

Uitvoeringstoets

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

Bekostiging ggz Wlz

Inhoud

Managementsamenvatting	5
Consultatie	8
1. Inleiding	12
1.1 Achtergrond	12
1.2 Vraagstelling	15
1.3 Leeswijzer	15
2. Achtergrond ggz cliënten	16
2.1 Ggz-clënten	16
2.2 Ggz-clënten van AWBZ naar Wmo	16
2.3 Huidige Wlz ggz-client	17
2.4 Nieuwe Wlz ggz-client	17
3. Passend bekostigingsmodel Wlz ggz	20
3.1 Randvoorwaarden VWS	20
3.2 Criteria cliëntorganisaties, branches en zorgkantoren	21
3.3 Uitgangspunten NZa	22
3.4 Mogelijke bekostigingsmodellen	23
3.5 Toetsing randvoorwaarden, criteria en uitgangspunten	24
3.6 Afwijking kamerbrief en Wlz	26
3.7 Overige randvoorwaarden VWS	27
3.8 Criteria Clientorganisaties en branches	28
3.9 Afweging randvoorwaarden en criteria	29
4. Uitvoeringsgevolgen	31
4.1 Uitvoeringsgevolgen model 1	31
4.2 Uitvoeringsgevolgen model 3	32
5. Uitwerking bekostigingsmodel voor Wlz ggz	38
5.1 Uitgangspunten prestaties en tarieven	38
5.2 Uitwerking prestaties en tarieven model 1	39
5.3 Uitwerking prestaties en tarieven model 3	40
5.4 Tijdelijke 'workaround'	45
5.5 Aanvullende prestaties en/of regelingen	48
5.6 Efficiënte en effectieve implementatie	49
6. Financiële impact	50
6.1 Parameters financiële raming	50
6.2 Ophoging Wlz kader	52
6.3 Scenario's	53
6.4 Voorbehouden	54
7. Conclusie en reflectie	56
7.1 Conclusie	56
7.2 Reflectie	57
Bijlage 1. Consultatievragen	59
Bijlage 2. Schriftelijke reacties consultatie	60
Bijlage 3. Brief ZN en branches aan VWS	61
Bijlage 4. Fraude en Handhaving	62
Bijlage 5. Financiële impact	65

Bijlage 6. Afbakening uitvoeringstoetsen

69

70

Managementsamenvatting

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 Wet langdurige zorg (Wlz). Zorginstituut Nederland (ZIN) heeft daaropvolgend op 16 december 2015¹ geadviseerd om de huidige zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz ook voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) te laten gelden. Het huidige kabinet heeft in het regeerakkoord 'Vertrouwen in de toekomst' kenbaar gemaakt het advies van het ZIN op te volgen en de directe toegang van ggz-cliënten tot de Wlz mogelijk te maken per 2021, mits de effecten geen belemmeringen vormen. Dit wetsvoorstel is door de Tweede Kamer op 2 juli 2019 aangenomen en door de Eerste Kamer op 9 juli 2019.

Op 27 september 2017 kwam het ZIN met een advies² over de positionering van behandeling in de Wlz voor de gehandicapten- (ghz) en verpleging en verzorging(vv)-sector. De belangrijkste conclusie is dat mensen met een psychische stoornis die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid over het algemeen zijn aangewezen op *integrale zorg*. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft besloten om het advies van het ZIN niet op te volgen³. Voor toekomstige cliënten met een psychische stoornis die toegang krijgen tot de Wlz, is ook besloten dat het advies niet wordt opgevolgd. De reden hiervoor is voornamelijk dat het bekostigen van Wlz-zorg met een integrale prestatie voor zorgaanbieders van beschermende woonomgevingen tot grote uitvoeringsgevolgen zal leiden.

Wel is besloten dat er voor deze ggz-cliënten ook voor de zorgvorm behandeling zal worden aangesloten bij de huidige Wlz-praktijk. Het Ministerie VWS heeft ons gevraagd om voor deze ggz-cliëntgroep de uitvoerbaarheid van de bekostigingsaspecten van de wetsaanpassing en positionering van behandeling te toetsen, de financiële impact op het Wlz-kader te berekenen en voor de geadviseerde bekostigingsmodellen een fraude- en handhavingstoets uit te voeren.

Aanpak

Het gaat in deze uitvoeringstoets specifiek over de groep cliënten die vanaf 2021 directe toegang tot de Wlz krijgt vanwege hun psychische problematiek. We maken een zorgvuldige afweging tussen vier mogelijke bekostigingsmodellen voor de ggz-cliënten die vanaf 2021 op inhoudelijke gronden de Wlz in gaan stromen. Hierbij houden we rekening met de gestelde randvoorwaarden door VWS. Ook nemen we in overweging de criteria die cliëntorganisaties MIND (Landelijk Platform Psychische Gezondheid) en Leviaan, de brancheorganisaties Federatie Opvang (FO), RIBW Alliantie en GGZ Nederland (GGZ NL) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben meegegeven bij de consultatie van de 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'⁴ en de consultatie van voorliggende uitvoeringstoets. Voor de twee geadviseerde bekostigingsmodellen maken we de uitvoeringsgevolgen inzichtelijk,

¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2015/12/16/advies-over-toegang-tot-de-wlz-voor-mensen-met-een-psychische-stoornis>

² <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2018/03/07/advies-over-de-positionering-van-behandeling-in-de-wlz>

³ Kamerbrief 'Standpunt positionering behandeling in de Wlz' (11 april 2019), kenmerk 1508785-188925-LZ

⁴ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_268049_22/1/

geven we een verdere invulling aan de prestaties en tarieven zodat declaratie kan plaatsvinden, maken we een inschatting van de financiële impact op het budgettair kader Wlz en toetsen we op fraude en handhaving.

Om tot een gedegen analyse te komen, hebben we samengewerkt met cliëntorganisaties, zorgaanbieders, zorgkantoren en behandelaren. We hebben begin juli een bijeenkomst georganiseerd om vanuit verschillende invalshoeken input te verzamelen ten aanzien van de uitvoeringsgevolgen en een tijdelijke workaroud voor het bekostigen van specifieke behandeling in 2021. Ook hebben gesprekken plaatsgevonden met ZIN en Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) om meer duiding te geven. Daarnaast heeft in augustus een consultatie plaats gevonden van voorliggende uitvoeringstoets waarin we tien vragen hebben gesteld aan de betrokken veldpartijen.

Bevindingen

Op basis van de meegegeven randvoorwaarden en criteria zijn we tot de uitwerking van twee bekostigingsmodellen gekomen die naast elkaar kunnen worden toegepast. Een model met prestaties met beide vormen van behandeling (specifieke behandeling en algemeen geneeskundige zorg) als *integraal* onderdeel van de woonzorg (model 1) en een andere model op basis van modulaire prestaties met specifieke behandeling als een aparte module *naast* de woonzorg prestatie en algemeen geneeskundige zorg ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw) (model 3). Bij model 3 bestaat de mogelijkheid om woonzorg en specifieke behandeling te laten leveren door één zorgaanbieder (variant A) of woonzorg door een zorgaanbieder en specifieke behandeling door een aparte behandelaar⁵ (variant B). Deze bekostigingsmodellen sluiten aan bij de verschillende huidige organisatievormen van zorg in de verschillende domeinen waar deze ggz-cliënten nu in zorg zijn, voldoen aan de aanspraak binnen de Wlz en sluiten aan op de bekostigingsstructuur zoals we die al kennen in de Wlz voor de sectoren vv en ghz en in de Zvw voor de ggz.

De wetaanpassing regelt dat specifieke behandeling een aanspraak binnen de Wlz wordt. Deze zorg gaat nu ten laste van de Zvw. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) schat in dat de uitvoeringsconsequenties met name fors zijn bij behandelaren die specifieke behandeling (gaan) leveren. Ook voor aanbieders van beschermde woonomgevingen die nu binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) verantwoordelijk zijn voor de levering van woonzorg (en nog niet voor de levering of inhoudelijke coördinatie van specifieke behandeling) en zorgkantoren zullen de uitvoeringsconsequenties groot zijn.

Voor deze modellen zijn prestaties, leveringsvormen, tarieven en tariefsoort uitgewerkt. Voor de integrale prestaties (model 1) sluiten we aan op de huidige integrale zorgzwaartepakketten ggz zzp-b prestaties zoals we die kennen voor voortgezet verblijf. Voor de modulaire prestaties (model 3) woonzorg en behandeling worden respectievelijk de ggz zzp-c prestaties toegepast zoals we die voorheen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) kenden en zijn nieuwe mpt-prestaties (modulair pakket thuis) ontwikkeld die ontleend worden aan de consultenstructuur uit het zorgprestatiemodel ggz Zvw met onderscheid naar BIG- en niet BIG-beroepen (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). Deze laatste mpt-prestaties kunnen pas per 2022 worden vastgesteld, waardoor voor 2021 een tijdelijke workaroud nodig is. Hiervoor adviseren we om gebruik te maken van de prestatie en tarief van '*Overige zorgproduct niet-basispakketzorg consult*' die we in de Zvw kennen.

⁵ Behandelaren die specifieke behandeling leveren kunnen individuele behandelaren zijn, maar kunnen ook zorgaanbieders of vrijgevestigde praktijken betreffen.

Conclusie

Insteek van de vormgeving van de geadviseerde bekostigingsmodellen in deze uitvoeringstoets is aansluiting bij de verschillende huidige organisatievormen van zorg in de verschillende domeinen waar deze ggz-cliënten nu in zorg zijn, voldoen aan de aanspraak binnen de Wlz en aansluiting op de bekostigingsstructuur zoals we die al kennen in de Wlz voor sectoren vv en ghz en in de Zvw voor de ggz. De wensen vanuit het veld voor de vormgeving van passende bekostigingsmodellen lopen door onzekerheden uiteen van een geïntegreerd totaalpakket aan zorg tot het flexibel op- en afschalen van zorg. Achterliggende vraagstukken daarbij zijn keuzevrijheid van behandelaar en de behoefte aan integrale en interdisciplinaire zorg van deze ggz-cliënten. Keuzevrijheid van behandelaar en het integraal aanbieden van een geïntegreerd totaalpakket aan zorg die voorziet in de aanspraak binnen de Wlz, staan op gespannen voet. Daarover bestaan verschillende zienswijzen en er zijn verschillende manieren van organisatie van zorg door zorgaanbieders om daar invulling aan te geven.

Als er vanaf 2021 duidelijkheid komt over de omvang van deze cliëntengroep, bij welke zorgaanbieders deze ggz-cliënten verblijven, waar zij hun zorg willen gaan afnemen, in welke vorm (integraal of modulair) zij hun zorg willen afnemen in de Wlz, welke keuzes zorgaanbieders gaan maken voor het organiseren van deze zorg (keuzevrijheid van behandelaar versus integraal aanbieden van het totaalpakket aan zorg) en welke keuzes gemaakt worden ten aanzien van de positionering van algemeen geneeskundige zorg voor alle Wlz-cliënten, zullen wij met het veld in gesprek gaan om met elkaar vast te stellen of deze bekostigingsmodellen voldoende daarop aansluiten en daarmee toekomstbestendig zijn. Als dat het geval is, dan zullen we een kostenonderzoek uitzetten om een aantal tarieven binnen de modellen te herijken. Mochten de bekostigingsmodellen niet aansluiten, dan zullen we gezamenlijk met het veld bekijken welke bekostigingsvorm dan beter passend is.

Consultatie

Voorliggende uitvoeringstoets is ter consultatie voorgelegd aan de cliëntenorganisaties MIND en Leviaan, de branchepartijen RIBW Alliantie, FO en GGZ NL en de koepel ZN.⁶ Aan hen zijn tien consultatievragen gesteld, die terug zijn te vinden in bijlage 1. De antwoorden op de gestelde vragen zijn verwerkt in de tekst van de hoofdstukken 3, 4 en 5. Verschillende partijen hebben van de gelegenheid gebruik gemaakt om naast de beantwoording van de consultatievragen ons van verdere suggesties te voorzien en hun zorgen te delen. De belangrijkste zijn terug te vinden in dit hoofdstuk. De schriftelijke reacties zijn opgenomen in bijlage 2.

Insteek bekostigingsmodellen

In deze uitvoeringstoets worden twee bekostigingsmodellen naast elkaar geadviseerd voor het bekostigen van cliënten met een psychische stoornis die blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid. Deze ggz-cliënten krijgen vanaf 2021 toegang tot de Wlz en ontvangen tot 2021 zorg vanuit verschillende domeinen (Wlz (voortgezet verblijf), Zvw en Wmo). Er is een aantal onzekerheden bij deze nieuwe cliëntgroep:

- de omvang van deze ggz-cliëntgroep;
- bij welke zorgaanbieders deze ggz-cliënten nu verblijven;
- waar deze ggz-cliënten hun zorg willen afnemen in de Wlz;
- in welke vorm (integraal of modulair) deze ggz-cliënten hun zorg willen afnemen in de Wlz;
- welke keuzes zorgaanbieders gaan maken voor het organiseren van zorg voor deze ggz-cliënten;
- welke keuzes gemaakt worden ten aanzien van de positionering van algemeen geneeskundige zorg voor alle Wlz-cliënten.

De wensen vanuit het veld voor de vormgeving van passende bekostigingsmodellen lopen door deze onzekerheden uiteen. De wensen lopen uiteen van een geïntegreerd totaalpakket aan zorg tot het flexibel op- en afschalen van zorg. Achterliggende vraagstukken daarbij zijn keuzevrijheid van behandelaar en de behoefte aan integrale en interdisciplinaire zorg van deze ggz-cliënten. Keuzevrijheid van behandelaar en het integraal aanbieden van een geïntegreerd totaalpakket aan zorg die voorziet in de aanspraak binnen de Wlz, staan op gespannen voet. Daar bestaan verschillende zienswijzen over en er zijn verschillende manieren van organisatie van zorg door zorgaanbieders om daar invulling aan te geven. Insteek van de vormgeving van de geadviseerde bekostigingsmodellen in deze uitvoeringstoets is daarom om aansluiting te zoeken bij de verschillende huidige organisatievormen van zorg, rekening houdend met de aanspraak binnen de Wlz en de bekostigingsstructuur zoals we die al kennen in de Wlz voor de andere sectoren (vv en ghz) en in de Zvw voor de ggz.

Concept-handreiking behandeling Zorginstituut Nederland

ZIN is pakketbeheerder en adviseert de minister over welke onderdelen van zorg binnen de aanspraak van ggz-cliënten in de Wlz zouden moeten vallen en welke niet. Voor ons is dat bepalend voor welke prestaties (en tarieven) er binnen de geadviseerde bekostigingsmodellen worden opgenomen. Wij hebben er kennis van genomen dat het ZIN in augustus 2019 een concept 'Handreiking behandeling in de Wlz' heeft uitgebracht. De duiding van de verschillende vormen van behandeling

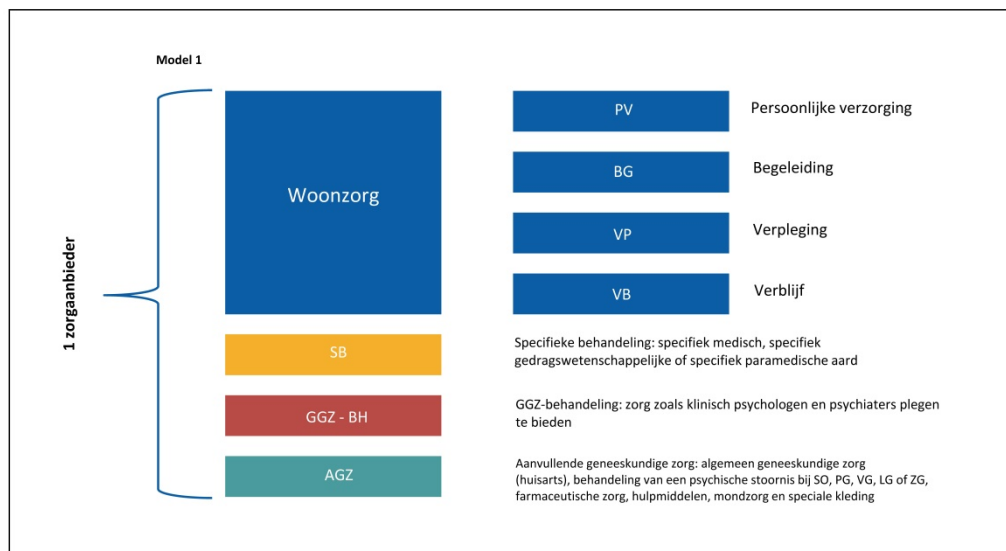
⁶ Actiz en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) hebben kennis genomen van het consultatiedocument.

voor deze ggz-cliëntengroep wijkt af van de duiding die in voorliggende uitvoeringstoets wordt gehanteerd. De handreiking is nog niet vastgesteld. Wij hebben de duiding in voorliggende uitvoeringstoets niet aangepast. Aanpassing van de duiding heeft namelijk geen invloed op de vormgeving van de bekostigingsmodellen, wel op de prestaties en tarieven binnen die modellen. Zodra de handreiking van het ZIN is vastgesteld, zullen wij die als basis gebruiken voor het opstellen van onze beleidsregels waarin de prestaties en tarieven worden opgenomen. Het verschil tussen de duiding in voorliggende uitvoeringstoets en de concept handreiking is dat specifieke behandeling voor ggz-cliënten wordt opgesplitst in twee soorten behandeling. Daarmee hebben ggz-cliënten die op inhoudelijke gronden vanaf 2021 toegang krijgen tot de Wlz aanspraak op drie soorten behandeling in plaats van twee zoals de cliënten die op basis van andere grondslagen (vv en ghz) worden toegelaten tot de Wlz. Ggz-cliënten hebben aanspraak op:

1. specifieke behandeling;
2. zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden;
3. algemeen geneeskundige zorg.

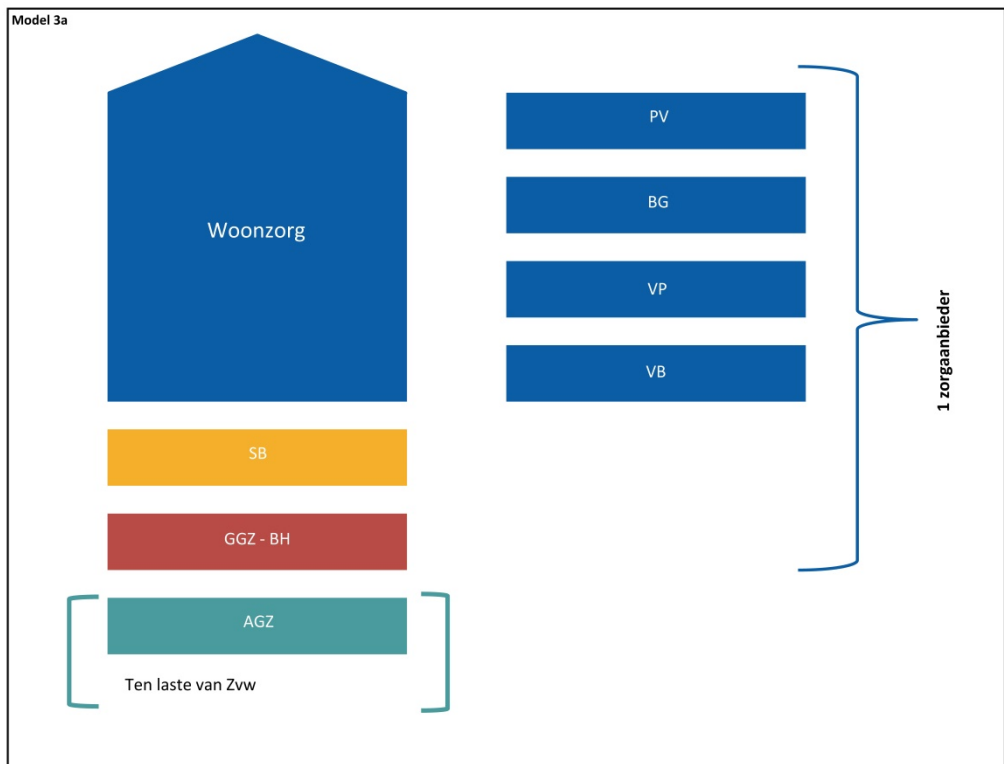
Voor de prestaties en tarieven binnen de bekostigingsmodellen betekent dat voor specifieke behandeling de prestaties die we al kennen voor de vv en ghz zullen worden opengesteld voor zover deze van toepassing zijn voor de ggz-cliëntgroep⁷. De prestaties en tarieven die zijn opgenomen in de bekostigingsmodellen in hoofdstuk 5 voor specifieke behandeling zijn de prestaties en tarieven voor 'zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden'. Het is daarmee van belang dat de 'Handreiking behandeling in de Wlz' van het ZIN tijdig wordt vastgesteld (najaar 2019), zodat wij de duiding binnen de handreiking als leidraad kunnen gebruiken voor het opstellen van onze beleidsregels. Schematisch komen de benamingen binnen de bekostigingsmodellen er dan als volgt uit te zien:

Figuur 1. Model 1

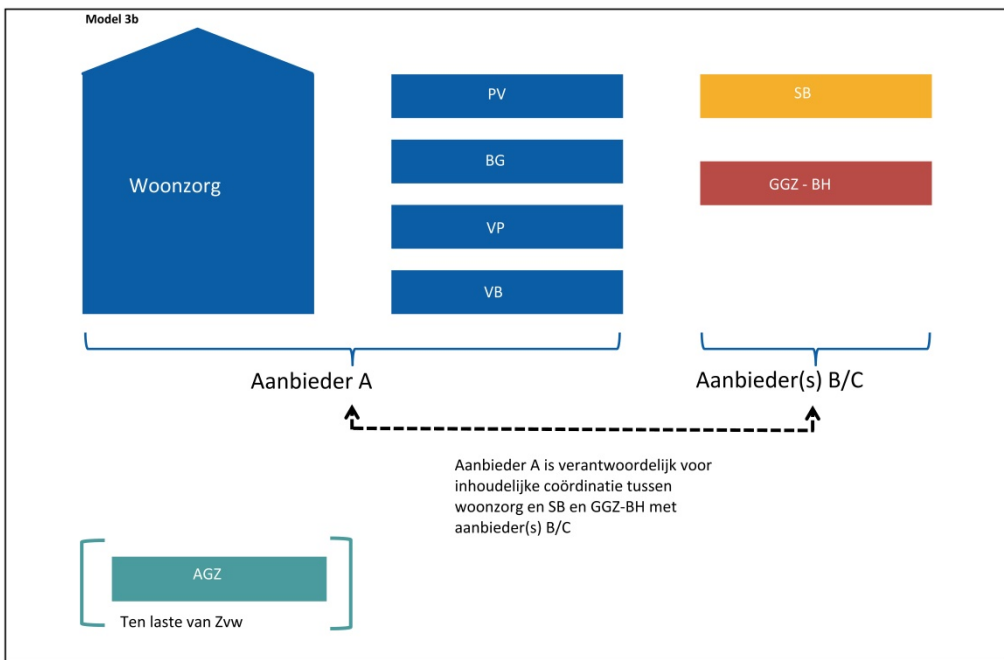


⁷ Zie https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_242529_22/1/

Figuur 2. Model 3A



Figuur 3. Model 3B



Tijdelijke workaround behandeling

In hoofdstuk 5 werken we de prestaties voor 'zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden' uit. De duiding voor deze vorm van behandeling wordt ontleend uit de Zvw waardoor het een logische stap is om aan te sluiten op prestaties die we hiervoor in de Zvw kennen. We adviseren om het

zorgprestatie­model dat per 2022 in de Zvw als bekostigings­model ingevoerd gaat worden voor de ggz ook voor de Wlz toe te passen⁸. Dit betekent dat er voor 2021 een workaroud vormgegeven moet worden om deze vorm van behandeling binnen de Wlz te kunnen bekostigen bij een modulair pakket (zie model 3 hoofdstukken 3 en 5). Hiervoor hebben we twee opties voorgelegd aan het veld. Zowel de branches van de zorgaanbieders als de koepel van de zorgkantoren en zorgverzekeraars hebben aangegeven de voorgestelde workarounds geen redelijke opties te vinden. Zij geven aan dat het een kwetsbare groep cliënten betreft, waarbij belemmeringen op het gebied van bekostiging onwenselijk zijn en continuïteit van zorg voorop dient te staan. Daarnaast zien zij verstrek­kende uitvoerings­gevolgen voor zorgaanbieders en zorgkantoren. Zij geven de voorkeur aan een overgang­model waarbij zij tijdelijk de huidige manier van werken willen voortzetten tot invoering van het zorgprestatie­model in 2022 (zie schriftelijke reacties in bijlage 2). Dit zou betekenen dat deze vorm van behandeling nog een jaar ten laste van de Zvw wordt gebracht bij bekostigings­model 3. Voor het voorgestelde integrale bekostigings­model (model 1) wordt deze zorg wel ten laste van de Wlz gebracht. Deze zorgen zijn door de branches en ZN ook rechtstreeks aan het ministerie van VWS geuit in een gezamenlijke brief (zie bijlage 3). De voorgestelde tijdelijke workaroud in 2021 voor deze vorm van behandeling in hoofdstuk 5 wordt daarmee niet onderschreven door zorgaanbieders en zorgkantoren/zorgverzekeraars.

