



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

0530.2013128327

Datum 18 oktober 2013
Betreft VWS Den Haag adviesaanvraag besluitvorming wettelijke verankering
nieuwe inrichting langdurige intramurale GGZ

Geachte heer Van Rijn,

Op 27 augustus jl. hebt u mij gevraagd u te adviseren over de overheveling van de langdurige intramurale GGZ uit de AWBZ naar Wmo respectievelijk Zvw. In de afgelopen zes weken hebben wij gesproken met diverse partijen. Het conceptadvies heb ik besproken met de Adviescommissie Pakket, waar partijen ook gelegenheid hebben gekregen om in te spreken.

De overheveling kan kansen bieden, mits de risico's voor deze groep kwetsbare mensen worden beheerst. De kansen zijn gelegen in de prikkels voor gemeenten en zorgverzekeraars om te investeren in herstel van zelfredzaamheid van cliënten met een psychische stoornis. De risico's zijn dat cliënten onvoldoende of geen passende zorg en bescherming krijgen in een risicodragend systeem of te weinig medezeggenschap hebben. Domeindiscussies op het grensvlak van Wmo en Zvw zijn reëel en mogen er niet toe leiden dat cliënten tussen de wal en het schip vallen.

Het is noodzakelijk deze risico's te beheersen. Daarvoor achten wij de volgende randvoorwaarden dan ook van essentieel belang:

- borging van kwaliteitswetgeving, cliëntenmedezeggenschap en klachtrecht in de Wmo;
 - verplicht te maken samenwerkingsafspraken tussen gemeenten, verzekeraars en zorgaanbieders met betrokkenheid van cliëntenorganisaties;
 - ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden met inhoudelijke criteria voor verblijf met begeleiding of behandeling;
 - alvorens risicodragendheid van kracht wordt: ontwikkeling van een adequaat stelsel van risicoverevening respectievelijk verdeelmodel budgetten gemeenten om perverse prikkels tegen te gaan;
 - monitoring van het transitieproces en inbouwen van bijsturingmogelijkheden
- Wij adviseren u om de overheveling alleen voort te zetten als aan bovenstaande randvoorwaarden kan worden voldaan.

**College voor
zorgverzekeringen**
Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.cvz.nl
info@cvz.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon
I. van der Voort

Zaaknummer
2013099885

Onze referentie
2013128327

Uw referentie
143786-108924-Z

Uw brief van
27 augustus 2013

Wij achten het niet wenselijk en niet uitvoerbaar om een specifiek deel van de doelgroep aanspraak te verlenen op de voorgenomen wet Langdurige intramurale GGZ.

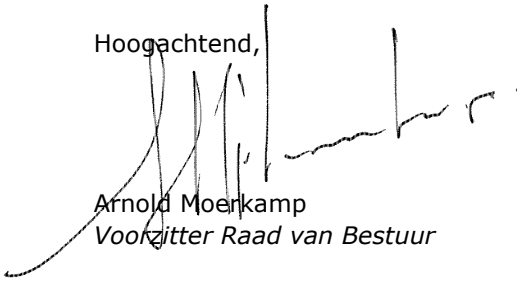
**College voor
zorgverzekeringen**
Pakket

Ik vertrouw erop u hiermee naar behoren geadviseerd te hebben. Uiteraard zijn wij beschikbaar voor een toelichting op ons advies.

Datum
18 oktober 2013

Onze referentie
2013128327

Hoogachtend,



Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur

Overheveling langdurige intramurale GGZ

Datum	18 oktober 2013
Status	Definitief

Colofon

Projectleider	Sandra Weghaus-Reus, Ineke van der Voort – van Beusekom
Volgnummer	2013104674
Contactpersoon	mw. mr. S.E. Weghaus +31 (0)20 797 87 02
Afdeling	Langdurige zorg
Uitgebracht aan	VWS

Inhoud

Samenvatting—5

Inleiding—9

1 De huidige situatie—13

- 1.1 Wettelijk kader van de zorg—13
- 1.2 Werking van de verschillende wettelijke systemen—14
- 1.3 De intramurale GGZ in beeld—14

2 De voorgestelde situatie—20

- 2.1 Doelstelling overheveling langdurige intramurale GGZ—20
- 2.2 Deel van de zorg over naar de Wmo—20
- 2.3 Deel van de zorg over naar de Zorgverzekeringswet—21
- 2.4 Jeugdwet—21
- 2.5 Wet Langdurige intensieve zorg (Liz)—21
- 2.6 Nieuwe situatie in beeld—23

3 Gevolgen voor betrokken partijen—25

- 3.1 Cliënten—25
- 3.2 Zorgaanbieders—27
- 3.3 Zorgverzekeraars—28
- 3.4 Gemeenten—29
- 3.5 Dagbesteding en vervoer—30

4 Grensvlakken in de nieuwe situatie—32

- 4.1 Grensvlakken—32
- 4.2 Zorg op het grensvlak van Wmo en Zvw—32
- 4.3 Zorg op het grensvlak van Zvw en Liz—35
- 4.4 Kwaliteitsstandaarden als inhoudelijk fundament—38

5 De maatregel en de met de sector gemaakte afspraken—39

- 5.1 Ambulantiseringsambitie en de Zvw—39
- 5.2 Doorwerking afspraken in Wmo?—40
- 5.3 Resultaat afhankelijk van partijen—40

6 Uitvoeringsaspecten—41

7 Reacties en adviezen—44

- 7.1 Reacties—44
- 7.2 Advies van de Adviescommissie Pakket—46
- 7.3 Besluit Raad van Bestuur CVZ—47

8 Conclusies—48

- 8.1 Overheveling biedt kansen...—48
- 8.2 ...mits risico's worden beheerst—49
- 8.3 De vragen van de staatssecretaris—51

Bijlage I Adviesaanvraag staatssecretaris van VWS d.d. 27 augustus 2013—57

Bijlage II Reacties partijen op het conceptrapport

Samenvatting

Doel van overheveling

De staatssecretaris van VWS heeft het CVZ verzocht advies uit te brengen over het voornemen de langdurige intramurale GGZ per 2015 uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) te halen.

Het gaat hier om cliënten ouder dan 18 jaar die vanwege een psychische stoornis verblijven in een psychiatrisch ziekenhuis of in een instelling voor beschermd wonen. Cliënten met een (vaak ernstige) psychische stoornis die langdurig behoefte hebben aan behandeling en/of begeleiding en gedurende kortere of langere tijd onvoldoende regie over hun leven hebben om zelfstandig te wonen. Het is een kwetsbare groep mensen die niet altijd uit zichzelf hulp vragen.

Het voornemen bestaat eruit alle intramurale GGZ voor deze groep cliënten van 18 jaar en ouder, gericht op behandeling, over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarnaast zullen de gemeenten (op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Wmo 2015) verantwoordelijk worden voor de ondersteuning van mensen met psychiatrische problemen waarbij de op zelfredzaamheid en participatie gerichte ondersteuning vanuit een zelfstandige woonsituatie of een beschermde woonomgeving centraal staat. Het bieden van een beschermende woonomgeving aan deze doelgroep wordt dus een taak van gemeenten, evenals het creëren van laagdrempelige voorzieningen voor dagbesteding en werk.

De staatssecretaris verzoekt ons onder meer aandacht te besteden aan de gevolgen van de nieuwe inrichting van de langdurige intramurale GGZ en de beoogde afbakening voor het pakket van de zorgverzekering, over de aansluiting op de Wmo, over de hanteerbaarheid van de beoogde afbakening voor cliënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en toezichthouders, evenals over mogelijk ongewenst strategisch gedrag van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars als gevolg van de maatregel. Tevens vraagt de staatssecretaris of de ambulantiseringambitie zoals geformuleerd in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014, bereikt kan worden aan de hand van het criterium in het Besluit zorgverzekering (Bzv) dat slechts aanspraak bestaat op verblijf indien dat verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 van dat besluit.

Kansen van de overheveling

Herstel altijd mogelijk

We vinden dat de overheveling een verbetering kan zijn ten opzichte van de huidige situatie. Cliënten met een psychische stoornis kunnen op kortere of langere termijn vrijwel altijd een vorm van herstel ervaren. Op voorhand is niet te voorspellen welke cliënten zullen herstellen en welke cliënten uiteindelijk toch hun hele leven in een instelling zullen verblijven. De overheveling naar Zvw en Wmo sluit aan bij deze herstelgedachte, terwijl de huidige AWBZ juist financiële prikkels bevat om cliënten intramuraal in zorg te houden. Dit draagt niet bij aan het stimuleren van herstel

Samenhang in zorg en welzijn

Het voornemen om de zorg voor deze groep cliënten te organiseren via de Wmo en Zvw kan bijdragen aan meer samenhang in zorg en welzijn. De maatregel kan bereiken dat de zorg beter aansluit bij de eigen mogelijkheden en eigen sociale omgeving van de cliënt en zal daarmee bijdragen aan de-institutionalisering en

demedicalisering.

Voor de cliënt in een beschermde woonvorm betekent dit dat hij bij de gemeente terecht kan voor begeleiding op het gebied van zelfredzaamheid, wonen en dagbesteding. De zorgverzekeraar wordt geheel verantwoordelijk voor de behandeling van cliënten met een psychische stoornis, ook als de behandeling langdurig intramuraal moet plaatsvinden. De overheveling biedt gemeenten de kans om hun verantwoordelijkheid voor het gehele sociale domein te nemen en prikkelt zorgaanbieders zich te richten op het herstel. Voor de cliënt betekent dit dat partijen nu ook financiële prikkels ervaren om in zijn herstel te investeren, hetgeen herstel van zelfredzaamheid, maar ook herstel van het vermogen tot participatie kan zijn.

Ambulantisering

Daarmee ondersteunt de overheveling de ambulantiseringssambitie die partijen in het Bestuurlijk Akkoord hebben geformuleerd. Hoewel het werkveld al sinds de jaren '70-80 een 'inclusieve'¹ visie aanhangt, is het aantal intramurale opnames in de afgelopen jaren gestegen, ondanks de ruimere mogelijkheden van ambulantisering als gevolg van de stijging van plaatsen in begeleid zelfstandige en beschermde woonvormen. In de landen om ons heen is het aantal cliënten in de intramurale GGZ afgenomen, waardoor Nederland nu één van de landen met de meeste intramurale plaatsen is. De ambulantisering heeft tot nu toe dus niet het gewenste effect opgeleverd. Door het wegnemen van de mogelijkheid om complexe cliënten 'door te schuiven' naar een ander domein en daarmee de kosten af te wentelen, verwachten wij dat een sterkere prikkel ontstaat om te werken aan herstel en daarmee aan ambulantisering.

De mate waarin de ambulantiseringssambitie gerealiseerd wordt, hangt overigens in belangrijke mate af van de wijze waarop gemeenten invulling geven aan de maatwerkarrangementen voor cliënten die zelfstandig kunnen wonen en die nu (nog) in een instelling voor beschermd wonen verblijven. Ook zal het afhangen van de wijze waarop aanvullend behandeling vanuit de Zvw geboden wordt bij verergering van de klachten van de stoornis, of als 'onderhoud' van de behandeling.

Geen doelgroep in de Liz

Wij adviseren om de voorgenomen overheveling van langdurige intramurale GGZ naar Wmo en Zvw voort te zetten, zonder een gedeelte van de doelgroep daarvan uit te zonderen door middel van een aanspraak in de toekomstige wet Langdurig intensieve zorg (Liz), mits de transitie aan een aantal randvoorwaarden voldoet om de risico's voor de kwetsbare doelgroep ernstig psychiatrische cliënten te beperken.

Risico's en randvoorwaarden

De risico's van de overheveling zijn dat cliënten:

- onvoldoende zorg en bescherming krijgen, nu dit in een risicodragend systeem wordt uitgevoerd;
- tussen wal en schip zullen vallen van Zvw, Wmo en Liz.

Wij begrijpen de zorgen die diverse partijen hebben geuit over de gevolgen die de overgang kan hebben voor ernstig psychiatrische cliënten. We vinden het dan ook van groot belang dat de risico's zo veel mogelijk worden beperkt en dat partijen (gemeenten, verzekeraars, aanbieders) sluitende afspraken maken over de omgang met overgangs- en grensvlakproblemen. We geven hier adviezen over de manier waarop de belangrijkste risico's beheerst kunnen worden:

¹ De inclusieve visie richt zich erop psychiatrische cliënten zoveel mogelijk deel te laten uitmaken van de maatschappij.

Borg de kwaliteit en de (rechts)positie van cliënten

Een belangrijk verschil tussen de AWBZ en de andere domeinen betreft de wetten en regelingen die de individuele en collectieve medezeggenschap van cliënten in een instelling regelen en die de mogelijkheid tot klagen regelen. Het is van belang dat (de verworvenheden van) deze wetten en regelingen worden geborgd in de Wmo. Het voorliggende wetsvoorstel Wmo 2015 borgt dit nog onvoldoende. Aangezien het zorgplan het centrale coördinatiepunt is in de zorgverlening bevelen wij aan ook binnen de Zvw en Wmo de totstandkoming en regulering van zorg- en begeleidingsplannen te bevorderen. Als een cliënt meerdere zorg- of begeleidingsplannen heeft (bijvoorbeeld een begeleidingsplan op grond van verblijf in de Wmo en een behandelplan op grond van de Zvw) moeten deze zo veel mogelijk op elkaar worden afgestemd/geïntegreerd, met aandacht voor de totale kwaliteit van leven van de cliënt.

Formaliseer niet-vrijblijvende afspraken op de grensvlakken

Grensvlakproblematiek kan leiden tot ongewenste afwenteling tussen domeinen. Dit heeft als risico dat cliënten tussen de wal en het schip vallen en daardoor niet de zorg krijgen die zij nodig hebben. Wij benadrukken de gezamenlijke verantwoordelijkheid die partijen hebben dat cliënten de zorg krijgen waar zij behoefte aan hebben. Wij vinden dat partijen hierover sluitende samenwerkingsafspraken moeten maken. Deze afspraken mogen niet vrijblijvend zijn.

Grensvlakproblemen tussen Zvw en Wmo kunnen ontstaan rond de vraag wanneer verblijf met behandeling medisch noodzakelijk is, respectievelijk wanneer cliënten zelfstandig of beschermd kunnen wonen, eventueel met ambulante behandeling vanuit de Zvw. Het CVZ zal in 2014 een duiding uitbrengen over de medische noodzaak van verblijf, die overigens breder is dan alleen de GGZ.

Let daarbij op doelgroepen met meerdere aandoeningen

Afbakingsvragen kunnen ook ontstaan op het grensvlak van de Zvw/Wmo en de toekomstige Wet Langdurige Intensieve Zorg (Liz, in eerdere stukken aangeduid als kern-AWBZ). Dit zal met name voorkomen bij cliënten die, naast een psychische stoornis, aandoeningen hebben die aanspraak op langdurige intensieve zorg in de Liz kunnen geven. In het rapport benoemen wij een aantal specifieke cliëntgroepen waar dit grensvlak aanwezig is.

Ontwikkel kwaliteitsstandaarden

In de nieuwe situatie zal meer nadruk op herstel van zelfredzaamheid liggen. Voor cliënten die dit nodig hebben, moet beschermd wonen of verblijf met behandeling beschikbaar blijven. De huidige kwaliteitsstandaarden in de GGZ bevatten onvoldoende criteria voor het doel en de benodigde duur van verblijfszorg. Het is noodzakelijk dat kwaliteitsstandaarden binnen de GGZ worden ontwikkeld om passende kwaliteit van begeleiding en zorg voor iedere cliënt te realiseren en gepast gebruik van (verblijfs)zorg te bevorderen. De vrijblijvendheid in het tempo van de ontwikkeling van deze richtlijnen moet worden weggenomen. Aan de hand van kwaliteitsstandaarden kan doelmatig verblijf ingezet worden met behoud en gebruik van de expertise en autonomie van professionals. Hiermee kunnen grensvlakproblemen vanuit zorginhoudelijk perspectief worden opgelost.

Zorgvuldige risicoverevening is een cruciaal uitvoeringsaspect

Ten slotte gaan wij in op een aantal uitvoeringsaspecten, waarmee bij de uitvoering van de voorgenomen maatregel rekening moet worden gehouden. Met name de overgang naar risicodragendheid door gemeenten en zorgverzekeraars vergt

aandacht. Het verdeelmodel gemeenten en de risicoverevening voor zorgverzekeraars moeten zo ontwikkeld worden, dat deze geen prikkels bevatten om op risico te selecteren.

Monitor het transitieproces

Tot slot bevelen wij aan om gedurende het gehele transitieproces de gevolgen voor de doelgroep zorgvuldig te monitoren en mogelijkheden tot bijsturing in te bouwen.

Advies

Wij concluderen dat de voorgenomen overheveling kansen biedt om de zorg aan mensen met een psychiatrische aandoening te verbeteren, maar dat er ook risico's zijn voor deze groep kwetsbare cliënten. Daarom adviseren wij u om de overheveling alleen voort te zetten als aan bovenstaande randvoorwaarden kan worden voldaan.

Inleiding

De langdurige zorg in Nederland wordt hervormd om de kwaliteit en (financiële) houdbaarheid van de zorg, ook voor de toekomst, te kunnen borgen. Het kabinet heeft een stelsel voor ogen waarbij, meer dan nu, de verantwoordelijkheid bij het individu en de samenleving komt te liggen, waar nodig ondersteund door de gemeenten via de Wmo. De-institutionaliseren, demedicaliseren en het regelen van zorg zo veel mogelijk in de eigen omgeving is het uitgangspunt. Voor de meest kwetsbare mensen blijft zorg en begeleiding in een beschermde (intramurale) omgeving beschikbaar.

De hervorming van de langdurige zorg heeft tot gevolg dat ook de (langdurige) zorg voor mensen met een psychiatrische aandoening (psychische stoornis) op een andere manier moet worden geregeld. De doelgroep betreft cliënten ouder dan 18 jaar die vanwege een psychische stoornis verblijven in een psychiatrisch ziekenhuis of in een instelling voor beschermd wonen. Deze cliënten hebben langdurig behoefte aan behandeling en/of begeleiding en hebben soms gedurende kortere of langere tijd onvoldoende regie over hun leven om zelfstandig te kunnen wonen. Begeleiding en behandeling binnen de instelling richt zich op het herstel van de zelfredzaamheid en – indien mogelijk – het vermogen tot participatie.

De begeleiding en behandeling binnen de instelling richt zich op het herkrijgen van de zelfredzaamheid en – indien mogelijk – het vermogen tot participatie. Waar een deel van de cliënten na een opname weer volop kan deelnemen aan gezinsleven en/of werk, geldt voor anderen dat zij jarenlang zijn aangewezen op begeleiding en/of behandeling binnen een instelling, omdat zij zich onvoldoende zelfstandig kunnen handhaven.

Op dit moment wordt het eerste jaar van intramurale GGZ gericht op behandeling vanuit de Zvw betaald. Daarna wordt verblijf en behandeling vanuit de AWBZ gefinancierd.

In de brief "Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst"², geeft de staatssecretaris aan dat deze knip in financieringsstelsels niet bijdraagt aan kwalitatief goede zorg voor de cliënt. Krijgt de cliënt na een jaar verblijf ambulante zorg, dan zijn alle kosten voor rekening van de risicodragende zorgverzekeraar. Blijft een cliënt in de instelling, dan dekt de AWBZ de kosten. Het beschermd wonen voor psychiatrische cliënten wordt volledig vergoed vanuit de AWBZ, waar dit niet geldt voor zelfstandig wonen met ambulante begeleiding of behandeling. Er zijn dus (vanuit financieel oogpunt) inderdaad onvoldoende prikkels om te komen tot ambulante zorg.

Het kabinet wil deze situatie beëindigen door per 2015 alle intramurale GGZ, gericht op behandeling, voor cliënten ouder dan 18 jaar over te hevelen naar de Zvw. Daarnaast wil de staatssecretaris de gemeenten verantwoordelijk maken voor de ondersteuning van mensen met psychische stoornissen, waarbij niet de behandeling, maar de op zelfredzaamheid en/of participatie gerichte ondersteuning vanuit een zelfstandige woonsituatie of een beschermde woonomgeving centraal staat. Ook het bieden van die beschermende woonomgeving aan deze doelgroep wordt een taak van gemeenten, evenals het creëren van laagdrempelige voorzieningen.

² Brief van de staatssecretaris aan de voorzitter van de Tweede Kamer met kenmerk 114352 – 103091 –LZ d.d. 25 april 2013.

Deze maatregel vindt plaats op het moment dat met de GGZ-sector al afspraken zijn gemaakt om de kwaliteit en doelmatigheid van de GGZ te verbeteren. In 2012 hebben cliënten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorgverleners met VWS het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014³ gesloten. In dit akkoord zijn afspraken gemaakt over beperking van de uitgavengroei binnen de GGZ, ambulantisering, versterking van de eerste lijn, het bevorderen van zelfregie, zelfmanagement, eigen verantwoordelijkheid en herstel en burgerschap. Tevens is in dit akkoord besloten de beddenscapaciteit in de periode tot 2020 fors af te bouwen, met een derde ten opzichte van de omvang van de bedden in 2008, en deze afbouw te substitueren door middel van ambulante zorg. Het akkoord is inmiddels verlengd voor de periode tot 2017⁴.

In de brief van 27 augustus 2013 (zie bijlage) verzoekt de staatssecretaris het CVZ te bezien wat de effecten van de overheveling van de langdurige intramurale geestelijke gezondheidszorg naar de Zvw en de Wmo zullen zijn. In dit rapport geven wij gehoor aan dit verzoek.

Wij geven ons advies vanuit het specifieke perspectief van pakketbeheer, binnen de context van het Bestuurlijk Akkoord en de andere ontwikkelingen binnen de hervorming van de langdurige zorg.

Gelet op het zeer korte tijdsbestek waarin dit advies moet worden gegeven, beperken wij ons tot de hoofdlijnen. Vanwege de beschikbare tijd hebben wij ook de gebruikelijke consultatie van betrokken partijen niet kunnen uitvoeren. Wel hebben wij gedurende de totstandkoming van dit rapport met een aantal betrokken partijen gesproken⁵. Deze partijen hebben tevens gelegenheid gekregen om te reageren op het concept-rapport. Een aantal partijen heeft dit gedaan door middel van een schriftelijke reactie en/of inspraak bij de openbare vergadering van de Adviescommissie Pakket (ACP). De ACP heeft in zijn vergadering van 4 oktober 2013 aan de Raad van Bestuur van CVZ geadviseerd. De reacties van partijen zijn als bijlage bij dit rapport opgenomen; het advies van de ACP staat in hoofdstuk 7. We geven in dat hoofdstuk aan hoe we de reacties en adviezen hebben betrokken bij de vaststelling van dit rapport.

Leeswijzer

Dit rapport begint met een beschrijving van de vertreksituatie. In hoofdstuk 1 beschrijven we daartoe het wettelijk kader en geven we een kort overzicht van het werkveld en het zorggebruik.

Vanuit deze context benoemen wij in hoofdstuk 2 de doelstellingen van de overheveling naar de Wmo en Zvw en bespreken wij de mogelijkheid dat een deel van de doelgroep in de Liz achterblijft.

In hoofdstuk 3 beschrijven we de concrete gevolgen in de vorm van beheersingsproblemen en groepen cliënten die het risico lopen tussen de wal en het schip te vallen.

In hoofdstuk 4 beschrijven we de afbakeningsvraagstukken die uit de voorgenomen maatregel kunnen voortkomen. We geven aanbevelingen over de manier waarop de afbakeningsrisico's beheerst kunnen worden.

³ Bestuurlijk Akkoord, Toekomst GGZ 2013-2014, op 18 juni 2012 ondertekend door VWS, LPGGZ, GGZ-Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Nederlands Instituut van Psychologen, Landelijke vereniging van Eerstelijnspsychologen, Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen Psychotherapeuten, Nederlandse vereniging voor Psychiatrie, Landelijke vereniging Georganiseerde eerste lijn en Meer GGZ. Het akkoord is inmiddels voor de periode tot 2017 verlengd.

⁴ Onderhandelaarsresultaat GGZ d.d. 15 juli 2013, opgesteld met dezelfde partijen als het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ.

⁵ Het betreft GGZ-Nederland, RIBWAlliantie, LPGGZ, Ypsilon, Zorgverzekeraars Nederland, Federatie Opvang, VNG, Per Saldo.

In hoofdstuk 5 gaan wij in op de vraag van de staatssecretaris over de haalbaarheid van de ambulantiseringssambitie uit het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ.

In hoofdstuk 6 gaan we in op een aantal uitvoeringsaspecten dat de overheveling met zich meebrengt. Risicoverevening, tijdspad voor voorbereiding van de overheveling, eigen bijdragen, overgangmaatregelen en bevoorschotting komen aan de orde.

In hoofdstuk 7 zijn de reacties van partijen samengevat en hebben we het advies van de ACP opgenomen. We geven aan hoe we deze reacties en adviezen hebben betrokken bij het vaststellen van dit rapport.

In hoofdstuk 8 trekken wij conclusies over de uitvoerbaarheid van de maatregel en geven wij antwoord op de door de staatssecretaris gestelde vragen.

Burger, cliënt, patiënt, bewoner en verzekerde

In de AWBZ en de Zvw wordt de zorggebruiker aangeduid als "verzekerde".

Instellingen zelf gebruiken "patiënt", "cliënt" of "bewoner".

De Wmo stelt "de burger" centraal.

Vanuit het oogpunt van leesbaarheid kiezen wij ervoor om in dit rapport één begrip te gebruiken voor alle mensen met een psychische stoornis: cliënt.

We hanteren de begrippen "psychische stoornis" en een "psychiatrische aandoening" als equivalent.

1 De huidige situatie

In dit hoofdstuk beschrijven we het huidige wettelijk kader. We leggen de visie op GGZ en de ambulantiseringssambitie uit het Bestuurlijk Akkoord naast het feitelijk zorggebruik.

1.1 Wettelijk kader van de zorg

De (verstrekking van) zorg aan mensen met een psychiatrische aandoening is op dit moment als volgt over de verschillende wettelijke regelingen verdeeld:

Zorgverzekeringswet

Onder de te verzekeren prestaties van de Zvw valt de extramurale geneeskundige GGZ (G-GGZ), welke in duur onbepaald is en de geneeskundige GGZ in combinatie met verblijf, voor de duur van maximaal 365 dagen⁶.

AWBZ

Intramurale (langdurige) zorg in verband met een psychiatrische aandoening valt onder de aanspraak van de AWBZ. Dit kan bestaan uit de functie "verblijf"⁷ in combinatie met begeleiding (= beschermd wonen) of uit "voortgezet verblijf". Voortgezet verblijf is het verblijf in combinatie met behandeling in aansluiting op het Zvw-verblijf van 365 dagen⁸. In beide gevallen (verblijf met begeleiding en voortgezet verblijf met behandeling) is de aanspraak in duur ongelimiteerd. Verder valt onder de AWBZ de extramurale begeleiding, gericht op het behoud van de zelfredzaamheid. Ook mensen met een psychiatrische aandoening kunnen daarvan gebruik maken.

Wmo

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de ondersteuning van hun burgers bij de maatschappelijke participatie, ook indien zij een psychische stoornis hebben. Tevens zijn gemeenten verantwoordelijk voor de maatschappelijke opvang en het bevorderen van verslavingsbeleid. Gemeenten hebben de plicht en bevoegdheid tot bemoeizorg vanuit hun verantwoordelijkheid voor de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ).

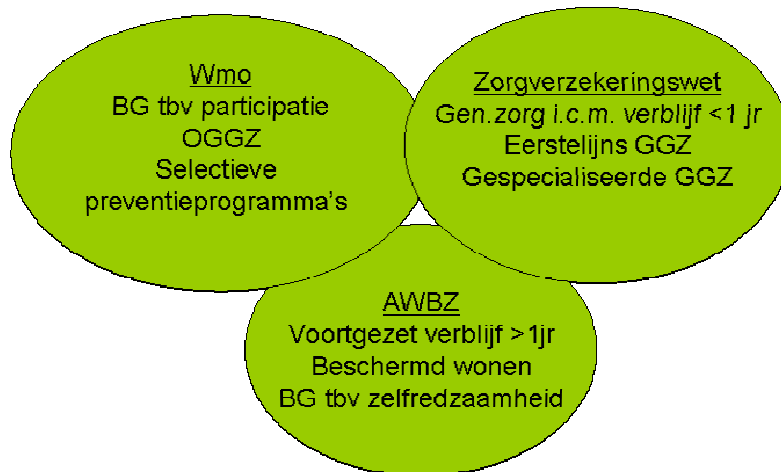
Voor begeleiding van cliënten in verband met een psychische stoornis hebben gemeenten op dit moment nog geen extra verantwoordelijkheid (behoudens de verantwoordelijkheden die de Wmo hen geeft, zoals hier boven beschreven). De huidige situatie kan schematisch als volgt worden weergegeven:

⁶ Deze zorg is verzekerd op basis van de artikelen 2.4 en 2.10 Besluit zorgverzekering.

⁷ Artikel 9 Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza)

⁸ Artikel 13 Bza

Huidige wettelijke inbedding intramurale GGZ



1.2 Werking van de verschillende wettelijke systemen

- De Wmo is een voorzieningenwet. Op grond van deze wet moeten gemeenten (maatwerk)voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning. Het doel is compensatie van de beperkingen. De manier waarop voorzieningen worden ingevuld kan per gemeente en per cliënt verschillen.
- De Zvw is een private verzekering met publiekrechtelijke aspecten. De cliënt kan aanspraak maken op de prestaties op basis van de polis die hij afsluit met zijn zorgverzekeraar. De polis moet minimaal het basispakket aan zorg bevatten zoals opgenomen in de Zvw. Door wie en waar de zorg geleverd mag worden, is aan de zorgverzekeraar. De prestaties zijn in rechte afdwingbaar.
- De AWBZ, waaronder de langdurige intramurale GGZ nu valt, is een sociale verzekering, die alle ingezetenen recht geeft op dezelfde in de wet omschreven aanspraken. Deze aanspraken zijn in rechte afdwingbaar.

Alle drie de systemen hebben daarnaast hun eigen doelstelling en hun eigen uitvoerings-, beheers-, bekostigings- en infrastructuur.

1.3 De intramurale GGZ in beeld

1.3.1 Maatschappelijke kosten en baten

Jaarlijks wordt ongeveer €5,5 miljard uitgegeven aan geestelijke gezondheidszorg⁹; €1,5 miljard daarvan wordt uitgegeven aan langdurige intramurale GGZ (voortgezet verblijf en verblijf met begeleiding), de zorg die op grond van de GGZ-ZZP's wordt geleverd.¹⁰

Hoge ziektelast

Psychische stoornissen hebben een hoge ziektelast. Angststoornissen, depressie en dementie behoren tot de top tien van ziekten met de hoogste ziektelast.¹¹ Als gevolg hiervan is het niet verbazingwekkend dat psychische stoornissen een belangrijke

⁹ Gezondheid en zorg in cijfers 2012, CBS, 2012 en GGZ in tabellen, Trimbos 2012, p. 106

¹⁰ Marktscaan en beleidsbrief Geestelijke Gezondheidszorg, Nza, 2013, p.92

¹¹ GGZ in tabellen, Trimbos, 2012: p.20

oorzaak van ziekteverzuim op het werk zijn. Jaarlijks worden de kosten als gevolg van verzuim gerelateerd aan een psychische stoornis geschat op €2,7 miljard.¹²

Inclusieve visie leidt tot ambulantiseringambitie...

De visie op psychiatrische cliënten en hun behandeling is in de loop der jaren radicaal gewijzigd. Waar in de jaren '60 grote instellingen buiten de bebouwde kom werden gerealiseerd om de cliënt en de maatschappij strikt te scheiden, is sinds de jaren '70-80 sprake van een visie gericht op inclusie: mensen met een psychische aandoening blijven zo veel mogelijk onderdeel uitmaken van de maatschappij. Er is sprake van een herstelgerichte benadering, waarbinnen gewerkt wordt aan zelfregie, eigen verantwoordelijkheid en maatschappelijke participatie voor mensen met een psychiatrische aandoening¹³.

Deze visie leidt logischerwijs tot ambulantisering van het zorgaanbod, waarbij de cliënt zoveel mogelijk in de eigen woonomgeving wordt begeleid. Aangezien het succesvol kunnen voeren van een huishouding en maatschappelijk participeren sterk samenhangt met de beheersing van de aandoening, richt begeleiding en behandeling zich steeds meer op deze aspecten. Ook in de forensische psychiatrie richt de begeleiding en behandeling zich steeds meer op de mogelijkheden om weer te participeren, waarmee de kans op recidive zou moeten afnemen.

De totstandkoming van de basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ per 2014 sluit aan bij deze ontwikkelingen. Het biedt kansen om meer doelmatige en passende zorg aan de cliënt te kunnen leveren, via de principes van stepped en matched care. Hiervoor hebben wij aanbevelingen gedaan in ons Advies Geneeskundige GGZ deel 2¹⁴.

Zorgaanbieders, cliënten en zorgverzekeraars hebben de ambitie tot ambulantisering onderschreven in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014. Ondermeer is afgesproken de beddenscapaciteit in de periode tot 2020 fors af te bouwen, met een derde ten opzichte van het aantal bedden in 2008 en deze afbouw te substitueren door middel van ambulante zorg.

