

Advies bekostiging

Kennis en zorg voor laag volume hoog complexe doelgroepen

in de Wet langdurige zorg

Inhoud

| | |
|---|-----------|
| Inhoud | 2 |
| Vooraf | 3 |
| Leeswijzer | 3 |
| Dankwoord en verantwoording | 3 |
| Managementsamenvatting | 4 |
| 1. Opdracht en context | 6 |
| 1.1 Opdracht aan de NZa | 7 |
| 1.2 Huidige situatie | 7 |
| 1.3 Noties bij het KPMG rapport | 9 |
| 1.4 Relatie met andere projecten en onderwerpen | 11 |
| 2. Bekostiging kenniscentrum | 13 |
| 2.1 Taken en rol kenniscentrum | 13 |
| 2.2 Bekostiging kenniscentrum | 13 |
| 3. Bekostiging doelgroepexpertisecentra en satellieten | 17 |
| 3.1 Taken, rol en criteria DEC en SAT | 17 |
| 3.2 Bekostiging DEC en SAT | 18 |
| 4. Financiële impact | 23 |
| 4.1 Inleiding | 23 |
| 4.2 Berekening financiële impact bekostiging kenniscentra | 23 |
| 4.3 Berekening financiële impact bekostiging DEC en SAT | 24 |
| 4.4 Uitvoeringskosten NZa | 26 |
| 5. Implementatieplanning | 27 |
| 5.1 Implementatieplanning van bekostiging van kennis | 27 |
| 5.2 Implementatieplanning van bekostiging van zorg | 27 |
| BIJLAGE 1. AFWEGINGSKADER BEKOSTIGINGSOPTIES ZORG LVHC-DOELGROEPEN | 29 |
| BIJLAGE 2. SAMENVATTING CONSULTATIE | 31 |

Vooraf

In mei 2019 verscheen het KPMG-rapport 'Expertisecentra langdurige zorg (Wlz)'. Naar aanleiding hiervan heeft het ministerie van VWS de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op 3 september 2019 gevraagd om advies te geven over de bekostiging van de kennis en de zorg voor de laag volume hoog complexe (lvhc) doelgroepen in de Wet langdurige zorg (Wlz), op basis van het KPMG-rapport. Dit rapport bevat dat advies.

Leeswijzer

Bij de samenstelling van dit rapport is de voorgestelde inrichting uit het KPMG-rapport gevolgd. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen kenniscentra, doelgroepenexpertisecentra en satellieten. In ons advies hebben we dit onderscheid overgenomen bij het beschrijven van de bekostigungsopties. Het rapport is als volgt opgebouwd:

- Hoofdstuk 1 gaat in op de aanleiding van de opdracht aan de NZa, de huidige situatie en op het advies van KPMG. Ook worden enkele kanttekeningen bij het KPMG-rapport geplaatst en relaties met andere projecten en ontwikkelingen aangegeven.
- In hoofdstuk 2 worden opties voor de bekostiging van de kenniscentra behandeld, met de afwegingen daarbij en de implicaties van de verschillende keuzemogelijkheden bij de invoering en de uitvoering.
- In hoofdstuk 3 worden opties voor bekostiging van de doelgroepexpertisecentra en de satellieten beschreven met de afwegingen.
- De financiële impact van de bekostiging voor de lvhc-doelgroepen wordt behandeld in hoofdstuk 4. De berekeningsmethodiek wordt toegelicht, met aannames, voorbehouden. Ook worden in dit hoofdstuk de uitvoeringskosten voor de NZa aangegeven.
- Hoofdstuk 5 bevat de implementatieplanning.

Dankwoord en verantwoording

Dit advies is tot stand gekomen met medewerking van een aantal partijen die we bedanken voor hun openheid en medewerking. Ten eerste bedanken we de belangenverenigingen van patiënten/cliënten en de zorgaanbieders van de doelgroepen. Zij hebben aan dit advies meegewerkt door onze vragen te beantwoorden en cijfermatige onderbouwingen te geven. Dit advies betreft hen en had niet tot stand kunnen komen zonder hun hulp. Verder bedanken we koepelverenigingen, brancheverenigingen, Zorgverzekeraars Nederland, zorgkantoren en Zorginstituut Nederland voor hun inbreng en meedenken.

Managementsamenvatting

De Wet langdurige zorg (Wlz) kent een aantal specifieke groepen cliënten met een relatief klein aantal, terwijl de zorgbehoefte zeer complex is. De huidige infrastructuur in de langdurige zorg voorziet onvoldoende in de benodigde kennis om de zorg te leveren die de cliënt nodig heeft.

KPMG wijst in haar rapport tien lvhc-doelgroepen aan:

- Ziekte van Huntington
- Syndroom van Korsakov
- Langdurige bewustzijnsstoornis
- Kinderen/jongeren met NAH
- Multiple Sclerose
- Gerontopsychiatrie
- Dementie met zeer ernstige gedragsproblemen
- Licht verstandelijke beperking met bijkomende problematiek
- Matige of ernstige verstandelijke beperking met zeer ernstige gedragsproblematiek
- NAH met bijkomende problematiek

In totaal zijn er 18 doelgroepen. De andere 8 hebben een hoger volume en vallen niet direct onder de reikwijdte van het rapport.

KPMG stelt voor om een kennisinfrastructuur per doelgroep te ontwikkelen met een kenniscentrum, expertisecentra en satellieten. VWS heeft de NZa gevraagd advies te geven over hoe deze structuur bekostigd kan worden en wat de financiële impact is.

Hoewel er op diverse punten en bij diverse partijen vraagtekens zijn of de voorgestelde structuur in het KPMG rapport daadwerkelijk voor alle doelgroepen de oplossing is, geeft de NZa in dit advies een aantal opties voor bekostiging van zowel het kennisdeel als het zorgdeel van de infrastructuur. Ook maken we een inschatting van de financiële impact en geven we een implementatieplanning.

Voor de bekostiging van de kenniscentra voor de lvhc-doelgroepen zoeken we naar een structurele en bestendige bekostiging die zo dicht mogelijk ligt bij wat zorgpartijen nu al doen zonder tussenkomst van derden. Hiervoor ziet de NZa twee opties:

1. Het verder verkennen van de inzet van "Algemene dienstverlening ten bate van verzekerde zorg" (ADZ). Deze prestatie is bedoeld om zaken te financieren die niet direct zorg betreffen, maar wel noodzakelijk zijn om zorgnetwerken mogelijk te maken. Met de inzet van deze prestatie, krijgen zorgkantoren een betaaltitel voor het inkopen van kennis voor de lvhc-doelgroepen. Zij kunnen daarmee landelijk de kennis organiseren en inkopen. Deze prestatie sluit aan bij de reguliere zorginkoop en bij wat de zorgpartijen tot nu toe al hebben neergezet qua kennisontwikkeling.
2. Een subsidie waar de kenniscentra een beroep op kunnen doen. Zorgpartijen ervaren een subsidie vaak als tijdelijk, waarbij iedere periode opnieuw een aanvraag gedaan moet worden om financiering te mogen ontvangen, waarbij het nooit zeker is of die ook toegekend wordt. Een subsidie is meer te zien als een tijdelijk middel om iets op poten te zetten. Een subsidie zet de kennisontwikkeling ook buiten de huidige markt omdat dan vaak een derde als subsidieverstrekker gaat optreden, wat onwenselijk is.

Voor de bekostiging van de zorg voor de lvhc-doelgroepen ziet de NZa twee opties. Dit is naast de mogelijkheid die de huidige reguliere zorginkoop kent om maximumtarieven af te spreken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. Daarmee kan de zorg voor de lvhc doelgroep bekostigd worden. Deze optie vergt geen nieuwe regelgeving en kan per direct ingezet worden. Toch zijn er gevallen waarin deze mogelijkheid niet of onvoldoende werkt. Daarom schetsen wij twee andere opties:

1. Een aangepaste meerzorgregeling. Hiermee kan voor zowel het individu als voor een groep de extra zorg bovenop het zzp voor de lvhc-doelgroepen aangevraagd worden bij het zorgkantoor. Deze optie doet het meest recht aan de individuele cliëntvraag. Een uniforme afhandeling van aanvragen is een voorwaarde. Tevens moet er regelgeving aangepast worden.
2. Een toeslag bovenop het zzp per lvhc doelgroep. Deze wordt per cliënt gedeclareerd. De NZa stelt maximumtarieven vast en in de onderhandeling tussen zorgaanbieder en zorgkantoor wordt het uiteindelijke tarief afgesproken. Nadeel van deze optie is dat de toeslagen elke drie jaar herijkt moeten worden en er nauwelijks kosteninformatie voorhanden is. De richtlijnen die ontwikkeld worden per lvhc doelgroep moeten handvatten geven om te kunnen doorrekenen naar kosten.

De financiële impact van de bekostiging van de kenniscentra voor de lvhc-doelgroepen wordt geschat op maximaal € 9,3 miljoen voor 10 doelgroepen en op maximaal € 17,7 miljoen voor 18 doelgroepen. De financiële impact van de bekostiging van de zorg voor de lvhc-doelgroepen is lastiger inschatten vanwege het niet beschikbaar zijn van kostengegevens.

Met de nodige voorbehouden wordt de financiële impact van de bekostiging van de zorg geschat op maximaal € 40,5 miljoen voor 6 doelgroepen en op maximaal € 79,3 miljoen voor 10 doelgroepen. Een financiële impactschatting voor 18 doelgroepen kent zoveel voorbehouden dat dit geen meerwaarde biedt.

Een implementatieplanning voor de invoer van ADZ voor de bekostiging van de kenniscentra voor de lvhc-doelgroepen is niet te geven. Verkennend onderzoek is nodig om de impact daadwerkelijk te voorzien en deze optie in de Wlz goed te laten werken. Hierbij zijn mogelijk wettelijke aanpassingen nodig. Invoer per 2021 is daardoor waarschijnlijk niet mogelijk. Een tussenoplossing tot invoer van ADZ zou een subsidie kunnen zijn.

Voor de bekostiging van de zorg van de lvhc-doelgroepen start de implementatieplanning bij het moment dat een doelgroep richtlijnen heeft ontwikkeld die om te rekenen zijn naar kosten. Vanaf dat moment is de inschatting dat er voor de meerzorgregeling vier maanden en voor de toeslagen zes maanden (per toeslag) nodig zijn voor onderzoek om te weten op welke punten regelgeving aangepast moet worden door VWS. Na het aanpassen van de regelgeving (dit is een onzekere variabele) is er voor beide opties vier maanden nodig om de regelgeving gereed te maken voor inkoop.

1. Opdracht en context

De Wet langdurige zorg (Wlz) kent een aantal specifieke groepen cliënten met een relatief klein aantal, terwijl de zorgbehoefte zeer complex is. Het gaat om cliënten waarvoor specifieke kennis nodig is om de kwaliteit van zorg te kunnen leveren die zij nodig hebben. Het ministerie van VWS stelt vast dat de huidige infrastructuur in de langdurige zorg suboptimaal is. Het voorziet onvoldoende in de benodigde kennis om kwaliteit van leven van de cliënt te verbeteren. In verband hiermee heeft VWS aan KPMG gevraagd:

- te onderzoeken wat de laagvolume, hoog complexe (lvhc) doelgroepen in de Wlz zijn en tegen welke knelpunten zij aanlopen rondom kennis en kunde.
- een advies uit te brengen hoe de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid voor deze doelgroepen geborgd kan worden, in sturing en stelsel.

