



Behandeling voor Wlz-cliënten met een grondslag psychische stoornis

Inhoudsopgave

1	Werkwijze	5
2	De definitie en reikwijdte van het begrip behandeling	6
	2.1 De aanspraken van de cliënt op behandeling in de Wlz	6
	2.2 Vertaling van aanspraak naar zorglevering per leveringsvorm	8
	2.3 Invulling van handelingen per aanspraak	9
3	Bekostigingsmodaliteiten	10
	3.1 Beschrijving bekostigingsmodaliteiten	10
	3.2 Prestaties en tarieven	12
	3.3 Reactie op uitvoeringstoets van de NZa	14
4	Organisatiemodaliteiten	16
	4.1 Regievoering bij behandeling door woonzorgaanbieder	16
	4.2 Uitvoering van behandeling door woonzorgaanbieder	17
	4.2.1 Een behandelende organisatie wordt onderaannemer van de woonzorgaanbieder	18
	4.2.2 Behandelaar wordt gedetacheerd bij woonzorgaanbieder	18
	4.2.3 Woonzorgaanbieder neemt behandelaren in dienst	19
5	Pgb-initiatieven en instellingen in de V&V en/of GHZ-sector	20
	5.1 Aandachtspunten voor pgb-wooninitiatieven	20
	5.2 Aandachtspunten voor instellingen in de V&V en de GHZ	20
6	Bijlagen	22

Woord vooraf

Cliënten met een psychische stoornis kunnen per 2021 toegang krijgen tot de Wet langdurige zorg (Wlz) als zij voldoen aan de zorginhoudelijke criteria van de Wlz. De wetswijziging die hieraan ten grondslag ligt, regelt ook dat de aanspraak op zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden in verband met de psychische stoornis van de verzekerde (hierna: ggz-behandeling) aan het verzekerde pakket van de Wet langdurige zorg (Wlz) wordt toegevoegd voor deze cliëntengroep.

In de Kamerbrief "Standpunt positionering behandeling in de Wlz"¹ van 11 april 2019 is benadrukt dat de introductie van een nieuwe aanspraak in de Wlz gepaard moet gaan met een passend bekostigingsmodel en dat de uitvoeringsconsequenties zo laag mogelijk moeten zijn. In het verlengde daarvan heeft de staatssecretaris van VWS in het overleg van 4 april 2019 met de branches van zorgaanbieders (Federatie Opvang, RIBW-alliantie en GGZ-Nederland) en MIND afgesproken dat VWS een werkgroep zal formeren die de wijze van bekostiging en organisatie van behandeling aan Wlz-cliënten met een grondslag psychische stoornis in beeld zal brengen. Naast de genoemde partijen hebben ook Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Het Zorginstituut (ZiNL), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en enkele individuele zorgkantoren en aanbieders deelgenomen aan deze werkgroep.

Vragen die in de werkgroep aan de orde zijn gekomen zijn: wat is de reikwijdte van het begrip behandeling? Hoe is de verantwoordelijkheidsverdeling? Hoe wordt behandeling voor Wlz-cliënten bekostigd? Welke organisatiemodaliteiten zijn werkbaar en hoe voorkomen we zoveel mogelijk rompslomp (administratieve lasten e.d.)? Een belangrijk uitgangspunt bij de beantwoording van deze vragen is dat de toetreding tot de Wlz voor de cliënten niet betekent dat zij gedwongen moet verhuizen. Ook is er oog is voor het feit dat cliënten -soms met veel moeite en na jarenlange investering- een vertrouwensband hebben opgebouwd met hun (Zvw) behandelaar en dat het wisselen van een behandelaar kan leiden tot terugval.

De werkgroep heeft haar bevindingen opgeschreven in het voorliggende rapport. Hier gaat hierbij om:

- de definitie en reikwijdte van het begrip behandeling in de Wlz voor cliënten met een grondslag psychische stoornis zoals ook weergegeven door het Zorginstituut in haar (tevens bijgevoegde) handreiking;
- de wijze(n) waarop behandeling aan Wlz-cliënten met een grondslag psychische stoornis bekostigd kan worden op basis van de uitvoeringstoets 'bekostiging ggz in de Wlz' van de NZA;
- de organisatiemodaliteiten gegeven de inhoud van het begrip behandeling en de bekostigingsmodaliteiten, gezien vanuit het perspectief van de zorgaanbieders en de zorgkantoren.

