen van al deze coördinatiefuncties bij één aanbieder hoeft niet per se het streven te zijn. Maar een meer eenduidige inrichting van regionaal noodzakelijke coördinatiefuncties kan volgens ons zeker een verbeteringslag zijn ten opzichte van de huidige situatie. Wij zien dit dan ook als specifiek aandachtspunt in de visie op de eerste lijn die nu in ontwikkeling is als gevolg van afspraken in het IZA. Specifieke aandacht in de doorontwikkeling van deze samenwerkingsverbanden verdient de huidige rol en bekostiging van de 14 zogeheten Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en). Zij hebben op dit moment een meer onafhankelijke rol in de totstandkoming van regionale samenwerkingsverbanden. Zij worden gefinancierd met een afzonderlijke betaaltitel en bedienen een veel grotere populatie (provincieniveau).

4.1.6 Fundamentele vragen over positionering regionale ondersteuningsstructuur

Bij deze beweging horen ook een aantal fundamentele vragen richting de toekomst, over de positie van dergelijke regionale ondersteuningsstructuren in het zorglandschap. Eén grote regionale ondersteuningsstructuur valt moeilijk te rijmen in een concurrentieel zorglandschap. Een individuele patiënt maakt geen actieve keuze over het gebruik van een specifieke vorm van zorgondersteuning. Onze inschatting is dat een dergelijke regionale ondersteuningslaag meer als 'nutsfunctie' moet worden

ingepast in het zorglandschap, zonder concurrentieel oogpunt. Dat heeft consequenties voor vormen van inkoop. Een regionale organisatie kan zich niet voegen naar inkoopbeleid van tien afzonderlijke verzekeraars. Een regionale ondersteuningslaag als niet concurrentiële nutsfunctie vraagt ook duidelijke keuzes in aanspraak en keuzevrijheid van de individuele patiënt.

Het voert te ver voor dit specifieke advies om al deze elementen uit te werken. Maar duidelijk is wel dat als ingezet wordt op de noodzakelijke verbreding van regionale ondersteuning en infrastructuur, op dit vlak serieuze keuzes moeten worden gemaakt over de positionering van deze organisatievorm. Niet voor niets krijgt de noodzaak tot versterking van de organisatiegraad van (met name) de eerste lijn in het integraal zorgakkoord veel aandacht. De noodzaak maakt dat we nu oplossingen moeten zoeken buiten de bestaande kaders. De afgelopen periode hebben NZa, VWS en Zorginstituut samen gewerkt aan mogelijkheden in bekostiging van “algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg” (ADZ). Dit maakt het onder voorwaarden mogelijk om ondersteuningsstructuren binnen de Zvw te bekostigen zonder dat de declaratie via de individuele patiënt verloopt. Deze route kent echter de nodige haken en ogen in de uitvoering op het moment dat deze wordt ingezet voor regionale initiatieven. Wij stellen dan ook voor om het gedachtegoed dat achter ADZ zit gezamenlijk verder uit te werken om ook regionale ondersteuning en infrastructuur beter te borgen.

4.2 Advies: vormgeven afstemming en coördinatie op aanbiedersniveau

We geven aan dat we een minder vrijblijvende taak voor samenwerkingsverbanden zien om multidisciplinaire zorgprogramma's regionaal op te zetten, uit te rollen en te onderhouden. Het implementeren van deze zorgprogramma's kan van individuele zorgverleners een aanzienlijke aanvullende inspanning vragen in de vorm van indirecte en niet-patiëntgebonden tijd. Dan moet ook de mogelijkheid bestaan om de primaire zorgaanbieders aanvullend te vergoeden op basis van maatwerkafspraken gekoppeld aan de regionale afspraken. Deze maatwerkafspraken hoeven niet alleen de zorg rond de patiëntgroep 'kwetsbare ouderen thuis' in de handreiking te beslaan, maar kunnen een breder pakket aan inspanningen rondom noodzakelijke multidisciplinaire samenwerking en afstemming in de regio bevatten.

Daarvoor is het nodig dat de primaire aanbieders in hun afzonderlijke monodisciplinaire bekostigingsvormen ook de mogelijkheid kennen om tot deze aanvullende afspraken te komen. De mate waarin dit nu al mogelijk is of optimaal wordt gefaciliteerd verschilt per sector.

Ruimte voor bekostiging hangt bijvoorbeeld af van de tariefsoort (vrije of gereguleerde tarieven), de aanspraak en de mate waarin de vergoeding gekoppeld is aan direct patiëntcontact.

- Voor huisartsenzorg is het relatief eenvoudig om tot aanvullende afspraken te komen voor inspanningen die niet aan direct patiëntcontact zijn gekoppeld. De bekostiging van zorg kent geen belemmeringen in eigen risico/eigen bijdragen en via segment 3 kunnen aanvullende afspraken tegen vrij tarief gemaakt worden, zowel voor specifieke patiëntgroepen als voor de gehele populatie.
- Voor bijvoorbeeld paramedische zorg of farmaceutische zorg is het veel ingewikkelder om in de bestaande systematiek tot aanvullende afspraken te komen. Daar is het patiëntgebonden contact veel meer de drager van de afspraken van een cliënt en het daarmee samenhangende bekostigingssysteem.

In bijlage 3 wordt per sector, die betrokken is bij de handreiking kwetsbare ouderen, uiteengezet hoe de bekostiging nu is opgebouwd, en waar de mogelijkheden/knelpunten liggen om tot aanvullende maatwerkafspraken te komen.

De beweging die nu wordt ingezet is om op basis van regionale plannen en afspraken te komen tot samenhangende zorg rond kwetsbare patiënten. Het is onze sterke overtuiging dat deze samenhang niet tot stand komt als deze vergoeding vervolgens ingebouwd moet worden in alle afzonderlijke bekostigingssystemen. De huidige verschillen tussen de bestaande systematieken in bekostiging en aanspraken belemmeren een samenhangende afspraak op regionaal niveau. Ook de verschillen in inkoopbeleid tussen verzekeraars per sector belemmeren deze samenhangende afspraak.

Het meer in samenhang brengen van alle bekostigingssystemen en bijbehorende aanspraken zou een deel van het probleem oplossen. Maar dit zien wij niet als een reële optie. Bovendien is het sterk de vraag of dit een reële opgave is. De kenmerken van de zorg door een huisarts zijn nu eenmaal sterk afwijkend van de zorg door een fysiotherapeut of een specialist ouderengeneeskunde. De verschillen in dit aanbod leidt ook tot verschillende bekostigingssystemen.

Uniforme, samenhangende oplossing in de bekostiging

We zoeken een zo uniform mogelijke vergoeding over sectoren heen, om een samenhangende multidisciplinaire regionale afspraak zo eenvoudig mogelijk te maken. Deze vergoeding omvat dan de aanvullende inspanningen op het gebied van coördinatie en afstemming rond de in de handreiking afgebakende groep kwetsbare ouderen thuis. Maar kan ook breder worden ingezet indien regionaal overeenstemming bestaat dat aanvullende samenwerkingsafspraken ook voor andere patiëntgroepen of knelpunten noodzakelijk is.

Wij adviseren daarom de introductie van een aparte vergoedingsmogelijkheid voor coördinatie en afstemming volgend uit een regionaal en multidisciplinair overeen te komen actieplan. Deze aparte vergoeding is dan niet gekoppeld aan bestaande prestaties voor patiëntgebonden contact, maar beschrijft het geheel aan aanvullende werkzaamheden op het gebied van coördinatie en afstemming dat volgt uit het commiteren aan een regionaal samenhangend actieplan. We adviseren een uniforme, samenhangende oplossing onafhankelijk van de al bestaande vorm van bekostiging voor de specifieke sector.

Deze betaaltitel kan op meerdere manieren worden uitgewerkt. Een manier is bijvoorbeeld om een uniforme prestatie voor multidisciplinair overleg (bijvoorbeeld per kwartier of per uur) te maken. Een andere mogelijkheid is om een uniforme prestatie voor alle coördinatie en afstemming voor de gehele populatie te maken (bijvoorbeeld per kwartaal of per jaar). Tussenvarianten zijn denkbaar. Eerder in dit rapport hebben wij aangegeven dat wij geen duurzame oplossing zien in het direct declarabel maken van alle afstemming en coördinatie per uur inzet. Een meer passende oplossing zien wij in lumpsum financiering voor aanvullende afstemming en coördinatie per in zorgprogramma's geïncorporeerde patiënten. Een dergelijke prestatie wordt dan bijvoorbeeld per kwartaal in rekening gebracht en omvat een vergoeding voor alle aanvullende coördinatie en afstemming volgend uit een regionaal overeengekomen zorgprogramma.

Deze uniforme, samenhangende oplossing in de bekostiging moet gekoppeld zijn aan regionale maatwerkafspraken tussen zorgverzekeraars en bij het zorgprogramma aangesloten zorgaanbieders. Een contract tussen zorgverzekeraar en aanbieder is daarom noodzakelijk.

De taken, verantwoordelijkheden en bijbehorende inspanningen op het gebied van afstemming en coördinatie verschillen tussen de bij het zorgprogramma betrokken zorgverleners. Een uniforme

oplossing in bekostiging betekent niet dat iedere aanbieder een gelijke vergoeding kent. De wijze en hoogte van vergoeding is dan helemaal afhankelijk van de regionale afspraak.

Deze vorm heeft de nodige technische uitdagingen. Het overstijgt de huidige verzuilde aanspraken en we zoeken een uniforme oplossing voor sectoren met elk een eigen kader, tariefsoort en inkoopdynamiek. We presenteren hier nog geen oplossing voor al deze problemen. Als dit de koers wordt, moet hier een oplossing worden gevonden.

4.2.1 Wlz-aanbieders

De noodzaak tot samenhangende zorg rondom kwetsbare thuiswonende patiëntgroepen en bijbehorende afspraken op regionaal niveau speelt breder dan alleen het zorgaanbod vanuit de Zvw. Het aanbod dat nu vanuit de Wlz/Wmo wordt georganiseerd kan en moet volgens ons ook onderdeel zijn van regionaal samenhangende afspraken rondom kwetsbare groepen.

De bekostigingsvraagstukken die hierbij vanuit de Wmo spelen reiken te ver voor dit advies. We willen wel kort stilstaan bij mogelijke consequenties van de voorgestelde lijn voor de bekostiging van Wlz-aanbieders.

