

Vergaderjaar 2017–2018

33 578

Eerstelijnszorg

Nr. 50

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 januari 2018

Uitgangspunt van het kabinetsbeleid is goede zorg voor iedereen op de juiste plek op het juiste moment. Bij voorkeur thuis of in de eigen omgeving. Als dat tijdelijk niet mogelijk is, dan kan dat in het eerstelijnsverblijf (ELV) of de geriatrische revalidatiezorg (GRZ). Het kabinetsbeleid richt zich op versterking van de zorg en ondersteuning aan kwetsbare mensen met een complexe zorgvraag in de thuissituatie.

In dat licht informeer ik u met deze brief over de stand van zaken van het structureel onderbrengen van aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de mogelijke bekostiging hiervan in de eerste lijn (bijgevoegd¹).

De specifieke doelgroepen zijn ouderen met multiproblematiek, mensen met progressieve, degeneratieve aandoeningen (zoals Parkinson, Huntington en MS), mensen met niet aangeboren hersenletsel en mensen met een verstandelijke beperking. De aanvullende geneeskundige zorg betreft het verbeteren van functionele autonomie, voorkomen van verergering van de beperkingen en het leren omgaan met de (voortschrijdende) beperkingen. Dit draagt eraan bij dat mensen langer zelfstandig kunnen blijven en kan de huisarts ontlasten en onnodige ziekenhuisopnames beperken.

Achtergrond

De Wet langdurige zorg (Wlz) kent een verzekerd pakket aan zorg, waaronder specifieke behandeling, voor verzekerden bij wie sprake is van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Voor verzekerden *zonder* die behoefte aan Wlz-zorg is deze specifieke behandeling beschikbaar via de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling (hierna: de subsidieregeling). Het betreft

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

behandeling aan mensen met een somatische- of psychogeriatrische aandoening, een lichamelijke beperking of (meerderjarigen) met een verstandelijke handicap. Voorbeelden van deze zorg zijn de zorg door de specialist oudergeneeskunde of behandelaanbod voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Deze zorg komt voort uit de AWBZ, maar maakt geen onderdeel uit van de Wlz. Bij de vormgeving van de Wlz is het voornemen uitgesproken om deze zorg voor specifieke doelgroepen onder te brengen in de Zvw.

Het Zorginstituut heeft in november 2016 een pakketadvies over deze zorg uitgebracht: «*Extramurale behandeling ontleed: De zorg door specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw.*»² Dit pakketadvies stelt dat het grootste deel van deze zorg aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de Zvw betreft. Deze zorg past onder de Zvw 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.

Naar aanleiding van dit advies heeft mijn ambtsvoorganger de NZa gevraagd te adviseren over de wijze van onderbrenging van deze aanvullende geneeskundige zorg in de Zvw. Op 11 december heeft de NZa het advies «*Aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn: de bekostiging van extramurale behandeling in de Zvw*» gepubliceerd op haar website. Dit advies treft u als bijlage bij deze brief aan.

NZa advies samengevat

De aanvullende geneeskundige zorg wordt doorgaans geleverd vanuit een multidisciplinair team (specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten, gedragsdeskundige, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, diëtist en/of vaktherapeut). De NZa adviseert daarom om toe te werken naar een multidisciplinaire, integrale vorm van bekostiging van deze zorg in de Zvw. De NZa stelt dat een dergelijke bekostiging het multidisciplinaire karakter van deze zorg ondersteunt en recht doet aan de specifieke expertise die veelal nodig is voor deze patiënten. In tegenstelling tot monodisciplinaire bekostiging declareert binnen een multidisciplinaire bekostiging niet elke zorgverlener voor zich, maar valt de zorg als geheel onder één enkele prestatie.

Omdat het realiseren van multidisciplinaire bekostiging voor deze zorg op korte termijn niet haalbaar en uitvoerbaar is, adviseert de NZa voor het onderbrengen van deze zorg in eerste instantie aan te sluiten bij de huidige (deels monodisciplinaire) subsidieprestaties. De NZa adviseert daarbij het aantal bekostigingsprestaties terug te brengen van negentien in de subsidieregeling naar tien.

De NZa geeft aan dat er voorafgaand aan de uitwerking in prestaties en tarieven nog een aantal besluiten moet worden genomen door de Minister, zoals:

- Het al dan niet van toepassing zijn van het eigen risico op aanvullende geneeskundige zorg of delen hiervan;
- Het al dan niet aansluiten bij de bestaande beperkingen en voorwaarden in de Zvw (bijvoorbeeld voor paramedische zorg);
- Het besluit over de toedeling naar macrobudgettaire kaders in de Zvw. Gegeven de huidige wet- en regelgeving valt deze zorg uiteen in verschillende budgettaire kaders binnen de Zvw.

² Kamerstukken 33 578 en 29 389, nr. 36

De NZa geeft aan dat het advies voor bekostiging per 1 januari 2019 haalbaar is indien deze politieke besluiten in het eerste kwartaal van 2018 worden genomen.

Reactie op NZa advies

Ik ben de NZa erkentelijk voor haar advies. Ik wil de tijd nemen om het advies van de NZa te bestuderen en voor het nemen van genoemde politieke besluiten. Ik zie het structureel onderbrengen van de aanvullende geneeskundige zorg in de Zvw bovendien niet als een op zichzelf staand traject. Ik wil deze uitbreiding van de eerste lijn in samenhang bezien met het eerstelijnsverblijf (ELV) en de (ambulante) geriatrische revalidatiezorg (GRZ). Daarbij is het uitgangspunt dat wettelijke aanspraken en bekostiging moeten bijdragen aan het leveren van goede zorg voor iedereen op het juiste moment op de juiste plek door de juiste zorgverlener. Ik hecht er aan dat het voor zorgprofessionals en patiënten duidelijk is bij wie zij op welk moment met welke zorgvraag terecht kunnen en dat deze zorg goed kan worden ingekocht.

Daarnaast vraagt het positioneren van deze zorg in de eerste lijn ook veel van alle betrokken professionals. Uit eerdere overhevelingen van voormalige AWBZ-zorg naar de Zvw is geleerd dat voor dergelijke verschuivingen voldoende voorbereidingstijd nodig is bij alle betrokken partijen. Wettelijke aanspraken veranderen, de wijzen van bekostiging veranderen, de verhouding tussen professionals kan veranderen en het beroep op onderlinge samenwerking wordt steeds groter. Vaak moeten er nieuwe zorgstandaarden en richtlijnen komen (beschrijvingen van «wat is goede zorg?») en moeten er voldoende zorgverleners worden opgeleid. Zorgverzekeraars moeten polissen aanpassen, zorg gaan inkopen die zij eerder niet inkochten en met andere professionals afspraken gaan maken dan zij gewend waren.

Tijdspad

Gelet op de hierboven beschreven politieke besluiten, de samenhang met ELV en (ambulante) GRZ en de voorbereidingstijd die nodig is voor een zorgvuldige implementatie, streef ik ernaar deze zorg per 1 januari 2020 structureel in de Zvw onder te brengen. Dit betekent dat deze geneeskundige zorg in ieder geval tot 1 januari 2020 nog bekostigd wordt via de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling. Het subsidieplafond voor deze zorg bedraagt in 2019 € 65 miljoen euro. Deze middelen zijn structureel beschikbaar.

Ik informeer u voor de zomer over het vervolg van dit traject.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins