



Nederlandse  
Zorgautoriteit

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
De heer drs. C. van der Burg  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht  
T 030 296 81 11  
F 030 296 82 96  
E info@nza.nl  
I www.nza.nl

**Uw brief van**  
7 september 2018

**Uw kenmerk**  
1414827-180481-LZ

**Behandeld door**

**Telefoonnummer**

**E-mailadres**

**Kenmerk**  
0321587/0494945

**Onderwerp**  
Uitvoeringstoets De impact van bekostiging van integrale zorg  
voor de toekomstige Wlz ggz

**Datum**  
25 februari 2019

Geachte heer Van der Burg,

Met deze brief bieden wij u onze uitvoeringstoets 'De impact van bekostiging van integrale zorg voor de toekomstige Wlz ggz' aan. U heeft ons gevraagd om een uitvoeringstoets uit te brengen over de bekostiging van integrale zorg voor de ggz-cliënten die vanaf 2021, vanwege inhoudelijke gronden, toegang krijgen tot de Wlz.

### **Aanleiding**

In 2014 heeft het kabinet, naar aanleiding van de motie Keijzer en Bergkamp (kamerstuk 30597 nr 397) het voornemen uitgesproken om cliënten die vanwege een psychische stoornis blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid ook toegang te bieden tot de Wet langdurige zorg. Dit betekent dat cliënten die aan de inhoudelijke Wlz-criteria voldoen, per 2021 direct toegang krijgen tot de Wlz. Daarnaast heeft Zorginstituut Nederland op 8 maart 2018 geadviseerd<sup>1</sup> dat voor deze toekomstige Wlz ggz cliënten alle behandeling onder aanspraak van de Wlz moet vallen, dus ook algemeen geneeskundige zorg. De verantwoordelijkheid voor deze zorglevering bij één aanbieder leggen, zal de kwaliteit van ggz-zorg ten goede komen.

### **Doel**

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

<sup>1</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2018/03/07/advies-over-de-positionering-van-behandeling-in-de-wlz>

## Bevindingen

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

Kenmerk

0321587/0494945

Pagina

2 van 3

## Conclusie

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

## Tot slot

Onze uitvoeringstoets is als bijlage bij deze brief gevoegd. De reacties van partijen, die we hebben gevraagd te reageren op onze ggz-specifieke uitvoeringstoets, zijn als een aparte bijlage bij de uitvoeringstoets opgenomen.

Daarnaast willen we u attenderen op het feit dat deze uitvoeringstoets samenhangt met andere uitvoeringstoetsen die door ons gelijktijdig worden aangeboden aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS):

- *Uitvoeringstoets 'Integrale zorg voor Wlz-cliënten'*: In deze uitvoeringstoets adviseren wij over een bekostigingsmodel voor behandeling in de Wlz (op basis van het advies van het Zorginstituut) en wordt de financiële impact geschetst. Deze uitvoeringstoets gaat over de sectoren vv en ghz. In de uitvoeringstoets die is bijgevoegd, die specifiek over de ggz gaat, wordt daarom op verschillende plekken naar de uitvoeringstoets 'Integrale zorg voor Wlz-cliënten' verwezen.
- *(Update van) Uitvoeringstoets 'Toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis'*: In deze uitvoeringstoets gaan we in op het wetsvoorstel om cliënten, die vanwege de psychische stoornis blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid, ook toegang te bieden tot de Wlz.

De bijgevoegde uitvoeringstoets gaat over deze groep ggz-cliënten en op dit gebied is er dus veel samenhang tussen de uitvoeringstoetsen. Ook deze wordt gelijktijdig aangeboden aan het Ministerie van VWS.

**Kenmerk**  
0321587/0494945

**Pagina**  
3 van 3

Met vriendelijke groeten,  
Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.J. Kaljouw  
voorzitter Raad van Bestuur



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Zorgautoriteit  
T.a.v. mw. dr. M.J. Kaljouw  
Postbus 3017  
3502 GA UTRECHT

Ministerie van VWS  
DLZ

**Bezoekadres**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

**07 SEP. 2018**

Datum  
Betreft Aanvulling uitvoeringstoets positionering Wlz behandeling

**Kenmerk**  
1414827-180481-LZ

**Uw brief**

**Bijlage(n)**

Geachte mevrouw Kaljouw,

Op 18 oktober 2017 is de reactie<sup>1</sup> op het pakketadvies 'Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten' van het Zorginstituut naar de Tweede Kamer gezonden. Dit pakketadvies gaat over het opheffen van de verschillen in verzekerde behandeling bij institutionele zorg<sup>2</sup> in de Wet langdurige zorg (Wlz). In de reactie op het pakketadvies van het Zorginstituut zijn vervolgstappen beschreven die nodig zijn om over dit onderwerp een zorgvuldig besluit te kunnen nemen. In mijn brief van 10 januari 2018 heb ik u gevraagd een uitvoeringstoets uit te brengen over de (financiële) consequenties van het pakketadvies voor wat betreft de verpleging en verzorging- (V&V) en de gehandicaptensector (GHZ). In deze brief heb ik u expliciet gevraagd de geestelijke gezondheidszorg niet te betrekken in uw advies.

*Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.*

Inmiddels is er een wetsvoorstel voorbereid om cliënten met een psychische stoornis toegang te bieden tot de Wlz als zij zijn aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid. In dit wetsvoorstel wordt voor behandeling aangesloten bij de huidige Wlz-praktijk sinds 2015. Deze Wlz-praktijk omvat een recht<sup>3</sup> op specifieke behandeling vanuit de Wlz die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap. Voor cliënten met een psychische stoornis die toegang krijgen tot de Wlz betekent dit recht op specifieke behandeling dat de specialistische ggz-behandeling vanuit de Wlz wordt gefinancierd.

Het Zorginstituut heeft in haar aanvullend pakketadvies over de ggz-sector<sup>4</sup> geadviseerd om voor alle Wlz-cliënten in een institutionele setting de algemeen medische zorg uit de Wlz te bekostigen. Dit betreft de generieke geneeskundige zorg, de paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en tandheelkundige zorg. Het kabinet is voornemens hier begin 2019 een besluit over te nemen.

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2017-2018, 34 104, nr. 198

<sup>2</sup> Onder 'institutionele zorg' verstaat het Zorginstituut zorg met verblijf en het volledig pakket thuis (geleverd in een geclusterde setting).

<sup>3</sup> Wet langdurige zorg, artikel 3.1.1. lid 1, onder c

<sup>4</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2017-2018, 34 104, nr. 208



Met deze brief vraag ik u, in aanvulling op uw uitvoeringstoets over de financiële consequenties van uw pakketadvies voor de V&V en de GHZ<sup>5</sup>, ook de financiële consequenties van het aanvullend pakketadvies voor de groep cliënten met een psychische stoornis in de Wlz te bezien. Ook verzoek ik u mij te adviseren over het te hanteren bekostigingsmodel voor specialistische ggz-behandeling en de algemeen medische zorg voor deze groep.

Ministerie van VWS  
DLZ

**Kenmerk**  
1414827-180481-LZ

### **Afbakening doelgroep**

Het wetsvoorstel regelt dat ook cliënten met een psychische stoornis toegang kunnen krijgen tot de Wlz op basis van de zorginhoudelijke toegangscriteria. Dit betreft cliënten waarvan het CIZ heeft vastgesteld dat ze (mede) vanwege een psychische stoornis blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uren zorg in de nabijheid. Hierbij gaat het om cliënten van 18 jaar en ouder. De zorg aan de jeugd onder de 18 jaar blijft onder de Jeugdwet vallen.