In mei 2019 heeft KPMG haar rapport over dit onderzoek uitgebracht. Zij benoemt daarin tien lvhc-doelgroepen (aantal geschatte Wlz-cliënten tussen haakjes):

- Ziekte van Huntington (300)
- Syndroom van Korsakov (1.500)
- Langdurige bewustzijnsstoornis (100-150)
- Kinderen/jongeren met NAH (aantal onbekend)
- Multiple Sclerose (1.000)
- Gerontopsychiatrie (<1.000)
- Dementie met zeer ernstige gedragsproblemen (<1.000)
- Licht verstandelijke beperking met bijkomende problematiek (400-500)
- Matige of ernstige verstandelijke beperking met zeer ernstige gedragsproblematiek (circa 100)
- NAH met bijkomende problematiek (300-500)

In het rapport worden nog 8 andere doelgroepen benoemd. Deze hebben een hoger volume en vallen daardoor niet direct onder de reikwijdte van het rapport.

De voorgestelde oplossing in het rapport is het ontwikkelen van een kennisinfrastructuur per doelgroep met een kenniscentrum, expertisecentra en satellieten. Om dit te realiseren is het nodig om te komen tot:

1. kwaliteitscriteria waaraan de organisaties in de kennisinfrastructuur moeten voldoen.
2. adequate bekostiging van deze organisaties in de kennisinfrastructuur.
3. sturing op het 'aanwijzen' van de organisaties in de kennisinfrastructuur.

1.1 Opdracht aan de NZa

Het ministerie van VWS heeft de NZa gevraagd om te adviseren over de bekostiging van de kennisinfrastructuur die KPMG in haar rapport voorstelt, met de volgende uitgangspunten:

- Bekostiging van kennisontwikkeling en van gespecialiseerde zorg.
- Het gaat om cliënten met een Wlz indicatie.
- Er komt één type (organisatie)structuur.
- Per doelgroep is een verschillend tempo mogelijk.
- Per 2021 kunnen de eerste doelgroepen in de nieuwe structuur.
- De NZa kan zelf doelgroepen toevoegen indien relevant.
- Samenwerking met alle partijen bij totstandkoming advies.
- Zoveel mogelijk inpasbaar binnen huidige juridische en financiële kaders.

In het advies dienen de volgende onderdelen naar voren te komen:

1. Aard van de mogelijke prestaties waarmee de bekostiging vorm kan worden gegeven.
2. Financiële impact van het advies.
3. Planning van de realisatie, met zorgvuldigheid voor snelheid
4. Uitvoeringskosten van de NZa.

1.2 Huidige situatie

Tijdens het samenstellen van het advies hebben we gesproken met zorgaanbieders en patiëntenverenigingen van alle 18 doelgroepen uit het KPMG rapport. Het doel hiervan was om een beeld te krijgen van de problematiek van deze doelgroepen ten aanzien van het ontwikkelen van kwaliteit, kennis en bekostiging. Vervolgens zijn verdiepingsgesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de 10 lvhc-doelgroepen, met als doel inhoudelijke verdieping omtrent een passende structuur van de bekostiging en de financiële implicaties. In dit hoofdstuk geven we een weergave van de relevante onderwerpen uit deze gesprekken.

Alle doelgroepen geven aan netwerken te hebben opgericht, geïnitieerd vanuit de samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders. Een aantal doelgroepen heeft hiervoor financiële ondersteuning ontvangen van het ministerie van VWS, de NZa of het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). Een aantal doelgroepen dekt de kosten uit bijdragen van partijen die deelnemen aan het netwerk. De zorgprofessionals voeren werkzaamheden uit voor het netwerk, zoals het bijwonen van bijeenkomsten, uitvoeren van onderzoek en geven van scholingen. Een aantal doelgroepen kent afspraken over het detacheren van zorgprofessionals aan het netwerk. Er zijn samenwerkingen met universitaire medisch centra, hogescholen en hoogleraren, welke soms door zorgaanbieders gefaciliteerd worden. Deze samenwerking vertoont veel kenmerken van de structuur van het KC zoals omschreven in het KPMG-rapport. Bij met name de wat verder ontwikkelde netwerken heeft het KC een onafhankelijk positie. Deze onafhankelijke positie wordt door de KC's als waardevol en randvoorwaardelijk ervaren voor een goede samenwerking met alle betrokken aanbieders.

Daarnaast werkt een aantal KC's al samen met patiëntenverenigingen. In deze vorm van samenwerking maken de netwerken gebruik van elkaars kennis en faciliteiten. De taken die reeds bestaande KC's uitvoeren komen (nog) niet geheel overeen met het advies van het KPMG rapport. De mogelijkheden die een KC heeft zijn afhankelijk van de inkomsten. Zo kan een KC enkel middelen hebben om een bescheiden bureau in stand te houden dat minimaal coördineert en afspraken initieert.

Aan de andere kant van het spectrum treffen we KC's aan die onderzoek initiëren en coördineren, ondersteunen bij onderzoeksaanvragen en scholingen ontwikkelen. Inkomsten worden onder andere gegenereerd uit contributies, scholingen, giften en fondsen. De uitvoering van onderzoek vindt vooral plaats binnen de gespecialiseerde centra (DEC in de KPMG terminologie). De zorgaanbieders die onderzoek doen, zorgen vooral zelf voor de financiering, waarvan een gedeelte uit fondsen, giften of subsidies en voeren dit ook zelfstandig uit.

Kennis wordt volgens de meeste doelgroepen gedeeld binnen de netwerken, maar sommige partijen zijn van mening dat dit beter kan en dat hierin ook meer samen opgetrokken kan worden. De coördinerende rol van een KC of overkoepelende partij hierin wordt door de doelgroepen aangegeven als wenselijk.

In het KPMG rapport worden vier knelpunten benoemd waardoor de kennisontwikkeling en -deling suboptimaal is. Die belemmeringen worden herkend in de gesprekken die we gevoerd hebben. Literatuuronderzoek naar evidence-based practice werken in de langdurige zorg ondersteunt deze bevindingen ook. Het bestaan van de netwerken wordt door zorgaanbieders als kwetsbaar ervaren doordat zorgaanbieders geen verplichting hebben om aangesloten te zijn bij een netwerk. Veranderende prioritering door management¹ maakt het voortbestaan van een netwerk en de kennisontwikkeling onzeker. Daarnaast wordt door partijen die deelnemen aan het netwerk het stellen van eisen aan zorgaanbieders voor toelating tot het netwerk, het vragen van contributiegelden en het hebben van onderling contact² benoemd als mogelijkheden om de deelname aan het netwerk aantrekkelijker te maken. Tevens is de mening dat de zorgaanbieders zich dan meer verantwoordelijk voelen voor het netwerk. Doordat de zorgaanbieders individueel onderzoek bekostigen en uitvoeren, wordt de kennis niet of soms beperkt gedeeld.

Op dit moment worden contributies aan de netwerken bekostigd vanuit de zorggelden. Doordat de zorg als complex en zwaar wordt ervaren door de zorgaanbieders en er advies en gespecialiseerde scholing aan zorgverleners en mantelzorgers noodzakelijk is, is de veronderstelling van de zorgaanbieders dat in veel gevallen de huidige zorggelden ontoereikend zijn.

Vervolgstappen in de kennisontwikkeling (richtlijnen, implementatie, schrijven onderzoeksvoorstel) worden op dit moment vaak niet bekostigd vanuit een subsidie of contributiegelden. Ook wordt door sommige veldpartijen aangegeven dat onderzoek in de langdurige zorg lastig en minder interessant is dan de curatieve zorg, waardoor onderzoek minder regelmatig wordt gesubsidieerd door financieringsorganisaties.³ Hierdoor wordt het aanvragen van subsidie voor de laagvolume doelgroepen als extra lastig ervaren. Een gevolg hiervan is dat alleen kleine onderzoeksvragen opgepakt kunnen worden. Tevens is het doen van effectiviteitsstudies niet altijd mogelijk in de langdurige zorg en wordt practice based onderzoek nog weinig ondersteund.

¹ Chang HC, Russell C, Jones MK. Implementing evidence-based practice in Taiwanese nursing homes attitudes and perceived barriers and facilitators. *J Gerontol Nurs.* 2010;36(1):41-8.

² Van Achterberg T, Schoonhoven L, Grol R. Nursing implementation science: How evidence-based nursing requires evidence-based implementation. *J Nurs Scholarsh.* 2008;40(4):302-10.

³ Couwenbergh BTLE, Heymans JM, Hopman AM, Parmentier CC, Verstijnen IM, van der Zwaag AM. Passend Onderzoek effectiviteit Langdurige Zorg. *Ned Zorginstituut.* 2014;2012-5.

Als laatste is door de partijen aangegeven dat het ontwikkelen en delen van kennis op dit moment nauwelijks onderwerp van gesprek met de zorgkantoren is tijdens de zorginkoop.

Alle partijen delen de mening dat de kennisontwikkeling en -deling kan verbeteren in de langdurige zorg voor de laag volume hoog complexe doelgroepen. Structurele bekostiging is een randvoorwaarde om dit te bewerkstelligen en in stand te houden. Veel doelgroepen kennen al samenwerkingsverbanden waarop voortgeborduurd kan worden. De partijen verwachten dat wanneer de kennis -en expertisecentra officiële erkenning krijgen, het makkelijker wordt om financiering te verkrijgen.

1.3 Noties bij het KPMG rapport

Als uitgangspunt voor ons advies hebben wij het KPMG rapport genomen, met de daarin voorgestelde organisatiestructuur. Bij de totstandkoming van ons advies hebben wij enkele overdenkingen bij het rapport gehad die wij hier meegeven. Deze kunnen van belang zijn voor de afwegingen die mede naar aanleiding van ons advies worden gemaakt.

- Er zijn vraagtekens of de structuur zoals in het KPMG rapport wordt voorgesteld de best passende structuur is. In deze structuur wordt bijvoorbeeld een duidelijk onderscheid gemaakt tussen kenniscentra en doelgroepexpertisecentra. Veel doelgroepen geven aan dat het van essentieel belang is dat er een mechanisme ontstaat dat samenwerking tussen KC, DEC en SAT borgt. De Commissie Expertise Langdurige zorg (CELZ) herkent ook deze geluiden en is daarover in gesprek met het ministerie. Daarbij worden ook andere invullingen/structuren verkend, waarbij ook geleerd kan worden van de wijze waarop in andere sectoren kennisontwikkeling geborgd wordt en er ook nadrukkelijk aandacht is voor de doelmatigheid. De uitkomst van de discussie over de best passende structuur heeft consequenties voor de vorm van bekostiging die hierbij het beste past. Conform het verzoek geven wij in dit advies opties voor bekostiging van de door KPMG uitgewerkte structuur. Mocht de uiteindelijke structuur anders ingevuld worden, dan ligt het derhalve voor de hand dat wij opnieuw analyseren welke gevolgen dit heeft voor de bekostigingsopties.
- Het opzetten van nieuwe kenniscentra wordt door een aantal partijen die wij gesproken hebben gezien als weer een nieuwe structuur, die tevens versnippering over ziektebeelden heen in de hand werkt. Het in het KPMG rapport voorgestelde model lijkt voor diverse goed georganiseerde lvhc-doelgroepen geschikt te zijn, maar niet is aangetoond dat dit ook geldt voor een aantal kleinere (nog minder goed georganiseerde) doelgroepen. Wij vinden het vanuit doelmatigheidsoverwegingen belangrijk dat voor het inrichten van de structuur zoveel mogelijk wordt aangesloten bij wat er al is, bijvoorbeeld universiteiten die onderzoek doen naar de doelgroepen.
- Er heeft geen diepgaand onderzoek plaatsgevonden naar de reden waarom de kwaliteit en kennisontwikkeling voor deze lvhc-doelgroepen achter blijft. Er wordt verondersteld dat de wijze van bekostiging hier mede debet aan is. Dit is echter niet grondig onderzocht en vastgesteld. Zijn de zorgkantoren voldoende betrokken geweest bij de analyse naar de oorzaken van achterblijvende kwaliteit? En wat is hun visie hierop? Voordat nieuwe bekostiging of nieuwe structuren worden opgezet, lijkt het eerst noodzakelijk deze vraag heel goed te onderzoeken. Het antwoord missen we in het rapport.

