

Uitvoeringstoets Behandeling

Toegang tot de Wet langdurige zorg voor mensen met een psychische stoornis

De impact van bekostiging van integrale zorg voor de
toekomstige Wlz ggz

Inhoud

1. Inleiding	5
1.1 Achtergrond	5
1.2 Vraagstelling	7
1.3 Aanpak	8
1.4 Afbakening	8
1.5 Leeswijzer	10
2. De huidige uitvoeringspraktijk in beeld	11
2.1 Organisatie van zorg	12
2.2 Bekostiging van zorg	13
3. Afweging bekostigingsmodel bij integrale behandeling	15
4. Inhoudelijke consequenties van een integrale prestatie	16
4.1 Uitvoerbaarheid bij zorgaanbieders	16
4.2 Toezichtaspecten bij zorgkantoren	18
5. Financiële consequenties van een integrale prestatie	21
5.1 Parameters financiële raming	21
5.2 Ophoging Wlz kader	23
5.3 Voorbehouden	24
6. Conclusie consequenties van een integrale prestatie	26
6.1 Uitvoeringsconsequenties	26
6.2 Invoeringstraject	27
6.3 Vervolgtraject	28
7. Consequenties van alternatieve prestaties	29
7.1 Alternatieve bekostigingsmodellen	29
7.2 Aandachtspunten alternatieve prestaties	33
8. Toekomstscenario's van integrale en alternatieve prestaties	34
9. Reflectie	36
9.1 Onzekerheden	36
9.2 Ontwikkelingen	37
9.3 Overdenkingen	37
Bijlage 1. Opdrachtbrief VWS	39
Bijlage 2. Financiële consequenties - overige parameters en bandbreedte analyse	40
Bijlage 3. Financiële consequenties – samenvatting uitkomsten (tabellen)	43
Bijlage 4. Bekostigingsmodellen	46
Bijlage 5. Overzicht en beschrijving uitvoerbaarheid van bekostigingsvarianten	49
Bijlage 6. Reactie GGZ Nederland, RIBW Alliantie en Federatie Opvang	53
Bijlage 7. Reactie Mind	54

Managementsamenvatting

In 2014 heeft het kabinet, naar aanleiding van de motie Keijzer en Bergkamp (kamerstuk 30597 nr 397) het voornemen uitgesproken om cliënten die vanwege een psychische stoornis blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid ook toegang te bieden tot de Wet langdurige zorg. Dit betekent dat cliënten die aan de inhoudelijke Wlz-criteria voldoen, per 2021 direct toegang krijgen tot de Wlz. Daarnaast heeft het Zorginstituut voorgesteld dat voor deze toekomstige Wlz ggz cliënten alle behandeling onder aanspraak van de Wlz moet vallen, dus ook algemeen geneeskundige zorg. De verantwoordelijkheid voor deze zorglevering bij één aanbieder leggen, zal de kwaliteit van ggz-zorg ten goede komen.

Doel

Voor de verpleging en verzorging (vv) en de gehandicapten (ghz)-sector heeft de NZa onderzocht wat de best passende bekostigingsvariant is voor integrale zorg (zie ook Uitvoeringstoets integrale zorg voor Wlz-clieënten). In deze uitvoeringstoets concluderen we dat een integrale prestatie (zzp met behandeling) dit het beste faciliteert. Gezien het wetsvoorstel is gevraagd of de NZa een dergelijke analyse ook voor de ggz-sector kan uitvoeren. Dat is deze uitvoeringstoets. We beschrijven de uitvoeringsconsequenties, toezichtaspecten en financiële consequenties van bekostiging op basis van integrale prestaties.

Aanpak

Om tot een gedegen analyse te komen, hebben we samengewerkt met aanbieders, de cliëntorganisatie, zorgkantoren en behandelaren. We hebben drie expertbijeenkomsten gehad met zorgaanbieders, we zijn op werkbezoek geweest en we hebben de rapportage van Significant gebruikt over de organisatie van zorg en behandeling. Daarnaast hebben we een sessie gehad met de cliëntorganisatie en een sessie met medisch adviseurs en zorginkopers van zorgkantoren.

Bevindingen

Er is een variant die het beste voldoet aan het advies van het Zorginstituut, namelijk een integrale prestatie. Deze variant heeft echter grote gevolgen voor de aanbieders van beschermd wonen. Integrale zorglevering leidt bij deze zorgaanbieders tot grote uitvoeringsconsequenties op het gebied van administratieve lasten, zorginhoudelijke verantwoordelijkheid, beschikbaarheid van expertise en keuzevrijheid. Ook is er een risico dat deze aanbieders besluiten om het aanbod te focussen op cliënten met alleen een Wmo-indicatie en dat de wachtlijsten zullen toenemen voor Wlz cliënten. We kijken daarom ook naar andere bekostigingsvarianten die niet of slechts deels voldoen aan het advies van het Zorginstituut.

Conclusie

Er is niet één best passende oplossing die de ongelijkheid tussen doelgroepen binnen de Wlz opheft en tegelijkertijd de consequenties voor aanbieders zo veel mogelijk beperkt. Wij zien twee mogelijkheden voor het vervolg. Eén optie is dat de vv en ghz overgaan op integrale prestaties, terwijl er voor de ggz prestaties met en zonder behandeling zijn. Er zal dan ongelijkheid zijn tussen de ggz en overige sectoren. Er is verder onderzoek nodig of deze ongelijkheid gevolgen heeft voor de indicatie en plaatsing van de ggz-clieënten in de Wlz. De andere optie is dat vv, ghz en ggz overgaan op integrale prestaties (al dan niet met een tussenstap met behulp van prestaties zonder behandeling). Als voor een ingroeitraject wordt gekozen, dan is aan te bevelen om alle sectoren gelijktijdig over te laten naar een gewenste situatie. Vanwege de uitvoeringsconsequenties van een integrale prestatie, blijft dan het risico bestaan dat aanbieders van beschermd wonen zorg afstoten.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Als gedeeltelijke opvolger van de vroegere Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) voorziet de Wet langdurige zorg (Wlz) sinds 2015 in de zorg voor mensen die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24 uur zorg per dag in de nabijheid. Op dit moment is de Wlz alleen toegankelijk voor mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap, dan wel met een somatische of psychogeriatrische beperking of aandoening. Een psychische stoornis is destijds niet opgenomen als grondslag vanuit de gedachte dat er bij psychische stoornissen kans op herstel is en deze groep cliënten geen levenslange zorg nodig heeft.

Het uitgangspunt met betrekking tot psychische stoornissen blijkt in de praktijk niet houdbaar. Er zijn complexe geestelijke gezondheidszorg (ggz) cliënten die een onbepaald aantal jaren tot zeer intensieve zorg nodig hebben. Blijvende zorg is echter niet altijd op voorhand met zekerheid vast te stellen. Dat was een van de redenen om vanaf 2015 de ggz-cliënten alleen op basis van het 'voortgezet verblijf' regime in te laten stromen tot de Wlz. Daarmee bedoelen we een klinische ggz-opname ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw) van tenminste drie jaar bij geïntegreerde instellingen. Daarna beoordeelt de behandelaar of het verblijf voortgezet dient te worden en klinisch verblijf nog steeds medisch noodzakelijk is voor geneeskundige zorg¹. Ggz-cliënten krijgen op dit moment dus niet op basis van een CIZ-indicatie (op zorginhoudelijke criteria) toegang tot de Wlz. Dit in tegenstelling tot mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap, dan wel met een somatische of psychogeriatrische beperking of aandoening.

Een ander deel van de AWBZ, waaronder beschermd wonen, is sinds 2015 overgegaan naar de Wmo. Echter voor een groep cliënten met psychische stoornis, die blijvend permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid nodig hebben ter voorkoming van ernstig nadeel of escalatie, is de toegang tot de Wlz op grond van de psychische stoornis niet mogelijk.

Wetsvoorstel 'Toegang Wlz voor mensen met een psychische stoornis'

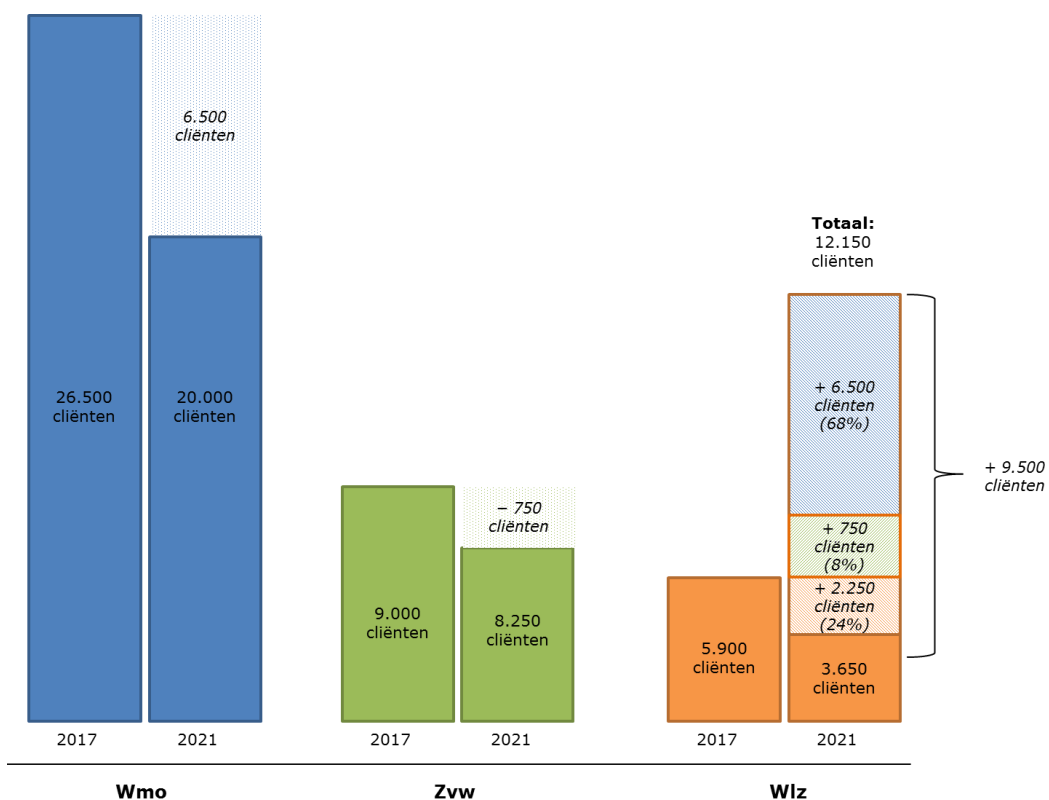
Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) vindt de 'knip' tussen psychische problematiek en de andere grondslagen niet wenselijk. Door de wet uit te breiden, kan worden gekeken naar een totaalbeeld van beperkingen om te bepalen of iemand Wlz-zorg nodig heeft. In 2014 heeft het kabinet naar aanleiding van de motie Keijzer en Bergkamp het voornemen uitgesproken om cliënten die vanwege een psychische stoornis blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid ook toegang te bieden tot de Wlz. Het Zorginstituut heeft daaropvolgend op 16 december 2015² geadviseerd om de huidige zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz ook voor de ggz te laten gelden. Het huidige kabinet heeft in het regeerakkoord 'Vertrouwen in de toekomst' kenbaar gemaakt het advies van het Zorginstituut op te volgen en de directe toegang van ggz-cliënten tot de Wlz mogelijk te maken per 2021, mits de effecten geen belemmeringen vormen.

¹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/03/07/rapport-medisch-noodzakelijk-verblijf-in-de-geneeskundige-ggz>

² <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2015/12/16/advies-over-toegang-tot-de-wlz-voor-mensen-met-een-psychische-stoornis>

De doelgroep van dit wetsvoorstel betreft kwetsbare mensen die door hun psychische aandoening, al dan niet in combinatie met andere aandoeningen, op nagenoeg alle levensdomeinen onvoldoende of geen regie hebben. Zij hebben in hun dagelijks functioneren onvoldoende of geen probleemoplossend vermogen en/of kunnen hun hulpvraag niet stellen. Vanwege het wetsvoorstel heeft bureau HHM in opdracht van VWS onderzocht wat de mogelijke omvang is van de groep ggz-cliënten die toegang zullen krijgen tot de Wlz. Ze komen tot de inschatting dat het gaat om minimaal 9.500 en maximaal 12.250 (nieuwe) cliënten in 2021³. In figuur 1 is de verwachte uitstroom en instroom van het onderzoek in kaart gebracht (op basis van de minimale instroom van 9.500 cliënten). Deze cliënten komen uit drie domeinen: 68% uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) oftewel de beschermde woonvormen, ongeveer 24% met een tijdelijke indicatie binnen de Wlz (voortgezet verblijf cliënten waarvan de blijvende behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur zorg per dag in de nabijheid kan worden vastgesteld) en een klein percentage (8%) uit de Zvw.

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



Advies over de positionering van behandeling bij ggz-cliënten

Op 27 september 2017 kwam het Zorginstituut met een advies over de positionering van behandeling in de Wlz voor de ghz en vv-sector. Met oog op het eerdere positieve advies ten aanzien van de directe toegang tot de Wlz voor ggz-cliënten die voldoen aan de inhoudelijke criteria, is het Zorginstituut vervolgens nagegaan of de conclusie ook voor deze groep geldt. 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

³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/05/19/ggz-clienten-in-de-wlz-inschatting-omvang-indien-grondslag-psychische-stoornis-wordt-toegevoegd-aan-de-wlz>

over het algemeen zijn aangewezen op integrale zorg. Ook hiervoor gelden de situaties van de institutionele zorg, zoals het Zorginstituut ook omschrijft voor de andere al bestaande doelgroepen in de Wlz.

De kern van dit advies is:

- Voor de leveringsvormen zorgzwaartepakket (zzp) en ‘geclusterd’ volledig pakket thuis (vpt)⁴, oftewel institutionele zorg, moet alle behandeling en aanvullende zorg ten laste van de Wlz komen. Het betreft de geneeskundige zorg, paramedische zorg, hulpmiddelen, farmaceutische zorg⁵, mondzorg en kleding.
- Het Zorginstituut schreef in zijn advies; “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”. Dit moet de kwaliteit van zorg ten goede komen door een verdergaande integrale zorglevering dan nu het geval is. Met het advies van het Zorginstituut wordt ook de huidige rechtsongelijkheid tussen deze twee cliëntgroepen in een institutionele setting weggenomen.

1.2 Vraagstelling

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de NZa op 7 september 2018⁶ gevraagd om voor de ggz-doelgroep, die straks zal toestromen tot de Wlz wanneer de wetwijziging doorgang vindt, na te gaan welk bekostigingsmodel de integrale zorglevering het beste faciliteert én haalbaar is. Daarnaast wordt gevraagd de financiële consequenties in kaart te brengen. Het gaat in deze uitvoeringstoets (hierna: UVT) dus specifiek over de groep cliënten die vanaf 2021, bij uitbreiding van de Wlz, directe toegang zouden krijgen vanwege de psychische problematiek.

Om deze opdracht uit te voeren, zullen we de volgende punten aan bod laten komen in deze UVT:

- Huidige beschrijving van de uitvoeringspraktijk van woonzorg, dagbesteding en behandeling (op basis van onderzoek Significant) en de huidige bekostigingsvarianten waar aanbieders mee te maken hebben. Deze twee elementen hebben vaak met elkaar te maken. De bekostiging sluit aan op de manier hoe de zorglevering bij zorgaanbieders is georganiseerd en visa versa.
- (Afweging van) bekostigingsvarianten die integrale behandeling, zoals omschreven in het advies van het Zorginstituut, het beste faciliteert.
- Inschatting van de mate van uitvoerbaarheid van integrale behandeling bij zorgaanbieders en zorgkantoren en de inschatting van de financiële consequenties.
- Beschrijving van mogelijke andere bekostigingsvarianten, die het advies van het Zorginstituut (deels) volgen en de afweging van deze bekostigingsvarianten.

⁴ Er wordt in het advies bij deze leveringsvormen niets vermeld over de verschillende zorgzwaartes.

⁵ Voor extreme kosten kan een beroep gedaan worden op de beleidsregel Overige kosten. Dit geldt ook voor zorg gebonden materiaal.

⁶ Brief aan NZa, “Aanvulling uitvoeringstoets positionering Wlz behandeling”, 7 september 2018, kenmerk 1414827-180481-LZ

1.3 Aanpak

Voor de sectoren ghz en vv is begin 2018 gestart met een zelfde verzoek om advies te geven over de manier hoe integrale behandeling het beste bekostigd kan worden. Hiervoor is in oktober 2018 daar een consultatiedocument naar partijen verstuurd. Ondertussen werd ook gevraagd om eenzelfde onderzoek voor de ggz-sector te doen. Er is voor gekozen om deze sectoren apart van elkaar te benaderen. De reden hiervoor is dat we voor de ggz-sector, naast het advies van het Zorginstituut over integrale behandeling, te maken hebben met de aankomende wetwijziging. Gezien deze wetwijziging, waarbij ggz-cliënten ook directe toegang kunnen krijgen op basis van inhoudelijke criteria, heeft VWS de NZa (op een later moment) gevraagd om voor de toekomstige ggz-sector een uitvoeringstoets naar het advies over integrale behandeling van het Zorginstituut te doen. Door een aparte uitvoeringstoets voor de ggz op te leveren, kunnen we inzoomen op de specifieke problematiek en oplossingsrichtingen die de wetwijziging én integrale zorglevering met zich meebrengt.

Om een gedegen analyse te doen van de uitvoeringsconsequenties hebben we samengewerkt met veldpartijen. Allereerst hebben we drie expertbijeenkomsten georganiseerd met zorgaanbieders van geïntegreerde instellingen en beschermende woonomgevingen. Zij hebben ons in deze sessies meegenomen in de wereld van de ggz en de toekomstige Wlz-client. Wij willen de experts daarom ook hartelijk danken voor de medewerking en hun waardevolle inzichten. Daarnaast hebben we een input opgehaald bij de cliëntorganisatie binnen de ggz, zorgkantoren en behandelaren binnen de sector. Ook hebben we gebruik gemaakt van het onderzoek van HHM over de verwachte ggz-instroom binnen de Wlz⁷ en de rapportage over de uitvoeringspraktijk van Wlz-behandeling van onderzoeksbureau Significant.

1.4 Afbakening

De opdracht in deze UVT kijkt voornamelijk naar het advies van het Zorginstituut. Omdat het gaat om een nu nog redelijk onbekende cliëntgroep die zich na het wetsvoorstel zal gaan vormen, is de samenhang met andere uitvoeringstoetsen belangrijk waar we ons richten op de wetwijziging. Op de volgende pagina wordt een overzicht van alle UVT's en de afbakening beschreven. In voorliggende UVT gaat het om de UVT Behandeling.

⁷ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/05/19/ggz-clienten-in-de-wlz-inschatting-omvang-indien-grondslag-psychische-stoornis-wordt-toegevoegd-aan-de-wlz>

UVT Wetgeving

Doel

Toetsen van uitvoerbaarheid wetsvoorstel op toezicht, handhaafbaarheid en financiën.