...maar de visie blijkt niet uit de cijfers

Van de ruim 10 miljoen Nederlanders tussen 18 en 65 jaar heeft 18% een psychische stoornis. Een derde van deze groep heeft twee of meer psychische stoornissen¹⁵. Een klein deel daarvan maakt gebruik van de intramurale GGZ die uit de Zvw of de AWBZ wordt betaald. Het gebruik van intramurale geneeskundige GGZ onder de Zvw is in de jaren 2009 – 2011 licht gedaald; de kosten bleven stabiel¹⁶. Het gebruik van verblijf betaald vanuit de AWBZ daarentegen is gestegen. Op 1 januari 2013 hadden ruim 46.000 Nederlanders een indicatie voor verblijf met begeleiding of voortgezet verblijf met behandeling. Deze aantallen hebben zich sinds 2010 als volgt ontwikkeld:

Aantal cliënten met een geldige indicatie GGZ B (voortgezet verblijf met behandeling)

	2010	2011	2012	2013
GGZ-B	8.020	9.355	9.680	9.850

¹² GGZ in tabellen, Trimbos, 2012: p.111

¹³ Factsheet langdurige zorg, GGZ Nederland en RIBW alliantie, 2013

¹⁴ Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg deel 2, "Op weg naar een toekomstbestendige GGZ", 10 juli 2013, www.cvz.nl.

¹⁵ GGZ in tabellen, Trimbos, 2012: p.12

¹⁶ Zorgthermometer GGZ in beeld, Vektis, juli 2012.

Aantal cliënten met een geldige indicatie GGZ C (verblijf met begeleiding)

	2010	2011	2012	2013
GGZ-C	21.285	27.085	32.065	36.170

Aantal cliënten met een geldige indicatie voor intramurale AWBZ-zorg (GGZ B en GGZ C) op 1 januari 2010, 1 januari 2011, 1 januari 2012 en 1 januari 2013 in Nederland per ZZP.¹⁷

De cijfers laten een grote toename van het aantal indicaties zien: 20% voor verblijf met behandeling en bijna een verdubbeling van het aantal cliënten dat een indicatie krijgt voor verblijf met begeleiding. De toename concentreert zich rond de hoge ZZP's (ZZP 5B en hoger; ZZP 3C en hoger)¹⁸. ZZP 5B omvat het grootste aandeel in de groep cliënten met voortgezet verblijf: 35% in 2011. Bij de C-ZZP's heeft het grootste deel van de cliënten ZZP 3: 45%¹⁹. De toename van het aantal indicaties staat haaks op de ambulantiseringssambitie van het Bestuurlijk Akkoord, dat uitgaat van een daling van het aantal plaatsen met 30% ten opzichte van 2008.

Kijkend naar de visie op inclusie van cliënten met een psychiatrische aandoening in de maatschappij, kan gesteld worden dat de toename van verblijf met begeleiding niet per se negatief hoeft te zijn: de beschermde woonvormen waar deze begeleiding plaatsvindt, bevinden zich in toenemende mate in de wijk, niet op instellingsterreinen. Ook is het aantal cliënten met een lage ZZP (1 of 2) sterk afgenomen.²⁰

Nederland valt in internationaal opzicht op met het gestegen aantal intramurale plaatsen: waar dit in de meeste landen daalde, nam het aantal plaatsen in Nederland dusdanig toe dat het in 2009 de tweede plaats innam op de lijst van landen met de meeste intramurale plaatsen. Daarbij valt op dat het aantal klinische plaatsen eerste daalde, waarbij het aantal plaatsen beschermd wonen in gelijke mate steeg. Sinds 2002 is het aantal bedden/plaatsen weer gestegen²¹.

1.3.2

Zorgvormen en zorgaanbieders

De geestelijke gezondheidszorg kent een breed palet van zorgvormen, variërend van zelfhulp en ambulante zorg tot langdurige intramurale opname met intensieve behandeling. Dit rapport richt zich op de langdurige intramurale GGZ: instellingen die langdurend verblijf bieden aan cliënten die vanwege een psychiatrische aandoening behoefte hebben aan begeleiding in het dagelijks leven en/of behandeling van een psychiatrisch ziektebeeld.

¹⁷ CIZ Basisrapportages AWBZ

¹⁸ AZR/College voor zorgverzekeringen

¹⁹ GGZ in tabellen, Trimbos, 2012: p.87.

²⁰ AZR/College voor zorgverzekeringen

²¹ Van Hoof, Van Vugt, Knispel en Kroon, *Bedden tellen – afbouw van de intramurale ggz*, MGv, sept 2012: p.298 – 309.

Deze plaatsen worden geleverd door de volgende instellingen:

Instelling	Kortdurend (<1jr) en/of langdurend verblijf	Nadruk op behandeling en/of begeleiding	Financiering anno 2013	Financiering na overheveling
Geïntegreerde GGZ-instelling	Kortdurend en langdurend	Beide mogelijk	Zvw, bij verblijf langer dan een jaar AWBZ	Zvw voor behandeling WMO voor begeleiding
Psychiatrisch ziekenhuis	Kortdurend en langdurend	Behandeling	Zvw, bij verblijf langer dan een jaar AWBZ	Zvw voor behandeling WMO voor begeleiding
Instelling voor beschermd wonen	Kortdurend en langdurend	Begeleiding	AWBZ	Wmo
Forensisch psychiatrische instelling	Langdurend	Behandeling	Justitie	Justitie
PAAZ (psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis)	Kortdurend	Behandeling	Zvw	Zvw
PUK (psychiatrische universiteitskliniek)	Kortdurend	Behandeling	Zvw	Zvw

De overheveling van de langdurige, intramurale GGZ uit de AWBZ raakt dus de geïntegreerde GGZ-instellingen, psychiatrische ziekenhuizen en instellingen voor beschermd wonen.

1.3.3

Werking huidige systeem

In het huidige systeem wordt beschermd wonen en voortgezet verblijf vergoed vanuit de AWBZ. De aanspraak op verblijf is in de AWBZ niet in duur gelimiteerd. Dit bergt een prikkel in zich om een cliënt in opname te houden.

Immers, voor het eerste jaar verblijf en behandeling in de Zvw is de zorgverzekeraar risicodragend in de kosten. Als een cliënt na dit jaar ambulante wordt behandeld, komen de kosten hiervan eveneens voor risico van de zorgverzekeraar. Als de cliënt echter in opname blijft, vindt het verblijf en eventuele verdere behandeling na 365 dagen plaats ten laste van de AWBZ, waarvoor de zorgverzekeraar niet risicodragend is.

Voor zorgaanbieders van beschermd wonen en verblijf met behandeling is het (financieel) aantrekkelijk om cliënten in de verblijfssetting te houden. Ambulantisering leidt immers tot minder productie en dus minder inkomsten. Er is in dit systeem daardoor een negatieve prikkel om te komen tot ambulantisering/deinstitutionalisering. Daardoor bestaat het risico dat cliënten onnodig lang worden gemedicaliseerd/gehospitaliseerd.

De cliënten zelf zullen niet direct aandringen op ambulantisering: voor hen is de

verblijfssetting vaak een veilige, stabiele omgeving waarin alles voor hen geregeld wordt. Juist de kwetsbare, angstige groep zal de gevoelde zekerheid van de instelling niet verlaten, als dat niet gestimuleerd en op een goede manier begeleid en ondersteund wordt.

1.3.4

Gebruik van GGZ gedurende het leven van cliënten met een psychische stoornis

De groep cliënten met een psychische stoornis die gebruik maakt van de langdurige intramurale GGZ, ervaart de gevolgen van de stoornis met wisselende intensiteit in de loop van het leven. Afhankelijk van diverse factoren heeft de cliënt meer of minder zorg nodig uit een of meer van bovengenoemde sectoren. Dit betekent dat de cliënt in verschillende levensfasen van verschillende voorzieningen, betaald op grond van verschillende wettelijke regelingen, gebruik zal maken.

Enkele voorbeelden van het zorggebruik van cliënten in de loop van hun leven:

Een kind krijgt op 8-jarige leeftijd de diagnose autisme. Na de diagnose hebben kind en ouders begeleiding nodig om te leren omgaan met het gedrag dat bij de stoornis hoort. Ook op school is in het begin extra begeleiding nodig voor het kind en de leerkrachten. Daarna kunnen zij lange tijd zonder extra begeleiding voort. De ouders vormen een stabiele factor en zijn verantwoordelijk voor structuur en toezicht. Wanneer het kind naar de middelbare school gaat, is weer extra zorg en begeleiding nodig, aangezien een dergelijke overgang de structuur van het kind verstoort. Hetzelfde geldt voor de overgang van school naar werk of dagbesteding. Wanneer de cliënt, inmiddels 25 jaar, zelfstandig wil gaan wonen – of moet, omdat de ouders de zorg niet meer kunnen bieden – kan een beschermde woonvorm aangewezen zijn.

Een cliënt is al jaren verslaafd aan verdovende middelen. Hij verwaarloost zichzelf en heeft daardoor regelmatig fysieke malheur – wondjes die niet genezen, longontsteking. Cliënt is een bekende van de politie vanwege kleine criminaliteit die hij pleegt om drugs te kopen. Hij heeft geen werk en ontvangt een uitkering. Op zijn 30^e krijgt de cliënt een psychose. Hij wordt kortdurend opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Na 2 maanden is zijn medicatie aangeslagen. De cliënt wordt ontslagen. Zodra het wat beter gaat, vindt de cliënt het niet meer nodig om zijn medicijnen te nemen. Een nieuwe psychose volgt. Dit herhaalt zich enkele malen. De cliënt loopt cognitieve beperkingen op als gevolg van zijn verslaving en de herhaalde psychoses. Hij betaalt zijn huur niet meer en dreigt dakloos te worden. Hij kan overgehaald worden om in een beschermde woongroep te gaan wonen. Daar is 24-uurs toezicht en zijn hulpverleners die de cliënt aansporen om zijn medicijnen te blijven nemen. De cliënt bezoekt zijn behandelaar incidenteel voor controle en onderhoudsmedicatie.

Een cliënte met een psychische stoornis heeft zich in werk en woonsituatie kunnen handhaven met adequate medische behandeling en dankzij de structuur die de echtgenoot biedt. De echtgenoot heeft hiervoor mantelzorgondersteuning. Als de cliënt met pensioen gaat, is haar dagstructuur verstoord en wordt de echtgenoot steeds meer belast. Als de echtgenoot het niet meer aankan, gaat de cliënt naar een instelling voor beschermd wonen. In de loop der jaren krijgt cliënt ouderdomsklachten; zij kan zichzelf niet meer wassen en aankleden en begint vergeetachtig te worden. Wanneer de dementie de overhand neemt, verhuist cliënt naar een verpleeghuis. Het verpleeghuis consulteert de GGZ zodat het personeel leert welke omgang de cliënt nodig heeft in verband met haar psychiatrische aandoening.

De reden voor intramurale opname binnen de GGZ kan variëren: er is meestal een

dringende noodzaak, omdat het thuis niet meer gaat. Dit kan op geleidelijke schaal gaan, maar ook acuut of in verband met regelmatige terugvallen. Soms is het verblijf ook een oplossing voor langere tijd als er sprake is van een ernstig invaliderend chronisch psychiatrische aandoening waarbij de cliënt zich niet meer zelfstandig kan handhaven.

2 De voorgestelde situatie

In dit hoofdstuk beschrijven we de herziening zoals de staatssecretaris die voor de langdurige intramurale GGZ voorstelt en welke doelstellingen aan deze herziening ten grondslag liggen.

2.1 Doelstelling overheveling langdurige intramurale GGZ

In de huidige situatie valt het beschermd wonen zonder behandeling voor cliënten met een psychische stoornis geheel onder de AWBZ-aanspraken. Ook langdurige intramurale geneeskundige GGZ valt – indien langer dan 365 dagen – onder de aanspraken van de AWBZ. Deze situatie leidt tot een financiële prikkel om cliënten intramuraal in zorg te houden. Zoals beschreven in 1.3.3, krijgt de cliënt hierdoor mogelijk niet de juiste (intensiteit van) behandeling die vanuit het perspectief van de cliënt gewenst is. Dit draagt niet bij aan het stimuleren van herstel en de gewenste de-institutionalisering.

De voorgenomen maatregelen voor de langdurige intramurale GGZ maken aan deze situatie een einde. Een deel van de langdurige intramurale GGZ zoals die nu onder de AWBZ is geregeld, komt dan onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten (Wmo) te vallen, een deel onder de Zvw. Alle geneeskundige GGZ (G-GGZ), met en zonder verblijf, valt dan onder de Zvw. Binnen de G-GGZ wordt gewerkt volgens de principes van stepped en matched care, waarbij zoveel mogelijk zorg vanuit de basis-GGZ wordt geleverd en doorverwijzing naar de gespecialiseerde GGZ alleen plaatsvindt als de zorg binnen de basis-GGZ onvoldoende resultaat oplevert. Voor zover het gaat om langdurige intramurale GGZ voor jeugdigen (jonger dan 18 jaar) gaat de zorg over naar de Jeugdwet.

2.2 Deel van de zorg over naar de Wmo

Het bieden van begeleid wonen of een beschermende woonomgeving met ondersteuning aan mensen met een psychiatrische aandoening, waarbij niet de behandeling, maar de op zelfredzaamheid en/of participatie gerichte ondersteuning centraal staat, gaat in de voorgestelde maatregel over naar de Wmo. Daarnaast heeft het kabinet het voornemen om ook taken op andere gebieden over te hevelen naar de Wmo 2015, zoals de extramurale begeleiding, de jeugdzorg (Jeugdwet) en de zorg voor onderwijs, werk en/of passende dagbesteding (Participatiewet). Gemeenten krijgen hiermee de verantwoordelijkheid voor de maatschappelijke zelfredzaamheid en eventuele participatie van al hun inwoners; inclusief beschermd wonen met begeleiding van cliënten met een psychische stoornis.

Dit sluit aan bij de opvatting van het kabinet dat de onderdelen van de AWBZ die overwegend gericht zijn op ondersteuning van zelfredzaamheid en participatie van burgers onder verantwoordelijkheid van gemeenten moeten worden gebracht. De gemeenten krijgen een brede(re) verantwoordelijkheid binnen het sociale domein (OGGZ, selectieve preventieprogramma's, maatschappelijke opvang, wonen, werk etc.). Dit biedt de ruimte om dwarsverbanden op lokaal niveau te ontwikkelen. Het is de verwachting dat gemeenten daardoor beter in staat zijn te zorgen voor gerichte (maatwerk)voorzieningen die passen bij de behoeften en mogelijkheden van de individuele cliënt met een psychiatrische aandoening. Ook is het doel van de overheveling dat de begeleiding van cliënten met een psychische stoornis niet onnodig medicaliseert.

In hoofdstuk 3 gaan we in op de kansen en risico's die de overheveling van de

beschermende woonomgeving en op zelfredzaamheid/participatie gerichte ondersteuning naar de Wmo met zich brengen.

2.3 Deel van de zorg over naar de Zorgverzekeringswet

De Zvw richt zich op zorg ter genezing of behoud van lichamelijke of geestelijke functies. Het overhevelen van de langdurige intramurale GGZ, gericht op behandeling, voor mensen van 18 jaar en ouder is bedoeld om de samenhang in de zorg voor mensen met een psychiatrische aandoening vanuit de Zvw te versterken. Alle cliënten in de GGZ bij wie het verblijf zich richt op het verbeteren of beheersbaar maken van het ziektebeeld door middel van behandeling, krijgen deze na de overheveling vergoed uit de Zvw.

In hoofdstuk 3 beschrijven wij de kansen en risico's van de overheveling van de intramurale GGZ, gericht op behandeling, naar de Zvw.

2.4 Jeugdwet

Alle geestelijke gezondheidszorg voor cliënten jonger dan 18 jaar, inclusief intramurale GGZ, wordt overgeheveld naar de Jeugdwet en komt daarmee onder verantwoordelijkheid van de gemeente te vallen. Voor cliënten die na hun 18^e aangewezen zijn op begeleiding en eventueel beschermd wonen, blijft de gemeente in de nieuwe situatie verantwoordelijk. Voor cliënten die na hun 18^e verjaardag nog (verblijf met) behandeling nodig hebben, zal de vergoeding hiervan plaatsvinden vanuit de Zvw.

2.5 Wet Langdurige intensieve zorg (Liz)

De visie van het kabinet²² is dat in het nieuwe stelsel de langdurige intramurale GGZ met behandeling goed in de Zvw past, terwijl begeleid wonen of beschermd wonen met op zelfredzaamheid/participatie gerichte ondersteuning (waarbij de behandeling niet op de voorgrond staat) in het gemeentelijk domein thuishoort. Dit impliceert dat in de nieuw te vormen "Liz" (tot voor kort aangeduid als kern-AWBZ) geen langdurige intramurale GGZ (meer) is opgenomen. Naar aanleiding van de gesprekken met partijen en tijdens de vergadering van de Adviescommissie Pakket is de discussie opnieuw gevoerd of een nader te bepalen doelgroep GGZ-clieënten toch aanspraak zou moeten krijgen in de Liz.

Kernvraag in deze discussie is: hoe kan de begeleiding en behandeling van cliënten zo worden georganiseerd dat iedere cliënt passende zorg krijgt en deze zorg op juiste wijze wordt bekostigd?

We vatten de besproken argumenten hieronder samen en geven vervolgens onze visie:

Genoemde argumenten om een specifieke doelgroep aanspraak te geven in de Liz

Cliënten voldoen aan criteria voor toegang tot de Liz

De nieuwe Liz gaat zich richten op cliënten die als gevolg vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap (de grondslag) geen regie over het eigen leven kunnen voeren en/of behoefte hebben aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid van begeleiders of behandelaars om ernstig nadeel voor zichzelf te voorkomen. Afgezien van de grondslag kunnen mensen met een psychische stoornis gedurende kortere of langere tijd voldoen aan deze zorginhoudelijke criteria.

²² Zoals beschreven in de brief Hervorming Langdurige Zorg d.d. 25 april 2013.

Cliënten met een psychische stoornis hebben dezelfde soort beperkingen als de doelgroepen die wel toegang krijgen tot de Liz

Een psychische stoornis is net zo beperkend als een verstandelijke, zintuiglijke of lichamelijke beperking of psychogeriatrische aandoening. Mensen met een psychische stoornis zouden dus ook toegang moeten krijgen tot de Liz.

Voor wie al jaren in een instelling verblijft, moet voortzetting hiervan gegarandeerd zijn

Veel van de huidige cliënten in de langdurige intramurale langdurige GGZ verblijven daar al jarenlang, soms al tientallen jaren. Van deze cliënten kan niet worden verwacht dat zij nog weer zelfstandig gaan wonen. Voor hen moet gegarandeerd zijn dat zij in de instelling kunnen blijven wonen. De vrees voor ambulantisering kan voor zoveel onrust zorgen, dat de cliënten alleen daarvan al ontregeld raken.

Voor sommige mensen kan verblijf in een instelling toch het beste zijn

Wanneer niet naar de stoornis, beperking of grondslag, maar naar de behoefte van de individuele cliënt gekeken wordt, kan het zijn dat hij de meest passende begeleiding of behandeling krijgt in een instelling. Sommige cliënten vormen daarbij een dusdanig gevaar voor zichzelf of hun omgeving, dat zij in een gesloten verblijfssetting moeten wonen.

Genoemde argumenten om alle zorg en begeleiding over te hevelen naar Wmo en Zvw

Karakter van de zorg

Binnen de GGZ staat de notie van herstel - van zelfredzaamheid en eventueel participatie - voorop. Interventies die op dit moment niet leiden tot herstel, kunnen op een later moment wel effect hebben. Herstel betekent daarbij niet per sé dat de stoornis overgaat, maar wel dat de cliënt weer een basale kwaliteit van leven ervaart en/of dusdanig zelfredzaam wordt dat die weer (begeleid) zelfstandig kan wonen, zonder de noodzaak van verblijf.

De Liz richt zich per definitie niet op cliënten bij wie terugkeer naar een meer zelfstandige vorm van leven een optie is. De Liz doet daarmee geen recht aan de kans op herstel en inclusie die bij de doelgroep GGZ-cliënten in principe altijd aanwezig is.

Afbakeningscriteria niet te geven

Van te voren is niet te zeggen of een cliënt zijn hele leven aangewezen zal zijn op verblijf met behandeling. Veel cliënten blijken na verloop van tijd alsnog (begeleid) zelfstandig te kunnen wonen. Van anderen blijkt uiteindelijk dat zij hun hele leven in een verblijfssetting hebben doorgebracht. Het opnemen van een groep GGZ-cliënten onder de Liz zou betekenen dat zowel onder de Zvw als onder de Liz een groep GGZ-cliënten verblijft en wordt behandeld. Een onderscheid tussen deze groepen is vooraf niet te objectiveren. Een inhoudelijke onderbouwing van een dergelijke splitsing is niet goed te geven.

Driedeling in de zorg complex en ongewenst

Een driedeling in de zorg (langdurig verblijf Zvw, langdurig beschermd wonen Wmo, langdurig verblijf Liz) met daarbij mogelijkheden van verblijf met behandeling Zvw of Liz, dan wel ambulante behandeling naast Wmo-beschermd wonen, is zeer complex.

Een ingewikkeld systeem leidt tot een groter risico op ongewenst, strategisch gedrag, waarbij het financiële belang boven het belang van de cliënt prevaleert. De

kans dat een cliënt onnodig of te snel naar de Liz wordt toegeleid – en daardoor mogelijk geen passende behandeling krijgt - is reëel. Binnen de Liz wordt immers niet uitgegaan van risicodragendheid, waar dit in Wmo en de Zvw wel het geval is. Vanuit het belang van de cliënt en vanuit het oogpunt van beheersing van kosten is dergelijke afwenteling onwenselijk.

Conclusie: geen doelgroep in de Liz

De zorg waar deze uitvoeringstoets over gaat, is voor cliënten die permanente begeleiding en zorg nodig hebben om te komen tot voor hen optimale zelfredzaamheid. Deze zorg richt zich erop hen zo veel mogelijk (weer) deel te laten uitmaken van de maatschappij. Wij vinden dat de begeleiding of behandeling zich altijd moet richten op herstel – zij het van zelfredzaamheid of van maatschappelijke participatie - van de cliënt. Binnen de Liz ondervinden aanbieders financieel nadeel als zij de cliënt te ondersteunen bij het bereiken van een meer zelfstandige woonsituatie. Het introduceren van een aanspraak in de Liz voor deze doelgroep doet daarmee geen recht aan de kans op herstel van zelfredzaamheid.

Een actief psychiatrisch ziektebeeld op enig moment leidt niet per definitie tot een levenslange behoefte aan beveiliging. Zelfs cliënten die jarenlang in een instelling hebben gewoond, kunnen zelfstandig(er) wonen. Er zullen altijd cliënten zijn waarvan achteraf blijkt dat deze toch hun hele leven in een instelling hebben moeten wonen. Een afbakening van een dergelijke doelgroep is vooraf niet te objectiveren en doet geen recht aan het herstelperspectief dat cliënten moeten houden.

Wij onderstrepen wel het belang van heldere afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars om afbakeningsdiscussies op de verschillende grensvlakken tussen de domeinen ten koste van de cliënt te voorkomen. Dit verduidelijken wij in hoofdstuk 4. Ook is een goed verdeelmodel tussen de centrumgemeenten en een goede risicoverevening voor zorgverzekeraars nodig, om perverse prikkels te voorkomen. Hierop gaan wij in hoofdstuk 6 nader in.

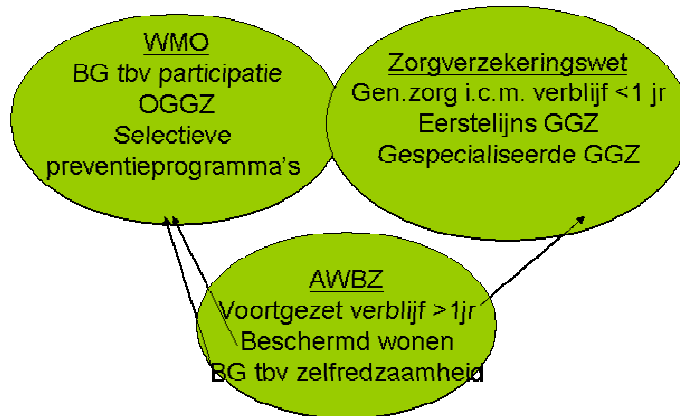
Wij verwachten dat zorgverzekeraars en gemeenten die begeleiding en zorg inkopen, die hun cliënten nodig hebben. Dit kan ook begeleiding en zorg in een instelling zijn. Hiervoor zullen de budgetten op grond van de Wmo en Zvw aangesproken worden en is vergoeding vanuit de Liz niet noodzakelijk. Indien sprake is van een combinatie van een psychische stoornis met een verstandelijke, lichamelijke, zintuiglijke of psychogeriatrische beperking, is het herstelperspectief meestal niet (meer) aanwezig en moet vanuit de ondersteuningsbehoefte van de cliënt worden bezien welke vorm van verblijf het meest passend is. Dit kan leiden tot een aanspraak op de Liz, maar niet per definitie.

Alles overwegende adviseren wij de staatssecretaris daarom om de voorgenomen overheveling van langdurige intramurale GGZ naar Wmo en Zvw voort te zetten zonder een gedeelte van de doelgroep daarvan uit te zonderen door middel van een aanspraak op de Liz.

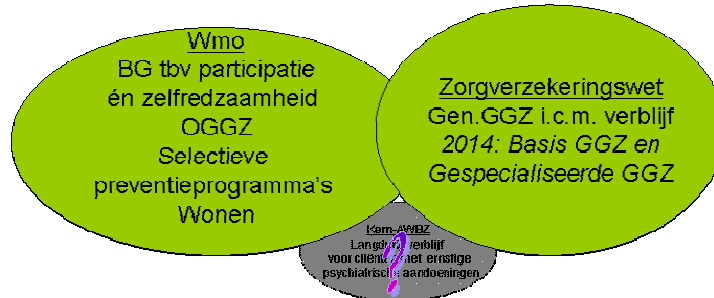
2.6 Nieuwe situatie in beeld

Uitgaande van de maatregel zoals voorgesteld in de brief Hervorming Langdurige Zorg en de adviesaanvraag van de staatssecretaris, kan de voorgenomen overheveling van de langdurige intramurale GGZ voor mensen van 18 jaar en ouder als volgt worden gevisualiseerd:

Overheveling intramurale GGZ naar Wmo en Zvw



Situatie na overheveling



3 Gevolgen voor betrokken partijen

De verschillende doelstellingen en werking van de systemen brengen bij de voorgestelde maatregel een aantal gevolgen met zich, waaraan wij in dit hoofdstuk aandacht besteden. Hierbij gaan we in op de gevolgen voor cliënten, maar ook voor zorgaanbieders, uitvoerders (zorgverzekeraars en gemeenten) en toezichthouders.

3.1 Cliënten

Cliënten met een psychische stoornis die nu op grond van de AWBZ een indicatie hebben voor verblijf of voortgezet verblijf, kunnen bij de voorgenomen maatregel terecht bij de gemeente voor een beschermende woonomgeving en begeleiding op grond van de Wmo of zij kunnen aanspraak doen op verblijf en behandeling vanuit de Zvw.

Inhoud van de zorg en begeleiding

Binnen de Wmo (2015) wordt de gemeente verantwoordelijk voor zorg en ondersteuning op het brede, sociale domein (werken, wonen, onderwijs, begeleiding). Voor cliënten met een psychiatrische aandoening die op grond van de Wmo in een beschermende woonomgeving wonen, biedt dit de kans op betere, integrale zorg. Het GGZ-aanbod kan worden afgestemd op de totale sociale behoefte van de individuele cliënt. Voor de cliënt kan de overgang naar de Wmo ook betekenen dat (de inhoud) van de zorg of de manier waarop hij die nu krijgt, verandert.

Bij het voortgezet verblijf dat onder de voorgenomen maatregel wordt overgeheveld naar de Zvw zijn de gevolgen voor de inhoud van de zorg waarschijnlijk beperkt, omdat het gaat om voortzetting van verblijf met klinische behandeling – wat (voor het eerste jaar) al onder de aanspraken van de Zvw valt.

Rechtspositie burgers onder Wmo anders dan onder de AWBZ

Voor cliënten die nu verblijven met en ZZP-C of ZZP-B geldt de AWBZ met een aantal daaraan verbonden wetten en regels die de rechtspositie van de cliënt regelen:

1. Besluit Zorgplanbespreking: dit besluit regelt dat de zorgaanbieder met alle cliënten die langer dan drie maanden in een AWBZ-instelling verblijven, een bespreking organiseert over de doelstelling en invulling van de te leveren zorg en de resultaten van de bespreking vastlegt in een zorgplan. Feitelijk regelt dit besluit de individuele medezeggenschap van de cliënt over de invulling van de aan hem te leveren zorg.
2. De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) regelt de collectieve medezeggenschap van de cliënten in een zorginstelling. De wet regelt de instelling, de rol en bevoegdheden van de cliëntenraad. Langdurig verblijf in een instelling grijpt diep in de persoonlijke levenssfeer van cliënten. De Wmcz regelt de invloed van langdurig zorgafhankelijke cliënten op het beleid van de instelling.
3. De Wet klachtrecht cliënten zorgsector verplicht de zorgaanbieder een regeling te treffen voor de behandeling van klachten over een gedraging van hem of een voor hem werkzame persoon jegens de cliënt. De wet regelt randvoorwaarden voor de afhandeling van een klacht.
4. De Kwaliteitswet stelt basiseisen aan de kwaliteit van zorg en regelt het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

In de Zvw zijn de drie wetten wel van toepassing, maar het Besluit

zorgplanbespreking niet. In de Zvw dient een behandelplan te worden opgesteld samen met de (wettelijk vertegenwoordiger van) de cliënt, conform de wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo).

In het wetsvoorstel Wmo 2015²³, artikel 6.1 – 6.5, worden bovengenoemde wetten niet van toepassing verklaard voor de Wmo. In plaats daarvan stelt het wetsvoorstel algemene eisen aan de kwaliteit van diensten (sterk gelijkend aan de algemene eisen die de Kwaliteitswet zorginstellingen stelt) en bepaalt het wetsvoorstel dat gemeenten bij verordening aangeven welke eisen aan de kwaliteit, medezeggenschap en klachtenafhandeling door aanbieders worden gesteld. De Wmo bepaalt dat een ambtenaar wordt belast met het toezicht op de uitvoering van de Wmo 2015.

De doelgroep met psychische stoornissen die nu onder verantwoordelijkheid van de gemeenten komt te vallen, is zeer kwetsbaar en veelal langdurig afhankelijk van begeleiding en zorg. Wij vinden dat de eisen aan de kwaliteit van beschermd wonen, begeleiding en zorg en het toezicht hierop adequaat geregeld moeten zijn.

Ook moet de individuele en collectieve medezeggenschap van cliënten en het klachtrecht niet-vrijblijvend geregeld worden. We stellen daarom voor de zorg die in het kader van de Wmo geleverd wordt, onder het bereik van de genoemde wetten te houden of anderszins te regelen dat deze rechten steviger wordt geborgd in de Wmo 2015.

Aangezien het zorgplan het centrale coördinatiepunt in de zorgverlening is, bevelen wij aan ook binnen de Zvw en Wmo de totstandkoming en regulering van zorg- en begeleidingsplannen te bevorderen. Als een cliënt meerdere zorg- of begeleidingsplannen heeft (bijvoorbeeld een begeleidingsplan op grond van verblijf in de Wmo en een behandelplan op grond van de Zvw) moeten deze zo veel mogelijk op elkaar worden afgestemd/geïntegreerd, met aandacht voor de totale kwaliteit van leven van de cliënt.

Over de rechtspositie van de cliënt in het indicatieproces heeft de Raad voor de Rechtspraak al advies uitgebracht. Hier gaan wij niet nader op in.

Aandacht voor niet-overlastgevende zorgmijders

De aard van de psychische stoornis kan met zich brengen dat cliënten geen ziekte-inzicht hebben, niet assertief zijn, zelf geen (verdere) zorg vragen of zelfs zorg mijden. Wij noemen deze groep expliciet, omdat de prikkel om zich te 'bemoeien' met deze doelgroep kleiner is dan de prikkel om aandacht te geven aan cliënten die overlast geven, ernstig vervuilen of terugvallen in verslaving of criminaliteit. Bij beperkte middelen bestaat het risico dat deze doelgroep uit beeld verdwijnt en een verminderde levenskwaliteit heeft.

Bemoeizorg (OGGZ) is een verantwoordelijkheid van de gemeente en huisarts. Als deze cliënten eenmaal in zorg zijn, moet gewaakt worden voor te lange opname of juist te snelle ambulantisering vanuit de instelling met een te grote druk op bijvoorbeeld deelname aan arbeid.

Eigen bijdrage

Onder de AWBZ betalen cliënten met verblijf of voortgezet verblijf een wettelijk bepaalde, inkomensafhankelijke eigen bijdrage. De vraag is of ook onder de Zvw of Wmo een eigen bijdrage wordt opgelegd. Wij gaan in hoofdstuk 6 nader in op de

²³ Wetsvoorstel zoals publiek bekend op 7-10-2013.

uitvoeringsaspecten van de eigen bijdrage.