- De wens tot concentratie verschilt sterk per doelgroep. Veelal is ook gewezen op een alternatieve structuur waarin mobiele teams worden gefaciliteerd om zorgaanbieders te ondersteunen die een beperkt aantal van de Ivhc cliënten in zorg hebben. Deze optie wordt in het KPMG rapport ook genoemd onder de taken van een expertise centrum. Uit de interviews komt naar voren dat dit voor een aantal doelgroepen zeer de gewenste inrichting is.
- In het KPMG-rapport is opgenomen dat de huidige inkoopstructuur vanuit zorgkantoorregio's niet goed aansluit op de wens tot 10 DEC's. Zorgkantoorregio-overschrijdende afspraken zijn nodig ten behoeve van de inkoop. Om deze organisatie van inkoop (representatie) te bereiken, zijn eerst beleidsmatige en strategische vragen en/of oplossingen aan de orde. Daarna moet worden onderzocht of en welke aanpassingen in wet- en regelgeving nodig zijn om dit mogelijk te maken. Het gaat hier mede om regelgeving buiten de invloedssfeer van de NZa, bijvoorbeeld regelgeving van VWS.
- In het advies van KPMG is tot uitgangspunt genomen dat DEC en SAT samenwerken.⁴ Ook in brieven van VWS is een wens opgenomen dat expertisecentra gaan samenwerken met andere zorgaanbieders die wonen en zorg op het juiste niveau aan de net wat minder complexe cliënten kunnen bieden, omdat zij samenwerken met het expertisecentrum.⁵ Ook bestaat op het vlak van kennisinfrastructuur en expertisecentra een wens tot afspraken tussen specialistische aanbieders over aanbod, specialismen en kennisdeling. Wij hebben over dergelijke samenwerkingen niet gesproken met de ACM (Autoriteit Consument & Markt) inzake mededingingsaspecten. Zij hebben niet getoetst in hoeverre die samenwerkingen zijn toegestaan. Bezien kan worden in hoeverre zo'n toetsing nog nodig is.
- KPMG stelt dat een juridische analyse nodig is van het moeten voldoen aan de door het veld opgestelde kwaliteitscriteria om gebruik te kunnen maken van de bekostiging.⁶ Dit om mogelijke knelpunten en oplossingen inzichtelijk te krijgen. Een dergelijke juridische analyse maakte geen onderdeel uit van de opdracht aan de NZa. De NZa is echter wel van mening dat deze juridische analyse inderdaad nodig is.

⁴ KPMG-rapport, o.a.:

p. 3: "Constructie met samenwerking tussen DEC en satellieten zorgt voor beter regionaal toegankelijk en passend maken van bestaand aanbod";

p. 20: "DECs (doelgroepexpertisecentra) en satellieten bieden gezamenlijk een landelijk dekkend netwerk van hoogspecialistische zorg. De samenwerking tussen beiden is fysiek (ambulante teams) of op afstand (digitaal) in te richten."

⁵ In de brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer van 3 september 2019, kenmerk 1567227-194072-LZ, wordt gesteld (p. 2) (nagenoeg gelijke passage is opgenomen in de brief van de Minister aan de NZa van 3 september 2019, kenmerk 1567251-194072-LZ): "Het expertisecentrum werkt samen met zorgaanbieders (KPMG noemt dat satellieten) die wonen en zorg op het juiste niveau aan de net wat minder complexe cliënten kunnen bieden, omdat zij samenwerken met het expertisecentrum."

⁶ In het rapport "Expertisecentra langdurige zorg (Wlz)" van KPMG is o.a. op p. 29 het volgende opgenomen (op diverse plaatsen soortgelijke teksten):

"Aanwijzing van DEC's, satellieten en KC's kan wat ons betreft daarom op drie manieren worden georganiseerd:

(...) 2. Via gestelde voorwaarden aan de bekostiging: De NZa stelt voorwaarden aan de bekostiging: er moet worden voldaan aan de door het veld opgestelde kwaliteitscriteria om gebruik te kunnen maken van de (groeps)meerzorgregeling of de bekostigingstitel voor de academische component. (...) Ons advies aan VWS is om de NZa aan te wijzen voor het opstellen en vastleggen van voorwaarden aan de bekostiging (optie 2) vanwege de volgende redenen: (...) Om dit te bereiken dienen de volgende stappen te worden doorlopen:

De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) stelt doelen aan tarief-en prestatieregulering. Een juridische analyse van de aansluiting van optie 2 (voorwaarden aan de bekostiging) bij de doelen van de Wmg is nodig, om mogelijke knelpunten en oplossingen inzichtelijk te krijgen. (...)"

- Zo nodig kan VWS die analyse in samenwerking met de NZa uitvoeren bij de verdere ontwikkeling en vormgeving van de bekostiging.
- Het definiëren van de doelgroepen is niet altijd eenduidig; doelgroepen overlappen soms en cliënten met een bepaalde aandoeningen kunnen later ook een andere aandoening ontwikkelen (bijvoorbeeld een cliënt met zeer ernstig verstandelijk en meervoudige beperking die naarmate hij/zij ouder wordt ook dementie ontwikkelt).
 - Een aantal laag volume en hoog complexe doelgroepen is wel genoemd⁷ in het KPMG rapport, maar uiteindelijk is door hen een keuze gemaakt voor tien doelgroepen. Omdat wij als NZa regelgever zijn voor zorgaanbieders en zorgkantoren voor alle cliënten in de langdurige zorg hebben wij in ons advies zoveel mogelijk rekening gehouden met de toepasbaarheid voor alle doelgroepen.

1.4 Relatie met andere projecten en onderwerpen

De bekostiging van de zorg en kennis voor lvhc-doelgroepen raakt andere projecten en ontwikkelingen. Voor het advies is getoetst in hoeverre deze elkaar beïnvloeden. Hier volgt een korte duiding van deze projecten en de relevantie voor dit advies.

- Integrale vergelijking
Op dit moment behoeft de Integrale vergelijking nog verdere uitwerking voordat uitspraken kunnen worden gedaan over de inpasbaarheid van de bekostiging van de lvhc-doelgroepen in een systematiek met integrale vergelijking. De verwachting is wel dat vanwege de aard van deze bekostigingssystematiek de bekostiging van lvhc goed inpasbaar is in de toekomst.
- Kwaliteitsmiddelen verpleeghuiszorg
De kwaliteitsmiddelen⁸ verpleeghuiszorg zijn bedoeld om de reguliere zorg in verpleeghuizen naar een hoger niveau te brengen en te laten voldoen aan het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Er bestaat ruimte om deze middelen ook in te zetten voor de zorg voor de lvhc-doelgroepen. Bijvoorbeeld voor meer personeel tijdens drukke momenten. Mogelijk voorziet de regeling niet in al het noodzakelijk personeel voor de lvhc-doelgroepen. Zo is het kwaliteitskader primair gericht op verpleeghuiszorgen is het mogelijk dat er bij de lvhc-doelgroepen meer behandelaren nodig zijn. De kwaliteitsmiddelen worden in 2022 opgenomen in de reguliere tarieven, als dekking voor de zorg in verpleeghuizen, voor zover daar in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg richtlijnen voor zijn opgenomen. Mogelijk is er dus sprake van samenloop met dit advies.
- Programma Volwaardig leven
Het programma Volwaardig leven⁹ van het ministerie van VWS bevat twee actielijnen die raken aan het onderzoek van KPMG en aan ons advies. In actielijn 1 worden 100 extra plekken gecreëerd voor cliënten met een complexe zorgvraag, startend in 2020. De kosten (opstart en zorg) voor het creëren van de extra plekken worden in het eerste jaar gedekt uit middelen in de huidige contracteerruimte. Zorgaanbieder en zorgkantoor maken hierover afspraken. Deze plekken zijn deels bedoeld voor de lvhc-doelgroepen waar het KPMG rapport en ons advies over gaan, onder andere sglvg en sgevg.

⁷ KPMG rapport Expertisecentra langdurige zorg (Wlz), definitieve versie: 21 mei 2019, blz. 39

⁸ Kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg zoals beschreven in de Beleidsregel Budgettair kader Wlz 2020.

⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/09/30/programma-volwaardig-leven>

Ons advies gaat over bekostiging van zorg op ook deze 100 plekken, maar pas na het eerste jaar. In het eerste jaar zijn de zorgaanbieders immers al voorzien van financiering. Dit maakt registratie van de 100 plekken noodzakelijk, zodat bij deze zorgaanbieders geen dubbele oplossing (en financiering) geïmplementeerd wordt.

Andersom geldt ook: als we de bekostiging van de lvhc-doelgroepen veranderen, moeten deze na jaar 1 ook geen onderdeel meer uitmaken van de oplossing uit het programma Volwaardig leven, maar meedraaien in de reguliere bekostiging.

- In actielijn 2 van het programma Volwaardig leven wordt ingezet op crisis- en ondersteuningsteams (COT)^{10 11} voor cliënten met een VG-grondslag in de Wlz. Deze teams gaan vanaf 2020 draaien in Nederland. Ze zijn bedoeld om crisisopnames te voorkomen en te verkorten. We zien dat een aantal doelgroepen niet perse richting concentratie van zorg wil gaan, maar wil kiezen voor een constructie waarbij een expertiseteam naar de cliënt toegaat en daar advies geeft over hoe de cliënt de beste zorg te geven. Dit kan voor cliënten met een VG-grondslag al vorm krijgen door de inzet van het COT. Hier hoeft dus voor die groep cliënten geen nieuwe oplossing voor gevonden te worden. Na evaluatie in 2021 kunnen de COT wellicht breder ingezet worden voor de lvhc-doelgroepen.

¹⁰ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_294833_22/1/

¹¹ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_280322_22/2/

2. Bekostiging kenniscentrum

In dit hoofdstuk beschrijven we opties voor bekostiging van de kenniscentra voor de laag volume hoog complexe doelgroepen.

2.1 Taken en rol kenniscentrum

Er komt per doelgroep een kenniscentrum (KC). Om advies te kunnen geven over bekostiging van het KC is het nodig de taken van het KC helder te hebben. Het KC levert zelf geen zorg. Taak en rol van het KC worden in het KPMG rapport als volgt omschreven:

- Eén landelijk kenniscentrum (fysiek/virtueel/netwerk) dat voor de doelgroep regie voert op de gezamenlijke kennisagenda en als spin in het web fungeert.
- Investeert in vindbaarheid en bekendheid bij het gehele netwerk: zowel de DEC's, satellieten als breder binnen de keten. Investeert ook in proactief ophalen van knelpunten in het veld en de keten.
- Investeert in voldoende vast personeel om tegemoet te komen aan verantwoordelijkheden.
- Zoekt proactief aansluiting met opleidingen (HBO, WO, in-service, cursusontwikkeling, GZ, etc.), bijvoorbeeld als ondersteuning bij ontwikkeling curricula en signaleren van verbetermogelijkheden.
- Zoekt proactief aansluiting met het bestaande kennisnetwerk en onderzoeksbronnen (zoals academische centra, academische werkplaatsen, etc.).
- Coördineert onderzoek door gezamenlijk met alle betrokkenen een onderzoeksagenda te ontwikkelen en voert daar regie op (d.w.z.: behoudt het overzicht, is verbinder, vraagbaak).
- Werkt actief samen met andere kenniscentra, Kennispleinen, kennisinitiatieven en SKILZ, t.b.v. kruisbestuiving op doelgroep overstijgende onderwerpen
- Ontwikkelt zorgstandaarden/richtlijnen en coördineert actieve implementatie daarvan. Ontwikkelt bijvoorbeeld passend materiaal.
- Ontwikkelt competentieprofielen en scholingsbeleid naar behoefte.
- Ontwikkelt informatiemateriaal over de doelgroep t.b.v. keten en stimuleert actieve kennisverspreiding.
- Trekt het toewerken naar één gedeeld datasysteem, ten behoeve van onderzoek. DEC's en satellieten gebruiken op termijn dit systeem (kan ook een gedeelde taal/methodiek zijn).

