

Gevolgen overheveling farmaceutische- en hulpmiddelenzorg

Een quickscan naar de gevolgen voor de uitvoeringspraktijk bij overheveling van de farmaceutische- en hulpmiddelenzorg naar de Zvw



Gevolgen overheveling farmaceutische- en hulpmiddelenzorg

Een quickscan naar de gevolgen voor de uitvoeringspraktijk bij overheveling van de farmaceutische- en hulpmiddelenzorg naar de Zvw

Bilthoven, 5 juli 2022

Auteurs

Marieke Hollander

Kayleigh Hoogenboom

Sira Consulting B.V. is inhoudelijk verantwoordelijk voor deze rapportage. De in deze rapportage opgenomen teksten en onderzoeksresultaten mogen uitsluitend worden gebruikt als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldiging en/of openbaarmaking in welke vorm ook, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Sira Consulting B.V.. Sira Consulting B.V. aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
1.1	Achtergrond	4
1.2	Doelstelling en onderzoeksvragen	4
1.3	Onderzoeksmethode	5
1.4	Leeswijzer	6
2	Farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg in de Wlz-instelling: nu en straks	7
2.1	Aard van de voorgenomen overheveling	7
2.2	Huidige situatie	8
2.3	Veranderingen bij overheveling	9
3	Aandachtspunten en kansen	11
3.1	Aandachtspunten	11
3.2	Ondervangen van de aandachtspunten	15
3.3	Kansen	17
3.4	Cliëntgroepen	18
4	Nadere beschouwing aandachtspunten en kansen	21
4.1	Aandachtspunt of kans?	21
4.2	Aandachtspunten in de huidige praktijk van Wlz-zorg zonder behandeling	22
5	Samenvatting	25
5.1	Inleiding	25
5.2	Resultaten	25
5.3	Slotbeschouwing	29
 Bijlagen		
I	Onderzoeksverantwoording	32

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Wlz-zorg met of zonder behandeling

Cliënten in de Wet langdurige zorg (Wlz) maken, behalve van specifieke Wlz-behandeling, ook gebruik van aanvullende behandelvormen. In deze laatste categorie vallen onder meer de farmaceutische zorg en hulpmiddelen. Deze aanvullende behandelvormen worden voor ongeveer de helft van de totale groep Wlz-cliënten uit de Wlz bekostigd, voor de andere helft uit de zorgverzekeringswet (Zvw)¹. Van de cliënten die in een Wlz-instelling verblijven, krijgt ongeveer driekwart (73% in 2020)², zorg met behandeling.

De volgende groepen ontvangen de farmaceutische- en hulpmiddelenzorg uit de Zvw:

- Cliënten die verblijven in een Wlz-instelling *zonder behandeling* (de behandeling wordt volgens overeenkomst met het zorgkantoor niet vanuit de Wlz verzilverd).
- Cliënten die gebruik maken van Volledig Pakket Thuis (VPT), een Modulair Pakket Thuis (MPT) en/of een persoonsgebonden budget (pgb).

Cliënten die verblijven in een Wlz-instelling *met behandeling* krijgen de farmaceutische- en hulpmiddelenzorg vanuit de Wlz vergoed.

Probleemanalyse

Dat cliënten met dezelfde indicatie dezelfde zorg vanuit verschillende wetten bekostigd krijgen, leidt tot ongelijkheid, bijvoorbeeld als het gaat om eigen bijdragen en belasting van het eigen risico. Het Zorginstituut heeft daarom in 2017 geadviseerd om alle behandeling aan Wlz-cliënten onder te brengen in de Wlz. In 2019 heeft de minister van VWS echter aangegeven dit advies niet over te nemen, omdat een aantal risico's werden voorzien van het overhevelen van behandeling naar de Wlz. Het gaat daarbij om het risico op verslechtering van de toegankelijkheid van de artsfunctie in de Wlz, mogelijke inperking van de keuzevrijheid voor cliënten, en onduidelijkheid over de doelmatigheid van de behandel functie binnen de Wlz.

Om de beschreven ongelijkheid toch gelijk te trekken, is in het coalitieakkoord 2021-2025 opgenomen dat behandeling en geneesmiddelen van de Wlz naar de Zvw worden overgeheveld.

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Doelstelling

De directie Geneesmiddelen en Medische Technologie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft behoefte aan inzicht in wat de overheveling van farmaceutische- en hulpmiddelenzorg aan Wlz-cliënten naar de Zvw betekent voor de uitvoeringspraktijk. Het ministerie heeft daarom aan Sira Consulting gevraagd een quickscan uit te voeren, die zicht geeft op de aandachtspunten van deze overheveling voor cliënten en zorgverleners.

¹ Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten. Zorginstituut Nederland, september 2017.

² Statline: Monitor langdurig zorg: Personen met gebruik Wlz-zorg in natura; leveringsvorm. Gewijzigd op 22 oktober 2021.

Het doel van het onderzoek is inzicht te geven in aandachtspunten en kansen voor de uitvoeringspraktijk van de levering van farmaceutische- en hulpmiddelenzorg aan cliënten in een Wlz-instelling, bij overheveling van deze zorg naar de Zvw. Dit inzicht is van belang voor een zorgvuldige overheveling. De focus ligt hierbij logischerwijs op veranderingen en aandachtspunten voor de cliëntgroep die momenteel met behandeling in een Wlz-instelling verblijft. Voor de groep die momenteel zonder behandeling verblijft, verandert er in principe niets.

Onderzoeksvragen

Relevante onderzoeksvragen bij deze doelstelling zijn:

1. Wat verandert er door de overheveling van farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg van de Wlz naar de Zvw, voor cliënten en zorgverleners?
2. Op welke wijze(n) is de organisatie en levering van deze zorg aan cliënten die inclusief behandeling verblijven in een Wlz-instelling nu geregeld en hoe wordt dit naar verwachting na overheveling naar de Zvw geregeld?
3. Is te verwachten dat binnen instellingen van meer of andere apotheken/ hulpmiddelenleveranciers gebruik zal worden gemaakt dan nu het geval is?
4. Welke aandachtspunten en kansen levert dit op voor de integraliteit, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg?
Bijvoorbeeld wat betreft:
 - Kwaliteit en veiligheid van de zorg
 - Afstemming tussen apotheker en dagelijkse verpleging/verzorging
 - Afstemming tussen hulpmiddelenleverancier/ergotherapeut en de dagelijkse verpleging/verzorging
 - Toegankelijkheid en keuzevrijheid van de cliënt
 - Beschikbaarheid van passende zorg
5. Verschillen deze aandachtspunten per doelgroep: ouderen, cliënten met een lichamelijke beperking, cliënten met een verstandelijke beperking, cliënten in de ggz?

1.3 Onderzoeksmethode

Om de gevolgen van de overheveling van de farmaceutische- en hulpmiddelenzorg voor de uitvoeringspraktijk in kaart te brengen, is een kwalitatieve onderzoeksaanpak gehanteerd. De kern van het onderzoek bestond uit interviews met stakeholders en instellingen. Kenmerkend voor kwalitatief onderzoek is dat het niet relevant is welk percentage van de respondenten een bepaalde ervaring, mening of verwachting heeft uitgesproken. Er is immers geen sprake van een aselechte en representatieve steekproef, zodat een percentage geen afspiegeling zou vormen van de werkelijkheid. Voor de duiding van de resultaten is het wel relevant of een uitspraak is gedaan door een enkele, meerdere of (vrijwel) alle respondenten. Dit laatste is daarom wel op veel plaatsen in dit rapport vermeld.

Daarnaast had het onderzoek het karakter van een quickscan, wat inhoudt dat er binnen korte tijd met relatief beperkte inspanningen zoveel mogelijk informatie boven tafel is gehaald. Het onderzoek geeft daarmee een indruk van de belangrijkste gevolgen, aandachtspunten en kansen, die volgens de gesproken partijen met de overheveling gepaard gaan. Of en in welke mate deze verwachtingen ook daadwerkelijk bewaarheid worden na de overheveling, kan niet op basis van dit onderzoek worden gezegd.

In de bijlage is de onderzoeksverantwoording weergegeven.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft antwoord op de eerste drie onderzoeksvragen en beschrijft op welke wijze de farmaceutische- en hulpmiddelenzorg aan cliënten in een Wlz-instelling in de huidige praktijk is georganiseerd, en wat er hierin naar verwachting verandert door de overheveling. Hoofdstuk 3 beantwoordt onderzoeksvragen 4 en 5 en gaat nader in op de aandachtspunten en kansen, die deze veranderingen naar verwachting met zich meebrengen. Dit hoofdstuk bespreekt ook hoe deze aandachtspunten mogelijk onder-
vangen kunnen worden. In hoofdstuk 4 geven we een beschouwing van de balans tus-
sen de aandachtspunten en de kansen, en bezien we hoe realistisch de
aandachtspunten zijn gezien de huidige praktijk van Wlz-zorg zonder behandeling.
Hoofdstuk 5 bevat een samenvatting van de resultaten van de quickscan. In de bijlage
is tot slot de aanpak van het onderzoek weergegeven.

2 Farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg in de Wlz-instelling: nu en straks

De wijze waarop de farmaceutische- en hulpmiddelenzorg momenteel georganiseerd is voor cliënten die verblijven in een Wlz-instelling met behandeling, zal na overheveling naar de Zvw op verschillende vlakken gaan veranderen. Voor de instelling heeft de verandering betrekking op hoe deze vormen van zorg georganiseerd en ingekocht worden. Voor cliënten en zorgverleners heeft het betrekking op hoe zij zorg ontvangen en verlenen. Dit hoofdstuk beschrijft deze veranderingen ten opzichte van de huidige situatie waarin de cliënten zorg met behandeling ontvangen. Als eerst wordt een korte toelichting gegeven op de beoogde overheveling van hulpmiddelen en farmaceutische zorg.

2.1 Aard van de voorgenomen overheveling

Onderstaand tekstkader licht toe welke hulpmiddelen onder de overheveling vallen en wat de overheveling betekent voor de aanspraak op farmaceutische zorg.

Tekstkader 1. Aard van de voorgenomen overheveling van hulpmiddelen en farmaceutische zorg

Hulpmiddelen

Er is een onderscheid te maken tussen vier soorten hulpmiddelen:

1. Hulpmiddelen die verband houden met de door instelling gegeven zorg, veelal persoonlijke gebruik- en verbruikshulpmiddelen (o.a. verzorgingshulpmiddelen)
2. Hulpmiddelen die geen verband houden met de door de instelling gegeven zorg (bijvoorbeeld visuele en auditieve hulpmiddelen, pruiken, ADL-honden, prothesen)
3. Roerende voorzieningen: hulpmiddelen voor algemeen gebruik (o.a. tillift)
4. Mobiliteitshulpmiddelen: hulpmiddelen voor persoonlijk gebruik (o.a. rolstoel)

De voorgenomen overheveling heeft alleen betrekking op de eerste categorie. De tweede categorie is en blijft Zvw-zorg, en de derde en vierde categorie zijn en blijven (voor bewoners van instellingen) Wlz-zorg. Omdat de overheveling alleen betrekking heeft op de hulpmiddelen die verband houden met de door instelling gegeven zorg, heeft dit onderzoek logischerwijs alleen betrekking op die hulpmiddelen. De aanspraak op deze hulpmiddelen is op basis van de Zvw iets beperkter dan in de Wlz, vanwege de criteria om in aanmerking te komen voor een hulpmiddel. Deze criteria zijn in de Zvw afgeleid van het verblijf thuis en niet van verblijf in een Wlz-zorginstelling³.