Voor kwetsbare patiënten met Wlz-indicatie die zorg ontvangen via een leveringsvorm 'inclusief behandeling' is het integrale aanbod van noodzakelijke zorg nu in principe geborgd. De aanbieder van deze zorg is zelf verantwoordelijk voor samenhangende afspraken over het totaalaanbod en fungeert daarmee als hoofdaannemer.

Voor leveringsvormen 'exclusief behandeling' is deze samenhang niet geborgd vanuit één aanbieder. De verwachting is dat als gevolg van de afspraken die in het WOZO-programma zijn vastgelegd het aandeel van deze leveringsvorm groter wordt. Met het WOZO-programma wordt ingezet op de eigen regie van cliënten. Passende woonvoorzieningen en ondersteuning spelen naast formele zorg een rol. Om ook in de toekomst de samenhang van het totaalpakket aan zorg rondom kwetsbare patiënten te borgen, versnippering te voorkomen en de schaarse capaciteit doelmatig en effectief in te zetten, zal ook de capaciteit en expertise die nu vanuit de Wlz-aanbieders beschikbaar is onderdeel kunnen en moeten zijn van een samenhangende regionale aanpak.

Als we de lijn doortrekken die in dit rapport is geschetst, betekent dat dat ook aanbieders die vanuit de Wlz worden bekostigd de mogelijkheid moeten krijgen om 'de stap extra' die op het gebied van coördinatie en afstemming gezet moet worden, vergoed te krijgen. Ook hier geldt dan dat deze extra stap samen moet hangen met een plan op regionaal niveau en dat deze vergoeding idealiter niet direct samenhangt met de vergoeding voor direct patiëntgebonden tijd.

Het voert voor de scope van dit advies te ver om al precies invulling te geven aan hoe deze vergoedingsvorm er voor Wlz-aanbieders uit zal moeten zien en aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan. In de verdere uitwerking van dit advies moet aandacht zijn voor de rol van zorgkantoren in het tot standkomen van maatwerkafspraken. Dan moet verder worden uitgewerkt of deze stap extra vanuit de zorgverzekeraar of het zorgkantoor vergoed moet worden. En afhankelijk daarvan, hoe de relatie tussen zorgkantoor en zorgverzekeraar in de totstandkoming van regionaal samenhangende afspraken eruit moet zien. Ook moet dieper ingegaan worden op de wijze waarop een vergoeding voor aanvullende inspanningen op het gebied van samenwerking en coördinatie zich verhoudt tot de huidige variëteit aan vergoedingsmogelijkheden binnen de Wlz. De adviesvraag van VWS aan de NZa over de transparantie en positionering van behandeling binnen de Wlz hangt hiermee samen.

5 Knelpunten en vervolg

Kernboodschap:

- Voorgestelde koers geen eenvoudige “one size fits all” oplossing. Vervolgstappen nodig
- Voorgestelde koers knelt met bestaande kaders en aanspraken. Hier moeten oplossingen voor worden gevonden.
- Voorgestelde koers vraagt ook heroverweging van positie van samenwerkingsverbanden in het zorglandschap.
- Aandacht nodig voor borging samenhang met lopende trajecten die voortvloeien uit IZA en WOZO.

Met dit advies kijken we buiten de bestaande schotten en stellen een oplossing voor met een sterke koppeling naar regionale samenwerkingsafspraken. Zowel binnen het domein van de Zorgverzekeringswet, maar ook daarbuiten. Maar een oplossing buiten bestaande schotten betekent ook dat er nog het nodige werk verzet moet worden om passend te maken wat nu nog niet passend is. De voorgestelde route is geen ‘one size fits all’ en vraagt veel van regionale samenwerkingsverbanden. We vragen de nodige investeringen in regionale organisatiekracht van aanbieders en daarbij passend gedrag vanuit zorgverzekeraars en andere inkopers. Ook de overheidspartijen zullen gezamenlijk moeten optrekken om oplossingen mogelijk te maken, die schotten overstijgen.

Volgens ons liggen deze inspanningen sterk in lijn met wat op hoofdlijnen in het integraal zorgakkoord (IZA) overeen is gekomen. Met name:

- De ambitie om integrale, afgestemde zorg van hoge kwaliteit te bieden aan mensen met een complexe zorgvraag, die per beroepsgroep en gezamenlijk goed is georganiseerd op lokaal en regionaal niveau. Waarbij schaarse personele capaciteit efficiënt wordt ingezet en zorg blijvend beschikbaar en toegankelijk is.
- De afspraak dat zal worden onderzocht hoe de aanspraken en bekostiging kunnen worden aangepast om meer te prikkelen tot passende zorg en tot samenwerking en samenhang in de wijk en regio.

Dit advies is onze voorzet om de afspraken op hoofdlijnen concreter in te vullen. Dit advies biedt nog geen pasklare antwoorden op alle vragen die bijvoorbeeld samenhangen met een sectoroverstijgende betaaltitel. Hoe graag we ook aan de voorkant alle tijdslijnen, bewegingen en rollen van veldpartijen volledig in beeld willen hebben, is dat – zeker gezien de omvang en impact van dit advies – nu nog niet mogelijk om in detail uit te werken.

Als de voorgestelde koers gedragen wordt, dan zullen een aantal vervolgstappen in gang moeten worden gezet. Een deel van deze vervolgstappen zitten in bekostigingstechniek en liggen in eerste instantie bij de NZa. Denk aan vormgeving van de prestatietitels en de daarbij behorende voorwaarden.

5.1 Budgettaire kaders

Wij hebben nog geen concrete inschatting van meerkosten die dit advies met zich mee gaan brengen. Daarvoor is de koers nog teveel op hoofdlijnen ingestoken. Het onderzoek van Bureau HHM laat namelijk zien dat er veel variatie zit in de kosten per geïncludeerde patiënt binnen een zorgprogramma voor kwetsbare thuiswonende ouderen. Wel heeft het Zorginstituut in haar verduidelijking gesteld dat

momenteel 5-11% van de thuiswonende 75-plussers binnen het indicatiegebied past. Dat komt neer op ongeveer 10% van de patiënten (11-22 75-plussers) van een (norm)huisartsenpraktijk. In de 'Dialoognota Ouder worden 2020-2040' wordt geraamd dat er in 2040 zo'n 4,9 miljoen 65-plussers zullen zijn. Ook is de verwachting dat er in 2030 ruim 2 miljoen ouderen van 75 jaar of ouder zijn, dit is 12% van de bevolking (in 2018 8%). Het aantal 75-plussers zal dus de komende jaren blijven toenemen en daarmee naar verwachting ook het aantal ouderen dat binnen het indicatiegebied valt. Kijkend naar de verbreding die met dit advies wordt beoogd, namelijk breder dan alleen kwetsbare thuiswonende ouderen, is het nog lastiger om een inschatting te maken van meerkosten.

Binnen het IZA is financiële ruimte beschikbaar gesteld voor het versterken van de organisatiegraad van de eerste lijn. Veel van wat we voorstellen heeft betrekking op het versterken van deze organisatiegraad. We beschrijven in dit advies op welke wijze en onder welke voorwaarden volgens ons deze al beschikbare middelen zinvol ingezet kunnen worden.

Voor de vergoeding van individuele aanbieders voor hun aandeel in de uitrol van regionale zorgprogramma's zal in eerste instantie een aanvullende investering nodig zijn. Volgens ons is ook hier in het IZA ruimte geboden via transformatiegelden. Tegelijkertijd zal een goed afgestemde keten van zorg rondom kwetsbare patiënten met de juiste ondersteuning op regionaal niveau ook moeten leiden tot een efficiëntere inzet van personeel en middelen.

We zien wel een noodzaak om in de huidige inrichting van budgettaire kaders explicieter dan nu ruimte te gaan bieden voor multidisciplinaire zorg. Het kader 'multidisciplinaire zorg' zoals we deze nu kennen, is nog sterk gekoppeld aan het kader voor huisartsenzorg. Kosten voor multidisciplinaire samenwerking moeten ons inziens ook landen in een multidisciplinair kader. Dit heeft waarschijnlijk ook implicaties voor de huidige sectoraal ingerichte macrobeheersinstrumenten.

5.2 Aanspraken, eigen risico, eigen bijdrage

Een vergelijkbaar knelpunt speelt rond de aanspraken. Aanspraken op zorg en bepalingen over eigen risico en eigen bijdrage zijn veelal sectoraal geformuleerd. We stellen een brede betaaltitel voor met een sectoroverstijgende werking, niet gekoppeld aan individuele patiëntcontacten. Dit doorkruist een aanspraak die gedefinieerd op basis van een aantal handelingen, zoals bijvoorbeeld het geval is bij fysiotherapie. Hier zal in het vervolg op dit advies verder moeten worden uitgediept waar de mogelijkheden en knelpunten liggen, en in hoeverre ook de huidige aanspraken/eigen risico/eigen bijdrage kunnen worden aangepast om deze multidisciplinaire samenwerking beter te stimuleren. Een sectoroverstijgende afspraak voor aanvullende inspanningen op het gebied van afstemming en coördinatie mag niet stranden omdat de aanspraak op zorg alleen declaraties op patiëntniveau in afzonderlijke consulten beschrijft.

5.3 Positionering regionale samenwerkingsverbanden

We stellen voor om regionale samenwerkingsverbanden explicieter multidisciplinair te positioneren in het zorglandschap. Dat vraagt om fundamentele keuzes over de positionering van deze structuur. Dat raakt deels de hierboven genoemde punten over budgettaire kaders en aanspraken. Maar we stellen ook voor om verder te onderzoeken of deze organisaties meer als regionale nutsfunctie gepositioneerd kunnen worden. Dat roept vragen op over concurrentie inkoop door zorgverzekeraars. In het traject dat de afgelopen periode is gelopen rond 'algemene diensten ten behoeve van zorg' is verkend wat wel en niet mogelijk is om ondersteuningsstructuren te bekostigen zonder dat dit via een declaratie aan een individuele patiënt verloopt. Daarmee is vooral verkend wat binnen de huidige systemen in te regelen is.

Wij pleiten ervoor om verder in te zetten op aanpassing van systemen en eventueel wetgeving aangepast kunnen worden om deze vorm van vergoeding soepeler dan nu te laten verlopen.

