

**Uitvoeringstoets**

# **Integrale zorg voor Wlz- cliënten**

Een analyse van de macro-effecten en een voorstel  
voor een bekostigingsmodel voor Wlz-behandeling en  
aanvullende zorgvormen

## Inhoud

<b>1. Inleiding</b>	<b>6</b>
1.1 Advies Zorginstituut	6
1.2 Vraagstelling VWS	7
1.3 Aanpak	7
1.4 Leeswijzer	8
<b>2. Huidige bekostiging behandeling voor Wlz cliënten</b>	<b>9</b>
2.1 Leveringsvormen in de Wlz	9
2.2 Behandeling en aanvullende zorgvormen	9
2.3 Bekostiging per zorgvorm	10
<b>3. Institutionele zorg</b>	<b>14</b>
3.1 Advies Zorginstituut	14
3.2 Mogelijke afbakening institutionele zorg	14
3.3 Afweging en conclusie	16
<b>4. Bekostigingsmodel</b>	<b>18</b>
4.1 Mogelijke bekostigingsmodellen	18
4.2 Afweging en conclusie	18
4.3 Aandachtspunten integrale bekostiging per zorgvorm	21
4.4 Toezicht aspecten	31
<b>5. Financiële impact</b>	<b>34</b>
5.1 Uitgangspunten macro-financiële raming	34
5.2 Uitname Zvw en Wmo	34
5.3 Ophoging Wlz-kader	37
5.4 Duiding van de verschillen	40
5.5 Conclusie	44
<b>6. Consultatie</b>	<b>46</b>
6.1 Vpt en institutionele zorg (zie bijlage 7A)	46
6.2 Kleinschaligheid (bijlage 7A en 7B)	48
6.3 Bekostigingsmodel (bijlage 7B)	48
6.4 Financiële impact (bijlage 7C)	50
<b>7. Invoeringstraject</b>	<b>52</b>
7.1 Invoeringstermijn	52
7.2 Keuzevrijheid	53
7.3 Overgangsregeling zorgaanbieders	54
<b>Bijlage 1. Opdrachtbrief VWS</b>	<b>55</b>
<b>Bijlage 2. Overzicht geraadpleegde partijen</b>	<b>56</b>
<b>Bijlage 3. Gebruikte afkortingen</b>	<b>58</b>
<b>Bijlage 4. Indeling woonvormen</b>	<b>59</b>
<b>Bijlage 5. Overzicht bekostigingsmodellen</b>	<b>60</b>
<b>Bijlage 6. Methoden berekening</b>	<b>67</b>
<b>Bijlage 7. Consultatievragen en reacties</b>	<b>71</b>

## Managementsamenvatting

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft ons gevraagd een uitvoeringstoets uit te brengen over de positionering van geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en mondzorg voor cliënten in de Wet langdurige zorg (Wlz). In deze uitvoeringstoets adviseren we over een bekostigingsmodel en schetsen we de financiële impact van het advies van het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut).

Het advies van het Zorginstituut raakt alle Wlz-cliënten in de verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg, die gekozen hebben voor verblijf in een instelling (zpz) of volledig pakket thuis (vpt). In 2016 waren dit 208.530 cliënten, waarvan 66.400 met een zpz zonder behandeling (31%) en 8.930 (4%) met een vpt. Wij hebben niet de uitvoeringsconsequenties onderzocht van de leveringsvormen modulair pakket thuis en het persoonsgebonden budget.

Het Zorginstituut vindt dat alle Wlz-cliënten in de verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg die in een instelling verblijven, of in een vergelijkbare situatie zitten, dezelfde zorg moeten kunnen krijgen. Als het advies van het Zorginstituut wordt overgenomen, vervalt het huidige onderscheid tussen verblijf met behandeling en verblijf zonder behandeling. Zorgaanbieders die nu verblijf zonder behandeling bieden worden dan ook verantwoordelijk voor geneeskundige zorg, alle paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en mondzorg. De verdergaande integrale zorglevering komt volgens het Zorginstituut de kwaliteit van zorg ten goede.

### *Integraal model prestaties met verblijf*

Het Zorginstituut adviseert om de verantwoordelijkheid voor het organiseren van integrale zorg bij de zorgaanbieder te beleggen. Om zorgaanbieders hiertoe in staat te stellen moeten ze beschikken over de benodigde (financiële) middelen. Een bekostigingsmodel gebaseerd op integrale prestaties in de Wlz faciliteert de zorgaanbieders naar onze mening het beste.

We adviseren om voor het integrale model in de Wlz aan te sluiten bij de huidige prestaties voor zpz met behandeling. Dit betekent dat de prestaties zpz zonder behandeling vervallen. Voor deze cliënten worden ook de prestaties zpz met behandeling gecontracteerd. De zorgaanbieder integraal verantwoordelijk maken en bekostigen met een integrale prestatie betekent niet dat de zorgaanbieder zelf alle zorg hoeft uit te voeren. Dit kan de zorgaanbieder ook organiseren met onderaannemers.

### *Integraal model volledig pakket thuis*

Het Zorginstituut introduceert het begrip 'institutionele zorg' en definieert dit als de leveringsvorm zpz en het 'geclusterde' deel van het vpt. We hebben onderzocht of het advies van het Zorginstituut ook uitvoerbaar is voor het geclusterde deel van het vpt.

Als het advies van het Zorginstituut wordt overgenomen, adviseren we de eisen aan het vpt aan te scherpen. We stellen voor om de prestaties vpt zonder behandeling te laten vervallen en voor de prestaties vpt met behandeling de zpz behandelcomponent te hanteren. Deze aanscherping van het vpt sluit aan bij de oorspronkelijke doelstelling van de Wlz om wonen en zorg te scheiden en verduidelijkt het onderscheid tussen vpt en mpt. Bovendien wordt hiermee een verdere versnippering van leveringsvormen en introductie van nieuwe schotten voorkomen. Tot slot doet het recht aan het oorspronkelijke uitgangspunt van het Zorginstituut, namelijk het opheffen van de bestaande rechtsongelijkheid tussen cliënten.

*Boven-budgettaire bekostiging*

In de huidige bekostiging in de Wlz worden enkele onderdelen buiten de contractteerruimte om, boven-budgettair vergoed. Dit geldt voor de mondzorg, rolstoelen, individueel aangemeten hulpmiddelen en de regeling voor extreme kosten. Dit vinden wij een risico voor de beheersing van de uitgaven.

Vooruitlopend op de besluitvorming over het advies van het Zorginstituut adviseren we om de mondzorg voor alle cliënten met een zzp met behandeling op te nemen in de integrale prestaties. Tevens adviseren we om gezamenlijk met het veld te bezien in hoeverre individueel aangemeten hulpmiddelen kunnen worden ondergebracht in de zzp met behandeling en daarmee in de contractteerruimte. Door het verminderen van de boven-budgettaire onderdelen vergroten we de macrobeheersbaarheid van de uitgaven in de Wlz en introduceren we een prikkel voor doelmatigheid voor de zorgaanbieders en zorgkantoren.

*Invoeringstraject*

Als het advies van het Zorginstituut wordt overgenomen zijn wij van mening dat invoering ineens de meeste duidelijkheid geeft voor alle betrokkenen. Wij adviseren om rekening te houden met een ruime voorbereidingstijd van twee jaar. Partijen geven aan tijd nodig te hebben om de benodigde afspraken tussen aanbieders en behandelaren te maken en bestaande Wlz-cliënten te informeren en mee te nemen in eventuele veranderingen.

We zien het risico dat niet alle partijen in staat zullen zijn om tijdig integrale zorg te organiseren. Bijvoorbeeld omdat er onvoldoende huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde of artsen verstandelijk gehandicapten beschikbaar zijn. We zien ook een toenemende populariteit van kleinschalige voorzieningen en nieuwe woonvormen, vooral in de verpleging en verzorging. Juist voor deze groep vraagt organiseren van integrale zorg een flinke inspanning. De mate waarin deze zorgaanbieders integrale zorg voor hun cliënten kunnen organiseren, zal bepalend zijn voor de leveringsvorm die zij kunnen aanbieden.

Voor de situaties waarin het niet lukt om integrale zorg te organiseren adviseren we om onder strikte voorwaarden vpt en zzp prestaties zonder behandeling beschikbaar te houden. Deze prestaties kunnen dan gecontracteerd worden daar waar de gewenste behandeling tijdelijk niet geleverd kan worden. De niet geleverde zorg wordt dan ook niet vergoed. Een dergelijke situatie is vanuit het oogpunt van de toegankelijkheid van zorg zowel vanuit de Wlz als vanuit het oogpunt van de Zorgverzekeringswet (Zvw) ernstig. Deze situatie kan alleen lokaal, door zorgkantoor en zorgverzekeraar, worden beoordeeld.

Uit de gesprekken met partijen bleek verder dat voor het opzetten van integrale zorg het delen van cliëntendossiers tussen de verschillende behandelaren en de zorgaanbieders in de praktijk nog belemmerend kan werken. Hier ligt zeker nog een uitdaging voor het veld om een goede overgang mogelijk te maken. Ook wordt uit de discussie over samenloop tussen Wlz en Zvw duidelijk dat het uitwisselen van gegevens over de indicatie en leveringsvorm van cliënten tussen zorgaanbieders, behandelaren, zorgkantoren en zorgverzekeraars een noodzakelijke voorwaarde is voor het declaratieproces. De informatievoorziening aan cliënten is van groot belang. Iedere Wlz-cliënt met een zzp of vpt zal geïnformeerd moeten worden over de consequenties van de voorgestelde veranderingen.

*Financiële impact*

Het advies van het Zorginstituut heeft tot gevolg dat middelen worden overgeheveld van de Zvw en Wmo naar de Wlz.

Wij ramen een daling van de Zvw uitgaven van 304,3 miljoen euro. Een groot deel van de daling komt voor rekening van de farmaceutische zorg en hulpmiddelen. Uit onderzoek van Vektis en het Zorginstituut blijkt dat Wlz-cliënten met verblijf met behandeling minder vaak worden doorverwezen naar een ziekenhuis en per

verwijzing ook minder kosten maken. Als we rekening houden met deze potentiële besparing van 63,7 miljoen euro, loopt de daling van Zvw uitgaven op naar 368,0 miljoen euro.

Voor de Wmo ramen wij een daling van de uitgaven van 49,8 miljoen euro. Het grootste deel hiervan komt voor rekening van rolstoelen. Het is ons niet gelukt om een bedrag voor overige mobiliteitshulpmiddelen zoals een scootmobiel en een aangepaste fiets te ramen.

Uitgaande van een integraal bekostigingsmodel in de Wlz, ramen we een ophoging van het Wlz kader van 837,8 miljoen euro. In deze raming is het effect van een eventuele aanzuigende werking als gevolg van de kwaliteitsverbetering niet meegenomen.

Als het advies van het Zorginstituut wordt overgenomen ramen we per saldo macro meer uitgaven van  $837,8 - 368,0 - 49,8 = 420$  miljoen euro. Dit komt neer op circa 16,- euro meer uitgaven per dag per zzp zonder behandeling of vpt. De macro meerkosten worden op hoofdlijnen verklaard door verschillen in aanspraken, sturingsfilosofieën en de aard van de geleverde zorg.

Om er zeker van te zijn dat de langdurige zorg ook in de toekomst doelmatig en betaalbaar blijft, adviseren we u om voorafgaand aan de besluitvorming over het advies van het Zorginstituut meer onderzoek te doen naar de opbouw en achtergrond van de door ons geraamde ophoging van het Wlz-kader. De gegevens uit het Wlz-kostenonderzoek zijn hiervoor niet gedetailleerd genoeg. Enkele aanbieders hebben aangeboden om samen met de NZa in detail naar de kostenstructuur van de Wlz te kijken. Dat kan waardevolle aanvullende inzichten voor de besluitvorming opleveren.

## 1. Inleiding

In een brief vraagt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een uitvoeringstoets aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de positionering van geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en mondzorg voor Wlz-cliënten. Dit heeft zij gedaan naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut), over de positionering van behandeling en aanvullende zorgvormen. Alle cliënten die in een instelling verblijven, of in een vergelijkbare situatie zitten, moeten dezelfde Wlz-zorg kunnen krijgen. Dat is de kern van het advies van het Zorginstituut.

Op 27 september 2017 heeft het Zorginstituut het advies '*Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten*' aangeboden aan VWS. Dat gaat over de positionering van behandeling en de aanvullende zorgvormen in de Wet langdurige zorg (Wlz). Het advies heeft betrekking op cliënten in de verpleging en verzorging (vv) en de gehandicaptenzorg (ghz).

### 1.1 Advies Zorginstituut

Het Zorginstituut wil met zijn advies het historisch gegroeide onderscheid tussen verblijf met behandeling en verblijf zonder behandeling laten verdwijnen. De belangrijkste motivering voor deze verandering is om te waarborgen dat de Wlz-cliënten in een instelling de integrale zorg krijgen waarop ze zijn aangewezen. Vergoeding vanuit één wet geeft volgens hen de beste mogelijkheden om deze kwetsbare groep cliënten de zorg te kunnen bieden die nodig is. Het Zorginstituut heeft dit advies voor zowel de vv, ghz en ggz sector uitgebracht.

In de Wlz zijn cliënten blijvend aangewezen op 24 uur per dag zorg of toezicht. Het gaat om mensen die niet alleen gelaten kunnen worden. In de zorg voor deze cliënten moeten diverse zorgverleners hun activiteiten intensief op elkaar afstemmen. Het Zorginstituut is van mening dat deze integrale zorg het best geleverd kan worden als één zorgaanbieder verantwoordelijk is voor alle zorg, inclusief de aanvullende zorgvormen zoals huisartsenzorg, farmaceutische zorg en mondzorg. Bovendien is er minder risico op verkeerde en dubbele declaraties en wordt de zorgverlening efficiënter.

Het Zorginstituut schrijft in zijn advies dat Wlz-cliënten met gelijke zorgbehoefte op dit moment niet altijd dezelfde zorg en niet altijd de zorg krijgen die nodig is. Dit komt doordat de regelgeving in de zorg onderscheid maakt tussen verblijf met behandeling en zonder behandeling. Bij verblijf in een instelling met behandeling, valt alle zorg onder het Wlz-pakket. Daar wordt aan Wlz-cliënten de integrale zorg geboden die zij nodig hebben. Bij verblijf in een instelling zonder behandeling, biedt de zorgaanbieder alleen verpleging, begeleiding en persoonlijke verzorging. De aanvullende zorgvormen vallen daar buiten. Daarvoor zijn deze cliënten nu aangewezen op de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Als het advies van het Zorginstituut wordt overgenomen, vervalt het huidige onderscheid tussen verblijf met behandeling en verblijf zonder behandeling. Zorgaanbieders die nu verblijf zonder behandeling bieden worden dan ook verantwoordelijk voor behandeling en aanvullende zorgvormen. De verdergaande integrale zorglevering moet de kwaliteit van zorg ten goede komen.

## **1.2 Vraagstelling VWS**

De NZa heeft van VWS in een brief van 10 januari 2018 het verzoek gekregen om in een uitvoeringstoets te adviseren hoe de adviezen van het Zorginstituut uitgevoerd kunnen worden in de bekostiging, voor cliënten in de vv en ghz.

De brief is opgenomen als Bijlage 1 bij dit advies. VWS vraagt in te gaan op de volgende punten:

Adviseer over hoe het advies van het Zorginstituut toegepast kan worden op de leveringsvorm geclusterd volledig pakket thuis (vpt).

Geef inzicht in de macro-budgettaire consequenties van het advies van Zorginstituut.

- inzicht in de omvang van de kosten die (per dekkader) vanuit de Zvw naar de Wlz verschuiven. Maak daarbij onderscheid naar de zorgzwaartepakketten (zsp's);
- inzicht in de omvang van de kosten voor hulpmiddelen die vanuit de Wmo naar de Wlz verschuiven;
- inzicht in de macro-budgettaire kosten van het opheffen van verschillen in verzekerde Wlz-behandeling en behandeling vanuit de Zvw;
- zijn er significante veranderingen in de opbrengsten bij Wlz-aanbieders te verwachten.

Adviseer over mogelijke bekostigingsmodellen voor behandeling in de Wlz. Adviseer ook over de bekostiging van de overige zorgvormen:

- mondzorg;
- individueel aangepaste hulpmiddelen; en
- extreme kosten zorggebonden materiaal en geneesmiddelen. Kijk daarbij naar de prestatiebeschrijvingen en de tariefsoort.

In een aanvullend verzoek van 7 september 2018 vraagt VWS om ook de geestelijke gezondheidszorg (ggz)-cliënten die toegang gaan krijgen tot de Wlz mee te nemen. In overleg met de ggz-sector en VWS zijn deze vragen meegenomen in het traject dat de uitvoeringsconsequenties voor de instroom van de ggz-cliënten in de Wlz per 2021 in kaart brengt. Het onderzoeken van de mogelijkheden voor prestaties en tarieven voor ggz-cliënten, inclusief specifieke en algemene behandeling, is onderdeel van de uitvoeringstoets behandeling 'Toegang tot de Wet langdurige zorg voor mensen met een psychische stoornisinstream ggz' en niet van dit advies.

## **1.3 Aanpak**

Begin 2018 zijn we gestart met het verzoek van VWS om uitvoeringstoets voor de vv- en ghz-sector. Als startmoment hebben we een bijeenkomst georganiseerd, waarbij we alle betrokken partijen hebben uitgenodigd (zie Bijlage 2). Tijdens deze bijeenkomst hebben we aan de hand van drie prikkelende stellingen het gesprek op gang gebracht. Met de opgehaalde informatie hebben we notities opgesteld die we één-op-één met partijen inhoudelijk hebben besproken. Het betreft notities met een verkenning van de afbakening van het door het Zorginstituut geïntroduceerde begrip 'institutionele zorg' en een verkenning van de mogelijke bekostigingsmodellen voor behandeling en aanvullende zorgvormen.

Om beter inzicht te krijgen in de huidige uitvoeringspraktijk en de consequenties van onze ideeën hebben wij werkbezoeken afgelegd bij zorgaanbieders in de vv- en

ghz-sector (zie Bijlage 2). De werkbezoeken en gesprekken met het veld hebben waardevolle input opgeleverd. Daarnaast hebben we gebruik gemaakt van de rapportage over de uitvoeringspraktijk van Wlz-behandeling<sup>1</sup>, van onderzoeksbureau Significant. Met behulp van de opgehaalde input is een consultatiedocument tot stand gekomen. De reacties van partijen op de bestuurlijke consultatie zijn meegewogen en verwerkt in de uitvoeringstoets. Wij willen alle betrokken partijen hartelijke danken voor de medewerking en hun waardevolle inzichten.

## 1.4 Leeswijzer

We beschrijven eerst de huidige bekostiging van behandeling en aanvullende zorgvormen in hoofdstuk 2. We schetsen kort de leveringsvormen en wat wordt verstaan onder behandeling en aanvullende zorgvormen. Ook geven we op hoofdlijnen aan op hoeveel cliënten de veranderingen betrekking hebben. In hoofdstuk 3 gaan we dieper in op het begrip institutionele zorg. In hoofdstuk 4 presenteren we het bekostigingsmodel dat wij voorstaan en gaan we per zorgvorm in op de consequenties daarvan. De financiële impact beschrijven we vervolgens in hoofdstuk 5. Daar brengen we de macro financiële gevolgen van de overheveling in kaart en presenteren het netto resultaat tussen de kaders en relevante verklarende factoren. In hoofdstuk 6 geven we de belangrijkste punten uit de reacties op de bestuurlijke consultatie weer. De consultatievragen en een compleet overzicht van de reacties van partijen is als bijlage bij de uitvoeringstoets opgenomen. Tot slot sluiten we in hoofdstuk 7 af met het invoeringstraject.

In deze uitvoeringstoets houden we rekening met de effecten die onze keuzes hebben op toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Daarbij nemen we de perspectieven van cliënten, zorgaanbieders, behandelaren en zorgkantoren mee in onze overwegingen.

---

<sup>1</sup><https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2018/04/13/onderzoek-uitvoeringspraktijk-wlz-behandeling/onderzoek-uitvoeringspraktijk-wlz-behandeling.pdf>



## 2. Huidige bekostiging behandeling voor Wlz cliënten

De huidige bekostiging van behandeling en aanvullende zorgvormen vormt het vertrekpunt voor dit advies. Eerst beschrijven we welke leveringsvormen in de Wlz beschikbaar zijn, hoe deze verdeeld zijn binnen de twee sectoren en wat wordt verstaan onder behandeling en aanvullende zorgvormen. Vervolgens beschrijven we per zorgvorm hoe deze wordt bekostigd.

### 2.1 Leveringsvormen in de Wlz

Het advies van het Zorginstituut raakt alle Wlz-cliënten die gekozen hebben voor verblijf in een instelling of vpt, omdat het Zorginstituut adviseert om de aanspraken in de Wlz, op paramedische zorg en op hulpmiddelen, te verruimen.

In de Wlz krijgen cliënten zorg in de vorm van verblijf in een instelling (zpz), volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) en het persoonsgebonden budget (pgb). In dit advies gaan we in op de overheveling van zorg bij de leveringsvormen verblijf in een instelling en vpt. In de onderstaande figuur wordt het aantal cliënten uitgesplitst naar leveringsvorm voor de vv- en ghz-sector.

In 2016 kregen 208.530 cliënten langdurige zorg via een zpz of vpt. Daarvan hadden 66.400 cliënten een zpz zonder behandeling (31%) en 8.930 (4%) een vpt. In Figuur 1 staan meer gedetailleerde cijfers.

**Figuur 1: Verdeling leveringsvormen vv en ghz**



### 2.2 Behandeling en aanvullende zorgvormen

Cliënten met een Wlz-indicatie kunnen op dit moment zorg met of zonder behandeling krijgen uit de Wlz. Of een cliënt behandeling ontvangt vanuit de Wlz hangt af van twee beslismomenten: welke leveringsvorm kiest de cliënt en welke

afspraken hebben zorgaanbieder en zorgkantoor gemaakt over de leveringsvormen. De indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) in een Wlz-profiel speelt hierbij geen rol.

Een cliënt die kiest voor zorg met verblijf kan bij een zorgaanbieder gaan wonen die hem op basis van afspraken met het zorgkantoor integrale Wlz-zorg inclusief behandeling biedt. Er zijn ook zorgaanbieders die aan hun cliënten (of aan een deel van deze cliënten) zorg leveren zonder behandeling uit de Wlz. Voor cliënten die geen behandeling uit de Wlz ontvangen, wordt behandeling grotendeels uit de Zvw bekostigd. Cliënten met een zzp zonder behandeling moeten voor een behandeling uit de Zvw het wettelijk eigen risico betalen en mogelijk ook eigen bijdragen voor geneesmiddelen en aanvullende verzekeringspremies voor mondzorg. Hier is dus sprake van rechtsongelijkheid.

Als we kijken naar de behandeling binnen de verschillende leveringsvormen in de Wlz, verstaan we onder behandeling en aanvullende zorg:

- geneeskundige zorg;
- paramedische zorg;
- farmaceutische zorg;
- mondzorg;
- hulpmiddelen;
- behandeling van een psychische stoornis (basis en tweede lijn ggz);
- kleding.<sup>2</sup>

### 2.3 Bekostiging per zorgvorm

In onderstaande tabel is te zien uit welk domein<sup>3</sup> de verschillende zorgvormen worden bekostigd. Voor de huidige doelgroepen in de Wlz maken we onderscheid naar een zzp met of zonder behandeling en vpt.

De huidige bekostiging van behandeling en aanvullende zorg verschilt per leveringsvorm en binnen de zzp, afhankelijk of deze met of zonder behandeling is ingekocht. Voor de zzp met behandeling worden alle zorgvormen uit de Wlz bekostigd. Aangepaste rolstoelen en overige aangemeten hulpmiddelen worden boven-budgettair uit de Wlz bekostigd. Dat geldt ook voor een deel van de mondzorg en voor extreme kosten voor farmaceutische zorg en materiaal (verbruikshulpmiddelen). Voor een zzp zonder behandeling en vpt wordt behandeling uit de Zvw bekostigd. Voor hulpmiddelen geldt dat deze ook nog vanuit de Wlz of Zvw bekostigd kunnen worden of vanuit de Wmo moeten worden geregeld (zie Tabel 1).

---

<sup>2</sup> Kleding is geen zorgvorm en laten we daarom buiten beschouwing in ons advies.

<sup>3</sup> Met bekostiging uit de Wmo wordt bedoeld dat de cliënt via de gemeente moet regelen of aanspraak gemaakt kan worden op de betreffende voorziening. Er geldt daarvoor geen bekostiging uit de Wlz of Zvw.

**Tabel 1: Huidige situatie bekostiging per zorgvorm**

Zorgvormen	Huidige Wlz-cliënten vv, ghz		
	zpz met behandeling	zpz zonder behandeling	vpt
1. Geneeskundige zorg	Wlz	Zvw	Zvw
2. Paramedische zorg	Wlz	Zvw	Zvw
3. Farmaceutische zorg	Wlz	Zvw	Zvw
4. Mondzorg	Wlz	Zvw (av/eb*)	Zvw (av/eb*)
5. Hulpmiddelen			
- Roerende voorzieningen	Wlz	Wlz	Wmo
- Individueel gebruik rolstoel	Wlz	Wmo	Wmo
- Overige mobiliteits-hulpmiddelen	Wmo	Wmo	Wmo
- Verbruiksmiddelen	Wlz	Zvw	Zvw
- Aangemeten hulpmiddelen	Wlz	Zvw	Zvw
- Woningaanpassingen	n.v.t.	n.v.t.	Wmo
- Eenvoudige mobiliteits-hulpmiddelen	eb	eb	eb
6. Tweedelijns ggz	Wlz/Zvw	Zvw	Zvw
7. Wlz-mpt	n.v.t.	n.v.t.	Wlz

\* De afkorting AV in de tabel staat voor aanvullende verzekering. EB betekent eigen betaling.

#### Geneeskundige zorg

De generalistische geneeskundige zorg die huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde (so) en artsen verstandelijk gehandicapten (avg) bieden is voor een zpz met behandeling een integraal onderdeel van de prestatie. Voor een zpz zonder behandeling en voor cliënten die gekozen hebben voor het vpt wordt de zorg door huisartsen bekostigd vanuit de Zvw.

Vanuit de Wlz bestaat recht op zorg door de so en avg. Dit wordt bij een zpz en een vpt zonder behandeling (beperkt) bekostigd uit de Wlz. Voor een zpz zonder behandeling en vpt kunnen mpt-behandelingsprestaties worden gestapeld bovenop het integrale tarief van de zpz zonder behandeling. Bijvoorbeeld de inzet van de so of een avg. Bij een zpz met behandeling kunnen geen mpt-behandelingsprestaties gestapeld worden.

#### Paramedische zorg

De specifieke paramedische zorg waaronder fysiotherapie, ergotherapie, dieetadviesing en logopedie, maakt in alle gevallen onderdeel uit van de prestatie. De overige (niet specifieke) paramedische zorg wordt bekostigd uit de Zvw. Dit geldt dus zowel voor een zpz met als zonder behandeling en voor cliënten die gekozen hebben voor het vpt.

Het Zorginstituut adviseert om *alle* paramedische zorg te verzekeren als onderdeel van het integrale pakket vanuit de Wlz.

### *Farmaceutische zorg*

De farmaceutische zorg omvat apotheekzorg, geneesmiddelen, dieetpreparaten en zelfzorgmiddelen. Voor een zzp met behandeling is farmaceutische zorg integraal onderdeel van de prestatie. Als de kosten voor geneesmiddelen voor een individuele cliënt boven € 700, - per vier weken uitkomen, wordt 90% van die kosten boven-budgettair vergoed.<sup>4</sup> Voor een zzp zonder behandeling en voor cliënten die hebben gekozen voor een vpt, wordt deze zorg bekostigd vanuit de Zvw. Voor bepaalde geneesmiddelen kan in de Zvw een eigen bijdrage gelden en zal rekening moeten worden gehouden met het preferentiebeleid van zorgverzekeraars voor geneesmiddelen. Deze cliënten moeten de zelfzorgmiddelen zelf betalen, net als alle andere Zvw-verzekerden.

