

NZa
t.a.v. mevrouw dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Datum
18 februari 2019
Contactpersoon
G.J. van Unen MSc
Ons kenmerk
GGZN/RIBW/FO/230562/2019

Bijlage(n)
1
Doorkiesnummer
033 - 4608900
Uw kenmerk

Onderwerp
Bestuurlijke consultatie t.a.v. 'Uitvoeringstoets
behandeling, impact van bekostiging van integrale
zorg voor toekomstige ggz-cliënten in de Wlz'

Geachte mevrouw Kaljouw,

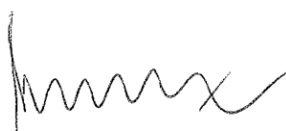
Gedurende de afgelopen maanden heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna de NZa) in opdracht van het ministerie van VWS onderzoek gedaan naar de impact van integrale bekostiging van behandeling door middel van een integrale prestatie voor toekomstige ggz-cliënten in de Wlz, in lijn met [het aanvullend advies van het Zorginstituut Nederland](#) (hierna ZiN) hierover. Desgevraagd heeft de NZa het werkveld in de ggz, d.w.z. de geïntegreerde ggz-zorgaanbieders, zorgaanbieders van beschermd wonen en instellingen voor maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en beschermd wonen, hier actief bij betrokken. In een drietal expertsessies is met deskundigen van gedachten gewisseld over de consequenties van dit complexe vraagstuk en zijn verschillende oplossingsscenario's tegen het licht gehouden. Een en ander is in een prettige sfeer verlopen. Daarnaast heeft de NZa gesproken met andere betrokken partijen zoals de cliëntvertegenwoordigers, behandelaren en de zorgkantoren, en is gebruik gemaakt van andere onderzoeken die betrekking hebben op dit onderwerp.

Dat heeft onzes inziens geleid tot een zorgvuldig uitgewerkt document, waaruit blijkt dat opvolging van het advies van het ZiN leidt tot zeer nadelige organisatorische en financiële consequenties voor met name zorgaanbieders van beschermd wonen. Mede door de macro budgettaire overheveling van gelden uit het Gemeentefonds naar het Fonds langdurige zorg zullen met name zorgaanbieders van kleinschalige woonprojecten zich genoodzaakt zien af te zien van Wlz-zorg of om dit af te stoten. De diversiteit in woonvoorzieningen komt daardoor onder druk te staan. Dientengevolge zullen veel cliënten die behoefte hebben aan 'permanent toezicht' of '24 uur zorg in de nabijheid' voor hun woonvoorziening aangewezen zijn op grootschaliger locaties, zoals de woonzorgparken bij geïntegreerde ggz-zorgaanbieders of in de gehandicaptenzorg. Dit is geheel tegen de wens van het kabinet Rutte III in, om zoveel mogelijk kwetsbare burgers te vermaatschappelijken, de wachttijden te beteugelen (hier de nieuwe instroom bij geïntegreerde ggz-zorgaanbieders afgezet tegen de al gerealiseerde beddenafbouw daar) en om de administratieve lasten te verminderen. Bovendien wordt bij opvolging van het advies van het ZiN de keuzevrijheid van cliënten fors beperkt. Ook dat strookt niet met het kabinetsbeleid.

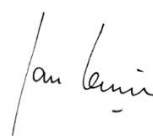
Na uitgebreid overleg met de NZa over alternatieve bekostigingsmodellen gaat onze voorkeur uit naar het model, waarin sprake is van meerdere prestaties voor woonzorg en specifieke behandeling en/of algemeen geneeskundige zorg, waarbij de verantwoordelijkheid van coördinatie van zorg bij meerdere zorgaanbieders komt te liggen. Het voordeel van deze variant is, dat er door zorgaanbieders beter geacteerd kan worden op de specifieke behoeften van de cliënt en ook op de variatie in zorgvraag bij een modulair geordend zorgaanbod. Wij zijn van mening dat het door het ZiN gewenste integraal behandelen, begeleiden en ondersteunen en de keuzevrijheid van cliënten hierbij gewaarborgd blijven. Indien er in dit model voor gekozen wordt om de behandelteams te laten opereren onder de Wlz i.p.v. onder de Zvw (omdat dit beter past binnen het wettelijk kader), heeft dat forse impact op de bedrijfsvoering van vooral de geïntegreerde ggz-zorgaanbieders.

Ook voor het alternatieve bekostigingsmodel waarbij sprake is van één prestatie voor woonzorg via de Wlz en behandeling via de Zvw, geldt, dat er door de verschillende zorgaanbieders beter geacteerd kan worden op de specifieke behoeften van de cliënt en de variatie in zorgvraag. En ook met dit model blijven het integraal behandelen, begeleiden en ondersteunen en de keuzevrijheid van cliënten gewaarborgd. Daarom vinden zorgaanbieders die alleen beschermd wonen aanbieden dit ook een geschikt bekostigingsmodel. Maar dat model heeft, zolang het 'driejaarscriterium' in de Zvw en het 'voortgezet verblijf' in de Wlz blijven bestaan, forse impact op de bedrijfsvoering van de klinieken van de geïntegreerde ggz-zorgaanbieders, omdat zij dan voor exact hetzelfde zorgaanbod te maken krijgen met de financiering van twee aparte groepen cliënten: 1) de groep cliënten die de Wlz instroomt op basis van de zorginhoudelijke Wlz-criteria (woonzorgcomponent via de Wlz, behandeling via de Zvw); 2) de groep cliënten die de Wlz instroomt op basis van voortgezet verblijf (alle behandeling, begeleiding en ondersteuning via de Wlz). Zonder het 'driejaarscriterium' en 'voortgezet verblijf' zou er in dit model voor gekozen kunnen worden om voor alle groepen cliënten in de langdurige ggz de behandeling onder de Zvw en de woonzorgcomponent onder de Wlz te brengen. Zodoende ontstaat een logisch onderscheid tussen behandeling in de Zvw en verblijf in de Wlz voor wie dat nodig heeft. Rest ons u te bedanken voor de mogelijkheid om een inhoudelijke reactie te geven op de uitvoeringstoets van de NZa.