Uitgangspunten

- Ggz-cliënten die vanwege een psychische stoornis blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Het onderzoek naar de geschatte instroom vanuit Wmo, Wlz en Zvw van HHM (2017) en de doelgroep beschrijving zijn daarbij leidend;
- Cliënten hebben recht op intensieve zorg, welke zoveel mogelijk in een integraal pakket geleverd wordt. De specifieke Wlz-behandeling behoort voor deze cliënten in ieder geval tot de Wlz;
- Het voornemen is om de regeling van voortgezet verblijf over enkele jaren af te schaffen. Dit betekent voorlopig dat mensen op twee manieren de Wlz kunnen instromen per 2021:
 1. op basis van voortgezet verblijf (die altijd in een geïntegreerde ggz-instelling wordt geleverd met bijbehorende bekostiging op basis van ggz zzp-b)
 2. op basis van een CIZ-indicatie op grond van zorginhoudelijke criteria.
- De zorg aan de jeugdigen (Jeugdwet) wordt niet meegenomen.
- De toename van Wlz wordt berekend. De uitname van Wmo en Zvw valt buiten de opdracht. De toereikendheid van het Wlz-kader wordt op basis van de bestaande zorgprofielen, prestaties en tarieven (zzp's ggz-b) en zoals we die in de AWBZ tot 2015 kenden (zzp's ggz-c). Deze zijn naar *peiljaar 2018* geïndexeerd.

Opgeleverd in augustus 2018

Update UVT Wetgeving

Doel

Een update van de financiële consequenties van het wetsvoorstel. De invloed van de toekomstige zorgprofielen en het meest recente kostenonderzoek Wlz wordt hierin meegenomen.

Uitgangspunten

Dezelfde parameters en uitgangspunten worden gebruikt als de UVT Wetgeving. Het verschil is, is dat er een update plaatsvindt op de toereikendheid van het Wlz-kader, waarbij de volgende parameters worden herzien:

- De instroom van de cliënten op basis van de toekomstige zorgprofielen;
- De prijzen en tarieven op basis van a) de meest recente herijkte ggz-b tarieven en b) een indexering naar *prijspeil 2019* voor de ggz-c prestaties en specifieke behandeling uit de Zvw.

Wordt tegelijk met voorliggende UVT opgeleverd in februari 2019

UVT Behandeling

Doel

Het Zorginstituut heeft op 27 september 2017 het "Advies over behandeling en de aanvullende zorgvormen in de Wlz" voor de sectoren verpleging en verzorging (vv) en gehandicaptenzorg (ghz) en op 7 maart 2018 het "Aanvullend advies over de positionering van behandeling in de Wlz"¹ uitgebracht voor de ggz waarin zij adviseert dat alle cliënten, waar sprake is van institutionele zorg, een *integraal pakket aan behandeling* ontvangen. Om de impact van dit voornemen te bepalen, levert de NZa twee uitvoeringstoetsen op:

- Uitvoeringstoets voor de vv en ghz
- Uitvoeringstoets voor de ggz (voorliggende UVT).

Uitgangspunten

In deze UVT worden dezelfde parameters en uitgangspunten gebruikt als de update van de UVT Wetgeving. Het verschil is dat er uitgangspunten bijkomen, in relatie tot het advies van het Zorginstituut over integrale behandeling:

- Als we spreken over integrale behandeling, dan betekent dit dat alle behandeling bij institutionele zorg onder de Wlz valt. In dit geval gaat het dan ook over – naast de specifieke behandeling – de algemeen geneeskundige zorg.
- Daarnaast stelt het advies van Zorginstituut dat de verantwoordelijkheid van de behandeling bij één zorgaanbieder moet liggen.

Voorliggende UVT

UVT Bekostiging

Doel

Het ontwikkelen van prestaties en tarieven bij de toekomstige ggz-zorgprofielen. De nieuwe prestaties en tarieven bij de toekomstige ggz-zorgprofielen vormen een aanleiding om het financiële effect van het wetsvoorstel te bezien. Afhankelijk van het te doorlopen traject om tot nieuwe prestaties en tarieven te komen, zal bepaald worden wanneer de financiële toereikendheid van het Wlz-kader opnieuw berekend zal worden. In deze UVT zullen we uitgebreider ingaan op de consequenties die mogelijk ontstaan voor de cliënt met betrekking tot de toekomstige zorgprofielen, prestaties en tarieven en de overgang naar de Wlz.

Nog nader te bepalen

1.5 Leeswijzer

We beschrijven eerst de huidige bekostiging van behandeling en aanvullende zorgvormen in hoofdstuk 2. We schetsen kort de leveringsvormen en wat wordt verstaan onder behandeling en aanvullende zorgvormen. Daarna maken we in hoofdstuk 3 een afweging over hoe integrale behandeling het beste bekostigd kan worden. In hoofdstuk 4 presenteren we vervolgens de inhoudelijke uitvoeringsconsequenties bij aanbieders en het toezicht op het zorgkantoor. Hoofdstuk 5 gaat in op de financiële consequenties en een conclusie volgt in hoofdstuk 6. Het volgende onderdeel van de UVT bestaat uit hoofdstuk 7 waarin we kijken naar alternatieve bekostigingsmodellen. Ook hier beschrijven we de (financiële) consequenties voor aanbieder en de toezicht op het zorgkantoor. In hoofdstuk 8 schetsen we de mogelijke toekomstige scenario's om de Wlz, en de ggz-doelgroep, te bekostigen. Vervolgens sluiten we in hoofdstuk 9 af met een reflectie over de in acht genomen uitgangspunten waarmee we de UVT hebben uitgevoerd.

Daarnaast zijn er een aantal bijlagen, zoals de opdrachtbrief van VWS, verantwoording van de financiën en uitwerking van de bekostigingsmodellen. Ook zijn de schriftelijke reacties van GGZ Nederland, RIBW Alliantie en Federatie Opvang en Mind te vinden in de bijlagen. Wij hebben deze partijen expliciet gevraagd om te reageren op deze UVT. Andere partijen hebben kunnen reageren op de uitvoeringstoets voor integrale behandeling van de vv en ghz. Voor deze reacties verwijzen we naar deze uitvoeringstoets, die gelijktijdig met deze UVT zal worden gepubliceerd.

2. De huidige uitvoeringspraktijk in beeld

Het doel van het wetsvoorstel is om mensen met een psychische stoornis, die voldoen aan de inhoudelijke Wlz-criteria, net als mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuigelijke beperking of mensen met een somatische of psychogeriatrische aandoening, toegang te geven tot de Wlz.

We verwachten dat zowel cliënten die momenteel verblijven in een ggz-instelling als cliënten die momenteel verblijven in beschermd wonen toegang kunnen krijgen tot de Wlz (op basis van het onderzoek van Bureau HHM).

Om de uitvoerbaarheid van het wetsvoorstel in combinatie met het te hanteren bekostigingsmodel voor behandeling te toetsen is het belangrijk om naar de huidige uitvoeringspraktijk te kijken bij zorgaanbieders. Daarbij is van belang: de manier hoe 1) de organisatie van zorg en 2) de bekostiging van zorg nu wordt vormgegeven.

Ter informatie

We maken onderscheid tussen twee type zorgaanbieders waar de ggz-doelgroep nu woont: een ggz-instelling of een beschermende woonomgeving. We veronderstellen dat de toekomstige Wlz-cliënten in deze twee typen instellingen blijven of gaan wonen.

1. *Geïntegreerde ggz-instelling*

De klinische behandelsetting komt eigenlijk alleen voor bij geïntegreerde ggz-instellingen. Cliënten die geplaatst zijn in een klinische behandelsetting, krijgen deze zorg de eerste drie jaar uit de Zvw bekostigd (ook wel langdurige ggz (LGGZ) genoemd). Na deze drie jaar kunnen ze doorstromen naar de Wlz wanneer wordt besloten dat klinische verblijf nog steeds medisch noodzakelijk is voor geneeskundige zorg. Dit wordt het voortgezet verblijf genoemd. Er is dus ook een groep cliënten die ondertussen al de Wlz is ingestroomd op basis van deze administratieve regeling. Deze cliënten ontvangen altijd behandeling (specifieke en algemeen geneeskundig) en verblijf van (onder de verantwoordelijkheid van) één zorgaanbieder. Woonzorg, dagbesteding en behandeling wordt vanuit één financieringsstroom vergoed.

2. *Beschermende woonomgevingen*

Beschermd wonen biedt deze mensen een 'gecontroleerde' woonomgeving met een focus op veiligheid, bescherming, stabilisatie en herstel. Hierbij staat niet de behandeling op de voorgrond, maar de begeleiding. Beschermd wonen wordt momenteel binnen deze varianten op uiteenlopende wijze gerealiseerd. Het traditionele beschermd wonen is in de afgelopen jaren ten dele getransformeerd naar wooncomplexen met eigen appartementen voor bewoners (met eigen voordeursleutel) en gemeenschappelijke voorzieningen of ook in aparte wooneenheden, verspreid in de wijk en onder diverse condities (soms aangeduid als 'Gespekkeld wonen'). De intensiteit van toezicht en begeleiding varieert per vorm, afhankelijk van de behoefte en de ontwikkeling van de cliënten. Een deel van de cliënten in beschermende woonomgevingen voldoet aan de zorginhoudelijke Wlz criteria, maar de mate van regie op de verschillende levensdomeinen kan per cliënt verschillen.

2.1 Organisatie van zorg

De kern van het advies van het Zorginstituut is dat één Wlz-instelling inhoudelijk verantwoordelijk wordt voor alle zorg en behandeling voor de cliënt. Onder behandeling valt zowel 'specifieke Wlz-behandeling' en 'algemeen geneeskundige zorg' (zie hieronder voor definities). Dit betekent dat aanbieders verantwoordelijk worden voor het leveren en/of coördineren van beide typen behandeling. Om de impact van dit advies vast te stellen, is het belangrijk om de huidige situatie in kaart te brengen. Hier is door Significant uitgebreid onderzoek naar gedaan. In tabel 1 wordt kort weergegeven hoe zorg (woonzorg, behandeling en dagbesteding) binnen de geïntegreerde ggz-instelling en het beschermd wonen is georganiseerd.

Ter informatie

Specifieke behandeling

Een behandeling is specifiek als de zorg onlosmakelijk onderdeel is van de integrale zorg en/of er specifieke kennis of vaardigheden nodig zijn om de doelgroep te behandelen. Het gaat hierbij om behandeling die specifiek is gericht op de Wlz-problematiek en/of specifieke vaardigheden van de behandelaar vereist. Met specifieke behandeling doelen we in deze context op de ambulante (specialistische) ggz-behandeling. Voorbeeld hiervan is de ambulante specialistische zorg vanuit (F)ACT. Op het moment dat de situatie van de cliënt zodanig verslechtert dat verblijf met behandeling in een klinische setting nodig is, komt deze zorg ten laste van de Zvw. Het is aan de behandelende psychiater om te beoordelen wanneer een dergelijke opname gewenst is.

Algemeen geneeskundige zorg

Onder algemeen geneeskundige zorg worden de volgende zorgvormen verstaan:

- geneeskundige zorg van algemeen medische aard (vergelijkbaar met huisartsgeneeskundige zorg), met uitzondering van de paramedische zorg van algemene aard;
- behandeling van een psychische stoornis als de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van de somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of de verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap waarvoor de verzekerde is opgenomen;
- farmaceutische zorg;
- het gebruik van hulpmiddelen als dat noodzakelijk is in verband met de in de instelling gegeven zorg;
- tandheelkundige zorg;
- speciale kleding als dat verband houdt met het karakter en de doelstelling van de instelling

Bij *geïntegreerde ggz-instellingen* is er sprake van een gecombineerde setting van wonen en zorg. Dit is ook te zien in de manier hoe de zorg georganiseerd is: de verantwoordelijkheid van specifieke behandeling en (grotendeels) algemeen geneeskundige zorg is belegd bij de eigen organisatie. Daardoor is te zien dat artsen vaak in dienst zijn van de organisatie. Als dit niet het geval is, maakt de organisatie centrale afspraken voor de cliënten.

In het geval van de *beschermd woonomgevingen* is er een duidelijke scheiding van wonen en zorg te vinden. De woonzorg (en bijbehorende begeleiding) is de verantwoordelijkheid van de organisatie. Ook de dagbesteding is onderdeel van de woonzorg, en dus de verantwoordelijkheid van de organisatie. Als het echter gaat over behandeling (specifiek en algemeen), is de verantwoordelijkheid belegd bij een ketenpartner. Dit wordt vervolgens op verschillende manieren geregeld. Er kunnen afspraken op cliëntniveau worden gemaakt, maar in sommige gevallen wordt op afroep een behandelaar ingeschakeld.

Tabel 1. Huidige organisatie van zorg bij ggz-instellingen en beschermende woonomgevingen

	Geïntegreerde ggz-instelling	Beschermende woonomgeving
Woonzorg	Verantwoordelijkheid is belegd bij eigen organisatie.	Verantwoordelijkheid is belegd bij eigen organisatie.
Dagbesteding	Verantwoordelijkheid is belegd bij eigen organisatie.	Verantwoordelijkheid is belegd bij eigen organisatie.
Specifieke behandeling	Verantwoordelijkheid is belegd bij eigen organisatie. Cliënt ontvangt van organisatie specifieke behandeling.	Verantwoordelijkheid is belegd bij ketenpartner. Er worden multidisciplinaire en integrale afspraken gemaakt op cliëntniveau of samenwerkingsafspraken op groepsniveau.
Algemeen geneeskundige zorg	<ul style="list-style-type: none"> - Arts is in dienst; - Arts is niet in dienst, maar er zijn centrale afspraken met behandelaren gemaakt. 	Arts is niet in dienst. Zorglevering wordt geregeld via: <ul style="list-style-type: none"> - Afspraken op cliëntniveau (huisarts, apotheek); - Overkoepelende samenwerkingsafspraken; - Wanneer er behoefte aan is (paramedische zorg); - Geen afspraken.

2.2 Bekostiging van zorg

Naast de organisatie van zorg verschilt ook de huidige bekostiging van zorg tussen de beschermende woonomgevingen en de geïntegreerde ggz-instellingen. In tabel 2 wordt per zorgfunctie kort weergegeven hoe de bekostiging van de zorgaanbieders eruit ziet.

Bij de *geïntegreerde ggz-instelling* wordt het medisch noodzakelijk verblijf bekostigd met prestaties met behandeling. Deze zorg wordt de eerste drie jaar vergoed vanuit de Zvw. Alleen wanneer de cliënt na drie jaar nog steeds medisch noodzakelijk verblijf nodig heeft in verband met de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, dan wordt deze zorg na het derde jaar vergoed uit de Wlz. Beide financieringsstromen werken met zzp ggz-b prestaties. Ook na implementatie van het wetsvoorstel blijft het medisch noodzakelijk verblijf bekostigd worden via de zzp ggz-b. De cliënten die nieuw instromen op basis van inhoudelijke gronden worden geïndiceerd op basis van de nieuwe ggz profielen.

Ter informatie

Zzp

Een zzp bestaat uit een volledig pakket van verblijfszorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en het soort zorg dat die cliënt nodig heeft. Het pakket omvat de volgende vormen van zorg:

- Verblijf in een instelling (hier is een normatieve huisvestingscomponent (nhc) en een normatieve inventariscomponent (nic) opgenomen);
- Verpleging;
- Persoonlijke verzorging;
- Begeleiding;
- Behandeling;
- Vervoer naar behandeling en/of begeleiding;
- Het verstrekken van eten en drinken;
- Het schoonhouden van de woonruimte;
- Logeeropvang.

Ter informatie

Er zijn in de ghz en vv, afgezien van dagbesteding, zzp-prestaties met en zonder behandeling.¹ Een Wlz-cliënt op een plek zonder behandeling heeft echter wel recht op specifieke behandeling. De zorgaanbieder kan dit in de Wlz declareren via mpt-prestaties. Deze behandelprestaties kunnen worden toegekend voor zover de totale kosten (beleidsregelwaarde zzp zonder behandeling + uitgaven afzonderlijke behandelprestaties) niet hoger zijn dan de maximale beleidsregelwaarde voor zzp met behandeling.

Voor de ggz was er in de AWBZ ook sprake van zzp's met en zonder behandeling. De zzp's met behandeling worden ook wel de zzp ggz-b genoemd, die nu nog steeds worden gebruikt voor medisch noodzakelijk verblijf. De zzp's zonder behandeling werden voorheen zzp ggz-c genoemd. De cliënten met een ggz-c indicatie hadden geen AWBZ-recht voor specifieke behandeling. Deze zijn met ingang van de Wlz overgeheveld naar de Wmo 2015.

Bij de *beschermende woonomgevingen* is er in de bekostiging ook sprake van een scheiding tussen de woonzorg en behandeling. De bekostiging van de woonzorg gaat via een beschikking van de gemeente (Wmo). Er zijn tussen gemeenten grote verschillen in hoe de onderliggende prestaties van de beschikking zijn vormgegeven. De behandeling die aan de cliënt geboden wordt, wordt vergoed vanuit de Zvw en valt niet onder verantwoordelijkheid van de beschermende woonomgeving. De behandelaren declareren de geleverde zorg met prestaties die in het kader van ambulante/klinische dienstverlening ook worden gebruikt in de Zvw. Welke prestaties gebruikt worden, verschilt per zorgvorm.

Tabel 2. Bekostiging van zorg bij geïntegreerde ggz-instellingen en beschermende woonomgevingen; *eerste drie jaar Zvw, daarna Wlz

	Geïntegreerde ggz-instelling		Beschermende woonomgeving	
	Type prestatie	Financieringsstroom	Type prestatie	Financieringsstroom
Woonzorg	Onderdeel van de zzp ggz-b (met behandeling)	Zvw of Wlz*	Beschikking van de gemeente	Wmo
Dagbesteding	Onderdeel van de zzp ggz-b (met behandeling)	Zvw of Wlz*	Beschikking van de gemeente	Wmo
Specifieke behandeling	Onderdeel van de zzp ggz-b (met behandeling)	Zvw of Wlz*	Prestaties ggz-c en/of ggz-b (dbc's en GBG prestaties)	Zvw
Algemeen geneeskundige zorg	Onderdeel van de zzp ggz-b (met behandeling), behalve: - Hulpmiddelen - Mondzorg	Zvw of Wlz*	Prestaties voor huisartsen, apotheek, paramedische zorg, hulpmiddelen etc.	Zvw of Wmo

3. Afweging bekostigingsmodel bij integrale behandeling

Zoals beschreven in paragraaf 1.1, beslaat het advies van het Zorginstituut over integrale zorglevering samenvattend de volgende twee punten:

- Bij institutionele zorg moet *alle behandeling en aanvullende zorg ten laste van de Wlz komen*. Het betreft de specifieke behandeling en algemeen geneeskundige zorg.
- Deze zorg moet onder de *verantwoordelijkheid van één regisserende en coördinerende zorgaanbieder* vallen.