### *Mondzorg*

Mondzorg voor een zzp met behandeling is voor wat betreft de praktijkruimte en het verbruiksmateriaal integraal onderdeel van de prestatie. Het honorarium van de tandarts, de techniekkosten en de kosten van behandelingen onder narcose worden via afzonderlijke prestaties boven-budgettair bekostigd, waarbij het tarief voor het honorarium van de tandarts gemaximeerd is. Voor een zzp zonder behandeling en voor cliënten die gekozen hebben voor het vpt wordt deze zorg grotendeels bekostigd vanuit de Zvw-aanspraak op bijzondere tandheelkunde, de basisverzekering voor cliënten tot en met 17 jaar, via de aanvullende verzekering of via eigen betaling. Mondverzorging zoals hulp bij het tanden poetsen of het geven van poetsinstructie is in alle gevallen integraal onderdeel van de zzp-prestatie.

### *Hulpmiddelen*

Het Zorginstituut en VWS bepalen de aanspraak op hulpmiddelen. De hier gehanteerde indeling is gebaseerd op informatie van het Zorginstituut. De hulpmiddelen die vallen onder de categorie roerende voorzieningen en verbruiksmiddelen zijn integraal onderdeel van de prestatie zzp met behandeling. Indien de kosten voor zorggebonden materiaal, waaronder verbruikshulpmiddelen, boven € 700, - per vier weken uitkomen, wordt 90% van die kosten boven-budgettair vergoed.<sup>5</sup> De NZa reguleert geen tarieven en prestaties voor hulpmiddelen zoals de rolstoel voor individueel gebruik en hulpmiddelen die zijn aangemeten (orthese, orthopedische schoenen, etc.). Deze hulpmiddelen vallen ook niet onder de contracteerruimte, maar worden boven-budgettair bekostigd op grond van de Wlz. Overige mobiliteitshulpmiddelen (zoals een loopfiets of scootmobiel) voor cliënten met een zzp met behandeling zijn voor eigen rekening of komen vanuit de Wmo.

Voor een zzp zonder behandeling geldt dat roerende voorzieningen zoals hoog-/laag-bed of een toiletstoel op grond van de Wlz moeten worden vergoed. Alle mobiliteitshulpmiddelen, inclusief de individuele rolstoel, moeten cliënten met een zzp zonder behandeling zelf betalen of komen vanuit de Wmo. De verbruikshulpmiddelen en aangemeten hulpmiddelen komen voor deze cliënten ten laste van de Zvw.

Voor cliënten die gekozen hebben voor het vpt geldt dat de meeste hulpmiddelen een voorziening zijn vanuit de Wmo. Uitzonderingen hierop zijn de verbruikshulpmiddelen en de aangemeten hulpmiddelen. Deze worden voor deze cliënten vanuit de Zvw bekostigd.

Eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen zoals een rollator of looprek moet de cliënt in alle gevallen zelf betalen.

---

<sup>4</sup> Beleidsregel overige kosten Wlz 2018, kenmerk BR/REG-18139a.

<sup>5</sup> Beleidsregel overige kosten Wlz 2018, kenmerk BR/REG-18139a.

*Tweedelijns ggz*

De zorg voor cliënten in de vv en ghz met psychische stoornissen die behandeld kunnen worden binnen de basis ggz is in een zzp met behandeling integraal onderdeel van de prestatie. Dit geldt ook voor de gespecialiseerde ggz, met uitzondering van een overplaatsing vanuit een Wlz-instelling naar een kliniek voor specialistische geestelijke gezondheid. Vanaf dat moment valt de specialistische ggz zorg, vergelijkbaar met medisch-specialistische zorg, binnen de aanspraak en bekostiging van de Zvw. Voor een zzp zonder behandeling en voor cliënten die gekozen hebben voor het vpt wordt deze zorg bekostigd vanuit de Zvw.

### 3. Institutionele zorg

Het Zorginstituut adviseert om bij institutionele zorg alle behandeling en aanvullende zorg ten laste van de Wlz te laten komen. Zoals ook in paragraaf 2.2 beschreven, verstaan we onder behandeling: de geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg, mondzorg en hulpmiddelen. Onder institutionele zorg verstaat het Zorginstituut de zorg geleverd met een zzp of geclusterd vpt. De overige leveringsvormen bij de cliënt thuis - niet geclusterd vpt, mpt en pgb - vallen buiten de reikwijdte van het advies van het Zorginstituut en dus ook buiten het advies van de NZa. In dit hoofdstuk gaan we in op de begrippen institutionele zorg en geclusterd vpt om de reikwijdte van het advies verder af te bakenen.

Het begrip geclusterd vpt is niet gedefinieerd in wet- en regelgeving. VWS heeft ons gevraagd hoe het advies van het Zorginstituut toegepast kan worden op de leveringsvorm geclusterd vpt. Om deze vraag te kunnen beantwoorden moet duidelijk zijn wat geclusterd vpt inhoudt.

#### 3.1 Advies Zorginstituut

Het Zorginstituut schrijft in zijn advies dat de leveringsvorm vpt is ontstaan als gevolg van het scheiden van wonen en zorg: de zorg onderscheidt zich feitelijk niet van de zorg geleverd in een klassieke verblijfssituatie binnen een instelling. Het verschil is dat cliënten deze zorg ontvangen in een appartement (of woning) dat zij zelf bezitten of huren. Het Zorginstituut onderscheidt hierbij geclusterd en niet-geclusterd vpt. In het eerste geval gaat het om een cluster van dergelijke zorgappartementen, terwijl in het tweede geval sprake is van individuele appartementen zonder andere zorgwoningen in de directe nabijheid. De scheidslijn tussen deze twee vormen wordt echter niet beschreven. Daarnaast schrijft het Zorginstituut dat zorg aan Wlz-cliënten bouwkundige voorzieningen vereist en de aanwezigheid van allerlei hulpmiddelen. Te denken valt aan een aangepaste badkamer, railtransportsystemen, tilliften, snoezelkamers en dergelijke. Het Zorginstituut geeft aan dat deze zorg en voorzieningen niet alleen in een instelling met verblijf geboden hoeven te worden: er zijn ook goede voorbeelden van integrale zorg in een geclusterd vpt of kleinschalige (gedecentraliseerde) woonvormen.

Het Zorginstituut schaarde in zijn advies de zorg met verblijf en het geclusterd vpt samen onder het begrip institutionele zorg. Hiermee is geclusterd vpt dus institutionele zorg waarbij de cliënt zelf zijn/haar woning betaalt. Doordat nog niet duidelijk is gemaakt wanneer sprake is van een cluster (en dus geclusterd vpt), is deze afbakening in de praktijk dus niet goed werkbaar.

#### 3.2 Mogelijke afbakening institutionele zorg

Tussen de uitersten van het zelfstandig thuis wonen met individuele zorg en de (grootschalige) klassieke instellingszorg, zoals de traditionele verpleeghuizen, zien we momenteel een ontwikkeling naar steeds meer (kleinschalige) woonvormen met zorg. Niet alleen het aantal woonvormen neemt toe, maar ook de variatie in woonvormen. Het ontstaan van deze nieuwe woonvormen is een goede zaak: de keuzevrijheid van cliënten neemt toe, oudere cliënten kunnen eenzaamheid tegengaan en de zorg die bijvoorbeeld aan ouderen wordt geleverd is vaak doelmatiger dan bij ouderen die zelfstandig thuis blijven wonen. De vraag is hoe deze nieuwe woonvormen worden bestempeld: als 'thuis' of als instelling? En waar ligt de grens? Zonder duidelijke definitie kunnen deze initiatieven de ene keer als thuis gezien worden en de andere keer als institutionele zorg. Dit komt de

rechtszekerheid van cliënten niet ten goede. Gelijke situaties moeten gelijk behandeld worden. Ook schept een definitie duidelijkheid voor zorgaanbieders ten aanzien van de eisen waaraan zij moeten voldoen. Daarnaast moet voor het zorgkantoor duidelijk zijn wie het aanspreekpunt is in bepaalde situaties.

Ook voor cliënten is een duidelijke definitie een absolute noodzaak. Indien een cliënt vpt afneemt en de woonsituatie straks wordt beoordeeld als geclusterd, verandert mogelijk de wijze waarop behandeling en de aanvullende zorgvormen worden georganiseerd en bekostigd. De impact daarvan is afhankelijk van de huidige wijze waarop die zorg wordt aangeboden. Cliënten die voor het eerst in zorg komen, moeten een afweging kunnen maken over hun woonsituatie. De cliënt zal, beter dan in de huidige situatie, moeten worden geïnformeerd over de consequenties als hij kiest voor een woonvorm waarin hij zelf de woonomgeving betaalt. De cliënt moet ook nadenken of hij kiest voor een woonvoorziening gericht op het (integraal) leveren van zorg. Dit bepaalt namelijk of de cliënt alle zorg vanuit de Wlz ontvangt of aanvullende zorgvormen vanuit de Zvw en eventueel de Wmo moet regelen.

#### *Aanscherpen onderscheid vpt en mpt*

De eerste optie voor een goede afbakening van het begrip institutionele zorg kwam naar voren uit overleg met partijen. Voor deze oplossing is het niet noodzakelijk het begrip geclusterd vpt verder te definiëren. Dit wijkt dus feitelijk af van de vraag van VWS aan de NZa om te adviseren hoe het advies van het Zorginstituut toegepast kan worden op de leveringsvorm geclusterd vpt. Toch hebben wij deze oplossing verkend, omdat dit het nadeel van een extra leveringsvorm wegneemt (splitsing van vpt in geclusterd en niet-geclusterd vpt), terwijl we toch recht doen aan de doelstelling van het Zorginstituut.

De kern van deze oplossing is het duidelijker maken van het onderscheid tussen mpt en vpt prestaties. Bij mpt (en pgb) is geen sprake van integrale zorg, voor de losse vormen van zorg kunnen verschillende zorgaanbieders worden ingeschakeld. Daartegenover staat dat bij vpt en zvp de zorg integraal door één zorgaanbieder wordt geleverd. De zorg omvat in dat geval het volledige pakket, inclusief behandeling, zoals in het advies van het Zorginstituut is beschreven voor institutionele zorg. De leveringsvorm vpt exclusief behandeling vervalt hiermee dus volledig. Dan is onderscheid tussen geclusterd en niet-geclusterd vpt niet meer noodzakelijk.

Deze aanscherping van het vpt sluit aan bij de oorspronkelijke doelstelling van de Wlz om wonen en zorg te scheiden en verduidelijkt het onderscheid tussen vpt en mpt. Bovendien wordt hiermee een verdere versnippering van leveringsvormen en introductie van nieuwe schotten voorkomen (geclusterd versus niet-geclusterd vpt). Tot slot doet het recht aan het oorspronkelijke uitgangspunt van het Zorginstituut, namelijk het opheffen van de bestaande rechtsongelijkheid tussen cliënten.

De NZa ziet dit als een goed alternatief voor de afbakening van institutionele zorg via geclusterd vpt. Hiermee vermijden we dat de leefsituatie bepalend is voor de keuze voor een bepaalde leveringsvorm, maar wordt juist de integrale en interdisciplinaire zorg voorop gesteld. Voor kleinschalige woonvoorzieningen zal de mate waarin zij deze integrale zorg voor hun cliënten kunnen organiseren, bepalend zijn voor de leveringsvorm die zij kunnen aanbieden.

In de praktijk zou dit voor thuiswonende cliënten betekenen dat:

- Een cliënt die in zijn eigen woning woont maar een zorgaanbieder bereid heeft gevonden om alle zorg volledig integraal in deze woning aan te bieden, deze zorg via vpt bekostigd kan krijgen.
- Een cliënt die in zijn eigen woning woont maar geen zorgaanbieder heeft gekozen die de volledige integrale zorg bij hem thuis levert, in dat geval de zorg niet via een vpt kan afnemen. De cliënt heeft de keus om de zorg bij één of meer zorgaanbieders af te nemen via een mpt of pgb.

Dit schept helderheid voor de cliënt. Het sluit aan bij de praktijk en visie van aanbieders. En het biedt zorgkantoren een goed kader om met zorgaanbieders in gesprek te gaan over de inhoud van de zorg voor een specifieke cliënt. De NZa is geen voorstander van de introductie van nieuwe leveringsvormen, omdat hiermee de complexiteit van de bekostiging onnodig wordt vergroot. Wij vinden dan ook dat door de leveringsvorm vpt aan te scherpen aan de doelstelling van het pakketadvies wordt voldaan. De invoering van een nieuw 'geclusterd vpt' is dan niet nodig.

#### *Afbakening geclusterd vpt*

Een tweede optie is om wel gebruik te maken van het begrip geclusterd vpt voor de afbakening van institutionele zorg. Voor deze optie maken we gebruik van twee bestaande omschrijvingen van geclusterde woonvormen en institutionele zorg:

- Een omschrijving afgeleid van een onderzoek dat het onafhankelijk adviesbureau Hoeksma, Homans & Menting (HHM) heeft uitgevoerd voor het advies van het Zorginstituut.
- Een verkenning uit de 'Rapportage uitkomsten verkenning hoe we rekening kunnen houden met toenemende variatie in wonen en zorg' van VWS (27 februari 2018).

Voor een werkbare afbakening van institutionele zorg en geclusterd vpt moeten zorgkantoor en zorgaanbieder redelijk objectieve instrumenten hebben om zonder veel discussie te kunnen bepalen of sprake is van institutioneel of thuis. Uit de hierboven weergegeven stukken concluderen wij dat de mate waarin de instelling de regie heeft over de combinatie van wonen, zorg en leven een handvat biedt om tot een objectief onderscheid te komen (zie Bijlage 4). Kenmerkend voor institutionele zorg is dat de instelling de totale regie heeft over deze combinatie en dat dus ook de woning, of de cliënt die nu zelf huurt of niet, een integraal onderdeel uitmaakt van het zorgaanbod van de aanbieder. Als dit het geval is, dan is de woning dus ook niet beschikbaar voor willekeurige bewoners op de particuliere koop- of huurmarkt. Bij zorg thuis heeft de cliënt de volledige regie over de woning. Deze woning komt na beëindiging van zorg aan de cliënt weer beschikbaar op de reguliere huur- of koopmarkt.

Als sprake is van institutionele zorg, dan zijn er twee mogelijkheden: de zorg met verblijf waarbij de zorgaanbieder ook de woning bekostigt of een geclusterd vpt waarbij de cliënt zelf de woning bekostigt. De definitie voor geclusterd vpt luidt dan:

*Een institutionele woonvorm waarbij één zorgaanbieder primair verantwoordelijk is voor het geheel van wonen, zorg en leven. De benodigde zorg wordt integraal geleverd in de vorm van een vpt, maar daarbij is de cliënt zelf verantwoordelijk voor de bekostiging van de woonruimte.*

Op basis van deze uitgangspunten denken wij dat objectief kan worden vastgesteld voor welke voorzieningen het advies van het Zorginstituut van toepassing is.

### **3.3 Afweging en conclusie**

Wij zien een belangrijk nadeel in de uitvoering wanneer het geclusterd vpt wordt geïntroduceerd (optie 2). Er is een extra leveringsvorm nodig om het bestaande vpt te splitsen in een geclusterd en niet-geclusterd vpt. Dit maakt de bekostiging in de Wlz complexer, dat vinden we ongewenst. Veel van de geconsulteerde partijen beamen dit (zie hoofdstuk 6). Ook blijkt uit de gesprekken en de consultatie dat het moeilijk is consensus te vinden over de exacte scheidslijn tussen institutionele zorg en zorg thuis. Er bestaat angst dat gelijke gevallen verschillend beoordeeld gaan worden. Enkele partijen noemen de gecreëerde scheiding in deze optie kunstmatig



en niet eenduidig. Onduidelijk is bijvoorbeeld hoe nieuwe toekomstige en innovatieve wooninitiatieven in het schema van Bijlage 4 passen.

Ten aanzien van de eerste optie noemen de geconsulteerde partijen ook een aantal nadelen. Zo kan de aanbieder van kleinschalige woonvormen nog altijd zelf bepalen hoe zij deze zorg inricht en of zij integrale zorg levert. Gevolg kan zijn dat de ene geclusterde woonvorm wel integrale zorg levert, terwijl een andere vergelijkbare woonvorm dat niet doet. Dit leidt tot onduidelijkheid voor cliënten.

Verder bestaat het risico dat cliënten die bang zijn binnen een vpt de regie over de zorg uit handen te geven daarom over zullen stappen op een mpt of pgb. Ook zullen veel kleinschalige woonvoorzieningen het niet voor elkaar krijgen om de volledige integrale zorg (doelmatig) geregeld te krijgen. Vooral de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de geneeskundige zorg vormt voor veel kleinschalige voorzieningen een knelpunt. Veel partijen uiten daarom ook de angst dat de markt voor kleinschalige en vernieuwende initiatieven in de knel komt of zelfs onmogelijk wordt gemaakt.

De NZa adviseert om optie 1 te gebruiken bij de afbakening van institutionele zorg. Belangrijkste afweging voor dit advies is dat we met deze optie vermijden dat de leefsituatie of de woonvorm bepalend is voor de keuze voor een bepaalde leveringsvorm en dat juist de integrale en interdisciplinaire zorg voorop wordt gesteld.

Wel adviseert de NZa om de risico's en consequenties van deze afbakening voor mpt en pgb nader te onderzoeken. Eén van deze risico's is de verschuiving van levering via vpt naar mpt of pgb. De zorglevering (alleen) via mpt of pgb is namelijk vanuit het standpunt van het zorginstituut niet geschikt voor cliënten die in een institutionele setting verblijven. Wlz-cliënten in een institutionele setting hebben immers, zo adviseert het Zorginstituut, integrale zorg nodig. De NZa is daarom van mening dat zorgkantoren in de contractering zullen moeten waken voor het risico dat aanbieders als gevolg van de keuze voor optie 1 van een vpt naar een mpt overschakelen. De uitvoeringsconsequenties op de leveringsvorm mpt of pgb zijn echter niet onderzocht, omdat de reikwijdte van het advies alleen toe ziet op de leveringsvormen zzp en vpt.

We zien verder het risico dat niet alle partijen in staat zullen zijn om tijdig integrale zorg te organiseren. Bijvoorbeeld omdat er onvoldoende huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde of artsen verstandelijk gehandicapten beschikbaar zijn. We zien ook een toenemende populariteit van kleinschalige voorzieningen en nieuwe woonvormen, vooral in de verpleging en verzorging. Juist voor deze groep vraagt organiseren van integrale zorg een flinke inspanning. De mate waarin zij deze integrale zorg voor hun cliënten kunnen organiseren, kan dan bepalend zijn voor de leveringsvorm die zij kunnen aanbieden.

De NZa adviseert daarom om voor die situaties waarin het niet lukt om integrale zorg te organiseren onder strikte voorwaarden vpt prestaties zonder behandeling beschikbaar te houden. Deze prestaties kunnen dan gecontracteerd worden daar waar de gewenste behandeling tijdelijk niet geleverd kan worden. De niet geleverde zorg wordt dan ook niet vergoed. Een dergelijke situatie is vanuit het oogpunt van de toegankelijkheid van zorg zowel vanuit de Wlz als vanuit het oogpunt van de Zvw ernstig. Deze situatie kan alleen lokaal, door zorgkantoor en zorgverzekeraar, worden beoordeeld. We raden het af om de leveringsvorm vpt zonder behandeling als prestatie onder de mpt beleidsregel op te nemen. Wij adviseren om de nadruk te leggen op kwalitatief goede zorg en de route van vpt naar mpt/pgb niet te stimuleren, maar op verantwoorde wijze af te bouwen. Daarnaast is in de huidige vpt-prestatie bijvoorbeeld ook het eten opgenomen. Dit mag niet worden vergoed op grond van de Wlz indien de cliënt voor de leveringsvorm mpt heeft gekozen.

## 4. Bekostigingsmodel

In dit hoofdstuk beschrijven wij onze keuze voor het bekostigingsmodel voor behandeling en aanvullende zorgvormen.

### 4.1 Mogelijke bekostigingsmodellen

Voor integrale bekostiging hebben we vier bekostigingsmodellen uitgewerkt en besproken met partijen. Het eerste model komt overeen met de bekostiging die we nu kennen in de Wlz (zzp met behandeling). Daarnaast stelden we drie alternatieven voor, die een steeds verdere afzwakking zijn van de integrale bekostiging. De modellen:

1. De zorgaanbieder is integraal verantwoordelijk voor het leveren van zorg en bekostigt de zorg met een integraal tarief. Zorgaanbieders leveren de zorg zelf of regelen dit via onderlinge dienstverlening. De zorgaanbieder maakt dan afspraken met behandelaren, de behandelaren worden vanuit het integrale tarief worden bekostigd.
2. Het eerste alternatief (model 2) komt erg overeen met de bekostiging zoals geschetst in model 1. Het enige verschil is dat de afspraken die de zorgaanbieder met onderaannemers maakt (geheel of op deelgebieden) gereguleerd worden.
3. In model 3 is de zorgaanbieder nog steeds geheel eindverantwoordelijk voor alle te leveren behandeling. Maar hij declareert de behandeling op basis van zzp's zonder behandeling met daarnaast losse, door de NZa gereguleerde prestaties voor de verschillende zorgvormen waar behandeling uit bestaat.
4. In model 4 is de zorgaanbieder nog steeds geheel eindverantwoordelijk voor alle te leveren behandeling. Dit vergt eveneens afspraken met behandelaren, de bekostiging van de aanvullende zorgvormen gaat echter buiten de zorgaanbieder om. De zorgaanbieder maakt ook geen financiële afspraken over behandeling met het zorgkantoor, dat doen de behandelaren. De behandelaren declareren vervolgens op basis van losse prestaties rechtstreeks aan het zorgkantoor waarmee een overeenkomst is gesloten.

In Bijlage 5 beschrijven we de voor- en nadelen van elk van de modellen.

### 4.2 Afweging en conclusie

Ons uitgangspunt is het advies van het Zorginstituut. Het Zorginstituut legt de verantwoordelijkheid voor het organiseren van integrale zorg bij de zorgaanbieder. Om zorgaanbieders hiertoe in staat te stellen moeten ze beschikken over de benodigde (financiële) middelen. Een bekostigingsmodel gebaseerd op integrale prestaties faciliteert de zorgaanbieders naar onze mening het beste. Daarmee kan de aanbieder invulling geven aan zijn verantwoordelijkheid om integrale zorg te bieden. Bovendien krijgt het merendeel van de cliënten met een zzp of vpt in de sectoren vv en ghz al integrale behandeling bekostigd vanuit de Wlz. Het ligt daarom voor de hand om voor de cliënten die nog geen behandeling uit de Wlz krijgen, aan te sluiten bij de bestaande prestaties met behandeling. Uit de consultatie komt een breed draagvlak voor het integrale model naar voren. We gaan verder in op bekostigingsmodel 1 en werken dat uit met het oog op dit advies.

Macrobeheersbaarheid is een belangrijke overweging bij onze keuze voor een integraal model. Op dit moment wordt de over te hevelen behandeling voor een groot deel geleverd in de eerste lijn in de Zvw. In de Zvw lopen zorgverzekeraars risico op de uitgaven. De prestaties in de eerste lijn worden veelal bekostigd per

activiteit of handeling. Eventuele overschrijding van het budgettaire macrokader kan met een macrobeheersinstrument achteraf worden teruggehaald.

In de Wlz wordt een 'milder' macrobeheersinstrument toegepast dan in de Zvw terwijl:

- a. Zorgkantoren (of juridisch: Wlz-uitvoerders) geen risico lopen op hun uitgaven én
- b. de effectiviteit en doelmatigheid van de geleverde Wlz-behandeling, vervat in een zzp, door een zorgaanbieder vaak niet is getoetst. De eis dat de zorg moet voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk' is pas per 1 januari 2012 in de AWBZ – nu Wlz - geïntroduceerd.

De Wlz heeft weliswaar het instrument van de contracteerruimte met het vereffenbedrag, maar deze instrumenten bieden geen garantie dat een eventuele overschrijding van de contracteerruimte wordt teruggehaald. Het vereffenbedrag kan door het zorgkantoor bij een zorgaanbieder in rekening worden gebracht, maar dit is geen verplichting. De omstandigheden, een risicoloze inkoop van zorg waarvan de effectiviteit of doelmatigheid vaak niet is getoetst, vragen eerder om een steviger macrobeheersinstrument. Een rechtvaardiging voor de mildheid van het instrument zou de kwetsbaarheid van de Wlz doelgroep kunnen zijn.

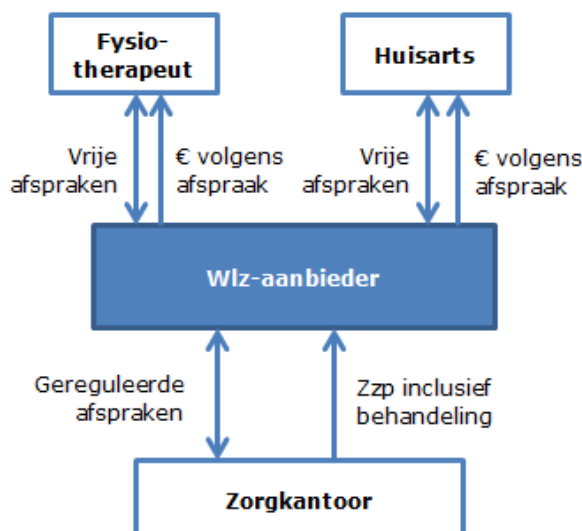
De enige mogelijke vorm van beheersing in de Wlz op dit moment op grond van de Wmg is het zoveel mogelijk vervatten van zorg in integrale prestaties. Dus in zzp- of vpt-prestaties met een maximum tarief in combinatie met toeslagen die op basis van objectieve kenmerken, bijvoorbeeld de kalenderleeftijd van de cliënt, worden vastgesteld. Bij deze bekostiging is gekozen voor een onafhankelijk indicerend orgaan (het CIZ), dat het profiel dat past bij de zzp- of vpt-prestatie vaststelt, omdat de verwachte zorgbehoefte en behandeling van een Wlz-cliënt tot nu toe niet op een andere basis kan worden voorspeld.

Gegeven het advies van het Zorginstituut om de zorg over te hevelen naar de Wlz, de keuze van de regering voor macro-kostenbeheersing in de Wlz met een vereffenbedrag en het ontbreken van 'doelgerichte en doelmatige behandelprofielen' voor Wlz-cliënten zien wij een integraal bekostigingsmodel i.c. zzp/vpt met behandeling, als beste waarborg voor macrobeheersing. Alle kosten voor behandeling worden zoveel mogelijk ondergebracht in integrale prestaties en daarmee in de contracteerruimte die op basis van de zzp's wordt verdeeld over de zorgkantoorregio's. De zorgaanbieder moet vervolgens de middelen naar behoefte, rechtvaardig verdelen over zijn cliënten.

Het feit dat een zorgaanbieder integraal verantwoordelijk is voor zorg en deze zorg ook met een integraal tarief moet bekostigen, betekent niet dat de zorgaanbieder zelf alle zorg hoeft uit te voeren. Dit kan de zorgaanbieder ook regelen met onderaannemers.<sup>6</sup> Zie voor het integrale scenario Figuur 2.

---

<sup>6</sup>De zorgaanbieder maakt dan afspraken over behandelaren in onderaannemerschap. De rapportage van onderzoeksbureau Significant beschrijft per zorgvorm hoe behandeling in de praktijk door zorgaanbieders op dit moment is georganiseerd  
<https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2018/04/13/onderzoek-uitvoeringspraktijk-wlz-behandeling/onderzoek-uitvoeringspraktijk-wlz-behandeling.pdf>

**Figuur 2: Integrale bekostiging**

Aansluiten bij de huidige situatie voor zzp met behandeling betekent dat de zzp-prestaties zonder behandeling vervallen. Voor deze cliënten worden ook de prestaties zzp met behandeling gecontracteerd. Zoals beschreven in ons voorstel voor de afbakening van geclusterd vpt in hoofdstuk 3, vervallen de huidige vpt-prestaties zonder behandeling. Voor cliënten die integrale zorg krijgen in een institutionele setting wordt een vpt (nieuwe stijl) met behandeling gecontracteerd. De behandelcomponent is dezelfde als voor de huidige zzp met behandeling.

#### *Boven-budgettaire bekostiging*

De huidige zzp en vpt prestaties in de Wlz vallen binnen de contracteerruimte. De tarieven van de huidige prestaties zzp met behandeling omvatten behandeling en een aantal aanvullende zorgvormen. Enkele kostenposten worden buiten de contracteerruimte (ook wel boven-budgettair genoemd) uit de Wlz bekostigd. Voor mondzorg geldt dat het honorarium van de tandarts, de techniekkosten en de narcosebehandelingen boven-budgettair worden bekostigd. Ook individueel aangemeten hulpmiddelen en de aangepaste rolstoel worden boven-budgettair bekostigd. We kennen in de Wlz de regeling voor extreme kosten op cliëntniveau (Beleidsregel overige kosten Wlz 2018, kenmerk BR/REG-18139a). De kosten die via deze beleidsregel vergoed worden, worden ook boven-budgettair bekostigd.

