

Vergaderjaar 2018–2019

33 578

Eerstelijnszorg

Nr. 65

Ontvangen ter Griffie op 27 mei 2019.

Het besluit tot het doen van een aanwijzing kan niet eerder worden genomen dan op 27 juni 2019.

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 mei 2019

In antwoorden op schriftelijke vragen van uw Kamer heb ik u in mei 2018¹ aangegeven dat ik u nader zou informeren over de manier waarop ik de zorg die nu nog wordt geleverd onder de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling wil onderbrengen in de Zorgverzekeringswet (Zvw), met daarbij aandacht voor de aanpak en het tijdpad. Ook zou ik ingaan op de toepassing van het eigen risico en de voorwaarden waaronder deze zorg deel uitmaakt van het te verzekeren basispakket in de Zorgverzekeringswet. In deze brief ga ik nader in op bovengenoemde onderdelen en de stappen die daartoe genomen worden.

De ambitie van het kabinet is gericht op goede zorg voor iedereen op de juiste plek op het juiste moment. Bij voorkeur thuis of in de eigen omgeving, waardoor mensen langer zelfstandig thuis kunnen wonen. Het kabinet wil de zorg en ondersteuning aan kwetsbare mensen met een complexe zorgvraag in de thuissituatie versterken door specifieke geneeskundige expertise onder te brengen in de eerste lijn van de Zvw. Dit kan de huisarts en de wijkverpleegkundige ondersteunen, voorkomt crisissituaties, vermindert het beroep op acute zorg en draagt bij aan verschuiving van zorg uit de instellingen naar de eerste lijn. Het geeft zo mede invulling aan het programma Langer Thuis en verschillende hoofdlijnenakkoorden.

Deze brief bevat de zakelijke inhoud van meerdere aanwijzingen die ik van plan ben op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te geven. In de eerste plaats bevat deze brief de zakelijke inhoud van de aanwijzing om de zorg door de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten mogelijk te maken onder de Zvw. Deze zorg wordt per 2020 overgeheveld van de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling naar de Zvw. In diezelfde aanwijzing neem ik ook twee experimenteerbepalingen op. De eerste experimenteerbepaling is voor

¹ Kamerstuk 33 578, nr. 54

koplopers in de zorg door specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten om te leren van ervaringen en ruimte te bieden aan samenwerkende zorgprofessionals. De tweede experimenteerbepaling (*proeftuinen samenhangende zorg in de eerste lijn per 2020*) faciliteert de doorontwikkeling van samenhangende zorginhoud van en tussen eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg en de artsenfunctie van de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten). Bij deze proeftuinen zijn minimaal twee zorgvormen betrokken. Vanaf 2021 zal dit experiment voor de volledige geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen gaan gelden. Deze brief bevat dus ook de zakelijke inhoud van deze twee experimenteerbepalingen als onderdeel van de aanwijzing. In de tweede plaats bevat deze brief de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik van plan ben om in 2020 aan de NZa te geven om de volledige geneeskundig zorg voor specifieke patiëntgroepen in de eerste lijn per 2021 mogelijk te maken onder de Zvw. Ook deze zorg wordt dus overgeheveld van de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling naar de Zvw.

Overeenkomstig artikel 8 van de Wmg ga ik tot het geven van deze aanwijzingen niet eerder over dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief. Indien van de kant van een van de Kamers in die periode vragen worden gesteld zal ik die uiteraard zo spoedig mogelijk beantwoorden. Van de vaststelling van de aanwijzing wordt mededeling gedaan door plaatsing in de Staatscourant.

1. Wat is de «extramurale behandeling» en voor wie is het?

De zorg, die nu nog onder de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling wordt gefinancierd betreft generalistische geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen, zoals ouderen met multiproblematiek, mensen met progressieve, degeneratieve neurologische aandoeningen (zoals de ziekte van Parkinson, de ziekte van Huntington, de ziekte van Korsakov en multiple sclerose), mensen met niet aangeboren hersenletsel en mensen met een verstandelijke beperking van achttien jaar en ouder. Bij deze zorg is aandacht voor het verbeteren van functionele autonomie, voorkomen van verergering van de beperkingen en het leren omgaan met de (voortschrijdende) beperkingen.

De specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten spelen een cruciale rol bij deze zorg. De specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten leveren deze zorg vaak in samenwerking met ander zorgverleners in een multidisciplinair team. De andere zorgverleners in dit team zijn de gespecialiseerde psycholoog (GZ-psycholoog of ouderenpsycholoog of orthopedagoog) en paramedici (fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist en diëtist) en de vaktherapeut. Het betreft zorg aan mensen die geen Wlz-indicatie hebben en die daar ook (nog) niet voor in aanmerking komen, omdat zij (nog) geen 24-uur toezicht en zorg in de nabijheid nodig hebben. Zij hebben wel (integrale) zorg nodig om zelfstandig te kunnen functioneren.

Significant heeft in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de werking van de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling in de periode 2015 – 2018 onderzocht. Het onderzoek geeft een goed beeld van het gebruik van de subsidieregeling en van de ervaringen met de subsidieregeling. Ik heb daarnaast Vektis enkele verdiepende vragen gesteld. In het onderstaand kader treft u een aantal kerncijfers aan over het gebruik van de subsidieregeling. Volledigheids-halve verwijs ik naar de rapportage van Significant en samenvattende factsheets in de bijlage.

- In 2017 waren er 28.900 unieke patiënten binnen de subsidieregeling.
- Ruim 80% van deze patiënten is 65 jaar of ouder. 67% is 75 jaar of ouder.
- In 2017 maakten 25.500 patiënten (84%) gebruik van individuele behandeling en 4.900 patiënten (16%) gebruik van dagbehandeling (in groepsverband).
- Bij individuele behandeling betrof het in 2017 vooral behandeling door de specialist ouderengeneeskunde (20.880), arts verstandelijk gehandicapten (1.640) of de gedragswetenschapper (2.710).
- Het betreft bij de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten doorgaans kortdurende behandeling met een beperkte omvang (in uren) en beperkte behandelduur (in weken).
- Dagbehandeling (in groepsverband) betrof in 2017 vooral dagbehandeling ouderen (3.370) en dagbehandeling voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel (1.450).
- Voor dagbehandeling betreft de zorgintensiteit een aantal dagdelen per week en beslaat de behandelduur een langere periode (in maanden).
- De subsidie-uitgaven stegen van € 55,6 miljoen in 2015 naar € 62,8 miljoen in 2017. Met ingang van 2019 heeft het kabinet het subsidieplafond met € 11 miljoen verhoogd naar € 76 miljoen om de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn te verhogen.

2. Volledige overheveling per 2021, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten in de eerste lijn per 2020

Door de betrokken partijen, vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen, beroepsgroepen en zorgaanbieders, Zorgverzekeraars Nederland, de NZa en het Zorginstituut Nederland is sinds vorig jaar hard gewerkt aan het mogelijk maken van een spoedige overheveling van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen naar het Zvw-basispakket. Dit voorjaar was echter nog onvoldoende vertrouwen dat een volledige overheveling vanaf 1 januari 2020 op een zorgvuldige wijze zou kunnen plaatsvinden. Het helder afbakenen van de zorg bleek soms lastig, bijvoorbeeld met de GGZ, waardoor er vervolgens onvoldoende tijd resteerde voor de aanpassingen in de inkoop- en declaratiesystemen. Daarom is in overleg met Zorgverzekeraars Nederland en vertegenwoordigers van de betrokken beroepsgroepen en brancheverenigingen besloten om de overheveling te faseren. Vooruitlopend op de volledige overheveling van de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen wordt per 1 januari 2020 al een belangrijke stap gezet door de artsenfunctie in de eerste lijn te versterken. Meer specifiek houdt dit in dat de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten vanaf 1 januari 2020 zelfstandig de door hen op grond van de Zvw geleverde zorg mogen declareren². Dit is belangrijk omdat de betreffende kwetsbare doelgroepen thuis wonen en omdat een betere bereikbaarheid en beschikbaarheid van artsen in de eerste lijn bijdraagt aan betere zorg en aan het verminderen van crisisopnames. De specialist ouderengenees-