Binnen deze categorie hulpmiddelen is nog een nadere onderverdeling te maken:

- 1a. Persoonsgerichte hulpmiddelen: verzorgingsmiddelen zoals incontinentiemateriaal, medicijnen, verbandmiddelen, antidecubitus materiaal en bijvoorbeeld spuiten en naalden. Daarnaast ook hulpmiddelen die niet door de instelling maar door het zorgkantoor worden verstrekt zoals ook orthesen en schoenvoorzieningen.
- 1b. Collectieve hulpmiddelen die niet persoonsgebonden zijn maar vaak wel langere tijd door slechts één persoon worden gebruikt. Bijvoorbeeld infuuspompen, vernevelapparaat of medicinale zuurstof.

³ Zorginstituut Nederland. Handreiking hulpmiddelen Wlz, 4 december 2020.

Farmaceutische zorg

De aanspraak op farmaceutische zorg is ruimer op grond van de Wlz dan op grond van de Zvw. Volgens de Wlz krijgt de cliënt alle benodigde medicijnen van de instelling, zolang deze maar zijn voorgeschreven met een medisch doel. Hieronder vallen dus ook medicijnen die losstaan van de ziekte of beperking waarvoor iemand is opgenomen, en medicijnen die niet in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) geregistreerd zijn en dus niet onder de basisverzekering (Zvw) vallen⁴.

Bovenstaande betekent ten eerste dat er bij overheveling naar de Zvw aan de cliënt minder geneesmiddelen worden vergoed, en ten tweede dat er voor de geneesmiddelen een eigen risico geldt. Daarnaast bieden farmaceutische zorgverleners nog aanvullende diensten aan Wlz-zorginstellingen, die geen onderdeel zijn van de Zvw. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om consultatie ten aanzien van de medicamenteuze behandeling van individuele patiënten, het dagelijks op maat en met spoed afleveren van medicatie en audits.

2.2 Huidige situatie

Cliënten met en zonder behandeling

Van de cliënten die in een Wlz-instelling verblijven, krijgt ongeveer driekwart (73% in 2020) zorg met behandeling uit de Wlz⁵. Een kwart ontvangt zorg zonder behandeling uit de Wlz. De meeste Wlz-instellingen bieden zowel zorg met als zonder behandeling. Op basis van de gevoerde interviews ontstaat het beeld dat cliënten met een minder zware zorgvraag de hulpmiddelen en farmaceutische zorg wat vaker uit de Zvw bekostigd krijgen, en cliënten met zwaardere zorgbehoeften wat vaker uit de Wlz. Een aantal brancheorganisaties geeft echter aan dat de zorgzwaarte (complexiteit van de zorgvraag) in de praktijk nagenoeg gelijk is binnen deze twee varianten. De toenemende zorgzwaarte en het beperkt aantal beschikbare plekken met verblijf zou ervoor zorgen dat cliënten met een Wlz-indicatie naar de eerst beschikbare plek worden gewezen, in plaats van de best passende plek. Het heeft volgens hen echter wel de voorkeur om cliënten met de meest complexe zorgvragen een verblijf met behandeling aan te bieden. Deze groep is het meest gebaat bij het verkrijgen van integrale zorg. Instellingen beamen dit en geven aan dat de plaatsing van cliënten waar mogelijk ook op die manier plaatsvindt.

Zorg met behandeling

Waar cliënten zorg met behandeling krijgen, worden hulpmiddelen en farmaceutische zorg vanuit de Wlz bekostigd. De instelling werkt voor deze groep cliënten met een beperkt aantal partijen samen – vaak één (instelling) apotheek en één of twee hulpmiddelenleveranciers. De cliënt heeft hier geen keuze in. De instelling heeft regie op de organisatie en levering van zorg, wat het integrale karakter van de zorg bevordert.

De inkoop van hulpmiddelen en farmaceutische zorg kan voor cliënten met behandeling centraal geregeld worden doordat een instelling dit bij één hulpmiddelenleverancier of apotheek belegt. Zowel de apotheek als de hulpmiddelenleverancier stuurt na inkoop één factuur naar de instelling voor alle cliënten die zorg met behandeling krijgen.

⁴<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/aanvullende-zorg-bij-verblijf-met-behandeling-wlz>

⁵ Statline: Monitor langdurig zorg: Personen met gebruik Wlz-zorg in natura; leveringsvorm. Gewijzigd op 22 oktober 2021.

De rol van de instellingsapothek is breder dan alleen de levering van geneesmiddelen aan de instelling. Een instellingsapothek levert de gehele farmaceutische zorg. Hieronder valt onder andere consultatie ten aanzien van de medicamenteuze behandeling van individuele patiënten en het uitvoeren van medicatie-reviews en audits.

Ook de hulpmiddelenleverancier levert niet enkel de hulpmiddelen, maar heeft daarnaast een trainingsrol. Zorgmedewerkers worden bijvoorbeeld begeleid in het gebruiken van een zuurstofpomp, zodat toedieningen aan de cliënt veilig gebeuren.

Zorg zonder behandeling

Voor cliënten die zorg zonder behandeling krijgen, worden hulpmiddelen en farmaceutische zorg, waarop aanspraak bestaat, uit de Zvw bekostigd en vergoed door de zorgverzekeraar. Door de vrijheid van keuze voor een zorgverzekeraar en zorgverlener die met de Zvw gepaard gaat, hebben instellingen met meerdere apothekers en hulpmiddelenleveranciers te maken voor het verkrijgen van de juiste genees- en hulpmiddelen voor deze cliëntgroep. Daarnaast bepaalt het preferentiebeleid van de zorgverzekeraar welke medicatie wordt vergoed, waardoor geneesmiddelen kunnen verschillen per cliënt. Cliënten (of naasten) declareren de gebruikte hulp- of geneesmiddelen bij de zorgverzekeraar. Dit maakt dat de instelling niet in bulk kan inkopen. Voor de apotheek en de hulpmiddelenleverancier betekent dit dat ze vaker losse facturen sturen naar individuele cliënten. Apothekers declareren een deel van de rekeningen rechtstreeks bij de zorgverzekeraar, echter rekeningen van geneesmiddelen die niet vergoed worden of onder bijbetaling vallen (bijvoorbeeld zelfzorgmiddelen), gaan rechtstreeks naar cliënten.

2.3 Veranderingen bij overheveling

Deze paragraaf beschrijft de belangrijkste veranderingen bij overheveling voor de instelling, cliënten en zorgverleners, vergeleken met de situatie waarin de cliënten zorg met behandeling ontvangen. Welke aandachtspunten en kansen deze veranderingen met zich meebrengen voor onder andere de kwaliteit, integraliteit en doelmatigheid van de zorg, wordt in hoofdstuk 3 nader uitgediept.

Gevolgen voor de instelling

Waar regie op de organisatie en inkoop van zorg in de huidige situatie volledig bij de instelling ligt, komt dit na overheveling voor een deel van de zorg bij de cliënten en diens zorgverzekeraars te liggen. De inkoop van hulpmiddelen en medicatie wordt niet meer centraal geregeld door de instelling. In plaats daarvan zullen de zorgverzekeraars de zorg inkopen bij apotheken en leveranciers.

Instellingen kunnen veranderingen ondervinden bij de levering en organisatie van hulpmiddelen- en farmaceutische zorg, doordat cliënten bij verschillende zorgverzekeraars zijn verzekerd en verschillende polissen hebben. Deze zorgverzekeraars kunnen verschillen in de hulpmiddelenleveranciers en apotheken die zij hebben gecontracteerd. Hierdoor kunnen instellingen met meerdere hulpmiddelenleveranciers en apotheken te maken krijgen voor afstemming en samenwerking.

Omdat deze zaken geen onderdeel uitmaken van de aanspraak in de Zvw, vervallen aanvullende diensten zoals de trainingsrol van de hulpmiddelenleverancier en diensten die apotheken leveren aan Wlz-zorginstellingen, zoals advies in het medicatieproces, begeleiding in toedieningen en het op maat en met spoed afleveren van medicatie (zie tekstkader 1).

In de huidige situatie is er voor cliënten die verblijven met behandeling een 'dokterstas' met noodvoorraad (werkvoorraad) van medicatie beschikbaar, waar iedere cliënt ge-

bruik van kan maken. Cliënten krijgen in het geval van financiering uit de Zvw, de door hun gebruikte hulp- en geneesmiddelen echter op naam voorgeschreven, waardoor ze ook per individuele cliënt gedeclareerd moeten worden. Voor de levering van medicatie betekent dit dat de 'dokterstas' met noodvoorraad verdwijnt. Deze kan in de huidige situatie bestaan omdat de werkvoorraad wordt aangevuld door de (enige) leverende apotheek en deze nood-medicatie niet op naam is (en vanuit het instellingsbudget wordt gefinancierd).

Ook de rol van ergotherapeut/fysiotherapeut van de zorginstelling verandert. Deze indiceert specifieke hulpmiddelen voor Wlz-cliënten met verblijf en behandeling, die via het zorgkantoor worden aangevraagd (zoals schoenvoorzieningen) en oefent deze met de cliënt. Deze rol komt te vervallen.

Gevolgen voor de cliënten en zorgverleners

Cliënten krijgen na overheveling meer keuzevrijheid. De cliënt kiest een zorgverzekeraar en polis, en heeft ook vrijheid om te kiezen voor een zorgaanbieder, zoals een apotheek.

Cliënten met een Wlz-indicatie vormen een kwetsbare doelgroep, die meestal afhankelijk is van naasten en zorgverleners voor het verkrijgen van de juiste zorg. In de huidige situatie vormen zorgverleners de schakel tussen de cliënt en de hulpmiddelenleverancier of apotheker. Na overheveling zullen zorgverleners te maken krijgen met verschillende zorgverzekeraars van cliënten en mogelijk met meerdere leveranciers en meerdere apotheken.

Voor zorgverleners betekent dit meer afstemming met verschillende partijen, bijvoorbeeld bij het aanvragen van hulpmiddelen, waarbij zorgverleners per cliënt moeten nagaan bij welke zorgverzekeraar zij zijn aangesloten en met welke leverancier die zorgverzekeraar contracten heeft. Voor verschillende hulpmiddelenleveranciers gelden verschillende aanvraagprotocollen, afspraken en leveringsmogelijkheden. Daarbij dient bij de aanvraag van een nieuw hulpmiddel aanvullende informatie over de cliënt en diens beperkingen te worden verstrekt.

Ook krijgen zorgverleners en cliënten te maken met verschillende (toediening) hulpmiddelen en verschillende preferente medicatie⁶, afhankelijk van de verzekering van de cliënt. Dit gaat gepaard met diverse wijzen waarop verschillende merken medicatie worden toegediend (frequentie en dosering) en een verschillend uiterlijk van medicatie of hulpmiddelen (bijvoorbeeld in grootte of kleur).

