

Aan de Vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport
van de Tweede Kamer der Staten Generaal
T.a.v. mevrouw H. Post
griffier
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Datum

9 april 2019

Contactpersoon

Gerard van Unen MSc

Onderwerp:

Bijdrage voor Inbreng op het verslag 'Wijziging van de Wet langdurige zorg om toegang tot deze wet te bieden aan mensen die vanwege een psychische stoornis blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg nabij', d.d. 12 april 2019

Bijlage(n)

Doorkiesnummer

06 - 52483727

Ons kenmerk

GGZN/FO/RIBW/gdun/232463/2019

Geachte leden van de Vaste commissie voor VWS,

Op 12 april a.s. kunt u schriftelijk reageren op het wetsvoorstel m.b.t. de toegang tot de Wlz voor de ggz. We zijn verheugd dat die toegang nu geregeld wordt. GGZ Nederland, de RIBW Alliantie en Federatie Opvang kunnen zich grotendeels vinden in het voorliggende wetsvoorstel, maar vragen uw aandacht voor enkele specifieke onderwerpen die ons zorgen baren. In deze bijdrage leiden we die onderwerpen in (indien nodig met verwijzingen naar uitgebreidere documentatie) en stellen we enkele vragen hierover. We vertrouwen erop dat onze inbreng bijdraagt aan de kwaliteit van de toekomstige Wlz en daarmee aan een hogere kwaliteit van leven voor kwetsbare burgers met een psychiatrische aandoening.

Regeerakkoord en het wetsvoorstel

In het regeerakkoord 'Vertrouwen in de toekomst' van het kabinet Rutte III is over de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische aandoening het volgende opgenomen: "We zijn voornemens om, als de effecten in kaart zijn gebracht en deze geen belemmering vormen voor een zorgvuldige uitvoering, met een wetsvoorstel te komen om de Wet langdurige zorg (Wlz) ook toegankelijk te maken voor ggz-cliënten die langdurige zorg nodig hebben." In het afgelopen jaar zijn GGZ Nederland, de RIBW Alliantie en Federatie Opvang betrokken geweest bij de uitwerking van dit voornemen uit het regeerakkoord. We hebben constructief overleg gevoerd met het ministerie van VWS en andere betrokken partijen over de gewenste openstelling van de Wlz.

Voor de onderwerpen die we onder uw aandacht willen brengen volgen we gemakshalve de indeling, zoals in de concept Memorie van Toelichting (MvT) is opgenomen.

Blijvend aangewezen zijn op permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid

1. Inleiding (MvT, pag. 1)

“Door de grondslag psychische stoornis toe te voegen aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz kunnen mensen met een psychische stoornis in meer gevallen dan nu een beroep doen op zorg vanuit de Wlz.

Door wijziging van de zorginhoudelijke toegangscriteria kunnen ze namelijk, net als iedere andere cliënt, aanspraak maken op Wlz-zorg indien van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid sprake is. Het gaat erom dat het totaal aan beperkingen (lichamelijk en psychisch) leidt tot de noodzaak van permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid.”

2. Historie (MvT, pag. 1 - 2)

“Het zorginstituut adviseert toegang tot de Wlz te regelen voor die groep cliënten, die al dan niet vanwege een combinatie van een psychische stoornis en andere aandoeningen, beperkingen of handicaps, blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Het gaat, zo merkt het Zorginstituut op, niet om de aandoening zelf maar om het totaal aan beperkingen die blijvend permanent toezicht of 24 uur zorg per dag in nabijheid noodzakelijk maken.

3. Om welke cliënten gaat het? (MvT, pag. 2 - 3)

“De doelgroep van dit wetsvoorstel betreft mensen die op veel levensdomeinen onvoldoende of geen regie hebben, in hun dagelijks functioneren onvoldoende of geen probleemoplossend vermogen hebben en/of hun hulpvraag niet (kunnen) stellen.”

4. Indicatiestelling (MvT, pag. 3 - 4 - 7)

“Het gaat bij de indicatiestelling niet om de aandoening zelf, maar om de vraag of de daaruit voortkomende stoornissen en beperkingen, het ontbreken van regie op nagenoeg alle levensdomeinen en het missen van het vermogen om op relevante momenten hulp in te roepen, leiden tot een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid. Eventuele verbeteringen in het ziektebeeld brengen hier geen verandering in en maken dus niet dat deze zorgbehoefte vervalt.”

“In uitzonderlijke gevallen is het mogelijk dat een cliënt, buiten de verwachting om, dusdanig vooruit gaat dat hij niet meer aan de criteria van de Wlz voldoet. Als de indicatiesteller op het moment van indiceren besluit dat iemand een blijvende behoefte heeft aan permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid, krijgen de cliënt een Wlz-indicatie. Wanneer op een later moment blijkt dat iemand niet meer aan de criteria voldoet, kan de cliënt de Wlz verlaten. Die mogelijkheid kent de Wlz nu al onder artikel 3.2.4, aanhef en onder b.”

“Deze afbakening tussen enerzijds de Wmo 2015 en de Zvw en anderzijds de Wlz biedt stabiliteit voor cliënten, omdat hiermee wordt voorkomen dat mensen uit de beoogde Wlz-doelgroep telkens in gesprek moeten over de (on)mogelijkheid om zelfstandig te kunnen participeren.”

Reactie en vragen

Bovengenoemde passages in de MvT ondersteunen onze zienswijze dat het hier gaat om een zeer kwetsbare groep burgers met gezondheidsproblemen op allerlei gebied. Niet altijd is op voorhand te zeggen hoe het klinisch, persoonlijk en/of maatschappelijk herstel van iemand er in de loop der jaren uitziet. Hoe kwetsbaar ook, ggz-professionals willen hun cliënten het uiteindelijke herstelperspectief niet ontnemen en zullen altijd samen met hen en hun naasten kijken wat er - gegeven de ernst van het klachtenpatroon en de mate van regie op diverse levensdomeinen - in de toekomst nog mogelijk is. Deze professionele opvatting en attitude is, ondersteund door wetenschappelijk onderzoek, good practices en ervaringskennis, breed gedragen in de ggz.

Dit laat onverlet, dat de aandoening op het moment van indicatiestelling zodanig invaliderend kan zijn, dat de eigen regie zoals gezegd op nagenoeg alle levensdomeinen afwezig is en er derhalve intensieve zorg, begeleiding en/of ondersteuning nodig is; de cliënt is hierbij continu aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur zorg nabij.

Op dat moment is niet vast te stellen hoe het ziektebeloop, of liever gezegd het herstelproces van de cliënt in de jaren erna verloopt, en ook niet in te schatten of de cliënt op enig moment zonder permanent toezicht of 24 uur zorg nabij zou kunnen. Vanuit de Wlz geredeneerd is de cliënt op het moment van indicatiestelling 'blijvend' aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij en voldoet hij of zij daarmee in juridische zin aan de wettelijke criteria. Gegeven de wens van het werkveld om in uitzonderlijke gevallen ggz-clieñten te kunnen laten uitstromen uit de Wlz volstaat artikel 3.2.4, aanhef en onder b in de huidige Wlz.

Wij hechten belang aan de bovenstaande verwijzing hiernaar in de MvT bij de nieuwe Wlz. Hiermee vervalt ons eerdere pleidooi om het begrip 'blijvendheid' voor de ggz-doelgroep beter te duiden en de wettekst op dit punt eventueel aan te scherpen. Echter, teneinde te voorkomen dat ggz-clieñten tussen wal en schip vallen (Zvw/Wmo/Wlz) verzoeken wij de regering om in overleg met het werkveld en het Centrum voor Indicatiestelling Zorg (CIZ) dit punt in lagere regelgeving nader te concretiseren. Zodoende wordt het risico op een discussie tussen zorgaanbieders, gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren of een cliënt al dan niet thuis hoort in de Wlz verkleind. Hierbij moet specifiek aandacht zijn voor de stoornissen en beperkingen die zich als gevolg van de aandoening manifesteren, de mate van eigen regie van een cliënt op diverse levensdomeinen en het (on)vermogen om op relevante momenten een adequate hulpvraag te stellen.