Doelmatigheid

In de duiding van specifieke behandeling en algemeen geneeskundige zorg staat niet de omvang van zorg die kan worden geboden. Voor het vormgeven van prestaties en tarieven die passend moeten zijn voor de rechtmatige aanspraak heeft dit gevolgen. De prestaties die de NZa vaststelt, onafhankelijk van welk bekostigings­model, mogen in geen enkel geval de wettelijke aanspraak beperken. Hierdoor is het, tot nadere duiding in richtlijnen/zorgstandaarden dan wel aanspraak, niet mogelijk om een doelmatigheids­component in de prestaties te verwerken.

⁸ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_274450_22/1/

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Met de hervorming van de langdurige zorg werd per 1 januari 2015 de AWBZ opgedeeld in de Wlz, de Wmo en Jeugdwet. De Wlz is bedoeld voor cliënten 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 blijvende behoefte heeft aan permanent toezicht en/of 24 uur zorg per dag in de nabijheid.

Het uitgangspunt met betrekking tot psychische stoornissen blijkt in de praktijk niet houdbaar. Er zijn complexe ggz-cliënten die een onbepaald aantal jaren zeer intensieve zorg nodig hebben. Blijvende zorg is echter niet altijd op voorhand met zekerheid vast te stellen, wel kan gesteld worden dat langdurige zorg benodigd is. Dat was een van de redenen om vanaf 2015 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 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 zorg⁹. 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.

Ggz-cliënten die in 2015 verbleven in een beschermde woonomgeving zijn overgegaan naar de Wmo. De toegang tot de Wlz op grond van een psychische stoornis is voor hen nog niet mogelijk, ook al is blijvende behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid nodig ter voorkoming van ernstig nadeel of escalatie.

Wetwijziging 'Toegang Wlz voor mensen met een psychische stoornis'

ZIN 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-uurszorg in de nabijheid ook toegang te bieden tot de Wlz. ZIN heeft daaropvolgend op 16 december 2015¹⁰ 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 ZIN op te volgen en de directe toegang van ggz-cliënten tot de Wlz mogelijk te maken per 2021, mits de effecten geen belemmeringen vormen. Dit wetsvoorstel is door de Tweede Kamer op 2 juli 2019 aangenomen en door de Eerste Kamer op 9 juli 2019.

⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/03/07/rapport-medisch-noodzakelijk-verblijf-in-de-geneeskundige-ggz>

¹⁰ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2015/12/16/advies-over-toegang-tot-de-wlz-voor-mensen-met-een-psychische-stoornis>

Advies en besluit over de positionering van behandeling bij ggz-cliënten

Op 27 september 2017 kwam het ZIN met een advies¹¹ over de positionering van behandeling in de Wlz voor de sectoren ghz en vv. 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 ZIN vervolgens nagegaan of de conclusie ook voor deze groep geldt. De conclusie van dit aanvullende advies¹² is dat mensen met een psychische stoornis die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid over het algemeen zijn aangewezen op integrale zorg. Ook hiervoor gelden de situaties van de institutionele zorg, zoals het ZIN ook omschrijft voor de andere al bestaande doelgroepen in de Wlz.

De kern van dit advies is:

Voor de leveringsvormen zzp en 'geclusterd' volledig pakket thuis (vpt)¹³, oftewel institutionele zorg, moet alle behandeling en aanvullende zorg ten laste van de Wlz komen. Het betreft de geneeskundige zorg, behandeling van een psychische stoornis, hulpmiddelen, farmaceutische zorg¹⁴, mondzorg en speciale kleding.

Het ZIN 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 ZIN wordt ook de huidige rechtsongelijkheid tussen deze twee cliëntgroepen in een institutionele setting weggenomen.

In de 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'¹⁵ (verder uitvoeringstoets behandeling) zijn de uitvoeringsgevolgen bij zorgaanbieders (geïntegreerde instellingen en beschermende woonomgevingen) en de toezichtaspecten van dit advies in kaart gebracht. Daarin stellen wij dat (net als voor de sectoren vv en ghz) een bekostigingsmodel voor behandeling gebaseerd op integrale prestaties in de Wlz de uitvoering van het pakketadvies het beste faciliteert. In de praktijk betekent dit dat Wlz-zorgaanbieders vanuit een integraal tarief de artsfunctie, behandeling van een psychische stoornis, farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg, mondzorg en speciale kleding moeten organiseren (en bekostigen).

Omwille van het risico op verslechtering van de toegankelijkheid van de artsfunctie in de Wlz, de mogelijke inperking van de keuzevrijheid voor cliënten én onduidelijkheid over de doelmatigheid van de behandelfunctie binnen de Wlz, heeft de Minister van VWS besloten om het advies van het ZIN niet op te volgen¹⁶. In het geval van toekomstige cliënten met een psychische stoornis die toegang krijgen tot de Wlz op inhoudelijke gronden (CIZ-indicatie), is besloten dat ook voor hen het advies niet wordt opgevolgd. De reden hiervoor is voornamelijk dat het bekostigen van Wlz-zorg met een integrale prestatie voor zorgaanbieders van beschermende woonomgevingen tot grote uitvoeringsgevolgen op het gebied van

¹¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2018/03/07/advies-over-de-positionering-van-behandeling-in-de-wlz>

¹² <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2018/03/07/advies-over-de-positionering-van-behandeling-in-de-wlz>

¹³ Er wordt in het advies bij deze leveringsvormen niet ingegaan op verschillende zorgzwaarten en de leveringsvormen mpt en persoonsgebonden budget (pgb).

¹⁴ Voor extreme kosten kan een beroep gedaan worden op de beleidsregel 'Overige kosten'. Dit geldt ook voor zorg gebonden materiaal.

¹⁵ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_268049_22/1/

¹⁶ Kamerbrief 'Standpunt positionering behandeling in de Wlz' (11 april 2019), kenmerk 1508785-188925-LZ

administratieve lasten, zorginhoudelijke verantwoordelijkheid, beschikbaarheid van expertise en keuzevrijheid zal leiden.

Wel is besloten dat er voor deze ggz-cliënten ook voor de zorgvorm behandeling zal worden aangesloten bij de huidige Wlz-praktijk. Dat betekent dat de plek waar de cliënt verblijft bepalend is of de algemeen geneeskundige zorg ten laste van de Zvw of Wlz gaat. Verblijft de cliënt op een plek 'zonder behandeling' dan gaat de algemeen geneeskundige zorg ten laste van de Zvw¹⁷. De situatie is dan vergelijkbaar met een burger in de thuissituatie. Verblijft de cliënt op een plek 'met behandeling' dan gaat de algemeen geneeskundige zorg ten laste van de Wlz, geleverd door de verblijfsaanbieder. In de inkoop door het zorgkantoor zal er onderscheid gemaakt worden in zzp's met en zonder behandeling.

De specifieke behandeling zal zowel bij een verblijfsplek met als een verblijfsplek zonder behandeling ten laste van de Wlz moeten worden gebracht. In de vv en ghz wordt deze via een mpt door een andere zorgaanbieder dan de verblijfsaanbieder geleverd. Cliënten met een persoonsgebonden budget (pgb) in de Wlz hebben geen budget voor de functie behandeling. De specifieke behandeling wordt dan eveneens via een mpt ten laste van de Wlz gebracht. Dit gedeelte van de zorg ontvangt de cliënt dan in zorg in natura.

Ter informatie

Algemeen geneeskundige zorg

Onder algemeen geneeskundige zorg verstaan we:

- geneeskundige zorg van algemeen medische aard (vergelijkbaar met huisartsgeneeskundige zorg) met uitzondering van algemene paramedische zorg;
- behandeling van een psychische stoornis als die 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.

Specifieke behandeling

Wlz-cliënten hebben bij alle leveringsvormen een aanspraak op specifieke behandeling die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap waarvoor de cliënt is toegelaten tot de Wlz. Een behandeling is specifiek als de zorg onlosmakelijk onderdeel is van de integrale zorg, of als er specifieke kennis of vaardigheden nodig zijn om de doelgroep te behandelen. Voor cliënten met een psychische stoornis die toegang krijgen tot de Wlz houdt dit recht op specifieke behandeling ook in de geneeskundige zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters die plegen te bieden. 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.

¹⁷ Hetzelfde geldt voor zorg vanuit het vpt, mpt en pgb.

1.2 Vraagstelling

Het Ministerie van VWS heeft ons gevraagd om voor deze ggz-cliëntgroep de uitvoerbaarheid van de bekostigingsaspecten van de wetsaanpassing en positionering van behandeling te toetsen en de financiële impact op het budgettaire kader te berekenen. Het gaat in deze uitvoeringstoets specifiek over de groep cliënten die vanaf 2021 directe toegang tot de Wlz krijgt vanwege hun psychische problematiek.

Om deze opdracht uit te voeren, komende volgende punten aan bod::

- Uitwerken van bekostigingsvarianten met een advies over prestaties, tarieven en tariefsoort bij de vijf nieuwe zorgprofielen (zie tabel 1) voor de nieuwe Wlz-cliëntgroep. Bij de onderbouwing van de varianten beantwoorden we de volgende vragen:
 - o Hoe verhouden de (basis)prestaties, tarieven en tariefsoort bij de nieuwe zorgprofielen zich tot elkaar en tot de prestaties en bijbehorende tarieven die vanaf 2019 gelden voor de cliënten in voortgezet verblijf (de ggz-b prestaties)? Welke verklaring of motivering ligt ten grondslag aan de verschillen tussen de prestaties?
 - o Wat zijn de consequenties van de bekostigingssystematiek voor de zorgkantoren en cliënten op het gebied van (het waarborgen van) van continuïteit en toegankelijkheid van zorg?
 - o Wat zijn de (uitvoerings)consequenties van de bekostigingssystematiek voor de zorgaanbieders?
 - o Biedt de bekostigingssystematiek voldoende prikkels voor kwalitatief goede zorg en doelmatige besteding van middelen? Hoe zijn perverse prikkels zo veel mogelijk beperkt of uitgesloten?
- Is het noodzakelijk dat voor bepaalde cliënten aanvullende prestaties of regelingen worden vastgesteld? Zo ja, welke en waarom?
- Hoe kan de voorgestelde bekostigingssystematiek zo effectief en efficiënt mogelijk worden geïmplementeerd gegeven de uitvoeringsconsequenties?

We werken eventuele aanpassingen in het domein van de Wmo en bij de leveringsvorm pgb niet verder uit aangezien de NZa deze niet reguleert. VWS vraagt ons ook om de financiële impact op het budgettaire kader te berekenen en een fraude en handhavingstoets uit te voeren. Deze onderdelen komen in hoofdstuk 6 en bijlagen 4 en 5 aan bod. Eerder hebben we de uitvoeringstoets wetgeving (augustus 2018) uitvoeringstoets update wetgeving (februari 2019) en uitvoeringstoets behandeling (februari 2019) opgesteld. We hebben de afbakening van deze uitvoeringstoetsen en de komende uitvoeringstoets bekostiging opgenomen in bijlage 6.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 lichten we de achtergrond toe van de groep cliënten die per 2021 op psychische gronden de Wlz in zullen stromen. We gaan in op het type cliënt en hoe zij tot dan toe werden bekostigd in de verschillende domeinen. Vervolgens beschrijven we in hoofdstuk 3 aan welke randvoorwaarden, uitgangspunten en criteria het toekomstige bekostigingsmodel in de Wlz moet voldoen. Door het toetsen van de modellen aan deze randvoorwaarden, uitgangspunten en criteria vallen twee van de vier mogelijke modellen af. In hoofdstuk 4 werken we de uitvoeringsconsequenties van de overige twee modellen uit. In hoofdstuk 5 beschrijven we de uitgangspunten voor prestaties en tarieven en vullen we de prestaties en tarieven in de twee overgebleven modellen in met de daarbij horende afwegingen. Daarbij komt ook een tijdelijke workaroud voor specifieke behandeling voor 2021 aan bod. In hoofdstuk 6 is de financiële impact op het budgettaire kader Wlz opgenomen. De conclusie en reflectie vindt u in hoofdstuk 7.

2. Achtergrond ggz cliënten

In dit hoofdstuk beschrijven we de achtergrond van de ggz-cliëntgroep die vanaf 2021 de Wlz in zal stromen op basis van inhoudelijke gronden (CIZ-indicatie). Waar zijn zij nu gehuisvest en hoe worden en werden zij bekostigd.

2.1 Ggz-cliënten

De ggz richt zich op het voorkomen, stabiliseren en/of genezen van cliënten met een psychische aandoening. Daaronder valt ook het ondersteunen van en hulp bieden aan cliënten met een chronische psychische aandoening (zoals bepaalde ontwikkelings- en persoonlijkheidsstoornissen), mensen die zich ernstig verwaarlozen, mensen die verslaafd zijn en/of mensen die niet uit zichzelf hulp gaan zoeken, zodat ze zo goed mogelijk kunnen deelnemen aan de maatschappij.

Ggz-cliënten kunnen zich beroepen op vier verschillende wetten: de Jeugdwet, de Wmo, de Zvw en de Wlz. De ggz-zorg aan kinderen en adolescenten tot 18 jaar valt onder de verantwoordelijkheid van de gemeente en wordt bekostigd vanuit de Jeugdwet. De opvang voor dak- en thuislozen, bemoeizorg en preventieactiviteiten op het gebied van ggz en het ondersteunen of begeleiden via beschermende woonomgevingen en voorzieningen valt ook onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. Dit wordt bekostigd vanuit de Wmo.

Geneeskundige en psychologische zorg voor mensen met een psychische aandoening wordt bekostigd vanuit de Zvw. Deze zorg wordt ingekocht door de zorgverzekeraars. Na drie jaar onafgebroken verblijf met behandeling in de Zvw stromen cliënten de Wlz in op basis van voortgezet verblijf. De ggz-zorg wordt dan bekostigd vanuit de Wlz en ingekocht door Wlz-uitvoerders, in de hoedanigheid van zorgkantoren.

In 2015 werd de Wlz ingevoerd. Dat betekende dat mensen met een somatische, psychogeriatrische, verstandelijke, lichamelijke en/of zintuigelijke aandoening/beperking de Wlz instroomden wanneer er een blijvende behoefte is aan permanent toezicht en/of nabijheid van 24-uurs zorg. Volgens dit criterium hebben cliënten met een psychische stoornis echter nog geen toegang tot de Wlz. Wanneer deze cliënten in beschermde woonomgevingen verblijven, dan stromen zij sinds 2015 in de Wmo. Verblijven zij bij een geïntegreerde ggz-instelling, dan gaat deze zorg ten laste van de Zvw en na drie jaar ten laste van de Wlz op basis van voortgezet verblijf met een tijdelijke indicatie.

2.2 Ggz-cliënten van AWBZ naar Wmo

Voor de overheveling naar de Wlz in 2015 waren er onder de AWBZ ggz-klanten die enkel gebruik maakten van de zorgfuncties verblijf, begeleiding, verpleging en persoonlijke verzorging (hierna: woonzorg). De functie behandeling werd destijds in de Zvw afgenomen. Vanaf 2015 is dit veranderd en zijn deze klanten van de AWBZ overgeheveld naar de Wmo. Net als in de AWBZ kunnen deze klanten binnen de Wmo gebruik maken van woonzorg. Gemeenten zijn voor deze cliëntgroep verantwoordelijk en hebben beleidsvrijheid in het organiseren van deze zorg. Behandeling, zowel algemene geneeskundige zorg als specifieke behandeling, wordt nog steeds ten laste van de Zvw afgenomen. Hieronder vallen bijvoorbeeld een bezoek aan de huisarts en ambulante behandeling door een klinisch psycholoog.

Het grootste gedeelte van deze klantgroep verblijft bij beschermende woonomgevingen. Bij deze aanbieders staat de begeleiding voorop in de zorglevering. De behandelingsfunctie wordt bewust bij de behandelaar gelegd die ten laste van de Zvw declareert om de keuzevrijheid van klanten te waarborgen.

Behandeling valt binnen de Wmo niet onder verantwoordelijkheid van de beschermende woonomgeving.

Bekostiging

Binnen de AWBZ werden deze cliënten bekostigd op basis van ggz-c pakketten. Deze prestaties waren exclusief behandeling. Er waren tot en met 2014 zes ggz c-pakketten, alle af te nemen met en zonder dagbesteding. In 2014 werden ongeveer 7 miljoen aan ggz-c zzp-dagen geleverd. Sinds de invoering van de Wlz in 2015 zijn de ggz-c-pakketten overgeheveld naar de Wmo. Gemeenten hebben beleidsvrijheid bij het ontwikkelen van prestaties en tarieven. Als gevolg daarvan hebben sommige gemeente de ggz-c prestaties overgenomen, andere hebben hierop een aanpassing gedaan en weer andere gemeente hebben een eigen invulling gegeven. Hierdoor is er een grote verscheidenheid ontstaan in prestaties (en tarieven) in het gemeentelijk domein. Het grootste gedeelte van deze cliënten worden, los van hun verblijf, ook behandeld in de Zvw voor hun psychische stoornis. Binnen de Zvw maken ggz-clianten gebruik van verschillende behandelaren en behandelmethoden, zoals de huisarts, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz.

2.3 Huidige Wlz ggz-cliant

Op dit moment kunnen cliënten met een psychische stoornis enkel administratief de Wlz instromen. Daarmee bedoelen we een klinische ggz-opname ten laste van de Zvw waarbij de behandelaar na 3 jaar oordeelt dat verblijf voorgezet moet worden voor de behandeling. De betreffende cliënt stroomt dan na drie jaar administratief de Wlz in op basis van voorgezet verblijf. Deze cliënten verblijven in geïntegreerde ggz-instellingen. Hier is er sprake van een gecombineerde setting van woonzorg en behandeling. Dit is ook te zien in de manier hoe de zorg georganiseerd is: de verantwoordelijkheid voor specifieke behandeling en algemeen geneeskundige zorg is belegd bij de eigen organisatie. Artsen zijn vaak in dienst van de organisatie. Als dit niet het geval is, maakt de organisatie centrale afspraken voor de cliënten.

Bekostiging

Binnen de Wlz worden deze cliënten bekostigd op basis van een ggz-b pakket. De ggz-b is een integraal pakket inclusief beide vormen van behandeling. Er zijn zeven zzp-b zzp's, alle af te nemen met of zonder dagbesteding. In 2017 werden er ongeveer 1,9 miljoen aan ggz-b zzp-dagen gedeclareerd. In plaats van en naast de zzp's worden ook verschillende basisprestaties of toeslagen gebruikt voor de bekostiging van ggz-clianten in de Wlz. In de prestatiebeschrijvingen van de beleidsregels zijn voorwaarden opgenomen wanneer een basisprestatie of een toeslag gebruikt kan worden. Met name de basisprestatie 'Klinisch intensieve behandeling (KIB)' is een basisprestatie die aan ggz-b-clianten wordt geleverd. Het doel van deze prestatie is om een ontworpen behandelrelatie met de cliënt op te heffen.

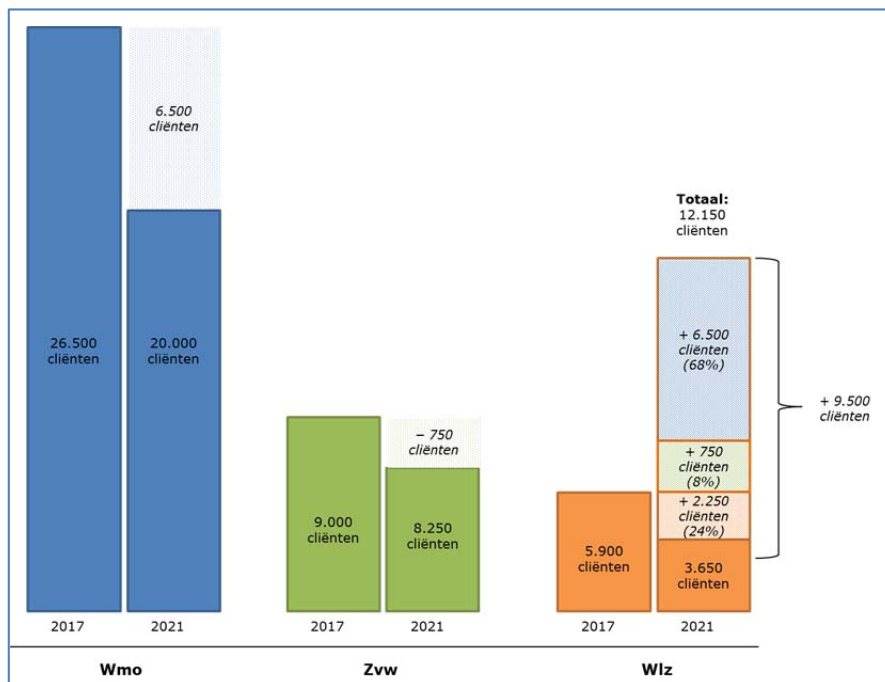
2.4 Nieuwe Wlz ggz-cliant

In 2017 heeft bureau HHM (Hoeksma, Homans en Menting) in opdracht van VWS onderzocht wat de mogelijke omvang is van de groep ggz-clianten die toegang krijgt tot de Wlz op basis van inhoudelijke gronden als de wetsaanpassing (toen nog wetsvoorstel) doorgang krijgt. HHM komt tot de inschatting van minimaal 9.500 en maximaal 12.250 (nieuwe) cliënten in 2021.¹⁸ In figuur 4 is de verwachte uitstroom en instroom in kaart gebracht (op basis van de minimale instroom van 9.500 cliënten). Deze cliënten komen uit drie domeinen: 68% uit de Wmo oftewel de beschermde woonomgevingen, ongeveer 24% met een tijdelijke indicatie binnen de Wlz (voortgezet verblijf cliënten waarvan de blijvende behoefte aan permanent

¹⁸ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/05/19/ggz-clianten-in-de-wlz-inschatting-omvang-indien-grondslag-psychische-stoornis-wordt-toegevoegd-aan-de-wlz>

toezicht en/of 24 uur zorg per dag in de nabijheid kan worden vastgesteld) en een klein percentage (8%) uit de Zvw.

Figuur 4. Overzicht minimale in- en uitstroom (op basis van onderzoek HHM, 2017)



Bekostiging

De bekostiging voor de nieuwe ggz-cliëntgroep die de Wlz instroomt staat in hoofdstuk 5 uitgewerkt. Bureau HHM heeft eveneens onderzoek gedaan naar de toekomstige zorgprofielen die de basis vormen voor de bekostiging. Zij hebben de toekomstige zorgprofielen gefaseerd uitgewerkt. In de eerste fase hebben zij een poging gedaan om op basis van bepaalde cliëntkenmerken tot toekomstige zorgprofielen te komen¹⁹. Al snel werd duidelijk dat geheel nieuwe zorgprofielen ontwikkelen niet opportuun was en is afgesproken om op basis van de bestaande ggz-b en 'oude' ggz-c profielen nieuwe beschrijvingen te maken voor de Wlz-ggz profielen voor cliënten die voldoen aan de inhoudelijke Wlz-criteria. HHM geeft aan dat de ggz-b en c-profielen al zijn toegepast in de praktijk en dat ze (in grote lijnen) goed blijken te werken. In een tweede fase zijn vijf profielen opgeleverd²⁰. Zoals tabel 1 laat zien zijn de oude zorgprofielen te vertalen naar de nieuwe zorgprofielen.