De huidige situatie vormt het uitgangspunt voor uw uitvoeringstoets. Cliënten die de Wlz instromen vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) ontvangen momenteel beschermd wonen. De behandeling (specifieke behandeling en de algemeen medische zorg) voor deze cliënten wordt momenteel uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) gefinancierd. Cliënten die instromen vanuit de Zvw of Wlz ontvangen momenteel verblijf met ggz-behandeling. Hun behandeling wordt momenteel vanuit de Zvw en Wlz gefinancierd; de financiering van de eerste drie jaar onafgebroken verblijf met ggz-behandeling vindt plaats vanuit de Zvw, vanaf het vierde jaar wordt deze zorg uit de Wlz gefinancierd.

### **Institutionele zorg**

Het pakketadvies van het Zorginstituut heeft betrekking op 'institutionele zorg'. Het Zorginstituut verstaat hieronder zorg met verblijf en het volledig pakket thuis (geleverd in een geclusterde setting). Uw uitvoeringstoets heeft dus geen betrekking op het modulair pakket thuis en op het persoonsgebonden budget. Ik realiseer me dat het begrip 'geclusterd volledig pakket thuis (VPT)' niet is gedefinieerd in wet- en regelgeving. Ik verzoek u daarom in uw uitvoeringstoets expliciet de mogelijkheden te bezien om het pakketadvies m.b.t. het geclusterd VPT te implementeren.

### **Advies NZa**

Ik vraag u uiterlijk per 1 december 2018 een aanvulling op uw uitvoeringstoets positionering Wlz-behandeling uit te brengen, waarin u de consequenties van het pakketadvies beziet en daarbij ingaat op de volgende vragen:

1. Wat zijn de macrobudgettaire consequenties van het aanvullend pakketadvies van het Zorginstituut<sup>6</sup> voor cliënten met een psychische stoornis in de Wlz? Ik verzoek u daarbij:
  - Inzicht te geven in de onderbouwing van de verwachte macrobudgettaire consequenties voor de Wlz;
  - inzicht te geven in de omvang van de behandelingskosten in de Zvw die (per dekkader) vanuit de Zvw naar de Wlz verschuiven, waarbij onderscheid wordt gemaakt naar zvp's, en de domeinen (Wmo 2015, Zvw of Wlz) van waaruit de cliënten de Wlz in kunnen stromen;

<sup>5</sup> Zoals ik u heb verzocht in mijn brief van 10 januari 2018.

<sup>6</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2017–2018, 34 104, nr. 208



- inzicht te geven in de macrobudgettaire meer- of minderkosten onder de Wlz, inclusief onderbouwing;
  - bij de beantwoording van bovenstaande drie punten onderscheid te maken tussen specifieke behandeling (= specialistische ggz-behandeling)<sup>7</sup> en de generieke geneeskundige zorg, de paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en tandheelkundige zorg;
  - gebruik te maken van de resultaten van uw kostenonderzoek naar de herijking van de tarieven van de zzp's GGZ-B, ten aanzien van de component behandeling;
  - gebruik te maken van het rapport "GGZ-cliënten in de Wlz" van Bureau HHM, waarin inzichtelijk wordt gemaakt hoeveel cliënten naar verwachting de Wlz instromen vanuit de verschillende domeinen en hoe deze cliënten verdeeld zijn over de verschillende zorgprofielen en leveringsvormen.
2. Ik verzoek u te adviseren over het te hanteren bekostigingsmodel voor specifieke behandeling en algemeen medische zorg voor cliënten met een psychische stoornis in de Wlz.

Ministerie van VWS  
DLZ

**Kenmerk**  
1414827-180481-LZ

#### **Tot slot**

De kosten kunnen worden opgevangen binnen de door VWS beschikbaar gestelde middelen en voor zover dit niet het geval is, wordt dit meegenomen in de gebruikelijke afspraken rond de planning en control cyclus tussen NZa en VWS. Daarnaast verzoek ik u mij eind oktober 2018 te informeren over de voortgang van het advies.

Hoogachtend,

de directeur-generaal Langdurige Zorg,

drs. C. van der Burg

---

<sup>7</sup> De verschuiving van de kosten voor specifieke behandeling heeft u reeds inzichtelijk gemaakt in de uitvoeringstoets wetgeving d.d. 24 juli 2018 bij het concept wetsvoorstel 'toegang Wlz voor cliënten met een psychische stoornis'.



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

Datum  
18 februari 2019  
Contactpersoon

Bijlage(n)  
1  
Doorkiesnummer

Ons kenmerk  
GGZN/RIBW/FO/230562/2019

Uw kenmerk

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

Geachte mevrouw Kaljouw,

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

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

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

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

Met vriendelijke groet,

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

drs. J.P. Laurier  
voorzitter Federatie Opvang

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

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



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

### ***Uitgangspunten ZiN***

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

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

-----

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

### ***Reactie***

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

-----

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

### *Reactie*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

-----

*Tot slot*

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

### **Consequenties van een integrale prestatie**

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

#### **§4.1 Uitvoerbaarheid bij zorgaanbieders**

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

1. Administratieve lasten
2. Beschikbaarheid van benodigde expertise

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

#### *Reactie*

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

-----

#### *Figuur 2 Overzicht verwachte instroom (pag. 17)*

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

-----

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

#### *Reactie*

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

-----

#### *Uitvoerbaarheid bij de beschermende woonomgevingen (instroom vanuit de Wmo)*

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

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

#### *Reactie*

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

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

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

-----

#### *§4.2 Toezichtaspecten bij zorgkantoren (pag. 20)*

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

#### *Reactie*

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

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

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

-----

“Cliënt en zorg [...]”

*Reactie*

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

-----

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

*Tarieven en prijzen*

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

*Reactie*

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

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

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

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

## *Hst. 6 Conclusie consequenties van een integrale prestatie*

### *§6.1 Uitvoeringsconsequenties (pag. 26)*

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

### *§6.2 Invoeringstraject (pag. 27)*

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

### *§6.3 Vervolgtraject (pag. 28)*

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

#### *Reactie*

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

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

### **Consequenties van alternatieve prestaties**

#### *§7.1 Alternatieve bekostigingsmodellen*

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

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

#### *Reactie*

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

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

-----



### *Alternatief bekostigingsmodel 2B*

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

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

We maken wel een voorbehoud. Onderzocht moet worden:

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

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

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

-----

### *Alternatief bekostigingsmodel 3*

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

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

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

-----

#### *Tot slot*

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

## **Vragen en/of opmerkingen ter verheldering van de tekst**

### *Managementsamenvatting*

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

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

### *Inleiding*

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

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

### *§1.1 Achtergrond*

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

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

### *Hst. 3 Afweging bekostigingsmodel bij integrale behandeling*

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

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

#### *Hst. 4 Inhoudelijke consequenties van een integrale prestatie*

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



Aan de Nederlandse Zorgautoriteit  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

**Datum:** 15 februari 2018  
**Kenmerk:** 19-019  
**Onderwerp:** reactie op rapport uitvoeringstoets Wlz-behandeling in de GGZ  
**Contact:**

Geachte mevrouw Van de P

Graag maken wij als MIND gebruik van de gelegenheid om te reageren op het rapport van uw uitvoeringstoets Wlz-behandeling in de ggz. Allereerst willen wij onze waardering uitspreken voor de zorgvuldigheid waarmee u de uitvoeringstoets heeft uitgevoerd. De NZa heeft tijd en ruimte genomen om zich in de specifieke ggz-praktijk te verdiepen. Ook heeft u de vrijheid genomen om een aantal alternatieven voor de integrale prestatie in de Wlz te verkennen. Deze open houding vinden wij noodzakelijk om het complexe vraagstuk van behandeling in de Wlz te benaderen.