Boven-budgettaire bekostiging is een risico voor de macrobeheersbaarheid van de Wlz. Voor zorg die boven-budgettair wordt bekostigd zijn er geen prikkels voor sturing door zorgaanbieders en zorgkantoren. De uitgaven worden buiten de contracteerruimte om altijd vergoed. In de nieuwe situatie zal de boven-budgettair bekostigde zorg toenemen, voor cliënten die nu een zzp zonder behandeling of vpt hebben. Dat betekent dat het risico voor de macrobeheersbaarheid ook toeneemt. Wij vinden dit zorgelijk en stellen daarom als richting voor om enkele boven-budgettaire onder te brengen in de integrale prestaties. We adviseren om de mondzorg op te nemen in de integrale prestaties. We adviseren verder om gezamenlijk met het veld te onderzoeken of de uitgaven voor individueel aangemeten hulpmiddelen (gedeeltelijk) ondergebracht kunnen worden in het integrale tarief en daarmee in de contracteerruimte. Hiervoor moet mogelijk het besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg worden aangepast. Door het verminderen van de boven-budgettaire onderdelen vergroten we de macrobeheersbaarheid van de uitgaven in de Wlz en introduceren we een prikkel voor doelmatigheid voor de zorgaanbieders en zorgkantoren. Voor mondzorg en individueel aangemeten hulpmiddelen gaan we hier in paragraaf 4.3 op verder.

### **4.3 Aandachtspunten integrale bekostiging per zorgvorm**

Onder integrale bekostiging of een integrale prestatie verstaan we een prestatie vergelijkbaar met de huidige zzp met behandeling. In Tabel 2 vatten we kort samen welke zorgvormen nu onderdeel zijn van de huidige zzp met behandeling. We zijn uitgegaan van het advies van het Zorginstituut en hebben gekeken of meer Wlz-aanspraken onder de integrale prestatie gebracht kunnen worden. Met andere woorden: of we bij de bekostiging in de Wlz nog verder dan nu naar een integrale prestatie kunnen gaan. Die bevindingen hebben we ook in Tabel 2 opgenomen.

Daarnaast hebben we gekeken per zorgvorm waar er aandachtspunten ontstaan als we overgaan naar een integrale prestatie voor cliënten die kiezen voor zorg met verblijf of een vpt. We hebben gekeken naar:

- Administratieve lasten (voor zorgkantoor, afkorting zk in tabel, en zorgaanbieder, afkorting za in tabel)
- Kwaliteit en afbakening van de behandeling
- Toegankelijkheid van de zorgvorm
- Keuzevrijheid van de cliënt

**Tabel 2: overzicht impact bekostigingsmodel per zorgvorm**

	In huidige zzp tarief?	Toevoegen aan zzp tarief?	Op welke thema's ontstaan mogelijk aandachtspunten voor zorgaanbieders die overgaan naar levering zzp inclusief behandeling?				Mogelijke maatregelen
			Administratieve lasten (za, zk)	Kwaliteit en afbakening	Beschikbaarheid van zorgvorm	Keuzevrijheid (cliënt, za)	
Geneeskundige zorg	Ja	Ja			X	X	- Eventuele regulering op onderlinge dienstverlening tarieven
Specifieke paramedische zorg	Ja	Ja		X			- Toevoegen algemene paramedische zorg
Farmaceutische zorg	Ja	Ja	X (za)			X	
Mondzorg	Deels	Ja	X (za)	X	X		- Eventuele regulering op onderlinge dienstverlening tarieven - Eventueel verbreden extreme kosten regeling
- Honorarium tandarts / narcosebehandelingen	Nee	Ja					
- Ruimte en materiaal	Ja	Ja					
Hulpmiddelen	Deels	Deels					
- Gebruikshulpmiddelen	Nee	Deels	X (zk)				- Onderzoek naar mogelijkheden voor integrale bekostiging - Monitoring uitgaven
- Verbruikshulpmiddelen	Ja	Ja	X	X		X	- Beschrijving en afbakening van kwaliteitseisen - Extreme kosten regeling
- Roerende voorzieningen	Ja	Ja					
- Zvw-hulpmiddelen	Nee	Deels		X		X	- Onderzoek in opdracht van VWS - Kwaliteitsnormen uit Zvw overnemen

In het vervolg van dit hoofdstuk beschrijven we per zorgvorm de thema's waar mogelijke aandachtspunten ontstaan (zie Tabel 2) en bij invoering van een integraal bekostigingsmodel vergelijkbaar met de zzp met behandeling en met welke maatregelen eventuele aandachtspunten kunnen worden ondervangen.

### *Geneeskundige zorg*

Eén van de belangrijkste uitgangspunten van het advies van het Zorginstituut is dat overheveling van behandeling naar de Wlz leidt tot een betere coördinatie en regie van het totaalpakket aan zorg. De geneeskundige zorg is hierbij de spil van het gehele zorgaanbod. Het gaat tegen die kerngedachte in om die geneeskundige zorg apart te bekostigen. Het integraal declareren van de geneeskundige zorg die de huisarts of so/avg biedt sluit bovendien volledig aan bij de wijze waarop de zorg nu wordt bekostigd voor de cliënten die al behandeling ontvangen binnen de Wlz. Als de zorg wordt overgeheveld verwachten we hier dan ook geen technische uitvoeringsproblemen.

De geneeskundige zorg wordt nu geleverd door de huisarts of so/avg. De so/avg kan een groot deel van deze werkzaamheden ook in onderaannemerschap uitvoeren als een Wlz-zorgaanbieder hoofdverantwoordelijk wordt voor het geheel aan behandeling. Veelal zal ook de huisarts op enige wijze bij cliënten betrokken blijven voor het deel algemene huisartsenzorg.<sup>7</sup> Bij kleinschalige woonvormen fungeert de huisarts vaak als hoofdbehandelaar, waarbij de huisarts een so/avg kan inroepen voor specifieke problematiek. Huisartsen geven aan dat de zorg voor cliënten in een institutionele setting vaak te specifiek is. Beschikbaarheid van een so/avg is voor de huisarts dan een randvoorwaarde voor het leveren van goede zorg.

Waar echter precies de scheiding ligt tussen de werkzaamheden van de huisarts en de werkzaamheden van de so/avg is zorginhoudelijk niet helder af te bakenen. In de praktijk zal de mate waarin deze specialismen worden ingezet, afhangen van de lokale afspraken en de zorgbehoefte van de individuele cliënt. Dat is geen probleem, zolang het geheel aan benodigde geneeskundige zorg geborgd is. In principe wordt de capaciteit van, of het beroep op behandelaren niet beïnvloed door de overheveling van behandeling van Zvw naar Wlz. Overheveling van behandeling naar de Wlz creëert wel meer helderheid over de eindverantwoordelijkheid van het totaalpakket aan behandeling: die ligt bij de aanbieder van de integrale Wlz-zorg.

### *Aandachtspunten bij een integraal bekostigingsmodel:*

- Keuzevrijheid  
De vrijheid om te kiezen voor een eigen huisarts wordt als belangrijk ervaren door cliënten en cliëntenorganisaties. Voor cliënten die verhuizen naar een Wlz-aanbieder is behoud van de eigen huisarts belangrijk. De zorgaanbieder wordt inhoudelijk eindverantwoordelijk voor de coördinatie van de geleverde zorg. Dat kan alleen als daadwerkelijk afspraken worden gemaakt met de huisarts (en so/avg) in kwestie over diens inzet en bereikbaarheid. Integraliteit vraagt dus om voldoende afspraken door de Wlz-zorgaanbieder met huisartsen (en so/avg). De mate van keuzevrijheid is daarmee afhankelijk van wat de zorgaanbieder biedt.
- Beschikbaarheid huisartsen en so/avg  
Terwijl het gebruikelijk is dat een so/avg op basis van een vaste aanstelling (of andere overeenkomst) is verbonden aan de zorgaanbieder, is dat voor de

---

<sup>7</sup> Daarbij kan gedacht worden aan zorgverlening die frequent voorkomt in een huisartsenpraktijk, zoals een ingegroeide teennagel of andere zorgvragen voor kleine chirurgische ingrepen, dan wel aan andere belangrijke zorgvragen op het terrein van de huisartsgeneeskundige zorg zoals een dreigend hartinfarct. Dit geldt zowel voor de 'reguliere' huisartsenzorg als voor de spoedeisende avond-, nacht- en weekendzorg.

huisarts vaak niet het geval. Een van de redenen hiervoor is dat de huisarts, om te voldoen aan zijn/haar (her)registratie-eisen, een deel van zijn/haar tijd moet inzetten in een reguliere praktijk.<sup>8</sup> Een individuele huisarts is daarmee voor een beperkt deel van zijn/haar tijd inzetbaar bij de Wlz-zorgaanbieder. Dat gaat dan meestal op basis van externe inhuur en niet in de vorm van een vaste aanstelling. Daar signaleren meerdere partijen een risico. Zowel de beschikbaarheid van huisartsen als de beschikbaarheid van so en avg is schaars. De groep cliënten waarvoor de zorgaanbieder na de overheveling zorginhoudelijk verantwoordelijk wordt, is relatief zwaar ten opzichte van de gemiddelde populatie van de huisarts. Na overheveling van behandeling voor deze cliëntengroep naar de Wlz wordt de zorgaanbieder zorginhoudelijk hoofverantwoordelijk voor deze groep. Zij kunnen en moeten hierbij huisartsen betrekken, maar huisartsen zijn niet verplicht hun medewerking te verlenen. Zonder regionale medewerking van huisartsen wordt het voor zorgaanbieders moeilijk om het geheel aan behandeling te blijven waarborgen. Zorgaanbieders signaleren dat nu al bij cliënten die het geheel van verblijf en behandeling vanuit de instelling ontvangen. Met de overheveling wordt deze groep cliënten alleen maar groter en mag ook verwacht worden dat het al gesignaleerde probleem vele malen groter wordt

#### *Mogelijke maatregelen*

Daar waar zorgaanbieders de algemeen geneeskundige zorg niet zelf kunnen organiseren (door voldoende so/avg aan te trekken, en de rol van de huisarts beperkt te houden waar dat inhoudelijk verantwoord is), bestaat het risico dat huisartsen zich alleen nog aan deze cliëntgroep verbinden als hier vanuit de zorgaanbieder een relatief hoge vergoeding tegenover staat. Regionale schaarste aan aanbod van huisartsenzorg kan dit versterken. Dit specifieke risico kan worden geadresseerd door te reguleren welk bedrag (per handeling/per uur/per cliënt per jaar) een huisarts maximaal in rekening mag brengen aan de zorgaanbieder.

Hiermee wordt dit prijsopdrijvende effect gedempt. We kennen een dergelijk mechanisme al binnen de bekostiging van huisartsenposten die zorg leveren in avond-, nacht, weekenddiensten en tijdens feestdagen. Deze posten zijn grotendeels afhankelijk van de inzet van de praktijk houdende huisartsen. Voor de inzet per uur binnen de spoedpost door de aangesloten huisartsen geldt daarom een maximumtarief. Dit kan als aanvullend voordeel hebben dat discussie in het veld over de wijze waarop de huisarts wordt vergoed voor zijn/haar inzet grotendeels wordt voorkomen. Uit de gesprekken die wij in dit adviestraject hebben gevoerd, blijkt dat huisartsen voor hun inzet voor cliënten waar de zorgaanbieder nu al verantwoordelijk is voor de volledige behandeling, op veel verschillende manieren worden vergoed. Soms via een bedrag per handeling, soms voor een bedrag per uur, soms voor een lumpsumbedrag voor de inzet voor de gehele populatie voor het gehele jaar. Voor de zorgaanbieder (en mogelijk ook voor de huisarts) kunnen de administratieve lasten verminderen als eenduidig is vastgelegd voor alle huisartsen hoe deze vergoeding moet lopen. Als lokaal wordt gewerkt met een lumpsum vergoeding, dan nemen de administratieve lasten toe.

Het vaststellen van tarieven voor onderlinge dienstverlening heeft echter ook twee belangrijke nadelen:

1. Dit zal moeten gelden voor alle cliënten binnen de Wlz, niet enkel de cliëntgroep die nu overgeheveld wordt. Dit is een vrij forse ingreep in de huidige verhoudingen tussen huisarts en zorgaanbieder, die is gebaseerd op het schaarse aanbod van geneeskundige zorg door zowel de huisarts als de so en avg. De vrijheid die nu bestaat om de vergoeding van de huisarts regionaal op

---

<sup>8</sup> <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/cgs/regelgeving/huisartsgeneeskunde-7.htm>



maat vorm te geven verdwijnt grotendeels als de bekostiging van de inzet van de huisarts landelijk uniform wordt gereguleerd. Dit maakt het systeem minder flexibel.

2. Belangrijker nog, het reguleren van het tarief dat een huisarts aan een zorgaanbieder in rekening mag brengen, ondervangt niet dat een huisarts kan weigeren om mee te werken aan de door de zorgaanbieder te leveren zorg. Sterker, regulering van de tarieven ontnemt de mogelijkheid om hogere tarieven overeen te komen daar waar het aanbod daadwerkelijk schaars is en alleen te realiseren is met hogere tarieven. Dat kan ertoe leiden dat huisartsenzorg regionaal in zijn geheel niet meer beschikbaar is voor Wlz-cliënten. Hiermee komt de zorgverlening in gevaar.

Juist in de huidige situatie van schaarste van aanbod moet het systeem flexibel blijven om regionaal een oplossing op maat te vinden. Op voorhand reguleren van tarieven voor onderlinge dienstverlening tast deze flexibiliteit aan. De NZa is daar geen voorstander van.

Wij wegen de risico's die verbonden zijn aan het reguleren van het tarief in deze fase zwaarder dan de mogelijke voordelen. Mocht blijken dat de zorg zich zo ontwikkelt dat regulering van de tarieven die huisartsen in rekening brengen aan de zorgaanbieder wenselijk wordt, dan kan dit na de overheveling alsnog worden overwogen.

#### *Paramedische zorg*

Ook paramedische zorg is vrijwel standaard onderdeel van het door de cliënt benodigde geheel aan behandeling. Het gaat dan bijvoorbeeld om de inzet van fysiotherapie, een diëtist of ergotherapeut. Ook de paramedische zorg is een centraal onderdeel van het geheel aan behandeling dat binnen de Wlz georganiseerd moet worden. Het ligt voor de hand om ook deze zorg integraal te bekostigen, juist vanuit de gedachte dat er winst te boeken is door de zorgaanbieder voor het geheel aan behandeling verantwoordelijk te maken. Dit sluit aan bij de wijze waarop de zorg nu wordt bekostigd voor de cliënten die al behandeling ontvangen binnen de Wlz, zodat we geen technische uitvoeringsproblemen verwachten door de overheveling.

- Aandachtspunten bij een integraal bekostigingsmodel:

Paramedische zorg wijkt op een aantal punten duidelijk af van geneeskundige zorg. Ten eerste is het veel gebruikelijker dat fysiotherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten, vaktherapeuten, et cetera in loondienst verbonden zijn aan de zorgaanbieder. Deze beroepsgroepen hoeven naast de werkzaamheden bij een zorgaanbieder niet ook verbonden te zijn aan een 'reguliere' praktijk. Dat leidt ertoe dat een zorgaanbieder veel minder afhankelijk is van externe inhuur of onderaannemerschap om de volledige behandeling voor de cliënt te kunnen borgen.

Daarbij is er bij deze beroepsgroepen veel minder sprake van schaarste. Er gelden binnen de Zvw voor deze beroepsgroepen veelal vrije tarieven, het specialisme valt zelf geheel buiten een vorm van NZa-regulering. Een zorgaanbieder zal deze zorgvorm naar verwachting zonder problemen voor een redelijk tarief kunnen borgen.

We hebben uit de gesprekken met partijen geen signalen ontvangen dat de inzet van paramedische zorg tot specifieke knelpunten zal leiden. Het eventueel inzetten van aanvullende tariefregulering zoals we die bij de huisartsenzorg omschreven, ligt daarmee niet voor de hand.

*Farmaceutische zorg*

Voor cliënten die behandeling vanuit de Wlz ontvangen wordt farmaceutische zorg al bekostigd vanuit het integrale tarief. Als de kosten voor geneesmiddelen van een cliënt boven een drempelwaarde uitstijgen, kunnen zorgaanbieders die kosten vergoed krijgen via een voorziening voor extreme kosten voor geneesmiddelen<sup>9</sup>. Deze voorziening blijft ook bestaan als gekozen wordt voor een integraal bekostigingsmodel.

Voor cliënten die momenteel nog geen behandeling ontvangen vanuit de Wlz is de invoering van een integraal bekostigingsmodel een verbetering. Op dit moment betalen deze cliënten een wettelijk eigen risico in de Zvw, onder meer voor farmaceutische zorg, en een eigen bijdrage in de Wlz. Daarnaast betalen deze cliënten op dit moment een deel van de farmaceutische zorg zelf, bijvoorbeeld zelfzorgmiddelen als paracetamoltabletten met een lage dosering. Deze kosten maken zij straks niet meer: als onderdeel van de behandeling van de cliënt worden deze uit het integrale tarief bekostigd.

Aandachtspunten bij een integraal bekostigingsmodel:

- Keuzevrijheid  
Een nadelig effect voor cliënten kan zijn dat zij minder keuzevrijheid hebben. Ze worden afhankelijk van de apotheek en het geneesmiddel waar de instelling afspraken over heeft gemaakt. Dit kan betekenen dat cliënten moeten wisselen van apotheek of geneesmiddel.

Om deze keuzevrijheid te waarborgen moeten zorgaanbieders afspraken maken met apotheken. Zorgaanbieders die op dit moment nog geen behandeling leveren, hebben nog geen contracten (financiële afspraken) met apotheken. Voor de kleinschalige instellingen kan het lastiger zijn om afspraken te maken met een apotheek dan voor de grotere. Brancheorganisaties van (keten)apotheken en zorgkantoren hebben hun zorgen hierover uitgesproken tegen de NZa: zij vragen zich af of kleine instellingen hier überhaupt toe in staat zijn.

- Administratieve lasten  
Partijen wijzen hiernaast ook op de administratieve lasten die gepaard gaan met onderaannemerschap. Zowel zorgaanbieders als apotheken moeten contracten gaan afsluiten of opnieuw nadenken en afstemmen over de lopende afspraken. De beoordeling van medicatiegebruik komt volgens zorgkantoren en branchepartijen van (keten)apotheken niet in het geding: dit gebeurt op cliëntniveau, niet op basis van omvang van de verblijfslocatie. Dit geldt voor zowel grote als kleine zorgaanbieders.

We kennen momenteel geen maximumbedragen in de farmaceutische zorg, niet in de Wlz (integraal tarief) en niet in de Zvw (vrije tarieven). De prestatie farmacie in de Zvw bestaat altijd uit de combinatie verstrekking, zorg (medicatiebewaking en afstemming) en de medicatie zelf (geneesmiddel). Partijen vinden dat deze drie aspecten van farmaceutische zorg niet uit elkaar gehaald mogen worden in de bekostiging. Dit zou straks nog steeds onder dezelfde noemer/tarief moeten vallen, namelijk farmaceutische zorg.

Onderzoeksbureau Significant heeft onderzoek gedaan naar de uitvoeringsconsequenties van het advies van het Zorginstituut. In hun rapport schrijven ze dat een integraal bekostigingsmodel kan leiden tot meer grip op medicatieveiligheid. Het is dan voor zorginstellingen eenvoudiger om

---

<sup>9</sup> Deze voorziening is beschreven in de Beleidsregel overige kosten Wlz 2018, kenmerk BR/REG-18139a, onder de paragraaf Extreme kosten zorggebonden materiaal en geneesmiddelen.

farmaceutische zorg te bundelen bij één apotheek in plaats van te werken met verschillende apotheken. Ook vermindert dit de administratieve lasten voor zorgaanbieders. Wij zien dan ook geen alternatieven voor een integrale prestatie voor bekostiging van farmaceutische zorg.

#### *Mondzorg*

De huidige bekostiging van de mondzorg sluit niet goed aan bij het advies van het Zorginstituut. Daar komt bij dat op dit moment de declaratiewijze niet in overeenstemming is met de regelgeving. Dat is reden voor de NZa om de daarmee gemoeide kosten aan te merken als onrechtmatig.<sup>10</sup> Door de invoering van een nieuw declaratiesysteem per 1 juli 2017 declareert een aanbieder van mondzorg als onderaannemer van een gecontracteerde Wlz-zorgaanbieder rechtstreeks bij het zorgkantoor, zonder tussenkomst van de opdracht gevende zorgaanbieder. Naast de formele onrechtmatigheid vraagt de nieuwe declaratiewijze meer (naar verwachting arbeidsintensievere) werkzaamheden van de zorgkantoren. Zij moeten vaststellen dat de gedeclareerde zorg rechtmatig geleverd is. De zorgkantoren hebben in dit geval beperktere mogelijkheden om te controleren of zorg feitelijk geleverd is, omdat veel waarborgen bij zorgaanbieders ontbreken.

In lijn met onze argumenten om te kiezen voor een integrale bekostiging van behandeling adviseren we om mondzorg onderdeel te maken van de integrale prestaties, en daarmee aan te sluiten bij het advies van het Zorginstituut. Bijkomend voordeel is dat geen aparte declaraties meer nodig zijn. Daar waar zorgaanbieders in de huidige situatie afspraken maken met mondzorgverleners en de alleen de declaraties zonder tussenkomst van de zorgaanbieder naar het zorgkantoor gaan, worden mondzorgkosten onderdeel van een integrale prestatie en afspraken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. Zorgkantoren zijn daarmee beter in staat om de zorginkoop te doen (minder contractpartijen) en kunnen sturen op doelmatigheid van de uitgaven. Als mondzorg onderdeel wordt van de integrale prestaties vallen daar ook het honorarium van de tandarts, techniekkosten en de narcosebehandelingen onder. De boven-budgettaire bekostiging van een deel van de mondzorg verdwijnt hiermee. Dit heeft een positief effect op de macrobeheersbaarheid.

---

<sup>10</sup> [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_259857\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_259857_22/1/)

Aandachtspunten bij een integraal bekostigingsmodel:

- Beschikbaarheid van leveringsvorm  
De mondzorgpartijen (zie Bijlage 2) geven aan dat er sprake is van schaarse capaciteit in de mondzorg, zij het in mindere mate dan voor de geneeskundige zorg. Er werken relatief veel zzp'ers in de mondzorg, en voor hen zitten er mogelijk fiscale nadelen aan het sluiten van contracten met zorgaanbieders. Men vreest dat door de invoering van het nieuwe bekostigingsmodel minder tandartsen bereid zijn om een contract met de zorginstellingen af te sluiten. Daarnaast geeft men aan dat vooral kleine aanbieders beperkt kunnen compenseren voor cliënten die dure mondzorg nodig hebben. Dat vergroot de kans op risicoselectie door zorgaanbieders.
- Administratieve lasten  
Partijen wijzen op de toename van administratieve lasten die het sluiten van overeenkomsten met zorgaanbieders met zich meebrengt als voor een integraal tarief gekozen wordt. Daar staat tegenover dat er geen aparte declaraties voor mondzorg meer nodig zijn.
- Kwaliteit en afbakening  
Partijen geven aan dat er een inhaalslag heeft plaatsgevonden in de mondzorg voor Wlz-cliënten. Kiezen voor een integraal tarief kan volgens partijen betekenen dat de kwaliteit van de mondzorg weer achteruit gaat. Ook geven partijen aan dat er vaak te weinig kennis is over mondzorg in instellingen. Preventie en onderhoud van het gebit vindt soms te weinig plaats. Partijen zijn van mening dat als wordt overgegaan op een integraal tarief, de middelen voor mondzorg binnen een integraal tarief geormerkt moeten worden, om te voorkomen dat de zorgaanbieder keuzes maakt waardoor de kwaliteit van de mondzorg onder druk komt te staan.
- Kosten  
Partijen wijzen erop dat de totale kosten zoals die momenteel uit de declaratiegegevens van de cliënten exclusief behandeling blijken waarschijnlijk te laag zijn. Dit komt doordat veel cliënten in de periode voor de intramurale opname mondzorg mijden. Dit zal na opname leiden tot onbekende meerkosten. Verwacht wordt dat een vergelijkbaar effect ook optreedt bij cliënten die overgaan naar een integraal tarief. Partijen merken verder op dat eigen betalingen voor mondzorg veel voorkomen en niet zichtbaar zijn in de beschikbare data van o.a. Vektis.

#### *Mogelijke maatregelen*

De NZa zal bij invoering nagaan of er sprake kan zijn van risicoselectie door zorgaanbieders van patiënten. Dit doet de NZa door een inschatting te maken van de gevolgen van de invoering van integrale tarieven. Deze inschatting kon nu nog niet worden gemaakt omdat zorgaanbieders en zorgkantoren pas sinds kort op gestandaardiseerde wijze elektronisch Wlz-mondzorg declareren.

#### *Hulpmiddelen*

De bekostiging van hulpmiddelen is op dit moment complex. Ten eerste omdat hulpmiddelen een breed begrip is. De bestaande regelgeving maakt dat er diverse hulpmiddelen zijn, waarvoor geen eenduidige bekostiging is. Voor Wlz-cliënten kunnen hulpmiddelen op dit moment vanuit drie domeinen (Wlz, Zvw en Wmo) worden bekostigd. Ten slotte is het advies van het Zorginstituut voor hulpmiddelen breder dan voor de andere zorgvormen. Het Zorginstituut schrijft namelijk dat álle hulpmiddelen voor een Wlz-cliënt uit de Wlz betaald moeten worden. Dat betekent dat ook de hulpmiddelen die nu vanuit de zorgverzekeringswet van de cliënt worden vergoed straks ten laste van de Wlz komen. Daarnaast verandert het aantal hulpmiddelen dat onder de Wlz valt.

In Tabel 3 presenteren we de huidige situatie. In deze paragraaf maken we onderscheid tussen gebruikshulpmiddelen, verbruikshulpmiddelen en roerende voorzieningen. We gaan specifiek in op de hulpmiddelen die vanuit de Zvw naar de Wlz overkomen. In de tabel presenteren we ook welke hulpmiddelen bij welke groep horen. Voor de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, zoals krukken, verandert er niks.

**Tabel 3: huidige wettelijke situatie hulpmiddelen**

	Hulpmiddelen	Zzp met behandeling	Zzp zonder behandeling	vpt
1. Gebruikshulpmiddelen	Individueel aangepaste rolstoel	Wlz (boven-budgettair)	Wmo	Wmo
	Individueel aangemeten hulpmiddelen	Wlz (boven-budgettair)	Zvw	Zvw
	Overige mobiliteits-Hulpmiddelen	Wmo	Wmo	Wmo
2. Verbruikshulpmiddelen	Verbruiks-Hulpmiddelen	Wlz (zzp-tarief)	Zvw	Zvw
3. Roerende voorzieningen	Roerende voorzieningen	Wlz (zzp-tarief)	Wlz*	Wmo
	Woningaanpassingen	n.v.t.	n.v.t.	Wmo
4. Eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen	Eenvoudige mobiliteits-hulpmiddelen	Eigen betaling	Eigen betaling	Eigen betaling

\* In de praktijk worden hoog-laag bedden en hulpmiddelen zoals tilliften en postoelen nu ook nog op grond van de Zvw bekostigd.

#### Aandachtspunten bij een integraal bekostigingsmodel

In onderstaande paragrafen beschrijven we per hulpmiddelcategorie de aandachtgebieden.

##### 1. Gebruikshulpmiddelen

De gebruikshulpmiddelen die nu al vanuit de Wlz bekostigd worden, worden momenteel boven-budgettair bekostigd. Deze hulpmiddelen zijn vanuit de historie niet in het integrale tarief opgenomen. Neem bijvoorbeeld de rolstoel: er is een enorm scala aan verschillende rolstoelen en prijzen. Over het algemeen zijn het dure hulpmiddelen die niet elke Wlz-cliënt nodig heeft. Hetzelfde geldt voor overige mobiliteitshulpmiddelen en individueel aangemeten hulpmiddelen. Er is zoveel variatie in soorten, prijzen en behoeften van de Wlz-cliënt, dat niet eenvoudig kan worden bepaald of deze middelen in een integrale prestatie kunnen worden opgenomen.