¹⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/05/31/wlz-ggz-zorgprofielen-inhoudelijke-beschrijving-resultaten-1e-fase>

²⁰ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/07/20/wlz-ggz-zorgprofielen-toetsing-en-aanscherping-resultaten-2e-fase>

Tabel 1. Vertaling oude naar nieuwe ggz-zorgprofielen

ggz zzp-b	ggz zzp-c		Nieuwe zorgprofielen	
3	3	→	1	GGZ Wonen met intensieve begeleiding
4	4	→	2	GGZ Wonen met intensieve begeleiding en verzorging
5	5	→	3	GGZ Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering
6	6	→	4	GGZ Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging
7		→	5	GGZ Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding

3. Passend bekostigingsmodel Wlz ggz

In de uitvoeringstoets behandeling²¹ stellen wij dat (net als voor de sectoren vv en ghz) een bekostigingsmodel gebaseerd op integrale prestaties in de Wlz de uitvoering van het pakketadvies het beste faciliteert. Zoals beschreven in paragraaf 1.1 heeft het ministerie van VWS het pakketadvies van het ZIN niet opgevolgd²². We bekijken daarom alle vier de bekostigingsmodellen uit de uitvoeringstoets behandeling. Deze modellen verschillen van elkaar wat betreft de mate van integraliteit (zorglevering en bekostiging) en welke onderdelen van de aanspraak in de Wlz hier al dan niet in zijn opgenomen. Voor deze vier modellen zijn in de uitvoeringstoets behandeling de voor- en nadelen en de uitvoeringsgevolgen voor zorgaanbieders en zorgkantoren in kaart gebracht. Deze vier modellen gebruiken we als startpunt om te toetsen in hoeverre zij voldoen aan de randvoorwaarden die VWS heeft meegegeven voor het bekostigen van ggz-cliënten die de Wlz in gaan stromen per 2021 op inhoudelijke gronden. Daarnaast hebben de cliëntorganisaties MIND en Leviaan, brancheorganisaties FO, RIBW Alliantie en GGZ NL en ZN bij de consultatie van de uitvoeringstoets behandeling en de consultatie van voorliggende uitvoeringstoets criteria meegegeven die voor hen van belang zijn voor de vormgeving van bekostiging. Aanvullend daarop zijn er een aantal uitgangspunten vanuit de NZa voor het vormgeven van een bekostigingsmodel voor deze ggz-cliëntgroep. Voordat we de mogelijke bekostigingsmodellen wegen, benoemen we deze randvoorwaarden, criteria en uitgangspunten.

3.1 Randvoorwaarden VWS

In de aanvraag uitvoeringstoets en in de kamerbrief "Standpunt positionering behandeling in de Wlz" (11 april 2019)²³ is door VWS een aantal randvoorwaarden gesteld waaraan een bekostigingsmodel moet voldoen. Dat zijn:

- *Wettelijke aanspraak*: dit betekent dat cliënten naast verblijf, persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging ook recht hebben op (in ieder geval) specifieke behandeling;
- *Coördinatie van zorg*: in de genoemde kamerbrief heeft VWS zich uitgesproken over de coördinatie van zorg. Daarin staat dat de inmiddels aangenomen (in de Tweede en Eerste Kamer) wetswijziging regelt dat aanbieders naast de bekostiging verantwoordelijk worden voor de organisatie van in ieder geval specifieke behandeling. Dit betekent dat de zorg onder de verantwoordelijkheid van één regisserende en coördinerende zorgaanbieder valt;
- *Administratieve lasten*: worden voor alle partijen zoveel mogelijk beperkt;
- *Behandeling en dagbesteding*: net als in de sectoren vv en ghz wordt er onderscheid gemaakt tussen zzp's met en zonder behandeling en met en zonder dagbesteding (begeleiding in groepsverband). Indien het gaat om een zzp met behandeling, dan worden zowel de specifieke behandeling als de aanvullende geneeskundige zorg bekostigd vanuit de Wlz. Indien het gaat om een zzp zonder behandeling wordt de specifieke behandeling wel bekostigd vanuit de Wlz, maar de aanvullende geneeskundige zorg gaat ten laste van de Zvw;
- *Aanvullende prestaties en/of regelingen*: nagaan of aanvullende prestaties en/of regelingen (meerzorg, toeslagen en/of basisprestaties) moeten worden open gesteld/ontwikkeld;

²¹ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_268049_22/1/

²² Kamerbrief 'Standpunt positionering behandeling in de Wlz' (11 april 2019), kenmerk 1508785-188925-LZ

²³ Kamerbrief 'Standpunt positionering behandeling in de Wlz' (11 april 2019), kenmerk 1508785-188925-LZ.

- *Prikkels kwaliteit en doelmatigheid*: de bekostigingssystematiek biedt voldoende prikkels voor kwalitatief goede zorg en doelmatige besteding van middelen;
- *Leveringsvormen*: alle leveringsvormen worden opengesteld voor de nieuwe Wlz-doelgroep: zzp, vpt, mpt, pgb en deeltijdverblijf;
- *Aansluiting bekostigingsdomeinen*: adequate en gemotiveerde aansluiting op naastliggende bekostigingsdomeinen. Abrupte verandering in de kosten voor zorg per cliënt als gevolg van de doorstroom naar een ander wettelijk kader wordt voorkomen;
- *Toezicht*: de bekostigingssystematiek biedt Wlz-uitvoerders voldoende mogelijkheden voor sturing en toezicht op de geleverde zorg en kwaliteit van zorg.

3.2 Criteria cliëntorganisaties, branches en zorgkantoren

Bij consultatie van de uitvoeringstoets behandeling²⁴ hebben de cliëntenorganisatie MIND en de brancheorganisaties FO, RIBW Alliantie en GGZ NL criteria meegegeven die voor de bekostiging van belang zijn. Voor MIND zijn dat de volgende criteria:

- *Uitvoerbaarheid in de praktijk*: voldoende draagvlak bij cliëntorganisaties, aanbieders en financiers;
- *Waarborgen voor continuïteit van zorg en wonen*: onnodige verhuizingen of extra wisselingen van personeel kunnen juist voor de Wlz-doelgroep in de ggz zeer schadelijk zijn;
- *Meer zorg in de wijk*: de ontwikkeling naar meer zorg in de wijk en een steeds grotere variëteit aan (kleinschalige) woonzorgvormen moet niet belemmerd worden;
- *Keuzevrijheid*: binnen de zorgrelatie moeten cliënten voldoende ruimte krijgen om hun eigen behandelaar te kiezen en samen met naasten en hulpverleners invulling te geven aan integrale zorg;
- *Vertraging*: er mag geen vertraging optreden in de toegang van de ggz-doelgroep tot de Wlz.

In de consultatie van voorliggende uitvoeringstoets voegt de centrale cliëntenraad Leviaan hieraan toe:

- *Geen gedwongen verhuizingen of wisseling van begeleiding*: zorgkantoren zullen hier faciliterend in moeten optreden en de wens van de cliënt zal leidend moeten zijn in het aangaan van contracten met zorgaanbieders;
- *Keuzevrijheid van behandelaar moet geborgd zijn*: zonder al te veel gedoe moeten cliënten kunnen blijven kiezen voor hun ggz-behandelaar. Zij willen daarvoor niet afhankelijk worden van de zorgaanbieder.

Federatie Opvang, RIBW Alliantie en GGZ NL noemen de volgende criteria:

- *Verantwoordelijkheid van coördinatie van zorg*: voorkeur gaat uit naar een model waarbij sprake is van meerdere prestaties voor woonzorg en specifieke behandeling en/of algemeen geneeskundige zorg, waarbij de verantwoordelijkheid van coördinatie van zorg bij meerdere zorgaanbieders komt te liggen. Het voordeel van deze variant is volgens genoemde brancheorganisaties dat er door zorgaanbieders beter geacteerd kan worden op de specifieke behoeften van de cliënt en ook op de variatie in zorgvraag bij een modulair geordend zorgaanbod;
- *Waarborging keuzevrijheid cliënt*: brancheorganisaties vonden dit criterium nog weinig uitgewerkt;
- *Flexibiliteit op- en afschalen*: het werkveld heeft behoefte aan betere afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod, dus aan meer mogelijkheden om behandeling, begeleiding en ondersteuning flexibel op en af te kunnen schalen;

²⁴ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_268049_22/1/

- *Administratieve lastendruk*: deze dient bij zorgaanbieders zo laag mogelijk gehouden te worden;
- *Behandelaren*: (ambulante) behandelaren die nu alleen onder het Zvw-regime opereren ook onder het Wlz-regime laten opereren;
- *Best passende zorg*: in de dagelijkse praktijk wordt er steeds beter samengewerkt over de grenzen van de verschillende sectoren heen. Het vraagstuk rondom bekostiging mag geen drempels opwerpen voor de organisatie van de best passende zorg.

Zorgkantoren en zorgverzekeraars hebben in reactie op voorliggende uitvoeringstoets ook een aantal criteria meegegeven die voor hen van belang zijn:

- *Geen last voor cliënten*: cliënten die worden overgeheveld naar de Wlz ervaren daar niet of nauwelijks last van, ook als het gaat om behandeling;
- *Tijdig*: kaders/bekostigingsmodellen zijn voor zorgkantoren tijdig bekend en bovendien duurzaam naar de toekomst;
- *Voldoende implementatietijd*: zorgkantoren hebben voldoende tijd om de nieuwe situatie in te regelen samen met cliënten, zorgaanbieders en behandelaren zodat de overheveling zorgvuldig kan plaatsvinden en niet tot (onverklaarbare) verschuivingen leidt;
- *Inkoopbaar*: de zorg en behandeling moet 'inkoopbaar' zijn door zorgkantoren, zowel in omvang als in kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid en het kunnen voldoen aan de zorgplicht;
- *Passende zorg*: zorg en behandeling, de levering daarvan en de verantwoordelijkheden zijn duidelijk beschreven en afgebakend. Dit in verband met de keuzevrijheid van de cliënt, kwaliteit en doelmatigheid. Dit betreft mede een inhoudelijke beschrijving van passende zorg voor die cliënt in zorgstandaarden die (ook) in het Wlz domein van toepassing zijn;
- *Transparantie*: het bekostigingsmodel helpt bij inzicht in kwaliteit van zorglevering;
- *Administratieve lasten*: het bekostigingsmodel helpt bij het beheersen van de administratieve lasten.

3.3 Uitgangspunten NZa

Naast meegegeven randvoorwaarden van VWS en criteria van cliëntorganisaties, branches en zorgkantoren en zorgverzekeraars, zijn er een aantal uitgangspunten vanuit de NZa voor het vormgeven van een bekostigingsmodel voor deze ggz-clientgroep. Dat zijn:

- *Wettelijke aanspraak*: een bekostigingsmodel en daarbinnen de prestaties en tarieven mogen in geen enkel geval de wettelijke aanspraak beperken. Dit betekent dat deze ggz-clientgroep naast verblijf, persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging ook recht heeft op (in ieder geval) specifieke behandeling. Dit uitgangspunt staat eveneens beschreven bij de randvoorwaarden van VWS;
- *Aansluiting bekostigingsstructuur Wlz*: om een bekostigingsstructuur en daarbij horende beleidsregels voor de ggz in de Wlz beheersbaar te houden is het van belang om aan te sluiten op de andere sectoren in de Wlz (vv en ghz). Deze uniformiteit is niet alleen voor de NZa van belang, maar ook voor cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren. Voor de NZa is deze uniformiteit van belang voor het onderhoud van de bekostiging en herijking van tarieven (bijvoorbeeld het zojuist uitgevoerde Wlz kostenonderzoek). Voor cliënten is het overzichtelijk als zij met één structuur te maken hebben binnen de Wlz. Voor zorgaanbieders en zorgkantoren is het van belang omdat binnen één zorgaanbieder cliënten vanuit verschillende sectoren kunnen verblijven. Dat betekent verminderde administratieve lasten wat betreft inkoop en declaratie van zorg als van een uniforme bekostigingsstructuur gebruik gemaakt wordt;
- *Aansluiting bekostigingsstructuur Zvw ggz*: de specifieke behandeling wordt in de Wlz net als in de Zvw geduid als "zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden". Voor rechtsgelijkheid en uniformiteit tussen

domeinen is het van belang dat voor dit onderdeel binnen het model wordt aangesloten bij het bekostigingsmodel dat we hiervoor in de Zvw kennen.

3.4 Mogelijke bekostigingsmodellen

Zoals aangegeven gebruiken we de vier bekostigingsmodellen uit de uitvoeringstoets behandeling²⁵ als startpunt om te toetsen in hoeverre zij voldoen aan de randvoorwaarden die VWS heeft meegegeven, de criteria die van belang zijn voor de cliëntenorganisaties, branches en zorgkantoren/verzekeraars en de uitgangspunten van de NZa. In figuur 5 staan deze vier modellen beschreven.

Figuur 5. Bekostigingsmodellen



²⁵ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_268049_22/1/

²⁶ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_267107_22/1/

A. Declaratie van zorg door één zorgaanbieder

Zorgaanbieder en zorgkantoor maken afspraken over woonzorg en specifieke behandeling, welke de zorgaanbieder beide declareert ten laste van de Wlz. Declaratie vindt plaats op basis van separate, door de NZa gereuleerde, prestaties. 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.

B. Declaratie van zorg door zorgaanbieder en behandelaar²⁷

De zorgaanbieder die de component woonzorg levert maakt afspraken met het zorgkantoor. De behandelaar die specifieke behandeling levert maakt apart afspraken met het zorgkantoor. De woonzorg en specifieke behandeling worden op basis van separate prestaties door zorgaanbieder en behandelaar ten laste van de Wlz gebracht. Er zal inhoudelijke coördinatie plaatsvinden tussen de zorgaanbieder die woonzorg levert en de behandelaar die specifieke behandeling levert. Dit wordt geformaliseerd in de contractering door zorgkantoren en/of in een Service Level Agreement (SLA) tussen de zorgaanbieder van woonzorg en het zorgkantoor.

4. Eén prestatie voor woonzorg

Ggz zzp-c pakketten voor verblijf voor de ggz zoals geldend tot 2015. Dit zijn prestaties exclusief beide

Woonzorg

Module
(specifiek bh)

Module
(aanvullend)

vormen van behandeling. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de te leveren woonzorg, maar niet voor de te leveren behandeling. De bekostiging van de specifieke behandeling en algemeen geneeskundige zorg 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.

3.5 Toetsing randvoorwaarden, criteria en uitgangspunten

De eerste randvoorwaarden van VWS en uitgangspunten van NZa waar we de bekostigingsmodellen op toetsen zijn wettelijke aanspraak, coördinatie van zorg, administratieve lasten en aansluiting bekostigingsstructuur Wlz en Zvw ggz. We starten met deze 5 omdat hiermee de modellen 2 en 4 afvallen.

Wettelijke aanspraak

De eerste randvoorwaarde van VWS en uitgangspunt van de NZa waaraan we de bekostigingsmodellen toetsen is de wettelijke aanspraak. De prestaties moeten namelijk mogelijk maken dat een cliënt naast verblijf, begeleiding, verpleging en persoonlijke verzorging (woonzorg) in ieder geval specifieke behandeling krijgt, bekostigd ten laste van de Wlz. Hiermee valt het bekostigingsmodel 4 (één prestatie voor woonzorg) al af. Dit laatste model (4) geeft namelijk niet de mogelijkheid om naast verblijf ook behandeling in rekening te kunnen brengen ten laste van de Wlz.

Coördinatie van zorg en administratieve lasten

De randvoorwaarden coördinatie van zorg (één regisserende en coördinerende zorgaanbieder) en beperkte administratieve lasten hangen met elkaar samen. Voor toetsing van de bekostigingsmodellen op deze criteria gaan we na hoe de zorg bij zorgaanbieders nu georganiseerd is. De coördinatie en bekostiging van zorg voor een cliënt verschilt namelijk bij verblijf in een geïntegreerde instelling of een beschermde woonomgeving. In een geïntegreerde instelling worden de woonzorg en beide vormen van behandeling (specifiek en algemeen geneeskundige zorg) bekostigd via een ggz zzp-b ten laste van de Zvw of Wlz (voortgezet verblijf). In een beschermde woonomgeving gaat de woonzorg nu ten laste van de Wmo. Beide vormen van behandeling gaan ten laste van de Zvw. Daarbij bestaat nu geen

²⁷ Behandelaren die specifieke behandeling leveren kunnen individuele behandelaren zijn, maar kunnen ook zorgaanbieders of vrijgevestigde praktijken betreffen.

geformaliseerde inhoudelijke coördinatie van zorg tussen woonzorg en specifieke behandeling.

Administratieve lasten

Bekostigingsmodellen passend bij geïntegreerde instellingen

De administratieve lasten zijn voor geïntegreerde instellingen die cliënten in zorg hebben die gaan verblijven ten laste van de Wlz op inhoudelijke gronden, het laagst als zij integrale prestaties (woonzorg met beide vormen van behandeling) kunnen declareren zoals beschreven bij bekostigingsmodel 1. Bij een integrale prestatie ligt de coördinatie van zorg automatisch bij één zorgaanbieder. Bij geïntegreerde instellingen zullen naar verwachting met name cliënten vanuit Zvw en vanuit de Wlz (voortgezet verblijf) instromen. In beide domeinen worden cliënten nu ook bekostigd via een integrale prestatie inclusief beide vormen van behandeling. In de Zvw is het eerste jaar op basis van integrale dbc's en het tweede en derde jaar op basis van zzp's ggz-b voortgezet verblijf. In de Wlz op basis van zzp's ggz-b voortgezet verblijf.

Bekostigingsmodellen passend bij beschermde woonomgevingen

Bij beschermde woonomgevingen zullen naar verwachting met name cliënten vanuit de Wmo instromen. De administratieve lasten zijn het laagst als woonzorg en specifieke behandeling aparte prestaties zijn, waarbij specifieke behandeling niet per dag maar per consult kan worden gedeclareerd zoals beschreven bij bekostigingsmodel 3. Bekostigingsmodel 1 heeft grote uitvoeringsconsequenties voor een beschermde woonomgeving aangezien deze zorgaanbieders nu niet verantwoordelijk zijn voor de specifieke behandeling en aanvullende geneeskundige zorg. Zij coördineren en declareren deze zorg nu niet. Voor deze zorgaanbieders past het werken met meerdere prestaties voor woonzorg, specifieke behandeling en algemeen geneeskundige zorg (model 3) het beste bij de huidige uitvoeringspraktijk.

In model 3 kunnen we onderscheid maken tussen declaratie door één zorgaanbieder (A) en zorgaanbieder en behandelaar²⁸ (B). Als de zorgaanbieder en behandelaar zorg kunnen declareren (B), is de impact bij een beschermde woonomgeving beperkter. De declaratiestroom van de prestatie woonzorg verandert van gemeente naar zorgkantoor. Zij zullen bovendien de zorg af moeten stemmen met de behandelaar die de specifieke behandeling levert. De inhoudelijke coördinatie van zorg wordt daarmee niet in de bekostiging geregeld, maar tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. Het zorgkantoor kan de inhoudelijke coördinatie in een bepaling opnemen in de contractering of daarover een SLA met de beschermde woonomgeving opstellen. De impact voor de behandelaar die specifieke behandeling levert en het zorgkantoor is hierbij groter gezien de behandelaar die specifieke behandeling levert apart gecontracteerd moet worden door het zorgkantoor om specifieke behandeling ten laste van de Wlz te mogen declareren. Deze zorg gaat nu ten laste van de Zvw waar men geen verplichting tot contractering kent.

De impact bij een beschermde woonomgeving is groter wanneer zij ook verantwoordelijk worden voor de specifieke behandeling (A). Zij zullen dan de specifieke behandeling moeten gaan coördineren én declareren. De beschermde woonomgeving zal behandelaars die specifieke behandeling leveren in dienst moeten nemen of deze zorg in de vorm van onderlinge contracten moeten gaan organiseren.

²⁸ Behandelaren die specifieke behandeling leveren kunnen individuele behandelaren zijn, maar kunnen ook zorgaanbieders of vrijgevestigde praktijken betreffen.

Aansluiting bekostigingsstructuur Wlz en Zvw ggz

In de Wlz kennen we voor de sectoren vv en ghz een bekostigingsstructuur op basis van zzp's met en zzp's zonder behandeling. Bij zzp's met behandeling zitten beide vormen van behandeling (specifieke behandeling en algemeen geneeskundige zorg) bovenop de woonzorg in één integrale prestatie. Dit komt overeen met model 1. Bij zzp's zonder behandeling zit alleen de woonzorg in de zzp en kunnen uren behandeling bovenop de zzp's worden afgesproken middels een mpt behandeling. Dit zijn uren geleverd door bijvoorbeeld een Specialist Oudergeneeskundig (SO) of een Arts Verstandelijk gehandicapten (AVG). Dit komt overeen met model 3. De prestaties voor specifieke behandeling zullen voor de ggz-cliëntenpopulatie moeten aansluiten bij de bekostigingsstructuur ggz in de Wlz. Daar komen we in hoofdstuk 5 op terug.

Op basis van de randvoorwaarden en uitgangspunten wettelijke aanspraak, coördinatie van zorg, administratieve lasten en aansluiting bekostigingsstructuur Wlz en Zvw ggz vallen bekostigingsmodellen 2 en 4 af. Model 2 sluit niet aan op de bekostigingsstructuur zoals we kennen in de Wlz. Vooral nog valt dit model daarmee af. Mocht na instroming van deze ggz-cliëntgroep in de Wlz blijken dat deze de specifieke behandeling bij dezelfde zorgaanbieder wil afnemen als waar men woonzorg afneemt, dan zullen wij met het veld in gesprek gaan over in hoeverre model 2 voordelen biedt ten opzichte van model 3. Model 4 voldoet niet aan de wettelijke aanspraak omdat het niet mogelijk is om naast verblijf ook behandeling in rekening te kunnen brengen ten laste van de Wlz.

3.6 Afwijking kamerbrief en Wlz

Voor model 3B moet worden afgeweken van de kamerbrief "Standpunt positionering behandeling in de Wlz" (11 april 2019)²⁹ en voor model 3A van de wettekst Wlz.

Afwijking kamerbrief coördinatie van zorg

Model 3B voldoet niet volledig aan de gestelde randvoorwaarde 'Coördinatie van zorg' van VWS. De minister stelt in de kamerbrief "Standpunt positionering behandeling in de Wlz" (11 april 2019)³⁰ dat aanbieders naast de bekostiging verantwoordelijk worden voor de organisatie van (in ieder geval) specifieke behandeling. Bij model 3B worden de zorgaanbieders van woonzorg wel verantwoordelijk voor de inhoudelijke coördinatie van afstemming tussen woonzorg en specifieke behandeling, maar niet voor de organisatie en bekostiging. Echter, het doel van de minister is dat woonzorg en specifieke behandeling inhoudelijk op elkaar worden afgestemd. Formalisatie van deze inhoudelijke coördinatie kan in de bekostiging worden geregeld zoals in de modellen 1 en 3A, maar kan ook geformaliseerd worden in contractering en/of in een SLA tussen de zorgaanbieder en zorgkantoor. Omdat model 3B wel voldoet aan het achterliggende doel van de minister en tegemoet komt aan de criteria 'Keuzevrijheid' en 'Waarborgen voor continuïteit van zorg en wonen' van MIND, 'Keuzevrijheid van behandelaar moet geborgd zijn' van Leviaan en 'Verantwoordelijkheid van coördinatie van zorg' van de brancheorganisaties, werken we dit model wel verder uit. Op ambtelijk niveau heeft VWS laten weten dat verdere uitwerking van model 3B gewenst is.

Afwijking Wlz

Bij bekostigingsmodel 3A wordt de mogelijkheid voor een zorgaanbieder gecreëerd om, naast de prestatie woonzorg, ook specifieke behandeling te (laten) leveren.

²⁹ Kamerbrief 'Standpunt positionering behandeling in de Wlz' (11 april 2019), kenmerk 1508785-188925-LZ.

³⁰ Kamerbrief 'Standpunt positionering behandeling in de Wlz' (11 april 2019), kenmerk 1508785-188925-LZ.

