

Utrecht, 25 mei 2022

Betreft: Overheveling behandeling naar Zvw

Geachte heer Beniers, beste Klaas,

De specialist ouderengeneeskunde en arts VG bieden de best passende medische zorg voor kwetsbare ouderen en patiënten met een verstandelijke beperking, ongeacht waar ze verblijven. Wij maken ons zorgen over de voorgenomen overheveling van de behandeling naar de Zvw. Zoals eerder aangegeven, vinden wij het belangrijk om te starten bij de inhoud van de zorg. Aansluitend te kijken naar de organisatie en pas dan naar de bekostiging. Andersom is gevaarlijk. Passende behandeling voor kwetsbaren draait om integrale zorg, ongeacht waar ze wonen. Inhoudelijke zaken die binnen de WLZ goed zijn geregeld (denk aan multidisciplinair overleg, de rol van WZD functionaris en de taak van de arts rondom infectiepreventie, geneesmiddelenbeleid) worden in de huidige Zvw niet bekostigd. Daarnaast speelt specifieke aandacht voor de preventieve zorg en het multidisciplinaire behandelaspect een grote rol. Deze preventieve manier van werken zorgt voor een efficiënte en doelmatige organisatie van zorg. Bovendien kan binnen de Zvw een specialist ouderengeneeskunde of een arts VG alleen middels een verwijzing van een andere arts (met name de huisarts) worden geconsulteerd. Dit zorgt voor een grote hoeveelheid aan administratief werk wat onwenselijk en onwerkbaar is.

Wij hebben deze bezwaren kenbaar gemaakt. U heeft aangegeven dat u 3 doelen heeft te bereiken met de overheveling. En ons gevraagd of wij die doelen ook op een andere wijze zouden kunnen invullen dan via overheveling van de behandeling van Wlz naar Zvw. Deze brief vormt daar een antwoord op. U geeft een drietal doelen aan:

- 1) het wegnemen van rechtsongelijkheid in behandel mogelijkheden voor patiënten in de Wlz,
- 2) het verbeteren van organiseerbaarheid van zorg welke door schaarste van zorgverleners is ontstaan,
- 3) vergroten doelmatigheid die leidt tot een besparing van 170 miljoen. Wij gaan hieronder op deze 3 doelen in.

#### **-1- Wegnemen rechtsongelijkheid of onduidelijkheid?**

In de praktijk wordt er door patiënten niet zozeer rechtsongelijkheid ervaren, maar onduidelijkheid. Waar heb ik nu precies recht op en hoe krijg ik toegang tot deze zorg? De meeste "ruis" ontstaat bij het aanvragen van een Wlz indicatie. Op het moment dat iemand die krijgt maar nog thuiswoont, gaat de Wlz indicatie al in maar is de zorg en behandeling nog niet hetgeen intramuraal kan worden geboden.

Wij zouden willen adviseren om de aanspraak op de behandelcomponent van de Wlz pas in te laten gaan als de patiënt ook daadwerkelijk in een verpleeghuis of instelling voor gehandicaptenzorg gaat wonen waar deze behandeling geboden kan worden. Dat geeft duidelijkheid en gelijkheid.

Waar nu gesproken wordt over rechtsongelijkheid, zien we in de praktijk dat juist onduidelijkheid leidt tot suboptimaal gebruik van bekostiging en gevoel van rechtsongelijkheid

oproept. Met name de complexiteit van bekostiging speelt hier een rol. We zien bovendien dat juist mensen in de Wlz zonder behandeling tekort aan zorg ervaren. Verschillende woonvormen en bekostiging met en zonder behandeling lopen door elkaar, wat zorgt voor onduidelijkheid in wat de patiënt kan verwachten en welke rechten deze heeft. Wanneer een kwetsbare patiënt een Wlz indicatie krijgt, maar er geen plek binnen een verpleeghuis of organisatie voor mensen met een verstandelijke beperking beschikbaar is maar in plaats daarvan kiest voor zorg thuis of een geclusterde woonvorm, dan is het onduidelijk hoe de integrale behandeling georganiseerd is.

