Zorgverzekeraars Nederland

Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Onderwerp	B-19-5065 Reactie schriftelijke consultatie bekostiging GGZ in de Wlz
Datum	23 augustus 2019
Uw kenmerk	
Ons kenmerk	B-19-5065
Contactpersoon	

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM Zeist
030 698 89 11
info@zn.nl
www.zn.nl

Geachte mevrouw N.-G., beste M.,

Op 2 augustus jl. ontvingen wij het consultatiedocument "Toegang tot de Wet langdurige zorg voor mensen met een psychische stoornis, Bekostiging ggz Wlz" met het verzoek om voor 26 augustus te reageren. Hieronder geven wij graag reactie op de tien gestelde consultatievragen, daarnaast hebben wij n.a.v. de werkgroep behandeling van 20 augustus jl. onze reactie aangepast. Hiervoor schetsen wij enkele uitgangspunten voorafgaand aan de daadwerkelijke beantwoording van de consultatievragen.

Uitgangspunten

Bij het beantwoorden van de consultatievragen, zijn zorgkantoren – na de toelichting van het Zorginstituut (hierna: ZIN) over de definitie van behandeling (werkgroep behandeling dd. 20 augustus) – uitgegaan van de volgende uitgangspunten:

1. Het ZIN heeft toegelicht dat er niet twee maar **drie vormen van behandeling** zijn voor de groep cliënten die vanwege de grondslag psychische stoornis inhoudelijk toegang krijgt tot de Wlz. Deze drie vormen van behandeling zijn: 1) specifieke behandeling, 2) behandeling zoals klinisch psychologen en psychiaters deze plegen te beiden en 3) algemeen geneeskundige zorg. In het consultatiedocument wordt er over twee typen behandeling gesproken. Met deze laatste inzichten wordt met specifieke behandeling binnen het consultatiedocument nu het volgende bedoeld:

Definitie behandeling in consultatiedocument		Definitie behandeling zoals toegelicht door ZIN
Specifieke behandeling	→	Behandeling zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden
Algemeen geneeskundige zorg	→	Algemeen geneeskundige zorg
		Ontbreekt in consultatiedocument Specifieke behandeling (ook wel de modulaire prestaties voor behandeling gedragswetenschapper, paramedisch etc. voor de andere sectoren)

Specifieke behandeling zoals bedoeld door het ZIN is daarmee nog geen onderdeel van het consulatie document zoals deze nu voor ligt.

2. De **definitie van behandeling**, hebben wij als volgt geïnterpreteerd: wanneer gesproken wordt over de 'behandeling zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden' dan wordt er door het ZIN niet zozeer verwezen naar de type behandelaren die deze zorg bieden, maar naar de achterliggende kwaliteitsstandaarden, richtlijnen en kwaliteitsstatuten.
   In het geval van de specifieke behandeling wordt door het ZIN verwezen naar de Wlz-zorg die in het kader van de andere grondslagen ook aan Wlz- cliënten gegeven wordt. Deze zorg kan alleen geboden worden wanneer er interactie met andere behandelaren nodig is om de specifieke zorg aan deze Wlz- cliënten te geven. Kort gezegd heeft het ZIN toegelicht dat dit alle behandeling betreft met uitzondering van de behandeling door huisartsen en medisch specialisten. Opname in de tweede lijn valt ook nooit onder de Wlz.

3. In de kamerbrief[1] over het besluit ten aanzien van de positionering van behandeling, werd eerder gesproken over: "het wetsvoorstel regelt dat [beschermende zorgaanbieders] verantwoordelijk worden voor de organisatie en bekostiging van (in ieder geval) de specifieke behandeling". In de werkgroep behandeling dd. 20 augustus is aangegeven dat deze zinsnede foutief is. Beschermende zorgaanbieders die alleen woonzorg regelen, worden **niet vanzelfsprekend inhoudelijk verantwoordelijk voor de organisatie en bekostiging van behandeling**. Er is een onderscheid tussen de aanspraken van de cliënt en de levering door zorgaanbieders. In model 3, zoals de NZa heeft uitgewerkt, is er een duale verantwoordelijkheid tussen zorgaanbieder van de woonzorg en zorgaanbieder van de behandeling (die door twee aparte entiteiten geboden kan en mag worden).