Dit rapport heeft betrekking op de structureel beoogde vormgeving van de bekostiging en organisatie van behandeling voor Wlz-cliënten met een grondslag psychische stoornis. Voor de korte termijn voelt de staatssecretaris zich echter genoodzaakt om, op dringend advies van de branches van zorgaanbieders en de zorgkantoren, te besluiten de aanspraak op ggz-behandeling voor Wlz-cliënten met een grondslag psychische stoornis vanaf 2021 tijdelijk onder de Zvw te behouden behalve voor cliënten die zowel verblijf alsmede alle behandelingscomponenten bij dezelfde instelling ontvangen.

¹ Kamerstukken II 2018/19, 34104, nr. 247.

De aanleiding voor dit besluit is tweeledig:

- De NZa adviseert om, gegeven de huidige wet- en regelgeving, voor de beoogde bekostiging van ggz-behandeling in de Wlz aan cliënten met een persoonsgebonden budget, een volledig pakket thuis, een modulair pakket thuis of een zorgzwaartepakket zonder behandeling modulaire prestaties vast te stellen die aansluiten bij het bekostigingsmodel voor ggz in de Zorgverzekeringswet (Zvw).
- Echter, met de sector wordt momenteel aan een nieuw bekostigingsmodel voor ggz in de Zvw gewerkt, waarvan het geplande invoeringsjaar 2022² is.

Voor het jaar 2021 zou dus een tijdelijke prestatie en bijbehorend tarief ontwikkeld moeten worden om de ggz-behandeling vanuit de Wlz te kunnen bekostigen. Uit de uitvoeringstoets van de NZa blijkt echter dat werken met een tijdelijke bekostigingstitel in de Wlz leidt tot verstrekkende uitvoeringsgevolgen voor zorgaanbieders en zorgkantoren. Het betreft een kwetsbare groep cliënten waarvoor continuïteit van zorg voorop dient te staan en het onwenselijk is als dit wordt belemmerd door obstakels in de bekostiging. Daarmee kan in 2021 dus niet voldaan worden aan een belangrijke voorwaarde voor de introductie van een nieuwe aanspraak in de Wlz, namelijk een passend bekostigingsmodel en beperkte uitvoeringsconsequenties. Door de aanspraak op de ggz-behandeling voor de betreffende cliënten tijdelijk te continueren onder de Zvw, en dus aan te sluiten bij de huidige uitvoeringspraktijk voor de bekostiging van ggz-behandeling, wordt de continuïteit van de behandeling geborgd. Let wel: Wlz-cliënten met een grondslag psychische stoornis die verblijf en behandeling ontvangen van dezelfde aanbieder hebben per 2021 wèl aanspraak op ggz-behandeling. Voor deze cliënten is wèl een passend bekostigingsmodel beschikbaar, namelijk een integraal tarief (waar ggz-behandeling onderdeel van uitmaakt). Voor alle cliënten zal de specifieke behandeling wel onderdeel uit maken van de aanspraken die ten laste van de Wlz komen.

Het bovenstaande betreft nadrukkelijk een tijdelijke situatie. Het moment dat de aanspraak op ggz-behandeling alsnog voor alle Wlz-cliënten met een grondslag psychische stoornis aan de Wlz wordt toegevoegd is afhankelijk van het moment dat het nieuwe bekostigingsmodel voor de ggz in de Zvw wordt geïntroduceerd. Dit besluit heeft niet als gevolg dat de regierol van de woonzorgaanbieder in het leveren van afgestemde zorg komt te vervallen. Dit blijft een belangrijk uitgangspunt in de zorgverlening aan Wlz-cliënten. Een woonzorgaanbieder die niet verblijf alsmede behandeling gaat leveren, zal in 2020 en 2021 dus nog steeds stappen moeten zetten in het opstellen van samenwerkingsovereenkomsten met behandelaren. In voorliggend rapport wordt beschreven waar deze woonzorgaanbieders en zorgkantoren naar toe dienen te werken ten aanzien van de organisatie van behandeling voor Wlz-cliënten met een grondslag psychische stoornis.

² De politieke besluitvorming hierover staat gepland voor het voorjaar van 2020.

1 Werkwijze

Om antwoord te kunnen geven op de vraagstukken die naar voren komen bij de bekostiging en organisatie van behandeling aan Wlz-cliënten is een werkgroep geformeerd met daarin vertegenwoordigers van de branches van zorgaanbieders (GGZ-Nederland, Federatie Opvang, RIBW-Alliantie), MIND, Zorgverzekeraars Nederland, Zorginstituut, NZa en VWS. Ook hebben een aantal individuele zorgkantoren (CZ, Zilveren Kruis, Eno) en aanbieders (Leger des Heils, HVO-Querido, Kesslerstichting, Novicare, Parnassia en Dimence) deelgenomen aan de werkgroep. De werkgroep is in de periode mei 2019 tot en met december 2019 zes keer bijeengekomen.