5.4 Afspraken tussen zorgverzekeraars en aanbieders

Gezamenlijke verantwoordelijkheid en (regionale) samenwerking zijn sleutelwoorden om te komen tot een oplossing voor deze problematiek. Coördinatie is hierbij niet 'optioneel', maar broodnodig om de zorg voor deze kwetsbare patiënten vorm te kunnen geven. Dit vraagt van zorgverzekeraars om dit een expliciete plek te geven in inkoopbeleid, daadwerkelijk regionale maatwerkafspraken te maken en zorgaanbieders hieraan te houden. Hierbij hoort ook het maken van (resultaat)afspraken in relatie tot afstemming en coördinatie op regionaal niveau. Het vraagt van zorgaanbieders om zich in te spannen voor en te committeren aan regionale afspraken. In het IZA is hiervoor op hoofdlijnen draagvlak gevonden. Echter, voor een meer concrete invulling van afspraken zal zowel op landelijk als regionaal niveau verdere afspraken gemaakt moeten worden.

5.5 Borgen samenhang lopende trajecten

De vraag hoe samenwerking en coördinatie rond kwetsbare patiëntgroepen beter vormgegeven kan worden, raakt veel nu lopende of startende trajecten. Denk hierbij aan:

- De afspraken rond versterking van organisatiegraad eerste lijn, en de daarbij horende visievorming van de toekomst van de eerste lijn.
- Het programma scheiden wonen/zorg (WOZO),
- De trajecten die lopen als gevolg van het voornemen in het coalitieakkoord om 'behandeling' over te hevelen vanuit de Wiz naar de Zvw.
- De trajecten die lopen rond de borging van toegankelijkheid van medisch generalistische zorg
- De trajecten die lopen om regioplannen concreter in te vullen.
- Verdere uitwerking van de sectoroverstijgende betaaltitel.

De samenhang tussen deze trajecten is belangrijk. De overheidspartijen NZa en Zorginstituut hebben hier een rol. Maar we zien vooral voor het ministerie van VWS een belangrijke taak om de samenhang in koers tussen deze trajecten te borgen.

Bijlage 1 – Beschrijving zes stappenplan

Op basis van de handreiking geven we hieronder een samenvatting van de zorgactiviteiten en betrokken professionals per stap.

Stap 1: Signalering

De eerste stap is het signaleren van kwetsbaarheid. Signalen van kwetsbaarheid kunnen zowel bij het wijkteam, de wijkverpleegkundige of huisartsenpraktijk binnenkomen tijdens regulier contact met de patiënt. Daarnaast kan vanuit de huisartsenpraktijk worden ingezet op gerichte case-finding om kwetsbaarheid te signaleren. Signalen van kwetsbaarheid kunnen ook binnenkomen vanuit de sociale omgeving (bijvoorbeeld de mantelzorger) of via andere (zorg)professionals, zoals de apotheker of fysiotherapeut. Bij een 'niet-pluisgevoel' wordt het signaal/de signalen idealiter doorgezet naar een centraal coördinatiepunt. Dit is – afhankelijk van de aard van de problematiek – het wijkteam, de wijkverpleegkundige of de huisartsenpraktijk.

Professionals

Verschillende professionals kunnen een rol spelen in de signalering van kwetsbaarheid. Naast betrokkenen in de sociale omgeving (zoals de mantelzorger en het wijkteam) worden in de handreiking verschillende zorgprofessionals in de eerste en tweede lijn genoemd. Voor wat betreft de eerstelijnszorg zijn dit de huisartsenzorg, wijkverpleging paramedici, apotheek, tandarts/mondzorg en de huisartsenpost (HAP). In de tweede lijn gaat het om ziekenhuiszorg (ontslag/transmurale zorgbrug), de spoedeisende hulp (SEH, overdracht zorg ANW), het eerstelijnsverblijf (elv, ontslag) en de geriatrische revalidatiezorg (GRZ).

Stap 2: Gesprek met oudere

De tweede stap is gericht op het duiden van de kwetsbaarheid. Bij mensen bij wie mogelijke kwetsbaarheid is gesignaleerd wordt de kwetsbaarheid ingeschat aan de hand van een gesprek met de oudere en zo mogelijk met diens mantelzorger. Het doel van dit gesprek is drieledig:

- 1 Nagaan welke mogelijkheden, wensen en noden er zijn (zorgbehoefte);
- 2 Nagaan welke risico's er zijn ten aanzien van het ontwikkelen van kwetsbaarheid;
- 3 Gezamenlijk vaststellen of er sprake is van kwetsbaarheid.

Indien er sprake is van kwetsbaarheid dan volgt stap 3.

Professionals

Het gesprek met de oudere (en zo mogelijk met diens mantelzorger) kan gevoerd worden door de huisarts, de praktijkverpleegkundige huisartsenzorg (PVH), de praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH), de wijkverpleegkundige of iemand van het wijkteam.

Stap 3: Multidomein analyse bij kwetsbare oudere

In de derde stap wordt op een gestructureerde wijze nagegaan welke problemen de oudere ervaart op de verschillende domeinen (lichamelijk, psychisch, functioneel, sociaal en eventueel ook zingeving). Hiervoor zijn diverse modellen en vragenlijsten beschikbaar. Deze probleeminventarisatie-instrumenten zijn vaak semigestructureerde interviews waarmee systematisch gegevens kunnen worden verzameld op alle relevante functiedomeinen. Naast aandacht voor problemen is er in deze stap ook aandacht voor de kwaliteit van leven en de daarbij behorende behoeften, wensen en prioriteiten. Deze informatie moet leidend zijn in de formulering en prioritering van de behandeldoelen. Zo mogelijk wordt ook een ACP (advance care planning) gesprek gevoerd.

Professionals

De multidomein analyse kan worden uitgevoerd door de huisarts, de praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH), de praktijkverpleegkundige huisartsenzorg (PVH), de sociaal werker of de wijkverpleegkundige. Het ACP-gesprek kan worden gevoerd door de huisarts. Afhankelijk van de domeinen waarop verdere analyse gewenst is, kunnen verschillende (zorg)professionals een rol spelen. Denk hierbij aan de apotheker, de (geriatrie)fysiotherapeut, de ergotherapeut en de diëtist.

Stap 4: Bespreken van de bevindingen in het kernteam

De bevindingen uit stap 3 (de multidomein analyse) worden in eerste instantie besproken in het kernteam. In dit overleg worden de uitkomsten van de probleeminventarisatie besproken en wordt vastgesteld wat het best haalbare algemene doel is:

- 1 herstel van functioneren of
- 2 behoud van functioneren en voorkomen van achteruitgang, of
- 3 achteruitgang accepteren en symptomen bestrijden

In het kernteam wordt een voorstel voor verder beleid besproken. De analyse wordt samengevat in een overzicht van alle geconstateerde problemen, bij voorkeur in de vorm van een individueel zorgplan. Voor elk probleem wordt een haalbaar doel geformuleerd, met de actie die nodig is om die doelstelling te behalen, welke discipline deze actie voor zijn rekening neemt en wanneer het verloop ervan wordt geëvalueerd en teruggekoppeld. Tevens wordt vastgelegd wie de coördinator/het aanspreekpunt voor deze oudere wordt. Wie dit wordt hangt af van de voorkeur van de oudere/mantelzorger en het algemene doel. Dat kan de huisarts zijn, maar ook een andere betrokkene, zoals de fysiotherapeut of maatschappelijk werker. Zo nodig vindt een MDO plaats (stap 5).

Professionals

In het kernteam kunnen zitten de huisarts, de betrokken wijkverpleegkundige, de betrokken representant van het sociaal domein (wijkteam/ sociaal werk/WMO-adviseur) en degene die de multidomein analyse heeft uitgevoerd. Ook de specialist ouderengeneeskunde (SO) kan deel uitmaken van het kernteam.

Stap 5: Bespreking in MDO

De vijfde stap is de bespreking in een multidisciplinair overleg (MDO). Een MDO is geïndiceerd indien er meerdere hulpverleners bij een oudere betrokken zijn of worden. Het doel van het multidisciplinair overleg is het vaststellen welke zorg en ondersteuning nodig is, het onderling afstemmen ervan en het maken van afspraken over coördinatie en casemanagement en het vervolg. Het zorg- of leefplan wordt eventueel vertaald voor de oudere en de mantelzorgers in begrijpelijke zelfmanagement acties (een actieplan).

Professionals

Voor deelname aan een MDO worden betrokken hulpverleners en zo mogelijk de patiënt of een vertegenwoordiger uitgenodigd. Het gaat hierbij om hulpverleners vanuit het kernteam (zie stap 4), maar indien nodig ook andere hulpverleners (zoals de apothekers of paramedicus). De samenstelling van het MDO kan dus per kwetsbare thuiswonende oudere variëren. Indien nodig kan de SO (of een andere specialist) in consult worden gevraagd. De SO kan op verzoek van het kernteam een visite doen bij de oudere en helpen bij de analyse en prioritering van de verschillende problemen.

Stap 6: Bespreken zorgplan met oudere en familie, uitvoeren en evalueren (pdca-cyclus)

De zesde en laatste stap omvat het bespreken van de uitkomsten van het MDO met de oudere en diens naasten. Daarnaast staat deze stap in het teken van de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. Tijdens de uitvoering houdt de coördinator, die in stap 4 is aangewezen, contact met de oudere en mantelzorger en ondersteunt hen. In het geval van transities is de coördinator actief betrokken. Ook is de coördinator verantwoordelijk voor het plannen en organiseren van de evaluatie(s). Tussentijds kan het zorgplan altijd worden aangepast en ook kan (een deel van) de multidomein analyse herhaald worden.

Professionals

De coördinator bespreekt het zorgplan met de oudere en familie/mantelzorger, voert de afspraken uit die in het MDO zijn gemaakt en evalueert regelmatig met de oudere en familie/mantelzorger. De overige betrokkenen zoals de wijkverpleegkundige, de apotheker, de fysiotherapeut, de ergotherapeut, de diëtiste, de tandarts, de SO en de betrokkenen vanuit het sociaal domein voeren de in het MDO gemaakte en voor hen relevante afspraken uit.

Bijlage 2 – Marktanalyse

Zie separate bijlage.