4. Het ZIN heeft toegelicht dat wanneer er sprake is van een aanbieder die zowel de woonzorg als de behandeling levert (in dit geval de vormen 'behandeling zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden' als 'specifieke behandeling') deze ook de algemeen geneeskundige zorg moet leveren. Dit is vastgelegd in de wet. Dit wordt ook in het consultatiedocument benoemd.

5. In de werkgroep behandeling dd. 20 augustus is toegelicht dat het consultatiedocument als bedoeling heeft dat alle modaliteiten (integrale en modulaire bekostigingsmodellen) uitgewerkt en ingevoerd worden. Op die manier kunnen zorgkantoren en zorgaanbieders (zowel geïntegreerde instellingen, beschermende woonomgevingen als individuele behandelaren) **maatwerkafspraken** per regio maken.

In de toelichting tijdens de werkgroep hebben het ZIN en VWS aangegeven dat er nog veel onduidelijkheid is over de precieze definitie van behandeling. De onduidelijkheid zit met name in de uitwerking van de uitgangspunten. Enkele vragen:

- Valt de behandeling zoals psychologen en psychiaters plegen te bieden alleen onder de Wlz als mensen vanwege een psychische stoornis een Wlz-indicatie hebben of geldt het ook voor andere klantgroepen in de Wlz?
- Valt een tijdelijke opname vanuit een RIBW in een GGZ-kliniek onder de Zvw of onder de Wlz?

Duidelijkheid over deze punten komt er pas na het opleveren van een advies aangaande dit consultatiedocument. Deze duidelijkheid kan leiden tot een herziening van de reactie op de voorliggende consultatie.

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

Algemene opmerkingen over inhoud en proces

Alvorens we ingaan op de beantwoording van de consultatievragen willen we een aantal algemene opmerkingen maken, die de beantwoording van de consultatievragen 'kleurt':

- Zoals in bovenstaande uitgangspunten aangegeven verwijst het ZIN in de definitie van behandeling naar de onderliggende zorgstandaarden, richtlijnen en kwaliteitsstatuten. Deze zorgstandaarden, richtlijnen en kwaliteitsstatuten, zijn nu geschreven met oog op de cliënt binnen de Zvw. Wij willen dan ook opmerken dat we het een groot gemis vinden dat er geen zorgstandaarden, richtlijnen en/of kwaliteitsstatuten zijn voor de toekomstige Wlz GGZ cliënt. Wij gaan er vanuit dat er een groot verschil is tussen de cliënten die zorg ontvangen binnen de Zvw en de cliënten die straks zorg ontvangen vanuit de Wlz. Wij missen dan ook een inhoudelijke discussie over wie de Wlz GGZ cliënt is en wat deze nodig heeft, die vervolgens landt / is geland in specifieke zorgstandaarden, richtlijnen en kwaliteitsstatuten. Het gevaar is namelijk dat de zorgstandaarden, richtlijnen en kwaliteitsstatuten één op één worden overgenomen vanuit de Zvw (zonder oog te hebben voor de verschillen) en/of zorgaanbieders en zorgkantoren ieder op een eigen manier afspraken zal maken over wat doelmatige zorg voor deze cliënt is.

  Zonder deze inhoudelijke grondslag verwijst de NZa, logischerwijs, naar informatie die wel voorhanden is over deze cliënt (uit het verleden). Zo geeft de NZa aan dat de huidige zzp b-tarieven voor de toekomstige zzp's inclusief behandeling gebruikt zullen worden en de oude zzp en vpt c- tarieven als basis gaan dienen voor de toekomstige zzp's en vpt's exclusief behandeling. Wij kunnen net als de NZa, zonder te weten hoeveel cliënten er straks instromen en wat het (zwaarte)profiel van deze cliënt is, niet duiden of de hoogte van de tarieven van de zzp's in- en exclusief behandeling daarmee straks passend zijn en of de verschillen tussen de in- en exclusief zzp's genoeg ruimte geven aan zorgaanbieders en zorgkantoren om een passende afspraak te maken over behandeling. Wij zijn wel van mening dat er genoeg (financiële) ruimte moet zijn om dit te kunnen doen.