- 1. Hoe voorkomt de regering (voor de cliënt slepende) discussies tussen zorgaanbieders, gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren of een cliënt al dan niet thuis hoort in de Wlz, met name in relatie tot het aspect 'blijvendheid'?*
- 2. Welke rol krijgt het CIZ in toekomstige situaties, wanneer dit type discussies ontstaan?*
- 3. Hoe wordt straks omgegaan met cliënten met co-morbide of multi-morbide problematiek, zoals het gelijktijdig voorkomen van een psychiatrische aandoening, een (licht) verstandelijke beperking en verslavingsproblematiek?*
- 4. Inzake de afbakening tussen Zvw en Wlz: in de periode tot 2015 hanteerde het CIZ voorliggendheid van behandeling (Zvw) op zorg met verblijf in de AWBZ. Hoe gaat het CIZ vanaf 2020 hier mee om, als gestart wordt met de indicatiestelling?*

Om welke cliënten gaat het? (MvT, pag. 2 – 3)

"Bij het ontwerpen van dit wetsvoorstel heeft de regering afgewogen of jeugdigen met psychische problematiek die voldoen aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz onder de Wlz moeten gaan vallen. Bij deze afweging stond de vraag centraal vanuit welk wettelijk regime de jeugdige de meest passende zorg en/of ondersteuning kan krijgen. De regering heeft ervoor gekozen om geen verandering aan te brengen voor jeugdigen met psychische problematiek die voldoen aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz. De jeugdige is namelijk het meest gebaat bij nabije (vanuit de gemeente georganiseerde) integrale jeugdhulp, zowel voor hemzelf als voor het gezin. Door deze vanuit de Jeugdwet te organiseren, kan beter worden gewerkt aan de gedachte '1 gezin, 1 plan' [...]."

Reactie en vragen

Naar aanleiding van zijn [brief aan uw Kamer](#) d.d. 14 februari jl. heeft u een rondetafelgesprek georganiseerd over jeugdigen in de Wlz. De staatssecretaris blijft immers bij zijn eerdere standpunt, ondanks gesprekken hierover met deskundigen uit het werkveld.

Het rondetafelgesprek op 8 april a.s. biedt u naar verwachting nieuwe inzichten, waar het debat tijdens de behandeling van het wetsvoorstel op dit punt bij gebaat is.

De argumenten van de regering om kinderen en jongeren met psychische problematiek onder de werking van de Jeugdwet te houden zijn namelijk gebaseerd op de huidige inrichting van het zorgstelsel, maar gaan voorbij aan de kenmerken 'onvoldoende eigen regie op nagenoeg alle levensdomeinen', 'onvoldoende of geen probleemoplossend vermogen' en het 'onvermogen om op relevante momenten een adequate hulpvraag te stellen', waardoor permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid (de zorginhoudelijke Wlz-criteria) noodzakelijk zijn. Ofschoon we het erover eens zijn dat de meeste kinderen en jongeren gebaat zijn bij zorg vanuit de Jeugdwet, is er een relatief kleine groep die beter af zou zijn in de Wlz, juist omdat zij voldoen aan de zorginhoudelijke criteria van de Wlz. Daarom vinden wij dat het recht op passende zorg in de Wlz niet moet worden opgehangen aan leeftijd.

Het gaat om de meest kwetsbare kinderen en jongeren

Het gaat om kinderen en jongeren die ons ernstige zorgen baren, omdat zij al op zeer jonge leeftijd te maken krijgen met een ernstig psychiatrische aandoening, al dan niet in combinatie met een (licht) verstandelijke beperking en/of verslavingsproblematiek en zonder permanent toezicht of 24 uur zorg nabij vrijwel direct (opnieuw) in een psychiatrische crisis belanden. Zij hebben nauwelijks of geen eigen regie, onvoldoende of geen probleemoplossend vermogen en zijn niet in staat om een adequate hulpvraag te stellen (zie de bijlage).