Bij de meest kwetsbare is de behandeling door de specialist ouderengeneeskunde en de arts VG een onmisbaar onderdeel van de multidisciplinaire zorg. Bij een overheveling van behandeling naar de ZvW zal het eigen risico van patiënten aangesproken worden, met name in de gehandicaptenzorg vinden wij dit daarom onwenselijk en verwachten dat dit juist bij de meest kwetsbare groepen zal leiden tot het vermijden van zorg.

Met het oog op doelgroepen die (langer) thuis wonen, kan bovendien gekeken worden of beide artsengroepen, maar ook de huisarts, medische zorg buiten de muren van de instelling makkelijker kunnen declareren.

## **-2- Verbeteren organiseerbaarheid ivm schaarste zorgverleners**

Wanneer we kijken naar de doelstelling van organiseerbaarheid veroorzaakt door schaarste aan zorgprofessionals betwijfelen we of overheveling een positief effect zal hebben.

Organiseerbaarheid komt met een gezamenlijke visie, duidelijke (regionale) afspraken. Nu ligt er een voorstel dat bureaucratie vergroot. Als iedere arts met iedere zorgverzekeraar om tafel moet, gaat dit eerder meer tijd kosten dan minder. Dit wordt nu al gemerkt bij financiering via de GZSP. Bovendien is de vraag wat de impact hiervan is op alle kwetsbaren die de juiste zorg en behandeling nodig hebben.

Vanuit de beroepsverenigingen in het veld bestaan er reeds afspraken over wanneer de huisarts en wanneer de specialist ouderengeneeskunde of arts VG wordt ingezet. Die afspraken verder uitwerken ligt al bij diezelfde verenigingen. Daarnaast zou er gelden moeten worden vrijgemaakt om op projectmatige manier regionale samenwerkingen te versterken.

Om behandeling in verpleeghuizen en organisaties voor mensen met een verstandelijke beperking doelmatig te organiseren zijn korte lijnen nodig met het netwerk in de regio. Denk aan de expertise van een centrale apotheker met expertise over geneesmiddelen voor kwetsbare patiënten, hulpmiddelen als incontinentieluiers die tijdig beschikbaar zijn en snel aan te passen wanneer dit voor de patiënt nodig is. Overhevelen naar de ZvW betekent exponentiële groei van afstemming en overleggen met verzekeraars en leveranciers. De vraag is wie dit gaat doen, wie deze tijd gaat bekostigen en wie gaat de patiënt en mantelzorgers vertellen dat bij wijziging van verzekeraar of persoonlijke situatie een procesmatige wachttijd nodig is en de juiste middelen niet beschikbaar zijn. De kwaliteit van zorg komt in het geding en de administratieve regeldruk zal toenemen.

### **-3- Vergroten doelmatigheid hetgeen moet leiden tot een besparing**

De voorgestelde besparing van de overheveling komt al dan niet toevallig op 10% van het Wlz budget uit. Dit bedrag kan niet worden geduid waardoor het lijkt te gaan om een grove inschatting vanuit de wens om een besparing. De werkelijke kosten van behandeling in de verpleeghuizen of instellingen voor VG zijn echter op dit moment niet herleidbaar. Het aandeel van de artsen binnen dit totale budget lijkt overigens beperkt (met slechts zo'n 1800 specialisten ouderengeneeskunde en 250 artsen VG in Nederland).

Tenslotte willen we aangeven dat het wel of niet bezuinigen begint bij het creëren van inzicht dat er nu niet is. Wij adviseren dan ook om binnen de Wlz de behandelcomponent duidelijk te oormerken en de regiebehandelaar de regie te geven om de behandelgelden patiëntgericht in te zetten en tegelijkertijd efficiënt te werken.

Onze conclusie is dat om de doelstellingen vanuit het coalitieakkoord te behalen er nog voldoende alternatieven zijn, die meer zekerheid geven over wenselijke uitkomsten en de negatieve impact van een stelselwijziging kan worden bespaard. We gaan graag in gesprek om vervolgstappen samen te bepalen.