Met vriendelijke groet,



A.P.B.M. van Tuijn
voorzitter RIBW Alliantie



drs. J.P. Laurier
voorzitter Federatie Opvang



mevrouw drs. V.J.W.C. Esman-Peeters
directeur GGZ Nederland

Bijlage: Reactie Federatie Opvang, RIBW Alliantie en GGZ Nederland op de uitvoeringstoets van de NZa m.b.t. het advies van het ZiN over integrale bekostiging van behandeling door middel van een integrale prestatie

Reactie Federatie Opvang, RIBW Alliantie en GGZ Nederland op de uitvoeringstoets van de NZa m.b.t. het advies van het ZiN over integrale bekostiging van behandeling door middel van een integrale prestatie

Uitgangspunten ZiN

In onze reactie op de uitvoeringstoets van de NZa staan we eerst stil bij een aantal uitgangspunten van het ZiN m.b.t. al dan niet integraal behandelen in de Wlz, voordat we ingaan op de consequenties van de verschillende oplossingsscenario's. Soms verwijzen we naar [onze reactie op het advies van het ZiN](#) t.a.v. positionering behandeling in de Wlz, d.d. 30 januari 2018.

De NZa heeft de opdracht gekregen om de impact van het advies van het ZiN over integrale bekostiging van behandeling door middel van een integrale prestatie voor toekomstige ggz-cliënten in de Wlz inzichtelijk te maken. De NZa concludeert dat integrale bekostiging het beste past bij integrale zorg, maar dat opvolging van het advies van het ZiN enorme organisatorische en financiële consequenties heeft voor met name zorgaanbieders van beschermd wonen. We begrijpen dat de NZa zich focust op het advies van het ZiN en als gevolg daarvan in de uitvoeringstoets de redeneertrant van het ZiN volgt. Omdat wij het op sommige punten oneens zijn met het ZiN (zie hierboven) en daarom deels tot een andere conclusie komen dan de NZa, lijkt het ons zinvol om stil te staan bij enkele uitgangspunten waar het ZiN zich op baseert. Zo wordt duidelijker hoe wij zelf redeneren en conclusies trekken in dit vraagstuk.

De NZa refereert in §1.1 aan het advies van het ZiN over de positionering van behandeling bij ggz-cliënten: "De conclusie van dit aanvullend advies is dat mensen met een psychische stoornis die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid over het algemeen aangewezen zijn op integrale zorg. Ook hier gelden de situaties van de institutionele zorg, zoals het Zorginstituut ook omschrijft voor de al bestaande doelgroepen in de Wlz."

Reactie

Het ZiN heeft gelijk als het stelt dat cliënten met een psychische aandoening die blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid over het algemeen zijn aangewezen op integrale zorg. Waar het ZiN onzes inziens onvoldoende bij stilstaat, is dat integrale zorg op heel veel verschillende manieren kan worden aangeboden. En dat de vv, de ghz en de ggz daar in de loop der jaren hele goede methoden voor hebben ontwikkeld en ook samenwerkingsverbanden met andere zorgaanbieders voor zijn aangegaan. Dat geldt ook voor zorgaanbieders van beschermd wonen. Nu deze zorgaanbieders in toenemende mate te maken hebben met cliënten met complexere problematiek, biedt de Wlz uitkomst. Op de betreffende locaties is namelijk meer bescherming en veiligheid vereist, en dus een andere personele samenstelling, en voor veel meer uren per week dan voor (Wmo-) cliënten die meer eigen regie op diverse levensdomeinen hebben. We hebben het dan specifiek over een ander type woonzorg bij deze zorgaanbieders. Behandelaars zullen weliswaar ook frequenter contact hebben met deze doelgroep, maar, vergelijkbaar met de vv en ghz, hoeven zij niet 24 uur per dag op die locatie aanwezig te zijn.

“Cliënten die afhankelijk zijn van institutionele zorg kunnen over het algemeen niet zelf de regie voeren over hun eigen leven. Daarom hebben deze cliënten integrale en interdisciplinaire zorg nodig. De wetgever treft voor deze burgers de meeste waarborgen op integrale zorg door een situatie te creëren waarbij alle zorg onder één domein en onder de verantwoordelijkheid van één regisserende en coördinerende zorgaanbieder valt.” De NZa zegt vervolgens: “Dit moet de kwaliteit van zorg ten goede komen door een verdergaande integrale zorgverlening dan nu het geval is. Met het advies van het Zorginstituut wordt ook de huidige rechtsongelijkheid tussen deze twee groepen in een institutionele setting weggenomen.”

Reactie

De term ‘institutionele zorg werkt verwarrend. Maar met de duiding van het ZiN kunnen zorgaanbieders van beschermd wonen in de nieuwe situatie ook als zodanig aangemerkt worden. Het lijkt erop alsof het ZiN hier alleen de geïntegreerde ggz-zorgaanbieders voor ogen heeft gehad, maar dat verandert als de toegang tot de Wlz voor de ggz vanaf 2021 bij wet geregeld is.