² Voor de arts verstandelijk gehandicapten geldt dit voor alle medische zorg, diagnostiek en opstellen van het behandelplan, ongeacht de leeftijd van de patiënt. Het Zorginstituut stelt in haar pakketadvies «Extramurale behandeling ontleed» dat het diagnostisch proces rond een nog ongespecificeerde klacht bij een verstandelijke beperking ook voor jeugdigen onder de Zvw valt, ook als hierbij gedragsmatige of psychologische deskundigheid wordt ingezet. Ligt de daaropvolgende behandeling op het medische, somatische vlak dan valt ook de behandeling onder de Zvw. De psychische/gedragsmatige behandeling valt onder de Jeugdwet. (Kamerstukken 33 578 en 29 389, nr.36)

kunde en de arts verstandelijk gehandicapt zijn, na of naast de huisarts, bij uitstek in staat om de complexiteit van de patiënt en eventuele bijkomende complexiteit in zijn/haar situatie af te wegen en om te zetten in een behandelplan met een geneeskundig doel, gericht op herstel en/of omgaan met beperkingen. Zij hebben hierbij oog voor wat mensen willen en kunnen gegeven hun beperkingen, de kwaliteit van leven en kijken daarbij ook naar de toekomst (advance care planning) en hun thuissituatie. De overheveling van de specialist ouderengeneeskunde is ook onderdeel van de maatregelen in het kader van het programma Langer Thuis.

Per 1 januari 2020 wordt de prestatie voor de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapt in de subsidieregeling geschrapt. Daar waar een gedragswetenschapper op verzoek van de specialist ouderengeneeskunde of de arts verstandelijk gehandicapt wordt ingezet bij diagnostiek en beeldvorming zal per 2020 geen CIZ-indicatie nodig zijn. Ook voor de inzet van de GZ-psycholoog op verzoek van de huisarts of medisch specialist bij diagnostiek en beeldvorming ten behoeve van behandelprogramma voor niet-aangeborenen hersenletsel is in 2020 geen CIZ-indicatie nodig³. De subsidieregeling wordt hiervoor voor het jaar 2020 aangepast. De versterking van de artsfunctie in de eerste lijn met de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapt per 2020 is ook opgenomen in de brief over het basispakket Zorgverzekeringswet 2020 die u onlangs heeft ontvangen. Voor alle overige geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen blijft de subsidieregeling bestaan. Momenteel geeft het CIZ-indicaties af voor patiënten die een behoefte hebben aan zorg vanuit de subsidieregeling en dat blijft ook in 2020 nog zo.

Per 1 januari 2021 zal het volledige pakket aan zorg onder de noemer «Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen» (GZSP) in het Zvw-basispakket worden ondergebracht. De subsidieregeling zal dan in 2021 komen te vervallen. Het CIZ heeft vanaf dat moment geen rol meer in de indicatiestelling.

3. Vormgeving geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen in het basispakket Zvw

Het Zorginstituut Nederland heeft in november 2016 in haar pakketadvies⁴ aangegeven dat de zorg die nu nog onder de noemer «extramuraal behandelprogramma» wordt gefinancierd via een subsidieregeling, ook voor deze specifieke patiëntgroepen vanuit het basispakket vergoed kan worden. Deze zorg past onder de Zorgverzekeringswet, omdat het geneeskundige zorg is voor kwetsbare mensen thuis, die hen in staat stelt beter te functioneren in het dagelijks leven en die verergering van klachten beperkt.