- Er is sprake van een kritische tijdsplanning: processen moeten tijdig zijn ingeregeld, omdat vanaf 1 januari 2020 indicatiebesluiten bij zorgkantoren binnen kunnen komen. Om de iWlz goed te kunnen inregelen, moeten wij in oktober duidelijkheid hebben over de definitie van behandeling en de bijbehorende bekostiging. Door de nu nog ontstane onduidelijkheid aangaande de definitie van behandeling en daarmee ook de bijbehorende bekostiging, zien wij deze deadline steeds verder in gevaar komen. Daarnaast willen wij opmerken dat de contractering van zorgkantoren uiterlijk 1 november 2020 zijn afgerond, terwijl pas eind Q3 duidelijk is welke cliënten toegang hebben. Als cliënt wel een Wlz-indicatie krijgt, maar een aanbieder van voorkeur heeft die niet in aanmerking komt voor een overeenkomst moeten zorgkantoren binnen heel kort tijdsbestek keuzegesprek met klant voeren en cliënt bemiddelen naar een andere zorgaanbieder of PGB toewijzen.

- Mede door het ontbreken van bovenstaande genoemde inhoudelijke grondslag, de onduidelijkheid over de definitie van behandeling en daarmee de kritische tijdsplanning, hebben wij (in gezamenlijkheid met de vertegenwoordigers van zorgaanbieders) een oproep aan VWS gedaan - middels een brief - voor een jaar uitstel voor het overhevelen van behandeling voor cliënten die op een plek exclusief behandeling komen. Deze brief hebben wij ter informatie als bijlage toegevoegd. Dit jaar kan dan als overgangsjaar dienen, zodat de er nu vooral prioriteit gegeven kan worden om de processen gereed te maken voor de indicatiebesluiten. Op die manier kan de toegang voor de cliënten doorgang vinden, maar zal er meer ruimte worden gecreëerd voor het duidelijker maken van behandeling. In dit geval kan ook de informatie van de afgegeven indicaties en de geleverde behandeling aan de doelgroep vanuit de Zvw meegenomen worden. De continuïteit van de zorg wordt in dit

overgangsjaar gewaarborgd, omdat cliënten (die op een plek exclusief behandeling komen) alsnog de behandeling vanuit de Zvw ontvangen.

Reactie op consultatievragen

Consultatievraag 1: 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?

Zorgkantoren constateren een aantal afhankelijkheden van landelijke besluitvorming en/of andere partijen en hebben die recentelijk in een brief aan VWS gecommuniceerd. De wijze waarop behandeling wordt geregeld en bekostigd is daar één van. Gezien zorgkantoren een grote verantwoordelijkheid hebben bij het in goede banen leiden van de overgang, vinden zorgkantoren het opmerkelijk dat zorgkantoren zelf geen criteria hebben kunnen inbrengen ter toetsing van het bekostigingsadvies. Zorgkantoren zouden daarom graag meer comfort krijgen bij de uitvoeringsconsequenties voor zorgkantoren.

Voor zorgkantoren zijn de volgende criteria van groot belang:

1) Cliënten die worden overgeheveld naar de Wlz ervaren daar niet of nauwelijks last van, ook als het gaat om behandeling;
2) Kaders/bekostigingsmodellen zijn voor zorgkantoren tijdig bekend en bovendien duurzaam naar de toekomst;
3) Zorgkantoren hebben voldoende tijd om de nieuwe situatie in te regelen samen met cliënten, zorgaanbieders en behandelaren zodat de overheveling zorgvuldig kan plaatsvinden en niet tot (onverklaarbare) verschuivingen leidt;
4) De zorg en behandeling moet 'inkoopbaar' zijn door zorgkantoren, zowel in omvang als in kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid en het kunnen voldoen aan de zorgplicht;
5) Zorg en behandeling, de levering daarvan en de verantwoordelijkheden zijn duidelijk beschreven en afgebakend. Dit in verband met de keuzevrijheid van de cliënt, kwaliteit en doelmatigheid. Dit betreft mede een inhoudelijke beschrijving van passende zorg voor die cliënt in zorgstandaarden die (ook) in het Wlz domein van toepassing zijn;
6) Het bekostigingsmodel helpt bij inzicht in kwaliteit van zorglevering (transparantie);
7) Het bekostigingsmodel helpt bij het beheersen van de administratieve lasten.

Consultatievraag 2: Hoeveel tijd kost het om de declaratiestandaard iWlz aan te laten passen zodat per 2021 de integrale prestaties ggz-b (zie hoofdstuk 5) gedeclareerd kan worden?

De vraag is niet duidelijk: indicatiestelling vindt plaats in iWlz en declaraties in de declaratiesystemen.