Om alle zorg inclusief behandeling te gaan leveren en de zorg onder verantwoordelijkheid van één aanbieder in de Wlz, past in het huidige tijdsbeeld van een zwaarder en complexer wordende zorgvraag. In het advies van het Zorginstituut wordt uitgegaan van het standpunt dat vrijwel alle Wlz-cliënten integrale, interdisciplinaire zorg nodig hebben vanwege de blijvende behoefte aan zorg. Dat is zorg waarbij de diverse zorgverleners hun activiteiten intensief op elkaar afstemmen⁸. Er wordt dus meer afstemming en aansluiting geadviseerd tussen wonen, begeleiding en behandeling. Voor de meeste cliënten binnen de vv en ghz is dat al op deze manier georganiseerd; ruim 60% van de cliënten wordt bekostigd via prestaties met behandeling. De rest van de cliënten krijgt de zorg vergoed via prestaties zonder behandeling, waarbij een cliënt ook in dit geval recht heeft op specifieke behandeling⁹. De ggz sector is op een andere wijze georganiseerd; er zijn in de Wlz alleen nog maar prestaties met behandeling (in tegenstelling tot vv en ghz).

De conclusie van het advies voor de ghz- en vv-sector is dat een bekostigingsmodel gebaseerd op integrale prestaties de zorgaanbieders het beste faciliteert in integrale zorglevering. De verantwoordelijkheid bij één aanbieder wordt namelijk het beste geborgd als deze zorgaanbieder hiertoe in staat wordt gesteld met de benodigde (financiële) middelen. Wij interpreteren de integrale prestatie als een zzp met behandeling (die in de ggz nu ook gebruikt worden met de ggz zzp-b). Bij een integrale prestatie wordt de zorgaanbieder integraal verantwoordelijk voor het organiseren van zowel verblijf als behandeling. Ze kunnen enkel declareren bij het zorgkantoor indien daarin in het totaalpakket wordt voorzien. Daar waar de zorgaanbieder externe expertise van een huisarts, een apotheker, et cetera moet inzetten, gebeurt dit op basis van onderlinge contracten (ook wel onderlinge dienstverlening genoemd).

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 de grondslag. We gaan daarom in de beschrijving van de uitvoerbaarheid van integrale behandeling in het volgende hoofdstuk uit van een integrale prestatie.

⁸ Advies Zorginstituut 'Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënt', 27 september 2017

⁹ Indien het CIZ toegang tot de Wlz heeft vastgesteld en een profiel heeft geïndiceerd, dan heeft een verzekerde die specifieke behandeling behoeft hier recht op voor zover hij naar aard, inhoud en omvang en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs op specifieke behandeling is aangewezen. Een Wlz- profiel geeft een aanbieder dus niet als vanzelfsprekend het recht op bekostiging van specifieke behandeling, met name niet in die situaties waarin de verzekerde geen specifieke behandeling behoeft en de behandeling niet wordt geleverd.

4. Inhoudelijke consequenties van een integrale prestatie

4.1 Uitvoerbaarheid bij zorgaanbieders

Om de uitvoeringsconsequenties van de bekostigingsvarianten te bepalen, hebben we samen met zorgaanbieders gekeken wat de belangrijkste variabelen zijn om aan te toetsen. We zijn tot de volgende toetsingscriteria gekomen.

- Administratieve lasten: de mate van administratieve lasten die gepaard gaan met het organiseren van behandeling (bijvoorbeeld door onderlinge dienstverlening, inkoop van behandeling, afspraken maken met zorgkantoor, het voldoen aan de kwaliteits- en verantwoordingseisen).
- Beschikbaarheid van benodigde expertise: de mate waarin de expertise aanwezig is binnen de organisatie om de zorg te bieden.
- Waarborging keuzevrijheid cliënt: de cliënt heeft de mogelijkheid om zelf de keuzes te maken (al dan niet met hulp) over zijn of haar eigen behandelingstraject.
- Mogelijkheden tot inspelen op variatie in zorgvraag (op- en afschalen): het idee is dat er een verschil is ten opzichte van de andere doelgroepen in de Wlz, waarbij er bij de ggz-cliënten meer noodzaak is tot het op- en afschalen van zorglevering. Het beeld is dat er ruimte moet zijn om in te spelen op de variatie van de zorgvraag van de cliënt en dus inzichtelijk is wat een cliënt aan zorg of behandeling ontvangt.

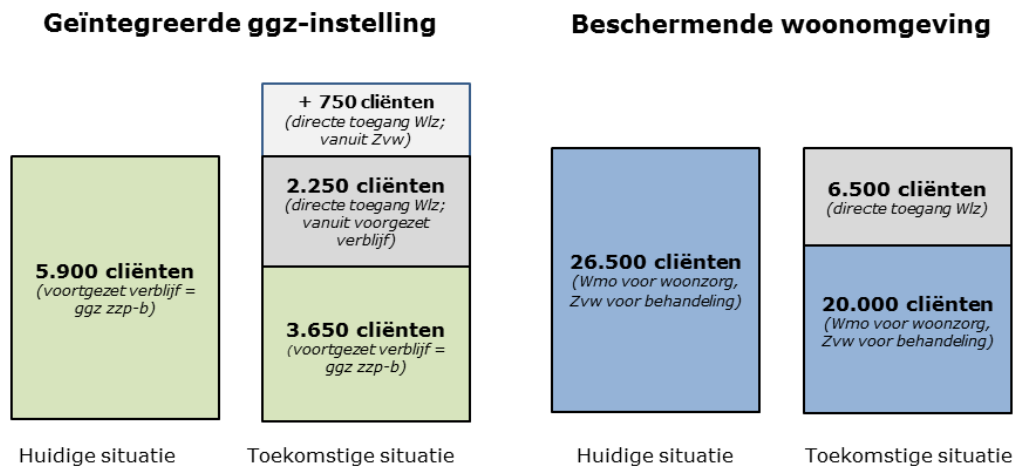
We gaan ook, bij het bepalen van de uitvoeringsconsequenties, uit van de verwachte instroom vanuit de verschillende financieringsstromen (zoals deze in paragraaf 1.1 is beschreven). Samenvattend betekent dit voor de zorgaanbieders dat bij een *geïntegreerde ggz-instelling* er een verschuiving zal plaatsvinden van cliënten: 5.900 cliënten zitten nu in de Wlz vanwege voortgezet verblijf (bekostigd via een ggz zzp-b), en daarvan zullen er 2.250 cliënten instromen op basis van de inhoudelijke criteria in de Wlz. We gaan er van uit dat deze cliënten op basis van dezelfde uitgangssituatie in de Wlz komen¹⁰. Een geïntegreerde ggz-instelling zal ook te maken krijgen met een uitbreiding van het aantal cliënten die zorg uit de Wlz ontvangen. Naast de instroom vanuit voortgezet verblijf, zullen 750 cliënten vanuit de Zvw een ggz-profiel geïndiceerd krijgen door het CIZ. We gaan er in deze UVT van uit dat deze cliënten op een Wlz-plek bij een geïntegreerde ggz-instelling komen. Dit betekent dat de geïntegreerde ggz-instelling vanaf dat moment ook voor deze cliënten Wlz zorg levert.

Bij de *beschermende woonomgevingen* vindt de grootste verschuiving plaats. In de huidige situatie hebben deze organisaties geen Wlz-cliënten. Hun populatie wordt volledig bekostigd vanuit een combinatie van Wmo (wonen) en Zvw (behandeling). De woonzorg valt onder verantwoordelijkheid van de beschermende woonomgeving. Daarnaast maken cliënten al dan niet gebruik van de Zvw (behandeling bij huisarts, POH, generalistische basis ggz, (F)ACT). Dit valt niet onder verantwoordelijkheid van de beschermende woonomgeving. Door het openstellen van de Wlz voor deze cliënten, zal bij beschermende woonomgevingen een splitsing ontstaan: 25% (6.500 cliënten) zal bekostigd worden vanuit de Wlz en 75% (20.000 cliënten) van de populatie zal blijven worden bekostigd vanuit de

¹⁰ Bijvoorbeeld als er voor deze cliënten een zzp-b 4 inclusief dagbesteding is geïndiceerd, dan is het uitgangspunt dat ze in de Wlz op basis van een soortgelijk pakket met behandeling instromen

Wmo (woonzorg). Daarnaast kunnen cliënten al dan niet gebruik blijven maken van de Zvw (behandeling).

Figuur 2. Overzicht verwachte instroom (op basis van de minimale instroom van het onderzoek HHM, 2017) bij zorgaanbieders



Uitvoerbaarheid bij de geïntegreerde instellingen (instroom vanuit voortgezet verblijf en Zvw)

We zien dat de geïntegreerde instellingen de behandeling vaak ‘in huis’ hebben georganiseerd en dit financieren met een integraal behandelingspakket, namelijk de zzp’s inclusief behandeling (ggz zzp-b). De impact op de huidige uitvoeringspraktijk is voor dit type instellingen daarom ook beperkt en levert weinig tot geen knelpunten op. Wel geldt dat de zorg voor cliënten die voldoen aan de zorginhoudelijke criteria gedeclareerd moeten worden op een andere zzp inclusief behandeling. De ggz-b tarieven zijn bestemd voor cliënten, die op basis van het voortgezet verblijf (medisch noodzakelijk verblijf) instromen in de Wlz. Voor de cliënten die op basis van inhoudelijke gronden instromen in de Wlz komen er nieuwe profielen.

Wat een probleem kan vormen, is als de zzp’s zullen worden verruimd. Nu worden het honorarium van de tandarts, de techniekkosten en de narcosebehandeling voor mondzorg boven budgettair bekostigd. Ook individueel aangemeten hulpmiddelen en de aangepaste rolstoel worden boven-budgettair bekostigd. In het advies voor de vv en ghz, die ingaat op de integrale bekostiging van deze cliënten, wordt geadviseerd dat in ieder geval de mondzorg zal worden opgenomen in de integrale prestatie. Voor de individueel aangemeten hulpmiddelen zal nader onderzoek gedaan moeten worden in hoeverre dit mogelijk is. 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 zal brengen.

De aandachtspunten die zijn beschreven in het advies voor vv en ghz met betrekking tot het opnemen van deze zorgvormen binnen een integrale prestatie gelden dan uiteraard ook voor de geïntegreerde instellingen.

Uitvoerbaarheid bij de beschermende woonomgevingen (instroom vanuit Wmo)

We zien bij beschermende woonomgevingen dat de uitvoeringspraktijk verschilt met die van geïntegreerde instellingen. Bij deze instellingen staat behandeling niet op voorgrond en ligt de focus op veiligheid, bescherming, stabilisatie en herstel. Ook van oudsher (voor overheveling naar Wmo) leverden deze instellingen geen behandeling, maar alleen woonzorg. Bekostiging vond plaats op basis van prestaties zonder behandeling, namelijk de zzp's exclusief behandeling (ggz zzp-c). Deze situatie werd vanaf 2015 in de Wmo voortgezet, waarbij nog steeds een bewuste (fysieke) scheiding is tussen woonzorg en behandeling. De aanbieder levert woonzorg (wonen, verblijf en begeleiding) vanuit de Wmo en de cliënt bepaalt zelf welk behandeling(traject) vanuit de Zvw bij hem of haar het beste aansluit. Hoewel kostenstructuur in de Wmo ongeveer vergelijkbaar is gebleven, zien we wel meer diversiteit in financiering met meer en verschillende modules (bijvoorbeeld zogenaamde zorgarrangementen). De focus is echter altijd gebleven op het vergoeden van wonen, verblijf en begeleiding. Dit past in de zorgvisie van een aanbieder om stabiliteit van wonen en zorg te bieden met de flexibiliteit van behandeling¹¹.

Om deze reden verwachten wij dat voor deze aanbieders, de uitvoeringsgevolgen hoog zullen zijn; bekostiging op basis van integrale prestaties sluit niet aan op de huidige uitvoeringspraktijk. Wanneer toekomstige Wlz-cliënten worden bekostigd via een integrale prestatie, dan betekent dit dat ze voor een deel van hun populatie de bedrijfsvoering en organisatie van zorg moeten aanpassen. Aangezien ze voor deze cliënten verantwoordelijk worden voor het gehele pakket aan behandeling, zullen ze de benodigde expertise moeten aantrekken. Er bestaat een grote kans dat deze niet te werven is (vanwege een tekort aan personeel) en/of het aantal cliënten is te klein binnen de organisatie om een eigen behandelteam in te richten. Op dat moment moeten ze met onderlinge dienstverlening gaan werken, helemaal als de aanbieders de huidige keuzevrijheid willen borgen die cliënten gewend zijn. De administratieve lasten zullen daardoor fors toenemen. Daarbij zijn zij bij onderlinge dienstverlening verantwoordelijk voor de kwaliteit van de behandeling en dat brengt extra administratieve lasten met zich mee. 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 deze cliënten in de nabijheid beschikbaar en toegankelijk is.

4.2 Toezichtaspecten bij zorgkantoren

De bekostiging heeft invloed op de inkoop van zorg door zorgkantoren. Het zorgkantoor heeft namelijk een zorgplicht (de Wlz-uitvoerders¹² hebben deze verantwoordelijkheid voor de bij hem ingeschreven verzekerden bij de regionale zorgkantoren gelegd). Een zorgplicht houdt in dat het zorgkantoor ervoor moet zorgen dat een cliënt binnen redelijke termijn en binnen redelijke afstand van waar hij wenst te gaan wonen, dan wel bij hem thuis, zorg ontvangt waarop de cliënt is aangewezen en die aansluit op zijn voorkeur. Hiertoe dient het zorgkantoor

¹¹ <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/beschermd-wonen/publicaties/van-beschermd-wonen-naar-een-beschermd-thuis-rapport-cie-dannenber>

¹² Dit zijn rechtspersonen binnen een groep waar ook zorgverzekeraars deel van uitmaken. Per 1 januari 2015 waren dat twaalf Wlz-uitvoerders. Door een fusie zijn dit er per 1 januari 2016 tien. Een Wlz-uitvoerder kan als zorgkantoor voor één of meer van de zorgkantoorregio's worden aangewezen.

contracten te sluiten met zorgaanbieders, die de zorg namens hen aan cliënten zullen leveren. De NZa houdt hier toezicht op. Toezicht van de NZa op zorgkantoren moet bijdragen aan het bereiken van de doelstellingen van de Wlz: het realiseren dat cliënten, die zijn aangewezen op Wlz-zorg, passende zorg krijgen met aandacht voor het individuele welzijn. Zorgkantoren moeten dus voor de Wlz-clients in hun regio waarborgen dat zij tijdig de behandeling krijgen die zij nodig hebben. Afhankelijk van de wijze waarop de bekostiging binnen de Wlz vorm krijgt, ligt de verantwoordelijkheid voor sturing op doelmatige behandeling (als afweging tussen kwaliteit, volume en kosten) meer of minder bij de zorgkantoren.

In deze paragraaf gaan wij in op de aandachtspunten van toezicht. De centrale vraag is of er voldoende zicht bestaat op het realiseren van het doel van de Wlz door de zorgkantoren. En dat er, indien nodig, adequaat kan worden bijgestuurd. Binnen het hoofddoel van de Wlz worden vier kerndoelen onderscheiden:

1. *Zorginkoop*: Er is - optimaal gebruik makend van de financiële ruimte - voldoende, doelmatige zorg beschikbaar, in aansluiting bij de voorkeuren en behoeften van verzekerden;
2. *Cliënt en zorg*: Verzekerden met een indicatie voor Wlz-zorg krijgen tijdig passende zorg die aansluit bij hun voorkeur;
3. *Zorguitgaven*: Zorguitgaven zijn noodzakelijk en gericht op het realiseren van de doelen van de verzekering binnen daaraan gestelde voorwaarden;
4. *Organisatie*: De organisatie voor de uitvoering van de verzekering is doelmatig (optimale verhouding middelen-resultaten van de organisatie in relatie tot doelen uitvoering Wlz) en rechtmatig.

Ter informatie

Kerndoel 1: Zorginkoop

Er is - optimaal gebruik makend van de financiële ruimte - voldoende, doelmatige zorg beschikbaar, in aansluiting bij de voorkeuren en behoeften van verzekerden. Overheveling van behandeling van de Wmo en de Zvw naar de Wlz betekent een uitbreiding van zorginkoop, waardoor zorgkantoren niet alleen effectief kunnen sturen op kosten, maar ook op de andere doelmatigheidsaspecten: kwaliteit en volume. Via de zorginkoop kunnen zij bijvoorbeeld zorgaanbieders stimuleren om cliënten de mogelijkheid te bieden om hun eigen behandelaar te kiezen, als dit doelmatig en binnen het uitgangspunt van integrale zorg kan worden ingevuld. Na overheveling moet het zorgkantoor op grond van zijn zorgplicht waarborgen dat er voor alle cliënten met een Wlz-indicatie in zijn regio, voldoende behandeling vanuit de Wlz beschikbaar is. Zorgkantoren moeten ook in staat gesteld worden om aan de zorgplicht te kunnen voldoen. Daarbij kunnen zich problemen voordoen die een zorgkantoor alleen niet kan oplossen, bijvoorbeeld een tekort aan zorgprofessionals.

Kerndoel 2: Cliënt en zorg

Zorguitgaven zijn noodzakelijk en gericht op het realiseren van de doelen van de verzekering binnen daaraan gestelde voorwaarden. Verzekerden met een indicatie voor Wlz-zorg krijgen tijdig passende zorg die aansluit bij hun voorkeur. Het moet voor de cliënt duidelijk zijn wie verantwoordelijk is voor het leveren van zowel de specifieke als de algemene behandeling, zowel tijdens het verblijf als daaraan voorafgaand. Als een (locatie van een) zorgaanbieder zorg levert vanuit verschillende wetten is het belang van goede informatievoorziening over de consequenties van hun keus des te groter. Het moet voor een cliënt duidelijk zijn welke behandeling hij (vanuit de Wlz) krijgt en ook dat die kan verschillen van andere cliënten binnen diezelfde instelling.

Kerdoel 3: Zorguitgaven

De organisatie voor de uitvoering van de verzekering is doelmatig (optimale verhouding middelen-resultaten van de organisatie in relatie tot doelen uitvoering Wlz) en rechtmatig. Duidelijk moet zijn uit welke wet behandeling (specifieke dan wel algemene behandeling) bekostigd wordt. Zoveel mogelijk moet worden voorkomen dat een (locatie van een) zorgaanbieder te maken krijgt met de financiering van dezelfde vormen van zorg uit meerdere wetten. Het risico op dubbele bekostiging (onrechtmatige declaraties 'samenloop' declaraties Wmo, Zvw en Wlz) is dan groot.

Kerdoel 4: Organisatie

Het moet voor zowel de cliënt, het zorgkantoor, de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder duidelijk zijn wie eindverantwoordelijk is voor zowel specifieke als algemene behandeling.