#### **Uitgangspunten vanuit cliëntperspectief**

Het advies van het Zorginstituut is om in de Wlz alle behandeling (specifiek en algemeen) onder te brengen in een integrale prestatie. Daarmee zou integrale zorg voor ggz-cliënten die permanent toezicht en/of 24 uur nabije zorg nodig hebben het best gewaarborgd zijn. MIND onderschrijft het belang van integrale zorg volledig, maar weerspreekt de veronderstelling dat integrale bekostiging daarvoor absoluut noodzakelijk is. In de praktijk komt integrale zorg vooral tot stand in de triade van professional-cliënt-naaste en in de samenwerking tussen professionals onderling. Dit blijkt ook uit het Significant-onderzoek. Naast integrale zorg zijn keuzevrijheid en 'zo gewoon mogelijk' belangrijke uitgangspunten voor MIND bij de zorg aan cliënten die straks tot de Wlz-doelgroep zullen behoren. Met 'zo gewoon mogelijk' bedoelen we dat de cliënt ruimte krijgt om gebruik te maken van algemene voorzieningen en behandelingen, en niet afhankelijk is van specifiek aanbod vanuit één instelling. Dit past ook in de brede beweging binnen de ggz naar herstel en burgerschap. De uitgangspunten van keuzevrijheid en 'zo gewoon mogelijk' zijn ons inziens nog iets onderbelicht in uw rapport. Ze zijn wel goed herkenbaar in het rapport van genoemd Significant-onderzoek.

#### **Risico's bij een integrale prestatie**

Uw uitvoeringstoets toont duidelijk aan dat integrale bekostiging een aantal grote risico's met zich meebrengt voor instellingen beschermd wonen. De vraag is of deze instellingen de inhoudelijke en financiële verantwoordelijkheid voor een integrale prestatie wel kunnen en willen dragen. U schetst het risico dat instellingen zich in de toekomst alleen nog maar gaan richten op Wmo-cliënten en niet meer op Wlz-cliënten.

Dit kan ertoe leiden dat mensen gedwongen moeten verhuizen, dat wachttijden oplopen en dat de Wlz-zorg zich gaat concentreren binnen meer grootschalige instellingen. Al deze uitkomsten zijn schadelijk voor de cliënt. Het is goed dat de NZa in de uitvoeringstoets waarschuwt voor deze risico's en ook een aantal alternatieven voor bekostiging verkent.

#### **Consequenties van de uitvoeringstoets**

MIND heeft op dit moment nog geen definitieve voorkeur voor een van de scenario's die u in de uitvoeringstoets schetst. We willen wel een aantal criteria meegeven waarop wij het vervolg van het proces en het uiteindelijke resultaat zullen toetsen:

- Uitvoerbaarheid in de praktijk dient uitgangspunt te zijn. Een bekostigingsmodel heeft daarom voldoende draagvlak nodig bij cliëntorganisaties, aanbieders en financiers.
- Er zijn waarborgen nodig voor de continuïteit van zorg en wonen. Onnodige verhuizingen of extra wisselingen van personeel kunnen juist voor de Wlz-doelgroep in de ggz zeer schadelijk zijn.
- De ontwikkeling naar meer zorg in de wijk en een steeds grotere variëteit aan (kleinschalige) woonzorgvormen moet niet belemmerd worden.
- 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.
- Er mag geen vertraging optreden in de toegang van de ggz-doelgroep tot de Wlz.

Met vriendelijke groet,

Drs. M.J. ter Avest  
Directeur MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid

**Uitvoeringstoets Behandeling**

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

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





## Inhoud

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

## **Managementsamenvatting**

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

### **Doel**

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

### **Aanpak**

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

### **Bevindingen**

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

### **Conclusie**

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

## 1. Inleiding

### 1.1 Achtergrond

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

Het uitgangspunt met betrekking tot psychische stoornissen blijkt in de praktijk niet houdbaar. Er zijn complexe geestelijke gezondheidszorg (ggz) cliënten die een onbepaald aantal jaren tot zeer intensieve zorg nodig hebben. Blijvende zorg is echter niet altijd op voorhand met zekerheid vast te stellen. Dat was een van de redenen om vanaf 2015 de ggz-cliënten alleen op basis van het 'voortgezet verblijf' regime in te laten stromen tot de Wlz. Daarmee bedoelen we een klinische ggz-opname ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw) van tenminste drie jaar bij geïntegreerde instellingen. Daarna beoordeelt de behandelaar of het verblijf voortgezet dient te worden en klinisch verblijf nog steeds medisch noodzakelijk is voor geneeskundige zorg<sup>1</sup>. Ggz-cliënten krijgen op dit moment dus niet op basis van een CIZ-indicatie (op zorginhoudelijke criteria) toegang tot de Wlz. Dit in tegenstelling tot mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap, dan wel met een somatische of psychogeriatrische beperking of aandoening.

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

#### **Wetsvoorstel 'Toegang Wlz voor mensen met een psychische stoornis'**

Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) vindt de 'knip' tussen psychische problematiek en de andere grondslagen niet wenselijk. Door de wet uit te breiden, kan worden gekeken naar een totaalbeeld van beperkingen om te bepalen of iemand Wlz-zorg nodig heeft. In 2014 heeft het kabinet naar aanleiding van de motie Keijzer en Bergkamp het voornemen uitgesproken om cliënten die vanwege een psychische stoornis blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid ook toegang te bieden tot de Wlz. Het Zorginstituut heeft daaropvolgend op 16 december 2015<sup>2</sup> geadviseerd om de huidige zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz ook voor de ggz te laten gelden. Het huidige kabinet heeft in het regeerakkoord 'Vertrouwen in de toekomst' kenbaar gemaakt het advies van het Zorginstituut op te volgen en de directe toegang van ggz-cliënten tot de Wlz mogelijk te maken per 2021, mits de effecten geen belemmeringen vormen.