Persoonsgebonden budget (pgb)

Hoewel het aantal naar verwachting gering is²⁴, zullen er (volwassen) cliënten in de GGZ zijn die hun indicatie voor AWBZ-verblijf (ZZP C) momenteel verzilveren door middel van een pgb.²⁵ De staatssecretaris heeft in de brief over de hervorming van de langdurige zorg aangegeven dat het pgb zal worden geregeld in de Liz en de Wmo. De overheveling van de zorg naar de Zvw en Wmo kan voor deze cliënten gevolgen hebben voor de inhoud van de zorg en voor de wijze waarop zij hun zorg kunnen organiseren. Eventuele ongewenste effecten hiervan moeten in beeld gebracht worden.

Aanvullende AWBZ-aanspraken

Cliënten met een indicatie GGZ ZZP-B, die verblijf en behandeling ontvangen van dezelfde AWBZ-instelling, hebben nu ten laste van de AWBZ aanspraak op een integraal pakket aan zorg. Dit betekent dat zij een aantal aanvullende verstrekkingen, waaronder huisartsenzorg, farmaceutische hulp, tandheelkundige zorg, hulpmiddelen, speciale kleding en het individueel gebruik van een rolstoel, vanuit de AWBZ ontvangen. Als deze cliënten overgaan naar de Zvw, zullen deze aanvullende verstrekkingen voortaan plaatsvinden vanuit de Zvw en/of Wmo. Dit kan gevolgen hebben voor de inhoud en omvang van de verstrekking en een eventuele eigen bijdrage voor de cliënt²⁶.

Indien in de Liz een integraal pakket aan zorg behouden blijft, kan dit ingeval van cliënten met een psychische stoornis die tevens een aandoening hebben voor de Liz (zie hoofdstuk 3) wellicht een prikkel vormen om in aanmerking te komen voor de Liz.

3.2 Zorgaanbieders

Contractering en verantwoording

Voor instellingen verandert het speelveld van contractering en verantwoording. Aanbieders zullen, in plaats van met het zorgkantoor, moeten onderhandelen met meerdere (centrum-)gemeenten en zorgverzekeraars. Aan ieder van deze contractpartners zullen zij verantwoording moeten afleggen over kwaliteit en kwantiteit van de geleverde zorg. De verandering is daarbij uiteraard het grootst voor de instellingen die nu alleen AWBZ-zorg leveren en van daaruit slechts te maken hebben met één of enkele zorgkantoren.

De meeste aanbieders van intramurale GGZ hebben echter nu ook al met zorgverzekeraars en/of gemeenten te maken, omdat voortgezet verblijf voortvloeit uit eerder verblijf vanuit de Zvw en beschermd wonen nauw samenhangt met de maatschappelijke opvang die gemeenten leveren. Voor die aanbieders vereenvoudigt de zorginkoop: het offertetraject met het zorgkantoor hoeven zij niet meer te doorlopen en de inkoopvoorwaarden van het zorgkantoor vervallen²⁷.

²⁴ Er zijn momenteel 23000 budgethouders met een verblijfsindicatie. Uit het onderzoek "Een PGB op basis van een ZZP, de financiële gevolgen van het afschaffen van budgetgarantie", Research en Beleid, 20 augustus 2010, bleek dat op dat moment van de ZZP-geïndiceerden 2% een GGZ-C indicatie had en 1% een GGZ- B- indicatie. Vanwege de kleine aantallen geeft het onderzoek hiervan geen verdere specificatie, ook niet naar leeftijd. Een aantal jaren geleden is de toegang tot een PGB afgesloten voor nieuwe instroom met een GGZ ZZP-B. Verwacht kan dus worden dat dat aantal alleen maar is teruggelopen.

²⁵ Een pgb voor voortgezet verblijf (ZZP B) is niet toegestaan.

²⁶ Zie ook het Rapport: "Artikel 15 Bza", bijlage 4 bij het Signalement Zorg en Wonen, CVZ, 12 februari 2012, www.cvz.nl

²⁷ Zie verder het advies Overheveling langdurige GGZ naar de Zvw, Bekostiging van de langdurige GGZ gericht op behandeling en verblijf, NZA, augustus 2013.

Bekostiging

Met het loslaten van de AWBZ verliezen instellingen die verblijf of voortgezet verblijf bieden de relatieve zekerheden van de zorgzwaartebekostiging en de daaraan verbonden kapitaalslastenvergoeding. Als het verblijf vergoed blijft worden, zal hier binnen de Zvw een oplossing voor moeten worden gevonden. Als zorg en verblijf financieel gescheiden worden, doen zich diverse praktische bezwaren voor met betrekking tot de kapitaalslasten. Zie hiervoor het Signalement "Zorg en Wonen" dat wij in 2012 hebben uitbracht²⁸. Hoe de bekostiging in de Wmo gaat lopen, is aan de gemeenten.

Bevoorschotting

Bij de overheveling van de curatieve GGZ naar de Zvw in 2008 bleek het wegvallen van de bevoorschotting tot liquiditeitsproblemen te leiden bij zorgaanbieders. Dit is nu weer een risico. In hoofdstuk 6 gaan wij hier nader op in.

Maatwerk

De ruimte die de Wmo biedt voor maatwerk, kan zorgaanbieders de ruimte geven vernieuwende zorgvormen, op maat gesneden voor de cliënt, te ontwikkelen. Investeren hierin zal voor hen vooral aantrekkelijk zijn als zij meerjarige contracten kunnen afsluiten. De verwachting is dat gemeenten – bij voorkeur in afstemming met zorgverzekeraars – samenhangende zorgarrangementen gaan inkopen.

Afstemming tussen verschillende zorgaanbieders is hierbij uiteraard gewenst. Ontwikkeling en versterking van de eerstelijns-psychiatrische zorg en samenwerking in wijkteams kunnen bijdragen aan goede ketenzorg. Aandachtspunt is dat zorgaanbieders moeten voldoen aan de eisen van de Wmg en de Mededingingswet, die vormen van samenwerking als marktbeperking kunnen aanmerken.

3.3 Zorgverzekeraars

Toegang

Bij de voorgenomen maatregel worden de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor alle (klinisch) verblijf met behandeling voor mensen met een psychische stoornis. Omdat de financiële knip tussen AWBZ en Zvw vervalt, kan deze zorg in samenhang worden ingekocht. Dat is een positieve ontwikkeling.

Bij de voorgenomen maatregel krijgen zorgverzekeraars te maken met een groep complexe cliënten, met over het algemeen een hoog zorggebruik, waarvan de duur en het verloop van de GGZ moeilijk vooraf te bepalen zijn.

In de huidige AWBZ wordt de toegang tot verblijf of voortgezet verblijf bepaald door een onafhankelijk indicatieorgaan, het CIZ. Het CIZ legt in een indicatiebesluit vast of een cliënt is aangewezen op (voortgezet) verblijf en zo ja, welk zorgzwaartepakket passend is en voor welke periode. Bij aanvang van de zorg staat voor het zorgkantoor vast of een cliënt aanspraak heeft, in welke omvang (ligt besloten in het ZZP) en hoe lang. De Zvw kent geen onafhankelijke indicatiestelling "aan de poort". Het is de behandelaar die bepaalt of een cliënt met een psychische stoornis al dan niet in (voortgezet) verblijf gaat en hoe lang hij daar blijft. Op dit moment kunnen behandelaren geen gebruik maken van standaarden waarin criteria zijn opgenomen voor de noodzaak en duur van verblijf.

De Nza heeft dit risico ook gesignaleerd in zijn advies over de overheveling van de

²⁸ Signalement Zorg en Wonen, 12 februari 2012.

langdurige intramurale GGZ naar de Zvw²⁹ en heeft geadviseerd de bekostiging aan de hand van ZZP's te handhaven tot een nieuwe bekostigingssystematiek tot stand is gekomen.

Eerder³⁰ hebben wij gewezen op het vereiste van een goede registratie van de zorg om gepast gebruik binnen de GGZ bevorderen. Zo is het bijvoorbeeld voor chronische stoornissen met een stabiel beeld van belang dat een behandelaar – gebruik makend van een kwaliteitsstandaard – aangeeft of verblijf met behandeling nog nodig is. Als de cliënt is uitbehandeld en enkel verblijf met begeleiding nodig heeft, dan stroomt hij uit naar de thuissituatie of naar een vorm van beschermd wonen in de Wmo.

Welke zorg binnen de Zvw nog nodig is, wordt verantwoord in een behandelplan, idealiter op basis van hetgeen in richtlijnen daarover is opgenomen. Verzekeraars willen met aanbieders een veldnorm (als onderdeel van een kwaliteitsstandaard) voor het registreren van het behandelplan en de evaluatie van de behandeling ontwikkelen, bij voorkeur een norm die aansluit op ROM (routine outcome monitoring), een instrument waarover partijen al in 2010 afspraken hebben gemaakt. Op grond van de registratie kan de zorgverzekeraar gericht controleren en zien welke zorg (behandeling of begeleiding) aanbieders bieden. Wel is dan vereist dat op de declaratie de diagnose zichtbaar is. Als dit in de praktijk werkt, is aanscherping door middel van machtiging of toestemming niet nodig. Ook hebben we in ons recente GGZ-rapport³¹ gewezen op de mogelijkheid van sturing via spiegelinformatie, waarbij zorgverleners feedback krijgen op hun declaratiegedrag. Zo kunnen zorgverzekeraars sturen op praktijkvariatie. Dit uiteraard binnen de grenzen van de privacyregelingen.

Zorgverzekeraars zullen, om de kosten van (het relatief dure) verblijf te drukken, gaan inzetten op ambulantisering. Indien hier te sterk op gestuurd wordt, bestaat het risico op onderbehandeling en te snelle uitstroom van cliënten.

Risicoverevening

Ten slotte is ook de mate waarin zorginkoop door zorgverzekeraars gedifferentieerd kan worden op basis van zorgzwaartebeoordeling en een goed ex-ante risicovereveningsmodel cruciaal. ZN heeft in zijn reactie op het concept-rapport hierop gewezen. Op de risicoverevening gaan wij in hoofdstuk 6 nader in.

3.4 Gemeenten

Verantwoordelijkheid voor het brede sociale domein; kansen en risico's

Gemeenten krijgen de verantwoordelijkheid voor alle begeleiding en ondersteuning van cliënten met een psychiatrische aandoening op de domeinen wonen, welzijn onderwijs en werk. Ook de (psychiatrische) zorg aan cliënten jonger dan 18 jaar komt via de Jeugdwet onder verantwoordelijkheid van de gemeenten. Gemeenten hebben beleidsvrijheid om invulling te geven aan deze domeinen.

In discussies over de overheveling naar de gemeenten van het beschermd wonen en de begeleiding voor mensen met een psychische stoornis komt naar voren dat de ratio hierachter in het algemeen niet wordt bestreden: het past bij de inclusiegedachte die in de psychiatrie wordt gebezigd en de brede sociale verantwoordelijkheid van de gemeenten. Gemeenten hebben er belang bij om cliënten goed te begeleiden; immers, als dit niet gebeurt, heeft dit gevolgen voor

²⁹ Nza, Advies overheveling langdurige GGZ naar Zvw, augustus 2013.

³⁰ Advies Geneeskundige Gezondheidszorg, deel 2, p. 45.

³¹ Advies Geneeskundige Gezondheidszorg, deel 2

andere segmenten waarvoor de gemeente de maatschappelijke en financiële gevolgen draagt (financiële bijstand, toename van overlast en criminaliteit).

Gemeenten zelf geven aan een goed beeld te hebben van de doelgroep en gereed te zijn om de verantwoordelijkheid voor het gehele sociale domein op zich te nemen. Andere betrokken partijen³² maken zich er zorgen over of de gemeenten voldoende deskundigheid hebben om begeleiding voor deze doelgroep in te kopen en of de financiële prikkels voor de gemeenten niet zodanig zijn dat zij cliënten (te) snel zullen toeleiden naar de Zvw of de Liz. Daarnaast uiten partijen zorgen over het relatief korte tijdsbestek waarin de decentralisatie moet worden doorgevoerd en de omvang ervan. Gemeenten krijgen in korte tijd te maken met een enorme uitbreiding van hun takenpakket op diverse gebieden.

Bijzondere aandacht hierbij is nodig voor cliënten die uit detentie komen. De overgang van beschermd of begeleid wonen met een forensische titel naar gewoon burgerschap – met de benodigde zorg voor de psychische stoornis moet goed begeleid worden om de re-integratie van de ex-gedeteneerde te doen slagen.

Deze risico's kunnen naar onze mening worden beperkt door het doen opstellen van kwaliteitsstandaarden, borging van de rechtspositie van de cliënt en door geformaliseerde samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Verdeling cliënten

Het beschermd wonen in de Wmo zal naar verwachting worden uitgevoerd door de centrumgemeenten, omdat het aantal cliënten te beperkt is om dit in ieder van de ruim 400 gemeenten in Nederland apart te organiseren. Wij vragen aandacht voor de (centrum)gemeenten die relatief veel grote (psychiatrische) instellingen of RIBW's binnen hun grenzen hebben. Zij zullen met relatief hoge kosten worden geconfronteerd als zij verantwoordelijk worden voor het verblijf en de begeleiding van de bewoners. Een goed risicoverdelingsmodel tussen (centrum)gemeenten onderling is noodzakelijk.

3.5 Dagbesteding en vervoer

Gedurende de adviesfase is op ambtelijk niveau aanvullend verzocht om in de uitvoeringstoets ook aandacht te besteden aan vervoer en dagbesteding. Hieronder gaan we op dit verzoek in.

Voor zover de intramurale GGZ wordt overgeheveld naar de Zvw, is het volgende van belang. Op dit moment is het zo dat bij het eerste jaar GGZ-verblijf, dat onder de Zvw valt, de daginvulling valt onder het verblijf als bedoeld in artikel 2.10 Bzv. Wij zijn van mening dat dit ook moet gelden voor de intramurale GGZ langer dan een jaar, als die wordt overgeheveld naar de Zvw. De instelling waar cliënt verblijft is ervoor verantwoordelijk dat de cliënt passende dagbesteding ontvangt. Als de instelling de dagbesteding niet zelf levert, maar de cliënt elders gebruik maakt van dagbesteding, dan is de instelling van verblijf verantwoordelijk voor het vervoer van en naar die dagbesteding³³. Indien nodig moet de bekostiging daarop worden

³² Zoals geuit tijdens gesprekken en tijdens de vergadering van de Adviescommissie Pakket op 4-10-2013.

³³ Hetzelfde geldt nu ingeval van (voortgezet) verblijf onder de AWBZ. Als dagbesteding deel uitmaakt van het ZZP, geeft het CIZ geen afzonderlijke indicatie voor vervoer. De instelling is verantwoordelijk voor het leveren van de totale verblijfszorg, waaronder de dagbesteding. Als de instelling van verblijf de dagbesteding niet zelf levert, maar gebruik wordt gemaakt van dagbesteding elders, is de instelling van verblijf verantwoordelijk voor het vervoer van en naar die dagbesteding, inclusief de bij het vervoer eventueel noodzakelijke begeleiding (RZA 2008, 60)

aangepast.

Voor zover beschermd wonen en dagbesteding overgaat naar de Wmo, zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de keuze of en zo ja, hoe het vervoer van en naar (externe) dagbesteding wordt geregeld.

Bijzondere aandacht verdient, onder de voorgenomen maatregel, de situatie dat een cliënt een voorziening voor beschermd wonen en dagbesteding heeft in de Wmo, maar in verband met behandeling tijdelijk wordt opgenomen in een Zvw-instelling. Als vanuit zorginhoudelijk perspectief voortzetting van de eigen dagbesteding gedurende de opnameperiode voor cliënt de voorkeur heeft, is het wenselijk dat de mogelijkheid hiertoe bestaat. De mogelijkheden en voorwaarden hiervoor zullen nader moeten worden verkend. Hierbij willen wij uiteraard behulpzaam zijn.

4 Grensvlakken in de nieuwe situatie

Uit hoofdstuk 2 bleek dat de doelstelling van de voorgenomen maatregel is om te komen tot een systeem waarin de kwaliteit van de zorg aan mensen met een psychiatrische aandoening verbetert, er meer samenhang tussen de zorg en andere voorzieningen wordt bereikt, de zorg efficiënter wordt geleverd, onnodige medicalisering wordt voorkomen en waarin extramuralisering van zorg een impuls krijgt.

We vinden dat de overheveling een verbetering is ten opzichte van de huidige situatie. De overheveling biedt gemeenten de kans om hun verantwoordelijkheid voor het gehele sociale domein te nemen. De intramurale geneeskundige GGZ komt volledig onder verantwoordelijkheid van de verzekeraars. De overheveling leidt ertoe dat de meerderheid van psychiatrische cliënten nu met twee, in plaats van drie systemen te maken heeft. Afbakeningsproblematiek vindt op minder vlakken plaats en er zijn minder prikkels tot afwenteling.

Omdat de langdurige intramurale GGZ anders wordt verdeeld over de wettelijke domeinen, voorzien wij wel een aantal grensvlakrisico's. In dit hoofdstuk gaan wij op deze risico's in. Aangezien de ernstig psychiatrische cliënten een bijzonder kwetsbare groep vormen, is het van belang de risico's op voorhand te onderkennen en zorgvuldig te beheersen.

4.1 Grensvlakken

Wij signaleren dat bij de voorgenomen maatregel met name op twee gebieden grensvlakproblematiek kan ontstaan:

- 1 Zorg op het grensvlak tussen de Zvw en de Wmo:
 - a hier doet zich de vraag voor wanneer sprake is van begeleiding gericht op zelfredzaamheid/participatie en wanneer begeleiding plaatsvindt in het kader van behandeling.
 - b Daarnaast speelt de vraag wanneer opname in de Zvw nodig is, ofwel wanneer verblijf medisch noodzakelijk is.
- 2 Zorg op het grensvlak van Zvw en Wmo enerzijds en de nieuw te vormen Liz anderzijds: hier kunnen zich vooral problemen voordoen bij mensen met meerdere aandoeningen, te weten cliënten die naast de psychische stoornis een beperking hebben op grond waarvan aanspraak bestaat op zorg uit de Liz.

Waar afbakeningsvragen bestaan, bestaat het risico dat cliënten niet het passende zorgaanbod krijgen, van afwenteling en van ongewenst strategisch gedrag. Ook bestaat het risico op onduidelijkheden en complexiteiten in de uitvoering. Het is dan ook van belang om de afbakeningsproblematiek zo klein mogelijk te houden.

We werken bovengenoemde afbakeningsvragen uit in de volgende paragrafen.

4.2 Zorg op het grensvlak van Wmo en Zvw

4.2.1

Afbakening tussen begeleiding en behandeling

Bij de bepaling uit welk domein de cliënt zijn intramurale GGZ onder de voorgenomen maatregel zal ontvangen, speelt een duidelijke afbakening tussen

psychiatrische behandeling en – begeleiding, in relatie tot verblijf, een sleutelrol. In de praktijk leidt dit onderscheid tot veel discussie, omdat professionals het onderscheid tussen behandeling, begeleiding *in het kader* van behandeling en de op zelfredzaamheid en participatie gerichte begeleiding verschillend interpreteren. Daarnaast is het mogelijk dat cliënten zowel begeleiding krijgen in het kader van behandeling, als begeleiding gericht op zelfredzaamheid/participatie.

Bij de overheveling ligt hier een kans om de zorg beter te organiseren in het belang van de cliënt. Bij intensivering van de ambulante behandeling moet de begeleiding vanuit de Wmo zoveel mogelijk betrokken - en waar mogelijk gecontinueerd worden. Dit vereist goede en heldere afspraken tussen zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars.

4.2.2 *Geneeskundige GGZ (behandeling) en begeleiding*

In 2009 heeft het CVZ al een standpunt uitgebracht over het onderscheid tussen enerzijds geneeskundige GGZ (behandeling) en anderzijds (AWBZ)begeleiding. Dit naar aanleiding van de overheveling van de op genezing gerichte GGZ naar de Zvw.

Wij hebben aangegeven dat *behandeling* is gericht op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis. Onder herstel of voorkoming van verergering is – naast het behandelen van de stoornis – het leren omgaan met de (gevolgen van een) aandoening begrepen, voor zover de interventie is gestructureerd, programmatisch is en zich richt op een specifiek geneeskundig doel. Hieronder vallen ook begeleidingsactiviteiten die een onlosmakelijk onderdeel van de psychiatrische behandeling vormen. Hiervan is sprake als deze activiteiten voortvloeien uit het behandelplan, noodzakelijk zijn om het behandel doel te bereiken, worden aangestuurd door de hoofdbehandelaar en terugkoppeling plaats vindt naar de behandelaar.

Begeleidende activiteiten die een niet-geneeskundig doel betreffen en waarvoor geen deskundigheid op het niveau van de behandelaar is vereist, moeten worden gerekend tot de functie begeleiding in de AWBZ³⁴.

4.2.3 *Onderscheid beschermd wonen of opname*

In de huidige AWBZ wordt het onderscheid tussen intramuraal verblijf met of zonder behandeling bepaald bij de indicatiestelling, die wordt verricht door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) op basis van beleidsregels³⁵. Dit resulteert in een indicatie voor verblijf met een zorgzwaartepakket GGZ B (= verblijf inclusief behandeling) of GGZ-C (verblijf exclusief behandeling, wel met begeleiding). Met deze indicatie kan de cliënt verblijven in een voor hem geschikte instelling.

De indicatiestelling door het CIZ biedt onvoldoende houvast voor het onderscheid tussen cliënten die intramuraal verblijf met of zonder (intramurale) behandeling nodig hebben. Cliënten met een GGZ-C-pakket ontvangen bijvoorbeeld in een beschermende woonomgeving vaak ook langdurig (ambulante) GGZ-behandeling, vanuit de Zvw³⁶. Dat een cliënt een indicatie voor een C-pakket heeft, betekent dus niet per definitie dat hij geen behandeling krijgt. Het betekent wel dat het

³⁴ "Geneeskundige GGZ-begeleiding", CVZ, 14 december 2009, www.cvz.nl

³⁵ Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ, die jaarlijks worden vastgesteld door de minister van VWS.

³⁶ Zie ook Rapport "Onderscheid B- en C-pakketten niet uniform gehanteerd. Verslag van een onderzoek naar de verschillen tussen zorgzwaartepakketten met en zonder behandeling in de GGZ", Price, Waterhouse, Coopers, 30 maart 2009, p. 10 e.v.

(integrale) verblijf niet medisch noodzakelijk wordt geacht voor het welslagen van de behandeling.

Bij de voorgenomen splitsing concentreert de vraag van de afbakening tussen Wmo en Zvw zich dan ook rond het onderscheid tussen verblijf dat medisch noodzakelijk is voor behandeling, ten opzichte van de mogelijkheid om zelfstandig of beschermd te wonen, eventueel met ambulante behandeling. In praktijk wordt de indicatie sterk bepaald door de aanvraag van de zorgaanbieder en de wijze waarop deze zijn zorg organiseert. Na de overheveling kan dat niet meer.

Wij hanteren voor het maken van dit onderscheid de volgende denkrichting:

Als verblijf noodzakelijk is in verband met het behandelen van een *actieve* psychische stoornis, waarbij het doel van de behandeling herstel van zelfredzaamheid of het voorkomen van verergering van de stoornis is, kan intramurale GGZ vanuit de Zvw zijn aangewezen.

Als een beschermende woonomgeving noodzakelijk is in verband met begeleiding die zich richt op de omgang met de *sociale handicaps* die voortkomen uit een – verder *stabiele* – psychiatrische aandoening, is de cliënt hiervoor aangewezen op de gemeente voor beschermd wonen (Wmo). De medische zorg is dan de verantwoordelijkheid van de huisarts/POH-GGZ, waar nodig aangevuld met zorg vanuit de basis GGZ. Bij verslechtering kan intensievere behandeling plaatsvinden, zo nodig uit de gespecialiseerde GGZ. Van belang is om de ondersteuning vanuit de gemeente hier optimaal te betrekken en zo mogelijk te continueren.

Het CVZ wil over medisch noodzakelijk verblijf in 2014 een duiding uitbrengen, die breder reikt dan alleen de GGZ. Daarin zullen wij deze denkrichting nader uitwerken.

4.2.4 *Risico's voor de cliënt*

Daar waar de afbakening niet helder is, bestaat het risico van afwenteling en strategisch gedrag. Concreet bestaat voor cliënten het risico dat zij van het kastje naar de muur worden gestuurd, dat "complexe" cliënten (te vroeg) door de gemeente worden verwezen naar de Zvw, met als gevolg onvoldoende maatschappelijke inclusie, onnodige medicalisering van de begeleiding, overbehandeling en dus geen passende zorg. Of dat cliënten die voor behandeling in een intramurale instelling zijn opgenomen, onterecht vanuit de Zvw worden teruggeleid naar de thuissituatie of de Wmo, waardoor verslechtering van hun (medische) situatie optreedt of het gevaar van terugval dreigt.

4.2.5 *Gezamenlijke verantwoordelijkheid*

Een psychische stoornis kan variëren in de mate waarin die actief is. Dit betekent dat een cliënt gedurende zijn zorgcarrière kan wisselen tussen domeinen. Bijvoorbeeld: een cliënt die beschermd woont met ambulante begeleiding, bij wie tijdelijk de behandeling moet worden geïntensiveerd waarbij opname ten behoeve van de behandeling noodzakelijk is. Onder de voorgenomen maatregel zou hij dan overgaan van de Wmo naar de Zvw (en vice versa).

Daarnaast brengt de complexiteit van de stoornissen met zich mee dat cliënten vaak gebruik zullen maken van zowel Wmo als Zvw. Afstemming tussen de begeleiding vanuit de gemeente, de huisarts, wijkverpleegkundige en gespecialiseerde behandelaars ("warme overdracht") is noodzakelijk om te voorkomen dat een cliënt onnodig heen en weer beweegt tussen domeinen, om te garanderen dat cliënt een

passend zorgaanbod krijgt, in het juiste domein en te voorkomen dat hij terugvalt, uit beeld raakt en/of verwaarloost. Het is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van partijen om een te rigide uitvoeringsstructuur en daarmee gepaard gaande afwenteling, die niet in het belang is van de cliënt, te voorkomen. De *Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*³⁷ kan hier een goede basis voor vormen.

Uit onderzoek van het Trimbos-instituut bleek dat de professionals vaak bereid zijn om over de systemen heen een passende oplossing voor de cliënt te organiseren, maar hierbij vaak gehinderd worden door het ontbreken van afspraken over de bekostiging hiervan³⁸. Heldere – niet-vrijblijvende – vastgelegde procesafspraken tussen gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en woningcorporaties zijn naar onze mening van belang om te zorgen dat cliënten ook bij een veranderende behoefte aan begeleiding en behandeling continuïteit ervaren en om lokaal tot een structurele oplossing voor de afbakeningsproblematiek te komen. Deze afspraken dienen geformaliseerd te worden. Ook voor cliënten die instromen vanuit de Jeugdwet of op grond van een forensische titel zijn goede afspraken nodig.

4.3 Zorg op het grensvlak van Zvw en Liz

4.3.1

Meerdere beperkingen leiden tot verschillende aanspraken

Ook tussen de Zvw en de toekomstige Liz kunnen afbakeningsvragen ontstaan. Dit kan vooral gebeuren bij de mensen die meerdere stoornissen of aandoeningen hebben waarvoor (intramurale) zorg en behandeling nodig is.

Een psychische stoornis op zich geeft geen toegang tot de langdurige (intramurale) zorg op grond van de Liz. Als, naast een psychische stoornis, een andere beperking of aandoening bestaat die wel toegang zou kunnen geven tot de Liz, kan dit aanleiding geven tot grensvlakproblematiek en strategisch gedrag. Voorbeelden zijn de (licht) verstandelijk gehandicapten met een psychiatrische aandoening, of mensen met een combinatie van een psychogeriatrische en psychiatrische problematiek. Van de cliënten met een GGZ-ZZP heeft 20% een zogenaamde "tweede grondslag". Het betreft in 2013 ruim 9000 mensen. Daarnaast zijn er 29000 cliënten in de AWBZ met een ander (niet-GGZ) ZZP die psychiatrie als tweede grondslag hebben³⁹.

De vraag is dan in welk domein de cliënt thuishoort en op basis van welke criteria dit kan worden bepaald. Immers, waar de psychiatrische aandoening toegang geeft tot Wmo of Zvw, kan de verstandelijke handicap, lichamelijke handicap, psychogeriatrische aandoening of somatische aandoening toegang geven tot indicatie voor verblijf onder de Liz. Bij meerdere grondslagen gaat het vrijwel per definitie om cliënten met een complexe zorgvraag die gecoördineerde, multidisciplinaire zorg nodig hebben. De vraag in welk domein de cliënt thuishoort, zal dan niet altijd eenduidig te beantwoorden zijn.

Voorbeeld:

Bij een cliënt met een lichte verstandelijke handicap en gedragsproblematiek als gevolg van een psychiatrisch ziektebeeld, kan dit leiden tot uiteenlopende woon- en zorgsituaties:

³⁷ KNMG, 2010.

³⁸ Rapport "Samenhang en coördinatie", Trimbos, 2011.

³⁹ AZR/College voor zorgverzekeringen

1. *De cliënt woont met begeleiding zelfstandig (Wmo-begeleiding) en krijgt daarnaast ambulante behandeling voor de psychiatrische stoornis (Zvw-behandeling). Eventuele hulpmiddelen worden door de gemeente (Wmo) verstrekt, terwijl algemene medische zorg door de huisarts (Zvw) wordt geleverd. De gemeente draagt zorg voor een passende dagbesteding, mogelijk met toeleiding naar werk.*
2. *De cliënt is opgenomen in een Liz-instelling op grond van de indicatie SGLVG. Verblijf, begeleiding, behandeling, algemene medische zorg en hulpmiddelen worden geregeld vanuit de AWBZ.*

Wij adviseren om, in gevallen waarin een cliënt meerdere beperkingen of stoornissen heeft en er geen duidelijke relatie tussen de psychiatrische problematiek en de aandoening is vast te stellen, niet *zonder meer* de dominante aandoening bepalend te laten zijn, maar aan de hand van professionele standaarden en het professioneel oordeel – in overleg met cliënt en/of mantelzorger – te bepalen in welke domein de cliënt *gezien zijn zorgbehoefte* het beste tot zijn recht komt⁴⁰. In de samenwerkingsafspraken tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders moet vastgelegd worden hoe deze beslissing in overleg met de cliënt tot stand komt. CVZ kan bij vragen van de betrokken partijen helpen het vraagstuk nader te duiden.

4.3.2

Specifieke doelgroepen

Een aantal doelgroepen waarbij sprake is/kan zijn van meerdere grondslagen willen wij hier expliciet benoemen:

Autisme en autisme verwante stoornissen

Autisme is een diagnose waarbij zowel een verstandelijke handicap als een psychiatrische aandoening aan de orde kan zijn. Er is specifieke kennis van dit ziektebeeld nodig om de zorgbehoefte c.q. ondersteuningsvraag goed in kaart te kunnen brengen. Ook voor het bieden van de ondersteuning is specifieke kennis nodig. Als volwassen cliënten met autisme aangewezen zijn op langdurige zorg, eventueel met verblijf, kunnen afbakeningsproblemen spelen ten aanzien van drie domeinen:

1. Zvw: behandeling met verblijf in een therapeutisch klimaat van cliënten met autisme met een normale intelligentie;
2. Wmo: beschermende woonomgeving met begeleiding uit de Wmo en ambulante behandeling Zvw;
3. Liz: verblijf en behandeling in de verstandelijk gehandicapten sector.

Overigens geven gemeenten aan deze doelgroep nog niet goed in beeld te hebben, juist omdat ze vaak in de verstandelijk gehandicaptenzorg geholpen worden.

Ook hier is het van belang te kijken waar de cliënt het beste tot zijn recht komt. Voor de cliënt met autisme met een normale intelligentie kan begeleid wonen of beschermd wonen met begeleiding heel geschikt zijn, terwijl een cliënt met autisme en een verstandelijke beperking juist baat kan hebben bij de gespecialiseerde begeleiding van een VG-instelling.

Ouderen met een psychiatrisch ziektebeeld en bijkomende (ouderdoms)beperkingen

Zij hebben zorg en ondersteuning nodig op het grensvlak van psychiatrie en ouderenzorg. Het kan gaan om ouderen met een psychiatrische stoornis, die reeds langdurig in een (psychiatrische) instelling of beschermd wonen, maar steeds meer

⁴⁰ In RZA 2010/70 hebben wij, in verband met het vraagstuk welk ZZP, uit welke sector, het best passend is voor een verzekerde, benadrukt dat niet de (dominante) grondslag, maar de zorgbehoefte/beperkingen bepalend moeten zijn.

somatische problemen krijgen en lichamelijk zorgafhankelijker worden. Dit leidt tot afbakeningsvragen met de ouderenzorg (Liz). Ook kan het gaan om chronisch psychiatrische cliënten die zich, toen ze jonger waren, met ondersteuning in de eigen thuissituatie konden redden, maar dit ten gevolge van ouderdomsproblematiek (somatische problemen met eventueel handicaps) niet meer kunnen. Tot slot kan een oudere psychische klachten krijgen – depressie komt bijvoorbeeld regelmatig voor bij ouderen. Het vereist specifieke kennis van de doelgroep om te kunnen bepalen welk zorgaanbod, vanuit welke sector, het best passend is.

