

Reactie Verenso op Advies Bekostiging afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis – Versie 12 september 2022

Hartelijk dank voor het concept advies met oplossingsrichtingen voor bekostiging van afstemming en coördinatie (door onze leden multidisciplinair overleg, MDO genoemd). Het multidisciplinaire overleg voor afstemming en coördinatie is voor specialisten ouderengeneeskunde essentieel onderdeel van de behandeling voor kwetsbare patiënten met een complexe zorgvraag. Zonder dit overleg kan een specialist ouderengeneeskunde haar werk voor de meest kwetsbaren in de samenleving niet doen. In de verpleeghuizen was dit daarom al gebruikelijk en onderdeel van de WLZ. Nu meer kwetsbare ouderen thuis blijven wonen, ook wanneer de kwetsbaarheid toeneemt, ontkomen we er niet aan om dit ook breder in te zetten in het bekostigingssysteem, ook binnen de Zvw. Wij zijn dan ook blij dat de NZa de mogelijkheden tot het financieren van dit MDO nu in kaart brengt.

Bij de notitie stelt u separaat 27 vragen. In dit stadium voert het te ver om alle vragen te beantwoorden en vragen we om de mogelijkheden in een gesprek met elkaar te bespreken. We geven in deze reactie de antwoorden en opmerkingen die voor specialisten ouderengeneeskunde nu kunnen worden beantwoord vanuit de beschikbare informatie en beperkte reactietijd die is gegeven.

Rol specialist ouderengeneeskunde in handreiking wordt nog uitgewerkt

Verenso is op dit moment niet aangesloten bij de handreiking. Wel zijn we in gesprek met de betrokken handreikingspartijen hoe dit wel mogelijk is en welke stappen hiervoor noodzakelijk zijn. Daarom willen we benadrukken dat de rol van de specialist ouderengeneeskunde in de handreiking in de laatste versie van maart 2021 nog beperkt is en verre van compleet. Voor een completer beeld zouden we ook willen verwijzen naar de [Handreiking samenwerking huisarts - specialist ouderengeneeskunde - Verenso](#).

Afstemming en coördinatie noodzakelijk voor alle kwetsbare patiënten ongeacht waar ze wonen (vraag 1)

Het Zorginstituut geeft bij de definiëring van het indicatiegebied een richting over de personen waarover de handreiking kwetsbare ouderen thuis zou gaan. We zien de nuancering zoals deze door het Zorginstituut is weergegeven in de voetnoot niet terug: *“Op basis van gesprekken met experts gaan we ervan uit dat het hierbij vooral, maar niet uitsluitend om 75-plussers gaat.”* We vragen NZa om deze voetnoot over te nemen.

We kunnen ons vinden in de suggestie van de NZa dat afstemming en coördinatie breder kan worden ingezet dan alleen de doelgroep die in de handreiking kwetsbare ouderen thuis wordt benoemd. Overleg t.b.v. afstemming en coördinatie is altijd een belangrijk onderdeel van zorg en behandeling voor kwetsbare patiënten met een complexe zorgvraag ongeacht waar ze verblijven. Vanuit preventief oogpunt kan het ook voor ouderen met een verhoogd risico op verdergaande kwetsbaarheid zeer relevant zijn tijdig coördinatie en afstemming in te zetten. En zo een mogelijk verhoogd zorggebruik in de toekomst voorkomen.

Aan de omschreven groep zou in ieder geval toegevoegd moeten worden:

- Kwetsbare patiënten die te maken krijgen met multi-domein problematiek;
- Patiënten waar meerdere zorgverleners nodig zouden zijn (en die nog geen meerdere zorgverleners hebben) en die nu buiten de definitie vallen.

Daarbij willen we opmerken dat het mooi zou zijn om bij het benoemen van doelgroepen over cliëntgroepen te blijven spreken. Nu lezen we zorgvormen terug in paragraaf 2.2.1. en zouden

we liever voorbeelden van uitbreiding van de cliëntgroep terug willen zien zoals de hierboven genoemde punten.