De boven-budgettaire kosten van de aangepaste rolstoel monitoren wij op dit moment op hoofdlijnen in de Wlz. Het ligt voor de hand dat wij dit ook gaan doen voor de overige mobiliteitshulpmiddelen en individueel aangemeten hulpmiddelen die straks nieuw zijn in de Wlz. Op die manier kunnen we de ontwikkeling van de uitgaven volgen en op termijn bepalen of er hulpmiddelen zijn die in het integrale tarief verrekend kunnen worden. Voorwaarde is wel dat we inzicht hebben in het gebruik van mobiliteitshulpmiddelen en individueel aangemeten hulpmiddelen op cliëntniveau. Vanuit macrobeheersbaarheid is het onwenselijk om veel hulpmiddelen boven-budgettair te bekostigen. Er zit geen rem op de kosten en er is geen prikkel om de kosten voor deze hulpmiddelen laag te houden.

Voor zorgkantoren betekent de overheveling dat zij straks veel meer hulpmiddelen moeten verstrekken. Momenteel verstrekken zij alleen rolstoelen aan cliënten in een instelling met behandeling en leveren gemeenten op incidentele basis andere mobiliteitshulpmiddelen (vooral een aangepaste fiets aan cliënten in een instelling

voor gehandicaptenzorg). De verstrekking van deze gebruikshulpmiddelen gaat straks allemaal via het zorgkantoor.

Op dit moment maken zorgkantoren voor de rolstoelen die zij verstrekken op basis van de Wlz gebruik van pooling systemen. Dat wil zeggen dat zij hulpmiddelen die niet meer gebruikt worden door een cliënt, bijvoorbeeld na overlijden, opslaan. Als een nieuwe cliënt een hulpmiddel aanvraagt wordt gekeken of er een bruikbaar hulpmiddel in de opslag van het zorgkantoor beschikbaar is. Zo ja, dan wordt dat hulpmiddel hergebruikt. Zorgkantoren zijn in het verstrekken van rolstoelen dus bijzonder efficiënt en behalen volgens Medux een hergebruik van rond de 90%. Wellicht dat een dergelijk pooling systeem voor overige gebruikshulpmiddelen ook ingericht kan worden om de (boven-budgettaire) kosten zoveel mogelijk te drukken.

## 2. Verbruikshulpmiddelen

Verbruikshulpmiddelen zoals incontinentie- en wondmateriaal zitten nu al in het integrale tarief van een zzp met behandeling. Daarnaast kennen we, net als voor farmaceutische zorg, voor verbruikshulpmiddelen een extra voorziening in de vergoeding van extreme kosten (Beleidsregel overige kosten Wlz 2018, kenmerk BR/REG-18139a).

De aandachtsgebieden bij verbruikshulpmiddelen zijn:

- Keuzevrijheid  
De cliënten zonder behandeling kunnen nu kiezen voor een bepaalde hulpmiddelenleverancier. Bij een integrale prestatie kan dat niet meer: dan kiest de instelling. Het kan dus gebeuren dat cliënten moeten wisselen van verbruikshulpmiddel, bijvoorbeeld incontinentiemateriaal, omdat de zorgaanbieder geen contract heeft of wil met de betreffende hulpmiddelenleverancier. Ook bij hulpmiddelen speelt keuzevrijheid dus een rol.
- Kwaliteit en afbakening  
In de Zvw is er veel werk verricht om kwaliteitsnormen in te voeren voor verbruiksmateriaal. Het gaat dan om diabetes-, incontinentie-, stoma- en wondmateriaal. Volgens partijen worden deze kwaliteitsnormen in de Wlz nog niet gehanteerd. Hulpmiddelenleveranciers geven aan dat de kwaliteit van hulpmiddelen in de Wlz daarom lager is dan in de Zvw. Ze zien daarom de verbruikshulpmiddelen het liefst helemaal niet naar de Wlz over zien gaan. Als dat toch gebeurt, dan is de brancheorganisatie voor Medische Technologie (FHI) tegen integrale bekostiging. De FHI heeft liever dat leveranciers contracten sluiten met zorgkantoren en daar ook de hulpmiddelen(zorg) declareren.
- Administratieve lasten  
Hulpmiddelen leveranciers vrezen dat de administratieve lasten toenemen als leveranciers in tegenstelling tot nu met alle afzonderlijke zorgaanbieders afspraken moeten maken. Leveranciers zien meer in afspraken met zorgkantoren. Ook is er met afzonderlijke prestaties het meeste inzicht in de kosten die in verbruikshulpmiddelen omgaan. Wel heeft dit tot effect dat de administratieve lasten bij zorgkantoren toeneemt.

Bij een integrale prestatie verandert er straks alleen iets voor cliënten die nu geen behandeling ontvangen vanuit de Wlz. De verbruikshulpmiddelen zullen voor deze cliënten straks vanuit het integrale tarief bekostigd worden vanuit de Wlz.

## 3. Roerende voorzieningen

Onder roerende voorzieningen vallen de aanpassingen in en aan de woning van cliënten. Voor de cliëntgroep die al behandeling in een institutionele setting ontvangt, worden roerende voorzieningen betaald vanuit het integrale tarief. Een integrale prestatie betekent dan ook de minste veranderingen. Afzonderlijke prestaties of regulering op onderlinge dienstverlening is nagenoeg onmogelijk: we kennen daarom nu geen prestaties en tarieven voor deze groep hulpmiddelen. Voor

roerende voorzieningen ligt het dan ook voor de hand om integrale prestaties voor iedereen in te voeren: zo gaat het nu al voor een overgrote deel van de cliënten.

#### *Zvw-hulpmiddelen*

Wlz-cliënten, zowel in een institutionele setting als daarbuiten, ontvangen momenteel hulpmiddelen vanuit de Zvw. Dit is het geval als deze hulpmiddelen niet noodzakelijk zijn in verband met de in de instelling gegeven zorg, bijvoorbeeld hoortoestellen, visuele hulpmiddelen (speciale lenzen en brillen) en infuuspompen. De kern van het advies van het Zorginstituut is dat bij institutionele zorg alle behandeling en aanvullende zorg ten laste van de Wlz moet komen. Dit zou betekenen dat alle Zvw-hulpmiddelen onderdeel worden van de Wlz. Daarmee adviseert het Zorginstituut niet alleen om pakketverschillen tussen instellingen met en zonder behandeling op te heffen, maar ook om alle Zvw-hulpmiddelen in de Wlz onder te brengen. Dat betekent een aanzienlijke uitbreiding van de aanspraak op hulpmiddelen in de Wlz en een stijging van de Wlz-kosten voor mensen die nu al behandeling op grond van de Wlz ontvangen.

VWS heeft in het kader van het pakketadvies van het Zorginstituut over behandeling in de Wlz, behoefte aan inzicht in de gewenste positionering van Zvw-hulpmiddelen aan Wlz-cliënten. De komende periode wordt het advies van het Zorginstituut getoetst op juridische, financiële en uitvoeringsconsequenties om meer inzicht te krijgen in de meerwaarde van de geadviseerde overheveling van Zvw naar Wlz. Daarnaast wordt er gekeken of er mogelijk via andere manieren adequate hulpmiddelenzorg aan Wlz-cliënten te organiseren is.

In het onderzoek dat VWS heeft uitgezet bij een extern bureau, wordt een beperkt aantal varianten nader onderzocht. Daaronder vallen het voorstel van het Zorginstituut om alle Zvw-hulpmiddelen in de Wlz onder te brengen, het positioneren van alle hulpmiddelen in de Zvw en een tussenvariant, waarbij een deel van deze hulpmiddelen uit de Wlz worden betaald en het overige deel vanuit de Zvw.

Dit onderzoek dit voorjaar afgerond. Deze deadline is voor ons te laat om de input mee te nemen in ons advies. Wij gaan daarom uit van de situatie zoals het Zorginstituut deze heeft geschetst: alle hulpmiddelen verstrekt aan een cliënt met een vpt of zjp komen over vanuit de Zvw naar de Wlz.

## **4.4 Toezicht aspecten**

De overheveling die het Zorginstituut adviseert heeft ook consequenties voor (de invulling van) het toezicht van de NZa op de Wlz-uitvoerders en zorgkantoren. Zorgkantoren moeten voor de Wlz-cliënten in hun regio waarborgen dat zij tijdig de behandeling krijgen die zij nodig hebben. De NZa houdt toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz door de zorgkantoren. Om dit toezicht goed te kunnen uitoefenen is van groot belang dat duidelijk is wat er van de zorgkantoren wordt verwacht, dat zij beschikken over de mogelijkheden om hun taken uit te voeren en er ook op kunnen worden aangesproken als zij hier onvoldoende invulling aan geven. In deze paragraaf laten wij zien hoe wij het voorstel in hoofdstuk 3 over de afbakening van 'institutionele zorg', en het hierboven beschreven voorstel voor integrale bekostiging (zo nodig aangevuld met boven-budgettaire bekostiging), beoordelen vanuit toezichtoogpunt. We kijken daarbij achtereenvolgens naar de vier kerndoelen die we hebben afgeleid uit het hoofddoel van de Wlz en we als focus hanteren bij het toezicht op de zorgkantoren:

1. Zorginkoop: Waarborgt het zorgkantoor dat er in de regio (binnen de beschikbare financiële ruimte) voldoende, doelmatige en kwalitatief goede zorg beschikbaar is die aansluit bij de behoefte en voorkeuren van huidige en toekomstige cliënten?
2. Cliënt en zorg: Krijgen Wlz-cliënten tijdig passende zorg?



3. Zorguitgaven: Zijn de uitgaven die ten laste van de Wlz worden gedaan noodzakelijk en gericht op het realiseren van de doelen van de verzekering, binnen de daaraan gestelde voorwaarden?
4. Organisatie: Heeft het zorgkantoor de uitvoering van de verzekering doelmatig en rechtmatig georganiseerd?

#### *Zorginkoop*

De huidige situatie, waarin behandeling voor een deel van de Wlz-cliënten via de Wlz wordt bekostigd, sluit niet (meer) aan bij de werkelijkheid, nu er geen instroom meer is van cliënten met lage zorgzwaartepakketten. Er is een grote variatie in de invulling die zorgkantoren geven aan hun verantwoordelijkheid voor de inkoop van voldoende, doelmatige en kwalitatief goede behandeling (bijvoorbeeld wat betreft de criteria die zorgkantoren hanteren, en percentage zzp's met en zonder behandeling). Daarbij is door de wijze waarop wordt bepaald of een cliënt zijn behandeling krijgt via de Wlz of via de Zvw, moeilijk te beoordelen of deze invulling optimaal aansluit bij de behoefte en voorkeuren van cliënten. Als behandeling voor alle 'institutionele' Wlz-cliënten integraal bekostigd gaat worden vanuit de Wlz, maakt dit de verantwoordelijkheid van zorgkantoren veel duidelijker dan in de huidige situatie.

Met de overheveling van budget naar de Wlz krijgen zij ook meer (financiële) mogelijkheden om via de zorginkoop te sturen op voldoende, kwalitatief goede en betaalbare behandeling voor alle cliënten in hun regio die dit nodig hebben. Een integraal tarief inclusief behandeling legt een grote verantwoordelijkheid bij zorgkantoren om goede afspraken te maken met zorgaanbieders over integrale zorgverlening aan cliënten. Ook over de wijze waarop het zorgkantoor kan nagaan of zorgaanbieders hieraan een goede invulling geven. Zorgkantoren hebben dan geen aangrijpingspunt in de bekostiging om bij de zorginkoop specifiek te sturen op behandeling. Ze moeten dit zelf creëren, bijvoorbeeld via de tariefopbouw, of zoeken naar andere dan financiële prikkels. Voor het overgrote deel van de Wlz-zorg, en voor de Wlz-cliënten die nu al een zzp met behandeling hebben, is dit al bestaande praktijk, en is dit dus geen nieuwe situatie. We vinden het een positieve ontwikkeling dat zorgkantoren steeds meer (mede vanuit de kwaliteitskaders) hun rol oppakken om langdurige zorg in te kopen op kwaliteit en met de zorgaanbieders het gesprek voeren over de inhoud van de zorg voor en welzijn van cliënten.

Zorgkantoren lopen er bij de inkoop tegenaan dat (bepaalde vormen van) behandeling en overige zorg maar beperkt beschikbaar zijn voor hun cliënten(groepen). Zoals ook ZN opmerkt in zijn reactie op het consultatiedocument, is het mede een taak van zorgkantoren om steeds te blijven volgen waar in de praktijk knelpunten ontstaan tussen het leveren van kwalitatief goede zorg en de bekostiging. Als er in een regio krapte ontstaat aan een bepaald specialisme, en het integrale zorgaanbod of de kwaliteit daarvan in het gedrang komt, moeten ook zorgkantoren (vanuit hun zorgplicht) zich inzetten om passende oplossingen te zoeken. Als toezichthouder volgt de NZa (mede via de verantwoording in de uitvoeringsverslagen) wat zorgkantoren op dit punt doen, en stimuleren wij zorgkantoren om onderling goede voorbeelden uit te wisselen. Zoals de praktijk van een zorgkantoor om zorgaanbieders die een so in dienst hebben, extra te honoreren als ze deze ook ter beschikking stellen aan andere zorgaanbieders. Dit geeft aan dat zorgkantoren ook binnen een integraal tarief kunnen sturen.

Het voorgestelde onderscheid voor de afbakening van 'institutionele zorg' leidt naar verwachting tot meer helderheid en eenduidigheid. Als aandachtspunt is al gesignaleerd dat dit niet tot een ongewenste verschuiving moet leiden tussen vpt en mpt. We verwachten dat zorgkantoren daar bij de zorginkoop voor zullen waken.

#### *Cliënt en zorg*

De overheveling biedt duidelijkheid over de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor integrale zorg. Voor Wlz-cliënten in dezelfde woonsituatie zijn er geen



verschillen meer in de wijze waarop behandeling voor hen is geregeld en hoe wordt bepaald wat zij nodig hebben. ZN stelt zich in zijn reactie op het consultatiedocument op het standpunt dat, als zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor het leveren van integrale zorg, zij ook verantwoordelijk zijn voor (de mate van) keuzevrijheid van cliënten. Zorgkantoren willen zorgaanbieders vragen om in ieder geval open te staan voor de vraag van een cliënt om een eigen zorgaanbieder te kiezen, en het gesprek aan te gaan over wat wel en niet kan. ZN stelt dat 'de mate waarin een zorgaanbieder dan toch keuzevrijheid kan organiseren, ook mede de kwaliteit van het zorgaanbod bepaalt'. Ook op dit punt volgt de NZa als toezichthouder wat zorgkantoren doen en stimuleren we het uitwisselen van goede voorbeelden.

ZN benoemt terecht in zijn consultatiereactie ook als punt de consequenties van de invoering van dit advies zal hebben voor de informatie en ondersteuning die zorgkantoren zullen moeten bieden aan cliënten. Het is van belang dat alle partijen hier tijdens het invoeringstraject aandacht voor hebben.

### *Zorguitgaven*

Een duidelijker afbakening van leveringsvormen en het opheffen van verschillen tussen Wlz-cliënten in de wijze waarop hun behandeling wordt bekostigd, vermindert het risico op onrechtmatige declaraties waarop zorgkantoren moeten controleren. Bij een integraal tarief zijn er ook geen mogelijkheden om extra kosten voor behandeling afzonderlijk te declareren. Bij boven-budgettaire bekostiging kan dit wel.

Zorgkantoren kunnen bij een integraal tarief inclusief behandeling bij de inkoop niet meer via de prestaties (met of zonder behandeling) sturen op een groter of kleiner volume 'behandeling'. Alle (institutionele) Wlz-cliënten kunnen aanspraak maken op behandeling vanuit de Wlz. De beoordeling aan welke behandeling een bepaalde cliënt behoefte heeft moet op basis van inhoudelijke gronden worden gemaakt. Daarbij moeten zorgkantoren met aanbieders wel het gesprek aangaan en waar nodig afspraken maken over hoe wordt bepaald welke behandeling een cliënt nodig heeft. Hier spelen ook doelmatigheidsvragen een rol, waarbij wij doelmatigheid nadrukkelijk zien als een afweging tussen kwaliteit, kosten en volume. Bij het sturen op kosten moet de beoogde kwaliteit (inclusief maatwerk voor de cliënt) dus altijd in beeld blijven.

### *Organisatie*

Een integraal tarief beperkt de declaratiestromen en de daarmee samenhangende administratieve lasten voor partijen. Aan de andere kant zullen zorgkantoren wel moeten organiseren hoe zij zicht houden op de daadwerkelijke invulling van behandeling voor hun cliënten. Hierbij kan een verbinding worden gelegd met activiteiten in het kader van de invoering van de kwaliteitskaders, die ook zijn gericht op het beter in beeld krijgen (en houden) van de inhoud van de zorg aan cliënten en wat cliënten daarvan vinden.

### *Conclusie toezicht aspecten*

Overheveling van behandeling en aanvullende zorgvormen naar de Wlz heeft als zodanig een positief effect voor de naleving van de zorgplicht door zorgkantoren en de mogelijkheden van toezicht daarop door de NZa. Zorgkantoren hebben binnen integrale prestaties en tarieven de ruimte om te sturen op voldoende, doelmatige en kwalitatief goede behandeling. Het is onderdeel van de taken van de NZa om er toezicht op te houden dat zorgkantoren deze verantwoordelijkheid optimaal invullen binnen de doelen van de Wlz. Vanuit toezichtoogpunt is het dus een goede optie om te kiezen voor een integraal tarief.

## 5. Financiële impact

In dit hoofdstuk brengen wij de macro-financiële gevolgen van het advies van het Zorginstituut in kaart. We beantwoorden daarbij de vragen die het ministerie van VWS aan ons heeft gesteld. In paragraaf 5.1 beschrijven we de uitgangspunten die we hebben gehanteerd voor de berekening. In paragraaf 5.2 geven we inzicht in de uitname van de kosten per deeltkader vanuit de Zvw. We maken daarbij onderscheid naar leveringsvorm en zorgzwaarte (laag/hog). Onder een laag profiel verstaan we de prestaties vv 1 tot en met 3, vg 1 en 2, lg 1 en 3, zg aud 1 en zg vis 1. Tevens staan we stil bij de raming van de kosten voor hulpmiddelen die vanuit de Wmo naar de Wlz verschuiven. In paragraaf 5.3 presenteren we de verhoging van het Wlz-kader. Daarna beschrijven we in paragraaf 5.4 enkele factoren die het grote verschil tussen de bedragen verklaren. We besluiten met een conclusie in paragraaf 5.5.

### 5.1 Uitgangspunten macro-financiële raming

In Tabel 1 in hoofdstuk 2.3 is een gedetailleerd overzicht gegeven van de huidige situatie van bekostiging van behandeling per zorgvorm. Per kader (Wlz, Zvw en Wmo) wordt er een berekening van de uitname of ophoging gemaakt. Voor de raming van de uitname uit de Zvw is gebruik gemaakt van gegevens op prijspeil 2016 (P) en een verwacht aantal dagen zzp/vpt voor 2018 (Q). Deze gegevens zijn vervolgens geïndexeerd naar prijspeil 2019. Voor de raming over de ophoging van het benodigde Wlz-kader is veelal gebruikt gemaakt van prijspeil 2019 (P), en een verwacht aantal dagen zzp/vpt voor 2018 (Q). De raming is gemaakt voor de sectoren vv en ghz. In Bijlage 6 is een gedetailleerde beschrijving opgenomen van de data die gebruikt zijn voor de financiële berekeningen in dit hoofdstuk.

### 5.2 Uitname Zvw en Wmo

#### *Uitname Zvw*

De uitname uit de Zvw is gebaseerd op de daadwerkelijk geleverde zorg aan Wlz-cliënten. Om de uitname uit de Zvw te ramen hebben we gebruik gemaakt van declaratiegegevens van Vektis. Vektis heeft de samenloop tussen Zvw-declaraties en Wlz-declaraties in kaart gebracht. Onder samenloop verstaan we de gedeclareerde kosten in de Zvw tijdens de periode dat ook sprake was van zzp-of vpt-declaraties in 2016. Deze uitgaven zijn omgerekend naar een gemiddeld bedrag per deeltkader per zzp-/vpt-dag voor het jaar 2016. Deze gemiddelde uitgaven per zzp-/vpt-dag zijn vermenigvuldigd met het verwachte aantal zzp-/vpt-dagen in 2018.

In Tabel 4 is de samenloop per deeltkader weergegeven uitgesplitst naar leveringsvorm en zorgzwaarte (laag/hog) van het zorgprofiel. Met de samenloop voor de zzp's zonder behandeling en alle vpt-prestaties is een bedrag gemoeid van 297,5 miljoen euro.

**Tabel 4: Verlaging Zvw kader bij zzp zonder behandeling en vpt**

Deeltkader	Totaal	Hoog zzp	Laag zzp	Hoog vpt	Laag vpt
Geneeskundige zorg	55,2	42,1	3,8	9,0	0,3
Paramedische zorg	24,0	19,4	1,0	3,6	0,1
Farmaceutische zorg	103,6	80,4	7,4	15,2	0,6
Mondzorg	4,3	3,4	0,3	0,7	0,0

## Integrale zorg voor Wlz-cliënten

Hulpmiddelen	66,3	52,2	3,3	10,5	0,3
Ggz basis en gespecialiseerd	21,3	15,9	1,0	4,3	0,1
<b>Totaal prijspeil 2016</b>	<b>274,7</b>	<b>213,4</b>	<b>16,7</b>	<b>43,2</b>	<b>1,4</b>
<b>Totaal prijspeil 2019</b>	<b>297,5</b>	<b>231,0</b>	<b>18,1</b>	<b>46,8</b>	<b>1,5</b>

Bedragen zijn vermeld in miljoenen euro's.

Zoals vermeld in paragraaf 5.1 is de uitname uit de Zvw geraamd op basis van declaratiegegevens uit 2016. De indexering van de bedragen per dekkader naar prijspeil 2019 is niet op detailniveau bepaald. Om toch een inschatting te maken van het prijspeil 2019 is het totale bedrag in de Zvw geïndexeerd van prijspeil 2016 naar 2019. Met de correctie van het prijspeil is naar schatting 22,8 miljoen euro gemoed.

Op dit moment is alleen de specifieke paramedische zorg vanuit de Wlz verzekerd. Het Zorginstituut heeft geadviseerd om alle paramedische zorg te verzekeren als onderdeel van een integraal Wlz-pakket. Als schatter voor de kosten van algemene paramedische zorg gebruiken we de samenloop van de paramedische zorg met een zzp met behandeling. Deze wijziging in de aanspraak brengt met zich mee dat het Zvw-kader ook met 6,8 miljoen euro (prijspeil voorlopig 2019) moet worden verlaagd voor de paramedische zorg die op grond van de Zvw wordt geleverd aan cliënten waarvoor een zzp met behandeling is geleverd.

Samengevat leidt de overheveling tot lagere uitgaven in de Zvw. In totaal ramen we de uitname uit de Zvw voor de sectoren vv en ghz op een bedrag van  $297,5 + 6,8 = 304,3$  miljoen euro. Een groot deel van de uitname komt voor rekening van de dekkaders farmaceutische zorg en hulpmiddelen.

### *Medisch-specialistische zorg*

Hoewel de medisch-specialistische zorg niet wordt overgeheveld naar Wlz, kan ook dit kader mogelijk neerwaarts worden bijgesteld met circa 63,7 miljoen euro (prijspeil voorlopig 2019). Dit kan alleen indien de zorg voor cliënten die betrokken zijn bij de overheveling wijzigt en vergelijkbaar wordt met de zorg geleverd aan cliënten waarvoor nu een zzp met behandeling wordt gedeclareerd. Zolang iedereen dezelfde zorg blijft leveren aan een cliënt met een vpt of zzp zonder behandeling is een neerwaartse bijstelling van het kader medisch-specialistische zorg niet aan te raden, omdat dan de besparing niet wordt verwacht. Hieronder lichten wij deze raming toe.

Naar aanleiding van signalen heeft VWS aan Vektis de opdracht gegeven een analyse uit te voeren naar het gebruik van medisch-specialistische zorg onder Wlz-cliënten. De analyse is uitgevoerd naar cliënten met een verstandelijke beperking en naar cliënten met een psychogeriatrische of somatische beperking. Uit de analyse blijkt dat indien Wlz-behandeling wordt geleverd de kosten voor medisch-specialistische zorg lager zijn dan als geen Wlz-behandeling wordt geleverd.

Uit de analyse naar de zzp's en vpt's voor verstandelijk gehandicapten volgt dat er geen significant verschil is tussen de mate waarin een dbc wordt geopend bij cliënten waarvoor ook een zzp met behandeling of een zzp zonder behandeling is gedeclareerd (respectievelijk 35 en 36% van de cliënten heeft een initiële dbc). Gemiddeld genomen zijn de kosten van het dbc bij de cliënten met behandeling waarvoor een dbc is geopend € 213,- lager dan bij cliënten zonder behandeling.

Bij cliënten met een psychogeriatrische of somatische beperking zien we veel grotere verschillen dan bij de cliënten met een verstandelijke beperking. Bij cliënten zonder behandeling wordt vaker een initieel dbc geopend en de kosten van de dbc zijn hoger. Bij cliënten met een zzp zonder behandeling wordt veel vaker een dbc geopend dan bij cliënten met behandeling (respectievelijk 42% en 23% van de cliënten heeft een initiële dbc). Zzp vv-4 is een zzp dat nog veel wordt

geleverd en waarbij vooral sprake is van de leveringsvorm zzp exclusief behandeling. Hier zien we dat 42% van de cliënten met een zzp vv-4 zonder behandeling een geopend dbc heeft tegenover 29% van de cliënten met een zzp-4 met behandeling. Gemiddeld genomen zijn de kosten van de dbc bij cliënten met een zzp met behandeling waarvoor een dbc is geopend, € 1021,- euro lager dan voor cliënten waarbij sprake is van een zzp zonder behandeling. Deze besparing wordt mede veroorzaakt doordat er een verschil is in het bezoek van de spoedeisende hulp. Zo heeft 26% van de Wlz-cliënten exclusief behandeling in 2016 de spoedeisende hulp bezocht tegenover 12% van de cliënten met behandeling.

Ook het Zorginstituut heeft het gebruik van medisch-specialistische zorg van ouderen in instellingen met en zonder behandeling onderzocht. Ze bevestigen dat zorg voor ouderen met behandeling er toe leidt dat er minder een beroep wordt gedaan op de medisch-specialistische zorg en dat er minder opnames op de spoedeisende hulp zijn.<sup>11</sup> Hoewel het doorgaans lastig is om de kosten en opbrengsten van 'zorg op de juiste plek' te berekenen, volgt uit de analyses van twee verschillende partijen dat er sprake is van een besparing op medisch specialistische zorg.

#### *Uitname Wmo*

De roerende voorzieningen, rolstoelen en overige mobiliteitshulpmiddelen verschuiven van de Wmo naar de Wlz. We zijn niet in staat geweest om de met de overheveling gepaarde mutatie van het Wmo-kader te ramen op basis van daadwerkelijk aan Wlz-cliënten geleverde Wmo-zorg waarbij de samenloop tussen Wmo- en Wlz-declaraties in kaart is gebracht. Een goede registratie van het gebruik van hulpmiddelen ontbreekt, terwijl naar verwachting wel een deel van de over te hevelen cliëntgroep gebruik maakt van een rolstoel. Zo is bijvoorbeeld het aantal mensen in een verpleeghuis dat met tussenpozen of voortdurend gebruik maakte van een rolstoel in 2008 respectievelijk 20% en 29% (SCP, Zorg in de laatste jaren, 2011). Om toch enig inzicht in de orde van grootte van het uit te nemen bedrag te geven is er een indicatieve raming gemaakt op basis van Wlz-gegevens. In deze gegevens is dus het effect van een ander domein, met een andere sturingsfilosofie niet verwerkt.

In de Wlz zijn roerende voorzieningen zoals een hoog-laagbed, tillift en postoeel opgenomen in de integrale tarieven van de zzp's met behandeling. Deze roerende voorzieningen zijn opgenomen in de nic van de behandelcomponent. Deze roerende voorzieningen dragen voor 61% bij aan de inventariscomponent zoals bij invoering van de nic van de zzp's is bepaald. Dit geschatte deel van de inventariscomponent is vermenigvuldigd met het verwachte aantal zzp-/vpt-dagen zonder behandeling in 2018 en komt uit op 19,7 miljoen euro (prijsspeil voorlopig 2019). Vervolgens zijn hierop in mindering gebracht de uitgaven die op grond van de Zvw in 2016 zijn vergoed bij cliënten waarvoor een zzp zonder behandeling of vpt is gedeclareerd. Dit betreft 15,9 miljoen euro (prijsspeil 2019). Het betreft uitgaven die verband houden met voorzieningen die voor langdurig gebruik zijn vergoed (zoals een bed) als voorzieningen die voor kortdurend gebruik zijn vergoed op grond van de Zvw (zoals een tillift). Het resterende deel  $19,7 - 15,9 = 3,8$  miljoen euro omvat dan de raming voor de roerende voorzieningen verstrekt vanuit de Wmo.