Omdat in de werkgroep bleek dat partijen behoefte hadden aan verduidelijking van de definitie en de reikwijdte van het begrip behandeling en de verantwoordelijkheidsverdeling heeft het Zorginstituut over dit onderwerp een handreiking geschreven, welke in hoofdstuk 2 van dit rapport wordt samengevat. De volledige tekst, inclusief voorbeelden, is te vinden in de bijlage. Parallel aan dit traject heeft de NZa op verzoek van de staatssecretaris van VWS een uitvoeringstoets opgeleverd waarin zij adviseert over de bekostiging van de zorg, waaronder de behandeling, aan de nieuwe doelgroep in de Wlz. Informatie over de bekostigingsaspecten is te vinden in hoofdstuk 3. Als laatste onderwerp is met de werkgroep gekeken naar de verschillende wijzen waarop de behandeling georganiseerd kan worden vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en het zorgkantoor. Dit onderdeel is voorbereid door een sub-werkgroep. De uitkomsten hiervan zijn terug te vinden in hoofdstuk 4.

De concept bevindingen van de werkgroep zijn voorgelegd op 8 november 2019 aan een klankbordgroep behandeling, waarin pgb-initiatieven en de gehandicapten- en ouderensector vertegenwoordigd waren. De aandachtspunten voor deze instellingen zijn te vinden in het laatste hoofdstuk.

2 De definitie en reikwijdte van het begrip behandeling

2.1 De aanspraken van de cliënt op behandeling in de Wlz

Het is belangrijk om eerst goed te beschrijven wat we onder het begrip 'behandeling' in de *huidige* Wlz verstaan, dus vóór de wetwijziging. De term 'behandeling' is een paraplubegrip voor verschillende vormen van verzekerde zorg aan Wlz-cliënten. In de uitvoeringspraktijk wordt vóór inwerkingtreding van de wetwijziging binnen de term behandeling een tweedeling gemaakt tussen 'Wlz-specifieke behandeling' en 'geneeskundige zorg van algemeen medische aard'³. Deze tweedeling is ook terug te vinden in de bepalingen in de Wlz⁴ en gaat ook gelden voor de cliënten met een grondslag psychische stoornis die per 2021 de Wlz in kunnen stromen. Naast deze aanspraken, wordt vanaf 2020 een geheel nieuwe aanspraak voor cliënten met een grondslag psychische stoornis aan de Wlz toegevoegd, namelijk zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden (ggz-behandeling). Deze laatste aanspraak geldt dus alleen als (in ieder geval) één van de grondslagen van de cliënt op basis waarvan zij toegang heeft gekregen tot de Wlz een psychische grondslag is.

Hieronder worden de verschillende aanspraken nader toegelicht. Het betreft een beschrijving van de structurele situatie. Voor de overgangperiode geldt een afwijkende situatie met betrekking tot de ggz-behandeling (zie woord vooraf).

Wlz-specifieke behandeling (artikel 3.1.1. lid c)

Wlz-specifieke behandeling omvat voor *alle* cliënten met een Wlz-indicatie en dus ook voor *alle* leveringsvormen een recht op *specifieke* behandeling vanuit de Wlz die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap, waarvoor de cliënt is toegelaten tot de Wlz. Het betreft hier geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke en specifiek paramedische aard. De psychiatrische behandeling valt dus niet onder specifieke behandeling. Wat we onder 'specifiek' verstaan heeft het Zorginstituut in een standpunt uitgelegd⁵. Het komt erop neer dat het moet gaan om zorg die:

- integraal onderdeel uitmaakt van de totale behandeling;
- en/of waarvoor specifieke kennis over de doelgroep noodzakelijk is.

De specifieke behandeling die wordt geleverd hoeft niet gericht te zijn op de zogenaamde dominante grondslag. Als iemand die een Wlz-indicatie heeft vanwege zijn verstandelijke handicap of een psychische stoornis daarnaast een ander gezondheidsprobleem heeft waarvoor specifieke behandeling nodig is (i.e. kennis over de doelgroep noodzakelijk is), komt ook die geneeskundige zorg van medische, gedragswetenschappelijke en/of paramedische aard ten laste van de Wlz.

³ Het Zorginstituut hanteert voor deze zorg in het pakketadvies de term 'aanvullende zorgvormen'.

⁴In de Wlz is de verzekerde 'behandeling' opgenomen in artikel 3.1.1. lid 1 onder c ('Wlz-specifieke behandeling') en onder d ('algemeen medische zorg').