Echter, onder onderdeel d eerste lid van artikel 3.1.1 Wlz³¹ staat dat als door of namens een zorgaanbieder specifieke behandeling wordt geleverd, de zorgaanbieder ook de algemeen geneeskundige zorg moet leveren³². Dit betekent dat een zorgaanbieder óf alle behandeling levert (specifiek en algemeen geneeskundige zorg) óf geen behandeling levert. We kiezen ervoor om toch model 3A verder uit te werken, gezien de lopende inhoudelijke discussie over de positionering van behandeling aan Wlz-cliënten in alle sectoren (vv, ghz én ggz). Waarbij in de ggz specifiek discussie bestaat over integraal versus modulair leveren van zorg aan ggz-cliënten die op basis van zorginhoudelijke gronden gaan instromen in de Wlz per 2021. Door model 3A niet uit te werken worden mogelijkheden van organisatie van zorg aan Wlz-cliënten met een psychische stoornis uitgesloten wat mogelijk (nog) niet wenselijk is. Op ambtelijk niveau heeft VWS laten weten dat verdere uitwerking van model 3A gewenst is.

Omdat model 3B wel voldoet aan het achterliggende doel van de minister (en tegemoet komt aan verschillende criteria) en 3A nieuwe mogelijkheden van organisatie van zorg biedt, wordt model 3 naast model 1 verder gewogen op basis van de overige randvoorwaarden en criteria.

3.7 Overige randvoorwaarden VWS

- *Behandeling en dagbesteding*: bekostigingsmodel 1 kan gezien worden als een zzp met behandeling en bekostigingsmodel 3 als een zzp zonder behandeling waar een module specifieke behandeling bovenop kan worden afgesproken. Bij beide modellen kunnen prestaties en tarieven met en zonder dagbesteding (begeleiding in groepsverband) worden ontwikkeld.
- *Aanvullende prestaties en/of regelingen*: beide modellen geven de ruimte om na te gaan of aanvullende prestaties en/of regelingen (meerzorg, toeslagen en/of basisprestaties) moeten worden open gesteld/ontwikkeld.
- *Prikkels doelmatigheid*: binnen de Wlz stellen we maximumtarieven vast. We baseren deze tarieven op een gemiddelde kostprijs per prestatie, waarbij het gemiddelde het meest wordt beïnvloed door de aanbieders met de grootste omvang. Door deze methode ontstaan doelmatigheidsprikkels doordat we tarieven vast stellen op een vast niveau en aanbieders er voordeel bij hebben als zij hun kosten per prestatie weten te verlagen. Daarnaast worden bij maximumtarieven ook zorgkantoren gestimuleerd om onder dit tarief in te kopen.
In de duiding van specifieke behandeling en algemeen geneeskundige zorg staat niet de omvang van zorg die kan worden geboden. Voor het vormgeven van prestaties die passend moeten zijn voor de rechtmatige aanspraak heeft dit gevolgen. De prestaties die de NZa vaststelt, onafhankelijk van welk bekostigingsmodel, mogen in geen geval de wettelijke aanspraak beperken. Hierdoor is het, tot nadere duiding in richtlijnen/zorgstandaarden dan wel aanspraak, niet mogelijk om een doelmatigheidscomponent in de prestaties te verwerken.
- *Prikkels kwaliteit*: voor de ggz in de Wlz heeft het veld nog geen kwaliteitsstandaard ontwikkeld. Er kunnen daarmee nog geen prikkels in de bekostiging worden opgenomen om de kwaliteit transparant te maken dan wel normering op te nemen. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is verantwoordelijk voor het toezicht op de geleverde kwaliteit van zorg.
- *Leveringsvormen*: bij model 1 wordt de leveringsvorm zzp en bij model 3 zzp, vpt en mpt voor specifieke behandeling opengesteld.

³¹ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2019-04-02>

³² Dit is het geval bij de leveringsvorm zorg in natura (zzp). Dit gaat niet op voor de leveringsvormen vpt en mpt, zie tweede lid van artikel 3.3.2 Wlz (<https://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2019-04-02>)

- *Aansluiting bekostigingsdomeinen*: beide modellen sluiten aan op de naastliggende bekostigingsdomeinen Wlz en Zvw. Hiermee worden geen abrupte verandering in de kosten voor zorg per cliënt als gevolg van de doorstroom naar een ander wettelijk kader voorzien. Aansluiting met de bekostiging in de Wmo wordt niet verder uitgewerkt gezien wij dit domein niet reguleren. Daarnaast hebben gemeenten binnen de Wmo beleidsvrijheid. Dit betekent dat de toegang tot en uitvoering van de Wmo per gemeente kan verschillen en kan ook de bekostiging van deze zorg per gemeente verschillen. In hoeverre er verandering in kosten voor zorg per cliënt ontstaan door doorstroming vanuit de Wmo naar de Wlz zal daarom per gemeente verschillend zijn.
- *Toezicht*:
 - o Het voordeel van model 1 is de eenvoud. Het zorgkantoor en de zorgaanbieder maken productieafspraken met slechts twee variabelen: dagen en één (integraal) tarief. De zorgaanbieder moet binnen dat kader zorgdragen dat alle cliënten die zorg krijgen die zij nodig hebben. Wat er per cliënt nodig is, wordt vastgelegd in het zorg(leef)plan. Het zorgkantoor beoordeelt bij materiële controle of de zorg feitelijk geleverd is conform wat is afgesproken en vastgelegd is in het zorg(leef)plan. Een medisch adviseur beoordeelt of deze zorg passend en in overeenstemming is met de indicatie. In het geval er geen specifieke behandeling is geleverd (en wel volgens het zorg(leef)plan had gemoeten) kan het zorgkantoor geen correctie vaststellen. De declaratie van die betreffende cliënt in zijn geheel afkeuren is niet proportioneel, en een deel van het tarief corrigeren behoort niet tot de mogelijkheden.
 - o Het voordeel van model 3 is dat de financiële verantwoording transparant(er) is door twee afzonderlijke declaraties (één voor woonzorg en één voor specifieke behandeling). Duidelijk is voor welke cliënt welke zorg is gedeclareerd (alleen woonzorg of ook specifieke behandeling). In het geval specifieke behandeling niet conform het zorg(leef)plan aan een bepaalde cliënt is geleverd, maar wel is gedeclareerd, kan het zorgkantoor de onrechtmatige declaratie eenvoudig vaststellen (ten onrechte gedeclareerde behandelingen maal het tarief). Een ander voordeel is dat voor iedere cliënt moet worden vastgesteld of specifieke behandeling nodig is, als voorwaarde om überhaupt die behandeling te mogen declareren.

Voor een toelichting wordt verwezen naar bijlage 4 Fraude en Handhaving.

3.8 Criteria Clientorganisaties en branches

Criteria MIND en Leviaan:

- *Uitvoerbaarheid in de praktijk*: door het organiseren van de brede bijeenkomst van 5 juli jl. bij de NZa en reacties op voorliggende consultatiedocument wordt de uitvoerbaarheid in de praktijk getoetst.
- *Waarborgen voor continuïteit van zorg en wonen, Meer zorg in de wijk en Keuzevrijheid, Geen gedwongen verhuizingen of wisseling van begeleiding en Keuzevrijheid van behandelaar moet geborgd zijn*: door het uitwerken van meerdere bekostigingsmodellen en daarbinnen verschillende declaratiemogelijkheden (wetende dat deze afwijken van genoemde kamerbrief en onderdeel d eerste lid van artikel 3.1.1 Wlz) ondersteunt de voorgestelde bekostiging verschillende manieren van organisatie en inkoop van zorg waarmee ruimte wordt gegeven aan deze criteria.
- *Vertraging*: beide bekostigingsmodellen zijn per 2021 beschikbaar.

Criteria Federatie Opvang, RIBW Alliantie en GGZ NL:

- *Verantwoordelijkheid van coördinatie van zorg, Waarborging keuzevrijheid cliënt en Best passende zorg*: door het uitwerken van meerdere bekostigingsmodellen en daarbinnen verschillende declaratiemogelijkheden

(wetende dat deze afwijken van genoemde kamerbrief en onderdeel d eerste lid van artikel 3.1.1 Wlz) ondersteunt de voorgestelde bekostiging verschillende manieren van organisatie en inkoop van zorg waarmee ruimte wordt gegeven aan deze criteria.

- *Flexibiliteit op- en afschalen*: bij model 3 kunnen beide vormen van behandeling flexibel worden op- en afgeschaald. De begeleiding en ondersteuning is bij zowel model 1 als model 3 onderdeel van het component woonzorg.
- *Administratieve lastendruk*: dit criterium staat hierboven uitgewerkt;
- *Behandelaren*: model 3 maakt mogelijk dat (ambulante) behandelaren die nu alleen onder het Zvw-regime opereren ook onder het Wlz-regime kunnen opereren.

Zorgkantoren en zorgverzekeraars:

- *Geen last voor cliënten en Inkoopbaar*: door het uitwerken van meerdere bekostigingsmodellen en daarbinnen verschillende declaratiemogelijkheden (wetende dat deze afwijken van genoemde kamerbrief en onderdeel d eerste lid van artikel 3.1.1 Wlz) ondersteunt de voorgestelde bekostiging verschillende manieren van organisatie en inkoop van zorg waarmee ruimte wordt gegeven aan deze criteria.
- *Tijdig, voldoende implementatietijd*: de prestaties, tarieven en declaratievoorschriften zullen voor beide bekostigingsmodellen per 1 juli 2020 zijn opgenomen in onze beleidsregels. Over de toekomstbestendigheid verwijzen we naar de paragraaf 'Insteek bekostigingsmodellen' in het hoofdstuk 'Consultatie'.
- *Passende zorg*: dit is geen aangelegenheid van de NZa, maar van het ZIN en het veld. Zie hiervoor de paragraaf 'Concept handreiking behandeling Zorginstituut Nederland' in het hoofdstuk 'Consultatie'.
- *Transparantie en Administratieve lasten*: deze criteria staan hierboven uitgewerkt.

3.9 Afweging randvoorwaarden en criteria

In tabel 2 staat schematisch in hoeverre de modellen voldoen aan de gestelde randvoorwaarden, uitgangspunten en meegegeven criteria. Daarmee wordt helder dat de modellen niet voldoen aan alle randvoorwaarden, uitgangspunten en criteria.

Tabel 2. Toetsing modellen aan randvoorwaarden en criteria

Partij	Randvoorwaarde/criterium	Model 1	Model 3A	Model 3B
VWS en NZa	Wettelijke aanspraak	+	+	+
VWS	Behandeling en dagbesteding	+	+	+
VWS	Aanvullende prestaties en/of regelingen	+	+	+
VWS	Prikkels doelmatigheid	+	+	+
VWS	Aansluiting bekostigingsdomeinen	+	+	+
MIND	Uitvoerbaarheid in de praktijk	+	+	+
MIND	Continuïteit van zorg en wonen	+	+	+
MIND	Meer zorg in de wijk	+	+	+
MIND	Vertraging	+	+	+
Branches	Best passende zorg	+	+	+
Zorgkantoren	Tijdig	+	+	+
Zorgkantoren	Voldoende implementatietijd	+	+	+
NZa	Aansluiting bekostigingsstructuur Wlz	+	+	+
NZa	Aansluiting bekostigingsstructuur Zvw ggz	+	+	+
Zorgkantoren	Geen last voor cliënten	+	+/-	+
Leviaan	Geen gedwongen verhuizingen	+	-	+/-
VWS	Administratieve lasten geïntegreerde instelling	+	-	-
VWS en branches	Coördinatie van zorg	+	+	-
VWS en zorgkantoren	Administratieve lasten zorgkantoren	+	+	-
Zorgkantoren	Inkoopbaar	+	+	-
VWS	Leveringsvormen	-	+	+
VWS	Toezicht	-	+	+
Branches	Flexibiliteit op- en afschalen	-	+	+
Branches	Verdeling verantwoordelijk zorglevering	-	+/-	+
VWS	Administratieve lasten beschermde woonomgevingen	-	-	+
MIND, Leviaan en branches	Keuzevrijheid	-	-	+
Branches	Behandelaren Zvw ook in Wlz	-	-	+
VWS	Administratieve lasten behandelaren	-	-	-

Alle modellen voldoen aan de wettelijke aanspraak, maken van onderscheid tussen zzp's met en zonder behandeling en met en zonder dagbesteding, mogelijkheid van openstellen/ontwikkelen van aanvullende prestaties en/of regelingen, bieden prikkels voor doelmatige besteding van middelen, aansluiting op naastliggende bekostigingsdomeinen, toetsing van de uitvoerbaarheid in de praktijk, waarborgen voor continuïteit van zorg en wonen, geen belemmering van meer zorg in de wijk, geen vertraging van bekostigen per 2021, geen drempels voor de organisatie van de best passende zorg, zijn tijdig bekend, voldoende implementatietijd beschikbaar en sluiten aan op de bekostigingsstructuur in de Wlz en Zvw ggz. Bij de overige randvoorwaarden en criteria verschillen de modellen van elkaar.

Hiermee wordt in één oogopslag duidelijk dat er niet één model voldoet aan alle randvoorwaarden, uitgangspunten en meegegeven criteria van het veld. De ggz-cliëntgroep die vanaf 2021 de Wlz in zal gaan stromen op inhoudelijke gronden (CIZ-indicatie) is divers en daarmee is de verwachting dat zij hun zorg op verschillende manieren willen gaan afnemen. Door de modellen 1 en 3 (met daarbinnen A en B) naast elkaar beschikbaar te stellen per 2021, hebben zorgaanbieders meerdere mogelijkheden om de aanspraak op de verschillende vormen van behandeling van een cliënt binnen de Wlz en Zvw te organiseren. Deze modellen sluiten aan bij de verschillende huidige organisatievormen van zorg, rekening houdend met de aanspraak binnen de Wlz.

4. Uitvoeringsgevolgen

In dit hoofdstuk maken we een inschatting van de uitvoeringsgevolgen van de bekostigingsmodellen 1 en 3 (met daarbinnen A en B). De uitvoeringsgevolgen verschillen per model. Aan de hand van onderstaande casus lichten we de verschillende praktische gevolgen toe.

Casus

Anna is 47 jaar en woont al 20 jaar in een beschermde woonomgeving, te weten een **RIBW**. Haar diagnose luidt schizofrenie (psychotische stoornis). Daarnaast is ze langdurig verslaafd geweest aan opiaten. In haar jeugd is Anna seksueel misbruikt, daarvan heeft zij trauma overgehouden en angststoornissen. Haar jeugd werd gekenmerkt door uithuisplaatsingen en opnames in de (gesloten) ggz. Het langdurig gebruik van psychofarmaca heeft geleid tot vermindering van de cognitieve functies. Anna **woont** in een locatie voor beschermd wonen met meerdere mensen en beschikt over een eigen kleine studio. Vier dagdelen per week **werkt** ze op een zorgboerderij buiten de stad. Ze houdt ervan om dieren te verzorgen en buiten te zijn. Vanuit het **FACT team** (flexible assertive community treatment) krijgt Anna ambulante behandeling aan huis. Haar vaste behandelaar in het FACT-team heeft geconstateerd dat Anna last heeft van het trauma dat zij in haar jeugd heeft opgelopen. Anna krijgt daarom sinds kort EMDR behandeling (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) van een **GZ-psycholoog**. De **verslavingszorg** verzorgt de methadonbehandeling om terugval in gebruik van opiaten te voorkomen. Het team van persoonlijk begeleiders in de beschermde woonvorm coördineert alle zorg en ondersteuning. Anna heeft tevens last van een schimmelinfectie en gaat daarvoor langs bij haar **huisarts**.³³

Tot 2021 valt de woonzorg in de beschermde woonomgeving onder de Wmo. De psychologische behandeling en zorg geleverd door de huisarts valt tot 2021 onder de Zvw. In de nieuwe situatie heeft Anna op al deze zorgvormen aanspraak binnen de Wlz. Hieronder wordt de nieuwe situatie als voorbeeld casus gebruikt bij de uitvoeringsgevolgen per bekostigingsmodel.

4.1 Uitvoeringsgevolgen model 1

Door twee bekostigingsmodellen naast elkaar beschikbaar te stellen, hebben zorgaanbieders (in samenspraak met zorgkantoren) meerdere mogelijkheden om de aanspraak op de verschillende vormen van behandeling van een cliënt binnen de Wlz en Zvw te organiseren. Voor de bekostiging van cliënten die per 2021 gaan instromen vanuit de Zvw en Wlz op basis van inhoudelijke gronden verwachten wij geen grote uitvoeringsgevolgen bij model 1. De verwachting is dat geïntegreerde instellingen zullen gaan kiezen om bekostigd te worden via model 1. Zij worden tot 2021 in de Zvw en Wlz (voortgezet verblijf) eveneens bekostigd via een integrale prestaties met beide vormen van behandeling. Er zullen wel aanpassingen moeten plaatsvinden in het contracteringsproces en declaratieverkeer.

In de consultatie van deze uitvoeringstoets is partijen gevraagd een inschatting te geven hoeveel tijd gemoeid is met het aanpassen van de declaratiestandaard iWlz³⁴ om per 2021 integrale prestaties (deze staan verder uitgewerkt in hoofdstuk 5) binnen model 1 te kunnen declareren.

³³ Brief RIBW Alliantie, FO en GGZ Nederland aan NZa 'Reactie branches op het Consultatiedocument bekostiging ggz in de Wlz' (9 september 2019), kenmerk FO19-038 (zie bijlage 2)

³⁴ <https://istandaarden.nl/istandaarden/iwzlz>

ZN geeft aan dat het minimaal een half jaar tot een jaar kost om de standaard te definiëren én te bouwen na vaststelling beleidsregels (1 juli 2020). De declaratiestandaard aanpassen voor integrale prestaties (zoals model 1) zal minder werk kosten dan modulaire prestaties behandeling (zoals model 3). De verwachting van de branches is dat beschermde woonomgevingen met een integrale prestatie ongeveer een half jaar de tijd nodig hebben. De implementatie is mede afhankelijk van de tijd die leveranciers nodig hebben om systemen van zorgaanbieders aan te passen. Het is de vraag of beschermde woonomgevingen gebruik zullen gaan maken van model 1. Model 1 heeft voor beschermde woonomgevingen namelijk wel verstrekkingen uitvoeringsgevolgen. Deze worden verduidelijkt aan de hand van de casus.

Bij toepassing van dit bekostigingsmodel:

- is de zorgaanbieder inhoudelijk en financieel verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van alle zorg (woonzorg (verblijf, persoonlijke verzorging, begeleiding, verpleging en verblijf) en beide vormen van behandeling);
- heeft de zorgaanbieder behandelaren voor specifieke behandeling en algemeen geneeskundige zorg in dienst of maakt onderlinge afspraken met andere aanbieders/behandelaren die dit leveren;
- declareert de zorgaanbieder aan het zorgkantoor één integrale prestatie met bijbehorend tarief voor alle zorg (woonzorg, specifieke behandeling en algemeen geneeskundige zorg) ten laste van de Wlz.

Vertaald naar de casus:

De **RIBW** wordt inhoudelijk en financieel verantwoordelijk voor de levering van:

1. de woonzorg (**wonen** in beschermd wonen en **werken** op de zorgboerderij);
2. de specifieke behandelaren (**FACT-team, GZ-psycholoog, verslavingszorg**) → zij zijn in dienst van de RIBW of in onderlinge dienstverlening en dan factureren de specifieke behandelaren aan de RIBW;
2. de **huisarts** → de RIBW heeft een huisarts in dienst of in onderlinge dienstverlening en dan factureert de huisarts aan de RIBW.

De integrale prestatie wordt door de **RIBW** gedeclareerd bij het zorgkantoor.

4.2 Uitvoeringsgevolgen model 3

De uitvoeringsconsequenties bij model 3 verschillen bij declaratie door één zorgaanbieder (A) of declaratie door zorgaanbieder en behandelaar (B). We verwachten dat de uitvoeringsgevolgen bij dit model groter zijn voor verschillende partijen in vergelijking met model 1. We maken hierbij een inschatting van de uitvoeringsgevolgen opgesplitst per partij: voor cliënten, beschermde woonomgevingen, behandelaren, zorgkantoren, VWS en de NZa. Daarbij nemen we de input van de bijeenkomst van 5 juli 2019 en de reacties vanuit de consultatie (zie bijlage 2) mee. Tijdens de bijeenkomst op 5 juli 2019 is met cliëntenorganisaties, branches en individuele zorgaanbieders en ZN en individuele zorgkantoren gesproken over de bekostiging van specifieke behandeling in 2021.

We verwachten dat met name cliënten die vanuit de Wmo de Wlz gaan instromen op inhoudelijke gronden (CIZ-indicatie) hun zorg zullen gaan afnemen via model 3. Onder cliënten verstaan we daarom cliënten die vanuit de Wmo zullen instromen in de Wlz. Met aanbieders bedoelen we de daarom aanbieders van beschermd wonen, waar deze cliëntgroep op dit moment is gehuisvest. Met behandelaren bedoelen we de behandelaren die op dit moment aan deze cliënten specifieke behandeling leveren. Dat kunnen ook zorgaanbieders of vrijgevestigde praktijken zijn. Onder zorgkantoren verstaan we de uitvoerders van de Wlz die op basis van contracteerruimte afspraken maken met partijen. Geïntegreerde instellingen nemen we hierbij niet mee omdat we verwachten dat deze primair bekostigd zullen gaan worden op basis van model 1.

Cliënten

Deze kwetsbare cliëntengroep is gebaat bij structuur, veelsoortige veranderingen dragen daar niet aan bij. Bij model 3A is het de vraag of de keuzevrijheid van de cliënt voor de behandelaar die specifieke behandeling levert geborgd kan worden. Dit is afhankelijk van de afspraken tussen behandelaar die de specifieke behandeling levert en de beschermde woonomgeving waar de cliënt verblijft. Voordeel van model 3A is dat er wel één aanspreekpunt is voor het netwerk van de cliënt. Bij model 3B is de verwachting dat er (meer) keuzevrijheid zal zijn, aangezien er voor de cliënt ten opzichte van de huidige situatie relatief weinig verandert als de behandelaar die de specifieke behandeling levert deze blijft leveren aan deze cliëntengroep en gecontracteerd wordt door het zorgkantoor. Hierdoor blijft de continuïteit van zorg.

Beschermde woonomgevingen

Om te kunnen voldoen aan de aanspraak betekent model 3A voor beschermde woonomgevingen een grotere verandering en toename in administratieve lasten. Zij worden zowel inhoudelijk als financieel verantwoordelijk voor het leveren van specifieke behandeling, wat op dit moment niet het geval is. De omvang van de organisatie is ook een belangrijke factor om hierin mee te nemen. We verwachten dat kleinere organisaties grote uitvoeringsgevolgen ondervinden in vergelijking met de grotere aanbieders. Grotere aanbieders hebben mogelijk al behandelaren die specifieke behandeling leveren in dienst dan wel in onderlinge dienstverlening. Bij model 3B zijn de uitvoeringsgevolgen beperkter doordat de behandelaar die de specifieke behandeling levert inhoudelijk en financieel verantwoordelijk blijft voor de behandeling, zoals in de huidige uitvoeringspraktijk ook het geval is. Beschermde woonomgevingen worden daarbij wel verantwoordelijk voor de inhoudelijke coördinatie tussen woonzorg en specifieke behandeling.

De branches is gevraagd wat het voor beschermde woonomgevingen betekent als zij via model 3B de inhoudelijke coördinatie moeten organiseren tussen woonzorg en specifieke behandeling. Dit wordt volgens de branches al gedaan, middels het organiseren van MDO's (Multidisciplinair Overleg) met professionals van de beschermde woonomgeving, betrokken (ggz-)behandelaren en overige betrokken professionals. Dit is nu alleen niet geformaliseerd in de contractering en/of een SLA met de zorgkantoren.

De branches zijn voor een model waarin elke aanbieder een coördinerende taak heeft waarbij er één partij is die overkoepelend de zorg coördineert. Dit is in lijn met de reactie van ZN het wenselijk te vinden dat één zorgaanbieder (hoofd)verantwoordelijk is voor de coördinatie van zorg bij een cliënt. De branches merken daarbij op dat een coördinerende rol extra tijd vraagt van de overkoepelend coördinerende partij, zeker ook wanneer er veel extra geregistreerd en gerapporteerd moet worden om aan te tonen dat deze rol goed is ingevuld.