Het toezicht op het zorgkantoor met bekostiging op basis van een integrale prestatie, wordt als volgt geschat:

- *Zorginkoop*: Het zorgkantoor moet waarborgen dat bij iedere zorgaanbieder voldoende (specifieke en algemene) behandeling wordt ingekocht in relatie tot de door hem ingeschatte behoefte. Het zorgkantoor maakt afspraken met de zorgaanbieder over wat er van hem wordt verwacht in het kader van de beschikbaarheid en kwaliteit van behandeling evenals de informatievoorziening aan cliënten. Bij een integrale prestatie inclusief behandeling is er voor een zorgkantoor geen rechtstreeks aangrijpingspunt in de bekostiging om de beschikbaarheid van (specifieke vormen van) behandeling te waarborgen. Het zorgkantoor heeft met een integrale prestatie wel enkele mogelijkheden om te sturen op de diverse vormen van behandeling. Aandachtspunt is wel dat de NZa moet bewaken dat zorgkantoren blijven voldoen aan de zorgplicht, inclusief het waarborgen van de beschikbaarheid van voldoende behandeling van goede kwaliteit, die zoveel mogelijk aansluit bij de wensen van cliënten. Gezien het eerder beschreven consequenties bij beschermende woonomgevingen, is het vooral hier een risico dat de kwaliteit van zorg niet geborgd kan worden.
- *Cliënt en zorg*: Deze variant geeft beperkt inzicht in wat er binnen het zzp daadwerkelijk geleverd wordt aan behandeling. Het zorgkantoor heeft als taak, bijvoorbeeld via materiële controle, te controleren of behandeling conform het zorgplan ook feitelijk is geleverd. De NZa heeft als taak te bewaken of het zorgkantoor dit voldoende doet.
- *Zorguitgaven*: Specifiek voor deze variant geldt dat er maar zeer beperkte mogelijkheden (en financiële prikkels) zijn om (extra) kosten voor behandeling afzonderlijk ten laste van meerdere wetten te declareren.
- *Organisatie*: De rol van de zorgkantoren wijzigt bij de zorginkoop bij ggz-instellingen niet. Anders ligt het bij de inkoop bij zorgaanbieders die zorg leveren aan cliënten die verblijven in een beschermende woonomgeving. Deze variant leidt tot een majeure taakuitbreiding voor deze zorgaanbieders, waarbij zij ook over andere zorgdisciplines, zoals psychiaters zullen moeten beschikken. Zij moeten daarvoor de tijd en de ruimte krijgen om daaraan te kunnen voldoen. Het zorgkantoor zal zich moeten inspannen om dat proces te faciliteren, door gezamenlijk met stakeholders afspraken te maken over het ingroeiproces.

5. Financiële consequenties van een integrale prestatie

In dit hoofdstuk brengen we de macro-financiële gevolgen in beeld van het advies van het Zorginstituut, specifiek voor de toekomstige Wlz ggz groep. Bij deze doorrekening gaan we uit dat de behandelingskosten integraal onderdeel zijn van één prestatie in plaats van verschillende aparte prestaties en/of modules. In deze UVT zijn de oude en huidige prestaties en tarieven gebruikt en bekijken wij financiële consequenties voor de toename van het budgettair Wlz-kader. Deze verantwoordelijkheid hebben wij niet voor de Wmo en Zvw. De impact op deze domeinen blijft daarmee buiten beschouwing.

5.1 Parameters financiële raming

We hanteren dezelfde uitgangspunten en parameters zoals gebruikt in de update UVT Wetgeving (zie pagina 9) om onduidelijkheid over de uitkomsten te voorkomen. Daarom beperken wij ons in dit hoofdstuk tot het beschrijven van de meest relevante parameters voor deze berekening, namelijk:

- a. Tarieven en prijzen
- b. Aantallen cliënten
- c. Behandelingskosten

De uitwerking van de overige aannames en parameters ten aanzien van dagbesteding, verblijfsduur, kortingspercentages, meerzorg, toeslagen en overige basisprestaties en boven-budgettaire bekostiging zijn terug te lezen in bijlage 2.

Instroom Zvw

a) Tarieven en prijzen (P)

Voor instroom van Zvw cliënten in de Wlz zijn de tarieven van zzp's ggz-b gebruikt met de uitkomsten van het kostenonderzoek langdurige zorg en de nieuwe beleidsregelwaarde 2019. De ggz-b pakketten zijn prestaties binnen de Wlz en Zvw inclusief (integrale) behandeling. Deze prestaties worden vooral gedeclareerd door de klinische behandelsetting in het kader van voortgezet verblijf.

b) Aantal cliënten die de Wlz instromen (Q)

Een belangrijk onderdeel van de inschatting van de toereikendheid van het budgettair Wlz-kader is het aantal cliënten en het profiel van deze cliënten die instromen vanuit de Wmo en Zvw. Aangezien we deze informatie nodig hebben om een inschatting te kunnen maken van de toereikendheid van het budgettair Wlz-kader, maken we gebruik van onderzoek dat heeft plaats gevonden in opdracht van VWS. Dit onderzoek is uitgevoerd door bureau HHM. Dit bureau heeft het aantal cliënten dat mogelijk toegang krijgt tot de Wlz vanuit de verschillende domeinen inzichtelijk gemaakt inclusief een inschatting van het bijbehorende zorgprofiel. Deze zorgprofielen worden gerelateerd aan de bestaande ggz-b profielen en de ggz-c profielen zoals we die in de AWBZ tot 2015 kenden.

In dit onderzoek is per domein de volgende zaken in beeld gebracht:

- Hoeveel cliënten zorg ontvangen
- Percentage instroom Wlz
- Inschaling cliënten per zorgprofiel

In het onderzoek van bureau HHM staan onzekerheidsmarges genoemd welke uitmonden in een boven- en ondergrens. Voor onze inschattingsberekening van de impact op het Wlz-kader gebruiken wij de ondergrens die HHM heeft gerapporteerd als uitgangspunt. Voor de Zvw gaan we daarom uit van instroom op basis van een ondergrens van 750 cliënten. Maar gezien de onzekerheid die er bestaat bij de instroom van cliënten, hebben we dit scenario aangevuld met een simulatieberekening. In deze simulatieberekening is 1000x een willekeurig aantal cliënten getrokken uit de bandbreedte die HHM gerapporteerd heeft (uniforme distributie). Dit is voor zowel de verwachte aantallen instroom vanuit de Zvw als vanuit de Wmo gedaan. De resultaten van deze simulatie zijn te vinden in bijlage 2. In de simulatie is een bandbreedte van 750 tot 1.250 cliënten aangehouden. In onderstaande tabel is de verdeling van cliëntaantallen over de zorgprofielen, zoals door HHM is onderzocht, weergegeven.

Tabel 3. Instroom aantal cliënten vanuit Zvw

Profiel	Zzp profiel	Resultaten onderzoek HHM (conversie)	Aantal cliënten
1	ggz-b 3	2%	17
2	ggz-b 4	16%	119
3	ggz-b 5	45%	341
4	ggz-b 6	17%	128
5	ggz-b 7	19%	145
Totaal		100%	750

c) *Behandelingskosten*

Voor cliënten die vanuit de Zvw de Wlz instromen, op basis van zorginhoudelijke gronden, is gerekend met zzp's ggz-b (zoals ingedeeld volgens het onderzoek van bureau HHM). Deze zijn inclusief specifieke behandeling en inclusief algemeen geneeskundige zorg, gezien beide onderdeel zijn van ggz zzp-b.

Instroom Wmo

1. *Tarieven en prijzen (P)*

Voor instroom Wmo cliënten in de Wlz blijven we dicht bij de berekeningswijze van de (update) 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. In de berekening gaan we dan ook uit van de ggz-c prestaties en tarieven. De berekening van de tarieven van de zzp's ggz-c is echter complexer vanwege overheveling van deze pakketten naar de Wmo per 2015. Daarmee zijn er geen actuele tarieven voor deze pakketten in de Wlz. Om toch tot een goede schatting van actuele tarieven te komen zijn de maximale NZa-tarieven 2014 (de laatst beschikbare) gehanteerd. Deze tarieven zijn vervolgens geïndexeerd aan de hand van de reguliere indexeringssystematiek en indexcijfers naar het meest recente prijspeil 2019. De NHC is op een manier berekend en geïndexeerd, dat wanneer de zzp-c pakketten niet waren overgeheveld in 2015, dit het nhc tarief zou zijn die in 2019 zou gelden. Wat betreft NIC: deze zijn gebaseerd op de zzp-b pakketten omdat deze component in 2014 nog niet bestond.

2. *Aantal cliënten die de Wlz instromen (Q)*

Ook voor de instroom van de Wmo cliënten gaan we voor onze inschattingsberekening van de impact op het Wlz-kader uit van de ondergrens die HHM heeft gerapporteerd als uitgangspunt. We hebben dit ook aangevuld met een simulatieberekening. De resultaten van deze simulatie zijn te vinden in bijlage 2. Voor de Wmo gaan we uit van instroom op basis van een ondergrens van 6.500 cliënten. In de simulatie is een bandbreedte van 6.500 tot 7.750 cliënten aangehouden. In onderstaande tabel is de verdeling van cliëntaantallen over de zorgprofielen, zoals door HHM is onderzocht, weergegeven.

Tabel 4. Instroom aantal cliënten vanuit Wmo

Profiel	Zzp profiel	Resultaten onderzoek HHM (conversie)	Aantal cliënten
1	ggz-c 3	18%	1.170
2	ggz-c 4	37%	2.405
3	ggz-c 5	35%	2.275
4	ggz-c 6	8%	520
5	ggz-c 7*	2%	130
Totaal		100%	6.500

* Dit is een fictieve prestatie op basis van de nieuwe profielen die door HHM zijn vastgesteld. Het tarief van deze prestatie is gebaseerd op de gewichten van ggz-b 6 en ggz-b 7. Voor de invulling van de andere parameters (zoals dagbesteding) zijn zelfde uitgangspunten als ggz-c 6 gebruikt.

3. Behandelingskosten

Voor cliënten die vanuit de Wmo de Wlz instromen is bekeken per zzp-c (cliënt) welke behandeling gedeclareerd is ten laste van de Zvw op basis van Vektis-data uit 2014 (de laatst beschikbare data). We hebben dit vervolgens vertaald naar gemiddelde kosten per cliënt per dag, zodat de hoogte van deze kosten afhankelijk zijn van de hoogte van het aantal instromende cliënten. Dit is geen aparte 'draaiknop'. We gaan ervan uit dat alle cliënten die instromen in de Wmo ook dezelfde gemiddelde behandelingskosten hebben. Ook gaan we ervan uit dat alle Wmo cliënten recht hebben en gebruik maken van behandeling binnen de Wlz.

5.2 Ophoging Wlz kader

In bijlage 3 van dit document zijn alle getallen terug te vinden, zowel van de UVT wetgeving, update UVT wetgeving en UVT behandeling. Deze zijn naast elkaar gezet om de samenhang tussen de verschillende uitvoeringstoetsen inzichtelijk te maken.

Instroom Zvw

Voor de instroom van Zvw cliënten zijn we uitgegaan van de huidige prestatiestructuur, zoals die op dit moment van toepassing is in de Wlz: ggz-b prestaties inclusief behandeling. Dit geldt ook voor de tarieven, waarbij we de nieuw herijkte tarieven van de ggz-b prestaties hebben gebruikt die in de Zvw als in de Wlz per 2019 hetzelfde zijn (met uitzondering van de nhc-tarieven). Op basis van bovenstaande uitgangspunten en parameters is er met de ophoging van het Wlz kader minimaal € 76 miljoen gemoeid. De behandelingskosten zijn integraal onderdeel van de ggz-b prestaties.

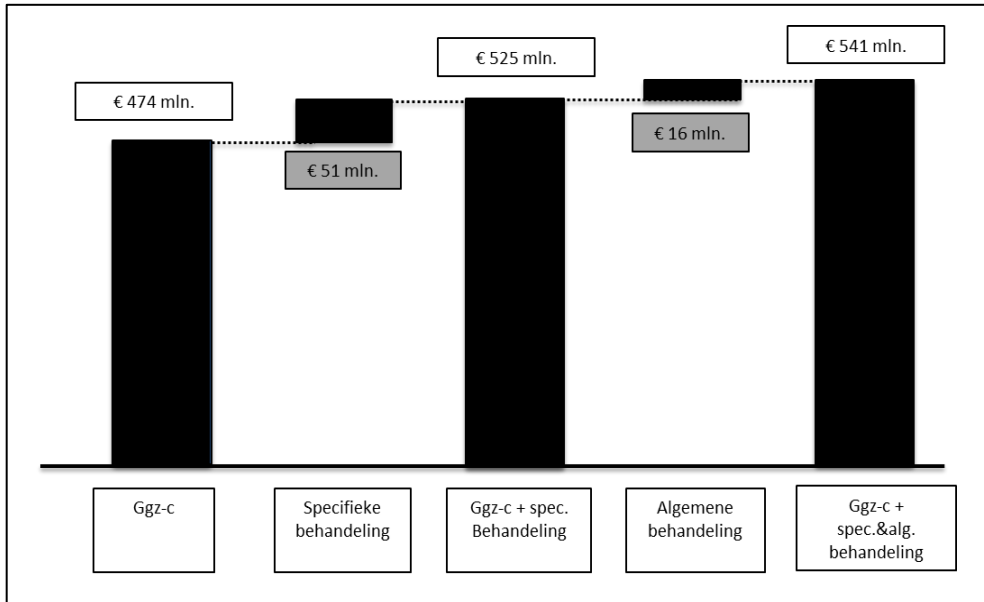
Instroom Wmo

In tegenstelling tot de instroom van de Zvw cliënten, zijn we voor de instroom van Wmo cliënten niet uitgegaan van de huidige prestatiestructuur, zoals die op dit moment van toepassing is in de Wlz. Immers deze prestaties zijn vanaf 2015 overgeheveld naar het gemeentelijke domein. Om de aansluiting te maken en te houden met de UVT wetgeving én om de werkelijkheid zo goed mogelijk te benaderen zijn we uitgegaan van de situatie van voor 2015: ggz-c prestaties plus de behandelingskosten die destijds ten laste van de Zvw werden gedeclareerd.

Op basis van deze raming komen we uit op een toename van het Wlz kader van minimaal € 541 miljoen, waarvan € 67 miljoen aan behandelingskosten. Hiervan is:

- € 51 miljoen in het kader van specifieke behandeling
- € 16 miljoen in het kader van algemeen geneeskundige zorg

Figuur 3. Opbouw ophoging Wlz kader instroom vanuit Wmo



5.3 Voorbehouden

Voor cliënten die vanuit de Wmo de Wlz instromen is een inschatting gemaakt van de kosten van behandeling op basis van de verschillende prestaties (ambulante basis ggz en gespecialiseerde ggz en klinische gespecialiseerde ggz) die gedeclareerd zijn ten laste van de Zvw. Een voorbehoud dat in dit kader gemaakt kan worden, is dat uit het pakketadvies van het Zorginstituut geen precieze afbakening volgt van specifieke behandeling en algemeen geneeskundige zorg. Bijvoorbeeld de prestatie (tijdelijk) klinisch verblijf kan mogelijk onderdeel uit blijven maken van de Zvw. Dit omvat ongeveer de helft van de berekende kosten van specifieke behandeling (€ 51 miljoen). In de voorliggende berekening is dit effect niet meegenomen.

Een ander voorbehoud dat we willen maken is dat cliënten onder het huidige wetsvoorstel toegang krijgen tot alle leveringsvormen. De voorliggende berekening is gebaseerd op een 'integrale' zorgzwaartepakket (zzp). Er is vooralsnog geen rekening gehouden met andere leveringsvormen, zoals volledig pakket thuis (vpt). We verwachten dat – met name bij de Wmo instroom - de ophoging van de Wlz hierdoor lager komt te liggen doordat de huisvestingslasten (nhc en nic) niet in het 'integrale' tarief zijn opgenomen. We hebben de leveringsvorm pgb niet in de inschattingberekening van de financiële impact op het Wlz-kader meegenomen, gezien de NZa voor deze leveringsvorm geen prestaties en tarieven vaststelt.

Daarnaast hebben we gerekend met de instroom van aantallen cliënten op basis van een ondergrens, zoals dit in het rapport van HHM is beschreven. Dit betekent dat we hier de minimale toename ramen van het Wlz kader.

Ten slotte maken we een voorbehoud over de inschatting van de Wlz tarieven van de instroom van Wmo en Zvw cliënten. Deze inschatting is respectievelijk gebaseerd op de oude geïndexeerde tarieven (ggz-c) en de huidige herijkte tarieven (ggz-b) binnen de Wlz. Afhankelijk van besluitvorming kunnen er nieuwe prestaties en tarieven voor deze cliënten worden ontwikkeld, waardoor de financiële

consequenties zullen veranderen. In de UVT bekostiging zou eventueel in opdracht van VWS een nieuwe inschatting van de financiële gevolgen kunnen worden gemaakt.

6. Conclusie consequenties van een integrale prestatie

Om alle zorg inclusief behandeling te gaan leveren en de zorg onder verantwoordelijkheid van één aanbieder in de Wlz, past in het huidige tijdsbeeld van een zwaarder en complexer wordende zorgvraag. Het idee is dat vrijwel alle Wlz-cliënten integrale, interdisciplinaire zorg nodig hebben vanwege de blijvende behoefte aan zorg. Dat is zorg waarbij de diverse zorgverleners hun activiteiten intensief op elkaar afstemmen. Het Zorginstituut legt de verantwoordelijkheid voor het organiseren van integrale zorg bij de zorgaanbieder. Om zorgaanbieders hiertoe in staat te stellen moeten ze beschikken over de benodigde (financiële) middelen. VWS heeft ons gevraagd te onderzoeken welk bekostigingsmodel integrale zorglevering het beste faciliteert. In het advies van vv en ghz wordt de conclusie getrokken dat een integrale prestatie (prestaties met behandeling) dit het beste faciliteert. Op deze manier kan de aanbieder invulling geven aan zijn verantwoordelijkheid om integrale zorg te bieden.

We hebben daarom in deze uitvoeringstoets gekeken naar de uitvoeringsconsequenties van een integrale prestatie. Er is daarbij een onderscheid gemaakt tussen instroom uit Zvw vanuit geïntegreerde instellingen en vanuit Wmo uit beschermende woonomgevingen. Ook zijn de financiële consequenties in beeld gebracht en de toezichtbaarheid op zorgkantoren.

6.1 Uitvoeringsconsequenties

Uitvoeringsconsequenties integrale prestatie voor Zvw cliënten

Voor de cliënten die vanuit de Zvw instromen zijn uitvoeringsgevolgen beperkt als het advies van het Zorginstituut volledig wordt uitgevoerd. Immers bij geïntegreerde ggz instellingen worden al cliënten gehuisvest vanuit het voortgezet verblijf binnen de Zvw (2^e en 3^e jaar Zvw) als vanuit de Wlz. In beide domeinen worden cliënten bekostigd op basis van een prestatie inclusief behandeling. Aangezien de huidige uitvoeringspraktijk aansluit op het advies van het Zorginstituut zijn de uitvoeringsgevolgen voor de Zvw cliënten beperkt. Dit geldt ook voor de financiële impact en uitvoerbaarheid. Voor de instroom van Zvw cliënten is de minimale toename van het Wlz kader € 76 miljoen.