Voor cliënten betekent de overheveling tot slot ook een aanspraak op de eigen kosten en het eigen risico, waar ze daar eerst geen omkijken naar hadden. Naast het eigen risico is ook de aanspraak in de Zvw smaller (zie tekstkader 1), en zullen er vaker eigen betalingen van toepassing zijn.

⁶ Indien een arts aangeeft dat er sprake is van medische noodzaak, kan er afgeweken worden van het preferentiebeleid van een zorgverzekeraar.

3 Aandachtspunten en kansen

De verwachte verandering die de overheveling van de farmaceutische- en hulpmiddelenzorg teweegbrengt, gaat gepaard met een aantal aandachtspunten en kansen. Deze zijn geïnventariseerd in gesprekken met de brancheorganisaties, koepels en Wlz-instellingen. Paragraaf 3.1 gaat in op de aandachtspunten van deze overheveling. Bij brancheorganisaties en instellingen is ook geïnventariseerd hoe de aandachtspunten mogelijk ondervangen kunnen worden. Hier wordt in paragraaf 3.2 aandacht aan besteed. Tot slot gaat paragraaf 3.3 in op de kansen die genoemd zijn ten aanzien van de overheveling.

3.1 Aandachtspunten

3.1.1 Integraliteit van zorg

Nagenoeg alle brancheorganisaties en instellingen vrezen dat de overheveling negatieve gevolgen heeft voor de integraliteit van de zorg. Deze partijen geven aan dat cliënten in de Wlz integrale zorg nodig hebben, juist omdat de zorg voor Wlz-cliënten zo complex is. In de huidige situatie schrijven de specialist ouderengeneeskunde (SO) binnen de ouderenzorg en de arts verstandelijk gehandicapten (AVG) binnen de gehandicaptenzorg de hulp- en geneesmiddelen voor. Naast die voorschrijversrol hebben de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten ook een rol als coördinator, waarmee ze sturen op een integrale levering van zorg en een doelmatig gebruik van hulpmiddelen en medicatie. De rol van deze gespecialiseerde zorgverlener na overheveling is nog onduidelijk. Verwacht wordt dat de overheveling de regievoering bemoeilijkt en daarmee risico's voor de integraliteit van de zorg met zich meebrengt. Het eventueel vervallen van de coördinerende rol van de specialist ouderengeneeskunde of de arts verstandelijk gehandicapten, is daarmee een punt van zorg voor een aantal instellingen. Daarnaast wordt in de huidige situatie in het multidisciplinair overleg binnen een instelling de zorg in zijn integraliteit besproken. Ook voor dit overleg geldt dat er zorgen zijn of dit wel in de huidige vorm kan blijven bestaan.

Instellingen benadrukken daarnaast dat het in de Wlz om cliënten gaat die levenslang en op alle levensgebieden hulp nodig hebben. Daar past volgens de meeste instellingen bij uitstek een integrale levering van zorg bij. Het is dan ook een punt van zorg dat die integraliteit wellicht verloren gaat na overheveling.

3.1.2 Afstemming

De overheveling van de farmaceutische- en hulpmiddelenzorg naar de Zvw betekent voor de instellingen meer afstemming met meerdere partijen. Die afstemming vindt zowel plaats tussen zorgmedewerkers en hulpmiddelenleveranciers/ apothekers, als tussen leveranciers en zorgverzekeraars. In de huidige systematiek is er sprake van een eenduidige afstemming tussen de instelling en de leverancier. Het voordeel daarvan is het kunnen maken van vaste afspraken (over leveringstijden, medicatie-reviews, etc.). Door eenduidige afstemming zijn leveranciers bekend met de (doel)groep cliënten waar zij aan leveren. Instellingen vrezen chaos door het individueel afstemmen met verschillende apotheken. Er heersen dan ook grote zorgen over het afstemmen met meerdere partijen bij de instellingen en brancheorganisaties. Zorgverleners zullen moeten leren om te gaan met verschillende werkwijzen van medicatiebewaking, bestellen en toedienen. Dit geldt ook voor de verschillende werkwijzen van verschillende merken hulpmiddelen. Om dit zonder al te veel fouten te laten verlopen, is een inspanning op opleidingsgebied nodig. Daarnaast zal het afstemmen met meerdere partijen mogelijk

leiden tot overbelasting voor voorschrijvers van medicatie. Bij Wlz-cliënten kan er sprake zijn van een hoge mutatiegraad van medicatie, wisselingen in dosering en wijziging van medicatie. De toediening van deze medicatie wordt gedaan door zorgverleners, waardoor een nauwe afstemming nodig is tussen de zorginstelling, zorgmedewerkers en leveranciers. Die nauwe afstemming zal complexer worden bij de overheveling naar de Zvw. Echter, dit is geen verzekerde prestatie binnen de Zvw en wordt dit niet als zodanig gefinancierd.

3.1.3 Kwaliteit en veiligheid

Naar verwachting gaan zorgverleners na overheveling te maken krijgen met deels andere hulpmiddelen en medicatie. Welke hulpmiddelen en medicatie gebruikt worden, is afhankelijk van het inkoopbeleid en preferentiebeleid van de zorgverzekeraars van de cliënten. Dit brengt aandachtspunten met zich mee voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. Zo moet de zorgverlener het gebruik en de dosering van verschillende soorten hulpmiddelen en medicatie kennen. In het vorige hoofdstuk is al benoemd dat zorgverleners te maken krijgen met verschillende (toedienings)hulpmiddelen en verschillende preferente medicatie voor dezelfde aandoening. Dit gaat gepaard met diverse wijzen waarop verschillende merken medicatie worden toegediend en een verschillend uiterlijk van medicatie of hulpmiddelen. Dit kan verwarrend zijn voor zorgverleners en tot fouten leiden.

Voor hulpmiddelen is hierbij het volgende onderscheid relevant:

- Persoonlijke gebruikshulpmiddelen voor dagelijks gebruik, zoals incontinentiemateriaal, injectienaalden en katheterzakjes.
- Collectieve hulpmiddelen voor tijdelijk gebruik, zoals een zuurstofpomp.

Hulpmiddelenleveranciers geven aan dat de meest voorkomende gebruiksmiddelen niet complex te gebruiken zijn. Naar verwachting zal de zorgverlener weinig verschil in het gebruik van verschillende merken ervaren. Instellingen zien dit echter wel als risicovol. Bij de collectieve apparatuur voor kort gebruik kunnen verschillende gebruikswijzen volgens hulpmiddelenleveranciers wel problematiek opleveren. Zorgverleners krijgen bij verschillende leveranciers te maken met verschillende bruikleen apparatuur. Elke zuurstofpomp kent een andere handelingswijze. Dit vormt mogelijk een risico voor de veiligheid van het gebruik ervan.

Daarnaast kunnen zorgverzekeraars beperkende voorwaarden stellen voor het gebruik van het hulpmiddel. Deze criteria zijn in de Zvw namelijk afgeleid van het verblijf thuis en niet in een Wlz-instelling (met andere omstandigheden). Zonder wijziging van deze criteria, kan dit tot een versraling van de kwaliteit leiden.

Ook verandert er voor het voorschrijven van medicatie iets aan de ICT-cirkel die in de huidige situatie van toepassing is voor cliënten die verblijven met behandeling. De farmaceutische ICT-cirkel bestaat uit drie onderdelen:

- Het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS), waarin de arts voorschrijft en dit doorstuurt aan de apotheek.
- Het apotheek informatiesysteem (AIS), wat de apotheek gebruikt voor medicatiebewaking en -levering.
- De elektronische toedieningsregistratie, een lijst die door zorgverleners wordt gebruikt om medicatie aan te vragen en toe te dienen.

Binnen deze systemen moet sprake zijn van een 'closed loop': de informatie moet steeds actueel zijn (in 'real time'). Als een apotheker iets wijzigt, moet de arts hier via het EVS een bericht over ontvangen. Dit geldt ook voor de toedienlijsten voor zorgverleners. Met een 'closed loop' van medicatievoorziening, levering, toediening en aftekening kan de medicatieveiligheid gewaarborgd worden in een setting van complexe

farmaceutische zorg. In de huidige situatie zijn deze systemen ingericht op de specifieke instellingssituatie (en afgestemd tussen de instelling en de instellingsapotheek).

Bij Wlz-zorg zonder behandeling schrijft de huisarts de middelen voor. Deze vraagt een recept aan bij de apotheek. De huisarts ziet niet of het middel is ingenomen. De ICT-cirkel voor Wlz-cliënten met behandeling voorziet wel in die 'loop'. Na de overheveling is dit voor deze cliënten wellicht niet meer mogelijk, omdat de openbare apotheek met verschillende systemen te maken krijgt, die mogelijk (nog) niet goed op elkaar aansluiten. Dit is voor meerdere instellingen en instellingsapotheken een punt van zorg.

Een ander aandachtspunt dat apothekers en instellingen aankaarten, is het mogelijk vervallen van de specialistische kennis van de instellingsapotheek. Instellingsapotheken hebben een bepaalde expertise voor de Wlz-doelgroep, die lokale apothekers mogelijk niet hebben. Daarnaast leveren instellingsapotheken de gehele farmaceutische zorg, inclusief medicatie-reviews, advies in het medicatieproces en begeleiding in toedieningen. De specialistische kennis en expertise van instellingsapotheken zal naar verwachting minder ingezet kunnen worden op het moment dat cliënten medicatie van verschillende apotheken geleverd krijgen. In de Zvw is er wel een prestatiebeschrijving voor de consultatievoering, maar deze beperkt zich tot de consultatiefunctie. Respondenten benadrukken dat de levering van farmaceutische zorg onder de Wlz een stuk ruimer is dan in de Zvw en bovendien meerdere diensten bevat.

3.1.4 Doelmatigheid

Met de overheveling van de farmaceutische- en hulpmiddelenzorg naar de Zvw wordt meer doelmatigheid beoogd. De diverse stakeholders en instellingen zetten echter vraagtekens bij het behalen van doelmatigheidswinst door de beoogde overheveling. Een aantal stakeholders en instellingen is zelfs bang dat de overheveling een averechts effect heeft op de doelmatigheid van zorg. De volgende aandachtspunten voor de doelmatigheid zijn benoemd:

In de Wlz hebben instellingen te maken met een instellingsbudget, waardoor ze meer integraal sturing kunnen geven op een doelmatige inzet van hulpmiddelen en medicatie. Instellingen zijn van mening dat doelmatigere zorg juist ontstaat door de regie en coördinatie op een integraal zorgaanbod bij de instelling te laten. In de Wlz zou er daarom door de zorginstellingen meer sturing mogelijk zijn op een doelmatige inzet van hulpmiddelen en medicatie dan in de Zvw.

Een tweede aandachtspunt heeft betrekking op de inkoop van hulpmiddelen. Onder de Zvw worden hulpmiddelen per cliënt ingekocht. Iedere cliënt heeft hierdoor een eigen voorraad aan gebruiksmiddelen in de kast liggen, waar dit voorheen collectief was. Naar verwachting vindt er meer verspilling van hulpmiddelen plaats, omdat de hulpmiddelen van cliënt A niet gebruikt worden door cliënt B of C als ze over zijn.