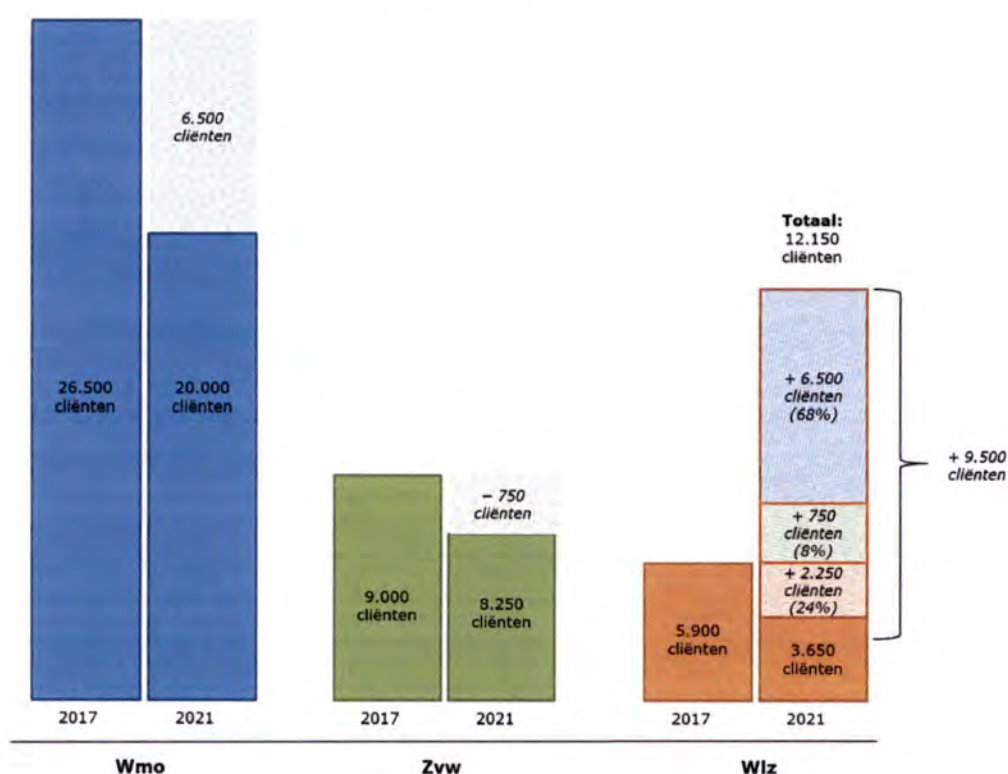
---

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

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

De doelgroep van dit wetsvoorstel betreft kwetsbare mensen die door hun psychische aandoening, al dan niet in combinatie met andere aandoeningen, op nagenoeg alle levensdomeinen onvoldoende of geen regie hebben. Zij hebben in hun dagelijks functioneren onvoldoende of geen probleemoplossend vermogen en/of kunnen hun hulpvraag niet stellen. Vanwege het wetsvoorstel heeft bureau HHM in opdracht van VWS onderzocht wat de mogelijke omvang is van de groep ggz-cliënten die toegang zullen krijgen tot de Wlz. Ze komen tot de inschatting dat het gaat om minimaal 9.500 en maximaal 12.250 (nieuwe) cliënten in 2021<sup>3</sup>. In figuur 1 is de verwachte uitstroom en instroom van het onderzoek in kaart gebracht (op basis van de minimale instroom van 9.500 cliënten). Deze cliënten komen uit drie domeinen: 68% uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) oftewel de beschermde woonvormen, ongeveer 24% met een tijdelijke indicatie binnen de Wlz (voortgezet verblijf cliënten waarvan de blijvende behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur zorg per dag in de nabijheid kan worden vastgesteld) en een klein percentage (8%) uit de Zvw.

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



### Advies over de positionering van behandeling bij ggz-cliënten

Op 27 september 2017 kwam het Zorginstituut met een advies over de positionering van behandeling in de Wlz voor de ghz en vv-sector. Met oog op het eerdere positieve advies ten aanzien van de directe toegang tot de Wlz voor ggz-cliënten die voldoen aan de inhoudelijke criteria, is het Zorginstituut vervolgens nagegaan of de conclusie ook voor deze groep geldt. De conclusie van dit aanvullend advies is dat mensen met een psychische stoornis die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid

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

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

De kern van dit advies is:

- Voor de leveringsvormen zorgzwaartepakket (zzp) en 'geclusterd' volledig pakket thuis (vpt)<sup>4</sup>, oftewel institutionele zorg, moet alle behandeling en aanvullende zorg ten laste van de Wlz komen. Het betreft de geneeskundige zorg, paramedische zorg, hulpmiddelen, farmaceutische zorg<sup>5</sup>, mondzorg en kleding.
- Het Zorginstituut schreef in zijn advies; "cliënten die afhankelijk zijn van institutionele zorg kunnen over het algemeen niet zelf de regie voeren over hun eigen leven. Daarom hebben deze cliënten integrale en interdisciplinaire zorg nodig. De wetgever treft voor deze burgers de meeste waarborgen op integrale zorg door een situatie te creëren waarbij alle zorg onder één domein en onder de verantwoordelijkheid van één regisserende en coördinerende zorgaanbieder valt". Dit moet de kwaliteit van zorg ten goede komen door een verdergaande integrale zorglevering dan nu het geval is. Met het advies van het Zorginstituut wordt ook de huidige rechtsongelijkheid tussen deze twee cliëntgroepen in een institutionele setting wegenomen.

## 1.2 Vraagstelling

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de NZa op 7 september 2018<sup>6</sup> gevraagd om voor de ggz-doelgroep, die straks zal toestromen tot de Wlz wanneer de wetwijziging doorgang vindt, na te gaan welk bekostigingsmodel de integrale zorglevering het beste faciliteert én haalbaar is. Daarnaast wordt gevraagd de financiële consequenties in kaart te brengen. Het gaat in deze uitvoeringstoets (hierna: UVT) dus specifiek over de groep cliënten die vanaf 2021, bij uitbreiding van de Wlz, directe toegang zouden krijgen vanwege de psychische problematiek.

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

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

---

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

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

<sup>6</sup> Brief aan NZa, "Aanvulling uitvoeringstoets positionering Wlz behandeling", 7 september 2018, kenmerk 1414827-180481-LZ

### **1.3 Aanpak**

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

Om een gedegen analyse te doen van de uitvoeringsconsequenties hebben we samengewerkt met veldpartijen. Allereerst hebben we drie expertbijeenkomsten georganiseerd met zorgaanbieders van geïntegreerde instellingen en beschermende woonomgevingen. Zij hebben ons in deze sessies meegenomen in de wereld van de ggz en de toekomstige Wlz-client. Wij willen de experts daarom ook hartelijk danken voor de medewerking en hun waardevolle inzichten.

Daarnaast hebben we een input opgehaald bij de cliëntorganisatie binnen de ggz, zorgkantoren en behandelaren binnen de sector. Ook hebben we gebruik gemaakt van het onderzoek van HHM over de verwachte ggz-instroom binnen de Wlz<sup>7</sup> en de rapportage over de uitvoeringspraktijk van Wlz-behandeling van onderzoeksbureau Significant.