Uitvoeringsconsequenties integrale prestatie voor Wmo cliënten

Voor de instroom van Wmo cliënten vanuit een beschermende woonomgeving is de situatie bijna tegengesteld. Behandeling is niet in huis georganiseerd en ook bekostiging vindt (van oudsher) plaats op basis van prestaties zonder behandeling. We verwachten dat er grote uitvoeringsgevolgen voor zowel kleinschalige als grootschalige aanbieders zullen voordoen. Bekostiging op basis van integrale prestaties vraagt wellicht een te grote verandering van deze aanbieders; aanbieders worden namelijk zowel inhoudelijk verantwoordelijk voor de behandeling van deze cliënten als voor de financiële beheersing van de zorglevering. Er is een mogelijkheid dat aanbieders besluiten om het aanbod te focussen op cliënten met alleen een Wmo-indicatie. Dit kan dan ook grote veranderingen met zich mee brengen in het ggz landschap. Het risico bestaat op onvoorziene gevolgen, zoals het oplopen van wachtlijsten, instabiliteit van cliëntzorg en dat de zorg van cliënten tussen wal en schip komt. Ook is de impact

op het Wlz kader hoger. We schatten de minimale toename van het Wlz kader, bij instroom van de Wmo cliënten, op € 541 miljoen¹³.

6.2 Invoeringstraject

Als het besluit wordt genomen om het advies van het Zorginstituut op te volgen, dan moeten alle aanbieders zich voorbereiden op een bekostiging op basis van integrale prestaties inclusief behandeling binnen de Wlz. Zoals net beschreven zijn de uitvoeringsconsequenties voor geïntegreerde instellingen beperkt, maar vooral voor aanbieders van beschermend wonen groot. Voor deze laatste aanbieders adviseren wij een invoeringstraject om deze aanbieders zo goed mogelijk voor te bereiden. Hieronder beschrijven we het ingroeitraject, bespreken we de afwegingen en de bekostiging van het ingroeitraject.

Ingroeitraject

Indien de aanspraak voor behandeling per 2021 voor alle cliënten zal gelden en er uitgegaan wordt van de huidige voorspellingen qua instroom, dan kan gekozen worden voor een ingroeitraject voor bepaalde tijd. Dit zou de mogelijkheid bieden voor een 'zachte' landing in de Wlz voor Wmo-clieënten. Dit ingroeitraject is bedoeld om voor alle beschermd wonen aanbieders de mogelijkheid te geven en ruimte te bieden om integrale behandeling te gaan leveren ('in huis' of door middel van onderlinge dienstverlening wordt in het midden gelaten). Dit ingroeitraject kan per zorgaanbieder een andere duur hebben, maar er moet bepaald worden wanneer alle zorgaanbieders uiterlijk overgestapt moeten zijn.

Bekostiging

Het ingroeitraject zal verder vorm gegeven worden in overleg met andere partijen, waar duur van het traject en de inhoudelijke en financiële verantwoordelijkheden bespreekpunten zijn. We raden aan om de 'oude' situatie binnen de Wlz als startpunt te nemen (op basis van ggz zzp-c). Vanuit deze startpositie kan dan geleidelijk worden toegegroeid naar een eindsituatie met prestaties inclusief (integrale) behandeling. Tijdens het ingroeitraject maakt de NZa instapprestaties op basis van losse, modulaire behandelprestaties. De behandelmodules kunnen in termijnen gestapeld worden. Zorgaanbieders die zich willen richten op de ggz Wlz cliëntgroep, maar nog grote gevolgen ondervinden van een integrale prestatie, kunnen op deze manier toegroeien naar de nieuwe situatie¹⁴. Tijdens of na het ingroeitraject zal er een opnieuw naar de tarieven van de integrale prestaties moeten worden gekeken voor deze nieuwe cliëntgroep binnen de Wlz om te bepalen of deze passend zijn.

Afwegingen

Voordeel is dat alle aanbieders in de gelegenheid worden gesteld om zich geleidelijk voor te bereiden op de toekomstige situatie. Een groot risico is dat het ingroeitraject geen structurele oplossing biedt voor beschermende woonomgevingen. Deze organisaties kunnen nog steeds besluiten om Wmo-clieënten die toegang krijgen tot de Wlz af te stoten, ondanks het ingroeitraject. Een reden kan zijn dat integrale behandeling of behandeling 'in huis' organiseren niet overeenkomt met de huidige zorgvisie van deze zorgaanbieders. Daarnaast zien we

¹³ Dit is inclusief de kosten voor de (tijdelijke) klinische opname, die waarschijnlijk in de Zvw blijven.

¹⁴ Als alternatief kan worden gekozen om een ingroeitraject te starten in kleinschaliger verband met één of meerdere vooruitstrevende aanbieders. Op deze wijze kan in elk geval gecontroleerd de eventuele veranderingen naar integrale behandeling worden gemonitord. Ongewenste gevolgen zijn dan sneller in beeld zijn, waarop direct kan worden bijgestuurd.

ook onzekerheid tijdens dit ingroeitraject over de overhevelingsbedragen vanuit andere domeinen, zoals de Wmo.

Randvoorwaarden

De volgende randvoorwaarden worden ingevuld vóór het begin van een ingroeitraject:

- Voor partijen moet heel duidelijk worden wat specifieke behandeling en algemeen geneeskundige zorg precies inhoudt en wat de afbakening tussen de twee vormen van behandeling is. Om eventueel losse prestaties te maken, als ingroeitraject voor beschermende woonomgevingen, zal er geen ruis moeten ontstaan wat er wanneer gedeclareerd mag worden.
- De zorgplicht van de integrale zorglevering zal in meerdere mate bij het zorgkantoor komen te liggen. Ze moeten bereid zijn om in beide methodieken afspraken te maken (vanuit het nieuwe integrale profiel en vanuit een meer modulaire opbouw).
- Beschermende woonomgevingen moeten de mogelijkheid krijgen om toegang tot de behandel functie te krijgen (niet per zorgkantoor af te spreken).

6.3 Vervolgtraject

In deze UVT zijn de inhoudelijke uitvoeringsgevolgen beschreven van de instroom van nieuwe cliënten vanuit de Wmo en Zvw op basis van integrale prestaties. Ook zijn de financiële uitvoeringsgevolgen op het budgettaire Wlz kader, op basis van de oude en huidige prestaties en tarieven, inzichtelijk gemaakt (prijspeil 2019).

Afhankelijk van besluitvorming over type bekostigingsmodel voor de nieuwe instroom, heeft dit effect op de (financiële) uitvoeringsgevolgen. In de UVT bekostiging gaan we in op de mogelijkheden voor het maken van prestaties en tarieven op basis van het gekozen bekostigingsmodel. Voor het jaar 2021 moeten wij uiterlijk in de tweede helft van 2020 prestaties en tarieven opleveren voor de nieuwe ggz-instroom in de Wlz. De definitieve (kosten) gegevens van deze nieuwe instroom zijn in 2020 nog niet beschikbaar¹⁵. We zullen daarom moeten 'terugvallen' op informatie die nu wel beschikbaar is, zoals huidige prestaties of oude prestaties binnen de Wlz (zoals we dat in deze UVT ook doen). 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. Dit zal per 2021 niet gereed zijn. Wij zullen daarom in de UVT bekostiging ingaan op:

- Een analyse en onderbouwing of de oude en/of huidige prestaties binnen de Wlz voldoende passend zijn voor de nieuwe instroom;
- Afhankelijk van deze analyse: voorstel voor mogelijkheden per 2021 en mogelijkheden op lange termijn.

Vanwege de beschreven uitvoeringsgevolgen voor de beschermende woonomgevingen, werken we in de komende hoofdstukken de consequenties van alternatieve prestaties binnen de Wlz uit. Ook bieden we toekomstperspectief op basis van mogelijke bekostigingsscenario's. Ten slotte geven we een reflectie op de uitkomsten in de voorliggende UVT om een zorgvuldige afweging te maken.

¹⁵ Gegevens over de cliëntgroep, aantallen en profiel, komen pas gedurende 2020 in zicht door de indicaties van CIZ.

7. Consequenties van alternatieve prestaties

De kern van het advies van het Zorginstituut is dat (Wlz) cliënten integrale en interdisciplinaire zorg nodig. In een apart adviesrapport heeft het Zorginstituut dit ook geconcludeerd voor de nieuwe ggz instroom in de Wlz. Het belangrijkste uitgangspunt was daarbij rechtsgelijkheid. Hierdoor wordt de huidige rechtsongelijkheid tussen deze twee cliëntgroepen in een institutionele setting weggenomen. In de voorliggende UVT zijn we ervan uitgegaan dat een integrale prestatie het beste voldoet aan de criteria die het Zorginstituut stelt aan integrale behandeling. Op basis hiervan hebben we vervolgens de uitvoeringsgevolgen in beeld gebracht en geconcludeerd dat er grote consequenties aan de uitvoering ten grondslag liggen. Ook het Zorginstituut concludeert dit in haar advies ten aanzien van integrale behandeling:

Daarbij benadrukken we dat de implementatie van dit advies voor de sector een majeure verandering betekent. De sector moet tijd en gelegenheid krijgen om zich voor te bereiden op de nieuwe situatie (p.5).

Deze waarschuwing wordt door Zorginstituut niet gegeven voor de andere sectoren, vv en ghz. Het merendeel van de cliënten met een zzp of vpt in de sectoren vv en ghz krijgt immers al integrale behandeling bekostigd vanuit de Wlz. Een klein deel van deze cliënten heeft zzp's zonder behandeling (ongeveer 30%). Het ligt daarom meer voor de hand om voor de cliënten binnen de vv en ghz, die nog geen behandeling uit de Wlz krijgen, aan te sluiten bij de bestaande prestaties met behandeling. Bij de ggz, op basis van de verwachte instroom, ligt dat anders. In de toekomstige situatie ontvangt 55% van de Wlz cliënten nu geen integrale behandeling. Daarnaast zien we verschillen in de mate van behandeling. Cliënten vanuit de Wmo krijgen op dit moment meer ambulante behandeling, in vergelijking met de vv en ghz. Binnen de ggz wordt deze behandeling vooral bepaald door de gespecialiseerde ggz en extramurale geneesmiddelen.

7.1 Alternatieve bekostigingsmodellen

Ten tijde van het indienen van de motie van Keijzer en Bergkamp in 2015, was er nog de mogelijkheid van prestaties met en zonder behandeling binnen de Wlz. Dit is voor de vv en ghz vooralsnog in de huidige situatie nog steeds het geval. Als het advies van het Zorginstituut wordt opgevolgd dan is de verwachting dat er binnen de Wlz geen prestaties meer zijn zonder behandeling¹⁶. Vanwege de grote uitvoeringsgevolgen en de verschillen in bekostiging tussen de ggz en andere sectoren (vv en ghz), onderzoeken we in dit hoofdstuk andere, alternatieve bekostigingsvormen. In bijlage 4 staan alle bekostigingsvormen beschreven, met de voor- en nadelen. In bijlage 5 staat vervolgens beschreven wat de uitvoeringsconsequenties bij aanbieders zijn en de toezichtmogelijkheden op zorgkantoren. In onderstaande paragrafen hebben we deze impact samengevat.

¹⁶ Dit is voor de ggz nu al het geval: binnen de Wlz zijn er geen ggz prestaties meer exclusief behandeling, alleen de ggz-b prestaties inclusief behandeling voor cliënten met voorgezet verblijf. Alleen een groot deel van de toekomstige cliëntgroep, zit nu op een plek waar integrale behandeling niet aangeboden wordt.

1. Eén prestatie met woonzorg en specifieke behandeling

In deze variant wordt één prestatie gemaakt, waarin woonzorg en specifieke behandeling zit. De zorgaanbieder van woonzorg wordt inhoudelijk geheel eindverantwoordelijk voor borging van woonzorg en de te leveren specifieke behandeling. De bekostiging ervan gaat ook via de zorgaanbieder. Daar waar de zorgaanbieder externe expertise van een psychiater, psycholoog et cetera moet inzetten, gebeurt dit op basis van onderlinge contracten. Hierop kan de NZa (deel)regulering toepassen. De bekostiging van de algemeen geneeskundige zorg gaat buiten de zorgaanbieder om. De behandelaren, zoals de huisarts, paramedicus en apotheek maken afspraken over de inzet voor cliënten met de zorgverzekeraar en declareren op basis van separate prestaties.

Deze bekostigingsvariant voldoet niet aan het advies van het Zorginstituut. De pakketafbakening is namelijk smaller, dan geadviseerd (bij het advies hebben cliënten ook recht op algemeen geneeskundige zorg). Deze bekostigingsvariant voldoet deels¹⁷ aan de huidige wettekst.

Inschatting impact zorgaanbieders

De impact bij zowel de geïntegreerde ggz-instelling als bij de beschermende woonomgevingen is (redelijk) groot. In het geval van de geïntegreerde ggz-instelling, die ook te maken blijft houden met cliënten met voortgezet verblijf, zal er een duidelijk onderscheid gaan ontstaan tussen cliëntgroepen en type behandeling. De vraag is of dit onderscheid altijd heel duidelijk te maken is. De administratieve lasten zullen daardoor toenemen, aangezien de algemeen geneeskundige zorg vanuit de Zvw (met bijbehorende prestaties) zal worden bekostigd. Ook zal de organisatie met het zorgkantoor zowel afspraken moeten maken over ggz zvp-b pakketten voor voortgezet verblijf, als met deze bekostigingsvariant voor de cliënten die instroomt op basis van de Wlz-criteria. Bij de beschermende woonomgevingen lopen ze tegen dezelfde uitvoeringsconsequenties aan als voor een integrale prestatie. Dit komt door de scheiding van wonen en behandeling. Het verantwoordelijk worden voor specifieke behandeling zal een grote impact hebben, omdat de behandeling aan ggz-cliënten grotendeels specifieke behandeling is. Voor de specifieke behandeling moeten ze met onderlinge dienstverlening gaan werken, waardoor de administratieve lasten zullen toenemen. Het risico bestaat ook hier dat beschermende woonomgevingen de zorg aan Wlz-cliënten niet willen en gaan bieden.

Toezicht op zorgkantoren

De gevolgen voor zorginkoop zijn vergelijkbaar met die bij een integrale prestatie. Het zorgkantoor moet met de ggz-aanbieders afspraken maken over pakketten inclusief specifieke behandeling. Het zorgkantoor heeft echter geen inzicht in welke algemene behandeling door de zorgverzekeraars uit de Zvw wordt geleverd aan de cliënt. De inkooporganisatie (en de rol) van zorgkantoren zal daarop moeten inspelen.

Financiële uitvoerbaarheid

In deze variant is er één prestatie met de oude ggz-c prestatie en de specifieke behandeling. De impact van deze bekostigingsvariant van de overheveling naar het Wlz kader vanuit de Wmo wordt, gegeven de ondergrens van het aantal instromende cliënten, geschat op € 525 miljoen. Deze inschatting komt overeen met de berekende impact van de update UVT wetgeving.

¹⁷ In huidige wettekst moeten er ook een pakket inclusief algemeen geneeskundige zorg in de Wlz mogelijk zijn.

2. Meerdere prestaties voor woonzorg en specifieke behandeling en/of algemeen geneeskundige zorg

In deze variant zal de 'oude' ggz zzp-c als basis dienen (dus de woonzorg), en de specifieke behandeling en/of algemeen geneeskundige zorg kunnen onder de Wlz worden bekostigd met losse prestaties. Bij deze variant kan er nog een onderscheid gemaakt worden tussen declaratie door A) één organisatie (en de verantwoordelijkheid van coördinatie van zorglevering ligt dan bij deze organisatie) of B) meerdere organisaties.

Deze bekostigingsvariant voldoet deels aan het advies van het Zorginstituut. De pakketafbakening, zoals voorgesteld in het advies, wordt opgevolgd. Wanneer meerdere organisaties de zorg kunnen declareren, wordt het moeilijker om de integrale zorglevering vanuit één aanbieder te coördineren. Wanneer één organisatie alle zorg kan declareren, dan is de zorglevering vanuit één aanbieder wel te coördineren.

Inschatting impact zorgaanbieders

Bij geïntegreerde instellingen maakt het verschil tussen de declaratiemogelijkheid door één of meerdere organisaties niet uit; de impact is even groot. De geïntegreerde instelling heeft de expertise zelf 'in huis' en zal de zorg vermoedelijk zelf aanbieden (en dus vanuit één organisatie declareren). De administratieve last zal bij een geïntegreerde instelling toenemen. Enerzijds door het bijhouden van de geleverde zorg per cliënt die op basis van inhoudelijke gronden de Wlz instroomt. Anderzijds omdat de organisatie met het zorgkantoor zowel afspraken moet maken over ggz zzp-b pakketten voor voortgezet verblijf cliënten als aparte modules voor de cliënten die instroomt op basis van de Wlz-criteria (ervan uitgaande dat ze dit zelf gaan leveren). Het voordeel bij deze variant is dat er door de organisatie beter geacteerd kan worden op de specifieke behoeftes van de cliënt en variatie in zorgvraag bij modules.

De impact bij een beschermende woonomgeving is groot wanneer zij alle zorg moeten declareren. De organisatie moet, namens behandelaren, de zorg declareren. Bij deze variant zal de organisatie de behandeling dus alsnog moeten coördineren. De organisatie zal zelf met behandelaren/zorgaanbieders afspraken moeten maken over welke zorg nodig is en bij wie ze dat kunnen afnemen. Ook hier ontstaat het risico dat zij de zorg aan de Wlz-cliënten niet willen en gaan bieden. Het voordeel is wel dat de organisatie meer inzicht krijgt in de behandeling die gegeven wordt aan de cliënt. Wanneer de mogelijkheid bestaat dat er meerdere aanbieders de zorg kunnen declareren, is de impact bij een beschermende woonomgeving klein. De declaratiestroom verandert voor de ketenpartner van de zorgverzekeraar naar het zorgkantoor¹⁸.

Toezicht op zorgkantoren

Deze variant is voor wat betreft toezichtconsequenties vergelijkbaar met een integrale prestatie met het verschil dat per module het zorgkantoor (zorginkoop)afspraken moet maken met de zorgaanbieder. Dat geeft het zorgkantoor inzicht om per module te sturen op de beschikbaarheid van (specifieke vormen van) behandeling en maakt het gemakkelijker om onrechtmatige declaraties terug te vorderen. Hiervoor moeten de te onderscheiden disciplines goed worden afgebakend. Dit zal wel een toename van controlewerkzaamheden tot gevolg hebben (dat eventueel met horizontaal toezicht kan worden beperkt). De controle op de recht- en doelmatigheid wordt complexer voor zorgkantoren (en dus het toezicht van de NZa op het naleven van deze zorgplicht) wanneer de declaratie van behandeling rechtstreeks aan zorgkantoren door meerdere zorgaanbieders wordt gedaan. Het zorgkantoor moet de integraliteit van

¹⁸ Deze variant voldoet niet aan de huidige regelgeving van de NZa. Op dit moment mogen zorgaanbieders niet direct declareren aan een zorgkantoor zonder een contract te hebben. Een vereiste is dat de behandelaren of zorgaanbieders een contract hebben met een zorgkantoor om deze zorg te mogen leveren en dus declareren.

zorglevering dan in de gaten houden, waarbij het geen uitgemaakte zaak is welke aanbieder eindverantwoordelijk is en wie aangesproken moet worden als er in de zorgverlening aan een cliënt hiaten ontstaan. Daarnaast moet het zorgkantoor met alle zorgaanbieders, die behandeling leveren aan deze cliënten, contracten afsluiten. Dit heeft gevolgen voor de hoeveelheid inkoopafspraken die een zorgkantoor moet maken.

