



verslag

ACP 41
Vergadering Adviescommissie Pakket

Vergaderdatum	4 oktober 2013
Vergaderplaats	CVZ, Diemen
Aanwezig	Inez de Beaufort Bert Boer (voorzitter) Maarten Dekker Heleen Dupuis Arnold Moerkamp Job Kievit Cees Smit Gert Jan van der Wilt Hugo Trouw (adviseur) Jacqueline Zwaap (secretaris)
Afwezig	Marian Grobbink

1 Opening

De voorzitter opent om 10.00 uur de vergadering. Marian Grobbink is vandaag afwezig.

1.1 Mededelingen.

De secretaris heeft de volgende mededelingen:

- Er is een aantal stukken nagestuurd, te weten:
 - Brief van de minister aan de TK over een aantal onderwerpen rond het pakketbeheer (Buitenhof voorstellen, GGZ rapport deel 2, kosteneffectiviteit, systematisch screenen van het pakket)
 - Brief van de Minister aan de TK over de geneesmiddelen voor Pompe en Fabry.
 - Nagekomen reactie van de Stichting Hulphond Nederland bij punt 3 van de agenda.
- Het verslag van de vorige vergadering is nog niet klaar. Dat komt de volgende vergadering aan de orde.
- Er hebben zich vijf sprekers aangemeld voor agendapunt 4 (overheveling intramurale GGZ).
- Er worden vandaag geluidsopnamen gemaakt van de vergadering door de VPRO voor het radioprogramma "Plots".

1.2 *Conflicterende belangen*

Er zijn geen meldingen van conflicterende belangen.

**College voor
zorgverzekeringen**
Pakket

2 Gepast gebruik van implantaat gedragen gebitsprothesen

Een medewerker van het CVZ geeft een toelichting. De kosten van deze gebitsprothesen nemen toe. Dat is een reden om alert te zijn. Het kan ertoe leiden dat de Minister de implantaat gedragen prothesen uit het pakket haalt. De organisatie heeft een extern bureau gevraagd te onderzoeken wat er speelt. Het rapport dat er nu ligt geeft daar een goed beeld van en biedt handvatten om aan de slag te gaan.

Onze referentie
2013132078

Een lid vraagt of het rapport van de Gezondheidsraad hierbij is betrokken. Zijn voorstel is om de rapporten naast elkaar te leggen en het veld uit te nodigen, met iemand van het Kwaliteitsinstituut erbij. Een volgend lid heeft geen uitgebreid onderzoeksrapport nodig om te zien wat er aan de hand is. Er is sprake van een perverse prikkel; die moet eruit gehaald worden. Een volgend lid geeft aan dat de Gezondheidsraad signaleert dat de wetenschappelijke basis voor tandzorg grotendeels ontbreekt. Dit is een kwaliteitsprobleem. De verkeerde prikkel ligt ook bij de aanbieder. Meer produceren betekent ook meer ontvangen. Een ander lid bevestigt het kwaliteitsprobleem. Er is geen verplichte nascholing voor tandartsen. Een lid is geschrokken van de feiten die in het Gezondheidsraad rapport zijn genoemd. Hij was lid van deze commissie. Een volgend lid vraagt zich af waar de productietoename zit.

De medewerker van het CVZ vindt het Gezondheidsrapport waardevol. Inderdaad is de perverse prikkel gemakkelijk weg te nemen. Maar dat neemt het probleem niet helemaal weg. Wanneer deze gebitsprothese duurder wordt, is de groep die het nodig heeft, helemaal niet meer bereikbaar. Er moeten ook andere afspraken worden gemaakt. Zo wordt er veel verdiend aan de techniekkosten. Daar is geen maximum. In het verleden is dat zo geadviseerd. Daar moeten we nu iets aan doen.

De voorzitter vraagt naar het proces. Er komt een multi partijen overleg. Gaat dat leiden tot een rapport van CVZ/ACP aan de Minister? Dat is nog niet duidelijk. We kunnen nog niet op het proces vooruit lopen. In het veld is er wel een besef dat het zo niet door kan gaan.

Een volgend lid is gevoelig voor het argument dat de prothese nog te betalen moet zijn voor wie dat nodig heeft. Zij moeten geen tweederangs oplossing krijgen. Het lid vraagt zich af of zo een prothese ook consequenties heeft voor het voedingspatroon.

Een volgend lid stelt een slimme combinatie voor van een absolute en een proportionele eigen bijdrage. Richtlijnen moeten het uitgangspunt zijn. Het gaat hier vaak om individueel opererende zorgverleners. Dat eist in cognitieve en sociale zin voorwaarden. Een medewerker van het CVZ antwoordt dat er geen formele eisen zijn voor herregistratie. Wel is er een vrijwillig register. Dat biedt dus slechts beperkt houvast. Een lid bevestigt dat. Hij heeft de NMT (koepelorganisatie van tandartsen) gesproken en nu staan er 4500 tandartsen in het kwaliteitsregister. Er is geen sprake van intercollegiale toetsing. Daar bestaat weerstand tegen.