Ten aanzien van de declaratiestandaard geldt dat als de beleidsregel duidelijk is, het minimaal een half jaar tot een jaar kost om de standaard te definiëren én te bouwen. Het gaat immers niet alleen om het aanpassen van de standaard, maar wijzigingen dienen ook ingeregeld te worden in de systemen van de zorgkantoren. Aangezien de werkagenda gedurende het kalenderjaar behoorlijk vol loopt (in juli worden de beleidsregels Wlz voor het volgende jaar gepubliceerd), is het zaak om de haalbaarheid en planning tijdig met zorgkantoren af te stemmen. Tot slot geldt:

hoe meer het bekostigingsmodel afwijkt van de reguliere wijze waarop zorg in de Wlz wordt bekostigd, hoe meer tijd er nodig is om de standaarden en systemen aan te passen.
Het in brede zin aanpassen van de declaratiestandaard voor modulaire prestaties behandeling kost waarschijnlijk veel meer tijd dan voor integrale prestaties. Bij integrale prestaties kan worden aangesloten bij het bestaande. Bij modulaire prestaties behandeling niet of minder, zo moeten er bijvoorbeeld nieuwe controles worden gedefinieerd.

Ten aanzien van de aanpassing van de iWlz geldt dat er voor 2020 een release gepland is (berichtenverkeer iWlz). Daarin is rekening gehouden met de nieuwe GGZB profielen. Dit wordt geregeld door het Zorginstituut (team istandaarden). Zij voegen de nieuwe codes toe (in overleg met CIZ) aan de tabellen van iWlz 2020.
Het is goed om stil te staan bij het feit dat vanaf 1 januari 2020 indicaties worden afgegeven. Deze belanden dan dus al in het iWlz berichtenverkeer, maar moeten blijven liggen tot 2021. Dit moeten zorgkantoren nog technisch inrichten. Deze aanpassingen hadden zorgkantoren al op 1 juli 2019 duidelijk willen hebben; deze deadline is dus al verstreken. Er zijn duidelijke procesafspraken nodig ten aanzien van iWlz, indicatiestelling en het registeren van de klantvoorkeur (AGB van voorkeursaanbieder en leveringsvorm verblijf, VPT, MPT, PGB, MPT/PGB). Het is heel belangrijk dat met CIZ duidelijk afgesproken wordt hoe zij de voorkeursaanbieder leveringsvorm gaan vastleggen en meegeven in de indicaties (IO31) aan de zorgkantoren. Niet alle huidige aanbieders van de betreffende GGZ-B klanten worden voor de Wlz gecontracteerd en hebben een AGB-code in iWlz. Ook willen we voorkomen dat de zorgkantoren later in 2020 alle nieuwe GGZ-B klanten moeten nabellen over hun voorkeursaanbieder. Dus hierover moet uiterlijk 1-1-2020 duidelijke afspraken zijn gemaakt met CIZ om te voorkomen dat er bij zorgkantoren, aanbieders en klanten enorm veel nawerk ontstaat.

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

Zorgkantoren hechten groot belang aan een eenduidig belegde inhoudelijke verantwoordelijkheid. Oftewel: wij vinden het wenselijk dat één zorgaanbieder (hoofd)verantwoordelijk is voor de coördinatie van zorg bij een cliënt. Of de inhoudelijke coördinatie tot grote uitvoeringsgevolgen leidt, hierin verschillen de zorgkantoren van mening. Dat zorgkantoren op dit punt verschillen van mening kan komen doordat ruis is ontstaan over het al dan niet geheel inhoudelijk verantwoordelijk moeten zijn van een zorgaanbieder voor zowel de woonzorg als de behandeling. Er zijn zorgkantoren die het als een ingrijpende verandering zien. Signalen vanuit het veld tonen dat de inhoudelijke coördinatie voor aanbieders reden kan zijn om geen Wlz-overeenkomst met het zorgkantoor aan te kunnen en/of willen gaan. Dat betekent voor betreffende cliënten dat zij aangewezen zijn op een aantal ingrijpende veranderingen, zoals verhuizing, andere zorgaanbieders/zorgverleners. Als dit het geval is, dan is dit voor deze kwetsbare groep zeer onwenselijk en hiermee moet in het bekostigingsadvies rekening worden gehouden.
Er zijn ook zorgkantoren die vooral een grote impact zien als aanbieders van beschermende woonomgevingen integrale zorg en behandeling moeten gaan leveren. In het geval van beschermende woonomgevingen zou dit een grote impact hebben. Wij hebben ondertussen begrepen dat, tegenstrijdig met de eerdere kamerbrief, dat aanbieders van beschermende woonomgevingen niet vanzelfsprekend inhoudelijk verantwoordelijk hoeven zijn voor zowel woonzorg als behandeling. Dit is ook beschreven en uitgewerkt in model 3B. Wel blijft de inhoudelijke coördinatie dan alsnog van belang. Het lijkt erop dat aanbieders dit nu ook doen als er bij een cliënt die op basis van Wmo bij hen verblijft en er vanuit de Zvw behandeling wordt geleverd.