(licht) Verstandelijk gehandicapten met een psychische stoornis

Binnen de huidige AWBZ zien wij regelmatig indicatiegeschillen waarin de vraag speelt of (licht) verstandelijk gehandicapten met psychiatrische problematiek voor hun zorg zijn aangewezen op de Zvw of op de AWBZ. Zij hebben een zgn. “dubbele grondslag”, namelijk een verstandelijke handicap en een psychiatrische stoornis. Het betreft in 2013 ongeveer 16.000 cliënten⁴¹. In indicatiegeschillen hebben wij het standpunt ingenomen dat de *hoofdoorzaak* van de te behandelen stoornissen en/of beperkingen leidend moet zijn. Als de te behandelen psychiatrische problematiek primair voortkomt uit de grondslag verstandelijke handicap, dan is de cliënt aangewezen op verblijf in een instelling voor verstandelijk gehandicapten ten laste van de AWBZ. Als de te behandelen psychiatrische problematiek niet primair voortkomt uit de verstandelijke handicap, is de cliënt aangewezen op (intramurale) GGZ en behandeling ten laste van de Zvw⁴². Wij menen dat op deze manier tevens de behoefte van de cliënt op de voorgrond gesteld wordt. Zeker als de relatie tussen de psychiatrische problematiek en de aandoening niet eenduidig is vast te stellen, Als de primaire oorzaak van de te behandelen psychiatrische problematiek niet goed is het beter om de zorgbehoefte van cliënt bepalend te laten zijn voor het ondersteuningsaanbod.

4.3.3 *Risico's voor cliënten*

Bij cliënten met meerdere aandoeningen, waarvan een of meerdere toegang kunnen geven tot de Liz, dreigt eveneens het risico van afwenteling en ongewenst strategisch gedrag. Het betreft een complexe, zorgintensieve cliëntengroep. Afwenteling vanuit de gemeenten of zorgaanbieders naar de Liz is niet ondenkbaar. Tevens bestaat het gevaar dat cliënten tussen de wal en het schip raken, als binnen de diverse domeinen een verschillende visie bestaat op de zorgbehoefte en aanspraak van de cliënt, waardoor deze “van het kastje naar de muur” wordt gestuurd.

4.3.4 *Gezamenlijke verantwoordelijkheid*

Ook bij cliënten met meerdere aandoeningen, die tot verschillende domeinen kunnen leiden, bestaat een gezamenlijke verantwoordelijkheid van partijen. Deze cliënten hebben in ieder geval ondersteuning nodig en zullen dus gebruik maken van maatschappelijke voorzieningen. Zowel bij de toedeling van voorzieningen als bij de uitvoering ervan is het noodzakelijk dat partijen hun activiteiten coördineren en zo de noodzakelijke samenhang in ondersteuning en uitvoering realiseren. Gekeken vanuit de ondersteuningsbehoefte van de cliënt, zijn partijen gezamenlijk verantwoordelijk om te zorgen dat de uitvoeringsstructuren passende zorg voor cliënten niet in de weg staan. Ook hier kunnen helder vastgelegde, niet vrijblijvende

⁴¹ AZR/College voor zorgverzekeringen

⁴² CVZ-adviezen nrs. 2013073001 en 2013051933, d.d. 20 augustus 2013. www.cvz.nl

procesafspraken tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders daaraan een bijdrage leveren.

4.4 Kwaliteitsstandaarden als inhoudelijk fundament

Voor gepast gebruik is het van groot belang dat richtlijnen voor de gehele keten beschrijven wat goede zorg is. In de diverse richtlijnen voor psychische stoornissen staat echter nog weinig tot geen onderbouwing voor (deeltijd)behandeling en opname en de duur ervan. Het is van belang om dergelijke richtlijnen op korte termijn te ontwikkelen. Het oordeel van de professional wordt hiermee transparant en toetsbaar, voor collega's en indicatiestellers. Dit draagt eraan bij dat de cliënt met een psychische stoornis naar het voor hem geschikte domein van zorg wordt geleid en discussies op de grensvlakken van de systemen zo veel mogelijk worden voorkomen. Ook voor het bereiken van de ambulantiseringdoelstelling zijn richtlijnen voor behandeling en opname (duur) bij psychische stoornissen belangrijk. Dit lichten wij toe in hoofdstuk 5. Informatie over praktijkvariatie kan nuttig zijn bij het opstellen en monitoren van de kwaliteitsstandaarden.

In het Bestuurlijk Akkoord hebben partijen afgesproken een programma op te zetten voor de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en bijbehorende meetinstrumenten binnen de GGZ. Hieraan wordt binnen de Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGz en de Stichting Benchmark GGz gewerkt. Het is noodzakelijk dat richtlijnen en bijbehorende meetinstrumenten snel worden ontwikkeld en ingevoerd. In ons Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg deel 2 hebben wij ook al gewezen op het belang van een snelle ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden binnen de GGZ. De vrijblijvendheid in het tempo hiervan moet worden weggenomen.

In hoofdstuk 3 gingen wij al in op kwaliteitswetgeving en kwaliteitsstandaarden op het gebied van ondersteuning door de gemeenten.

5 De maatregel en de met de sector gemaakte afspraken

Zoals eerder aangegeven vindt de voorgenomen maatregel tot overheveling van de langdurige intramurale GGZ plaats op het moment dat met de GGZ-sector in het Bestuurlijk Akkoord al afspraken zijn gemaakt over beperking van de uitgavengroei binnen de GGZ, ambulantisering en afbouw van bedden capaciteit, versterking van de eerste lijn, het bevorderen van zelfregie, zelfmanagement, eigen verantwoordelijkheid en herstel van burgerschap.

De staatssecretaris heeft de vraag gesteld of het criterium in het Besluit zorgverzekering, dat slechts aanspraak bestaat op verblijf indien dat verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4. van dat besluit, voldoende is om de ambulantiseringssambitie zoals geformuleerd in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 te bereiken.

De vraag is hoe de voorgestelde maatregel zich verhoudt tot deze afspraken. De ambulantiseringssambitie in het Bestuurlijk Akkoord richt zich op alle langdurige verblijfszorg in de GGZ, of het nu verblijf met behandeling is of verblijf met begeleiding. Wij gaan daarom in op twee aspecten, namelijk:

1. de door de staatssecretaris gestelde vraag of de relevante criteria in het Besluit Zorgverzekeringen voldoende zijn om de ambulantiseringssambitie van het Bestuurlijk Akkoord te bereiken;
2. de doorwerking van de afspraken in het domein van de Wmo.

5.1 Ambulantiseringssambitie en de Zvw

In artikel 2.10 Bzv is bepaald dat verblijf omvat: verblijf (...) dat *medisch noodzakelijk is* in verband met geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

Artikel 2.10 Bzv geeft dus aan dat het verblijf *medisch noodzakelijk* moet zijn. De medische noodzaak kan voortvloeien uit de aard van de zorg. Duidelijke voorbeelden waarbij verblijf medisch noodzakelijk is, zijn bijvoorbeeld operaties. Deze zorg vereist de infrastructuur van een instelling (bijv. een ziekenhuis). Het verblijf staat dan niet ter discussie. Als de noodzaak van verblijf in de persoonlijke situatie/gesteldheid van de cliënt ligt, zoals bij GGZ-problematiek vaak aan de orde is, is de medische noodzaak van verblijf minder evident. Onderzoek kan uitwijzen dat de medische noodzaak bij een bepaalde aandoening of interventie niet (meer) of minder aan de orde is dan men wellicht ooit meende. Zoals eerder aangegeven, zullen wij in 2014 een duiding uitbrengen over het vraagstuk van de medische noodzaak van verblijf in de Zvw, in een breder verband dan alleen de GGZ.

De verantwoordelijkheid voor het behalen van de ambulantiseringssambitie uit het Bestuurlijk Akkoord ligt bij de partijen. Of die ambitie onder de huidige regelgeving kan worden bereikt, hangt in belangrijke mate af van de vraag hoe professionals binnen de GGZ de medische noodzakelijkheid van het verblijf voor hun cliënten beoordelen. Richtlijnen vormen bij uitstek de manier om wetenschappelijke inzichten hierover te vertalen naar de praktijk en hierin een eenduidig beleid te verschaffen. Zoals wij al aangaven bestaat in de diverse richtlijnen voor psychische stoornissen nog weinig tot geen onderbouwing voor deeltijdbehandeling en opname, inclusief de duur ervan. Voor de cliënten die al verblijven, geldt dat een ander ambulantiseringstraject van toepassing is dan voor nieuwe cliënten.

Om de ambitie uit het Bestuurlijk Akkoord te kunnen waarmaken, is het dan ook noodzakelijk dat partijen de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden hierover voortvarend ter hand nemen. Richtlijnen hierover en bijbehorende meetinstrumenten zullen nu snel tot stand moeten komen en worden ingevoerd. De vrijblijvendheid in het tempo hiervan zal moeten worden weggenomen. Partijen kunnen kwaliteitsstandaarden ontwikkelen volgens de richtlijnen in het toetsingskader en deze aanbieden aan het toekomstig register van het Kwaliteitsinstituut. De resultaten van invoering van de kwaliteitsstandaarden op de ambulantiseringssambitie zullen moeten worden gemeten en geëvalueerd. Afhankelijk van die resultaten zal moeten worden bezien of nadere, procedurele maatregelen om de gewenste ambulantisering te bereiken, nodig zijn.

5.2 Doorwerking afspraken in Wmo?

Het Bestuurlijk Akkoord "Toekomst GGZ 2013-2014" is gesloten tussen VWS, cliënten, zorgaanbieders, behandelaren en zorgverzekeraars. De gemeenten zijn geen partij bij dit akkoord. Als beschermd wonen en de begeleiding voor mensen met een psychische stoornis overgaat naar de gemeente, lijkt het voor de hand liggend de gemeenten bij deze afspraken te betrekken. Immers, om de in het Akkoord opgenomen ambities als ambulantisering, doelmatige zorg, herstelgerichte zorg en burgerschap voor deze doelgroep optimaal te bereiken, is ook hun medewerking vereist. De gemeenten gaan een belangrijke rol spelen in de opvang van de mensen die ambulant worden behandeld, of dit nu in een beschermende woonomgeving is of thuis.

5.3 Resultaat afhankelijk van partijen

De maatregel op zich versterkt de ambulantiseringssambitie. Immers, gemeenten worden verantwoordelijk voor het gehele domein en kunnen maatwerk leveren, waardoor terugval op zwaardere zorg voorkomen of uitgesteld kan worden. Zorgverzekeraars hebben de verantwoordelijkheid voor alle behandeling in de GGZ. Hiertoe staat hen de basis-GGZ en de gespecialiseerde GGZ ter beschikking. Voor gemeenten en verzekeraars bestaat geen mogelijkheid meer om af te wentelen naar de Liz.

Ambulantisering is beter mogelijk, als in kwaliteitsstandaarden is vastgelegd wanneer verblijf (medisch) noodzakelijk is en waarin beschreven wordt hoe partijen ervoor zorgen dat de begeleiding en behandeling van cliënten die zelfstandig wonen, in samenhang gerealiseerd wordt.

6 Uitvoeringsaspecten

De invoering van de overheveling moet zorgvuldig voorbereid worden. Gezien de beperkte tijd die ons gegund is voor het doen van deze uitvoeringstoets, beperken we ons tot het signaleren van de belangrijkste risico's. We adviseren de staatssecretaris voldoende tijd in acht te nemen om deze risico's nader te onderzoeken en beheersmaatregelen te laten ontwikkelen. Achtereenvolgens gaan wij in op het tijdpad van de voorgenomen maatregel, de eigen bijdrage, overgangmaatregelen, de liquiditeit van zorgaanbieders en risicoverevening.

Tijdpad

Uit het verzoek van de staatssecretaris blijkt dat de langdurige GGZ per 2015 wordt overgeheveld.

Dit is een majeure operatie die gepaard gaat met aanzienlijke wijzigingen in de uitvoeringsprocessen. De betrokken partijen moeten zich hierop tijdig kunnen voorbereiden. Zorgaanbieders moeten tijd hebben om hun bedrijfsvoering en administratieve processen aan te passen op de nieuwe situatie. Ook zorgverzekeraars zullen hun processen moeten aanpassen. Zij moeten hun polissen aanpassen en tijdig starten met de zorginkoop.

Voor het aanpassen van de uitvoeringsprocessen die gepaard gaan met de overheveling is minimaal een periode van zes maanden nodig. Daarnaast zal de Nza diverse beleidsregels moeten wijzigen, alvorens zorgverzekeraars kunnen starten met de inkoop voor 2015. Ook de gemeenten zullen zich tijdig moeten kunnen voorbereiden op hun nieuwe taken in het bieden van verblijf en begeleiding aan mensen met een psychische stoornis.

Eigen bijdrage

Binnen de AWBZ betalen volwassen cliënten bij verblijf in een AWBZ-instelling een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Aan deze bijdrage ligt onder andere het zogenaamde "besparingsmotief" ten grondslag. Immers, de cliënt bespaart bij verblijf in een AWBZ-instelling de kosten van (huur van) een woning, gas licht en water, voeding etc. Binnen de langdurige intramurale GGZ bedraagt het totale bedrag aan inkomensafhankelijke bijdrage jaarlijks ongeveer €275 miljoen. Als dit verblijf voor mensen met een psychische stoornis overgaat naar de Zvw en de Wmo is de vraag of er binnen deze domeinen een eigen bijdrage komt voor dit verblijf. Dit is in eerste instantie een politieke keuze. Wij geven de volgende aandachtspunten: Ongeveer een kwart van het aantal GGZ-bedden binnen de AWBZ wordt bezet door cliënten met een ZZP B-pakket. De opbrengst aan eigen bijdragen kan daarmee geschat worden op ongeveer € 65 miljoen.

Op grond van de huidige regelgeving van de Zvw is het niet mogelijk dat zorgverzekeraars een inkomensafhankelijke eigen bijdrage, zoals nu geldt voor AWBZ-verblijf, opleggen en innen. Het regelen van een eigen bijdrage bij verblijf langer dan een jaar binnen de Zvw, zoals nu ook geldt voor de AWBZ, ligt wel voor de hand. Ook om een beroep op langdurig GGZ-verblijf, als hiervoor geen vergelijkbaar eigen bijdrage regime zou gelden onder de Zvw, tegen te gaan. De uitvoering van een eigen bijdrageregeling kan wellicht bij een andere instantie, bv. het CAK, dan de zorgverzekeraar belegd worden.

Of binnen de Wmo een eigen bijdrage wordt opgelegd is aan de gemeenten. Het concept-wetsvoorstel Wmo 2015⁴³ biedt gemeenten de mogelijkheid bij verordening

⁴³ Artikel 2.1.4 conceptwetsvoorstel Wmo

te bepalen dat een eigen bijdrage is verschuldigd voor een maatwerkvoorziening (waaronder o.a. wordt verstaan een voorziening ten behoeve van beschermd wonen en opvang). Deze eigen bijdrage kan afhankelijk worden gesteld van het inkomen van de cliënt. Het conceptwetsvoorstel Wmo voorziet erin dat bij algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld met betrekking tot de bijdragen voor een maatwerkvoorziening, waaronder regels over de hoogte en de wijze waarop het inkomen en vermogen bij de vaststelling worden betrokken. De concept-toelichting bij het conceptwetsvoorstel Wmo geeft aan dat deze regels noodzakelijk zijn om te waarborgen dat in alle gemeenten sprake is van een uniforme wijze van vaststellen van de inkomens- en vermogensafhankelijke bijdrage.

Het is naar onze mening van belang dat tussen de gemeenten zo veel mogelijk uniformiteit wordt bereikt in de eigen bijdrageregelingen, ook voor beschermd wonen. De eigen bijdrageregelingen van de diverse domeinen zullen goed op elkaar moeten aansluiten, zodat de cliënt niet met onnodige cumulatie van eigen bijdragen wordt geconfronteerd.

Overgangsmaatregelen/doorloop indicaties

De voorgenomen overheveling vindt plaats in 2015. Dit betekent dat er in 2014 nog aanvragen voor intramurale GGZ onder de AWBZ zullen worden gedaan. Tevens zijn er cliënten die al eerder een indicatie voor verblijf of voortgezet verblijf hebben gekregen, waarvan de geldigheidsduur doorloopt na 2015. Er moet tijdig duidelijkheid worden gegeven over de afloop van deze indicaties. Vanuit cliëntenperspectief is een overgangsregeling gewenst. Uitvoeringstechnisch gezien is het naast elkaar bestaan van verschillende systemen (AWBZ vs. Wmo/Zvw) juist niet te prefereren. Bij de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg vanuit de AWBZ naar de Zvw heeft de "zachte" overgang voor het veld veel administratieve lasten opgeleverd. Als gekozen wordt voor een overgangsregeling, is het dan ook van belang deze helder te formuleren en af te bakenen in de tijd.

Liquiditeit aanbieders

De wijze van bevoorschotting voor zorgaanbieders is in de Zvw anders geregeld dan in de AWBZ. In de AWBZ ontvangen zorgaanbieders voorschotten, in de Zvw wordt in beginsel pas betaald als de DBC wordt gesloten (achteraf).

Het wegvallen van de bevoorschotting kan voor zorgaanbieders een liquiditeitsprobleem opleveren. Bij de overheveling van de geneeskundige GGZ vanuit de AWBZ naar de Zvw, in 2008/2009, is dit probleem ook ontstaan en is dit via een noodgreep opgelost, voor met name de vrijgevestigden. Wellicht bieden de bestemmingsreserves die zorgaanbieders onder de AWBZ verplicht zijn aan te houden een mogelijkheid om het wegvallen van de bevoorschotting op te vangen. Indien de eerste jaren nog gewerkt wordt met ZZP's (zoals de Nza adviseert) en de bijbehorende bevoorschotting wordt gehandhaafd, kan een gefaseerde overgang plaatsvinden.

Risicoverevening

Op dit moment is er al een GGZ-model (voor de geneeskundige GGZ) in de risicoverevening. Dit model moet uitgebreid worden met de langdurige GGZ. In de Werkgroep Onderzoek Risicoverevening (WOR) is geconstateerd dat de huidige productstructuur in het GGZ-model in feite verschillen in behandelinzet compenseert. Het is daarom belangrijk, ook voor de overheveling van de langdurige GGZ, om te onderzoeken hoe het ex ante risicovereveningsmodel verbeterd kan worden door gebruik te maken van zorg(vraag)zwaarte-informatie. Wanneer zorgverzekeraars beter kunnen differentiëren in de te financieren behandelingen kunnen ze deze zorg ook beter inkopen.

Verder is een goed risicoverdelingsmodel tussen (centrum)gemeenten onderling noodzakelijk, met name als er (centrum)gemeenten zijn die relatief veel grote (psychiatrische) instellingen of RIBW's binnen hun grenzen hebben.

7 Reacties en adviezen

Op 24 september 2013 hebben wij het concept-advies toegezonden aan de leden van de ACP en aan de contactpersonen van de organisaties met wie wij over de adviesaanvraag gesproken hebben. De belangenorganisaties hadden gelegenheid om tot 4 oktober 2013 schriftelijk te reageren en konden tijdens de vergadering van de ACP op 4 oktober gebruik maken van de mogelijkheid tot inspreken. Zo hadden partijen, ondanks de korte doorlooptijd van het traject, waardoor de gebruikelijke consultatieprocedure niet kon worden gevolgd, toch de gelegenheid om hun visie naar voren te brengen. Alle partijen hebben dit gedaan. De schriftelijke reacties en de teksten van de sprekers (voorzover tot onze beschikking) zijn bij dit rapport gevoegd. De ACP heeft de Raad van Bestuur van CVZ geadviseerd over het conceptrapport. Dit advies is opgenomen in paragraaf 7.2.

In dit hoofdstuk vatten we de gegeven reacties thematisch samen en geven we (in 7.3) aan hoe we deze hebben betrokken bij de vaststelling van het rapport.

7.1 Reacties

LPGGZ, Per Saldo, GGZ Nederland, Federatie Opvang en de Vereniging Nederlandse Gemeenten hebben van de gelegenheid gebruik gemaakt in te spreken tijdens de openbare vergadering van de ACP. LPGGZ, Per Saldo, FO en VNG hebben daarnaast schriftelijk gereageerd. Zorgverzekeraars Nederland heeft alleen schriftelijk gereageerd.

We vatten de reacties samen aan de hand van de kernpunten van het advies:

Overheveling biedt meer kansen dan risico's

Partijen zien kansen voor de groep cliënten met alleen een begeleidingsvraag. Zij kunnen goed ondersteund worden door gemeenten. De rechtspositie van de doelgroep moet dan wel geborgd worden in de Wmo (2015); over de wijze waarop dit moet gebeuren, verschillen de meningen. Mensen met een actieve stoornis kunnen hun behandeling goed op grond van de Zvw krijgen. Wel signaleren partijen het risico van afwenteling door gemeenten naar de Zvw of te snel ambulantiseren uit de Zvw naar de Wmo. De behoefte van de cliënt moet te allen tijde centraal staan om passende begeleiding en zorg in het juiste domein te realiseren. Ook in het onderhavige conceptrapport komt het cliëntenperspectief volgens sprekers nog onvoldoende naar voren.

Een belangrijk risico zien de meeste partijen in de risicoverevening en het verdeelmodel van gemeenten. Deze krijgen nog onvoldoende aandacht in het rapport, terwijl dit wel een belangrijke voorwaarde is voor gemeenten en verzekeraars om hun verantwoordelijkheid te kunnen nemen. Invoering van een goed risicoverevenings/-verdeelmodel is volgens hen bepalend voor het succes van de overheveling. Dit kost tijd, evenals het opstellen van kwaliteitsstandaarden. Partijen vragen dan ook aandacht voor de planning en fasering van de overheveling; daarbij wordt de noodzaak van een goede overgangsregeling benoemd.

Partijen verschillen sterk van mening over de deskundigheid van gemeenten om de hulpvragen van de doelgroep de (h)erkennen; daarbij formuleren sommige partijen de zorg dat gemeenten de cliënten te snel zullen willen stimuleren tot maatschappelijke participatie, terwijl voor de zwaarste doelgroepen hooguit sprake kan zijn van een basale kwaliteit van leven met beperkte zelfredzaamheid. Anderen

vinden het juist een verbetering dat gemeenten de verantwoordelijkheid voor het gehele sociale domein krijgen en vertrouwen erop dat de (centrum)gemeenten hiervoor voldoende deskundigheid organiseren.

Ook geven de zienswijzen van partijen verschillende beelden over de wijze waarop de begeleiding van de groep cliënten met een ernstige psychiatrische/intensieve chronische stoornis, al dan niet gecombineerd met een andere beperking, gefinancierd moet worden. Dit komt later in dit hoofdstuk verder aan de orde.

Primaat in de continuïteit van de begeleiding ligt bij de gemeente

Partijen gaan hier niet expliciet op in. Eén partij benoemt de mogelijkheid om het CIZ te laten bepalen of cliënten toegang hebben tot de Wmo of (verblijf met) behandeling vanuit de Zvw.

Gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten afspraken maken en vastleggen over coördinatie van hun activiteiten

Partijen onderschrijven dit. Daarbij wordt geadviseerd aparte afspraken te maken voor de overgangsfase, zodat betrokken partijen hun tempo kunnen afstemmen en zo kunnen voorkomen dat cliënten negatieve gevolgen ervaren van overgangsproblemen. Ook wordt aangegeven dat cliëntenorganisaties, woningcorporaties en de forensische GGZ hier een rol bij kunnen of moeten spelen. In de te maken afspraken zou ook kunnen worden vastgelegd hoe partijen zorgmijders in het oog krijgen en houden.

Ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden is cruciaal voor deze samenwerking in praktijk. Deze moeten ook in de Wmo gelden.

De verbinding wordt gelegd met de kwaliteitsstandaarden voor maatschappelijke ondersteuning, die op dit moment ontwikkeld worden en ter toetsing zullen worden voorgelegd aan het Kwaliteitsinstituut. Het feit dat er op dit moment geen kwaliteitsstandaarden zijn waarin criteria voor toegang tot en duur van verblijf worden onderscheiden, wordt benoemd als risico. De kans is groot dat op het voorgenomen moment van invoering nog geen standaarden beschikbaar zijn.

Of de ambulantiseringambitie gehaald wordt, hangt mede af van de beleidskeuzes van gemeenten.

Partijen (h)erkennen dit en adviseren om de gemeenten te betrekken in het vervolg van het Bestuurlijk Akkoord.

Geen doelgroep voor de Liz

We signaleren dat alle partijen het erover eens zijn dat er cliënten zijn die langdurig, misschien wel levenslang en levensbreed in een beschermde woonvorm of andere verblijfssetting zullen verblijven. Partijen verschillen echter van mening over de consequentie die dit moet hebben voor de aanspraak op/bekostiging van deze voorzieningen.

Sommige partijen vinden dat verblijf in de AWBZ niet geschikt is voor de doelgroep, omdat er altijd perspectief is op herstel van (begeleide) zelfredzaamheid – waardoor de noodzaak van verblijf vervalt – en omdat geobjectiveerde criteria voor de afbakening ontbreken. Verschillende partijen geven aan dat voor een afgebakende groep wel toegang tot de AWBZ mogelijk zou moeten blijven. Zij noemen dan chronisch intensieve/ernstig psychiatrische cliënten of cliënten die levenslang aangewezen zijn op een beschermde woonomgeving als basis voor een menswaardig bestaan. Als afbakening wordt voorgesteld cliënten die langdurig verblijven na een nader te bepalen termijn (genoemd is 1,5 – 4 jaar) toegang te geven tot de Liz.

7.2 Advies van de Adviescommissie Pakket

De ACP heeft in zijn vergadering van 4 oktober 2013 gesproken over het conceptrapport. De ACP betreurt het dat er grote tijdsdruk staat op het hele adviestraject. Dat maakt het lastig om een advies op basis van een zorgvuldige afweging te geven.

Inhoudelijk komt het ACP tot het volgende advies:

- 1a De toonzetting van het rapport kan veel krachtiger. De boodschap moet zijn dat de overheveling alléén moet plaatsvinden wanneer aan een aantal voorwaarden is voldaan. Het gaat hier immers om een groep uiterst kwetsbare mensen! Deze voorwaarden noemt de ACP in de punten 2 tot en met 7 hierna.
- 1b In het rapport zou veel consequenter moeten worden geredeneerd vanuit de zorgbehoefte van de cliënt, in plaats van vanuit het systeem.

De ACP ziet de volgende voorwaarden voor overheveling:

- 2 Er moet een duidelijke borging zijn voor de kwaliteit op de volgende niveaus:
 - het formuleren van kwaliteitsstandaarden;
 - de invoering van kwaliteitsstandaarden en het meten van de resultaten;
 - doelgroepen; het moet mogelijk zijn dat er transfers plaatsvinden tussen domeinen. Een voorbeeld hiervan is dat iemand die langdurig is opgenomen, perspectief houdt dat hij/zij (op termijn) zelfstandig kan gaan wonen, al dan niet met begeleiding. Ook een beweging andersom moet mogelijk zijn zonder dat de cliënt hinder ondervindt van grensvlakken tussen de domeinen.
- 3 Er moet continuering zijn van de huidige rechtspositie van cliënten, met name op het gebied van inspraak, privacy en verhaal en bezwaar.
- 4 Het overleg tussen alle partijen die betrokken zijn bij het organiseren, leveren, contracteren, afnemen en financieren van deze zorg, mag geen vrijblijvend karakter hebben. Het is belangrijk dat zorgverzekeraars meer blijf geven van betrokkenheid dan zij tot nu toe hebben gedaan. Ook is het belangrijk dat de gemeenten, die niet betrokken waren bij de totstandkoming van het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ, aan het overleg deelnemen.
- 5 De ACP vindt het belangrijk dat de Wet Langdurige Intensieve Zorg (LIZ) voor een bepaalde groep cliënten "overeind blijft". Wat de ACP betreft is dit niet beperkt voor cliënten met een "meervoudige grondslag", maar ook voor cliënten met ernstige enkelvoudige psychiatrische problematiek.
- 6 Ten aanzien van de transitie naar een nieuwe situatie zijn de volgende punten van belang:
 - zorg voor bestuurlijk committent van alle betrokken partijen;
 - zorg voor een gefaseerde invoering om een goede 'landing' mogelijk te maken. Hiertoe hebben partijen die tijdens de vergadering hebben ingesproken verschillende mogelijkheden benoemd. Mogelijk kan CVZ onderzoeken of een andere "knip" gemaakt kan worden.
- 7 Het is belangrijk dat tijdens het hele (transitie) proces goed gemonitord wordt en dat er veel mogelijkheden zijn voor bijsturing.

7.3 Besluit Raad van Bestuur CVZ

De Raad van Bestuur heeft in zijn vergadering van 14 oktober 2013 gesproken over het conceptrapport, de reacties van partijen en het advies van de ACP gewogen.

De Raad van Bestuur neemt het advies van de ACP over om duidelijke randvoorwaarden te verbinden aan een positief advies over de overheveling. De voorgenomen maatregelen treffen een kwetsbare groep cliënten. Hun herstelperspectief op zelfredzaamheid en waar mogelijk participatie moet voorop staan en moet kunnen verbeteren door de voorgenomen maatregelen. De risico's op onvoldoende zorg en bescherming moeten voldoende kunnen worden beheerst.

Deze randvoorwaarden, zoals geformuleerd door de ACP zijn:

- beschikbaar zijn van kwaliteitsstandaarden;
- behouden van de verworvenheden van de kwaliteitswetgeving;
- behouden van de wettelijke verworvenheden op het gebied van de rechtspositie van de cliënt, wat betreft individuele en collectieve medezeggenschap, klachtrecht, verhaal en bezwaar;
- verplichte samenwerking van partijen om transfers van cliënten tussen domeinen vlekkeloos te doen verlopen, cliënten mogen geen hinder ondervinden van grensvlakproblemen in de financiering;
- het monitoren van de transitie om te kunnen bijsturen, waar nodig.

De Raad van Bestuur heeft de argumenten voor en tegen het toelaten van een groep cliënten tot de Liz gewogen. De argumentatie en de weging ervan is opgenomen in paragraaf 2.5 van dit rapport. Alle argumenten wegende, concludeert de Raad van Bestuur dat het specificeren van een doelgroep GGZ-cliënten die aanspraak houden op toegang tot de Liz niet wenselijk en niet uitvoerbaar is. Niet wenselijk, aangezien de cliënten een herstelperspectief moeten behouden (zie ook de tweede aanbeveling van de ACP). Niet uitvoerbaar, omdat bij GGZ-cliënten niet van te voren kan worden aangegeven of iemand levenslang en levensbreed zal zijn aangewezen op zorg met verblijf, zoals nu geformuleerd in de toegangscriteria van het concept wetsvoorstel voor de Liz. Cliënten hebben er recht op dat hun perspectief op herstel - ertoe leidend dat de cliënt geen klinische behandelomgeving meer nodig heeft - altijd behouden blijft. Over de medische noodzaak van verblijf (in de GGZ en andere sectoren) zal het CVZ in 2014 een duiding uitbrengen.

Conclusie Raad van Bestuur

Kijkend naar het advies van de ACP en de reacties van partijen, concludeert de Raad van Bestuur dat:

- de overheveling meer kansen dan risico's biedt;
 - de risico's, gezien de kwetsbaarheid van de doelgroep beheerst moeten worden.
- Dit betekent dat de genoemde randvoorwaarden harde voorwaarden zijn voor een succesvolle overheveling. Ten slotte noemt de raad van Bestuur dat een adequaat risicovereveningsmodel en gemeentelijk verdeelmodel een cruciale voorwaarde zijn om voldoende zorg en bescherming voor deze groep cliënten te kunnen garanderen.

8 Conclusies

In dit hoofdstuk geven wij onze belangrijkste conclusies, adviezen en aanbevelingen over de voorgenomen overheveling van de langdurige intramurale GGZ en beantwoorden we de vragen van de staatssecretaris.

Wij concluderen dat de voorgenomen overheveling kansen biedt om de zorg aan mensen met een psychiatrische aandoening te verbeteren, maar dat er ook risico's zijn voor deze groep kwetsbare cliënten. Daarom adviseren wij de overheveling alleen voort te zetten als aan een aantal randvoorwaarden kan worden voldaan.

8.1 Overheveling biedt kansen...

We vinden de voorgestelde overheveling van de langdurige intramurale GGZ voor cliënten van 18 jaar en ouder een verbetering ten opzichte van de huidige situatie. Het voornemen om de zorg voor deze groep cliënten te organiseren via de Wmo en Zvw kan bijdragen aan meer samenhang in zorg en welzijn. De maatregel kan bereiken dat de zorg beter aansluit bij de eigen mogelijkheden en eigen sociale omgeving van de cliënt en kan daarmee bijdragen aan de-institutionalisering en de-medicalisering. Voor de cliënt betekent dit dat partijen nu ook financiële prikkels ervaren om in zijn herstel te investeren, hetgeen herstel van zelfredzaamheid maar ook herstel van het vermogen tot participatie kan zijn.

Cliënten die een beschermde woonomgeving nodig hebben, kunnen bij de gemeente terecht voor begeleiding op het gebied van zelfredzaamheid, wonen en dagbesteding. De zorgverzekeraar wordt geheel verantwoordelijk voor de behandeling van cliënten met een psychische stoornis, ook als de behandeling intramuraal moet plaatsvinden. De overheveling biedt gemeenten de kans om hun verantwoordelijkheid voor het gehele sociale domein te nemen en prikkelt zorgaanbieders zich te richten op het herstel.