2.2 Bekostiging kenniscentrum

Een kenniscentrum levert niet rechtstreeks zorg aan cliënten, maar is dienstverlenend aan zorgaanbieders die dat wel doen en aan anderen. Een goede samenwerking tussen kenniscentra en zorgaanbieders is een essentiële voorwaarde voor kennisontwikkeling rondom deze doelgroepen. De NZa heeft via de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de mogelijkheid om prestaties en tarieven vast te stellen voor zorgactiviteiten die worden uitgevoerd door een zorgaanbieder. Omdat de taken van het kenniscentrum niet direct om het leveren van zorg gaan en ook niet per definitie worden uitgevoerd door een zorgaanbieder, zien wij geen mogelijkheid de taken van het kenniscentrum te bekostigen door huidige prestaties en tarieven. In dit hoofdstuk wegen wij de twee opties af die wij zien voor bekostiging van de kenniscentra, namelijk ADZ en een subsidie. Hierbij geven wij de voorkeur aan een structurele oplossing die zo dicht mogelijk ligt bij de werkwijzen die al worden gevolgd bij de reguliere zorgverkoop/zorginkoop en bekostiging daarvan.

1. Algemene Dienstverlening ten behoeve van verzekerde Zorg (ADZ)
In deze optie worden de kenniscentra door inkoop bekostigd via een aparte prestatie, genaamd ADZ. Wij zien dat populatiebekostiging, netwerkzorg en de financiering daarvan steeds meer aandacht krijgen. Het gaat bij de financiering van netwerken en populaties, om zorgondersteunende activiteiten ten dienste van een bepaalde populatie in plaats van voor een individuele cliënt.

Onderdelen van deze zorg kunnen ook worden geleverd door instanties die geen zorgaanbieder zijn. Tevens gaat het vaak om taken om een netwerk en de kwaliteit van zorg in stand te kunnen houden, die niet direct zorg betreffen. Denk aan coördinatie, kennisontwikkeling, facturatie, etc. Hier valt de vraag naar bekostiging van een kenniscentrum ook onder.

Reguliere prestaties en tarieven bieden geen mogelijkheden voor financiering voor deze activiteiten. Het betreft immers geen zorg, is niet direct toe te rekenen aan een individuele cliënt en het kan ook geleverd worden door een niet-zorgaanbieder. Toch zullen we iets structureels moeten bedenken voor dit soort vragen. Een subsidie is een optie, maar biedt in de praktijk vaak tijdelijk soelaas.

In de curatieve zorg, die wordt bekostigd op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw), wordt een oplossing gezocht voor financiering van deze activiteitensoort in het middel 'Algemene Dienstverlening ten behoeve van verzekerde Zorg' (ADZ). ADZ kan het mogelijk maken om algemene, meer coördinerende, activiteiten in een netwerk te financieren. Een zorgverzekeraar koopt de activiteit in en betaalt deze met premiemiddelen. Gesprekken over ADZ zijn gaande tussen VWS, ZIN, ZN en de NZa. Deze gesprekken richten zich op de uitvoering van ADZ in de Zvw, waarbij diverse uitvoeringsproblemen het hoofd geboden moeten worden. Hier spelen onder andere de berekening van het eigen risico, de toerekening van kosten aan individuele patiënten en privacy. Mogelijk worden hier binnen afzienbare tijd oplossingen voor gevonden. Het is aannemelijk dat deze problemen in de langdurige zorg niet of minder spelen.

Het kenniscentrum zoals dat in het KPMG rapport wordt benoemd, opereert voor de Ivhc-doelgroepen niet in de curatieve zorg, maar in de langdurige zorg die vanuit de Wlz wordt bekostigd. De vraag om bekostiging is echter gelijk als die in de Zvw. Het zou het een logische stap zijn om de mogelijkheden die ADZ biedt in de Zvw ook te verkennen in de langdurige zorg voor de bekostiging van de kenniscentra. Met de inzet van ADZ kunnen de partijen betrokken bij de zorg en de inkoop voor de Ivhc-doelgroepen hun rol innemen. Zo wordt bekostiging structureel aangesloten op wat deze partijen reeds doen.

Toepassing in de langdurige zorg van het middel ADZ is nog niet onderzocht. ADZ zou ingezet kunnen worden als titel waarmee zorgkantoren kennis kunnen inkopen. Omdat doelgroepen niet regionaal gebonden zijn en er één kenniscentrum per doelgroep bekostigd wordt, heeft centrale inkoop (wellicht in representatie) de voorkeur boven regionale inkoop. De kennisinkoop vindt met de inzet van ADZ dichtbij de daadwerkelijke zorgverlening plaats en wordt onderdeel van de reguliere inkoop. Continuïteit is daarmee gewaarborgd.

De optie van ADZ per 2021 in laten gaan, betekent dat dit snel na het verschijnen van dit advies opgepakt en onderzocht moet worden. Zo zijn er mogelijk wettelijke aanpassingen nodig. Kennisinkoop bij of bekostiging van kenniscentra lijken bijvoorbeeld niet onder de huidige wettelijke taken van zorgkantoren te vallen; deze taken moeten dan worden uitgebreid. Tevens moet bepaald worden hoe de financiële middelen aan zorgkantoren ter beschikking gesteld worden; zorgkantoren hebben geen eigen middelen. Bijvoorbeeld via het Fonds langdurige zorg (Flz), en/of de contracteerruimte, of op andere wijze. In overleg met ZIN, ZN en VWS kan de NZa meehelpen de ADZ in de langdurige zorg op te starten. Bij de uitwerking betrekken we ook graag alle aanbieders van zorg voor de lvhc-doelgroepen, zodat we een toekomstbestendige bekostiging neer kunnen zetten. Het is echter waarschijnlijk dat de optie van ADZ niet per 2021 ingevoerd kan worden. Een tijdelijke tussenoplossing is dan noodzakelijk, bijvoorbeeld een subsidie.

2. Subsidie

In deze optie worden de kenniscentra bekostigd door middel van een subsidie. Subsidie is een financiële bijdrage die de overheid als instrument kan inzetten om beleid te stimuleren. De subsidie kan dienen als impuls om de kenniscentra te laten ontwikkelen.

De kenniscentra kunnen in deze situatie een beroep doen op de subsidie. Voorafgaand aan het subsidiejaar doen de kenniscentra een aanvraag en geven zij aan waarvoor ze de subsidie gaan inzetten. Aan de subsidieverstrekking zijn voorwaarden verbonden, bijvoorbeeld waar het geld aan besteed mag worden, hoeveel er aangevraagd mag worden en welke partijen er gebruik van kunnen maken. Op basis van de aanvraag wordt de hoogte van de subsidie bepaald. De subsidie wordt na goedkeuring van de aanvraag uitgekeerd in termijnen. Na afloop van het subsidiejaar levert het kenniscentrum een verantwoording ten opzichte van de aanvraag: waar is het geld aan uitgegeven en waar zitten de verschillen in ten opzichte van de aanvraag?

Tijdens de periode van subsidieverstrekking wordt meer inzicht verkregen in de werkelijke kosten van de taken van een kenniscentrum. Als de kenniscentra zijn ingericht, zij hun taken kunnen uitvoeren en hun toegevoegde waarde hebben bewezen, is het noodzakelijk de subsidie te evalueren. Onderzocht kan dan worden of een subsidie nog steeds de juiste weg is, of dat er andere mogelijkheden zijn voor bekostiging van de taken van de kenniscentra.

Een kanttekening bij een subsidie is dat de bekostiging buiten de bestaande zorgpartijen om geregeld wordt en daarom geen structurele oplossing biedt. Dat heeft nadelen. De zorgkantoren en zorgaanbieders die reeds betrokken zijn bij de kennisontwikkeling en –borging voor de lvhc-doelgroepen weten zelf het beste wat nodig is om dit goed neer te zetten. Het is goed om dit aan hen over te laten in plaats van dit te laten overnemen door de overheid. Bovendien geven zorgpartijen aan dat zij een subsidie als meer tijdelijk en onzeker ervaren. Een subsidie die wordt uitgevoerd door een (semi)overheid wordt als belemmerend ervaren voor het voeren van een continue bedrijfsvoering, waaronder het aannemen van personeel, regelen van huisvesting, etc. Zorgpartijen ervaren een subsidie vaak als tijdelijk, waarbij iedere periode opnieuw een aanvraag gedaan moet worden om financiering te mogen ontvangen, waarbij het nooit zeker is of die ook toegekend wordt. Een subsidieregeling wordt veelal periodiek vastgesteld waarmee ook eerder de vraag wordt gesteld of die regeling moet blijven bestaan. Dat leidt er toe dat de reguleringszekerheid als minder wordt ervaren.

Bij een subsidieregeling moet tevens worden aangetoond dat de subsidie noodzakelijk is (in verband met ongeoorloofde staatssteun) en dat zij beperkt blijft tot deze specifieke cliëntdoelgroepen (in verband met precedentwerking naar andere niet-IVHC-doelgroepen). Een nauwkeurige en sluitende afbakening is noodzakelijk.

Voor de uitvoering van een subsidie zien wij twee opties, namelijk een subsidie uitgevoerd door het ministerie van VWS of een subsidie uitgevoerd door een andere partij, zoals ZonMW of het Zorginstituut. Bepaalde partijen zijn al bekend met het verstrekken van kennisgerelateerde subsidies. Bekostiging via een subsidieregeling (beschikbaarheidsbijdrage) bij de NZa is geen logische weg. De NZa gaat immers vanuit de Wmg over vormen van zorg, geleverd door zorgaanbieders.

3. Bekostiging doelgroepexpertisecentra en satellieten

In dit hoofdstuk belichten we een aantal opties ter bekostiging van de zorgcomponent voor de laag volume hoog complexe doelgroepen. De zorg wordt geleverd door de doelgroepexpertisecentra (DEC) en door de satellieten (SAT). Daarbij geven we met een afwegingskader een gewicht aan de opties.