Behandelaar specifieke behandeling

Zowel model 3A als 3B zorgt voor een grote verandering voor de behandelaar die specifieke behandeling levert ten opzichte van de huidige situatie. In ieder geval zullen de administratieve lasten (fors) toenemen. We verwachten dat bij model 3A de behandelaar met meerdere beschermde woonomgevingen afspraken moet maken over onderlinge dienstverlening, moet gaan declareren aan die beschermde woonomgevingen en inhoudelijk de zorg met hen moet gaan afstemmen. Bij model 3B zullen behandelaren (enkel) de zorg inhoudelijk moeten afstemmen met de beschermde woonomgeving waar de cliënt verblijft. Daarnaast kent de Wlz een andere declaratiestandaard dan de Zvw, namelijk de iWlz. Voor de budgetcyclus in de Wlz zullen deze aanbieders de NZa-formulieren bij de budgetafpraak, herschikking en nacalculatie moeten invullen en afstemmen met de betreffende zorgkantoren.

Casus bij model 3A

Bij toepassing van dit bekostigingsmodel:

- is de RIBW inhoudelijk en financieel verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van woonzorg (verblijf, persoonlijke verzorging, begeleiding, verpleging en verblijf) en specifieke behandeling (algemeen geneeskundige zorg gaat ten laste van de Zvw);
- heeft de RIBW behandelaars voor specifieke behandeling in dienst of maakt onderlinge afspraken met andere aanbieders/behandelaars die dit leveren;
- maakt de RIBW afspraken met het zorgkantoor ten aanzien van declaraties voor woonzorg en de specifieke behandeling;
- declareert het RIBW prestaties voor woonzorg en prestatie specifieke behandeling bij het zorgkantoor.

Vertaald naar de casus:

De **RIBW** wordt inhoudelijk en financieel verantwoordelijk voor de levering van:

1. de woonzorg (**wonen** in beschermd wonen en **werken** op de zorgboerderij);
2. de specifieke behandelaars (**FACT-team, GZ-psycholoog, verslavingszorg**) → zij zijn in dienst van de RIBW of in onderlinge dienstverlening en dan factureren de specifieke behandelaars aan de RIBW.

De prestaties woonzorg en specifieke behandeling worden door de **RIBW** gedeclareerd bij het zorgkantoor.

De **huisarts** declareert zijn consult zelf bij de zorgverzekeraar ten laste van de Zvw.

Casus bij model 3B

Bij toepassing van dit bekostigingsmodel:

- is de RIBW inhoudelijk en financieel verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van woonzorg (verblijf, persoonlijke verzorging, begeleiding, verpleging en verblijf);
- is de RIBW verantwoordelijk voor de inhoudelijke coördinatie tussen de woonzorg en specifieke behandeling;
- maakt de RIBW afspraken met het zorgkantoor ten aanzien van declaraties voor woonzorg en de inhoudelijke coördinatie tussen woonzorg en specifieke behandeling;
- is de behandelaar inhoudelijk en financieel verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van specifieke behandeling;
- maakt de behandelaar afspraken met het zorgkantoor ten aanzien van declaraties voor specifieke behandeling.

Vertaald naar de casus:

De **RIBW**:

- is inhoudelijk en financieel verantwoordelijk voor de woonzorg (**wonen** in beschermd wonen en **werken** op de zorgboerderij);
- coördineert de inhoudelijke afstemming met de specifieke behandelaars (**FACT-team, GZ-psycholoog, verslavingszorg**);
- declareert de prestaties woonzorg bij het zorgkantoor;
- is een bepaling opgenomen in de contractering door of heeft een SLA met het zorgkantoor.

De specifieke behandelaars:

- zijn inhoudelijk en financieel verantwoordelijk voor de specifieke behandeling (**FACT-team, GZ-psycholoog, verslavingszorg**);
- declareren de prestaties specifieke behandeling bij het zorgkantoor ten laste van de Wlz.

De **huisarts** declareert zijn consult zelf bij de zorgverzekeraar ten laste van de Zvw.

In de consultatie van deze uitvoeringstoets is partijen gevraagd een inschatting te geven hoeveel tijd gemoeid is met het aanpassen van de declaratiestandaard iWlz³⁵ om per 2021 prestatie(s) specifieke behandeling (deze staan verder uitgewerkt in hoofdstuk 5) binnen model 3 te kunnen declareren.

Zorgkantoren verwachten daarbij ook een minimale tijdspanne van een half jaar. De branches verwachten een periode van circa negen maanden. In het geval van specifieke prestaties verwachten zij dat zorgaanbieders ongeveer driekwart tot een jaar nodig hebben om de aangepaste declaratiestandaard te implementeren.

Zorgkantoren

Model 3 zorgt voor een verandering voor zorgkantoren ten opzichte van de huidige situatie. Daarbij is er een significant verschil tussen A of B. Bij model 3A nemen de uitvoeringsgevolgen beperkt toe, bij 3B fors. Bij model 3A zullen zorgkantoren naast inkoop van woonzorg, ook prestaties specifieke behandeling moeten gaan inkopen bij beschermde woonomgevingen. Deze zorg wordt nu ingekocht door gemeenten (woonzorg) en zorgverzekeraars (specifieke behandeling). Bij 3B zal het zorgkantoor een bepaling moeten gaan opnemen in de contractering en/of een SLA opstellen met de beschermde woonomgeving waar de cliënt verblijft waarin de inhoudelijke coördinatie van zorg wordt geregeld tussen woonzorg en specifieke behandeling. Daar bovenop zullen zorgkantoren met individuele behandelaren die specifieke behandeling leveren afspraken moeten gaan maken, wat in de huidige uitvoeringspraktijk in de Zvw niet het geval is. Naast het inkopen van specifieke behandeling, zullen zij met deze individuele behandelaren de budgetcyclus moeten gaan doorlopen. Dit betekent ook dat er voor de zorgkantoren tijdig duidelijkheid moet zijn om hieraan uitvoering te geven (voor november 2020).

Nederlandse Zorgautoriteit

Voor de NZa zal model 3A weinig tot geen uitvoeringsgevolgen met zich meebrengen. Bij model 3B zijn de uitvoeringsgevolgen wat betreft administratieve lasten voor de NZa fors. Het is niet gebruikelijk dat individuele behandelaren worden gecontracteerd in de Wlz. Hierdoor zal het aantal formulieren bij de budgetcyclus (budget,erschikking en nacalculatie) fors kunnen toenemen. Daarnaast zijn deze individuele behandelaren niet bekend met de budgetcyclus, wat intensieve begeleiding vanuit de NZa zal betekenen. We moeten de budgetcyclus daarvoor mogelijk aanpassen. Vragen die dan beantwoord moeten worden zijn: op welke wijze behandelaren moeten verantwoorden? Hoe om te gaan met de accountantsverklaring? Wanneer moet een behandelaar wel worden toegelaten tot de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en wanneer niet?

Zorginstellingen die zorg willen aanbieden die op grond van de Zvw of Wlz voor vergoeding in aanmerking komt, moeten aan bepaalde eisen voldoen. In de WTZi zijn deze eisen vastgelegd. De belangrijkste eisen gaan over de transparantie van de bestuursstructuur, de bedrijfsvoering en de bereikbaarheid van acute zorg. Een WTZi-toelating moet worden aangevraagd als een organisatie zorg wil leveren die wordt gefinancierd vanuit de Zvw of de Wlz. Een organisatie komt alleen in aanmerking voor een toelating als tenminste twee personen namens de organisatie daadwerkelijk zorg verlenen. Bepaalde categorieën zorginstellingen zijn van rechtswege direct toegelaten en hoeven geen toelating aan te vragen.³⁶

³⁵ <https://istandaarden.nl/istandaarden/iwz>

³⁶ <https://www.wtzi.nl/voor-wie>

Ministerie van VWS

Voor VWS zijn er niet direct uitvoeringsgevolgen, maar mogelijk wel indirect gevolgen voor het beleid en uiteindelijk voor het (regionale) zorglandschap. Een mogelijk gevolg van model 3A – afhankelijk van de omvang van de instroom van Wmo-cliënten in de Wlz bij individuele zorgaanbieders – is dat beschermde woonomgevingen besluiten om nieuwe Wlz-cliënten niet aan te nemen en cliënten die in zorg zijn over te plaatsen naar een andere beschermde woonomgeving of geïntegreerde instelling. Of zich juist te gaan richten op enkel Wlz-cliënten en cliënten uit de Wmo niet meer aan te nemen. Dat kan leiden tot ongewenste effecten, zoals (verdere) afbouw van locaties beschermd wonen, oplopen van wachtlijsten bij geïntegreerde instellingen en daarmee cliënten die tussen wal en schip vallen. Deze uitvoeringsgevolgen staan beschreven in het rapport van Significant (2018)³⁷. In opdracht van VWS heeft Significant de gevolgen van het wetsvoorstel Wlz-behandeling op de huidige uitvoeringspraktijk in beeld gebracht. In het rapport wordt beschreven dat aanbieders een aantal strategische keuzes moeten gaan maken, bijvoorbeeld hoe aanbieders om moeten gaan met de verschillende verantwoordelijkheden en bekostigingsregimes voor cliënten op één locatie. Op basis hiervan concluderen zij ook (p.48):

“Op een iets ander abstractieniveau verwachten wij dat dit ook gevolgen gaat hebben voor de ontwikkeling van het (regionale) zorglandschap. Blijven voor deze specifieke zorgvragen voldoende bedden over of trekken aanbieders zich terug uit de ene of andere markt? Wat betekent dit voor samenwerkingsafspraken in de keten of voor de ontwikkeling van vraag en aanbod? In dit onderzoek zijn dergelijke vragen (nog) niet te beantwoorden, maar spelen in de verdere implementatie een rol.”

Bij model 3B is dit risico kleiner, omdat de beschermde woonomgeving dan niet inhoudelijk en financieel verantwoordelijk wordt voor de specifieke behandeling.

Aanvullende reacties uitvoeringsgevolgen

De beschreven uitvoeringsgevolgen zijn voorgelegd aan veldpartijen, waarbij hen gevraagd is of zij nog aanvullingen en opmerkingen hebben. In de reacties (zie bijlage 2) worden de volgende aanvullingen genoemd:

ZN:

- verwacht dat onder alle modellen minder keuzevrijheid ten aanzien van behandeling is voor de cliënt en dat dit met name bij model 1 onder druk komt te staan;
- verwacht impact op de bedrijfsvoering en kwaliteit van zorg bij zorgaanbieders, vanwege de vele wetswijzigingen en veranderingen in een relatief kort tijdsbestek;
- vraagt zich af of er mogelijk rechtsongelijkheid ontstaat tussen cliënten in verschillende Wlz-sectoren;
- ziet als risico dat zorg en behandeling onvoldoende beschikbaar is/komt in de Wlz.

De branches:

- vinden het wenselijk dat de nieuwe bekostigingssystematiek aansluit/aan gaat sluiten bij de (te ontwikkelen) profielen in de forensische zorg;
- ziet bij model 1 problemen voor toegang tot basis gezondheidszorg zoals de huisarts;
- voorziet problemen bij verschillen in visie en/of onenigheid tussen zorgaanbieders;
- vraagt zich af wie onder de verschillende modellen eindverantwoordelijk is voor de medische behandeling en hoe de verantwoordelijkheid en (tuchtrechtelijke)

³⁷ Rapportage Significant 'Onderzoek uitvoeringspraktijk Wlz-behandeling' (13 april 2018), referentie RR/tg/000475

aansprakelijkheid is verdeeld over de aanbieder van woonzorg en de behandelaar.

5. Uitwerking bekostigingsmodel voor Wlz ggz

Het is nog niet duidelijk of de ggz-cliëntgroep die gaat instromen in de Wlz op inhoudelijke gronden (CIZ-indicatie) meer gebaat is bij een integrale dan wel modulaire bekostigingsvorm. We werken daarom model 1 en 3 (met de varianten A en B) verder uit. Door meerdere modellen uit te werken kan de zorg op verschillende manieren georganiseerd worden. In de toekomst zal blijken welke organisatievorm(en) nodig is, als er meer duidelijkheid is over de cliëntgroep en de inhoudelijke discussie is gevoerd of een ggz-cliënt in de Wlz meer gebaat is bij integraal of modulair leveren van zorg. In dit hoofdstuk werken we de prestaties en tarieven bij de modellen 1 en 3 uit.

5.1 Uitgangspunten prestaties en tarieven

Bij de uitwerking van prestaties en tarieven bij de bekostigingsmodellen 1 en 3 houden we er rekening mee dat deze voor 1 juli 2020 vastgesteld moeten zijn. Hierdoor kunnen ggz-cliënten vanuit andere domeinen per 2021 op inhoudelijke gronden de Wlz instromen en bekostigd worden. Op deze manier krijgen zorgkantoren voldoende tijd om de betreffende zorg voor 2021 in te kopen. Deze termijn is een belangrijk uitgangspunt voor de haalbaarheid van de uitwerking.

Uitgangspunten NZa

De NZa is belast met tarief- en prestatieregulering op het terrein van de gezondheidszorg (artikel 16, onder a, Wmg³⁸). Om die wettelijke taak uit te kunnen voeren hanteren we een aantal uitgangspunten bij de uitwerking van prestaties en tarieven bij de modellen 1 en 3. Prestaties worden in de Wmg gedefinieerd als "de levering van zorg door een zorgaanbieder (...)". Uitgangspunt voor de NZa bij nieuwe prestaties is om deze zoveel mogelijk te laten aansluiten bij de huidige bekostigingssystematiek in de Wlz met de leveringsvormen zzp, vpt en mpt.

Het tarief wordt omschreven als de "prijs voor een prestatie, een deel van een prestatie of een geheel van prestaties van een zorgaanbieder", artikel 1 aanhef en onder j en k van de Wmg. Bij het vaststellen van een tarief is het belangrijkste criterium dat dit redelijkerwijs kostendekkend is. Redelijkerwijs kostendekkende tarieven moeten steunen op deugdelijk onderzoek naar alle relevante aspecten. Belangrijk voor de NZa is dat we deze tarieven voldoende kunnen onderbouwen en dat zij de betreffende cliëntgroep reflecteren. De NZa kan daarnaast beslissen over de tariefsoort en die vastleggen in een beschikking. Voor de Wlz is echter in een aanwijzing³⁹ vastgelegd dat we voor alle zorg die onder artikelen 3.3.1 en 3.3.2 van de Wlz valt maximumtarieven hanteren.

Naast deze uitgangspunten en de deadline van 1 juli 2020, nemen we bij de uitwerking van prestaties en tarieven voor model 1 en 3 de inschatting van de uitvoeringsgevolgen voor de verschillende partijen mee in de overweging. De uitvoeringsgevolgen van de prestaties en tarieven binnen de modellen definiëren we als de mate van verandering.

³⁸ Wet marktordening gezondheidszorg <https://wetten.overheid.nl/BWBR0020078/2019-07-01>

³⁹ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2017-40938.html>

5.2 Uitwerking prestaties en tarieven model 1

In deze paragraaf werken we prestaties, leveringsvormen en tarieven in model 1 uit. We gaan uit van integrale prestaties inclusief beide vormen van behandeling.

Prestaties

In tabel 1 is te zien dat de nieuwe zorgprofielen te vertalen zijn naar de huidige zorgprofielen. Het ligt voor de hand om de huidige integrale ggz zzp-b prestaties zoals we die kennen voor voortgezet verblijf binnen de Wlz te gebruiken voor invulling van model 1 met de benaming van de nieuwe zorgprofielen. Net als de huidige ggz zzp-b prestaties zijn deze inclusief behandeling (specifieke en algemeen geneeskundige zorg) en maken deze onderscheid tussen wel of geen dagbesteding.

Leveringsvormen

Op dit moment zijn er binnen Wlz ggz voor de prestaties voortgezet verblijf tarieven voorhanden voor de leveringsvorm zorg in natura middels een zzp. Daarmee zijn er geen tarieven voorhanden voor de leveringsvorm vpt die deze ggz-cliëntgroep reflecteren. Eén van de randvoorwaarden van VWS is dat alle leveringsvormen worden opgesteld voor ggz-cliënten die op basis van inhoudelijke gronden de Wlz gaan instromen per 2021. Met veldpartijen zal bekeken worden of bij alle profielen prestaties en tarieven voor alle leveringsvormen bij elk model benodigd zijn. Goed voorstelbaar is dat de leveringsvormen vpt en mpt niet passend zijn bij profiel 5 gezien de beveiligde setting. Vervolgens zullen we tarieven gaan ontwikkelen voor de overige leveringsvormen.

Tabel 3. Prestaties model 1

<i>Ggz-Wlz zorgzwaarte pakketten (zzp) Wonen</i>
Per dag ZZP 1 Wonen met intensieve begeleiding incl. BH excl. DB
Per dag ZZP 1 Wonen met intensieve begeleiding incl. BH incl. DB
Per dag ZZP 2 Wonen met intensieve begeleiding en verzorging incl. BH excl. DB
Per dag ZZP 2 Wonen met intensieve begeleiding en verzorging incl. BH incl. DB
Per dag ZZP 3 Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering incl. BH excl. DB
Per dag ZZP 3 Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering incl. BH incl. DB
Per dag ZZP 4 Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging incl. BH excl. DB
Per dag ZZP 4 Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging incl. BH incl. DB
Per dag ZZP 5 Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding incl. BH excl. DB
Per dag ZZP Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding incl. BH incl. DB

Tarieven

Aangezien we uitgaan van de huidige prestaties gebruiken we de huidige, recent herijkte tarieven (2019) vanuit het kostprijsonderzoek van KPMG. We verwachten dat deze prestaties en tarieven met name voor de bekostiging van de nieuwe cliëntgroep die instroomt vanuit voorgezet verblijf in de Zvw en Wlz gebruikt gaan worden. Verwachting is dat de zorgvraag (grotendeels) overeenkomt en deze tarieven deze cliëntgroep zullen reflecteren. Als een cliënt de Wlz instroomt vanuit de Wmo op een plek waar deze zorg integraal wordt geleverd, dan kunnen deze prestaties en tarieven daar eveneens worden toegepast. We stellen voor om de tarieven voor deze cliëntgroepen gelijk te houden per 2021 ondanks eventuele verschillen. Nadat de cliënten zijn ingestroomd en we meer inzicht krijgen in de omvang, zorgvraag en zorgbehoefte van de groep, kunnen we verder onderzoek doen naar de tarieven. Dit heeft twee redenen:

- 1) Het eventuele verschil tussen deze groepen is vooralsnog niet uit te drukken in een verschil in tarieven. Het is niet duidelijk of de cliënten die op basis van inhoudelijke gronden instromen, meer of minder zorg (behandeling, begeleiding, verpleging of persoonlijke verzorging) krijgen of nodig hebben. We hebben onvoldoende informatie om de prestaties en tarieven nu aan te passen.
- 2) De aanspraak op voortgezet verblijf blijft, naast de toegang tot de Wlz, *voorlopig* bestaan⁴⁰. Het verlaten van het zogenaamde driejaarscriterium heeft grote gevolgen voor de Zvw-risicoverevening. Daarnaast is het nu wettelijk gezien niet mogelijk om langer dan 1096 dagen ten laste van de Zvw te verblijven. Daar zal de Zvw op moeten worden aangepast. Om de gevolgen voor de risicoverevening in kaart te kunnen brengen en de Zvw aan te kunnen passen is het nodig om het driejaarscriterium tijdelijk te handhaven. Aangezien het voortgezet verblijf op termijn niet meer zal bestaan binnen de Wlz, worden de zzp-b prestaties en tarieven op termijn alleen gebruikt voor de cliënten die op grond van de inhoudelijke criteria instromen.

5.3 Uitwerking prestaties en tarieven model 3

In deze paragraaf werken we de prestaties, leveringsvormen en tarieven binnen model 3 verder uit. Dit betekent een aparte prestatie en leveringsvorm en een apart tarief voor woonzorg en voor specifieke behandeling.

Prestaties woonzorg

Ook voor deze groep cliënten kunnen we de toekomstige zorgprofielen vertalen naar de oude en huidige zorgprofielen, waardoor voor de component woonzorg de ggz zzp-c prestaties kunnen worden toegepast zoals we die in de AWBZ kenden. Concreet betekent dit de ggz-c prestaties 3 tot en met 6 met en zonder dagbesteding met de benaming van de nieuwe zorgprofielen. Zoals tabel 1 laat zien kan het vijfde toekomstige zorgprofiel niet vertaald worden naar een ggz-c prestatie. Daarvoor kunnen we alleen een integrale prestatie en tarief (model 1) vaststellen voor 2021. Het is niet haalbaar hier een prestatie en tarief voor vast te stellen voor 1 juli 2020. We zullen in gesprek gaan met het veld of de behoefte bestaat om voor het vijfde zorgprofiel ook prestaties en tarieven voor woonzorg te gaan ontwikkelen.

Leveringsvorm woonzorg

Voor de component woonzorg in model 3 worden de leveringsvormen zzp en vpt vanaf 2021 open gesteld voor ggz-cliënten die vanaf 2021 de Wlz in zullen gaan stromen op inhoudelijke gronden (CIZ-indicatie). Deze beide leveringsvormen waren ten tijde van de AWBZ tot 2015 eveneens opengesteld en daarmee zijn er tarieven voorhanden. Met veldpartijen zal bekeken worden of voor alle profielen ook prestaties en tarieven voor de leveringsvorm mpt benodigd zijn voor woonzorg bij model 3. Goed voorstelbaar is dat de leveringsvormen mpt niet passend is bij profiel 5 gezien de beveiligde setting. Vervolgens zullen we tarieven gaan ontwikkelen voor de leveringsvorm mpt. In tabel 4 zijn alle prestaties per leveringsvorm weergegeven.

⁴⁰ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/06/22/kamerbrief-over-wetsvoorstel-over-langdurige-zorg-voor-mensen-met-psychische-stoornis>

Tabel 4. Prestaties woonzorg model 3

<i>Ggz-Wlz zorgzwaarte pakketten (zpz)</i>	<i>Ggz-Wlz volledig thuis pakketten (vpt)</i>
Per dag ZZZ 1 Wonen met intensieve begeleiding excl. BH excl. DB	Per dag VPT 1 Wonen met intensieve begeleiding excl. BH excl. DB
Per dag ZZZ 1 Wonen met intensieve begeleiding excl. BH incl. DB	Per dag VPT 1 Wonen met intensieve begeleiding excl. BH incl. DB
Per dag ZZZ 2 Wonen met intensieve begeleiding en verzorging excl. BH excl. DB	Per dag VPT 2 Wonen met intensieve begeleiding en verzorging excl. BH excl. DB
Per dag ZZZ 2 Wonen met intensieve begeleiding en verzorging excl. BH incl. DB	Per dag VPT 2 Wonen met intensieve begeleiding en verzorging excl. BH incl. DB
Per dag ZZZ 3 Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering excl. BH excl. DB	Per dag VPT 3 Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering excl. BH excl. DB
Per dag ZZZ 3 Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering excl. BH incl. DB	Per dag VPT 3 Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering excl. BH incl. DB
Per dag ZZZ 4 Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging excl. BH excl. DB	Per dag VPT 4 Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging excl. BH excl. DB
Per dag ZZZ 4 Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging excl. BH incl. DB	Per dag VPT 4 Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging excl. BH incl. DB

Tarieven woonzorg

We hebben een aantal opties om voor de prestaties woonzorg kostendekkende tarieven vast te stellen. De eerder beschreven uitgangspunten dienen als kapstok om hierin een zorgvuldige afweging te maken.

Idealiter wil de NZa voor de nieuwe instroom cliënten passende tarieven vaststellen die aansluiten op de huidige praktijk en de cliëntgroep reflecteren. Op dit moment vallen de cliënten onder de Wmo en kunnen wij niet door middel van een kostenonderzoek de kosten van deze cliëntgroep meten. Althans niet voor 1 juli 2020. We hebben onderzocht of het een optie is om deze tarieven af te leiden van de Wmo-tarieven. In het gemeentelijke domein worden tarieven echter niet centraal gereguleerd, zoals de NZa dat voor de Wlz en Zvw doet. De Wmo-tarieven kunnen daardoor per gemeente verschillend zijn. Of tarieven in de Wmo redelijkerwijs kostendekkend zijn voor de aanspraak binnen de Wlz is niet vast te stellen. Daarmee zijn de tarieven voor woonzorg niet af te leiden van Wmo-tarieven. Een andere onderzochte optie is het afleiden van de in 2019 nieuwe tarieven voor de ggz-b prestaties op basis van het kostprijsonderzoek van KPMG welke ook worden gebruikt voor model 1. Rekenkundig is het mogelijk om een inschatting te maken van de behandelingskosten om vervolgens een tarief te berekenen voor prestaties woonzorg exclusief behandeling. In het kostenonderzoek van KPMG zijn de kosten gemeten van cliënten die op basis van voortgezet verblijf hun zorg ontvangen in de Wlz. Het is de vraag in hoeverre de gemeten kosten de cliëntgroep reflecteren die per 2021 vanuit de Wmo de Wlz in zal stromen en naar verwachting (met name) bekostigd zal worden via model 3. Dit betreft daarom eveneens geen goede optie.