Alle inspanningen van zorgaanbieders voor (gesloten) jeugdzorg/jeugd-ggz en andere betrokken partijen ten spijt, lopen deze kinderen en jongeren uiteindelijk veel risico op maatschappelijk verval, omdat zij vaak onbedoeld in de criminaliteit of in de prostitutie belanden of dakloos raken. Het lukt bij uitstek deze groep jeugdigen niet om volgens de huidige optimale zorg met behandeling in de Zvw en begeleiding of ondersteuning vanuit de Wmo overeind te blijven, sociaal te includeren en actief deel te (blijven) nemen aan het maatschappelijk leven. Zij kunnen vaak ook niet terugvallen op een gezin, dat voldoende draagkracht heeft om de juiste steun te bieden, of zelfredzaam genoeg is om de juiste hulp bij elkaar te scharrelen. In enkele gevallen ontbreekt dat gezin zelfs. Zoals gezegd biedt de Wlz juist voor deze meest kwetsbare doelgroep in een vroegtijdig stadium de best passende setting, omdat er vanuit een veilige en beschutte (woon)omgeving vanaf het allereerste moment aandacht is voor de psychiatrische aandoening, al dan niet in combinatie met een andere aandoening, een verstandelijke beperking en/of verslavingsproblematiek of een combinatie hiervan. Omdat het om een relatief kleine doelgroep gaat, zal de instroom in de Wlz beperkt blijven.

Daarom blijven wij bij ons pleidooi om hen niet uit te sluiten en toegang te verlenen tot de Wlz. Wij vinden bovendien dat duidelijk moet worden hoe de kwaliteit en continuïteit van zorg voor deze bijzondere doelgroep straks geregeld is. Onzes inziens heeft de staatssecretaris dat in zijn brief aan uw Kamer onvoldoende uitgelegd.

5. *Waarom sluit de regering kinderen en jongeren jonger dan 18 jaar uit van de Wlz, terwijl zij wel voldoen aan de zorginhoudelijke criteria van de Wlz?*
6. *Welke mogelijkheden zijn er om binnen het wettelijk kader van de Wlz toch een uitzondering te maken voor de relatief kleine groep kinderen en jongeren, die voldoen aan de zorginhoudelijke criteria van de Wlz?*
7. *Wat doet de regering om de kwaliteit en continuïteit van zorg voor deze bijzondere doelgroep te waarborgen?*

Voortgezet verblijf (driejaarscriterium) blijft voorlopig gehandhaafd

5. Voortgezet verblijf (driejaarscriterium) (MvT, pag. 4 - 5)

“In de huidige situatie gaan cliënten die verblijven op grond van hun zorgverzekering vanwege een psychiatrische behandeling na drie jaar over naar de Wlz, indien die zorg op deze wijze moet worden gecontinueerd. Deze cliënten maken gebruik van het zogenaamde ‘voortgezet verblijf’. De Wlz-indicatie geldt voor drie jaar. Na deze drie jaar beoordeelt de behandelaar of de cliënt wederom is aangewezen op behandeling met verblijf. De aanspraak voor deze cliënten is geregeld in artikel 3.2.2 van de Wlz. Door het openstellen van de Wlz voor mensen met een psychische stoornis, kan het voorkomen dat een deel van deze cliënten voldoet aan de zorginhoudelijke toegangscriteria bedoeld in artikel 3.2.1 van de Wlz. Zij krijgen dan een indicatie voor onbepaalde duur.”

“Het Zorginstituut heeft geadviseerd om het voortgezet verblijf, al dan niet op termijn, af te schaffen. Reden hiervoor is dat deze cliënten mogelijk moeten schuiven tussen domeinen. Als uitstroom na drie jaar niet mogelijk is, komt de cliënt voor bepaalde tijd (drie jaar) in de Wlz. Zodra de uitstroom naar thuis of beschermd wonen wel mogelijk is, valt de cliënt onder de Wmo 2015. Iemand die behandeling met verblijf nodig heeft in verband met een psychische stoornis valt dan onder de Zvw, totdat vaststaat dat hij blijvend is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij, al dan niet in combinatie met intramurale behandeling.”