3.1 Taken, rol en criteria DEC en SAT

Om advies te kunnen geven over bekostiging van het DEC en SAT, is het nodig de taken en rol van beiden helder te hebben. De taken van een DEC worden in het KPMG rapport als volgt omschreven:

- Een minimaal volume om het benodigde schaalvoordeel te creëren. Uitgangspunt minimaal 40 cliënten.
- Heeft alle voor de doelgroep relevante disciplines tot zijn beschikking en beschikt over uitgebreide behandelcapaciteit.
- Ondersteunt satellieten om cliënten passende zorg te bieden, neemt niet elke cliënt over (uitgangspunt = blijven in eigen omgeving als mogelijk/gewenst).
- Biedt ambulante/ mobiele teams, consultatie en opleiding voor satellieten:
 - Ambulante (behandel)teams en inzet digitale hulpmiddelen voor zorg op afstand om zorg naar de cliënt toe te brengen of de satelliet te ondersteunen.
 - Biedt capaciteit voor scholing/opleiding/training aan satellieten. Maar ook consultatie, advies, herbeoordeling, observatie, etc.
- Gespecialiseerde fysieke omgeving (bijv. een prikkelarme omgeving, passende dagbesteding).
- Stemt met satellieten af hoe invulling te geven aan het hoofdbehandelaarschap (pakt DEC dit op of satelliet). Dit hoofdbehandelaarschap kan ook worden ingevuld door een case manager te betrekken die afstemt met andere partijen in de keten (bijv. ziekenhuis).
- Borgt werken vanuit actuele aanpak, methode of visie die inhoudelijk bewezen effectief is (bijvoorbeeld richtlijn) ook in de afstemming met de satellieten.
- Ondersteunt CIZ bij indicatie. D.w.z.: CIZ neemt voorgestelde indicatie over, tenzij er zwaarwegende argumenten zijn dit niet te doen.
- Neemt deel aan wetenschappelijk onderzoek, richtlijnontwikkeling, meten van uitkomsten. Stelt data – binnen AVG en privacy vereisten – ter beschikking.
- Blijft proactief cliënten volgen (monitoring), om escalatie van de zorgvraag te voorkomen.
- Bijvoorbeeld tweejaarlijkse visitatie t.b.v. leren en verbeteren (rotatie onder verschillende DEC's).

De taken van een SAT zijn als volgt omschreven in het KPMG rapport:

- Betreft actief de DEC t.b.v. afspraken over hoofdbehandelaarschap, MDO, inzet ambulante teams, etc.
- Een minimaal volume van 8 cliënten (één fysieke afdeling).
- Neemt deel aan visitatie t.b.v. leren en verbeteren en visitatie t.b.v. 'keurmerk satelliet'.

3.2 Bekostiging DEC en SAT

Onderstaande bekostigingsopties zijn op zowel het DEC als de SAT toepasbaar, hoewel de taken van een DEC zich niet strikt beperken tot directe zorgverlening. Het DEC vervult aanvullende zorggerelateerde niet cliëntgerelateerde taken, zoals vermeld in hoofdstuk 3.1. Bij de beoordeling van de aanvragen van zorgaanbieders zal het zorgkantoor derhalve rekening moeten houden met deze extra taken en verantwoordelijkheden.

In het rapport van KPMG is aangegeven dat een DEC ambulante (behandel)teams en digitale hulpmiddelen voor zorg op afstand inzet om de satellieten te ondersteunen. De NZa heeft al prestaties en tarieven vastgesteld voor het verlenen van zorg op afstand en het ambulante behandelen van patiënten. Denk hierbij aan de prestaties behandeling (per uur mpt) en een prestatie voor de reiskosten van de zorgverlener. Wij besteden daarom geen aandacht in dit advies aan de bekostiging van de ambulante behandelteams van het DEC.

In het rapport van KPMG is tevens aangegeven dat een DEC deelneemt aan wetenschappelijk onderzoek. Wij zijn er bij de inventarisatie van de bekostigingsopties vanuit gegaan dat het niet de bedoeling is dat het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek onderdeel is van de zorgprestatie en de tariefstelling. Wij gaan er vanuit dat het onderzoek via andere organisaties wordt gefinancierd en niet via een zorgprestatie. Denk hierbij aan financiering via ZonMW of patiëntenverenigingen. Een prestatiebeschrijving die voorziet in wetenschappelijk onderzoek ligt daarom niet voor de hand.

De beschikbaarheidsbijdrage Academische zorg 2020 wordt toegekend aan een aantal centra die aan bepaalde, deels wettelijk bepaalde criteria moeten voldoen. De hoogte van de toekenning is afhankelijk van een labelsystematiek. Wij hebben deze variant niet verder uitgewerkt omdat het reëel is dat de DEC's niet aan deze criteria voldoen of dat hun doelgroep niet overeenkomt met de genoemde labels. De beschikbaarheidsbijdrage Academische zorg is bedoeld voor medisch-specialistische zorg ofwel de zorg geleverd door ziekenhuizen en niet voor zorg die wordt geleverd door verpleeghuizen of aanbieders van zorg voor mensen met een handicap. Tevens is de beschikbaarheidsbijdrage een subsidie en draagt deze niet bij aan structurele bekostiging.

– Bestaande mogelijkheid: via reguliere zorginkoop
Voordat we opties voor (aanvullende) bekostiging van de zorgcomponent van de lvhc-doelgroepen noemen, maken we een uitstap naar de basis van de huidige bekostiging van de langdurige zorg. Dit schetsen we omdat hierin reeds mogelijkheden aanwezig zijn voor de bekostiging van de zorg voor de lvhc-doelgroepen. Voor elke Wlz cliënt is een zorgzwaartepakket (zzp) beschikbaar, dat de zorgaanbieder per cliënt een bedrag oplevert per geleverde zorgdag. De NZa stelt maximumtarieven vast per zzp die gemiddeld kostendekkend zijn. Over de hoogte van het uiteindelijke tarief maken zorgaanbieders en zorgkantoren afspraken. Zij zijn hierin vrij, zolang het tarief niet boven het maximum tarief uitkomt. Zorgkantoren hebben de vrijheid om de inkoop gericht vorm te geven met deze tariefafspraken.

Als een zorgaanbieder één van de lvhc-doelgroepen bedient als DEC of als SAT, kan deze middels de zorginkoop een tarief afspreken met het zorgkantoor dat de kosten dekt van de doelgroepen die hij bedient. In de huidige werkwijze wordt door zorgkantoren meestal een vast percentage onder het maximum tarief afgesproken. De optie tot het afspreken van (een tarief dichtbij) het maximum tarief is echter ook aanwezig. Dat betekent dat een zorgaanbieder over alle cliënten meer inkomsten per dag ontvangt. Hij kan deze vervolgens inzetten om zijn cliënten uit de lvhc doelgroep de zorg te geven die ze nodig hebben.

Het inpassen van de lvhc-doelgroepen in de bestaande inkoop via tariefafspraken oogt als de meest eenvoudige oplossing; er hoeft immers niets nieuws ingericht te worden. De vraag is echter of de inkoop in alle gevallen afdoende oplossing biedt. Naar alle waarschijnlijkheid is er een klein aantal zorgaanbieders waarvoor om andere redenen al een afspraak op het maximumtarief wordt gemaakt of waarvoor de zorgaanbieder te weinig cliënten in zorg heeft om voldoende geld uit de bijzondere afspraken te genereren. Daarnaast wordt bij sommige doelgroepen aangegeven dat de zorgzwaarte tussen cliënten dusdanig kan verschillen, dat zelfs het toepassen van een maximum tarief ontoereikend kan zijn. Verder wordt vanuit de zorgaanbieders nadrukkelijk aangegeven dat het niet of slechts beperkt lukt om met de huidige bekostigingsmethodiek een infrastructuur op te bouwen waarmee in afdoende mate de kennisinfrastructuur en kennisontwikkeling gestalte krijgt.

Daarom zijn hieronder twee andere opties voor bekostiging van zorg voor de lvhc-doelgroepen uitgewerkt: een voorkeursvariant en een alternatieve variant. We zijn gestart met inventariseren van alle mogelijke opties. Daarvan zijn er zes verder onderzocht. Om de voorkeursvariant en de alternatieve variant te kiezen, zijn deze zes opties afgewogen tegen de volgende criteria:

- De mate waarin het cliëntbelang het beste gediend wordt
- Faciliteert zorgaanbieder tot ontwikkeling kennis en toepassing hiervan
- Juridische aspecten
- Impact op toezicht (rechtmatigheid en handhaafbaarheid)
- Uitvoerbaarheid en impact voor:
 - Zorgaanbieders
 - Rol zorgkantoren
 - Rol NZa als regulator
 - Financiële verantwoording
 - Inhoudelijke verantwoording (kwaliteit, toegankelijkheid)
 - Administratieve lasten

Elk criterium kreeg een wegingsfactor. Het complete afwegingskader per optie is te vinden in de bijlage bij dit advies. We kiezen voor uniforme bekostiging voor alle lvhc-doelgroepen. De voorkeursvariant van bekostiging en het alternatief zijn inzetbaar voor alle doelgroepen.

- Voorkeursvariant bekostiging DEC en SAT: meerzorgregeling
- In deze variant wordt de huidige meerzorgregeling¹² toepasbaar gemaakt voor de bekostiging van extra zorg voor de lvhc-doelgroepen. Alle meerzorg (bovenop een zorgprofiel of een zzp of vpt) komt voor alle doelgroepen in principe onder één prestatie en één tarief te vallen. Alle reeds bestaande toeslagen vervallen. Net zoals nu kan het daarbij gaan om individuele meerzorg of groepsmeerzorg.

¹² Besluit langdurige zorg (van VWS), Regeling langdurige zorg (van VWS) en Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarief zzp-meerzorg Wlz (NZa).

De zorgaanbieder maakt een berekening van welke zorg ze bovenop het zzp leveren voor de doelgroep en geeft de kosten daarvoor op aan het zorgkantoor. Het zorgkantoor beoordeelt de aanvraag aan de hand van een toetsingskader en kent de middelen toe.

Het belang van de cliënt wordt in deze variant goed gediend. Hierdoor is duidelijk voor de cliënt dat zij/hij aanspraak heeft op meerzorg, omdat dit expliciet in de regelgeving zal worden vastgelegd. Ook geeft deze bekostigingsmethodiek de meeste ruimte aan veldpartijen voor maatwerk en om de kwaliteit van zorg te bieden waar de doelgroep recht op heeft. Op individueel niveau bestaat het risico van verschillend handelen door zorgkantoren. Het voorkomen van ongelijke behandeling van gelijke gevallen moet worden geborgd, bijvoorbeeld door afspraken te maken over een afwegingskader voor het beoordelen van de meerzorgaanvragen. De meerzorgregeling, waar nodig met enige aanpassing, wijkt wat betreft toezicht door de NZa niet af van de wijze waarop deze nu is ingericht en wordt uitgevoerd. Wel is het (nu al) zo dat het zorgkantoor in het kader van handhaving geen (althans niet zonder nadere afspraken) direct aangrijpingspunt heeft om gedeclareerde kosten van *gedeeltelijk geleverde zorg* die via de meerzorgregeling worden bekostigd, te corrigeren. Een correctie gebaseerd op een deel van de meerzorggelden is problematisch en het corrigeren van de totale in rekening gebrachte toeslag is mogelijk niet proportioneel. Specifieke afspraken op cliëntniveau in het zorgleefplan kunnen bijdragen aan de verantwoording van en controle op de geleverde zorg. Het is van belang dat zorgkantoor en zorgaanbieder afspraken maken over een correctiemogelijkheid.

Deze bekostigingsmethodiek is vergelijkbaar met de bestaande meerzorgregeling en is daardoor redelijk eenvoudig te implementeren. Ook kan de financiële verantwoording overeenkomstig de reguliere methodiek voor meerzorg worden gehanteerd. De administratieve lasten blijven daardoor beperkt. Wel moet waarschijnlijk een nieuw of aangepast aanvraagformulier ontwikkeld worden door de zorgkantoren, waarop de zorgaanbieders hun kosten kunnen opgeven. De juridische impact lijkt beperkt, omdat de regeling aansluit bij reguliere methodiek. Ook moet VWS het toepassingsbereik in de Regeling langdurige zorg aanpassen.¹³ Meerzorg mag nu alleen geleverd worden bij specifieke zorgprofielen en aandoeningen, dit bereik is niet dekkend voor de lvhc-doelgroepen. Aanpassing van de beleidsregel 'Prestatiebeschrijving en tarief zzp-meerzorg Wlz' door de NZa is eveneens nodig. Afhankelijk van de verdere uitwerking in de zorgpraktijk van de gewenste activiteiten en bekostiging, kan worden bezien in hoeverre verdere aanpassingen van regelgeving nodig zijn.