Versterking artsfunctie met specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijke gehandicapt per 2020

Het Zorginstituut heeft aangegeven dat de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapt zich van hetzelfde professionele arsenaal bedienen als de huisartsen. Zij bieden in termen van het Besluit zorgverzekering (Bzv) dus «zorg zoals huisartsen plegen te bieden». Tegelijkertijd hebben de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapt specifieke deskundigheid binnen de

³ Voor de uitvoering van het NAH-behandelprogramma is in 2020 nog wél een CIZ-indicatie nodig.

⁴ Kamerstukken 33 578 en 29 389, nr.36

generalistisch geneeskundige zorg en hebben zij ieder een erkend specialisme op grond van artikel 14 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze specifieke deskundigheid verrijkt het technische, professionele arsenaal van de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten.

De huisarts heeft een grote rol als poortwachter en een langdurige relatie met alle bij hem/haar ingeschreven verzekerden. De huisarts kan daarbij niet alleen verwijzen naar medisch specialisten in bijvoorbeeld het ziekenhuis, maar ook naar de collega's die generalistische geneeskundige zorg bieden aan specifieke patiëntgroepen en waar ook specifieke kennis voor nodig is: de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten.

De specialist ouderengeneeskunde spitst zich toe op kwetsbare patiënten en chronisch zieken, met name ouderen, in relatie tot het zorgsysteem (het geheel van patiënt, naasten en hulpverleners). Bij deze patiëntgroep is sprake van meervoudige problematiek, co-morbiditeit, multimorbiditeit en het samenvallen van multipathologie met specifieke ouderdomsverschijnselen. Op grond van medische diagnostiek en de psychische, sociale en persoonlijkheidskenmerken van de patiënt brengt de specialist ouderengeneeskunde de benodigde zorg voor de patiënt in kaart, maakt een inschatting van de ontwikkeling van de zorgvraag, stelt een plan op voor het behalen van de zorgdoelen en het monitoren van de patiënt, consulteert met de behandelend arts en/of voert regie over het behandelplan.

De arts verstandelijk gehandicapten spitst zich toe op mensen met een verstandelijke beperking en bijkomende adaptieve problematiek. Mensen met een verstandelijke beperking ondervinden vaker en andere gezondheidsproblemen dan mensen zonder verstandelijke beperking. Daarnaast uiten mensen met een verstandelijke beperking hun gezondheidsklachten moeilijker, anders of geheel niet en is er vaak beperkt ziekte-inzicht en ziektebesef. Co-morbiditeit en multimorbiditeit komen vaak voor. Andere verschillen hebben te maken met de zeldzaamheid van syndroom-gerelateerde aandoeningen en symptomen en de risicofactoren die bij mensen met een verstandelijke beperking anders zijn dan in de algemene populatie.

Samenvattend: daar waar de huisarts zich richt op generalistische geneeskundige zorg van wieg tot graf, richten de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijke gehandicapten zich op generalistische geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen. Hiervoor beschikken zij over specifieke deskundigheid, waardoor zij specialistisch zijn met betrekking tot de zorgvragen van en aan bepaalde patiëntgroepen. Daarmee zijn de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten aanvullend op de zorg die de huisarts biedt.

Zoals aangegeven in de pakketbrief 2020 is het daarom niet logisch de inzet van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten van het verplicht eigen risico uit te zonderen. Bij vergelijkbare zorgvormen als het eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg (beide met verblijf) en de zintuiglijke gehandicaptenzorg geldt tenslotte ook het eigen risico.

Omvang verzekerde pakket per 2021

Ik wil alvast ingaan op de voorwaarden met betrekking tot de omvang van het verzekerde pakket per 2021 als ook de rest van de zorg uit de subsidieregeling in de Zvw wordt ondergebracht. Het gaat bij de subsidieregeling voor het overgrote deel om zorgvormen waarvoor in het basispakket geen enkele beperking in omvang van de zorg geldt. Dit is echter niet het geval bij de paramedische zorg waarbij het pakket beperkingen kent voor paramedische zorg voor fysiotherapie en oefentherapie (met name de beperkingen via de zogenaamde chronische lijst),

ergotherapie en diëtetiek. Onder de huidige subsidieregeling wordt deze zorg vrijwel niet individueel geboden. Daar waar paramedische zorg onderdeel is van een groepsbehandeling, zal de Zvw geen pakketbeperkingen kennen, zoals wel het geval is en zal zijn bij individuele prestaties voor bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie en diëtetiek. Voor de overige zorgvormen onder de noemer geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen gaat ook het eigen risico gelden, zodra deze zorg per 2021 vanuit de subsidieregeling wordt overgeheveld.