De voorzitter concludeert dat hier sprake is van "the carrot and the stick". Hier moet een slimme combinatie worden gemaakt. Er is sprake van twee hoofdargumenten:

- Het ontbreken van een financiële prikkel;
- Een stok achter de deur wat betreft de kwaliteit. Er is verbazing dat dit nog zo is in deze sector.

**College voor
zorgverzekeringen**
Pakket

Onze referentie
2013132078

Een lid vraagt of er wel sprake is van transparantie. Is de sector voldoende transparant om praktijkvariatie duidelijk te maken.? Een ander lid antwoordt van niet. Daarvoor ontbreekt het begrippenkader.

De voorzitter vraagt wat de volgende stap is. Hij stelt voor dat het onderwerp terug komt na het overleg. Een lid spreekt waardering uit voor de toelichting van de medewerkers van het CVZ. Hier spreekt integriteit uit. Het rapport mag dan lijk zijn, maar deze toelichting heeft zeker toegevoegde waarde. Een lid vraagt of op den duur edentaten (mensen zonder tanden) zullen verdwijnen. De medewerker van het CVZ verwacht op zich van wel. Maar op dit moment stijgt het aantal implantaten. Grotendeels gaat het om een vervangingsvraag. Een lid stelt de vraag of de jeugd inderdaad weer een slechtere toestand van het gebit heeft, zoals vaak wordt gesuggereerd. De medewerker antwoordt dat dit niet blijkt op dit moment.

De voorzitter sluit de discussie met het verzoek voor de zomer 2014 terug te komen in de ACP.

3 Functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gericht op stoornissen in het bewustzijn

Een medewerker van het CVZ geeft een korte toelichting. In 2008 is het CVZ begonnen met de adviezen over de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen. Een aantal is inmiddels in de ACP aan de orde geweest. Nu ligt deze voor.

Vanuit de commissie zijn er enkele algemene vragen en opmerkingen. Ten eerste: wat valt onder de reikwijdte van deze omschrijving en wat is de evidence? De medewerker antwoordt dat een aantal hulpmiddelen onder deze functiegerichte omschrijving vallen en andere onder de medisch specialistische zorg. De epilepsiehond valt niet onder deze omschrijving. De Stichting Hulphond Nederland heeft daarover een brief geschreven die aan de commissie is nagezonden. De strekking van de brief is dat de hond voordelen biedt voor de patiënt en de kwaliteit van leven verhoogt. De medewerker geeft aan dat dit effect volgens de evidence niet is gevonden.

Een lid vindt dat de conclusie in paragraaf 5.5.2 dat er gering bewijs zou zijn zich vreemd verhoudt tot paragraaf 5.5.1. De daar gepresenteerde getallen zijn niet slecht. Misschien is de conclusie dat de kwaliteit van het onderzoek slecht is in plaats van dat er gering bewijs is? Dit lid vraagt zich af of deze conclusie niet hard is. Een studie over twee individuen krijgt wel veel gewicht. Een volgend lid is het daarmee eens. Volgend de GRADE systematiek kunnen resultaten van observationeel onderzoek gelden als bewijs. De vraag is wat voldoende bewijs is bij dit soort complexe interventies. De voorzitter merkt op dat de discussie over welke kracht van bewijs nodig is al eerder aan de orde is geweest.

Een lid benadert het vraagstuk vanuit het perspectief wat er wordt betaald. Wat

kan je zelf aan inspanningen doen en wat helpt om eigen regie te houden? De voorzitter vraagt het begrip "algemeen gebruikelijk" ook hier toe te passen. Waar begint en eindigt de verzekering? Daarin moeten we consequent in zijn. Ook ligt een effectiviteitsvraag voor. Daar moeten we goed naar kijken en dit uitleggen. Een lid antwoordt dat de commissie eerder heeft gesproken over het bewijs van hulpmiddelen. Het is moeilijk hier wetenschappelijk onderzoek naar te doen. Daarvoor is de sector niet geëquipeerd en er is weinig geld. Naar medical devices wordt meer onderzoek gedaan. Er lijkt zo een cirkelredenering te ontstaan. Dit pleit voor een voorwaardelijke toelating van hulpmiddelen. Daarvoor was het instrument van voorwaardelijke toelating ook eigenlijk bedoeld, maar deze is niet zo vastgesteld. Het lid suggereert dit in het rapport te zetten als aanbeveling. De voorzitter vraagt waarom organisaties zoals de CG raad niet op het rapport hebben gereageerd. De medewerker van het CVZ antwoordt dat de Epilepsie Vereniging Nederland (EVN) namens veel partijen heeft gereageerd. Andere partijen scharen zich ook achter deze reactie.