Iedere kwetsbare patiënt andere zorgbehoefte: samenstelling team zorgprofessionals varieert (vraag 2)

Het onderzoek door HHM geeft op het niveau van 'zorgprogramma's' een aantal conclusies waar we ons voor een groot deel in kunnen vinden. We missen hier nog wel de verbinding naar het patiëntniveau (micro). De flexibiliteit om een multidisciplinair overleg efficiënt in te richten betekent ook flexibiliteit om alleen die zorgprofessionals uit te nodigen die voor de patiënt op dat moment van belang zijn of op korte termijn gaan worden. Dit is wat kwaliteit van zorg en passende zorg brengt.

Praktijkverschillen horen erbij (vraag 3)

Wanneer de NZa haar zorgen uit over de verschillen in organisatie van afstemming en coördinatie zijn we verbaasd. Dat er verschillen zijn en dat deze vaak ook legitiem uitlegbaar zijn is al langer bekend. Zorg in de eerste lijn in bijvoorbeeld Friesland vraagt nu eenmaal een andere aanpak dan in Amsterdam. Voorbeelden hiervan zijn ook terug te vinden in best practices verzameld door Verenso: [Update van best practices boek eerste lijn - Verenso](#). Een bekostiging gericht op afstemming en coördinatie voor zowel korte als lange termijn, op zowel micro-, meso-, als macroniveau zal hiermee rekening dienen te houden. Op dit moment spreken van vastleggen in een blauwdruk zal de (groei)mogelijkheden beperken. Beter kunnen we het gesprek hebben over wat minimaal geregeld moet worden voor goede zorg vanuit zorgprofessionals, zorgorganisaties, verzekeraars én beleidsmakers.

Daarnaast missen we hier ook de link met afspraken uit het Integraal Zorgakkoord en WOZO. Hierbij kunnen bijvoorbeeld worden genoemd:

- Dat met het WOZO-programma wordt ingezet op het streven ondersteuning en zorg zich aanpassen aan de voorkeur van ouderen om zo lang mogelijk regie op het eigen leven te houden.;
- De ambitie om integrale, afgestemde zorg van hoge kwaliteit te bieden aan mensen met een complexe zorgvraag, die per beroepsgroep en gezamenlijk goed is georganiseerd op lokaal en regionaal niveau (IZA basiszorg);
- De afspraak dat zal worden onderzocht hoe de aanspraken en bekostiging kunnen worden aangepast om meer te prikkelen tot passende zorg en tot samenwerking en samenhang in de wijk en regio. Ook het recht van patiënten op afgestemde zorg en/of een norm voor samenwerking zijn onderwerp van aandacht. Ook de uitkomsten van deze analyse worden verwerkt in het plan van aanpak (IZA Basiszorg).

Begin met afstemming en coördinatie in bestaande tarieven zichtbaar te maken (vraag 4-11)

Als uitgangspunt in verschillende opties in hoofdstuk 4 wordt gegeven dat het schonen van huidige prestaties nodig is bij sommige opties voor bekostiging op micro- en mesoniveau. Verenso vraagt om dit altijd als uitgangspunt te nemen voordat mogelijkheden worden uitgewerkt. De afgelopen jaren is de vraag om inzicht te geven in de indirecte kosten van tarieven en specifiek afstemming en coördinatie vaker gesteld aan de NZa, onder meer in de GZSP. Zonder dit inzicht is het lastig om een gesprek te voeren in het veld wat de uitgangspunten zijn. We vragen NZa om dit onderzoek mee te nemen in de uitwerking. De discussie rondom wat bovengemiddeld is en wat gemiddeld kan dan handzamer worden gemaakt. We vragen ook mee te nemen dat de huidige tarieven voor specialisten

ouderengeneeskunde in de zorgverzekeringswet zijn gebaseerd op salarisschalen uit 2016 en dat in de verdeling directe versus indirecte tijd geen rekening is gehouden met veranderende overhead en dergelijke. De afwegingen over gemiddelde landelijke tarieven in hoofdstuk 4 blijven mede hierdoor nu nog erg vaag.

Integrale bekostiging in de toekomst voor overleg op micro- en mesoniveau (vraag 4-11)

Vanuit het oogpunt van samenwerking van zorgprofessionals en het vormen van een duurzaam netwerk rondom de patiënt lijkt integrale bekostiging een mogelijk passend alternatief. Praktisch gezien zijn hier echter een aantal belangrijke kanttekeningen te plaatsen. Deze mogelijkheid kan wat ons betreft alleen worden verkend indien:

- helder en begrijpelijk wordt gemaakt voor zorgprofessionals hoe deze zijn opgebouwd: in tijd en tarieven (per zorgprofessional). Alleen dan kunnen we het gesprek met elkaar hebben waarin de inhoud van de zorg door zorgprofessionals en het systeem van bekostiging samen leiden tot passende bekostiging in de toekomst. Verenso ziet dit als een essentiële randvoorwaarde wanneer de bekostiging wordt uitgewerkt.
- Daarnaast kan dit leiden tot grote administratieve lasten. Integrale bekostiging kan niet worden uitgewerkt, zonder een passende oplossing voor administratie. Zodat zorgprofessionals zich kunnen focussen op het werk voor de kwetsbare patiënten.
- Daarnaast dient te worden meegenomen dat overleggen ter afstemming en coördinatie plaats kunnen vinden in zowel een preventieve fase als behandelfase. Specialist ouderengeneeskunde kunnen bijvoorbeeld vanuit hun expertise over verloop van complexe zorgvragen tijdig meedenken in een MDO zonder een patiënt te hebben gezien. Dat is een andere vorm dan een MDO vanuit medebehandeling.

Afzonderlijke prestaties en monodisciplinaire bekostiging lijken dan wel niet te dwingen tot samenwerking en daardoor beperkt in efficiëntie, maar zij bieden wel degelijk mogelijkheden voor zorgprofessionals: de administratie blijft beperkt en het onderscheid naar preventie of behandelfase is duidelijk te maken. Mogelijk zijn er andere opties, maar we kunnen de uiteenlopende mogelijkheden die denkbaar zijn niet overzien. In alle gevallen is het belangrijk om multidisciplinaire, domeinoverstijgende samenwerking via de wijze van bekostigen mogelijk te maken (een eerlijke prijs voor een eerlijke dienst) en zoveel als mogelijk naar eenvoud daarin te zoeken. Heldere kaders met ruimte voor de afwegingen van samenwerkende professionals (en dus vertrouwen in de professionals) zijn daarbij belangrijk.

Afspraken in de regio, maar met toezicht en afspraken (vraag 12-18)

Dat een regionale bekostiging een (tussen)oplossing kan bieden voor bekostiging van afstemming en coördinatie op macroniveau kunnen we begrijpen, maar het voorstel zoals deze nu wordt geschetst is wel erg vrijblijvend. We verwachten dat onderhandelen over budgetten met verschillende verzekeraars met vrije tarieven leidt tot verschillen in eisen en uitwerking. Bovendien is het voor kleiner georganiseerde aanbieders is helemaal niet te doen. In krimpgebieden waar nu al een tekort is aan specialisten ouderengeneeskunde zal dit effect hebben op de toegankelijkheid van de zorg. Ook missen we de verantwoordelijkheid van de NZa om toezicht te houden op tarieven en ontwikkelingen. Het gevaar met deze oplossingsrichting is dat overlegd gaat worden is omwille van het overleggen. We vinden het belangrijk om met elkaar te erkennen dat afstemming en coördinatie meerwaarde heeft, de samenwerking wordt gefaciliteerd en gestimuleerd.