Als de inhoudelijke verantwoordelijk niet meer bij één zorgaanbieder hoeft te liggen, dan betekent dit dat de inhoudelijke en financiële verantwoordelijk bij drie partijen komt te liggen: aanbieder van woonzorg, aanbieder van behandeling en het zorgkantoor. Afspraken tussen de veldpartijen is dan een cruciale factor: allereerst zal er consensus moeten zijn over wat passende zorg is voor de Wlz GGZ cliënt. Ook moet er financiële ruimte zijn (het verschil tussen de zzp's met en zonder behandeling). Het lijkt ons goed om dit verder te bespreken met zorgaanbieders. We hebben me enkele zorgaanbieders al even gepolst hoe zij hier in staan. Dit staat beschreven in onderstaand kader.

Mening enkele zorgaanbieders over inhoudelijke coördinatie

Bestuurder van Lister (RIBW) geeft aan dat er bij beschermende woonomgevingen eerst de indruk bestond dat zij dan deze behandeling ook moesten gaan organiseren. Deze zorg is nu weggenomen. Als er vanuit het Wlz budget generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ ingekocht kan gaan worden door de RIBW vind hij dit een wenselijke richting (noot: dit gaat dus niet over de specifieke behandeling maar alleen over de behandeling zoals psychologen en psychiaters plegen te bieden). De RIBW zorgaanbieder kan dan enigszins sturend zijn op de inzet vanuit de behandeling. Persoonlijk en maatschappelijk herstel zijn dat niet "losgeknipt" van medisch herstel met een aparte inkoop. Integraliteit van wonen, begeleiding en behandeling is een langgekoesterde wens vanuit onder andere de patiëntenvereniging MIND.

Het is hierbij van belang dat er aandacht is voor het feit dat een Wlz GGZ cliënt soms ook nog tijdens zijn woonsituatie klinisch opgenomen kan worden in de GGZ. Het budget moet hiervoor toereikend zijn (vanuit de Wlz of het Zvw, dat is nog een punt van uitwerking door het ZIN). De Lister gaat voor ons uitzoeken hoe vaak dit voorkomt. Ook GGZ aanbieder Altrecht stelt dit model voor.

Consultatievraag 4: Hoe lang duurt het om de declaratiestandaard iWlz aan te laten passen zodat per 2021 de prestatie(s) specifieke behandeling (zie hoofdstuk 5) gedeclareerd kan worden?

Zie ons antwoord bij 2. Op basis van het consultatiedocument lijkt het erop dat deze optie meer variabelen kent en meer afwijkt van de reguliere bekostiging in de Wlz. Bezien moet worden of de minimale termijn van zes maanden haalbaar is voor deze optie.

Consultatievraag 5: Heeft u nog aanvullingen op de beschreven uitvoeringsgevolgen?

Om de uitvoeringsgevolgen goed te kunnen beoordelen zou het helpen meer beeld te hebben van het aantal cliënten dat toegang krijgt tot de Wlz op basis van inhoudelijke grond, de mate waarin de doelgroep op dit moment gebruik maakt van behandeling die nu onder de Zvw en straks onder de Wlz valt. En van de wijze waarop zorgaanbieders nu de coördinatie en inhoudelijke verantwoordelijkheid vormgeven. Vooralsnog hebben we geprobeerd om een inschatting te doen van de uitvoeringsgevolgen.

Impact op de cliënt en aanbieder
De impact voor de cliënt zou volgens de zorgkantoren voorop zou moeten staan. De impact op de keuze van een cliënt voor algemeen geneeskundige zorg is niet opgenomen bij de verschillende modellen. Het komt erop neer dat er voor alle behandeling onder de Zvw meer keuzevrijheid is dan onder de Wlz. Wij vinden de borging van het benutten van de resterende mogelijkheden tot herstel en re-integratie punt van aandacht. Dat is komt mogelijk in model 1 meer onder druk.
Daarnaast is er ook een impact voor de aanbieder. Er zijn de laatste jaren al veel wijzigingen geweest (< 2015: AWBZ --> 2015: Wmo + Zvw --> 2021: Wlz + Zvw). Deze wetswijziging zal, vanwege de hoeveelheid veranderingen in een kort tijdsbestek, ook een grote impact hebben. In welke mate dit effect heeft op de bedrijfsvoering en op de kwaliteit van de cliënt zorg, kan het beste door aanbieders beantwoord worden.