Het ZiN heeft verzuimd om uit te leggen hoe verdergaande integrale zorgverlening dan nu het geval is, precies bijdraagt aan de kwaliteit van de zorg. Waarom is het onderbrengen van alle verantwoordelijkheid voor zorg onder één domein, en bij één regisserende en coördinerende partij dan veel beter? In navolging van het voorgaande zien wij zelf het anders organiseren van de woonzorgcomponent met een andere disciplinemix en een ander type begeleidingsaanbod in beschermd wonen als ‘verdergaande integrale zorgverlening dan nu het geval is’. Alle Wlz-cliënten voldoen immers aan de zorginhoudelijke criteria van de Wlz, maar de zwaarte van de gewenste inzet varieert, afhankelijk van het zorgprofiel van de cliënt.

Andersom geredeneerd, stel je waarborgt integrale zorg door alle zorg onder één regisserende en coördinerende zorgaanbieder te brengen, wordt de woonzorg in beschermd wonen daarmee Wlz-waardig, d.w.z. meer beschermd en veiliger? Het antwoord op die vraag is neen. Want ook al zou je een psychiater of psycholoog in dienst nemen, of via allerlei hoofd- en onderaanneemconstructies inhuren bij andere zorgaanbieders, dan garandeert dat niet per se de noodzakelijke 24 uur zorg nabij of het permanent toezicht. Dat wordt wel door andere disciplines dan de behandelaars gegarandeerd, zoals de verpleegkundigen, woonbegeleiders, agogisch medewerkers, ervaringswerkers, enzovoort. En zoals gezegd moet van hen een hoger aantal fte voor meer uren worden ingezet om de Wlz-doelgroep adequate begeleiding en ondersteuning te bieden.

De zorgaanbieders, of dit nu om de geïntegreerde ggz-zorgaanbieders, de zorgaanbieders van beschermd wonen of de instellingen voor maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en beschermd wonen gaat, zijn samen verantwoordelijk voor het volledige pakket van behandeling, begeleiding en ondersteuning. Daarbinnen heeft iedere betrokken partij zijn eigen taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden en maakt daarover afspraken met het zorgkantoor (en/of een verzekeraar, afhankelijk van het te kiezen bekostigingsmodel).

De NZa stelt dat met het advies van het ZiN ook de huidige rechtsongelijkheid tussen de twee cliëntgroepen in een institutionele setting wordt weggenomen. Onduidelijk is welke groepen hier precies bedoeld worden (zie verderop ‘vragen en/of opmerkingen ter verheldering van de tekst). Wij gaan ervan uit dat het gaat om 1) de groep cliënten die de Wlz instroomt op basis van de zorginhoudelijke Wlz-criteria en 2) de groep cliënten die de Wlz instroomt op basis van voortgezet verblijf. In onze reactie op de alternatieve bekostigingsmodellen van de NZa geven we aan hoe je hier bij het scheiden van de behandel- en woonzorgcomponent rekening mee kunt houden.

Wij zijn van mening dat de huidige rechtsongelijkheid tussen cliënten uit de vv, ghz en ggz wordt weggelaten met de toegang tot de Wlz voor de ggz vanaf 2021. Immers, ggz-clieñten die blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24 uur zorg nabij krijgen dezelfde rechten als de cliënten uit de andere zorgsectoren die daar behoefte aan hebben. Maar daarmee is de kous ook wel af.

Integraal en multidisciplinair werken past weliswaar bij intensieve behandeling, zorg en ondersteuning in de Wlz en het is aan cliënten, hun directbetrokkenen en professionals samen om dat goed vorm te geven. Met goede onderlinge afspraken tussen de verschillende zorgaanbieders over hun taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, waarbij het totale zorgaanbod het liefst gebaseerd is op een kwaliteitskompas. Maar dat hoeft niet per se onder de verantwoordelijkheid van één regisserende en coördinerende zorgaanbieder te zijn.

Zolang er sprake is van passende Wlz-zorg voor mensen die blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24 uur zorg nabij en er waarborgen zijn voor de continuïteit van zorg, kan de uitvoering daarvan bij verschillende zorgaanbieders liggen. Dat doet niets af aan de rechtsgelijkheid of het gelijkheidsbeginsel waar het ZiN zich in deze op beroept. We refereren hierbij gemakshalve aan tabel 1, hoofdstuk 2 van de uitvoeringstoets door de NZa, waarin wordt aangegeven dat in de huidige situatie binnen een beschermende woonomgeving de specifieke behandeling (m.b.t. de psychische aandoening) reeds belegd is bij een ketenpartner en er derhalve integrale en multidisciplinaire afspraken op cliëntniveau of samenwerkingsafspraken op groepsniveau worden gemaakt.

Wij vinden het overigens vreemd dat het ZiN zich hierover uitspreekt, gegeven de uitzonderingen van andere doelgroepen binnen hetzelfde wettelijk kader, zoals in de (ambulante) gehandicaptenzorg en de forensische zorg. Ongelijke gevallen gelijk behandelen is wat ons betreft net zo onrechtvaardig als gelijke gevallen ongelijk behandelen. Door de toegang tot de Wlz en daarmee de uitbreiding van het aantal leveringsvormen voor de ggz te regelen zijn we als sector bovendien beter in staat om maatwerk te leveren aan cliënten met complexere zorg- en ondersteuningsvragen. Het advies van het ZiN m.b.t. de positionering van behandeling in de Wlz voor de ggz doet daar onzes inziens aan af.