Financiële uitvoerbaarheid

De financiële uitvoerbaarheid verschilt niet ten opzichte van integrale behandeling zoals berekend in hoofdstuk 5.

3. Eén prestatie voor woonzorg

Deze bekostigingsvariant lijkt op de ggz zzp-c pakketten voor verblijf zoals geldend tot 2015. Dit zijn prestaties exclusief behandeling. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de te leveren woonzorg, maar niet voor de te leveren behandeling. De bekostiging van de specifieke behandeling en aanvullende zorgvormen gaat buiten de zorgaanbieder om. De behandelaren, zoals de psychiater, huisarts, paramedicus en apotheek maken afspraken over de inzet voor cliënten met de zorgverzekeraar en declareren op basis van separate prestaties vanuit de Zvw.

Deze bekostigingsvariant voldoet niet aan het advies van het Zorginstituut. Daarnaast voldoet deze variant ook niet aan de huidige wettekst.

Inschatting impact zorgaanbieders

Voor de geïntegreerde ggz-instelling zullen de administratieve lasten fors toenemen. Waar ze voor een klein deel van de populatie de verantwoordelijkheid hebben over het hele pakket van behandeling, is dat bij de nieuwe instroom ggz-clianten niet het geval. De organisatie zal een scheiding moeten maken tussen het declareren van de behandeling aan de zorgverzekeraar als het gaat om de instroom ggz-clianten op basis van de Wlz-criteria, en een integraal pakket voor voortgezet verblijf cliënten aan een zorgkantoor. Een opvallend gevolg van deze variant voor de geïntegreerde ggz-instellingen is dat er een ongelijkheid ontstaat tussen cliënten van voortgezet verblijf en cliënten die instromen op basis van de inhoudelijke Wlz-criteria. De cliënten van voortgezet verblijf hebben namelijk een ruimere aanspraak van zorg binnen de Wlz. De reden is dat voortgezet verblijf medisch noodzakelijk verblijf betreft, waar behandeling (in combinatie met verblijf) op de voorgrond staat. Dit is bij de cliënten in de nieuwe ggz-zorgprofielen niet het geval. De impact voor een beschermende woonomgeving is klein. Bij deze bekostigingsvariant zal de organisatie, aangezien ze de expertise van de behandeling niet in dienst hebben, nog steeds de verantwoordelijkheid van de behandeling kunnen beleggen bij een ketenpartner. De declaratiestroom verandert voor de ketenpartner ook niet; dit blijft aan een zorgverzekeraar onder de Zvw. De organisatie kan nog steeds de keuzevrijheid waarborgen en de administratieve lasten zullen niet fors toenemen.

Toezicht op zorgkantoren

Voor zorginkoop is de taak van het zorgkantoor beperkt. Het zorgkantoor koopt alleen woonzorg in. Alle behandeling wordt door de zorgverzekeraars ingekocht. Deze variant is voor wat betreft toezichtconsequenties voor de Wlz goed te beheersen (wel nemen dan de controlewerkzaamheden voor de Zvw toe). Het zorgkantoor hoeft zich alleen te richten op de kosten van woonzorg.

Financiële uitvoerbaarheid

In deze variant gaan we uit van één prestatie voor woonzorg exclusief behandeling (conform oude zzp ggz-c). De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de te leveren woonzorg, maar niet voor de te leveren behandeling. We hebben deze kosten in de eerdere bekostigingsvarianten al berekend, waarbij de impact van de overheveling vanuit de Wmo geschat op is € 474 miljoen.

7.2 Aandachtspunten alternatieve prestaties

Duidelijk wordt dat er niet één best passende oplossing is, die het advies van het Zorginstituut enerzijds opvolgt en anderzijds de uitvoeringsconsequenties zo beperkt mogelijk houdt. Voor de aanbieders van beschermd wonen, beperken prestaties exclusief behandeling de uitvoeringsgevolgen. Tegelijkertijd leidt dit voor de geïntegreerde ggz-instellingen tot grote uitvoeringsconsequenties; zij krijgen dan te maken krijgen met verschillende prestaties en doelgroepen. Bijvoorbeeld cliënten op basis van inhoudelijke Wlz-criteria en cliënten op basis van voortgezet verblijf. Voor geïntegreerde instellingen geldt dus dat de uitvoeringsgevolgen groter zijn als de Wlz wordt uitgebreid met alternatieve prestaties.

8. Toekomstscenario's van integrale en alternatieve prestaties

De (on)gelijkheid tussen doelgroepen en sectoren binnen de Wlz is voor het Zorginstituut een belangrijk uitgangspunt in haar advies. De ggz kent grote verschillen ten aanzien van hoe aanbieders zijn georganiseerd en bekostigd. Hierdoor verschillen ook de uitvoeringsconsequenties. De belangrijkste vraag waar antwoord op moet worden gegeven is wat uiteindelijk het beste is voor *alle* cliënten in de Wlz; vasthouden aan het gelijkheidsbeginsel of zorgen voor een passende bekostigingsvorm? We zien respectievelijk twee mogelijke toekomstscenario's die in onderstaande tabel zijn samengevat:

Tabel 3. Toekomstscenario's

Toekomst scenario's	Gelijkheid tussen Wlz sectoren	Ggz behandeling in de Wlz	Bekostigingsvariant	Uitvoeringsconsequenties BW	Uitvoeringsconsequenties GI
I a	Ja	Ja	Integrale prestatie	Groot	Beperkt
I b	Ja	Ja	Integrale prestatie (middels ingroeitraject)	Groot	Beperkt
II a	Nee	Ja	Bekostigingsvariant 2 (of 1)	Beperkt tot groot*	Groot (door voortgezet verblijf)
II b	Nee	<ul style="list-style-type: none"> - Ja voor GI - Nee voor BW (ten laste van Zvw) 	<ul style="list-style-type: none"> - Integrale prestatie voor GI - Bekostigingsvariant 3 voor BW 	Beperkt	Beperkt

* Ligt er aan welke bekostigingsvariant er wordt gekozen en de type van declaratie, zoals beschreven bij bekostigingsvariant 2 op pagina 31.

- I. Integrale prestaties voor zowel de ggz als vv en ghz (*gelijkheid tussen de sectoren*), waarin twee ingroeipaden mogelijk zijn:
 - a) De vv, ghz en ggz gaan in 2021 in één keer over naar integrale prestaties. De uitvoeringsgevolgen zijn dan groter voor de ggz dan voor de vv en ghz.
 - b) De vv, ghz en ggz blijven (tijdelijk) prestaties met en zonder behandeling leveren (behandeling ten laste van de Zvw) als onderdeel van het ingroeitraject (zoals beschreven in paragraaf 5.3). Vanuit het gelijkheidsbeginsel zou overwogen kunnen worden om alle sectoren gelijktijdig over te laten gaan naar de bekostiging op basis van een integrale prestatie. Het risico ontstaat anders dat aanbieders meerdere veranderingen in een korte periode moeten doormaken. Het risico blijft echter ook, met een ingroeitraject, dat beschermende woonomgevingen de zorg niet willen of kunnen leveren aan toekomstige Wlz-clieñten.

- II. Alternatieve prestaties voor de ggz en integrale prestaties voor vv en ghz (*ongelijkheid tussen de sectoren*)¹⁹. We zien hierbij een tweetal mogelijkheden:
- a) De vv en ghz gaan over naar integrale prestaties en de nieuwe instroom van de ggz naar prestaties zonder behandeling met losse of modulaire behandelingsprestaties (behandeling ten laste van de Wlz). Voor de ggz betekent dit een forse uitbreiding van de huidige prestatiesstructuur. Doordat de ggz-b prestaties voor cliënten in voortgezet verblijf (tijdelijk) blijven bestaan, is er een verschil in type bekostiging tussen deze doelgroepen. Een versnelde afbouw van de ggz zzp-b binnen de Wlz is dan een aanbeveling.
 - b) De vv en ghz en de geïntegreerde instellingen binnen de ggz gaan over naar integrale prestaties en voor aanbieders van beschermend wonen worden prestaties zonder behandeling heringevoerd (behandeling ten laste van de Zvw). De uitvoeringsconsequenties zijn daardoor laag, maar er zal een ongelijkheid zijn qua aanspraak van zorg binnen de Wlz.

¹⁹ Nader onderzoek moet uitwijzen of de bekostigingsvorm van invloed is op indicatie en plaatsing. Wanneer dit tot gevolg heeft dat de aanwezigheid van een psychische grondslag (in plaats van het totaalbeeld van beperkingen) alsnog bepalend wordt voor de indicatie en plaatsing, dan is de vraag of dit wel de huidige knelpunten oplost.

9. Reflectie

Voor het beschrijven van de uitvoeringsconsequenties is eerst gekeken naar de impact van een integrale prestatie en vervolgens zijn ook alternatieve bekostigingsvarianten onderzocht. We hebben eerder al beschreven dat er geen best passende oplossing is. Integrale prestaties zorgen enerzijds voor grote incidentele en structurele uitvoeringsgevolgen voor aanbieders van beschermend wonen. Anderzijds zorgen alternatieve prestaties in de Wlz voor ongelijkheid én een toename van de uitvoeringsgevolgen voor geïntegreerde instellingen.

We zijn in deze UVT steeds uitgegaan van de nu beschikbare informatie die in onderzoeken over de toekomstige Wlz naar voren is gekomen (bijvoorbeeld de geschatte instroom uit onderzoek van HHM, 2017). Deze informatie is bepalend geweest in de inschatting van de uitvoeringsconsequenties, zowel voor de integrale prestaties als voor de alternatieven. Toch blijft het onzeker hoe de ggz-populatie er in de Wlz na 2021 exact uit gaat zien. Besluitvorming wordt ook complexer door:

- Onzekerheden: grote of kleine instroom van het aantal Wmo cliënten, langdurige en blijvende zorgbehoefte, kwaliteit voor cliënt
- Ontwikkelingen: verdere ambulantisering, bedden afbouw van beschermd wonen

In dit hoofdstuk beschrijven we kort deze onzekerheden en ontwikkelingen en sluiten we af met een mogelijke oplossing om deze onzekerheden en ontwikkelingen beter te beheersen.

9.1 Onzekerheden

In 2015 is in het door de Commissie Toekomst beschermd wonen onderzocht hoe de toekomst van beschermd wonen er uit moet zien. Daarin staat onder andere:

Een kleine groep mensen zal langdurig of blijvend zijn aangewezen op een intramurale 7 x 24 uur-woonvoorziening, bijvoorbeeld bij degeneratie van cognitieve of mentale functies. Het in dit verband noemen van specifieke groepen staat haaks op het principe dat herstel mogelijkheden bij voorbaat bij niemand zijn uit te sluiten, mede in het besef dat de dynamiek van het herstelvermogen tussen mensen en groepen nogal verschilt. Algemeen geldt, dat bij de betreffende mensen de verstoringen in zelfregulatie dermate ernstig en voor hun functioneren beperkend zijn dat praktische hulp, observatie en toezicht in de nabijheid van de persoon nodig zijn voor het behouden van een aanvaardbare dagelijkse levenskwaliteit. Bij deze kleine groep mensen zal een scheiding tussen wonen, begeleiden en behandelen minder passend zijn. Ook bij deze mensen blijft de oriëntatie op volwaardig burgerschap bestaan. Geen mens wordt ooit afgeschreven (p. 20).²⁰

Over onderwerpen die in bovenstaande tekst terugkomen, hebben we ons in de afgelopen periode vaak de volgende vragen gesteld:

- Hoe groot is een 'kleine groep' mensen? Is dat dezelfde grootte zoals we die in deze UVT als uitgangspunt hebben genomen?

²⁰ <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/beschermd-wonen/publicaties/van-beschermd-wonen-naar-een-beschermd-thuis-rapport-cie-dannenber>

- Is er een verschil tussen een langdurige en blijvende zorgbehoefte? Zo ja, hebben verschillende partijen dan hetzelfde beeld over de cliëntgroep die instroomt en de zorgbehoefte die zij hebben?
- In hoeverre is een scheiding tussen wonen, begeleiden en behandelen het beste voor de cliënt?

Uit gesprekken met aanbieders, het Zorginstituut en zorgkantoren blijkt er een beeldverschil te zijn in de groepsgrootte van deze toekomstige cliënten. Het Zorginstituut, maar ook zorgkantoren, verwachten dat er een kleinere groep zal instromen. Volgens deze partijen zal slechts de 'top' van de geraamde ggz-cliënten op basis van het onderzoek van HHM instromen. Deze cliënten hebben geen ontwikkelingsperspectief meer en kunnen ook geen eigen regie meer voeren over hun behandeling. Mogelijke oorzaak van dit beeldverschil is het verschil tussen langdurige en blijvende behoefte aan zorg.

Vanaf 2020 zal het CIZ starten met het indiceren van deze cliënten. Dan zal duidelijk worden voor hoeveel cliënten daadwerkelijk een Wlz-indicatie wordt aangevraagd en vervolgens ook hoeveel een Wlz indicatie zal krijgen. Wanneer een kleinere groep cliënten binnen de Wlz zal instromen, dan zijn de uitvoeringsgevolgen op basis van het advies van het Zorginstituut aanzienlijk beperkter. De veranderingen, in organisatie en bekostiging, zullen dan over een kleinere groep beslaan. Bij kleinere aantallen betekent het een beperkte heroriëntatie of herlocatie van de doelgroepen bij de aanbieders van beschermd wonen. Zoals ook bovenstaand beschreven blijft dan de vraag in hoeverre de scheiding tussen wonen, begeleiden en behandelen passend is voor deze groep.

9.2 Ontwikkelingen

Met de visie in het rapport van de commissie Dannenberg²¹ en de daaruit voortkomende meerjarenagenda²² is een ontwikkeling in gang gezet om bedden af te bouwen en mensen zoveel mogelijk ambulant, in de eigen woon- en leefomgeving te begeleiden, te ondersteunen en te behandelen. De omgeving van de beschermende woonomgevingen is hierdoor aan het ontwikkelen en veranderen. In iedere gemeente worden deze ontwikkelingen op een andere wijze in gang gezet. De verwachting is wel dat, mede als gevolg van de transities in de zorg, de ontwikkelingen in en rond het beschermd wonen en in de zorg voor mensen met een psychische kwetsbaarheid in het algemeen, de komende tijd in een stroomversnelling zullen raken. Het risico is dat er een opeenstapeling ontstaat van veranderingen en dit kan zorgen dat deze cliëntgroep straks niet op de goede plek terecht komt en/of de juiste zorg krijgt.

9.3 Overdenkingen

Voor beleidsmakers worden de gevolgen voor de ontwikkeling van het ggz zorglandschap moeilijker te overzien door bovenstaande beschreven onzekerheden en ontwikkelingen. Voor aanbieders wordt het ingewikkelder om hierop voor te sorteren. Voor cliënten, die al kwetsbaar zijn, is de vraag waar ze het beste terecht kunnen en wanneer. We zien wel mogelijkheden om de onzekerheden en ontwikkelingen (beter) te beheersen via een experiment (of pilot) en/of middels vervolgonderzoek. Deze mogelijkheden zullen we ter afsluiting van deze UVT onderstaand kort toelichten.

²¹ <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/beschermd-wonen/publicaties/van-beschermd-wonen-naar-een-beschermd-thuis-rapport-cie-dannenberg>

²² <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/05/24/meerjarenagenda-beschermd-wonen-en-maatschappelijke-opvang>

Experiment/pilot

Eventueel kan een experiment/pilot wat meer ruimte geboden worden om met deze onzekerheden en ontwikkelingen om te gaan. Vanaf het moment dat er per 2020 de eerste CIZ-indicaties worden afgegeven, kan gevraagd worden of zorgaanbieders mee wil werken aan vervolgonderzoek om tot een passende bekostigingsvorm te komen. In kleinschaliger verband kunnen de gevolgen en oplossingen in kaart worden gebracht. In een dergelijk pilot zou de bekostigingsvariant nog niet vast staan en verder uitgewerkt kunnen worden. Doel is in elk geval om gecontroleerd en begeleid de eventuele verandering naar integrale behandeling goed te kunnen volgen. Knelpunten kunnen hierdoor beter in beeld worden gebracht en geanalyseerd. Het nadeel van experiment is dat de doorlooptijd langer is en het geen directe oplossing biedt voor andere aanbieders die niet meedoen aan het experiment.

Vervolgonderzoek

Daarnaast, wanneer gedurende 2021 inderdaad blijkt dat een kleinere groep dan nu voorspelt daadwerkelijk op inhoudelijke gronden toegang zal krijgen tot de Wlz, kan onderzocht worden in hoeverre er toch knelpunten overblijven (knelpuntenanalyse). Er is wellicht een groep Wmo cliënten, die een chronische/langdurige zorgvraag heeft maar te 'licht' zijn voor de Wlz. De blijvendheid is daarin nog niet vast te stellen. Deze cliënten hebben alsnog stabiliteit van woonzorg nodig. Voor deze cliënten zou er een meer passendere oplossing binnen de Wmo moeten zijn (als die er niet voldoende is), zoals een verlengde indicatie. Ook moet niet vergeten worden dat er een deel van de beschermende woonomgevingen nu al te maken heeft met zpc c prestaties vanwege forensische zorg. Ook hier kan naar gekeken worden of dit niet uitgebreid kan worden.

Bijlage 1. Opdrachtbrief VWS

Bijlage 2. Financiële consequenties - overige parameters en bandbreedte analyse

In deze bijlage worden de overige parameters van de financiële consequenties op basis van integrale prestaties beschreven. Vervolgens een extra vergelijkende analyse van de instroom Wmo op basis van oude en nieuwe integraal ggz-b tarief. Hierna geven we de figuren weer op basis van een bandbreedte analyse. Ten slotte zijn de uitkomsten van de financiële consequenties in tabelvorm samengevat.

Beschrijving (overige) parameters financiële berekening

In deze paragraaf worden de overige parameters van de financiële raming toegelicht. Deze parameters zijn ook na te lezen in de UVT wetgeving en vandaar dat deze parameter in de voorliggende UVT in de bijlage zijn opgenomen.

Dagbesteding

Bij de inschaling van cliënten die instromen in de Wlz in de huidige ggz-b en de ggz-c zorgprofielen heeft bureau HHM niet aangegeven in welk soort zzp zij zullen instromen. Voor de zzp's ggz-b kunnen dat zzp's in-of exclusief dagbesteding zijn en voor de zzp's ggz-c kunnen dat zzp's in- of exclusief dagbesteding en in- of exclusief behandeling zijn. Op basis van retrospectieve verhoudingsgetallen, kunnen we een inschatting maken van de afname van dagbesteding. Daarbij is een onderscheid te maken tussen een ondergrens en bovengrens. Op basis van cijfers uit 2014 (de laatst beschikbare data) van het aantal gedeclareerde dagen van zzp-c en cijfers uit 2016 van het aantal gedeclareerde dagen van zzp-b komen we tot een gewogen verhoudingspercentage per zzp.

