Aan de Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Datum	Bijlage(n)
9 september 2019	--
Contactpersoon	Doorkiesnummer
Onderwerp	Ons kenmerk
Reactie branches op het Consultatiedocument bekostiging ggz in Wlz	FO19-038

Geachte mevrouw N.-G, beste M.,

Deze reactie op het consultatiedocument zenden we namens de RIBW Alliantie, Federatie Opvang en GGZ Nederland. Dank voor de gelegenheid om uitgebreid te kunnen reageren op de mogelijke bekostigingsmodellen voor ggz (beschermd wonen) in de Wlz. Onze reactie is opgesteld in samenspraak met leden van de branches. Het perspectief van cliënten is leidend bij onze reactie. Dat perspectief vinden we van belang als het gaat om het mogelijk maken van keuzen qua woonplek, dagbesteding en behandeling. Dat perspectief is ook leidend als het gaat om het beperken van administratieve lasten: hoe minder geld opgaat aan administratieve kosten, des te meer blijft beschikbaar voor zorg voor cliënten. Bij de beantwoording van de vragen gaan wij ook uit van de informatie zoals die op dit moment beschikbaar is. Gezien de gerezen onduidelijkheid, zie ook onze eerdere brief hierover, kunnen wij helaas nog niet alle gevolgen overzien. Wij hebben bij de beantwoording van de vragen getracht zoveel mogelijk gevolgen in beeld te brengen.

Alvorens in te gaan op de in het Consultatiedocument gestelde vragen willen we een aantal kwesties aan de orde stellen.

1. Ingewikkelde consultatie

Bij het doorgronden van het consultatiedocument hebben we moeite gehad om goed te begrijpen op basis van welke argumenten keuzes zijn gemaakt. In het document treffen we stellingen aan waarvoor we de onderbouwing niet kunnen terugvinden. Zo stelt de Nza op pagina 18 "*Bij beschermde woonomgevingen zullen naar verwachting met name cliënten vanuit de Wmo instromen. De administratieve lasten zijn hen het laagst als woonzorg en specifieke behandeling aparte prestaties zijn, waarbij specifieke behandeling niet per dag maar per consult kan worden gedeclareerd zoals beschreven bij bekostigingsmodel 3.*" Waarom de administratieve lasten bij aanbieders BW het laagst zijn in model 3, staat niet nader uitgewerkt.

Hetzelfde geldt voor de stelling op pagina 18: "*Bekostigingsmodellen 1 en 2 hebben grote uitvoeringsconsequenties voor een beschermde woonomgeving aangezien deze zorgaanbieders nu*

niet verantwoordelijk zijn voor de specifieke behandeling en aanvullende geneeskundige zorg. Zij coördineren en declareren deze zorg nu niet. Voor deze zorgaanbieders past het werken met meerdere prestaties voor woonzorg, specifieke behandeling en algemeen geneeskundige zorg (model 3) het beste bij de huidige uitvoeringspraktijk". Deze stelling wordt niet onderbouwd in de Uitvoeringstoets . Op dit moment is het inderdaad zo dat beschermd wonen (BW) aanbieders behandeling niet leveren en declareren. In veel gevallen coördineren zij de behandeling en woonzorg wel. Het zijn de aanbieders BW die zorgen dat er samenwerking met behandelaren en behandel-organisaties plaatsvindt. De (niet wettelijke geregelde) afstemming van zorg voor een cliënt (zowel Wmo als Zvw) wordt in de praktijk nu uitgevoerd door medewerkers van aanbieders BW. We vinden de uitvoering van de coördinatie van zorg door de aanbieder BW een belangrijk criterium dat in de nieuwe bekostiging moet worden meegenomen.

2. Keuze voor modellen in de Uitvoeringstoets (Uvt)

In de Uvt staan vier modellen beschreven. Daarvan zijn twee modellen uitgewerkt (modellen 1 en 3). Wij gaan ervan uit dat er verschillende modellen naast elkaar mogelijk worden. Model 1 is het model dat van toepassing is op de huidige praktijk van de geïntegreerde ggz instellingen, waarbij klinisch verblijf voor cliënten medisch noodzakelijk is voor geneeskundige zorg (en dus niet op basis van zorginhoudelijke criteria toegang WLZ). Dit model sluit aan op de huidige bekostiging via zzp b – voortgezet verblijf in de Wlz na het overschrijden van de 3-jaarsgrens in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Tijdens de bijeenkomst op 5 juli 2019 heeft de Nza aangegeven dat dit model in stand zou blijven om de continuïteit van zorg en behandeling in geïntegreerde ggz instellingen te waarborgen. Voor de Uvt is dit min of meer een gegeven. Daarvan uitgaande sluit de uitwerking van het model aan bij de huidige praktijk en zal naar onze verwachting niet tot uitvoeringsproblemen leiden.

