

Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatie-vraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Beroepsverenigingen	NIP	vpt	1	<p>NIP kan zich vinden in de afbakening vpt/mpt en het vervallen van prestaties vpt zonder behandeling. De voorgestelde afbakening en gelijkschakelen van zzp en vpt met behandeling voorkomt problemen die samenhangen met afstemming en samenwerking doordat vaak niet voldoende scherp is wat precies onder behandeling valt (en door wie) en wat onder begeleiding valt (en door wie). Hierdoor komt in de praktijk, daar waar sprake is van vpt zonder behandeling of mpt de samenwerking tussen begeleiders van aak niet goed van de grond. En is sprak van onderbehandeiging (men wijst naar elkaar) of ondoelmatigheid vanwege dubbelingen. Integrale behandeling dwingt tot samenwerken, zorgt voor korte lijntjes en stimuleert en inspireert betrokken om buiten hun comfortzone te treden.</p> <p>Uit oogpunt van keuzevrijheid is het van belang dat mpt en pgb blijven bestaan.</p>
Beroepsverenigingen	NIP	vpt	1-4	<p>De voorgestelde afbakening van integrale zorg voor de vpt-cliënt zal betekenen dat deze te allen tijde de aanbieder kan aanspreken op de te leveren zorg en dat deze aanbieder verantwoordelijk gehouden kan worden voor de samenhang in het aanbod. Het kan anderzijds ook betekenen dat er wellicht minder keuzevrijheid is voor de cliënt. Als het gaat om de inzet van psychologische en/of psychiatrische behandeling is de relatie met de behandelaar vaak mede bepalend voor het resultaat van de behandeling. Zeker voor deze vaak complexe/chronische problematiek.</p>
Beroepsverenigingen	NIP	Inkoopproces	2	<p>Wij denken dat de voorgestelde afbakening werkbaar is voor de zorginkoop, waarbij het ons inziens wel nodig is om explicietere voorwaarden toe te voegen aan de prestatiebeschrijvingen voor een vpt met behandeling. Zodat ook voor mpt duidelijk is waaraan voldaan moet zijn om een volwaardig alternatief te zijn voor een vpt zonder behandeling.</p> <p>Daarnaast pleiten we wel voor reële vaste tarieven, zeker voor de behandelcomponent</p>
Beroepsverenigingen	NVO	vpt	1	<p>Het aanbrengen van de scheiding tussen vpt niet of wel geclusterd zou leiden tot een kunstmatige en niet eenduidige scheiding. Wij zijn dan ook geen voorstander van dit onderscheid en staan dus achter het voorstel van de NZa voor een alternatief voor het geclusterd VPT. Het voordeel van deze alternatieve optie is dat de zorgvraag van de client voorop staat, niet de locatie van de cliënt.</p>
Cliëntenorganisaties	Ieder(in) en Per Saldo	vpt	1	<p>Voorstel afbakening VPT is logisch in de gehele lijn die voor de operatie Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen wordt voorgesteld.</p>

Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatie-vraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Cliëntenorganisaties	Ieder(in) en Per Saldo	Keuzevrijheid, Inkoopproces	2	Keuzevrijheid van de cliënt is in het geding: cliënt met een VPT wordt gedwongen om de zorg bij één aanbieder af te nemen. Verwachten problemen bij de zorginkoop groep cliënten die zijn aangewezen op een integraal en specialitisch behandel aanbod: <ul style="list-style-type: none"> - continuïteit van zorg voor gevoelige groep cliënten wordt doorbroken; - Er zijn nu niet veel aanbieders die in de Wlz deze aanvullende zorgvormen integraal aanbieden. Cliënten moeten mogelijk op zoek naar nieuwe aanbieder: vertrouwensband wordt doorbroken en met name voor ggz-cliënten is dit juist een contra-indicatie. Pleiten dan ook voor maatwerk.
Cliëntenorganisaties	Patienten federatie	vpt	1	Wij denken dat de voorgestelde afbakening beter duidelijk maakt wat cliënten van een zorgaanbieder kunnen verwachten. Het aanspreekpunt voor wonen, zorg en leven is de Wlz-aanbieder en de sleutel voor de cliënt ligt bij het zorgkantoor. Toch zijn er ook zorgen: <ul style="list-style-type: none"> - Het vereist goede (keuze)informatie en kennis bij eventuele cliëntondersteuners; - Cliënten moeten niet ongewenst voor mpt / pgb kiezen, uit vrees om regie over behandeling kwijt te raken; - Aanbieders van integrale zorg moeten voldoende oog hebben voor behoeften van cliënten om te kunnen kiezen, voor te leveren kwaliteit en maatwerk als het gaat om behandeling.
Cliëntenorganisaties	Patienten federatie	vpt	3	<ul style="list-style-type: none"> - Maak mogelijk dat cliënten bij twijfel over de behandeling door een door de Wlz-aanbieder georganiseerde zorgverlener een second opinion kunnen krijgen van een andere zorgverlener; - Regel dat relevante kwaliteitskaders van toepassing zijn (denk aan hulpmiddelen, palliatieve zorg, etc) voor zover dat onderdeel kan uitmaken van de prestatiebeschrijving

Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatie-vraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Cliëntenorganisaties	Patienten federatie	vpt	4	<ul style="list-style-type: none"> - Een cliënt is voor alle zorg volledig aangewezen op de Wlz-aanbieder. Dat lijkt duidelijk. Maar of dat als een verbetering wordt ervaren, is nog maar de vraag. In het huidige systeem hebben we al te maken met de zogenaamde 'zorgval'. Hoe garandeer je dat dat met deze verandering niet ontstaat of nog groter wordt? - Bij een vermoeden van een vooruitzicht om minder zorg te krijgen (zorgval) en regieverlies, al dan niet in combinatie met de behoefte om (dicht bij) thuis te blijven, kan het zijn dat de cliënt kiest voor een minder passende leveringsvorm. Een leveringsvorm die ook past bij een te verwachten beloop van mogelijkheden/beperkingen in functioneren van de cliënt. - Keuzevrijheid als het gaat om zorgverleners is voor een deel van de cliënten belangrijk. Dat kan gaan om de vertrouwde relatie, maar in een aantal gevallen ook om een bepaalde specialisatie. Dat vraagt goede uitleg vooraf en meedenken over wat de meerwaarde van het integrale zorgaanbod voor de cliënt kan zijn. - Daarnaast maken we uit meldingen die wij krijgen op, dat cliënten en hun naasten onvoldoende vooraf over mogelijkheden en beperkingen in het zelf kiezen van een zorgverlener worden geïnformeerd. Met regelmaat ontvangen wij melding van mensen die onaangenaam verrast zijn als ze ontdekken dat de keuze voor een (huis)arts of fysiotherapeut of bepaalde hulpmiddelen is komen te vervallen, nadat ze zijn opgenomen. - In administratief- en regel-opzicht kan de verandering wel ontlasting van mantelzorgers opleveren. Vooral zij hebben te maken met het koppelen van verschillende regimes. -Blijft er kleinschalig zorgaanbod bestaan, ook voor niet-pgb-cliënten? En hebben cliënten met relatief veel aanvullende zorg, wel voldoende kans op een passende plek? Dit vraagt goede monitoring.
Farmaceutische zorg	KNMP, ASKA, NAPCO	Invoeringstraject: informatie delen	1-4	Verder blijkt in de praktijk uit de samenloop tussen Wlz en Zvw dat het delen van cliënten-dossiers tussen de verschillende behandelaren en zorgaanbieders een belemmering vormt bij het leveren van integrale zorg. Ook komt hieruit naar voren dat het uitwisselen van gegevens over de indicatie en leveringsvorm van cliënten tussen zorgaanbieders, behandelaren, zorgkantoren en zorgverzekeraars een noodzakelijke voorwaarde is voor het goed verlopen van het declaratieproces.
Farmaceutische zorg	KNMP, ASKA, NAPCO	Keuzevrijheid	1-4	Wij stellen ons kritisch op het feit dat de voorgestelde afbakening van integrale zorg de keuzevrijheid van cliënten niet ten goede komt.
Farmaceutische zorg	KNMP, ASKA, NAPCO	kleinschaligheid	1-4	Tevens stellen wij ons kritisch op het feit dat deze afbakening haaks staat op het programma "langer thuis" van VWS en afgelopen jaren steeds meer Wlz-zorg thuis werd geboden of in kleinschalige woonvoorzieningen. Daar komt bij dat voor kleinschalige woonvoorzieningen de mate waarin zij in staat zijn deze integrale zorg voor hun cliënten te organiseren, bepalend zal zijn voor de leveringsvorm die zij kunnen aanbieden. Zoals ook in de gesprekken aangegeven denken wij dat er veel van de fijnmazigheid die er nu in de eerste lijn is verloren gaat en dat dit ook ten kosten gaat van de kwaliteit van zorg.

Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatie-vraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Farmaceutische zorg	KNMP, ASKA, NAPCO	vpt	1-4	Wij delen de mening dat de leveringsvorm vpt exclusief behandeling hiermee volledig kan komen te vervallen en onderscheid tussen geclusterd en niet-geclusterd vpt niet meer noodzakelijk is. Dit komt de rechtszekerheid van cliënten ten goede.
Farmaceutische zorg	KNMP, ASKA, NAPCO	vpt	4	Bovendien hebben de meeste Wlz-cliënten te maken met meervoudige, chronische ziekten en een kwetsbare gezondheid wat maakt dat er dynamiek en tijdsverloop zit in de aspecten wonen, zorg, welzijn én behandeling. Er dient om die redenen dan ook nadrukkelijk aandacht te zijn voor maatwerk op basis van de zorgvraag van cliënten in de Wlz. Deze aspecten dienen ook meegenomen en meegewogen te worden bij de zorginkoop.
Farmaceutische zorg	VNFKD	Kleinschaligheid	2	De VNFKD vraagt zich af of kleinschalige woonvormen- en voorzieningen in staat zijn de zorg dusdanig te regelen met alle individuele zorgaanbieders, leveranciers en fabrikanten (bv op het gebied van het afsluiten van contracten) zoals dat in de huidige situatie door verpleeghuizen gebeurt. In de nieuwe situatie zou het bijvoorbeeld zo kunnen zijn dat deze kleinschalige woonvormen- en voorzieningen contracten moeten afsluiten met leveranciers van medische voeding (maar ook voor andere vormen van zorg). Dit vergt veel extra werk, tijd en expertise voor hen. Uiteraard kunnen zij ervoor kiezen om met apotheken of medisch speciaalzaken hiervoor een contract te sluiten. Het kan echter voorkomen dat apotheken of medisch speciaalzaken door het huidige contracteerbeleid van zorgverzekeraars bepaalde vormen van zorg niet meer mogen/kunnen leveren. Welke consequenties kan dit hebben voor het leveren van deze zorg aan Wlz-patiënten in deze woonvormen- en voorzieningen?
Gehandicaptenzorg	Amarant	Bekostigingsmodel	1	Amarant kiest uitdrukkelijk voor integrale prestaties. In de overwegingen in de brief worden zaken als 'weigering' door huisartsen of 'hogere vergoeding' niet als bekostigingsvraagstuk maar als onvolkomenheden in de organisatie van behandeling gezien. Amarant is er niet voor om praktische bezwaren mee te laten wegen in de keuze voor het model. Risico voor met name kleine aanbieders dat aantal onder aannemers waarmee financiële afspraken moeten worden gemaakt toeneemt. Dit kan leiden tot extra administratieve lasten.
Gehandicaptenzorg	Amarant	vpt, keuzeinformatie	1	Amarant ziet de voorgestelde afbakening van vpt en mpt als verschuiving van (echt thuiswonende) cliënten naar mpt, als ze dezelfde zelfstandigheid willen behouden. Dit vraagt communicatie naar cliënten. Amarant is het niet eens met het voorstel voor afbakening en is geneigd om de keuzevrijheid in te perken als hier aan wordt vastgehouden. Het merendeel van de cliënten met vpt zal echter blijven voldoen aan de nieuwe definitie, deze groep woont veelal in geclusterde setting.

Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatie-vraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Gehandicaptenzorg	Amarant	vpt, inkoopproces	2	Volgens Amarant leidt voorgestelde afbakening niet tot problemen in de inkoop. Suggestie voor nieuwe naam: verblijf zonder wooncomponent (ook bij gemeenten bij beschermd wonen in gebruik).
Gehandicaptenzorg	VGN	vpt	1-4	VGN is het eens met de voorgestelde afbakening vpt/mpt. In de gehandicaptenzorg zullen de meeste cliënten van de bestaande vpt ook onder de nieuwe definitie van vpt vallen. Cliënten die niet willen dat de zorgaanbieder de volledige regie heeft kunnen kiezen voor mpt/pgb. - wel een mogelijkheid voor volledig pakket inclusief personen alarmering en de regiefunctie binnen MPT ontwikkelen. - Ook in de vpt moet het mogelijk zijn om dagbesteding bij een derde partij af te nemen. - vpt prestaties moeten voldoende duidelijkheid geven over wat er in de prestatie zit (inclusief behandeling) - VGN voorziet geen andere rol voor de zorgkantoren dan ook nu al het geval is.
Geneeskundige Zorg	LHV	vpt	1	LHV is het niet eens met de nieuwe afbakening van integrale zorg. Onder integrale zorg verstaan wij het geheel aan care en cure wat een patient nodig heeft. Deze nieuwe afbakening zorgt ervoor dat aanbieders van kleinschalige woonzorgvormen zelf kunnen bepalen hoe zij deze zorg inrichten en of zij integrale zorg leveren. Voorgestelde afbakening doet geen recht aan het advies van het Zorginstituut. Voorgestelde afbakening veroorzaakt onduidelijkheid (ene woonvorm levert wel integrale zorg, andere niet). Wij pleiten nadrukkelijk voor een duidelijke omschrijving van institutionele zorg. Wij zijn het daarom wel eens met de omschrijving van institutionele zorg op pg. 17 van het consultatiedocument en voegen daar graag nog een verduidelijking aan toe. (zie vetgedrukt...een institutionele woonvorm waarbij één zorgaanbieder primair verantwoordelijk is voor het geheel van wonen zorg met care en cure, en leven. Samengevat zijn wij van mening dat kleinschalige woonzorginstellingen die een totaalpakket aan wonen en zorg en leven aanbieden verantwoordelijk moeten zijn voor een integraal pakket aan zorg. LHV is het eens met het schema woonvormen in de bijlage en vindt bovendien dat ook in de thuissituatie mogelijk moet zijn/worden om integrale Wlz-zorg te leveren.
Geneeskundige Zorg	LHV	Inkoopproces	2	Als kleinschalige woonzorginstellingen geen integrale zorg kunnen inkopen zal dit "goedkoper" zijn. Oneigenlijke prikkels in zorginkoop.
Geneeskundige Zorg	LHV	Kleinschaligheid	3	VPT met behandeling en zorg met verblijf (zzp) zullen qua zorginhoud niet van elkaar verschillen. Mogelijk kan de kleinschaligheid van invloed zijn op een aantal eisen die gesteld kunnen worden aan de woonzorginstelling.
Geneeskundige Zorg	LHV	vpt	4	Voorgestelde afbakening van integrale zorg geeft geen duidelijkheid voor patienten in geclusterde woonvorm. Afbakening zoals gesteld in het memo geclusterd vpt van 19 oktober biedt veel meer duidelijkheid.

Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatie-vraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Geneeskundige Zorg	Verenso	vpt	1	Eens met voorstel. Niet de woonplek maar de zorgvraag is voor de SOG leidend.
Geneeskundige Zorg	Verenso	Inkoopproces	2	Het is belangrijk om te borgen dat cliënten de juiste zorg op de juiste plek krijgen. Daarbij geldt dat niet alle zorg kan op elke plek veilig en verantwoord worden geboden. Verenso pleit ervoor om de SOG en andere behandelaren te betrekken bij de zorginkoop.
Geneeskundige Zorg	Verenso	vpt	3	De beroepsgroep adviseert de Nza om een werkproces in te richten met als doel hierop meer zicht te krijgen en daarbij de, bij de uitvoering van de behandelcomponent betrokken, professionals te betrekken.
Hulpmiddelenbranche	FHI	Kleinschaligheid	2	FHI maakt zich zorgen om de kleinschalige woonvormen. Kunnen zij de behandelverantwoordelijkheid wel dragen en uitvoeren? Dat ziet FHI niet iedere zorginstelling doen. Hoe gaan zij de medische hulpmiddelenzorg vormgeven? Beschikken zij daarvoor voldoende gespecialiseerde verpleegkundigen, bijvoorbeeld stoma-, wond- continentie- en diabetesverpleegkundigen? FHI denkt van niet. Daarnaast gaat dit kleinere zorginstellingen nogal wat administratie en afstemming kosten; dat geldt ook voor de samenwerkende leveranciers van medische hulpmiddelen. De administratieve lasten zullen derhalve stijgen.
Hulpmiddelenbranche	Medux	vpt	1	Onduidelijkheid ontstaat volgens Medux wanneer ook extramuraal zorg met een vpt betrokken kan worden. Het Zorginstituut heeft zich gericht op gelijkheid in de institutionele zorg. Als een vpt ook thuis (voor de helderheid niet geclusterd) afgenomen kan worden, en hierin dan het volledige zorgpakket aangeboden dient te worden, voorzien wij dat lastige en kostenverhogende situaties ontstaan. Specifiek te weten bij: Gebruikshulpmiddelen (denk aan (elektrische) rolstoelen, scootmobielen, bedden) hebben voor thuiswonenden andere specifieke, functionele eigenschappen dan in een intramurale setting. Functionele eisen zijn meer gericht op de zelfredzaamheid, bijvoorbeeld moet je vanuit je elektrische rolstoel wel boven in het keukenkastje terecht kunnen, dus heb je een rolstoel met hoog/laag functie nodig. De zorgaanbieder en de financier (het zorgkantoor met haar poolsysteem) kan dus niet zo maar hulpmiddelen vanuit de intramurale setting benutten, wanneer hulpmiddelen met een andere functionaliteit nodig zijn.
Hulpmiddelenbranche	Medux	vpt	1	Het Zorginstituut heeft zich gericht op gelijkheid in de institutionele zorg. Als een vpt ook thuis (voor de helderheid niet geclusterd) afgenomen kan worden, en hierin dan het volledige zorgpakket aangeboden dient te worden, voorzien wij dat lastige en kostenverhogende situaties ontstaan. Specifiek te weten bij: Woningaanpassingen in een thuissituatie zijn totaal anders dan in een intramurale setting. Een intramurale setting is reeds aangepast, een thuissituatie is individueel en specifiek. De kosten van een dergelijke woningaanpassing zijn daarmee ook zeer divers en niet in een vpt zpp op te nemen.

Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatie-vraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Hulpmiddelenbranche	Medux	vpt	1	Het Zorginstituut heeft zich gericht op gelijkheid in de institutionele zorg. Als een vpt ook thuis (voor de helderheid niet geclusterd) afgenomen kan worden, en hierin dan het volledige zorgpakket aangeboden dient te worden, voorzien wij dat lastige en kostenverhogende situaties ontstaan. Specifiek te weten bij: De cliënt heeft, voordat hij of zij een Wlz indicatie krijgt, veelal al een hulpmiddel vanuit de Wmo en Zvw . Wanneer een andere betaler ontstaat bij het verkrijgen van een vpt, ontstaan er onnodige acties voor cliënt/gemeente/zorgverzekeraar/zorgverlener/hulpmiddelenleverancier, administratieve handelingen en risico op verspilling van hulpmiddelen wanneer een hulpmiddel niet overgenomen wordt. Er ontstaan derhalve zowel kostenverhogende situaties als ongelijkheid in de extramuraal zorg. Immers kan een hulpmiddel "thuis" nu uit de Wmo/Zvw of Wlz (vpt) moeten worden verkregen. Waar duidelijkheid geschapen wordt in de institutionele zorg, wordt onduidelijkheid gecreëerd in de thuissituatie van cliënten.
Hulpmiddelenbranche	Medux	vpt	2	Gebruikshulpmiddelen zijn niet gelijk voor intramuraal en extramuraal gebruik. De zorgaanbieder kan de bekende hulpmiddelen vanuit de intramurale setting niet altijd benutten. Zorgaanbieders die m.n. institutioneel werken, zullen hun service- en adviesdienst anders in moeten richten, want zij zullen ook service en advies aan huis moeten gaan leveren. Ook voor de zorgaanbieder die het vpt afgegeven heeft, geldt dat advies aan huis geleverd dient te worden. De geautomatiseerde systemen, waarmee de ergotherapeuten van instellingen werken, zijn niet ingericht op de hulpmiddelenzorg voor cliënten thuis. Het kernassortiment waarmee zij werken is veel compacter en toegespitst op de institutionele hulpmiddelenzorg.
Hulpmiddelenbranche	Medux	vpt	3	N.v.t. voor ons als hulpmiddelenleverancier.
Hulpmiddelenbranche	Medux	vpt	4	zie vraag 1 en 2
Mondzorg	ANT, Cobijt, KNMT, NVGd, NVU, NVM, ONT, VBTGG	vpt	1	De onduidelijkheid of iemand recht heeft op behandeling als hij in een verblijfsinstelling verblijft neemt af, maar wordt niet naar 0 teruggebracht. Indien een client voor een andere verblijfsvorm kiest (b.v. MPT, PGB) blijft de onduidelijkheid bestaan. Het nieuwe bekostigingsmodel kan ervoor zorgen dat cliënten vanuit financiële motieven bewust voor intramurale zorg kiezen. Dit staat haaks op het streven van de overheid om cliënten zo lang mogelijk thuis te laten wonen.
Mondzorg	ANT, Cobijt, KNMT, NVGd, NVU, NVM, ONT, VBTGG	Inkoopproces	2	Partijen denken dat de zorginstellingen het inkoopproces niet aankunnen. Bij de zorginstellingen is te weinig expertise in huis om het inkoopproces soepel te laten verlopen. In 2017 heeft het gewijzigde (gedigitaliseerde) declaratieproces ervoor gezorgd dat de rol van de zorginstelling beperkt werkt en dat er doelmatigheids- en samenloopcontroles mogelijk werden.
Overige	Verenso	vpt	4	Meer integraliteit en kwaliteit van wonen, welzijn, zorg en behandeling.

Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatie-vraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Overige	VNG	vpt	1-4	<p>De VNG is het met het ministerie van VWS eens dat (rechts-)ongelijkheid voorkomen moet worden. Wij zien echter bezwaren als VPT uitsluitend geleverd kan worden met behandeling en in geclusterd verband. Het is vaak een zeer bewuste keuze van de cliënt en het cliëntsysteem om in de eigen woning te blijven, ondanks een toenemende zorgvraag. Deze trend is bijvoorbeeld zichtbaar in de jeugdzorg/-bescherming, waar het aantal residentiele bedden afneemt. Die trend is ook ingezet onder het programma 'Langer thuis' en bij de extramuralisering van de GGZ (Beschermd Thuis, naar commissie Dannenberg). Ook Ziekenhuisverplaatste zorg is een uiting van de wens om mensen in de eigen omgeving te laten wonen ondanks toenemende zorgwaarde.</p> <p>In Nederland neemt het aantal wooninitiatieven voor mensen met een intensieve zorgvraag toe. De mensen die hier wonen zijn kinderen, volwassenen en ouderen, eventueel samen met niet-zorgvragende gezinsleden. Deze mensen hebben uiteraard behandeling nodig maar vaak niet in de intensiteit dat verhuizing naar een instelling noodzakelijk is. Soms is het juist een bewuste keuze om de kwaliteit van leven tot uiting te brengen in de woonvoorziening zonder het wooninitiatief te willen medicaliseren. Voorbeelden zijn hospices en woon-zorgboerderijen, maar ook de landelijke Thomashuizen of de Herbergier.</p> <p>De eisen die NZa aan institutionele zorg stelt, zouden de genoemde wooninitiatieven kunnen doen besluiten af te zien van het leveren van Wlz-zorg. Immers, de vormen ZZP en VPT kunnen alleen integraal geleverd worden en PGB of Mpt vraagt een grotere mate van eigen regie van de cliënt of diens naasten. Dit zou direct afwentelingseffecten opleveren die in de Wmo zouden moeten worden opgevangen. Hierover moet zorgvuldig gesproken worden met betrokken partijen, waaronder gemeenten.</p>
Overige	VNG	vpt	1-4	<p>Duidelijkheid is gewenst en de aanzet van het Zorginstituut in de afbakening van geclusterd VPT als institutionele woonvorm is een zeer goede aanzet om met genoemde partijen tot overeenstemming te kunnen komen. Dat geclusterd-VPT een nieuwe leveringsvorm zou opleveren is in de optiek van de NZa onwenselijk, maar kan juist ook als zeer wenselijk worden gezien. Dit maakt écht onderscheid tussen zelfstandig wonen en institutionele zorg. Zelfstandig betreft dan een eigen woning -huur of eigendom-, eventueel samen met gezinsleden zonder directe nabijheid van andere zorgvragers. Zo kan inclusief geleefd worden, ook in geclusterde vorm, zonder dat dit voldoende schaalgrootte vraagt om ook integrale behandeling te kunnen bieden.</p>

Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatie-vraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Overige	Zorginstituut Nederland	vpt	1	<p>We delen met u dat zorgkantoren en zorgaanbieders redelijk objectieve instrumenten moeten hebben om te bepalen of daarvan sprake is of niet. U stelt een inhoudelijk onderscheid voor, waarbij niet de woonsituatie bepalend is, maar de regievraag. Hiermee ontstaat de volgende situatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bij verblijf in een instelling is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor het wonen en ontvangt de cliënt het integrale pakket, inclusief de aanvullende zorgvormen. • Bij het volledig pakket thuis (vpt) is de cliënt verantwoordelijk voor de woning. De zorgaanbieder heeft de verdere regie en levert het integrale pakket inclusief de aanvullende zorgvormen. Een vpt zonder behandeling en aanvullende zorgvormen komt niet meer voor. • Bij het modulaire pakket thuis (mpt) en het persoonsgebonden budget (pgb) is de cliënt (of zijn mantelzorger) zelf verantwoordelijk voor de woning en heeft zelf de regie. De zorg kan door verschillende zorgaanbieders worden geleverd. <p>Deze wijziging houdt in dat er twee vormen van institutionele zorg zijn, en twee vormen waarbij de cliënt de regie houdt. We juichen deze vereenvoudiging toe.</p>
Overige	Zorginstituut Nederland	vpt, inkoopproces	2	<p>Zorgkantoren en zorgaanbieders bepalen in het inkoopproces of het leveren van een integraal pakket in een bepaalde situatie mogelijk en gewenst is of niet. We zijn van mening dat het voor zorgkantoren en zorgaanbieders mogelijkheden biedt om de zorginkoop af te stemmen op de daadwerkelijke behoefte.</p>
Overige	Zorginstituut Nederland	vpt	3	<p>We zijn dan ook geen voorstander van het stellen van nadere regels of voorwaarden voor het leveren van een vpt.</p>
Overige	Zorginstituut Nederland	vpt, inkoopproces	4	<p>Wat betreft uw vraag wat de voorgestelde afbakening voor gevolgen heeft voor de cliënt vinden wij het belangrijk dat de cliënten die dat nodig hebben, integrale zorg krijgen, inclusief de aanvullende zorgvormen.</p>
Paramedici	KNGF	Invoeringstraject	2	<p>De KNFG wijst op twee aandachtspunten bij de invoering van integrale prestaties en tarieven.</p> <ul style="list-style-type: none"> - In de VG sector is het grootste deel van de paramedische zorg fysiotherapeutische zorg. Door de beweging in de VG van wonen op grote landgoederen naar wonen in de wijk en kleinschalige initiatieven, is een significant deel van de VG cliënten aangewezen op eerstelijns paramedische zorg. Dit zijn vaak cliënten met een lichtere handicap waarbij de kans groot is dat ze, op dit moment, een zzp zonder behandeling hebben. De fysiotherapeutische zorg aan deze doelgroep wordt daardoor vaak over het hoofd gezien bij zorgbestuurders aangezien de via de zvw of via de av van de client gefinancierd wordt. - Fysiotherapeutische zorg aan cliënten met een verstandelijke handicap wordt, buiten de beroepsgroep, niet gezien als een specialisme terwijl binnen de beroepsgroep de consensus is dat een fysiotherapeut in de VG sector extra vaardigheden moet bezitten om een effectieve behandeling te kunnen geven.

Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatie-vraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Verpleging en verzorging	ActiZ	vpt	1	<p>ActiZ kan zich vinden in het voorstel dat het vpt altijd integraal is en door één zorgaanbieder wordt geleverd: dat is eenduidig en levert een gelijk speelveld op voor alle aanbieders.</p> <p>Het mpt is vaak niet toereikend voor cliënten met een intensieve zorgvraag in de thuissituatie. Daarom vindt ActiZ het een noodzakelijke voorwaarde dat het mpt hierop wordt verruimd voordat de invoering van integral behandeling in de Wlz bij zzp en vpt plaatsvindt. Verruiming is noodzakelijk op het punt van personalarmering en prestaties en tarieven voor de regiefunctie bij mpt. Daarnaast biedt de leveringsvorm mpt geen mogelijkheden om de inzet van budget - in de tijd en tussen cliënt - uit te middelen. Zonder aanpassing van het mpt kan dit er toe leiden dat vernieuwende initiatievenom intensieve zorg in de thuissituatie te bieden in de knel komen en zelfs onmogelijk worden gemaakt. Dat kan niet de bedoeling zijn van de stelselwijziging.</p>
Verpleging en verzorging	ActiZ	Keuzevrijheid	2	<p>ActiZ is van mening dat de keuzevrijheid van de cliënt voor de zorgaanbieder en leveringsvorm het uitgangspunt dienen te zijn bij de zorginkoop. En vervolgens dient het geld de cliënt te volgen. Zorgkantoren dienen voldoende kwalitatief verantwoorde zorg voor de cliënt in te kopen maar zij hebben geen sturende rol om de leveringsvorm voor de cliënt te bepalen. Het heldere onderscheid tussen vpt en mpt zal van dienst zijn bij de zorginkoop en bij het inzichtelijk maken van het zzorgaanbod door het zorgkantoor.</p>
Verpleging en verzorging	ActiZ	Keuzeinformatie	3	<p>De aanvullende zorgvormen dienen opgenomen te worden in de prestatiebeschrijving van vpt. Het onderscheid met de overige leveringsvormen moet helder zijn. Tevens dient de prestatiebeschrijving van het mpt voorafgaand aan de implementatie te worden aangepast.</p>
Verpleging en verzorging	ActiZ	vpt	4	<p>De voorgestelde afbakening zal het overzicht van het toch al complexe zorglandschap iets verhelderen. Cliënten die de regie - met naasten - in eigen hand willen houden, kunnen gebruik maken van het mpt.</p>
Verpleging en verzorging	Dagelijks-leven	Bekostigingsmodel	1	<p>Dagelijks-leven is niet tegen de voorgestelde wijzigingen en heeft een voorkeur voor integrale prestaties met gereguleerde tarieven voor huisartsen of declaratie van losse prestaties van behandelaren via de zorgaanbieder. Dit heeft consequenties voor de keuzevrijheid (van behandelaren) van cliënten, maar leidt volgens dagelijks-leven echter nauwelijks tot discussie. Keuzevrijheid organiseren is in de praktijk lastig als je kiest voor integrale verantwoordelijkheid bij de aanbieder. Voordeel is dat er voor cliënten meer duidelijkheid komt over de eigen betalingen en bijdragen. Dagelijks-leven voorziet een rem op kleinschalige initiatieven vanwege toenemende complexiteit van de organisatie en de bijbehorende administratieve druk.</p>

Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatie-vraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Verpleging en verzorging	King Arthur Groep	vpt	1	De rechtspositie van cliënten met een vpt wordt in het advies gelijk getrokken met cliënten met een zzp. Aanbieder is van mening dat vpt en mpt gelijkgeschakeld moeten worden. Cliënten die gebruik van maken van vpt en mpt kiezen ervoor om zelf invloed te hebben op hun woonsituatie. In de huidige situatie (met vpt) is maatwerk mogelijk en worden behandelaars als een ergo- of fysiotherapeut alleen ingezet als nodig voor een cliënt. Door vpt en mpt gelijk te schakelen blijft maatwerk mogelijk. Lagere behandelkosten doordat alleen die behandeling ingezet wordt, die nodig is. De aanbieder is voorstander van het Zvw-model. Als behandeling uit de Wlz moet worden bekostigd dan kiest men ervoor om een vergelijkbaar model in de Wlz mogelijk te maken. De rechtsongelijkheid wordt hiermee opgelost.
Verpleging en verzorging	Koperhorst	vpt	1	Eens, de afbakening vpt/mpt is goed uitvoerbaar voor geclusterde woonvormen en kleinschalig groepswoon. Voor cliënten individueel in de wijk kan je als zorgaanbieder niet garant staan voor een volledige integrale zorg en dienstverlening en het zeker niet efficiënt en adequaat leveren. Derhalve wordt het ook heel duur. Woont men echt zelfstandig in een wijk dan ligt de totale regie ook bij de persoon zelf of de aanwezige mantelzorgers. Er zou nog een onderscheid gemaakt kunnen worden tussen dementeren cliënten binnen de ouderenzorg en somatische cliënten die geestelijk nog goed zijn en volledig eigen regie kunnen voeren.
Verpleging en verzorging	Koperhorst	vpt	2	Een aanbieder moet een redelijke mate van vrijheid hebben om te bepalen en toelichten op welke wijze vpt wordt aangeboden.
Verpleging en verzorging	Koperhorst	vpt	3	24-uur toezicht houden is onderdeel van de prestatie zzp/vpt. Dit is in de echte thuissituatie lastig. Mogelijk dat dit met nieuwe mogelijkheden op het gebied van domotica in de toekomst wel mogelijk wordt.
Verpleging en verzorging	SPOT	vpt	1	SPOT kan zich in beginsel vinden in dit uitgangspunt, integrale zorg levert zowel administratief als zorginhoudelijk voordeel op voor zowel de cliënt als de instelling. SPOT vindt dat deze integrale aanbidding moet gelden voor alle categorieën cliënten die onder de Wlz vallen.
Verpleging en verzorging	SPOT	vpt, zorginkoop	2	SPOT geeft aan dat dat eraan zal liggen hoe deze zorginkoop verloopt, welke voorwaarden gehanteerd worden bij de zorginkoop.

Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatie-vraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Verpleging en verzorging	SPOT	Kleinschaligheid	3	<p>SPOT geeft aan dat dit in beginsel geen problemen zal geven bij aanbieders die volledige geëquipeerd zijn voor de integrale levering.</p> <p>Voor (vooral de kleinere) zorgaanbieders die geen eigen SOG, psychiater, fysiotherapeut e.d. in dienst hebben en die voor de behandeling in beginsel afhankelijk zijn van de inzet van de huisarts als hoofdbehandelaar, zal er ruimte moeten blijven in de voorwaarden om onder de bestaande afspraken de medische en paramedische zorg te kunnen blijven leveren aan de cliënten die wonen in de instelling(en) van de aanbieder, door de huidige arts c.q. paramedische beroepsbeoefenaar. Het is voor kleinere zorgaanbieders financieel niet haalbaar om een geheel eigen medische en paramedische dienst te hebben. Ook al eerder ondernomen pogingen van zorgaanbieders om dit gezamenlijk met andere aanbieders te regelen, zijn niet altijd succesvol gebleken.</p> <p>In beginsel passen onze leden ook onder VPT het principe van scheiden van wonen en zorg toe. Onze zorgaanbieders willen zeker integrale zorg leveren, maar zijn sterk afhankelijk van het kunnen afsluiten van contracten met medici en paramedici, daar komt mogelijke schaarste of gewoon niet beschikbaar zijn van capaciteit nog bovenop.</p>
Verpleging en verzorging	SPOT	Keuzevrijheid	4	<p>SPOT vindt dat dit in beginsel een positief effect zou moeten hebben, de cliënt weet van de zorgaanbieder dat alle zorg geborgd is, zeker als ook hulpmiddelen e.d. volledig geborgd zijn in de WLZ. Het hebben van keuzevrijheid m.b.t. het kiezen van (para)medische behandelaar(s) zal voor veel cliënten die in onze relatief kleine instellingen verblijven of willen gaan verblijven van belang zijn.</p>
Verpleging en verzorging	ZorgthuisNL	Kleinschaligheid	1	<p>ZorgthuisNL ziet winst voor de cliënt: het advies van het Zorginstituut geeft meer duidelijkheid en eenduidigheid over het pakket.</p> <p>ZorgthuisNL signaleert een risico dat de markt van woon-zorgcomplexen op slot gaat, door eventueel gebrek aan mogelijkheden bij individuele zorgaanbieders om contracten te sluiten met behandelaren (SO, huisarts). ZorgthuisNL ziet dit als een belemmering in een markt waar flexibiliseren en ondernemerschap sterk gewenst zijn. Er is veel meer aanbod (kwalitatief en kwantitatief) nodig de komende 20 jaar.</p>
Verpleging en verzorging	ZorgthuisNL	vpt	1	<p>Inzicht in gevolgen voor individuele aanbieders zowel inhoudelijk als financieel is nodig. Als vpt een mpt wordt heeft dat consequenties.</p>

Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatie-vraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Verzekeraars	Zorg-verzekeraars Nederland	vpt	1-4	ZN herkent zich in de voorgestelde afbakening van integrale zorg. Op deze wijze staat het leveren van integrale zorg centraal, en niet de wijze waarop iets gebouwd is. Ook geeft het naast meer integrale zorg ook duidelijkheid aan cliënten. De afbakening is toekomstbestendig, volgt persoonsvolgende bekostiging en geeft de zorgkantoren extra handvaten in te kopen op kwaliteit. Wanneer de zorgaanbieder verantwoordelijk wordt voor het organiseren van de behandeling, heeft dit impact op de keuzevrijheid van cliënten (deze wordt vergelijkbaar met de huidige 'verpleeghuiszorg', ZZP met behandeling). Daar staan echter bovengenoemde voordelen tegenover, die voor ZN zwaarder wegen. Wanneer de zorgaanbieder verantwoordelijk wordt voor het organiseren van de behandeling, heeft dit impact op de keuzevrijheid van cliënten (deze wordt vergelijkbaar met de huidige 'verpleeghuiszorg', ZZP met behandeling). Daar staan echter bovengenoemde voordelen tegenover, die voor ZN zwaarder wegen.
Verzekeraars	Zorg-verzekeraars Nederland	vpt	1	ZN herkent zich in de voorgestelde afbakening van integrale zorg. Op deze wijze staat het leveren van integrale zorg centraal, en niet de 'de stenen', de wijze waarop iets gebouwd is. Daarvoor hebben we daarnaast volgende argumenten. <ul style="list-style-type: none"> - Integrale zorg is juist voor deze kwetsbare groep cliënten van groot belang. De voorgestelde afbakening leidt tot veel meer helderheid over de meerwaarde van Wlz-zorg ten opzichte van wijkverpleging vanuit de Zvw. Hierbij komt naar verwachting ook de huidige 'zorgval' en de problematiek rondom verschillende eigen betalingen minder tot niet voor. - Het volgende argument waarom wij hiervan voorstander zijn, is dat in deze afbakening de wijze waarop de zorg rond de cliënt georganiseerd wordt bepalend is. Hiermee voldoet het ook aan het criterium van cliëntvolgende bekostiging. Begrijpelijk is dat dit makkelijker lijkt te organiseren in bepaalde geclusterde voorzieningen, maar zorgkantoren kennen ook voorbeelden waarbij kwalitatief goede en integrale zorg inclusief behandeling geleverd wordt in niet geclusterde settings. - Daarnaast beschouwt ZN deze definitie als toekomstvast: de lijn volgt de ontwikkeling van nieuwe wooninitiatieven en andere initiatieven om de zorg vanuit de cliënt te organiseren. Een definitie rondom wat al dan niet geclusterd is, zal nooit alle woonvormen dekken, en hiermee geen duidelijkheid geven. - Tot slot sluit de afbakening aan bij de ontwikkeling dat de levering van behandeling steeds minder aan het bed/toelating/gebouw is gekoppeld, maar daar waar de zorgvrager dat nodig heeft. Vanuit klantperspectief is het koppelen van institutionele zorg aan een bouwvorm niet wenselijk. Het beperkt de keuzemogelijkheden in verblijf en beperkt de toegankelijkheid van bepaalde woonvoorzieningen. Daarnaast versterkt het sturen op kwaliteit van huisvesting (vastgoed, innovatieve oplossingen) dat door de komst van integrale tarieven de komende jaren steeds meer van zorgkantoren wordt verwacht. Kortom, wij zijn voorstander van de door de NZa gehanteerde afbakening.

Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatie-vraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Verzekeraars	Zorg-verzekeraars Nederland	Inkoopproces	2	<p>De voorstelde afbakening is werkbaar. Immers, zorgkantoren kopen deze zorg al jaren in. Het geeft zorgkantoren meer instrumenten om hun rol als zorginkoper op kwaliteit in te vullen en om in de regio te sturen op voldoende, kwalitatief goede en betaalbare behandeling in de regio. Het is daarbij van groot belang dat zorgkantoren voldoende budgettaire compensatie krijgen via de regionale contracteerruimte om deze zorg ook in te kopen.</p> <p>De afbakening vergt van zorginkoop het maken van goede afspraken met zorgaanbieders. ZN ziet dit vooral ook als kans voor een kwaliteitsslag in de sector, die ook ruimte geeft voor zorgvernieuwing. Tot nu toe worden nogal eens discussies gevoerd over wat wel of niet inclusief behandeling is. Deze discussies zijn bij dit model verleden tijd. Door de voorgestelde afbakening verwachten we dat de gesprekken meer over de zorginhoud en integraliteit gaan. Hiermee kunnen zorgkantoren tevens meer invulling geven aan hun nieuwe rol vanuit de kwaliteitskaders: het inkopen van langdurige zorg op basis van kwaliteit.</p>
Verzekeraars	Zorg-verzekeraars Nederland	vpt	3	<p>Nee, dat vinden we niet nodig. Met betrekking tot de component behandeling valt er in de huidige beschrijving meer onder het ZZP dan VPT (zie artikel 3.1.1., eerste lid onderdeel a, Wlz), dat is een groter verschil dan alleen de woonlasten. Echter, om het VPT een goede plek in de Wlz te geven is het juist belangrijk dit verschil op te heffen.</p> <p>ZN is voorstander van om van het VPT echt een ZZP exclusief woonlasten te maken. Duidelijk moet zijn op welke aspecten de leveringsvorm VPT verschillend is van die van het verblijf in de instelling. Dan gaat het dus om de woonvoorziening die het verschil maakt. Dus uitgaan van dit ene verschil en voor de rest kan voor het VPT met behandeling verwezen worden naar het ZZP incl. behandeling. We verwachten hierbij dat een prestatie met of zonder dagbesteding voor een VPT gehandhaafd blijft.</p>
Verzekeraars	Zorg-verzekeraars Nederland	vpt	4	<p>Positief voor de klant is dat meer integrale zorg geleverd wordt, er duidelijkheid komt in aanspraken en de meerwaarde van deze zorg helder wordt. Hierbij verwijzen we ook naar de eerder genoemde argumenten bij de institutionele zorg.</p>

Bijlage 7A: consultatiereacties - vpt / institutionele zorg

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatie-vraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Verzekeraars	Zorg-verzekeraars Nederland	Keuzevrijheid	4	<p>Uiteraard heeft de afbakening ook gevolgen voor de keuzevrijheid. Daar gaan we hieronder ook op in. We lichten eerst ons standpunt toe ten aanzien van keuzevrijheid in het algemeen en de verantwoordelijkheid hiervoor van de zorgaanbieder. Vervolgens geven we specifieke aandachtspunten aan de NZa mee voor cliënten die overgaan naar een nieuwe leveringsvorm binnen de Wlz. We verwachten dat de keuzemogelijkheid doorgaans zal verschuiven van een keuze tussen behandelaren naar een keuze tussen VPT-zorgaanbieders. Deze situatie speelt momenteel ook bij cliënten die een ZZP/VPT met behandeling krijgen (waar we overigens weinig klachten van cliënten over krijgen). ZN ziet het zo dat wanneer zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor het leveren van integrale zorg, zij ook verantwoordelijk zijn voor (de mate van) keuzevrijheid. Hier ligt een belangrijke taak voor zorgaanbieders. Wanneer een cliënt een andere keuze wenst, moet hij of zij hierover in gesprek met de zorgaanbieder kunnen. Zorgkantoren vragen zorgaanbieders om in ieder geval open te staan voor de vraag en het gesprek over wat wel en niet kan. De mate waarin een zorgaanbieder dan toch keuzevrijheid kan organiseren bepaalt mede ook de kwaliteit van het zorgaanbod. Het helpt zorgkantoren wanneer de kwaliteitskaders in de GZ en V&V t.z.t de verantwoordelijkheid beschrijft van de zorgaanbieder voor het leveren van integrale zorg en keuzevrijheid. We zien daarnaast algemene aandachtspunten voor een goede overgang van MPT naar VPT en meer specifiek voor de cliënten die recent van MPT naar VPT zijn overgestapt. Een deel van de cliënten die VPT zonder behandeling heeft, zal overstappen naar een MPT en zal zowel zorginhoudelijk als voor de aanvullende zorgvormen (AV) niets hoeven te doen. De eigen bijdrage voor deze groep verandert wel. De groep die kiest voor VPT zal afstand moeten doen van de aanvullende zorgvormen, dus mogelijk aanpassingen in aanvullende verzekeringen etc. Zorginhoudelijk krijgt men mogelijk te maken met nieuwe zorgverleners voor zowel de integrale zorg als de aanvullende zorgvormen (SO-arts, tandarts, fysio etc.). Dat kan ingrijpend zijn voor cliënten, maar ook goed begeleid worden door de zorgaanbieder. Ten tweede ziet ZN dat het VPT nog steeds groeit in omvang, veelal de vorm exclusief behandeling. Daar waar recent overgegaan is, is dat gebeurd om bepaalde redenen. De voorgestelde wijziging heeft voor deze groep waarschijnlijk meer impact dan voor de groep mensen die verblijft in een instelling exclusief behandeling. Zorgvuldigheid bij de invoering/overgang is voor de huidige VPT-doelgroep dus belangrijk. Zie hiervoor ook de beantwoording van deel 4, vraag 2. Tot slot – maar daarmee niet minder belangrijk – betekent een dergelijke overgang van cliënten voor de zorgkantoren een ingrijpende operatie. Het betreft het in beeld brengen van cliënten, actief informeren/benaderen, omzettingen in administratie, inlichting over gevolgen eigen bijdrage, aanvullende verzekering en keuzevrijheid aanvullende zorgvormen. Zorgkantoren kunnen dit zeker oppakken, maar in de uitvoeringstoets is beperkt aandacht voor informatievoorziening aan de cliënt en bijbehorende administratie.</p>

Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Beroepsverenigingen	NIP	Keuzevrijheid	8	Keuzevrijheid is een belangrijk begrip bij het organiseren van maatwerk, ook binnen de integrale producten. Dit is belangrijk voor zowel de cliënt als de behandelaar/begeleider. Er moet genoeg ruimte zijn voor de professional om de behandeling/begeleiding in te steken zoals hij/zij denkt het meest helpt. Daarnaast moeten er, om de keuzevrijheid voor cliënten te waarborgen, voldoende afspraken gemaakt worden met alle zorgaanbieders die iets van behandeling bieden. Hierbij spelen bekostiging en m.n. juiste tarieven een belangrijke rol: het betreft vaak een complexe cliëntengroep met een meer dan reguliere zorgvraag. In de praktijk blijkt dat huidige tarieven zodanig laag zijn dat er aanbieders zijn die bewust kiezen deze (psychiatrische) cliëntgroep meer in behandeling nemen. Ook al omdat de DBC-prijs voor de ggz-cliënten in de Zvw aantrekkelijker zijn. Integrale prestaties (dus met diagnostiek en behandeling) zouden ook de lange wachtlijsten-problematiek voor deze Wlz-cliëntenpopulatie kunnen reduceren, maar zou mogelijk wel een beperking van keuzevrijheid betekenen.
Beroepsverenigingen	NIP	Bekostigingsmodel	5	<p>NIP ziet de integrale prestatie als voorkeursmodel: De zorgaanbieder is integraal verantwoordelijk voor het leveren van zorg en bekostigd dit met een integraal tarief. Ze leveren de zorg zelf of via onderlinge dienstverlening, waarbij behandelaren worden bekostigd vanuit het integrale tarief. Een integraal product dat gedeclareerd wordt door één Wlz-zorgaanbieder (eventuele onderlinge dienstverlening wordt onderling verrekend) = 1 factuur. Het mpt betekent o.i. de modulaire aanpak waar iedere behandelaar die zorg verleent aan de zorgkantoor rechtstreeks declareert = meerdere facturen. Inhoudelijk is 'regievoering' een mogelijk knelpunt en daarmee mogelijk geen goede samenhang en/of samenwerking (afstemming).</p> <p>Wel weer meer keuzevrijheid voor cliënt. Echter, juist bij deze groep cliënten is integraliteit, vanuit één behandelplan samenwerken en regievoering om behandeling en begeleiding goed af te stemmen, belangrijk.</p> <p>Gezien de huidige arbeidsmarkt problematiek is het o.i. wel nodig om gereguleerde tarieven voor onderlinge dienstverlening op te stellen. De integrale tarieven (en prestatiebeschrijvingen) zullen prikkels moeten kennen voor het inzetten van de juiste professional op het juiste moment. Dit ter voorkoming dat productie- en tarief afspraken leidend worden, en niet meer het maatwerk. De door HHM ontwikkelde zorgprofielen conform Wlz zouden enerzijds wel ruimte kunnen bieden om binnen het profiel maatwerk te leveren, maar sturen afdoende om te grote afwijkingen tegen te gaan.</p>

Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatie-vraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Beroepsverenigingen	NVO	Bekostigingsmodel	5	Het beleggen van de integrale verantwoordelijkheid voor het leveren van zorg bij één partij spreekt de NVO aan. Hierdoor wordt ook de behandeling integraal opgezet. Belangrijk hierbij vinden wij dat er goede regievoering is op de behandeling. De gekwalificeerde orthopedagoog of orthopedagoog generalist kan die regie voeren of mede bepalen. De meerwaarde van een orthopedagoog of orthopedagoog generalist is dat deze bij diagnostiek en behandeling altijd de context van de cliënt meeneemt, meeweegt en ook in het vervolgproces betreft.
Beroepsverenigingen	NVO	Keuzevrijheid	8	De NVO is ten principale vóór keuzevrijheid. Wij willen die dus zoveel mogelijk in stand houden. Specifiek hierbij vragen wij aandacht voor de cliënten met een verstandelijke beperking die zorg krijgen vanuit de lagere ZZP's en daarbij zelf nog een deel van de regie voeren. Sommigen van hen hebben kinderen en willen bijvoorbeeld daarom gebruik blijven maken van hun eigen huisarts. Zij vinden een scheiding tussen de Wlz-zorg en hun eigen leven en de daarbij behorende zorg belangrijk.
Cliëntenorganisaties	Ieder(in) en Per Saldo	Bekostigingsmodel	5	Ieder(in) en Per Saldo zijn voorstander van het bekostigingsmodel dat de meeste keuzevrijheid biedt voor de cliënten. De vraag bij dit model is of de verantwoordelijke aanbieder afspraken wil maken met andere aanbieders over de behandeling (dit betekent immers meer werk), dit zien Ieder(in) en Per Saldo niet gebeuren. Als dit eenmaal vorm heeft gekregen kiezen Ieder(in) en Per Saldo voor het model waarbij de kwaliteit en de passendheid van de behandeling het beste is te monitoren c.q. te controleren.
Cliëntenorganisaties	Patienten federatie	Bekostigingsmodel	5	Dit kan alleen als er toereikende budgetten komen en er ook vergelijkbare kwaliteitseisen gelden de geleverde zorg door de Wlz-aanbieder als door zorgaanbieders vanuit de Zvw.
Cliëntenorganisaties	Patienten federatie	Bekostigingsmodel	6	Er is risico op 'eenheidsworst', terwijl mogelijkheden en wensen bij cliënten voor individueel maatwerk er wel zijn. De standaardoptie als het gaat om behandelen, hulpmiddelen, medicijnen zal bedrijfseconomisch verreweg de voorkeur verdienen. Komt er wel maatwerk en wordt het mogelijk voor cliënten die meer zelf kunnen en willen betalen/regelen, om dat ook te doen? Hoe wordt bewaakt dat er een goede balans is tussen inzet van gelden voor wonen/leven/welzijn en voor zorg?
Cliëntenorganisaties	Patienten federatie	Bekostigingsmodel	7	Cliënt zal mogelijk toch duurder uit zijn, als maatwerk voor eigen rekening komt en (aanvullende)verzekeringsvormen wegvallen. Ook is dan de vraag of benodigde expertise de cliënt wel bereikt. Er worden voordelen geschetst van het wegvallen van eigen bijdragen zoals in de zorgverzekering gelden, geen aanvullende verzekering meer nodig e.d. Mensen blijven wel zorgpremie en eigen risico betalen en ontvangen zorgtoeslag, terwijl het de vraag is of zij in gelijke mate gebruik kunnen maken.
Cliëntenorganisaties	Patienten federatie	Bekostigingsmodel	8	Regel minimaal mogelijkheden voor second opinion bij een andere zorgverlener en regel heldere besluitvorming en waar nodig doorzettingsmacht.

Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatie-vraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Farmaceutische zorg	KNMP, ASKA, NAPCO	Bekostigingsmodel	5	Wij kunnen ons vinden in het voorstel voor een integraal bekostigingsmodel. Voor farmaceutische zorg geldt namelijk al dat dit voor cliënten die in Wlz-instellingen behandeling ontvangen bekostigd wordt vanuit het integrale tarief. Zoals aangegeven zou het ook zeer onwenselijk zijn om de drie aspecten van farmaceutische zorgverlening bestaande uit de combinatie verstrekking, zorg (medicatiebewaking en afstemming) en de medicatie zelf (geneesmiddel) uit elkaar te trekken in de bekostiging.
Farmaceutische zorg	KNMP, ASKA, NAPCO	Bekostigingsmodel	6	Daarnaast willen we ook nogmaals wijzen op de administratieve lasten die gepaard gaan met onderaanneming. Zowel zorgaanbieders als apotheken moeten contracten gaan afsluiten of minimaal opnieuw nadenken en afstemmen over de lopende (meerjaren)afspraken.
Farmaceutische zorg	KNMP, ASKA, NAPCO	Keuzevrijheid	6-8	Voor cliënten die op dit moment nog geen behandeling ontvangen vanuit de Wlz zien wij met de invoering van een integraal bekostigingsmodel, zoals ook aangegeven in de eerdere gesprekken, echter wel een aantal aandachtspunten. Zoals hierboven ook benoemd zien wij nadelige effecten voor de keuzevrijheid van cliënten. Ze worden afhankelijk van de apotheek en het geneesmiddel waar de instelling afspraken mee/over heeft gemaakt. Dit kan betekenen dat cliënten moeten wisselen van apotheek of geneesmiddel. Om deze keuzevrijheid te waarborgen moeten er voldoende afspraken gemaakt worden met apotheken. Voor de kleinschalige instellingen zal het lastiger zijn om afspraken te maken met een apotheek dan voor de grotere. Tevens zien wij een risico op verschraving van kwaliteit van zorg. Onze zorgen hierover hebben we reeds eerder met u gedeeld.
Farmaceutische zorg	VNFKD	Bekostigingsmodel	5	De NZa stelt een integraal bekostigingsmodel voor vergelijkbaar met de prestaties zzp met behandeling. Gezien onze algemene reactie gaan wij verder niet in op de keuze voor een bepaald bekostigingsmodel.
Farmaceutische zorg	VNFKD	Bekostigingsmodel: boven-budgettair	6	Ten aanzien van uw advies om alle boven-budgettaire onderdelen zoveel als mogelijk onder te brengen in de integrale prestaties vragen wij ons het volgende af. Wij begrijpen dat door het verminderen van de boven-budgettaire onderdelen de macrobeheersbaarheid van de uitgaven in de Wlz vergroot wordt en dat er een prikkel voor doelmatigheid voor zorgaanbieders en zorgkantoren geïntroduceerd wordt. Onze zorgen richten zich voornamelijk op de regeling voor extreme kosten ten aanzien van farmaceutische zorg, waarvan u wilt onderzoeken deze binnen de contracteerruimte te brengen. Wij vrezen dat op deze wijze een financiële prikkel ontstaat om voor sommige patiënten bepaalde vormen van zorg anders in te richten. Wij vragen ons af of dat de kwaliteit van zorg voor deze patiënten ten goede komt.

Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Farmaceutische zorg	VNFKD	Keuzevrijheid	6	De vraag is of de patiënt die nu voor bepaalde zorg op de Zvw is aangewezen en na invoering van de veranderingen is aangewezen op de Wlz de kwaliteit van zorg ontvangt die hij nodig heeft. Is er voor patiënten genoeg keuzevrijheid, zijn er voldoende uren zorg beschikbaar (bijvoorbeeld binnen de zorgzwaartepakketten)
Farmaceutische zorg	VNFKD	Kleinschaligheid	6	De VNFKD vraagt zich af of men van kleinschalige woonvormen en -voorzieningen kan verwachten dat zij alle kennis en expertise in huis hebben om de zorg te contracteren, zoals dat straks de bedoeling is als de adviezen van het ZIN opgevolgd worden.
Farmaceutische zorg	VNFKD	Toegankelijkheid	6	In uw uitvoeringstoets geeft u aan dat paramedische zorg gemakkelijker ingezet wordt in de Wlz dan in de Zvw en dat aanspraken op paramedische zorg in de Wlz ruimer gedefinieerd zijn dan in de Zvw. De vraag is of dit klopt of dat paramedische zorg binnen een zorgzwaartepakket wordt ingezet met financiële redenen in het achterhoofd (en dus minder vaak), terwijl een patiënt die een beroep doet op paramedische zorg in de Zvw hierop wettelijk aanspraak heeft en deze aanspraak is vastgelegd in zijn polis van zijn zorgverzekering. De Wlz-patiënt met een vpt betreft in de huidige situatie bijvoorbeeld diëtetiek vanuit de Zvw. Als dit verandert naar de Wlz dan valt deze zorg binnen een integraal tarief. De vraag is of deze patiënt dan voldoende zorg ontvangt, omdat deze zorg vanuit één tarief gefinancierd dient te worden. Het kan niet de bedoeling van de overheveling zijn dat deze patiënt dan om financiële redenen niet de zorg ontvangt die hij nodig heeft.
Gehandicaptenzorg	VGN	Bekostigingsmodel	5	Voorstander van integrale bekostiging Toegang huisartsenzorg en mondzorg borgen door toepassen regulering ODV. NZa geeft de voorkeur aan integrale tarieven zonder tariefregulering. VGN is het daar niet mee eens en ziet prijsopdrijving als gevolg van de eisen van onderaannemers. Hoewel tariefregulering alleen niet voldoende is zal het reguleren van ODV van huisartsenzorg en mondzorg behulpzaam zijn. Daarnaast ook maatregelen om toegang tot huisarts te borgen. Probleem toegang huisartsenzorg en mondzorg wordt volgens VGN groter als alle Wlz-cliënten integrale prestaties krijgen uit de Wlz. Moeilijk tot afspraken komen met onderaannemers kan een belemmering zijn voor keuzevrijheid. Kansen om keuzemogelijkheden; door de administratieve belasting te verminderen, bijvoorbeeld met standaard contracten, gereguleerde tarieven, betere gegevensuitwisseling en koppeling van dossiers.
Gehandicaptenzorg	VGN	Bekostigingsmodel: boven-budgettair	5	Gebruikshulpmiddelen moeten net als nu bovenbudgettair bekostigd blijven. Opname in integrale tarief zet kwaliteit van zorg onder druk en werkt mogelijk cherry picking in de hand. De kosten voor deze hulpmiddelen variëren sterk en zijn over het algemeen heel hoog.

Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
				Ook voor de gehandicaptenzorg zou een regeling extreme kosten moeten komen.
Geneeskundige Zorg	LHV	Bekostigingsmodel	5	Zonder inzicht in bestaande afspraken tussen huisartsen en aanbieders en de gevolgen daarvan voor regulering, adviseren wij om de prestaties en de tarieven vooralsnog niet te reguleren. Voorkeur voor declaratie door huisarts aan zorgaanbieder.
Geneeskundige Zorg	LHV	Bekostigingsmodel, keuzevrijheid	8	De keuzevrijheid van de client is relatief en zal voor een belangrijk deel worden ingeperkt door de afstand tussen de locatie van de patient en de locatie van de zorgaanbieder en van de mogelijkheid van de zorgaanbieder/onderaannemer om nieuwe cliënten aan te nemen.
Geneeskundige Zorg	Verenso	Bekostigingsmodel: boven-budgettair	5	Eens met huidig voorstel. Verenso ziet integrale zorg en bekostiging via 1 aanbieder op dit moment als de meest optimale optie voor zorg die SOG plegen te bieden. Belangrijkste voorwaarde voor beroepsgroep is dat zij om tafel zitten met zorginkopers in zorgaanbieders. Bij cliënten met een complexe zorgvraag blijft altijd enige mate van huisartsgeneeskundige zorg nodig. Ook de specialist ouderengeneeskunde is bekwaam om huisartsgeneeskundige zorg te bieden. De beroepsgroep constateert dat zij in de praktijk vaak niet worden betrokken bij cliënten met een wlz-indicatie bij vpt, mpt en pgb. Baart grote zorgen. Integrale organisatie van wonen, welzijn, zorg en behandeling heeft voorkeur. We zien een belemmering in het onderbrengen van de boven-budgettaire onderdelen in de integrale prestaties, ten laste van de zorgaanbieder. Deze kosten zijn heterogeen en kunnen erg hoog zijn. Het risico bestaat dat dit in de praktijk ten koste gaat van andere noodzakelijke zorg of dat de client naar een andere zorgaanbieder of het ziekenhuis wordt verwezen.
Hulpmiddelenbranche	FHI	Bekostigingsmodel	5	FHI is geen voorstander van het door de NZa voorgestelde bekostigingsmodel. Dit model sluit immers niet aan bij onze overtuigingen met betrekking tot de verwachte daling in kwaliteit van zorg, daling in keuzevrijheid, minder expertise bij kleinere zorginstellingen en de stijgende zorgkosten.
Hulpmiddelenbranche	FHI	Bekostigingsmodel	5	Wij zijn voorstander van bekostigingsoptie 4. Namelijk dat gespecialiseerde leveranciers van medische hulpmiddelenzorg 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. Het scheelt immers of leveranciers van medische hulpmiddelen contractafspraken en administratieve processen moeten inrichten met 700 tot 1200 Wlz-zorginstellingen of met een veel beperkter aantal zorgkantoren.

Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Hulpmiddelenbranche	FHI	Bekostigingsmodel	5	Daar komt bij dat bij optie 4 zorgkantoren preciezer kunnen monitoren hoe de zorgkosten van de aanvullende zorgsoorten, waaronder hulpmiddelenzorg, zich ontwikkelen. Ook heeft FHI geopperd 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 volumes die tussen leveranciers en Wlz-zorginstellingen wordt gemaakt. Dit gaat gepaard met grotere doelmatigheid.
Hulpmiddelenbranche	FHI	Bekostigingsmodel	5	Een ander voordeel van het aansluiten bij de Zvw-contractering is dat dan ook de recent door branchebreed overleg gedeponeerde kwaliteitsnormen ook van toepassing kunnen worden op de geboden medische hulpmiddelenzorg in de Wlz.
Hulpmiddelenbranche	FHI	Bekostigingsmodel	5	Niet voor niets had FHI in het interview met twee NZa medewerkers een wijziging van de plussen en minnen in de tabel met bekostigingsmodellen voorgesteld. Iets dat de NZa toen ook begreep en heeft aangepast. Gek genoeg is de aangepaste en door de NZa retour gezonden tabel (zie bijlage hierbij) NIET opgenomen in de consultatiedocumenten, maar staat daar nu nog de oude – in onze optiek incorrecte – tabel.
Hulpmiddelenbranche	FHI	Bekostigingsmodel	5	Overigens vindt FHI bekostigingsoptie 1 veruit beter dan optie 2 en 3. Dit omdat opties 2 en 3 voor een verdergaande complexiteit gaan zorgen, naar onze mening.
Hulpmiddelenbranche	Medux	Bekostigingsmodel: boven-budgettair	5-8	Het behoud van individuele rolstoelen en overige mobiliteitshulpmiddelen in het bovenbudgettair kader is van cruciaal belang. In eerdere rapportages is een besparing van € 100.000.000,- per jaar weergegeven, in de afgelopen 15 jaren, als gevolg van een hoge bezettingsgraad en hoog herverstrekkingspercentage. Dit kan gerealiseerd blijven worden bij handhaving van het bovenbudgettair kader. De pooling structuur van de zorgkantoren is daarbij ook in de toekomst van groot belang om in de complexere hulpmiddelenvraag optimaal te kunnen blijven voorzien met een goede herinzet van de hulpmiddelen.
Hulpmiddelenbranche	Medux	Financiële impact	5	Firevaned branche informatie geeft voor 2018 aan dat gemeenten voor Wmo hulpmiddelen circa € 250.000.000,- uitgegeven, dit is inclusief vervoersvoorzieningen zoals scootmobielen en fietsen. In de Zorgverzekeringswet wordt zo'n € 125.000.000,- uitgegeven aan gebruikshulpmiddelen (hoog/laag bedden, anti-decubitus matrassystemen etc.) voor zowel kort- als langdurend gebruik (bron: Gipdatabank 2016). In de huidige verzorgingshuizen en kleinschalige woonvormen staat 4% tot 5% van het totale uitstaande bestand aan gebruikshulpmiddelen wat geleverd is vanuit de Wmo en Zvw. Dat betekent dat maximaal € 15.000.000,- tot € 19.000.000,- van de kosten voor gebruikshulpmiddelen gerelateerd kunnen worden aan de betreffende

Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
				Wlz doelgroep.
Hulpmiddelenbranche	Medux	Bekostigingsmodel	6	De bedragen dienen herzien te worden en er dienen goede afspraken gemaakt te worden over de uitfasering van het huidige bestand. De voorgestelde bekostiging mag geen negatieve impact hebben op de huidige gebruikers van hulpmiddelen.
Hulpmiddelenbranche	Medux	Invoeringstraject	7	Als u bereid bent om de hulpmiddelen die nu in gebruik zijn bij cliënten te laten staan in een zogenaamde uitfasering c.q. uitloopconstructie, is er geen sprake van verspilling en levert het cliënten geen hinder op.
Hulpmiddelenbranche	Medux	Bekostigingsmodel	8	N.v.t. op onze activiteiten
Mondzorg	ANT, Cobijt, KNMT, NVGd, NVU, NVM, ONT, VBTGG	Bekostigingsmodel	5	Partijen betreuren het dat er voor een bekostigingsmodel gekozen wordt waarbij het accent ligt op de beheersing van de macrokosten, in plaats van kwaliteit van zorg. Alle kwaliteitsverbeteringen van de afgelopen jaren waren mogelijk gemaakt door het huidige bekostigingsmodel. De vrees bestaat dat die verbeteringen door de invoering van een integraal tarief weer teniet worden gedaan.
Mondzorg	ANT, Cobijt, KNMT, NVGd, NVU, NVM, ONT, VBTGG	Bekostigingsmodel: boven-budgettair	5	De mondzorgpartijen pleiten voor het behoud van de boven budgettaire bekostiging van de mondzorg middels gereguleerde tarieven en inkoop en een doelmatigheidstoetsing door de de zorgkantoren om de zorg passend, kwalitatief goed en betaalbaar te houden.
Mondzorg	ANT, Cobijt, KNMT, NVGd, NVU, NVM, ONT, VBTGG	Bekostigingsmodel	6	Men verwacht dat er als gevolg van de invoering van het nieuwe bekostigingsmodel er minder mondzorgprofessionals met voldoende expertise op het gebied van de kwetsbare groepen te vinden zijn waarmee de zorginstellingen een contract kunnen afsluiten.
Mondzorg	ANT, Cobijt, KNMT, NVGd, NVU, NVM, ONT, VBTGG	Bekostigingsmodel	6	Door de grote individuele verschillen in de kosten per cliënt bestaat het gevaar dat kleinschalige woonvormen onvoldoende mogelijkheden hebben om de kosten over alle cliënten uit te middelen. Dit kan risicoselectie bij de opname van nieuwe cliënten veroorzaken. Ook kan het leiden tot de situatie dat een cliënt uit financiële overwegingen onvoldoende mondzorg krijgt.
Mondzorg	ANT, Cobijt, KNMT, NVGd, NVU, NVM, ONT, VBTGG	Keuzevrijheid	8	Cliënten kunnen alleen maar gebruik maken van de gecontracteerde mondzorgverlener. In veel gevallen zal er geen vrije keuze van zorgverlener meer zijn. Voor dergelijke kwetsbare cliënten is de vertrouwensrelatie met hun behandelaar belangrijk.

Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Overige	Zorginstituut Nederland	Bekostigingsmodel	5	Wat betreft de bekostigingsvormen lijkt ons het eerste model het best passend. De kern van ons advies is immers dat één instelling verantwoordelijk is voor het totaalpakket van zorg. Dat wordt met het eerste model het best geborgd. Daarbij kunnen sommige zaken overigens nog boven-budgettair worden bekostigd.
Overige	Zorginstituut Nederland	Bekostigingsmodel, toegankelijkheid	6	De beschikbaarheid van behandelaren is een belangrijk punt. We merken daarover het volgende op: in principe wordt de capaciteit van of het beroep op behandelaren niet beïnvloed door ons advies. Het gaat vooral om het scheppen van de juiste condities om ervoor te zorgen dat behandelaren (zoals huisartsen) bereid zijn de zorg te leveren. Daarbij moet er ook voldoende aandacht zijn voor flankerend beleid zoals de inzet van nurse-practitioners, het organiseren van de benodigde beschikbaarheid van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) en de Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) voor consultatie en (mede)behandeling. Dit speelt ook in de GGZ: daar bestaan ook zorgen om het goed organiseren van de behandel functie voor mensen die in een RIBW wonen. Of het reguleren van tarieven daarbij helpt, laten we aan uw expertise over.
Overige	Zorginstituut Nederland	Bekostigingsmodel	7	U vraagt ook naar de gevolgen van de bekostiging voor de cliënt. We zijn van mening dat de bekostiging in dienst moet staan van het leveren van integrale zorg. Hoe de zorg bekostigd wordt, speelt zich – met uitzondering van eigen betalingen – buiten het blikveld van de cliënt af. De bekostiging moet het bieden van passende zorg faciliteren.
Overige	Zorginstituut Nederland	Keuzevrijheid	8	Keuzevrijheid voor behandelaren is belangrijk. De mogelijkheid daartoe is mede afhankelijk van de complexiteit van de zorg en situationeel bepaald. In de voorbereidingen van ons advies hebben we daarvan goede voorbeelden gezien. Het is aan zorgaanbieders en zorgkantoren om in samenspraak met de cliënt daarin de beste afwegingen te maken. Met u zijn we van mening dat keuzevrijheid te organiseren is, en zijn blij dat u hierop toe zal zien.
Paramedici	KNGF	Bekostigingsmodel	5	Als alle paramedische zorg onder de zzp gaat vallen zal het tarief misschien anders berekend moeten worden. De huidige berekeningen nemen fysiotherapie na een trauma niet mee. Bij de introductie van de zzp bekostiging ging men er nog vanuit dat de niet handicap gebonden zorg via de zvw/av loopt. Dit betreft bijvoorbeeld ook revalidatie na een gebroken heup. Dit is vaak een langdurig traject dat bij deze kwetsbare doelgroep vaak nog langer duurt dan gemiddeld.

Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Paramedici	KNGF	Bekostigingsmodel: boven-budgettair	5	Nza stelt dat aangepaste rolstoelen, zitorthese en orthopedisch schoeisel altijd vergoed worden. KNGF merkt op dat in de praktijk het zorgkantoor wel probeert deze vergoedingen zoveel mogelijk te beperken door, vooral, de variatie in hulpmiddelen te beperken. Hierdoor wordt niet altijd het meest ideale hulpmiddel aangeschaft. Bij het voorstel de bovenbudgettaire hulpmiddelen binnen de reguliere zzp vergoeding te laten vallen, verschuift de wens om voor het mist dure hulpmiddel te kiezen van het zorgkantoor naar de de zorginstellingen. Plat gezegd moet de zitorthese en rolstoel dan concurreren met extra inzet van personeel of een verbouwing. Dit lijkt mij de rechts gelijkheid niet ten goede komen.
Paramedici	PPN	Bekostigingsmodel	5	Voorkeur voor integrale tarieven met regulering ODV en in mindere mate zonder regulering ODV. Belangrijke overwegingen bij de keuze zijn volgens PPN; kwaliteit van zorg. Zorg die in samenhang wordt geboden (samenwerking, zorg op de juiste plek). Eenvoud en helderheid voor alle betrokken over hoe de bekostiging in elkaar zit en wie daarop aanspreekbaar is.
Verpleging en verzorging	ActiZ	Bekostigingsmodel	5	ActiZ is een nadrukkelijk voorstander van het voorstel voor integrale bekostiging. Het is het meest eenvoudige model en geeft zorgaanbieders de noodzakelijk ruimte om hun verantwoordelijkheid voor de integrale zorg en behandeling in te vullen op een manier die past bij hun cliënten en de lokale situatie. Voorwaarde is een passend tarief. Regulering van behandelprestaties die door onderaannemers geleverd worden achten wij niet wenselijk: dit brengt extra regeldruk met zich mee en belemmert de mogelijkheid om lokaal maatwerk afspraken te maken.
Verpleging en verzorging	ActiZ	Bekostigingsmodel: boven-budgettair	6	Het zoveel mogelijk afschaffen van de boven-budgettaire bekostiging achten wij niet zonder meer een wenselijk uitgangspunt. Dit dient per zorgvorm bekeken te worden. Integrale bekostiging is alleen mogelijk als de kosten zich per cliënt redelijk uitmiddelen. Indien kosten per cliënt sterk uiteenlopen bestaat bij integrale bekostiging het risico dat de toegankelijkheid voor bepaalde cliënten of doelgroepen onder druk komt te staan. In dat geval verdient boven-budgettaire bekostiging de voorkeur. Naar onze mening legt het conceptadvies te veel nadruk op de macrobeheersbaarheid en te weinig op de kwaliteit en toegankelijk. Wij zien in de huidige praktijk geen aanwijzingen dat boven-budgettaire bekostiging leidt tot bovenmatig gebruik van deze zorgvormen. ActiZ hecht eraan dat de NZa op basis van onderzoek per zorgvorm bekijkt of het handhaven van boven-budgettaire bekostiging prevaleert boven integrale bekostiging.

Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Verpleging en verzorging	ActiZ	Bekostigingsmodel	7	Door behandeling en aanvullende zorgvormen onder te brengen in de Wlz kunnen zorgaanbieders integrale zorg aan de client bieden, afgestemd op zijn zorgvraag. Dit draagt bij aan de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van de client. De toegang tot passende behandeling wordt eenvoudiger en er is niet langer sprake van rechtsongelijkheid.
Verpleging en verzorging	ActiZ	Keuzevrijheid	8	De verwachtingen ten aanzien van keuzevrijheid moeten realistisch zijn. Bij integrale zorg door één zorgaanbieder zijn cliënten in principe aangewezen op de behandelaren die aan de zorgaanbieder verbonden zijn. Uit oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid is het onvermijdelijk om het aantal behandelaars waarmee wordt samengewerkt te beperken. Binnen de beperking wordt de keuzevrijheid uiteraard zoveel mogelijk gerespecteerd. Het voornaamste keuzemoment is de keuze voor een bepaalde aanbieder en locatie. Het is belangrijk dat cliënten en hun naasten op dat moment zorgvuldig worden geïnformeerd over het aanbod van zorgorganisaties en de wijze waarop behandeling is georganiseerd. Een vereenvoudiging van de leveringsvormen met integraliteit als uitgangspunt levert daaraan een belangrijke bijdrage. Ook biedt integraliteit van zorg en behandeling aanbieders meer ruimte om de zorg en behandeling volgens hun eigen visie, passend bij hun doelgroep, te organiseren. De voorgestelde wijzigingen kunnen daardoor bijdragen aan meer diversiteit in het aanbod en dus voor meer keuzemogelijkheden voor de cliënt.
Verpleging en verzorging	Alliade	Keuzevrijheid	8	Het recht op vrijheid van artskeuze wordt zeker geweld aan gedaan wanneer maar enkele huisartsen Wlz zorg willen doen. Nog afgezien daarvan is het voor een instelling ondoenlijk is om verantwoordelijk te zijn voor 300 huisartsen die allen maar enkele cliënten bedienen en de instelling zelf maar over enkele artsen VG/SO's of psychiaters beschikt. Instellingen zullen dus willen clusteren bij huisartsen.
Verpleging en verzorging	Alliade	Toegankelijkheid	8	Huisartsen en huisartsenposten geven duidelijk aan niet meer beschikbaar zijn voor het leveren van Wlz zorg voor instellingen. Als de bekostiging van behandeling van kwetsbaren over gaat naar de Wlz ontstaat daarmee een belangrijk probleem in de toegankelijkheid van de zorg. so, avg en psychiaters gaan dit niet oplossen want daar is op dit moment al een groot tekort aan. Dit veroorzaakt prijsopdrijving, door dit te beperken zal de krapte toenemen.
Verpleging en verzorging	Dagelijks-leven	Bekostigingsmodel	5	Men heeft twijfels bij de doelmatigheid van de voorgestelde wijzigingen. Om doelmatiger besteding van middelen te bereiken; passend tarief inclusief geneeskundige zorg en aparte prestaties conform zvw model voor hulpmiddelen,

Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
				medicatie, mondzorg en paramedische zorg.
Verpleging en verzorging	King Arthur Groep	Bekostigingsmodel	5	De zorgaanbieder is van mening dat cliënten met een vpt in een kleinschalig initiatief thuiswonen en vindt dat het organiseren van integrale zorg en bekostiging hiervan met een integraal tarief een stap terug is. Het weghalen van de verantwoordelijkheid bij de huisarts en beleggen bij de aanbieder verhoudt zich niet met de trend langer thuis, verschuiven van 2e naar eerste lijn en zo gewoon als het kan, zo specialistisch als het moet (juiste zorg op de juiste plek). Hiermee wordt het huidige probleem verlegd van de huisartsen naar de zorgaanbieder. Dit lost in feite het probleem niet op en maakt het voor een zorgaanbieder moeilijker om de huisarts in zijn/ haar positie in de keten te houden/ brengen.
Verpleging en verzorging	Koperhorst	Bekostigingsmodel	5	Koperhorst kan zich voorstellen dat behandeling integraal door de aanbieder wordt georganiseerd. Alternatief zou kunnen zijn om de behandelfunctie geheel vanuit de huisartsenpraktijk aan te bieden, incl. de SOG en andere behandelaars. Dan bereik je ook al die ouderen die nog thuis wonen. De artsen kennen ze beter en de crisissen die we nu vaak thuis zien ontstaan omdat men te laat deskundige ondersteuning inroept kunnen mogelijk voorkomen worden en krijg je een meer geleidelijke overgang van thuis naar intramuraal als het echt niet anders meer kan.
Verpleging en verzorging	Koperhorst	Bekostigingsmodel	6	Koperhorst zou wel de tarieven van de (externe) behandelaars gereguleerd willen hebben. Als je de behandelaren in dienst hebt wordt dit gereguleerd door de CAO – lonen en het functiehuis. Kies je ervoor / of ben je genoodzaakt om ze extern op declaratiebasis aan te trekken dan ontstaat er een oneigenlijk speelveld. Ik weet dat dit moeilijk is in een vrije markt, maar zou dat nog graag onderzocht willen hebben. Dit geldt zowel voor de huisartsen, SOG en paramedische diensten uit de reguliere eerste lijn als ook de ZZP –collectieven en het inhuren bij derden.
Verpleging en verzorging	Koperhorst	Keuzevrijheid, bekostigingsmodel	7	Wij vinden dat cliënten zo lang als mogelijk, en zij het wensen, hun eigen huisarts en mogelijk andere behandelaren moeten kunnen houden. Deze behandelaren kunnen ondersteund worden door een SOG en of psycholoog en andere paramedici. Omdat we als organisatie wel de verantwoording volledig gaan dragen voor een juiste en goede behandeling zou een verpleegkundig specialist of een praktijkverpleegkundige ouderen o.i.d. een belangrijke tussenschakel kunnen zijn tussen de externe behandelaars en de organisatie.

Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatie-vraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Verpleging en verzorging	Koperhorst	Bekostigingsmodel, Toegankelijkheid	8	Op zich voor de cliënt geen. De grootste uitdaging is: willen de huisartsen hieraan mee werken of gaan ze het afschuiven omdat hun praktijken al vol genoeg zijn of dat ze vinden dat ze er onvoldoende verstand van hebben te hoge vergoedingen gaan vragen. Wat verder mee zal spelen is welke rol de inspectie IGJ blijft geven aan de artsen. De regierol rond de (medische) zorg bij cliënten met een zzp/vpt ligt voornamelijk bij de arts (zoals nu het geval is, zie ook het kwaliteitskader) of kunnen ook anderen deze rol in de toekomst overnemen? Als de inspectie IGJ op het standpunt blijft staan dat de arts de regierol heeft zullen huisartsen sneller afhaken omdat ze zich, terecht, niet verantwoordelijk voelen voor een juiste verpleegkundige zorg van hun patiënten. Daar kunnen ze als huisarts wat van zeggen, maar hebben er geen directe invloed op omdat ze niet een hiërarchische lijn hebben met de organisatie. Dat is de verantwoordelijkheid van de organisatie / bestuurder. Overigens is dat andersom ook het geval alleen makkelijker te beïnvloeden omdat de organisatie aan de huisarts kan voorstellen om zich te laten ondersteunen door een SOG.
Verpleging en verzorging	SPOT	Bekostigingsmodel	5	SPOT kan zich hierin vinden, zie bij vraag 2.
Verpleging en verzorging	SPOT	Bekostigingsmodel	6	Het bekostigingsmodel, mag niet leiden tot onduidelijkheid bij cliënten en tot verhoging van de administratieve lasten voor de aanbieder.
Verpleging en verzorging	SPOT	Bekostigingsmodel	7	Deze vraag is nog redelijk prematuur, het zal uiteindelijk van de uitwerking en interpretatie in de praktijk afhangen of het model daadwerkelijk de genoemde voordelen biedt.
Verpleging en verzorging	SPOT	Keuzevrijheid	8	Deze vraag is al deels beantwoord bij de andere vragen. De cliënt moet wat ons betreft kunnen blijven kiezen zowel voor de medische zorg als de paramedische zorg. Uiteraard afhankelijk van met welke behandelaars en paramedici de instelling contracten kan afsluiten voor de levering van de integrale zorg. In relatief veel gevallen is in kleinere zorginstellingen de huisarts de hoofdbehandelaar, de vraag hierbij is of de huisarts dit kan en wil blijven doen? De druk op de huisartsen neemt toe. Het beschikbaar zijn van bijvoorbeeld een SOG of psychiater of andere behandelaar kan deze druk verminderen, maar levert aan de andere kant vragen op in kader beschikbaarheid en verantwoordelijkheden.
Verpleging en verzorging	ZorgthuisNL	Kleinschaligheid	6	Voor cliënten individueel in de wijk kan je als zorgaanbieder niet garant staan voor een volledige integrale zorg en dienstverlening en het zeker niet efficiënt en adequaat leveren. Derhalve wordt het ook heel duur. Woont men echt zelfstandig in een wijk

Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatie-vraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Verzekeraars	Zorg-verzekeraars Nederland	Bekostigingsmodel	5-8	<p>ZN is voorstander van een integraal bekostigingsmodel waarbij sprake is van een integraal tarief, maar wel in combinatie met bovenbudgettaire bekostiging. Dit om de toegankelijkheid van zorg te borgen. Eén integraal tarief past bij het uitgangspunt dat de zorg geleverd in de Wlz integraal georganiseerd wordt. Eén zorgaanbieder is eindverantwoordelijk en heeft binnen dit ene tarief de ruimte om de benodigde zorg zo te organiseren en te leveren zoals hij dat nodig acht.</p> <p>Wel moet goed nagedacht worden of een prikkel ingebouwd kan worden om huisartsen te verleiden om Wlz-zorg te blijven leveren.</p>
Verzekeraars	Zorg-verzekeraars Nederland	Bekostigingsmodel: boven-budgettair	5	<p>ZN is akkoord met het bekostigingsmodel waarbij sprake is van een integraal tarief. We zijn voorstander van het onderbrengen van zoveel mogelijk aanvullende zorg in het integrale tarief, maar wel in combinatie met boven-budgettaire bekostiging. Hieronder lichten we toe waarom we voorstander zijn van integrale bekostiging waarbij we ook het belang aangeven van boven-budgettaire maatregelen. Eén integraal tarief past bij het uitgangspunt dat de zorg geleverd in de Wlz integraal georganiseerd wordt. Eén zorgaanbieder is eindverantwoordelijk en heeft binnen dit ene tarief de ruimte om de benodigde zorg zo te organiseren en leveren zoals hij dat nodig acht. Zelfstandig declareren bij het zorgkantoor in de Wlz voor aanvullende zorgvormen heeft niet onze voorkeur, omdat dit een negatief effect heeft op de integraliteit van de geleverde zorg. Wel zien wij in dit kader nog een aantal aandachtspunten voor de nadere uitwerking. Dit zullen wij bij vraag 2. verder toelichten.</p> <p>Er moet daarnaast bij de verdere uitwerking specifiek gekeken worden naar wat binnen het integrale tarief kan vallen en wat boven-budgettair bekostigd blijft i.v.m. risico's aan het integrale tarief (geld op de verkeerde plek, mijden van zwaardere zorgvragers).</p> <p>Naast de hierboven beschreven ruimte die een integraal tarief geeft, geeft het ook een bepaalde verantwoordelijkheid bij zorgaanbieders voor het organiseren van een kwalitatief goede en doelmatige levering van zorg. Hoewel ZN ziet dat veel zorgverleners die ook in de Zvw actief zijn de voorkeur geven aan rechtstreeks declareren bij het zorgkantoor, leert de praktijk ons dat hierdoor de inhoud en kwaliteit van geleverde zorg bij de zorgaanbieder minder in het vizier is. Dus hoewel werken met onderaannemingscontracten voor hoofdaanbieders een extra administratieve last betekent, geeft het ze tegelijkertijd ook de vrijheid om binnen het integrale tarief de zorg meer persoonsgericht in te kunnen vullen op cliëntniveau. Hiermee sluit een integraal tarief, zonder deel-regulering beter aan bij de eindverantwoordelijkheid van zorgaanbieders over het totaal aan geleverde zorg binnen het Wlz-pakket.</p>

Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
				<p>Het vangnet zoals de huidige boven-budgettaire bekostiging biedt, wil ZN behouden. Aanbieders moeten erop kunnen vertrouwen dat als zij zorg gaan verlenen aan deze specifieke cliënten zij daarop geen financieel risico lopen (toegankelijkheid van zware zorgvragen borgen). Extreme zorgzwaarte of kosten zien we nog steeds met regelmaat bij de Wlz-doelgroep. Dat is niet altijd op te vangen door het budget van andere cliënten, zeker niet bij kleinere aanbieders of specialistische afdelingen. De kleine aanbieder moet een cliënt met hoge zorgkosten zorg kunnen blijven leveren.</p>

Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatie-vraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Verzekeraars	Zorg-verzekeraars Nederland	Bekostigingsmodel, Keuzeinformatie	6	<p>We vinden allereerst dat in de tabel vooral aandacht is voor zorginkoop gerelateerde aspecten en dat aspecten rondom een goede uitvoering en het belang van een goed communicatietraject richting de cliënt nog onderbelicht is. Denk hierbij aan keuze-ondersteuning van cliënten, actief benaderen/informereren, inlichting over het gevolg eigen bijdrage, AV, keuzevrijheid aanvullende zorgvormen etc.</p> <p>Bij vraag 2 is door ZN aangegeven dat in het algemeen een integraal tarief past bij het uitgangspunt dat de zorg geleverd in de Wlz integraal en zonder extra regulering (behalve boven budgettaire bekostiging) georganiseerd wordt. Twee zorgsoorten willen wij hierbij specifiek uitlichten.</p> <p>ZN ziet het risico dat zorgaanbieders in bepaalde regio's nu al moeite hebben (en straks wellicht nog meer zullen krijgen) om voldoende huisartsen te contracteren of in dienst te nemen. Dit heeft zowel een kwalitatief, kwantitatief als een financieel aspect. Het gaat om relatief zware cliënten en dus kan geëist worden dat het geboden tarief aan de behandelaar hoger is dan de Wlz zorgaanbieder via het integrale tarief vergoed krijgt. Regulering van tarieven biedt hiervoor geen oplossing (tenzij de tarieven hoog genoeg zijn), anders wijst een behandelaar een contract af. Gezien deze problematiek ziet ZN het als een belangrijk vraagstuk voor de komende tijd om te kijken hoe een stimulerende prikkel ingebouwd kan worden bij deze groep onderaannemers om te zorgen dat zij verleid worden een bijdrage te blijven leveren aan integrale zorg vanuit de Wlz. Eveneens is het voor zorgkantoren denkbaar dat bij mondzorg – gezien de ervaring met vrije tarieven in de Zvw- toch enige vorm van regulering in de vorm van maximumtarieven zal plaatsvinden. ZN wil graag betrokken worden bij het verder vormgeven van dergelijke reguleringstrajecten.</p> <p>Verder geldt dat een integraal tarief zorgaanbieders ook regionaal de ruimte geeft. Hier staat wat ons betreft ook tegenover dat wanneer er regionale knelpunten zijn, de zorgaanbieder het zorgkantoor inzicht geeft in de kosten van behandeling. Hierbij is het ook van belang dat zorgkantoren de mogelijkheid houden voor tariefdifferentiatie.</p> <p>Tot slot willen we benadrukken dat boven budgettaire bekostiging zeker van belang is bij persoonlijk aangemeten hulpmiddelen. Indien deze kosten in het integrale tarief zitten, kan deze voorziening voor cliënten onderdeel worden van de keuzes die een Wlz-instelling moet maken om het budget rond te krijgen. Het vraagt om een nadere uitwerking van kosten (waarbij ook het lopende onderzoek van Berenschot naar hulpmiddelen nog zijn beslag moet krijgen) en t.z.t een zorgvuldige afweging, waar ZN graag bij betrokken wordt.</p>

Bijlage 7B: consultatiereacties - Bekostigingsmodel

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Verzekeraars	Zorg-verzekeraars Nederland	Bekostigingsmodel	7	Het nieuwe bekostigingsmodel zal de zorgaanbieder die de integrale zorg levert dwingen een aantal keuzes te maken. Deze keuzes zijn overigens niet anders dan binnen de huidige ZZP met behandeling, maar kunnen bij krapte voor cliënten wel schrijnender zijn. Het nieuwe bekostigingsmodel vereenvoudigt en verduidelijkt het onderscheid tussen de verschillende leveringsvormen. Dit is positief voor zowel cliënten als zorgverleners, maar ook voor zorginkoop van zorgkantoren. Tot slot is een ander gevolg dat een cliënt voor deze vormen van zorg met een VPT geen eigen risico of eigen bijdrage hoeft te betalen en deze de afweging moet maken voor de meerwaarde van een AV. Wij zien het mede als een taak voor 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 bijvoorbeeld krapte ontstaat aan een bepaald specialisme en het integrale aanbod of de kwaliteit komt daarmee in het gedrang, dan zullen ook zorgkantoren (vanuit hun zorgplicht) zich moeten inzetten om passende oplossingen te zoeken.

Bijlage 7C: consultatiereacties - Financiële impact

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Beroepsverenigingen	NIP	Financiële impact	9-12	<p>Voor de ggz-doelgroep verwacht het NIP macromeerkosten ten opzichte van de huidige situatie. NIP stelt vast dat in het advies wel sterk de nadruk op macrobeheersing ligt en minder op kwaliteit en toegankelijkheid.</p> <p>- Daarnaast willen wij wijzen op de farmaceutische meerkosten voor de nieuwe instroom op basis van de GGz grondslag. Farmaceutische zorg voor deze groep zal o.i. het (nieuw te berekenen) integrale tarief behoorlijk beïnvloeden.</p> <p>-Wij adviseren om voor de GGZ niet 2014, maar 2015 als basis te nemen. 2014 is startjaar van de nieuwe echelonering (GBggz en G-GGz) en de nieuwe verzekerde aanspraken (GGZ-stoornis i.p.v. klachten). Daarnaast is in 2015 ook de Jeugd (18-) niet meer in de cijfers opgenomen. 2015 is voor zover wij weten ook al volledig uitgedeclareerd. 3/4. Zoals eerder gesteld dient er bij de verdere ontwikkeling van de integrale prestaties en tarieven die voor de 'nieuwe' WLz ggz-groep komen er op gelet worden dat er niet een te groot/ geen verschil komt tussen de DBC-prijs en de Wlz-prijs voor (zware) ggz-cliënten.</p> <p>- Enerzijds dienen de tarieven wel passend te zijn (waar ze dat nu in de Wlz en Wmo soms echt te laag zijn, zodat er sprake is van onderbehandeling), anderzijds moeten ook voor het mpt aanbod Wlz-tarieven worden vastgesteld per module ter voorkoming dat Zvw zorgproducten (m.n. GGz GBGGZ of G-GGz prestaties (DBC's)) kunnen worden gedeclareerd. Met andere woorden enige regulering vanuit NZa t.a.v. tarieven is o.i. noodzakelijk, ook al om de gevolgen van de krappe arbeidsmarkt te reduceren (prijsopdrijvende effecten).</p>
Beroepsverenigingen	NVO	Financiële impact	9-12	<p>De NVO vindt het berekende verschil tussen de minderkosten in de Zvw/WMO en de meerkosten in de Wlz zeer groot. Wij plaatsen ten eerste onze vraagtekens bij de berekende meerkosten in de Wlz. De zorgzwaartepakketten zijn integrale pakketten waarbij niet duidelijk is welk deel wordt uitgegeven aan behandeling. Het staat zorgaanbieders vrij om de middelen voor behandeling in te zetten voor andere zorgvormen. Het is dan ook vooraf niet te zeggen dat de behandeling in de Zvw zoveel goedkoper is dan binnen de Wlz.</p> <p>Daarnaast zijn er verschillen te benoemen tussen de behandeling in de Wlz en in de Zvw, zowel qua inhoud als inzet van professionals. Binnen de huidige Zvw-bekostiging kan de orthopedagoog geen behandeling leveren binnen de ggz vanwege de eisen van het regiebehandelaarschap. De specifieke Wlz-behandeling kunnen zij wel leveren binnen de Wlz en daarmee dragen zij bij aan effectieve en kwalitatieve zorg.</p> <p>Geconcludeerd kan worden dat zowel op inhoud als met de budgetten de vergelijking tussen behandeling in de Zvw en Wlz nu niet te maken is.</p>

Bijlage 7C: consultatiereacties - Financiële impact

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatie-vraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Cliëntenorganisaties	Ieder(in) en Per Saldo	Financiële impact	9	Ieder(in) en Per Saldo herkennen zich in de verklaringen voor de meerkosten voor behandeling in de Wlz. Ze zien niet direct mogelijkheden om deze meerkosten te mitigeren.
Cliëntenorganisaties	Ieder(in) en Per Saldo	Financiële impact	10	Ieder(in) en Per Saldo vragen zich wel af in hoeverre het ingebakken zijn van het 24 uur permanent toezicht in de Wlz in vergelijking met de Zvw nog een kosten oprijvend effect heeft wat in de berekeningen misschien niet is meegenomen.
Farmaceutische zorg	KNMP, ASKA, NAPCO	Financiële impact	9	Zoals aangegeven in de eerdere gesprekken hebben wij geen eenduidige verklaring voor de meerkosten in de Wlz. Zoals aangegeven is onze verwachting dat de kosten voor farmaceutische zorg in de Wlz lager zouden moeten zijn. In de Wlz wordt immers juist ook streng ingekocht, misschien zelfs strenger als in de Zvw. In het geval er voor farmaceutische zorg in de Wlz toch meerkosten zouden zijn dan betreft het ons inziens meerkosten inclusief andere zorg. Uiteraard zijn wij bereid om daar waar mogelijk u te helpen met het kwantificeren van eventuele nog niet verklaarde meerkosten.
Farmaceutische zorg	VIG	Bekostigingsmodel: boven-budgettair	9-12	Op dit moment geldt binnen de Wlz, conform de Beleidsregel 'overige kosten Wlz 2018, kenmerk BR/REG-18139a', dat geneesmiddelen voor 90% boven-budgettair vergoed worden indien er sprake is van uitgaven van meer dan € 700,- per 4 weken per individuele client. Op pagina 22 van uw advies staat dat boven-budgettaire bekostiging een risico is voor de macrobetaalbaarheid in de Wlz. U verwacht dat in de nieuwe situatie deze boven-budgettaire betaalbaarheid fors zal toenemen en daarmee het risico van de betaalbaarheid. u vindt dit zorgelijk en streeft ernaar al de onderdelen van boven-budgettaire betaalbaarheid (waarvan deze groep geneesmiddelen onderdeel van uitmaakt), zoveel als mogelijk onder te brengen in de integrale prestaties. U stelt onderzoek te willen doen om ook de regeling extreme kosten te kunnen onderbrengen binnen de contracteerruimte om zo een doelmatigheidsprikkel te creëren voor zorgaanbieders en zorgkantoren. De Vereniging Innovatieve geneesmiddelen maakt zich hierover grote zorgen. en daarin staan wij niet alleen. in het Wlz-advies van het Zorginstituut is door veel partijen aangegeven dat door het onderbrengen van o.a. geneesmiddelen onder de Wlz de keuzevrijheid van de client en arts onder druk komt te staan. maar ook in uw eigen advies op pagina 28 staat dat dit een aandachtspunt is. Welke precieze garanties zijn er dat de kwaliteit van de behandelingen met geneesmiddelen en de keuzevrijheid voor de Wlz-cliënten niet onder druk komen te staan als de boven-budgettaire bekostiging verdwijnt en de extreme kosten deel gaan uitmaken van de contracteerruimte? Wilt u ons betrekken als het aangegeven onderzoek gaat starten?
Farmaceutische zorg	VIG	Financiële impact	9-12	U constateert in hoofdstuk 5 een onverklaarbaar verschil van 229 mln. aan macro-financiële gevolgen bij uitvoering van dit advies.