De dagbesteding voor cliënten vanuit de Wmo varieert tussen 48% en 71% en voor cliënten uit de Zvw tussen de 66% en 87%. In onderstaande tabel staan de percentages zoals we deze gebruikt hebben in de inschattingsberekening van de impact op het Wlz-kader. Deze percentages zijn gebruikt in het basisscenario. In de simulatieberekening is het percentage dagbesteding gevarieerd. Onderstaande percentages zijn als minimum gebruikt, tot een maximum van 100% dagbesteding (door middel van een lognormale distributie, dit betekent dat percentages in de simulatie dichterbij het minimum waarde zullen liggen, dan bij de maximumwaarde).

Zzp-b (Vektis, 2016)		Zzp-c (Vektis, 2014)	
Zzp 3 ggz-b (% incl. DB)	66%	Zzp 3 ggz-c (% incl. DB)	48%
Zzp 4 ggz-b (% incl. DB)	84%	Zzp 4 ggz-c (% incl. DB)	63%
Zzp 5 ggz-b (% incl. DB)	82%	Zzp 5 ggz-c (% incl. DB)	63%
Zzp 6 ggz-b (% incl. DB)	77%	Zzp 6 ggz-c (% incl. DB)	71%
Zzp 7 ggz-b (% incl. DB)	87%	Zzp 7 ggz-c (% incl. DB)	71%

Gemiddelde verblijfsduur

Normaliter wordt gekeken naar het gemiddeld aantal gedeclareerde dagen. De zorgaanbieder ontvangt immers daarvoor de vergoeding. Wij hebben hierbij de aannahme gedaan dat deze cliënten gedurende het volledig jaar in de Wlz zullen verblijven gezien er een blijvende behoefte is aan permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid. Voor onze inschattingsberekening van de impact op het Wlz-kader gaan wij daarom uit van een verblijfsduur van 365 dagen per jaar.

Kortingspercentage

Voor de kortingspercentages voor zowel de zzp's b als c kunnen verschillende databronnen worden gebruikt. Voor de zzp-b in de Wlz is Vektis met peildatum 2016 als uitgangspunt genomen. Voor de zzp-c is het niet mogelijk om data vanuit Vektis als uitgangspunt te nemen. Vektis geeft namelijk alleen informatie over de totaal gedeclareerde kosten zonder onderverdeling in zzp, NHC en NIC. Vandaar dat hier gegevens van de kubus binnen de NZa (met peildata 2014) worden gebruikt als input. Verwachting is dat vanaf 2018 dit geen probleem zal zijn vanwege integrale tarieven. Na analyse blijkt dat het (ongewogen) gemiddelde van het kortingspercentage 3% is. We passen dit kortingspercentage op het maximum tarief van het zzp toe in onze inschattingsberekening van de impact op het Wlz-kader. Voor de NHC/NIC is gerekend met 100% van het tarief, over dit deel van het tarief is geen kortingspercentage toegepast.

Meerzorg, toeslagen en overige basisprestaties

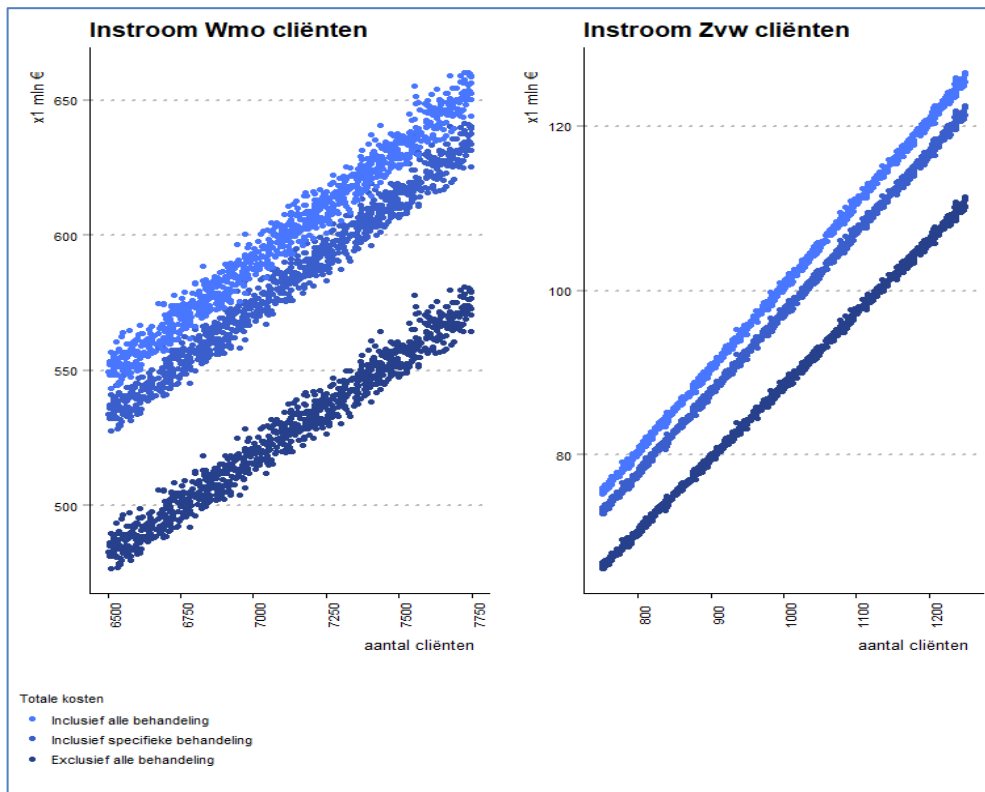
Voor de inschattingsberekening van de impact op het Wlz-kader hebben we, in tegenstelling tot de UVT wetgeving niet de kosten van de regeling meerzorg, toeslagen en overige basisprestaties berekent. Dit valt buiten de scope van de vraag.

Boven-budgettaire bekostiging

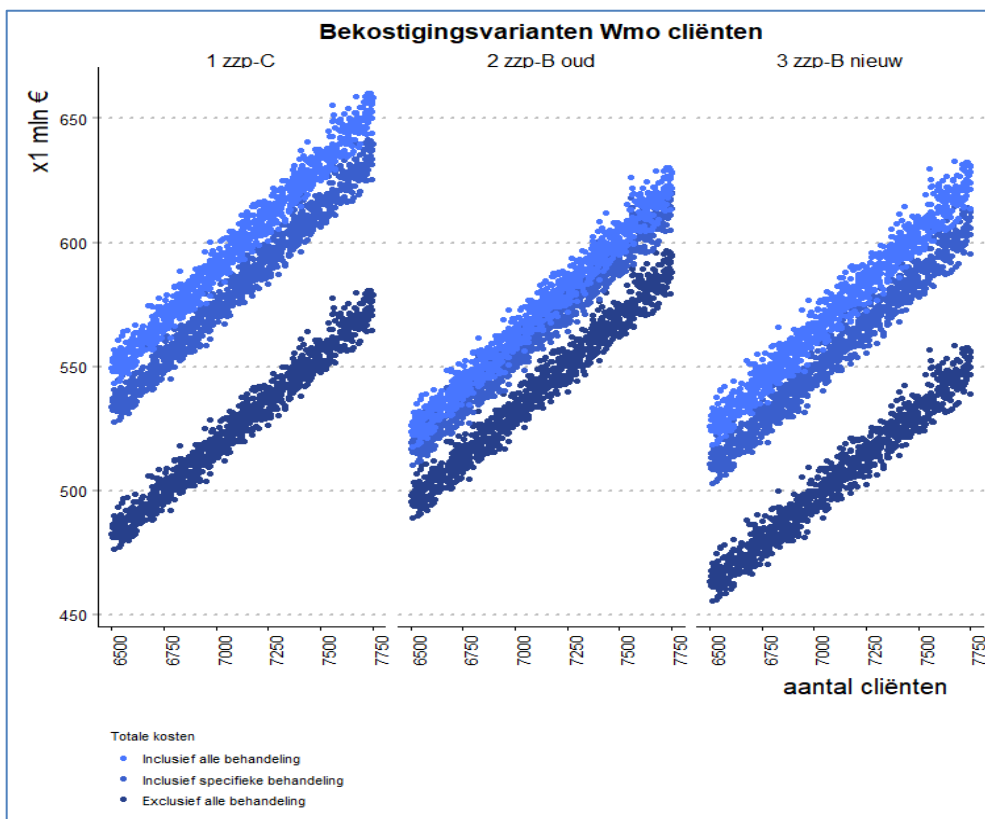
In de huidige bekostiging in de Wlz worden enkele onderdelen buiten de contractteerruimte om, boven-budgettair vergoed. Dit geldt voor de mondzorg, rolstoelen, individueel aangemeten hulpmiddelen en de regeling voor extreme kosten. Voor de instroom van ggz cliënten vanuit de Zvw en Wmo hebben we geen berekening kunnen maken van de hoogte van deze kosten. Allereerst omdat deze boven-budgettaire bekostiging ingegaan is nadat deze cliënten uit de AWBZ zijn gegaan. Er is dus geen data beschikbaar van de hoogte van deze kosten voor deze groep cliënten. Daarnaast zijn veelal alleen macro-bedragen beschikbaar en is er dus lastig te bepalen welk deel ten laste van welk zorgprofiel komt.

Figuur 6. Bandbreedte analyse op basis van instroom Wmo en Zvw cliënten

Bandbreedte analyses



Figuur 7. Bandbreedte analyse op basis van instroom Wmo met integrale tarieven



Bijlage 3. Financiële consequenties – samenvatting uitkomsten (tabellen)

Samenvatting uitkomsten ophoging Wlz kader – instroom Wmo (tabel)

Toename Wlz kader obv ondergrens (in mln.)	Instroom Wmo cliënten		Vergelijking	
	Aanvulling uvt wetgeving	Uvt behandeling	a	b
	2019 (update)	2019	2019	2019
	Oude situatie "2014"	Oude situatie "2014"	Indien geen herijking	Herijking
Totaal UVT behandeling	Oud Wlz (indexatie) + Zvw	Oud Wlz (indexatie) + Zvw	Oud Wlz (indexatie)	Nieuw Wlz (kostenonderzoek Wlz)
Integrale prestatie inclusief behandeling obv ggz-b			€ 515	€ 516
Integrale prestatie ggz inclusief behandeling (inschatting)		€ 541		
Bekostingsvarianten (instroom Wmo cliënten)	Oud Wlz (indexatie) + Zvw	Oud Wlz (indexatie) + Zvw		
Ggz-c + specifieke behandeling	€ 525	€ 525		
Ggz-c	€ 474	€ 474		
Behandelingscomponenten (instroom Wmo cliënten)	Oud Wlz (indexatie) + Zvw	Oud Wlz (indexatie) + Zvw		
Behandeling	€ 51	€ 67		
Specifieke behandeling (vanuit Zvw)	€ 51	€ 51		
Algemene behandeling (vanuit Zvw)		€ 16		


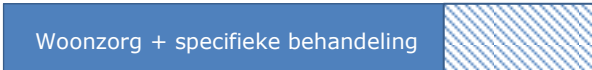
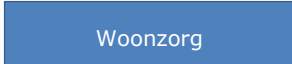
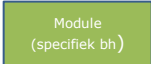
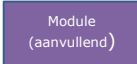
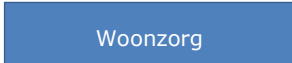
Samenvatting uitkomsten ophoging Wlz kader – instroom Zvw (tabel)

		Instroom Zvw cliënten	
Toename Wlz kader obv ondergrens (in mln.)	Uvt wetgeving	Aanvulling uvt wetgeving	
	2018	2019 (update)	
	Oude situatie "2018"	Herijking	
Totaal UVT behandeling	Oud Wlz (indexatie)	Nieuw Wlz (kostenonderzoek Wlz)	
Integrale prestatie inclusief behandeling obv ggz-b	€ 71	€ 76	
Integrale prestatie ggz inclusief behandeling (inschatting)			

Samenvatting uitkomsten ophoging Wlz kader – UVT wetgeving en UVT behandeling (tabel)

Toename Wlz kader obv ondergrens (in mln.)	Instroom Wmo cliënten				Instroom Zvw cliënten		
	Uvt wetgeving	Aanvulling uvt wetgeving	Uvt behandeling	Vergelijking		Uvt wetgeving	Aanvulling uvt wetgeving
				a	b		
	2018	2019 (update)	2019	2019	2019	2018	2019 (update)
Oude situatie "2014"	Oude situatie "2014"	Oude situatie "2014"	Indien geen herijking	Herijking	Oude situatie "2018"	Herijking	
	ondergrens (A)	ondergrens (A)	ondergrens (A)	ondergrens (A)	ondergrens (A)	ondergrens (A)	
Totaal UVT behandeling	Oud Wlz (indexatie) + Zvw	Oud Wlz (indexatie) + Zvw	Oud Wlz (indexatie) + Zvw	Oud Wlz (indexatie)	Nieuw Wlz (kostenonderzoek Wlz)	Oud Wlz (indexatie)	Nieuw Wlz (kostenonderzoek Wlz)
Integrale prestatie inclusief behandeling obv ggz-b				€ 515	€ 516	€ 71	€ 76
Integrale prestatie ggz inclusief behandeling (inschatting)			€ 541				
Totaal UVT wetgeving	Oud Wlz (indexatie) + Zvw	Oud Wlz (indexatie) + Zvw					
ZZP C	€ 458	€ 474					
Specifieke behandeling	€ 49	€ 51					
PGB	€ 60	€ 60					
Meerzorg toeslagen en overige basisprestaties (zowel ggz-c als ggz-b)	€ 0,27	€ 0,27					
Totaal instroom Wmo	€ 567	€ 585					
Totaal instroom Zvw	€ 71	€ 76					
Totaal UVT wetgeving	€ 638	€ 661					

Bijlage 4. Bekostigingsmodellen

Mate van integraliteit (zorglevering en bekostiging)	<p>1. Integrale prestatie</p> <p>Dit zijn prestaties inclusief behandeling. We hebben deze vorm van bekostiging één op één overgenomen vanuit het advies 'Integrale zorg voor Wlz-cliënten' die voor de vv en ggz-sector is opgeleverd. Wij sluiten dus ook aan op de definitie zoals zij deze hanteren.</p> <p>De zorgaanbieders worden integraal verantwoordelijk voor het organiseren van zowel verblijf als behandeling. Ze kunnen enkel declareren bij het zorgkantoor indien daarin in het totaalpakket wordt voorzien. Daar waar de zorgaanbieder externe expertise van een huisarts, een apotheker, et cetera moet inzetten, gebeurt dit op basis van onderlinge contracten. Hierop kan de NZa (deel)regulering toepassen.</p>	
	<p>2. Eén prestatie met woonzorg en specifieke behandeling</p> <p>In deze variant wordt één prestatie gemaakt, waar de 'oude' ggz zzp-c als basis dient (dus de woonzorg), maar daar bovenop wordt de specifieke behandeling toegevoegd. Met de zzp-c pakketten bedoelen we de prestaties zoals geldend tot 2015. Dit zijn prestaties exclusief behandeling. De zorgaanbieder van woonzorg wordt inhoudelijk geheel eindverantwoordelijk voor borging van woonzorg en de te leveren specifieke behandeling. De bekostiging ervan gaat ook via de zorgaanbieder. Daar waar de zorgaanbieder externe expertise van een psychiater, psycholoog et cetera moet inzetten, gebeurt dit op basis van onderlinge contracten. Hierop kan de NZa (deel)regulering toepassen. De bekostiging van de algemeen geneeskundige zorg gaat buiten de zorgaanbieder om. De behandelaren, zoals de huisarts, paramedicus en apotheek maken afspraken over de inzet voor cliënten met de zorgverzekeraar en declareren op basis van separate prestaties.</p>	
	<p>3. Meerdere prestaties voor woonzorg en specifieke behandeling en/of algemeen geneeskundige zorg</p> <p>In deze variant zal de 'oude' ggz zzp-c als basis dienen (dus de woonzorg), en de specifieke behandeling en/of algemeen geneeskundige zorg kunnen onder de Wlz worden bekostigd met losse prestaties.</p>	  
	<p><i>A. Declaratie van zorg door één organisatie</i></p> <p>De zorgaanbieder declareert de aparte componenten van de zorglevering. Er worden tussen zorgaanbieder en zorgkantoor afspraken gemaakt over behandeling per zorgvorm. Declaratie vindt plaats op basis van separate, door de NZa geregeerde, prestaties. Daar waar de zorgaanbieder externe expertise van een huisarts, een apotheker, et cetera moet inzetten, gebeurt dit op basis van onderlinge contracten. Hierop kan de NZa (deel)regulering toepassen.</p> <p><i>B. Declaratie van zorg door meerdere organisaties (aanbieders van woonzorg en behandeling)</i></p> <p>Verschillende organisaties declareren de geleverde zorg. De woonzorgaanbieder maakt geen afspraken over behandeling met het zorgkantoor. De behandelaren, zoals de psychiater, huisarts, paramedicus en apotheek maken afspraken over de inzet voor cliënten met het zorgkantoor en declareren op basis van separate prestaties rechtstreeks aan het zorgkantoor, waarmee een overeenkomst is gesloten.</p>	
<p>4. Eén prestatie voor woonzorg</p> <p>Ggz zzp-c pakketten voor verblijf voor de ggz zoals geldend tot 2015. Dit zijn prestaties exclusief behandeling. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de te leveren woonzorg, maar niet voor de te leveren behandeling. De bekostiging van de specifieke behandeling en aanvullende zorgvormen gaat buiten de zorgaanbieder om. De behandelaren, zoals de psychiater, huisarts, paramedicus en apotheek maken afspraken over de inzet voor cliënten met de zorgverzekeraar en declareren op basis van separate prestaties vanuit de Zvw.</p>		

Ad 1: Integrale prestatie

Het vormgeven van een integrale prestatie zonder deelprestaties voor behandeling (vanaf hier bekostigingsmodel 1) sluit aan bij het advies van het Zorginstituut. Dit betekent dat Wlz-zorgaanbieders geen zzp's zonder behandeling meer kunnen declareren. Onder verblijf verstaan we verblijf met begeleiding, verpleging en verzorging. De zorgaanbieders worden integraal verantwoordelijk voor het organiseren van zowel verblijf als behandeling. Ze kunnen enkel declareren bij het zorgkantoor indien daarin in het totaalpakket wordt voorzien. Daar waar de zorgaanbieder externe expertise van een huisarts, een apotheker, et cetera moet inzetten, gebeurt dit op basis van onderlinge contracten, ook wel onderlinge dienstverlening. Daarbij kan de NZa wel of geen eisen stellen aan de prijs die de behandelaar, bijvoorbeeld de huisarts, in rekening mag brengen bij de zorgaanbieder die het integrale tarief declareert.