Bijlage 3 – Overzicht bekostigingsstructuur per sector

Met bekostiging bedoelen we de prestatie- en tariefregulering zoals de NZa die op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) opstelt. Een prestatie is een declaratietitel voor de levering van zorg door een zorgaanbieder. Het bijbehorende tarief is de prijs voor een prestatie, een deel van een prestatie of het geheel van prestaties van een zorgaanbieder. De NZa stelt de prestaties en tarieven vast. Er zijn ook sectoren die (deels) vrije tarieven kennen. In die sectoren stelt de NZa enkel prestaties vast. De bekostiging is hierbij functioneel zoals ook de Zvw functioneel beschreven is. Dit betekent kortgezegd dat het niet van belang is wie de zorg verleent, maar draait om welke zorg er verleend wordt (uiteeraard wél door iemand die hiertoe bevoegd en bekwaam is). Dit betekent dat als iemand bevoegd en bekwaam is om de zorg te verlenen en voldoet aan de inhoud van de prestatiebeschrijving, deze de prestatie in rekening gebracht mag worden.

Voor het vaststellen van prestaties en tarieven wordt onderscheid gemaakt in het type activiteit van de zorgaanbieder. We onderscheiden hierin directe tijd, indirecte tijd en niet patiëntgebonden tijd. Directe tijd bevat de tijd besteed aan directe zorgverlening. Hieronder verstaan we de directe contacttijd met de patiënt. Daarnaast zijn er activiteiten die geen directe zorgverlening betreffen maar hier wel ondersteunend aan zijn. Dat noemen we indirect patiëntgebonden tijd (bijvoorbeeld verslaglegging, reistijd, casuïstiekbespreking of werkoverleg) en niet-patiëntgebonden tijd (bijvoorbeeld overhead, taken van leidinggevenden, staf, administratie en management).

Voor de bekostiging is het algemene uitgangspunt dat de tijd besteed aan directe zorglevering declarabele tijd is. De indirecte tijd en niet-patiëntgebonden tijd is in beginsel niet afzonderlijk declarabel. Dit betekent dat voor deze activiteiten geen aparte prestatie in rekening gebracht kan worden, maar dat de gemiddelde kosten en tijdbesteding voor deze activiteiten verdisconteerd zijn in de prestaties en tarieven voor declarabele tijd. Op die manier zijn alle exploitatiekosten van zorgaanbieders, dat wil zeggen personele kosten (direct en indirect), materiele kosten en kapitaallasten die gemaakt worden om de zorg te leveren, toegerekend aan de prestatie (patiëntgebonden tijd of activiteit) en meegenomen in het tarief dat de NZa vaststelt. Er zijn wel degelijk redenen om in de bekostiging hiervan af te wijken, bijvoorbeeld om regionale ondersteuningsstructuren te financieren, zoals O&I in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, coördinatiepunten eerstelijnsverblijf, organisatie en beschikbaarheid van onplanbare ANW-zorg en herkenbare en aansprekbare wijkverpleging.

Huisartsenzorg: huisarts, praktijkverpleegkundige en praktijkondersteuner huisartsenzorg (poh)

De huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg kent een bekostiging die uit meerdere segmenten bestaat. Het eerste en grootste segment beschrijft het basisaanbod en kent zowel een vaste vergoeding per ingeschreven patiënt (het inschrijftarief) als een tarief per patiëntgebonden verrichting (bijvoorbeeld een consult of visite). Het inschrijftarief wordt gecorrigeerd voor verwachte hogere zorgzwaarte en bijbehorende inspanning voor oudere patiënten en/of patiënten in wijken met achterstandsproblematiek. Deze correcties voor hogere zorgzwaarte kennen een algemeen karakter en zijn niet specifiek onderbouwd op basis van handelingen zoals beschreven in de handreiking voor kwetsbare ouderen. Binnen segment 1 wordt de huisarts vergoed voor de landelijk gemiddeld gemeten inspanning rondom

zijn/haar patiëntpopulatie. Een vergoeding voor een bovengemiddelde inspanning is niet in segment 1 verwerkt, tenzij deze inspanning te tot uiting komt in patiëntgebonden contacten.

Segment 2 kent de mogelijkheid tot vergoedingen voor aandoeningsgerichte multidisciplinaire zorgketens zoals de diabetesketen, en de mogelijkheid tot vergoedingen van organisatie en infrastructuur van samenwerkingsverbanden, op regionaal en wijkniveau. De tarieven zijn hier in principe vrij (met een aantal uitzonderingen voor ongecontracteerde zorg) en afhankelijk van inhoudelijk contractuele afspraken tussen samenwerkingsverband en zorgverzekeraar. Dit segment biedt ruimte om aanvullende afspraken te maken over bijvoorbeeld 'bovengemiddelde' inzet op het gebied van coördinatie/infrastructuur op wijk/regioniveau rondom kwetsbare patiënten.

Segment 3 kent vervolgens de mogelijkheid tot aanvullende maatwerkafspraken voor zowel de huisarts als het samenwerkingsverband. Denk hierbij aan resultaatbeloning, innovatieve zorgtrajecten, maar ook aanvullende bekostiging voor de inzet van aanvullende expertise in de huisartsenpraktijk. Ook voor dit segment geldt dat de tarieven vrij zijn en dus afhankelijk zijn van contractuele afspraken tussen aanbieder en verzekeraar. Net als segment 2, biedt dit segment ook ruimte om 'bovengemiddelde' inzet aanvullend te vergoeden richting praktijk of samenwerkingsverband. In dit vrije segment worden momenteel veelvuldig aanvullende afspraken gemaakt met betrekking tot ouderenzorg, al dan niet specifiek toegespitst op de doelgroep 'kwetsbare ouderen in thuissituatie met complexe zorgvraag'. Deze aanvullende afspraken kunnen zowel betrekking hebben op een totaalpakket aan interventies op basis van een zorgprogramma, maar ook deelgebieden beschrijven. Zo worden ook afspraken gemaakt over het aanvullend bekostigen van de inzet van gespecialiseerd personeel zoals een praktijkondersteuner ouderenzorg, of het afzonderlijk bekostigen van specifieke handelingen, zoals het op patiëntniveau uitvoeren van proactieve zorgplanning. De aanvullende afspraken binnen segment 3 zijn hier sterk afhankelijk van de regionale invulling en het inkoopbeleid van de regionaal preferente zorgverzekeraar.

Organisatie en Infrastructuur op regionaal niveau

De bekostiging van regionale ondersteuningsstructuren is veelal moeilijk te vangen in een declaratie aan een individuele patiënt. De kosten die horen bij het opzetten, het in stand houden en doorontwikkelen van de ondersteuningsstructuur, bijvoorbeeld in de uitrol van een zorgprogramma, zijn in veel gevallen niet eenvoudig toe te rekenen aan een individuele patiënt. De 'drager' van de kosten van alle inzet van een zorgaanbieder is echter veelal het directe patiëntcontact in de vorm van een declaratie per consult of verrichting. Hoe meer de ondersteuning een multidisciplinair karakter kent, hoe moeizamer het wordt om de kosten voor regionale ondersteuning en infrastructuur toe te rekenen aan een individuele patiënt.

De kosten voor organisatie en infrastructuur van deze zorggroepen werden in eerste instantie verrekend als onderdeel van de tarieven voor ketenzorg, bijvoorbeeld bij diabetes. In 2018 is de bekostiging van kosten voor organisatie en infrastructuur van de zorggroepen losgekoppeld van deze ketenzorg, en als afzonderlijke declaratietitels vormgegeven in segment 2 van de bekostiging voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Dit zijn de zogeheten 'O&I-declaratietitels', waarbinnen afspraken gemaakt kunnen worden over vergoeding van kosten voor organisatie en infrastructuur op wijk- en regioniveau. Dit zijn lumpsumafspraken, waarbij de vergoeding voor kosten tot stand komt op basis van een begroting. Deze kosten worden omgeslagen over de gehele populatie van de wijk/regio. Dit is mogelijk omdat de koppeling wordt gelegd met de ingeschreven populatie verzekerden van de bij het samenwerkingsverband aangesloten huisartsen. Voor die ingeschreven populatie worden huisartsen al deels vergoed op basis van een inschrijftarief (ongeacht de zorgvraag van een individuele patiënt). Iedereen die ingeschreven is bij een huisarts ontvangt een nota per kwartaal. De vergoeding vanuit

zorgverzekeraars voor de O&I-afspraken verloopt feitelijk als opslag op dit inschrijftarief naar het samenwerkingsverband, ongeacht de individuele zorgvraag van een individuele patiënt.

Specialist ouderengeneeskunde (SO)

De SO kan zowel vanuit de Wlz als de Zvw ingezet en bekostigd worden. Aangezien de handreiking zich richt op thuiswonende ouderen, gaat het hier over een gedeelte van de Wlz cliënten, namelijk cliënten die thuis verblijven en zorg geleverd krijgen middels een volledig pakket thuis (vpt) of een modulair pakket thuis (mp), en een gedeelte van Zvw verzekerde cliënten. De inzet van een SO bij een oudere met een Wlz indicatie en leveringsvorm vpt inclusief behandeling wordt bekostigd middels het integrale zzp tarief. Vanuit dit tarief dient alle benodigde zorg geleverd te worden. Er zijn geen afzonderlijke prestaties voor de functionaliteiten afstemming en coördinatie van zorg conform de handreiking. Voor de vpt's exclusief behandeling kan de inzet van de SO middels losse mpt behandel prestaties per uur worden bekostigd. Er is sprake van gereguleerde maximumtarieven. Hierbij geldt dat de zorgactiviteiten door de SO die noodzakelijk zijn in het kader van de multidomein analyse (stap 3) en de inzet van de SO binnen het multidisciplinaire zorgplan (stap 6), in rekening gebracht kunnen worden via de reguliere prestaties in de bekostiging. Er zijn geen specifieke prestaties voor het signaleren (stap 1) en multidisciplinair overleg (stappen 4 en 5). Indirect patiëntgebonden tijd is verdisconteerd in de tarieven van prestaties voor direct patiëntgebonden tijd. Er zijn dus geen afzonderlijke prestaties voor de functionaliteiten afstemming en coördinatie van zorg conform de handreiking.