⁵ <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/p/paramedische-zorg-wlz/documenten/standpunten/2016/01/07/standpunt-paramedische-zorg-in-de-wlz>

Zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden in verband met de psychische stoornis van de verzekerde (na wetswijziging ook onderdeel van artikel 3.1.1. lid c)

Cliënten die op grond van (in ieder geval) een psychische grondslag toegang krijgen tot de Wlz, hebben ook aanspraak op zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden⁶. Dit betreft een functionele omschrijving van de aanspraak. Ook andere functionarissen –indien zij daarvoor gekwalificeerd zijn- mogen deze zorg dus verlenen bijv. SPV-er of psycholoog. De ggz-behandeling komt ten laste van de Zvw als verblijf medisch noodzakelijk is (klinische opname). Het is aan de behandelaars om (aan de hand van kwaliteitsstandaarden, richtlijnen etc.) te bepalen of klinische opname noodzakelijk is. Zie hiervoor ook de handreiking van het Zorginstituut in de bijlage.

Geneeskundige zorg van algemeen medische aard (artikel 3.1.1. lid d)

In de Wlz⁷ is geregeld dat als cliënten verblijf en behandeling zoals gedefinieerd onder artikel 3.1.1. lid c⁸ van een instelling ontvangt, hij vanuit die instelling ook de onderstaande aanspraken heeft. Deze aanspraken worden in dit rapport gedefinieerd als 'geneeskundige zorg van algemeen medische aard'.

- geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg,
- behandeling van een psychische stoornis indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van een van de in [artikel 3.2.1](#) genoemde aandoeningen of beperkingen;
- farmaceutische zorg;
- het gebruik van hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg;
- tandheeskundige zorg;
- kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling.

Wlz-cliënten die niet verblijf alsmede behandeling vanuit dezelfde instelling ontvangen zijn voor deze aanspraken aangewezen op de Zorgverzekeringswet.

Samenvattend

De aanspraak van de cliënt op behandeling verschilt per grondslag:

- Cliënten die toegang tot de Wlz verkrijgen met (in ieder geval) een grondslag psychische stoornis hebben aanspraak op:
 - specifieke behandeling;
 - zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden in verband met de psychische stoornis van de verzekerde;
 - en als er sprake is van verblijf met behandeling:
 - geneeskundige zorg van algemeen medische aard
- Cliënten die toegang tot de Wlz verkrijgen alleen op grond van een andere grondslag dan de psychische stoornis hebben aanspraak op:
 - specifieke behandeling;
 - en als er sprake is van verblijf met behandeling:
 - geneeskundige zorg van algemeen medische aard
- De Wlz behandeling omvat geen klinisch verblijf. Deze kosten worden vergoed vanuit de Zvw.

⁶ Dus naast de geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard.

⁷ Artikel 3.1.1. lid 1 onder d noemt dit 'geneeskundige zorg van algemeen medische aard'.

⁸ Na de wetswijziging vallen hier zowel specifieke behandeling onder als *Zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden in verband met de psychische stoornis van de verzekerde*

2.2 Vertaling van aanspraak naar zorglevering per leveringsvorm

Welke zorg de aanbieder levert aan een cliënt in de Wlz is afhankelijk van de grondslag op basis waarvan de cliënt toegang heeft gekregen tot de Wlz (zoals in paragraaf 2.1 beschreven), maar ook van de leveringsvorm die de cliënt kiest. Hieronder wordt per leveringsvorm uitgeschreven welke zorg door de aanbieder(s) wordt geleverd. Daarbij beperken we ons tot de zorg aan Wlz-cliënten met de grondslag 'psychische stoornis'.

Verblijf met behandeling

Eén aanbieder levert:

- Het verblijf in een instelling, met inbegrip van voorzieningen die niet ten laste van de verzekerde kunnen komen, waaronder in elk geval:
 - eten en drinken
 - het schoonhouden van de woonruimte
 - roerende voorzieningen;
- persoonlijke verzorging, individuele begeleiding, groepsbegeleiding (dagbesteding) en verpleging;
- behandeling, omvattende 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 (specifieke behandeling);
- de zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden,
- geneeskundige zorg van algemeen medische aard, bestaande uit:
 - geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg,
 - behandeling van een psychische stoornis indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van een van de in [artikel 3.2.1](#) genoemde aandoeningen of beperkingen;
 - farmaceutische zorg;
 - het gebruik van hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg;
 - tandheelkundige zorg;
 - kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling.