Tot slot

Een en ander laat onverlet dat we samen met alle betrokken partijen goed moeten kijken hoe we de behandeling, begeleiding en ondersteuning van ggz-clieñten in de Wlz kunnen optimaliseren en het integrale karakter van het werk op de werkvloer kunnen waarborgen, ongeacht waar de cliënten verblijven. De door de NZa genoemde zorgprofielen, ontwikkeld door HHM, zijn hiervoor het vertrekpunt. Dit geldt voor zowel de cliënten die gebruik maken van zorg in natura als voor cliënten die gebruik maken van het volledig pakket thuis, het modulair pakket thuis of het persoonsgebonden budget.

Consequenties van een integrale prestatie

Hst. 4 Inhoudelijke consequenties van een integrale prestatie (pag. 16 e.v.)

§4.1 Uitvoerbaarheid bij zorgaanbieders

De NZa heeft in overleg met het werkveld 4 toetsingscriteria bepaald:

1. Administratieve lasten
2. Beschikbaarheid van benodigde expertise

3. Waarborging keuzevrijheid cliënt
4. Mogelijkheden tot inspelen op variatie in zorgvraag (op- en afschalen)

Reactie

We vinden het jammer dat het derde criterium 'waarborging keuzevrijheid cliënt' bij de behandeling van de diverse bekostigingsvarianten weinig is uitgewerkt. Het is een belangrijk criterium voor zowel cliënten als professionals, zo is tijdens de expertsessies met het werkveld gebleken. Aanbevolen wordt om bij de beoordeling van de verschillende bekostigingsvarianten meer aandacht te besteden aan dit criterium.

Figuur 2 Overzicht verwachte instroom (pag. 17)

Hier is gebruik gemaakt van data uit het onderzoek van HHM in 2017. De Cijfers Monitor Sociaal Domein geven voor de 1e helft 2018 31.990 cliënten met een Wmo beschikking BW aan (https://www.waarstaatjegemeente.nl/Jive?cat_open=Monitor%20Sociaal%20Domein), een verschil van 5.490 cliënten. Hoe moeten we dit verschil interpreteren, ervan uitgaande dat deze populatie niet zo snel groeit in krap een jaar tijd?

“Als het besluit wordt genomen dat deze boven-budgettaire zorgvormen onderdeel worden van de integrale prestatie, dan zal dit voor de geïntegreerde ggz-instellingen betekenen dat ze verantwoordelijk worden voor een groter zorgpakket. Aangezien de geïntegreerde ggz-instellingen de organisatie hebben ingericht om de behandeling te kunnen leveren, verwachten wij dat dit geen grote consequenties met zich mee zal brengen.”

Reactie

Ofschoon onze leden hiertoe in staat zijn, weten we uit ervaring dat wijzigingen in de bekostiging van zorg of de prestaties an sich forse impact hebben op hun bedrijfsvoering. Wij vinden dat, ongeacht voor welk bekostigingsmodel uiteindelijk gekozen wordt, de vereiste inzet van onze professionals terug te zien moet zijn in de tarieven van de betreffende prestaties (nu nog de zpz ggz-b prestaties voor de geïntegreerde ggz-zorgaanbieders, maar dat kan straks anders zijn, afhankelijk van het te kiezen bekostigingsmodel en de reikwijdte van het totaal aantal zorgprofielen).

Uitvoerbaarheid bij de beschermende woonomgevingen (instroom vanuit de Wmo)

“De focus is echter altijd gebleven op het vergoeden van wonen, verblijf en begeleiding. Dit past in de zorgvisie van een aanbieder om de stabiliteit van wonen en zorg te bieden met de flexibiliteit van behandeling (<https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/beschermd-wonen/publicaties/van-beschermd-wonen-naar-een-beschermd-thuis-rapport-cie-dannenberg>). Om deze reden verwachten wij dat voor deze aanbieders de uitvoeringsgevolgen hoog zullen zijn; de toekomstige situatie op basis van het advies van het Zorginstituut sluit niet aan op de huidige uitvoeringspraktijk. [...] De verwachting is dat zorgaanbieders van beschermd wonen opnieuw bekijken of zij in staat zullen zijn de gewenste Wlz zorg te leveren.

Sommige aanbieders concluderen dat er een groot risico bestaat dat de kwaliteit van hun zorg- en dienstverlening ondermaats wordt en zij derhalve genoodzaakt zijn om die zorg af te stoten. Cliënten worden gedwongen om te verhuizen. Doordat de wachtlijsten in de ggz op dit moment hoog zijn, is er een risico dat goede zorg niet meteen voor de cliënten in de nabijheid beschikbaar en toegankelijk is.”

Reactie

In bovenstaande passage bevestigt de NZa onze zienswijze als het gaat om de organisatorische en financiële impact en de nadelige gevolgen daarvan voor de bedrijfsvoering van de betrokken zorgaanbieders. Het risico op het afstoten van Wlz zorg door zorgaanbieders van beschermd wonen, en dan met name de zorgaanbieders van kleinschalige woonprojecten, heeft zeer nadelige gevolgen voor de cliënten die toegang krijgen tot de Wlz op basis van de zorginhoudelijke criteria. Want de diversiteit in woonvoorzieningen neemt af, waardoor cliënten die behoefte hebben aan ‘permanent toezicht’ of ‘24 uur zorg in de nabijheid’ voor hun woonvoorziening aangewezen zijn op grootschaliger locaties, zoals de woonzorgparken bij geïntegreerde ggz-zorgaanbieders of in de gehandicaptenzorg. Als cliënten gedwongen worden om te verhuizen, betekent dit opnieuw een verandering in hun cliëntreis, naar verwachting voor velen van hen een onwenselijke verandering.