### **1.4 Afbakening**

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

---

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

UVT Wetgeving	Update UVT Wetgeving	UVT Behandeling	UVT Bekostiging
<p><b>Doel</b> Toetsen van uitvoerbaarheid wetsvoorstel op toezicht, handhaafbaarheid en financiën.</p> <p><b>Uitgangspunten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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;</li> <li>- 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;</li> <li>- 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:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. op basis van voortgezet verblijf (die altijd in een geïntegreerde ggz-instelling wordt geleverd met bijbehorende bekostiging op basis van ggz zzp-b)</li> <li>2. op basis van een CIZ-indicatie op grond van zorginhoudelijke criteria.</li> </ol> </li> <li>- De zorg aan de jeugdigen (Jeugdwet) wordt niet meegenomen.</li> <li>- 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 <i>peiljaar 2018</i> geïndexeerd.</li> </ul>	<p><b>Doel</b> Een update van de financiële consequenties van het wetsvoorstel. De invloed van de toekomstige zorgprofielen en het meest recente kostenonderzoek Wlz wordt hierin meegenomen.</p> <p><b>Uitgangspunten</b> Dezelfde parameters en uitgangspunten worden gebruikt als de UVT Wetgeving. Het verschil is, is dat er een update plaatsvindt op de toereikendheid van het Wlz-kader, waarbij de volgende parameters worden herzien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De instroom van de cliënten op basis van de toekomstige zorgprofielen;</li> <li>- De prijzen en tarieven op basis van a) de meest recente herijkte ggz-b tarieven en b) een indexering naar <i>prijspel 2019</i> voor de ggz-c prestaties en specifieke behandeling uit de Zvw.</li> </ul>	<p><b>Doel</b> 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"<sup>1</sup> uitgebracht voor de ggz waarin zij adviseert dat alle cliënten, waar sprake is van institutionele zorg, een <i>integraal pakket aan behandeling</i> ontvangen. Om de impact van dit voornemen te bepalen, levert de NZa twee uitvoeringstoetsen op:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uitvoeringstoets voor de vv en ghz</li> <li>- Uitvoeringstoets voor de ggz (<u>voorliggende UVT</u>).</li> </ul> <p><b>Uitgangspunten</b> In deze UVT worden dezelfde parameters en uitgangspunten gebruikt als de update van de UVT Wetgeving. Het verschil is dat er uitgangspunten bijkomen, in relatie tot het advies van het Zorginstituut over integrale behandeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Daarnaast stelt het advies van Zorginstituut dat de verantwoordelijkheid van de behandeling bij één zorgaanbieder moet liggen.</li> </ul>	<p><b>Doel</b> Het ontwikkelen van prestaties en tarieven bij de toekomstige ggz-zorgprofielen. De nieuwe prestaties en tarieven bij de toekomstige ggz-zorgprofielen vormen een aanleiding om het financiële effect van het wetsvoorstel te bezien. Afhankelijk van het te doorlopen traject om tot nieuwe prestaties en tarieven te komen, zal bepaald worden wanneer de financiële toereikendheid van het Wlz-kader opnieuw berekend zal worden. In deze UVT zullen we uitgebreider ingaan op de consequenties die mogelijk ontstaan voor de cliënt met betrekking tot de toekomstige zorgprofielen, prestaties en tarieven en de overgang naar de Wlz.</p>
Opgeleverd in augustus 2018	Wordt tegelijk met voorliggende UVT opgeleverd in februari 2019	Voorliggende UVT	Nog nader te bepalen

## **1.5 Leeswijzer**

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

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



## 2. De huidige uitvoeringspraktijk in beeld

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

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

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

### Ter informatie

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

#### 1. Geïntegreerde ggz-instelling

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

#### 2. Beschermende woonomgevingen

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

## 2.1 Organisatie van zorg

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

### Ter informatie

#### *Specifieke behandeling*

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

#### *Algemeen geneeskundige zorg*

Onder algemeen geneeskundige zorg worden de volgende zorgvormen verstaan:

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

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

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

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

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

## 2.2 Bekostiging van zorg

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

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

### Ter informatie

#### Zzp

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

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

**Ter informatie**

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

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

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

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

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

### 3. Afweging bekostigingsmodel bij integrale behandeling

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

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

Om alle zorg inclusief behandeling te gaan leveren en de zorg onder verantwoordelijkheid van één aanbieder in de Wlz, past in het huidige tijdsbeeld van een zwaarder en complexer wordende zorgvraag. In het advies van het Zorginstituut wordt uitgegaan van het standpunt dat vrijwel alle Wlz-cliënten integrale, interdisciplinaire zorg nodig hebben vanwege de blijvende behoefte aan zorg. Dat is zorg waarbij de diverse zorgverleners hun activiteiten intensief op elkaar afstemmen<sup>8</sup>. Er wordt dus meer afstemming en aansluiting geadviseerd tussen wonen, begeleiding en behandeling. Voor de meeste cliënten binnen de vv en ghz is dat al op deze manier georganiseerd; ruim 60% van de cliënten wordt bekostigd via prestaties met behandeling. De rest van de cliënten krijgt de zorg vergoed via prestaties zonder behandeling, waarbij een cliënt ook in dit geval recht heeft op specifieke behandeling<sup>9</sup>. De ggz sector is op een andere wijze georganiseerd; er zijn in de Wlz alleen nog maar prestaties met behandeling (in tegenstelling tot vv en ghz).

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

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

---

<sup>8</sup> Advies Zorginstituut 'Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënt', 27 september 2017

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

## 4. Inhoudelijke consequenties van een integrale prestatie

### 4.1 Uitvoerbaarheid bij zorgaanbieders

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

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

We gaan ook, bij het bepalen van de uitvoeringsconsequenties, uit van de verwachte instroom vanuit de verschillende financieringsstromen (zoals deze in paragraaf 1.1 is beschreven). Samenvattend betekent dit voor de zorgaanbieders dat bij een *geïntegreerde ggz-instelling* er een verschuiving zal plaatsvinden van cliënten: 5.900 cliënten zitten nu in de Wlz vanwege voortgezet verblijf (bekostigd via een ggz zzp-b), en daarvan zullen er 2.250 cliënten instromen op basis van de inhoudelijke criteria in de Wlz. We gaan er van uit dat deze cliënten op basis van dezelfde uitgangssituatie in de Wlz komen<sup>10</sup>. Een geïntegreerde ggz-instelling zal ook te maken krijgen met een uitbreiding van het aantal cliënten die zorg uit de Wlz ontvangen. Naast de instroom vanuit voortgezet verblijf, zullen 750 cliënten vanuit de Zvw een ggz-profiel geïndiceerd krijgen door het CIZ. We gaan er in deze UVT van uit dat deze cliënten op een Wlz-plek bij een geïntegreerde ggz-instelling komen. Dit betekent dat de geïntegreerde ggz-instelling vanaf dat moment ook voor deze cliënten Wlz zorg levert.

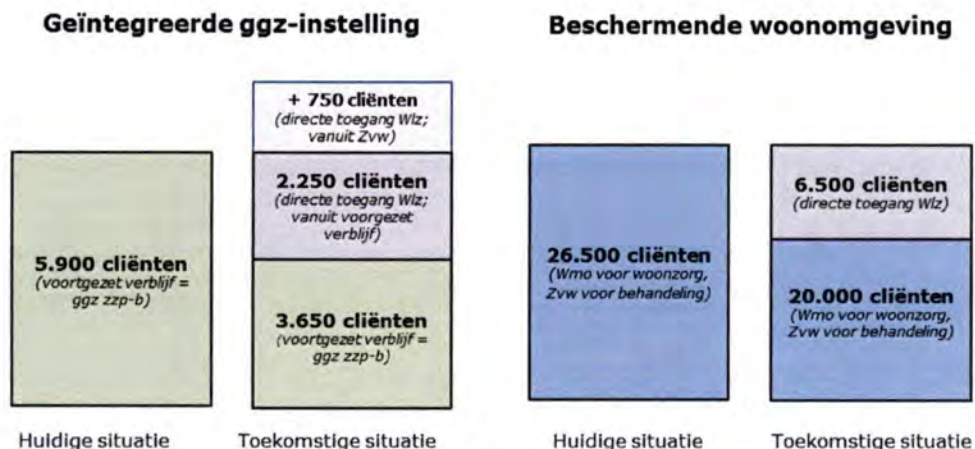
Bij de *beschermende woonomgevingen* vindt de grootste verschuiving plaats. In de huidige situatie hebben deze organisaties geen Wlz-cliënten. Hun populatie wordt volledig bekostigd vanuit een combinatie van Wmo (wonen) en Zvw (behandeling). De woonzorg valt onder verantwoordelijkheid van de beschermende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