Verblijf zonder behandeling:

De hoofdaanbieder levert:

- Het verblijf in een instelling, met inbegrip van voorzieningen die niet ten laste van de verzekerde kunnen komen, waaronder in elk geval:
 - eten en drinken
 - het schoonhouden van de woonruimte
 - roerende voorzieningen;
- persoonlijke verzorging, individuele begeleiding, groepsbegeleiding (dagbesteding) en verpleging.

Een andere zorgaanbieder levert vanuit de Wlz:

- de behandeling, omvattende 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 (specifieke behandeling);
- de zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden.

De geneeskundige zorg van algemeen medische aard komt ten laste van de Zvw.

Volledig pakket thuis (VPT)

De hoofdaanbieder levert:

- De instelling levert de verpleging, de verzorging, de individuele begeleiding en groepsbegeleiding (dagbesteding).

De hoofdaanbieder of een andere zorgaanbieder levert vanuit de Wlz:

- de behandeling, omvattende 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 (specifieke behandeling);
- de zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden.

De geneeskundige zorg van algemeen medische aard komt ten laste van de Zvw. De cliënt is zelf verantwoordelijk voor de bekostiging van zijn woning.

Modulair pakket thuis (MPT)/Persoonsgebonden budget (PGB)

Door zorgkantoren resp. budgethouder gecontracteerde zorgaanbieders leveren:

- persoonlijke verzorging, individuele begeleiding, groepsbegeleiding (dagbesteding) en verpleging;

De zorgkantoren zijn daarnaast zowel bij mpt als bij pgb-cliënten verantwoordelijk voor inkoop van (behandeling mag namelijk niet via het pgb worden ingekocht):

- de behandeling, omvattende 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 (specifieke behandeling);
- de zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden.

De geneeskundige zorg van algemeen medische aard komt ten laste van de Zvw. De cliënt is zelf verantwoordelijk voor de bekostiging van zijn woning.

2.3 Invulling van handelingen per aanspraak

Hierboven zijn de aanspraken van de cliënt toegelicht. Voor de vraag welke handelingen precies onder de aanspraak vallen, geldt het volgende:

- Er wordt geen limitatieve lijst gepresenteerd van medische handelingen die zijn verzekerd, maar de aanspraken zijn functioneel omschreven.
- Professionals bepalen welke zorg tot hun arsenaal hoort. Hierbij zijn onder meer richtlijnen en kwaliteitsstandaarden leidend.
- De behandeling/interventie moet voldoende bewezen effectief zijn (voldoende 'evidence based').
- Het Zorginstituut beoordeelt de inhoud risicogericht en oordeelt in geschillen.
- Voorwaarde is dat de behandelaar voldoet aan de normen van de wet BIG.
- Zorgverzekeraars en zorgkantoren kunnen extra eisen stellen aan de behandelaar bij de inkoop.
- De IGJ houdt toezicht op de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de geleverde zorg.

3 Bekostigingsmodaliteiten

Voor cliënten met een grondslag psychische stoornis die voldoen aan de Wlz-criteria zijn vijf nieuwe profielen ontwikkeld. Het ministerie van VWS heeft op 19 april 2019 aan de NZa gevraagd een uitvoeringstoets uit te brengen over de bekostigingsaspecten van het wetsvoorstel uitgaande van deze profielen. In de zomer heeft de NZa een consultatiedocument geconsulteerd bij veldpartijen. De NZa heeft de uitvoeringstoets op 30 oktober gepubliceerd.⁹ In dit hoofdstuk worden de elementen die betrekking hebben op de bekostiging van behandeling uit het NZa uitvoeringstoets samengevat. Ook wordt in dit hoofdstuk een korte beleidsreactie hierop gegeven. De uitgebreide beleidsreactie is te vinden in de Kamerbrief over de voortgang van de implementatie van de wetswijziging.

NB. De GGZ-B-profielen en prestaties blijven bestaan voor voortgezet verblijf. De bekostiging voor voortgezet verblijf wordt niet aangepast.

3.1 Beschrijving bekostigingsmodaliteiten

De basis voor de nieuwe bekostigingsmodellen vormen de vijf profielen zoals vermeld in het HHM-rapport¹⁰.

- GGZ-wonen 1: met intensieve begeleiding
- GGZ-wonen 2: met intensieve begeleiding en verzorging
- GGZ-wonen 3: met intensieve begeleiding en gedragsregulering
- GGZ-wonen 4: met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging
- GGZ-wonen 5: Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding.