**College voor
zorgverzekeringen**
Pakket

Onze referentie
2013132078

Een lid merkt op dat domotica niet onder deze aanspraak vallen. Een ander lid vindt ook dat er iets wringt in de naamgeving. Het gaat hier om stoornissen in het bewustzijn. Bij andere functies is er vaak een logische samenhang. Hier is dat niet zo. Er zijn veel verschillende dingen bij elkaar gevoegd. Deze classificatie is onlogisch. De voorzitter concludeert dat het hier lijkt te gaan om een grote vlag met een kleine lading. Een lid zoekt naar een andere vlag. Het gaat hier om de veiligheid van mensen.

Een medewerker van het CVZ licht toe dat er is geredeneerd vanuit de huidige aanspraak. Wanneer je de ICF volgt, kom je in deze benaming terecht.

De voorzitter vat het advies van de ACP als volgt samen:

- Kijk of we niet een te grote vlag kiezen.
- Hanteer consequent de GRADE systematiek voor het bepalen van de effectiviteit van de hulphond.
- Hanteer het criterium algemeen gebruikelijk hier consistent.

De leden kunnen zich wel vinden in de strekking van het rapport. Een lid vraagt zich af of je moet bewijzen dat een kap ter bescherming van de schedel helpt. Dat werpt opnieuw de vraag op welk bewijs redelijkerwijs nodig en mogelijk is. Een ander lid vraagt wat met deze opmerkingen over bewijsvoering wordt gedaan. De voorzitter antwoordt dat de organisatie hiernaar gaat kijken. Eventueel gaat dit rapport naar de WAR met de vragen van de ACP. Een lid concludeert dat de beoordeling van de mate van evidence niet technisch is maar ook maatschappelijk. Een lid merkt over paragraaf 5.4.1 nog op dat de consequenties van fout positieve en fout negatieve meldingen belangrijker zijn dan de aantallen zelf. Een ander lid antwoordt dat de GRADE systematiek ook voorziet in het omgaan met surrogaat eindpunten.

De voorzitter sluit de discussie.

4 Uitvoeringstoets overheveling intramurale langdurige GGZ

Een medewerker van het CVZ geeft een toelichting op het rapport door middel van een aantal sheets.¹. Vervolgens geeft de voorzitter het woord aan de eerste

¹ De presentatie gaat als bijlage 1 bij het verslag

inspreker: de heer van Rooij van GGZ Nederland.² Naar aanleiding van de inspraak stelt een lid de vraag of de overheveling meer kansen dan risico's biedt. De heer van Rooij antwoordt dat dit afhangt van welke overheveling wordt voorgesteld. Er is nog geen krip gemaakt. Hij denkt vooral in heel veel kansen; maar een slechte knip zorgt voor risico's. Een volgende vraag is of er helderheid is over het tijdspad voor de openstaande vragen. De heer van Rooij meent van wel. Het verdient de voorkeur eerst alles over te hevelen naar één systeem. Het is belangrijk hierover niet al te lang te steggelen.

**College voor
zorgverzekeringen**
Pakket

Onze referentie
2013132078

De voorzitter nodigt de tweede inspreker uit, de heer Vos de Wael van het Landelijk Platform GGZ.³ Een lid vraagt de inspreker of hij een pleidooi houdt dat er een kern AWBZ moet blijven. De heer Vos de Wael meent van wel. De grens is moeilijk te trekken. Het zou gaan om mensen die lang verblijven en geen perspectief hebben op zelfstandig wonen. Het CIZ zou dat per geval moeten beoordelen. Het lid vraagt of dit nu wel voldoende helder is. De heer Vos de Wael antwoordt dat nu na 356 dagen overgang naar de AWBZ plaatsvindt. Het rapport biedt hiervoor alleen mogelijkheid bij een meervoudige grondslag. Een ander lid informeert naar de doelgroepen. Er blijft een groep achter in de gehandicaptenzorg AWBZ. Heeft die groep nu een omschrijving in de ZZP? De heer Vos de Wael antwoordt dat dit over het algemeen de zorgpakketten 5, 6 en 7 zijn, maar dat dit toch individueel moet worden bekeken. Er zijn ook mensen met stabiele problematiek waar perspectief is op zelfstandig wonen. Het lid stelt de vervolgvraag of er "grensverkeer" mogelijk is. De heer Vos de Wael vindt dat er altijd een weg terug moet zijn. Een volgend lid vraagt of er samenwerking is op gemeentelijk niveau vanuit cliëntenperspectief. De heer Vos de Wael antwoordt dat mensen kunnen meepraten en hun belangen goed kunnen vertegenwoordigen. De WMO-adviesraad is niet altijd passend; ook andere vormen zijn mogelijk zoals panels.

De voorzitter nodigt de derde spreker uit: mevrouw Aline Saers van per Saldo.⁴ Naar aanleiding van haar betoog vraagt een lid wie wel een goede partij is voor patiënten met psychiatrische problematiek die begeleiding nodig hebben, wanneer gemeenten dat niet zijn. Mevrouw Saers antwoordt dat dit volgens haar de nieuwe zorgkantoren zijn die de kern AWBZ gaan uitvoeren.