Daarnaast ondersteunt de overheveling de ambulantiseringssambitie die partijen in het bestuurlijk akkoord hebben geformuleerd. Hoewel het werkveld al sinds de jaren '70-80 een inclusieve visie aanhangt, is het aantal intramurale plaatsen in de afgelopen jaren sterk gestegen. Feitelijk heeft de ambulantisering tot nu toe niet het gewenste effect gesorteerd. Door het wegnemen van de mogelijkheid om cliënten 'door te schuiven' naar de AWBZ en daarmee de kosten af te wentelen, verwachten wij dat een sterke prikkel ontstaat om te ambulantiseren.

Geen aanspraak in de Liz

Wij adviseren de staatssecretaris om de voorgenomen overheveling van langdurige intramurale GGZ naar Wmo en Zvw voort te zetten, zonder een gedeelte van de doelgroep daarvan uit te zonderen door middel van een aanspraak op de Liz. Een afbakening van een dergelijke doelgroep is naar onze mening niet vooraf te objectiveren en doet geen recht aan het herstelperspectief op het gebied van zelfredzaamheid en participatie dat cliënten met een psychiatrische aandoening moeten houden. Daarbij kan een stelsel waarbij voor een bepaalde groep ook een aanspraak in de (niet risicodragende) Liz mogelijk is, leiden tot ongewenste afwenteling waarbij het financiële belang boven het belang/de zorgbehoefte van de cliënt prevaleert. Zowel vanuit het belang van de cliënt die recht heeft op passende zorg, als vanuit het oogpunt van beheersing van kosten is dergelijke afwenteling onwenselijk.

8.2 ...mits risico's worden beheerst

Het bovenstaande neemt niet weg dat wij in dit rapport een aantal serieuze risico's signaleren die, mede gelet op de kwetsbaarheid van de doelgroep, zeer serieus in ogenschouw moeten worden genomen. Wij zien het beheersen van deze risico's als voorwaarde om de overheveling goed te laten verlopen.

De risico's van de overheveling zijn dat cliënten:

- onvoldoende zorg en bescherming krijgen nu dit in een risicodragend systeem wordt uitgevoerd;
- tussen wal en schip zullen vallen van Zvw, Wmo en Liz.

Daarom verbinden wij de volgende adviezen aan de overheveling:

1. Borg de kwaliteit van de zorg en de (rechts)positie van cliënten

In de huidige intramurale GGZ zijn wetten en regelingen van kracht die waarborgen bieden voor (het toezicht op) de kwaliteit van zorg en die de invloed van cliënten op zijn zorg, zijn individuele en collectieve medezeggenschap en zijn mogelijkheden een klacht in te dienen jegens zijn zorgaanbieder. Wij vinden deze rechten van groot belang, mede aangezien het hier om een groep bijzonder kwetsbare, vaak langdurig zorgafhankelijke cliënten gaat.

Wij bevelen aan de verworvenheden van deze wetten en regelingen goed te borgen in de Wmo. Het voorliggende wetsvoorstel Wmo 2015 geeft hiervoor naar ons oordeel onvoldoende kaders.

Aangezien het zorgplan het centrale coördinatiepunt is in de zorgverlening bevelen wij aan ook binnen de Zvw en Wmo de totstandkoming en regulering van zorg- en begeleidingsplannen te bevorderen. Als een cliënt meerdere zorg- of begeleidingsplannen heeft (bijvoorbeeld een begeleidingsplan op grond van verblijf in de Wmo en een behandelplan op grond van de Zvw) moeten deze zo veel mogelijk op elkaar worden afgestemd/geïntegreerd, met aandacht voor de totale kwaliteit van leven van de cliënt.

2. Formaliseer niet-vrijblijvende afspraken op de grensvlakken

Omdat de intramurale GGZ voor volwassenen bij de voorgenomen maatregel over de domeinen Wmo en Zvw wordt verdeeld, kunnen afbakeningsvragen ontstaan op het grensvlak van de Wmo en de Zvw. Op dit grensvlak speelt enerzijds het onderscheid tussen behandeling en begeleiding. Dit onderscheid hebben wij al in 2009 geduïd. De afbakening tussen Wmo en Zvw concentreert zich verder rond het onderscheid tussen verblijf dat medisch noodzakelijk is voor behandeling ten opzichte van de mogelijkheid van cliënt en om zelfstandig of begeleid te wonen, eventueel met ambulante behandeling. Wij hanteren voor het maken van dit onderscheid de volgende denkrichting:

Als verblijf noodzakelijk is in verband met het behandelen van een *actieve* psychiatrische stoornis, waarbij het doel van de behandeling is *herstel van zelfredzaamheid*/het voorkomen van verergering van de stoornis, zal intramurale GGZ vanuit de Zvw zijn aangewezen.

Als een beschermende woonomgeving noodzakelijk is in verband met begeleiding die zich richt op de omgang met de *sociale handicaps* die voortkomen uit een, verder *stabiele*, psychiatrische aandoening, zal de cliënt voor GGZ zijn aangewezen op de Wmo. De medische zorg is de verantwoordelijkheid van de huisarts/POH-GGZ, waar nodig aangevuld met zorg vanuit de basis GGZ. Bij verslechtering kan

intensievere behandeling plaatsvinden, zo nodig uit de gespecialiseerde GGZ. Van belang is om de ondersteuning vanuit de gemeente hierbij optimaal te betrekken en zo mogelijk te continueren.

Over de medische noodzakelijkheid van verblijf zullen wij in 2014 een duiding uitbrengen, die overigens breder reikt dan alleen de GGZ.

Wij benadrukken de gezamenlijke verantwoordelijkheid die partijen – zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders en woningcoöperaties - hebben om te voorkomen dat cliënten tussen de wal en het schip vallen. Wij vinden dat partijen over hun samenwerking, over de omgang met grensgevallen, maar ook over omgang met cliënten die gedurende hun zorgcarrière wisselend gebruik maken van voorzieningen onder de verschillende domeinen, sluitende samenwerkingsafspraken moeten maken, die niet vrijblijvend zijn.

3. Let daarbij op doelgroepen met meerdere aandoeningen

Met name op het grensvlak van Zvw/Wmo enerzijds en Liz anderzijds zijn voor kwetsbare doelgroepen grensvlakproblemen te verwachten. De cliënten met meerdere aandoeningen om wie het hier gaat, hebben per definitie een complexe zorg- en begeleidingsvraag. Naast de psychiatrische aandoening hebben zij een aandoening die toegang kan geven tot de Liz, zoals psychische stoornis in combinatie met verstandelijke handicap, psychische stoornis in combinatie met dementie of met verhoogde verzorgingsbehoefte als gevolg van ouderdom. Niet altijd is eenduidig te bepalen in welk domein zij het beste tot hun recht komen. Wij adviseren om bij deze groep niet zondermeer uit te gaan van de dominante grondslag, maar aan de hand van professionele standaarden en het professioneel oordeel – in overleg met cliënt of mantelzorger – te bepalen waar de cliënt, gezien zijn zorgbehoefte, het meest op zijn plaats is. Zeker zolang er nog onvoldoende kwaliteitsstandaarden zijn aan de hand waarvan dit kan worden vastgesteld, zal in de samenwerkingsafspraken tussen gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, moet vastgelegd worden hoe deze beslissing wordt genomen. In geen geval mag de cliënt de dupe worden van domeindiscussies.

4. Ontwikkel kwaliteitsstandaarden

Op dit moment zijn er binnen de GGZ nog niet voldoende kwaliteitsstandaarden aan de hand waarvan behandelaars de medische noodzaak van opname en de duur daarvan kunnen bepalen. Hierdoor kan praktijkvariatie bestaan en is er ruimte voor aanbodsturing. Hiervan is het risico dat niet het belang/de zorgbehoefte van cliënt, maar een financieel belang prevaleert. De overheveling biedt een extra reden op korte termijn deze kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen, zodat cliënten in de overgang van AWBZ naar Wmo/Zvw en op het grensvlak van de vergoedingssystemen kunnen rekenen op kwalitatief goede, gecoördineerde ondersteuning en zorg. Kwaliteitskaders kunnen eraan bijdragen dat grensvlakproblemen vanuit zorginhoudelijk perspectief worden opgelost. Wij adviseren om de vrijblijvendheid in het tempo van de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden weg te nemen. We bevelen de betrokken partijen aan om kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen volgens de richtlijnen in het Toetsingskader Kwaliteit en deze aan te bieden aan het register van het Kwaliteitsinstituut.

5. Houd rekening met uitvoeringsaspecten

De invoering van de overheveling moet zorgvuldig voorbereid worden. Gezien de beperkte tijd die ons gegund is voor het doen van deze uitvoeringstoets, beperken we ons tot het signaleren van de belangrijkste uitvoeringsaspecten. We adviseren de staatssecretaris voldoende tijd in acht te nemen om deze aspecten nader te onderzoeken/uit te werken. Wij noemen:

- *Risicoverevening*: Het aanpassen van het stelsel van risicoverevening vergt bijzondere aandacht. Het is voor de overheveling van de langdurige GGZ belangrijk om te onderzoeken hoe het ex ante risicovereveningsmodel verbeterd kan worden door gebruik te maken van zorg(vraag)zwaarte-informatie. Wanneer zorgverzekeraars beter kunnen differentiëren in de te financieren behandelingen kunnen ze deze zorg ook beter inkopen. Ook moet worden gedacht aan goede risicoverdeling tussen (centrum)gemeenten onderling.
- *Tijdpad*: Voor het aanpassen van de uitvoeringsprocessen die gepaard gaan met de overheveling is minimaal een periode van 9 maanden nodig. Dit betekent dat uiterlijk in januari 2014 de wetgeving rond de overheveling gereed moet zijn om alle uitvoeringsprocessen te kunnen aanpassen.
- *Eigen bijdrage*: Het regelen van een eigen bijdrage bij verblijf langer dan een jaar binnen de Zvw, zoals nu ook geldt voor de AWBZ, ligt voor de hand. Op grond van de huidige Zvw is het niet mogelijk dat zorgverzekeraars een inkomensafhankelijke eigen bijdrage, zoals nu geldt voor AWBZ-verblijf, opleggen en innen. De uitvoering van een eigen bijdrageregeling kan wellicht bij een andere instantie dan de zorgverzekeraar belegd worden. Of binnen de Wmo een eigen bijdrage wordt opgelegd is aan de gemeenten. Het is naar onze mening van belang dat tussen de gemeenten zo veel mogelijk uniformiteit wordt bereikt in de eigen bijdrageregelingen, ook voor beschermd wonen. De eigen bijdrageregelingen van de diverse domeinen zullen goed op elkaar moeten aansluiten, zodat de cliënt niet met onnodige cumulatie van eigen bijdragen wordt geconfronteerd.
- *Overgangsregelingen*: o.a. voor cliënten die reeds een AWBZ-indicatie hebben voor (voortgezet) verblijf, die doorloopt na 2015 is een overgangsregeling van belang. Het is noodzakelijk om een eventuele overgangsregeling helder te formuleren en af te bakenen in de tijd, om de uitvoering zo min mogelijk te belasten.
- *Bevoorschotting*: Het wegvallen van de bevoorschotting zoals die plaatsvindt binnen de AWBZ zal voor zorgaanbieders een liquiditeitsprobleem kunnen opleveren. Bij de overheveling van de geneeskundige GGZ vanuit de AWBZ naar de Zvw, in 2008/2009, is dit probleem ook ontstaan en is dit via een noodgreep opgelost. Wellicht bieden de bestemmingsreserves die zorgaanbieders onder de AWBZ verplicht zijn aan te houden een mogelijkheid om het wegvallen van de bevoorschotting op te vangen. Indien de eerste jaren nog gewerkt wordt met ZZP's (conform advies Nza) en de bijbehorende bevoorschotting wordt gehandhaafd, kan een gefaseerde overgang plaatsvinden.

5. Monitor de overheveling en stuur zo nodig tijdig bij

Wij raden ten slotte aan om gedurende het gehele transitieproces de gevolgen voor de doelgroep zorgvuldig te monitoren en mogelijkheden tot tijdige bijsturing in te bouwen.

8.3 De vragen van de staatssecretaris

De gevolgen van de nieuwe inrichting van de langdurige intramurale GGZ en de beoogde afbakening voor het pakket van de zorgverzekering

De kunstmatige knip tussen GGZ-verblijf korter dan 365 dagen en langer dan 365 dagen verdwijnt. Daarmee verdwijnt ook een belangrijke prikkel om cliënten langdurig in verblijf te houden. De afbakening van het pakket van de zorgverzekering wordt duidelijker. Alle (intramurale) GGZ komt onder de Zvw.

De aansluiting op de Wmo

De overheveling van de op zelfredzaamheid en participatie gerichte begeleiding naar het verantwoordelijkheidsgebied van de gemeente resulteert in een logische aansluiting met de andere verantwoordelijkheden die de gemeenten hebben in het sociale domein. De overheveling heeft wel belangrijke gevolgen voor de (rechts)positie van de cliënt en de voorwaarden voor en toezicht op kwaliteit van zorg. Wij adviseren om (het toezicht op) de kwaliteit van zorg en de positie van de cliënt wat betreft invloed op zijn zorg, de individuele en collectieve medezeggenschap en goed te borgen in de Wmo (2015). Zie hiervoor hoofdstuk 3 van het rapport.

De hanteerbaarheid van de beoogde afbakening voor cliënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en toezichthouders

en

Mogelijk ongewenst strategisch gedrag van cliënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars als gevolg van de maatregel

Cliënten

Zorgaanbieders en verzekeraars hebben in de huidige AWBZ geen financiële prikkels om de cliënt te stimuleren naar meer zelfredzaamheid. Hierdoor krijgen cliënten mogelijk niet de intensiteit van behandeling die vanuit cliëntperspectief gewenst is. De Wmo en Zvw kunnen de herstelgerichte benadering en inclusiegedachte wel faciliteren.

De mate waarin de scheidslijn tussen Zvw en Wmo hanteerbaar is, wordt vooral bepaald door het onderscheid tussen verblijf dat medisch noodzakelijk is voor behandeling ten opzichte van de mogelijkheid van cliënt en om zelfstandig of begeleid te wonen, eventueel met ambulante behandeling. In dit rapport zijn we uitgegaan van een denkrichting; in 2014 zullen we de medische noodzaak van verblijf nader duiden.

Als chronische cliënten beschermd of zelfstandig wonen zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de begeleiding en ondersteuning. De medische zorg is de verantwoordelijkheid van de huisarts en POH-GGZ, waar nodig aangevuld met zorg vanuit de basis-GGZ. Bij verslechtering kan intensievere behandeling plaatsvinden, zo nodig uit de gespecialiseerde GGZ. Van belang is dat de ondersteuning vanuit de gemeenten hier optimaal bij wordt betrokken en zo mogelijk wordt gecontinueerd.

Daarnaast kunnen afbakeningsvragen ontstaan bij groepen die, naast een psychiatrische aandoening, een andere aandoening hebben (bijvoorbeeld een verstandelijke handicap) op grond waarvoor zij ook in aanmerking kunnen komen voor de nieuwe Liz.

Voor cliënten en zorgaanbieders die tot nu toe alleen met de AWBZ te maken hebben, wordt de situatie complexer. Waar voorheen alle zorg, behandeling, begeleiding en verblijf geïndiceerd en vergoed werd vanuit de AWBZ, krijgen zij bij de overheveling te maken met verschillende uitvoeringssystemen; ieder met een eigen indicatiestelling, met eigen rechten en plichten en mogelijk diverse eigen bijdrageregelingen. Op de verschillen in (rechts)positie die dit voor cliënten met zich meebrengt, gingen wij hierboven reeds in.

In de gesprekken met partijen is de onzekerheid die de overheveling met zich meebrengt voor cliënten die al langere tijd in een instelling verblijven, diverse malen benoemd. Het betreft een kwetsbare doelgroep die snel ontregeld is. Een goede

voorlichting door overheid en zorgaanbieders en een zorgvuldige overgang zijn nodig om deze groep cliënten geen nadelen te doen ondervinden van de overheveling.

Strategisch gedrag van cliënten zal samenhangen met:

- het feit dat binnen de Wmo geen aanspraak bestaat en onder de Zvw en Liz wel;
- de gevoelde (on)zekerheid of de huidige zorg, in zijn huidige vorm, gehandhaafd kan worden.
- (Mogelijk) als er verschil in eigen bijdragen bestaat

Verzekeraars

Voor verzekeraars en zorgaanbieders is een volledige overgang naar DBC's voor langdurige klinische behandelingen moeilijk hanteerbaar; in de DBC-systematiek vindt betaling van de zorg pas plaats na sluiting van een DBC. Tot het moment dat het DBC gesloten is, weet de zorgverzekeraar niet dat zorg geleverd wordt. Aangezien het hier juist langdurig verblijf betreft, betekent het dat verzekeraars aanzienlijke reserves moeten aanhouden voor vergoeding van deze zorg. Als gekozen wordt om – conform het advies van de Nza – te blijven werken met ZZP's, kan een gefaseerde overgang plaatsvinden. Ook voor de risicoverevening geldt dat deze zorgvuldig moet worden voorbereid om in de toekomst risicodragende zorgverzekeraars passende zorg te doen inkopen.

Strategisch gedrag van zorgverzekeraars zal samenhangen met:

- Mogelijkheden tot afwentelen van cliënten naar Wmo of Liz
- Beperken van de kosten van verblijf

Zorgaanbieders

Voor zorgaanbieders zou het betekenen dat zij overgaan van een systeem met bevoorschotting naar een systeem waarin zij betaald krijgen na facturatie van een DBC. De contractering en verantwoording van de begeleiding en zorg wordt complexer.

Strategisch gedrag van zorgaanbieders zal samenhangen met:

- zeker stellen van bekostiging van kapitaalslasten;
- behoud van cliënten;
- dempen van risico's als gevolg van de onzekerheid die de Wmo en Zvw voor hen meebrengen.

Gemeenten

We hebben de vrijheid genomen ook de hanteerbaarheid van de overheveling voor gemeenten te betrekken in ons advies. Voor gemeenten is het tijdspad van invoering een belangrijk risico. Zij moeten zich voorbereiden op drie decentralisaties. Het is van groot belang dat zij goed bekend zijn met de doelgroepen, dat zij het begeleidingsaanbod tijdig op orde hebben en dat zij geformaliseerde afspraken maken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders om hun verantwoordelijkheid voor cliënten met een psychische stoornis waar te maken. Dit vergt van de gemeenten een enorme inspanning.

Strategisch gedrag van gemeenten zal samenhangen met:

- de complexiteit en kosten van langdurig zorgafhankelijke cliënten met een psychische stoornis, met als gevolg mogelijke afwenteling richting Zvw of Liz

Toezichthouders

Van de toezichthouders gaan we hier alleen in op de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Ons is niet geheel duidelijk hoe in de Wmo 2015 de verhouding tussen IGZ en de toezichthoudende ambtenaar⁴⁴ geregeld wordt. Wij vinden dat beschermd wonen, ook als dat onder de Wmo valt, binnen de competentie van de IGZ dient te blijven. Dit sluit aan bij de maatschappelijke behoefte om meer te toetsen op de kwaliteit van de keten.

Of het criterium in het Bzv dat slechts aanspraak bestaat op verblijf indien dat verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in art 2.4. van dat besluit, voldoende is om de ambulantiseringambitie zoals geformuleerd in het bestuurlijk akkoord Toekomst GGZ 2013 – 2014, te bereiken.

De medische noodzaak van verblijf wordt in de praktijk beoordeeld door de behandelaar. Op dit moment bestaat in de diverse richtlijnen voor psychische stoornissen nog weinig tot geen onderbouwing voor deeltijdbehandeling en opname, inclusief de duur ervan. Om de ambitie uit het Bestuurlijk Akkoord te kunnen waarmaken, is het dan ook noodzakelijk dat partijen de ontwikkeling van richtlijnen hierover voortvarend ter hand nemen. De vrijblijvendheid in het tempo hiervan zal moeten worden weggenomen. Partijen kunnen kwaliteitsstandaarden ontwikkelen volgens de richtlijnen in het toetsingskader en deze aanbieden aan het toekomstig register van het Kwaliteitsinstituut. De resultaten van invoering van kwaliteitsstandaarden op de ambulantiseringambitie zal moeten worden gemeten en geëvalueerd. Afhankelijk van die resultaten zal moeten worden gezien of nadere maatregelen om de gewenste ambulantisering te bereiken, nodig zijn.

Voor het bereiken van de ambulantiseringambitie is overigens ook van belang dat ook de gemeenten worden betrokken bij de afspraken die in het Bestuurlijk Akkoord zijn gemaakt.

Vervoer naar dagbesteding

Nu is het zo dat bij het eerste jaar GGZ-verblijf, dat onder de Zvw valt, de daginvulling valt onder het verblijf als bedoeld in artikel 2.10 Bzv. Wij zijn van mening dat dit ook moet gelden voor de intramurale GGZ langer dan een jaar, als die wordt overgeheveld naar de Zvw. De instelling waar cliënt verblijft, is ervoor verantwoordelijk dat de cliënt passende dagbesteding ontvangt. Als de instelling de dagbesteding niet zelf levert, maar de cliënt elders gebruik maakt van dagbesteding, dan is de instelling van verblijf verantwoordelijk voor het vervoer van en naar die dagbesteding⁴⁵. Indien nodig moet de bekostiging daarop worden aangepast.

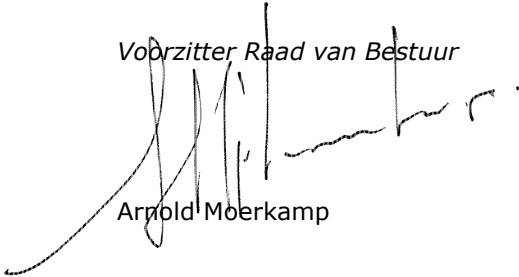
⁴⁴ Zoals beschreven in wetsvoorstel Wmo 2015, hoofdstuk 5.

⁴⁵ Hetzelfde geldt nu ingeval van (voortgezet) verblijf onder de AWBZ. Als dagbesteding deel uitmaakt van het ZZP, geeft het CIZ geen afzonderlijke indicatie voor vervoer. De instelling is verantwoordelijk voor het leveren van de totale verblijfszorg, waaronder de dagbesteding. Als de instelling van verblijf de dagbesteding niet zelf levert, maar gebruik wordt gemaakt van dagbesteding elders, is de instelling van verblijf verantwoordelijk voor het vervoer van en naar die dagbesteding, inclusief de bij het vervoer eventueel noodzakelijke begeleiding (RZA 2008, 60)

Voor zover beschermd wonen en dagbesteding overgaat naar de Wmo, zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de keuze of en zo ja, hoe het vervoer van en naar (externe) dagbesteding wordt geregeld.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

A handwritten signature in black ink, consisting of several vertical strokes and a long horizontal stroke extending to the right.

Arnold Moerkamp

Bijlage I Adviesaanvraag staatssecretaris van VWS d.d. 27 augustus 2013



**Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport**

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De voorzitter van het
College voor zorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**
Directie Zorgverzekeringen
Cluster Pakketbeheer

Bezoekadres:
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
mr. J.J.M. Engering
Senior Beleidsmedewerker
T 070-3407359
jj.engering@minvws.nl

Datum **27 AUG 2013**
Betreft adviesaanvraag langdurige intramurale GGZ

Kenmerk
143786-108924-Z

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

Geachte heer Moerkamp,

Per 2015 wordt in het kader van de hervorming van de langdurige zorg de inrichting van de langdurige intramurale geestelijke gezondheidszorg (GGZ) gewijzigd. Alle intramurale GGZ-zorg gericht op behandeling die nu nog onderdeel uitmaakt van de aanspraken op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten wordt overgeheveld naar de te verzekeren prestaties Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarnaast neemt het kabinet in september een besluit over de positie van extreem zware GGZ-patiënten. Het kabinet zal dan ook besluiten of gemeenten per 2015 verantwoordelijk worden voor de zorg voor mensen met psychiatrische problemen waarbij niet de behandeling, maar de op participatie gerichte ondersteuning vanuit de beschermende woonomgeving centraal staat.

In de aandachtspuntenbrief 2014, 121374, 104559-Z, van 19 juni 2013, is aangegeven in samenspraak met u te bezien wat de effecten van de overheveling van de langdurige intramurale geestelijke gezondheidszorg naar de Zvw en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zullen zijn. Het voorgaande leidt ertoe dat ik u verzoek om een advies uit te brengen over de voorgenomen maatregel.

Ik verzoek u in uw advies onder meer aandacht te besteden aan:

- o de gevolgen van de nieuwe inrichting van de langdurige intramurale GGZ en de beoogde afbakening voor het pakket van de zorgverzekering,
- o de aansluiting op de Wmo,
- o de hanteerbaarheid van de beoogde afbakening voor patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en toezichthouders,
- o mogelijke ongewenst strategisch gedrag van patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars als gevolg van de maatregel, en
- o of het criterium in het Besluit zorgverzekering dat slechts aanspraak bestaat



op verblijf indien dat verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 van dat besluit, voldoende is om de ambulantiseringssambitie zoals geformuleerd in het bestuurlijk akkoord Toekomst GGZ 2013-2014, te bereiken.

Kenmerk
143786-108924-Z

Uw advies draagt bij aan de besluitvorming over de wettelijke verankering van de nieuwe inrichting van de langdurige GGZ. Ik verzoek u dit advies uiterlijk medio oktober 2013 uit te brengen.

Met vriendelijke groet,

de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de directeur-generaal Langdurige Zorg,

drs. M.J. Boereboom



Bijlage 2

2013124541

Bijlage: reacties uitvoeringstoets overheveling langdurige GGZ



Reactie van de Federatie Opvang op het conceptrapport 'Overheveling langdurige ggz' van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ).

Algemeen:

Het CVZ concludeert dat zij vindt "dat de overheveling een verbetering is ten opzichte van de huidige situatie. De overheveling biedt gemeenten de kans om hun verantwoordelijkheid voor het gehele sociale domein te nemen. De overheveling leidt ertoe dat de meerderheid van psychiatrische cliënten nu met twee, in plaats van drie systemen te maken heeft. Afbakingsproblematiek vindt op minder vlakken plaats en er zijn minder prikkels tot afwenteling."

De Federatie Opvang steunt de conclusie van het CVZ dat het belangrijk is dat er samenhang wordt aangebracht in het sociale domein voor mensen die op veel levensgebieden zorg en ondersteuning nodig hebben. Bewoners van beschermde woonvormen in de ggz en mo hebben te maken met vragen op vrijwel alle levensgebieden: wonen, inkomen, werk, zingeving, schuldhulp, veiligheid, zorgverzekering, zorg, maatschappelijke ondersteuning en dienstverlening. Gemeenten zijn in de beste positie, vindt de Federatie Opvang (FO) om een samenhangend arrangement vorm te geven dat mensen in staat stelt hun leven zo zelfstandig als mogelijk is, maar zo beschermd als nodig is, in te richten.

Het CVZ formuleert daarnaast een aantal risico's, dat zich bij de overheveling van de langdurige ggz kunnen voordoen. Ook benoemt het CVZ een aantal randvoorwaarden. Hierna gaan we hoofdstukgewijs in op een aantal aspecten.

Hoofdstuk 1 De huidige situatie

Het CVZ beschrijft hier de huidige situatie van de wetten die zorg en ondersteuning bieden: de AWBZ, Zvw en Wmo. De FO realiseert zich dat andere wetgeving buiten het bereik van deze uitvoeringstoets valt, maar wil toch opmerken dat wetgeving op het gebied van inkomen en werk en de stelselwijziging hierin (de komende Participatiewet), mede van invloed is op de mate waarin gemeenten in staat zullen zijn verbeteringen voor chronisch psychiatrische patiënten in het sociale domein te realiseren. De huidige Wet Werk en Bijstand, Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen en de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten zijn evenzeer van belang om in beschouwing te nemen als het gaat om afbakening en samenhang voor de bedoelde groep verzekerden.

Een aanvulling is nog dat de meeste instellingen voor maatschappelijke opvang zijn toegelaten als aanbieder van AWBZ Verblijf - in de vorm van kleinschalige woonvoorzieningen voor mensen met een psychische stoornis. Het betreft hier veelal verzekerden met een dubbel- of triple diagnose (psychiatrie en verslaving, verstandelijke beperking, somatische beperking). Deze instellingen ontbreken in het overzicht in hoofdstuk 1.

Hoofdstuk 2 De voorgestelde situatie

De Federatie Opvang kan zich vinden in de geschetste nieuwe situatie voor de verzekerden die gebruik maken van de langdurige ggz. De FO deelt de opvatting van het CVZ dat het niet goed mogelijk is op objectieveerbare gronden een onderscheid te maken tussen verzekerden die mogelijk voor de kern-AWBZ, in aanmerking zouden komen.

Hoofdstuk 3 Afbakingsproblematiek

Het CVZ schetst de volgende denklijn voor de afbakening van de groep chronische psychiatrische patiënten:

Als verblijf noodzakelijk is in verband met het behandelen van een actieve psychiatrische stoornis, waarbij het doel van de behandeling is herstellen/voorkomen van verergering van de stoornis, zal intramurale GGZ-zorg vanuit de Zvw zijn aangewezen.

Als een beschermende woonomgeving noodzakelijk is in verband met begeleiding die zich richt op de omgang met de sociale handicaps die voortkomen uit een, verder stabiele, psychiatrische aandoening, zal de cliënt voor GGZ-zorg zijn aangewezen op de Wmo. De medische zorg is de verantwoordelijkheid van de huisarts/POHPOH-GGZ, waar nodig aangevuld met zorg vanuit de basis GGZ. Bij verslechtering kan intensievere behandeling plaatsvinden, zo nodig uit de gespecialiseerde GGZ. Van belang is om de ondersteuning vanuit de gemeente hier optimaal te betrekken en zo mogelijk te continueren.

De FO herkent de denkrichting, maar wil er op wijzen dat ook in de beschermde woonvormen die gericht zijn op participatie (zpz ggz C), gewerkt wordt aan herstel en aan het voorkomen van het verergeren van de stoornis. Ook mensen in beschermde woonvormen krijgen nu in veel gevallen behandeling uit de ggz, vaak ambulante en soms in de vorm van korte klinische opnames vanwege decompensatie, middelengebruik en bijstellen medicatie. Dat gezegd hebbend, is de FO het eens met het CVZ dat een psychische stoornis kan variëren in de mate waarin deze actief is (ook in de tijd gezien).

De FO onderschrijft daarom sterk het advies van het CVZ om te komen tot geformaliseerde afspraken tussen gemeente, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en woningcorporaties om te zorgen dat cliënten ook bij een veranderende behoefte aan begeleiding en behandeling continuïteit ervaren en lokaal tot een structurele oplossing voor de afbakeningsproblematiek te komen.

De FO onderschrijft ook het advies om in gevallen waarin een cliënt meerdere beperkingen of stoornissen heeft, niet zonder meer de dominante aandoening bepalend te laten zijn, maar aan de hand van professionele standaarden en het professioneel oordeel – in overleg met cliënt en/of mantelzorg – te bepalen in welke domein de cliënt het beste tot zijn recht zou komen. In de samenwerkingsafspraken tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders moet vastgelegd worden hoe dit besluit tot stand komt.

Het CVZ benoemt een aantal keren de gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De FO is van mening dat het Rijk de regie hierover dient toe te delen aan centrumgemeenten om ervoor te zorgen dat afspraken daadwerkelijk ook gemaakt worden (en gehandhaafd kunnen worden) over samenwerking, afstemming en voorkomen dat verzekerden tussen wal en schip terecht komen.

Hoofdstuk 4 Risico's en beheermogelijkheden voor betrokken partijen

Risico's voor cliënten

Het CVZ vindt het van groot belang dat ook binnen de Wmo duidelijk is wat kwalitatief goede zorg voor mensen met een psychiatrische stoornis is en hoe (behoud van) kwaliteit is geborgd. Het CVZ stelt daarom voor om de over te hevelen langdurige ggz onder het bereik van bestaande wetgeving op het gebied van kwaliteit en cliënten rechten te houden. De FO is het hiermee eens. Ook nu vallen voorzieningen voor maatschappelijke opvang (en andere Wmo aanbieders) onder de Wet Klachtrecht (Wkcz) en de Wet Medezeggenschap (Wmcz). De praktijk heeft geleerd dat een lange periode nodig is geweest om klachtrecht en medezeggenschap voor cliënten in de praktijk te implementeren. Nu die gegroeide praktijk zijn vruchten begint af te werpen, is het logisch dat cliënten hun rechtspositie geborgd houden en gemeenten over dezelfde instrumenten kunnen blijven beschikken als zij nu hebben.

Het CVZ maakt een aantal opmerkingen over de kwetsbaarheid van de groep verzekerden die gebruik maakt van de langdurige ggz. De FO onderschrijft deze opmerkingen. Mensen die in beschermde woonvormen wonen, zijn voor het regelen van huisvesting en voedsel, inkomen, zorg en ondersteuning overwegend afhankelijk van zorgaanbieders. De FO ondersteunt daarom het advies van het CVZ dat eisen aan de kwaliteit van verblijf, begeleiding en zorg, landelijk vastgelegd moeten worden en dat het toezicht hierop geregeld moet zijn.