Het CIZ indiceert het best passend zorgprofiel voor een cliënt die toegang krijgt tot de Wlz. De cliënt kiest vervolgens, in overleg met het zorgkantoor, de best passende leveringsvorm in de Wlz. De mogelijkheden daarvoor zijn:

- Intramurale zorg via een zorgzwaartepakket (zzp) inclusief behandeling
- Intramurale zorg via een zorgzwaartepakket (zzp) exclusief behandeling
- Volledig pakket thuis
- Modulair pakket thuis
- Persoonsgebonden budget

Daarbij geldt dat cliënten in het hoogste zorgprofiel worden uitgesloten voor gebruik van pgb, vanwege de hoge mate van het permanent aanwezig zijn van behandeling.

Voor deze nieuwe profielen worden per leveringsvorm prestaties ontwikkeld. Ook worden er enkele toeslagen, overige basisprestaties en regelingen voor deze cliënten open- en vastgesteld.

⁹ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_292106_22/1/

¹⁰ HHM "Wlz---GGZ---zorgprofielen: Toetsing en aanscherping, resultaten 2e fase", 20 juli 2018

In haar uitvoeringstoets adviseert de NZa om de volgende bekostigingsmodellen voor de bekostiging van zorg aan cliënten met een grondslag psychische stoornis (die dus ook een aanspraak hebben op zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden) te hanteren, die beiden vanaf 2021 naast elkaar beschikbaar kunnen komen. Insteek van de vormgeving van beide bekostigingsmodellen is aansluiting bij de verschillende huidige organisatievormen van zorg in de verschillende domeinen waar deze ggz-cliënten nu in zorg zijn, voldoen aan de aanspraak binnen de Wlz en aansluiting op de bekostigingsstructuur zoals we die al kennen in de Wlz voor de sectoren vv en ghz en in de Zvw voor de ggz.

De verwachting is dat bekostigingsmodel 1 vooral van toepassing zal zijn op geïntegreerde instellingen en bekostigingsmodel 3 vooral zal worden gekozen voor beschermde woonomgevingen.

1: De integrale prestatie

Dit zijn prestaties woonzorg inclusief alle vormen van behandeling. Zorgaanbieders worden integraal verantwoordelijk voor het organiseren van de woonzorg, specifieke behandeling, ggz-behandeling¹¹ én de geneeskundige zorg van algemeen medische aard. Zij kunnen deze prestatie enkel declareren bij het zorgkantoor indien in het totaalpakket wordt voorzien. Daar waar de zorgaanbieder externe expertise van bijvoorbeeld een huisarts of een apotheker moet inzetten, gebeurt dit op basis van onderlinge contracten tussen de zorgaanbieder en de behandelaar.

3: Meerdere prestaties voor woonzorg, specifieke behandeling en ggz-behandeling

In deze variant is er een basismodule voor woonzorg. Specifieke behandeling en de ggz-behandeling worden met losse prestaties gedeclareerd ten laste van de Wlz. De geneeskundige zorg van algemeen medische aard wordt apart gepositioneerd en komt ten laste van de Zvw.

Binnen deze bekostigingsmodaliteit zijn er twee varianten mogelijk:

A. Declaratie van zorg door één zorgaanbieder

Zorgaanbieder en zorgkantoor maken afspraken over woonzorg, specifieke behandeling en ggz-behandeling. Declaratie vindt plaats op basis van separate, door de NZa gereuleerde, prestaties voor de drie genoemde onderdelen. Daar waar de zorgaanbieder externe expertise van een psychiater, psycholoog en andere behandelaren moet inzetten, gebeurt dit op basis van onderlinge contracten. Hierop kan de NZa (deel)regulering toepassen.

- NB. zoals de NZa ook in haar uitvoeringstoets benoemt, is dit bekostigingsmodel in strijd met onderdeel d eerste lid van artikel 3.1.1 Wlz. In dit artikel staat namelijk dat als door of namens een zorgaanbieder specifieke behandeling wordt geleverd, de zorgaanbieder ook de algemeen geneeskundige zorg moet leveren². Dit betekent dat een zorgaanbieder óf alle behandeling levert (model 1) of geen behandeling levert (model 3B). Dit model is toch uitgewerkt gezien de lopende inhoudelijke discussie over de positionering van behandeling aan Wlz-cliënten in alle sectoren (vv, ghz én ggz).

¹¹ In het consultatiedocument van de NZa wordt het onderscheid tussen specifieke behandeling en zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden niet expliciet genoemd. In de uitvoeringstoets licht de NZa dit toe in het hoofdstuk 'consultatie'.