Nog een andere mogelijkheid is een tarief af te leiden van het ggz (fz) kostenonderzoek dat we hebben gedaan, waarbij we de tarieven herijken van vergelijkbare prestaties. In de fz wordt namelijk nog gewerkt met de ggz-c-prestaties, welke worden gereguleerd door de NZa. In overleg met het fz-veld is gekeken in hoeverre de nieuwe profielen Wlz aansluiten bij de zorg in beschermde woonomgevingen die in de fz geleverd wordt. De belangrijkste conclusie was dat er overeenkomsten maar ook verschillen zijn. Om de profielen toepasbaar te maken voor de fz moeten er Wlz-specifieke elementen verwijderd worden en fz-specifieke elementen toegevoegd worden. De doelstelling van de geleverde zorg is verschillend: in de fz is het 'de laatste stap terug naar de samenleving' tegenover 'een blijvende behoefte aan zorg' in de Wlz. Gezien de profielen verschillen, is het

de verwachting dat de tarieven ook zullen verschillen. Daarmee valt deze optie ook af.

De best passende optie voor tarifiering van de ggz-c-prestaties is gebruikmaking van de tarieven die we in de AWBZ kenden. Deze optie is haalbaar voor 1 juli 2020 en de zorgprofielen zoals we die in de AWBZ kenden zijn te vertalen naar de toekomstige zorgprofielen (zie tabel 1) en de prestaties zoals we die kenden in de AWBZ opnieuw gebruikt worden voor de instroom van de nieuwe cliëntgroep (zie tabel 3). Om deze redenen zijn deze tarieven dan ook gebruikt in het berekenen van de financiële impact op het budgettaire kader in eerdere uitvoeringstoetsen en in hoofdstuk 6 van deze uitvoeringstoets. Deze tarieven worden geïndexeerd naar peiljaar 2021. Dit betreft een *tijdelijk* alternatief voor het vaststellen van de tarieven op korte termijn gezien het verouderde tarieven betreffen. Wanneer er duidelijkheid is of de of de ggz-cliëntengroep die op basis van inhoudelijke gronden gaat instromen in de Wlz meer gebaat is bij een integrale dan wel modulaire bekostigingsvorm, wordt eveneens duidelijk of bekostigingsmodel 3 toekomstbestendig is. Als dat het geval is, dan zal de NZa een kostenonderzoek uitzetten om de tarieven te herijken aangezien de tarieven verouderd zijn.

De verwachting is dat met name cliënten die vanuit de Wmo de Wlz in zullen gaan stromen per 2021 op inhoudelijke gronden (verblijvend in een beschermde woonomgeving) bekostigd gaan worden middels model 3. Door de ggz-c-prestaties te indexeren naar prijspeil 2021, zullen de tarieven gemiddeld gezien hoger uitkomen dan de tarieven die in de Wmo voor woonzorg worden gehanteerd. Er worden maximum tarieven gehanteerd, dus zorgkantoren kunnen deze ruimte benutten in de inkoop door in lokaal overleg met zorgaanbieders hier aandacht aan te besteden. Voor model 3B is er daarmee ruimte in de tarifiering voor het bekostigen van de geformaliseerde inhoudelijke coördinatie tussen woonzorg en de specifieke behandeling.

Prestaties specifieke behandeling

Bij het ontwikkelen van een aparte prestatie voor specifieke behandeling is het van belang deze passend te maken bij de behandeling die toekomstige Wlz-ggz cliënten gaan ontvangen. De definitie en afbakening van specifieke behandeling is daarom van belang. Zoals in hoofdstuk 1 toegelicht hebben Wlz-cliënten bij alle leveringsvormen een aanspraak op specifieke behandeling die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap waarvoor de cliënt is toegelaten tot de Wlz. Voor cliënten met een psychische stoornis die toegang krijgen tot de Wlz houdt dit recht op specifieke behandeling ook de geneeskundige zorg 'zoals klinisch psychologen en psychiaters die plegen te bieden' in. Over deze definitie wordt het volgende toegelicht door het ZIN:

De omschrijving van specifieke behandeling komt uit de Zvw. De verzekerde zorg in de Zvw is functioneel omschreven, en dat vertaalt zich in de term 'plegen te bieden'. Het gaat om het arsenaal aan zorg/interventies dat de genoemde beroepsgroep tot het zijne rekent: wat vindt de beroepsgroep zelf dat een collega zou moeten doen in bepaalde omstandigheden. Dat kan blijken uit opleidingseisen, richtlijnen, standpunten van de beroepsvereniging en dergelijke. Het gaat dus feitelijk om de zorg die psychiaters, klinisch psychologen bieden, waaronder ook basis psychologen en SPV-ers (Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige) worden begrepen. Een echte scherpe definitie van ggz-behandeling is er verder niet. Het begrip plegen te bieden leent zich meer voor de vraag of bepaalde zorg verzekerd is dan als afbakening tussen de verschillende aanspraken. Er is bijvoorbeeld overlap tussen zorg zoals huisartsen en medisch specialisten plegen te bieden.

De levering van specifieke behandeling aan cliënten die nu in beschermde woonomgevingen ten laste van de Wmo verblijven gaat nu ten laste van de Zvw. Inhoudelijk verandert deze zorg niet als die wordt ondergebracht in de Wlz. Omdat de zorglevering binnen specifieke behandeling niet zal veranderen en de

omschrijving wordt ontleend uit de Zvw is het een logische stap om aan te sluiten op prestaties die hiervoor in de Zvw worden gebruikt.

Deze zorg wordt nu bekostigd op basis van 142 prestaties en tarieven in de vorm van dbc's (diagnose-behandelcombinaties) en de patiëntprofielen in de generalistische basis ggz (gb-ggz). Deze bekostiging is echter niet meer geschikt om deze zorg op een toekomstbestendige manier te bekostigen, zo vinden partijen in de fz en ggz en de NZa. Redenen hiervoor zijn omdat deze manier van bekostigen onvoldoende aansluit op de geleverde zorg, beperkt onderscheidend is qua zorgzwaarte, onvoldoende klinisch herkenbaar, zorgvraag niet zichtbaar is, hoge administratieve lasten kent vanwege gedetailleerde tijdregistratie, verkeerde prikkels voor strategisch declaratiegedrag heeft, nota onvoldoende herkenbaar is voor cliënt, problemen in de jaarrekeningen van zorgaanbieders en financiële verantwoordingen van zorgverzekeraars zijn, lange doorlooptijd kent en daardoor laat inzicht in de zorguitgaven, discrepantie bestaat tussen de omzet van zorgaanbieders en schade van zorgverzekeraars en onvoldoende ruimte biedt voor een goede inhoudelijke doorontwikkeling naar een bekostiging waarbij de waarde van zorg voor de cliënt voorop staat. Om deze redenen heeft de NZa op 30 april 2019 het 'Advies zorgprestatiemodel ggz en fz'⁴¹ uitgebracht, waarin wij adviseren over een nieuwe bekostiging per 2022 waarbij de prestaties de daadwerkelijk geleverde zorg weerspiegelen en herkenbaar en controleerbaar zijn voor de cliënt. Per 2022 kan daarmee worden aangesloten op dit zorgprestatiemodel voor specifieke behandeling in de Wlz. Voor 2021 zal een tijdelijke 'workaround' gevonden moeten worden om deze zorg te bekostigen ten laste van de Wlz binnen model 3. Deze workaround lichten we in de volgende paragraaf toe.

Prestaties specifieke behandeling 2022

Het zorgprestatiemodel wordt gekenmerkt door eenvoud: de prestaties zijn herkenbaar, en daarmee controleerbaar voor de cliënt. Ze weerspiegelen de daadwerkelijk geleverde zorg en de tarieven sluiten aan bij de behandelinzet. Bovendien is er sprake van een fundamentele en structurele verlichting van de administratieve lasten: er is géén minutenregistratie meer nodig van de directe en indirecte tijd zoals nu het geval is. We adviseren om het zorgprestatiemodel per 2022⁴² in te voeren als bekostigingsmodel voor de ggz in de Zvw en over te nemen in de Wlz voor de bekostiging van specifieke behandeling. 2019 en 2020 zijn voorbereidingsjaren en 2021 een simulatiejaar.⁴³

In het zorgprestatiemodel zijn behandeling en geneeskundige begeleiding (hierna 'behandeling') ondergebracht in een consultenstructuur. Er worden 5 consulten onderscheiden, waarvan de duur is gebaseerd op tijdseenheden waarvan uit data-analyses blijkt dat ze in de praktijk gangbaar zijn:

- consult kort (15 minuten);
- consult middel (30 minuten);
- consult standaard (45 minuten);
- consult uitgebreid (60 minuten);
- consult extra uitgebreid (75 minuten).

Binnen deze consultstructuur maken we een onderscheid naar BIG-beroepen en niet-BIG-beroepen. BIG-beroepen hebben een wettelijk beschermde beroepstitel, moeten zich registreren in het BIG-register en vallen onder het tuchtrecht⁴⁴. Er wordt een onderscheid gehanteerd tussen BIG en niet-BIG omdat er een objectieve indeling van beroepen in de zorg is. Bovendien is dit onderscheid verankerd in

⁴¹ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_274450_22/1/

⁴² In 2020 en 2021 blijven dus de huidige db(b)c-systematiek, de zzp-systematiek en de prestaties in de gb-ggz in stand. Het onderhoud hieraan beperken we tot een minimum.

⁴³ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_274450_22/1/

⁴⁴ <https://www.bigregister.nl/registratie/nederlands-diploma-registreren/wet--en-regelgeving>

wetgeving⁴⁵ en daardoor herkenbaar, controleerbaar en handhaafbaar. Voor elk van de 8 BIG-beroepen hebben we vanuit het oogpunt van kostenhomogeniteit bovengenoemde 5 consulten ontwikkeld. Deze consulten krijgen ook aparte tarieven voor elk van de 8 BIG-beroepen. Tabel 4 geeft inzicht in de verschillende consulten die binnen de Zvw zullen gaan gelden.

Tabel 5. Consulten zorgprestatie model ggz Zvw

<i>Consult (per zitting)</i>			
Gespecialiseerd ggz en gb-ggz en forensische zorg	Diagnostiek	Individuele behandeling	Groeps-behandeling
- Verpleegkundige (art.3)	Kort	Kort	2 tot en met 5
- Psychologische beroepen psychotherapeut (art.3)	Middel	Middel	6 tot en met 8
- Psychologische beroepen gz-psycholoog (art.3)	Standaard	Standaard	9 tot en met 12
- Medische/somatische beroepen (art.3)	Uitgebreid	Uitgebreid	Meer dan 12
- Verpleegkundig specialist (art.14)	Extra uitgebreid	Extra uitgebreid	
- Psychologische beroepen (art.14)			
- Medische/somatische beroepen (art.14)			
- Niet BIG-beroepen			

De verwachting is dat niet alle onderdelen onder diagnostiek, individuele behandeling en groepsbehandeling benodigd zullen zijn in de Wlz.

Leveringsvormen specifieke behandeling 2022

De consulten worden in de Wlz overgenomen in de leveringsvorm mpt. Dit betekent dat er ongeveer 8 mpt-prestaties worden vastgesteld, zoals in tabel 5 wordt getoond met de kanttkening dit afhankelijk is van besluitvorming binnen de Zvw.

Tabel 6. Prestaties specifieke behandeling 2022 model 3

<i>Ggz-Wlz modulair pakket behandeling (mpt)</i>
Mpt Verpleegkundige (p/u)
Mpt Psychologische beroepen psychotherapeut (p/u)
Mpt Psychologische beroepen gz-psycholoog (p/u)
Mpt Medische/somatische beroepen (p/u)
Mpt Verpleegkundig specialist (p/u)
Mpt Psychologische beroepen (p/u)
Mpt Medische/somatische beroepen (p/u)
Mpt Niet BIG-beroepen (p/u)

Tarieven specifieke behandeling 2022

De tarieven voor specifieke behandeling per 2022 worden gebaseerd op de tarieven die voor het zorgprestatie model 2022 in de Zvw worden vastgesteld. Hiervoor heeft al een kostenonderzoek plaatsgevonden.

Doelmatigheid

In de sectoren vv en ghz is in artikel 5.4 van de beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2020⁴⁶ staat dat behandelprestaties kunnen worden toegekend voor zover de totale kosten (zzp exclusief behandeling (woonzorg) en uitgaven afzonderlijke mpt

⁴⁵ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2019-04-02>

⁴⁶ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_277076_22/1/

specifieke behandeling) daarvan niet de maximale beleidsregelwaarde voor zzp inclusief behandelprestaties overschrijden. Deze bepaling zal voornamelijk niet worden opgenomen voor de ggz. In de sectoren vv en ghz wordt behandeling via mpt-prestaties bovenop een zzp exclusief behandeling met name afgesproken als de behandeling van incidentele aard is. Als deze van structurele aard wordt, dan wordt gezocht naar een verblijfsplek met behandeling die wordt bekostigd via een integrale prestatie. Voor de ggz is het de verwachting dat behandeling via mpt-prestaties niet enkel zal worden afgesproken bij behandeling van incidentele aard. De verwachting is dat ook bij model 3 (net als model 1) behandeling voornamelijk structureel zal worden afgenomen. Daarnaast is in de duiding van specifieke behandeling en algemeen geneeskundige zorg niet de omvang van zorg die kan worden geboden opgenomen. Voor het vormgeven van prestaties en tarieven die passend moeten zijn voor de rechtmatige aanspraak heeft dit gevolgen. De prestaties die de NZa vaststelt, onafhankelijk van welk bekostigingsmodel, mogen in geen enkel geval de wettelijke aanspraak beperken. Hierdoor is het, tot nadere duiding in richtlijnen/zorgstandaarden dan wel aanspraak, niet mogelijk om een doelmatigheidscomponent in de prestaties te verwerken. Opnemen van een dergelijke bepaling zal een beperking in kunnen houden.

In onze strategische agenda is terug te lezen dat integrale zorg een speerpunt is omdat de gemiddelde burger niet bestaat. Ieder mens is verschillend en heeft eigen behoeften, waardoor we inzetten op een integrale benadering van de zorg en bekostiging⁴⁷. Als er meer duidelijkheid is over deze ggz-cliëntgroep (omvang, waar zij hun zorg willen afnemen, hoe zorgaanbieders de zorg gaan organiseren en positionering van algemeen geneeskundige zorg voor alle Wlz-cliënten) en omvang van zorg (duiding en/of richtlijnen/zorgstandaarden) dan zullen we kijken of de bekostiging meer integraal vormgegeven kan worden en er een doelmatigheidscomponent in kan worden opgenomen.

5.4 Tijdelijke 'workaround'

Voor 2021 zal voor de duur van één jaar een tijdelijke workaround moet worden gevonden om specifieke behandeling binnen model 3 ten laste van de Wlz in rekening te kunnen brengen. Overnemen van de huidige dbc's en gbg-prestaties is daarvoor geen goede optie, gezien het onwenselijk is om een prestatiestructuur in het Wlz-domein op te gaan tuigen waar we om bovengenoemde redenen in het Zvw-domein afscheid van gaan nemen. Te meer omdat deze structuur maar voor één jaar gebruikt zal gaan worden. Dat zal een enorme administratieve lastenverzwaring met zich meebrengen voor beschermde woonomgevingen, behandelaren die specifieke behandeling leveren en zorgkantoren. Daarnaast zal de iWlz daarop tijdig moeten worden aangepast wat mogelijk niet haalbaar is gezien de omvang van de prestatiestructuur. Voor cliënten die verblijven in een beschermde woonomgeving de specifieke behandeling nog een jaar ten laste brengen van de Zvw is voor VWS onwenselijk. Daarmee zou rechtsongelijkheid ontstaan omdat ggz-cliënten in de Wlz naast de eigen bijdrage het eigen risico in de Zvw moeten aanspreken voor zorg waarvoor een aanspraak binnen de Wlz bestaat en het zal een wetswijziging met zich meebrengen.

De NZa ziet twee mogelijke oplossingen voor een tijdelijke workaround voor 2021 voor prestaties en tarieven specifieke behandeling:

1. Overig zorgproduct niet-basispakketzorg consult uit de Zvw
2. Consulten BIG-beroepen vanuit het zorgprestatiemodel 2022

⁴⁷ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3670_22/1/

1. Overig zorgproduct niet-basispakketzorg consult vanuit de Zvw

In de Zvw kennen we een zogenaamd overig zorgproduct niet-basispakketzorg (ozp) consult. Deze kan in de Zvw gebruikt worden voor zorgvormen die onder de reikwijdte van de Wmg vallen, maar die zich (nog) niet lenen voor onderbrenging in een dbc of zzp-ggz. Het betreft zorg die niet onder het basispakket valt. Het tarief voor het ozp consult is gebaseerd op het gemiddelde van 3 zorgproducten van de basis-ggz (licht, middel, zwaar). Het maximumtarief van het ozp-consult is gebaseerd op een consult van 60 minuten.⁴⁸ Dit tarief zal worden herijkt in het lopende kostenonderzoek (2019) in de ggz Zvw.

Voordelen

Dit betreft een bestaande prestatie in de Zvw die wordt overgenomen in de Wlz als mpt-prestatie met aanpassing van de benaming (bijvoorbeeld 'Specifieke behandeling ggz') en prestatiebeschrijving. Hiervoor zal ZIN (onder leiding van VWS) samen met het veld specifieke behandeling nader moeten duiden. Aanpassing van de declaratiestandaard iWlz zal naar verwachting geen grote gevolgen hebben gezien het maar één prestatie betreft. De behandelaren die specifieke behandeling leveren zijn bekend met deze prestatie. Uitvoeringsconsequenties zijn naar verwachting daarmee beperkt en invoering relatief eenvoudig.

Nadelen

Er is geen differentiatie in het maximumtarief naar behandelaar en/of zorgzwaarte. Differentiatie zal moeten plaats vinden in het inkoopproces door zorgkantoren. Omdat niet duidelijk is welke typen behandelaren zijn te onderscheiden die specifieke behandeling leveren aan de toekomstige ggz-cliënten die op inhoudelijke gronden de Wlz in zullen gaan instromen, is het onduidelijk of deze allen gaan passen binnen dit maximumtarief.

Uitvoeringsgevolgen

In de consultatie is aan de partijen gevraagd welke uitvoeringsgevolgen zij voorzien bij gebruikmaking van het ozp-consult als tijdelijke workaroud voor het bekostigen van specifieke behandeling in 2021. Uit reacties blijkt dat partijen een tijdelijke workaroud niet ondersteunen. Hun reacties zijn terug te vinden in bijlage 2 en in de paragraaf 'Tijdelijke workaroud behandeling' in het hoofdstuk Consultatie. ZN heeft moeite met een workaroud in algemene zin en verwacht belemmeringen in bekostiging voor een groep van kwetsbare cliënten. Ze verwachten grote uitvoeringsgevolgen bij één prestatie met een gemiddeld tarief. Dit vanwege de grote variëteit in de kostprijs van behandelaren die deze zorg leveren, waardoor er een prikkel is om goedkoper personeel in te zetten om het kostendekkend te houden. Daarnaast zien ze een risico dat er niet voor alle cliënten de juiste behandeling beschikbaar is (als het gaat om behandeling door de 'duurdere' behandelaren). De branches delen de zorgen van ZN.

2. Consulten BIG-beroepen vanuit het zorgprestatie model 2022

Ook bij deze optie zal ZIN (onder leiding van VWS) samen met het veld specifieke behandeling nader moeten duiden. Op basis van deze duiding wordt bepaald welke typen behandelaren zijn te onderscheiden die specifieke behandelingen kunnen leveren. Vervolgens worden mpt-prestaties opgesteld op basis van de consulten van deze behandelaren. Het tarief wordt bepaald op basis van het afgeronde kostenonderzoek (2019) in de ggz Zvw.

Voordelen

Voordeel van deze bekostiging is dat deze vooruitloopt op de nieuwe productstructuur op basis van consulten die per 2022 in de Wlz zal worden overgenomen vanuit de Zvw. Ook sluit dit aan op het huidige bekostigingssysteem

⁴⁸ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21742_22/

binnen de Wlz in andere sectoren die ook mpt-prestaties kennen voor aparte beroepsgroepen, zoals de SO in de vv en AVG in de ghz. Er wordt inzichtelijk welke behandelaar welke zorg levert en er is differentiatie in de maximumtarieven naar behandelaar mogelijk.

Nadelen

Dit is een uitgebreid traject vergelijkbaar met de doorontwikkeling in de Zvw. Risico is dat dit mogelijk niet te realiseren is voor 1 juli 2020. Ervaring vanuit het Zvw-doorontwikkelingstraject leert dat dit soort trajecten een lange doorlooptijd kennen en het daarmee mogelijk niet realistisch is. Aanpassing van de iWlz zal eveneens uitgebreider zijn gezien dit nieuwe prestaties en tarieven betreffen en de omvang van het aantal prestaties groter zal zijn. Ook kan dit ervoor zorgen dat er verschillen gaan ontstaan tussen de prestatiestructuur (en tarieven) die in de Wlz moet worden ontwikkeld en de definitieve productstructuur in de Zvw die per 2022 zal worden ingevoerd omdat deze niet gelijktijdig worden ingevoerd.

Uitvoeringsgevolgen

Ook voor deze voorgestelde workaroud is aan partijen gevraagd welke uitvoeringsgevolgen zij verwachten. Ook bij deze optie maken partijen zich grote zorgen. Er is een kans dat het zorgprestatie-model nog aangepast wordt komend jaar, waarmee de cliënt zou worden geconfronteerd met wijziging op wijziging. Deze optie is volgens ZN in potentie wél transparant voor de cliënt (herkenbaar en dus controleerbaar). Maar er bestaan nog veel vragen: moet er afgebakend worden tussen regiebehandelaar en medebehandelaar? Gebruik je dezelfde beroepen als in de Zvw? Hoe om te gaan met het onderscheid tussen behandeling en begeleiding? Door deze onbeantwoorde vragen is het moeilijk om de uitvoeringsgevolgen in te schatten. De branches delen ook hier de zorgen van ZN.

Afweging tijdelijke workaroud bekostiging specifieke behandeling

Bovenstaand zijn de voor- en nadelen beschreven van beide mogelijke oplossingen voor een tijdelijke workaroud voor de bekostiging van specifieke behandeling voor 2021. Eén de uitgangspunten is dat er voor 1 juli 2020 nieuwe prestaties en tarieven moeten zijn vastgesteld voor de inkoop per 2021. Bij optie 1 is het risico om deze datum niet te halen aanzienlijk kleiner gezien een bestaande prestatie en tarief als uitgangspunt wordt genomen. Daarentegen worden bij optie 2 prestaties en tarieven ontwikkeld vanuit een nieuwe situatie. Het zal een langere doorlooptijd met zich meebrengen om de prestaties te ontwikkelen en vervolgens de iWlz daarop aan te passen. De tarieven voor beide opties zullen uit het kostenonderzoek ggz (2019) worden ontleend, dus daar zal geen verschil in tijd zijn. Wel kan het tot gevolg hebben dat er ongewenste verschillen ontstaan in de tarieven in 2021 en 2022 met de invoering van de nieuwe prestaties in de ggz Zvw. ZN en de branches laten weten dat ze beide voorgestelde workarouds op dit moment geen redelijke optie vinden en geven de voorkeur aan een overgangsmoedel. Zie ook paragraaf 'Tijdelijke workaroud behandeling' in het hoofdstuk Consultatie.

Als tijdelijke workaroud adviseren wij een mpt-prestatie en tarief gebaseerd op het huidige 'Overige zorgproduct niet-basispakketzorg consult uit de Zvw' voor het bekostigen van specifieke behandeling in 2021 in de Wlz. Bij deze optie is het minder risicovol dat de zorg daadwerkelijk declarabel is per 2021, gezien er gebruik gemaakt kan worden van een bestaande prestatie en tarief en het aanpassen van de iWlz minder doorlooptijd met zich meebrengt. Deze workaroud vraagt maatwerk van zorgkantoren vanwege de prikkel om goedkopere behandelaars in te zetten omdat er geen differentiatie is in het maximumtarief naar behandelaar en/of zorgzwaarte. Differentiatie zal daarom plaats moeten vinden in het inkoopproces door zorgkantoren.