Vervolgens nodigt de voorzitter de volgende inspreker aan tafel, de heer Kamp van de VNG.⁵ Naar aanleiding van zijn betoog informeert een lid naar de kwaliteitsstandaarden in de WMO. De heer Kamp antwoordt dat die er nog niet zijn. Het lid vraagt vervolgens of kleine gemeenten voldoende implementatiekracht hebben om te zorgen voor kwaliteitsvoorwaarden. De heer Kamp antwoordt dat de gemeenten zich organiseren in regionale verbanden. Een ander lid vraagt naar de materiële betekenis van het opbouwen van kwaliteitsstandaarden vanuit de WMO. De heer Kamp antwoordt dat er nu een systeem is waarbij vanuit verschillende wetten verschillende eisen worden gesteld. Voor instellingen is dat verwarrend. Een ander lid informeert of straks ook de schakel GGZ/ MO-instellingen in stand blijft. Er zijn de laatste tijd veel

² De brief van GGZ Nederland gaat als bijlage 2 bij het verslag. Deze brief bevat ongeveer dezelfde inhoud als hetgeen de inspreker heeft ingebracht

³ Helaas is de inspraaktekst van de heer Vos de Wael nog niet ontvangen

⁴ De inspraaktekst van mevrouw Saers gaat als bijlage 3 bij het verslag

⁵ Helaas is de inspraaktekst van de heer Kamp nog niet ontvangen

instrumenten ontwikkeld om deze groep mensen te bereiken. De heer Kamp antwoordt dat dit niet een financieel probleem is, maar een kwestie van coördinatie. Een volgend lid begrijpt uit het betoog van de heer Kamp dat zijn gemeente wel positief is, ondanks dat de gemeenten niet bij het vooroverleg waren betrokken. Maar geldt dit ook voor andere, kleinere gemeenten? De heer Kamp antwoordt dat het beschermd wonen naar decentrale punten gaat. Hier spelen centrumgemeenten een rol, dus niet alle gemeenten individueel. Deze kopen nu ook al de zorg in, dus dit is te overzien. Een lid vraagt informeert vervolgens welke rol kwaliteitsstandaarden spelen bij de inkoop. Er is een verschil tussen het formuleren van kwaliteitseisen en er ook aan voldoen. De heer Kamp antwoordt dat je als inkoper eisen kunt stellen. Als gemeente heb je hiervoor misschien meer mogelijkheden. Een lid reageert daarop dat veel grotere gemeenten bezig zijn met vernieuwingen. Misschien zou het een idee zijn een aantal van hen uit te nodigen voor een heisessie. Er moet een slag worden gemaakt van een bureaucratisch naar een flexibel systeem. De vraag is hoe je zo een omslag maakt. De voorzitter merkt op dat het Kwaliteitsinstituut iets dergelijks zou kunnen organiseren. Hij stelt voor dit te thematiseren.

Vervolgens geeft de voorzitter het woord aan de laatste spreker: mevrouw Beers van de Federatie Opvang⁶. Er zijn geen vragen aan de sprekerster. De voorzitter schorst de vergadering voor 5 minuten.

De voorzitter vraagt de leden naar hun mening over het conceptrapport en de reacties daarop door de sprekers. Een lid maakt zich grote zorgen over deze groep. Of de overheveling goed gaat, hangt naar zijn mening af van:

- waar de knip komt te liggen;
- of switchen mogelijk is;
- of er voldoende kwaliteitsborging is.

Het lijkt hier te gaan om een soort juridisch model dat niet in de WMO hoort. Past dat wel? De bedoeling onderschrijft dit lid wel. Het is een afweging van kansen en risico's. Het advies zou zich moeten toelagen op voldoende checks and balances. Ook zou de mogelijkheid voor de rest AWBZ moeten blijven behouden. De voorzitter vraagt hoe het lid denkt dat de knip moet worden gemaakt. Volgens het lid lijkt er geen eenvoudige knip mogelijk. Het is belangrijk daar heldere criteria voor te krijgen. Daar moeten deskundigen zich over uitspreken, samen met gemeenten.

Een ander lid vindt de vraag of de overheveling meer kansen dan risico's biedt onbeantwoordbaar. Gemeenten zeggen dit te kunnen, ook de kleinere. Er zijn in de thuiszorg grote verschillen tussen wijken in Amsterdam. Er schuilt veel gevaar in de uitvoering. Als de cliënt niet zelf eist; wie komt er dan voor hem op? Het lid hoopt dat hij hier ongelijk in krijgt. De voorzitter vraagt het lid dit om te zetten in waarborgen. Een nadeel is wel dat de gemeenten niet zelf aan tafel hebben gezeten. Het lid meent dat het beschermd wonen en behandelen niet altijd uit elkaar is te houden.