Bijlage 7C: consultatiereacties - Financiële impact

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
				Is het uw voornemen om de minister te adviseren bij invoering van deze Wlz-aanpassing dit bedrag vooralsnog op te nemen in het budget, zodat de kwaliteit en keuzevrijheid van de behandeling voor de cliënten gewaarborgd blijft?
Farmaceutische zorg	VIG	Financiële impact	9-12	Het Zorginstituut legt de verantwoordelijkheid voor het organiseren van integrale zorg neer 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 volgens de NZa het beste om invulling te geven aan de verantwoordelijkheid om integrale zorg te bieden. Omdat een aantal zorgvormen, waaronder de farmaceutische zorg, vanuit de Zvw onder de Wlz wordt gebracht, vragen wij u nauwkeuriger te onderbouwen dat er voldoende budget vanuit de Zvw naar de Wlz wordt verplaatst. Dit is zeer van belang omdat geneesmiddelen van een open eind situatie komen in de budgetstelsel met vastgestelde tarieven.
Farmaceutische zorg	VIG	Financiële impact	10	Bovendien begrijpen wij dat een aantal geneesmiddelen wel onder de Wlz vallen, maar niet onder de Zvw. Dit betekent ook dat pakketuitsluitingen binnen de Zvw kunnen leiden tot onverwachte meerkosten binnen de Wlz. Een voorbeeld hiervan is de VitD, Calcium, mineralen en paracetamol uitsluiting per 1-1-2019. Kunt u aangeven hoe het Wlz-budget wordt aangepast bij (toekomstige) pakketuitsluitingen binnen de Zvw als deze geneesmiddelen wel onder de Wlz vergoed blijven?
Gehandicaptenzorg	Amarant	Financiële impact	9	Amarant is ook van mening dat onverklaarde meerkosten ongewenst zijn. Men geeft aan dat aanbieders voor veel cliënten van met name lage zzp's behandeling bieden met de bestaande formatie zonder extra declaratie in de Wlz of zvw. Er zijn grote verschillen tussen zorgkantoren waar het gaat om het contracteren van met en zonder behandeling. Amarant biedt aan om ons inzicht te geven in de (financiële) afspraken met onderaannemers en de lasten die met het maken van afspraken gepaard gaan. Ze willen dit graag bespreken, en bijvoorbeeld in de vorm van een Pilot met Amarant, Zorgkantoor en Nza doen. Hierin kunnen ook bijvoorbeeld de resultaten van behandeling en inzicht in de prestaties worden meegenomen.
Gehandicaptenzorg	VGN	Financiële impact	9	Men herkent zich in de verklaringen en noemt een aantal aanvullende.
Gehandicaptenzorg	VGN	Financiële impact	11-12	Men ziet niet direct mogelijkheden om meerkosten in de inkoop of organisatie te beperken. Men geeft wel een suggestie om mee te willen denken over mogelijkheden, bijvoorbeeld gezamenlijke inkoop van medicijnen. Gevolgens voor de toegang van ggz-cliënten zijn op dit moment nog ongewis.

Bijlage 7C: consultatiereacties - Financiële impact

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Geneeskundige Zorg	Verenso	Financiële impact	9-10	Verenso herkent de besparing op medisch specialistische zorg. Mogelijk dat kostenverschillen verklaard worden door substitutie tussen wonen, zorg of welzijn en behandeling.
Geneeskundige Zorg	Verenso	Financiële impact	12	Twee suggesties om de doelmatigheid van de behandeldienst te versterken; 1) Het faciliteren en professionaliseren van de praktijkvoering van de behandeldienst en 2) Het verder vormgeven van taakherschikking.
Hulpmiddelenbranche	FHI	Financiële impact	9	FHI merkt op dat zij in diverse overleggen heeft verzocht inzicht te verkrijgen in cijfers die betrekking hebben op het aantal patiënten die door de transitie geraakt gaan worden en de beoogde kosten daarbij. Tot op heden heeft zowel de NZa als VWS geen inzicht gegeven. FHI kan daarom geschetste aantallen en kosten niet toetsen en ook geen goede impactanalyse maken.
Hulpmiddelenbranche	FHI	Financiële impact	9	FHI herkent de kwalitatieve verklaring van de kostenstijging. En adviseert aan deze verklaring de door de NZa genoemde kostenopdrijvende argumenten voor hulpmiddelenzorg uit pagina 30-33 aan toe te voegen, namelijk: a. Dat alle hulpmiddelen voor een Wlz-cliënt uit de WLz betaald moeten worden; b. Afzonderlijke prestaties voor hulpmiddelenzorg en contracten van leveranciers met zorgkantoren doelmatiger zijn gezien de scope van grotere volumes. En ook omdat de separate hulpmiddelenzorg beter te monitoren is qua kostenontwikkeling en beter te beheersen is met separate p en q afspraken (zoals nu in de Zvw gebeurt, o.a. middels dagprijzen en clusterprijzen).
Hulpmiddelenbranche	FHI	Financiële impact	10	Voor de FHI en waarschijnlijk ook voor andere stakeholders is het nauwelijks mogelijk om een mening te vormen over hoe reëel de (meer)kostenraming door de NZa is. De cijfers worden op een dusdanig hoog aggregatieniveau vermeld, dat specificering naar hulpmiddelen en in het bijzonder naar Zvw-hulpmiddelen ontbreekt.
Hulpmiddelenbranche	FHI	Financiële impact	11	De meerkosten zijn in zorginkoop te mitigeren door het mogelijk maken dat medisch speciaalzaken (landelijk werkende leveranciers) zelfstandig contracten met zorgkantoren kunnen sluiten over te leveren hulpmiddelenzorg in de Wlz; bekostigingsmodeloptie 4 dus.
Hulpmiddelenbranche	FHI	Financiële impact	12	Daar heeft de FHI geen zicht op.
Hulpmiddelenbranche	Medux	Financiële impact	9	Zie ons antwoord op vraag 5. Voor de overheveling van rolstoelen voor individueel gebruik en roerende voorzieningen, is de geraamde ophoging van het Wlz kader te hoog. Bovendien werken institutionele organisaties met de pooling systemen van zorgkantoren, die zijn bijzonder efficiënt ingericht en behalen een hergebruik van rond 90%. De uitgaven voor rolstoelen zullen ook in verband hiermee lager uitkomen in het bovenbudgettair kader.
Hulpmiddelenbranche	Medux	Financiële impact	10	N.v.t. op onze activiteiten

Bijlage 7C: consultatiereacties - Financiële impact

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Hulpmiddelenbranche	Medux	Financiële impact	11	N.v.t. op onze activiteiten
Hulpmiddelenbranche	Medux	Financiële impact	12	Zie antwoord op vraag 9
Mondzorg	ANT, Cobijt, KNMT, NVGd, NVU, NVM, ONT, VBTGG	Financiële impact	9	Cijfers van Vektis zijn voor de mondzorg onvoldoende betrouwbaar door o.a. de vele eigen betalingen die niet geregistreerd worden. Verder is er voordat een cliënt opgenomen wordt veelvuldig sprake van zorgmijding. Ook dat zal (niet bekende) meerkosten veroorzaken.
Mondzorg	ANT, Cobijt, KNMT, NVGd, NVU, NVM, ONT, VBTGG	Inkoopproces	9	Bij integrale tarieven bestaat er een spanningsveld tussen de keuzes die een zorginstelling vanuit het inkoopkader moet maken en het kwaliteitsbeleid. De vrees bestaat dat de keuze in dat kader, vanuit o.a. het complexe inkoopproces en onvoldoende zorginhoudelijke expertise, niet op de mondzorg gaat vallen. Dit heeft gevolgen voor de kwaliteit van de mondzorg.
Overige	VNG	Financiële impact	9-12	Tot slot reageren wij op de financiële raming voor een uit te nemen bedrag uit de Wmo, voor mobiliteitshulpmiddelen voor mensen met een Wlz-indicatie. Wij begrijpen dat u afhankelijk bent van (cijfers van) anderen en dus zelf een alternatieve rekenwijze opgezet heeft. Echter, de intensiteit van zorg voor mensen in instellingen mét behandeling is niet vergelijkbaar met de intensiteit in instellingen zonder behandeling. Bovendien komen in beide type instellingen andere zzp's voor, of is in ieder geval de mix van zzp's een andere. De uitkomst dat grofweg €68 miljoen gemoed gaat met mobiliteitshulpmiddelen van een gedeelte van 65.000 mensen is geheel niet steekhoudend. Wij vragen u met klem naast de door u gehanteerde rekenwijze ook een andere rekenwijze te hanteren, om op die wijze tot een meer betrouwbaar inzicht te komen in het gebruik en de daarbij horende kosten. Een voorbeeld hiervan is de snelle rekensom van de hulpmiddelenleveranciers, waarbij de quick-scan leert dat grofweg 5% van de kosten (van de totale Wmo-mobiliteitsmarkt van €250 miljoen) gemaakt worden voor inwoners van instellingen zonder behandeling. Ook voor dit punt betreuren wij het dat gemeenten (en VNG) niet eerder betrokken zijn in de uitvoeringstoets en we de kans onbenut laten om met elkaar een meer gedragen rekenwijze uit te werken.
Overige	Zorginstituut Nederland	Financiële impact	9-12	De beschreven verklaringen passen in het beeld dat wij hebben over geneeskundige zorg in Wlz-instellingen. Zo hebben wij gesproken met een bestuurder van een instelling, die ervoor gekozen heeft om in een verpleeghuis de geneeskundige zorg anders te organiseren. Deze wordt door zowel de huisarts als de SO geboden, waarbij beiden op consultbasis werken. Een triagetteam bepaalt of de problematiek van de

Bijlage 7C: consultatiereacties - Financiële impact

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
				<p>cliënt meer algemeen van aard is (dan naar de huisarts) of samenhangt met de reden van opname (dan naar de SO). Met deze werkwijze kon een besparing van 25% worden gerealiseerd op de kosten van geneeskundige zorg. Dit voorbeeld laat zien dat de wijze van organiseren van invloed is op de geleverde geneeskundige zorg. Wij hebben in ons advies niet voorgeschreven hoe de geneeskundige zorg moet worden georganiseerd. Dat is een zaak voor de zorgaanbieders, die afhankelijk van de specifieke situatie, een keuze maakt die voor hun cliënten het meest passend is. Wanneer we nadenken over de organisatie van de huisartsenfunctie in de toekomst is het daarom van belang om de huidige wijze van organiseren die het meeste voorkomt niet als uitgangspunt te nemen, maar als één van de mogelijkheden waar zorgaanbieders bewust voor kunnen kiezen.</p> <p>U geeft aan dat het u momenteel ontbreekt aan inzicht in de kwaliteit van leven en het medisch en functioneel functioneren van cliënten die het integrale pakket ontvangen en van cliënten die niet het integrale pakket ontvangen. Het Zorginstituut beschikt ook niet over deze gegevens, maar is wel van mening dat onderstaande gegevens over medisch specialistische zorg ons iets zeggen over de kwaliteit van zorg.</p> <p>In 2016 bedroegen de gemiddelde uitgaven van ouderen in een instelling zonder behandeling voor medisch specialistische zorg € 2.340. De gemiddelde uitgaven voor medische specialistische zorg voor ouderen met behandeling bedroegen € 985. Ook zien we dat 20% van de cliënten in een instelling met behandeling jaarlijks wordt opgenomen op de spoedeisende hulp, afgezet tegen 50% van de cliënten zonder behandeling.</p> <p>Met andere woorden: de zorg voor ouderen met behandeling leidt er dus toe dat er minder vaak een beroep wordt gedaan op de medisch specialistische zorg en dat er minder opnames op de SEH zijn. Graag verwijzen wij u naar onze publicatie die in december 2018 zal verschijnen over het zorggebruik onder ouderen.</p>
Paramedici	KNGF	Financiële impact	10	Hier word gesteld dat de kosten per DBC voor een VG client met een zcp met behandeling lager zijn. Dit is mogelijk te verklaren omdat de instelling bij/aan een zwaarder gehandicapte client vaak betere verpleegzorg, en paramedische zorg, kan bieden dan een ziekenhuis: hierdoor is de ziekenhuisopname korter.

Bijlage 7C: consultatiereacties - Financiële impact

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Verpleging en verzorging	ActiZ	Financiële impact	9	ActiZ herkent de beschreven kwalitatieve verklaringen voor de meerkosten Qua kwantitatieve gegevens is het in algemene zin lastig om de gepresenteerde cijfers na te gaan. Daarbij roept de prognose voor 2019 voor de uitname uit de Zvw vragen op aangezien wordt uitgegaan van een volume verlaging. De populatie 2016-2019 (tabel 6) wijzigt inderdaad maar ActiZ herkent geen volumedaling, eerder het tegenovergestelde.
Verpleging en verzorging	ActiZ	Financiële impact	10	ActiZ noemt diverse verklaringen voor de meerkosten behandeling: a. het aantal zittingen paramedische zorg op de de Zvw is begrensd, in tegenstelling tot de Wlz; b binnen de Zvw groter aandeel eigen betalingen door de client. c de Zvw tarieven zijn voor de gemiddelde cliënt terwijl de Wlz tarieven hoger zijn vanwege de intensiteit van de zorgvraag en de beschikbaarheid die wordt gevraagd. d daarnaast is het aannemelijk dat er nu soms sprake is van onderbehandeling bij Wlz-geïndiceerden die de behandelcomponent niet verzilveren. Terecht constateert de NZa dat cliënten niet altijd de weg naar passende hulp en behandeling weten te vinden. Het is denkbaar dat de groep cliënten op een plaats zonder behandeling niet per se dezelfde zorgvraag heeft als de groep die wel behandeling ontvangt. Naarmate de behoefte aan integrale behandeling groter wordt, komen cliënten vaak alsnog op een "verpleeghuisplaats" terecht. Indien het wenselijk is de vraag naar behandeling voor cliënten op een plaats zonder behandeling concreter te duiden, is daar aanvullend onderzoek voor nodig.
Verpleging en verzorging	ActiZ	Financiële impact	11	ActiZ pleit al langer nadrukkelijk voor reële vaste tarieven, en dat geldt ook voor de behandelcomponent. Prijsafslagen door zorgkantoren leiden tot generieke en regionale kortingen, die geen recht doen aan de zorgvraag van de cliënt. Een korting op de behandeling is daarom zeer onwenselijk
Verpleging en verzorging	ActiZ	Financiële impact	12	ActiZ ziet geen mogelijkheden om in de bedrijfsvoering meerkosten te verminderen.
Verpleging en verzorging	Alliade	Doelmatigheid	9-12	so en avg behandelen maximaal circa 100 patiënten per fte en huisartsen circa 2300 patiënten. Hierdoor ontstaat een enorm doelmatigheids en beschikbaarheidsvraagstuk. Goedkoper zal het in ieder geval niet worden.

Bijlage 7C: consultatiereacties - Financiële impact

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Verpleging en verzorging	Koperhorst	Financiële impact	9-10	Ik herken het wel. De behandelaren die nu bij de verpleeghuizen in dienst zijn hebben meer functies dan alleen cliëntencontact. Ze zijn een onderdeel van de organisatie en zullen derhalve ook een aantal ondersteunende diensten verrichten zoals her- bij- en nascholing, regievoering over de zorg van de cliënt, beleidsmatige (ontwikkelings)taken. Daarnaast is het cliëntencontact veelvuldiger en een stuk intensiever dan in de versie van de zzp/vpt zonder behandeling. Daar komt de huisarts alleen als het voor de cliënt noodzakelijk is en loop niet met grote regelmaat "visite".
Verpleging en verzorging	Koperhorst	Financiële impact	11	Door in ieder geval duidelijk te definiëren wat een behandelaar maximaal per uur mag kosten.
Verpleging en verzorging	Koperhorst	Financiële impact	12	Het is zinvol om na te gaan en te onderzoeken hoeveel behandeling er nu daadwerkelijk noodzakelijk is en /of hoe een deel van de dure behandeling voorkomen kan worden of overgenomen worden door de werkvloer door bv. verpleegkundigen, gespecialiseerde verzorgende psychiatrie (GPV) etc.. Dit slaat dan ook weer terug op de vraag op welke wijze kijken we in Nederland (politiek, inspectie IGJ etc.) naar wat is veilige zorg? Hoe geven we inhoud aan de verpleeghuiszorg, zoals men het georganiseerd is, naar zorg zoals thuis zoals ge minister (en wij) het graag ziet? Welke behandelcriteria stel je? Hoe kijk je naar de cliënt? Als een zwaar zieke of iemand die de laatste levensjaren op een prettige, veilige en voor hem zo aangenaam mogelijke wijze (en dat is voor iedereen anders) mag en kan leven?
Verpleging en verzorging	SPOT	Financiële impact	9-12	Het is voor ons als branchevereniging nog te prematuur om hier een goed beeld bij te hebben, het verminderen van de negatieve effecten in kader kosten is voor ons nog niet te overzien.
Verzekeraars	Zorg-verzekeraars Nederland	Financiële impact	9-12	ZN geeft aan dat het gaat om een complex samenspel van vele factoren die de meerkosten na overheveling naar de Wlz verklaren. In de uitgebreide toelichting doen we een aantal suggesties. Het is belangrijk om met deze inzichten een herberekening te doen op basis van meer actuele data, rekening houdend met veranderende cliëntenmix.
Verzekeraars	Zorg-verzekeraars Nederland	Financiële impact	9	De kwalitatieve beschrijving (pagina 41) wordt door ZN herkend. Het lijkt hierbij niet onredelijk te veronderstellen dat klanten waarbij naar verwachting minder behandeling nodig zal zijn eerder op een plek zonder behandeling terecht zullen komen. Bij de 'lichte behandelgevallen' wordt dan dus de ZVW aangesproken, bij de 'zware' de Wlz (in de vorm van MPT).