Impact voor zorgkantoren
Het inregelen van modulaire prestaties voor behandelaren heeft veel impact. Het lijkt niet haalbaar om dit op korte termijn te realiseren. Zeker aangezien er nog zoveel onduidelijkheden zijn. Daarnaast is het voor zorgkantoren zo dat zij meer moeten inkopen, meer moeten inzetten op klantadvies, declaraties, controles, systeemaanpassingen etc. De impact is sterk afhankelijk van het gehanteerde model. Op het gebied van de inkoop wordt in het consultatiedocument het volgende beschreven: "Daar bovenop zullen zorgkantoren met individuele behandelaren die specifieke behandeling leveren afspraken moeten gaan maken, wat in de huidige uitvoeringspraktijk in de Zvw niet het geval is" (p. 23). Wij gaan hiervan uit dat hier het verschil tussen gecontracteerde en ongecontracteerde individuele behandelaren bedoeld wordt. In het geval van ongecontracteerde individuele behandelaren, is de vraag of zorgkantoren straks met deze partijen afspraken kunnen en moeten maken. Desalniettemin zal in het geval van model 3B het een zoektocht zijn hoe goede afspraken tot stand komen.

Rechtsongelijkheid tussen verschillende Wlz-sectoren
Ander punt dat we missen is hoe om te gaan met het mogelijke verschil in de levering van behandeling tussen GGZ en de andere sectoren. Als dit het geval blijkt te zijn, zoals eerder beschreven bij de uitgangspunten, blijft een verschil ontstaan tussen verschillende doelgroepen. Dat was juist niet de bedoelding van de wetswijziging. In aansluiting hierop kan de vraag worden gesteld op basis waarvan een dergelijk verschil tussen sectoren wordt gebaseerd. In de GZ is model 1 nu de praktijk. Als nu blijkt dat voor de GGZ model 3 (A of B) best passend is, wat betekent dit dan voor de GZ? En wat als een klant met een beperking ook psychiatrische zorg nodig heeft? Niet alleen zou het kunnen dat deze klant dan andere aanspraken heeft op behandeling vanuit de Wlz. Daarnaast is er ook een verschil in keuzevrijheid. Als deze klant woont in een GZ locatie dan mag hij/zij zelf geen eigen behandelaar kiezen. In een GGZ locatie was dit wel het geval geweest. Het kiezen voor één generiek model in de Wlz heeft zeer sterk onze voorkeur.

Voldoende beschikbaarheid van zorg en behandeling (en zorgplicht)
Mogelijk risico is dat er wachtlijsten ontstaan, omdat aanbieders geen zorg en/of behandeling binnen de Wlz willen leveren. Dit vormt mogelijk een knelpunt in de zorgplicht vanuit zorgkantoren. Voor zorgaanbieders kan model 1 een belemmering zijn voor een Wlz-contract.
Daarnaast lijkt het voor individuele behandelaren erg lastig om aan de voorwaarden voor een Wlz-overeenkomst te voldoen. Variant zou kunnen zijn dat ze een samenwerkingsverband aan gaan (zoals SO's in de ouderenzorg in beperkte mate). Maar dan nog zien we dat het lastig is om aan alle voorwaarden te voldoen. Daardoor verwachten wij dat we bij model 3 de behandelaren vanuit GGZ-klinieken ingezet moeten worden. Daar is nu vaak al een tekort aan behandelaren.