Al genoemd is dat na overheveling het proces van aanvragen en verkrijgen van hulpmiddelen en medicatie mogelijk ingewikkelder wordt voor de zorgverlener, omdat per cliënt moet worden nagegaan waar en hoe ze verzekerd zijn en bij welke apotheek ze zijn aangesloten. Ook zal bij overheveling zal er mogelijk meer training moeten plaatsvinden in instellingen door het gebruik van verschillende hulpmiddelen. Dit alles betekent meer tijd die niet aan de zorg kan worden besteed.

Als de instelling met meerdere hulpmiddelenleveranciers te maken krijgt, zullen er meerdere ritten worden gemaakt om de juiste middelen bij de cliënt te krijgen. In de huidige situatie stemt de instelling met één leverancier af over het leveren van bruikleenmiddelen, zoals een zuurstofpomp. De ritten voor bruikleenmiddelen kunnen efficiënter worden ingericht als de instelling met één leverancier samenwerkt.

De sector GGZ benadrukt dat er in de GGZ naar verwachting weinig winst te behalen is op doelmatigheid, omdat de behandeling voor een groot deel van de cliënten (in beschermd wonen) al via de Zvw-systematiek wordt bekostigd.

3.1.5 Administratieve last

Na overheveling worden de farmaceutische zorg en hulpmiddelen ingekocht door verschillende zorgverzekeraars, afhankelijk van de verzekering van de cliënt. Zorgverzekeraars kunnen daarbij verschillen in de hulpmiddelenleveranciers en apotheken die zij hebben gecontracteerd, waardoor instellingen met meerdere hulpmiddelenleveranciers en apotheken te maken krijgen. Naar verwachting gaat dit gepaard met toenemende administratieve lasten. Deze ontstaan onder andere doordat zorgmedewerkers de hulp- en geneesmiddelen bij verschillende leveranciers moeten bestellen, per individuele cliënt. Daarbij worden zorgmedewerkers geconfronteerd met verschillende procedures en polisvoorwaarden van zorgverzekeraars en door hen gecontracteerde leveranciers.

Als een cliënt een bepaald geneesmiddel nodig heeft, komt het voor dat dit toegediend moet worden in combinatie met een specifiek hulpmiddel. Binnen de Wlz levert de instellingsapothek vaak beide middelen, maar in de Zvw heeft de apotheker hier meestal geen rol in. Wanneer het formaat, de leveringsomvang en de leveringswijze van bij elkaar horende hulp- en geneesmiddelen niet op elkaar aansluiten, kan dit leiden tot tijdverlies, ongemak voor de cliënt en extra administratieve last voor de zorgmedewerkers die de juiste middelen moeten bestellen.

Een andere zorg is dat er soms meer bewijslast aangeleverd moet worden voor het verkrijgen van bepaalde medicijnen, volgens de eisen die de zorgverzekeraar stelt. Daarbij komt dat sommige cliënten, bijvoorbeeld in de psychiatrie of in de gehandicaptenzorg, zeer specifieke medicatie nodig hebben, die mogelijk makkelijker te verkrijgen is via de instellingsapothek dan via de zorgverzekeraar. Het is daarbij de verwachting dat het vanuit de Zvw lastiger is om geneesmiddelen vergoed te krijgen die speciaal bereid moeten worden of geïmporteerd worden uit het buitenland. Door de ingewikkelde declaratieprocedures kunnen apothekers en zorgmedewerkers uiteindelijk afzien van de beste keuze in behandeling. Dit brengt, naast de extra administratieve last van alle handelingen die hiervoor nodig zijn, ook een risico op de medicatieveiligheid met zich mee.

Leveranciers van hulp- en geneesmiddelen stellen in de huidige situatie één factuur op voor een instelling, voor alle cliënten met behandeling. Cliënten zonder behandeling krijgen een individuele factuur opgestuurd. Na overheveling zullen apothekers facturen moeten gaan versturen per individuele cliënt, voor alle cliënten. Dit betekent ten eerste een grotere factuurstroom richting de instelling, en ten tweede een hogere (administratieve) last voor cliënten (of naasten).

Voor de farmaceutische zorg geldt dat de huidige ICT-systemen binnen instellingsapotheken volgens brancheorganisaties en instellingen niet geschikt zijn om per individuele cliënt te declareren. Een deel van de rekeningen van geneesmiddelen zal rechtstreeks naar de zorgverzekeraars gaan, maar een ander deel zal onder de bijbetaling vallen of wordt niet vergoed. Dit leidt ertoe dat voor al die geneesmiddelen (waar ook de zelfhulpmiddelen zoals paracetamol onder vallen), straks een factuur per cliënt moet worden opgesteld. Apotheken kunnen de zelfzorgmiddelen niet bij de verzekeraar declareren. Het opstellen en innen van die facturen levert voor de apotheken extra administratieve last op.

De extra tijd die zorgverleners aan administratie werkzaamheden besteden, kan mogelijk ten koste gaan van de zorgtijd. Met het schaarser worden van het zorgpersoneel, is de extra administratieve last een aandachtspunt.

3.1.6 Innovatie

Door één brancheorganisatie wordt verwacht dat de innovatie van hulpmiddelen achterblijft bij overheveling naar de Zvw. Ook een instelling spreekt deze zorg uit. Zorginstellingen zouden meer geneigd zijn om innovatieve hulpmiddelen in te zetten dan een zorgverzekeraar, voor wie de integrale afweging minder aan de orde is. Een innovatief hulpmiddel dat meer gebruiksgemak betekent voor de cliënt, kan tevens arbeidsbesparend werken. Dit maakt dat de afweging in een Wlz-instelling mogelijk anders kan zijn dan de afweging die de zorgverzekeraar maakt. Voor de Wlz-instelling kan een innovatief hulpmiddel aan twee kanten bijdragen: meer eigen regie/gebruiksgemak voor de cliënt én arbeidsbesparing voor de instelling. Aangezien arbeidsbesparing in de Wlz-instelling geen rol speelt voor de zorgverzekeraar, rijst de vraag hoe er met innovatieve hulpmiddelen in de Zvw wordt omgegaan.

Daarnaast is innoveren met veel partijen (meerdere leveranciers en zorgverzekeraars) lastiger. Zo is het mogelijk dat een zorgverzekeraar met de ene leverancier en/of apothek afspraken maakt over de inzet van innovatieve middelen, en met de andere niet. De innovatieve middelen kunnen dan bij sommige cliënten wel en bij anderen niet worden ingezet.

3.2 Ondervangen van de aandachtspunten

Brancheorganisaties, koepels en instellingen hebben niet alleen de risico's van deze overheveling benoemd, maar denken ook mee over mogelijke oplossingen. Een aantal van de zojuist beschreven aandachtspunten, kan mogelijk (deels) ondervangen worden.

3.2.1 Regionale samenwerking

De aandachtspunten op het gebied van doelmatigheid kunnen volgens meerdere brancheorganisaties en instellingen (deels) ondervangen worden door regionale samenwerkingsvormen. Die regionale samenwerking zou er volgens enkele zorgverzekeraars als volgt uit kunnen zien:

Indien je gebruik wil maken van de inkoopexpertise van zorgverzekeraars, maar tegelijk versnippering over verschillende hulpmiddelenleveranciers wilt tegengaan, kun je één verzekeraar in de regio verantwoordelijk maken voor het inkooptraject. Hiervoor is het niet nodig de zorg over te hevelen naar de Zvw, de financiering blijft in dit scenario vanuit de Wlz. De instelling betaalt de leverancier, maar de inkoop wordt gedaan door een zorgverzekeraar, waardoor er gebruik kan worden gemaakt van de kennis en kwaliteitsafspraken van de zorgverzekeraar.

Een andere vorm van regionale samenwerking heeft betrekking op de farmaceutische zorg. Brancheorganisaties geven aan dat er onder de Zvw regionaal wordt gewerkt aan formularia (een beperkte keuze aan medicatie-assortiment). Een voorbeeld is het longformularium, waarbij het uitgangspunt is dat elke cliënt één soort inhalator gebruikt voor de verschillende geneesmiddelen en tijdens de verschillende stappen in de behandeling. Het longformularium wordt onderschreven door ziekenhuizen, zorggroepen en apothekerscoöperaties in de regio. Op die manier bestaat er nog steeds keuzevrijheid voor de longpatiënt, maar circuleren er geen 100 verschillende inhalatoren in de regio. Dit is een voorbeeld dat ook voor andere hulpmiddelen en voor geneesmiddelen kan werken. Een aandachtspunt hierbij is dat het preferentiebeleid van zorgverzekeraars dit mogelijk in de weg kan staan.

3.2.2 Inperken van de overheveling van hulpmiddelen

Volgens de brancheorganisatie van hulpmiddelen moet er onderscheid gemaakt worden tussen twee type hulpmiddelen en de manier waarop die bekostigd worden:

- Persoonsgerichte hulpmiddelen (structureel gebruik)
- Collectieve hulpmiddelen (kortdurend gebruik)

Volgens de brancheorganisatie van hulpmiddelen kunnen de persoonsgerichte hulpmiddelen goed vanuit de Zvw bekostigd worden, omdat ze op de cliënt afgestemd moeten worden en structureel door de patiënt worden gebruikt. Een voorbeeld is incontinentiemateriaal op maat.

De collectieve hulpmiddelen kunnen volgens de brancheorganisatie beter vanuit de Wlz bekostigd worden, omdat het vaak om kortdurend gebruik gaat. Een voorbeeld is een zuurstoftank, waar een cliënt kortdurend gebruik van moet maken. In dat geval is het doelmatiger als deze zuurstoftank al bij de instelling aanwezig is en onderdeel uitmaakt van de eigen inventaris, vergelijkbaar met de roerende voorzieningen. Op die manier weten medewerkers hoe ze het moeten gebruiken en hoeven leveranciers niet heen en weer te rijden om het te brengen en weer op te halen.

3.2.3 Sturen op meer eenduidigheid

- Brancheorganisaties en instellingen hebben zorgen over de veiligheid van het medicatie- en hulpmiddelengebruik als zorgverzekeraars na overheveling met specifieke leveranciers samenwerken, omdat instellingen dan met verschillende merken medicatie en hulpmiddelen te maken krijgen. Vanwege het contracteren van verschillende leveranciers door de diverse zorgverzekeraars, kunnen instellingen niet meer alle (merken) hulpmiddelen inkopen die zij eerst inkochten voor cliënten. Een aantal brancheorganisaties geeft aan dat dit ondervangen kan worden door de voorwaarde dat leveranciers bij alle zorgverzekeraars zijn aangesloten (en zorgverzekeraars contracten hebben met alle leveranciers). Brancheorganisaties en instellingen geven echter zelf al aan dat dit geen realistische optie is.
- Een oplossing die brancheorganisaties aandragen om de negatieve impact van het preferentiebeleid bij overheveling te beperken, is het preferentiebeleid op bepaalde groepen niet van toepassing te verklaren. Hierbij is wel de vraag of dit gezien de huidige wettelijke kaders een reële oplossing is.
- Om het afstemmen met meerdere leveranciers te voorkomen, probeert een aantal instellingen hun cliënten, die verblijven zonder behandeling, te sturen op aansluiting bij de leverende apotheek. De keuzevrijheid van cliënten wordt als het ware meer 'omhooggetrokken'. Een instelling in de ouderenzorg geeft het volgende voorbeeld: Cliënten krijgen de keuze om voor huis A of huis B te kiezen. Aan het huis dat de cliënt kiest, hangt een bepaald zorgpakket. Op het moment dat een cliënt voor huis A kiest, met het desbetreffende zorgpakket, wordt aan die cliënt aanbevolen om over te stappen naar de apotheek die aan instelling A levert (apothek A). De instelling geeft daarbij aan dat als de cliënt de overstap naar apotheek A niet wil maken, de cliënt niet verzekerd is van het voldoen aan de voorwaarden voor de medicatieveiligheid⁷. Het blijft in deze oplossing bij sturing en advisering. De keuze voor een apotheek kan niet afgedwongen worden.