Waar het gaat om de aanspraak op ziekenvervoer in verband met het ontvangen van de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen is het mijn voornemen om de aanspraak op het ziekenvervoer (ex art. 2.14 van het Besluit zorgverzekering) per 2021 zo uit te breiden dat aanspraak bestaat op vervoer van en naar de locatie waar de dagbehandeling plaatsvindt.

4. Bekostiging, macrobudgetaire beheersing en risicoverevening

De NZa heeft november 2017 het advies «*Aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn: de bekostiging van extramurale behandeling in de Zorgverzekeringswet*»⁵ uitgebracht. Haar advies is om in eerste instantie aan te sluiten bij de huidige subsidiëprestaties en daarbij het aantal prestatiebeschrijvingen te verkleinen van negentien prestaties naar tien prestaties met maximumtarieven. Sinds het najaar van 2018 werkt de NZa samen met partijen om de prestaties vorm te geven.

Versterking artsenfunctie in de eerste lijn met specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten per 2020

Met het oog op de gefaseerde overheveling zal ik de NZa na het verstrijken van de voorhangtermijn een aanwijzing geven om per 1 januari 2020 prestaties en maximumtarieven vast te stellen voor de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten en voor reiskosten en een vrij tarief voor onderlinge dienstverlening. Om voorlopers te faciliteren, te leren van de ervaringen en ruimte te bieden aan samenwerkende zorgprofessionals zal ik de NZa de opdracht geven om per 1 januari 2020 een experimentbekostiging mogelijk te maken voor koplopers in de zorg door specialisten ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten. Op grond van dit experiment krijgen een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar de mogelijkheid om op basis van een overeenkomst af te wijken van de reguliere prestaties en tarieven. De tariefsoort voor de experimentprestatie is vrij. Naast dit experiment zal ik, om ruimte te bieden voor vernieuwing in het komen tot één bekostiging voor het eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg, de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten de NZa de opdracht geven per 1 januari 2020 een experimentprestatie mogelijk te maken. Het gaat hier om het experiment *proeftuinen samenhangende zorg in de eerste lijn per 2020*. Op grond daarvan krijgen een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar de mogelijkheid om op basis van een overeenkomst af te wijken van de reguliere prestaties en tarieven voor eerstelijns verblijf, geriatrische revalidatiezorg en de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten. De tariefsoort is ook hier vrij. Per 2021 wil ik deze experimenteermogelijkheid uitbreiden tot *alle* dan overgeheveld geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen. De NZa voorziet in beide gevallen in een regelluwe uitvoering van de experimenten door ambtshalve per experiment één landelijke experimentprestatiebeschikking vast te stellen, die in rekening mag worden gebracht

⁵ Kamerstuk 33 578, nr. 50

onder de voorwaarde dat er sprake is van een overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Het experiment eindigt, wanneer de nieuwe integrale bekostiging voor de volledige geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen in werking treedt of wanneer de NZa uitvoering van een experiment niet meer verantwoord acht, en conform artikel 58 van de Wet marktordening gezondheidszorg eindigt elk experiment in principe vijf jaar na aanvang.

De uitgaven aan zorgactiviteiten voor de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten komen ten laste van het gezamenlijke kader voor geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf (van ruim € 1 miljard). Met de overheveling van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten per 2020 is € 15 miljoen gemoeid.

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen per 2021

Voor de overheveling van het overige deel van de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen naar de Zorgverzekeringswet per 2021 zal ik de NZa als aangekondigd een aparte aanwijzing geven. Voor de hierna te noemen zorg gelden maximumtarieven. Met uitzondering van de paramedici; hier blijft een vrij tarief gelden. Het overleg met partijen heeft op een aantal onderdelen tot nieuwe inzichten geleid ten aanzien van de prestaties die per 2021 nodig zijn:

Geen extra prestatie voor individuele paramedische zorg

De NZa adviseerde om in de Zvw een aparte prestatie mogelijk te maken voor (individuele) zorgverlening zoals paramedische disciplines plegen te bieden, maar acht dit nu niet meer noodzakelijk. Op dit moment is er in de Tijdelijke subsidieregeling een aparte prestatie (S330) opgenomen voor geneeskundige zorg van specifiek paramedische aard. Het Zorginstituut heeft aangegeven dat algemeen paramedische zorg en specifiek paramedische zorg niet goed van elkaar te onderscheiden zijn. Het onderzoek van Significant bevestigt het beeld dat dit onderscheid niet is te maken. Het gaat bij beide om zorg zoals paramedische disciplines plegen te bieden. Het gebruik van de (individuele) subsidieprestatie voor paramedische zorg is bovendien beperkt. In 2017 maakten 440 patiënten gebruik van deze subsidieprestatie. Een extra prestatie in de Zvw voor (individuele) paramedische zorg, naast de bestaande prestaties voor paramedische zorg in de Zvw, is dan ook niet noodzakelijk. Er kan gebruik worden gemaakt van de bestaande prestaties binnen de eerstelijns paramedische zorg. In deze regelgeving zullen benodigde aanpassingen worden doorgevoerd, zodat randvoorwaarden als een regiebehandelaar en het behandelplan geborgd blijven, en de geleverde zorg gemonitord kan worden.

Reductie aantal prestaties dagbehandeling lichamelijke gehandicapten van drie tot één

Op dit moment zijn er in de Tijdelijke subsidieregeling drie aparte prestaties opgenomen voor dagbehandeling lichamenlijk gehandicapten (S837, S838 en S839). Het enige verschil tussen deze prestaties is de groepsgrootte. Het eerdergenoemde onderzoek van Significant geeft aan dat dit onderscheid in de praktijk een knelpunt vormt en dat dit onderscheid verouderd is. De NZa heeft bij de voorbereidingen rekening gehouden met deze onderzoeksinformatie, en is na overleg met partijen gekomen tot een voorstel voor één prestatie.

Geen Zvw-prestatie voor ernstig meervoudig verstandelijke gehandicapte volwassenen

Een aparte prestatie voor zorg in een groep volwassen verstandelijke gehandicapten met ernstige meervoudige beperkingen acht ik niet noodzakelijk omdat het hier naar zijn aard om Wlz-cliënten gaat. Op dit moment is er in de Tijdelijke subsidieregeling een aparte prestatie opgenomen voor dagbehandeling voor ernstig meervoudig verstandelijk gehandicapte volwassenen (S819). Het onderzoek van Significant vraagt specifieke aandacht voor deze prestatie. Na analyse van de prestatiebeschrijving⁶ zijn vraagtekens te plaatsen bij onderbrenging van deze prestatie in de Zvw. In 2017 maakten 50 cliënten gebruik van deze prestatie. In de Wlz-bekostiging van modulaire zorg is er bovendien een identieke prestatie (H819) voor cliënten met een Wlz-indicatie. Ik ga in overleg met de Wlz-uitvoerders om de zorg aan deze groep volwassen verstandelijke gehandicapten met ernstige meervoudige beperkingen onder de Wlz te kunnen continueren.

Prestaties voor zorg aan volwassenen met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking

Het Zorginstituut heeft onlangs op basis van het zorgprogramma voor deze specifieke doelgroep geconcludeerd dat het hier gaat om een gespecialiseerde vorm van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg vanwege de combinatie van een of meerdere psychiatrische stoornissen en verstandelijke beperking. NZa onderzoekt op welke wijze deze zorg kan worden bekostigd. Op dit moment lijkt de GGZ-bekostiging een logische plaats.