Een volgend lid meent dat de aanbevelingen veel krachtiger moeten zijn. De boodschap zou moeten zijn: ga dit niet zo doen, tenzij..... Daarbij zou gekeken moeten worden naar de vraag wie er nog in de kern AWBZ thuis horen. Daarnaast vraagt het lid zich af of kleine gemeenten dit kunnen. Qua deskundigheid en

⁶ De insprektekst van mevrouw Beers is bijgevoegd als bijlage 4

capaciteit hebben zij de schijn tegen. Het lid ziet wel kansen, maar hoe gaat dat uitpakken? Het is een avontuur; met kwetsbare mensen moet je niet experimenteren. Op blz. 28 staat een passage over de rechtspositie. Het moet helder zijn waar deze mensen aanspraak op maken. De voorzitter vraagt of dit lid vindt dat de mogelijkheid voor de rest AWBZ moet blijven en waar de knip kan worden gemaakt. Het lid acht zich voor de beantwoording daarvan onvoldoende deskundig.

Een volgend lid maakt zich zorgen over de hele transitie en in het bijzonder van deze groep. Waarom is dit ontstaan? Omdat er te makkelijk gebruik van is gemaakt. Nu moeten niet snel instellingen worden ontruimd zoals bv. in Italië. Het lid weet dat gemeenten proberen afspraken te maken met zorgverzekeraars, maar dat dit niet lukt. Wanneer er geen verplichting is, wordt het niets. Bovendien is de hele operatie bureaucratisch. Het lid vraagt zich af of het niet simpeler kan. Het lid vond het nuttig de sprekers te horen.

Een volgend lid meent dat er te veel optimisme is. Hij ziet het rapport in het bredere kader van het Bestuurlijk Akkoord. Het is belangrijk deze groep te beschermen. De zorginkoop is risicovol voor instellingen en zij kunnen in liquiditeitsproblemen komen. Het rapport gaat vooral over het systeem, waar het over de cliënt zou moeten gaan.

Een ander lid complimenteert de sprekers. Hij is verrast door de nuances. Hij was eerst van mening dat er meer risico's dan kansen waren, maar de sprekers hebben die mening genuanceerd. Hij vindt dat deze stap genomen kan worden, mits dat gefaseerd gebeurt met tussenstappen. De nieuwe AWBZ geeft meer bevoegdheden aan huisartsen en verpleegkundigen. Het lid meent dat de rechten voor de cliënt wegvallen in de WMO. Ook de privacyaspecten spelen hier zoals eerder bij het advies over hervorming van de AWBZ. Ook heeft hij vraagtekens bij de ambulantiseringfunctie; is begeleid wonen een bed of niet. In het laatste geval zien de cijfers er gunstiger uit.

De voorzitter vast het advies als volgt samen:

- 1 A De toonzetting van het rapport kan veel krachtiger. De boodschap zou moeten zijn dat de overheveling alleen zou moeten plaatsvinden wanneer aan een aantal voorwaarden is voldaan. Deze voorwaarden noemt de ACP in de punten 2 tot en met 7 hierna.
- 1 B 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 verschillende niveaus
 - op het niveau van het formuleren van kwaliteitsstandaarden
 - op het niveau van de invoering van kwaliteitsstandaarden en het meten van de resultaten
 - op het niveau van doelgroepen; het moet mogelijk zijn dat er transfers plaatsvinden tussen domeinen. Wanneer iemand langdurig is opgenomen, kan er perspectief zijn dat die persoon (op termijn) zelfstandig gaat wonen met begeleiding. Ook een beweging andersom moet mogelijk zijn zonder dat de

cliënt hinder ondervindt van grensvlakken tussen de domeinen.

**College voor
zorgverzekeringen**
Pakket

Onze referentie
2013132078

- 3 Er moet borging zijn van de rechtspositie van cliënten op de volgende gebieden:
 - cliëntenrechten
 - inspraak
 - privacy
 - verhaal en bezwaar
- 4 Er moet geen vrijblijvendheid zijn voor overleg, maar dit moet een verplichtend karakter hebben voor alle betrokkenen: cliëntenorganisaties, verzekeraars, zorgkantoren, (justitiële) instellingen, maatschappelijke instellingen, gemeenten etc. Het is belangrijk dat zorgverzekeraars hier hun verantwoordelijkheid nemen. 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 commitment van alle betrokken partijen.;
 - let op de risicogroepen, het gaat hier om kwetsbare mensen;
 - zorg voor een gefaseerde invoering om een goede landing mogelijk te maken. Hiertoe hebben partijen 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 gemonitored wordt en er veel mogelijkheden zijn voor bijsturing.

Een lid vult nog aan dat de zorgverzekeraars op hun verantwoordelijkheden gewezen moeten worden. Zij moeten meewerken aan de transitie. Een ander lid voegt daaraan toe dat het belangrijk is dat de gemeenten intensief worden betrokken omdat zij niet aan tafel zaten bij het afsluiten van het Bestuurlijk Akkoord.

De voorzitter sluit hiermee de discussie af.

5 Rondvraag en sluiting

Er zijn geen vragen. De voorzitter sluit de vergadering.