3.2.4 Leren van ervaringen

Een aantal aandachtspunten op het gebied van afstemming en samenwerking met meerdere partijen, kunnen volgens brancheorganisaties en instellingen ondervangen worden door van andere ervaringen te leren.

⁷ Zoals vastgelegd in de ['principes van de veilige medicatieketen'](#).

- Ervaringen van zorgkantoren. Zorgkantoren hebben een regiofunctie, waardoor ze als organisatie bepaalde taken uit handen nemen van de instellingen. De zorgkantoren en hun werkwijze kunnen als voorbeeld dienen om na overheveling een persoon of mechanisme tussen de instelling en de zorgverzekeraar te zetten. Op die manier hoeft de instelling niet alles zelf af te stemmen en te regelen, maar pakt deze tussenpersoon ook een deel van die taak op.
- Ervaringen van instellingen, waar cliënten zonder behandeling verblijven. De instellingen die nu al zorg zonder behandeling bieden, weten al hoe het werkt als de zorg uit de Zvw wordt bekostigd. Deze ervaringen kunnen worden ingezet om de overheveling goed vorm te geven.
- Ervaringen bij zorg aan huis. In de thuiszorg hebben zorgverleners al te maken met cliënten die bij verschillende zorgverzekeraars zijn aangesloten, waardoor ze met meerdere apotheken en hulpmiddelenleveranciers te maken hebben.

Wat betreft bovengenoemde ervaringen moet opgemerkt worden dat deze niet altijd zonder meer positief zijn. Toch kunnen deze ervaringen, of ze nu positief of negatief zijn, een bijdrage leveren aan de voorbereiding en realisatie van de overheveling.

3.2.5 Informatieverstrekking

Instellingen geven aan dat ze nog weinig informatie hebben verkregen over de overheveling en de gevolgen daarvan. Een deel van de aandachtspunten kan worden ondervangen door informatieverstrekking aan instellingen. Zo ontstaat er duidelijkheid over de voorwaarden en gevolgen van de overheveling. Er bestaan op dit moment nog veel vragen. Instellingen willen weten waar ze aan toe zijn om zich voor te kunnen bereiden op de verandering en om alles goed te regelen met bijvoorbeeld lopende contracten met leveranciers.

Naast informatieverstrekking wordt het ook van belang geacht dat instellingen worden meegenomen in het proces van de overheveling. Informatieverstrekking is niet altijd voldoende. Instellingen laten meedenken en hen input laten leveren is wellicht nog meer van belang. Elke instelling heeft een eigen visie op de (kwaliteit van) zorg. Die kwaliteit willen ze ook blijven bieden aan cliënten die voor hun organisatie kiezen. Door instellingen mee te laten denken, kunnen ze aangeven wat er in de overheveling voor hen van belang is en wat aandachtspunten zijn.

3.3 Kansen

Naast het beperken van de risico's en het ondervangen van de aandachtspunten, noemen brancheorganisaties, koepels en instellingen ook een aantal kansen van de overheveling.

3.3.1 Gestroomlijnde overgang

Doordat Wlz-clianten meer keuzevrijheid krijgen na overheveling, is er mogelijk minder sprake van overgangsproblematiek. Cliënten die vanuit een thuissituatie overgaan naar een Wlz-instelling kunnen gebruik blijven maken van hun huidige hulp- of geneesmiddel. In de huidige situatie moet een cliënt overstappen naar het merk dat in de instelling geldt, wat vervelend kan zijn als de cliënt een bepaald merk gewend is.

Dit is overigens niet voor alle hulpmiddelen relevant. Zo zijn injectienaalden en katherzakjes voorbeelden van gebruikshulpmiddelen die enkel door de zorgverlener worden gebruikt, en dus geen invloed hebben op het gebruikscomfort van de cliënt bij overgang. Het blijven gebruiken van eenzelfde hulpmiddel bij overgang naar een instelling,

kan voor cliënten met name fijn zijn bij specifieke hulpmiddelen, zoals incontinentiemateriaal. Dit hulpmiddel is direct van invloed op het gebruikscomfort van de cliënt.

3.3.2 Doelmatigheid

Hoewel er risico's zijn benoemd voor de doelmatigheid, zijn er ook kansen genoemd. Er wordt verwacht dat zorgverzekeraars de zorg efficiënter kunnen organiseren en daardoor goedkoper kunnen inkopen. Zo hebben zorgverzekeraars meer inkoopmacht dan de afzonderlijke zorgaanbieders. Zorgverzekeraars zijn in staat scherpe afspraken te maken waardoor kostenbesparing plaatsvindt. De verwachting van de zorgverzekeraars is dat hierdoor lagere prijzen en tarieven worden gerealiseerd.

Om doelmatige inkoop te bevorderen, maken zorgverzekeraars gebruik van maximale termijnen voor het verkrijgen en gebruiken van een hulpmiddel. Na elke termijn wordt een doelmatigheidstoets gedaan, om te zien of het hulpmiddel nog nodig is. Verspilling of ondoelmatig gebruik wordt hierdoor voorkomen.

Een laatste kans op gebied van doelmatigheid heeft betrekking op het inzichtelijk maken van de kosten en geldstromen. Een brancheorganisatie geeft aan dat de Wlz soms als een 'black box' gezien wordt. Er is weinig inzicht in waar het geld binnen de Wlz naar toe gaat, omdat dit in handen van de instelling zelf is. Het inzichtelijk maken van de geldstromen kan voordelen op gebied van doelmatigheid opleveren.

3.3.3 Kwaliteit

Zorgverzekeraars hebben een kennispositie op het gebied van kwaliteit. Sommige respondenten verwachten daarom dat er vanuit de Zvw hogere kwaliteitseisen worden gesteld. Zorgverzekeraars hanteren bepaalde kwaliteitsstandaarden, waarmee ze de kwaliteit van zorg borgen.

Een brancheorganisatie geeft aan dat een kans van de overheveling is dat de bestaande, langdurige contracten tussen instellingen en leveranciers worden opgebroken. Instellingen die alles binnenshuis hebben, lopen het risico om binnen hun eigen 'cocon' te blijven en gebruik te maken van dezelfde hulpmiddelen en medicatie die ze al jaren gebruiken. Deze instellingen kijken mogelijk minder naar nieuwe evidence-based medicatie of innovatieve hulpmiddelen. Met het openbreken van de contracten, kunnen en gaan er meer apotheken en hulpmiddelenleveranciers in die markt opereren. Dit brengt ook kansen voor vernieuwing en kwaliteit van middelen met zich mee.

3.3.4 Innovatie

Met de overheveling is er (op landelijk niveau) mogelijk meer kans op innovatie van hulpmiddelen. Zorgverzekeraars zouden meer kennis hebben op het gebied van innovatie en de capaciteit om zich specifiek op innovaties te richten. Omdat zorgverzekeraars grote volumes inkopen is het voor hen makkelijker een innovatie in te kopen dan voor een instelling. Zorgverzekeraars kunnen innovaties hierdoor breed beschikbaar stellen voor alle instellingen, in plaats van dat dit bij de instelling zelf blijft.

3.3.5 Gelijkheid

Een uniforme behandeling van cliënten met een Wlz-indicatie draagt bij aan de rechtsgelijkheid. De financiering en regels zijn door de overheveling naar de Zvw voor de gehele doelgroep gelijk.

3.4 Cliëntgroepen

De genoemde aandachtspunten in dit rapport gelden in principe voor alle cliëntgroepen. Wel zijn er kenmerken te benoemen van groepen voor wie de impact van de overheve-

ling het grootst is. Wat vooral bepalend is voor de impact van de overheveling, is de duur van de zorg, in hoeverre er mantelzorgers beschikbaar zijn en wat de financiële situatie van de cliënt is. De negatieve gevolgen worden groter geacht als de zorg langduriger is of als een cliënt een hoog zorgzwaartepakket heeft, ongeacht de sector (gehandicaptenzorg, ouderenzorg, ggz) waar die cliënt zich in bevindt.

Desalniettemin zijn er per sector verschillende zorgen over de gevolgen van de overheveling, die hieronder worden benoemd.

Gehandicaptenzorg

Kenmerkend aan de gehandicaptenzorg is de levenslange en levens brede invulling van de zorg. Instellingen en brancheorganisaties binnen de gehandicaptenzorg geven aan dat cliënten in de gehandicaptenzorg veel behoefte hebben aan integrale zorg. De cliënten wonen over het algemeen voor langere tijd in een zorginstelling. Zij hebben dan ook behoefte aan levenslange en levens brede zorg.

Een instelling geeft daarnaast aan dat deze doelgroep financieel gezien al '1-0 achterstaat', omdat ze hoogstwaarschijnlijk niets hebben kunnen opbouwen. Dit in tegenstelling tot de doelgroep ouderen, waarvan verwacht kan worden dat in ieder geval een deel van hen een financiële buffer heeft kunnen opbouwen.

Dat gehandicapten financieel gezien een achterstand hebben, baart de sector zorgen. Het kunnen verkrijgen van een bepaald hulpmiddel of bepaalde medicatie kan van groot belang zijn voor de kwaliteit van leven, wat des te belangrijker is gezien het levenslange karakter van de zorg. In de Wlz is een eventuele financiële achterstand van cliënten minder problematisch. Cliënten betalen in de huidige situatie wel een eigen bijdrage voor de Wlz, maar niet de kosten die komen kijken bij behandeling vanuit de Zvw. Waar in de Zvw het eigen risico en eigen bijdragen gaan gelden, kan de persoonlijke financiële situatie wel een rol spelen.

Kenmerkend voor zowel de gehandicaptenzorg als de ouderenzorg, is de creativiteit waarmee zorgverleners cliënten soms moeten helpen. Zo zijn er soms bepaalde (extra) materialen nodig om een verbruiksartikel als een sonde in te brengen. De basismaterialen om de handeling uit te voeren, die een zorgverzekeraar vergoedt, volstaan dan niet. Zorgverleners zullen naar verwachting extra uitleg moeten geven om bij de zorgverzekeraar aan te tonen welke materialen wel nodig zijn. Met name vanuit de gehandicaptensector heerst de vraag hoe zorgverzekeraars daar mee om zullen gaan.