Voor de raming van het bedrag voor rolstoelen voor individueel gebruik hebben we de verlaging van het Wmo-kader gelijk gesteld aan de ophoging van het Wlz-kader. Mensen met een handicap die geïndiceerd zijn in een hoog profiel, bijvoorbeeld zzp VG8, maken meer gebruik van een rolstoel, dan gehandicapten die zijn geïndiceerd in een laag profiel of een profiel dat rekening houdt met gedragsstoornissen.

---

<sup>11</sup> Zorginstituut rapport 'Ouderenzorg 2013-2016 – Deel 1, Zorggebruik en zorgkosten van ouderen'.

Zonder correctie zouden we de uitname uit de Wmo overschatten. Met behulp van gegevens van één concessiehouder, die voor ons de uitgaven voor rolstoelen over het jaar 2018 per zzp in kaart heeft gebracht is hiervoor gecorrigeerd. Het aandeel van deze concessiehouder in de totale uitgaven voor rolstoelen in de Wlz is 18% en deze concessiehouder levert 19% van alle gedeclareerde zzp dagen met behandeling. Met behulp van de gegevens van deze concessiehouder hebben we een normbedrag voor rolstoelen per dag per prestatie kunnen berekenen. Uit deze methode volgt dat het Wmo-kader voor de overheveling van rolstoelen met een bedrag van 46,0 miljoen euro (prijspeil voorlopig 2019) neerwaarts moet worden bijgesteld. Deze schatting is exclusief overige mobiliteitshulpmiddelen zoals een scootmobiel. We wijzen erop dat de raming gebaseerd is op Wlz gegevens en niet op feitelijke uitgaven van gemeenten.

Eén gemeente en een leverancier van hulpmiddelen hebben aangegeven een lager bedrag aannemelijker te vinden. Het door ons geraamde bedrag voor uitname uit het Wmo-kader is relatief fors, voor de naar hun mening beperkte doelgroep van cliënten met een zzp zonder behandeling. Concrete en voor ons kwantificeerbare aanwijzingen dat gemeenten minder rolstoelen leveren (volume) aan cliënten met een zzp zonder behandeling, een goedkoper type rolstoel leveren, of een lagere prijs voor dezelfde rolstoel bedingen (prijs) dan zorgkantoren, hebben we vooralsnog niet. We kunnen een verschil in uitgaven als gevolg van een andere sturingsfilosofie voor de verstrekking van rolstoelen tussen het Wmo en Wlz domein echter niet uitsluiten. Onderzoek naar uitgaven voor mobiliteitshulpmiddelen op basis van Wmo gegevens kan een betere schatting voor de daadwerkelijke uitname uit de Wmo geven.

**Tabel 5: Raming uitname Wmo**

Deelkader	Totaal	Hoog zzp	Laag zzp	Hoog vpt	Laag vpt
Roerende voorzieningen totaal	19,7	15,1	1,2	3,4	0,1
Correctie uitgaven Zvw hulpmiddelen	-15,9	-13,1	-1,0	-1,8	-0,1
Individuele rolstoel	46,0	36,9	0,8	8,3	0,1
Overige mobiliteitshulpmiddelen	nb	nb	nb	nb	nb
<b>Totaal</b>	<b>49,8</b>	<b>38,9</b>	<b>1,0</b>	<b>9,8</b>	<b>0,1</b>

Bedragen zijn vermeld in miljoenen euro's.

We adviseren partijen om afspraken te maken over welke voorzieningen nog uit de Wmo worden bekostigd. Door bijvoorbeeld af te spreken dat voor nieuwe cliënten en bij vervanging de hulpmiddelen uit de Wlz worden bekostigd, ontstaat een geleidelijk ingroei-traject van circa 49,8 miljoen vanaf het moment van invoering.

Samengevat leidt de overheveling tot lagere uitgaven in de Wmo. In totaal ramen we de uitname uit de Wmo voor de sectoren vv en ghz op een bedrag van  $19,7 - 15,9 + 46,0 = 49,8$  miljoen euro. Het is ons niet gelukt om een bedrag voor overige mobiliteitshulpmiddelen te ramen.

### 5.3 Ophoging Wlz-kader

Voor de raming is gebruik gemaakt van de prestatiestructuur zoals die op dit moment van toepassing is in de Wlz: zzp- en vpt-prestaties met behandeling. Indien voor een andere prestatiestructuur wordt gekozen, dan moet de impact opnieuw berekend worden. De benodigde ruimte voor het Wlz-kader is opgebouwd uit enerzijds de onder de contracteerruimte vallende zzp- en vpt-behandelcomponent. Anderzijds de niet onder de contracteerruimte opgenomen dure zorggebonden materialen en geneesmiddelen en boven-budgettaire hulpmiddelen.

### *Zzp- en vpt-deelkader*

De huidige zzp- en vpt-prestaties zonder behandeling zijn al onderdeel van het Wlz-kader. Voor de geraamde ophoging van het Wlz-kader is het verschil tussen de zzp met behandeling en zzp zonder behandeling berekend, de zogenaamde behandelcomponent per zzp. De behandelcomponent omvat een vergoeding voor de loon- en materiële kosten, de inventaris en de kapitaallasten. De behandelcomponent wordt bij invoering van het advies toegevoegd aan de vpt-prestaties en zzp's zonder behandeling. Waar nodig is voorkomen dat de 'specifieke behandeling' tweemaal wordt bekostigd. Deze berekening vormt het startpunt van de raming. De lage zzp-prestaties van een reeks, veelal zzp 1 en 2 met uitzondering van de reeks zg-aud, voorzien momenteel niet in een vergoeding voor behandeling en aanvullende zorgvormen. Bij de raming zijn wij uitgegaan van de behandelcomponent zoals opgenomen in de eerstvolgende van de zzp-reeks. De loon en materiële kosten van de behandelcomponent voor de reeksen vg, lg, zg-aud en zzp vv-1, 2 en 3 zijn gebaseerd op het onlangs uitgevoerde kostenonderzoek langdurige zorg en zijn daarmee een zo actueel mogelijke schatting van de gemiddelde kosten voor behandeling per zzp- of vpt-prestatie. Met dit startpunt van de berekening is een bedrag gemoeid van 738,6 miljoen euro.

### *Correctie nic en nhc van het vpt*

Om deze methode te kunnen toepassen moet een wijziging in de kapitaallasten en inventariscomponent voor behandeling bij vpt worden doorgevoerd. Deze componenten zijn geen onderdeel van het tarief van de vpt prestaties. Bij invoering van het vpt was de veronderstelling dat cliënten thuis zouden worden behandeld. In de praktijk worden de cliënten zowel thuis als in de behandelkamer/polikliniek bij de zorgaanbieder behandeld. In het laatste geval moet ook de inventaris en het gebouw worden bekostigd alwaar de behandeling van de cliënt plaatsvindt. Deze zorg wordt nu al geleverd en bekostigd door zorgaanbieders uit andere inkomsten. Om te voorkomen dat we dubbel vergoeden is dus een correctie nodig. Met deze wijziging is een bedrag gemoeid van 14,8 miljoen euro. Bij invoering van het advies van het Zorginstituut zullen we hier in de tariefberekening rekening mee moeten houden.

### *Mondzorg*

De mutatie voor mondzorg is geraamd door het totaal aan geprognoseerde boven-budgettaire kosten die wij van het Zorginstituut hebben ontvangen te delen door het verwacht aantal zzp-dagen met behandeling. Het verwacht gebruik per Wlz-profiel is voorspeld met behulp van Zvw-declaraties omdat bijvoorbeeld de mondzorgkosten per profiel kunnen verschillen. Dit gemiddelde bedrag per profiel is vermenigvuldigd met het verwachte aantal zzp zonder behandeling en vpt-dagen in 2018. Wij ramen de ophoging voor mondzorg op 35,4 miljoen euro.

Voor de cliënten met een zzp met behandeling wordt mondzorg momenteel boven-budgettair bekostigd. Hiermee is een bedrag van 67,4 miljoen euro gemoeid. Deze kosten verschuiven van boven-budgettair naar de contracteerruimte.

### *Algemeen paramedische zorg*

Op dit moment is alleen de specifieke paramedische zorg vanuit de Wlz verzekerd. Het Zorginstituut heeft geadviseerd om alle paramedische zorg te verzekeren als onderdeel van een integraal Wlz-pakket. Als schatter voor de kosten van algemene paramedische zorg gebruiken we de samenloop van de paramedische zorg met een zzp met behandeling. Dit betreft paramedische zorg die is gedeclareerd ten laste van de Zvw en de aanvullende verzekering. Voor alle Wlz-cliënten met een zzp of vpt schatten we een totaalbedrag van 47,2 miljoen euro. Het betreft 29,9 miljoen euro voor de cliënten met een zzp met behandeling en 17,2 miljoen voor de cliënten met een zzp zonder behandeling of een vpt.

### *Behandeling mpt*

In 2016 is voor een bedrag van 0,9 miljoen euro behandeling (prestaties bh per uur) gedeclareerd in combinatie met een zzp of vpt zonder behandeling. Dit bedrag

## Integrale zorg voor Wlz-cliënten

is in mindering gebracht op het dekkader zzp's, vpt's, crisiszorg, mutatiedagen, omdat de toegevoegde tariefcomponent voor behandeling in de toekomst in deze zorg voorziet. Zorgaanbieders geven aan dat dit bedrag in de periode 2017-2018 substantieel is gestegen. Het hier geschetste bedrag is daarom naar verwachting een onderschatting en bij invoering moet op basis van de meest recente cijfers voor deze stijging worden gecorrigeerd.

### Korting zorgkantoren

Het aan de Wlz toe te voegen bedrag is berekend met behulp van de tarieven die de NZa op 3 juli 2018 voor het jaar 2019 heeft gepubliceerd. In de praktijk bedingen zorgkantoren kortingen op deze tarieven. Uitgaande van een korting van 3,5% is hier een bedrag van 30,6 miljoen euro mee gemeoid.

### Extreme kosten geneesmiddelen en zorggebonden materialen

De uitgaven voor dure geneesmiddelen en zorggebonden materialen zijn per zzp met behandeling geraamd. De bedragen per zzp met behandeling beschouwen wij als de te verwachte extra uitgaven voor dure materialen en geneesmiddelen bij cliënten waarvoor nu een vpt-prestatie of zzp zonder behandeling wordt gedeclareerd. De geraamde kosten zijn op prijspeil 2019 gebracht en bedragen 6,5 miljoen euro.

### Rolstoelen

De ophoging van het Wlz-kader voor rolstoelen hebben we eerder al beschreven in paragraaf 5.2 onder uitname Wmo-kader. We schatten de uitgaven op 46,0 miljoen euro.

### Individueel aangemeten hulpmiddelen

Voor de individueel aangemeten hulpmiddelen (orthese, prothese etc.) hebben we op basis van opgaven van de zorgkantoren een bedrag voor cliënten met een zzp zonder behandeling of vpt geraamd. Dit komt uit op 10,4 miljoen euro.

**Tabel 6: Raming ophoging Wlz-kader**

Deelkader	Totaal	Hoog zzp	Laag zzp	Hoog vpt	Laag vpt
zzp's en vpt's, crisiszorg, mutatiedagen	738,6	587,5	46,6	100,4	4,1
Correctie nic nhc vpt	-14,8			-13,7	-1,1
Mondzorg op te nemen in ZZP zonder behandeling en VPT	35,4	26,8	3,3	5,0	0,3
Mondzorg op te nemen in ZZP met behandeling	67,4	67,2	0,2		
Paramedische zorg opnemen in ZZP zonder behandeling en VPT	17,2	13,2	1,5	2,4	0,1
Paramedische zorg opnemen in ZZP met behandeling	29,9	29,9	0,0		
Correctie vervallen behandeling (per uur)	-0,9	-0,7	-0,0	-0,2	-0,0
Korting zorgkantoren (3,5%)	-30,6	-25,4	-1,8	-3,3	-0,1
<b>Subtotaal contracteerruimte</b>	<b>842,2</b>	<b>698,6</b>	<b>49,7</b>	<b>90,6</b>	<b>3,3</b>
Mondzorg op te nemen in ZZP mét behandeling	-67,4	-67,2	-0,2		
Extreme kosten geneesmiddelen, zorggebonden materialen	6,5	4,9	0,5	1,0	0,0
Rolstoelen	46,0	36,9	0,8	8,3	0,1
Individueel aangemeten hulpmiddelen	10,4				
<b>Subtotaal boven-budgettair</b>	<b>-4,4</b>				
<b>Totaal</b>	<b>837,8</b>				

Bedragen zijn vermeld in miljoenen euro's.

Samengevat moet het Wlz-kader worden opgehoogd met een bedrag van 837,8 miljoen euro. Van het totaal geraamde bedrag voor het Wlz-kader valt 842,2



miljoen euro onder de contracteerruimte en het bedrag buiten de contracteerruimte daalt met 4,4 miljoen euro. Tabel 6 is e.e.a. uitgesplitst naar leveringsvorm en zorgzwaarte (laag/hoog) van het zorgprofiel.

## 5.4 Duiding van de verschillen

Uit de hierboven beschreven analyse moet het Wlz-kader worden opgehoogd met een bedrag van 837,8 miljoen euro en daalt het Zvw kader en Wmo kader met 354,1 miljoen euro (297,5 + 6,8 + 49,8) oplopend tot 417,8 als we de besparing van 63,7 miljoen euro voor medisch-specialistische zorg meenemen. In het laatste geval bestaat er per saldo een verschil van  $837,8 - 417,8 = 420,0$  miljoen euro. Hier is een bedrag van 15,96 euro per dag mee gemoeid als we dit berekenen voor de vpt prestaties en de zzp prestaties zonder behandeling. Ter illustratie, dit is circa 6,4% van de dagprijs van de prestatie vv-5.

Om deze verschillen te duiden hebben wij met vrije beroepsbeoefenaren, medewerkers van zorgaanbieders en beleidsmedewerkers van brancheorganisaties en het Zorginstituut gesproken. In deze paragraaf geven we een overzicht van de oorzaken van het geconstateerde verschillen.

### *Verskil verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend personeel en begeleiders dagbesteding*

Het verschil tussen het tarief voor zzp met behandeling en het tarief voor zzp zonder behandeling omvat niet alleen de vergoeding voor het personeel dat cliënten behandelt (paramedici, artsen). Het omvat ook een vergoeding voor de kosten van verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend (VOV) personeel. Dit komt voor indien bijvoorbeeld een instelling met behandeling veel meer of hoger geclassificeerd VOV-personeel in dienst heeft dan een instelling die geen behandeling levert. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat de behandelaren niet alleen zelf de behandeling uitvoeren maar ook taken delegeren, zodat begeleiders dit kunnen doen op aanwijzing van de behandelaar. Als gevolg van deze handelwijze is er meer of duurder begeleidend personeel in dienst bij de instelling. Hiermee is een bedrag van circa 13,4 miljoen euro gemoeid ofwel € 0,53 per dag zzp zonder behandeling of vpt. Een zelfde redenering gaat op voor begeleiders dagbesteding (DB). In onderstaande tabel is dit per sub-sector nader gespecificeerd.



**Tabel 7: verschil VOV en DB personeel tussen zzp's/vpt's met en zonder behandeling**

Sector	Bedrag
vg-3 t/m -8	27,1
lg-3 t/m -7	-6,1
zg-aud-1 t/m -4	0,7
vv-3	-8,3
<b>Totaal</b>	<b>13,4</b>

Bedragen zijn vermeld in miljoenen euro's.

Het omgekeerde kan ook het geval zijn, en dat zien we bijvoorbeeld bij de zzp en vpt vv-3. Hier zien we dat de instellingen die een zzp vv-3 zonder behandeling leveren gemiddeld genomen meer of duurder VOV personeel in dienst hebben dan instellingen die een zzp met behandeling leveren. In deze raming is niet extra gecorrigeerd voor het behoud van dit personeel omdat we als uitgangspunt hebben genomen dat de zzp's zonder behandeling komen te vervallen.

#### *Verskil in aanspraken*

Het Zorginstituut gaf in haar advies al aan dat de aanspraken in de Wlz ruimer zijn gedefinieerd dan in de Zvw. Dit geldt voor geneesmiddelen, paramedische zorg en mondzorg. Het Zorginstituut doet geen voorstel om deze Wlz-aanspraken te beperken naar het niveau waarop de vergoeding in de Zvw is of een ander niveau. Dit brengt bijvoorbeeld met zich mee dat de toevoeging aan de Wlz voor mondzorg circa 35,4 miljoen euro is en de uitname uit de Zvw slechts 4,3 miljoen euro. Hiermee is circa € 1,24 per dag gemoeid per gedeclareerde prestatie zonder behandeling.

Zvw-verzekerden kunnen ook zelf, zonder tussenkomst van een verzekering, de zorg betalen aan een zorgverlener. Dit komt voor bij paramedische zorg, mondzorg en farmaceutische zorg. Geneesmiddelen zoals paracetamol en maagzuurremmers worden op grond van de Zvw niet vergoed maar wel op grond van de Wlz als sprake is van een zzp met behandeling. De gegevens van Vektis omvatten niet de declaraties die zelf zijn voldaan door verzekerden zodat wij deze uitgaven ook niet hebben kunnen ramen. Ook de consultatieronde heeft geen extra gegevens opgeleverd.

Verzekerden kunnen de zorg ook vergoed krijgen uit een aanvullende verzekering (av). De av is een particulier besluit en de overheid kan deze zorg niet overhevelen. Voor de macro-budgettaire vergelijking tussen verhoging Wlz en verlaging Zvw/Wmo zijn de uitgaven aan zorg ten laste van de av wel een verklaring voor een deel van het verschil. Voor cliënten met een av en een zzp zonder behandeling of een vpt is circa 21,7 miljoen in euro (prijsspeil voorlopig 2019) aan zorg gedeclareerd ten laste de av. Zou iedere Wlz-cliënt waarvoor nu een zzp zonder behandeling of vpt wordt gedeclareerd een av hebben gehad dan is hiermee een bedrag gemoeid van 41,6 miljoen euro (prijsspeil voorlopig 2019) ofwel € 1,66 per dag voor de prestaties zzp zonder behandeling of vpt.

Als we corrigeren voor de uitgaven av (€ 1,66), extra VOV-personeel (€ 0,53) en mondzorg (€ 1,24) dan resteert er een verschil van  $15,96 - 1,66 - 0,53 - 1,24 = 12,53$  euro per dag dat een zzp zonder behandeling of vpt is geleverd. Dit is 5% van de totale prijs van bijvoorbeeld een zzp vv-5 met behandeling.

#### *De aard van de geleverde zorg in de praktijk: Preventief vs. reactief*

In de praktijk blijkt dat er veel meer verschillen zijn dan alleen formele pakketverschillen zoals hierboven geschetst tussen Zvw- en Wlz-zorg. Hieronder lichten wij dit toe.

Geneeskundige en paramedische zorg die verstrekt wordt op grond van de Zvw wordt vaak pas geleverd nadat sprake is van een klacht. Het initiatief ligt vaak bij

de patiënt en is reactief van aard. De zorg van bijvoorbeeld een so/avg of orthopedagoog is veelal proactief en daarmee preventief van aard, waarbij geprobeerd wordt te voorkomen dat cliënten later intensievere of zwaardere zorg nodig hebben. Onderzoek van Vektis en het Zorginstituut bij Wlz-cliënten met een zzp met behandeling wijst uit dat minder vaak worden doorverwezen naar een ziekenhuis en per verwijzing ook minder kosten worden gemaakt (paragraaf 5.2). Naar de mening van geconsulteerde partijen leidt het bestaan van plaatsen waarbij geen sprake is van Wlz-behandeling niet altijd tot een wenselijke situatie. Zo zou het naar mening van een geconsulteerde partij te verdedigen zijn vanuit de beroepsgroep dat er altijd een arts moet zijn die in deze proactieve zorg kan voorzien bij een cliënt met een zzp of vpt vg-6 of vg-7. Er zou nu dus sprake zijn van een vorm van onderbehandeling, vooral bij cliënten met de zwaardere prestaties die verblijven in een instelling waar geen Wlz-behandeling wordt geleverd.

Wlz-behandeling richt zich in de ghz-sector vaak op gedragskundige zorg, zoals van een muziektherapeut of orthopedagoog. Volgens geconsulteerde partijen wordt aan cliënten waarvoor een zzp met behandeling wordt gedeclareerd veel meer non-verbale (drama, muziek, psychomotore) therapie geleverd op grond van de Wlz dan aan cliënten waarvoor een zzp zonder behandeling wordt gedeclareerd. Als voorbeeld geeft men aan dat cliënten waarvoor een zzp met behandeling wordt gedeclareerd doorgaans meer muziektherapie krijgen dan cliënten waarvoor een zzp zonder behandeling wordt gedeclareerd en de behandeling op grond van de Zvw ontvangen. Ook de orthopedagoog wordt bij een zzp zonder behandeling minder ingezet vanwege de eisen van het regie-behandelaarschap bij de ggz-prestaties. Wij kunnen dit effect nu niet kwantificeren. Hiervoor zou aanvullend onderzoek nodig zijn waarbij de geleverde vaktherapie en orthopedagogie wordt geregistreerd gedurende een periode.

Behandelaren die zorg leveren bij een zorgaanbieder zijn onderdeel van een team van zorgverleners. Ze leveren niet alleen face-to-face zorg aan een cliënt. Ze geven ook aanwijzingen aan het zorgpersoneel over de wijze waarop het VOV-personeel en het personeel op de dagbesteding de zorg moet leveren. Deze component, die experts ook wel behandeling op de achtergrond noemen, is onderdeel van het tarief van een zzp met behandeling. Behandeling op de achtergrond wordt naar mening van gesproken partijen minder geleverd indien sprake is van een cliënt met een zzp zonder behandeling.

#### *Aansluiting met werkelijke zorgvraag vs. beschikbaarheid*

De prestaties en indien van toepassing de tarieven of afgesproken prijzen van de vrije beroepsbeoefenaren in de Zvw sluiten veel preciezer aan bij de daadwerkelijke zorgvraag van de cliënt op een zeker moment (er wordt geleverd en betaald per prestatie/activiteit) dan de behandelcomponent in de zzp prestaties. Het Wlz-tarief met behandeling is te beschouwen als een (gemiddeld) abonnementstarief waarin ook een vergoeding zit voor de beschikbaarheid van de behandelaar. Zowel in de periode dat het goed gaat met de cliënt en weinig behandeling nodig is als in de periode dat het slecht gaat met de cliënt en veel behandeling nodig is wordt deze component vanaf opname tot ontslag gedeclareerd.

#### *Tariefopbouw NZa: gemiddelde burger versus Wlz-cliënt*

Het is in de gehandcaptensector gewoon dat huisartsen ook de algemeen geneeskundige zorg leveren aan gehandcaptten waar een zzp of vpt met behandeling van toepassing is. Dit omdat de avg niet is opgeleid voor het leveren van huisartsenzorg. De zorgaanbieder die het zzp of vpt levert maakt met de huisartsen afspraken over de zorg (prestatie) en de prijs. Mensen werkzaam bij Wlz-instellingen hebben de indruk dat Wlz-instellingen die verblijf en behandeling bieden veelal meer betalen dan de prijs die nu in rekening wordt gebracht door huisartsen bij zorgverzekeraars. We hebben niet onderzocht of Wlz-instellingen daadwerkelijk meer betalen dan de prijs die nu in rekening wordt gebracht door huisartsen bij zorgverzekeraars. De NZa kan zich wel voorstellen dat de

afgesproken prijs tussen Wlz-instelling en huisarts terecht kan zijn. Het leveren van zorg aan een gehandicapte vergt naar verwachting meer tijd dan de levering van zorg aan andere burgers. Met andere woorden, indien de betreffende zorg zou worden overgeheveld naar de Zvw in plaats van de Wlz dan zou op zijn minst moeten worden onderzocht of de tarieven en prestatiestructuur voor geneeskundige zorg in de Zvw niet moet worden aangepast omdat een cliëntgroep met een zware en diverse zorgvraag wordt overgeheveld naar de Zvw.

### *Prijsafspraken Zvw*

De gesproken partijen verwachten dat de zorgverzekeraars scherpere prijzen afspreken met de vrije beroepsbeoefenaren dan zorgkantoren met zorgaanbieders die Wlz-verblijf of vpt leveren. In de monitor paramedische zorg brengen we voor de paramedische beroepen de feitelijke ontwikkelingen in kaart over de betaalbaarheid, de kwaliteit en de toegankelijkheid van deze zorg. Deze monitor verschijnt in het eerste kwartaal van 2019.

### *Transparantie*

In de Zvw is volgens de door ons geconsulteerde partijen door onwetendheid van de verzekerde minder vraag naar behandeling. De cliënt weet niet altijd of er hulp/een behandeling is voor de vraag van de cliënt. Daardoor wordt er minder zorg geleverd. Tevens weet de cliënt niet altijd te formuleren welke hulpverlener in de behoefte kan voorzien. Bij verblijf van de cliënt bij een zorgaanbieder met een multidisciplinair team is volgens geconsulteerde partijen deze kennis wel aanwezig en zal er meer zorg worden geleverd.

### *Zorgmijding*

Mondzorgaanbieders hebben aangegeven dat bij Wlz-cliënten die voor het eerst in zorg komen, sprake kan zijn van zorgmijding. De inhaalslag bij opname zorgt dan voor extra kosten ten laste van de Wlz.

### *Andere zorgbehoefte*

Eén zorgaanbieder is van mening dat cliënten zonder behandeling vaak een lagere behandelbehoefte hebben dan cliënten met behandeling. Als in de praktijk blijkt dat iemand zonder behandeling voortaan behandeling nodig heeft, dan komt de cliënt op een behandelplek. "Indien iemand zonder behandeling iedere dag fysiotherapie nodig heeft dan wordt de cliënt opgenomen op een plek met behandeling. Als deze behoefte er niet is, dan komt de cliënt op een plek zonder behandeling." Dit beeld is door twee andere geconsulteerde partijen betrokken bij de inkoop van zorg bevestigd. Dit beeld staat haaks op de probleemanalyse omdat er geen afstemmingsproblemen tussen zorgaanbieders kunnen zijn over zorg waar geen behoefte aan is maar zou eventueel nader onderzocht kunnen worden.

### *Kruissubsidiering vanuit de Wlz*

Enkele zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg geven aan dat er sprake is van kruissubsidiëring. Ze leveren ook behandeling (avg, gedragsdeskundigen, paramedisch, BOPZ-arts en non-verbale therapieën) aan cliënten met een zzp zonder behandeling of vpt, maar hebben geen contractafspraken kunnen maken met Zvw-verzekeraars. Deze kruissubsidiëring zou bij de invoering van de nieuwe behandel tarieven in mindering moeten worden gebracht op de zzp-tarieven met behandeling. We zijn niet in staat geweest om op korte termijn het bedrag te ramen dat met deze herijking van de behandelcomponent is gemoeid. De NZa heeft meer tijd nodig voor een zorgvuldige analyse naar dit aspect. Eén zorgaanbieder heeft aangeboden om ons te helpen om meer inzicht te krijgen in deze post, omdat behandeling wordt geleverd aan cliënten waarbij een zzp zonder behandeling wordt gedeclareerd met de bestaande formatie behandelaren, zonder hiervoor een declaratie in te dienen in de Wlz of Zvw. Dit is een unieke kans voor de NZa om meer inzicht te krijgen in de werkwijze en bekostiging van behandeling.

### *Inzet kwaliteitsgelden*

Het mogelijk om in 2019 de kwaliteitsgelden verpleeghuiszorg te besteden aan de inzet van behandelaren. Of dit gebeurt en in welke mate zal op een later moment in kaart gebracht moeten worden.

### *Doelmatigheid*

Enkele aanbieders grijpen ons verzoek om verklaring voor de meerkosten aan om meer aandacht te vragen voor een doelmatige organisatie van de Wlz-zorg en hebben hiervoor ook ideeën geopperd. Voortbordurend op hun ideeën zou aan de volgende initiatieven kunnen worden gedacht die in de toekomst zouden kunnen bijdragen aan een doelmatige verstrekking van behandeling en genees- en hulpmiddelen.