De voordelen om de prijzen van onderlinge dienstverlening te reguleren:

- Deze aanpassing beschermt de zorgaanbieder tegen verwachte prijsopdrijvende effecten als gevolg van schaarste of afhankelijke positie van de zorgaanbieder ten opzichte van onderaannemers. Onderaannemers mogen in dat geval niet meer vragen dan het door de NZa gereguleerde maximumtarief of beleidsregelwaarde. Voor huisartsenzorg is thans op soortgelijke wijze het tarief dat een huisarts van een huisartsenpost per uur mag vragen gereguleerd.

De nadelen van om de prijzen van onderlinge dienstverlening te reguleren:

- Deze maatregel ondervangt niet dat onderaannemers kunnen weigeren medewerking te verlenen. Sterker, het vergroot het risico dat onderaannemers geen medewerking verlenen, omdat de zorgaanbieder minder flexibel is om vergoeding op maat vorm te geven die aansluit bij de regionale behoefte. Het risico op prijsopdrijvende effecten als gevolg van onderhandelingsmacht door onderaannemers wordt verminderd, maar de borging van toegankelijkheid van zorgverlening door de zorgaanbieder komt onder druk te staan.
- Deze maatregel introduceert een vorm van segmentering in het integrale tarief en daarmee een afname van de (regionale) flexibiliteit van zorgaanbieders om tot afspraken met onderaannemers te komen.
- Voor zorgvormen waarvoor in de Zvw vrije prijzen en/of vrije of facultatieve prestaties gelden zou regulering van onderaannemerschap kunnen inhouden dat er een minimum of maximumtarief of beleidsregelwaarde komt in de Wlz.

Ad 3A: Meerdere prestaties voor woonzorg en specifieke behandeling en/of algemeen geneeskundige zorg (declaratie door één organisatie)

De zorgaanbieder wordt geheel eindverantwoordelijk voor alle te leveren behandeling, maar declareert de behandeling niet op basis van zzp met behandeling. Bij dit model komen de zzp's met behandeling te vervallen en declareert de zorgaanbieder het zzp zonder behandeling. Er worden tussen zorgaanbieder en zorgkantoor afspraken gemaakt over behandeling per zorgvorm. Declaratie vindt plaats op basis van losse, door de NZa gereguleerde, prestaties conform de huidige werkwijze in de Zvw.

Dit zou de vorm aan kunnen nemen van betaling per consult/verrichting/medicijn, zoals nu binnen de Zvw, of de vorm van een bundelvergoeding per zorgvorm. In deze laatste variant declareert de instelling bijvoorbeeld een bedrag per periode voor 'fysiotherapie' als de cliënt daadwerkelijk gebruik maakt van fysiotherapie en anders niet. Voor de verdeling van het macro-kader over de zorgkantoorregio's wordt nog wel als verdeelsleutel de zzp inclusief behandeling gebruikt.

De voordelen van dit bekostigingsmodel zijn:

- Meer inzicht voor het zorgkantoor in de af te nemen en te vergoeden behandeling.
- Inzicht voor zorgaanbieders in inkomsten per te contracteren zorgvorm.

De nadelen van dit bekostigingsmodel zijn:

- Het is niet voor de hand liggend/mogelijk om deze bekostigingsvorm alleen te introduceren voor de nu over te hevelen cliëntgroep. Het omzetten van de declaratie van een integrale zvp naar declaratie op basis van werkelijk geleverde zorgcomponenten of prestaties van toepassing in de Zvw zou een beweging moeten zijn die geldt voor de gehele Wlz-bekostiging. Dit zal de nodige (technische) uitwerking vergen die een langere doorlooptijd vergt.
- De complexiteit van Wlz-bekostiging neemt sterk toe.
- Het per zorgvorm opknippen van de bekostiging biedt mogelijk minder mogelijkheden voor de zorgaanbieder tot het onderling compenseren van inkomsten en kosten samenhangend met de zorgzwaarte van de cliënten.

Ad 3B: Meerdere prestaties voor woonzorg en specifieke behandeling en/of algemeen geneeskundige zorg (declaratie door meerdere organisaties)

De bekostiging van de individuele zorgvormen gaat buiten de zorgaanbieder om. De zorgaanbieder maakt ook geen afspraken over behandeling met het zorgkantoor. De behandelaren, zoals de huisarts, paramedicus en apotheek maken afspraken over de inzet voor cliënten met het zorgkantoor en declareren op basis van losse prestaties rechtstreeks aan het zorgkantoor waarmee een overeenkomst is gesloten.

De voordelen van dit bekostigingsmodel zijn:

- Minder mogelijkheden voor huisarts, tandarts, et cetera om te stellen dat één andere zorgaanbieder verantwoordelijk is geworden voor het leveren van zorg.
- Meer inzicht voor zorgkantoor in af te nemen en te vergoeden zorg.

De nadelen van dit bekostigingsmodel zijn:

- Het is niet logisch om dit alleen voor deze over te hevelen cliëntgroep te introduceren. Dit vereist een bredere beweging binnen de Wlz-bekostiging.
- Ook is het de vraag of zorgkantoren in staat zijn om individuele kleinschalige behandelaren, zoals huisartsen en apothekers, in gelijke mate te contracteren en controleren zoals zorgverzekeraars dit nu doen.
- Controle op doelmatige inzet van de middelen door het zorgkantoor wordt lastiger als behandelaren zelfstandig kunnen declareren.
- Toename complexiteit van Wlz-bekostiging met onduidelijke rolverdeling tussen de zorgaanbieder van verblijf en het zorgkantoor.
- Onduidelijk hoe afspraken met zorgaanbieders over coördinatie te maken zijn als de financiële middelen niet bij de zorgaanbieder belanden.

Bijlage 5. Overzicht en beschrijving uitvoerbaarheid van bekostigingsvarianten

		Geïntegreerde ggz-instelling <i>Aantal in aanmerking voor Wlz: tussen 3.000 en 4.500 cliënten</i>				Beschermende woonomgeving <i>Aantal in aanmerking voor Wlz: tussen 6.500 en 7.750 cliënten</i>			
		Beschikbaarheid van benodigde expertise	Administratieve lasten	Borgen van keuzevrijheid	Acteren op variatie in zorgvraag	Beschikbaarheid van benodigde expertise	Administratieve lasten	Borgen van keuzevrijheid	Acteren op variatie in zorgvraag
Integrale prestatie		Ja	Geen effect	Geen effect	Geen effect	Nee	Toename	Nee	Nee
Bekostigingsalternatieven	1. Eén prestatie (wonen en specifieke behandeling)	Ja	Toename	Deels	Deels	Nee	Toename	Deels	Deels
	2. Meerdere prestaties (woonzorg en behandeling)								
	A. Declaratie door één organisatie	Ja	Toename	Geen effect	Ja	Nee	Toename	Nee	Ja
	B. Declaratie door meerdere organisaties	Ja	Toename	Geen effect	Ja	Ja	Geen effect	Ja	Ja
	3. Eén prestatie voor wonen	Ja	Toename	Geen effect	Deels	Ja	Geen effect	Ja	Ja

Mate van uitvoerbaarheid bij zorgaanbieders

Eén prestatie met woonzorg en specifieke behandeling

- De impact bij een *geïntegreerde ggz-instelling is redelijk groot*. Voor een deel van de populatie moeten ze moeten gaan bijhouden wanneer er sprake is van specifieke behandeling en wanneer er sprake is van algemeen geneeskundige zorg. De administratieve lasten zullen daardoor toenemen, aangezien de algemeen geneeskundige zorg vanuit de Zvw (met bijbehorende prestaties) zal worden bekostigd. Aangezien er voor de cliënten met voortgezet verblijf wel de expertise in huis is voor de algemeen geneeskundige zorg, zal de organisatie niet nog aparte afspraken maken voor de cliënten die instromen vanuit de zorginhoudelijke Wlz-criteria. Het vermoeden is dat de keuzevrijheid van de cliënt dus niet vergroot wordt. Het acteren op de variatie in zorgvraag zal door deze variant iets vergroot worden als het gaat om de algemeen geneeskundige zorg.

Een opvallend gevolg van deze variant voor de geïntegreerde ggz-instellingen is dat er een ongelijkheid ontstaat tussen cliënten van voortgezet verblijf en cliënten die instromen op basis van de inhoudelijke Wlz-criteria. De cliënten van voortgezet verblijf hebben daarbij een bredere aanspraak van zorg.

- De impact voor een *beschermende woonomgeving is groot*: de beschermende woonomgevingen hebben in de huidige situatie te maken met een scheiding van wonen en behandeling. De bedrijfsvoering en organisatie zijn ook niet zodanig ingericht dat behandeling integraal onderdeel is van de woonomgeving van de cliënt. Wanneer de cliënten die op basis van de inhoudelijke toegangscriteria worden bekostigd via deze prestatie, dan betekent het dat ze verantwoordelijkheid dragen voor specifieke behandeling. Er bestaat een grote kans dat deze niet te werven is (vanwege een tekort aan personeel). Op dat moment moeten ze met onderlinge dienstverlening gaan werken, helemaal als de huidige keuzevrijheid willen borgen die cliënten gewend zijn. De administratieve lasten zullen daardoor fors toenemen.

Meerdere prestaties voor woonzorg en specifieke behandeling en/of algemeen geneeskundige zorg

Bij deze variant kan er nog een onderscheid gemaakt worden tussen declaratie door A) één organisatie (en de verantwoordelijkheid van coördinatie van zorglevering ligt dan bij deze organisatie) of B) meerdere organisaties.

A. Declaratie van zorg door één organisatie

- De impact bij een *geïntegreerde ggz-instelling is redelijk groot*. Er vanuit gaande dat deze settings de expertise in huis hebben, zouden ze nu modules moeten declareren. De administratieve last zal hierdoor toenemen: enerzijds door het bijhouden van de geleverde zorg per cliënt die inhoudelijk instroomt. Anderzijds omdat de organisatie zowel voor de voortgezet verblijf cliënten afspraken moet maken met het zorgkantoor op basis van ggz zzp-b prestaties en voor de nieuwe cliënten afspraken moet maken op basis van modules. Er zal een onderscheid komen tussen de cliënten vanuit voortgezet verblijf en de cliënten die op basis van inhoudelijke gronden instromen. Aangezien er voor de cliënten met voortgezet verblijf wel de expertise van specifieke behandeling en (grotendeels) algemeen geneeskundige zorg in huis is, is de verwachting dat de keuzevrijheid van de cliënt dus niet verandert. Het voordeel bij deze bekostigingsvariant is dat er door de organisatie beter geacteerd kan worden op de specifieke behoeftes van de cliënt en variatie in zorgvraag bij modules.
- De impact voor een *beschermende woonomgeving is redelijk groot*. Bij deze bekostigingsvariant zal de organisatie de behandeling alsnog moeten coördineren. De organisatie moet, namens behandelaren, de zorg declareren. Het biedt wel het voordeel dat de organisatie meer inzicht heeft in de behandeling die gegeven wordt aan de cliënt. De organisatie zal zelf met behandelaren/zorgaanbieders afspraken moeten maken over welke zorg nodig is en bij wie ze dat kunnen afnemen.

B. Declaratie van zorg door meerdere organisaties

- De impact bij een *geïntegreerde ggz-instelling is redelijk groot*. Of de declaratie van zorg door een of meerdere organisaties gedeclareerd mag worden, heeft voor de geïntegreerde ggz-instelling geen invloed. De setting heeft de expertise namelijk zelf georganiseerd en zal de zorg zelf aanbieden (en dus vanuit één organisatie declareren). Dezelfde negatieve als positieve effecten treden op bij de aanbieder als de hierboven genoemde variant.
- De impact voor een *beschermende woonomgeving is klein*. Bij deze bekostigingsvariant zal de organisatie, aangezien ze de expertise van de behandeling niet in dienst hebben, nog steeds de verantwoordelijkheid van de behandeling kunnen beleggen bij een ketenpartner. De declaratiestroom verandert voor de ketenpartner van de zorgverzekeraar naar het zorgkantoor. De organisatie kan nog steeds de keuzevrijheid waarborgen en de administratieve lasten zullen niet fors toenemen.

Eén prestatie voor woonzorg

- De impact bij een *geïntegreerde ggz-instelling is groot*. Binnen de geïntegreerde ggz-instelling zal er sprake zijn van ongelijkheid van twee groepen. Waar ze voor een klein deel van de populatie de verantwoordelijkheid hebben over het hele pakket van behandeling, is dat bij de nieuwe instroom ggz-cliënten niet het geval. De organisatie zal een scheiding moeten maken tussen het declareren van de behandeling aan de zorgverzekeraar als het gaat om de nieuwe instroom ggz-cliënten op basis van de Wlz-criteria, en een integraal pakket aan een zorgkantoor. De administratieve lasten zullen voor de organisatie daardoor fors toenemen.
- Een opvallend gevolg van deze variant voor de geïntegreerde ggz-instellingen is dat er een ongelijkheid ontstaat tussen cliënten van voortgezet verblijf en cliënten die instromen op basis van de inhoudelijke Wlz-criteria. De cliënten van voortgezet verblijf hebben daarbij een bredere aanspraak van zorg.
- De impact voor een *beschermende woonomgeving is klein*. Bij deze bekostigingsvariant zal de organisatie, aangezien ze de expertise van de behandeling niet in dienst hebben, nog steeds de verantwoordelijkheid van de behandeling kunnen beleggen bij een ketenpartner. De declaratiestroom verandert voor de ketenpartner ook niet; dit blijft aan een zorgverzekeraar onder de Zvw. De organisatie kan nog steeds de keuzevrijheid waarborgen en de administratieve lasten zullen niet fors toenemen.

Toezicht op het zorgkantoor

Eén prestatie met woonzorg en specifieke behandeling

- *Zorginkoop*: De gevolgen voor zorginkoop zijn vergelijkbaar met die bij integrale prestatie, alleen betreft het dan niet alle vormen van behandeling maar alleen specifieke behandeling. Het zorgkantoor moet dan met de ggz-aanbieders afspraken maken inclusief specifieke behandeling.
- *Cliënt en zorg*: Deze variant is voor wat betreft toezichtconsequenties voor specifieke behandeling vergelijkbaar met integrale prestatie. Het zorgkantoor heeft echter geen inzicht in welke algemene behandeling door de zorgverzekeraars uit de Zvw wordt geleverd aan de cliënt.
- Aandachtspunt is dat in de voorlichting alle betrokken partijen (zorgkantoor, zorgverzekeraar, zorgaanbieder) éénduidige informatie verstrekken aan cliënten over de nieuwe verdeling van zorginkoop: inkoop van specifieke behandeling versus inkoop van algemene behandeling. De NZa moet daarop toezien.
- *Zorguitgaven*: Deze variant is voor wat betreft toezichtconsequenties (in mindere mate) vergelijkbaar met integrale prestatie (heeft alleen betrekking op specifieke behandeling en niet op algemene behandeling).
- Een aandachtspunt bij deze variant is dat het zorgkantoor moet toezien op correcte verdeling van declaraties die betrekking hebben op specifieke (Wlz-gefinancierde) behandeling dan wel algemene (Zvw-gefinancierde) behandeling.
- *Organisatie*: Voor zowel zorgaanbieders die alleen woonzorg leveren als voor zorgaanbieders die klinische zorg leveren heeft deze variant ingrijpende

gevolgen. De zorgaanbieders van woonzorg zijn dan ook verantwoordelijk voor het leveren van specifieke behandeling. Zorgaanbieders die voortgezet verblijf leveren moeten de kosten van algemeen geneeskundige zorg niet meer bij het zorgkantoor maar bij de zorgverzekeraar in rekening brengen.

Ook de inkooporganisatie (en de rol) van zorgkantoren zal daarop moeten inspelen.

Meerdere prestaties voor woonzorg en specifieke behandeling en/of algemeen geneeskundige zorg

- *Zorginkoop:* Deze variant is voor wat betreft toezichtconsequenties vergelijkbaar met integrale prestatie met het verschil dat per module het zorgkantoor (zorginkoop)afspraken moet maken met de zorgaanbieder (of zorgaanbieders als meerdere zorgaanbieders bij het zorgkantoor kunnen declareren). Dat geeft het zorgkantoor inzicht om per module te sturen op de beschikbaarheid van (specifieke vormen van) behandeling. Hiervoor moeten de te onderscheiden disciplines goed worden afgebakend. In deze variant kan het zorgkantoor aansluiting creëren met de verwachte vraag. De NZa kan controleren of het zorgkantoor dit daadwerkelijk doet.
- *Clïënt en zorg:* Via de declaraties (inclusief de daarvoor vooraf gemaakte afspraken) krijgt het zorgkantoor per module goed inzicht in de behandeling die cliënten krijgen. Bij het uitvoeren van materiële controle kan het zorgkantoor hiervan gebruik maken. Wanneer meerdere zorgaanbieders bij het zorgkantoor kunnen declareren, moet het duidelijk zijn welke zorgaanbieder eindverantwoordelijk is voor de integrale zorgverlening aan een cliënt.
- *Zorguitgaven:* Partijen hebben met aparte declaraties per module voor behandeling extra declaratiemogelijkheden ter beschikking. Als gevolg van een complexere declaratiemethodiek neemt het risico op onjuistheden toe, omdat kosten bij meerdere modules kunnen worden gedeclareerd. Bij het uitvoeren van formele en materiële controles moeten zorgkantoren hiermee rekening houden en zal leiden tot een toename van controlewerkzaamheden.
- *Organisatie:* Deze variant is voor wat betreft organisatorische consequenties vergelijkbaar met integrale prestatie, vooral voor zorgaanbieders die zorg leveren in een beschermende woonomgeving leidt dit tot een majeure verandering.
Een toename van administratieve lasten, voor zowel zorgaanbieder als zorgkantoor, is in verband met het ontstaan van een toename van de declaratiestromen te verwachten.

Eén prestatie voor woonzorg

- *Zorginkoop:* Voor zorginkoop is de taak van het zorgkantoor beperkt. Het zorgkantoor koopt alleen woonzorg in. Alle behandeling wordt door de zorgverzekeraars ingekocht.
- *Clïënt en zorg:* Voor cliënten met woonzorg verandert er niets aan de huidige situatie. Het zorgkantoor heeft geen bemoeienis met zowel specifieke als algemene behandeling, deze lopen beide via de zorgverzekeraars. Voor cliënten die thans in een klinische setting ggz-zorg ontvangen, verandert er echter wel veel: alle behandelingen worden dan via de Zvw bekostigd.
- *Zorguitgaven:* Deze variant is voor wat betreft toezichtconsequenties voor de Wlz goed te beheersen (wel nemen dan de controlewerkzaamheden voor de Zvw toe). Het zorgkantoor hoeft zich alleen te richten op de kosten van woonzorg.
Organisatie: Voor de zorgaanbieders van woonzorg wijzigt er niets. Voor de zorgaanbieders van klinische zorg des te meer. De kosten van woonzorg moeten zij bij het zorgkantoor declareren, de kosten van (specifieke en algemene) behandeling bij de zorgverzekeraars. In de huidige situatie kunnen zij hun declaraties voor verblijf en behandeling bij één partij indienen. Bij toepassing van deze variant moeten zij hun kosten splitsen, waardoor het risico op een toename van de administratieve lasten toeneemt.

Bijlage 6. Reactie GGZ Nederland, RIBW Alliantie en Federatie Opvang

Bijlage 7. Reactie Mind