---

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

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

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



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

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

Wat een probleem kan vormen, is als de zzp's zullen worden verruimd. Nu worden het honorarium van de tandarts, de techniekkosten en de narcosebehandeling voor mondzorg boven budgettair bekostigd. Ook individueel aangemeten hulpmiddelen en de aangepaste rolstoel worden boven-budgettair bekostigd. In het advies voor de vv en ghz, die ingaat op de integrale bekostiging van deze cliënten, wordt geadviseerd dat in ieder geval de mondzorg zal worden opgenomen in de integrale prestatie. Voor de individueel aangemeten hulpmiddelen zal nader onderzoek gedaan moeten worden in hoeverre dit mogelijk is. Als het besluit wordt genomen dat deze boven-budgettaire zorgvormen onderdeel worden van de integrale prestatie, dan zal dit voor de geïntegreerde ggz-instellingen betekenen dat ze verantwoordelijk worden voor een groter zorgpakket. Aangezien de geïntegreerde ggz-instellingen de organisatie hebben ingericht om de behandeling te kunnen leveren, verwachten wij dat dit geen grote consequenties met zich zal brengen.

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

### **Uitvoerbaarheid bij de beschermende woonomgevingen (instroom vanuit Wmo)**

We zien bij beschermende woonomgevingen dat de uitvoeringspraktijk verschilt met die van geïntegreerde instellingen. Bij deze instellingen staat behandeling niet op voorgrond en ligt de focus op veiligheid, bescherming, stabilisatie en herstel. Ook van oudsher (voor overheveling naar Wmo) leverden deze instellingen geen behandeling, maar alleen woonzorg. Bekostiging vond plaats op basis van prestaties zonder behandeling, namelijk de zzp's exclusief behandeling (ggz zzp-c). Deze situatie werd vanaf 2015 in de Wmo voortgezet, waarbij nog steeds een bewuste (fysieke) scheiding is tussen woonzorg en behandeling. De aanbieder levert woonzorg (wonen, verblijf en begeleiding) vanuit de Wmo en de cliënt bepaalt zelf welke behandeling (traject) vanuit de Zvw bij hem of haar het beste aansluit. Hoewel kostenstructuur in de Wmo ongeveer vergelijkbaar is gebleven, zien we wel meer diversiteit in financiering met meer en verschillende modules (bijvoorbeeld zogenaamde zorgarrangementen). De focus is echter altijd gebleven op het vergoeden van wonen, verblijf en begeleiding. Dit past in de zorgvisie van een aanbieder om stabiliteit van wonen en zorg te bieden met de flexibiliteit van behandeling<sup>11</sup>.

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

## **4.2 Toezichtaspecten bij zorgkantoren**

De bekostiging heeft invloed op de inkoop van zorg door zorgkantoren. Het zorgkantoor heeft namelijk een zorgplicht (de Wlz-uitvoerders<sup>12</sup> hebben deze verantwoordelijkheid voor de bij hem ingeschreven verzekerden bij de regionale zorgkantoren gelegd). Een zorgplicht houdt in dat het zorgkantoor ervoor moet zorgen dat een cliënt binnen redelijke termijn en binnen redelijke afstand van waar hij wenst te gaan wonen, dan wel bij hem thuis, zorg ontvangt waarop de cliënt is aangewezen en die aansluit op zijn voorkeur. Hiertoe dient het zorgkantoor

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

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



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

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

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

#### **Ter informatie**

##### *Kerndoel 1: Zorginkoop*

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

##### *Kerndoel 2: Cliënt en zorg*

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

*Kerndoel 3: Zorguitgaven*

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

*Kerndoel 4: Organisatie*

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

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

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

## 5. Financiële consequenties van een integrale prestatie

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

### 5.1 Parameters financiële raming

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

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

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

#### **Instroom Zvw**

##### *a) Tarieven en prijzen (P)*

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

##### *b) Aantal cliënten die de Wlz instromen (Q)*

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

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

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

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

**Tabel 3. Instroom aantal cliënten vanuit Zvw**

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

### c) *Behandelingskosten*

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

### **Instroom Wmo**

#### 1. *Tarieven en prijzen (P)*

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

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

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

**Tabel 4. Instroom aantal cliënten vanuit Wmo**

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

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

### 3. Behandelingskosten

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

## 5.2 Ophoging Wlz kader

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

### Instroom Zvw

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

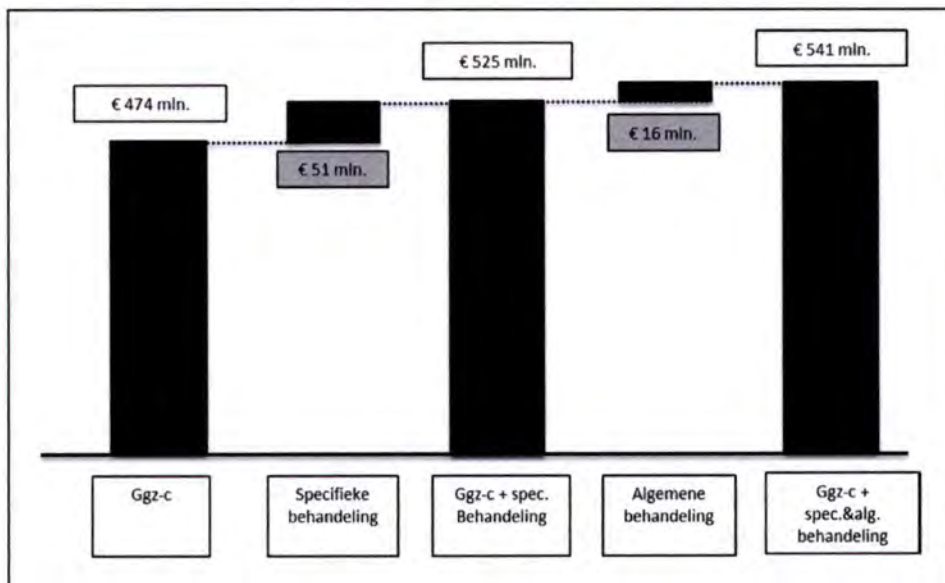
### Instroom Wmo

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

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

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

**Figuur 3. Opbouw ophoging Wlz kader instroom vanuit Wmo**



### 5.3 Voorbehouden

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

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

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

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

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

## **6. Conclusie consequenties van een integrale prestatie**

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

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

### **6.1 Uitvoeringsconsequenties**

#### **Uitvoeringsconsequenties integrale prestatie voor Zvw cliënten**

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

#### **Uitvoeringsconsequenties integrale prestatie voor Wmo cliënten**

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



op het Wlz kader hoger. We schatten de minimale toename van het Wlz kader, bij instroom van de Wmo cliënten, op € 541 miljoen<sup>13</sup>.