Prestaties specifieke behandeling 2021 (tijdelijke workaroud)

Er zal een prestatie worden vastgesteld die staat voor één consult van een behandelaar die ten uitvoering wordt gebracht bij een cliënt in de Wlz. De omschrijving van de prestatie zal er als volgt uitzien:

'Dit consult betreft een onafgebroken tijdsspanne waarin de zorgaanbieder de cliënt voor één of meerdere indicaties begeleidt, adviseert en/of behandelt. Dit is inclusief tijdsbesteding die uit dit contact voortvloeit.'

Leveringsvormen specifieke behandeling 2021 (tijdelijke workaround)

Net als voor de bekostiging per 2022 zal voor de tijdelijke workaround in 2021 het consult bij optie 1 worden overgenomen in de leveringsvorm mpt. Een mpt staat voor een uur geleverde specifieke behandeling. Het aantal prestaties is afhankelijk van besluitvorming.

Tabel 7. Prestaties specifieke behandeling 2021 model 3

<i>Ggz-Wlz modulair pakket behandeling (mpt)</i>	
	Mpt specifieke behandeling ggz p/u

Tarieven specifieke behandeling 2021 (tijdelijke workaround)

Het tarief zal worden gebaseerd op het tarief voor het overig zorgproduct in de Zvw. Hiervoor heeft recent een kostenonderzoek plaatsgevonden.

5.5 Aanvullende prestaties en/of regelingen

In 2014, het laatste jaar van de AWBZ, werd de langdurige ggz eveneens via zzp's bekostigd. Naast de zzp's werden er ook overige basisprestaties en toeslagen toegepast om de zorg te bekostigen. De overige basisprestaties en toeslagen in tabel 7 werden gebruikt voor ggz-cliënten.

Tabel 8. Overige basisprestaties en toeslagen ggz in de AWBZ

	ggz-b	ggz-c
2014		
Overige basisprestatie		
Klinisch intensieve behandeling (KIB)	ja	nee
Verblijfscomponent (nu via de Zvw)		
Toeslagen		
Gespecialiseerde epilepsiezorg (GEZ) midden	ja	ja
Niet strafrechtelijke forensische psychiatrie (NSFP)	ja	nee

Vanaf 2016 kunnen ggz-cliënten (voortgezet verblijf) ook gebruik maken van de Meezorg-regeling. Om dit mogelijk te maken zijn de beleidsregelwaarden voor de ggz zzp-b per 2016 met 3,64% verlaagd om de invoering budgetneutraal te laten verlopen. Met de regeling Meezorg is het mogelijk om zorg te bekostigen voor mensen die een zorgbehoefte hebben die minimaal 25% hoger is dan de zorg waar zij op basis van het best passende zorgprofiel aanspraak op hebben.

Per 2017 is de toeslag woonzorg jongvolwassenen ggz geïntroduceerd. Het doel van deze toeslag is om gebruikelijke zorg die elke jongvolwassene nodig te bekostigen.

De overige basisprestaties en toeslagen als genoemd in tabel 8 en de toeslag woonzorg jongvolwassenen ggz zullen ook voor de ggz-cliëntgroep die vanaf 2021 op inhoudelijke gronden de Wlz in zal stromen (CIZ-indicatie) worden opgesteld. Ook zal de regeling Meezorg voor de profielen 4 en 5 (komen overeen met de huidige ggz-zzp6 en ggz-zzp7 (zie tabel 1)) worden open gesteld. In hoeverre andere overige basisprestaties, toeslagen en andere profielen voor de Meezorg-regeling moeten worden opgesteld zal bekeken worden als er meer duidelijkheid is over eerder genoemde onzekerheden wanneer deze cliëntgroep is ingestroomd per 2021.

5.6 Efficiënte en effectieve implementatie

Een van de vragen die VWS heeft gesteld aan ons in de aanvraag uitvoeringstoets is hoe de voorgestelde bekostigingssystematiek zo effectief en efficiënt mogelijk kan worden geïmplementeerd gegeven de uitvoeringsgevolgen. Beantwoording van deze vraag is op dit moment lastig omdat de omvang en hoe de zorg bekostigd gaat worden nog niet volledig duidelijk zijn. Als de zorg aan ggz-cliënten die op basis van zorginhoudelijke gronden de Wlz gaan instromen per 2021 grotendeels bekostigd gaat worden via model 1 bij geïntegreerde instellingen, dan zullen de uitvoeringsconsequenties beperkt zijn. Gaat een groot gedeelte van de zorg bekostigd worden via model 3B, dan zullen de uitvoeringsgevolgen voor beschermde woonomgevingen, behandelaren die specifieke behandeling leveren, zorgkantoren en de NZa omvangrijk zijn. Het inzicht in de omvang en door wie de specifieke behandeling wordt geleverd (individuele behandelaren, zorgaanbieders en/of vrijgevestigde praktijken) is nog onduidelijk, terwijl de uitvoeringsgevolgen voor hen fors zijn. De verwachting is dat het benodigde inzicht in de tweede helft van 2020 pas zal gaan ontstaan als een (groot) gedeelte van de ggz-cliënten zijn geïndiceerd door het CIZ en de zorgkantoren zijn gestart met het inkopen van deze zorg voor 2021. De NZa stelt voor in de tweede helft van 2020 een werkgroep in te stellen waarin de uitvoeringsgevolgen voor de verschillende partijen geagendeerd kunnen worden. De NZa zal als facilitator optreden om deze gevolgen vervolgens te adresseren bij betreffende partijen. Tijdens de consultatie is aan ZN en de branches gevraagd welke partijen moeten deelnemen aan deze werkgroep. ZN geeft aan dat zorgkantoren en zorgverzekeraars (met expertise vanuit inkoop, declaratie/financiering en klantondersteuning/communicatie), vertegenwoordigers van cliënten, zorgaanbieders beschermd wonen, ggz-behandelklinieken en ggz-behandelaren zouden moeten deelnemen. De branches noemen verder GGZ NL, RIBW Alliantie, geïntegreerde ggz-instelling(en) en wellicht het CIZ en het CAK (Centraal Administratie Kantoor). We zullen met VWS afstemmen in hoeverre hiervoor de door hen ingestelde 'werkgroep behandeling' kan worden uitgebreid met genoemde partijen of dat er een aparte werkgroep bij de NZa zal worden ingesteld.

6. Financiële impact

In dit hoofdstuk brengen we financiële impact op het budgettair kader Wlz in kaart als ggz-cliënten vanaf 2021 de Wlz gaan instromen op inhoudelijke gronden (CIZ-indicatie). Voor deze doorrekening gaan we uit van de eerder beschreven uitwerking van de prestaties en tarieven van de modellen 1 en 3 op basis van prijspeil 2020.

6.1 Parameters financiële raming

Bij het berekenen van de financiële impact hanteren we dezelfde uitgangspunten en parameters zoals gebruikt in eerdere uitvoeringstoetsen (Wetgeving en Behandeling (zie bijlage 6)) om onduidelijkheid over de uitkomsten te voorkomen. In dit hoofdstuk beperken we ons 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 5. Ook zijn de indexatieparameters hier terug te vinden.

Model 1: Integrale prestatie met beide vormen van behandeling

a) Tarieven en prijzen (P)

Voor de uitwerking van dit model zijn de tarieven van zzp's ggz-b gebruikt met de uitkomsten van het kostenonderzoek langdurige zorg en de nieuwe beleidsregelwaarde 2020. De ggz-b pakketten zijn prestaties binnen de Wlz en Zvw inclusief (integrale) behandeling.

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. Hiervoor maken we gebruik van het onderzoek door bureau HHM in opdracht van VWS.⁴⁹ Bureau HHM 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 zijn per domein de volgende zaken in beeld gebracht:

1. hoeveel cliënten zorg ontvangen;
2. percentage instroom Wlz;
3. inschaling cliënten per zorgprofiel.

In het onderzoek van bureau HHM staan onzekerheidsmarges genoemd welke uitmonden in een onder- en bovengrens. Voor onze inschattingsberekening van de impact op het Wlz-kader hanteren wij daarom een bandbreedte. Voor de Zvw gaan we uit van instroom op basis van een bandbreedte van 750 – 1250 cliënten. In onderstaande tabel is de verdeling van cliëntaantallen over de zorgprofielen, zoals door HHM is onderzocht, weergegeven.

⁴⁹ <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>

Tabel 9. Instroom aantal cliënten vanuit Zvw

Profiel	Zzp profiel	Resultaten onderzoek HHM (conversie)	Aantal cliënten (ondergrens)	Aantal cliënten (bovengrens)
1	ggz-b 3	2%	17	28
2	ggz-b 4	16%	119	199
3	ggz-b 5	45%	341	568
4	ggz-b 6	17%	128	213
5	ggz-b 7	19%	145	241
Totaal		100%	750	1.250

c) Behandelingskosten

Voor cliënten die vanuit de Zvw de Wlz instromen 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, aangezien beide onderdeel zijn van ggz zzp-b.

Model 3: meerdere prestaties voor woonzorg en specifieke behandeling

Tarieven en prijzen (P)

Voor de uitwerking van dit model zijn de prestaties en tarieven gebruikt, zoals we die in de AWBZ tot 2015 kenden. In de berekening gaan we uit van de ggz-c prestaties en tarieven. Voor de berekening van de tarieven van de zzp's ggz-c zijn geen actuele tarieven bekend vanwege overheveling van deze pakketten naar de Wmo. Om toch een goede schatting te maken zijn de maximale NZa-tarieven 2014 (de laatst beschikbare) gehanteerd en vervolgens geïndexeerd naar prijspeil 2020 aan de hand van de reguliere indexeringsystematiek en indexcijfers. De normatieve huisvestingscomponent (nhc) is zodanig berekend en geïndexeerd, dat wanneer de zzp-c pakketten niet waren overgeheveld in 2015, dit het nhc-tarief zou zijn dat in 2020 zou gelden. Hierin is ook de opslag in verband met duurzaamheid (0,16%) meegenomen in lijn met de reguliere opslagen. Wat betreft de normatieve inventaris component (nic); deze is gebaseerd op de zzp-b pakketten omdat deze component in 2014 nog niet bestond. De indexatieparameters zijn eveneens terug te vinden in de bijlage.

1. Aantal cliënten die de Wlz instromen (Q)

Ook voor de instroom vanuit de Wmo gaan we voor onze inschattingsberekening van de impact op het Wlz-kader uit van een bandbreedte. Voor de Wmo gaan we uit van instroom op basis van een bandbreedte van 6.500 tot 7.750 cliënten. In onderstaande tabel is de verdeling van cliëntaantallen over de zorgprofielen, zoals door bureau HHM is onderzocht, weergegeven.

Tabel 10. Instroom aantal cliënten vanuit Wmo

Profiel	Zzp profiel	Resultaten onderzoek HHM (conversie)	Aantal cliënten (ondergrens)	Aantal cliënten (bovengrens)
1	ggz-c 3	18%	1.170	1.395
2	ggz-c 4	37%	2.405	2.868
3	ggz-c 5	35%	2.275	2.713
4	ggz-c 6	8%	520	620
5	ggz-c 7*	2%	130	155
Totaal		100%	6.500	7.750

* 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.

2. 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 (business intelligence centrum in de zorg) 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-clieënten aanspraak hebben en gebruik maken van specifieke behandeling binnen de Wlz.

6.2 Ophoging Wlz kader

In bijlage 5 van dit document zijn alle parameters die ten grondslag liggen aan de berekening van de financiële impact op het budgettair kader getallen terug te vinden. In vergelijking met voorgaande uitvoeringstoetsen zijn de uitkomsten verschillend vanwege indexatie en ook aannames ten aanzien van de behandelingskosten (in- en exclusief algemene en specifieke behandeling).

Model 1 (instroom Zvw)

De verwachting is dat ggz-clieënten die vanuit de Zvw de Wlz gaan instromen op inhoudelijke gronden (CIZ-indicatie) met name bekostigd gaan worden via model 1. Op basis van bovenstaande uitgangspunten en parameters bij model 1 (aangevuld met de parameters opgenomen in bijlage 5) is er een ophoging van het Wlz-kader van minimaal € 77 miljoen en maximaal € 132 miljoen benodigd voor de instroom van cliënten uit de Zvw.

Model 3 (Instroom Wmo)

De verwachting is dat ggz-clieënten die vanuit de Wmo de Wlz gaan instromen op inhoudelijke gronden (CIZ-indicatie) met name bekostigd gaan worden via model 3. Op basis van bovenstaande uitgangspunten en parameters bij model 3 (aangevuld met de parameters opgenomen in bijlage 5) is er een ophoging van het Wlz-kader van minimaal € 535 miljoen en maximaal € 680 miljoen benodigd voor de instroom van cliënten uit de Wmo.

In de uitvoeringstoets behandeling is eerder een minimale toename van het Wlz-kader geschat van € 541 miljoen op basis van peiljaar 2019. Dit bedrag was inclusief algemeen geneeskundige zorg (€ 16 miljoen). In voorliggende uitvoeringstoets wordt algemeen geneeskundige zorg voor model 3 niet meegenomen omdat VWS het pakketadvies van ZIN niet heeft opgevolgd.

In deze berekening is rekening gehouden met een aparte prestatie voor zorgprofiel ggz-c 7 die we vooralsnog niet hebben vastgesteld. Als we voor dit zorgprofiel het maximumtarief baseren op het tarief van ggz-b 7, dan is er een verschil van ongeveer € 2 mln. Dit betekent dan een minimale toename van het Wlz-kader van € 537 miljoen voor de instroom vanuit de Wmo.

6.3 Scenario's

De parameters uit de vorige paragraaf kunnen als vast of variabel worden opgenomen in de inschattingberekening van de financiële impact op het budgettair kader in de Wlz. Van de parameters die zijn vastgezet kunnen we een redelijke inschatting maken hoe deze zich ontwikkelen of ontwikkeld hebben. Parameters die als variabel worden ingezet kunnen gezien worden als draaiknoppen. Aan deze parameters kan 'gedraaid' worden, waarmee verschillende scenario's kunnen worden berekend. We hebben ervoor gekozen om twee scenario's te berekenen: een onder- en bovengrens. De grootste onzekerheid zit in het aantal cliënten dat zal instromen in de Wlz (de onder- en bovengrens) en het percentage cliënten dat vervolgens dagbesteding zal ontvangen.

Met het toepassen van deze parameters komen we tot twee scenario's:

- a. scenario A: de impact op het Wlz-kader is gebaseerd op gebruik van ondergrenzen van het aantal cliënten (Q) en het percentage dat dagbesteding ontvangt;
- b. scenario B; de impact op het Wlz-kader is gebaseerd op gebruik van bovengrenzen van het aantal cliënten (Q) en het percentage dat dagbesteding ontvangt op 100%.

In onderstaande tabel is de uitkomst van beide scenario's zichtbaar op basis van peiljaar 2020. Het verschil tussen het lage en hoge scenario is € 200 miljoen.

Scenario A: financiële toename op basis van laagste varianten (ondergrenzen)		Scenario B: financiële toename op basis van hoogste varianten (bovengrenzen)	
<i>Instream vanuit Zvw</i>		<i>Instream vanuit Zvw</i>	
Aantal cliënten (Q)	750	Aantal cliënten (Q)	1.250
% met DB ⁵⁰	Tussen 66% en 87%	% met DB	100%
In miljoenen	€ 77,2	In miljoenen	€ 132,2
<i>Instream vanuit Wmo</i>		<i>Instream vanuit Wmo</i>	
Aantal cliënten (Q)	6.500	Aantal cliënten (Q)	7.750
% met DB ⁵¹	Tussen 48% en 71%	% met DB	100%
In miljoenen	€ 483,3	In miljoenen	€ 618,0
<i>Specifieke behandeling</i>		<i>Specifieke behandeling</i>	
Behandeling Zvw vanuit Wmo	€ 51,9	Behandeling Zvw vanuit Wmo	€ 61,9
<i>Persoonsgebonden budget (pgb)</i>		<i>Persoonsgebonden budget (pgb)</i>	
Gebruik pgb ⁵²	€ 60,0	Gebruik pgb	€ 60,0
<i>Meerzorg, toeslagen en overige basisprestaties</i>		<i>Meerzorg, toeslagen en overige basisprestaties</i>	
Zzp-b en zzp-c	€ 0,3	Zzp-b en zzp-c	€ 0,5
Totaal scenario A (mln.)	€ 673	Totaal scenario B (mln.)	€ 873
Vershil scenario A en B (mln) =		€ 200	

Tabel 11 Scenario's impact Wlz-kader (in miljoenen)

Het totaalbedrag van €693 miljoen in 2026 welke het ministerie van VWS heeft opgenomen in de memorie van toelichting valt binnen deze bandbreedte. Daarbij zijn echter wel andere uitgangspunten gehanteerd. Zo heeft het ministerie van VWS een efficiencykorting toegepast vanwege de verwachting dat er lagere tarieven zouden kunnen worden afgesproken dan de maximumtarieven in de Wlz (zie paragraaf 5.3) en hantering van een ander dagbestedingspercentage en andere indexatieparameters.

6.4 Voorbehouden

Voor cliënten die vanuit de Wmo de Wlz instromen is een inschatting gemaakt van de kosten van behandeling op basis van verschillende prestaties (ambulante basis-ggz, gespecialiseerde ggz en klinische gespecialiseerde ggz) die gedeclareerd zijn ten laste van de Zvw. Een voorbehoud dat in dit kader gemaakt moet worden, is dat voor het berekenen van de behandelkosten voor specifieke behandeling van de oude situatie voor 2015 is uitgegaan. Deze situatie zal waarschijnlijk niet exact overeenkomen met de duiding van het ZIN. Bij de interpretatie van de cijfers van specifieke behandeling is daarom extra voorzichtigheid geboden.

⁵⁰ Deze dagbestedingspercentages zijn een bandbreedte beschrijving die gelden over zzp-b 3 t/m 7 (Vektis, 2016)

⁵¹ Deze dagbestedingspercentages zijn een bandbreedte beschrijving die gelden over zzp-c 3 t/m 6 (Vektis, 2014)

⁵² De leveringsvorm pgb wordt niet als parameter opgenomen in de inschattingsberekening van de financiële impact op het Wlz-kader gezien de NZa voor deze leveringsvorm geen prestaties en tarieven vaststelt. Voor pgb wordt daarom verwezen naar het totaalbedrag dat VWS heeft opgenomen in de financiële paragraaf van de memorie van toelichting, zoals in paragraaf 3.1 staat beschreven zonder indexatie.

De kosten van de eerder beschreven workaround zijn moeilijk inzichtelijk te maken, omdat simpelweg informatie ontbreekt over het aantal uur per dag een cliënt gebruikt maakt van behandeling. We hebben gekeken naar de behandelkosten van ggz-cliënten die het eerste jaar in de Zvw instromen op basis van recent kostenonderzoek in de Zvw. Deze kosten hebben we niet opgenomen in de raming, aangezien we verwachten dat cliënten die vanuit de Wmo instromen een andere behoefte hebben aan behandeling en dus ook verschil in behandelkosten.

Een ander voorbehoud dat we willen maken is dat ggz-cliënten in de Wlz toegang gaan krijgen tot alle leveringsvormen. De voorliggende berekening is gebaseerd op een 'integrale' zzp's. Er is geen rekening gehouden met andere leveringsvormen, zoals 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.

7. Conclusie en reflectie

7.1 Conclusie

Het ministerie van VWS heeft ons gevraagd om de uitvoerbaarheid te toetsen van de wetsaanpassing 'Toegang Wlz voor mensen met een psychische stoornis' en de positionering van behandeling. Het gaat specifiek over de groep cliënten die vanaf 2021 directe toegang tot de Wlz krijgen vanwege hun psychische problematiek.

Bij de keuze voor mogelijke bekostigingsmodellen voor deze ggz-cliënten hebben we rekening gehouden met de door VWS gestelde randvoorwaarden, uitgangspunten van de NZa en criteria die cliëntenorganisaties MIND en Leviaan, de brancheorganisaties FO, RIBW Alliantie en GGZ NL en ZN aan ons hebben meegegeven tijdens meerdere consultaties welke voor hen van belang zijn voor de vormgeving van bekostiging. Na afweging van deze randvoorwaarden, uitgangspunten en criteria zijn de bekostigingsmodellen 2 en 4 (zie figuur 5) afgefallen. De uitvoeringsconsequenties hebben we voor de volgende modellen verder uitgewerkt:

- Model 1: integrale prestatie met beide vormen van behandeling (zie figuur 1).
- Model 3A: meerdere prestaties voor woonzorg en specifieke behandeling en/of algemeen geneeskundige zorg waarbij de zorg wordt gedeclareerd door één zorgaanbieder (zie figuur 2).
- Model 3B: meerdere prestaties voor woonzorg en specifieke behandeling en/of algemeen geneeskundige zorg waarbij de zorg wordt gedeclareerd door meerdere zorgaanbieders of zorgaanbieder en vrijgevestigde praktijk (zie figuur 3).

De wetaanpassing regelt dat specifieke behandeling een aanspraak binnen de Wlz wordt. Deze zorg gaat nu ten laste van de Zvw. De NZa schat in dat de uitvoeringsconsequenties met name fors zijn bij behandelaren die specifieke behandeling (gaan) leveren. Ook aanbieders van beschermde woonomgevingen die nu binnen de Wmo verantwoordelijk zijn voor de levering van woonzorg (en nog niet voor de levering of coördinatie van specifieke behandeling) en zorgkantoren zullen de uitvoeringsconsequenties groot zijn. Om die reden hebben we verschillende declaratiemogelijkheden uitgewerkt binnen model 3 (A en B) waardoor verschillende organisatiemodaliteiten beschikbaar komen.

Voor deze modellen hebben we prestaties, leveringsvormen, tarieven en tariefsoort uitgewerkt. Bij model 1 ziet dat er als volgt uit:

- *Prestaties*: 10 integrale ggz zzp-wonen prestaties zoals we die kennen voor voortgezet verblijf. De huidige prestaties zijn inclusief behandeling (specifieke en algemeen geneeskundige zorg) en daarbinnen ook een onderscheid tussen in- en exclusief dagbesteding.
- *Leveringsvorm*: zzp.
- *Tarieven*: recent herijkte tarieven (2019) vanuit het kostprijsonderzoek van KPMG.
- *Tariefsoort*: maximumtarieven.

Bij model 3 (A en B) ziet dat er als volgt uit:

- *Prestaties woonzorg*: de ggz zzp-c prestaties kunnen worden toegepast zoals we die voorheen in de AWBZ kenden. Concreet betekent dit 8 ggz-wonen prestaties 3 tot en met 6 met en zonder dagbesteding. Dit zijn prestaties exclusief (beide vormen van) behandeling.
- *Leveringsvorm woonzorg*: zzp en vpt.
- *Tarieven woonzorg*: de oude tarieven van de ggz-c prestaties worden geïndexeerd naar peiljaar 2021.
- *Tariefsoort woonzorg*: maximumtarieven.

- *Prestaties specifieke behandeling 2022*: consultenstructuur met onderscheid naar BIG-beroepen en niet-BIG-beroepen uit het zorgprestatie­model ggz Zvw.
- *Leveringsvorm specifieke behandeling 2022*: de consulten zullen in de Wlz worden overgenomen in de leveringsvorm mpt. Dit betekent dat er naar verwachting 8 mpt-prestaties komen, met de kanttekening dat dit afhankelijk is van de besluitvorming binnen de Zvw.
- *Tarieven specifieke behandeling 2022*: de tarieven voor specifieke behandeling nemen we over van de vastgestelde tarieven op basis van (gegevens) uit het Zvw kostenonderzoek over 2017.
- *Tariefsoort specifieke behandeling 2022*: maximumtarieven.

De prestaties en tarieven uit het zorgprestatie­model ggz Zvw zijn beschikbaar vanaf 2022. Vanaf 2021 moet specifieke behandeling bekostigd worden ten laste van de Wlz. Daarom stellen we voor 2021 een tijdelijke workaround voor. Hiervoor adviseren we gebruik te maken van de prestatie en tarief voor het huidige 'Overige zorgproduct niet-basispakketzorg consult' uit de Zvw.