Als de integrale bekostiging van behandeling via integrale prestaties leidt tot nieuwe instroom van cliënten bij de geïntegreerde ggz-zorgaanbieders kunnen, afhankelijk van de beschikbare capaciteit fysieke bedden in de verschillende regio’s, nieuwe wachtlijsten ontstaan. Dit lijkt ons zeer onwenselijk.

Verder is onduidelijk hoe gemeenten zullen reageren op de overheveling van het macrobudget van het Gemeentefonds naar het Fonds langdurige zorg (en dan met name na de verdere decentralisatie van taken en middelen). Er is dan minder budget beschikbaar voor beschermd wonen via de Wmo. Dit kan nadelig uitpakken voor zorgaanbieders die zich genoodzaakt zien om alleen nog beschermd wonen aan te bieden aan cliënten in de Wmo. Hoe wordt straks bijvoorbeeld omgegaan met de tijdelijke Wmo-beschikkingen voor relatief complexe, en daardoor veelal dure zorg? Vooralsnog is onduidelijk hoeveel cliënten er precies voldoen aan de zorginhoudelijke criteria en daarom toegang zullen krijgen tot de Wlz, dus moeten we hier volstaan met aannames. Het lijkt ons daarom zinvol om de consequenties van de overheveling nauwlettend te blijven volgen.

§4.2 Toezichtaspecten bij zorgkantoren (pag. 20)

“Zorginkoop: [...] Aandachtspunt is wel dat de NZa moet bewaken dat zorgkantoren blijven voldoen aan de zorgplicht, inclusief het waarborgen van de kwaliteit, die zoveel mogelijk aansluit bij de wensen van cliënten. Gezien de eerder beschreven consequenties bij beschermende woonomgevingen, is het vooral hier een risico dat de kwaliteit van zorg niet geborgd kan worden.”

Reactie

Dit is een belangrijk argument tegen de integrale prestaties. Kwaliteit van zorg moet voorop staan en gewaarborgd zijn.

Een alternatief is om de zorgaanbieders die straks behandeling bieden aan ggz-cliënten in de Wlz in beschermd wonen (meestal de FACT-teams van de geïntegreerde ggz-zorgaanbieders) dat onder de Wlz te laten doen i.p.v. onder de Zvw. Dan houdt het zorgkantoor zicht op het beschikbare behandelaanbod in de regio's, zonder dat de organisatie van zorg bij zorgaanbieders van beschermd wonen zelf geweld wordt aangedaan. Uiteraard zal dan gekeken moeten worden in hoeverre de Wlz zorg qua behandeling afwijkt van de Zvw zorg en zullen de behandelteams daarop moeten anticiperen (nog niet overal wordt bijvoorbeeld gewerkt met hersteldeskundigen en/of ervaringswerkers), maar het is het overwegen waard. Naar verwachting zal de behandelintensiteit in de Wlz van vergelijkbare aard zijn als in de Zvw, mede vanwege de geringe eigen regie van cliënten op de verschillende levensdomeinen. Dit zou passen binnen het alternatieve bekostigingsmodel met meerdere prestaties voor woonzorg en specifieke behandeling en/of algemeen geneeskundige zorg, met declaraties door meerdere zorgaanbieders.

Het nadeel hiervan is dat de genoemde FACT-teams van de geïntegreerde ggz-zorgaanbieders de Zvw zorg blijven declareren bij de verzekeraars, maar de Wlz zorg apart zullen moeten declareren bij de zorgkantoren. Vooralsnog is onduidelijk of de tarieven voor behandeling in de Wlz passend zullen zijn voor zorgaanbieders van FACT.

“Cliënt en zorg [...]”

Reactie

Hier wordt de beperking van de keuzevrijheid van cliënten niet letterlijk genoemd, terwijl “die past bij hun voorkeur” wel bij criterium 2 op pagina 19 staat. Het lijkt ons goed om dit toe te voegen en dan ook te vermelden wat de precieze consequenties daarvan zijn.

§5.1 Parameters financiële raming, Instroom Wmo (pag. 22)

Tarieven en prijzen

“Voor instroom Wmo cliënten in de Wlz blijven we dicht bij de berekeningswijze van de UVT-wetgeving en zijn we uitgegaan van de zorgprofielen, prestaties en tarieven zoals we die in de AWBZ tot 2015 kenden. Deze prestaties werden destijds vooral door beschermende woonomgevingen gedeclareerd en kennen nu vergelijkbare prestaties in de Wmo [...]”

Reactie

Dit lijkt ons een goede benadering, mits dit alleen zou gelden voor de woonzorgcomponent. Want de complexiteit van de zorg- en ondersteuningsvragen is in de afgelopen jaren toegenomen, mede door verdere ambulantisering van cliënten met minder complexe problematiek, waardoor een verdichting in de (Wlz/ Lggz) klinieken en in beschermd wonen is ontstaan van cliënten met relatief complexe problematiek (de eerdergenoemde co morbiditeit en multi morbiditeit). We hebben dit reeds gezien bij de resultaten van het retrospectieve Wlz kostprijsonderzoek over het boekjaar 2016, toen de kostprijzen van de zzp ggz-b prestaties voor de zzp's ggz-b6 en b7 aanzienlijk hoger lagen dan de NZa tarieven afdekten. Die tarieven zijn inmiddels aangepast.

Indien de oude zzp ggz-c prestaties het ijkpunt zijn voor de woonzorgcomponent en behandelcomponent samen, verwachten we dat de NZa op te lage tarieven uitkomt (zie hierboven de opmerking over de behandelintensiteit in de Wlz in relatie tot de mate van eigen regie bij deze cliënten).