De inzet van een SO bij een oudere zonder Wlz indicatie valt onder de Zvw (geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen, gzsp). De SO wordt binnen de Zvw ook bekostigd middels een prestatie per uur. Deze prestatie kan alleen in rekening gebracht worden wanneer er sprake is van direct contact met de patiënt, met uitzondering van gericht overleg met de behandelend arts en de uitvoering van en regie op het (multidisciplinaire) behandelplan. Hierbij geldt dat de zorgactiviteiten door de SO die noodzakelijk zijn in het kader van de multidomein analyse (stap 3) en de inzet van de SO binnen het multidisciplinaire zorgplan (stap 6), in rekening gebracht kunnen worden via de reguliere prestaties in de bekostiging. Contact met andere zorgaanbieders en intercollegiaal/ multidisciplinair overleg (stappen 4 en 5), anders dan gericht overleg met de behandelend arts van de patiënt, kan niet apart in rekening worden gebracht, ook niet als de patiënt hierbij aanwezig is. Deze indirecte patiëntgebonden tijd is verdisconteerd in de tarieven voor directe contacttijd. Er zijn geen afzonderlijke prestaties voor de functionaliteiten afstemming en coördinatie van zorg conform de handreiking.

Wijkverpleging

Vroeg signalering en preventie (stap 1) is onderdeel van wijkverpleging en kan onderdeel zijn van de declarabele tijd. In de gecontracteerde setting is een van de ZN doelgroepen preventie aan kwetsbare ouderen die nog geen zorgvraag hebben. In dat geval is er concreet een betaaltitel voor. In de ongecontracteerde setting zijn signalerende activiteiten declarabel voor het deel, dat onder de indicatiestelling valt. De wijkverpleegkundige komt bij de verzekerde thuis en bepaalt samen met de verzekerde welke zorg er nodig is en wie de zorg moet leveren. Dit heet indicatiestelling.

Het gesprek met de oudere door de wijkverpleegkundige (stap 2) is onderdeel van de indicatiestelling en standaard declarabele tijd.

De multidomein analyse (stap 3) is onderdeel van de indicatiestelling en standaard declarabele tijd.

Het bespreken van de bevindingen in het kernteam door de wijkverpleegkundige (stap 4) kan declarabele tijd zijn, maar hoeft niet. In de wijkverpleging is de tijd besteed aan de directe zorgverlening

declarabele tijd. Een uur directe zorgverlening is de directe contacttijd in uren tussen zorgaanbieder en cliënt in de thuissituatie/werksituatie, de verplaatste directe contacttijd in uren, alsmede de tijd besteed in het kader van indicatiestelling, inclusief het opstellen en aanpassen van het zorgplan en het bijwerken van de voortgangsrapportage.

Opstellen en aanpassen van het zorgplan valt dus onder declarabele tijd. Een belletje met de huisarts is verplaatste directe contacttijd en valt ook onder declarabele tijd. Het MDO is uitgesloten van de directe zorgverlening en niet declarabel.

De bespreking in MDO door de wijkverpleegkundige (stap 5) valt niet onder directe zorgverlening en is geen declarabele tijd.

Het bespreken zorgplan met oudere en familie, uitvoeren en evalueren (pdca-cyclus) (stap 6) door de wijkverpleegkundige is declarabel voor zover het onder de directe zorgverlening valt. Hieronder valt bijvoorbeeld de directe contacttijd in uren tussen zorgaanbieder en cliënt in de thuissituatie/werksituatie. Ook de cliëntgebonden afstemming kan in rekening gebracht worden, die normaliter bij de cliënt thuis plaatsvindt – maar om efficiëntieredenen, in het belang van de cliënt of om te voorkomen dat de wijkverpleegkundige te laat komt bij de volgende cliënt wordt verplaatst naar kantoor of een andere locatie.

Het contact met de mantelzorger valt onder de prestatie voor zover het ondersteuning en instructie betreft rondom zaken die in directe relatie staan met de zorgbehoefte van de patiënt en desgevraagd aan naasten van de patiënt.

Paramedici

Paramedici (in handreiking: fysiotherapeuten, diëtisten en ergotherapeuten) kennen een beperkte aanspraak. Per kalenderjaar kunnen patiënten voor 10 uur aanspraak maken op ergotherapie uit het basispakket en voor 3 uur diëtetiek uit het basispakket. Bij fysiotherapie is de aanspraak op basisverzekerde zorg beperkt tot een limitatieve lijst van aandoeningen, zoals beschreven in artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Voor de aandoeningen die zijn opgenomen in Bijlage 1 van het Bzv geldt aanspraak op basisverzekerde zorg vanaf de 21^e behandeling. Paramedische zorg kent een bekostiging grotendeels op basis van verrichtingen (zittingen) met vrije tarieven. De zorgactiviteiten door paramedici die noodzakelijk zijn in het kader van de multidomein analyse (stap 3) kunnen in rekening worden gebracht via de reguliere prestaties in de bekostiging. Er zijn geen specifieke prestaties voor het signaleren (stap 1) en multidisciplinair overleg (stappen 4 en 5). Paramedische zorg binnen het multidisciplinaire zorgplan (stap 6) kan in rekening worden gebracht via de reguliere prestaties in de regelgeving. Indirect patiëntgebonden tijd wordt geacht verdisconteerd te zijn in de tarieven van prestaties voor direct patiëntgebonden tijd. Er zijn geen afzonderlijke prestaties voor de functionaliteiten afstemming en coördinatie van zorg conform de handreiking.

Apotheek

De openbare apotheekzorg (farmaceutische zorg) kent een bekostiging op basis van verrichtingen met vrije tarieven. Dit betreffen bijvoorbeeld prestaties voor het ter hand stellen van geneesmiddelen, maar ook voor farmaceutische begeleiding rondom ziekenhuisopname en –ontslag. Er is een specifieke prestatie voor medicatiebeoordeling, namelijk 'medicatiebeoordeling bij chronisch geneesmiddelengebruik'. Dit kan een onderdeel zijn van de multidomein analyse in stap 3. Er zijn geen specifieke prestaties voor het signaleren (stap 1) en multidisciplinair overleg (stappen 4 en 5). Farmaceutische zorg binnen het multidisciplinaire zorgplan (stap 6) kan in rekening worden gebracht via

de reguliere prestaties in de regelgeving. Indirect patiëntgebonden tijd wordt geacht verdisconteerd te zijn in de tarieven van prestaties voor direct patiëntgebonden tijd. Er zijn geen afzonderlijke prestaties voor de functionaliteiten afstemming en coördinatie van zorg conform de handreiking.

Tandarts

De mondzorg (in de eerste lijn) kent een beperkte aanspraak. Mondzorg is – met uitzondering van mondzorg <18 jaar en uitneembare prothesen (kunstgebitten) voor boven- en/of onderkaak – niet opgenomen in het basispakket. De mondzorg kent een bekostiging op basis van verrichtingen met maximumtarieven. Er is geen specifieke prestatie voor het signaleren (stap 1). Mondzorg binnen het multidisciplinaire zorgplan (stap 6) kan in rekening worden gebracht via de reguliere prestaties in de regelgeving. Indirect patiëntgebonden tijd wordt geacht verdisconteerd te zijn in de tarieven van prestaties voor direct patiëntgebonden tijd. Er zijn geen afzonderlijke prestaties voor de functionaliteiten afstemming en coördinatie van zorg conform de handreiking.

Huisartsenpost (HAP)

Huisartsenposten kennen een budgetbekostiging. De NZa stelt op basis van een gezamenlijk door de HAP en de representerende zorgverzekeraars ingediende tariefaanvraag een budget voor het jaar t+1 vast. Dit budget is gebaseerd op een vast bedrag per inwoner van het verzorgingsgebied, maar kan verder binnen een bepaalde bandbreedte op maat overeen worden gekomen zodat regionale verschillen tot uiting komen in het budget.

Dit budget wordt vervolgens gefinancierd door declaraties per patiënt per consulten/visites/triage, waarna vervolgens door middel van nacalculatie alsnog het overeengekomen budget ter dekking van de kosten wordt bereikt. De tarieven voor consulten/visites per patiënt verschillen daarmee tussen huisartsenposten, afhankelijk van werkelijke kosten, lokale afspraken en productie. Het triageconsult bedraagt altijd een vast bedrag.

De tarieven per patiënt worden verder niet gedifferentieerd naar zorgzwaarte van de patiënt. De bekostiging van de huisartsenpost kent daarmee geen direct herleidbare differentiatie voor zorg aan kwetsbare ouderen, zoals beschreven in de stappen van de handreiking. De totale kosten die een huisartsenpost maakt voor de gehele bediende populatie en de productie die hiertegenover staat komt tot uiting in het budget en het tarief per verrichting.

Ziekenhuis (inclusief SEH)

De bekostiging van de ziekenhuiszorg verloopt via de diagnosecode-behandelcombinatie (dbc-) systematiek. Een dbc bestaat uit alle activiteiten die nodig zijn om bij een patiënt een bepaalde diagnose te stellen en te behandelen. Diagnose en behandeling vormen samen een prijs die de zorgverlener in rekening brengt. Dit wordt vastgelegd in een administratieve code: de zogenoemde dbc-code. Er zijn ongeveer 4.400 dbc-zorgproducten.

Voor het grootste deel van de medisch-specialistische zorg stelt de NZa alleen de prestaties vast (B-segment). Alleen voor de acute en hoogcomplexe zorg stelt de NZa ook maximumtarieven vast (A-segment). DBC staat voor Diagnose Behandel Combinatie. Het omvat alle stappen die nodig zijn om een aandoening of ziekte te behandelen, van het eerste consult tot en met de laatste controle. Tussen de begin- en de einddatum van een DBC kunnen bijvoorbeeld de volgende activiteiten plaatsvinden: patiëntgerichte activiteiten, polikliniekbezoek(en), operatie, laboratoriumonderzoek of een verblijf op de verpleegafdeling. Een initiële DBC heeft een looptijd van maximaal 90 dagen. Als een behandeling

langer duurt of u onder controle blijft dan moet er aansluitend een nieuwe DBC geopend worden, zo een vervolg DBC loopt maximaal 120 dagen.