“Om de consequenties voor de risicoverevening in de Zvw in kaart te brengen, is het nodig om het ‘driejaarscriterium’ voorlopig te handhaven. De data die voor zorgvuldige afschaffing noodzakelijk zijn, kunnen pas worden verzameld als de Wlz daadwerkelijk is aangepast. Dan ontstaat pas inzicht in de verschuivingen op zowel macroniveau als op verzekerdenniveau. Daarom wordt in dit wetsvoorstel het driejaarscriterium en dus de aanspraak zoals beschreven in artikel 3.2.2 van de Wlz gehandhaafd. Dit betekent dat op het moment van inwerkingtreding van onderhavig wetsvoorstel mensen met een psychische stoornis tijdelijk op twee manieren toegang kunnen krijgen tot de Wlz. Een cliënt heeft toegang tot de Wlz omdat hij voldoet aan de zorginhoudelijke toegangscriteria of omdat hij is aangewezen op ‘voortgezet verblijf’.”

“Bij voortgezet verblijf is het verblijf noodzakelijk voor de behandeling. Anders gezegd: het verblijf en de behandeling zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. De zorg voor cliënten die aangewezen zijn op voortgezet verblijf kan daarom alleen worden geleverd in de zorg in natura in een instelling (zijnde een psychiatrische ziekenhuis). Vandaar dat bij voortgezet verblijf niet alle leveringsvormen beschikbaar zijn. Dit is geen wijziging ten opzichte van de huidige situatie.”

Reactie en vragen

Wij ondersteunen het advies van het Zorginstituut om het voortgezet verblijf en het driejaarscriterium (het zogenoemde LGGZ-regime onder de Zvw) af te schaffen. Wederom op basis van de zorginhoudelijke criteria, waaraan Wlz-cliënten moeten voldoen. Meestal is dit tijdens het eerste jaar verblijf in de Zvw (behandeling en begeleiding op high & intensive cares en medium cares) al vast te stellen. Zo niet, dan is de Wmo, al dan niet in combinatie met de Zvw, het best passende domein. Zoals gezegd biedt artikel 3.2.4 van de Wlz ook de mogelijkheid om na verloop van tijd uit te stromen naar de Wmo, al dan niet met behandeling in de Zvw. Hierdoor is het LGGZ-regime overbodig. In de dagelijkse praktijk blijken de complexiteit van zorg- en ondersteuningsvragen van cliënten in het LGGZ-regime van vergelijkbare aard als die van cliënten in de Wlz, zij het dat de acute psychiatrische problematiek (een psychiatrische crisis en/of terugvalmomenten naar zo'n crisis) zich in het tweede en derde jaar verblijf (nog) vaker voordoet. Voorts is het zo dat beschermende woonvormen straks ook Wlz-zorg kunnen bieden.

Hierdoor wordt het voor ggz-aanbieders eenvoudiger om behandeling, begeleiding en ondersteuning met verblijf buiten het instellingsterrein om te organiseren, terwijl de cliënt op dat moment nog steeds is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij. Naast de uitbreiding met de leveringsvormen volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) en het persoonsgebonden budget (pgb) biedt de reikwijdte van de nieuwe Wlz dus meer opties om cliënten actief te ondersteunen bij hun persoonlijk en maatschappelijk herstel, terwijl zij zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij.

Dat, zoals in de MvT beschreven staat, behandeling en voortgezet verblijf onlosmakelijk met elkaar verbonden zouden zijn en voortgezet verblijf daarom voorbehouden is aan zorg in een instelling (zijnde een psychiatrisch ziekenhuis), vinden wij vreemd. Andersom geredeneerd kunnen wij ons ook voorstellen, dat ggz-aanbieders vpt en mpt gaan aanbieden op het instellingsterrein, juist om cliënten beter voor te bereiden op een bestaan buiten de instelling, hetzij in een beschermende woonvorm of (begeleid) zelfstandig thuis.

Gegeven het bovenstaande kan de MvT in juridische zin problemen veroorzaken. Immers, ervan uitgaande dat niet slechts een deel, maar de meeste cliënten in het LGGZ-regime met voortgezet verblijf met dezelfde complexe zorg- en ondersteuningsvragen te maken hebben als cliënten in de Wlz, voldoen zij als vanzelf aan de zorginhoudelijke criteria van de Wlz (zo niet, komen zij in aanmerking voor de Wmo, al dan niet in combinatie met de Zvw). Hierdoor kunnen deze cliënten verstoken blijven van vpt en mpt. In dat geval wordt (wederom) het gelijkheidsbeginsel geweld aangedaan. Wij kunnen ons voorstellen dat de regering het argument aanvoert dat het hier om cliënten gaat in een ander wettelijk domein, namelijk de Zvw, en dat het gelijkheidsbeginsel daarom niet opgaat voor deze groep cliënten. Dat lijkt ons in strijd met het uitgangspunt dat iedere cliënt toegang krijgt tot de Wlz als hij of zij voldoet aan de zorginhoudelijke criteria van de Wlz. En zoals gezegd, dat geldt voor een aantal van deze cliënten al in het eerste jaar verblijf binnen de instelling.