Naar verwachting komt dit straks tot uitdrukking bij de indicatiestelling door het CIZ, als ggz-cliënten in de Wmo, die voldoen aan de zorginhoudelijke criteria van de Wlz, geherindiceerd moeten worden. Wij gaan er hierbij van uit dat alleen de cliënten met de meest complexe zorg- en ondersteuningsvragen (en dus de minste eigen regie op verschillende levensdomeinen) in aanmerking zullen komen voor toegang tot de Wlz.

Overigens, de Wmo kent weliswaar vergelijkbare prestaties als de oude zzp ggz-c prestaties in de AWBZ, maar uit [onderzoek door HHM in 2018](#) is gebleken dat er een grote mate van diversiteit tussen gemeenten bestaat als het gaat om de opbouw van de product- en tariefstructuur. De meerderheid van de gemeenten kent volgens het onderzoek een structuur die is te relateren aan de voormalige zzp-systematiek, met een relatief kleine bandbreedte voor de tariefstelling. Binnen de onderzochte gemeenten was per saldo sprake van een daling van tarieven voor zorg in natura sinds 2014.

Hst. 6 Conclusie consequenties van een integrale prestatie

§6.1 Uitvoeringsconsequenties (pag. 26)

Wij onderschrijven de conclusies van de NZa over de uitvoeringsconsequenties van een integrale prestatie in §6.1. Gegeven de enorme impact op de bedrijfsvoering van vooral zorgaanbieders van beschermd wonen, de risico's daardoor op het afstoten van zorg en de zeer nadelige gevolgen daarvan voor ggz-cliënten die toegang zullen krijgen tot de Wlz, kunnen wij ons niet vinden in de door het ZiN geadviseerde integrale prestatie. Wij denken voldoende beargumenteerd te hebben waarom integrale prestaties binnen het wettelijk kader van de nieuwe Wlz niet nodig zijn. In de gesprekken met de NZa hebben we ons telkens de vraag gesteld welk probleem er nu precies moest worden opgelost, omdat er diverse alternatieve prestaties en daarmee beter passende bekostigingsvarianten te bedenken zijn.

§6.2 Invoeringstraject (pag. 27)

Zoals de NZa zelf vaststelt onder 'afwegingen', biedt een ingroeitraject onzes inziens geen structurele oplossing voor zorgaanbieders van beschermd wonen. Mocht het kabinet besluiten om het advies van het ZiN alsnog op te volgen, dan is zo'n ingroeitraject onontbeerlijk. Op dit moment echter lijkt het ons te vroeg om op deze suggestie van de NZa in te gaan. De politiek is nu eerst aan zet, en we gaan ervan uit dat men de uitvoeringstoets van de NZa zorgvuldig bestudeert, alvorens tot een besluit te komen.

§6.3 Vervolgtraject (pag. 28)

De NZa benadrukt dat bij de uitvoeringstoets gebruik gemaakt is van de huidige of oude prestaties om de financiële impact in kaart te brengen en voegt daar iets aan toe: "[...] Wanneer echter blijkt dat de oude of huidige prestaties en tarieven onvoldoende aansluiten bij deze nieuwe instroom, zal er een nieuw (normatief) kostenonderzoek moeten worden gedaan."

Reactie

Wij hebben ten tijde van het Wlz kostprijsonderzoek (2017/2018) bij de NZa en het ministerie van VWS reeds gepleit voor een normatief kostprijsonderzoek.

Gegeven de verdere ambulantisering van ggz-cliënten en de daarmee gepaard gaande toename van complexe problematiek in de klinieken en beschermd wonen, de grote ontwikkelingen op het gebied van herstelgericht behandel- en begeleidingsaanbod in de afgelopen 10 jaar en de inzet van een hele andere disciplinemix dan 10 – 15 jaar geleden, is dit wenselijk. Nu de toegang tot de Wlz voor de ggz geregeld wordt, lijkt het moment daarvoor aangebroken. Wij zouden graag eerst kijken naar wat noodzakelijke en passende zorg per doelgroep in de (nieuwe) Wlz is, omdat we de kwaliteit van zorg voor onze cliënten hoog in het vaandel hebben. We hebben vorig jaar in overleg met de NZa en de zorgkantoren een kleine exercitie op dit gebied gedaan voor de zpp ggz-b prestaties met vier grote geïntegreerde ggz-zorgaanbieders. We zouden dat kunnen uitbreiden naar de nieuwe doelgroepen in de Wlz, zoals beschreven door HHM. Verder is er inmiddels voldoende draagvlak in het werkveld om voor de hele langdurige ggz – Wlz én Wmo – een kwaliteitskompas te ontwikkelen en zijn we met het ministerie van VWS in gesprek over hoe we dat kunnen vormgeven.

Consequenties van alternatieve prestaties

§7.1 Alternatieve bekostigingsmodellen

De NZa heeft in overleg met het werkveld 4 alternatieve bekostigingsmodellen onderzocht.

1. Eén prestatie met woonzorg en specifieke behandeling;
2. A) Meerdere prestaties voor woonzorg en specifieke behandeling en/of algemeen geneeskundige zorg, waarbij de verantwoordelijkheid van coördinatie van zorg bij één zorgaanbieder ligt (vergelijkbaar met de integrale prestatie);
B) Meerdere prestaties voor woonzorg en specifieke behandeling en/of algemeen geneeskundige zorg, waarbij de verantwoordelijkheid van coördinatie van zorg bij meerdere zorgaanbieders komt te liggen;
3. Eén prestatie voor woonzorg.