Dit model is echter niet relevant voor de aanbieders van beschermd wonen en sluit ook niet aan op de huidige praktijk van bekostiging van beschermd wonen in de Wmo2015 of de Wet forensische zorg. Daarnaast heeft de minister in zijn brief aangegeven het advies, dat de algemeen medische zorg bij institutionele zorg onderdeel behoort te zijn van de verzekerde Wlz-zorg, niet op te volgen.[1] In de Uvt had de uitwerking van dit model beperkt kunnen blijven.

Model 4 is een bekostigingsmodel (één prestatie voor woonzorg) dat niet mogelijk is vanwege de door de minister gemaakte keuze ten aanzien van de functie behandeling in de Wlz (brief van 11 april 2019). Dit model van één prestatie voor woonzorg had de voorkeur van de aanbieders BW. In een bestuurlijk overleg van 20 juni 2019 heeft de staatssecretaris van VWS aan ons aangegeven dat dit model er niet komt. Wat ons betreft kan dit model worden weg gelaten uit de toets, omdat het niet meer relevant is en de schijn wekt van een mogelijkheid die er niet is.

Voor de aanbieders BW zijn de modellen 2 en 3 het meest relevant (want model 1 past bij geïntegreerde ggz aanbieders, waarbij klinisch verblijf medisch noodzakelijk is voor geneeskundige zorg en model 4 is geen optie meer, zie hierboven). In het consultatiedocument laat de Nza model 2 verder buiten beschouwing. Wij zien geen argumenten om model 2 buiten beschouwing te laten en bevelen aan deze alsnog toe te voegen aan de uitvoeringstoets, temeer daar in dit model de administratieve lasten voor de BW aanbieders het meest beperkt kunnen worden omdat van één

[1] https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/04/11/kamerbrief-over-standpunt-positionering-behandeling-in-de-wlz

geïntegreerd pakket en tarief wordt uitgegaan en niet van losse prestaties, die elk afzonderlijk gedeclareerd moeten worden.

3. Toetsingscriteria

De weging van de toetsingscriteria is ons niet duidelijk. In tabel 2 op pagina 21 is met plussen en minnen aangegeven welk model positief of negatief scoort op de criteria van de diverse partijen. We hebben geen goed zicht op de weging van de criteria. Waarom een model wel of niet voldoet aan de criteria is in de Uvt niet inzichtelijk gemaakt. Model 1 is niet van belang voor de branches FO en RIBW Alliantie, maar wel voor GGZ Nederland. Model 2 is niet meegenomen in de toetsing. De branches hebben niet helemaal gelijke belangen als het om de modellen 1 en 3 gaat. Toch staan zij als één groep in de tabel vermeld. De waarde van deze tabel is ons niet duidelijk.

4. Modellen toetsen aan werkelijkheid

Tijdens de werkbijeenkomst op 5 juli 2019 is vanuit de aanbieders het voorstel gedaan om de modellen te doordenken vanuit het perspectief van een cliënt. Op dat moment waren de gepresenteerde vier modellen niet goed toetsbaar, omdat deze nog een schetsmatig karakter hadden. Na de bijeenkomst is ons gebleken dat zowel aanbieders als zorgkantoren een ongemakkelijk gevoel hadden bij het theoretische gehalte van de modellen. Onze suggestie is om alsnog de modellen te toetsen aan een reële casus zoals hieronder geschetst.

Anna is 47 jaar en woont al 20 jaar in een beschermde woonomgeving. Haar diagnose luidt schizofrenie (psychotische stoornis). Daarnaast is ze langdurig verslaafd geweest aan opiaten. In haar jeugd is Anna seksueel misbruikt, daarvan heeft zij trauma overgehouden en angststoornissen. Haar jeugd werd gekenmerkt door uithuisplaatsingen en opnames in de (gesloten) ggz. Het langdurig gebruik van psychofarmaca heeft geleid tot vermindering van de cognitieve functies. Anna woont in een locatie voor beschermd wonen met meerdere mensen en beschikt over een eigen kleine studio. Vier dagdelen per week werkt ze op een zorgboerderij buiten de stad. Ze houdt ervan om dieren te verzorgen en buiten te zijn. Vanuit het FACT team krijgt Anna ambulante behandeling aan huis. Haar vaste behandelaar in het FACT team heeft geconstateerd dat Anna last heeft van het trauma dat zij in haar jeugd heeft opgelopen. Anna staat nu op de wachtlijst voor EMDR behandeling. De verslavingszorg verzorgt de methadonbehandeling om terugval in gebruik van opiaten te voorkomen. Het team van persoonlijk begeleiders in de BW woonvorm coördineert alle zorg en ondersteuning. Het inkomen van Anna bestaat uit een Wajong uitkering; een stichting voor budgetbeheer zorgt voor alle financieel administratieve zaken waar Anna mee te maken heeft, zoals betaling van eigen bijdragen, zorgpremie, toeslagen e.d.