Het belangrijkste argument voor de regering om 'voortgezet verblijf' en het 'driejaarscriterium' voorlopig te handhaven zijn zogenoemde uitvoeringsaspecten, en dan met name de gevolgen voor de risicoverevening. Voor de risicoverevening van de Zvw is het van belang hoeveel en welke verzekerden de Wlz in- en uitstromen. Het gaat volgens de MvT immers om verzekerden met hoge kosten. Alhoewel wij ons kunnen voorstellen dat dit goed in kaart gebracht moet worden, vragen wij ons af hoe groot dit probleem nu werkelijk is, omdat cliënten in het onderhavige geval de Zvw verlaten. De MvT behoeft verduidelijking op dit punt. Wij denken overigens dat op dit moment al een inschatting te maken is van de aantallen cliënten die zullen instromen in de Wlz en dat er pragmatische oplossingen te bedenken zijn voor mogelijke problemen in de vereveningsystematiek voor de komende jaren. Daar hoeven ons inziens 'voortgezet verblijf' en het 'driejaarscriterium' niet voor blijven te bestaan, zeker niet op basis van de inhoudelijke argumenten die wij hiervoor hebben aangevoerd. Cliënten zijn erbij gebaat zo snel mogelijk de best passende zorg te krijgen, ook als dit nog jaren in beslag neemt en zij aangewezen zijn op de Wlz.

Een alternatief zou kunnen zijn om de wet op dit punt al wel aan te passen, maar te kiezen voor een latere ingangsdatum, als alle consequenties in kaart gebracht zijn en met de betrokken partijen een transitieperiode is afgesproken en/of geregeld.

8. *Waarom doorgaan met voortgezet verblijf en het driejaarscriterium, als cliënten voldoen aan de zorginhoudelijke criteria van de Wlz?*
9. *Hoe rijmt de regering het gelijkheidsbeginsel met de verschillende uitvoeringsconsequenties voor de groep cliënten die voldoet aan de zorginhoudelijke criteria enerzijds, en de groep cliënten die de Wlz instroomt op basis van voortgezet verblijf anderzijds?*
10. *Welke andere (pragmatische) mogelijkheden zijn er om het probleem met de risicoverevening te tackelen?*

Behandeling in de Wlz

6. Het verzekerde pakket (MvT, pag. 5 - 6)

“Eén van de zorgvormen die onderdeel uitmaakt van het verzekerde pakket op grond van de Wlz is behandeling. In de Wlz is behandeling als volgt omschreven: behandeling omvat geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde. Indien iemand verblijft in een instelling en daar specifieke behandeling ontvangt, komt naast deze behandeling ook algemeen medische zorg ten laste van de Wlz. Hieronder valt onder andere geneeskundige zorg van algemeen medische aard, farmacie, hulpmiddelen en tandzorg.”

“Het Zorginstituut adviseert dat alle cliënten bij institutionele zorg een integraal pakket ontvangen vanuit de Wlz, inclusief algemeen geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en tandheelkunde. Het Zorginstituut concludeert in haar aanvullende advies voor cliënten met een psychische stoornis van 7 maart jl. dat dit advies ook van toepassing is voor de groep cliënten met een psychische stoornis. Voor het Zorginstituut is hierbij doorslaggevend dat een belangrijk deel van de doelgroep is aangewezen op integrale zorg.”