Reactie

Wij hebben eerder aangegeven waarin we met het ZiN van mening verschillen over al dan niet integraal behandelen, begeleiden en ondersteunen. Hieruit volgt dat we niet kunnen instemmen met de integrale bekostiging van behandeling door middel van een integrale prestatie, voornamelijk vanwege de enorme organisatorische en financiële consequenties voor zorgaanbieders van beschermd wonen. Daarom vallen voor ons ook de alternatieve bekostigingsmodellen 1 (één prestatie met woonzorg en specifieke behandeling) en 2A (meerdere prestaties voor woonzorg en specifieke behandeling en/of algemeen geneeskundige zorg, waarbij de verantwoordelijkheid van coördinatie van zorg bij één zorgaanbieder ligt) af.

Tijdens de gesprekken met de NZa over de alternatieve bekostigingsmodellen bleek al snel dat er in het werkveld behoefte is aan betere afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod, aan meer mogelijkheden om behandeling, begeleiding en ondersteuning flexibel op en af te kunnen schalen en aan een pragmatische invulling voor regievoering op en coördinatie van zorg, passend bij de huidige uitvoeringspraktijk in de klinieken en beschermd wonen.

Alternatief bekostigingsmodel 2B

Alhoewel alle alternatieve bekostigingsmodellen voor- en nadelen kennen, heeft het werkveld een voorkeur voor alternatief 2B: meerdere prestaties voor woonzorg en specifieke behandeling en/of algemeen geneeskundige zorg, waarbij de verantwoordelijkheid van coördinatie van zorg bij meerdere zorgaanbieders komt te liggen.

We zijn het met de NZa eens dat het voordeel van deze variant is, dat er door zorgaanbieders beter geacteerd kan worden op de specifieke behoeftes van de cliënt en de variatie in zorgvraag bij een modulair geordend zorgaanbod. Maar dat is niet het enige: Wij zijn ook van mening dat het door het ZiN gewenste integraal behandelen, begeleiden en ondersteunen en de keuzevrijheid van cliënten hierbij gewaarborgd blijven.

We maken wel een voorbehoud. Onderzocht moet worden:

1. Hoe we de kwaliteit van zorg goed kunnen waarborgen
2. Hoe we zorgvraag en zorgaanbod van alle prestaties goed op elkaar afstemmen
3. Hoe we tot een passende opbouw van deelcomponenten binnen de verschillende prestaties met modules komen
4. Hoe we via een normatieve benadering van het noodzakelijke behandel-, begeleidings- en ondersteuningsaanbod per prestatie kostprijzen vaststellen, teneinde verantwoorde en passende tarieven te bepalen (in afstemming met de nieuwe tarieven voor de zzp's ggz-b)
5. Hoe we de administratieve lastendruk bij zorgaanbieders zo laag mogelijk houden

Om binnen het wettelijk kader van de Wlz te blijven, lijkt het ons verstandig om (ambulante) behandelaars die nu alleen onder het Zvw-regime opereren, ook onder het Wlz-regime te laten opereren. Ofschoon er in de Wlz ook medisch behandeld wordt, vergelijkbaar met de Zvw, zullen de professionals van de Wlz-teams op een andere manier en in een andere verhouding worden ingezet dan de professionals van de Zvw-teams. Dat vereist behoorlijk wat aanpassingen bij vooral de FACT-teams van de geïntegreerde ggz-zorgaanbieders. Bovendien verhoogt deze andere inzet de administratieve lastendruk, omdat de betreffende teams de Zvw zorg moeten blijven declareren bij de verzekeraars, maar de Wlz zorg bij de zorgkantoren.

Op dit moment kunnen we nog niet goed inschatten wat de mogelijke consequenties zijn voor de organisatie van zorg bij alle zorgaanbieders van 1) het eerdergenoemde te ontwikkelen kwaliteitskompas voor de langdurige ggz en 2) van een eventueel normatief kostprijsonderzoek van de nieuwe prestaties.

Alternatief bekostigingsmodel 3

Ook voor het alternatieve bekostigingsmodel 3, één prestatie voor woonzorg via de Wlz en behandeling via de Zvw, geldt, dat er door de verschillende zorgaanbieders beter geacteerd kan worden op de specifieke behoeftes van de cliënt en de variatie in zorgvraag. En ook met dit model blijven het integraal behandelen, begeleiden en ondersteunen en de keuzevrijheid van cliënten gewaarborgd. Daarom vinden zorgaanbieders die alleen beschermd wonen aanbieden dit ook een geschikt bekostigingsmodel.

Maar dit model heeft, zolang het 'driejaarscriterium' in de Zvw en het 'voortgezet verblijf' in de Wlz blijven bestaan, vooral forse impact op de bedrijfsvoering van de klinieken bij de geïntegreerde ggz-zorgaanbieders, omdat zij dan voor exact hetzelfde zorgaanbod te maken krijgen met de financiering van twee aparte groepen cliënten: 1) de groep cliënten die de Wlz instroomt op basis van de zorginhoudelijke Wlz-criteria (woonzorgcomponent via de Wlz, behandeling via de Zvw); 2) de groep cliënten die de Wlz instroomt op basis van voortgezet verblijf (alle behandeling, begeleiding en ondersteuning via de Wlz). Zonder het 'driejaarscriterium' en 'voortgezet verblijf' zou er in dit model voor gekozen kunnen worden om voor alle groepen cliënten in de langdurige ggz de behandeling onder de Zvw en de woonzorgcomponent onder de Wlz te brengen. Zodoende ontstaat er een logisch onderscheid tussen behandeling in de Zvw en verblijf in de Wlz voor wie dat nodig heeft, maar dan voor het hele spectrum aan zorgprofielen.