College voor Zorgverzekeringen

Overheveling
langdurige
intramurale GGZ

Wmo Zvw
AWBZ

| Van goede zorg verzekerd |

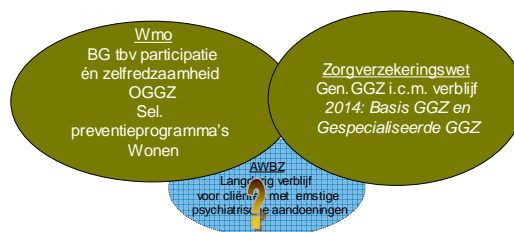
Verzoek om uitvoeringstoets d.d. 27/8/13

- Onderzoek de effecten van overheveling van de
 - langdurige intramurale GGZ
 - voor volwassenen (18+)
 - naar Zvw en Wmo
 - per 1-1-2015
- Breng uiterlijk 17 oktober 2013 advies uit
 - Besluit RvB 14 oktober
 - Advies ACP 4 oktober



Van drie naar twee domeinen

- De maatregel past bij de doelstellingen van hervorming met de langdurige zorg
- Prikkel tot intramurale zorg wordt omgekeerd in prikkel tot ambulantisering
- Begeleiding past bij verantwoordelijkheid gemeenten
- Behandeling past bij rol zorgverzekeraars



4



Waar grenzen zijn, zijn afbakeningsvragen

- Wmo – Zvw: afbakening 'op zelfredzaamheid/participatie gerichte begeleiding' tov 'begeleiding in het kader van behandeling'
 - Wmo – Zvw: medische noodzaak verblijf? Standaarden nodig
 - (kern-)AWBZ – Wmo/Zvw: afbakeningsvragen voor cliënten met meerdere grondslagen
- De behoefte van de cliënt moet altijd centraal staan; het systeem moet zich hierop aanpassen.
- Afspraken tussen gemeenten, verzekeraars en aanbieders maken en vastleggen.

5



Kernpunten van ons advies

- Overheveling biedt meer kansen dan risico's
- Primaat in de (continuïteit van de) begeleiding ligt bij gemeente
- Gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten afspraken maken en vastleggen over coördinatie van hun activiteiten
- Ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden is cruciaal voor deze samenwerking in praktijk. Deze moeten ook in de Wmo gelden.
- Kwaliteitseisen t.b.v. de cliënt moeten ook in de Wmo geborgd zijn
- Of de ambulantiseringssambitie gehaald wordt, hangt mede af van beleidskeuzes gemeenten.

6



Vragen aan de Advies Commissie Pakket

- Kunt u zich vinden in de lijn van het advies?
 1. Bent u het eens met onze conclusie dat er geen groep langdurige GGZ-cliënten thuishoort in de LIZ?
 2. Deelt u onze conclusie dat (geformaliseerde) afspraken tussen gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars de coördinatie van de zorg kunnen borgen?
 3. Kunt u zich vinden in de conclusie dat kwaliteitsstandaarden noodzakelijk zijn als beheersingsinstrument?
 4. Deelt u de conclusie dat kwaliteitseisen ook onder de Wmo moeten zijn geborgd?
 5. Bent u het eens met de conclusie dat de overheveling meer kansen dan risico's biedt?
- Hebt u verdere aandachtspunten bij het advies?

7



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
Oms 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 zorgverzekeringssysteem 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@ggz nederland.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



1. Kunt u zich vinden in het advies van CVZ dat de overheveling meer kansen dan risico's biedt.

Per Saldo gaat ervan uit dat de overheveling van die zorgaanvragers die geen behandeling nodig hebben naar Wmo, onder de door CVZ gestelde voorwaarden en voor de lichtere doelgroep, goed kan uitpakken. Dit vanwege de verschillende domeinen waar ook deze doelgroep mee te maken heeft als het gaat om mogelijkheden van participatie, onderwijs, arbeid, vrije tijd, vrijwilligerswerk enz. Een betere afstemming zou met deze overheveling gerealiseerd kunnen worden. Per Saldo maakt zich echter ernstige zorgen als het gaat om de groep mensen met een intensieve chronische ggz beperking. Voor deze groep, die geen enkele participatiemogelijkheid heeft, zou een aparte plaats in de regelgeving moeten komen. Per Saldo pleit ervoor om de intensieve chronische ggz onder het regime van de LIZ te laten vallen. Ook als een persoon onder verschillende grondslagen valt, pleit Per Saldo ervoor om deze groep in de LIZ te behouden. Per Saldo verwacht dat er problemen ontstaan, wanneer het kabinet het huidige advies van het CVZ opvolgt.

De intensiteit van de zorgvraag zou wat Per Saldo betreft het uitgangspunt van de indicatie moeten zijn en niet of er wel of geen verblijf nodig is. Vervolgens kan door de hulpvrager gekozen worden om deze zorgvraag intramuraal, of thuis, of zowel thuis als intramuraal in te vullen. De plaats van de zorg maakt dus niet uit voor de bepaling van de zorg in de regelgeving. Slechts de intensiteit van de hulpvraag is bepalend.

