



# Verlag themabijeenkomst 26 juli Bekostiging SO



Op 26 juli kwamen de deelnemers van de themagroep 'Bekostiging specialist ouderengeneeskunde buiten de verpleeghuizen' bij elkaar. Namens het ministerie van VWS geeft Merel Gosens een toelichting op de 2 experimenten die de themagroep tijdens het congres van 4 juli aangedragen heeft aan de overlegtafel met het ministerie en de reactie van het ministerie hierop ([Bijlage 1. Vraag gesprekstafel SO in the lead 4 juli en antwoord ministerie van VWSenkomst\\_Bekostiging\\_SO-bijlage1](#)).

De experimenten die de themagroep voorgesteld heeft:

1. Het experiment: SO-zorg die aan Wlz-cliënten wordt geboden ook bieden aan Wlz-cliënten in thuissituatie.
2. Het experiment: hoofdbehandelaarschap in de Zvw via aparte Amvb's mogelijk maken

## Inzet SO in de thuissituatie

Over het inzetten van de expertise van de SO in de thuissituatie: er zijn inmiddels verschillende modellen uitgewerkt binnen het spectrum van de aanbieders. En er zijn stappen gezet in het verduidelijken van de beleidsregel modulaire zorg en subsidieregeling extramurale zorg, de Nza heeft deze helderder en uitgebreider

beschreven zodat de expertise ook beter ingekocht kan worden. Het ministerie van VWS vindt het van belang om dit in 2017 goed te gaan volgen. Daarbij richten we ons op de vraag: lukt het ook om de SO in te kopen en wat zijn de resultaten?

## Hoofdbehandelaarschap

Met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap concentreren: we gaan kleine stappen zetten. Het hoofdbehandelaarschap hangt nauw samen met de structuur van de Zvw en om daar in veranderingen te bewerkstelligen vraagt een perspectief van 2 à 3 jaar. Verenso vult aan dat voor dit laatste nog geen draagvlak was aan de overlegtafel. De beleidsregels zijn nu verduidelijkt op basis van het convenant van Verenso met LHV. Het advies ook van ZINL is om eerst gebruik te maken van beide verduidelijkte regelingen.

## Vereenvoudiging administratieve lasten

De vraag blijft: hoe te komen tot een vereenvoudiging van administratieve lasten? Waar zit hem dat in? En hoe kunnen we 'Wlz zonder behandeling' in combinatie met behandeling daar waar nodig slimmer organiseren. Daar is een besparing te realiseren.

Op papier is het nu geregeld en is het uitgeschreven wat valt onder:

- Wlz thuis
- Wlz met PGB
- Wlz exclusief behandeling

Het staat nu in de zorginkoopgids van 2017.

Het is van belang om samen te zoeken naar de toegevoegde waarde in de relatie tussen huisarts en SO. Daarvoor is ook een goed gesprek tussen huisarts en SO nodig. Zorgkantoor Menzis geeft aan dat de focus ligt bij de huisarts en de complexiteit van de cliënt. Zilverenkruis geeft aan dat we dat zouden moeten volgen op individueel niveau, per uur, per aanbieder. Dan ontstaan er voorbeelden van hoe we het kunnen gaan doen.

Het rapport Positionering Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen van bureau HHM (juli 2016) (<http://hbm.nl/actueel/positionering-behandeling-wlz>) maakt een scheiding tussen Wlz specifiek en generiek terwijl dat een geheel is binnen de Wlz. ZINL zet in op dit laatste ook voor zorg thuis. ZINL geeft aan dat we de inkoop slimmer moeten inrichten en simpel moeten maken. Er wordt ruimte geboden om voor de groep ouderen die geclusterd wonen of thuis wonen onderling tussen huisarts en SO afspraken te maken, daar zit de ruimte. Hoe gaat het veld bewegen? Wat zien we voor verschillen? Dit zijn interessante invalshoeken om te volgen en van te leren met elkaar.

Voorstel van het ministerie van VWS is om met de zorgkantoren en aanbieders samen op te trekken om beleid te vormen op basis van de casuïstiek bij de aanbieders en deze verder af te pellen. Het gaat er om meer zicht te

krijgen van wat er mag (op papier) en wat er feitelijk in de praktijk kan. Hierop gaan we een proces inrichten.