Ouderenzorg

Ook ouderen hebben behoefte aan integrale zorg. Waar de cliënten in de gehandicaptenzorg levenslange en levens brede zorg nodig hebben, hebben cliënten in de ouderenzorg vaak korte, maar intensieve zorg nodig. Volgens brancheorganisaties in de ouderenzorg kunnen ouderen in een korte tijd snel achteruitgaan, waardoor ze minder stabiel zijn. Instabiliteit vergroot de complexiteit van de zorgvraag van een cliënt, waardoor de behoefte aan integrale zorg toeneemt. Ook zijn er door deze instabiliteit frequente wisselingen in middelengebruik te verwachten. Dit in tegenstelling tot gehandicapten, waar de zorg nog steeds zwaar en complex kan zijn, maar een cliënt vaak wel voor langere tijd stabiel is.

GGZ

Binnen de GGZ is er onderscheid te maken tussen behandelzorg in een instelling en beschermd wonen. Onder behandelzorg valt de behandeling van een psychische stoornis met verblijf langer dan 3 jaar (of korter bij een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid). Cliënten in beschermd wonen krijgen geen behandeling vanuit in de Wlz, noch voor de aanvullende vormen van behandeling, noch van de psychische stoornis.

Bij beschermd wonen is er reeds sprake van verblijf zonder behandeling, en dus van bekostiging van de farmaceutische zorg en hulpmiddelen uit de Zvw. Hierdoor verandert er bij overheveling van de farmaceutische- en hulpmiddelenzorg naar de Zvw naar verwachting weinig. Cliënten in beschermd wonen kiezen nu al hun eigen huisarts met bijhorende apotheek. Daarnaast zijn GGZ-aanbieders in de regel al bekend met diverse andere financieringsstromen, zoals naast de Wlz en de Zvw mogelijk ook de forensische zorg, de Jeugdwet en de Wmo. Hierdoor ervaart de GGZ (met name instellingen voor beschermd wonen) mogelijk wat minder gevolgen van de overheveling dan de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg.

4 Nadere beschouwing aandachtspunten en kansen

In het vorige hoofdstuk zijn verschillende aandachtspunten en kansen van de overheveling aangestipt. Daarbij valt op dat soms dezelfde aspecten als aandachtspunt en tevens als kans worden genoemd, zoals kwaliteit. Dit doet de vraag rijzen hoe de aandachtspunten en kansen bij deze aspecten zich tot elkaar verhouden, en wat dat betekent voor de te verwachten effecten van de overheveling. In paragraaf 4.1 staan we hier nader bij stil.

Een andere manier om te bezien hoe de benoemde aandachtspunten mogelijk in de praktijk gaan uitpakken, is om te kijken of we deze ook terugzien in de huidige situatie van Wlz-zorg zonder behandeling. Dit komt in paragraaf 4.2 aan bod.

4.1 Aandachtspunt of kans?

In hoofdstuk 3 zijn enkele aspecten als duidelijk aandachtspunt bij de overheveling benoemd. Deze betreffen: risico's voor de integraliteit van zorg, een toename van afstemming met verschillende partijen, en toename van de administratieve lasten. Daarnaast zijn andere aspecten als duidelijke kans benoemd: een gestroomlijnde overgang van cliënten naar de Wlz, en gelijkheid door een uniforme behandeling van alle cliënten in de Wlz. Er is echter ook een derde categorie van aspecten die als aandachtspunt én als kans zijn genoemd. Dit betreft de aspecten kwaliteit en veiligheid, innovatie en doelmatigheid. Tevens kan de keuzevrijheid voor de cliënten als aandachtspunt én als kans van de overheveling gezien worden. Daarom gaan we hieronder nader in op de verhouding tussen de aandachtspunten en kansen die bij deze vier specifieke aspecten zijn genoemd.

Kwaliteit en veiligheid

Wat betreft kwaliteit en veiligheid zijn diverse risico's benoemd. Deze vloeien met name voort uit de verwachte diversiteit in de ingezette middelen in een instelling. Betrokken partijen verwachten risico's voor de veiligheid indien zorgverleners met verschillende, en wisselende soorten genees- en hulpmiddelen voor dezelfde aandoening te maken krijgen. Tegelijk wordt kwaliteit ook als kans gezien van de overheveling. Hierbij wordt met name benadrukt dat de inkoop van kwaliteit bij zorgverzekeraars, gezien hun expertise en gehanteerde kwaliteitscriteria, beter geborgd is. Echter niet alle respondenten delen deze verwachting.

Of de kwaliteit van deze zorg al dan niet zal toenemen als gevolg van de overheveling, is op basis van dit onderzoek niet te voorspellen. Wel lijken de genoemde risico's voor de veiligheid, een reëel punt van aandacht te zijn.

Innovatie

Ook wat betreft de gevolgen van de overheveling voor innovatie lopen de verwachtingen uiteen. Enerzijds wordt benadrukt dat innovatie onder druk kan komen te staan door de overheveling. Waar een instelling nu zelf innovatieve middelen kan inkopen, hangt dit straks af van in hoeverre de verschillende zorgverzekeraars van de cliënten hiertoe bereid zijn. Ook wordt gevreesd dat zorgverzekeraars vooral vanuit een doelmatigheidsperspectief zullen innoveren, wat niet per se het beste is voor de cliënt. Tegelijkertijd wordt ook benoemd dat zorgverzekeraars juist sneller innovaties zullen inkopen omdat ze meer kennis en capaciteit hebben op dit terrein.

Ook wat dit aspect betreft is moeilijk te voorspellen of de verschillende aandachtspunten en kansen per saldo positief of negatief zullen uitpakken.

Doelmatigheid

Een derde aspect waarop respondenten niet eenduidig zijn in hun oordeel, betreft doelmatigheid. Dit aspect is met name interessant omdat meer doelmatigheid één van de doelen van de overheveling is. Op basis van dit onderzoek is het echter de vraag of dit doel ook behaald gaat worden. Zo wordt benadrukt dat Wlz-instellingen door inkoop in bulk ook doelmatigheidswinst kunnen behalen, hoewel deze schaalgrootte natuurlijk van een andere orde is dan bij de inkoop door zorgverzekeraars. Het is aannemelijk dat zorgverzekeraars door schaalgrootte in staat zijn (meer) doelmatigheidswinst te behalen bij de inkoop. Echter, als alternatief is het ook denkbaar dat de inkoop van deze zorg meer door zorgkantoren wordt uitgevoerd, zodat er schaalvoordelen kunnen worden behaald zonder dat overheveling naar de Zvw nodig is.

Bij doelmatigheid spelen, behalve de inkoop van middelen, ook andere aspecten een rol. Zo verwachten instellingen meer verspillingen omdat er straks per cliënt individuele voorraden moeten worden aangelegd. Ook brengt de overheveling naar verwachting meer administratieve lasten en afstemming met zich mee, wat de doelmatigheid niet ten goede komt. Tot slot wordt verwacht dat het minder integrale karakter van zorg onder de Zvw ook een risico voor de doelmatigheid vormt. Het is daarom niet evident dat met de overheveling per saldo doelmatigheidswinst wordt behaald.

Keuzevrijheid

Ook meer keuzevrijheid voor cliënten is een doel van de beoogde overheveling. Doordat de hulpmiddelen- en farmaceutische zorg via de Zvw wordt geleverd, hebben cliënten een vrije keuze voor een zorgverlener (dus apotheek) en tevens, indirect via de keuze voor een zorgverzekeraar, voor een hulpmiddelenleverancier. Door de overheveling kunnen Wlz-clianten daarom medicatie krijgen van hun voorkeursapotheek. Ook kunnen ze hulpmiddelen van hun vertrouwde merk (blijven) ontvangen. Deze mogelijkheid heeft met name voordelen bij overgang van een thuissituatie naar wonen in een instelling. De voordelen van deze keuzevrijheid dienen echter wel gewogen te worden ten opzichte van de diverse aandachtspunten die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen, waaronder die voor de integraliteit en veiligheid. Daarnaast is de vraag relevant in hoeverre cliënten zelf de genoemde keuzevrijheid waardevol vinden. Cliëntenorganisaties plaatsen daar kritische kanttekeningen bij gezien de afhankelijkheid die deze cliënten hebben van de mensen die om hen staan en het gebrek aan mogelijkheden om zelf regie te voeren. De vraag is daarom zeker gerechtvaardigd of de mogelijkheid om te kiezen voor de cliënten opweegt tegen het verlies van een integraal zorgaanbod en potentiële veiligheidsrisico's die de overheveling met zich meebrengt.

4.2 Aandachtspunten in de huidige praktijk van Wlz-zorg zonder behandeling

Zoals reeds in de voorgaande paragraaf aangestipt, is het lastig om te voorspellen of het effect van de overheveling op bepaalde aspecten per saldo positief of negatief gaat uitpakken. Wat echter wel mogelijk is – om een indruk te krijgen van hoe reëel de genoemde aandachtspunten zijn – is om te kijken naar de huidige praktijk van Wlz-zorg die zonder behandeling in een instelling wordt geleverd. Het is interessant om na te gaan of de genoemde aandachtspunten in deze praktijk ook worden ervaren en hoe hiermee wordt omgegaan.

Ervaren knelpunten

Ook in de huidige situatie worden knelpunten ervaren in zorg voor cliënten die zonder behandeling verblijven. Zo noemt een instelling die zorg biedt aan cliënten die verblijven zonder behandeling, dat zij verschillende merken medicatie op voorraad hebben liggen. Er wordt hierbij rekening gehouden met het preferentiebeleid van die zorgverzekeraar. De instelling ziet dat dit kan leiden tot spillage en inefficiënt voorraadbeheer. Het kan daarbij ook voorkomen dat een bepaald merk medicatie niet op voorraad is, wat de cliënt wel nodig heeft. De cliënt moet dan langer wachten op de medicatie, omdat het nog besteld moet worden, of een cliënt moet extra betalen.

Ook worden in de huidige situatie administratieve lasten ervaren, bijvoorbeeld door het eigen risico dat moet worden betaald voor geneesmiddelen. Hierbij speelt ook mee dat niet alle cliënten de financiële middelen hebben om de eigen bijdragen en niet vergoede geneesmiddelen te kunnen betalen, wat tot suboptimale behandelkeuzes kan leiden.

Instellingen vrezen dat deze knelpunten, die nu nog behapbaar zijn, groter zullen worden als deze, als gevolg van de overheveling, straks gelden voor alle cliënten.

Aandachtspunten afhankelijk van zorgzwaarte cliënt

Uit het onderzoek komt het beeld naar voren dat – gemiddeld genomen – de cliëntgroepen die zorg zonder behandeling ontvangen, een lichtere zorgzwaarte hebben dan de groep met behandeling. Wel wordt daarbij genoemd dat ook cliënten met een zware zorgvraag soms op een plek zonder behandeling terecht komen op basis van beschikbaarheid. Over het geheel genomen wordt echter benadrukt dat cliënten met de meest complexe zorgvragen het meest gebaat zijn bij het verkrijgen van integrale zorg, en dat daarom een plek met behandeling het meest passend is. Op een plek met behandeling wordt immers regie op integrale zorg gevoerd door bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten, en wordt de cliënt besproken in een multidisciplinair overleg. Uit de interviews komt naar voren dat hoe hoger de zorgzwaarte is van de cliënt, hoe meer negatieve effecten worden ervaren voor cliënten die zonder behandeling in een Wlz-instelling verblijven.