Ik laat het aan de NZa om de prestatiestructuur voor 2021 zo snel mogelijk samen met partijen af te ronden.

Experiment geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen per 2021

Zoals hierboven al aangegeven zal voor de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten vanaf 2020 een experiment-bekostiging mogelijk worden gemaakt. Per 1 januari 2021 wil ik ook voor geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen in den brede een experimentbekostiging. Koplopers kunnen zo worden ondersteund in de doorontwikkeling van een multidisciplinaire, integrale vorm van bekostiging die het interdisciplinaire karakter van deze zorg ondersteunt en recht doet aan de specifieke expertise die veelal nodig is voor deze groep patiënten. Hiervoor wordt het hierboven aangegeven experiment voor koplopers specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten uitgebreid, zodat de experimenteerruimte gaat gelden voor GZSP in den brede.

Macrokostenbeheersing

De uitgaven aan zorgactiviteiten voor de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen komen ten laste van het gezamenlijke kader voor geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf (van ruim € 1 miljard). Met de overheveling van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten per 2020 is € 15 miljoen gemoeid. Per 2021 volgt ongeveer € 61 miljoen. De ontwikkelingen zullen worden gemonitord door de NZa. Ik ben voornemens om voor dit kader een

⁶ De doelgroep van deze prestatie betreft volwassenen vanaf 18 jaar, met ernstig meervoudige beperkingen waarbij sprake is sprake van een combinatie van twee of meer ernstige beperkingen van verstandelijke, motorische, lichamelijke of zintuiglijke aard.

generiek mbi als ultimum remedium in te zetten. Indien ondanks de gemaakte afspraken toch overschrijdingen optreden van het beschikbaar te stellen budgettaire kader geriatrie revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf, heb ik daardoor de mogelijkheid deze overschrijding door middel van het inzetten van het macrobeheersinstrument (mbi) te redresseren. Daarbij bied ik de NZa de bevoegdheid om inning achterwege te laten bij die aanbieders die een zeer klein marktaandeel hebben en bij wie het opleggen van de mbi-heffing hogere incassokosten met zich mee zou brengen dan het terug te vorderen bedrag. Een bijdrage aan beheersing van de kosten is dat de inzet van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten pas mogelijk is *nadat* een huisarts heeft beoordeeld dat de aanvullende expertise van een van deze beroepsgroepen nodig is. Ik verzoek de zorgverzekeraars om dit in hun polisvoorwaarden op te nemen.

Risicoverevening

De kosten voor zowel de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen kunnen worden meegenomen in de risicoverevening, waardoor zorgverzekeraars vanaf het moment van overheveling risicodragend zijn voor deze zorg. Het gaat om een beperkt bedrag en er is informatie beschikbaar op verzekerdenniveau op basis van de prestatiebeschrijvingen en declaraties onder de huidige subsidieregeling. Alle prestaties in de subsidieregeling worden sinds 2015 op cliëntniveau gedeclareerd. Onlangs is een onderzoek uitgevoerd om de consequenties voor de risicoverevening in beeld te brengen. Hieruit blijkt dat de effecten bij overheveling minimaal zijn.

5. Proces en planning

Versterking artsfunctie eerste lijn met specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten per 2020

Na het besluit om de overheveling te faseren is met partijen een stappenplan 2020 afgesproken voor de overheveling van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten. Door zoveel mogelijk aan te sluiten bij bestaande infrastructuur en declaratieprocessen verwachten partijen dat aanpassing van de systemen per 2020 haalbaar is. Partijen streven er naar om de administratieve last zoveel mogelijk te beperken. Aanpassing van het Bzv voor de versterking van de artsfunctie met de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten per 2020 wordt voorzien in de pakket-AMVB die in juni 2019 zijn beslag zal krijgen. De NZa zal uiterlijk 1 juli haar beleidsregels voor 2020 publiceren. Vanaf juli 2019 zal het zorginkoopproces starten en zullen zorgaanbieders en patiënten worden geïnformeerd over de veranderingen per 2020.