Wat zijn de uitvoeringsgevolgen voor aanbieders bij toepassing van de bekostigingsmodellen op de zorgvraag van Anna? Welke effecten hebben de verschillende modellen op de werkelijke administratieve lasten?

Voor de aanbieders BW zijn vooral de werkelijke administratieve lasten bij verantwoording cruciaal: het verantwoorden in losse prestaties of in zorgdagen maakt daar het verschil. In model 3 wordt uitgegaan van bekostiging en verantwoording via losse prestaties via de Zvw-parameters en bij model 2 in zorgdagen parallel aan dagbesteding. De keuze voor model 3 gaat naar onze mening, vanwege de voorgestelde verantwoording in losse prestaties volgens Zvw –parameters, resulteren in onnodige en vermijdbare administratieve lasten voor BW aanbieders.

5. Antwoorden op de consultatievragen

Consultatievraag 1 in paragraaf 3.2:

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

De branches kunnen niet spreken voor de zorgkantoren. Deze vraag is wel van belang voor de behandelaren die door GGZ Nederland worden vertegenwoordigd. Deze vraag is niet relevant voor de aanbieders BW die lid zijn van de Federatie Opvang en RIBW Alliantie. GGZ Nederland merkt hier op dat een belangrijk criterium voor behandelaren is of het bekostigingsmodel het flexibel op- en afschalen van zorg mogelijk maakt of juist hindert?

Consultatievraag 2 in paragraaf 4.1:

Hoeveel tijd kost het om de declaratiestandaard iWlz42 aan te laten passen zodat per 2021 de integrale prestaties ggz-b (zie hoofdstuk 5) gedeclareerd kan worden?

Zodra de declaratiestandaard aangepast is hebben zorgaanbieders tijd nodig om de aangepaste declaratiestandaard te implementeren. De implementatie is mede afhankelijk van de tijd die leveranciers nodig hebben om systemen van aanbieders aan te passen. Onze verwachting is dat BW aanbieders met een integrale prestatie ongeveer een half jaar de tijd nodig hebben om de aangepaste declaratiestandaard te implementeren. We vragen aandacht om met deze tijd voor implementatie (bovenop aanpassing) door zorgaanbieders rekening te houden

Consultatievraag 3 in paragraaf 4.2:

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

Het valt ons op dat de termen in de consultatievraag anders zijn dan in de tekst van het document. In het consultatiedocument (pag 17) wordt bij model 3B gesproken van inhoudelijke afstemming tussen de zorgaanbieder van de woonzorg en de behandelaar. In de consultatievraag gaat het over coördinatie. Wat bedoelt de Nza hier precies mee? Inhoudelijke afstemming tussen aanbieder BW en behandelaren vindt nu ook plaats. Men is al gewend integraal te werken, frequent MDO's te organiseren met GGZ-behandelaren (en overige betrokken professionals). Ook bij andere tijdelijke behandelinterventies is er normaliter afstemming tussen woonzorgafdeling en therapeut (denk bijv. aan agressieregulatietherapie). De impact hangt natuurlijk af van wat er onder inhoudelijke coördinatie wordt verstaan. Wij zijn voor een model waarin elke aanbieder een coördinerende taak heeft. Met één partij die overkoepelend de zorg coördineert. We adviseren om in het tarief rekening te houden met de tijd die coördinatie vraagt. Coördinatie zou wel forse impact kunnen hebben wanneer er veel extra registratie en rapportage moet komen om aan te tonen dat deze rol goed is ingevuld.

Consultatievraag 4 in paragraaf 4.2:

Hoe lang duurt het om de declaratiestandaard iWlz43 aan te laten passen zodat per 2021 de prestatie(s) specifieke behandeling (zie hoofdstuk 5) gedeclareerd kan worden?

Bij benadering is een periode van 9 maanden gemoeid met deze aanpassingen. Zorgaanbieders hebben tijd nodig de aangepaste declaratiestandaard te implementeren. In geval van specifieke prestaties verwachten wij dat aanbieders ongeveer driekwart tot een jaar nodig hebben om de aangepaste declaratiestandaard te implementeren.