Aangegeven wordt dat indien de zorgzwaarte toeneemt, het gebrek aan integrale zorg steeds meer een knelpunt wordt. Dat leidt er dan toe dat de cliënt zo mogelijk wordt overgezet naar een plaats met behandeling. Die mogelijkheid is er echter na de overheveling niet meer. De vrees is daarom dat regievoering op integrale zorg na de overheveling niet meer goed mogelijk is.

Stimuleren van uniformiteit en centrale inkoop

Eerder in dit rapport werd (in paragraaf 3.2.2) al genoemd dat instellingen soms zelf oplossingen creëren voor knelpunten die zij ervaren bij de zorg voor cliënten zonder behandeling. Zo noemen sommige instellingen dat het niet werkbaar is als hun cliënten van verschillende apotheken gebruik maken. Daarom stimuleren ze hun cliënten om zich bij dezelfde apotheek aan te sluiten waar de instelling samenwerkingsafspraken mee heeft (veelal de instellingsapotheek). Ook wordt cliënten soms de keuze geboden voor een bepaalde locatie, waar dan een bepaald zorgpakket bij hoort. Om dat zorgpakket en de kwaliteit ervan te kunnen waarborgen, worden cliënten verzocht over te stappen naar een bepaalde apotheek.

Eén van de gesproken instellingen gaat zelfs zover dat ze ook voor cliënten zonder behandeling de geneesmiddelen zelf inkopen bij de instellingsapotheek. Deze instelling betaalt liever zelf, dan dat ze het regelen via de verschillende zorgverzekeraars.

Ook voor de hulpmiddelen geldt dat instellingen ook voor cliënten zonder behandeling in de praktijk vaak alsnog een gezamenlijke, centrale inkoop behouden. Op die manier houdt de instelling regie over het inkoopproces en kan zij integrale zorg leveren. Hoewel de hulpmiddelen wel per cliënt worden voorgeschreven en geboekt worden op de

verzekering van de individuele cliënt, wordt dit niet per individuele cliënt ingekocht. De hulpmiddelen voor cliënten zonder behandeling worden wel apart gehouden in de voorraadkast.

5 Samenvatting

5.1 Inleiding

Aanleiding

Cliënten in de Wet langdurige zorg (Wlz) maken, behalve van specifieke Wlz-behandeling, ook gebruik van aanvullende behandelvormen. In deze laatste categorie vallen onder meer de farmaceutische zorg en hulpmiddelen. Deze aanvullende behandelvormen worden voor de meeste cliënten die in een Wlz-instelling verblijven uit de Wlz bekostigd, maar voor een deel uit de zorgverzekeringswet (Zvw). Dat cliënten met dezelfde indicatie dezelfde zorg vanuit verschillende wetten bekostigd krijgen, leidt tot ongelijkheid, bijvoorbeeld als het gaat om eigen bijdragen en belasting van het eigen risico. Om deze ongelijkheid gelijk te trekken, is in het coalitieakkoord 2021-2025 opgenomen dat behandeling en geneesmiddelen van de Wlz naar de Zvw worden overgeheveld.

Doel en onderzoeksvragen

De directie Geneesmiddelen en Medische Technologie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Sira Consulting opdracht gegeven een quickscan uit te voeren, die tot doel heeft inzicht te geven in aandachtspunten en kansen voor de uitvoeringspraktijk, bij overheveling van farmaceutische zorg en hulpmiddelen naar de Zvw. Het onderzoek behandelt de vragen wat er door deze overheveling verandert voor de instellingen, de cliënten en de zorgverleners, en welke aandachtspunten en kansen dit oplevert voor de integraliteit, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Hierbij ligt de focus op gevolgen voor de zorg voor cliënten die nu met behandeling in een Wlz-instelling verblijven. Voor de groep die momenteel zonder behandeling verblijft, verandert er immers niets.

Onderzoeksmethode

Het onderzoek is kwalitatief van aard en bestond uit interviews met stakeholders en instellingen. Op deze manier zijn ervaringen in de huidige situatie en verwachtingen ten aanzien van de overheveling in kaart gebracht. Het onderzoek geeft daarmee inzicht in de belangrijkste gevolgen, aandachtspunten en kansen, die volgens de gesproken partijen met de overheveling gepaard gaan.

5.2 Resultaten

Organisatie en levering van zorg: nu en straks

In de huidige situatie krijgen cliënten die verblijven in een Wlz-instelling met behandeling, de hulpmiddelen en farmaceutische zorg vanuit de Wlz bekostigd. De instelling heeft een eigen budget (op basis van de zorgzwaartepakketten van cliënten), waardoor de instelling regie heeft op de organisatie en levering van zorg. Hierdoor wordt ook de inkoop centraal geregeld. Met het oog op de integraliteit van zorg werken instellingen in de huidige situatie over het algemeen met één (instellings)apotheek en één of twee hulpmiddelenleveranciers samen.

Na de beoogde overheveling krijgen alle Wlz-clieënten de hulpmiddelen en farmaceutische zorg uit de Zvw bekostigd. De verwachting is dat de regie op de organisatie en levering van zorg verschuift van de instelling naar de zorgverzekeraar. De zorg wordt

na overheveling ingekocht door zorgverzekeraars, die met een preferentiebeleid voor geneesmiddelen werken en contracten afsluiten met verschillende hulpmiddelenleveranciers. Cliënten kunnen kiezen voor verschillende apotheken en hulpmiddelen. Instellingen krijgen daarom bij de organisatie en levering van de farmaceutische- en hulpmiddelenzorg, na overheveling met meerdere apotheken en hulpmiddelenleveranciers te maken.

Verandering voor cliënten en zorgverleners

Met de overheveling van de farmaceutische- en hulpmiddelenzorg van de Wlz naar de Zvw veranderen er een aantal zaken voor cliënten en zorgverleners.

- Cliënten kunnen na overheveling kiezen voor een zorgverzekeraar (en bijhorende contracten met hulpmiddelenleveranciers) en voor zorgaanbieders, zoals een apotheek.
- Zorgverleners krijgen te maken met verschillende merken genees- en hulpmiddelen voor hun cliënten.
- Zorgverleners moeten voor de levering van farmaceutische- en hulpmiddelenzorg aan hun cliënten (meer) afstemmen met verschillende hulpmiddelenleveranciers en apotheken.
- Cliënten krijgen medicatie en hulpmiddelen op naam geleverd, waardoor elke cliënt een individuele voorraad krijgt. Zorgverleners moeten de middelen op de juiste manier, individueel declareren bij de zorgverzekeraar.
- Cliënten krijgen te maken met een eigen risico en eigen bijdragen. De aanspraak op geneesmiddelen is smaller in de Zvw, waardoor er vaker eigen betalingen van toepassing zijn.

Aandachtspunten en kansen

Door de stakeholders en respondenten zijn diverse aandachtspunten en kansen van de overheveling van de farmaceutische- en hulpmiddelenzorg genoemd. Deze zijn weergegeven in tabel 1.

Tabel 1 Aandachtspunten en kansen van de overheveling

Onderwerp	Aandachtspunten	Kansen
Integraliteit van zorg	<ul style="list-style-type: none"> De Wlz-doelgroep gebaat is bij integrale zorg vanwege de complexe zorgvraag. Er zijn zorgen dat de coördinerende rol van de specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten kleiner wordt (of wegvalt) en dat het multidisciplinaire overleg wegvalt, waardoor de integraliteit van zorg afneemt. Ook doordat de inkoop van middelen niet meer geregisseerd wordt door de instelling, worden risico's voor integrale zorg verwacht. Dat zorgverleners met meerdere partijen moeten afstemmen vormt naar verwachting een risico voor integrale zorg. 	x
Afstemming	<p>Instellingen vrezen chaos door het individueel afstemmen met verschillende apotheken en hulpmiddelenleveranciers:</p> <ul style="list-style-type: none"> Eenduidige afspraken (over leveringstijden, medicatie-reviews etc.) gaan verloren. De afstemmingstijd tussen een specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten en de leveranciers is in de Zvw afgebakend, waar dat in de Wlz niet zo is. Dit terwijl er naar verwachting meer afgestemd moet worden na overheveling. 	x
Kwaliteit en veiligheid	<ul style="list-style-type: none"> Meer risico's op fouten door verschillende werkwijzen van bestellen en toedienen/gebruiken. Naar verwachting zullen de ICT-systemen van de verschillende leveranciers na overheveling niet op elkaar aansluiten. Hiermee vervalt de 'closed loop', waarmee de medicatieveiligheid gewaarborgd wordt. De trainingsfunctie van de hulpmiddelenleverancier gaat mogelijk verloren. Een aantal diensten die bij levering van farmaceutische zorg in een Wlz-instelling horen, zoals het afleveren van geneesmiddelen op maat en met spoed, farmacotherapeutisch overleg en geneesmiddelenbeheer op locatie, ontbreken in de Zvw. 	<p>Mogelijk meer kwaliteit door:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kwaliteitsstandaarden voor specifieke hulpmiddelen van zorgverzekeraars. Het openbreken van oude contracten. Hierdoor gaan er meerdere leveranciers in de markt opereren, waardoor instellingen van nieuwe (evidence-based) middelen gebruik kunnen maken, die wellicht de kwaliteit van zorg laten toenemen.

Onderwerp	Aandachtspunten	Kansen
Doelmatigheid	<p>Diverse stakeholders en instellingen zetten vraagtekens bij het behalen van doelmatigheidswinst door de overheveling:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verlies van regie op de zorg door de instelling en daardoor van integraal sturen op een doelmatige inzet van hulpmiddelen en medicatie. ▪ Mogelijk meer verspilling van hulpmiddelen door individueel gebruik. ▪ Mogelijk meer ritten voor bruikleen hulpmiddelen door verschillende leveranciers. ▪ Mogelijk meer trainingen voor gebruik van hulpmiddelen en toediening medicatie vanwege wisselende merken. 	<p>Voordelen op gebied van doelmatigheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zorgverzekeraars kunnen scherp inkopen, waardoor lagere tarieven worden gehanteerd. Dit leidt mogelijk tot kostenbesparing. ▪ Zorgverzekeraars doen na elke termijn een doelmatigheidstoets, om verspilling van hulp- en geneesmiddelen te voorkomen. ▪ Zorgverzekeraars hebben een kennispositie t.a.v. inkoop. ▪ Kosten en geldstromen worden inzichtelijk gemaakt. Meer inzicht in waar het geld naartoe gaat leidt biedt kansen voor doelmatigheidswinst.
Administratieve last	<p>Toenemende administratieve last voor zorgverleners door:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bestellen van medicatie en hulpmiddelen per cliënt, via verschillende zorgverzekeringen en polissen. ▪ Afstemmen met meerdere hulpmiddelenleveranciers en apotheken. ▪ Aanleveren van bewijslast voor het verkrijgen van specifieke medicatie of hulpmiddelen. <p>De extra tijd aan administratieve werkzaamheden gaat naar verwachting ten koste van de zorgtijd.</p>	x
Innovatie	<p>Mogelijk minder innovatie bij overheveling naar de Zvw wegens:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Niet-integrale afweging zorgverzekeraars. ▪ Wisselende afspraken met leveranciers over inzet innovatieve hulp- en geneesmiddelen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zorgverzekeraars hebben meer kennis en capaciteit op het gebied van innovaties. ▪ Zorgverzekeraars zijn op de hoogte van de laatste innovaties. ▪ Innovaties kunnen breed beschikbaar worden gesteld, vanwege de inkoop in grote volumes.
Gestroomlijnde overgang	x	Minder overgangsproblematiek vanwege de keuzevrijheid voor een bepaald merk hulpmiddel of medicatie.
Gelijkheid	x	Een uniforme behandeling van cliënten met een Wlz-indicatie draagt bij aan de rechtsgelijkheid.