Regionale samenwerking te vrijblijvend of handelingsverlegenheid (vraag 12-18)

De NZa roept op tot minder vrijblijvendheid, we weten niet of het vrijblijvendheid genoemd moet worden of dat het handelingsverlegenheid is. Het kost partijen in het zorgveld veel tijd en inspanning om bekostiging elk jaar rond te krijgen. Wat volgens specialisten ouderengeneeskunde in ieder geval nodig is, is dat regionale partners gestimuleerd worden samen te werken en dat de zorg rondom een cliënt goed afgestemd en gecoördineerd wordt. In praktijkvoorbeelden zien we dat verschillende partijen initiatiefnemer kunnen zijn. We begrijpen het idee achter het breder inzetten van O&I bekostiging. Maar vinden het niet passend wanneer dit uitsluitend via huisartsen kan lopen. Wanneer steeds meer kwetsbare ouderen thuis wonen en de kwetsbaarheid en complexiteit van de zorgvraag toeneemt, zal ook de specialist ouderengeneeskunde als regiebehandelaar optreden. De bekostiging om regionale afspraken te maken ligt daardoor niet alleen bij huisartsen, maar ook bij andere zorgprofessionals en organisaties. Belangrijker nog is dat overleg over de schotten heen gaat in de regio. We gaan graag met de NZa en andere partijen in gesprek hoe bekostiging nu en op termijn in de praktijk kan worden toegepast.

Bekostiging op aanbiedersniveau verder verduidelijken (vraag 19-22)

Waar eerst micro-, meso- en macroniveau is besproken, wordt de context en positionering van oplossingen op aanbiedersniveau (hoofdstuk 6) weinig concreet gemaakt. We zouden het bijzonder waarderen wanneer dit (wellicht schematisch) meer helder kan worden gemaakt hoe voorgaande hoofdstukken hier samenkomen. Op dit moment worden specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn voor kwetsbare ouderen zonder indicatie langdurige zorg vergoed per tijdseenheid. Afstemming en coördinatie worden door de NZa benoemd als onderdeel van uurtarieven van de specialisten ouderengeneeskunde. De hoogte van de tarieven weerspiegelt dit echter niet en er is geen informatie beschikbaar over hoeveel tijd aan dit overleg zou kunnen worden besteed binnen de huidige structuur (het genoemde 'plusje' in de tarieven). Daarnaast is er voor de inzet in regionale overleggen, maar ook bijvoorbeeld opleiden en delen van kennis met andere zorgprofessionals geen reguliere bekostiging beschikbaar.

De verkenning van mogelijkheden per type bekostiging is door de complexiteit nu lastig in te schatten. Bij lumpsum bedragen in de regio zien we zeker mogelijkheden als het gaat om regionale afspraken, wanneer deze nu al mogelijk zijn. Als het gaat om patiënt gerelateerde zorg (direct en indirect) is dit niet passend. De mate van hoeveelheid administratie vinden we hierbij een belangrijk punt om te beschouwen bij het bespreken van de oplossingen. We gaan hier graag samen met de NZa over in gesprek.

Overigens staat in 6.2.3. ten onrechte vermeld dat GRZ wordt bekostigd via zorgbundels. Hier loopt bekostiging via DBC's.

Samenhang Wlz zorg is essentieel (vraag 23-24)

Zoals terecht wordt aangegeven is afstemming en coördinatie voor leveringsvormen zoals in MPT nog niet geborgd. Logischerwijs dient er bij regionale afspraken ook te worden gekeken naar de langdurige zorg.

Hang concrete termijnen aan de roadmap (vraag 26-27)

Als laatste willen we benoemen dat we graag ook concrete termijnen in de roadmap zouden willen zien. Wanneer we in IZA en WOZO afspraken gaan maken over zorg voor kwetsbare patiënten horen daar ook randvoorwaarden bij. Die dienen hierbij aan te sluiten. Zonder passende randvoorwaarden kunnen afspraken niet in de praktijk worden gebracht.