Partijen vragen bij de vormgeving van de meerzorgregeling voor de lvhc-doelgroepen aandacht voor de volgende aspecten:

- Onderzoek de mogelijkheid om een afdelings- of locatiebudget af te spreken welke voorziet in een basisfinanciering waarmee ook niet direct cliëntgerelateerde taken kunnen worden bekostigd. De wens is om financiering (deels) minder afhankelijk te maken van fluctuaties in cliëntbezetting op een afdeling.
- De meerzorgregeling voor lvhc-doelgroepen kan enkel worden ingezet bij door de CELZ aangewezen DEC en SAT zolang zij goede kwaliteit van zorg blijven leveren. Hier moeten goede afspraken over worden gemaakt. Wellicht hoeft dit niet in NZa regelgeving opgenomen te worden.

¹³ In het bijzonder kan worden gedacht aan artikel 2.2 van de Regeling langdurige zorg.

- Er is een toetsingskader nodig op basis waarvan de meerzorgaanvraag wordt beoordeeld door het zorgkantoor, om te voorkomen dat er al te grote regionale verschillen ontstaan in honorering van de aanvragen.
- Financiering wordt voor meerdere jaren afgesproken (onder voorwaarden), zodat continuïteit is gewaarborgd en het opbouwen van expertise kan plaatsvinden. Inkopen voor een jaar wordt vooral gedaan omdat er een jaarlijkse contracteerruimte is. Dit is echter niet in NZa regelgeving bepaald. Zorgkantoren hebben dus ruimte om dit op te pakken.
- de administratieve lasten worden beperkt.

– Alternatieve variant: specifieke toeslag per lvhc doelgroep

In deze variant komt er een toeslag per doelgroep bovenop het zzp/vpt tarief. Voor enkele doelgroepen bestaat al een toeslag (cliënten met de ziekte van Huntington, cliënten met beademing, en vanwege specialistische epilepsie zorg).¹⁴ Voor zowel de zzp's als de toeslagen stelt de NZa maximumtarieven vast. De zorgaanbieder maakt afspraken met het zorgkantoor over het leveren van de zorg en welk tarief voor het zzp en de toeslag daar tegenover staat. De zorgaanbieder declareert voor cliënten van deze doelgroep het zzp en de toeslag. Voordeel van deze variant is dat een bepaalde mate van zekerheid wordt verkregen van inkomsten voor zijn doelgroep.

Deze variant is een reeds bestaande methodiek. Wel moet VWS het toepassingsbereik van de Regeling langdurige zorg aanpassen.¹⁵ De toeslagen waarvoor de NZa de bekostiging heeft uitgewerkt, mogen nu immers alleen geleverd worden bij bepaalde zorgprofielen en aandoeningen, dat wellicht niet dekkend is voor de lvhc-doelgroepen. Iets soortgelijks geldt voor de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2020; die zal de NZa moeten aanpassen. Afhankelijk van de verdere uitwerking in de zorgpraktijk van de gewenste activiteiten en bekostiging, kan worden gezien in hoeverre verdere aanpassingen van regelgeving nodig zijn.

Deze variant heeft consequenties voor de uitvoerbaarheid door de NZa. Voor het vaststellen van een redelijkerwijs kostendekkend tarief voor een toeslag per doelgroep is een kostenonderzoek door de NZa nodig. Dit vereist veel voor het onderhoud van de tarieven van de toeslagen door de NZa. In deze variant neemt het aantal toeslagen toe en alle toeslagen moeten periodiek herijkt kunnen worden door de NZa. Grootste complexiteit hierbij is dat we zien dat bijna geen van de doelgroepen inzichtelijk kan maken wat de extra kosten zijn die zij maken voor de doelgroepen ten opzichte van de reguliere zorg. Bijvoorbeeld omdat de specifieke kosten niet worden geregistreerd. Een kostenonderzoek is daardoor nauwelijks mogelijk of vraagt tevoren administratievoorschriften voor zorgaanbieders. De manier om de hoogte van toeslagen mogelijk wel vast te kunnen stellen, is via vastgestelde richtlijnen en protocollen van de zorg, in een dusdanige vorm dat die zijn om te rekenen naar (impact op de) kosten. Voorwaarde voor deze variant is dus dat die richtlijnen kwantitatief vertaald kunnen worden. De snelheid waarmee dat gebeurt, bepaalt de snelheid waarop de NZa de tarieven van de toeslagen kan vaststellen en/of herijken.

¹⁴ De hier genoemde doelgroepen zijn genoemd in artikel 2.2, eerste lid, onderdeel c van de Regeling langdurige zorg.

De hier genoemde doelgroepen zijn uitgewerkt in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2020.

¹⁵ In het bijzonder kan worden gedacht aan artikel 2.2 van de Regeling langdurige zorg.

In feite gaat het bij zowel de variant van de meerzorg als de variant van de toeslag om een extra tarief bovenop de 'reguliere' tarieven (zzp, vpt). Het verschil is dat in de meerzorgvariant sprake is van één prestatie/tarief waarin alle doelgroepen worden ingepast. In de toeslagvariant komt er per doelgroep een toeslag, waarbij door de specifieke hoge zorgzwaarte het risico bestaat dat een dusdanig hoge toeslag moet worden vastgesteld dat deze de kosten voor de meest zware cliënten dekt. Administratieve lasten die hieruit voortkomen lijken mee te vallen, gezien de huidige standaard om digitaal te kunnen declareren. Mogelijk nadeel van deze variant is wel dat er minder makkelijk sprake is van maatwerk. Het is een heterogene doelgroep, waarbij vaak sprake is van multiproblematiek, waardoor de toeslag niet in alle gevallen helemaal aansluit bij de inhoudelijke kwaliteitseisen en benodigde zorg (als er nieuwe categorieën worden gemaakt, valt er altijd wel iemand buiten de reikwijdte).

De toeslagenmethodiek wijkt wat betreft toezicht niet af van de wijze waarop deze nu is ingericht en wordt uitgevoerd. Wel is het (nu al) zo dat het zorgkantoor in het kader van handhaving geen (althans niet zonder nadere afspraken) direct aangrijpingspunt heeft om gedeclareerde kosten van *gedeeltelijk geleverde zorg* die via een toeslag worden bekostigd, te corrigeren. Een correctie gebaseerd op een deel van de toeslag is problematisch en het corrigeren van de totale in rekening gebrachte toeslag is mogelijk niet proportioneel. Specifieke afspraken op cliëntniveau in het zorgleefplan kunnen bijdragen aan de verantwoording van en controle op de geleverde zorg. Het is van belang dat zorgkantoor en zorgaanbieder afspraken maken over een correctiemogelijkheid.

4. Financiële impact

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk maken we een berekening van de financiële impact van de bekostigingsopties van de lvhc-doelgroepen. We maken ook hier onderscheid in bekostiging van de kennis (kenniscentra) en de zorg (doelgroepexpertisecentra en de satellieten) voor de lvhc-doelgroepen. Een kanttekening vooraf is op zijn plaats. Bij bijna alle doelgroepen ontbreekt op dit moment een gedegen onderbouwing van de kosten, omdat vanwege het beperkte volume deze kosten niet afzonderlijk worden geregistreerd in de boekhouding van veel zorgaanbieders. Ook ontbreken meestal kwaliteitsstandaarden.

Op basis van kwaliteitsstandaarden zou op normatieve wijze een kostprijs kunnen worden bepaald. Omdat deze criteria nog in ontwikkeling zijn bij veel doelgroepen, kunnen wij de kosten alleen inschatten op basis van de indicatieve ramingen die wij van een aantal veldpartijen hebben ontvangen. Deze cijfers zijn met onzekerheid omgeven. Daarom nemen wij een bepaalde bandbreedte mee in onze berekeningen bij het geven van een eerste indicatie van de kosten in de toekomst. Alvorens kwaliteitsstandaarden door het Zorginstituut algemeen geldend worden verklaard, wordt vaak aan de hand van de concept richtlijnen een budget impact analyse (BIA) opgesteld. Hiermee wordt inzicht verkregen in de daaruit voortvloeiende kosten. Dit is een traject dat nog meerdere jaren kan duren, daarin zijn we afhankelijk van de snelheid waarin de lvhc-doelgroepen daar kunnen komen.

4.2 Berekening financiële impact bekostiging kenniscentra

Voor de berekening van de indicatie van de financiële impact van de bekostiging van de kenniscentra nemen we de taken van het kenniscentrum als uitgangspunt. Daar berekenen we de kosten van. We hebben de kosten uit vier categorieën opgebouwd:

1. Bureaunkosten: kosten van coördinatie, ondersteuning, faciliteiten en infrastructuur
2. Kosten van het ontwikkelen van richtlijnen, kwaliteitsstandaarden etc.
3. Kosten van onderwijs: lesmateriaal, scholing
4. Kosten van onderzoek: leerstoelen, promotieplaatsen, etc.

Aandachtspunt bij de ontwikkeling van kennis zijn de financiële mogelijkheden voor onderzoek (onderdeel 4 van de kosten). Dit zijn veelal bijdragen van bijvoorbeeld fondsen of subsidies. De mogelijkheden om deze bijdragen te verwerven verschillen per doelgroep. De kosten van onderzoek zijn in dit advies niet meegenomen in de berekening van de bekostiging van kenniscentra. Financiering van onderzoek kan via de reguliere kanalen voor subsidie aanvragen verlopen. De NZa heeft hierin geen rol. Het verdient wel aanbeveling om hier in het vervolgtraject aandacht aan te besteden, om zo ook de onderzoeksmogelijkheden te borgen voor doelgroepen die beperkt onderzoeksmiddelen kunnen verwerven.

Om inzicht te krijgen in de kosten die de doelgroepen maken, hebben we interviews gehouden met zorgaanbieders die reeds kennis ontwikkelen en zorg voor deze doelgroepen leveren. Ook hebben we begrotingen uitgevraagd.

We hebben de gegevens per doelgroep vergeleken en de minimale, maximale en gemiddelde kosten bepaald. Van elke rubriek (1, 2 en 3) zijn de laagste en de hoogste kosten bij elkaar opgeteld. Om het gemiddelde te bepalen hebben we eveneens de gemiddelden per rubriek genomen en deze bij elkaar opgeteld. Vervolgens hebben we deze waarden geëxtrapoleerd naar de het volledige aantal kenniscentra waar we de impact voor wilden berekenen. Zo kregen we een beeld van de minimale, gemiddelde en maximale financiële impact van bekostiging van kenniscentra voor de doelgroepen.

De geïnventariseerde kosten (exclusief onderdeel 4: onderzoek) blijken per kenniscentrum te variëren met een spreiding tussen € 280.000 en € 725.000 per jaar. Op basis hiervan hebben wij de financiële impact berekend voor 10 respectievelijk 18 doelgroepen in een minimum- en maximumvariant alsmede uitgaande van de gemiddelde kosten per kenniscentrum.

– Scenario 1

De berekening is gebaseerd op de 10 doelgroepen met laag volume die zijn vermeld in het KPMG rapport. De uitkomst zegt iets over de financiële impact van bekostiging van deze 10 doelgroepen.