Het ziekenhuis krijgt dus een integrale prijs voor een bepaalde tijd zorg (maximaal 120 dagen). Er zit wel een cap op wat de specialist doelmatig aan tijd kan besteden, maar de bekostiging is in principe tijdsafhankelijk. Dat betekent dat er ruimte is in de bekostiging om bij de ene patiënt wat meer tijd te besteden, dan bij de andere. Variatie in tijd, zowel de direct als indirect bestede tijd, levert het ziekenhuis niet meer of minder geld op.

Daarnaast is het via de beleidsregel van de huisartsenzorg mogelijk dat een medisch specialist meekijkt vanuit de tweede lijn. De prestatie zorgvernieuwing meekijkconsult biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over de inzet van aanvullende middelen, van waaruit de huisarts de expertise in kan roepen van een medisch specialist zonder hierbij tot verwijzing te hoeven overgaan. De vergoeding van de inzet van de medisch specialist verloopt in dat geval via onderlinge dienstverlening.

Eerstelijnsverblijf (elv)

Het elv is tijdelijk medisch noodzakelijk verblijf voor mensen die niet in aanmerking komen voor medisch-specialistische zorg, maar ook (nog) niet naar huis kunnen of thuis kunnen blijven. In de kern gaat het om verblijf waarbij:

- er geen noodzaak (meer) is voor medisch-specialistische zorg.
- op korte termijn herstel te verwachten is en de patiënt weer naar huis kan.

Ook in de laatste levensfase is eerstelijnsverblijf mogelijk, bijvoorbeeld als thuis geen terminale zorg gegeven kan worden. Tijdens het elv is een huisarts, een SO of een AVG verantwoordelijk voor de geneeskundige zorg. Het elv wordt bekostigd door middel van integrale prestaties per dag. Onder deze prestaties vallen bijv. ook de kosten voor verblijf, verpleging, verzorging en paramedische zorg tijdens dit verblijf. We onderscheiden drie elv prestaties: voor laag complexe patiënten, hoog complexe patiënten en patiënten met een palliatief-terminale zorgvraag. Vanuit deze prestaties dient alle benodigde zorg geleverd te worden. Er zijn geen afzonderlijke prestaties voor de functionaliteiten afstemming en coördinatie van zorg conform de handreiking.

Geriatrische revalidatiezorg (grz)

Geriatrische revalidatiezorg is bedoeld voor kwetsbare ouderen en valt onder verantwoordelijkheid van een SO. Om voor grz in aanmerking te komen moet er sprake zijn van:

- Kwetsbaarheid;
- Complexe multimorbiditeit;
- Afgenomen leerbaarheid en trainbaarheid.

De bekostiging van grz verloopt via de dbc-systematiek. Hierbij onderscheiden we dbc-zorgproducten voor CVA en overige diagnoses (trauma, overige aandoeningen, amputaties en electieve orthopedie), het aantal opnamedagen en aantal behandeluren bepaalt de zwaarte van een dbc-zorgproduct. De dbc's zijn integrale prestaties en omvatten alle zorg en verblijf die tijdens een grz traject geleverd wordt. Er zijn geen afzonderlijke prestaties voor de functionaliteiten afstemming en coördinatie van zorg conform de handreiking.

Bijlage 4 – Kenmerken bekostigingsvormen

In bijlage 3 keken we naar de mogelijkheden die individuele aanbieders en samenwerkingsverbanden nu hebben om coördinatie en afstemming rond kwetsbare patiënten te bekostigen. De mogelijkheid tot het eenvoudig komen tot maatwerkafspraken is afhankelijk van de vorm van bekostiging per sector. Hieronder gaan we dieper in op de kenmerken van deze bekostigingsvormen. En werken we toe naar de in onze ogen meest passende uniforme oplossing voor deze maatwerkafspraken.

Bekostiging per verrichting

Veel zorgsectoren kennen een bekostigingsvorm die geheel of grotendeels is ingericht op een vergoeding per verrichting of handeling. Bij deze vorm van bekostiging wordt de zorg per afzonderlijke zorgactiviteit per patiënt in rekening gebracht. Ongeacht de tijdsduur van deze zorgactiviteit. Zo is bij de apotheker de terhandstelling van een geneesmiddel of een medicatiebeoordeling de drager van de bekostiging en bij fysiotherapie een afzonderlijke zitting.

De meest voor de hand liggende manier om aanvullende, regionale maatwerkafspraken in te regelen is via een aanvullende opslag. Deze opslag komt bovenop de huidige tarieven van één of meerdere verrichtingen die relevant zijn voor deze doelgroep. Bij sectoren met vrije tarieven is deze ruimte voor maatwerk al mogelijk. Bij sectoren met gereguleerde tarieven per verrichting is deze ruimte er nog niet. Deze aanvullende ruimte moet dan gecreëerd worden.

Het is echter maar zeer de vraag of een opslag wenselijk is in een bekostigingssysteem per verrichting.. De inspanningen van een specifieke aanbieder in het kader van een regionaal zorgprogramma hoeft niet direct gerelateerd te zijn aan de ingezette patiëntgebonden tijd. Door een vergoeding voor een totaalpakket aan werkzaamheden voor coördinatie en afstemming te koppelen aan een individueel patiëntgebonden verrichting, ontstaat een ingewikkelde bekostiging. Dit kan het tot stand komen van zinvolle aanvullende afspraken in uitvoering complex maken en hinderen. Daarbij heeft het ophogen van tarieven voor patiëntgebonden contact de productieprikkel in zich tot meer patiëntgebonden contact. Dit terwijl we zoeken naar een manier om inspanningen te vergoeden buiten direct patiëntgebonden tijd.

Bekostiging per tijdseenheid

Bekostiging per tijdseenheid lijkt op de bekostiging op basis van verrichtingen. Het belangrijkste verschil is dat bij bekostiging per tijdseenheid niet het aantal verrichtingen, maar de tijd bepalend is. Bekostiging vindt plaats op basis van bepaalde tijdseenheden, bijvoorbeeld een uur, week of maand. Het tijdschrijven door zorgaanbieders bepaalt de vergoeding. Wat langer bij de ene patiënt en wat korter bij de andere patiënt leidt daarmee tot twee verschillende vergoedingen. Ook hier geldt veelal het principe dat de direct patiëntgebonden tijd de drager van declaratie is. De indirecte tijd zit versleuteld in de tarieven voor de direct patiëntgebonden tijd. Zo kennen de wijkverpleging, de specialist ouderengeneeskunde en het elv een bekostiging op basis van tijdseenheden. De nadelen van het koppelen van aanvullende vergoeding voor coördinatie en afstemming aan het patiëntgebonden contact zijn hier verder gelijk als beschreven bij de bekostiging per verrichting.

Bekostiging per zorgbundel

Bij bekostiging per zorgbundel per patiënt wordt de zorg aan de hand van een diagnose of andere patiëntkenmerken in rekening gebracht. De bundel is dan een clustering van samenhangende zorgactiviteiten rondom een bepaalde diagnose of behandeling. Dit wordt ook wel trajectbekostiging genoemd. Het gehele behandeltraject wordt in één keer bekostigd met het daarvoor afgesproken tarief. Verschillende sectoren kennen een bekostiging op basis van zorgbundels, zoals bijvoorbeeld ziekenhuizen, geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en een deel van de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (segment 2). In de wijkverpleging is een experiment gestart met een dergelijke bekostiging op basis van cliëntprofielen. Bij een dergelijke bekostigingsvorm is de afstemming en coördinatie al onderdeel van de integrale prestatie. Het ligt voor de hand om aanvullende inspanningen te regelen via een plus op het integrale tarief.

Daar waar in trajectbekostiging niet wordt gedifferentieerd op basis van specifieke patiëntgroepen zoals kwetsbare thuiswonende ouderen, moet ruimte voor aanvullende, regionale maatwerkafspraken over zorg conform de handreiking op een andere wijze worden gerealiseerd. Ruimte voor een opslag op de huidige tarieven voor zorgbundels kent een minder sterke productieprikkel dan bij bekostiging op basis van verrichtingen of tijdseenheden. Dat komt omdat er bij zorgbundels sprake is van een bekostiging voor een cluster van samenhangende zorgactiviteiten in plaats van een bekostiging per individuele zorgactiviteit.

Bekostiging op basis van budget

Bij bekostiging op basis van een budget krijgt een zorgaanbieder een vooraf vastgesteld vast bedrag voor een vooraf omschreven zorgpakket. De bekostiging in segment 1 van de huisartsenzorg is deels gebaseerd op een vast budget per patiënt (het inschrijftarief), met ruimte in segment 3 voor aanvullende afspraken. Met deze bekostigingsvorm kan relatief eenvoudig tot aanvullende afspraken gekomen worden zonder deze toe te rekenen naar een afzonderlijke patiëntgebonden handeling.

Ook huisartsenposten kennen een bekostiging op basis van een budget. De patiënt ontvangt weliswaar een nota per individuele handeling, maar de hoogte van de tarieven voor deze handeling zijn gebaseerd op basis van een lokaal overeengekomen budget ter dekking van de totale kosten. De tarieven per verrichting worden vervolgens afgeleid van het lokaal overeengekomen budget en verschillen daarmee ook lokaal. Binnen dergelijke bekostigingsvormen zijn afspraken over aanvullende inzet in het kader van regionale zorgprogramma's relatief makkelijk te verwezenlijken, zolang de budgettaire ruimte aanwezig is.

Apart bekostigen van zorg, inclusief afstemming en coördinatie, conform handreiking

Ruimte in de bekostiging voor zorg conform de handreiking lijkt in eerste instantie te pleiten voor een aparte bekostiging van zorg aan kwetsbare thuiswonende ouderen, inclusief afstemming en coördinatie. Met het apart zetten moet rekening worden gehouden met het feit dat de huidige tarieven (al dan niet door de NZa gereguleerd) nu al voor een belangrijk deel zorg bevatten die geleverd wordt conform de handreiking.

We zien vier opties voor ons:

- 1 Een integrale prestatie voor het gehele zorgaanbod.
- 2 Afzonderlijke prestaties per sector voor het geheel aan afstemming/coördinatie
- 3 Afzonderlijke prestaties per sector voor "de stap extra" volgend uit de regionale afspraak.
- 4 Uniforme prestatie voor "de stap extra" volgend uit de regionale afspraak.