Stappenplan 2021

Partijen hebben afgesproken om samen op volle kracht te blijven werken aan het oplossen en verhelderen van resterende onduidelijkheden, zodat vervolgens vanaf oktober 2019 de praktische voorbereiding van de overheveling van de rest van de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen per 2021 in gang gezet kan worden. Ook hiervoor is met elkaar een stappenplan overeengekomen. In de komende periode wordt ook bezien in welke mate een overgangsregime nodig is om een soepele overgang per 1 januari 2021 mogelijk te maken, met name voor de patiënten die dan geneeskundige zorg vanuit de subsidieregeling ontvangen.

Samenhangende zorg in de eerste lijn: doorontwikkeling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen, eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg

In mijn brief van 16 januari 2018⁷ heb ik aangegeven deze overheveling naar de eerste lijn te bezien in samenhang met het eerstelijnsverblijf en de (ambulante) geriatrische revalidatiezorg.

In de afgelopen jaren zijn de geriatrische revalidatiezorg en het eerstelijnsverblijf vanuit de AWBZ/Wlz ondergebracht in de Zorgverzekeringswet. Dat betrof zorg voor kwetsbare mensen, doorgaans onder regie van de specialist ouderengeneeskunde, bij wie in de praktijk verblijf vaak aangewezen is dan wel ingezet wordt. Met de voorliggende overheveling worden ook ambulante zorgactiviteiten voor kwetsbare patiëntgroepen onder de Zorgverzekeringswet gebracht.

Het samenbrengen van de zorg uit de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling in de Zorgverzekeringswet brengt de beroepsgroepen, zorgaanbieders en de zorgverzekeraars in stelling om deze zorg een duidelijke positie te geven in de eerste lijn en mede vorm te gaan geven aan de doorontwikkeling van (integrale) zorg voor kwetsbare mensen thuis. Het doel is het bieden van proactieve, samenhangende en geneeskundige zorg voor kwetsbare mensen thuis waar dat kan, al dan niet met tijdelijk verblijf als dat nodig is. Zodat zij de zorg en ondersteuning krijgen die zo goed mogelijk aansluit op hun behoefte. Dit betekent voor de doorontwikkeling van drie zorgvormen (eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg en de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen) dat de regiebehandelaar, op basis van ontwikkelde zorgpaden en/of kwaliteitskaders, moet kunnen bepalen welke zorg op welke plek nodig is. Hiervoor zijn vooral de beroepsgroepen aan zet. Ik heb een eerste aanzet hiertoe gegeven met de opdracht om de zorginhoud van geriatrische revalidatiezorg te inventariseren⁸. Ter stimulering van een snelle ontwikkeling van relevante zorgpaden en/of kwaliteitskaders stel ik middelen beschikbaar via ZonMw. Ik heb ZonMw inmiddels opdracht gegeven om samen met partijen te komen tot een gedragen meerjarig programma kwaliteitstandaarden. Doorontwikkeling op (samenhang tussen) zorginhoud vraagt ook om een vergelijkbare bekostiging van zowel (de artsenfunctie van) geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen als eerstelijns verblijf en geriatrische revalidatiezorg. De praktijk is nu anders, bekostiging varieert van een uurtarief voor de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten, een dagtarief voor eerstelijnsverblijf tot dbc's voor geriatrische revalidatiezorg.

Ten slotte

Ik vertrouw er op dat partijen constructief blijven samenwerken in de voorbereidingen voor de overheveling en de doorontwikkeling van samenhangende zorg in de eerste lijn. Ik zal de samenwerking actief blijven faciliteren en u in het voorjaar van 2020 informeren over de voortgang

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins

⁷ Kamerstuk 33 578, nr. 50

⁸ Link naar rapport Q-consult: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/02/05/inventarisatie-zorginhoud-grz>