De redenering is dat de zorg binnen de LIZ niet gericht is op de ontwikkeling van de hulpvrager. In de consultatieronde hebben de PGO-organisaties gemeld dat de zorg, ook binnen de LIZ gericht moet zijn op ontwikkeling van de mensen met intensieve beperkingen. Dit heeft het ministerie beaamd. Ook in de memorie van toelichting van de LIZ is dit terug te vinden. Dus dat opname van de intensieve ggz-zorg binnen de LIZ leidt tot personen die uitgerangeerd zijn en nooit meer kunnen verbeteren, is niet aan de orde. Per Saldo is voorstander van dat juist die speciale zorg, die op ontwikkeling is gericht, binnen de nieuwe LIZ prima vergoed kan worden. Speciale kleine aanbieders richten zich op deze speciale begeleiding. Veel personen die in natura zorg als uitbehandeld en uit ontwikkeld bestempeld waren, zijn juist door dit soort specialistische begeleiding flink vooruit gegaan in de mogelijkheden.

2. Kunt u zich vinden in het advies dat het primaat in de begeleiding bij de gemeenten moet liggen?

Risico's van overheveling naar gemeenten worden benoemd op blz. 32. Per Saldo herkent deze risico's. Aanvullend merkt Per Saldo op dat de deskundigheid die nodig is om de hulpvragen te herkennen, te erkennen en de alomvattendheid hiervan te kunnen inschatten, bij de gemeente ontbreekt. Met name de intensieve groep, die vooral een veilige omgeving en ondersteuning van kwaliteit van leven nodig heeft, komt dan in het gedrang.

Per Saldo maakt zich ernstige zorgen over de snelheid van de transitie. Dit zorgt voor een reëel gevaar, waaraan deze kwetsbare doelgroep niet blootgesteld mag

worden. Met name de intensieve ggz-zorg is heel moeilijk in te schatten. Ook zal de inkoop van zorg op een totaal andere wijze dienen plaats te vinden. Vaak zal dit niet regionaal kunnen, maar dient het landelijk plaats te vinden. Per Saldo weet dat sommige intensieve zeer specifieke hulpvragen slechts in één of soms in twee centra zijn in te vullen. Een een-op-een inkoop, ofwel persoonsvolgende financiering, is hierbij noodzakelijk.

**College voor
zorgverzekeringen**
Pakket

Onze referentie
2013132078

3. Vindt u dat de gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken moeten maken en vastleggen over de coördinatie van zorg en begeleiding.

Gemeenten krijgen hun handen vol aan het goed organiseren van de op participatie, kortdurende begeleiding en verblijf gerichte zorg. Ook hier is een goede afbakening met de Zvw noodzakelijk. Tot nu toe heeft het CIZ deze afbakening tussen behandeling en begeleiding met verblijf verricht. Per Saldo pleit ervoor dat het CIZ deze taak ook in de toekomst blijft uitvoeren. Het CIZ kan ook in de nieuwe situatie bekijken of de hulpvrager onder de WMO valt of niet. Dus of er begeleiding of behandeling met verblijf noodzakelijk is.

Afbakeningsproblemen kunnen zich dan nog steeds voordoen tussen LIZ en Zvw. Echter doordat uiteindelijk de verzekerde bij dezelfde verzekeraar terecht moet voor deze zorg zal dit minder tot problemen leiden en tot afwenteling leiden.

Bijlage 4 bij verslag ACP d.d. 4 oktober 2013

**College voor
zorgverzekeringen**
Pakket

Inspreektekst Mw Rina Beers, Federatie Opvang Vergadering ACP CVZ, 04 oktober 2013

Onze referentie
2013132078

Met dank aan de voorzitter om nog te mogen inspreken namens de Federatie Opvang (FO) over dit onderwerp!

Ik wil kort ingaan op de kansen en de risico's die de Federatie Opvang ziet bij het overhevelen van de langdurige ggz naar de Wmo. De FO ziet daarbij meer kansen dan risico's en mogelijkheden voor verbetering die nu in de huidige situatie niet goed mogelijk zijn. Daarmee wil ik overigens niets af doen aan de ook bestaande risico's.

Kansen:

De gemeentelijke overheid is per 2015 de belangrijkste overheid voor kwetsbare burgers: of het nu om huisvesting, inkomen, werk, zorg, schuldhulp, veiligheid, preventie, maatschappelijk werk, opvang en ondersteuning gaat: de cliënt met ggz problemen zal met hulp van de gemeente zijn leven zo zelfstandig mogelijk vorm kunnen geven. Zo zelfstandig mogelijk wonen is een ambitie van veel mensen in Ribw's en is ook mogelijk voor meer mensen dan wij vroeger dachten te weten. De FO is het met het advies van het CVZ eens dat de gemeente de beste positie heeft om een aansluitend sociaal domein te organiseren voor kwetsbare mensen. Gemeenten kunnen daarin ook creatiever zijn dan zorgkantoren omdat zij niet gebonden zijn aan AWBZ prestatieomschrijvingen en bijkomende regelgeving. Vernieuwing wordt daarmee eenvoudiger. De FO is blij dat de regering kiest voor de uitvoering door centrumgemeenten omdat die al ervaring hebben met meerjarenbeleid voor mensen met (o)ggz problemen, met openbare gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg en verslavingsbeleid. Ook hebben gemeenten al inkoopervaring met residentiële intramurale opvang- en woonvoorzieningen. Tevens hebben ze voldoende ambtelijke capaciteit.