Het CVZ vraagt aandacht voor groep verzekerden die zorg mijden omdat zij geen ziekte-inzicht hebben en niet assertief zijn. Voor die groep bestaat nu de openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz) waarvoor de centrumgemeente al verantwoordelijk is. In de nieuwe Wmo verdwijnt het prestatieveld waarin de oggz nu geregeld is. Het gaat hier om verzekerden voor wie de overgang tussen domeinen cruciaal is. Het is deze groep voor wie de bovengenoemde formele samenwerkingsafspraken tussen gemeenten, verzekeraars en zorgaanbieders van essentieel belang zijn. De FO vindt dat deze groep verzekerden expliciet genoemd moet worden in toekomstige afspraken over samenwerking.

Risico's voor zorgaanbieders

Het CVZ benoemt een aantal risico's voor zorgaanbieders op het gebied van contracteren en bevoorschotting. Daarbij ziet de FO zeker risico's op een gefragmenteerd palet aan inkoop- en verantwoordingsisen van de gemeenten. De FO vindt het verstandig dat de langdurige ggz naar de centrumgemeenten wordt overgeheveld, nu deze gemeenten al ervaring hebben met het inkopen van verblijf in de maatschappelijke opvang en beleid dat chronisch psychiatrische patiënten betreft. De FO geeft daarom in overweging om voor het overgangsjaar 2015 een gezamenlijk inkooptraject door zorgkantoren en gemeenten te laten uitvoeren, gebruikmakend van de huidige AWBZ inkoopsystematiek. Daarbij kunnen zorgkantoren hun kennis over zorginkoopbeleid, kwaliteitseisen en verantwoordingsaspecten overdragen aan centrumgemeenten. Dit zal naar onze mening de continuïteit van zorg voor cliënten en de toekomstige noodzakelijke samenwerking en afstemming tussen zorgverzekeraars en gemeenten bevorderen.

De FO wil apart aandacht vragen voor de bevoorschotting. De overheveling gaat gepaard met een groot volume aan financiële middelen. Het is niet duidelijk of gemeenten tijdig ingericht zijn om in bevoorschotting te voorzien, in relatie tot de noodzakelijke continuïteit van zorg. De zorgaanbieders die langdurige ggz leveren zullen risico lopen in de continuïteit van de bedrijfsvoering indien er geen goede afspraken over tijdige bevoorschotting zijn.

De FO adviseert ook dat de gemeenten afspraken maken over het stroomlijnen van termijnen van inkoop en verantwoording. Gemeenten werken nu met wisselende data en maanden voor het indienen van subsidieverzoeken en afrekeningen en dat werkt inefficiënt voor aanbieders die met meer gemeenten afspraken maken.

Risico's voor gemeenten

Het is te verwachten dat de zorgverzekeraars voor de groep verzekerden in de langdurige ggz met een zorgzwaartepakket zzp B tot afspraken willen komen over duur van de behandeling en het daaraan gekoppelde verblijf. Mogelijk wil men ook verdere afspraken maken over het scheiden van wonen en zorg voor deze groep en verdere reductie van het aantal bedden in de ggz.

De FO ziet hier een risico in het scenario dat de zorg voor deze groep verzekerden wordt geambulantiseerd zonder dat in het aanpalende domein van de gemeente afspraken zijn gemaakt over noodzakelijke huisvesting, inkomensvoorziening, dagbesteding en de financiële middelen die daarvoor nodig zijn. De FO adviseert daarom om de VNG te betrekken bij de uitwerking van deze afspraken in het kader van het bestuurlijk akkoord ggz.

Hoofdstuk 5 De maatregel en de met de sector gemaakte afspraken

Dit hoofdstuk betreft de afspraken die zijn gemaakt in het kader van het bestuurlijk akkoord ggz en het zorgakkoord. De Federatie Opvang is geen partij bij deze akkoorden.

Zoals hierboven ook is aangegeven is de FO een voorstander van het betrekken van de gemeenten bij de verdere uitwerking van het bestuursakkoord, zoals het CVZ ook voorstelt.

Daarbij wil de FO ook de relatie met de woningcorporaties betrekken: indien er geen afspraken gemaakt worden over beschikbare en betaalbare huisvesting voor mensen in klinieken, is de ambitie om te ambulantiseren zeer moeilijk te realiseren.

Speciale aandacht vraagt de FO voor de samenhang met de forensische ggz in de vorm van beschermd wonen. Op dit moment koopt het ministerie van Veiligheid en Justitie plaatsen beschermd en begeleid wonen in bij zorgaanbieders. Na het aflopen van de justitiële titel (en daarmee de financiering vanuit V&J) zorgen zorgaanbieders nu voor aansluiting naar het domein van de AWBZ. Vanaf 2015 zullen die afspraken over aansluiting met gemeenten gemaakt moeten worden. De FO vindt het een goed idee om deze kwestie ook onderdeel te maken van de verder afspraken zoals hierboven benoemd.

Hoofdstuk 6 Uitvoeringsaspecten

Hierboven heeft de FO al een aantal opmerkingen gemaakt over de noodzaak van tijdige afspraken in verband met continuïteit van zorg en bedrijfsvoering. Deze sluiten aan bij de door het CVZ gemaakt opmerkingen in hoofdstuk 6.

De FO wil apart aandacht vragen voor de kwestie van de eigen bijdragen. Per 1-1-2014 wordt de wettelijke regeling voor eigen bijdragen in de maatschappelijke opvang van kracht. Hiertoe is de Wmo gewijzigd. Indien in het kader van de overheveling van de langdurige ggz een ander stelsel van eigen bijdragen wordt ontwikkeld wil de FO adviseren om daar ook dan dan geldende Wmo regeling voor de maatschappelijke opvang bij te betrekken.



4 oktober 2013



Onderwerp
reactie VNG op
conceptrapport
Overheveling langdurige
intramurale GGZ

Ons kenmerk
BAOZW/U201301312

Telefoonnummer
(070) 373 8393
Ons kenmerk

Hierbij reageren wij kort op het concept-rapport over de overheveling van de langdurige intramurale GGZ. Dit rapport staat open voor inspraak tijdens de vergadering van uw Algemene Pakket Commissie op 4 oktober a.s.

Helaas zijn wij niet in de gelegenheid in te spreken, maar in goed overleg met enkele gemeenten is afgesproken dat zij van de gelegenheid gebruik zullen maken om het gemeentelijk standpunt bij uw commissie onder de aandacht te brengen. Het gaat daarbij om dezelfde ambtenaren die ook in een gesprek met de onderzoekers van het CVZ input voor het concept-rapport hebben geleverd.

Vooraf

Om te beginnen willen wij de onderzoekers complimenteren met het resultaat. Zij zijn er naar onze mening in geslaagd om in zeer korte tijd toch een volledig overzicht van de materie te geven en daarbij de juiste dilemma's en knelpunten te benoemen. In onze reactie zullen we ons daarom beperken tot een samenvatting van het standpunt van gemeenten en een paar opmerkingen bij het rapport. Enkele punten berusten wellicht ook op een misverstand.

Wij stellen voorop dat we met instemming hebben kennis genomen van de denkrichting die het CVZ op pagina 22 van het rapport voorstelt rond één van de kernvragen die voorliggen: voor welke typen van beschermd wonen is de Zorgverzekeringswet het meest geschikte domein en welke typen kunnen beter een plek vinden binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning. Over de keuze om deze groep burgers niet onder de kern-AWBZ te brengen spreken wij ons niet uit. Wij begrijpen echter het advies dat uw College op dit punt uitbrengt.

Standpunt gemeenten

Gemeenten verwelkomen de keuze om het beschermd wonen met begeleiding, dat nu onderdeel is van intramurale GGZ, naar het gemeentelijk domein te decentraliseren. Beschermd wonen met begeleiding past bij wat gemeenten nu al doen voor andere doelgroepen en past ook bij de nieuwe taken die gemeenten straks krijgen. (Centrum)gemeenten zijn dan verantwoordelijk voor wonen, inkomensondersteuning, begeleiding en dagbesteding. Verkokering tussen allerlei vormen van beschermd wonen kan zo worden tegengegaan.

Als gemeenten de taak beschermd wonen met begeleiding overnemen geldt voor ons wel de randvoorwaarde dat het Rijk daarop niet bezuinigt. Verder wijzen we in dit verband op de afspraak die het kabinet met GGZ Nederland heeft gemaakt over extramuralisering en de afbouw van intramurale GGZ-plaatsen. De gevolgen voor de gemeenten kunnen groot zijn, zeker als het beschermd wonen onder de verantwoordelijkheid van gemeenten komt. Wij vragen het kabinet om de gevolgen in kaart te brengen en met de VNG afspraken te maken over de budgettaire compensatie voor gemeenten

De staatssecretaris lijkt de keuze te willen maken tussen zogeheten ZZP's c (Wmo) en ZZP's b (Zvw). De VNG twijfelt of het onderscheid tussen b- en c-ZZP's voldoende helder is om de verdeling tussen Zvw en Wmo te maken. In de praktijk werken instellingen vaak met beide types ZZP. De VNG is van mening dat de transitie moet leiden tot een logische en heldere taakverdeling. Het systeem moet geen (nieuwe) perverse prikkels creëren. De meest heldere taakverdeling daarbij is om alle vormen van beschermd wonen (dus zowel met c-ZZP's als b-ZZP's) onder het gemeentelijk domein te brengen. Daarbij volgen we graag de denkrichting die uw College hanteert: *Als verblijf noodzakelijk is in verband met het behandelen van een actieve psychiatrische stoornis, waarbij het doel van de behandeling is herstel of het voorkomen van verergering van de stoornis, ligt intramurale GGZ-zorg vanuit de Zvw voor de hand.*

Terecht merkt uw college op dat ook bij deze denkrichting er vragen open blijven. Wanneer is een psychiatrische stoornis actief? Wanneer is verblijf noodzakelijk voor behandeling? Wie maakt op dit punt de keuzes? Het is nog gewoonweg nog niet duidelijk op grond waarvan wordt beoordeeld welke cliënt voortgezet verblijf met behandeling moet krijgen en welke cliënt alleen begeleiding. Zolang de criteria daarvoor niet helder zijn blijft de verkeerde prikkel bestaan en daar hebben gemeenten in de uitvoering last van.

Overige punten bij het rapport

Hieronder een aantal kritische punten bij het rapport. Op p. 11 staat volgens ons ten onrechte dat gemeenten op dit moment verantwoordelijk zijn voor de extramurale, op participatie gerichte begeleiding aan mensen met een psychiatrische aandoening. Die vorm van begeleiding valt nu nog onder de AWBZ en zal met ingang van 1 januari 2015 naar verwachting naar het gemeentelijke domein worden overgeheveld.

Het rapport wekt verder de indruk dat gemeenten vrij zijn in het vaststellen van eigen bijdragen in de Wmo. Dat is nu niet zo en zal onder de nieuwe Wmo ook niet zo zijn. Gemeenten zijn verplicht de normen van de landelijke inkomensafhankelijke eigen bijdrageregeling in het Wmo Besluit te hanteren. Ze mogen die normen wel soepeler toepassen, maar niet strenger. Het is inderdaad in de nieuwe Wmo niet duidelijk of de landelijke eigen bijdrage-regeling ook van toepassing zal zijn op beschermd wonen. Dit is een vraag die zeker moet worden beantwoord. Ons idee daarbij is dat aansluiten op de normen van de eigen bijdrageregeling voor intramuraal verblijf beter past bij het beschermd wonen, omdat feitelijk ook sprake is van een vorm van intramuraal wonen.

De vraag hoe de kwaliteit van het beschermd wonen in de nieuwe situatie kan worden geborgd neemt een belangrijke plek in het rapport in. Het rapport stelt voor de kwaliteitsnormen van de verschillende kwaliteitswetten in de zorg onverkort van toepassing te verklaren op het beschermd wonen dat straks onder de Wmo valt. De VNG deelt dit standpunt niet. De normen van de kwaliteitswetten zorg passen niet op de maatschappelijke ondersteuning. Vandaar dat wij ervoor hebben gepleit de kwaliteitsnormen voor maatschappelijke ondersteuning in de Wmo zelf op te nemen. Dat is ook gebeurd en ziet er, in een aantal stappen, als volgt uit:

1. In de wet is een definitie van verantwoordelijk maatschappelijke ondersteuning opgenomen (tijdig, veilig, afgestemd op de behoeften van de cliënt etc).
2. Die definitie wordt uitgewerkt in landelijke kwaliteitsstandaarden voor maatschappelijke ondersteuning (op basis van kwaliteitscriteria) die VNG/KING ontwikkelt samen met cliënten en aanbieders. Ze worden getoetst door het Kwaliteitsinstituut.
3. In de Wmo krijgen de aanbieders rechtstreeks de opdracht te voldoen aan een aantal kwaliteitsnormen (personeel moet Verklaring omtrent gedrag hebben, er moet onafhankelijk klachtrecht zijn en recht op medezeggenschap, en er is een verplichting tot het melden van calamiteiten).
4. De Inspectie toetst aan de hand van de landelijke kwaliteitsstandaarden voor maatschappelijke ondersteuning en aan de hand van de wettelijke verplichtingen die tot de aanbieders zijn gericht, of de door de aanbieders geleverde ondersteuning daaraan voldoet en rapporteert misstanden aan de gemeente. In die zin toetst de Inspectie het beschermd wonen onder de Wmo wel degelijk, in tegenstelling tot wat het rapport daarover zegt (zie bijv. p. 43).
5. De gemeente kan in haar bestekken voor de inkoop nog aanvullende kwaliteitscriteria opnemen.
6. Gemeenten zijn verplicht jaarlijks een 'cliëntervaringsonderzoek' uit te voeren op basis van een landelijke CQ vragenlijst.
7. Gemeenten hebben toezichthouders in dienst die bij burgers thuis nagaan of de ondersteuning van goede kwaliteit is.
8. Het CVZ sluit zich aan bij het advies van de Raad voor de Rechtspraak die stelt dat in de nieuwe Wmo cliënten minder rechten hebben m.b.t. bezwaar en beroep. Daarbij doelt de Raad op het onderscheid dat in de Wmo wordt gemaakt tussen *melding* en *aanvraag*. De VNG is het hiermee niet eens. Een burger kan altijd een aanvraag doen en tegen een afwijzend besluit in bezwaar en beroep gaan. Het verschil tussen de bestaande Wmo en de nieuwe Wmo is dat in de nieuwe Wmo het recht op een zorgvuldige en transparante procedure voorop staat. Centraal in die procedure staat het gesprek. Op basis van dat gesprek beoordeelt de gemeente eerst of de burger zijn probleem zelf of met zijn netwerk kan oplossen, dan wel dat een vrijwilliger of een algemene (vrijtoegankelijke) voorziening hem kan helpen (welzijnswerk, algemeen maatschappelijke werk). Pas als zijn probleem daarmee niet of onvoldoende is opgelost, heeft de burger recht op een *maatwerkvoorziening*. Dat is net als in de huidige Wmo een individuele voorziening. Is iemand het niet eens met het besluit op de maatwerkvoorziening dan kan hij in bezwaar en beroep gaan.

Ten slotte nog een paar andere punten. Het rapport gaat lijkt er op p. 28 van uit te gaan dat gemeenten zelf mogen bepalen of zij een PGB verstrekken. Dat is niet correct. Indien de burger recht heeft op een maatwerkvoorziening heeft hij onder in de wet genoemde voorwaarden ook recht op een PGB.

Twee punten uit het rapport steunen wij van harte. In de eerste plaats het pleidooi voor een geformaliseerde samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten. Ook de VNG heeft daarvoor gepleit, maar het Rijk lijkt niet van plan hierover een bepaling in de wet op te nemen. Verder concludeert het CVZ zeer terecht dat het succes van de ambulantisering gedachte staat of valt met de manier waarop de aanbieders het begrip "medisch noodzakelijk verblijf" interpreteren. En dat de daarvoor benodigde criteria cq. standaarden ontbreken.

Ten slotte het overgangsrecht. In het rapport wordt gepleit tegen overgangsrecht voor cliënten die beschermd wonen, omdat dat uitvoeringstechnisch lastig is. Een vorm van overgangsrecht achten wij echter wel voor de hand te liggen.

Met vriendelijke groet,

mr.dr.s. I.C. Kloppenburg
beleidsmedewerker VNG

CVZ
t.a.v. mevrouw Weghaus-Reus
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Datum
04 oktober 2013
Contactpersoon
Mevr. drs. Y. Moolenaar, mevr. drs. E. Mulder
Ons kenmerk
Fa/yemr/ierr/147072/2013
Onderwerp
Reactie op conceptrapport overheveling
langdurige ggz

Bijlage(n)

Doorkiesnummer
033 4608979
Uw kenmerk

Geachte mevrouw Weghaus,

Allereerst willen wij u danken voor de mogelijkheid om schriftelijk te reageren op het door u opgestelde conceptrapport overheveling langdurige ggz. Door middel van deze brief voldoen GGZ Nederland en de RIBW Alliantie graag aan uw verzoek om op hoofdlijnen te reageren.

Redenering doortrekken: Langdurige intramurale ggz in de Zvw

Wij constateren dat u in het rapport een aantal terechte zorgen uit en aanbevelingen doet over de overheveling richting de Wmo. Wij begrijpen hieruit dat u de langdurige intramurale ggz als zorg betitelt en dat u in de Wmo naar waarborgen zoekt om de zorg voor deze kwetsbare doelgroep te verankeren. Wij kunnen uw redenering volgen, maar betreuren dat u de consequenties hiervan niet verder doortrekt. Immers, als de Wmo geen zorgwet is, zou hetgeen zorg is logischerwijs in het zorgverzekeringsstelsel moeten blijven. Door het uitgangspunt te hanteren van een knip tussen de huidige B en C pakketten ondersteunt u de overheveling van zorg uit het zorgkader. Terecht merkt u verderop in het rapport op dat de scheiding tussen B en C pakketten niet hetzelfde is als de scheiding tussen de samenhang met medische zorg en het alleen op participatie gericht beschermd wonen. Onderzoek heeft dat overtuigend aangetoond. Volgens ons biedt overheveling van de volledige intramurale langdurige ggz naar de Zorgverzekeringswet betere waarborgen voor cliënten dan de Wmo die gericht is op maatschappelijke participatie. De Wmo is een kader voor participatie en niet voor zorg, niet voor cliënten die beschermd wonen en primair zorg nodig hebben voor hun herstel en om toe te kunnen werken naar vormen van participatie. Het toevoegen van zorgelementen aan de Wmo is, hoe begrijpelijk ook vanuit de noden van deze cliënten, een gekunstelde en onlogische oplossing. Beter is het om alle ggz over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet en vervolgens langs de lijnen van het bestuurlijk akkoord toekomst ggz met de cliënten toewerken naar herstel en, waar mogelijk, zelfstandig wonen met ambulante zorg

Overheveling

Wij vragen uw aandacht voor de situatie dat, indien op basis van verkeerde uitgangspunten wordt overgeheveld, de startbudgetten voor zowel zorgverzekeraars als gemeenten foutief worden berekend en cliënten tussen wal en schip gaan vallen. Bij overheveling van de C-zzp's naar de gemeenten zal snel blijken dat bij de overgrote meerderheid daarvan de medische noodzaak van behandeling voorop staat bij het beschermd wonen. Terecht zullen deze mensen (mogelijk zelfs op aandrang van gemeenten) een beroep doen op de Zorgverzekeringswet. De zorgverzekeraars hebben dan niet de middelen om dit te betalen. Zou dan niet eerst de door u aangekondigde duiding gereed moeten zijn en alle cliënten daarop geïndiceerd moeten worden? Is het niet beter een afspraak te maken, conform het regeerakkoord, eerst alle langdurige ggz naar de Zorgverzekeringswet over te hevelen en vervolgens de zorgverzekeraars en gemeenten een afspraak te laten maken over overheveling van middelen naar de gemeenten bij daadwerkelijke ambulantisering? Wij verzoeken u deze mogelijkheid in het rapport toe te voegen en uit te werken.

Duiding CVZ

Ons is niet helemaal duidelijk hoe de voorgestelde duiding van het CVZ zich verhoudt tot de toepassing van kwaliteitsstandaarden en het oordeel van de professional en de cliënt en zijn omgeving. Wij pleiten voor pragmatische toepassing van zowel de duiding als de standaarden om in de praktijk de voor de cliënt meest optimale keuze te kunnen maken.

Terechte zorgen en risico's voor cliënt en zorgaanbieders

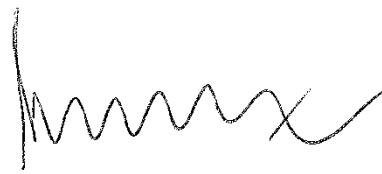
U schetst in uw rapport veel zorgen en risico's voor cliënten, zorgaanbieders en financiers. Deze zorgen betreffen o.a. afwentelingsproblematiek, afbakeningsproblematiek, contractering en administratieve verantwoording, bevoorschotting, maar ook de onvoldoende borging van de rechtspositie van de cliënt in de Wmo. Tevens schetst u als kritische succesfactoren de manier waarop gemeenten hun rol oppakken en maatwerkarrangementen gaan bieden voor deze kwetsbare doelgroep en het tot stand komen van de samenwerking van gemeenten en zorgverzekeraars. Wij onderschrijven deze problemen en risico's van harte en hebben deze ook aangekaart bij het ministerie van VWS en betrokken stakeholders.

Mocht u naar aanleiding van onze opmerkingen nog vragen hebben, neemt u dan contact op met mevr. Yvonne Moolenaar via e-mail ymoolenaar@ggznederland.nl of 06-53677985. U kunt ook contact opnemen met mevr. Eta Mulder via e-mail eta.mulder@ribwalliantie.nl of telefoon 06-10624341.

Met vriendelijke groet,



ir. P.M. van Rooij
directeur GGZ Nederland



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



LPGGz

Landelijk Platform GGz

Aan: CVZ
t.a.v. Sandra Weghaus-Reus en Ineke van der Voort

Datum: 4 oktober 2013
Kenmerk: 13-123/nvdw/aj
Onderwerp: advies overheveling langdurige intramurale ggz

Dé koepel voor
cliënten- en
familieorganisaties
in de geestelijke
gezondheidszorg

Postadres:
Postbus 13223
3507 LE Utrecht
Bezoekadres:
Maliebaan 87
3581 CG Utrecht

T (030) 236 37 65
F (030) 231 30 54
E info@platformggz.nl
I www.platformggz.nl

Postbank 1948735
KvK Utrecht 30213449

Geachte mevrouw Weghaus en mevrouw Van der Voort,

Het Landelijk Platform GGz heeft kennis genomen van het conceptadvies van het CVZ voor overheveling langdurige intramurale ggz. De afgelopen maanden heeft het LPGGz zich intensief bezig gehouden met het onderwerp van dit advies. Dit heeft geleid tot een aantal notities:

- Position Paper Langdurige zorg
- Zorgbehoefte als leidraad
- Langdurige intramurale zorg: voorwaarden nieuwe stelsel

Deze notities die wij als bijlagen meesturen vormen het kader waarbinnen wij het CVZ-conceptadvies beoordeeld hebben.

Het conceptadvies gaat in op vele aspecten van de overheveling. In de analyse overheerst wel het financieel-economisch perspectief; het perspectief van de cliënt en zijn zorgbehoefte komt daardoor onvoldoende in beeld, terwijl dat naar onze mening leidend zou moeten zijn. Niettemin zien wij dat het CVZ gebruik heeft gemaakt van onze inbreng en ook een aantal belangrijke voorwaarden voor het nieuwe stelsel heeft overgenomen. De kern van het advies wijkt echter af van ons centrale uitgangspunt, namelijk dat een deel van de langdurige intramurale ggz een plaats moet houden in de kern-AWBZ (of Wet Langdurige Intensieve Zorg). Bovendien constateren wij dat het CVZ, zij het onder voorwaarden, instemt met overheveling van alle beschermd wonen naar de WMO. Het LPGGz heeft hiertegen principiële bezwaren, want wij zijn ervan overtuigd dat de rechtspositie van zeer kwetsbare cliënten binnen het WMO-kader nooit voldoende geborgd kan worden.

Kern-AWBZ

Het CVZ steunt het voornemen om ook de zorg voor de zwaarste groep ggz-clënten niet meer in de kern-AWBZ onder te brengen. Belangrijkste argument is dat de kern-AWBZ niet verenigbaar zou zijn met de doelstelling van ambulantisering en met herstel als leidend principe in de langdurige ggz. Het LPGGz ondersteunt de ambulantiseringdoelstelling van harte en betreurt het, net als het CVZ, dat hierin nog weinig resultaat geboekt is. Wij zijn er echter van overtuigd dat ook bij realisering van de doelstellingen in het bestuurlijk akkoord een groep cliënten zal overblijven die jarenlang of zelfs levenslang aangewezen blijft op een beschermde woonomgeving.

Het CVZ interpreteert ons inziens het begrip herstel verkeerd. Herstelgerichte zorg is in elke setting mogelijk en gewenst. Binnen een langdurig intramurale setting gaat het in eerste instantie om persoonlijk herstel: elementen als zingeving, zinvolle daginvulling, het weer oppakken van sociale rollen zijn daarbij essentieel. Dit kan en hoeft niet altijd te leiden tot maatschappelijk herstel en een terugkeer naar zelfstandig wonen. Herstelgerichte zorg en een asielfunctie voor de zwaarste cliëntengroep zijn dan ook goed verenigbaar (zie ook het visiedocument langdurige zorg 'Herstel en Burgerschap' van GGZ Nederland). Ondersteuning bij persoonlijk herstel kan op den duur er wel toe leiden dat iemand een stap kan maken in de richting van (meer) zelfstandig wonen. Dit mag in de kern-AWBZ ook nooit mogen worden uitgesloten. Maar het gaat te ver om, zoals in het advies wordt bepleit, de zorg in te richten op de mogelijkheid dat behandeling en



zelfstandig wonen 'wellicht niet nu, maar wel op een later moment' mogelijk kunnen zijn. Want dan richt men de zorg in op een theoretisch toekomstperspectief en niet op de zorgbehoefte van vandaag. In het advies wordt onderscheid gemaakt tussen verblijf 'noodzakelijk in verband met behandeling' en verblijf 'noodzakelijk in verband met begeleiding'; het CVZ is ook voornemens om een nadere duiding te geven van het begrip 'medisch noodzakelijk verblijf'. Wij missen de notie dat langdurig verblijf in een beschermde omgeving soms noodzakelijk is als basisvoorwaarde voor een veilig en menswaardig bestaan.

Het advies zet de deur naar de kern-AWBZ wel op een kier voor cliënten met een gemengde problematiek, bijvoorbeeld de combinatie van een psychiatrische aandoening met een verstandelijke beperking of met dementie. Hier dient de zorgbehoefte van de cliënt centraal te staan en niet de aard van de beperking. Wij zijn blij met de opening die het CVZ hier biedt, maar betreuren het dat de zorgbehoefte van de cliënt niet consequent als uitgangspunt is gehanteerd. Deze zorgbehoefte wordt nooit alleen bepaald door de aard en de zwaarte van de aandoening, maar ook door andere factoren zoals de beschadigingen en beperkingen die iemand als gevolg van de aandoening heeft opgelopen, het eigen toekomstperspectief, leeftijd, hulpbronnen in de eigen omgeving, enzovoort. Uitsluiting uit de kern-AWBZ op grond van psychiatrische grondslag blijft een vorm van discriminatie.

Het CVZ stelt verder dat er geen objectiveerbaar onderscheid te maken zou zijn voor mensen die wel of niet in aanmerking komen voor de kern-AWBZ. Het LPGGz erkent dat dit niet eenvoudig is. In de notitie 'Zorgbehoefte als leidraad' hebben wij wel een aantal procesvoorwaarden voor toelating tot de kern-AWBZ geformuleerd. Uiteindelijk zal sprake moeten zijn van een individuele, inhoudelijke afweging waarbij de cliënt zelf, zijn naaste omgeving en de behandelaar een belangrijke rol hebben. Een kwaliteitsstandaard zoals het CVZ graag ontwikkeld ziet worden zou hiervoor een kader kunnen bieden.

Overheveling naar de WMO

Het CVZ noemt in paragraaf 4.1 van het advies een lange reeks voorwaarden voor overheveling van intramurale ggz naar de WMO. Wij herkennen hierin ook voorwaarden die het LPGGz stelt aan het nieuwe systeem, bijvoorbeeld als het gaat om de rechtspositie van cliënten, de borging van zorg- en begeleidingsplannen, kwaliteitsstandaarden. Wij zijn het echter niet eens met de eindconclusie van het CVZ dat de risico's van overheveling voldoende gedekt zijn wanneer aan deze voorwaarden voldaan is.

Overheveling naar de WMO stuit bij ons op principiële bezwaren omdat het recht op zorg in de WMO niet geborgd is en omdat wij door de beleidsvrijheid van gemeenten te veel verschillen zien ontstaan in de toegankelijkheid en kwaliteit van essentiële zorg voor een groep zeer kwetsbare mensen. Daarnaast vrezen wij het gebrek aan kennis en affiniteit bij gemeenten ten aanzien van de zwaarste cliëntgroepen.

In het advies missen wij ten slotte de erkenning dat er een spanning kan ontstaan tussen de participatie-doelstelling van de WMO en de primaire behoefte bij de zwaarste cliëntgroepen aan een veilige omgeving en ondersteuning bij kwaliteit van leven. Enerzijds vrezen wij dat gemeenten geforceerd zullen aansturen op ambulantisering, anderzijds dat gemeenten de zwaarste groep cliënten zullen verwaarlozen omdat ze bij hen toch geen perspectief zien op maatschappelijk herstel. Beide risico's kunnen versterkt worden wanneer gemeenten onder druk van bezuinigingen handelen.

Overheveling naar de Zorgverzekeringswet

Ook in de voorwaarden die het CVZ stelt aan overheveling naar de Zvw herkennen wij een aantal punten, dat het LPGGz heeft ingebracht, zoals de noodzaak van een integraal zorg- en begeleidingsplan en ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard.

Wij missen in het rapport echter een systematische en kritische reflectie op het voornemen van het kabinet om de zorgverzekeraars risicodragend te maken voor uitvoering van de langdurige intramurale ggz. Wij vragen ons af welke prikkels de zorgverzekeraar straks zal hebben om optimale zorg te bieden aan cliënten met weinig of geen behandelperspectief of perspectief op terugkeer naar zelfstandig wonen. Wij voorzien twee grote risico's:

- Een geforceerde druk op ambulantisering en een te snelle uitstroom van cliënten (wel genoemd in het advies)
- Verwaarlozing van de zwaarste groep cliënten aan wie 'weinig eer valt te behalen'.

Ten slotte zien wij een spanning tussen enerzijds het behandelperspectief in de Zvw en anderzijds de primaire behoefte van de zwaarste groep cliënten aan een beschermde omgeving en ondersteuning bij kwaliteit van leven. Dit kan ertoe leiden dat cliënten relatief veel dure behandelzorg krijgen, terwijl zij meer basale zorg, ondersteuning en aandacht nodig hebben.



Samenwerking WMO-zorgverzekeringswet

Het CVZ houdt in het advies op diverse plaatsen een warm pleidooi voor samenwerking tussen zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders. Wij onderschrijven dat pleidooi van harte, ook omdat die samenwerking binnen de extramurale zorg van groot belang is.

Wij pleiten ervoor om een stap verder te gaan: geef die samenwerking een verplichtend karakter en leg bijvoorbeeld vast op welke onderwerpen gemeenten en zorgverzekeraars afspraken moeten maken, hoe cliënt- en familieorganisaties bij die afspraken betrokken moeten worden, en hoe die afspraken worden vastgelegd.

Tegelijk zien we een praktisch probleem waar het CVZ nog niet op ingaat. Met het wegvallen van het representatiemodel voor de curatieve ggz en met de overheveling van zorgtaken naar ruim 400 gemeenten (of ruim 40 centrumgemeenten) neemt het aantal partijen geweldig toe, waardoor het heel moeilijk wordt om in elke regio daadwerkelijk tot dekkende afspraken te komen.

Waar cliënten tussen wal en schip dreigen te komen door strategisch gedrag van andere partijen, is een oplossing om meer regie bij de cliënt zelf en zijn naaste omgeving te leggen en om de financiering cliëntvolgend in te richten.

Dagbesteding en vervoer

Over dagbesteding blijkt nog veel onduidelijkheid te bestaan. Het CVZ beperkt zich in het advies tot zaken die betrekking hebben op de regelgeving en financiering. Het belang van de cliënt blijft naar onze mening onderbelicht. Voor ons staat buiten kijf, dat cliënten:

- in de langdurige intramurale zorg recht moeten hebben op dagbesteding;
- keuzevrijheid moeten hebben in dagbesteding, waar mogelijk ook voor dagbesteding buiten de instelling;
- vervoer van en naar dagbesteding binnen redelijke marges vergoed moet worden.

Eigen bijdragen

Het advies toont aan dat nog veel onduidelijk is wat betreft eigen bijdragen. Mede op grond van de risico's die het CVZ schetst pleit het LPGGz in ieder geval voor een regeling die eenvoudig is en over de grenzen van domeinen heengaat (anti-cumulatie principe). Cliënten mogen er financieel niet op achteruit gaan ten opzichte van de huidige situatie en er mogen geen prikkels in zitten die het onaantrekkelijk maken om meer zelfstandig te gaan wonen.