Consultatievraag 5 in paragraaf 4.2:

Heeft u nog aanvullingen op de beschreven uitvoeringsgevolgen?

We willen weten of het mogelijk wordt om bij model 3A collectieve afspraken te maken tussen de aanbieder BW en de grotere ggz aanbieders? Of is het scenario dat per cliënt individuele contracten met behandelaren worden gesloten, waarbij de behandeling per minuut wordt geregistreerd en gedeclareerd?

We vinden het wenselijk dat de nieuwe bekostigingssystematiek aansluit / aan gaat sluiten bij de (te ontwikkelen) profielen in de forensische zorg en vragen aandacht van de Nza hiervoor.

We willen het belang aanhalen van toegankelijke basis gezondheidszorg. Door huisartsenzorg in de Zvw te laten kunnen cliënten niet zomaar geweigerd worden door huisartsen. Zo zien we in de gehandicaptenzorg dat huisartsen Wlz-cliënten in de GHZ verwijzen naar de AVG-arts. De toegankelijkheid van basisgezondheidszorg wordt hiermee beperkt.

In het geval waarin de aanbieder BW en de behandelaar het niet eens zijn over het beleid: wie lost dan de impasse op? De cliënt heeft hier geen invloed op.

Wie is eindverantwoordelijk voor de medische behandeling? Hoe is de verantwoordelijkheid en (tuchtrechtelijke) aansprakelijkheid verdeeld over de aanbieder BW en de behandelaar?

Bij vergelijking van de gepresenteerde modellen 1 en 3A/B (met inachtneming van het feit dat model 2 niet is uitgewerkt in het consultatiedocument, zie onder punt 2 hierboven):

De modellen 3a en 3b geven meer flexibiliteit dan model 1 in het organiseren van goede zorg. Modellen 3a en 3b zijn meer in lijn met zorg op maat en zijn klantvriendelijk omdat in deze modellen meer leveringsvormen beschikbaar zijn en er keuzevrijheid is in het samenstellen van het zorgpakket. Van belang is de diverse leveringsvormen in stand te houden (ZZP, VPT en MPT) zodat we zorg op maat kunnen bieden. Hierbij willen wij benadrukken dat er kostendekkende tarieven voor zowel de woonzorgcomponent als de behandeling van cruciaal belang is om kwalitatief goede zorg aan cliënten te kunnen bieden.

De modellen 3a en 3b zijn (tov model 1) het best toepasbaar voor aanbieders BW die instroom verwachten vanuit de huidige populatie Wmo. Ten opzichte van de huidige inrichting van de Wmo hebben modellen 3a en 3b de minste impact.

Consultatievraag 6 in paragraaf 5.3:

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

We vragen aandacht voor het feit dat deze uitdaging in model 3a bij de woonzorgaanbieder komt te liggen. Hoe gaan woonzorgaanbieders in model 3a regie houden op het voorkomen van budgetoverschrijdingen? We veronderstellen dat indien model 2 wordt uitgewerkt en de tarieven daarin gebaseerd worden op gemiddelden, het risico op overschrijding zal afnemen. Voor het overige is de beantwoording van deze vraag zaak van de zorgkantoren.

Consultatievraag 7 in paragraaf 5.4:

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

Wij maken ons ernstige zorgen over de uitvoeringsgevolgen van deze tijdelijke workaround. In bijgaande brief die ZN mede namens de branches aan het ministerie van VWS heeft gezonden staan deze zorgen uitvoerig beschreven. Wij voegen deze brief als bijlage toe ten behoeve van het antwoord op consultatievraag 7. Verder merken we hier op dat de workaround niet speelt in het geval waarin model 2 wordt uitgevoerd.

Consultatievraag 8 in paragraaf 5.4:

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

Wij maken ons ernstige zorgen over de uitvoeringsgevolgen van deze tijdelijke workaround. In bijgaande brief die ZN mede namens de branches aan het ministerie van VWS heeft gezonden staan deze zorgen uitvoerig beschreven. Wij voegen deze brief als bijlage toe ten behoeve van het antwoord op consultatievraag 8.

Consultatievraag 9 in paragraaf 5.4:

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

Het heeft onze voorkeur om in het geheel geen tijdelijke work around in te voeren, zie ook de brief van ZN en branches als antwoord op de consultatievragen 7 en 8.

Consultatievraag 10 in paragraaf 5.6:

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

Zorgkantoor, GGZ Nederland, RIBW Alliantie, BW aanbieder(s), Geïntegreerde GGZ instelling(en). Wellicht CIZ en het CAK.

Met vriendelijke groet,

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

de heer drs. J.P. Laurier
voorzitter Vereniging Federatie Opvang

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