## Casuïstiek

**Zorggroep Liante:** De Lauwers is een nieuwe woonvorm voor 24 cliënten zonder behandeling, 12 PG – Wlz en beschermd wonen voor GGZ cliënten. De huisarts is de behandelaar en er wordt opgeschakeld daar waar nodig is. Tevens zijn er aanleunwoningen waar cliënten met hun partner kunnen wonen. SO wordt niet meer geleverd door de VVT aanbieder, zij zijn hiervan afhankelijk van of de huisarts dit doet. Ze werken ook samen met een onafhankelijke speler Multimaat voor specialistische behandeling van de SO maar daar staat geen bekostiging tegenover. Liante gaat uit van normalisatie: als je het niet nodig hebt schaal je niet op. Ze zijn met de huisartsen in gesprek en benutten het zorgpad kwetsbare ouderen van de regio Friesland dat in samenwerking met het ziekenhuis en alle stakeholders tot stand is gekomen. Daar is draagvlak voor. De volgende stap is om met alle huisartsen in de regio Drachten (17) afspraken te maken en deze route van het zorgpad te benutten. Liante kan gebruik maken van de regeling modulaire zorg en S3 van de huisartsenfinanciering.

**Norschoten:** We richten ons op de groep ZZP 5 en hoger, VPT met behandeling dit geldt voor 52 cliënten. Norschoten heeft afspraken met het zorgkantoor / zorgverzekeraar kunnen maken over dat de huisartsenzorg door Norschoten geleverd wordt door de SO bij VPT. Op een locatie worden 20 cliënten met ZZP 5 tot 7 behandeld met PGB. Daar mag de SO de zorg niet leveren en er is geen andere route. Norschoten heeft veel voorbeelden waarin de financiering knelt. Zij hebben oplossingen bedacht samen met zorgkantoor / zorgverzekeraar maar die zijn omslachtig en administratief belastend. Het gaat dan om betrekken van huisarts bij MDO, dagbehandeling, inroepen van SO via de huisarts. Ze zijn net van start gegaan met een nieuw project rond Kwetsbare ouderen. Nb. Zorgkantoor geeft aan dat er wel behandeling mogelijk is naast PGB.

**De Zorgboog:** De Zorgboog is een brede VVT organisatie. Zij zijn sinds 1,5 jaar bezig met samenwerking tussen huisarts en SO en zien op basis van inhoud meerwaarde voor de inzet van SO. Het is niet belangrijk waar je woont, wel dat er goede zorg geleverd wordt. de ANW diensten zijn nog een discussie. De SO gaat steeds meer naar de wijk, voor Wlz en Zvw cliënten. Er is veel contact met de huisarts. Deels in de stad en dat is wel een uitdaging met 150 huisartsen. We werken nu samen met 13 huisartsenpraktijken waarin op basis van de module ouderenzorg (huisartsenzorg) gedeclareerd wordt en we werken volgens het zorgpad. We merken dat er niet genoeg ruimte is binnen de subsidie extramurale behandeling om de gezamenlijke visie op goede zorg neer te zetten. Hier valt ook een consult, MDO en vervolgzorg onder en kost veel administratie. We werken met de applicatie Zorgdomein, dat werkt drempelverlagend, en maakt match tussen huisarts en patiënt. Het gaat hierbij ook om gunnen, vertrouwen en elkaar vinden. De Zorgboog verwerkt nu 200 consulten in 6 maanden, dat kan De Zorgboog aan met de huidige SO's. MPT is redelijk buiten beeld, zeer beperkt in de regio. Wlz indicaties zijn er niet, dit gaan we nog uitzoeken.

Administratieve last zit hem vooral in:

- Uitgebreide verslaglegging
- Aparte declaratie kost tijd

Zelfstandige SO's kunnen ook afspraken maken met het zorgkantoor. Het is de vraag in hoeverre SO's de gehele zorg overnemen en in hoeverre dit extra tijd kost.

## Vervolg

We maken afspraken voor het vervolg om meer zicht te krijgen op financiering SO door casusbespreking. Aan de hand van casussen pellen we de problemen en oplossingen af voor financiering van de SO. Daarnaast stelt Verenso voor om de Nza-factsheet praktisch te vertalen (zie bijlage 2).

## Meer weten

- [Bijlage 1. Vraag gesprekstafel SO in the lead 4 juli en antwoord ministerie van VWS](#)
- [Bijlage 2. Overzicht van opties voor de bekostiging van de SO \(Verenso\)](#)
- [Lees het verslag van de voorgaande themabijeenkomst op 21 juni](#)

---

### tags:

[Bekostiging SO buiten verpleeghuis](#) (51), [De Zorgboog](#) (22), [Norschoten](#) (29), [Opella](#) (39), [Pleyade](#) (24), [Saffier](#) (15), [WelThuis](#) (26), [Zorggroep Liante](#) (12)

### thema:

[Gebruik van hulpbronnen](#) (228)