B. Declaratie van zorg door zorgaanbieder en behandelaar¹²

Het zorgkantoor maakt 1) afspraken over het component woonzorg met de zorgaanbieder en 2) afspraken met behandelaren over het leveren van specifieke behandeling en de ggz-behandeling. De woonzorg, de specifieke behandeling en de zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden worden op basis van separate prestaties door zorgaanbieder en behandelaren ten laste van de Wlz gebracht. Er zal inhoudelijke afstemming plaats vinden tussen de zorgaanbieder die woonzorg levert en de behandelaren die specifieke behandeling en ggz-behandeling leveren. Dit wordt geformaliseerd in de contratering door zorgkantoren en/of in een Service Level Agreement (SLA) tussen de zorgaanbieder van woonzorg en de behandelaar(s), zie ook hoofdstuk 4 van dit rapport.

3.2 Prestaties en tarieven

In het bekostigingsadvies heeft de NZa de prestaties verder uitgewerkt. De omvang van de tarieven wordt daarbij nog niet vermeld. Deze worden opgenomen in de beleidsregels van de NZa van uiterlijk juli 2020. Omdat de NZa heeft aangegeven welke uitgangspunten ten grondslag liggen aan de berekeningen, hebben de aanbieders wel een indicatie van de omvang van de vergoeding in 2021.

Bekostigingsmodel 1 (zfp inclusief behandeling)

Bij bekostigingsmodel 1 komen er zorgzwaartepakketten GGZ-wonen 1 tot en met 5 *inclusief* behandeling. Het bijbehorende tarief leidt de NZa af van de tarieven voor voortgezet verblijf (zfp GGZ-B 3 t/m7). Daarbij maakt de NZa ook onderscheid tussen zfp's inclusief en exclusief dagbesteding.

Bekostigingsmodel 3 (zfp exclusief behandeling en vpt)

Bij bekostigingsmodel 3 komen er prestaties GGZ-wonen 1 tot en met 5 *exclusief* behandeling. Het gaat daarbij zowel om zfp's excl. BH (met verblijf) als om de volledig thuis-pakketten (vpt). Daarbij maakt de NZa het voorbehoud dat het bij profiel 5 onwaarschijnlijk is dat deze ook in de vorm van vpt kan worden geleverd. De NZa wil hierover de veldpartijen consulteren voor de definitieve vaststelling van de beleidsregels in juli 2020.

Voor het bepalen van de omvang van het tarief van deze "basismodule" maakt de NZa onder meer gebruik van de oude zfp-tarieven voor beschermd wonen uit de AWBZ (GGZ-C 3 t/m 6). Daarbij maakt de NZa ook onderscheid tussen zfp's en vpt's inclusief en exclusief dagbesteding.

Bij bekostigingsmodel 3 komen er daarnaast een of meerdere mpt-prestaties voor specifieke behandeling en ggz-behandeling. Voor de specifieke behandeling (geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke en specifiek paramedische aard) zijn binnen de V&V en GHZ al mpt-prestaties beschikbaar, die in de Wlz ook binnen de ggz toegepast kunnen worden. Voor de ggz-behandeling dienen nieuwe prestaties in de Wlz ontwikkeld te worden. De NZa adviseert om voor de bekostiging van ggz-behandeling bij het tweede genoemde bekostigingsmodel modulaire prestaties vast te stellen die aansluiten bij het bekostigingsmodel voor de ggz in de Zvw. Echter, met de sector wordt voor de curatieve ggz nu een nieuw bekostigingsmodel ontwikkeld. Het geplande invoeringsjaar hiervoor is 2022. De politieke besluitvorming hierover staat gepland voor aankomend voorjaar.

¹² Behandelaren die specifieke behandeling of zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden leveren kunnen individuele behandelaren zijn, maar kunnen ook zorgaanbieders of vrijgevestigde praktijken betreffen.

In het jaar 2021 zal de ggz-behandeling in de Wlz dus op een andere wijze bekostigd moeten worden. De NZa ontraadt om het huidige curatieve ggz-model in de Wlz te introduceren, omdat men in de Wlz niet bekend is met deze systematiek en het model na een korte periode bovendien weer vervangen moet worden. De NZa is daarom met een alternatieve oplossing gekomen voor modulaire bekostiging van ggz-behandeling onder de Wlz, namelijk een prestatie met een maximumtarief. Uit de uitvoeringstoets van de NZa blijkt echter dat werken met een tijdelijke bekostigingstitel in de Wlz leidt tot verstrekende uitvoeringsgevolgen voor zorgaanbieders en zorgkantoren. Het betreft een kwetsbare groep cliënten waarbij belemmeringen op het gebied van bekostiging onwenselijk zijn en continuïteit van zorg voorop dient te staan. Daarmee kan in 2021 dus niet voldaan worden aan een belangrijke voorwaarde voor de introductie van een nieuwe aanspraak in de Wlz, namelijk een passend bekostigingsmodel en beperkte uitvoeringsconsequenties. Een alternatief zou wel kunnen zijn om de aanspraak op ggz-behandeling onder model 3 tijdelijk onder de Zvw te continueren.