Bijlage 7C: consultatiereacties - Financiële impact

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Verzekeraars	Zorg-verzekeraars Nederland	Financiële impact	10	<p>Dat is erg lastig te duiden. Het gaat om een complex samenspel van vele factoren die de meerkosten na overheveling naar de Wlz verklaring. Het onverklaarde verschil tussen de kosten voor behandeling in Wlz en Zvw lijkt ons vooral te wijten aan de methodiek van berekening. De door de NZa berekende behandelcomponent (die wordt betaald ongeacht inzet zorg en is berekend op basis van het uitsmeren van totale kosten behandeling over alle ZZP's) wordt afgezet tegen declaraties voor daadwerkelijk geleverde zorg in de Zvw. Een deel van het onverklaarde verschil van 229 mln. zou verklaard kunnen worden door hetgeen NZa schrijft op pagina 42 Tarief Opbouw NZa.</p> <p>Daarnaast zien we hogere kosten voor behandeling als een consequentie van integrale bekostiging waarmee met onderaannemers gewerkt moet worden. Bij dit soort constructies gaat er nou eenmaal geld verloren aan het proces van afspraken/onderhandeling etc. In de berekeningen is de Wmo uitname erg summier onderbouwd. Naar ons idee zou dit bedrag hoger kunnen zijn. Een uitvraag bij de gemeenten hierover is zeer gewenst. Een andere mogelijke verklaring is een bredere aanspraak vanuit de Wlz voor bijvoorbeeld farmacie, maar ook investeringen in kwaliteit van zorg die de totale Wlz-kosten beïnvloeden, verschil van bekostigingsstructuur en prijsonderhandelingen Wlz, Zvw, beperking inzet behandeling door (te laag) integraal tarief. Een ander belangrijk verschil kan te maken hebben met de zelfbekostiging (eigen risico, eigen bijdrage) van geneesmiddelen in de Wlz.</p> <p>Daarbij komt de vraag of voldoende rekening gehouden is met het feit dat de cliënten die momenteel instromen in de Wlz een zwaardere zorgvraag hebben dan de huidige populatie binnen de Wlz (waar ook nog grote groepen cliënten met een lage ZZP in zitten). Is de behandelcomponent in het integrale dagtarief aan de nieuwe klantenmix aangepast? Een herberekening met actuele gegevens is sowieso nodig voordat tot overheveling over gegaan kan worden.</p> <p>Wij zien daarnaast nog 2 bijzonderheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Figuur 2 Overzicht in- en uitstroom (op basis van onderzoek HHM, 2017) lijkt onvolledig. De instroom van GGZ-cliënten in de Wlz zou moeten worden berekend op zorgvraag. Nu lijkt het alsof alleen wordt gekeken naar cliënten die beschermd wonen of klinisch verblijven. Hierdoor mist een groep; cliënten die nu niet op een woonlocatie wonen maar wel in de Wlz thuishoren. - In Tabel 3: huidige situatie hulpmiddelen missen wij het onderscheidt tussen Wlz in tarief en Wlz boven-budgetair.

Bijlage 7C: consultatiereacties - Financiële impact

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Verzekeraars	Zorg-verzekeraars Nederland	Financiële impact	11	Deze zijn vrij beperkt. Er wordt op pagina 44 van de uitvoeringstoets1 min of meer geconcludeerd dat de Wlz ondoelmatig werkt en dat daar nog wel wat te halen is. Deze conclusie staat haaks op het recente NZa-kostprijsonderzoek in de Wlz, waar geconcludeerd werd dat de tarieven lager zijn/waren dan de werkelijke kosten. Contractteerruimtes zijn nu al krap, zorgkantoren kopen al jaren scherper in dan de aanbieders zeggen nodig te hebben. Tarieven nog scherper stellen, terwijl er vanuit de overheid aan de andere kant steeds maar extra geld aan de langdurige (V&V) zorg toegezegd wordt om de kwaliteit op orde te krijgen, lijkt geen consistent beleid. We zien geen mogelijkheid meer korting te geven op de tarieven. De mogelijkheid die de NZa voorlegt dat zorgkantoren kortingen moeten bedingen op de maximale zzp en vpt tarieven is ons inziens onrealistisch. Er worden nu al kortingen gehanteerd en deze kunnen zeker niet groter worden.
Verzekeraars	Zorg-verzekeraars Nederland	Financiële impact	12	De zorgaanbieders en behandelaren zullen in hun bedrijfsvoering moeten nadenken over het verrichten van doelmatige zorg, dat wil zeggen geen overbehandeling van cliënten. Daarnaast zullen de zorgaanbieders goed moeten onderhandelen met de behandelaren die zij inkopen voor het leveren van behandeling. Voor partijen die hier tot nog toe weinig ervaring mee hebben is dit wel een aandachtspunt.

Bijlage 7D: consultatiereacties - Invoeringstraject

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Beroepsverenigingen	NIP	Invoeringstraject	13-14	Gezien de behoorlijke wijzigingen die dit vraagt v.w.b. het integraal organiseren van de zorglevering (probleem van 'complexiteit' en de huidige arbeidsmarktcrachte voor sommige behandelaars (probleem van 'beschikbaarheid') zouden wij kiezen voor een goede voorbereidingsperiode van twee jaar en daarna in een keer overgaan. Wellicht is het voor die regio's waar een overgangperiode van 2 jaar te kort is, een overgangperiode van 3 jaar mogelijk. Dit is dan ter beoordeling van het betreffende zorgkantoor.
Cliëntenorganisaties	Ieder(in) en Per Saldo	Invoeringstraject	13	Ieder(in) en Per Saldo wijzen op het verschil tussen aanbieders die wel al een integraal aanbod leveren en aanbieders die dat nog niet hebben. Zij stellen een combinatie voor van overgangsscenario's: <ul style="list-style-type: none"> - Overgangsscenario A voor zorgaanbieders die al ervaring hebben met het leveren van een integraal aanbod - Overgangsscenario B voor zorgaanbieders die de integrale zorgverlening nog moeten gaan organiseren. Verder een overgangssituatie voor cliënten die VPT "niet-geclusterd" afnemen: voor deze cliënten moet iets anders geregeld worden.
Cliëntenorganisaties	Ieder(in) en Per Saldo	Keuzeinformatie	14	Wat Ieder(in) en Per Saldo betreft moet in ieder geval de informatievoorziening goed op orde zijn: <ul style="list-style-type: none"> - vanuit Zorgkantoren naar cliënten (bestaande, nieuwe en toekomstige cliënten); - Vanuit Zorgkantoren naar zorgaanbieders; - Vanuit Zorgaanbieders naar cliënten (bestaande en toekomstige). De keuzevrijheid van de cliënt binnen de integrale uitvoering moet hierbij duidelijk aan het licht komen.
Cliëntenorganisaties	Patienten federatie	Invoeringstraject	13	Voor cliënten is de keuze hebben om te kunnen behouden van de huidige situatie het prettigst. Bij een invoering ineens, is vooraf nadenken over vangnet- of overgangsmaatregelen nodig. Geleidelijk ingroeien heeft met de ervaringen en kennis van nu, lichte voorkeur.
Cliëntenorganisaties	Patienten federatie	Invoeringstraject	14	De mensen die de dagelijkse zorg leveren zijn heel belangrijk voor cliënten. De impact van de voorgestelde veranderingen op hun werkzaamheden en daarmee wellicht op de continuïteit van zorg, daarvoor is weinig aandacht. Aandacht hiervoor is volgens ons voor een succesvolle invoering onontbeerlijk. Welk overgangsscenario ook wordt gekozen, monitoren van effecten op cliëntniveau is eveneens onontbeerlijk.
Farmaceutische zorg	KNMP, ASKA, NAPCO	Invoeringstraject	13	Wij verzoeken u om een overgangsscenario waarbij zowel sprake is van een voorbereidingsperiode, bijvoorbeeld 2 jaar, als een ingroeiperiode. In de voorbereidingsperiode kan gewerkt worden aan het realiseren van de noodzakelijke randvoorwaarden (daarbij valt ook te denken aan het wettelijke mogelijk maken van uitwisselen van medische persoonsgegevens (Wlz-informatie) over de domeinen heen). In de daaropvolgende ingroeiperiode kan vervolgens de integrale zorg

Bijlage 7D: consultatiereacties - Invoeringstraject

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
				daadwerkelijk georganiseerd worden.
Farmaceutische zorg	VNFKD	Invoeringstraject, financiële impact	13	U geeft in uw uitvoeringstoets twee overgangsscenario's aan. De VNFKD heeft gezien bovenstaande twijfels of de adviezen van het Zorginstituut in dit stadium doorgevoerd dienen te worden. Wij dringen er bij de NZa op aan om meer gegevens over aantallen betrokken instellingen, woonvormen en -voorzieningen boven tafel te krijgen, zodat de impact voor de VNFKD beter vast te stellen is, alvorens tot beslissingen over invoering over te gaan. Ook zouden wij graag mee willen denken over hoe andere mogelijkheden om uniforme behandeling van patiënten met een gelijke zorgbehoefte in te regelen zijn. Uiteraard zijn wij tot nadere toelichting graag bereid.
Gehandicaptenzorg	Amarant	Invoeringstraject	13	Amarant is blij met de voorgestelde geleidelijke invoeringsperiode van 3 jaar. Dit om in gesprek te gaan met cliënten om de benodigde veranderingen, bijvoorbeeld overstap van huisarts te bewerkstelligen.
Gehandicaptenzorg	VGN	Invoeringstraject	13	Men is voorstander van een invoering ineens. Voorwaarden zijn wel voldoende budget en borging van de toegang tot huisartsen zorg. Daarnaast moet het model voor invoering wel goed worden uitgewerkt. Voor de invoering geeft men ons mee om de berekeningen nogmaals uit te voeren op meer recente cijfers Er is meer nodig, bijvoorbeeld uniformering van aanvraagformulieren

Bijlage 7D: consultatiereacties - Invoeringstraject

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Gehandicaptenzorg	VGN	Invoeringstraject	14	<p>VGN vindt de beweging naar integraliteit positief en vindt integrale bekostiging daarbij passend. Uit onderzoek blijkt dat van de cliënten met lage zzp's 70% behoefte heeft aan behandeling voor medische en of gedragsmatige problemen. Plekken met en zonder behandeling is nu geen keuze maar wordt bepaald door beschikbaarheid van budget. Met het integraal opnemen van behandeling komt dit voor alle cliënten beschikbaar en wordt onderbehandeling voorkomen. Bijvoorbeeld de in de gehandicaptensector veel ingezetten gedragskundige behandeling komt zo beschikbaar voor alle cliënten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vereisten om over te gaan op integrale tarieven is dat er voldoende financiële ruimte komt om voor alle zzp en vpt cliënten inclusief behandeling te leveren - toegang tot met name huisartsenzorg en in iets mindere mate mondzorg moet geborgd worden voor alle cliënten. Hiervoor zijn naast maatregelen in de bekostiging ook andere maatregelen nodig. De huisarts en de AVG zijn complementair en dus beide nodig voor integrale zorg. Ook nu al zien we dat huisartsen en mondzorgverleners geen afspraken met zorgaanbieders aan willen gaan. Huisartsen en mondzorgverleners zijn in de positie om hogere bedragen te vragen.
Geneeskundige Zorg	LHV	Invoeringstraject	13-14	Wij vinden het essentieel dat zo snel mogelijk duidelijk komt en zien de voorbereidingsperiode graag zo kost mogelijk. Voorkeur voor optie A.
Hulpmiddelenbranche	Medux	Invoeringstraject	13	Scenario A met een uitfasering voor gebruikers die op dat moment gebruik maken van een gebruikshulpmiddel.
Hulpmiddelenbranche	Medux	Invoeringstraject	14	Graag maken wij u erop attent, dat cliënten het minst hinder ondervinden van een overgangsscenario voor de hulpmiddelen die reeds in gebruik zijn. Als Wmo en Zvw hulpmiddelen bij de switch naar de Wlz omgeruild (ingenomen en vervangen voor een nieuwe rolstoel / hulpmiddel) dienen te worden, ontstaat er verwarring bij cliënten en verspilling van zorggeld. Want zowel voor de diensten als het product bij de omruiling kost extra geld, dat bespaard kan worden als het bestand op een natuurlijke manier uitloopt.
Overige	Zorginstituut Nederland	Invoeringstraject	13	Wat betreft het invoeringstraject geven wij de voorkeur aan scenario A (in één keer invoeren met een ruime voorbereidingsperiode). Bij een geleidelijke overgang zou de nieuwe situatie 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.
Overige	Zorginstituut Nederland	Invoeringstraject	14	Voor een groot deel behelst ons advies een verkleining van pakketverschillen die zorginhoudelijk niet te motiveren zijn. Wij kunnen hierbij gebruik maken van de ervaringen van de vele instellingen die nu ook al verblijfszorg bieden aan Wlz-cliënten

Bijlage 7D: consultatiereacties - Invoeringstraject

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
				met behandeling.
Paramedici	PPN	Invoeringstraject	13	Zo spoedig mogelijk
Verpleging en verzorging	ActiZ	Invoeringstraject	13	Gelet op de verschillen tussen regio's en zorgorganisaties, acht ActiZ een geleidelijke invoering het meest wenselijk. Of drie jaar voldoende is kan men op dit moment niet inschatten. Voor het punt van de uitvoerbaarheid maakt ActiZ zich grote zorgen ten aanzien van de beschikbaarheid van behandelaren en de mogelijkheid tot samenwerking met behandelaren. Vooraf moet landelijk met betrokken partijen hierover afspraken worden gemaakt. Ook is het nodig om gezamenlijk de effecten in de praktijk te monitoren. Als blijkt dat er in de praktijk grote knelpunten ontstaan of onwenselijke effecten optreden zijn aanvullende afspraken of bijstelling van de uitgangspunten nodig.
Verpleging en verzorging	Actiz	Financiële impact	14	ActiZ ziet de volgende aanvullingen: A. De uitname uit de Zvw/Wmo moet nogmaals worden berekend op basis van actuele gegevens en daarbij reële aantallen ggz-cliënten die instromen in de Wlz. B. Nader onderzoek naar en verklaringen over het verschil in kostenniveau is gewenst. C. Bij de verdeling van het macrobudget over de zorgkantoorregio's moet rekening worden gehouden met bestaande verschillen in de verhouding tussen het aantal plaatsen met en zonder behandeling. D. Voor de behandelprestaties en de aanvullende zorgvormen dienen reële tarieven te worden vastgesteld. E. Het delen van clientendossiers tussen behandelaren en aanbieders en het uitwisselen van gegevens over indicatie en leveringsvorm is ook een aandachtspunt.

Bijlage 7D: consultatiereacties - Invoeringstraject

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Verpleging en verzorging	Dagelijks-leven	Invoeringstraject	14	<p>Dagelijks-leven stelt een aantal randvoorwaarde voor invoering van de wijzigingen;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Regulering van tarieven voor onderlinge samenwerking tussen bijvoorbeeld huisartsen en zorgaanbieders. Dit is onzes inziens nodig omdat huisartsen(groepen) en de HAP's regionaal een monopolypositie hebben. Het NZA-tarief is hiervoor een prima richtlijn, deze worden immers geacht passend te zijn voor de prestatie die wordt geleverd. -Bij ontbreken van voldoende schaal en inkoopkracht van de individuele aanbieder grip houden/krijgen op de tarieven / prijzen van geneesmiddelen en hulpmiddelen bijvoorbeeld door aanbieders mee kunnen liften op de inkoop(tarieven) door zorgverzekeraars. <p>Geen dure capaciteit inzetten in standaard situaties, maar dit over de volle breedte invoeren ook waar nu de huisarts volledig uit beeld is (zzp met behandeling).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mogelijkheid om de ANW en spoedzorg te organiseren zonder een kostbare dubbele structuur naast de HAP op te zetten. -Een passend integrale basistariefstelling per zorgdag (voor datgene dat elke bewoner standaard nodig heeft: basiszorg, SO, huisarts, psycholoog, ..) met daarbij tariefstelling voor de niet standaard behandelcomponenten, hulpmiddelen, medicatie, paramedische zorg en verrichtingen (conform ZVW systematiek). Dit leidt onzes inziens tot een doelmatiger besteding van middelen. -Voldoende tijd om stelselwijziging te implementeren waarbij de financiële aspecten vooraf 100% duidelijk zijn. Voorkeur voor geleidelijke ingroeivariant. Starten met behandeling en paramedische zorg, dan hulpmiddelen, dan farmacie en mondzorg. -Creëren van een level playing field met betrekking tot eigen bijdragen zodat bewoners die WLZ zorg nodig hebben zich in hun keuze niet laten leiden door de hoogte van de eigen bijdrage. Maar ook mbt van toepassing zijnde kwaliteitseisen en inkoopvoorwaarden zodat er op dat gebied ook een level playing field ontstaat tussen geclusterd VPT en geclusterd PGB. -Volstreekte uniformiteit in beleid in inkoop tussen zorgkantoren. Wij hebben bijvoorbeeld nu een zorgkantoor dat vooralsnog weigert tariefafspraken te maken voor H335 en H321 (inzet SO vanuit MPT-behandeling) en stelt dat de inzet van de SO altijd onderdeel uitmaakt van het VPT
Verpleging en verzorging	King Arthur Groep	Invoeringstraject	14	<p>Bij het organiseren van integrale zorg op basis van een integraal tarief ontstaan er extra overheadkosten en administratieve lasten bij de zorgaanbieder. De volgende zaken moet worden geregeld: Contractbeheer, Relatiebeheer, Kwaliteitsbewaking, Financiële administratie (declaraties/ facturen behandelaren, hulpmiddelen, medicijnen, etc.). Voor hulpmiddelen geldt nu bijvoorbeeld dat de gemeente contracten heeft met hulpmiddelenleveranciers. Kleinschalige aanbieders zullen nu zelf contracten moeten sluiten tegen mogelijk minder gunstige prijsafspraken.</p>

Bijlage 7D: consultatiereacties - Invoeringstraject

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Verpleging en verzorging	Koperhorst	Invoeringstraject	13	De Koperhorst is voor invoering ineens met voorbereidingstijd. Een organisatie die nu nog helemaal geen behandeling levert, moet er naar toe kunnen groeien. Daarnaast is er nu een te kort (regionaal verschil) aan behandelaren maar ook aan de alternatieven. Denk ook aan de opleidingstijd van de benodigde mensen kost tijd voordat je ze kan inhuren.
Verpleging en verzorging	SPOT	Invoering	13	Bij een goede voorbereiding, zou het overgangsscenario niet te lang moeten duren, dit zou binnen een jaar moeten kunnen. Een termijn van bijvoorbeeld 3 jaar is veel te lang en wat ons betreft ook niet nodig. Spelbrekers in het geheel, vooral in de tijd kunnen zijn: Verzet van partijen in het veld. Huisartsen, specialisten, paramedische, verzet in de politiek hiertegen, met als mogelijk gevolg het nog moeten doen van concessies en aanpassingen die allen veel tijd kosten. Het niet eens kunnen worden over de financiële vergoeding en tarieven die gepaard gaan met dit totale proces. Integrale levering van zorg inclusief hulpmiddelen heeft een negatieve invloed op de beschikbare middelen voor de wijkverpleging of budgetten in de Wmo. Dit zal tot bezwaren leiden van diverse partijen.
Verpleging en verzorging	SPOT	Invoering	14	Het allerbelangrijkste punt voor de cliënt is dat integrale zorg ook daadwerkelijk integraal is in de praktijk, dus dat van te voren duidelijk is wat men kan verwachten, wat de kosten hiervan zijn en dat de administratie van bijvoorbeeld eigen bijdragen op orde is. Het is niet wenselijk dat de kosten voor cliënten opgeteld hoger zijn dan nu het geval is qua eigen bijdragen. Wat van belang is voor de aanbieders hebben wij in de overige vragen al verwoord.
Verpleging en verzorging	ZorghuisNL	Invoeringstraject	14	Rol- en taakverdeling huisarts en SO verdient aandacht. Wanneer so hoofdbehandelaar wordt is het aantal SO te laag. Gepleit wordt voor een overgangsregeling om organisaties de mogelijkheid te geven maatregelen te treffen.
Verzekeraars	Zorg-verzekeraars Nederland	Invoeringstraject	13-14	Het is voor ZN evident dat een geleidelijke overgang niet mogelijk is. Het scheidt onduidelijkheid voor de cliënt, en hoe kan dan immers het budgettaire kader of de premies Zvw en AV berekend worden? Een essentiële voorwaarde is dat bij overheveling van behandeling van de Zvw naar de Wlz het macro-kader in voldoende mate wordt aangepast. Hiervoor zijn aanvullende berekeningen noodzakelijk. Tot slot is tijdige besluitvorming van belang, waarbij na verdere verdieping de overgangsdatum onderbouwd kan worden vastgesteld.