Met vriendelijke groet,
Landelijk Platform GGz

Marjan ter Avest
directeur



Position Paper Langdurige verblijfszorg ggz

Aanleiding

In het kader van de hervorming langdurige zorg wil het kabinet de verblijfszorg ggz uit de AWBZ halen en enerzijds bij de Zorgverzekeringswet en anderzijds bij de WMO onderbrengen. Zorgverzekeraars worden dan verantwoordelijk voor de zorg aan mensen bij wie behandeling centraal staat, centrumgemeenten voor de zorg aan mensen bij wie begeleiding centraal staat. Het Landelijk Platform GGz is van mening dat de zwaarste groep patiënten recht moet houden op zorg uit de kern AWBZ. Daarnaast stelt het LPGGz duidelijke voorwaarden aan de overheveling van de overige verblijfszorg naar ZVW en WMO. Bovenal pleit het LPGGz voor een betere kwaliteit in de langdurige verblijfszorg.

Kern-AWBZ

'In de nieuwe kern-AWBZ wordt mogelijk gemaakt dat mensen in een instelling zorg kunnen krijgen als zij niet langer met steun van hun omgeving thuis kunnen wonen', zo stelt het kabinet. Duidelijke taal, die er automatisch toe leidt dat ook de zwaarste groep ggz-patiënten een plek in deze nieuwe kern-AWBZ zou moeten krijgen. Het is voor het LPGGz dan ook volstrekt onlogisch dat juist voor deze kwetsbaarste groep patiënten van de ggz zonder onderbouwing een uitzondering wordt gemaakt: in de plannen van het kabinet krijgen zij geen toegang tot de kern-AWBZ. Het LPGGz vindt dat onbestaanbaar.

Maximaal 10.000 patiënten

In de ggz is een groep van maximaal 10.000 patiënten die zeer langdurig of levenslang is aangewezen op een beschermde woonomgeving. Het gaat om patiënten met blijvende psychotische stoornissen en/of ernstige gedragsproblematiek, en/of chronische verslaving. Zij hebben doorgaans een zvp 5, 6, of 7. Deze groep mensen kan niet zelfstandig wonen. De zorg die zij ontvangen is primair gericht op kwaliteit van leven. Behandeling vindt vaak nog wel plaats, maar is van secundair belang. Indien herstel wordt nagestreefd, beperkt dit zich tot kleine, soms uiterst subtiele wijzigingen die het leven draaglijker en de moeite waard maken. Daarmee onderscheidt deze zorg zich niet wezenlijk van die van andere patiënten met een zeer zware zorgvraag in bijvoorbeeld verpleeghuizen of instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking.

Waarom hoort deze groep in de kern-AWBZ?

- De kern AWBZ is bedoeld voor de kwetsbaarste mensen in de samenleving. Er is er geen reden om onderscheid te maken tussen verschillende groepen kwetsbare burgers en ggz-patiënten uit te sluiten.
- De zorg voor deze groep dient primair gericht te zijn op kwaliteit van leven, niet op behandeling (ZVW) of maatschappelijke participatie (WMO).
- Het betreft onverzekerbare zorg. Daar past geen uitvoering bij door risicodragende verzekeraars of centrumgemeenten.
- Waarborgen voor keuzevrijheid, medezeggenschap en dergelijke zijn het best in de kern-AWBZ gewaarborgd.

Overheveling naar Zorgverzekeringswet en WMO

Volgens cijfers van het CIZ waren er in 2012 circa 45.000 ggz-patiënten met een AWBZ-indicatie voor intramurale ggz-zorg. Voor een groot deel van hen is er perspectief om op kortere of iets langere termijn weer zelfstandig te gaan wonen. Voor deze patiënten kan de zorg overgeheveld worden naar de ZVW of WMO, zij het onder strikte voorwaarden. Het gaat immers nog steeds om zorg voor een zeer kwetsbare groep mensen die (tijdelijk) niet in staat is om thuis te wonen.

Grensvlak ZVW – WMO

Het kabinet heeft het voornemen enerzijds om de op behandeling gerichte verblijfszorg over te brengen naar de Zorgverzekeringswet en anderzijds het begeleid wonen dat gericht is op participatie en het bijsturen van risicovol gedrag over te brengen naar de WMO. In de praktijk zal die scheidslijn niet altijd makkelijk te



trekken zijn. Het bestaande onderscheid tussen b- en c-pakketten is te willekeurig. Het risico is dat patiënten heen en weer geschoven zullen worden tussen verschillende systemen. Het LPGGz vindt het belangrijk dat de financiering zo veel mogelijk cliëntvolgend plaatsvindt. Dat wil zeggen: patiënten hebben keuzevrijheid bij de instelling en woonlocatie waar zij verblijven en bij hun dagbesteding; het geld volgt de cliënt. Op collectief niveau kunnen afschuifmechanismen voorkomen worden door verzekeraars en centrumgemeenten wettelijk te verplichten tot een gezamenlijk (inkoop)beleid, waarin patiënten- en familieorganisaties ook een belangrijke inbreng hebben.

Voorwaarden voor overheveling

Bij overheveling van verblijfszorg naar de ZVW of WMO dienen enkele strikte voorwaarden te gelden:

- De zorg wordt geleverd op basis van een persoonlijk zorgleefplan of herstelplan dat met de cliënt en zo mogelijk met de naaste omgeving is opgesteld. Dit plan omvat alle relevante leefgebieden.
- De cliënt heeft keuzevrijheid ten aanzien van de plek waar hij of zij woont en de invulling van dagbesteding. Dagbesteding bij een andere instelling dan die de verblijfszorg biedt is mogelijk.
- Er is een zorgvuldig overgangstraject voor overheveling naar centrumgemeenten. In dat traject zijn waarborgen voor continuïteit van zorg en opbouw van benodigde expertise bij gemeenten.
- Er is een landelijk kwaliteitskader voor zorg die naar centrumgemeenten overgaat.
- Collectieve medezeggenschap is gewaarborgd op een gelijke wijze als in de AWBZ.
- Toezicht door IGZ blijft gehandhaafd.
- Behoud van de mogelijkheid van een PGB.

Beschermd wonen

Overgang van beschermd wonen naar de WMO is alleen dan mogelijk wanneer sprake is van:

- Een landelijk kwaliteitskader.
- Goede spreiding over de stad en niet voornamelijk in de slechtere wijken.
- Personeel dat 24 uur per dag beschikbaar is.
- 1 traject en 1 plan waarin cliënt zelf regie heeft (vergelijk de Stedelijke Kompassen).

Kwaliteit (langdurige) verblijfszorg

Los van de inrichting van het stelsel zijn stimuleringsmaatregelen voor de kwaliteit van de langdurige verblijfszorg ggz dringend gewenst. Deze kwaliteit laat vaak veel te wensen over en ook nu nog kenmerkt het verblijf binnen een ggz-instelling zich nog vaak als 'een keten van lege zondagen'.

Anderzijds zijn er voldoende voorbeelden die aantonen dat het beter kan. Verbeteringen in de langdurige verblijfszorg zijn onder meer gewenst op de volgende terreinen:

- Aandacht voor (persoonlijk) herstel en ontwikkeling, ook voor de zwaarste groep patiënten.
- Zingeving en een zinvolle daginvulling; waar mogelijk toeleiding in de richting van (betaald) werk.
- Behoud en versterking van het sociale netwerk van de cliënt.
- Betrokkenheid van de naaste omgeving in de zorg.
- Kwaliteit van de huisvesting.
- Kwaliteit van de somatische zorg.
- Terugdringen van dwang- en drangmaatregelen.

Investeren in familie

Investeren in familie en naaste omgeving is zowel in de verblijfszorg als in de ambulante zorg van groot belang. Ook bij een opname willen en kunnen zij vaak een waardevolle bijdrage leveren aan de zorg. Daarmee wordt de afstand tussen instelling en thuis of samenleving verkleind. Daarnaast dient familie betrokken te zijn bij (beslissingen over) de overgang van intramurale naar ambulante zorg. Als zij voor opvang in de eigen omgeving zorgen, moeten ze kunnen beschikken over de juiste kennis en vaardigheden, en een vangnet hebben voor als het fout dreigt te gaan. Mantelzorgers in de ggz zijn het zwaarst belast van alle mantelzorgers.

Zorgbehoefte als leidraad

Voorstel LPGGz voor herindeling van de intramurale ggz

Aanleiding

Er is veel onduidelijkheid en discussie over de toekomstige financiering van de intramurale ggz. Deze zorg wordt momenteel geheel vanuit de AWBZ bekostigd met uitzondering van het eerste jaar van opname met behandeling. Het kabinet heeft in de beleidsbrief Hervorming Langdurige Zorg aangekondigd de intramurale ggz-zorg op een andere wijze te willen gaan financieren..

Na een eerder position paper over dit onderwerp te hebben uitgebracht, neemt het Landelijk Platform GGz nu een nieuw initiatief door met een concreet voorstel voor herindeling van het stelsel te komen. Als uitgangspunt neemt het Platform dezelfde insteek als de staatssecretaris: niet het systeem moet leidend zijn, maar de zorgbehoefte van de patiënt, gemeten naar de mate van herstel.

Het LPGGz heeft hierover met verschillende partijen al eerste overleg gevoerd. Er blijkt op hoofdlijnen consensus te zijn over de noodzakelijke afbakening van groepen in de ggz en de randvoorwaarden voor een goede bekostigingssystematiek.

Intramurale ggz

Onder intramurale ggz verstaan wij zorg voor cliënten in een psychiatrisch ziekenhuis of een instelling voor beschermd wonen die – al dan niet tijdelijk – 24 uur nabijheid van zorg nodig hebben.

Uitgangspunten kwaliteit van zorg

Kwaliteit van zorg valt in diverse facetten uiteen. Een aantal daarvan vormt het raamwerk voor de nu te maken keuzes.

- Herstel als leidend principe in de langdurige zorg. Onder herstel verstaan we het proces, waarbij mensen met een psychische aandoening proberen de draad weer op te pakken, de regie te hervinden en hun leven opnieuw inhoud en richting te geven. Herstel is vanuit dit perspectief niet hetzelfde als 'genezing' en ook geen uitkomst, maar een langdurend proces waarin aspecten als (persoonlijk) welzijn, leren leven met de aandoening en de kwaliteit van leven centraal staan.
- Herstel in de langdurige intramurale zorg beperkt zich tot de gebieden die binnen het bereik van de patiënt liggen. Hier ligt de focus niet op maatschappelijk herstel, maar beperkt die zich tot persoonlijk herstel: zinvolle dagbesteding, persoonlijke relaties, verbinding met de wereld buiten de instelling
- Aandacht voor de persoon en zijn netwerk en een gewaarborgde kwaliteit en continuïteit zijn leidende principes in de behandeling.
- Integrale zorg en aandacht voor alle levensgebieden. Behandeling en begeleiding worden in samenhang geboden.
- Sterke inzet op behandeling en herstelgerichte zorg bij opnames. Dit verbetert de kwaliteit van zorg en helpt de opnameduur verkorten. Hierdoor zal in de toekomst een kleinere groep patiënten dan nu langdurig aangewezen zijn op zorg binnen een intramurale setting

Definiëring zorgbehoefte

De zorgbehoefte wordt ingegeven door de mate van herstel die een patiënt al heeft bereikt of die op korte termijn kan worden verwacht. Globaal zijn daarin 3 categorieën te onderscheiden.

Categorie I

De patiënt is in grote mate hersteld en probeert zijn rollen als burger verder op te pakken. Er wordt geen behandeling meer geboden of slechts op een stabiel, laag niveau (onderhoudsmedicatie).

Categorie II

Patiënten in deze categorie hebben een reëel perspectief op terugkeer naar zelfstandig wonen. Behandeling is nu echter nog een essentieel onderdeel van de geboden zorg. Vaak is zelfs een combinatie van behandeling en begeleiding nodig met dagbesteding of toeleiding naar werk. Integraliteit is van groot belang.

Categorie III

Deze categorie betreft de groep patiënten voor wie geen reëel perspectief bestaat op terugkeer naar zelfstandig wonen. De patiënt ontvangt al meerdere jaren intramurale zorg, en de zorgbehoefte is verschoven naar een beschermde omgeving en ondersteuning bij kwaliteit van leven. Behandeling is doorgaans van secundair belang en wordt meestal ingezet in de vorm van medicatie t.b.v. stabilisering of hulp bij acute verergering van problematiek.

Er blijft weliswaar behoefte aan herstelgerichte zorg, maar die vertaalt zich voor deze groep onder meer in zinvolle dagbesteding, aandacht voor sociale contacten en verbinding met de wereld buiten de instelling.

Uitgangspunten stelsel

- Een indeling van het stelsel naar (alleen) het soort instelling is niet wenselijk. Bijvoorbeeld: sommige patiënten in een RIBW hebben meer behandeling nodig dan andere patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis.
- Een indeling naar (alleen) zorgzwaartepakketten is evenmin wenselijk; de verdeling tussen b- en c-pakketten is in de praktijk arbitrair. Ook de hoogte van een zzp is niet alleszeggend: een patiënt met een zzp 5 kan in sommige gevallen meer perspectief op maatschappelijk herstel hebben dan een patiënt met een zzp 3.
- De positie van de langdurende ggz binnen het zorgstelsel dient zo veel mogelijk aan te sluiten op de positie van andere sectoren. Sommige patiëntgroepen in de ggz bevinden zich op het grensvlak van VG of geriatrie.
- De zorgbehoefte en het toekomstperspectief van de patiënt moeten leidend zijn voor de zorg die hij of zij ontvangt en voor bepaling van het stelsel waarbinnen die zorg het beste past.

Globaal voorstel voor herindeling stelsel

Categorie I

Voor patiënten in deze categorie ligt een bekostiging vanuit de WMO het meest voor de hand.

Categorie II

Zolang behandeling een essentieel onderdeel van deze zorg is past de tweede categorie binnen de Zorgverzekeringswet. De bekostiging vanuit de Zorgverzekeringswet geldt ook de mensen in de intramurale ggz tot de eerste 24 maanden na opname.

Categorie III

Deze groep past gezien de aard en het langdurig karakter binnen de AWBZ.

Voor de toegang tot de AWBZ kunnen de volgende regels gelden: 24 maanden na opname vindt een beoordeling door het CIZ plaats, mede op basis van het advies van de behandelaar en een gesprek met de patiënt en zo mogelijk naastbetrokkenen. Wanneer terugkeer naar zelfstandig wonen ook op langere termijn niet reëel wordt geacht, verleent het CIZ een AWBZ-indicatie

Wanneer geen AWBZ-indicatie wordt verleend blijft de zorg vallen onder de zorgverzekeringswet, tenzij de behandeling geheel is afgerond of zich al langere tijd op een stabiel, laag niveau bevindt. In het laatste geval neemt de centrumgemeente de verantwoordelijkheid over in het kader van de WMO

Wanneer na 24 maanden geen AWBZ-indicatie is verleend, maar de patiënt intramurale zorg blijft ontvangen, dan vindt na in totaal 48 maanden alsnog een automatische overgang naar de AWBZ plaats. Beëindiging van de AWBZ-indicatie is altijd mogelijk, wanneer – tegen de verwachting in – de patiënt zodanig herstelt dat terugkeer naar zelfstandig wonen mogelijk en gewenst is. Dit kan getoetst worden in het kader van de reguliere besprekingen van het behandelplan of zorgleefplan.

Langdurige intramurale GGz: voorwaarden nieuwe stelsel

Het LPPGGZ heeft in een position paper en in de notitie 'Zorgbehoefte als leidraad' zijn visie gegeven op de gewenste positie van de (langdurende) verblijfszorg ggz in het nieuwe stelsel. Deze notitie sluit hierop aan en geeft een overzicht van voorwaarden vanuit cliënt- en familieperspectief die – ongeacht de plaats in het nieuwe stelsel – goed gewaarborgd moeten zijn. Het waarborgen van deze voorwaarden zal deels in wet- en regelgeving moeten worden vastgelegd deels in afspraken tussen veldpartijen.

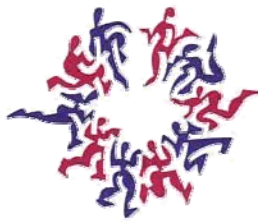
Voorwaarden	Toelichting	Gewenste waarborgen
Recht op zorg Recht op zorg	De cliëntengroep die het zwaarst ziek is, is tegelijk het minst in staat om voor zichzelf op te komen. Recht op zorg dient ondubbelzinnig gegarandeerd te zijn.	Kern-AWBZ: openstellen voor zwaarste groep cliënten ZVW: benoemen van deze cliëntengroep als speciale categorie en blijvende verankering in basispakket WMO: ??? (lijkt onverenigbaar)
Cliënt geen speelbal	Langdurige verblijfscliënten zijn niet aantrekkelijk voor financiers. Bij herindeling van het stelsel bestaat het risico dat er grijze gebieden ontstaan en dat gemeenten of zorgverzekeraars afschuldigedrag gaan vertonen. Instellingen kunnen strategisch gaan opereren en sturen op plaatsing van cliënten in het domein dat hen het meest geld oplevert. Voor de cliënt betekent dit: onzekerheid, gevaar voor gebrek aan continuïteit en mogelijk plaatsing in het 'verkeerde domein' met risico's van over- of onderbehandeling	Mogelijke waarborgen: Eenduidige criteria voor scheidslijnen tussen domeinen (haalbaar?) Verplichte samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars; gezamenlijke inkoop; gezamenlijk budget Cliëntvolgende financiering Vermijden perverse prikkels voor aanbieders
Geen wachtlijsten	Wachtlijsten dienen voorkómen te worden. Als er toch sprake is van wachtlijsten geldt een zorgplicht in de overbruggingsperiode (vergelijk curatieve zorg). Er is nu soms al een wachtlijst van twee jaar voor een RIBW.	

<p>Kwaliteit zorg</p> <p>Kwaliteit van leven en herstel</p>	<p>Zorg dient gericht te zijn op ontwikkeling en (persoonlijk) herstel, ook bij de zwaarste groep cliënten. Het gaat om (ondersteuning bij) sociale contacten, dagbesteding, zingeving. In zowel ZVW als WMO geldt risico dat verwaarlozing plaatsvindt wanneer er geen reëel perspectief meer op zelfstandig wonen is. ('Keten van lege zondagen')</p> <p>Bij ZVW bestaat risico op versterking van het (medisch) behandelperspectief, onnodige inzet dure specialisten of verkeerde specialismen. (Behandeling is meestal wel nodig, maar ondergeschikt aan ondersteuning bij kwaliteit van leven)</p> <p>Bij WMO is er risico van eenzijdige focus op maatschappelijke participatie</p>	<p>AWBZ: aanpassen kaders nieuwe AWBZ, geen beperking tot 'bed, bad en brood'</p> <p>ZVW: geen risicodragendheid zorgverzekeraars</p> <p>ZVW en WMO: kwaliteit-van-leven-perspectief verankerd in wet</p>
<p>Landelijk Kwaliteitskader</p>	<p>Verplichte kwaliteitstoetsingen vanuit cliëntperspectief, naast kwantitatief ook kwalitatief (audits met teams van (ervarings)deskundigen)</p>	<p>Wettelijke borging van kwantitatieve en kwalitatieve toetsingen vanuit cliëntperspectief</p>
<p>Beschikbare middelen komen ten goede aan doelgroep</p>	<p>Geld dat instellingen ontvangen voor verblijfszorg aan zware groep cliënten moet ook aan deze doelgroep ten goede komen. Dit is niet vanzelfsprekend aangezien het vaak om veel geld gaat voor een cliëntgroep waar oppervlakkig bezien 'weinig eer aan te behalen valt'. De verhoging van zpp's bij veel cliënten in de afgelopen jaren heeft ook lang niet altijd tot meer en betere zorg geleid</p>	<p>Bij ZVW en WMO: afgebakend financieel kader voor zwaarste cliëntengroep</p> <p>Cliëntvolgende financiering</p>
<p>Veiligheid</p>	<p>Bij beschermd wonen blijven begeleiding en toezicht nodig op het gebied van zelfmedicatie, gedragsproblematiek, risicovol gedrag</p>	<p>Opnemen 'veiligheid' in wettelijk kader (NB: in concept WMO 2015 staat beschermd wonen eenzijdig in perspectief participatie)</p>
<p>Ambulantisering</p>	<p>Geforceerde druk op ambulantisering kan ontstaan door financiële prikkels of door verkeerd perspectief bij financier. Bij kerngroep van zwaarste groep cliënten dient focus te liggen op</p>	<p>ZVW: geen risicodragendheid zorgverzekeraar; behandelperspectief voor zwaarste groep vervangen door kwaliteit-van-levenperspectief</p>

	kwiteit van leven	WMO: zorgvuldig overgangstraject huidige cliënten; participatieperspectief vervangen door kwaliteit-van-levenperspectief
Huisvesting en inkomen	<p>Bij ambulantisering of scheiden van wonen-zorg moet een cliënt kunnen rekenen op:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een goede woning (keuzevrijheid) - Handhaven inkomenspositie - Ondersteuning bij administratieve zaken (huursubsidie e.d.) 	
Warme overdracht, gevolgd door intensieve ambulante begeleiding zolang er een verhoogde kans op terugval of suicide is	Overplaatsing of ontslag worden in de literatuur beschouwd als bekende risicofactoren die de kans op een terugval of suicidepoging verhogen	
Continuïteit van zorg, ook indien sprake is van een terugval	Cliënten die ambulantiseren moeten bij terugval, verergering problemen kunnen rekenen op terugplaatsing zonder wachtlijsten of op (tijdelijke) crisisopvang, bijvoorbeeld bed op recept	<p>Geen financiële belemmeringen als gevolg van schotten</p> <p>Tijdelijke terugkeergarantie bij ontslag uit instelling</p> <p>Voldoende crisisplaatsen</p>
Ciëntenrechten		
Vertrouwenspersoon	Cliënten en familie die verblijven binnen een instelling moeten te allen tijde een beroep kunnen doen op een onafhankelijke vertrouwenspersoon;	Wettelijke verplichting PVP en FVP
Medezeggenschap	Collectieve medezeggenschap in de vorm van een goed toegeruste cliëntenraad moet gegarandeerd zijn. Daarnaast medezeggenschap bij zorginkoop op regionaal niveau	<p>Wettelijke verplichting cliëntenraad en familieraad bij verblijfsinstellingen</p> <p>Wettelijke borging cliëntparticipatie bij gezamenlijk (inkoop)beleid gemeenten en verzekeraars</p>

Keuzevrijheid		
Vrijheid keuze van instelling, woonplaats en woonvorm		ZVW: verplichting zorgverzekeraars om ook t.a.v. verblijfszorg voldoende cq. volledige keuzevrijheid te bieden WMO: Verplichting gemeenten om keuzevrijheid te bieden bij beschermd wonen, ook buiten de eigen gemeente/regio
Vrijheid van keuze bij dagbesteding	Cliënt kan zelf kiezen waar hij of zij dagbesteding wil volgen; dit kan aanbod zijn van instelling waar hij of zij verblijft en waar behandeling en begeleiding plaatsvinden, maar ook elders. Financiering volgt de cliënt.	Vastleggen in wet- en regelgeving
PGB als keuzemogelijkheid	Een cliënt met een verblijfsindicatie moet de mogelijkheid hebben om de zorg zelf in en om eigen huis te regelen met behulp van een pgb	Verankering pgb in WMO of ZVW
Keuzevrijheid zorgverzekeraar	Geen risicoselectie zorgverzekeraars, bijvoorbeeld via de aanvullende verzekering	ZVW: geen risicodragendheid zorgverzekeraars voor langdurende verblijfszorg
Samenhang in zorg		
1 plan, 1 aanspreekpunt	Er is sprake van een integraal zorgplan of herstelplan op alle levensgebieden, ook als sprake is van meerdere instellingen of financiering vanuit verschillende domeinen. De cliënt en zijn naasten hebben ook één aanspreekpunt	Vastleggen verplichting integraal zorgplan in wet- en regelgeving Samenwerking gemeenten-zorgverzekeraars algemeen en op niveau van cliënt ZVW: heroverweging afspraken hoofdbehandelaarschap voor cliënten BW??
Samenhang behandeling-begeleiding-participatie	Voor bijna alle cliënten zijn behandeling, begeleiding en ondersteuning bij participatie nauw met elkaar verbonden. Deze mogen niet door organisatie of financiering van de zorg uit elkaar worden getrokken. Samenhang dagbesteding-werk: mensen met arbeidsvermogen maar zonder (snel) perspectief op betaald werk dienen toegang tot dagbesteding te houden Samenhang individuele begeleiding en dagbesteding	Bij verblijfszorg waarbij behandeling essentieel onderdeel is één financieringskader, dus AWBZ of ZVW Aansluiting WMO 2015 en participatiewet zodanig dat voorliggende voorzieningen op betaalde arbeid toegankelijk zijn Coördinatie individuele begeleiding en dagbesteding in één hand

Samenhang VG-zorg en ouderenzorg	Er is overlap met zowel de VG als de ouderenzorg, cliënten bij wie sprake is van een 'dubbele grondslag'. Bij gescheiden financieringsstromen kunnen financiers en aanbieders strategisch gedrag vertonen waar cliënten dupe van worden.	



Notitie

Aan College van Zorgverzekeringen, mw I van der Voort
Van drs. M. Potjens
Auteur M. Potjens, beleidsadviseur en F. Aarts, adviserend geneeskundige
Doorkiesnummer 030-6988343
Datum 7 oktober 2013
Onderwerp Reactie ZN op Conceptrapport CVZ in zake uitvoeringstoets overheveling langdurige (verblijfs-) GGZ; 4 oktober 2013

Geachte mevrouw van der Voort,

Hartelijk dank voor het Conceptrapport in zake de uitvoeringstoets overheveling langdurige (verblijfs-) GGZ en de mogelijkheid om hierop te reflecteren vanuit Zorgverzekeraars Nederland.

Allereerst willen wij opmerken dat het ons bevreemd dat juist voor dit rapport de gebruikelijke adviesprocedure niet is gevolgd waardoor ook de gebruikelijke consultatieronde niet wordt uitgevoerd. Met name bij een uitvoeringsadvies is het o.i. namelijk van cruciaal belang dat uitvoerende partijen nadrukkelijk wel gehoord worden.

In de korte termijn die ons gegeven is om te reflecteren op het rapport is het niet mogelijk gedetailleerd op de inhoud in te gaan. Zo hebben wij ook deze reactie niet met zorgverzekeraars kunnen afstemmen, waardoor wij in een later stadium eventueel genoodzaakt kunnen zijn ons standpunt aan te passen.

Op hoofdlijnen beschouwd, menen we echter toch enkele belangrijke conclusies te kunnen trekken, te weten:

- Er wordt een veelheid van belangrijke risico's gesignaleerd zowel ten aanzien van de beheerbaarheid van de kostenontwikkeling als ten aanzien van de kwaliteit en continuïteit van zorg aan een (bij de overheveling betrokken) zeer kwetsbare groep in onze samenleving.
- CVZ geeft slechts op onderdelen van deze risico's suggesties hoe deze risico's te beheersen; suggesties (e.g. richtlijn-ontwikkeling, ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en veldnormen en (proces) afspraken tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars, (kern)gemeenten, wooncorporaties) waarvan het, om zacht uit te drukken, maar zeer de vraag is of deze binnen een overzienbare termijn voldoende uitgekristalliseerd kunnen zijn c.q. voldoende soelaas kunnen bieden; zeker ook gezien de verschillende belangen van de betrokken partijen. Wij hebben de overtuiging dat dit niet het geval zal kunnen zijn en achten voor de voorzienbare termijn een AWBZ-achtig regime (*i.e.* een indicatiestelling die de zorg in omvang limiteert en vóór de start van de behandeling bij de zorgverzekeraar bekend is, EB-voorziening) daarom onvermijdelijk om de kwaliteit en continuïteit van zorg en de kostenbeheersing afdoende te kunnen borgen (zie ook bijlage). Andere risico's worden wel benoemd doch niet verder geadresseerd; bijv. wegvallen van de eigen bijdrage.
- Op onderdelen bevat het rapport inconsistenties die onduidelijkheid scheppen t.a.v. de uitvoerbaarheid. Zo wordt op bepaalde plaatsen enkel 'de begeleiding t.a.v. participatie' (en dus niet 'de begeleiding en substitutie t.a.v. zelfredzaamheid') als onderdeel van de WMO gepositioneerd, terwijl elders 'de begeleiding en substitutie t.a.v.

zelfredzaamheid' wel primair onder de verantwoordelijkheid van de gemeente lijkt te worden gerekend. Verder lijkt, in het verlengde van voorgaande punt, op enkele plaatsen onder de term "behandeling vallend onder de Zvw-verantwoordelijkheid" zowel de geneeskundige behandeling gericht op genezing dan wel medische stabilisatie als de niet-geneeskundige behandeling gericht op zelfredzaamheid begrepen, terwijl elders alleen de geneeskundige behandeling als vallend onder de Zvw lijkt te worden aangemerkt.

- Het CVZ lijkt slecht 2 vormen van (langdurig) verblijf te onderscheiden, te weten medisch noodzakelijk verblijf met (geneeskundige) behandeling (Zvw) en 'sociaal' noodzakelijk verblijf met begeleiding. Dit terwijl er ook categorieën van cliënten zijn waar permanent (gesloten) verblijf enkel uit het oogpunt van veiligheid en/of enkel uit hoofde van de omvang van niet-geneeskundige zorgbehoefte is aangewezen, die niet ambulante of in een RIBW-achtige setting geboden kan worden. Deze 'vergeten groep' zou overigens ook een belangrijke rol moeten spelen in de overwegingen t.a.v. een eventuele kern AWBZ.
- Wij begrijpen niet dat het CVZ op basis van het rapport tot de conclusie is gekomen dat de voorgestelde overheveling meer kansen biedt dan risico's. Aan de hand van het rapport komen zorgverzekeraars tot de conclusie dat de overheveling zoals voorgesteld grote risico's kent ten aanzien van de kwaliteit en continuïteit van zorg als mede ten aanzien van de kostenbeheersing en de daarmee samenhangende financiële positie van risicodragende zorgverzekeraars; dit zeker ook gezien de termijn waarop de staatssecretaris de overheveling graag ziet plaatsvinden.
- Wij herkennen veel van de knelpunten die het CVZ adresseert, echter, de geschetste voorstellen van het CVZ dragen onvoldoende, of onvoldoende snel bij aan het creëren van een oplossing. Als voorbeeld: het CVZ stelt dat een veldnorm voor registratie en evaluatie van het behandelplan bijdraagt aan kostenbeheersing. Het opstellen van een veldnorm zal enige jaren duren, waardoor zorgverzekeraars aan sturingsinstrumentarium zal ontbreken. Andere voorstellen van het CVZ zullen de beheersbaarheid van de langdurige ggz in de Zvw zelfs verminderen. Zo is het advies om bij meerdere beperkingen niet de dominante aandoening bepalend te laten zijn maar het oordeel van de cliënt en behandelaar voor zorgverzekeraars onacceptabel omdat het juist tot meer afwenteling naar de Zvw zal leiden. Het criterium is immers niet operationeel te maken en daarmee niet te controleren. In den brede zien wij dat de voorstellen van het CVZ de vraag, hoe de afbakening van de Zvw, wmo en LIZ helder en eenduidig wordt bepaald, niet goed kan beantwoorden en wij zien door de voorstellen de afbakeningsproblematiek eerder groter dan kleiner worden.

In het licht van bovenstaande willen zorgverzekeraars met het CVZ en andere partijen in gesprek om een alternatieve benadering voor de overheveling en extramuralisatie te bespreken. Zorgverzekeraars verzoeken het CVZ en de staatssecretaris daarom met klem een dergelijke alternatieve benadering alsnog in overweging te nemen. We sluiten daartoe een notitie in waarin bedoelde alternatieve aanpak is uitgewerkt. Uit deze notitie moge blijken dat dit alternatieve scenario een snelle implementatie wel mogelijk maakt risico's beter te beheersen zijn.

Wij danken het CVZ nogmaals voor de gelegenheid die men ons bood om op het concept rapport te reflecteren en hopen/verwachten dat men onze opmerkingen en aanbeveling ter harte neemt.

Met vriendelijke groet,

M. Potjens

Bijlage: Visie Zorgverzekeraars op de overheveling en extramuralisatie van de langdurige GGZ

(auteurs: Martin Potjens, beleidsadviseur en Frans Aarts, adviserend geneeskundige)

Inleiding

In het regeerakkoord is afgesproken dat alle intramurale GGZ naar de Zvw wordt overgeheveld per 2015, dat zorgverzekeraars in 2017 risicodragend zijn over de Zvw en dat over de positie van de MO in een later stadium wordt besloten. Daarnaast zijn er aanpalende beleidsdoelen (e.g. extramuraliseren van m.n. ZZP 1 en 2 met scheiden wonen zorg) die de langdurige GGZ beïnvloeden.

Hoe kijken zorgverzekeraars hiertegen aan? Voor de duidelijkheid wordt hieronder onze zienswijze m.b.t. de overheveling van de langdurige verblijfszorg en de beoogde ambulantisering van onderdelen van die verblijfszorg, apart behandeld.