## 6.2 Invoeringstraject

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

### **Ingroeitrajact**

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

### **Bekostiging**

Het ingroeitrajact zal verder vorm gegeven worden in overleg met andere partijen, waar duur van het trajact en de inhoudelijke en financiële verantwoordelijkheden bespreekpunten zijn. We raden aan om de 'oude' situatie binnen de Wlz als startpunt te nemen (op basis van ggz zzp-c). Vanuit deze startpositie kan dan geleidelijk worden toegroeid naar een eindsituatie met prestaties inclusief (integrale) behandeling. Tijdens het ingroeitrajact maakt de NZa instapprestaties op basis van losse, modulaire behandelprestaties. De behandelmodules kunnen in termijnen gestapeld worden. Zorgaanbieders die zich willen richten op de ggz Wlz cliëntgroep, maar nog grote gevolgen ondervinden van een integrale prestatie, kunnen op deze manier toegroeien naar de nieuwe situatie<sup>14</sup>. Tijdens of na het ingroeitrajact zal er een opnieuw naar de tarieven van de integrale prestaties moeten worden gekeken voor deze nieuwe cliëntgroep binnen de Wlz om te bepalen of deze passend zijn.

### **Afwegingen**

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

---

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

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

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

### **Randvoorwaarden**

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

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

## **6.3 Vervoltraject**

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

Afhankelijk van besluitvorming over type bekostigingsmodel voor de nieuwe instroom, heeft dit effect op de (financiële) uitvoeringsgevolgen. In de UVT bekostiging gaan we in op de mogelijkheden voor het maken van prestaties en tarieven op basis van het gekozen bekostigingsmodel. Voor het jaar 2021 moeten wij uiterlijk in de tweede helft van 2020 prestaties en tarieven opleveren voor de nieuwe ggz-instroom in de Wlz. De definitieve (kosten) gegevens van deze nieuwe instroom zijn in 2020 nog niet beschikbaar<sup>15</sup>. We zullen daarom moeten 'terugvallen' op informatie die nu wel beschikbaar is, zoals huidige prestaties of oude prestaties binnen de Wlz (zoals we dat in deze UVT ook doen). Wanneer echter blijkt dat de oude of huidige prestaties en tarieven onvoldoende aansluiten bij deze nieuwe instroom, zal er een nieuw (normatief) kostenonderzoek moeten worden gedaan. Dit zal per 2021 niet gereed zijn. Wij zullen daarom in de UVT bekostiging ingaan op:

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

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

---

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

## 7. Consequenties van alternatieve prestaties

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

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

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

### 7.1 Alternatieve bekostigingsmodellen

Ten tijde van het indienen van de motie van Keijzer en Bergkamp in 2015, was er nog de mogelijkheid van prestaties met en zonder behandeling binnen de Wlz. Dit is voor de vv en ghz voornamelijk in de huidige situatie nog steeds het geval. Als het advies van het Zorginstituut wordt opgevolgd dan is de verwachting dat er binnen de Wlz geen prestaties meer zijn zonder behandeling<sup>16</sup>. Vanwege de grote uitvoeringsgevolgen en de verschillen in bekostiging tussen de ggz en andere sectoren (vv en ghz), onderzoeken we in dit hoofdstuk andere, alternatieve bekostigingsvormen. In bijlage 4 staan alle bekostigingsvormen beschreven, met de voor- en nadelen. In bijlage 5 staat vervolgens beschreven wat de uitvoeringsconsequenties bij aanbieders zijn en de toezichtmogelijkheden op zorgkantoren. In onderstaande paragrafen hebben we deze impact samengevat.

---

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

## 1. Eén prestatie met woonzorg en specifieke behandeling

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

Deze bekostigingsvariant voldoet niet aan het advies van het Zorginstituut. De pakketafbakening is namelijk smaller, dan geadviseerd (bij het advies hebben cliënten ook recht op algemeen geneeskundige zorg). Deze bekostigingsvariant voldoet deels<sup>17</sup> aan de huidige wettekst.

### *Inschatting impact zorgaanbieders*

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

### *Toezicht op zorgkantoren*

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

### *Financiële uitvoerbaarheid*

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

---

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

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

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

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

### *Inschatting impact zorgaanbieders*

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

De impact bij een beschermende woonomgeving is groot wanneer zij alle zorg moeten declareren. De organisatie moet, namens behandelaren, de zorg declareren. Bij deze variant zal de organisatie de behandeling dus alsnog moeten coördineren. De organisatie zal zelf met behandelaren/zorgaanbieders afspraken moeten maken over welke zorg nodig is en bij wie ze dat kunnen afnemen. Ook hier ontstaat het risico dat zij de zorg aan de Wlz-cliënten niet willen en gaan bieden. Het voordeel is wel dat de organisatie meer inzicht krijgt in de behandeling die gegeven wordt aan de cliënt. Wanneer de mogelijkheid bestaat dat er meerdere aanbieders de zorg kunnen declareren, is de impact bij een beschermende woonomgeving klein. De declaratiestroom verandert voor de ketenpartner van de zorgverzekeraar naar het zorgkantoor<sup>18</sup>.

### *Toezicht op zorgkantoren*

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

---

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

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

#### *Financiële uitvoerbaarheid*

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

### **3. Eén prestatie voor woonzorg**

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

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

#### *Inschatting impact zorgaanbieders*

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

#### *Toezicht op zorgkantoren*

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

#### *Financiële uitvoerbaarheid*

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

## **7.2 Aandachtspunten alternatieve prestaties**

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

## 8. Toekomstscenario's van integrale en alternatieve prestaties

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

**Tabel 3. Toekomstscenario's**

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

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

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



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

---

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

## 9. Reflectie

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

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

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

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

### 9.1 Onzekerheden

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

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

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

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

---

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

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

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

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

## 9.2 Ontwikkelingen

Met de visie in het rapport van de commissie Dannenberg<sup>21</sup> en de daaruit voortkomende meerjarenagenda<sup>22</sup> is een ontwikkeling in gang gezet om bedden af te bouwen en mensen zoveel mogelijk ambulant, in de eigen woon- en leefomgeving te begeleiden, te ondersteunen en te behandelen. De omgeving van de beschermende woonomgevingen is hierdoor aan het ontwikkelen en veranderen. In iedere gemeente worden deze ontwikkelingen op een andere wijze in gang gezet. De verwachting is wel dat, mede als gevolg van de transities in de zorg, de ontwikkelingen in en rond het beschermd wonen en in de zorg voor mensen met een psychische kwetsbaarheid in het algemeen, de komende tijd in een stroomversnelling zullen raken. Het risico is dat er een opeenstapeling ontstaat van veranderingen en dit kan zorgen dat deze cliëntgroep straks niet op de goede plek terecht komt en/of de juiste zorg krijgt.