Afbakening, coördinatie en integraliteit van zorg
Door het beschikbaar maken van alle modaliteiten (integraal en modulair bekostigingsmodel), zal zijn weerslag hebben op de mate van integraliteit van zorg. Bij invoering van de Jeugdwet, is ook gekozen om alle modaliteiten mogelijk te maken. Zorgaanbieders en gemeenten moe(s)ten zelf bepalen welke bekostigingsmodel ze (zouden) hanteren om afspraken te maken. Het mogelijk maken van alle modaliteiten (zonder enige inhoudelijke beschrijving of afbakening) baart ons zorgen, gezien de ervaringen binnen de Wmo. Het waarborgen van integrale zorg in het geval van een modulair bekostigingsmodel, zal een hele stevige coördinatie vereisen tussen zorgaanbieders en zorgkantoren / zorgverzekeraars.
De onduidelijkheid over de beschrijving en afbakening richt zich in dit geval niet alleen op behandeling: dit geldt ook voor medicatie en bijbehorende kosten. Het is onduidelijk over welke medicatie en laboratoria onderzoeken nu binnen de Wlz valt (en welke er buiten). Volgens de laatste uitleg van het ZIN valt dit onder de algemeen geneeskundige zorg en dus onder de Zvw in het geval van model 3. De inzet van algemeen geneeskundige zorg gaat buiten de coördinatie van de zorgaanbieder om. Dat staat haaks op het uitgangspunt van integrale zorg. In dit geval blijven zorgaanbieders binnen verschillende wetgevingen opereren en dus last hebben van de grijze gebieden van de verschillende domeinen. Dit kan tot discussies leiden tussen zorgaanbieder en zorgkantoor/zorgverzekeraar. Daarnaast is het de vraag of de verschillen en wat er wel of niet vanuit de Wlz zal worden vergoed nog goed uit te leggen zijn richting de cliënt.

Consultatievraag 6: 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?

De controle is niet anders dan nu voor V&V en GZ geldt. Ook nu geldt dat voor zzp exclusief behandeling alleen behandeling gedeclareerd mag worden als dit binnen budget zzp inclusief behandeling is. Hiervoor kan geen geautomatiseerde controle ingezet worden, want het is onduidelijk over welke periode dit geldt. Het betreft dus materiële controle, wat arbeidsintensief is. Als zorgkantoren gaan controleren dan zal het een controle achteraf gaan betreffen. Als voor één cliënt door meerdere zorgaanbieders gedeclareerd kan worden dan betekent dit een extra complicatie. Om het budget te bepalen, moeten zorgkantoren de rekenmodule op dit punt moeten aanpassen en hiervoor is inregeltijd nodig, zeker omdat ook de combinatie mpt/pgb straks mogelijk is voor deze groep cliënten.

Een belangrijke kanttekening is dat zorgkantoren geen zicht hebben op de daadwerkelijke kosten van een behandelaar. De makkelijkste optie is dat de behandelaar en de zorgaanbieder hierover onderling afspraken over maken. Het is ondoenlijk om te sturen vanuit het zorgkantoor. We kunnen wel controleren, maar hoe bepalen we bij wie (zorgaanbieders of behandelaren) we geld terug moeten halen. En wat als de cliënt baat heeft bij extra behandeling?

Consultatievraag 7: 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?
Voorafgaand aan het reageren op vraag 7 als 8 willen wij opmerken dat zorgkantoren moeite hebben met het opperen van een work-around. Een keuze tussen optie 1 en optie 2 is dan ook niet wenselijk. We hebben het hier over een kwetsbare groep cliënten, waarbij belemmeringen op het gebied van bekostiging onwenselijk zijn en continuïteit van zorg voorop dient te staan.

Ten aanzien van deze optie willen wij aan de NZa vragen, wanneer dit een optie is die op tafel blijft, de naamgeving van de prestatie aan te passen. De OZP is namelijk vanwege een andere reden binnen de Zvw geïmplementeerd, namelijk het vergoeden van onverzekerde zorg. In de Wlz is geen sprake van onverzekerde zorg. Wij hebben deze optie dan ook zo geïnterpreteerd dat vooral de tariefstelling gebruikt zal worden voor een modulaire prestatie voor behandeling.

De uitvoeringsgevolgen wat betreft één prestatie met een gemiddeld tarief zijn groot. Er zit veel variatie in de kostprijs van behandelaren die deze zorg leveren. Er zit daarom een prikkel in dat er goedkoper personeel zal worden ingezet om het kostendekkend te houden. Daarnaast ontstaat het risico dat er niet voor alle cliënten de juiste behandeling beschikbaar is (als het gaat om behandeling door de 'duurdere' behandelaren).
Daarnaast is het bij deze optie zo dat er weinig relatie is tussen de complexiteit van zorg en de hoeveelheid consulten, door het gebrek aan transparantie. Het gevolg kan zijn dat het onduidelijkheid schept over de rol van zorgkantoren ten aanzien van de doelmatige besteding van middelen. Ons is daarmee niet duidelijk hoe zorgkantoren kunnen voorkomen dat aanbieders gaan sturen op minder complexe cliënten en/of inzet van goedkope behandelaren. Hierover moet nader het gesprek worden gevoerd met VWS en de NZa indien voor deze optie wordt gekozen.