“Over de opvolging van de adviezen van het Zorginstituut heeft de regering op het moment van het ontwerpen van dit wetsvoorstel nog geen besluit genomen. In dit wetsvoorstel wordt voor de zorgvorm behandeling, als het gaat om cliënten met een psychische stoornis, aangesloten bij de huidige Wlz-praktijk sinds 2015. In de inkoop door de Wlz-uitvoerder zal, net als bij de ouderenzorgsector en de gehandicaptensector, onderscheid gemaakt worden in zorgzwaartepakketten (plekken) met en zonder behandeling. Indien het gaat om een plek zonder behandeling zal de specifieke behandeling wel vanuit de Wlz bekostigd worden. De NZa is gevraagd hiervoor een passende bekostigingssystematiek te ontwerpen. In het geval het gaat om algemeen medische zorg, zoals de huisarts, tandarts of geneesmiddelen, dan wordt deze zorg bekostigd vanuit de Zvw.”

Reactie en vragen

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

Dat heeft onzes inziens geleid tot een zorgvuldig uitgewerkt document. Hieruit blijkt dat opvolging van het advies van het ZiN leidt tot mogelijk nadeel voor cliënten en tot nadelige organisatorische consequenties voor met name zorgaanbieders van beschermd wonen.

In [onze reactie op de uitvoeringstoets](#) van de NZa zeggen wij ons niet te kunnen vinden in integrale bekostiging van behandeling door middel van een integrale prestatie. Tevens hebben we de voorkeur uitgesproken voor twee van de vier door de NZa onderzochte alternatieve bekostigingsmodellen:

- a. Een model, waarin sprake is van meerdere prestaties voor woonzorg en specifieke behandeling en/of algemeen geneeskundige zorg, waarbij de verantwoordelijkheid van coördinatie van zorg bij meerdere zorgaanbieders komt te liggen.
- b. Een model, waarin sprake is van één prestatie voor woonzorg via de Wlz en behandeling via de Zvw, waarbij de verschillende zorgaanbieders beter kunnen acteren op de specifieke behoeftes van de cliënt en de variatie in zorgvraag.

Ofschoon de uitvoeringsconsequenties van integrale bekostiging voor cliënten naar verwachting fors zijn, blijft de regering op het standpunt dat dit het beste past binnen het wettelijk kader van de Wlz en wil zij geen uitzondering maken voor de ggz t.o.v. de gehandicaptenzorg en ouderenzorg. Vanuit het gelijkheidsbeginsel bezien kunnen wij ons dat voorstellen, zeker als het gaat om de toegang tot en aanspraak op Wlz-zorg. Het gaat ons niet om de aanspraak op Wlz-zorg, maar om de bekostiging en de consequenties voor de organisatie ervan: de regie over en verantwoordelijkheid voor alle zorg wordt belegd bij een en dezelfde zorgaanbieder. Wij vragen ons af hoe we dat zo eenvoudig mogelijk kunnen regelen, zonder dat cliënten hier het nadeel van ondervinden en zonder dat zorgaanbieders geconfronteerd worden met eventuele reorganisaties (het binnenhalen van nieuwe disciplines) en een verhoging van de administratieve lastendruk (door zogenoemde hoofd- en onderaanneemconstructies).

11. *Hoe zorgt de regering ervoor, dat we met de organisatie van integrale Wlz-zorg doelgericht en doelmatig kunnen blijven behandelen, begeleiden en ondersteunen in wijken en buurten?*
12. *Hoe voorkomt de regering dat de organisatie van integrale Wlz-zorg zo complex wordt, dat zorgaanbieders moeten reorganiseren en de administratieve lastendruk toeneemt?*
13. *Hoe waarborgt de regering de keuzevrijheid van cliënten op het gebied van dagbesteding en behandeling?*
14. *Hoe gaan we straks om met cliënten die nu ggz behandeling van de huisarts krijgen?*
15. *Welke mogelijkheden bieden de leveringsvormen ‘volledig pakket thuis’, ‘modulair pakket thuis’ en het persoonsgebonden budget in dit opzicht? Is de regering bereid om te onderzoeken wat dit betekent voor ggz-cliënten en wat de impact hiervan is op de organisatie van beschermd wonen?*
16. *Welke mogelijkheden biedt een eenvoudiger bekostigingsmodel, waarbij de integrale Wlz-zorg modulair geordend is, de betrokken zorgaanbieders elk verantwoordelijk zijn voor hun eigen deel daarin (aparte prestaties) en zij daarover afspraken maken met het zorgkantoor (vergelijkbaar met model a hierboven)?*