## 9.3 Overdenkingen

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

---

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

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

### **Experiment/pilot**

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

### **Vervolgonderzoek**

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

## **Bijlage 1. Opdrachtbrief VWS**

## Bijlage 2. Financiële consequenties - overige parameters en bandbreedte analyse

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

### **Beschrijving (overige) parameters financiële berekening**

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

#### *Dagbesteding*

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

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

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

#### *Gemiddelde verblijfsduur*

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

#### *Kortingspercentage*

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

#### *Meerzorg, toeslagen en overige basisprestaties*

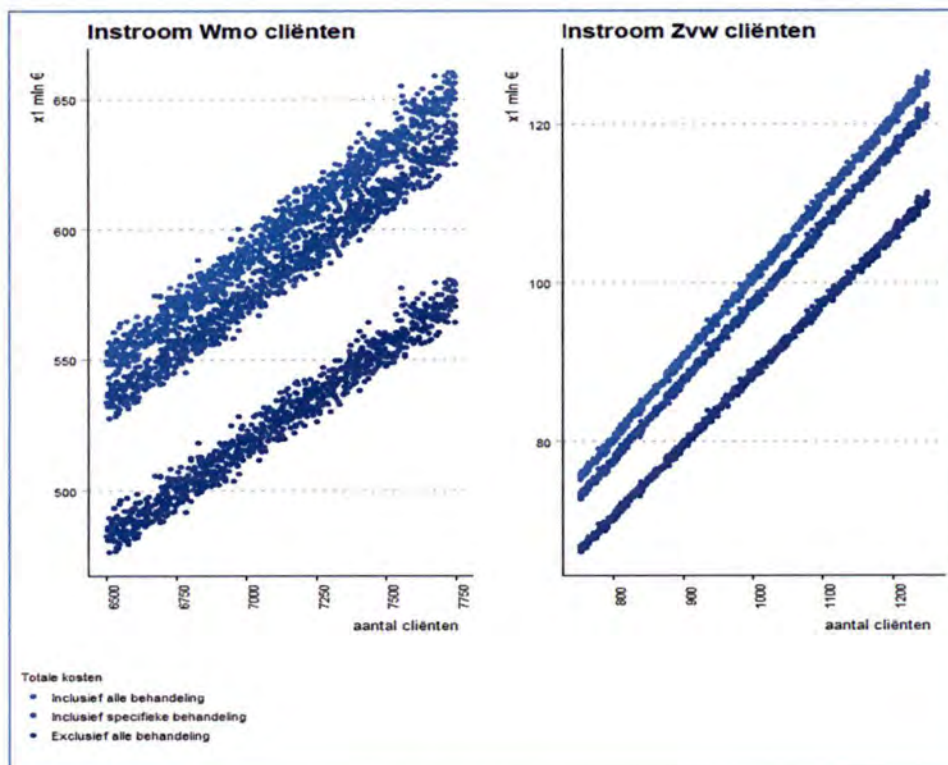
Voor de inschattingberekening van de impact op het Wlz-kader hebben we, in tegenstelling tot de UVT wetgeving niet de kosten van de regeling meerzorg, toeslagen en overige basisprestaties berekent. Dit valt buiten de scope van de vraag.

#### *Boven-budgettaire bekostiging*

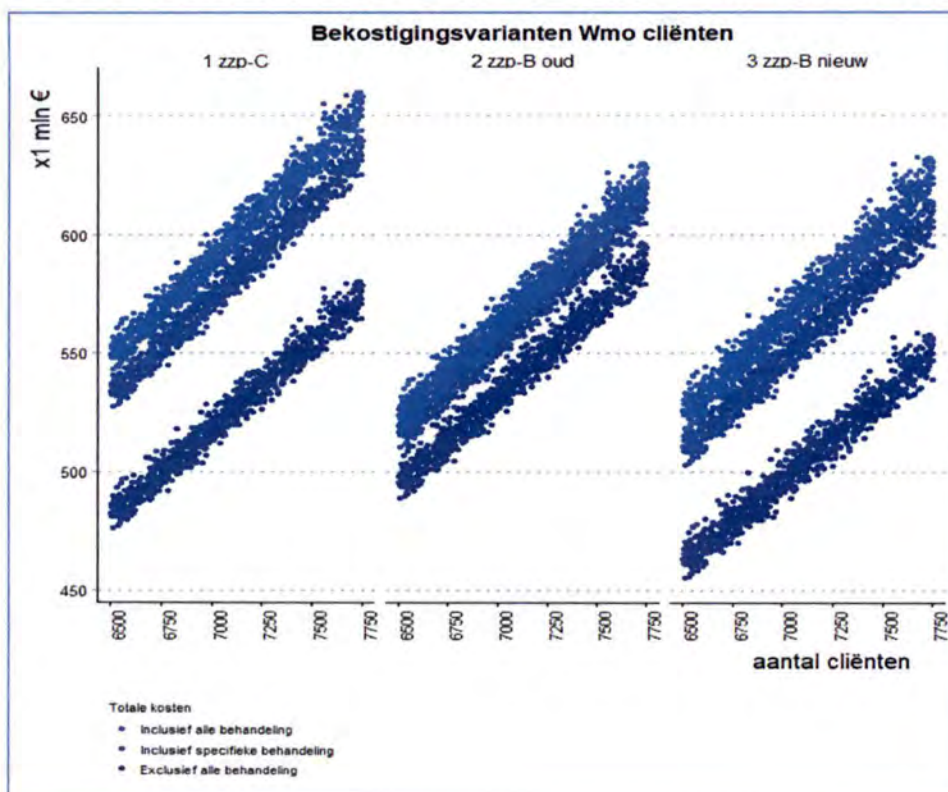
In de huidige bekostiging in de Wlz worden enkele onderdelen buiten de contractteerruimte om, boven-budgettair vergoed. Dit geldt voor de mondzorg, rolstoelen, individueel aangemeten hulpmiddelen en de regeling voor extreme kosten. Voor de instroom van ggz cliënten vanuit de Zvw en Wmo hebben we geen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

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

**Bandbreedte analyses**



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





## Bijlage 3. Financiële consequenties – samenvatting uitkomsten (tabellen)

### Samenvatting uitkomsten ophoging Wlz kader – instroom Wmo (tabel)

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



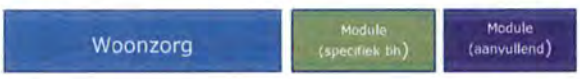




**Samenvatting uitkomsten ophoging Wlz kader – instroom Zvw (tabel)**

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

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

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

## Bijlage 4. Bekostigingsmodellen

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

*Ad 1: Integrale prestatie*

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

De voordelen om de prijzen van onderlinge dienstverlening te reguleren:

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

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

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

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

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

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

De voordelen van dit bekostigingsmodel zijn:

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

De nadelen van dit bekostigingsmodel zijn:

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

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

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

De voordelen van dit bekostigingsmodel zijn:

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

De nadelen van dit bekostigingsmodel zijn:

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

## Bijlage 5. Overzicht en beschrijving uitvoerbaarheid van bekostigingsvarianten

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

## **Mate van uitvoerbaarheid bij zorgaanbieders**

### **Eén prestatie met woonzorg en specifieke behandeling**

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

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

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

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

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

#### *A. Declaratie van zorg door één organisatie*

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



**B. Declaratie van zorg door meerdere organisaties**

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

**Eén prestatie voor woonzorg**

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

**Toezicht op het zorgkantoor**

**Eén prestatie met woonzorg en specifieke behandeling**

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

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

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

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

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

#### **Eén prestatie voor woonzorg**

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

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

## **Bijlage 7.     Reactie Mind**