- Leveranciers van hulpmiddelen hebben geopperd dat als gevolg van de afname van grote volumes er kostenbesparingen zijn te behalen in de Zvw. Er zou onderzocht kunnen worden of bijvoorbeeld deze kortingen ook voor een groep van Wlz-zorgaanbieders in een zorgkantorregio kunnen worden bedongen. Ook voor farmaceutische zorg kan hier onderzoek naar worden verricht.
- Twee aanbieders, één van verpleging en verzorging en één van gehandicaptenzorg geven aan dat een andere aansturing van de behandeldienst ook tot doelmatigheid en minder praktijkvariatie zal leiden. Sturen op planmatig werken, met een doel en een concreet resultaat zou volgens ons als resultaat moeten hebben dat meer patiënten door dezelfde hoeveelheid behandelaren kan worden geholpen dan nu het geval is. Ook hier zou verder onderzoek naar moeten plaatsvinden en zouden eventuele significante resultaten verder moeten worden verspreid. Dan kan ook worden gekeken of hier een resultaatgerichte bekostiging (prestatie en tarief) aan kan worden verbonden. Deze beweging is bijvoorbeeld al eens in gang gezet bij de overheveling van geriatrische revalidatiezorg naar de Zvw.

## **5.5 Conclusie**

Het advies van het Zorginstituut heeft tot gevolg dat middelen worden overgeheveld van de Zvw en Wmo naar de Wlz. Voor de Zvw ramen wij een daling van de uitgaven van 304,3 miljoen euro. Een groot deel van de uitname komt voor rekening van de dekkaders farmaceutische zorg en hulpmiddelen. Als we rekening houden met de geraamde besparing op medisch-specialistische zorg loopt dit bedrag op naar 368,0 miljoen euro. Voor een zo nauwkeurig mogelijke berekening van de uitname Zvw, adviseren we om vlak voor de overheveling de uitname opnieuw te berekenen op basis van de meeste recent cijfers.

Voor de Wmo ramen wij een uitname van 49,8 miljoen euro. Het is ons niet gelukt om een bedrag voor overige mobiliteitshulpmiddelen te ramen.

Voor het Wlz-kader ramen wij een verhoging van 837,8 miljoen euro. Van het totaal geraamde bedrag voor het Wlz-kader valt 842,2 miljoen euro onder de contracteerruimte en het bedrag buiten de contracteerruimte daalt met 4,4 miljoen dalen. In deze raming is niet het effect van een eventuele aanzuigende werking meegenomen als gevolg van de kwaliteitsverbetering.

Per saldo leidt het advies van het Zorginstituut tot een verschil tussen Wlz-kader en Zvw, Wmo kader van  $837,8 - 368,0 - 49,8 = 420,0$  miljoen euro.

In paragraaf 5.4 is een aantal door partijen genoemde verklaringen voor de verschillen tussen Zvw en Wmo enerzijds en Wlz anderzijds beschreven. Naar onze mening worden de verschillen verklaard door verschillen in aanspraken, sturingsfilosofieën en de aard van de geleverde zorg. Het was voor ons niet mogelijk om de volgende belangrijke posten te kwantificeren:

- de zorg die nu door de burgers zelf wordt betaald, zoals maagzuurremmers of tandheelkundig zorg;

### *Integrale zorg voor Wlz-cliënten*

- de uitgaven die samenhangen met de integraliteit van geleverde Wlz-zorg zoals vaktherapie bij een zzp met behandeling t.o.v. een zzp zonder behandeling;
- de zorg die nu door de instellingen bekostigd wordt uit de opbrengsten van het zzp met behandeling maar geleverd wordt aan cliënten die hier niet voor verzekerd zijn (kruissubsidiëring).

Om meer inzicht te krijgen in deze uitgaven zou aanvullend onderzoek moeten worden gedaan. De gegevens uit het Wlz-kostenonderzoek zijn hiervoor niet voldoende gedetailleerd. Enkele aanbieders hebben aangeboden om samen met de NZa in meer detail naar de kostenstructuur in de Wlz te kijken. Dat kan waardevolle aanvullende inzichten opleveren. Het is onze overtuiging dat dit onderzoek niet tot volledige onderbouwing van de door ons geconstateerde verschillen zal leiden.

## 6. Consultatie

In dit hoofdstuk vatten we de reacties uit de bestuurlijke consultatie samen. In een aparte bijlage is een tabel met alle reacties opgenomen, geordend naar de in dit hoofdstuk behandelde onderwerpen. Waar relevant zijn de reacties ook verwerkt in de voorgaande hoofdstukken. De reacties op de onderwerpen invoeringstermijn en keuzevrijheid behandelen we in hoofdstuk 7.

### 6.1 Vpt en institutionele zorg (zie bijlage 7A)

Veel van de geconsulteerde partijen zijn het op hoofdlijnen eens met de door ons voorgestelde afbakening van vpt en institutionele zorg. Zij geven aan dat de indeling logisch is in de gehele lijn die voor de operatie Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen wordt voorgesteld. Ook wordt bevestigd dat de leveringsvorm vpt exclusief behandeling hiermee volledig kan komen te vervallen en dat het onderscheid tussen geclusterd en niet-geclusterd vpt niet meer noodzakelijk is. Argumenten voor deze afbakening zijn dat deze maatregel het overzicht van het complexe zorglandschap verheldert en een toename van de rechtszekerheid van cliënten. De cliënt met een vpt krijgt meer integraliteit en kwaliteit van wonen, welzijn, zorg en behandeling. De cliënt kan daarnaast zorgaanbieders aanspreken op de te leveren zorg en hen verantwoordelijk houden voor de samenhang van het aanbod. Ook creëert het een gelijk speelveld voor alle zorgaanbieders, waarbij de zorgvraag van de cliënt voorop staat en niet de locatie of woonvorm van de cliënt. De afbakening is toekomstbestendig, volgt persoonsvolgende bekostiging en geeft de zorgkantoren extra handvaten in te kopen op kwaliteit.

Het alternatief, een definiëring van geclusterd vpt op basis van regie over wonen, zorg en welzijn of woonvorm, leidt volgens een aantal partijen tot een kunstmatige en niet eenduidige scheiding. Een dergelijke indeling zal nooit alle woonvormen dekken en daarmee geen duidelijkheid geven in de toekomst.

Hoewel veel van de geconsulteerde partijen het eens zijn met ons voorstel, zijn er ook zorgaanbieders die in de voorgestelde afbakening van institutionele zorg geen oplossing zien of aandachtspunten noemen voor de uitvoering. Zo benadrukt een aantal partijen dat door de afbakening los te koppelen van de woonvorm juist ook onduidelijkheid kan ontstaan. De zorgaanbieders van kleinschalige woonzorgvormen kunnen immers zelf bepalen hoe zij deze zorg inrichten en of zij integrale zorg leveren. Gevolg kan zijn dat de ene geclusterde woonvorm wel integrale zorg levert en de andere niet, wat onduidelijkheid oplevert voor cliënten. Deze partijen pleiten er dan ook voor om toch aan te sluiten bij het schema woonvormen uit Bijlage 4.

Verschillende partijen merken ook op dat het lastig zal zijn voor zorgaanbieders om voor cliënten die individueel in de wijk wonen garant te staan voor volledige integrale zorg en dienstverlening. 24-uurs toezicht is onderdeel van de prestatie zzp/vpt en dit zal in de echte thuissituatie lastig te leveren zijn. Als het wel lukt om integrale zorg te leveren, dan zal dat zeker niet efficiënt en adequaat gedaan kunnen worden. Hiermee zal de levering van vpt voor individueel thuiswonende cliënten dus moeilijker te leveren zijn, aldus deze partijen.

Naar aanleiding van de aandachtspunten hierboven, zullen wij zullen in de uitwerking van de nieuwe prestaties vpt te zijner tijd bekijken of extra voorwaarden voor levering van vpt in de thuissituatie nodig zijn. Ons advies voorziet er in dat het vpt inclusief behandeling en de aanvullende zorgvormen mag worden geleverd aan cliënten die woonachtig zijn in zowel een geclusterde als niet geclusterde situatie. Er is dus ook voor de niet geclusterde 'thuissituatie' een volwaardig integraal

alternatief. Dit laatste is echter alleen mogelijk indien de zorg door één zorgaanbieder verantwoord en doelmatig in deze niet geclusterde situatie kan worden geboden. Indien een cliënt dus integrale zorg nodig heeft conform de standaarden en deze zorg ook wenst te ontvangen, dan zal de cliënt naar een geclusterde setting moeten verhuizen indien de zorg thuis niet verantwoord en doelmatig kan worden geboden. De Wlz-cliënt kan er ook voor kiezen om af te zien van integrale zorg en via mpt of pgb de zorg bij een of meer aanbieders zelf in te kopen.

Tot slot wijzen verschillende partijen op de effecten van de voorgestelde afbakening op het mpt en pgb. Deze mogelijke consequenties zijn inhoudelijk en financieel niet door ons onderzocht, maar spelen wel degelijk een rol bij de uitvoering van het advies. Zo merken partijen op dat de onduidelijkheid over het recht op behandeling bij een mpt en pgb blijft bestaan. Daarnaast blijven er mogelijk financiële motieven bestaan om bewust voor intramurale zorg te kiezen. Beide redenen zou een beweging naar institutionele zorg op gang kunnen zetten, wat haaks staat op het streven van de overheid om cliënten zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Aan de andere kant noemen partijen het risico dat de voorgestelde afbakening van een vpt en mpt leidt tot een verschuiving van de thuiswonende cliënten naar het mpt. Als reden wordt bijvoorbeeld genoemd dat cliënten mogelijk bang zijn met een vpt de regie over de zorg uit handen te geven. Actiz merkt hierbij op dat het mpt vaak niet toereikend is voor cliënten met een intensieve zorgvraag in de thuissituatie. Zij vinden een noodzakelijke voorwaarde voor uitvoering van dit advies dan ook dat het mpt wordt verruimd voordat de invoering van integrale behandeling in de Wlz bij zzp en vpt plaatsvindt. Zonder aanpassing van het mpt kan dit er toe leiden dat vernieuwende initiatieven om intensieve zorg in de thuissituatie te bieden in de knel komen en zelfs onmogelijk worden gemaakt.

De NZa is van mening dat zorgkantoren in de contractering zullen moeten waken voor het risico dat aanbieders van een vpt naar een mpt overschakelen. De zorgbehoefte van de cliënt moet voorop staan: Wlz-cliënten hebben in heel veel gevallen integrale zorg nodig en dat wordt niet geboden via de leveringsvorm mpt. De reikwijdte van dit advies ziet toe op de leveringsvormen met verblijf en volledig pakket thuis. Wij hebben dan ook niet de uitvoeringsconsequenties onderzocht van een bekostiging die valt onder de leveringsvorm mpt of pgb. De NZa geeft, naar aanleiding van de opmerkingen van Actiz, de minister wel mee dat het scharen van de huidige bekostigingsprestatie vpt zonder behandeling onder de Wlz-aanspraak op de leveringsvorm mpt niet kan. In de huidige vpt-prestatie is ook voedsel opgenomen en dit valt niet onder het huidige mpt. De prestatie vpt zonder behandeling kan niet zonder voorwaarden onder de leveringsvorm mpt wordt opgenomen. Dit brengt het risico met zich mee dat cliënten die woonachtig zijn in geclusterde initiatieven de noodzakelijke integraal georganiseerde zorg niet ontvangen. Omdat de aanbieder de verantwoordelijkheid niet wil dragen of deze zorg niet wenst te organiseren. Indien het uitgangspunt kwalitatief goede zorg is dan zou deze route niet moeten worden gestimuleerd en eerder op verantwoorde wijze moeten worden afgebouwd.

Anderzijds kan de huidige prestatie vpt zonder behandeling en aanspraak hierop onder de leveringsvorm mpt wel een goed alternatief zijn voor die situaties waarbij de gewenste behandeling tijdelijk niet geleverd kan worden als gevolg van te weinig behandelaren in een regio. De niet geleverde zorg wordt dan ook niet vergoed. Een dergelijke situatie is vanuit het oogpunt van de toegankelijkheid van zorg zowel vanuit de Wlz als vanuit het oogpunt van de Zvw ernstig. Deze situatie kan alleen lokaal, door zorgkantoor en zorgverzekeraar, worden beoordeeld en kan door de NZa via een geclausuleerde vpt zonder behandeling prestatie worden gefaciliteerd.



## 6.2 Kleinschaligheid (bijlage 7A en 7B)

Ten aanzien van de omvang van woonvormen en –voorzieningen vragen partijen zich af of kleinschalige voorzieningen wel alle kennis en expertise in huis hebben om de volledige integrale zorg te contracteren en de volledige behandelverantwoordelijkheid te kunnen dragen en uitvoeren. Gevolg kan namelijk zijn dat vooral veel kleinschalige voorzieningen om deze reden niet langer de leveringsvorm vpt kunnen aanbieden. Het effect kan zijn dat veel van de fijnmazigheid die nu aanwezig is in de eerste lijn verloren kan gaan, wat weer ten koste gaat van de kwaliteit. Ook noemen aanbieders van kleinschalige woonvormen het risico dat, door gebrek aan mogelijkheden bij individuele zorgaanbieders om contracten te sluiten met behandelaren (so, huisarts), de markt van woon- en zorgcomplexen op slot gaat. Dit zien partijen als een belemmering in een markt waar flexibiliseren en ondernemerschap sterk gewenst zijn. De afbakening in het advies lijkt hiermee haaks te staan op het programma Langer thuis van VWS. Daarnaast vergt het contracteren van alle partijen vooral voor de kleinschalige zorgaanbieders veel extra werk en tijd, waardoor administratieve lasten voor deze groep zullen toenemen.

Wij zijn echter van mening dat de organisatievorm (klein of groot) ondergeschikt is aan het doel om te voorzien in kwalitatief goede zorg en veiligheid aan Wlz-cliënten. Met de huidige zzp inclusief behandeling en het toekomstige vpt inclusief behandeling bieden we die waarborg. Uit de reacties van geconsulteerde partijen maken wij op dat veel zorgaanbieders deze zorg ook willen en kunnen leveren. Zorgaanbieders met weinig personeel organiseren vaak op andere wijze zorg dan zorgaanbieders met veel personeel, maar kunnen toch voorzien in de volledige zorg.

## 6.3 Bekostigingsmodel (bijlage 7B)

Een groot deel van de partijen is het eens met het bekostigingsmodel waar we alle vergoedingen opnemen in één integraal tarief. Partijen zien dit als het meest eenvoudige model waar de regie en verantwoordelijkheid bij één zorgaanbieder ligt en deze de zorg en behandeling kan invullen op de manier die past bij hun cliënten en de lokale situatie.

Ook hier zijn er echter partijen die kritische kanttekeningen en aandachtspunten bij dit bekostigingsmodel noemen of aangeven een ander bekostigingsmodel beter passend te vinden.

Veel partijen benadrukken het belang van een deels boven-budgettaire bekostiging. Zo bestaat er de angst dat zonder boven-budgettaire bekostiging risicoselectie als een mogelijk nadelig gevolg gaat optreden: door de grote individuele verschillen in de kosten per cliënt bestaat het gevaar dat vooral kleinschalige woonvormen onvoldoende mogelijkheden hebben om de kosten over alle cliënten uit te middelen. Dit kan risicoselectie bij de opname van nieuwe cliënten veroorzaken. Actiz is van mening dat het handhaven van een deels boven-budgettaire bekostiging dit risico mogelijk kan uitsluiten. Daarnaast geven de mondzorgverleners aan bang te zijn dat de kwaliteitsverbeteringen die met het huidige bekostigingsmodel mogelijk zijn gemaakt, teniet worden gedaan door de invoering van een volledig integraal tarief.

De farmaceutische sector noemt de bekostiging van extreme kosten ten aanzien van farmaceutische zorg ook als reden om een boven-budgettaire bekostiging in stand te houden. Ook hier bestaat de vrees dat onderbrengen binnen de contracteerruimte leidt tot een financiële prikkel om de zorg voor bepaalde cliënten anders in te richten, met kwaliteitsverlies als gevolg.

De hulpmiddelenleveranciers verwachten met dit bekostigingsmodel een daling in de kwaliteit van zorg en keuzevrijheid en onvoldoende expertise bij kleinere zorgaanbieders. Ook zij geven aan dat een deels boven-budgettaire bekostiging de zorgkantoren in staat stelt een poolingstructuur in stand te houden, wat leidt tot



een hogere bezettingsgraad en hoog percentage hergebruik van vooral rolstoelen. De VGN benadrukt het belang van boven-budgettaire bekostiging om cherry picking te voorkomen en de sterk variërende kosten van hulpmiddelen op te kunnen vangen. Ook ZN wijst op het gevaar van risicoselectie en het landen van geld op de verkeerde plek als er geen kosten meer boven-budgettair worden vergoed.

De NZa is omwille van de beheersing van de zorguitgaven van mening dat zoveel mogelijk zorg een integraal onderdeel moet zijn van een zzp. Buiten de contracteerruimte om wordt alleen maar zorg geplaatst waarbij, bijvoorbeeld zoals bij rolstoelen, een grootschalige inkoop goedkoper is, dan een kleinschalige.

Meerdere partijen wijzen verder op de beschikbaarheid van behandelaren, zoals huisartsen, so's en avg's. De door hen genoemde argumenten beschreven wij ook al in paragraaf 2.3 onder geneeskundige zorg. Daarnaast merken partijen ook op dat het organiseren van integrale zorg en de bekostiging hiervan met een integraal tarief, een stap terug is in de tijd. Het weghalen van de verantwoordelijkheid bij de huisarts en die beleggen bij de zorgaanbieder verhoudt zich niet met de trends 'langer thuis', de juiste zorg op de juiste plek en het verschuiven van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Deze oplossing verlegt het huidige probleem van de huisartsen naar de zorgaanbieder. Volgens de partijen lost dit in feite het probleem niet op en maakt dit het voor een zorgaanbieder moeilijker om de huisarts in zijn/haar positie in de keten te houden/brengen.

Als mogelijke oplossing voor (een deel van) de bovenstaande problemen noemen enkele partijen het reguleren van een deel van de tarieven voor onderlinge dienstverlening, bijvoorbeeld voor de huisartsenzorg en de mondzorg. Dit voorkomt een opdrijvend effect door schaarste. Een zorgaanbieder geeft ook aan dat de lonen en het functiehuis van de behandelaren in dienst worden gereguleerd door de cao, terwijl bij externe inhuur op declaratiebasis wordt betaald. Hierdoor ontstaat een oneigenlijk speelveld. Regulering van onderlinge dienstverlening kan hierbij helpen. De hulpmiddelenleveranciers pleiten zelfs voor een bekostigingsmodel waar de gespecialiseerde leveranciers van medische hulpmiddelen zorg wel – samen met de Wlz-zorgaanbieder – de integrale behandelverantwoordelijkheid vormgeven, maar waarbij de leveranciers zelf contracten sluiten met de zorgkantoren en daar de hulpmiddelenzorg declareren. Zij geven aan dat dit veel contractafspraken en administratieve processen scheelt. Daarbij kunnen de zorgkantoren preciezer monitoren hoe de zorgkosten van de aanvullende zorgsoorten, waaronder hulpmiddelenzorg, zich ontwikkelen.

Ook oppert de hulpmiddelenbranche dat de zorgkantoren simpelweg kunnen aansluiten bij de gemaakte contractafspraken in de Zvw door de zorgverzekeraars. Dat komt de doelmatigheid zeker ten goede. Dit omdat de volumes van hulpmiddelenzorg waarover in de Zvw-zorgcontractering afspraken worden gemaakt zeer veel groter zijn dan de afspraken over de volumes die tussen leveranciers en Wlz-zorginstellingen worden gemaakt. Dit gaat gepaard met grotere doelmatigheid.

De Patiëntenfederatie ziet een risico dat individueel maatwerk voor cliënten in het gedrang als wordt overgegaan op integrale prestaties en tarieven.

We hebben ook de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) om een reactie gevraagd. In algemene zin geeft de IGJ aan dat alle leveringsvormen voldoende mogelijkheden bieden om kwalitatief goede zorg te organiseren en te leveren. Bepalend voor de kwaliteit van zorg is de wijze waarop de zorgaanbieder, in samenspraak met de cliënt en in samenwerking met de zorgprofessionals, invulling geeft aan de zorgbehoefte van de cliënt. Goede samenwerkingsafspraken tussen de verschillende professionals zijn daarvoor een belangrijke randvoorwaarde.

Wij vinden dat het advies van het Zorginstituut helder maakt waar de verantwoordelijkheid voor het organiseren van de zorg voor Wlz-cliënten ligt. De Wlz-aanbieder zal in overleg met de huisarts en andere betrokken behandelaren tot

afspraken moeten komen. Het rapport van Significant geeft per zorgvorm diverse voorbeelden van organisatie van behandeling in de praktijk. Hieruit blijkt dat zorgaanbieders vooral de juiste condities moeten scheppen zodat behandelaren (zoals huisartsen) bereid zijn de zorg te leveren. In omstandigheden van schaarste van huisartsen is ook de inzet van een nursepractitioner, het organiseren van de benodigde beschikbaarheid van de so en de avg voor consultatie en (mede)behandeling een mogelijkheid.

## 6.4 Financiële impact (bijlage 7C)

Uit de consultatie blijkt dat veel partijen de al weergegeven kwalitatieve verklaringen voor de macro meerkosten als gevolg van de verschuiving van middelen van Zvw naar Wlz herkennen. Ze geven aan geen eenduidige verklaring te hebben voor de meerkosten en ze vinden het lastig om een goed beeld te vormen door het hoge aggregatieniveau van de cijfers. De door de partijen in de consultatieronde genoemde verklaringen sluiten veelal aan bij de oorzaken die wij al in de gesprekken met partijen verzamelden en die we in hoofdstuk 5 hebben beschreven. De partijen beamen verder dat het om een complex samenspel van vele factoren gaat die de meerkosten na overheveling naar de Wlz verklaren.

Meerdere partijen merken op dat zij het berekende verschil tussen de minderkosten in de Zvw/Wmo en de meerkosten in de Wlz (zeer) groot vinden. Zij plaatsen hun vraagtekens bij de berekende meerkosten in de Wlz. De zzp's zijn integrale pakketten waarbij niet duidelijk is welk deel in de praktijk ook echt wordt uitgegeven aan behandeling. Er is substitutie van middelen mogelijk waarbij het zorgaanbieders vrij staat om de middelen voor behandeling in te zetten voor andere zorgvormen. Dit maakt het lastig om te zeggen dat de behandeling in de Zvw zoveel goedkoper is dan binnen de Wlz. De NZa merkt op dat het voorgaande alleen geldt voor zzp vv4-10. Voor alle andere prestaties zijn de tarieven uit het kostenonderzoek gehanteerd. In het kostenonderzoek is rekening gehouden met capaciteit van behandelaren.

Daarnaast merken verschillende partijen op dat er verschillen zijn tussen de behandeling in de Wlz en in de Zvw, zowel qua inhoud als inzet van professionals. Zo wordt bijvoorbeeld opgemerkt dat de behandelaren die nu bij de verpleeghuizen in dienst zijn meer activiteiten doen dan alleen cliëntencontact. Ze zijn een onderdeel van de organisatie en zullen daarom ook een aantal ondersteunende diensten verrichten zoals her- bij- en nascholing, regievoering over de zorg van de cliënt, beleidsmatige taken. Daarnaast is het cliëntencontact veelvuldiger en een stuk intensiever dan in de versie van de zzp/vpt zonder behandeling. Tot slot wordt ook de inzet van onderaannemers in de Wlz genoemd als kostenverhogende factor.

Tot slot geven de partijen binnen de mondzorg aan dat de gebruikte cijfers van Vektis onvoldoende betrouwbaar zijn door onder andere de vele eigen betalingen die niet geregistreerd worden. Daarnaast is er binnen de Zvw sprake van zorgmijding dat later zorgt voor meerkosten. Vooral ten aanzien van de gebruikte cijfers adviseren ook verschillende andere partijen om meer onderzoek te doen naar de daadwerkelijke kostenverschillen, waarbij gebruik zou moeten worden gemaakt van recentere gegevens.

Ten aanzien van de mitigatie van meerkosten bij de zorginkoop, wijzen partijen op het vermijden van overbehandeling van cliënten. Daarnaast moet er aandacht zijn voor goede onderhandeling met behandelaren wat vooral voor partijen met weinig ervaring (kleinschalige voorzieningen) een uitdaging zal zijn. Volgens Verenso leidt het faciliteren en professionaliseren van de praktijkvoering van de behandel dienst in combinatie met het vormgeven van taakherschikking tot een doelmatige inzet van de behandeling. Ten aanzien van de hulpmiddelen wordt ook gewezen op de doelmatige inzet, door afzonderlijke prestaties voor hulpmiddelenzorg op te laten stellen en leveranciers contracten met zorgkantoren te laten sluiten in plaats van met individuele zorgaanbieders. De grotere volumes die hiermee gepaard gaan

leiden tot een veel doelmatiger onderhandeling. Ook is de hulpmiddelenzorg beter te monitoren met aparte productieafspraken (zoals nu in de Zvw gebeurt).

De verklaringen en suggesties van partijen hebben we overgenomen. In hoofdstuk 5.4 zijn we nader ingegaan op de suggestie van enkele aanbieders om meer aandacht te vragen voor een doelmatige organisatie van de Wlz-zorg.

## 7. Invoeringstraject

Een keuze voor integrale zorg bekostigd via een integrale prestatie is voor veel zorgaanbieders een grote opgave. Men moet opnieuw nadenken over de wijze waarop de zorg en behandeling is georganiseerd. Voor sommige zorgaanbieders en behandelaren is de opdrachtgever-opdrachtnemer relatie nieuw en voor anderen is het al jaren gemeengoed. Uit gesprekken met partijen wordt duidelijk dat een invoeringstraject voldoende ruimte moet geven om in verschillende tempo's voor te bereiden op een situatie waarin integrale zorg door zorgaanbieders geboden wordt aan alle cliënten die kiezen voor een zzp of vpt. In dit hoofdstuk gaan we in op de invoeringstermijn. In paragraaf 7.1 geven we daarnaast enkele relevante aspecten waar bij de invoering van integrale prestaties inclusief behandeling en aanvullende zorgvormen rekening mee moet worden gehouden. In paragraaf 7.2 gaan we wat dieper in op keuzevrijheid. Tot slot in komt in paragraaf 7.3 de overgangsregeling voor zorgaanbieders aan de orde.

### 7.1 Invoeringstermijn

Zowel bij partijen in de vv- als in de ghz-sector is er draagvlak voor het advies van het Zorginstituut en bekostiging van integrale zorg met een integrale prestatie. Partijen in de vv-sector geven aan dat men een forse periode nodig heeft om voldoende behandelaren, vooral huisartsen, te contracteren. In de ghz-sector lijkt minder tijd nodig om dat geregeld te krijgen. Uit de gesprekken en werkbezoeken komt een beeld naar voren dat vooral lokale omstandigheden zoals weinig aanbod van behandelaren in de omgeving, of juist veel concurrentie van invloed zijn op het georganiseerd krijgen van het integrale aanbod. We zien de volgende mogelijkheden voor een ingroeitraject:

- In een keer invoeren met een ruime voorbereidingsperiode van twee jaar.
- Geleidelijk ingroeien over een periode van drie jaar. Zorgaanbieders die integrale zorg georganiseerd krijgen contracteren integrale prestaties en de zorgaanbieders die nog meer tijd nodig hebben kunnen gebruik maken van de bestaande prestaties zonder behandeling. Na de overgangsperiode kunnen alleen integrale prestaties worden afgesproken.

De meeste partijen laten weten een invoering in één keer met een ruime voorbereidingsperiode het meest wenselijke model te vinden (zie bijlage 7D). Een belangrijke randvoorwaarde hierbij is aandacht voor regionale verschillen in de beschikbaarheid van behandelaren als de huisarts en mondzorgverleners. Daarnaast wordt ook voldoende budget (overheveling van Zvw naar Wlz) meerdere keren genoemd, met daarbij vooral de aanbeveling om de door ons gemaakte berekening (hoofdstuk 5) te herhalen met recentere cijfers. Een essentiële voorwaarde is immers dat bij overheveling van behandeling van de Zvw naar de Wlz het macro-kader in voldoende mate wordt aangepast. Ook tijdige besluitvorming, voorafgaande aan de start van de overgangsperiode wordt genoemd als belangrijke voorwaarde voor partijen om zich op tijd te kunnen starten met voorbereiden van de noodzakelijke aanpassingen.