Cliëntgroepen

De genoemde aandachtspunten gelden in principe voor alle cliëntgroepen. Wel zijn er kenmerken van de zorgvraag en situatie van de cliënt te benoemen die naar verwachting tot een grotere impact van de overheveling leiden. Deze factoren kunnen een rol spelen ongeacht de sector (gehandicaptenzorg, ouderenzorg, ggz) waar die cliënt zich in bevindt. Wel zijn er per sector aandachtspunten te noemen die samenhangen met deze risicofactoren:

- De intensiteit en complexiteit van de zorg: in het algemeen wordt verwacht dat hoe hoger de zorgzwaarte, hoe groter de impact van de overheveling. Dat geldt voor alle sectoren. Wel geldt specifiek voor cliënten in de ouderenzorg dat er relatief vaak sprake is van een instabiele situatie waardoor de complexiteit, de noodzaak tot wisselingen in middelengebruik, en daarmee de behoefte aan integrale zorg, toeneemt.
- De duur van de zorg: hoe langduriger de zorg, hoe groter de impact. Binnen de gehandicaptenzorg is de zorg veelal levenslang en levensbreed. Integrale zorg is hierdoor een extra punt van aandacht.
- De financiële situatie van de cliënt: verwacht wordt dat na overheveling de financiële situatie van de cliënt meer een rol gaat spelen bij het verkrijgen van optimale hulp- en geneesmiddelen. Hierbij wordt benadrukt dat het voor mensen in de gehandicaptenzorg veelal niet mogelijk is (geweest) een financiële buffer op te bouwen.
- De beschikbaarheid van mantelzorgers: in het algemeen wordt verwacht dat na overheveling de beschikbaarheid van mantelzorg belangrijker wordt voor de cliënt. Voor cliënten voor wie deze zorg niet beschikbaar is, wordt daarom meer negatieve impact verwacht.

Tot slot wordt er voor cliënten die beschermd wonen in de GGZ minder impact verwacht van de overheveling, omdat hier reeds sprake is van verblijf zonder behandeling. Daarnaast zijn GGZ-aanbieders veelal al bekend met meerdere financieringsstromen. Hierdoor ervaart de GGZ (met name instellingen voor beschermd wonen) mogelijk minder gevolgen van de overheveling dan de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg.

5.3 Slotbeschouwing

Dit onderzoek geeft een indruk van de belangrijkste gevolgen, aandachtspunten en kansen, die volgens de gesproken partijen met de overheveling van hulpmiddelen en farmaceutische zorg naar de Zvw gepaard gaan. Of en in welke mate deze verwachtingen ook daadwerkelijk bewaarheid worden na de overheveling, kan niet op basis van dit onderzoek met zekerheid worden gezegd. Desalniettemin benadrukken we dat uit het onderzoek belangrijke aandachtspunten voor de uitvoeringspraktijk naar voren komen.

Met name diversiteit in de inzet van middelen als gevolg van verschillen in preferentiebeleid en zorgpolissen, verschraling van de integraliteit van de zorg en toenemende lasten voor zorgverleners als gevolg van meer afstemming en administratie, zijn als risicovol te beschouwen. Deels worden deze knelpunten ook ervaren in de huidige praktijk waar Wlz-zorg zonder behandeling wordt geleverd, echter instellingen vinden hier soms creatieve oplossingen voor of zetten cliënten, indien de zorgzwaarte toeneemt, over naar een plaats met behandeling. Instellingen vrezen dat deze knelpunten, die nu nog behapbaar zijn, groter zullen worden als deze, als gevolg van de overheveling, straks gelden voor alle cliënten. Daarbij is de mogelijkheid er straks niet meer om een cliënt, indien de zorgzwaarte toeneemt, over te zetten naar een plaats met behandeling.

Uit het onderzoek komen enkele mogelijke oplossingen naar voren die de negatieve effecten van de overheveling deels zouden kunnen ondervangen. Zo kan er worden geleerd van ervaringen van anderen, en helpt het delen van goede voorbeelden en informatie naar verwachting ook mee. Daarnaast worden er suggesties gedaan om meer eenduidigheid in het beleid van zorgverzekeraars te verkrijgen of de keuzevrijheid van Wlz-cliënten met betrekking tot Zvw-zorg, toch in te perken. Deze oplossingen leiden er in feite toe dat de Zvw meer op de Wlz gaat lijken, en nog onduidelijk is of dit reële oplossingen zijn.

Al met al is het op basis van dit onderzoek onzeker of de doelen van de overheveling (zoals doelmatigheid) wel behaald zullen worden, en of de gewonnen keuzevrijheid voor deze kwetsbare doelgroep opweegt tegen het verlies van een integraal zorgaanbod en mogelijke veiligheidsrisico's die de overheveling met zich meebrengt. Het verdient daarom aanbeveling om te bekijken of de doelen van de overheveling niet op een andere wijze behaald kunnen worden, met minder negatieve gevolgen. Zo zijn er in de sector meerdere ideeën om de doelmatigheid van de Wlz-zorg te verhogen. Ook is te overwegen om de overheveling te beperken om de negatieve consequenties zoveel mogelijk te ondervangen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het beperken van de overheveling van hulpmiddelen tot de persoonlijke gebruiksmiddelen en niet de collectieve middelen over te hevelen. Ook kan er een onderscheid gemaakt worden tussen Wlz-cliënten. Hierbij valt eraan te denken om voor cliënten die 'thuis wonen', in een extramurale setting, de behandeling uit de Zvw te verstrekken, en voor cliënten die in een instelling verblijven, in een geclusterde setting, alle zorg uit de Wlz te bekostigen.

Bijlagen bij rapportage:

Gevolgen overheveling farmaceutische- en hulpmiddelenzorg

I Onderzoeksverantwoording

32

I Onderzoeksverantwoording

Om de gevolgen van de overheveling van de farmaceutische- en hulpmiddelenzorg in kaart te brengen, zijn we systematisch te werk gegaan. De quickscan is volgens onderstaande stappen uitgevoerd.

Fase 1. Deskresearch

In de eerste fase van onderzoek is deskresearch uitgevoerd. We hebben rapporten en beleidsstukken die specifiek ingaan op de achtergrond en context van het onderzoek bestudeerd. Daarbij hebben we in het bijzonder gekeken naar informatie over te verwachten aandachtspunten voor de overheveling. Hieruit is een overzicht met mogelijke aandachtspunten opgesteld.

Fase 2. Praktijkonderzoek: gesprekken met stakeholders

In de tweede fase van het onderzoek zijn interviews uitgevoerd met stakeholders, om vanuit verschillende perspectieven zicht te krijgen op aandachtspunten van de overheveling. Stakeholders met een vergelijkbaar perspectief zijn – waar mogelijk – samen in een groep geplaatst. Er hebben 10 gesprekken plaatsgevonden met in totaal 30 personen van 15 organisaties. Enkele gesprekken waren specifiek op hulpmiddelenzorg of farmaceutische zorg gericht. Hierdoor kwam het voor dat met sommige stakeholders twee keer gesproken is, zowel over hulpmiddelen als over farmaceutische zorg.

Tabel 2 Betrokken stakeholders

Type organisatie	Organisatie(s)
Zorgverzekeraars Nederland	VGZ, CZ, Zilveren Kruis, Menzis
Brancheorganisaties van zorgaanbieders	ActiZ, VGN, de Nederlandse GGZ, Valente
Brancheorganisaties van apothekers	KNMP
Brancheorganisaties van hulpmiddelen	FHI (o.a. Diatrust, Benudirect, Mediq)
Koepel van specialisten	Verenso, NVAVG
Belangenorganisaties	Ieder(in), LOC, Patiëntenfederatie

Alle deelnemers kregen voorafgaand aan het gesprek een gesprekstoelichting opgestuurd, ter voorbereiding van het gesprek. Tijdens de gesprekken zijn aantekeningen gemaakt, die vervolgens zijn uitgewerkt tot een verslag. Alle deelnemers hebben het gespreksverslag toegestuurd gekregen zodat zij hier eventuele feedback op konden geven.

De aandachtspunten die uit de gesprekken naar voren zijn gekomen, vormden de input voor de volgende fase van te voeren gesprekken.

Fase 3. Praktijkonderzoek: interviews met Wlz-instellingen

Na de gesprekken met stakeholders zijn er interviews uitgevoerd met Wlz-instellingen, om meer zicht te krijgen op de organisatie en levering van zorg in de uitvoeringspraktijk. De interviews vonden in principe plaats met twee medewerkers van een Wlz-instelling, vaak met iemand die zicht heeft op de zorginkoop van farmaceutische- en hulpmiddelenzorg en iemand die zicht heeft op de zorgverlening. We spraken onder andere met medewerkers in de functie van manager behandeling, zorgverlener, controller of adviseur zorginkoop. Bij een aantal interviews sloot ook een instellingsapothek aan. Deze gesprekken vonden over het algemeen met 3 deelnemers plaats (2 medewerkers van de instelling en 1 medewerkers van de instellingsapothek).

Via de koepels en brancheorganisaties zijn we in contact gebracht met een aantal instellingen binnen de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en ggz. In totaal zijn er 7 interviews uitgevoerd. Onderstaand overzicht geeft de kenmerken weer van de instellingen die we gesproken hebben en door welke brancheorganisatie ze zijn aangedragen.

Tabel 3 Kenmerken betrokken instellingen en instellingsapotheken

Zorgsector	Type organisatie	Regio	Aangedragen door
Ouderenzorg	Instelling + instellings-apotheek	Midden-Brabant	KNMP
Ouderenzorg	Instelling	West-Brabant	ActiZ
Ouderenzorg	Instelling	Utrecht en Gelderland	ActiZ
Gehandicaptenzorg	Instelling + instellings-apotheek	Heel Noord-Brabant	KNMP
Gehandicaptenzorg	Instelling	Door heel Nederland	VGN
Gehandicaptenzorg	Instelling	Zuid-Holland	VGN
GGZ	Instelling + instellings-apotheek	Drenthe	KNMP

Alle deelnemers kregen voorafgaand aan het gesprek een gesprekstoelichting opgestuurd, ter voorbereiding van het gesprek. Tijdens de gesprekken zijn aantekeningen gemaakt, die vervolgens zijn uitgewerkt tot een verslag. Alle deelnemers hebben het gespreksverslag toegestuurd gekregen zodat zij hier eventuele feedback op konden geven.