1. Integrale prestatie (multidisciplinaire bekostiging)

Bij deze bekostigingsmogelijkheid wordt het volledige multidisciplinaire zorgaanbod gevangen in één integrale, multidisciplinaire prestatie voor zorg, inclusief afstemming en coördinatie, conform de handreiking. De bestaande monodisciplinaire tarieven dienen in dat geval te worden geschoond voor de kosten voor zorg aan deze patiëntengroep. Die kosten moeten worden overgeheveld naar een nieuwe, integrale ketenzorgprestatie. Dat maakt een hoofd- en onderaannemerconstructie noodzakelijk. De hoofdaannemer declareert de zorg bij de zorgverzekeraar en onderhandelt over de tarieven en het contract. Via onderlinge dienstverlening vindt verrekening plaats met alle andere betrokken zorgprofessionals, de zogenaamde onderaannemers.

Integrale bekostiging leidt tot gelijkgerichtheid in de bekostiging. Iedereen deelt mee in de integrale vergoeding. Er ontstaat een prikkel om de hele keten optimaal te organiseren, inclusief afstemming en coördinatie, in plaats van de bijdrage van iedere individuele zorgaanbieder. In potentie leidt dat tot betere samenwerking. Een voorwaarde is wel dat het lukt om een multidisciplinaire organisatie neer te zetten om de afstemming en coördinatie goed te regelen. Als de organisatievorm een optelsom blijft van losse monodisciplinaire inspanningen, dan mist de slag om de hele keten doelmatig in te richten en schiet integrale bekostiging zijn doel voorbij.

Voordelen	Nadelen
Herkenbare bekostiging van zorg conform de handreiking en gelijkgerichtheid over de sectoren.	Nog geen eenduidig beeld wie hoofdaannemer is.
Bekostiging sluit aan bij multidisciplinaire karakter van zorg conform handreiking en stimuleert samenwerken. Alle zorgprofessionals profiteren van doelmatigheid in de ketensamenwerking.	Handreiking kent veel vrijheid. Zorg conform handreiking is niet uitgekristalliseerd. Dit bemoeilijkt formulering en tariefonderbouw van zowel een nieuwe prestatie als (het schonen van) huidige prestaties.
	Een integrale prestatie omvat verschillende sectoren en bijbehorende bekostigingsvormen. Iedere overlap kent uitdagingen, zoals de aanspraak, het budgettaire kader zorg en tariefonderbouw.
	Risico op dubbele bekostiging van ketenzorg naast de monodisciplinaire bekostiging.

In principe sluit integrale, samenhangende bekostiging goed aan bij het samenhangende karakter van deze zorg en de gewenste organisatie van zorg rond de patiënt. We denken echter dat deze optie op korte/middellange termijn nog niet te realiseren is. Zowel het aanbod als het stelsel is nu nog sterk monodisciplinair ingericht. We zien deze optie daarom als wenkend toekomstperspectief, maar voor nu een brug te ver als structurele oplossing voor korte/middellange termijn. Ook gelet op de huidige status en implementatie van de handreiking. Als regio's al wel willen werken met integrale bekostiging moet deze optie wel beschikbaar zijn.

2. Afzonderlijke prestaties per sector voor het geheel aan afstemming/coördinatie

Bij deze bekostigingsmogelijkheid wordt afstemming en coördinatie conform de handreiking ondergebracht in een nieuwe, afzonderlijke prestatie. Deze prestaties landen dan binnen de bestaande monodisciplinaire bekostiging van iedere (bij de handreiking betrokken) zorgsector. Hier geldt eveneens dat de bestaande tarieven geschoond moeten worden voor dat deel van de kosten van zorg conform de handreiking dat al onderdeel is van de huidige tariefsopbouw, om dubbele bekostiging te voorkomen. Er is geen hoofd- en onderaannemer constructie noodzakelijk. Iedere zorgprofessional beschikt over de

mogelijkheid om zelf prestaties voor de geleverde zorg in rekening te brengen, ook wat betreft afstemming en coördinatie van zorg. Deze optie draagt echter minder bij aan gelijkgerichtheid, omdat de bekostigingsvormen per sector erg verschillen.

Voordelen	Nadelen
Herkenbare bekostiging voor zorg conform de handreiking.	Handreiking kent veel vrijheid. Zorg conform handreiking is niet uitgekristalliseerd. Dit bemoeilijkt formulering en tariefonderbouwing van zowel een nieuwe prestatie als (het schonen van) huidige prestaties.
Bekostiging is meer dan bij een integrale prestatie in lijn met bestaande bekostigingsvormen, aanspraken en budgettaire kaders zorg.	Minder gelijkgerichtheid over de sectoren heen. Uniforme vormgeving van een nieuwe prestatie voor iedere monodisciplinaire bekostigingsstructuur is niet haalbaar, omdat bekostigingsstructuren in de basis teveel variëren.
Onderlinge afspraken tussen zorgprofessionals kunnen gaan over de inhoud van zorg. Verdeling van gelden is geen onderwerp van discussie.	Afstemming/coördinatie is onderdeel van zorg. Dit komt niet tot uiting door dit in bekostiging te splitsen.
	Niet goed opschaalbaar. Iedere vorm van zorgverlening waarvoor samenwerking/afstemming benodigd is leidt tot afzonderlijke prestatietitel.

Deze optie is technisch lastig uitvoerbaar, gezien de noodzaak om bestaande tarieven te schonen voor het geheel aan geleverde zorg aan deze populatie, ook voor dat deel aan zorg dat niet als ‘aanvullend’ wordt ervaren, maar reeds onderdeel is van het landelijk gemiddeld pakket aan zorglevering. Het monodisciplinair aanbrengen van een onderscheid tussen patientcontact en iedere vorm van afstemming/coördinatie draagt ook niet bij aan de beweging dat deze afstemming/coördinatie juist integraal onderdeel uit zou moeten maken van de te leveren zorg. We zien deze optie daarom niet als voorkeursoptie.

3. Afzonderlijke prestaties per sector voor “de stap extra” volgend uit de regionale afspraak

Bij deze variant blijft de huidige (basis)bekostiging gebaseerd op de landelijk gemiddelde (kosten van) zorg zoals iedere afzonderlijke beroepsgroep deze levert intact. Schonen van deze tarieven voor zorg conform handreiking is niet van toepassing.

Bij deze mogelijkheid accepteren we dat de kosten voor het ‘gemiddeld aanbod’ en het ‘aanbod conform handreiking’ met elkaar verweven zijn. De mate van vergoeding voor ‘aanvullend aanbod conform handreiking’ wordt hierbij overgelaten aan regionale afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het gaat hierbij om ruimte voor aanvullende bekostiging met een vrij tarief. Gezien de eerder genoemde grote variatie in aanbod en inhoud van zorg en zorgprogramma’s aan kwetsbare thuiswonende ouderen, is het vooralsnog niet mogelijk om hiervoor landelijke, uniforme tarieven vast te stellen. Het is wel noodzakelijk dat in de (monodisciplinaire) bekostiging van iedere zorgsector ruimte is om aanvullende vergoedingsafspraken mogelijk te maken, voldoende herkenbaar voor de specifieke doelgroep. En dat deze ruimte vervolgens ook wordt benut. De achterliggende gedachte is hier dat de gemeten landelijk gemiddelde kosten meer en meer in de buurt zullen komen van de werkelijke kosten van het leveren van zorg conform de handreiking, naarmate de handreiking steeds meer de (landelijke) norm wordt.

Voordelen	Nadelen
<p>Huidige (basis)bekostiging blijft gebaseerd op de landelijk gemiddelde (kosten van) zorg zoals iedere afzonderlijke beroepsgroep deze levert. Schonen van deze tarieven voor zorg conform handreiking is niet van toepassing.</p>	<p>Handreiking kent veel vrijheid. Zorg conform handreiking is niet uitgekristalliseerd en grote delen van zorg conform handreiking zijn onderdeel van 'reguliere' zorgverlening, en daarmee ook onderdeel van huidige tariefonderbouwing. Daarom complex inzichtelijk te maken wat al uit het reguliere tarief wordt vergoed en wat aanvullend vergoed kan worden. Regionaal zal discussie ontstaan over de afbakening van "de stap extra".</p>
<p>Stapsgewijze ingroei van huidige situatie naar gewenste situatie. Zorg conform handreiking geleidelijk de (nieuwe) standaard.</p>	<p>Geen landelijke, uniforme betaaltitel zoals door zorgaanbieders gewenst wordt. Afhankelijk van regionale afspraak.</p>
<p>Mogelijkheid tot verbreding van aanpak bij mogelijk andere patiëntgroepen of knelpunten waarvoor aanvullende afstemming nodig is.</p>	<p>Bekostiging sluit minder aan bij het multidisciplinaire karakter van zorg conform handreiking. Nog steeds sectoraal ingestoken. En daarmee het risico dat samenhang in praktijk verloren gaat.</p>
<p>Mogelijkheid om koppeling te maken met resultaatafspraken.</p>	
<p>Labeling mogelijk van de doelgroep waarop aanvullende vergoedingsafspraken betrekking hebben.</p>	
<p>Gewenste (regionale) flexibiliteit blijft aanwezig.</p>	

Deze optie maakt het mogelijk om regionale afspraken te maken met betrekking tot de handreiking en hierin maatwerk toe te passen. Het grootste nadeel bij een dergelijke sectorale aanpak is dat het risico ontstaat dat niet elke aanbieder in gelijke mate gebruik kan maken van aanvullende vergoedingen. Bekostiging sluit nog steeds niet goed aan bij het multidisciplinaire karakter van zorg conform handreiking. De oplossing is nog steeds sectoraal ingestoken. En daarmee bestaat het risico dat samenhang in praktijk verloren gaat.

4. Uniforme prestatie voor "de stap extra" volgend uit de regionale afspraak

Om deze ongelijkheid tussen sectoren te ondervangen zien we een brede betaaltitel die sectoroverstijgend is voor ons. Deze betaaltitel beschrijft dan het geheel aan aanvullende coördinatie en afstemming dat volgt uit de regionale afspraak, door alle zorgaanbieders die zich commiteren aan deze regionale afspraak. Deze betaaltitel is dan op gelijke wijze toegankelijk voor alle beroepsbeoefenaren. Aanbieders moeten in gelijke mate gebruik kunnen maken van deze betaaltitel als regionale afspraken hier aanleiding toe geven.

Voordelen	Nadelen
<p>Bekostiging sluit goed aan bij het multidisciplinaire karakter van zorg conform handreiking. En maakt een sterke koppeling met de regionale afspraken.</p>	<p>Handreiking kent veel vrijheid. Zorg conform handreiking is niet uitgekristalliseerd en grote delen van zorg conform handreiking zijn onderdeel van 'reguliere' zorgverlening, en daarmee ook onderdeel van huidige tariefonderbouwing. Daarom complex inzichtelijk te maken wat al uit het reguliere tarief wordt vergoed en wat aanvullend vergoed kan worden. Regionaal zal discussie ontstaan over de afbakening van "de stap extra".</p>
<p>Stapsgewijze ingroei van huidige situatie naar gewenste situatie. Zorg conform handreiking geleidelijk de (nieuwe) standaard.</p>	<p>Geen landelijke, uniforme betaaltitel zoals door zorgaanbieders gewenst wordt. Afhankelijk van regionale afspraak.</p>

Voordelen	Nadelen
Mogelijkheid tot verbreding van aanpak bij mogelijk andere patiëntgroepen of knelpunten waarvoor aanvullende afstemming nodig is.	Knelpunten in kaders/aanspraken die nu nog sterk sectoraal zijn ingestoken. Deze moeten worden opgelost voordat optie kan werken.
Mogelijkheid om koppeling te maken met resultaatafspraken.	
Labeling mogelijk van de doelgroep waarop aanvullende vergoedingsafspraken betrekking hebben.	
Gewenste (regionale) flexibiliteit blijft aanwezig.	
Mogelijkheid om het geheel aan inzet af te spreken in een lumpsumvergoeding, zonder productieprikkel.	

Deze optie komt volgens ons het meest tegemoet aan de koers die in het IZA is ingezet. Het maakt een sterke koppeling met regionale afspraken. Het biedt daarbij de mogelijkheid om de vergoeding voor alle betrokken sectoren te koppelen aan resultaatafspraken. Het komt tegemoet aan het multidisciplinaire karakter van de zorg rond kwetsbare patiënten.

Bijlage 5 - Samenvatting schriftelijke consultatie

Brede consultatie

In september 2022 hebben wij het conceptadvies schriftelijk breed geconsulteerd bij verschillende branche- en beroepsorganisaties.¹ Hierop hebben wij veel inhoudelijke reacties ontvangen, welke we in deze bijlage kort samenvatten. Op basis van inbreng van de verschillende partijen zien we draagvlak voor de hoofdlijnen van het advies, namelijk het creëren van (aanvullende) ruimte in de bekostiging voor afstemming en coördinatie op individueel aanbiedersniveau en regionaal niveau. De noodzaak voor deze aanvullende mogelijkheden voor het bevorderen van multidisciplinaire samenwerking wordt gevoeld. Ook de insteek van het advies - die breder is dan alleen de groep kwetsbare thuiswonende ouderen - wordt door veel partijen gesteund. We vertrouwen erop de consultatiereacties zorgvuldig en evenwichtig te hebben verwerkt, en hebben het advies waar nodig en mogelijk verder aangescherpt. Daarnaast hebben we - ten opzichte van het conceptadvies - een behoorlijke slag gemaakt op de leesbaarheid van het advies door bijvoorbeeld de opbouw aan te passen en dubbelingen te schrappen. Hieronder gaan we in op een aantal hoofdonderwerpen uit de consultatie en waarop sommige partijen van mening verschillen.

Handreiking (niet) als blauwdruk voor bekostiging

De Handreiking Kwetsbare ouderen thuis beschrijft een ideaalsituatie voor het organiseren van integrale zorg en ondersteuning rond en met kwetsbare thuiswonende ouderen, maar is geen (zorg)standaard. Hoewel het Zorginstituut deze zorg geduid heeft als 'professioneel juiste zorg' en daarmee te verzekeren zorg, heeft de handreiking - zoals het zelf beschrijft - geen verplichtend karakter. Zorgaanbieders hoeven zich daarom niet te conformeren aan de handreiking. Sommige partijen zouden graag wél een handhaafbare standaard willen, terwijl andere partijen hier geen voorstander van zijn. Volgens hen is de handreiking geen blauwdruk en de wijze waarop integrale zorg regionaal vormgegeven dient te worden kan verschillen. De zorg aan deze doelgroep betreft individueel maatwerk en zou niet te vatten zijn in strakke protocollen. In ons advies sturen wij niet op het handhaafbaar maken van de handreiking. Wij positioneren de bekostiging in lijn met de gewenste flexibiliteit en vrijblijvendheid van de handreiking. We sturen wél op multidisciplinaire afstemming en coördinatie op patiënt- en regioniveau, maar willen en kunnen de handreiking als zorginhoudelijke norm niet afdwingen via bekostiging. Het waarborgen van minimumnormen voor de kwaliteit van zorg behoort immers niet tot de doelen van prestatie- en tariefregulering.

Integrale bekostiging

Integrale bekostiging van zorg is geen doel op zich, integraal samenhangende zorg wél. Integrale bekostiging kan hierbij een belangrijk middel zijn. Wij beschrijven integrale bekostiging van zorg als wenkend toekomstperspectief, maar zien (landelijk) integraal bekostigde zorg voor kwetsbare, thuiswonende ouderen op dit moment als brug te ver. Er is namelijk geen uniform, afgebakend zorgpad voor deze zorg. Dat volgt ook uit de marktanalyse van HHM die een grote variëteit aan aanbod en inhoud van zorgprogramma's laat zien. Partijen denken wisselend over integraal bekostigde zorg. Sommigen zien integraal bekostigde zorg ook als toekomstperspectief. Anderen zijn van mening dat er op sommige plekken nu al sprake is van integraal bekostigde (ouderen)zorg. Daarnaast is er een groep

¹ Geconsulteerde partijen: Actiz, InEen, KNGF, KNMP, Laego, LHV, NHG, PFN, SWN, Verenso, V&VN, VNG, ZN, NVD, EN en ZorgthuisNL.

die geen voorstander is van integrale bekostiging van zorg. Wij zijn van mening dat partijen die nu al aan de slag willen met integrale bekostiging van zorg hier niet in belemmerd zouden moeten worden. Het is dan ook belangrijk hier aandacht voor te hebben in de uitwerking van dit advies.

Technische uitwerking

Veel consultatiereacties hadden inhoudelijk betrekking op de technische uitwerking van het door ons voorgestelde bekostigingsadvies. Denk bijvoorbeeld aan het afzonderlijk declarabel maken van tijd specifiek besteed aan een multidisciplinair overleg (MDO): 'uurtje-factuurtje' MDO. Zoals we al in ons conceptadvies schreven, zien wij geen duurzame oplossing in het creëren van een dergelijke MDO-betaaltitel, omdat hiermee een ongewenste productieprikkel geïntroduceerd zou worden. Bovendien is (aanvullende) afstemming en coördinatie meer dan alleen een MDO. Wij zien dan ook meer potentie in een vergoeding gekoppeld aan de algehele inzet van een zorgaanbieder bij alle aanvullende coördinatie op het niveau van de individuele aanbieder (waaronder een eventueel MDO). Deze volgt idealiter uit een regionaal overeengekomen zorgprogramma. Een deel van de partijen kan zich vinden in die lijn, terwijl andere partijen wel pleiten voor het afzonderlijk declarabel maken van alle tijd die besteed wordt aan een MDO.

Een ander onderdeel is de behoefte bij meerdere partijen dat de NZa inzichtelijk maakt wat op dit moment al wordt vergoed via landelijk gemiddelde tarieven en wat dus aanvullend kan worden afgesproken voor (extra) afstemming en coördinatie. Bijvoorbeeld om dubbele bekostiging te voorkomen. De beweging waar we echter naar toe willen is dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars regionaal overeenkomen welke stap extra in afstemming en coördinatie wordt gezet ten opzichte van de huidige inspanning. De stap extra die aanvullend vergoed wordt is daarmee de stap die regionaal gezet moet worden als gevolg van het overeengekomen regioplan. Niet ten opzichte van het landelijk gemiddelde. We zoeken dus naar een methode om tot regionaal maatwerk te komen.

Gelijkgerichtheid

In verschillende consultatiereacties werd gewezen op het belang van congruent (gelijkgericht) handelen door eigenlijk alle partijen om proactieve persoonsgerichte, samenhangende zorg en ondersteuning voor kwetsbare thuiswonende ouderen te realiseren. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om gelijkgerichtheid over domeinen en wetten heen, maar ook om congruentie tussen zorgaanbieders die multidisciplinaire zorg leveren, tussen zorgverzekeraars en tussen verschillende inkoopteams bij individuele zorgverzekeraars. Ook wordt aandacht gevraagd voor samenhang met nu startende of al lopende trajecten die volgen uit IZA en WOZO. Nog niet in al deze trajecten is de concrete koers al helder.

In het advies kijken we buiten bestaande schotten en stellen we een oplossing voor met een sterke koppeling naar regionale samenwerkingsafspraken. Zowel binnen het domein van de zorgverzekeringswet (Zvw), maar ook daarbuiten (o.a. Wlz). Daarmee ligt de voorgestelde route sterk in lijn met wat in het integraal zorgakkoord (IZA) overeen is gekomen. De uitwerking van de voorgestelde koers zal veel vragen van individuele zorgaanbieders en regionale samenwerkingsverbanden, maar vraagt ook om passend gedrag vanuit zorgverzekeraars en andere inkopers van zorg. Ook de overheidspartijen zullen gezamenlijk moeten optrekken om oplossingen die schotten overstijgen (bijvoorbeeld in aanspraken en kaders) mogelijk te maken. Gelijkgerichtheid is hierbij cruciaal. Wij ondersteunen de oproep zoals weergegeven in verschillende consultatiereacties dan ook van harte.

Publicatie van het adviesrapport vormt volgens ons een startpunt van een belangrijk samenwerkingstraject met veel partijen. We beseffen dat we bij de technische uitwerking hiervan veel uitdagingen gaan tegenkomen. Tegelijkertijd vertrouwen erop dat iedereen hierbij hetzelfde doel nastreeft, namelijk: het realiseren van passende zorg voor iedere patiënt.