Er zijn ook enkele partijen die een combinatie van een voorbereidingsperiode en het ingroeitraject voorstellen: een overgangsscenario waarbij zowel sprake is van een voorbereidingsperiode als een ingroeiperiode. Het voordeel zou zijn dat in de voorbereidingsperiode kan worden gewerkt aan het realiseren van de noodzakelijke randvoorwaarden (bijvoorbeeld uitwisseling van medische persoonsgegevens over de domeinen heen), terwijl in de daaropvolgende ingroeiperiode de integrale zorg daadwerkelijk georganiseerd wordt. Hierbij is zelfs de optie genoemd om verschillende overgangsscenario's te hanteren voor verschillende zorgaanbieders: het overgangsscenario met invoering in één keer voor zorgaanbieders die al

ervaring hebben met het leveren van een integraal aanbod, terwijl zorgaanbieders die de integrale zorgverlening nog moeten gaan organiseren een geleidelijke overgang krijgen.

ZN en het Zorginstituut noemen echter enkele belangrijke bezwaren tegen de geleidelijke invoering en overgang. Bij een geleidelijke overgang blijft de nieuwe situatie deels naast de oude situatie bestaan. Dit is gezien de complexiteit die dan ontstaat, niet wenselijk. Verschillende indelingen van leveringsvormen bestaan dan naast elkaar, en hierdoor zal het nog moeilijker worden om het geheel te overzien voor cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren. Voor zowel zorgkantoren als zorgverzekeraars is een geleidelijke overgangperiode extra complex, omdat dit onder andere de premieberekening, maar ook de berekening van het budgettaire kader bemoeilijkt. ZN vindt het tot slot wenselijk dat de overheveling van behandeling gelijk plaatsvindt met de toevoeging van psychische grondslag aan de Wlz en de overheveling van hulpmiddelen. Dit vereist wel een zorgvuldig voorbereidingstraject, maar biedt volgens ZN de meeste kans op een goede overgang.

Wij zijn van mening dat een invoering ineens de meeste duidelijkheid geeft voor cliënten, zorgaanbieders, behandelaren en zorgkantoren/zorgverzekeraars. Een ruime voorbereidingstijd van twee jaar is nodig om de benodigde afspraken tussen aanbieders en behandelaren te maken en bestaande Wlz-cliënten te informeren en mee te nemen in eventuele veranderingen. We zien het risico dat niet alle partijen in staat zullen zijn om tijdig integrale zorg te organiseren. Om dat te ondervangen adviseren we om onder strikte voorwaarden vpt en zvp prestaties zonder behandeling voor die gevallen waar nodig beschikbaar te houden. Deze prestaties kunnen dan gecontracteerd worden daar waar de gewenste behandeling tijdelijk niet geleverd kan worden, bijvoorbeeld als gevolg van te weinig behandelaren in een regio. De niet geleverde zorg wordt dan ook niet vergoed. Een dergelijke situatie is vanuit het oogpunt van de toegankelijkheid van zorg zowel vanuit de Wlz als vanuit het oogpunt van de Zvw ernstig. Deze situatie kan alleen lokaal, door zorgkantoor en zorgverzekeraar, worden beoordeeld.

Uit de gesprekken met partijen bleek verder dat voor het opzetten van integrale zorg het delen van cliëntendossiers tussen de verschillende behandelaren en de zorgaanbieders in de praktijk nog belemmerend kan werken. Hier ligt zeker nog een uitdaging voor het veld om een goede overgang mogelijk te maken. Ook wordt uit de discussie over samenloop tussen Wlz en Zvw duidelijk dat het uitwisselen van gegevens over de indicatie en leveringsvorm van cliënten tussen zorgaanbieders, behandelaren, zorgkantoren en zorgverzekeraars een noodzakelijke voorwaarde is voor het declaratieproces. Het gezamenlijk monitoren van effecten in de praktijk is hierbij belangrijk, zodat als er grote knelpunten ontstaan of onwenselijke effecten optreden aanvullende afspraken kunnen worden gemaakt of uitgangspunten kunnen worden bijgesteld. De informatievoorziening aan cliënten is van groot belang. Iedere Wlz-cliënt met leveringsvorm verblijf of vpt zal geïnformeerd moeten worden over de consequenties van de voorgestelde veranderingen.

## **7.2 Keuzevrijheid**

In de consultatieronde noemen veel zorgaanbieders de keuzevrijheid van cliënten een aandachtspunt wanneer de prestaties exclusief behandeling vervallen. De angst bestaat dat cliënten gedwongen worden om de zorg bij één aanbieder af te moeten nemen en dus niet langer de vrije keuze hebben in woonvorm, leveringsvorm en behandelaren. In het bijzonder de overgangperiode wordt genoemd: hoe wordt de continuïteit van zorg voor de Wlz-cliënten gewaarborgd? Worden Wlz-cliënten gedwongen om een vertrouwensrelatie met hun behandelaar op te geven om over te stappen naar de behandelaar waarmee de zorgverlener een contract heeft? En hoe wordt de kwaliteit van zorg en de hoeveelheid zorg gewaarborgd bij overstap

naar een andere aanbieder? Daarbij wordt de ook de angst genoemd dat de zorg zal verschromelen.

Wij vinden dat zorgaanbieders nog steeds de mogelijkheid hebben de ruimte te bieden om op verzoek van de cliënt andere onderaannemers te contracteren. Deze bereidheid is echter aan de zorgaanbieders zelf. Uit het oogpunt van doelmatigheid en kwaliteit zal een instelling het aantal behandelaars waarmee wordt samengewerkt proberen te beperken. Binnen deze beperking moet de keuzevrijheid zoveel mogelijk worden gerespecteerd. De zorgkantoren geven aan de zorgaanbieders te vragen om in ieder geval open te staan voor de optie cliënten meer keuzevrijheid te geven en het gesprek over wat wel en niet kan. Uit de gesprekken blijkt overigens dat in de praktijk cliënten in een geclusterde setting toch vaak uit eigen beweging voor de aan de zorgaanbieder verbonden onderaannemers kiezen, ook al hebben ze de keuze de eigen behandelaar te houden.

#### *Keuze-informatie*

Het voornaamste keuzemoment van cliënten is de keuze voor een bepaalde zorgaanbieder en locatie/woonvorm. Het is belangrijk dat cliënten en hun naasten op dat moment zorgvuldig worden geïnformeerd of voldoende informatie kunnen vinden over het aanbod van zorgaanbieders en de wijze waarop behandeling door die zorgaanbieders is vormgegeven. Ook de verschillen tussen en gevolgen van de keuze voor bepaalde leveringsvormen moet duidelijk zijn. Voorkomen moet worden dat cliënten ongewenst voor een mpt of pgb kiezen uit angst de regie over de behandeling kwijt te raken. De mogelijkheden van cliënten om de eigen behandelaars te behouden of de mate waarin de cliënt keuzevrijheid behoudt is één van de onderwerpen die in die informatie aan bod moet komen.

### **7.3 Overgangsregeling zorgaanbieders**

In deze paragraaf gaan wij in op de vraag van VWS of er significante veranderingen in de opbrengsten bij zorgaanbieders zijn te verwachten, als gevolg van de wijziging van het bekostigingsstelsel en of daarbij flankerende maatregelen noodzakelijk zijn.

De opbrengsten van Wlz-aanbieders die zzp en vpt prestaties leveren zullen alleen maar stijgen. Hiervoor hoeft geen overgangsregeling te worden getroffen omdat ze geen personeel hoeven te ontslaan etc.

De opbrengsten van aanbieders van algemeen geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg (apothekers), hulpmiddelen kunnen dalen als ze door de Wlz-aanbieder die het zzp of een vpt levert niet meer worden gecontracteerd. De hiermee gepaarde opbrengstdaling is naar verwachting gering omdat de 208.000 Wlz-cliënten maar een fractie zijn van het totaal aantal cliënten (maximaal 17 miljoen Nederlanders). Een overgangsregeling is daarom naar verwachting niet nodig. De omzet van een apotheker kan fors dalen als deze niet door de Wlz-aanbieder in de toekomst wordt gecontracteerd voor de levering van geneesmiddelen. Wij menen dat de toegankelijkheid van de zorg niet in gevaar zal zijn omdat er voldoende alternatieven zullen zijn.

## **Bijlage 1. Opdrachtbrief VWS**

De opdrachtbrief is als een aparte bijlage bij dit document gevoegd.

## Bijlage 2. Overzicht geraadpleegde partijen

Sector	Partij
Verzekeraars	Zorgverzekeraars Nederland (ZN) / zorgkantoren
Verpleging en verzorging	Actiz
Verpleging en verzorging	Samenwerkende Professionele Organisaties Thuis- en woonzorg (SPOT)
Gehandicaptenzorg	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
Geneeskundige zorg	vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (VERENSO)
Geneeskundige zorg	Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicaptten (NVAVG)
Geneeskundige zorg	Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
Geneeskundige zorg	Ineen
Beroepsverenigingen	Nederlandse Vereniging Van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO)
Beroepsverenigingen	Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Farmaceutische zorg	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
Farmaceutische zorg	Vereniging voor Innovatieve geneesmiddelen (VIG)
Farmaceutische zorg	brancheorganisatie voor Medische Technologie (FHI)
Farmaceutische zorg	Associatie van Ketenapotheken (ASKA)
Farmaceutische zorg	Nederlandse Apothekers Coöperatie (NAPCO)
Farmaceutische zorg	Vereniging van Nederlandse Fabrikanten van Kinder- en Dieetvoedingsmiddelen (VNFDK)
Paramedici	Paramedisch Platform Nederland (PPN)
Paramedici	Nederlandse Vereniging voor Diëtetiek (NVD)
Paramedici	Nederlandse Vereniging voor Logopedie (NVLF)
Paramedici	Genootschap Fysiotherapie (KNGF)
Paramedici	Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VVOCM)
Paramedici	Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten
Mondzorg	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT)
Mondzorg	Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT)
Mondzorg	Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT)
Mondzorg	Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT)
Hulpmiddelenbranche	Branchevereniging hulpmiddelen (Firevaned)
Hulpmiddelenbranche	Brancheorganisatie voor medisch speciaalzaken (FHI)
Cliëntenorganisaties	Patiëntenfederatie Nederland
Cliëntenorganisaties	Ieder(in)
Cliëntenorganisaties	Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC)
Cliëntenorganisaties	Landelijk platform psychische gezondheid (MIND)
Cliëntenorganisaties	Per Saldo
Overige	Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut)
Overige	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
Overige	Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)
Overige	Beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (VENVN)
Overige	Vilans, kenniscentrum voor de langdurige zorg



## *Integrale zorg voor Wlz-cliënten*

<b>Sector</b>	<b>Zorgaanbieders</b>
Verpleging en verzorging	Wonen bij September
Verpleging en verzorging	De Oude Pastorie (werkbezoek)
Verpleging en verzorging	King Arthur groep
Verpleging en verzorging	Het Gastenhuis
Verpleging en verzorging	Dagelijks Leven
Verpleging en verzorging	De koperhorst (werkbezoek)
Verpleging en verzorging	Zorggroep Alliade
Gehandicaptenzorg	Amarant (werkbezoek)

## Bijlage 3. Gebruikte afkortingen

Afkorting	Betekenis
av	Aanvullende verzekering
avg	Arts verstandelijk gehandicapten
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
eb	Eigen betaling
ggz	Geestelijke gezondheidszorg
ghz	Gehandicaptenzorg
nhc	Normatieve huisvestigingscomponent
nic	Normatieve inventariscomponent
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
mpt	Modulair pakket thuis
pgb	Persoonsgebonden budget
so	Specialist ouderengeneeskunde
vpt	Volledig pakket thuis
vv	Verpleging en verzorging
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Zvw	Zorgverzekeringswet
zpz	Zorgzwaartepakket

## Bijlage 4. Indeling woonvormen

			Criteria	
			1	2
			Zorgbehoevende/naaste regelt de zorg zelf - niet alleen inspraak, (mede)zeggenschap en keuzevrijheid	Wooneenheid is eigendom van zorgaanbieder, van een derde of van de zorgbehoevende zelf
Leefsituatie	Regie zorg en wonen	Thuis of instelling	Wie heeft nu eigenlijk het eerste initiatief in een situatie: wie is feitelijk 'eigenaar'; wie is primair verantwoordelijk voor het geheel van leven, wonen en zorg	
A Traditionele verpleeghuis: - veel cliënten en fte - vooral <b>niet</b> scheiden van wonen en zorg - eventueel direct eraan gekoppelde aanleunwoningen	Instellig verantwoordelijk voor zorg én locatie	Grote instelling	<p><u>Institutionele zorg</u></p> <p>aanbieder is primair verantwoordelijk, zorgt ervoor dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- geïndiceerde zorg wordt geleverd</li> <li>- een wooneenheid beschikbaar is</li> </ul> <p>- verantwoordelijkheid voor zinvolle invulling van de dag</p>	
B Groot complex van appartementen: - alle cliënten hebben zorgbehoefte - vooral <b>wel</b> scheiden van wonen en zorg - eventueel eraan gekoppelde aanleunwoningen	Instelling verantwoordelijk voor zorg én is eigenaar van de locatie of heeft een deal met de eigenaar van de locatie			
C Wooncomplex: - combinatie geen tot veel zorgbehoefte	Vergelijkbaar met B			
D Kleinschalige woonvorm vanuit een gecontracteerde aanbieder	Enige onderscheid met een grootschalige locatie is dat de opzet kleinschalig is	Kleine instelling van grote aanbieder		
E Kleinschalige woonvorm vanuit een niet gecontracteerde aanbieder of 'ondernemer', franchise	Gaat niet om een gecontracteerde partij, maar wel om een partij met meerdere woonvormen in beheer			
F Kleinschalige woonvorm door een derde	Enige onderscheid met E is dat het een éénpitter betreft, een particulier die een kleine woonvorm is gestart	Kleine instelling van een kleine aanbieder (of geclusterd thuis)		
G Kleinschalige woonvorm door zorgbehoevenden en/of naasten	Zorgbehoevenden of naasten staan zelf aan het roer	Geclusterd thuis (of kleine instelling)		
H Zelfstandig wonen door een (gecontracteerde) zorgaanbieder mogelijk gemaakt	Aanleunwoningen direct verbonden aan een complex of zelfstandige woningen direct bij (en in eigendom van) een grote aanbieder	Thuis	<p><u>Thuis</u></p> <p>zorg in eigen huis, de zorgbehoevende en/of naaste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- is eigenaar van het huis (koop of huur)</li> <li>- zorgt dat er een indicatie komt voor formele zorg</li> </ul> <p>Aanbieder formele zorg is wel verantwoordelijk voor kwaliteit zorg</p>	
I Eigen woning of appartement in de buurt van een (gecontracteerde) zorgaanbieder	Zelfstandig wonen, koop of huur van een eigen woning, zorg en ondersteuning door een individu			
J Zelfstandig wonen in een wijk met actieve zorgcoöperatie				
K Zelfstandig wonen in een complex met of nabij anderen die willen ondersteunen, niet zijnde familie				
L Inwonen bij familie				
M Familie die is komen inwonen				
N Thuis, de woning waar ook gewoond werd voordat er zorgbehoefte ontstond				
O Zelfstandig wonen in een woning die levens- en zorgbestendig is gemaakt door cooperatie en/of gemeente				

## Bijlage 5. Overzicht bekostigingsmodellen

In deze bijlage beschrijven we vier mogelijke bekostigingsmodellen voor behandeling en de aanvullende zorgvormen in een institutionele setting in de Wlz. We gaan in deze bijlage dieper in op de mogelijke varianten van bekostiging van behandeling en aanvullende zorgvormen, na overheveling naar de Wlz. We kijken daarbij ook naar de verwachte effecten voor de zorgaanbieders, behandelaren, zorgverzekeraars/zorgkantoren en de cliënt. De bekostigingsmodellen inclusief verwachte effecten zijn ter consultatie voorgelegd aan de in Bijlage 2 vermelde partijen, met het verzoek om een voorkeursoptie aan te geven. Deze reacties hebben geleid tot het advies zoals in dit rapport is verwoordt.

Het uitgangspunt voor het integraal aanspraak hebben op behandeling en aanvullende zorgvormen vanuit de Wlz volgt uit het advies van het Zorginstituut. Wlz-aanbieders worden verantwoordelijk voor het organiseren van een integraal pakket aan zorg en de bekostiging ervan vindt plaats vanuit de Wlz. Om de Wlz-zorgaanbieder in staat te stellen invulling te geven aan deze verantwoordelijkheid, moet de zorgaanbieder beschikken over de benodigde financiële middelen. Het ligt daarbij voor de hand om aan te sluiten bij de bestaande prestaties met behandeling. Voor elk van de cliëntgroepen (vv, ghz) en zorgvormen zijn er voor- en nadelen verbonden aan het gebruik van de bestaande prestaties inclusief behandeling. Om die reden introduceren we ook drie alternatieven:

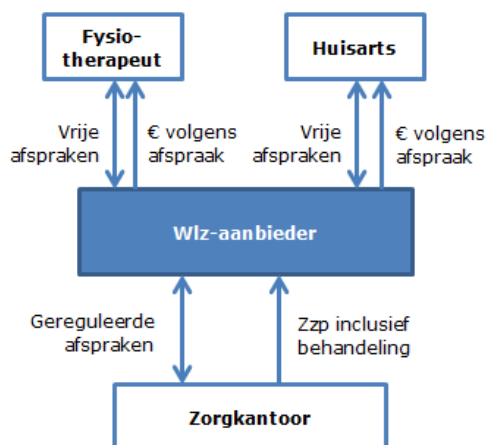
1. Huidige situatie: integrale prestatie inclusief behandeling te declareren door één Wlz-zorgaanbieder.
2. Integrale prestatie inclusief behandeling met (deel)regulering op de onderlinge dienstverlening.
3. Prestaties exclusief behandeling met aparte prestaties voor behandeling, te declareren door één Wlz-zorgaanbieder.
4. Prestaties exclusief behandeling te declareren door de aanbieder van de institutionele setting met aparte prestaties voor behandeling, te declareren door individuele behandelaren bij het zorgkantoor.

Voor elk van deze modellen beschrijven we de voor- en nadelen.

### *Ad 1: Integrale prestatie*

Het vormgeven van een integrale prestatie zonder deelprestaties voor behandeling (vanaf hier bekostigingsmodel 1) sluit aan bij het advies van het Zorginstituut. Dit betekent dat Wlz-zorgaanbieders geen zzp's zonder behandeling meer kunnen declareren. Onder verblijf verstaan we verblijf met begeleiding, verpleging en verzorging. De zorgaanbieders worden integraal verantwoordelijk voor het organiseren van zowel verblijf als behandeling. Ze kunnen enkel declareren bij het zorgkantoor indien daarin in het totaalpakket wordt voorzien. Daar waar de zorgaanbieder externe expertise van een huisarts, een apotheker, et cetera moet inzetten, gebeurt dit op basis van onderlinge contracten, ook wel onderlinge dienstverlening. Daarbij stelt de NZa geen eisen aan de prijs die de behandelaar, bijvoorbeeld de huisarts, in rekening mag brengen bij de zorgaanbieder die het integrale tarief declareert. Dit is geheel conform de huidige uitvoering en eisen gesteld aan de prestaties zzp met behandeling. Bij dit model is er voor zorgaanbieders die op dit moment zzp's of vpt's exclusief behandeling leveren sprake van een wijziging van verantwoordelijkheden. Daarnaast is er ook een verandering van financieel risico.

**Figuur 3: Bekostigingsmodel 1**



Invoering van bekostigingsmodel 1 heeft consequenties voor zowel zorgaanbieders, behandelaren, zorgkantoren als cliënt. Hieronder zetten we de belangrijkste consequenties op een rij.

#### *Wlz-zorgaanbieders*

Niet alle Wlz-zorgaanbieders zullen direct alle capaciteit zelf 'in huis' kunnen halen. Uit gesprekken met zorgaanbieders begrijpen we dat het bijvoorbeeld problematisch is om huisartsen volledig in loondienst van de Wlz-zorgaanbieder onder te brengen, omdat de huisarts vanwege herregistratie-eisen verplicht is om een deel van zijn/haar werkzaamheden uit te voeren binnen een reguliere praktijk.<sup>12</sup> Zorgaanbieders zoals de avg of de so die veelal wel binnen een Wlz-zorgaanbieder in loondienst zijn, zijn niet opgeleid om het volledige takenpakket van een huisarts over te nemen. Voor het borgen van het leveren van medicatie en hulpmiddelen vanuit eigen beheer zal de aanbieder een aanzienlijke schaalgrootte moeten hebben die niet alle huidige zorgaanbieders kunnen bewerkstelligen. Dergelijke zorgaanbieders zullen daarom gedwongen worden om te gaan werken met onderaannemers. De Wlz-zorgaanbieder die nu enkel verblijf organiseert, wordt hoofdaannemer van de te leveren behandeling. Deze zorgaanbieder zal meer afhankelijk worden van de medewerking van behandelaren in de regio dan nu het geval is. Deze onderlinge afhankelijkheid zal per regio/zorgaanbieder andere effecten met zich kunnen brengen, bijvoorbeeld in termen van de contractvoorwaarden en -prijzen die hoofdaannemer (zorgaanbieder) en onderaannemer (behandelaar) onderling overeenkomen.

Bij deze onderlinge afhankelijkheid zal meespelen dat op voorhand niet alle potentiële onderaannemers tot contractering geneigd zullen zijn. Mogelijke problemen worden hier vooral gesignaleerd rondom huisartsenzorg en in mindere mate ook rondom de mondzorg. Door toenemende druk op de huisartsenpraktijk wordt regionaal gesignaleerd dat huisartsen bij voorkeur de verantwoordelijkheid voor zorg aan deze zorg zware cliëntgroep niet willen overnemen van de Wlz-zorgaanbieder. Het leggen van de verantwoordelijkheid voor borging van zorg bij de Wlz-zorgaanbieder maakt het potentieel makkelijker voor huisartsen om zorglevering voor deze cliëntgroep te weigeren. Dit leidt mogelijk tot regionale problemen voor de Wlz-zorgaanbieder om voldoende huisartsencapaciteit in onderaannemerschap te organiseren (*toegankelijkheid*). Om toch voldoende capaciteit te organiseren, zal de Wlz-zorgaanbieder daar waar krapte ontstaat mogelijk hogere prijzen moeten gaan bieden (*betaalbaarheid*).

<sup>12</sup> <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/cgs/regelgeving/huisartsgeneeskunde-7.htm>

Zorgaanbieders geven aan dat het regelen van huisartsenzorg in de avond, nacht en weekenden soms moeizaam verloopt. Huisartsenposten staan vaak niet te springen om de cliënten in zorg te nemen. Wlz-zorgaanbieders zijn gedwongen om afspraken te maken met de huisartsenposten. Het alternatief om zelf een 24-uurs achterwacht te organiseren is in vrijwel alle gevallen onmogelijk en ondoelmatig.

#### *Behandelaren Zvw (onderaannemers)*

Behandelaren die nu via de Zvw zorg aanbieden aan Wlz-cliënten ondervinden ook consequenties bij de uitvoering van het advies van het Zorginstituut. Zij zijn nu zelfstandig verantwoordelijk voor levering van zorg en declaratie en krijgen in bekostigingsmodel 1 de rol van onderaannemer. Deze behandelaren worden voor hun Wlz-cliënten afhankelijk van de afspraken die zij maken met de Wlz-zorgaanbieder in plaats van met de zorgverzekeraar. Dat kan zowel positieve als negatieve effecten hebben voor de behandelaren. Zo zal de administratieve belasting voor behandelaren groter zijn. Zorginhoudelijk zullen behandelaren al afstemming hebben met zorgaanbieders. Deze afstemming echter wordt nu aangevuld met financiële afspraken en declaratiestromen. Behandelaren krijgen straks dus zowel een financieringsstroom vanuit de Zvw als vanuit de Wlz.

Afhankelijk van de regionale situatie, bijvoorbeeld schaarste in aanbod op de zorgaanbiedersmarkt, zal of de hoofdaannemer of de onderaannemer een zekere mate van onderhandelingsmacht verkrijgen. Wel of geen contract met een zorgverzekeraar binnen de Zvw heeft consequenties voor de hoogte van het inkomen, maar geen contract met de Wlz-aanbieder betekent in zijn geheel geen toegang tot deze cliëntgroep. Hier staat tegenover dat de Wlz-zorgaanbieder in zekere mate zorginhoudelijk afhankelijk zal zijn van zijn onderaannemers, wat de onderhandelingspositie van de onderaannemers ten goede komt.

Voordeel van dit model voor behandelaren is dat de bekostiging van zorg voor deze cliëntgroep mogelijk flexibeler en meer op maat kan worden vormgegeven, al naar gelang de lokale/regionale situatie. Binnen de Zvw volgen de behandelaren de bekostigingsstructuur die landelijk wordt opgelegd. In onderaannemerschap ontstaat meer ruimte om afspraken te maken over vergoeding van de inzet op basis van bijvoorbeeld lumpsumbetalingen, uurvergoedingen of wat gelet op de lokale situatie ook als meest wenselijk wordt geacht. Uit gesprekken met zorgaanbieders is gebleken dat van deze ruimte ook gebruik wordt gemaakt.

#### *Zorgverzekeraars/zorgkantoren*

Overheveling vanuit de Zvw naar bekostiging op basis van integrale zzp's heeft als consequentie dat minder inzicht ontstaat in de (kwantiteit van) werkelijk geleverde zorg. Binnen de Zvw wordt veelal gedeclareerd per handeling. Overheveling naar declaratie op basis van zzp maakt minder inzichtelijk wat hierbinnen geleverd wordt. Daarbij spreekt het Zorginstituut de verwachting uit dat onder centrale regie de kwaliteit van zorg zal verbeteren, wat op lange termijn kostenbesparend moet kunnen zijn.

Het argument dat minder inzicht bestaat in de feitelijk geleverde zorg heeft tot nu toe niet geleid tot het toepassen van een andere bekostigingsmethode voor cliënten die al behandeling in een institutionele setting op grond van de Wlz ontvangen. Als alternatief voor inzicht op het niveau van bekostiging zijn er wel andere mechanismen actief; In de Wlz wordt zorginhoudelijk gestuurd met zorgplannen. Deze worden opgesteld in overleg met de cliënt. Cliënten hebben via de cliëntenraad bij een zorgaanbieder ook inspraak op het gevoerde (zorginhoudelijke) beleid. Zorgkantoren en zorgaanbieders sturen op kwaliteitseisen op basis van kwaliteitsplannen die voortkomen uit kwaliteitskaders.

#### *Cliënt*

Ook voor de cliënt heeft de overheveling gevolgen. Nu kiest/behoudt de cliënt zijn eigen huisarts en overige behandelaren. Door de zorgaanbieder

hoofdverantwoordelijk te maken voor het zorgaanbod zijn cliënten afhankelijk van het aanbod dat de zorgaanbieder voor hen organiseert.

Uit onderzoek van Significant (*'Onderzoek uitvoeringspraktijk Wlz-behandeling', 13 april 2018*) en de gesprekken die we hebben gevoerd, blijkt dat zorgaanbieders keuzevrijheid binnen bepaalde grenzen kunnen organiseren. De behandeling van Wlz-cliënten is echter vaak zo specifiek dat het meenemen van behandelaren vaak niet kan wanneer de cliënt voor het eerst in zorg komt.

Bovenstaande mogelijke effecten zijn beschreven vanuit het model waar alle vergoedingen die nu via de Zvw lopen, worden omgezet in zzp met behandeling, waarin de zorgaanbieder volledig eindverantwoordelijk wordt voor borging van het geheel aan zorg. De zorg wordt geleverd door de zorgaanbieder zelf of door behandelaren die in onderaannemerschap door de zorgaanbieder wordt gecontracteerd. Deze contractering in onderaannemerschap is geheel aan de vrije markt en wordt niet nader gereguleerd.

Tot slot is het werken met een integrale prestatie en tarief vanuit de cliënt bezien positief. Een aanbieder kan de zorg en inzet van behandeling geheel afstemmen op de zorgvraag / behoefte van de cliënt (cliënt-volgend). Er zijn daarbij geen belemmeringen voor substitutie tussen de verschillende zorgvormen. Bijvoorbeeld de cliënt specifieke inzet van een uur meer verpleging en een uur minder behandeling of andersom.