Consultatievraag 8: 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?

Deze work-around sorteert voor op het nieuwe zorgprestatiemodel per 2020 binnen de Zvw. Er is een kans dat er aanpassingen plaatsvinden in het komende jaar, die vervolgens ook hun weerslag hebben op de Wlz indien voor deze work-around wordt gekozen. Dan zou de cliënt worden geconfronteerd met wijziging op wijziging en dat is voor deze groep kwetsbare cliënten zeer onwenselijk. Daarnaast kost het veel geld, tijd en energie voor zowel zorgaanbieder als zorgkantoor om een dergelijke bekostiging vorm te geven. Dat vinden wij niet redelijk voor 1 jaar. De onwenselijkheid van een work-around is al benadrukt bij het begin van beantwoording van vraag 7.

Deze optie is in potentie wél transparant voor de cliënt (herkenbaar en dus controleerbaar). Het gesprek over de mate van behandeling en door wie deze wordt uitgevoerd wordt makkelijker, omdat te zien is wie de behandeling levert. Daarnaast is het een meerwaarde als er binnen de Zvw en de Wlz een zelfde systematiek wordt gebruikt voor de bekostiging van (ambulante) behandeling.
Wel willen we opmerken dat, nu we de definitie van het ZIN als uitgangspunt nemen, er zorgen zijn over de beroepen die specifieke behandeling mogen leveren ten opzichte van de beroepen die behandeling mogen leveren zoals klinisch psychologen als psychiaters deze plegen te bieden. De consulten van beroepen zoals nu gepresenteerd in het consultatiedocument moeten naast de al bestaande mpt's worden gelegd die gelden voor de andere sectoren (volledigheid). Vervolgens moet de vraag beantwoord worden of deze beroepen ook degenen die deze type behandelingen behoren te leveren (afbakening). Gezien het kwaliteitsstatuut, die ook verklaard is als iets waar we rekening mee moeten houden, vragen wij ons af of er afgebakend moet worden op regiebehandelaar en medebehandelaar (zoals dat in de Zvw ook gebeurt). En gebruik je dan dezelfde beroepen of kies je voor de Wlz voor andere beroepen? Hoe ga je om met het onderscheid tussen behandeling en begeleiding en zit er een verschil in type beroep en dus kostprijs? Kortom: allemaal vragen die onbeantwoord blijven en daardoor het ook moeilijk is om de uitvoeringsgevolgen goed in te schatten.

Consultatievraag 9: 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 2022 en waarom?

Zorgkantoren vinden beide voorgestelde work-arounds op dit moment geen redelijke opties; beide roepen veel knelpunten en vragen op. Het gaat hier om een kwetsbare groep cliënten die gebaat is bij continuïteit van de behandeling, dat aspect komt onvoldoende terug in het consultatiedocument. Wij geven de voorkeur aan een overgangsmodel, waarbij we tijdelijk de huidige manier van werken wat betreft behandeling kunnen voortzetten tot 2022. Er zijn nog teveel onzekerheden (zie ook brief richting VWS), waardoor een zorgvuldige voorbereiding niet meer mogelijk is.

Consultatievraag 10: 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?
In ieder geval de zorgkantoren en zorgverzekeraars, met expertise vanuit inkoop, declaratie/financiering en klantondersteuning/communicatie, maar ook vertegenwoordigers van cliënten, zorgaanbieders beschermd wonen, GGZ-behandelklinieken, GGZ-behandelaren. Gezien onze antwoorden op de inregeltijd van nieuwe declaratiestandaarden en overige knelpunten die wij voorzien, vinden zorgkantoren de tweede helft van 2020 erg laat om e.e.a nog voldoende beheersbaar te houden.

Bij vragen over onze reactie kunt u, in verband met mijn vakantie, zoals vermeld in de begeleidende email contact opnemen met Marion van den Hurk of Femke van de Pol.

Met vriendelijk groet,

Tessa de Bruijn
Beleidsadviseur Langdurige Zorg

Zorgverzekeraars Nederland
Sparrenheuvel 16 | 3708 JE ZEIST
030-698 8230
t.de.bruijn@zn.nl | www.zn.nl