Risico's

Dit gezegd hebbend, wil ik ook de risico's benoemen. Die liggen vooral op het terrein van de rechtspositie van cliënten, op het gebied van toegang en kwaliteit en op het gebied van de overgangen en afbakening tussen domeinen.

1. Over de rechten van cliënten wil ik zeggen dat cliënten hun recht op Awbz Verblijf verliezen en omgezet zien in een maatwerkvoorziening. De FO is blij dat de nieuwe Wmo voorziet in een overgangsrecht van vijf jaar voor deze groep zodat voldoende tijd beschikbaar is voor het ontwikkelen van beleid voor de groep langdurig zorgafhankelijke mensen. Daarnaast houden cliënten hun recht op ggz behandeling in het basispakket van de Zvw.
2. Voor wat betreft de cliëntenrechten zou de FO zou zien dat in elk geval de Wet Klachtrecht en de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector in stand blijven. Die zijn in de huidige Wmo ook van toepassing op maatschappelijke woon- en opvangvoorzieningen. Het heeft zeker 10 jaar geduurd voordat die wetgeving goed geïmplementeerd is. Cliënten hebben o.i. recht op het handhaven van deze wetten om hun rechtspositie zeker te stellen en niet per gemeente allerlei nieuwe praktijken in gang te zetten. Wat goed werkt, niet veranderen zou ik zeggen

3. Over toegang en kwaliteit: RIBW'en zijn dure verblijfsvoorzieningen waarin mensen verblijven die voor een deel nooit zullen uitstromen. Om een voldoende kwalitatief niveau van zorg en een voldoende toegang tot die voorziening te kunnen waarborgen, is het goed hierover zaken in de wet vast te leggen, te handhaven en dat ook te monitoren. Het gaat dan om de mogelijkheid om je tot een gemeente naar keuze te mogen wenden voor inschrijving in GBA en een plaats in een RIBW, bijvoorbeeld na verblijf in een (forensische of ggz) kliniek. Ook dienen afspraken gemaakt te worden over voldoende inkoop van ambulante en klinische behandelingsmogelijkheden voor cliënten van beschermde woonvormen. Verplichte samenwerking van zorgverzekeraars en gemeenten is hierbij aan te bevelen.
4. De kwaliteit van zorg in woonvoorzieningen kan onder druk komen te staan door gemeentelijke bezuinigingen. De meeste gemeenten hebben in de huidige Wmo t.a.v. van woonvoorzieningen weinig beleid op kwaliteit van zorg ontwikkeld. De kwaliteitseisen die nu in de Awbz gelden hebben een positieve invloed gehad op het niveau van zorg in aanpalende Wmo opvangvoorzieningen. De vraag is of centrumgemeenten kwaliteitseisen gaan ontwikkelen bij voorkeur via inkoopbeleid. De FO bepleit een overgangstraject waarbij voor 2015 gemeenten en zorgkantoren samen optrekken in de inkoop zodat zorgkantoren kennis kunnen overdragen op het gebied van kwaliteitseisen bij zorginkoop.
5. Voor cliënten van RIBW's geldt dat er sprake is van meerdere verplaatsingen in de tijd. Van detentie naar forensische zorg naar verslavingskliniek naar RIBW naar begeleid wonen Wmo. We zien vaak dat mensen in de problemen komen door de transfermomenten in hun leven. De overgangen tussen financieringsstelsels vormen een risico voor mensen die zelf de weg niet goed kunnen vinden. Formele afspraken tussen zorgverzekeraars en gemeenten kunnen die risico's verkleinen of voorkomen. De FO pleit ook voor het betrekken van woningcorporaties en het Ministerie van V&J hierbij voor de zorg aan ex-gedetineerden/forensische zorg
6. De afbakening tussen de groep mensen die een zzp B en een zzp C heeft, is erg lastig te maken, zo is gebleken. De Federatie Opvang wil aangeven dat een concreet onderscheid in zorgbehoefte kan worden gemaakt: er is een groep mensen voor wie de fysieke nabijheid van een arts of psychiater noodzakelijk is voor een goede behandeling (vanwege diagnostiek, behandeling, medicatie of dwangmaatregelen) en er is de groep mensen voor wie dat niet nodig is omdat zij hun behandeling ambulant of op afspraak kunnen krijgen. Deze laatste groep kan beschermd of begeleid wonen in het gemeentelijk domein.

**College voor
zorgverzekeringen**
Pakket

Onze referentie
2013132078