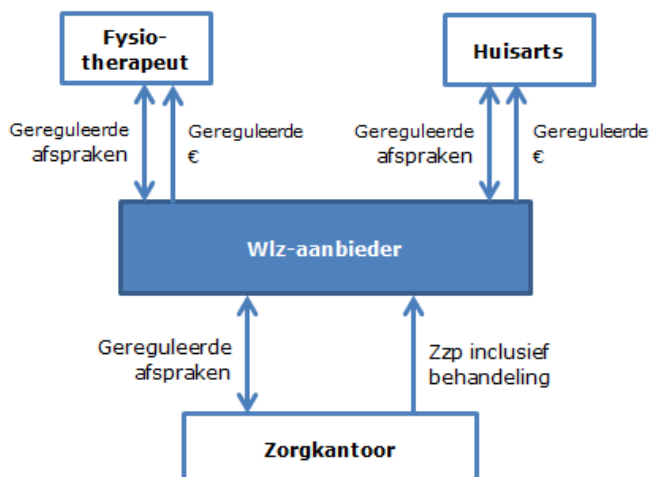
*Ad 2: Integrale prestatie inclusief behandeling met (deel)regulering op de onderlinge dienstverlening*

De zorgaanbieder wordt geheel eindverantwoordelijk voor alle te leveren behandeling en declareert hiervoor de zzp die gekoppeld is aan de zorgzwaarte van de cliënt. De zorg wordt geleverd door de instelling zelf of door behandelaren die in onderaannemerschap door de zorgaanbieder worden gecontracteerd. De afspraken die de zorgaanbieder met onderaannemers maakt, worden echter (op deelgebieden, bijvoorbeeld huisartsenzorg) gereguleerd. Denk hierbij aan het maximumtarief dat een huisarts of een apotheek in rekening mag brengen aan de zorgaanbieder per zorgleveringstraject of -contact of per periode. Hierbij kan aansluiting worden gezocht bij de tarieven die zorgaanbieders nu binnen de Zvw hanteren of kan eventueel naar alternatieve vormen van regulering worden gezocht. Deze aanpassing beschermt de zorgaanbieder tegen verwachte prijsopdrijvende effecten als gevolg van schaarste of afhankelijke positie van de zorgaanbieder ten opzichte van onderaannemers. Onderaannemers mogen in dat geval niet meer vragen dan het door de NZa gereguleerde maximumtarief of beleidsregelwaarde. Voor huisartsenzorg is thans op soortgelijke wijze het tarief dat een huisarts van een huisartsenpost per uur mag vragen gereguleerd.

De nadelen van dit model ten opzichte van het eerste model zijn:

- Deze maatregel ondervangt niet dat onderaannemers kunnen weigeren medewerking te verlenen. Sterker, het vergroot het risico dat onderaannemers geen medewerking verlenen, omdat de zorgaanbieder minder flexibel is om vergoeding op maat vorm te geven die aansluit bij de regionale behoefte. Het risico op prijsopdrijvende effecten als gevolg van onderhandelingsmacht door onderaannemers wordt verminderd, maar de borging van toegankelijkheid van zorgverlening door de zorgaanbieder komt onder druk te staan.
- Deze maatregel introduceert een vorm van segmentering in het integrale tarief en daarmee een afname van de (regionale) flexibiliteit van zorgaanbieders om tot afspraken met onderaannemers te komen.
- Voor zorgvormen waarvoor in de Zvw vrije prijzen en/of vrije of facultatieve prestaties gelden zou regulering van onderaannemerschap kunnen inhouden dat er een minimum of maximumtarief of beleidsregelwaarde komt in de Wlz.

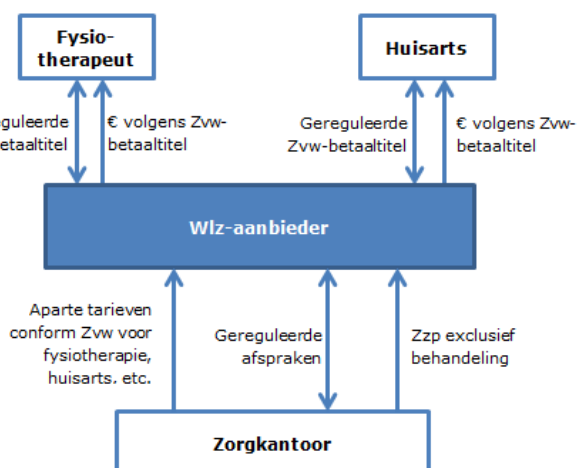
**Figuur 4: Bekostigingsmodel 2**



*Ad 3: Prestaties exclusief behandeling. Aparte prestaties voor behandeling, declareren door de zorgaanbieder*

De zorgaanbieder wordt geheel eindverantwoordelijk voor alle te leveren behandeling, maar declareert de behandeling niet op basis van zzp met behandeling. Bij dit model komen de zzp's met behandeling te vervallen en declareert de zorgaanbieder het zzp zonder behandeling. Er worden tussen zorgaanbieder en zorgkantoor afspraken gemaakt over behandeling per zorgvorm. Declaratie vindt plaats op basis van losse, door de NZa gereguleerde, prestaties conform de huidige werkwijze in de Zvw. Dit zou de vorm aan kunnen nemen van betaling per consult/verrichting/medicijn, zoals nu binnen de Zvw, of de vorm van een bundelvergoeding per zorgvorm. In deze laatste variant declareert de instelling bijvoorbeeld een bedrag per periode voor 'fysiotherapie' als de cliënt daadwerkelijk gebruik maakt van fysiotherapie en anders niet. Voor de verdeling van het macrokader over de zorgkantoorregio's wordt nog wel als verdeelsleutel het zzp inclusief behandeling gebruikt.

**Figuur 5: Bekostigingsmodel 3**



De voordelen van dit derde bekostigingsmodel ten opzichte van de eerste twee zijn:

- Meer inzicht voor het zorgkantoor in de af te nemen en te vergoeden behandeling.
- Inzicht voor zorgaanbieders in inkomsten per te contracteren zorgvorm.



- Mogelijk kostendrukkend. De financiële analyses tot nu toe tonen aan dat de behandelcomponent binnen zzp's veelal hoger liggen dan de kosten die nu vanuit Zvw worden gedeclareerd, voor de cliënten met een zzp zonder behandeling. Mogelijk geldt dat ook voor cliënten met behandeling.

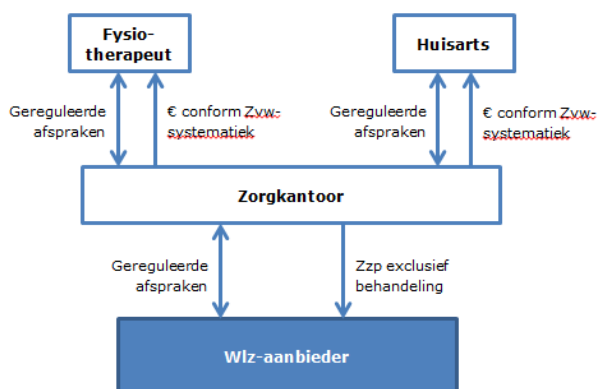
De nadelen van model 3 ten opzichte van de eerste twee zijn:

- Het is niet voor de hand liggend/mogelijk om deze bekostigingsvorm alleen te introduceren voor de nu over te hevelen cliëntgroep. Het omzetten van de declaratie van een integrale zzp naar declaratie op basis van werkelijk geleverde zorgcomponenten of prestaties van toepassing in de Zvw zou een beweging moeten zijn die geldt voor de gehele Wlz-bekostiging. Dit zal de nodige (technische) uitwerking vergen die een langere doorlooptijd vergt dan model 1 en 2.
- De complexiteit van Wlz-bekostiging neemt sterk toe.
- Het per zorgvorm opknippen van de bekostiging biedt mogelijk minder mogelijkheden voor de zorgaanbieder tot het onderling compenseren van inkomsten en kosten samenhangend met zorgzware en minder zorgzware cliënten.

*Ad 4: ZZP-Prestaties exclusief behandeling. Aparte prestaties voor behandeling, declareren door individuele behandelaren bij zorgkantoor.*

De zorgaanbieder wordt inhoudelijk geheel eindverantwoordelijk voor borging van alle te leveren behandeling, maar de bekostiging van de individuele zorgvormen gaat buiten de zorgaanbieder om. De zorgaanbieder maakt ook geen afspraken over behandeling met het zorgkantoor. De behandelaren, zoals de huisarts, paramedicus en apotheek maken afspraken over de inzet voor cliënten met het zorgkantoor en declareren op basis van losse prestaties rechtstreeks aan het zorgkantoor waarmee een overeenkomst is gesloten. Voor de te declareren prestaties wordt aangesloten bij de Zvw.

**Figuur 6: Bekostigingsmodel 4**



Ten opzichte van de vorige modellen zijn de voordelen van model 4:

- Minder mogelijkheden voor huisarts, tandarts, et cetera om te stellen dat één andere zorgaanbieder verantwoordelijk is geworden voor het leveren van zorg.
- Meer inzicht voor zorgkantoor in af te nemen en te vergoeden zorg.

De nadelen ten opzichte van de andere modellen zijn:

- Conform model 3 is het niet logisch om dit alleen voor deze over te hevelen cliëntgroep te introduceren. Dit vereist een bredere beweging binnen de Wlz-bekostiging.
- Ook is het de vraag of zorgkantoren in staat zijn om individuele kleinschalige behandelaren, zoals huisartsen en apothekers, in gelijke mate te contracteren en controleren zoals zorgverzekeraars dit nu doen.

- Controle op doelmatige inzet van de middelen door het zorgkantoor wordt lastiger als behandelaren zelfstandig kunnen declareren.
- Toename complexiteit van Wlz-bekostiging met onduidelijke rolverdeling tussen de zorgaanbieder van verblijf en het zorgkantoor.
- Onduidelijk hoe afspraken met zorgaanbieders over coördinatie te maken zijn als de financiële middelen niet bij de zorgaanbieder belanden.
- Onduidelijk wat er met de kwaliteit van zorg gebeurt als tarieven vanuit de Zvw gebruikt worden. Wlz-kosten liggen nu hoger dan Zvw-kosten, maar op dit moment geen zekere oorzaak aan te wijzen.

## Bijlage 6. Methoden berekening

In deze bijlage geven we extra informatie over de wijze waarop we de mutaties van de verschillende kaders zijn berekend. We lichten de methode toe die is gebruikt voor het ramen van de uitgaven voor de zzp- en vpt-prestaties, mondzorg, dure geneesmiddelen en zorggebonden materialen en boven-budgettaire hulpmiddelen.

### *Bronnen*

Wij hebben gebruik gemaakt van de volgende gegevens:

- De uitgaven voor dure geneesmiddelen en zorggebonden materialen zoals bekend bij de NZa op basis van de ingediende nacalculatieformulieren 2016 van zorgaanbieders en zorgkantoren.
- Vektis declaratiegegevens 2016 en 2018: De maandelijkse aanlevering door Wlz-uitvoerders via Vektis aan de NZa van de gedeclareerde Wlz-zorg door zorgaanbieders. Van het jaar 2018 is de maand december voorspeld.
- Vektis samenloopbestand vv en ghz van 7 mei 2018 met kenmerk 'NZa\_detail.xlsx'. Hierbij zijn per zzp en vpt prestatie met en zonder behandeling de bijbehorende zorgkosten in een de Zvw inclusief aanvullende verzekering in kaart gebracht.
- Vektis hulpmiddelenbestand van 20 augustus 2018 met kenmerk '18075 Samenloop hulpmiddelen en Wlz.xlsx'. Hierin staan de kosten en het aantal cliënten met een Wlz-indicatie, waarvoor hulpmiddelen zijn verstrekt uit de Zvw. Wij hebben de gegevens over het jaar 2016 gebruikt. Alleen hulpmiddelen die zijn verstrekt in de periode dat iemand Wlz-zorg ontving zijn gebruikt. De methodiek die is gebruikt voor het bepalen van de periode dat iemand Wlz-zorg ontvangt, is gelijk aan die gebruikt bij Vektis samenloopbestand vv en ghz.
- Rapport Herijking inventariskosten AWBZ, TNO 23 april 2012, pagina 38.
- Rapport Herijking inventariskosten AWBZ, TNO 14 juni 2013, pagina 6.
- Mondzorg Wlz, Zorginstituut Nederland, exploitatie fonds Wlz, voorlopig Q2, 2018. De overige kwartalen zijn voorspeld door het Zorginstituut.
- De gegevens van de maandelijkse aanlevering van boven-budgettaire uitgaven aan rolstoelen en individueel aangemeten hulpmiddelen door zorgkantoren (tot en met november 2018).

### *Uitname Zvw*

De uitname uit de Zvw is berekend door de gemeten samenloopuitgaven 2016 per zzp en vpt prestatie uit het Vektis samenloopbestand te delen door het aantal bijpassende dagen per zzp en vpt prestatie zoals volgt uit de Vektis declaratiegegevens 2016. Het berekende normbedrag per prestatie voor 2016 is vervolgens vermenigvuldigd met het aantal bijpassende dagen per zzp en vpt prestatie zoals volgt uit de Vektis declaratiegegevens 2018. Voor de indexatie naar 2019 hebben wij bij het dekkader hulpmiddelen de materiele index toegepast (1,05994) en een gewogen index gebruikt (90% loon, 8% materieel en 2% kapitaal, 1,0902) bij de andere dekkaders.

### *Uitname Wmo*

De component tilliften en andere roerende voorzieningen is als volgt berekend:

- Allereerst is de inventariscomponent van de behandelcomponent voor iedere zzp prestatie berekend door de nic die hoort bij het zzp zonder behandeling in mindering te brengen op de nic die hoort bij het zzp met behandeling, prijspeil 2019. Zie de bijlagen gepubliceerd bij de beleidsregels Wlz 2019. Dit bedrag vormt een normbedrag nic-behandeling voor de zzp prestaties zonder behandeling en de vpt prestaties. Dit normbedrag omvat niet alleen een vergoeding voor bedden, tilliften en postoelelen maar ook bijvoorbeeld een vergoeding voor de behandeltafel van een fysiotherapeut.
- Op basis van rapporten van TNO is het deel van dit normbedrag vastgesteld dat voorziet in een vergoeding voor inrichtingselementen/roerende voorzieningen als

hoog-laag bedden, tilliften en postoelelen. Uit het Rapport Herijking inventariskosten AWBZ, TNO 23 april 2012 volgt dat het aandeel van behandeling in de totale inventariskosten 12% is. Uit het Rapport Herijking inventariskosten AWBZ, TNO van 14 juni 2013 blijkt dat na correctie voor hoog-laag bedden en tilliften etc. het aandeel van behandeling in de totale inventariskosten 31% is, ofwel een stijging van 61% van de behandelcomponent door het toerekenen van hoog-laag bedden en tilliften aan de behandelcomponent. Op basis hiervan is gesteld dat 61% van de nic van de behandelcomponent voorziet in de hoog-laag bedden, tilliften etc. Deze factor (0,61) is toegepast op het normbedrag voor de nic dat is berekend voor ieder zzp en vpt prestatie.

- Vervolgens is voor de zzp prestaties zonder behandeling en alle vpt prestatie dit normbedrag voor hoog-laag bedden, tilliften en postoelelen vermenigvuldigd met het aantal Vektis declaratiegegevens 2018 en gesommeerd.
- Hierop zijn in mindering gebracht, de uitgaven in de Zvw in 2016 voor inrichtingselementen. Dit betreft de gehele G-code groep uit het Vektis hulpmiddelenbestand. Deze uitgaven zijn met de materiele index geïndexeerd naar prijspeil voorlopig 2019 (1,0599).
- Dit resulteert in de geraamde Wmo uitgaven voor tilliften, postoelelen etc.

De component rolstoelen is als volgt berekend:

- Van één concessiehouder met een aandeel van circa 18% in de uitgaven voor rolstoelen en zzp's met behandeling hebben wij per zzp met behandeling de uitgaven voor rolstoelen in het jaar 2018 tot en met november ontvangen. Een verwaarloosbaar deel van de uitgaven bleek niet toe te rekenen aan een zzp. Deze uitgaven (0,2%) hebben we omgeslagen over de wel bekende uitgaven. De uitgaven zijn vervolgens op dag-basis geëxtrapolleerd naar geheel 2018.
- Deze uitgaven zijn gedeeld door het aantal gedeclareerde dagen zzp inclusief behandeling van deze concessiehouder 2018. Dit geeft een normbedrag voor rolstoeluitgaven per profiel.
- Deze normbedragen zijn vervolgens vermenigvuldigd met het aantal zzp zonder behandeling en vpt dagen uit het bestand Vektis declaratiegegevens 2018 en gesommeerd.
- De gegevens zijn tevens geïndexeerd met de voorlopige materiele index (1,0246) naar 2019.

#### *Ophoging Wlz: behandelcomponent zzp- en vpt-prestaties*

De ophoging van het Wlz-kader is berekend met behulp van de behandelcomponent die onderdeel is van de zzp- en vpt-tarieven. Deze maximale tariefcomponent voor behandeling is berekend met behulp van de tarieven 2019 (prijspeil voorlopig loon, materieel en inventaris 2019 en definitief kapitaal 2019) zoals de NZa die heeft gepubliceerd op 3 juli 2018.

Voor de zzp exclusief behandelprestaties is de toe te voegen behandelcomponent berekend door het zzp exclusief behandeling in mindering te brengen op het zzp inclusief behandeling. Deze zzp behandelcomponent is ook toegevoegd aan de vpt prestaties. Hierbij heeft een correctie plaatsgevonden op de vpt-inclusief behandelprestaties zodat de specifieke behandeling niet tweemaal wordt bekostigd. De berekende normbedragen voor de behandelcomponent per zzp zonder behandeling of vpt prestatie zijn vervolgens vermenigvuldigd met de bij de prestatie passende dagen zoals volgt uit de Vektis declaratiegegevens 2018.

Deze methode heeft twee belangrijke gevolgen voor de vpt-prestaties. Allereerst brengt deze methodiek met zich mee dat dus ook de normatieve huisvestingscomponent en inventariscomponent voor behandeling aan een vpt met behandeling worden toegevoegd. Dit in tegenstelling tot de huidige situatie waarbij deze twee onderdelen niet zijn opgenomen in de vpt prestaties. Deze methodiek brengt ook met zich mee dat de tarieven van sommige vpt-prestaties inclusief behandeling die worden toegepast in de sector gehandicaptenzorg dalen ondanks dat er een normatieve huisvestingscomponent en normatieve inventariscomponent voor behandeling wordt toegevoegd. Het betreft de tarieven voor vg zonder

dagbesteding 3, 4 en 6, vg met dagbesteding 3, 4 en 6, lg met dagbesteding. Dit komt omdat het bedrag dat ontstaat als bijvoorbeeld het tarief van vpt exclusief dagbesteding exclusief behandeling in mindering wordt gebracht op tarief vpt exclusief dagbesteding inclusief behandeling groter is dan het bedrag dat ontstaat als zzp exclusief dagbesteding exclusief behandeling in mindering wordt gebracht op zzp exclusief dagbesteding inclusief behandeling.

De ophoging van de lvg vpt prestaties met behandeling is berekend door met behulp van de gegevens uit het kostenonderzoek. Met behulp van deze gegevens is het relatieve aandeel van behandeling op de totale loon en materiele kosten voor een lvg zzp en vpt prestatie bepaald. De uitkomsten liggen in de range van 17 tot 24%. Vervolgens is dit percentage toegepast op het loon en materiele deel van de zzp en vpt tarieven voor het jaar 2019. Tevens is een normatieve huisvestingscomponent en normatieve inventariscomponent voor de vpt behandelcomponent berekend.

In onderstaande tabel staat het bedrag waarmee de behandelcomponent van de lvg vpt prestaties moet worden opgehoogd. Hierin is nog niet de (algemene) paramedische zorg verdisconteerd.

**Tabel 8: Ophoging lvg vpt prestaties**

	Loon en materieel	nhc	nic	Totaal
Vpt lvg 1	€ 0,20	€ -	€ 1,24	€ 1,44
Vpt lvg 2	€ 0,25	€ -	€ 1,24	€ 1,49
Vpt lvg 3	€ 0,27	€ 4,11	€ 2,53	€ 6,91
Vpt lvg 4	€ 0,23	€ 4,11	€ 2,53	€ 6,88
Vpt lvg 5	€ 0,24	€ 4,11	€ 2,53	€ 6,89

Bedragen in prijspeil voorlopig 2019.

#### *Ophoging Wlz-kader algemeen paramedische zorg*

Het normbedrag waarmee alle prestaties (zzp met behandeling, zzp zonder behandeling en vpt) worden opgehoogd omdat paramedische zorg met een algemeen karakter vanuit de Wlz wordt vergoed is gebaseerd op de uitgaven voor paramedische zorg die ten laste van de Zvw en de aanvullende verzekering zijn gebracht.

Een normbedrag per profiel is geraamd door de uitgaven gemoeid met paramedische zorg die op grond van de Zvw verzekering is vergoed zoals volgt uit het Vektis samenloopbestand 2016 bij een zzp met behandeling te delen door de Vektis declaratiegegevens 2016 die bij het betreffende zzp met behandeling passen. Vervolgens is dit normbedrag geïndexeerd naar 2019 (90% loon, 8% materieel en 2% kapitaal, 1,0902) en vermenigvuldigd met het aantal bij het profiel passende gedeclareerde dagen dat volgt uit de Vektis declaratiegegevens 2018. Het normbedrag Zvw per dag dat is berekend voor de zzp's met behandeling is dus ook toegepast op de zzp's zonder behandeling en alle vpt prestaties. Eenzelfde berekening is gemaakt voor de paramedische zorg die ten laste van een aanvullende verzekering is gebracht.

#### *Toevoeging component mondzorg aan de zzp- en vpt-prestaties*

De uitgaven gemoeid met de mondzorg zijn per zzp geraamd. Het totaal bedrag voor mondzorg zoals geraamd voor 2018, 67 miljoen euro, is hierbij gedeeld door het aantal dagen dat prestatie met behandeling (zzp met behandeling en bijvoorbeeld klinisch intensieve behandeling) dat volgt uit de Vektis declaratiegegevens 2018.

Met behulp van de gedeclareerde gegevens over mondzorg in de Zvw heeft een weging plaatsgevonden zodat niet ieder zzp met behandeling met een vast normbedrag, bijvoorbeeld 0,83 wordt opgehoogd maar dat rekening wordt gehouden met het profiel. We hebben tevens een bedrag gereserveerd voor de ggz-

zpz's omdat ook deze cliënten mondzorg krijgen uit de Wlz en dus in het bedrag van € 67 miljoen zijn verdisconteerd.

#### *Dure geneesmiddelen en zorggebonden materialen*

De uitgaven gemoeid met dure geneesmiddelen en zorggebonden materialen zijn per zpz geraamd. Hier is dezelfde methodiek toegepast zoals beschreven in het verantwoordingsdocument kostenonderzoek langdurige zorg ([https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_253471\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_253471_22/1/), pagina 23 en bijlage 7). De totale uitgaven in 2016 voor dure geneesmiddelen en voor zorggebonden materialen volgt uit de nacalculatiegegevens 2016. Per profiel is een normbedrag voor dure geneesmiddelen en een normbedrag voor dure zorggebonden materialen berekend. Het normbedrag is berekend door de totale uitgaven voor dure geneesmiddelen te delen door het volume aan gerealiseerde prestaties waarvoor de regeling is opengesteld. We reserveren hierbij tevens bedragen voor de ggz reeks waarover we adviseren in een ander rapport. Deze normbedragen zijn geïndexeerd met de materiele index naar 2019 en vermenigvuldigd met het aantal dagen zpz zonder behandeling en vpt zoals volgt uit de Vektis declaratiegegevens 2018.

#### *Boven-budgettaire hulpmiddelen*

De ophoging van het Wlz kader voor rolstoelen voor individueel gebruik is gelijk aan de geraamde daling van het Wmo-kader zoals eerder in deze bijlage beschreven. De aangemeten hulpmiddelen (ortheses, protheses, schoenen) worden momenteel voor cliënten met een zpz met behandeling buiten de contracteerruimte maar wel uit het totale Wlz-kader bekostigd. De NZa vraagt deze kosten maandelijks op bij de zorgkantoren. Vanaf 2018 wordt hierin een uitsplitsing tussen uitgaven voor aangepaste rolstoelen en overige individueel aangepaste hulpmiddelen gemaakt. De geprognosticeerde uitgaven voor individueel aangepaste hulpmiddelen 2018 is hierbij gedeeld door het aantal dagen dat een prestaties met behandeling is gedeclareerd in 2018 met behulp van de Vektis declaratiegegevens 2018. Dit geeft een normbedrag per profiel voor individueel aangemeten hulpmiddelen. Met de materiele index zijn de bedragen geïndexeerd naar prijspeil voorlopig 2019.

Hierbij is geen rekening gehouden met de kosten van verbreding van de mobiliteitshulpmiddelen naar alle mobiliteitshulpmiddelen, bijvoorbeeld de aangepaste fiets en scootmobiel. Het is niet bekend hoeveel geld hiermee gemoeid is in de Wmo voor de cliënten met een zpz zonder behandeling en vpt prestatie.

## Bijlage 7. Consultatievragen en reacties

In de consultatieronde zijn de onderstaande consultatievragen gesteld. De naar aanleiding van deze consultatievragen ontvangen reacties staan weergegeven in de apart bijgevoegde bijlage. In die bijlage wordt waar mogelijk verwezen naar onderstaande vragen.

### *Integrale zorg bij vpt (bij hoofdstuk 3)*

Wij stellen voor dat het vpt met behandeling alleen in rekening mag worden gebracht indien de aanbieder de integrale zorg heeft geleverd. De leveringsvorm vpt zonder behandeling komt te vervallen. In de toekomst zijn er alleen de prestaties zzp met behandeling, vpt met behandeling en de huidige mpt-prestaties. Er wordt geen onderscheid gemaakt in geclusterd of niet geclusterd vpt.

1. In hoeverre bent u het eens met de door ons voorstelde afbakening van integrale zorg voor cliënten met een vpt?
2. Waarom is de voorgestelde afbakening wel of niet werkbaar bij de zorginkoop?
3. In hoeverre hebt u behoefte aan het toevoegen van voorwaarden aan de prestatiebeschrijvingen voor een vpt met behandeling
4. Kunt u aangeven wat de voorgestelde afbakening van integrale zorg voor de vpt-cliënt gaat betekenen?

### *Bekostigingsmodel (bij hoofdstuk 4)*

Wij stellen een integraal bekostigingsmodel voor vergelijkbaar met de prestaties zzp met behandeling.

5. In hoeverre bent u het eens met het door ons voorgestelde bekostigingsmodel voor Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen?
6. Ziet u nog andere kansen en belemmeringen dan door ons benoemd bij het voorgestelde bekostigingsmodel?
7. Kunt u aangeven wat het voorgestelde bekostigingsmodel voor de cliënt of uw cliënten gaat betekenen?
8. Welke kansen en belemmeringen ziet u voor het organiseren van keuzevrijheid van behandelaren (huisarts, psycholoog, etc.) voor de cliënt?

### *Macro financiële impact (bij hoofdstuk 5)*

De adviezen van het Zorginstituut leiden tot een verschuiving van middelen van Zvw en Wmo naar Wlz. Uit onze analyse blijkt dat er ook sprake is macro meerkosten. Wij hebben de meerkosten deels kunnen onderbouwen. Macro meerkosten zonder een duidelijke verklaring vinden wij onwenselijk.

9. In hoeverre herkent u zich in de kwalitatieve beschrijving van de verklaring van meerkosten voor behandeling in de Wlz?
10. Welke aanvullende verklaringen heeft u voor de meerkosten? Kunt u ons helpen met het kwantificeren van de nog niet verklaarde meerkosten?
11. Welke mogelijkheden ziet u in de zorginkoop om de meerkosten te mitigeren?
12. Welke mogelijkheden ziet u in de bedrijfsvoering van zorgaanbieders en behandelaren om de meerkosten te mitigeren?

### *Invoeringstraject (bij hoofdstuk 7)*

Wij schetsen twee overgangsscenario's te weten:

- A) In een keer invoeren met een ruime voorbereidingsperiode van twee jaar, of
- B) geleidelijk ingroeien over een periode van drie jaar.

13. Welk overgangsscenario heeft uw voorkeur en waarom? Ziet u nog alternatieven?

We schetsen een aantal belangrijke stappen voor een succesvolle invoering van ons advies. Hebt u hierop nog aanvulling?