Financiën

7. Nieuwe zorgprofielen, tarieven en effect op de budgettaire consequenties (MvT, pag. 9)

“Bij bovenstaande berekeningen is de aanname gemaakt dat in 2021 dezelfde zorgprofielen en bijbehorende tarieven gelden als in 2017. Bureau HHM onderzoekt welke zorgprofielen aansluiten bij de zorgvraag van cliënten met een psychische stoornis die op basis van de zorginhoudelijke toegangscriteria toegang krijgen tot de Wlz. Aan de NZa zal vervolgens worden gevraagd bijbehorende prestaties en tarieven te ontwikkelen bij deze nieuwe zorgprofielen. Deze resultaten verwachten wij uiterlijk begin 2019. Mocht dit advies aanleiding geven om de financiële consequenties bij te stellen, dan wordt de raming van de kosten van de Wlz daarop aangepast.”

Reactie en vragen

Om met de laatste zin van bovenstaand citaat uit de MvT te beginnen: dat stelt ons gerust. De vraag is echter welke opdracht de NZa van het ministerie van VWS krijgt met betrekking tot de doorrekening van de zorgprofielen die door HHM ontwikkeld zijn. We verwachten dat de NZa op problemen stuit bij het doorrekenen hiervan, omdat het behandel-, begeleidings- en ondersteuningsaanbod in deze profielen nog onvoldoende gespecificeerd is. Bovendien ontbreekt een kwalitatieve norm per zorgprofiel, dat wil zeggen dat niet duidelijk wordt hoeveel formatie van welke discipline(s) je daarbij passend inzet om de gewenste kwaliteitszorg per zorgprofiel te leveren. Wij stellen voor om dit vraagstuk normatief te benaderen.

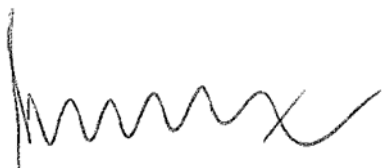
Hiervoor is nodig dat cliënten, familie of andere direct betrokkenen en het werkveld gevraagd wordt wat goede zorg is voor de diverse groepen cliënten in de Wlz, gebaseerd op wetenschappelijke kennis, good practices en ervaringskennis. Pas daarna kan de NZa starten met rekenen, de kostprijzen bepalen en daar de tarieven op afstemmen.

We vermoeden dat dit tijd in beslag neemt, maar het is zorgvuldig, want vertrekt vanuit de zogenoemde ‘patient journey’ en zorgt voor een verantwoorde koppeling tussen zorgvraag en zorgaanbod. GGZ Nederland, de RIBW Alliantie en Federatie Opvang hebben voldoende materiaal ontwikkeld om mee te helpen met de ontwikkeling van een normatief model.

- 17. Hoeveel ruimte is er nog gedurende het wetstraject om samen met het werkveld tot een zorgvuldige opbouw van zorgprofielen en prestaties in de ggz te komen, waarbij de zorgvraag en het zorgaanbod op elkaar zijn afgestemd, gebaseerd op de ‘patient journey’ door het Wlz-zorglandschap? Welke afspraken zijn hierover te maken?*
- 18. Welke afspraken zijn er gemaakt met het ministerie van Financiën over de ontwikkeling van prestaties en tarieven in de Wlz voor de ggz?*
- 19. In hoeverre dekken de door HHM ontwikkelde zorgprofielen de zorg- en/of ondersteuningsvragen af van cliënten met co-morbide of multi-morbide problematiek? En kan het CIZ hier straks bij de indicatiestelling mee uit de voeten?*
- 20. Er is straks een groep cliënten die meerdere grondslagen heeft (somatische, psychiatrische en verstandelijke beperking). Welke grondslag is leidend voor het zorgprofiel van deze mensen? Gaat men gebruik maken van zorgprofielen in de verpleeghuis- en gehandicaptensector?*

Indien u vragen hebt over bovenstaande, kunt u contact opnemen met Gerard van Unen (senior beleidsadviseur bij GGZ Nederland), via 06 52 48 37 27.

Met vriendelijke groet,



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



drs. J.P. Laurier
voorzitter Federatie Opvang



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