– Scenario 2

De berekening is gebaseerd op alle complexe doelgroepen die zijn vermeld in het KPMG rapport. De uitkomst zegt iets over de financiële impact van bekostiging van alle doelgroepen.

Onderstaande tabel geeft de financiële impact per scenario aan per jaar voor de bekostiging van de kenniscentra.

Kenniscentra, financiële impact per jaar

| | | Min | Max | Gemiddeld |
|---|-------------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| Scenario 1 10 lvhc-doelgroepen | Bureaunkosten | € 1.109.000 | € 4.920.000 | € 2.268.000 |
| | Ontwikkelen richtlijnen | € 470.000 | € 2.095.000 | € 949.000 |
| | Onderwijs | € 713.000 | € 2.820.000 | € 1.478.000 |
| | Totaal kosten | € 2.292.000 | € 9.835.000 | € 4.695.000 |
| Scenario 2 alle complexe doelgroepen (18) | Bureaunkosten | € 1.996.000 | € 8.856.000 | € 4.083.000 |
| | Ontwikkelen richtlijnen | € 846.000 | € 3.770.000 | € 1.708.000 |
| | Onderwijs | € 1.283.000 | € 5.077.000 | € 2.661.000 |
| | Totaal kosten | € 4.125.000 | € 17.703.000 | € 8.452.000 |

4.3 Berekening financiële impact bekostiging DEC en SAT

Voor de berekening van de financiële impact voor een DEC en SAT hebben we financiële gegevens opgevraagd bij zorgaanbieders die al in geclusterde vorm zorg aan lvhc-doelgroepen leveren. Deze gegevens geven een indicatie van zorgkosten per cliënt, die voor de berekening van de totale financiële impact kan worden geëxtrapoleerd naar de hele doelgroep en naar alle lvhc-doelgroepen. Op basis van deze inventarisatie krijgen we een beeld van de meerkosten van de zorg voor de lvhc-doelgroepen die niet worden gedekt uit de tarieven. Deze meerkosten leveren op geaggregeerd niveau een beeld op van de financiële impact (meerkosten) voor de onderscheiden doelgroepen en totaal. Zoals eerder genoemd, zijn de kosten lastig vast te stellen op basis van historische gegevens. Richtlijnen en standaarden zijn nodig om de kosten normatief vast te kunnen stellen.

De indicatie van de financiële impact die we in dit hoofdstuk geven, is gebaseerd op een opgave van zorgaanbieders van hun eigen inschatting.

De zorginstellingen die aan een substantieel volume ($n > 40$) van één of meer van de doelgroepen zorg leveren, hebben een indicatie gegeven van de kosten. De kosten zijn opgebouwd uit drie categorieën:

- Reguliere exploitatie: passend binnen de reguliere bekostiging.
- Topcare: extra kosten om passende zorg te leveren voor specifieke, complexe zorg. Hierin is nog niet voorzien in de reguliere bekostiging. Het betreft zorg die anders niet of deels geleverd wordt, of op dit moment toch wordt gedekt uit de reguliere bekostiging (zoals NHC).
- Academisering: met name onderzoek en kennisontwikkeling.

De raming van de financiële impact is gebaseerd op de kostencategorie Topcare. Hier gaat het om de specifieke specialistische zorg waar een ZZP/VPT, al dan niet met toeslag of meerzorg regeling, ontoereikend is om specialistische zorg van de gewenste kwaliteit te leveren. De component onderzoek blijft buiten beschouwing, dit gaat immers niet over zorg en valt daarmee buiten de reikwijdte van de taken van de NZa. Financiering van onderzoek zal via de reguliere kanalen voor subsidieaanvragen moeten verlopen.

Van zes van de tien lvhc-doelgroepen hebben we een indicatie ontvangen van de meerkosten van specialistische zorg als gevolg van de complexiteit van de aandoening. Hieronder geven we de minimale en maximale kosten per jaar weer voor deze zes doelgroepen. Minima en maxima zijn gerelateerd aan de veronderstelde minimale en maximale omvang van de doelgroepen (op basis van de informatie uit het KPMG rapport). Tevens extrapoleren we deze kosten naar de totale populatie van de tien doelgroepen, op basis van het in het KPMG geschatte volume. Hierbij maken we nadrukkelijk de volgende kanttekening: extrapolatie veronderstelt dat de gemiddelde kosten van de ramingen van de zes doelgroepen ongeveer in lijn liggen met de gemiddelde kosten van de vier doelgroepen waarvan geen ramingen beschikbaar zijn. Dit is een veronderstelling die met het nodige voorbehoud moet worden gelezen. Deze methodiek is gekozen om toch, bij gebrek aan andere gegevens, een zeer globale inschatting te kunnen geven van de financiële impact.

Onderstaande tabel geeft de financiële impact weer van de geraamde extra kosten van gespecialiseerde zorg voor de lvhc-doelgroepen.

Doelgroepen expertisecentra en satellieten, financiële impact per jaar

| | | Min | Max | Gemiddeld |
|-------------------|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| Impact voor | 6 lvhc-doelgroepen | € 31.297.000 | € 50.448.000 | € 40.873.000 |
| Extrapolatie naar | 10 lvhc-doelgroepen | € 44.710.000 | € 79.276.000 | € 61.426.000 |

Extrapolatie naar de totale populatie van 18 complexe doelgroepen (schatting ca. 40.000 tot 50.000 cliënten) geeft een onrealistische en onbruikbare uitkomst. De eventuele meerkosten voor de hoog volume hoog complexe doelgroepen moeten eerst nader onderzocht worden.

Naarmate in de toekomst meer inzicht wordt verworven in de daadwerkelijke kosten van zorg, al dan niet in geclusterde vormen, is aanvullend kostenonderzoek noodzakelijk om tot een adequate bekostiging te komen. Ook de samenloop met de Zvw moet hierin betrokken worden.

4.4 Uitvoeringskosten NZa

Aan invoering van de bekostigingsopties voor de KC, de DEC en de SAT uit dit advies zijn uitvoeringskosten voor de NZa verbonden. Deze horen ook bij een berekening van de financiële impact van de bekostiging voor de lvhc-doelgroepen. In dit hoofdstuk laten we deze uitvoeringskosten per bekostigingsoptie zien.

Uitvoeringskosten NZa voor bekostiging van de kenniscentra

De uitvoeringskosten van bekostiging van het KC middels ADZ kunnen we niet in beeld brengen. Deze zijn pas te bepalen als duidelijk is op welke wijze ADZ kan worden uitgewerkt in de langdurige zorg. Dan wordt inzichtelijk welke implicaties er zijn voor de uitvoering door de NZa. Er zullen ook voor partijen zoals VWS en ZN uitvoeringskosten aan het uitvoeren van deze optie verbonden zijn. Als de optie van ADZ gekozen wordt, werken we graag mee aan verdere uitwerking.

Bij de keuze voor bekostiging van de KC middels een subsidie zijn er geen uitvoeringskosten voor de NZa aan de orde. De uitvoeringskosten voor VWS voor de variant waarin zij de subsidie uitvoeren, kunnen wij niet berekenen. Om een goede keuze te maken met een totaaloverzicht, zullen deze kosten in beeld gebracht moeten worden.

Uitvoeringskosten NZa voor bekostiging van de DEC en SAT

Voordat de zorg voor de lvhc-doelgroepen bekostigd kan worden via een van de opties die in dit advies zijn genoemd, moet één en ander bij de NZa ingericht worden. Ook zijn er structureel kosten verbonden aan de uitvoering van de opties. We maken daarom onderscheid tussen eenmalige kosten (voor de opstart) en structurele kosten (vervolgens per jaar).

Als het mogelijk is om de inkoop van zorg voor de lvhc-doelgroepen via de bestaande bekostiging te laten verlopen, zitten de uitvoeringskosten voor de NZa vooral in het monitoren van de inkoop en de tariefsontwikkeling. Deze kosten passen in het lopende werkprogramma van de NZa.

Bij keuze voor de voorkeursvariant van de meerzorgregeling dan wel de alternatieve variant van de toeslagen, zijn de uitvoeringskosten zoals weergegeven in onderstaande tabel.

Uitvoeringskosten NZa

| | | Aantal doelgroepen | | |
|------------------|-------------|--------------------|-----------|-----------|
| | | 1 | 10 | 18 |
| Meerzorgregeling | Incidenteel | € 14.000 | € 140.000 | € 252.000 |
| | Structureel | € 4.000 | € 40.000 | € 72.000 |
| Toeslagen | Incidenteel | € 43.000 | € 430.000 | € 774.000 |
| | Structureel | € 10.000 | € 100.000 | € 180.000 |

5. Implementatieplanning

In dit hoofdstuk geven we de benodigde activiteiten weer om te komen tot bekostiging van kennis en van zorg voor de lvhc-doelgroepen via een van de opties die in dit advies zijn genoemd. De activiteiten worden in een planning gezet met een eigenaar erbij. Zo is duidelijk te zien welke partij wat wanneer moet regelen om tot invoering te komen.

5.1 Implementatieplanning van bekostiging van kennis

Algemene Dienstverlening ten behoeve van verzekerde Zorg (ADZ)

In hoofdstuk 2.2 is bekostiging van kenniscentra middels ADZ beschreven. Het uitwerken en regelen van deze wijze van bekostiging staat nog aan het prille begin. Wanneer deze bekostigingsoptie kan worden ingevoerd hangt af van onder andere de wijzigingen die moeten worden doorgevoerd in wet- en regelgeving. Wat moet worden gewijzigd en welke doorlooptijd hiermee is gemoeid valt op dit moment niet in te schatten. Duidelijk is evenwel dat ADZ waarschijnlijk in 2021 niet kan worden ingevoerd. Bij de voortgang van dit traject is betrokkenheid van alle partijen essentieel.

5.2 Implementatieplanning van bekostiging van zorg

Reguliere zorginkoop

Bekostiging via de bestaande zorginkoop kan per direct worden ingezet. Bij deze variant is er daarom geen implementatieplanning nodig. Deze optie kan per 2021 al gaan lopen.