De invulling van de opties voor 2021 ziet er als volgt uit:

Huidige overige zorgproduct niet-basispakketzorg consult uit de Zvw:

- *Prestaties specifieke behandeling 2021*: één consult van een behandelaar voor een cliënt in de Wlz.
- *Leveringsvorm specifieke behandeling 2021*: mpt.
- *Tarieven specifieke behandeling 2021*: de tarieven worden overgenomen uit het lopende kostenonderzoek (2019) in de ggz Zvw. Deze zijn in augustus 2019 vastgesteld.
- *Tariefsoort specifieke behandeling 2021*: maximumtarieven.

7.2 Reflectie

Insteek van de vormgeving van de geadviseerde bekostigingsmodellen in deze uitvoeringstoets is aansluiting bij de verschillende huidige organisatievormen van zorg in de verschillende domeinen waar deze ggz-clie­nten nu in zorg zijn, voldoen aan de aanspraak binnen de Wlz en tot slot aansluiting op de bekostigingsstructuur zoals we die al kennen in de Wlz voor sectoren vv en ghz en in de Zvw voor de ggz. De wensen vanuit het veld voor de vormgeving van passende bekostigingsmodellen lopen door onzekerheden uiteen van een geïntegreerd totaalpakket aan zorg tot het flexibel op- en afschalen van zorg. Achterliggende vraagstukken daarbij zijn keuzevrijheid van behandelaar en de behoefte aan integrale en interdisciplinaire zorg van deze ggz-clie­nten. Keuzevrijheid van behandelaar en het integraal aanbieden van een geïntegreerd totaalpakket aan zorg die voorziet in de aanspraak binnen de Wlz staan op gespannen voet. Daarover bestaan verschillende zienswijzen en er zijn verschillende manieren van organisatie van zorg door zorgaanbieders om daar invulling aan te geven.

Als er vanaf 2021 duidelijkheid komt over de omvang van deze cliëntengroep, bij welke zorgaanbieders deze ggz-clie­nten verblijven, waar zij hun zorg willen gaan afnemen, in welke vorm (integraal of modulair) zij hun zorg willen afnemen in de Wlz, welke keuzes zorgaanbieders gaan maken voor het organiseren van deze zorg (keuzevrijheid van behandelaar versus integraal aanbieden van het totaalpakket aan zorg) en welke keuzes gemaakt worden ten aanzien van de positionering van algemeen geneeskundige zorg voor alle Wlz-clie­nten, zullen wij met het veld in gesprek gaan om met elkaar vast te stellen of deze bekostigingsmodellen voldoende daarop aansluiten en daarmee toekomstbestendig zijn. Als dat het geval is, dan zullen we een kostenonderzoek uitzetten om een aantal tarieven binnen de modellen te herijken. Ook tarieven die nog niet voorhanden zijn voor bepaalde leveringsvormen, een prestatie en tarief voor het vijfde profiel voor woonzorg en vormgeving van aanvullende prestaties en/of regelingen zullen daarin worden meegenomen.

Mochten de bekostigingsmodellen niet toekomstbestendig zijn, dan zullen we gezamenlijk met het veld bekijken welke bekostigingsvorm beter passend is. In

onze strategische agenda is terug te lezen dat integrale zorg een speerpunt is omdat de gemiddelde burger niet bestaat. Ieder mens is verschillend en heeft eigen behoeften, zodat we inzetten op een integrale benadering van de zorg en bekostiging⁵³. Bij vormgeving van een andere toekomstbestendige bekostigingsvorm zullen we vanuit dit oogpunt bekijken of de bekostiging meer integraal vormgegeven kan worden en of er een doelmatigheidscomponent in kan worden opgenomen. Daarvoor zal in richtlijnen/zorgstandaarden dan wel aanspraak de omvang van zorg moeten worden beschreven.

⁵³ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3670_22/1/

Bijlage 1. Consultatievragen

Consultatievraag 1 in paragraaf 3.2:

Voor het bekostigen van ggz-cliënten die op zorginhoudelijke gronden de Wlz gaan instromen per 2021 zullen naast cliënten (via MIND) en zorgaanbieders (via brancheorganisaties), ook behandelaren die specifieke behandeling leveren (verder behandelaren)⁵⁴ en zorgkantoren uitvoeringsgevolgen gaan ondervinden. Deze lichten we toe in hoofdstuk 3 en 4. Komen daarmee de criteria die voor behandelaren en zorgkantoren van belang zijn voldoende aan bod bij het toetsen van bekostigingsmodellen?

Consultatievraag 2 in paragraaf 4.1:

Hoeveel tijd kost het om de declaratiestandaard iWlz⁵⁵ aan te laten passen zodat per 2021 de integrale prestaties ggz-b (zie hoofdstuk 5) gedeclareerd kan worden?

Consultatievraag 3 in paragraaf 4.2:

Wat betekent het voor beschermde woonomgevingen als zij de inhoudelijke coördinatie moeten organiseren tussen woonzorg en specifieke behandeling zoals beschreven bij model 3B?

Consultatievraag 4 in paragraaf 4.2:

Hoe lang duurt het om de declaratiestandaard iWlz⁵⁶ aan te laten passen zodat per 2021 de prestatie(s) specifieke behandeling (zie hoofdstuk 5) gedeclareerd kan worden?

Consultatievraag 5 in paragraaf 4.2:

Heeft u nog aanvullingen op de beschreven uitvoeringsgevolgen?

Consultatievraag 6 in paragraaf 5.3:

Hoe zullen zorgkantoren controle uit gaan voeren op de bepaling dat behandelprestaties kunnen worden toegekend voor zover de totale kosten (zzp exclusief behandeling (woonzorg) en uitgaven afzonderlijke mpt specifieke behandeling) daarvan niet de maximale beleidsregelwaarde voor zzp inclusief behandelprestaties (model 1) overschrijden?

Consultatievraag 7 in paragraaf 5.4:

Welke uitvoeringsgevolgen verwacht men per partij (cliënt, beschermde woonomgeving waar cliënt verblijft, behandelaren die specifieke behandeling leveren en zorgkantoren) bij de optie '*Huidige overige zorgproduct niet-basispakketzorg consult uit de Zvw*' als tijdelijke workaroud voor het bekostigen van specifieke behandeling in 2021?

Consultatievraag 8 in paragraaf 5.4:

Welke uitvoeringsgevolgen verwacht men per partij (cliënt, beschermde woonomgeving waar cliënt verblijft, behandelaren die specifieke behandeling leveren en zorgkantoren) bij de optie '*Consulteren BIG-beroepen vanuit het zorgprestatiemodel 2022*' als tijdelijke workaroud voor het bekostigen van specifieke behandeling in 2021?

Consultatievraag 9 in paragraaf 5.4:

Welke tijdelijke workaroud voor de bekostiging van specifieke behandeling voor 2021 heeft uw voorkeur: 1) *Huidige overig zorgproduct niet-basispakketzorg consult vanuit de Zvw* of 2) *Consulteren BIG-beroepen vanuit het zorgprestatiemodel 2022* en waarom?

Consultatievraag 10 in paragraaf 5.6:

Welke partijen moeten deelnemen aan de werkgroep die we in de tweede helft van 2020 willen gaan organiseren om de uitvoeringsgevolgen van de bekostigingssystematiek te kunnen faciliteren?

⁵⁴ Behandelaars die specifieke behandeling leveren kunnen individuele behandelaren zijn, maar kunnen ook zorgaanbieders of vrijevestigde praktijken betreffen.

⁵⁵ <https://istandaarden.nl/istandaarden/iwiz>

⁵⁶ <https://istandaarden.nl/istandaarden/iwiz>

Bijlage 2. Schriftelijke reacties consultatie

Bijlage 3. Brief ZN en branches aan VWS

Bijlage 4. Fraude en Handhaving

In deze bijlage gaan we in op fraude en handhavingsaspecten in relatie tot het functioneren van zorgkantoren bij het bereiken van de doelstellingen van de Wlz.

Wettelijk kader toezicht

Toezicht door de NZa is geborgd via artikel 16, lid d, van de Wmg. Daarin is bepaald dat de NZa belast is met het toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering door de Wlz-uitvoerders. Hieronder worden ook begrepen de zorgkantoren (zie artikel 1 Wmg en art. 1.1.1 Wlz).

Toezichtaspecten zorgkantoren

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-clieënten in hun regio waarborgen dat zij tijdig de Wlz-zorg krijgen die zij nodig hebben.

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. *Clieënt 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.

Model 1: integrale prestatie

Ten aanzien van het toezicht op het zorgkantoor met bekostiging op basis van een integrale prestatie (model 1), wordt het volgende opgemerkt:

– *Zorginkoop*: Het zorgkantoor moet waarborgen dat bij iedere zorgaanbieder (zowel een geïntegreerde instelling als een aanbieder die zorg levert in een beschermende woonomgeving) voldoende behandeling wordt ingekocht in relatie tot de door hem ingeschatte behoefte. Het zorgkantoor maakt bij het inkopen van Wlz-zorg afspraken met de zorgaanbieder over wat er van hem wordt verwacht voor wat betreft de beschikbaarheid en kwaliteit van behandeling evenals de informatievoorziening aan cliënten.

Bij een integrale prestatie inclusief behandeling is er voor een zorgkantoor in het kader van handhaving geen rechtstreeks aangrijpingspunt in de bekostiging om de beschikbaarheid van (specifieke vormen van) behandeling te waarborgen. Het zorgkantoor heeft met een integrale prestatie wel mogelijkheden om te sturen op de diverse vormen van behandeling, bijvoorbeeld voor toetsing van het zorg(leef)plan. Een actueel en op maat gevuld zorg(leef)plan is hierbij cruciaal. Aandachtspunt voor de NZa is het bewaken dat zorgkantoren blijven voldoen aan de zorgplicht, inclusief het waarborgen van de beschikbaarheid van voldoende behandeling van goede kwaliteit, die aansluit bij de wensen van cliënten. Een risico is 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 zorg(leef)plan 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 geïntegreerde 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 moet het zorginkoopproces aanpassen aan de nieuwe (zorginkoop) situatie.

Model 3: Meerdere prestaties voor woonzorg en specifieke behandeling en/of algemeen geneeskundige zorg

Ten aanzien van het toezicht op het zorgkantoor met bekostiging op basis van meerdere prestaties voor woonzorg en specifieke behandeling en/of algemeen geneeskundige zorg (model 3), wordt het volgende opgemerkt:

– *Zorginkoop*: Deze variant is voor wat betreft toezichtconsequenties vergelijkbaar met integrale prestaties met het verschil dat per module het zorgkantoor (zorginkoop)afspraken moet maken met zorgaanbieders en in geval van zorgverlening in beschermde woonomgevingen mogelijk ook met meerdere zorgaanbieders en vrijgevestigde praktijken (model 3B). Dat geeft het zorgkantoor inzicht om ook 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 controleert of het zorgkantoor dit ook daadwerkelijk doet.

– *Cliënt en zorg*: Via de declaraties (inclusief de daarvoor vooraf gemaakte afspraken) krijgt het zorgkantoor per module inzicht in de behandeling die cliënten hebben gekregen. Bij het uitvoeren van materiële controles kan het zorgkantoor hiervan gebruik maken. Wanneer meerdere zorgaanbieders bij het zorgkantoor kunnen declareren, moet het heel duidelijk zijn welke zorgaanbieder uiteindelijk eindverantwoordelijk is voor de integrale zorgverlening aan een cliënt. De keuzevrijheid voor de cliënt is in model 3B het meest geborgd.

– *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 (of fraude) toe, omdat kosten bij meerdere modules kunnen worden gedeclareerd. Bij het uitvoeren van formele en materiële controles moeten zorgkantoren hiermee rekening houden en dat zal leiden tot een toename van controlewerkzaamheden.

– *Organisatie*: Deze variant is voor wat betreft organisatorische consequenties in principe vergelijkbaar met de 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.

Meerdere modellen naast elkaar

Als gekozen wordt voor het gelijktijdig toepassen van meerdere modellen, dan moet het voor alle partijen (met name voor cliënten) helder en eenduidig zijn welk model van toepassing is. Bij model 3 (A en B) gaat de algemeen geneeskundige zorg ten laste van de Zvw en kan daarmee het eigen risico worden aangesproken (bijvoorbeeld voor farmaceutische zorg). Het moet uitlegbaar zijn dat de ene cliënt (bekostigd via model 3) daarvoor wel eigen risico betaald en de andere cliënt (bekostigd via model 1) niet.

Welk model wanneer wordt toegepast zou op basis van cliëntbehoefte moeten plaats vinden (bijvoorbeeld eigen behandelaar via model 3B). Zorgkantoren zullen in hun inkoop aandacht moeten besteden aan deze cliëntbehoefte en ervoor moeten waken dat zorgaanbieders een bekostigingsmodel kiezen vanwege de mogelijkheid van declaratie van aparte consulten.

Toezicht op zorgaanbieders

De keuze tussen model 1 en model 3 (A of B) heeft gevolgen voor de administratieve verplichtingen voor zorgaanbieders en derhalve ook voor het toezicht op zorgaanbieders. Des te complexer het model, des te complexer het toezicht op zorgaanbieders door de NZa (en zorgkantoren) is. Opgemerkt wordt dat model 3B relatief het meest complex is qua opzet en uitvoering.

Bijlage 5. Financiële impact

In deze bijlage beschrijven we de parameters die ten grondslag liggen aan de berekening van de financiële impact op het budgettair kader. Veel van deze parameters en bijbehorende invulling ervan zijn niet veranderd ten opzichte van eerdere uitvoeringstoetsen (zie bijlage 6).

Parameters financiële impact Wlz-kader

Om tot een berekening van de inschatting van de impact op het Wlz-kader te komen, als de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz ook voor cliënten met een psychische stoornis zullen worden toegepast, is gebruik worden gemaakt van verschillende parameters die onderstaand zullen worden toegelicht.

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 die instromen vanuit de Wmo en Zvw. We maken hiervoor gebruik van onderzoek dat heeft plaats gevonden in opdracht van VWS. Dit onderzoek⁵⁷ is uitgevoerd door bureau HHM. Dit bureau heeft het aantal cliënten dat mogelijk toegang krijgt tot de Wlz vanuit de verschillende domeinen inzichtelijk gemaakt.

Zoals toegelicht in de inhoudelijke afbakening vallen de ggz-clieënten die op basis van voortgezet verblijf in de Wlz hun zorg ontvangen buiten de reikwijdte van de inschattingsberekening van de impact op het Wlz-kader. Ook de cliënten die binnen de Wlz doorstromen van voortgezet verblijf na toelating op basis van de zorginhoudelijke toegangscriteria nemen we niet mee, gezien dit geen financiële impact zal hebben op basis van de huidige prestaties en tarieven.

Gemiddelde verblijfsduur

Normaliter wordt gekeken naar het gemiddeld aantal gedeclareerde dagen. De zorgaanbieder ontvangt immers daarvoor de vergoeding. Wij hebben hierbij de aanname 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.

Specifieke behandeling en algemeen geneeskundige zorg

Een cliënt ontvangt bij instroom in de Wlz aanspraak op verblijf in een instelling, persoonlijke verzorging, begeleiding, dagbesteding, verpleging en behandeling.

Voor cliënten die vanuit de Wmo de Wlz instromen is gerekend met zzp's zonder behandeling (zzp-c), gezien zij op een plaats verblijven zonder behandeling en daarmee deze behandeling nu ten laste van de Zvw afnemen. Om de impact van de specifieke behandeling op het Wlz-kader mee te nemen, hebben we gekeken naar Vektis⁵⁸-data uit 2014 (de laatst beschikbare data). Per zzp-c is bekeken welke specifieke behandeling gedeclareerd is ten laste van de Zvw. Aangezien het hier gaat over de zorgkosten die zijn gemaakt in het kader van behandeling van de psychische stoornis, hebben we de gespecialiseerde ggz en generalistische basis ggz gebruikt voor de berekening van deze behandelkosten.

Voor cliënten die vanuit de Zvw de Wlz instromen is gerekend inclusief behandeling (zzp-b). We hebben dit vervolgens vertaald naar kosten per cliënt, zodat de hoogte van de kosten varieert bij de hoogte van het aantal instromende cliënten.

Dagbesteding

⁵⁷ Ggz-clieënten in de Wlz inschatting omvang indien grondslag psychische stoornis wordt toegevoegd aan de Wlz (Bureau HHM, 2017)

⁵⁸ Vektis biedt tools waarmee operationele processen tussen zorgverzekeraars, zorgverleners en overheden georganiseerd worden. Zij beschikken over een database met alle declaratiedata in de zorg.

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 2016⁵⁹ van het aantal gedeclareerde dagen van zzp-b komen we tot een gewogen verhoudingspercentage per zzp. In tabel 1 staan de percentages zoals we deze gebruikt hebben in de inschattingsberekening van de impact op het Wlz-kader. De dagbesteding voor cliënten vanuit de Wmo varieert tussen 48 en 71% en voor cliënten uit de Zvw tussen de 66 en 87%. Het is een mogelijkheid dat alle cliënten dagbesteding gaan afnemen na instroom in de Wlz. Binnen de scenario's van de inschattingsberekening van de impact op het Wlz-kader nemen we daarom de gewogen verhoudingspercentages op als ondergrens en 100% als bovengrens.

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%		

Tabel 12. Dagbestedingspercentages zzp-b en zzp-c

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 2016⁶⁰ 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 kubus⁶¹ binnen de NZa (met peildata 2014) worden gebruikt als input. 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.

Meerzorg, toeslagen en overige basisprestaties

Voor de inschattingsberekening van de meerzorg, toeslagen en overige basisprestaties van de impact op het Wlz-kader gaan we uit van de huidige afname of afname ten tijde van de AWBZ van de regeling meerzorg, toeslagen en overige basisprestaties. Dat zijn de volgende prestaties:

- Meerzorg (Vektis, 2017)
- Toeslagen (Vektis 2016, update naar tarieven 2019):
 - o gespecialiseerde epilepsiezorg midden;
 - o niet strafrechtelijke forensische psychiatrie;
 - o woonzorg jong volwassenen ggz;
- Basisprestatie: klinisch intensieve behandeling (Vektis 2016, tarieven 2019).

In tabel 13 zijn de kosten van de regeling meerzorg en de genoemde toeslagen opgenomen als een gemiddeld bedrag per cliënt, zodat deze op basis van de instroom van het aantal cliënten kan variëren. Vervolgens zijn deze bedragen geïndexeerd op basis van Wlz indexatieparameters.

⁵⁹ Er is voor het jaartal 2016 gekozen, omdat dit het meest volledige jaar is qua aanlevering in Vektis ten opzichte van 2017 en 2018.

⁶⁰ Er is voor het jaartal 2016 gekozen, omdat dit het meest volledige jaar is qua aanlevering in Vektis ten opzichte van 2017 en 2018.

⁶¹ De NZa legt data vast binnen een kubus op basis van de inkoop- en nacalculatiecyclus tussen zorgaanbieders en zorgkantoren.

Type regeling of toeslag	
Meerzorg (Vektis, 2017)	€3,2 miljoen (65 cliënten) €0,05 miljoen per cliënt
Overige toeslagen (Vektis, 2016)	
– Zzp-b	€303,60 euro per cliënt
– Zzp-c	€11 euro per cliënt

Tabel 13 Type toeslagen en bedragen

Inschaling cliënten per zorgprofiel

In 2017 heeft bureau HHM een inschaling gedaan van het aantal cliënten in de huidige ggz-b en ggz-c zorgprofielen (die we tot 2015 in de AWBZ kennen). Ondertussen zijn de toekomstige zorgprofielen opgeleverd. VWS heeft aan NZa gevraagd om te kijken of deze toekomstige zorgprofielen invloed op de eerdere inschaling.

In twee fasen⁶²⁶³ is onderzoeksbureau HHM tot toekomstige zorgprofielen gekomen. In de eerste fase is een poging gedaan om op basis van bepaalde cliëntkenmerken tot toekomstige zorgprofielen te komen. Echter, naar aanleiding van nieuwe zorgprofielen "is afgesproken om op basis van de bestaande GGZ-B-C profielen nieuwe beschrijvingen te maken voor de Wlz-ggz profielen voor personen die voldoen aan de Wlz-criteria"⁶⁴ (p. 9). Er wordt door onderzoeksbureau HHM aangegeven dat de GGZ-B-C profielen al zijn toegepast in de praktijk en dat ze hebben bewezen (in grote lijnen) goed te werken.

Er heeft vervolgens een tweede fase plaatsgevonden. Uiteindelijk zijn in deze fase vijf profielen opgeleverd. Door deze fase is echter geen verandering gekomen in bovenstaande voornemen. De volgende conversie is dan te maken:

Zzp B	Zzp C	Toekomstige zorgprofielen
3	3	1
4	4	2
5	5	3
6	6	4
7		5

Dit betekent dat de inschaling op basis van ggz-b en ggz-c profielen in stand blijft en we deze dus niet hebben hoeven wijzigen. Voor nu is er geen effect van de toekomstige zorgprofielen op de inschaling van de cliënten per zorgprofiel. Wel gaat de daadwerkelijke invulling van de zorgprofielen invloed hebben op het Wlz-kader. Dit weten we echter pas, wanneer we het traject hebben afgerond die tot prestaties en kostendekkende tarieven heeft geleid.

Tarieven en prijzen (P)

Voor de tarieven van zzp's ggz-b is gebruikt gemaakt van de huidige beleidsregelwaarden (BRW) van 2020, gezien dat de meest actuele tarieven zijn. Het bepalen van de actuele tarieven van de zzp's ggz-c is 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 2020. 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

⁶² <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/05/31/wlz-ggz-zorgprofielen-inhoudelijke-beschrijving-resultaten-1e-fase>

⁶³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/07/20/wlz-ggz-zorgprofielen-toetsing-en-aanscherping-resultaten-2e-fase>

⁶⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/05/31/wlz-ggz-zorgprofielen-inhoudelijke-beschrijving-resultaten-1e-fase>

2019 zou gelden. De NIC is gebaseerd op de zzp-b pakketten omdat dit component in 2015 nog niet bestond.

Bijlage 6. Afbakening uitvoeringstoetsen

Uitvoeringstoets 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:
- op basis van voortgezet verblijf (die altijd in een geïntegreerde ggz-instelling wordt geleverd met bijbehorende bekostiging op basis van ggz zzp-b)
- 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 uitvoeringstoets 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 uitvoeringstoets 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.

Opgeleverd in februari 2019

Uitvoeringstoets 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" 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 heeft de NZA twee uitvoeringstoetsen opgeleverd:

- Uitvoeringstoets voor de vv en ghz
- Uitvoeringstoets voor de ggz

Uitgangspunten

In de uitvoeringstoets voor de ggz zijn dezelfde parameters en uitgangspunten gebruikt als de update Wetgeving. Het verschil is dat er uitgangspunten bij zijn gekomen, 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 het Zorginstituut dat de verantwoordelijkheid van de behandeling bij één zorgaanbieder moet liggen.

Opgeleverd in februari 2019

Uitvoeringstoets Bekostiging

Doel

Voor cliëntgroep die per 2021 tot de Wlz wordt toegelaten op psychische gronden de uitvoerbaarheid van de bekostigingsaspecten van de wetsaanpassing en positionering van behandeling te toetsen en de financiële impact op het budgettaire kader te berekenen.

Uitgangspunten

In deze uitvoeringstoets worden dezelfde parameters en uitgangspunten gebruikt als de update van de uitvoeringstoets Wetgeving. Het verschil is dat het advies van het Zorginstituut over integrale behandeling niet is overgenomen. Dat betekent dat de plek waar de cliënt verblijft bepalend is of de algemeen geneeskundige zorg ten laste van de Zvw of Wlz gaat:

- Verblijft de cliënt op een plek 'zonder behandeling' dan gaat de algemeen geneeskundige zorg ten laste van de Zvw.
- Verblijft de cliënt op een plek 'met behandeling' dan gaat de algemeen geneeskundige zorg ten laste van de Wlz, geleverd door de verblijfsaanbieder.

Daarnaast zullen voor het berekenen van de financiële impact op het budgettaire kader een aantal parameters worden herzien. Deze zijn (mede) afhankelijk van uitkomsten van consultatie.

Oktober 2019