Bijlage 7D: consultatiereacties - Invoeringstraject

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Verzekeraars	Zorg-verzekeraars Nederland	Invoeringstraject	13	We zijn voorstander van het in één keer invoeren met een ruime voorbereidingsperiode. Een ingroeitraject geeft voor de cliënt nog steeds de onduidelijkheid van het ZZP incl. of excl.behandeling en dus andere aanspraken. Zowel voor zorgkantoren als zorgverzekeraars is een overgangperiode extra complex. Voor zorgverzekeraars bemoeilijkt dit o.a. de premieberekening maar ook de berekening van het budgettaire kader (je kan niet goed voorspellen hoeveel er over gaat naar Wlz). Het doel van de operatie is het wegnemen van de verschillen tussen cliënten. Dat kan het beste op één duidelijk vastgesteld moment worden uitgevoerd. Belangrijke voorwaarde hierbij is dat cliënten tijdig worden geïnformeerd. Het is 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 de meeste kans op een goede overgang. Wat we tot slot zeer belangrijk vinden is dat besluitvorming zo snel mogelijk (begin 2019) plaatsvindt.
Verzekeraars	Zorg-verzekeraars Nederland	Invoeringstraject	14	Voor ZN gaat zorgvuldigheid voor snelheid, waarbij het wel van belang is dat VWS spoedig een besluit neemt naar aanleiding van deze uitvoeringstoets. Het is belangrijk om de kosten die met de overheveling gepaard gaan spoedig inzichtelijk te krijgen. Pas als duidelijk is hoe de bekostiging eruit gaat zien (met of zonder gedeeltelijk behouden vangnet) kunnen zorgkantoren en aanbieders zich goed gaan voorbereiden. We zien daarnaast dat de uitvoeringstoets betrekking heeft op de ZZP's en VPT's. Waar het de positie van behandeling betreft voorzien we in de praktijk ook uitvoeringsvragen en – problemen rondom MPT en PGB. Het lijkt ZN daarom wenselijk in een addendum op deze uitvoeringstoets een beschouwing hierover op te nemen. Daarnaast zijn er twee belangrijk voorwaarden voor succesvolle implementatie Ten eerste geldt dat welk overgangsscenario ook gekozen wordt, de wetgeving en de registers van ZINL (voor melding aanvang zorg) gereed zijn, zodat we aan de voorkant de Zvw zorgaanbieders in staat stellen om te kunnen weten welke cliënten in de Wlz in zorg zijn. Als dit niet is geregeld dan gaan we voor meer prestaties in de Zvw samenloop constateren. Ten tweede geldt dat een belangrijke voorwaarde voor zorgkantoren bij overheveling van behandeling van de Zvw naar de Wlz is dat het macro-kader in voldoende mate wordt aangepast. Wanneer dit niet het geval is, is het gevolg namelijk dat de Wlz in zijn geheel minder toegankelijk wordt (zorgkantoren kunnen dan voor minder mensen zorg inkopen), en dat kan niet de bedoeling zijn van een dergelijke transitie. Daarnaast moeten de meerkosten opnieuw berekend worden na implementatie

Bijlage 7D: consultatiereacties - Invoeringstraject

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Verzekeraars	Zorg-verzekeraars Nederland	Invoeringstraject	14	<p>Onze aanvulling voor een succesvolle invoering zijn verder als volgt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is er een no-go moment? Stel dat zorgaanbieders er niet in slagen om voldoende behandelaren te contracteren voor hun instelling. Dan kan dus niet aan alle cliënten binnen de instelling de juiste basiszorg worden gegarandeerd en zou je feitelijk een soort tweedeling binnen de muren van een instelling in stand houden terwijl de bekostiging en de aanspraken daar niet van uitgaan. Dat zou gevaarlijke situaties voor cliënten op kunnen leveren. Dus misschien moeten deze elementen wel als een randvoorwaarde voor de overheveling worden gedefinieerd en moet juist daarop gestuurd worden. • Ook na invoering kunnen situaties ontstaan waar het integrale aanbod of de geleverde kwaliteit bedreigd wordt. Het nadeel van het opheffen van de mogelijkheid van verblijf exclusief behandeling, is dat als een integraal Wlz-aanbod inclusief behandeling niet meer geleverd kan worden, er voor de zorgaanbieder geen ander alternatief is dan alles omzetten naar scheiden wonen en zorg (verhuurder i.p.v. verblijfsaanbieder). In de huidige situatie was er nog een soort van 'quick escape' naar verblijf exclusief behandeling. Dit is een stuk makkelijker te organiseren dan overgaan naar een extramurale setting in hetzelfde gebouw. Het is inderdaad goed om vooraf na te denken over de mogelijke scenario's, oplossingsrichtingen en verantwoordelijkheden. (Bij VPT naar MPT is dit probleem minder groot). • Een ander issue dat nog niet besproken is, is of het de bedoeling is om tijdelijke opnames van mensen die hun Wlz-indicatie in MPT en/of PGB verzilveren ook altijd inclusief behandeling in te kopen. Mensen die vanuit een MPT/PGB zorg ontvangen, krijgen zorg van de huisarts, tandarts, paramedici etc. vanuit de Zvw. Als zij tijdelijk opgenomen worden en dit enkel kan inclusief behandeling op basis van een ZZP, dan zouden ze tijdelijk van regime moeten wisselen. In de uitvoering is dat meestal geen probleem, maar wat betreft de bekostiging wel. We zien dit nu al boven komen drijven n.a.v. de samenloopcontroles Zvw-Wlz. Een huisarts die net gedurende de opnameperiode zijn inschrijftarief declareert in de Zvw, krijgt te maken met afkeur. Is dit wenselijk? Mogelijk zou een prestatie bij het MPT à la logeren (voorheen tijdelijk verblijf) hiervoor een oplossing kunnen bieden.

Bijlage 7E: consultatiereacties - Algemeen / overig

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Sector	Organisatie	Thema	Consultatievraag	Opmerking naar aanleiding van consultatievragen
Overig	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	Algemeen	0	<p>Alle leveringsvormen bieden voldoende mogelijkheden 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.</p> <p>Wet- en regelgeving, richtlijnen en veldnormen (sectorspecifiek) zijn niet gedifferentieerd naar type instelling. De kwaliteitseisen zijn met andere woorden voor iedere zorgorganisatie binnen de Langdurige zorg gelijk. Het toezicht van de inspectie sluit hierop aan. Dit betekent bijvoorbeeld dat de kwaliteit van zorg voor een cliënt die verblijft met behandeling even goed georganiseerd moet zijn als voor de cliënt die verblijft zonder behandeling. De inspectie hecht veel waarde aan de manier waarop invulling wordt gegeven aan persoonsgerichte zorg, het inzetten van voldoende en deskundige zorgverleners en de wijze waarop de organisatie stuurt op kwaliteit en veiligheid.</p>
Beroepsverenigingen	NIP	Algemeen	0	<p>NIP is voorstander van een zo integraal mogelijke wijze van zorgverlening. De bekostiging moet hier bij aansluiten.</p> <p>NIP is van mening dat de ggz-doelgroep nog onvoldoende is uitgewerkt. Ook vraagt het NIP zich af of de toenemende inzet van gedragsdeskundigen en met name psychologen buiten de ggz-grondslag voldoende is meegenomen.</p>
Beroepsverenigingen	NVO	Algemeen	0	<p>Binnen de Wlz heeft op dit moment ongeveer 70 % van de cliënten een integraal pakket inclusief behandeling. Deze cliënten ontvangen vanuit de orthopedagogen behandeling die levensvolgend is en vaak een preventief karakter heeft. Cliënten die nu geen integraal pakket hebben ontvangen vaak op ad hoc basis behandeling van de orthopedagoog, bijvoorbeeld als er iets mis gaat.</p> <p>Ook is er binnen de Wlz meer tijd voor integrale samenwerking en MDO's. Dit komt de inhoud van de zorg ten goede en zorgt voor expertise-uitwisseling tussen professionals. Binnen de Wlz is daarnaast sprake van mediërende behandeling. Behandeling en begeleiding zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Behandelaren zoals de orthopedagoog kunnen de behandeling zelf uitvoeren, maar begeleiders doen dit ook op hun aanwijzing.</p> <p>Vanuit het kwaliteitsoogpunt zijn wij dan ook groot voorstander van het aanbieden van een integraal pakket voor alle cliënten in de Wlz. Cliënten die nu verblijven op een plek met of zonder behandeling maken allen deel uit van dezelfde clientpopulatie en hebben allen recht op dezelfde kwalitatieve zorg.</p>

Bijlage 7E: consultatiereacties - Algemeen / overig

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Farmaceutische zorg	KNMP, ASKA, NAPCO	Algemeen	0	Daarnaast, zoals ook aangegeven in een eerdere schriftelijke reactie d.d. 05-10-2018, dient er aandacht te zijn voor verantwoordelijkheden. Daarbij willen we er u (nogmaals) op wijzen dat het verstrekken van UR-geneesmiddelen of UA-geneesmiddelen een voorbehouden handeling is op grond van de Geneesmiddelenwet (artikel 61). Voor het borgen van het leveren van medicatie in Wlz-instellingen gaat het om die reden om meer dan alleen schaalgrootte. Voor wat betreft verantwoordelijkheden ten aanzien van farmaceutische zorgverlening zien wij, zoals tevens eerder aangegeven, "De Veilige Principes in de Medicatieketen" als belangrijke leidraad.
Farmaceutische zorg	VIG	Algemeen	0	Omdat geneesmiddelen slechts een deel uitmaken van de totale Wlz-behandeling is het voor ons niet goed mogelijk om op de specifieke consultatievragen in te gaan. Wij zullen ons derhalve richten op de macrobudgettaire consequenties van het advies van het zorginstituut en op het onderdeel 'extreme kosten zorggebonden materiaal en geneesmiddelen'.
Farmaceutische zorg	VNFKD	Algemeen	0	De VNFKD vraagt zich af waarom alle behandeling naar de Wlz wordt overgeheveld als de huidige trend juist extramuralisering is. De indruk wordt gewekt dat de Wlz vergroot wordt ten koste van zorg uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en zorg thuis. De VNFKD vindt dit in de huidige tijd een vreemde ontwikkeling en vraagt zich af of uniforme behandeling van patiënten met een gelijke zorgbehoefte niet anders in te regelen is. De NZa geeft bovendien ook aan dat uit haar analyse van de adviezen van het ZiN blijkt dat er sprake is van macro meerkosten. De NZa geeft ook enkele mogelijkheden aan om deze meerkosten te mitigeren, bijvoorbeeld via de zorginkoop of in de bedrijfsvoering van zorgaanbieders en behandelaren. De VNFKD vraagt zich af of deze voorbeelden naast een daling van kosten niet ook zullen gaan leiden tot een daling van de kwaliteit binnen de Wlz. De VNFKD begrijpt de wens om cliënten met een gelijke zorgbehoefte gelijk te behandelen, maar vraagt zich af of de huidige wijze van behandelen niet opweegt tegen de overheveling die leidt tot dusdanige (niet te onderbouwen) macro meerkosten.
Farmaceutische zorg	VNFKD	Algemeen	0	De VNFKD heeft al meerdere malen gevraagd wat de precieze impact zal zijn van vergoeding voor de meest kwetsbare cliënten van behandeling en aanvullende zorgvormen uit de Wlz. Deze vraag werd gesteld omdat het niet duidelijk is hoeveel instellingen en woonvormen en -voorzieningen betrokken zijn bij de overheveling zoals aangegeven in de adviezen van het ZiN. Omdat deze kennis ontbreekt, is het (zoals ook eerder aangegeven) voor de VNFKD lastig te bepalen wat de impact van de overheveling op patiënten, mantelzorgers, zorginstellingen en behandelaren op het gebied van dieetpreparaten zal zijn.

Bijlage 7E: consultatiereacties - Algemeen / overig

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Hulpmiddelenbranche	FHI	Algemeen	0	FHI is niet overtuigd en voorstander van de noodzaak tot integrale behandelverantwoordelijkheid van Wlz-zorgaanbieders. Wij zien liever dat mensen zelf hun behandelaar kunnen kiezen, ongeacht de woonvorm.
Hulpmiddelenbranche	FHI	Algemeen	0	<p>Als eerste wil FHI een algemene opmerking plaatsen. Namelijk dat wij voorstander zijn van het reduceren van de onduidelijkheid en ongelijkheid in aanspraak op zorg tussen Wlz-geïndiceerde cliënten. Maar het verbaast ons nog steeds dat, gezien de focus op extramuraliseren van zorg en focus op De Juiste Zorg Op De Juiste Plek, er hier sprake is van het groter maken van de Wlz. FHI is van mening dat eerder de Zvw groter dient te worden. Om die reden zijn wij er voorstander van dat de ongelijkheid ook opgelost kan worden door de hulpmiddelenzorg (en wellicht andere zorgsoorten) volledig over te hevelen naar de Zvw.</p> <p>Dit is al eerder gedeeld, maar in de verschillende overleggen, ook met de NZa, houdt FHI de indruk dat dit blijkbaar een rijdende trein is die niet meer te stoppen valt. Iets dat wij niet begrijpen. Immers de zorgkosten nemen fors toe, zo raamt de NZa. En de kwaliteit van de huidige geboden zorg zal afnemen. Dit laatste omdat de NZa nu al in de documenten advies vraagt hoe de meerkosten in de zorginkoop gemitigeerd kunnen worden. Dit zal altijd ten kosten gaan van de kwaliteit en keuze van zorg. En omdat de afgelopen twee jaar door het Bestuurlijk Overleg Hulpmiddelen er kwaliteitsnormen (waaronder minimale keuzevrijheid uit hulpmiddelen voor patiënten) zijn gedeponereerd en wij daarom van mening zijn dat de kwaliteit van de hulpmiddelenzorg momenteel in de Zvw hoger is dan in de Wlz.</p> <p>Toenemende zorgkosten en verwachte daling van kwaliteit van zorg... het advies van FHI is daarom af te zien van deze transitie en of de situatie te houden zoals die nu is of de hulpmiddelenzorg helemaal over te hevelen naar de Zvw.</p>
Hulpmiddelenbranche	FHI	Algemeen	0	De NZa heeft gelijk door te stellen dat de medische hulpmiddelen(zorg) een complexe markt is. Om die reden is FHI content dat er een aanvullend vervolgonderzoek gaat plaatsvinden naar de positionering ervan. Kunt u ons meedelen wie dit onderzoek gaat uitvoeren, wat de precieze opdracht is en welke stakeholders hiervoor benaderd worden? De FHI is in ieder geval graag bereid hieraan deel te nemen.
Mondzorg	ANT, Cobijt, KNMT, NVGd, NVU, NVM, ONT, VBTGG	Algemeen	0	De mondzorgverlener zal met elke zorginstelling contracten moeten afsluiten. Veel van de zorgverleners zijn zzp'er. Het is nagenoeg onmogelijk een zodanig contract af te sluiten dat er geen sprake is van een gezagsverhouding. De vrees bestaat dat de eventuele fiscale consequenties ervoor zorg draagt dat er minder mondzorgverleners beschikbaar zullen zijn.

Bijlage 7E: consultatiereacties - Algemeen / overig

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Overige	VNG	Algemeen	0	Op verzoek van het ministerie van VWS heeft het Zorginstituut Nederland vanaf 2015 onderzoek gedaan naar de positionering van behandeling en aanvullende zorgvormen voor mensen met een Wlz-indicatie. Gemeenten en de VNG zijn niet betrokken geweest bij dit onderzoek en zijn ook niet geconsulteerd bij oplevering van het advies in september 2017. Op basis van dit advies heeft het ministerie van VWS de NZa gevraagd een uitvoeringstoets te doen om de door het Zorginstituut geschetste rechtsongelijkheid weg te nemen. Helaas blijkt pas in het eindstadium dat de impact op gemeenten groter is dan voorzien. Om die reden heeft het ministerie van VWS de VNG pas gedurende de consultatiefase gevraagd om een reactie. Wij voelen de noodzaak in onze reactie ook in te gaan op het fundament onder de uitvoeringstoets. Daarnaast heeft onze zienswijze betrekking op achtereenvolgens de zorgval, roerende voorzieningen en mobiliteitshulpmiddelen en tot slot de financiële raming.
Overige	VNG	Algemeen	0	In de discussie rond 'Zorgval' zien gemeenten nu al dat mensen afzien van het aanvragen van een Wlz-indicatie. Zij voorzien dat zij minder uren ondersteuning krijgen voor een veel hogere eigen bijdrage, zeker nu het abonnementstarief nadert. Als alternatief zou dan ingestoken kunnen worden op de overstap naar PGB of het Modulair Pakket Thuis (als regie geen bezwaar vormt), waarbij alle modules vervolgens in het wooninitiatief gestoken worden. Feitelijk blijft ook dan 1 aanbieder verantwoordelijk voor de levering van integrale ondersteuning, exclusief behandeling en aanvullende zorgvormen als hulpmiddelen, woningaanpassingen en mondzorg. De rechtsongelijkheid is dan niet weggenomen maar enkel verplaatst naar een andere leveringsvorm.
Overige	VNG	Algemeen	0	Cliënten, mantelzorgers, zorgaanbieders, verwijzers, gemeenten, zorgkantoren en wooncorporaties ervaren nu onduidelijkheid vanwege domeinoverstijgende bekostiging en beleidsregels. Dit geldt in het bijzonder voor roerende voorzieningen en mobiliteitshulpmiddelen.

Bijlage 7E: consultatiereacties - Algemeen / overig

Bijlage bij de uitvoeringstoets "Integrale zorg voor Wlz-cliënten"

Verpleging en verzorging	Actiz	Algemeen	0	ActiZ vraagt verder aandacht voor de volgende punten: A. Hou oog voor het beperken van de administratieve lasten B. Heb oog voor de vernieuwing in behandeling door taakherschikking tussen huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialisten. C. Voor nieuwe ggz-cliënten moeten passende integrale tarieven worden vastgesteld voor de zorg en behandeling waarbij het mogelijk moet zijn om indien nodig aanvullend een psychiater te betrekken bij de behandeling; de huidige behandelcomponent voorziet daar niet in.
Verpleging en verzorging	ActiZ	Algemeen	0	ActiZ is positief over het uitgangspunt dat in de Wlz voor de meest kwetsbare mensen behandeling en aanvullende zorgvormen integraal kan worden aangeboden, waarbij de coördinatie bij de zorgaanbieder ligt. Daarmee kunnen de betreffende mensen voor hun intensieve zorgvraag samenhangende interdisciplinaire zorg en behandeling ontvangen die zij nodig hebben. ActiZ signaleert echter dat deze sterfelwijziging niet zonder risico's is voor zorgaanbieders die de verantwoordelijkheid krijgen voor de coördinatie van de zorg en behandeling. Voornaamste zorg: de beschikbaarheid van behandelaren. Voor het mitigeren en het oplossen van deze risico's zijn landelijke randvoorwaarden en afspraken nodig.
Verpleging en verzorging	Alliade	Algemeen	0	Als er al een situatie van waarneming is, is er geen sprake is van gezamenlijke dossiers en daarmee een risicovolle situatie ontstaat in de continuïteit en samenhang van medische zorg. Hier is op dit moment al sprake van, deze situaties zullen dan toenemen. Dit kan leiden tot onherstelbare schade aan de cliënt.
Verpleging en verzorging	Dagelijks-leven	Algemeen	0	Dagelijks-leven is het niet eens met het standpunt van het Zorginstituut dat schrijft dat mensen met eenzelfde zorgbehoefte als gevolg van de keuze voor een woon- en leefsituatie en de leveringsvorm (zzp, vpt, mpt of pgb) niet altijd de zorg krijgen die nodig is. Dagelijks-leven constateert dat een aantal actuele knelpunten niet door het advies van het ZIN worden opgelost. Dit betreft; het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde, overbelaste huisartspraktijken, terugtrekkende beweging van huisartsen vanwege drukte en expertise op het gebied van dementerende ouderen en de ANW diensten als de huisarts geen hoofdbehandelaar meer is.