Bij bekostigingsmodel 3 maken we hetzelfde voorbehoud als bij bekostigingsmodel 2B, zij het dat het totale aantal prestaties in dit model kleiner is.

Tot slot

Omdat in de nieuwe Wlz, i.p.v. de grondslagen, het totaal van de beperkingen (liever gezegd de mate van eigen regie op de verschillende levensdomeinen) van de cliënt telt, moet gekeken worden hoe er bij de indicatiestelling door het CIZ wordt omgegaan met cliënten met zowel een psychische aandoening (waaronder verslaving), als een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid, of met cliënten met zowel een psychische aandoening als somatische, geriatrische, of psychogeriatrische problematiek. We zien in de dagelijkse praktijk dat er steeds beter wordt samengewerkt over de grenzen van de verschillende sectoren heen, maar wat ons betreft mag het vraagstuk rondom de bekostiging geen drempels opwerpen voor de organisatie van de best passende zorg voor deze cliënten, of leiden tot minder goed passende zorg door ongewenste financiële prikkels.

Vragen en/of opmerkingen ter verheldering van de tekst

Managementsamenvatting

“Vanwege de uitvoeringsconsequenties van een integrale prestatie, blijft het risico van het afstoten van zorg door beschermd wonen met een ingroei-traject bestaan.”

Het gevolg hiervan ontbreekt: De diversiteit in woonvoorzieningen komt onder druk te staan. Dientengevolge zullen veel cliënten die behoefte hebben aan ‘permanent toezicht’ of ‘24 uur zorg in de nabijheid’ voor hun woonvoorziening aangewezen zijn op grootschaliger locaties, zoals de woonzorgparken bij geïntegreerde ggz-zorgaanbieders of in de gehandicaptenzorg.

Inleiding

Figuur 1. Overzicht in- en uitstroom (op basis van onderzoek HHM, 2017)

In dit overzicht ontbreekt de instroom vanuit de forensische zorg. Is dat destijds niet in kaart gebracht?

§1.1 Achtergrond

“Met het advies van het Zorginstituut wordt ook de huidige rechtsongelijkheid tussen deze twee cliëntgroepen in een institutionele setting weggenomen.”

Over welke groepen gaat het hier precies? De cliënten in het LGGZ-regime onder de Zvw in het tweede en derde jaar verblijf en de Wlz-cliënten bij voortgezet verblijf en die voldoen aan de zorginhoudelijke criteria, of om de cliënten bij geïntegreerde ggz-zorgaanbieders en cliënten in beschermd wonen, of om ggz-cliënten bij voortgezet verblijf en die voldoen aan de zorginhoudelijke criteria en cliënten in de vv en ghz? Wij gaan er gemakshalve van uit dat het gaat om 1) de groep cliënten die de Wlz instroomt op basis van de zorginhoudelijke Wlz-criteria (woonzorgcomponent via de Wlz, behandeling via de Zvw) en 2) de groep cliënten die de Wlz instroomt op basis van voortgezet verblijf (alle behandeling, begeleiding en ondersteuning via de Wlz).

Hst. 3 Afweging bekostigingsmodel bij integrale behandeling

“Een belangrijke reden om ggz-cliënten binnen de Wlz directe toegang te verlenen, als ze voldoen aan de inhoudelijke criteria, is om het totaalbeeld van beperkingen leidend te laten zijn en niet meer de grondslag. Ongelijkheid tussen de bekostiging van de ggz en de andere sectoren kan een risico met zich meebrengen dat er alsnog wordt gekeken in toewijzing van de indicatie naar grondslag. We gaan daarom in de beschrijving van de uitvoerbaarheid van integrale behandeling in het volgende hoofdstuk uit van een integrale prestatie.”

Wat wordt hier nu precies gezegd, wat bedoelt de NZa? Immers, het totaalbeeld van de beperkingen (liever ‘heel weinig tot geen eigen regie op verschillende levensdomeinen’) is bij cliënten met een psychische aandoening die behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur zorg nabij volstrekt duidelijk. De grondslag doet er dan in feite niet meer toe, zeker gegeven de co morbiditeit of multi morbiditeit die bij het overgrote deel van deze cliënten aanwezig is. Het anders bekostigen heeft betrekking op de organisatie van zorg en niet op het indicatieproces bij het CIZ. Wel moet gekeken worden hoe het CIZ bij de indicatiestelling omgaat met co morbiditeit en/of multi morbiditeit (zie onze opmerking hierover onder ‘tot slot’).

Hst. 4 Inhoudelijke consequenties van een integrale prestatie

De NZa baseert zich bij de instroom van cliënten in de Wlz vanuit diverse andere domeinen op een onderzoek van HHM in 2017. Dit onderzoek houdt forse marges aan voor de boven- en ondergrens van de aantallen cliënten die zullen instromen. Er bestaat een groot risico op afwijking. Diverse betrokken partijen hebben ieder voor zich ook een andere verwachting daarbij. Het lijkt zinvol om dit te vermelden, omdat de financiële consequenties op macroniveau fors zullen zijn bij veel hogere of veel lagere aantallen cliënten die instromen. Nu heeft het kabinet de Kamer al wel laten weten rekening te houden met eventueel wijzigende aantallen en daar macro budgettair gezien op te zullen anticiperen. Wellicht goed om dat in het stuk op te nemen.