Overheveling verblijfszorg

Verzekeringstechnische overwegingen

De Zorgverzekering is bedoeld voor de curatieve zorg (i.e. primair gericht op genezing) en kent een open-eind-aanspraak. De AWBZ is primair bedoeld voor de langdurige care-zorg en kent een door een indicatiebesluit gelimiteerde aanspraak, wettelijke budgetplafonds en een wettelijk inkomens afhankelijke eigenbijdrage regeling (te beschouwen als bijdrage in het “woonaandeel” in het verblijf). Het verschil in verzekeringsregime is ingegeven door het feit dat langdurige AWBZ zorg van oudsher als feitelijk niet verzekerbare zorg gezien moet worden; dit door een onvoldoende voorspelbaarheid van de individuele uitkomst van zorg en de daarmee samenhangende toekomstige zorgkosten (i.e. intensiteit, duur van de zorginzet) en met de onvoldoende sturingsmogelijkheid/beheerbaarheid in een open-eind verzekeringsregime. Zeker nu verzekeraars verondersteld worden om op korte termijn 100% risicodragend te zijn, zou het onverantwoord zijn dat zorgverzekeraars AWBZ-verblijfszorg onder een risicodragend Zvw-verzekeringsregime zouden accepteren.

Praktische overwegingen

Integrale inkoop van Zvw en AWBZ GGZ-verblijfszorg door zorgverzekeraars betekent op onderdelen een (kosten-) efficiëntere inkoop en wel m.n. van die verblijfszorg die voor de Zvw en AWBZ door de zelfde instellingen geleverd wordt. Bijkomend belangrijke voordeel is dat een integrale inkoop van deze zorg een betere continuïteit van zorg voor betrokken cliënten oplevert.

Juiste zorg op de juiste plaats en onder de juiste voorwaarden

Gebaseerd op zorginhoudelijke argumenten in relatie tot bovenstaande verzekeringstechnische en de praktische overwegingen dient vastgesteld te worden welke onderdelen van de AWBZ-verblijfszorg er overgeheveld zouden kunnen worden naar de Zvw en met name onder welke voorwaarden dit zou moeten gebeuren.

ZZP's 1 en 2

Voor ZZP's 1 en 2 is het beleidsdoel van de overheid om tot volledige ambulantisering te komen. Dit onderwerp wordt hieronder separaat behandeld.

ZZP-C

ZZP-C's vormen kennen per definitie geen behandeling waardoor deze ZZP's geen plaats kunnen vinden in de Zvw. Bovendien worden C-ZZP's worden doorgaans door andere aanbieders geleverd dan de leveranciers van de curatieve verblijfszorg. Er is dus geen enkele inhoudelijke of praktische (inkoop technische) reden deze zorg naar de ZWV over te hevelen¹.

ZZP-B's

¹ Zie ook bijlage “Discussiestuk Overheveling van langdurige GGZ en verzekerde zorg”

ZZP-B's worden doorgaans wel door de zelfde aanbieders geleverd dan de leveranciers van curatieve verblijfszorg. M.b.t. de ZZP-B's is derhalve een nadere inhoudelijke analyse zinvol. Overwegingen hierbij zijn de indicatie voor het verblijf van de betrokken GGZ-cliënten en of, dan wel in welke mate, men tijdens dat verblijf curatief behandeld wordt.

In het algemeen zijn er binnen de GGZ een 5-tal indicatiemogelijkheden c.q. typen redenen voor verblijf te onderscheiden, te weten:

1. Cliënt met een GGZ-indicatie/grondslag kan zich onvoldoende zelfstandig (of met hulp) thuis verzorgen. (*i.e.* in analogie aan de somatiek, een soort "verzorgingshuis-indicatie") => geen Zvw indicatie en ook niet passend in een risicodragend verzekeringsregime.
2. Cliënt met een GGZ-indicatie/grondslag heeft een medisch/verpleegkundige (niet curatieve) care-zorgbehoefte die onvoldoende in de thuissituatie geboden kan worden. (*i.e.* in analogie aan de somatiek, een soort "verpleeghuisindicatie") => geen Zvw indicatie en ook niet passend in een risicodragend verzekeringsregime.
3. Cliënt met een GGZ-indicatie/grondslag die uit hoofde van het GGZ-beeld zonder permanent toezicht een direct gevaar vormt voor zichzelf (e.g. gevaar in omgang met vuur/elektra ed. of ongecontroleerd wegloopgedrag). (*i.e.* zit in analogie tussen een verzorgingshuisindicatie en een verpleeghuisindicatie in) => geen Zvw indicatie en ook niet passend in een risicodragend verzekeringsregime.
4. Cliënt met een GGZ-indicatie/grondslag die uit hoofde van het GGZ-beeld een direct gevaar vormt voor zich zelf m.b.t. het risico van zelfdoding of een direct serieus gevaar vormt voor anderen => Zvw indicatie
5. Cliënt met een GGZ-indicatie/grondslag die in verband met curatief behandeldoel aangewezen is op een continue therapeutische verblijfsomgeving => Zvw indicatie.

Wanneer deze type verblijfsindicaties gelegd worden naast de ZZP-B profielbeschrijvingen dan kan men o.i. niet anders dan constateren dat waarschijnlijk in slecht een zeer kleine minderheid spraken zal (kunnen) zijn van een verblijfsindicatie zoals hierboven genoemd onder 4 en 5. Dit beeld wordt nog versterkt door de observatie dat zelfs voor de zwaarste ZZP-B klassen als criterium een minimum van slecht 1 behandelduur per week wordt aangegeven.

Ergo, in onze visie zijn de huidige B-ZZP's voor het overgrote deel niet als geneeskundige (*i.e.* curatieve) zorg aan te merken. Om aan de wens van de overheid te kunnen voldoen om zorgverzekeraars risicodragend te laten worden over de B-ZZP's s dienen er eerst stappen gezet te worden in de ontwikkeling van het sturingsinstrumentarium van zorgverzekeraars. Het hiernavolgende model is een eerste uitwerking hiervan.

Mede gezien echter het feit dat deze AWBZ-verblijfszorg meestal geleverd wordt door de zelfde instellingen die ook de curatieve-verblijfszorg aanbieden zijn wij niettemin van mening dat het uit een oogpunt van continuïteit van zorg en een integrale (efficiëntere) inkoop van (verblijf)zorg goed zou zijn indien Zorgverzekeraars in de toekomst voor haar verzekeren zowel de Cure-geïndiceerde als de Care-geïndiceerde (*i.e.* ZZP-B) verblijfszorg (integraal) zouden inkopen. Het care-aandeel (*i.e.* de ZZP B's) van deze zorginkoop zouden dan evenwel niet onder een risicodragend Zvw regime dienen te vallen maar zouden onder een risicovrije AWBZ(-achtig) verzekeringsregime moeten blijven vallen dan wel onder een daarvoor in te richten risicovrije onderdeel van de Zvw. De Eigen bijdrage systematiek uit de AWBZ heeft een verband met de wooncomponent van de ZZ. Bezien moet worden hoe die eigen bijdrage naar de Zvw wordt overgeheveld..

Risicodragenheid is voor zorgverzekeraars pas aan de orde als de productstructuur hen voldoende sturingsmogelijkheden geeft om de kosten te beheersen én het ex ante vereve-

ningsmodel van voldoende kwaliteit is om de kosten adequaat te voorspellen en onder zorgverzekeraars te normeren. Feitelijk moet deze zorg vooralsnog als niet verzekerbare zorg geïdentificeerd worden (dit gezien een onvoldoende voorspelbaarheid van uitkomsten van zorg en de daarmee samenhangende individuele toekomstige zorgkosten (*i.e.* intensiteit en duur van de zorginzet). Daarnaast blijft voor deze zorg een kosten-beheersend, limiterend verzekeringsregime als onder de AWBZ nodig, waarvan een limiterende indicatiestelling deel uit maakt.

Met bovenstaande als uitgangspunt is er naar onze mening altijd nog discussie mogelijk of er in de toekomst niet toch een klein onderdeel van de huidige ZZP-B zorg geïdentificeerd kan worden dat mogelijke alsnog op een verantwoorde wijze onder het risicodragend Zvw-verzekeringsregime gebracht kan worden. Te denken in deze valt bijvoorbeeld aan het op termijn oprekken van het "jaarcriterium" van 1 naar bijvoorbeeld 1 1/2 jaar. Of zo'n oprekking eventueel gerechtvaardigd en verantwoord (in het licht van een 100% risicodragendheid) is, dient dan wel gebaseerd te worden op een nadere analyse van de GGZ-cliënten die nu tussen 1 en 1 1/2 in een ZZ-P-B verblijfssituatie verkeren. Zie ook onder samenvatting.

Extra-muralisering c.q. ambulantisering van onderdelen van de huidige AWBZ GGZ-verblijfszorg

Vanuit de overheid wordt voor de langdurige zorg aangestuurd op een vermindering van het aantal bedden; dit in analogie aan het beleid dat eerder ook al voor de cure-sector werd ingezet. Voor de langdurige zorg wordt daarbij m.n. gedacht aan de extra-muralisering van de ZZP-klassen 1 en 2.

Ook Zorgverzekeraars zien mogelijkheden voor het bereiken van doelmatigheidswinst en het verbeteren van de door extramuralisering van onderdelen binnen de ZZP-B's. Naar onze inschatting is er meer nodig dan het aanscherpen van (verblijfs-)indicatiestellingscriteria waardoor de lagere ZZP-verblijfklassen komen te vervallen. Van de ene kant denkt men bij extramuralisatie inderdaad aan de cliënten met de laagste zorgvraag, maar aan de andere kant is het echter ook nodig dat men oog heeft voor absolute kwalitatieve criteria voor verblijf; zie verblijfsindicatieredenen vorige pagina. Met name zijn de aldaar onder 3 en 4 (en in mindere mate onder 5) genoemde redenen als absolute criteria voor verblijf aan te merken; criteria welke in bepaalde gevallen ook met een lager ZZP-B klasse (i.e. 1 of 2) samen zouden kunnen vallen.

Voor een adequaat extramuraliseringbeleid is het noodzakelijk dat er een herijking komt van de indicatiestelling voor verblijf aan de hand van aanscherping van een toetsingskader waarbij gekeken dient te worden naar de zorgbehoefte m.b.t. "de onderliggende functies" (i.e. huishoudelijke verzorging, begeleiding, persoonlijk verzorging, (medisch-)verpleegkundige zorg, geneeskundige behandeling, bescherming en therapeutische omgeving). Het is zaak dat dit aangescherpt toetsingskader goed aansluit bij de feitelijke mogelijkheden c.q. een dekkende regeling in de ambulante setting. Uit doelmatigheidsoverwegingen dient men daarbij tevens rekening te houden met een optimale kosten –balans.

In het kader van een extra-muralisering-traject is het ook belangrijk dat een landelijk beleid komt voor een gestructureerde en actieve uitrol van het FACT-model; dit mogelijk ook voor andere doelgroepen dan de traditionele FACT-doelgroepen (NB. dit laatste in samenhang met de Basis Generalistische GGZ). Dit vraagt om een intensieve en gestructureerde samenwerking tussen verzekeraars en gemeenten, waarbij een regionale aanpak in samenwerking met centrumgemeenten), wenselijk is. Dit niet alleen om een goede inhoudelijke afstemming/dekking te verkrijgen maar ook om tot een goede financiële verdeling en dekking te kunnen komen.

Ten slotte is het voor een succesvolle extramuralisering ook nodig dat er indicatoren en parameters worden gedefinieerd die indicatief zijn voor de potentie van cliënten om voor extramuralisatie in aanmerking te komen én dat er binnen de ZZP-B's niet-geneeskundige behandelmodules (analoog aan de vroegere functie activerende begeleiding) komen die gericht zijn op (een betere) zelfredzaamheid en (kansrijke) cliënten kunnen "klaarstomen" voor extramuralisatie.

Samenvattende visie met tijdspad op de langdurige GGZ-zorg

- C-ZZP's worden overgeheveld naar het gemeentelijk domein.
- ZZP-B's worden door zorgverzekeraars per 2015 ten behoeven van de eigen cliënten integraal met het GGZ-Cure-verblijf ingekocht, waarbij voor deze zorg een risicovrij onderdeel binnen de Zvw ingericht wordt. Van groot belang is dat de kosten beheersende werking van een in omvang gelimiteerde indicatie die vooraf bij zorgverzekeraars be-

kend is behouden blijft. De positie van de eigen bijdrage in de Zvw, die gekoppeld is aan de woonfunctie in de AWBZ, moet worden gezien. Belangrijk criterium voor zorgverzekeraars in dezen is de uitvoerbaarheid van een eigen bijdrage systematiek. Overwegingen bij het handhaven van die eigen bijdrage zijn kosten beheersingsoverwegingen, als onderdeel van het beleid 'scheiding wonen en zorg' en als ondersteunende en motiverende prikkel voor cliënten om aan een extramuralisatie traject mee te werken.

- In de periode 2014 – 2015:
 1. In 2014 worden de regionale budgetten voor deze onder de overheveling vallende zorg toegerekend naar budgetten voor verzekeraars.
 2. Worden indicatoren/parameters geïdentificeerd c.q. gedefinieerd die indicatief zijn voor:
 - de potentie (c.q. kans) van cliënten om (alsnog) curatie te verkrijgen
 - de potentie (c.q. kans) van cliënten om voor extra-muralisatie in aanmerking te komen
 3. Wordt aan de hand van "de onderliggende functies" (i.e. huishoudelijke verzorging, begeleiding, persoonlijk verzorging, (medisch-)verpleegkundige zorg, geneeskundige behandeling, bescherming en therapeutische omgeving), een aangescherpt toetsingskader ingericht dat (doelmatig) aansluit aan de mogelijkheden binnen een ambulante setting c.q. aan een dekkende en doelmatige regeling binnen een ambulante setting.
 4. Worden binnen de curatieve (verblijfs-) GGZ en de ZZZP-B's niet-geneeskundige behandelmodules gericht op (verbetering van) zelfredzaamheid c.q. extra-muralisatie ingericht.
 5. Worden gestructureerde regionale samenwerkingsverbanden tussen verzekeraars en (centrum)gemeenten ingericht ter begeleiding van het extramuraliseringstraject, waaronder de FACT-uitrol/FACT-ontwikkeling.
- In de periode 2015 – 2016:
 1. Worden alle ZZZP-B cliënten ge(her)indiceerd aan de hand van het toetsingskader verkregen vanuit activiteit 2 hierboven.
 2. Vanaf het beschikbaar komen van de indicatoren vanuit activiteit 1a en 1b hierboven, worden alle cliënten die langer dan 9 maanden in een GGZ-cure setting verblijven gescreend/geïndiceerd# aan de hand van de indicatoren geïdentificeerd/gedefinieerd onder 1a en 1b:
 - extramuralisatie (met ambulante cure en/of care zorg) of eventueel naar ZZZP-C setting, of
 - voorzetting van op curatie gerichte verblijfsbehandeling (onder Zvw verzekeringsregime), of
 - overgang naar 'nieuw type' ZZZP-B gericht op extramuralisatie (door zorgverzekeraars ingekocht onder AWBZ-verzekering of als risicovrij nieuw onderdeel Zvw met AWBZ-achtig verzekeringsregime), of
 - overgang naar 'oud type' ZZZP-B voor 'permanente' care-zorg (met jaarlijkse of 2 jaarlijkse her-indicering); (door Zorgverzekeraars ingekocht onder AWBZ-verzekering of als risicovrij nieuw onderdeel Zvw met AWBZ-achtig verzekeringsregime)
 - herhaling 'indicatiestelling' bij totaal 12 maanden verblijf en bij totaal 15 en/of 18 maanden verblijf)
 3. Operationalisering samenwerkingsverbanden verzekeraars-(centrum)gemeenten met gefaseerde operationalisering extramuralisatie.

De indicatiestelling/screening kan op 3 manieren worden ingericht, te weten:

1. Handhaving (regionaal) CIZ- organisatiestructuur
2. Zorgverzekeraars voeren dit zelf uit binnen een soort machtigingssystematiek
3. Zorgaanbieders voeren dit zelf uit aan de hand van centraal (landelijk) vast-gestelde procedures en criteria met steekproefsgewijze materiele controle door verzekeraars of landelijke CIZ-orgaan.

Waarbij optie 3 het meest doelmatig lijkt.

Nadere toelichting op c.q. uitwerking van de 3 meetmomenten:

De metinguitkomst met zorgtoewijzingsmogelijkheden zouden er per meet-moment als volgt uitzien:

A) tussen 6 en 9 maanden curatieve verblijfszorg:

1. Meetingresultaat: nog (voldoende) potentie voor c.q. uitzicht op curatie en een verblijfssituatie blijft uit therapeutisch oogpunt* noodzakelijk. Zorgtoewijzing: doorzetten curatief verblijf + herbeoordeling bij 9 á 12 maanden totaal verblijf.
2. Meetingresultaat: nog (voldoende) potentie voor c.q. uitzicht op curatie maar een verblijfssituatie is vanuit therapeutisch oogpunt* niet (meer) noodzakelijk, noch vanuit care oogpunt*. Zorgtoewijzing: extramuralisering.
3. Meetingresultaat: onvoldoende potentie voor c.q. onvoldoende uitzicht op curatie maar een verblijfssituatie blijft uit care-oogpunt* nog noodzakelijk al is er wel potentie/verwachting voor een mogelijke latere extramuralisatie. Zorgtoewijzing: tijdelijk doorzetten curatief-verblijf met behandelplan nu primair gefocust op extramuralisatie en herbeoordeling bij 9 á 12 maanden totaal verblijf.
4. Meetingresultaat: onvoldoende potentie voor c.q. onvoldoende uitzicht op curatie maar een verblijfssituatie blijft vanuit care-oogpunt* (waarschijnlijk) blijvend noodzakelijk. Zorgtoewijzing: omzetten cure-verblijf in niet-risicodragend care-verblijf (i.e. ZZP-B) + jaarlijkse herbeoordeling.

B) tussen 9 en 12 maanden curatieve verblijfszorg:

1. Meetingresultaat: nog (voldoende) potentie voor c.q. uitzicht op curatie en een verblijfssituatie blijft uit therapeutisch oogpunt* noodzakelijk. Zorgtoewijzing: doorzetten curatief verblijf + herbeoordeling bij 15 á 18 maanden totaal verblijf.
2. Meetingresultaat: nog (voldoende) potentie voor c.q. uitzicht op curatie maar een verblijfssituatie is vanuit therapeutisch oogpunt* niet (meer) noodzakelijk, noch vanuit care oogpunt*. Zorgtoewijzing: extramuralisering.
3. Meetingresultaat: onvoldoende potentie voor c.q. onvoldoende uitzicht op curatie maar een verblijfssituatie blijft uit care-oogpunt* nog noodzakelijk al is er wel potentie/verwachting voor een mogelijke latere extramuralisatie. Zorgtoewijzing: tijdelijk doorzetten curatief-verblijf met behandelplan nu primair gefocust op extramuralisatie + herbeoordeling bij 15 á 18 maanden totaal verblijf.
4. Meetingresultaat: onvoldoende potentie voor c.q. onvoldoende uitzicht op curatie maar een verblijfssituatie blijft vanuit care-oogpunt* (waarschijnlijk) blijvend noodzakelijk. Zorgtoewijzing: omzetten cure-verblijf in niet-risicodragend care-verblijf (i.e. ZZP-B) + jaarlijkse herbeoordeling.

C) tussen 15 en 18 maanden curatieve verblijfszorg:

Na 1,5 jaar curatieve behandeling is het vooruitzicht op (volledige) curatie nihil en de inzet van een therapeutisch verblijf in ieder geval niet meer als een doelmatige inzet van middelen te beschouwen. Ergo, de zorgtoewijzing op dit moment kent nog maar 2 zorgtoewijzing mogelijkheden, te weten:

1. Meetingresultaat een verblijfssituatie blijft uit care-oogpunt nog noodzakelijk al is er wel potentie/verwachting voor een mogelijke latere extramuralisatie =>

Zorgtoewijzing: tijdelijk doorzetten curatief-verblijf met behandelplan primair gefocust op extramuralisatie. Herbeoordeling bij 18 á 21 maanden totaal verblijf met finale zorgtoewijzing:

- a. extramuralisatie
 - b. omzetten cure-verblijf in niet-risicodragend care-verblijf (i.e. ZZP-B) + jaarlijkse herbeoordeling.
2. Meetingresultaat: een verblijfssituatie blijft vanuit care-oogpunt* (waarschijnlijk) blijvend noodzakelijk
Zorgtoewijzing: omzetten cure-verblijf in niet risico dragend care-verblijf (i.e. ZZP-B) + jaarlijkse herbeoordeling

Discussiestuk

Overheveling van langdurige GGZ en verzekerde zorg

Auteur: M. Potjens, 13 februari 2013

1. INLEIDING

In het regeerakkoord is overeen gekomen dat de langdurige GGZ wordt overgeheveld uit de AWBZ naar de ZVW en WMO. Recentelijk heeft het CVZ in twee rapporten (hierna GGZ I en GGZ II te noemen) geïndiceerd wat wel en niet tot de verzekerde GGZ in de ZVW behoort. De vraag is nu, hoe die die standpunten zich verhouden tot de voorgenomen overheveling van de langdurige GGZ.

2. KERNPUNTEN

- a) Dit document omvat een analyse van verleende zorg in relatie tot de duidingen van het CVZ. Hiermee is nog geen standpunt door zorgverzekeraars ingenomen over de (on)wenselijkheid van overheveling van bepaalde zorgvormen naar bijvoorbeeld de ZVW of WMO. Zorgverzekeraars kunnen hier namelijk nog randvoorwaarden aan verbinden. Deze randvoorwaarden worden nog geformuleerd.
- b) Geneeskundige zorg is een aanspraak op de ZVW. Zorg is van geneeskundige aard als die gericht is op behandelen of voorkomen van verergeren van een psychische stoornis, voor zover de interventie gestructureerd en programmatisch is en zich richt op een specifiek geneeskundig doel.
- c) Het B-zorgzwaartepakket (voortgezet verblijf met behandeling) bevat een behandelcomponent die geneeskundig van aard is. De begeleiding en verblijf zijn een integraal onderdeel van de behandeling en daarmee behoren daarmee tot het domein van de geneeskundige zorg. B-ZZP's zouden daardoor een plaats kunnen vinden in de ZVW.
- d) Een C-zorgzwaartepakket (beschermd wonen) bevat geen geneeskundige behandeling, enkel ondersteuning en begeleiding. Een C-ZZP behoort daarmee niet tot het domein van de geneeskundige zorg in de ZVW.
- e) Een C-ZZP bevat begeleiding gericht op participatie en gericht op zelfredzaamheid, maar geen op geneeskundige behandeling. Een C-ZZP overhevelen naar de ZVW ligt daarmee niet voor de hand.
- f) Maatschappelijke Opvang (MO) omvat activiteiten die gericht zijn op personen die nog niet in zorg zijn, of een ander dan op geneezing gericht doel hebben. MO is daarmee geen geneeskundige, verzekerde zorg en kan daardoor geen plaats hebben in de ZVW.

3. REGEERAKKOORD

In het regeerakkoord 2012 *"Bruggen slaan"* is het volgende opgenomen over de overheveling langdurige GGZ:

- 1) De huidige intramurale GGZ in de AWBZ wordt per 2015 overgeheveld naar de ZVW.
- 2) Over Maatschappelijke Opvang (ZVW of gemeenten) wordt nog nader besloten.
- 3) Voor 2015 tot 2017 wordt een hoofdlijnenakkoord gesloten met verzekeraars, zorgkantoren en aanbieders. Vastgelegd wordt:
 - a. een budgetplafond voor de over te hevelen zorg;
 - b. het tempo van opbouw risicodragendheid voor de uitvoering van de huidige intramurale GGZ.
- 4) In 2017 worden zorgverzekeraars volledig risicodragend voor de intramurale (GGZ).

In dit discussiestuk wordt ingegaan op punt één en twee uit het regeerakkoord.

4. STANDPUNTEN CVZ OVER VERZEKERDE ZORG

Het CVZ heeft in een tweetal duidingsrapporten (*Geneeskundige GGZ deel I en deel II*) een standpunt ingenomen welke GGZ tot de verzekerde zorg in de ZVW behoort.

Uitgangspunt is dat *"Geneeskundige GGZ is gericht op de behandeling van een psychische*

stoornis/aandoening, dan wel op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis¹ "Onder herstel of voorkoming van verergering is het leren omgaan met de (gevolgen van een) aandoening begrepen, voor zover de interventie is gestructureerd, programmatisch is en zich richt op een specifiek geneeskundig doel".

Dit uitgangspunt heeft consequenties voor begeleidingsactiviteiten; alleen als die een onlosmakelijk onderdeel van de psychiatrische behandeling zijn, zijn deze aan te merken als geneeskundige zorg in de ZVW. Hiervan is sprake als deze activiteiten voortvloeien uit het behandelplan, noodzakelijk zijn om het behandeldoel te bereiken, worden aangestuurd door de behandelaar en er terugkoppeling plaatsvindt naar de behandelaar².

In het rapport "Geneeskundige GGZ deel 2" wordt verder ingegaan op de vraag wat tot de verzekerde zorg in de ZVW behoort. Nogmaals wordt benadrukt dat een psychische stoornis aanwezig moet zijn wil er sprake kunnen zijn van verzekerde zorg. Het begrip verzekerde zorg wordt vervolgens afgebakend met de voorwaarden dat:

- 1) de behandeling van een psychische stoornis gericht is op herstel of voorkomen verergeren van de stoornis (i.e. verbeteren of stabilisatie);
- 2) er sprake is van een psychische stoornissen waarbij sprake is van een medisch gezien stationair, min of meer onveranderbaar toestandbeeld met blijvende tekortkomingen die effect kunnen hebben op de (ontwikkeling van) zelfredzaamheid en participatiemogelijkheden van betrokkenen.

Over die *eerste groep* concludeert het CVZ geneeskundige GGZ niet meer noodzakelijk is als het ziekteproces in een stationaire fase is aangekomen. Voor zover er dan nog zorg nodig is, kan de huisarts die overnemen. Dit heeft implicaties voor de positie van begeleiding. Alleen als deze een integraal onderdeel vormt van het behandelplan en de hoofdbehandelaar de begeleiding aanstuurt en terugkoppeling krijgt over de begeleiding is er sprake van geneeskundige zorg.

Indien begeleiding niet aan deze voorwaarden voldoet, wordt in GGZ II de volgende conclusie getrokken:

- Niet geneeskundige begeleiding kan onderdeel zijn van de AWBZ indien er sprake is van begeleiding gericht op zelfredzaamheid³.
- Niet geneeskundige begeleiding kan onderdeel zijn van de WMO indien er sprake is van begeleiding gericht op participatie

N.b. deze scheiding tussen wmo en awbz richt zich op de huidige situatie, dus vóór de overheveling.

Bij patiënten uit de *tweede groep* is er sprake van een psychische stoornis met blijvende tekortkomingen. Na diagnosestelling en eerste behandeling is de verdere zorg niet geneeskundig van aard. Zodra er sprake is van stabilisatie moet de patiënt worden terugverwezen naar de huisarts, omdat verdere noodzakelijke begeleiding geen geneeskundige GGZ is. Afhankelijk van het doel van die begeleiding zou die ondergebracht kunnen worden in de AWBZ (gericht op zelfredzaamheid) of WMO (gericht op participatie)

CONCLUSIE 1

Het CVZ heeft geconcludeerd dat begeleiding geneeskundig van aard moet zijn wil er sprake zijn van verzekerde zorg in de ZVW. Bij de overheveling dient er dus een scheiding aangebracht te worden naar geneeskundige en niet geneeskundige begeleiding.

De **bemoeizorg** neemt een aparte positie in. Van bemoeizorg is sprake als er assertieve, outreachende hulpverlening wordt geboden die niet op geleide van een vrijwillige, individuele hulpvraag wordt uitgevoerd. Daarmee beweegt bemoeizorg zich op het terrein van de (openbare) geestelijke

¹ GGZ 1, pag 20 en 24

² GGZ 1, pag 28

³ GGZ II, pag 10

gezondheidszorg (OGGZ). Het CVZ concludeert dat bemoeizorg niet tot de ZVW behoort omdat de betrokkene nog niet in zorg is. En dat *“de openbare GGZ, waartoe bemoeizorg behoort, is opgenomen in de WMO⁴”*.

5. OVERHEVELING INTRAMURALE GGZ IN RELATIE TOT DE STANDPUNTEN VAN HET CVZ

In het regeerakkoord is opgenomen dat *“de huidige intramurale GGZ in de AWBZ wordt per 2015 overgeheveld naar de ZVW⁵”*. In de AWBZ worden mensen met een indicatie PSY (waaraan een psychiatrische aandoening of beperking ten grondslag ligt) zowel in- als extramuraal behandeld. Intramurale langdurige GGZ bestaat uit B- en C-ZZP's (zorgzwaartepakketten).

B-ZZP's

Patiënten die langer dan 365 dagen intramurale curatieve GGZ ontvangen gaan over naar de AWBZ en krijgen daar voortgezet verblijf met behandeling via een B-ZZP. Een B-pakket bestaat uit de onderdelen behandeling, verblijfszorg en dagbesteding.

De behandeling is geneeskundig van aard: *“de behandeling kan gaan over het genezen van.. psychiatrische problemen. Of om... onder controle te krijgen of te voorkomen dat deze erger worden⁶.”*

In paragraaf 4 van dit document is omschreven wanneer begeleidingsactiviteiten tot de geneeskundige zorg gerekend kunnen worden. De begeleiding in een B-ZZP is in beginsel een onderdeel van de behandeling: *“door uw psychiatrische problemen heeft u voortdurend intensieve begeleiding nodig vanwege uw behandeling⁷”* en kan daarmee geduid worden als geneeskundig. Het zelfde geldt voor het verblijf. Indien dit een integraal onderdeel is van het behandelplan, is het in beginsel verzekerde zorg. Dit laat overigens onverlet dat er zorginhoudelijk mogelijk is om de behandeling te ambulantisieren. De overheid heeft ervoor gekozen om nieuwe B-ZZP's één en twee te ambulantisieren.

CONCLUSIE 2

Een B-ZZP omvat behandeling, begeleiding en verblijf die geneeskundig van aard is. B-ZZP's kunnen worden overgeheveld naar de ZVW.

C-ZZP's

Iemand die een beschermde woonomgeving met ondersteuning en begeleiding nodig heeft, krijgt een C-pakket. Behandeling maakt géén deel uit van dit pakket, zo nodig kan de zorgverlener een psychiater of huisarts consulteren. Dit consult is dan op zichzelf verzekerde zorg.

Omdat een C-ZZP geen behandeling bevat (die gericht is op herstel of voorkomen van verergeren van het ziektebeeld) kan er ook geen sprake zijn van geneeskundige, verzekerde zorg in de ZVW.

CONCLUSIE 3

Een C-ZZP bevat geen geneeskundige behandeling en daarmee geen verzekerde zorg. C-ZZP's behoren daarmee niet tot het domein van de ZVW.

In GGZ II heeft het CVZ een onderscheid gemaakt tussen begeleiding gericht op participatie of zelfredzaamheid, waarbij zelfredzaamheid een plaats heeft in de AWBZ en participatie in de WMO. Elk C-ZZP bevat begeleiding gericht op zelfredzaamheid en participatie, echter, vooraf valt niet te duiden of het zwaartepunt op één van beiden komt te liggen.

⁴ GGZ I, pag 24

⁵ Regeerakkoord “Bruggen slaan”, pagina 59

⁶ Gebruikersgids geestelijke gezondheidszorg, pag. 11

⁷ Gebruikersgids geestelijke gezondheidszorg, pag. 14

In het regeerakkoord is echter opgenomen dat alle intramurale zorg uit de ZVW wordt overgeheveld. Omdat C-ZZP's geen verzekerde zorg zijn, kunnen die geen plaats vinden in de ZVW maar alle C-ZZP's in de AWBZ houden doet geen recht aan het regeerakkoord. Uit pragmatische overwegingen kan daarmee worden gekozen om C-ZZP's over te hevelen naar de WMO.

CONCLUSIE 4

C-ZZP's bevatten geen (geneeskundige) behandeling en zijn daarmee geen geneeskundige zorg in de zin van de ZVW. Een overheveling naar de ZVW ligt daarmee niet voor de hand.

6. MAATSCHAPPELIJKE OPVANG IN RELATIE TOT DE STANDPUNTEN VAN HET CVZ

De positie van Maatschappelijke opvang in het stelsel wordt door twee conclusies van het CVZ bepaald. Allereerst concludeert men dat de openbare GGZ in de WMO is opgenomen, omdat de betrokkene nog niet in zorg is. Daarnaast kan er alleen sprake zijn van verzekerde zorg als er sprake is van een psychische stoornis.

Uitgaande van een persoon die nog niet in zorg is, kan MO bijgevolg niet in de ZVW worden uitgevoerd. Uitgaande van een persoon met een psychische stoornis die wél geneeskundige zorg ontvangt, kan MO eveneens niet tot het domein van de ZVW worden gerekend omdat MO een geheel ander doel heeft dan het vaststellen of er al dan niet sprake is van een psychische stoornis en het behandelen daarvan.

CONCLUSIE 5

Maatschappelijke opvang kan niet worden uitgevoerd in de ZVW, omdat de activiteiten in de MO van niet geneeskundige aard zijn.

7. SLOTOPMERKINGEN

Dit document bevat een technische analyse van diverse duidingen van het CVZ over geneeskundige zorg betekenen voor de voorgenomen overheveling van intramurale langdurige ggz. Met dit document is nog geen standpunt ingenomen door zorgverzekeraars over de (on)wenselijkheid van de overheveling van B- of C-ZZP's naar de WMO of ZVW, of de keuze om de MO over te hevelen naar de ZVW of in de WMO te laten. Zorgverzekeraars ontwikkelen hierover een standpunt waarin duidelijkheid zal worden gegeven aan de randvoorwaarden die zij aan de overheveling verbinden.