Planning invoering (aangepaste) meerzorgregeling

| | Aangepaste meerzorgregeling | Startmoment (n) + aantal maanden | Wie | Bijzonderheden |
|---|---|-------------------------------------|--------------------|--|
| 1 | Vaststellen richtlijnen en protocollen per doelgroep. Deze richtlijnen moeten om te rekenen zijn naar kosten | n | Doelgroep | In het tempo van de betreffende doelgroep. Dit is het startmoment voor de volgende stappen. |
| 2 | Inventariseren van Wlz zorgprofielen van lvhc-doelgroepen en de extra uitgaven voor de zorg | n+3 | NZa en doelgroepen | Uitvraag met behulp van een sjabloon |
| 3 | Brief naar VWS met resultaten van 1 en 2 en nodige vervolgacties | n+4 | NZa | |
| 4 | Regeling langdurige zorg aanpassen en publiceren | nntb | VWS | Onbekend is hoeveel tijd dit kost. Dit is het startmoment voor de volgende stappen. |
| 5 | Beleidsvoorbereiding en consultatie aangepaste beleidsregel meerzorg | nntb+3 | NZa | |
| 6 | Vaststellen en publicatie aangepaste beleidsregel meerzorg | nntb+4 | NZa | |

Planning per doelgroep invoering specifieke toeslagen

| | Specifieke toeslag per doelgroep | Startmoment (n) + aantal maanden | Wie | Bijzonderheden |
|---|---|-------------------------------------|--------------------|---|
| 1 | Vaststellen richtlijnen en protocollen per doelgroep. Deze richtlijnen moeten om te rekenen zijn naar kosten | n | Doelgroep | In het tempo van de betreffende doelgroep. Dit is het startmoment voor de volgende stappen. |
| 2 | Kostenonderzoek naar hoogte van zorgkosten per doelgroep op basis van richtlijnen en protocollen. Inventariseren van Wlz profielen van lvhc-doelgroepen en de extra uitgaven voor de zorg (mbv sjabloon schaduwdraaien). | n+6 | NZa en doelgroepen | Zes maanden per doelgroep, zodra opgenomen in werkprogramma NZa Uitvraag met behulp van een sjabloon |
| 3 | Brief naar VWS met resultaten van 1 en 2 en nodige vervolgacties | n+7 | NZa | |
| 4 | Regeling langdurige zorg aanpassen en publiceren | nntb | VWS | Onbekend is hoeveel tijd dit kost. Dit is het startmoment voor de volgende stappen. |
| 5 | Beleidsvoorbereiding en consultatie aangepaste beleidsregel prestaties en tarieven | nntb+3 | NZa | |
| 6 | Vaststellen en publicatie aangepaste beleidsregels prestaties en tarieven | nntb+4 | NZa | |

BIJLAGE 1. AFWEGINGSKADER BEKOSTIGINGSOPTIES ZORG LVHC-DOELGROEPEN

| <i>Beoordelingscriterium</i> | <i>Wegings-factor</i> | <i>Aangepaste meerzorgregeling</i> | <i>Specifieke toeslag</i> | <i>Specifieke ZZP</i> | <i>Bestaande bekostigingsmogelijkheden (zoals meerzorg en ruimte in (max.) tarieven)</i> | <i>(Drie) algemene toeslagen</i> | <i>Investeringsbudget</i> |
|--|-----------------------|---|---|---|---|--|--|
| <i>Impact op cliëntenbelang</i> | | Duidelijk voor cliënt waar hij recht op heeft. Is regeling specifiek genoeg om kwaliteitsontwikkeling te borgen? Maatwerk is mogelijk, risico op inbreuk gelijkheidsbeginsel. | Sluit niet altijd aan bij de inhoudelijke kwaliteitseisen en benodigde zorg (geen heterogene doelgroep). | Sluit niet altijd aan bij de inhoudelijke kwaliteitseisen en benodigde zorg (geen heterogene doelgroep). | De huidige bekostiging is te afhankelijk van eigenaarschap/pionierschap binnen de doelgroep (wetenschappelijk onderbouwing ontbreekt vaak). | Geen maatwerk, minder duidelijk voor cliënt waar hij recht op heeft. | Relatie cliëntbelang en toegekende financiële middelen is niet duidelijk (geen geormerkt geld). Is regeling specifiek genoeg om kwaliteitsontwikkeling te borgen? Risico op regionale verschillen. |
| <i>Subscore</i> | 5 | 5 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 |
| <i>Faciliteert zorgaanbieder tot ontwikkeling kennis en toepassing hiervan</i> | | Stelt zorgaanbieder in staat om zorg op maat gefinancierd te krijgen, hoogte variabel. | Stelt zorgaanbieder in staat om zorg op maat gefinancierd te krijgen, hoogte in de praktijk echter niet variabel. | Stelt zorgaanbieder in staat om zorg op maat gefinancierd te krijgen, hoogte in de praktijk echter niet variabel. | Huidige systeem is gebleken niet te werken. | Stelt zorgaanbieder in staat om zorg op maat gefinancierd te krijgen, hoogte echter niet variabel en grofmazig. | Op voorhand te veel onzekerheden voor aanbieders |
| <i>Subscore</i> | 5 | 5 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 |
| <i>Juridische impact (houdbaarheid)</i> | | Past binnen bestaande methodiek. Is niet het exclusieve regelgeving domein van NZa, maar ook van VWS. | Past binnen bestaande methodiek. Is niet het exclusieve regelgeving domein van NZa, maar ook van VWS. | Past binnen bestaande methodiek | Past binnen bestaande methodiek | Past binnen bestaande methodiek. Indeling in categorieën is arbitrair. | Deze methodiek is omgeven met diverse onzekerheden. Afhankelijk van de vormgeving is al snel wetswijziging nodig. |
| <i>Subscore</i> | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 2 |
| <i>Impact op toezicht (rechtmatigheid en handhaafbaarheid)</i> | | Overeenkomstig de reguliere methodiek, terugvordering is echter complex. Bij aanvraag meerzorg duidelijke afspraken. | Overeenkomstig de reguliere methodiek, terugvordering is echter complex. | Overeenkomstig de reguliere methodiek, terugvordering is echter complex. | Overeenkomstig de reguliere methodiek, terugvordering is echter complex. | Overeenkomstig de reguliere methodiek, terugvordering is echter complex. Relatie tussen toeslag en specifieke zorg is diffuus. | Toezicht moet nog worden ingericht o.b.v. uitgewerkte methodiek |
| <i>Subscore</i> | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 |

| | | | | | | | | |
|------------------------|--|------|--|--|---|--|--|---|
| Uitvoerbaarheid | <i>Impact op rol zorgaanbieder</i> | | Sluit aan bij de huidige methodiek | Sluit aan bij de huidige methodiek | Sluit aan bij de huidige methodiek | Geen | Deels nieuwe methodiek | Geheel nieuwe methodiek |
| | | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 3 | 1 |
| | <i>Impact op rol zorgkantoor</i> | | Centrale rol zorgkantoren (inclusief registratie en beheer budget) | Afspraken per zorgaanbieder: DEC + Sat (onderhandelbaar) | Afspraken per zorgaanbieder: DEC + Sat (onderhandelbaar) | Invullen regierol door zorgkantoor (aanvullende werkzaamheden) | Afspraken per zorgaanbieder: DEC + Sat (onderhandelbaar) | Centrale rol zorgkantoren (inclusief registratie en beheer budget) |
| | | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 |
| | <i>Impact op rol NZa als regulator</i> | | Verdeling budget, verder geen rol NZa | Vaststellen toeslag per doelgroep (inclusief onderhoud), vergt kostenonderzoek | Toename van het aantal ZZP's (inclusief onderhoudswerkzaamheden), vergt kostenonderzoek | Geen | Vaststellen van de algemene toeslagen: licht, middel en zwaar (inclusief onderhoud), vergt kostenonderzoek | Verdeling budget, in de rol als regulator |
| | | 3 | 4 | 3 | 1 | 5 | 2 | 3 |
| | <i>Verantwoording (financieel)</i> | | Overeenkomstig de reguliere methodiek meerzorg | Overeenkomstig de reguliere methodiek | Overeenkomstig de reguliere methodiek | Overeenkomstig de reguliere methodiek | Overeenkomstig de reguliere methodiek (bij declaratie op cliëntniveau) | Moet nog worden uitgewerkt (belangrijke rol voor de accountant van het zorgkantoor) |
| | | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 2 |
| | <i>Verantwoording (inhoudelijk: kwaliteit, toegankelijkheid)</i> | | Via jaarverslag zorgaanbieder (toezichthouder: zorgkantoor) | Via jaarverslag zorgaanbieder (toezichthouder: zorgkantoor) | Via jaarverslag zorgaanbieder (toezichthouder: zorgkantoor) | Via jaarverslag zorgaanbieder (toezichthouder: zorgkantoor) | Via jaarverslag zorgaanbieder (toezichthouder: zorgkantoor) | Via jaarverslag zorgaanbieder (toezichthouder: zorgkantoor) |
| | | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | <i>Administratieve lasten</i> | | Vooraf impact voor zorgaanbieder en zorgkantoor | Substantieel, veel toeslagen vereist. | Substantieel, veel specifieke ZZP's vereist. | Beperkt, afhankelijk van invulling zorgkantoor | Beperkt, minder toeslagen | Grote impact voor zorgaanbieder en zorgkantoor |
| | | 5 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 1 |
| | Subscore | 3,67 | 3,45 | 3,27 | 2,45 | 4,27 | 3,05 | 1,95 |
| | Eindscore | | 4,55 | 3,42 | 3,28 | 2,89 | 2,36 | 1,35 |
| Rangorde | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |

BIJLAGE 2. SAMENVATTING CONSULTATIE

Voor dit advies zijn vertegenwoordigers van de volgende doelgroepen en andere belanghebbenden geconsulteerd:

- Huntington
- Korsakov
- Langdurig bewustzijnsstoornis
- NAH kind
- MS
- Gerontopsychiatrie
- Dementie met zeer ernstige problematiek
- SGLVG
- SGEVG
- NAH +
- Jong dementerenden
- Parkinson
- ZEMVB
- Doofblind (met verstandelijke beperking)
- Epilepsie
- Verstandelijk beperkt met dementie
- Neuromusculaire aandoening
- Ademhalingsondersteuning
- Patiëntenfederatie
- Zorgverzekeraars Nederland
- Actiz
- VGN

Belangrijkste bevindingen naar aanleiding van de mondelinge en schriftelijke consultatie in januari en februari 2020.

Kenniscentra:

- Er is brede steun voor het ontwikkelen van de Algemene Dienstverlening ten behoeve van verzekerde Zorg (ADZ) in de WLZ. Deze verdient de voorkeur boven een vorm van subsidie, mede vanwege het tijdelijk karakter van subsidies. Structurele financiering is essentieel. Tevens is van belang dat er centrale landelijke inkoop per doelgroep komt vanwege de eenduidigheid van de afspraken.
- Uitwerking van de ADZ regeling in samenspraak met veldpartijen, met de mogelijkheid tot evaluatie na 2 jaar en eventuele aanpassing van de regeling.
- Indien ADZ nog niet in 2021 kan worden ingezet, is sterk de behoefte om een tijdelijke (subsidie)regeling in het leven te roepen zodat doelgroepen die al zover zijn kunnen starten.
- Samenwerking tussen kenniscentra en DEC/SAT dient te zijn geborgd.
- Faciliteren dat ook de doelgroepen met een lager volume toegang krijgen tot onderzoekssubsidies

Doelgroepexpertisecentra en Satellieten (DEC/SAT):

- Mogelijkheden binnen bestaande inkoopregelingen worden breed als ontoereikend c.q. niet werkbaar beoordeeld.
- Meezorgregeling, in aangepaste vorm, wordt als passende bekostigingsmethodiek beoordeeld. In mindere mate ook eventueel specifieke toeslagen.
- Twee opties: individuele meezorg regeling en groepszorg meezorg regeling.
- Vanwege continuïteit borgen dat (basis)financiering structureel is (onafhankelijk van inzet, patiëntenmix en volume)
- Helder toetsingskader voor beoordeling van meezorg aanvragen.
- Aandacht voor het zoveel mogelijk beperken van administratieve lasten.
- Onderscheid tussen DEC en SAT. DEC verricht een aantal infrastructurele en coördinerende taken, niet direct cliënt gerelateerd.
- Vraagtekens bij afbakening en volume criteria in KPMG rapport.
- Vorm van certificering van DEC, met verplichte deelname aan KC.

Financiële impact:

- Vragen ten aanzien van beschikbaar komen van extra budget; extra middelen of vanuit bestaande contracteerruimte?

Algemeen:

- Vastgesteld is dat de doelgroep 'Gerontopsychiatrie' qua volume binnen de 10 door KPMG vastgestelde doelgroepen valt.
- Ook specifieke hoog complexe doelgroepen met een hoger volume meenemen in kennisinfrastructuur.
- Optie om KC en DEC te combineren.
- Doelgroepen die al klaar zijn met ontwikkelen richtlijnen e.d. z.s.m. starten in nieuwe structuur.
- Aandacht voor betrokkenheid van patiëntenverenigingen in kennisinfrastructuur.
- Aandacht voor samenhang met Zvw en WMO.