Persoonsgebonden budget en modulair pakket thuis

De behandeling mag niet uit het pgb worden bekostigd. De benodigde behandeling wordt door het zorgkantoor ingekocht bij de behandelende organisatie via mpt-prestaties. Dit zijn dezelfde mpt-prestaties die gelden voor de leveringsvormen zvp exclusief behandeling en vpt. Deze mpt-prestaties zijn uiteraard ook van toepassing als de cliënt kiest voor de leveringsvorm modulair pakket thuis.

Overigens geldt dat het hoogste zorgprofiel (GGZ-wonen 5) wordt uitgesloten voor toegang tot de leveringsvorm pgb, vanwege de hoge mate van het permanent aanwezig zijn van behandeling.

Reactie op uitvoeringstoets van de NZa

In de Kamerbrief over de voortgang van het implementatietraject van de wetswijziging¹³ heeft de staatssecretaris aangegeven voor 2021 het advies van de NZa op te volgen om twee bekostigingsmodellen te hanteren voor de bekostiging van zorg aan Wlz-cliënten met een grondslag psychische stoornis. Beide bekostigingsmodellen kunnen door een verblijfsinstelling worden toegepast. Dit betreft dus:

1. Een model met prestaties waarbij de drie soorten behandeling **integraal** onderdeel uitmaken van de woonzorg die een instelling in het kader van de Wlz levert (model 1).
2. Een model met **modulaire** prestaties voor woonzorg, specifieke behandeling en ggz-behandeling (model 3). De geneeskundige zorg van algemeen medische aard komt in dit tweede model uit de Zvw.

Welk bekostigingsmodel of welke bekostigingsmodellen worden toegepast is afhankelijk van de afspraken tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder. De modulaire prestaties voor specifieke behandeling en de ggz-behandeling uit het modulaire model kunnen ook worden toegepast voor de bekostiging van deze vormen van behandeling aan cliënten die kiezen voor een vpt, een mpt of een pgb. Hierdoor ontstaat ruimte voor maatwerk en aansluiting bij de huidige praktijk.

Zoals ook benoemd in het woord vooraf, heeft de staatssecretaris besloten om, naar aanleiding van de uitvoeringstoets van de NZa en op dringend verzoek van zorgaanbieders en zorgkantoren, de aanspraak op ggz-behandeling voor cliënten die niet verblijf alsmede behandeling vanuit een instelling ontvangen tijdelijk onder de Zvw te behouden. Er komen in 2021 in de Wlz dus geen tijdelijke modulaire prestaties voor de bekostiging van ggz-behandeling en de zorgkantoren hoeven de ggz-behandeling onder het modulaire model niet in te kopen. Wel moeten de zorgkantoren voor 2021 de specifieke behandeling inkopen als een cliënt naast zijn psychische stoornis een aanvullende zorgvraag heeft waarvoor specifieke behandeling nodig is.

Het besluit over continuering van de aanspraak op ggz-behandeling onder de Zvw voor een bepaalde groep Wlz-cliënten heeft niet als gevolg dat de regierol van de woonzorgaanbieder in het leveren van afgestemde zorg komt te vervallen. Dit blijft een belangrijk uitgangspunt in de zorgverlening aan Wlz-cliënten. De woonzorgaanbieders die niet verblijf alsmede behandeling gaan leveren zullen in 2020 en 2021 dus nog steeds stappen moeten zetten in het opstellen van samenwerkingsovereenkomsten met behandelaren (die in de tijd de geleverde zorg dus nog via de Zvw declareren). Dit wordt nader uitgewerkt in het volgende hoofdstuk. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan de vrijheid voor cliënten met betrekking tot de keuze van de behandelaren.

Over de wijze waarop het als modulaire bekostigingsmodel ingericht moet worden als de ggz-behandeling voor alle cliënten een aanspraak wordt onder de Wlz, zal de komende tijd het gesprek gevoerd worden. Daarbij wordt ook de wens van zorgaanbieders meegenomen om mogelijkheden voor een bekostigingsmodel te onderzoeken, waarin integrale prestaties worden vastgesteld voor het totaal van woonzorg, specifieke behandeling en ggz-behandeling. Dit betreft bekostigingsmodel 2 uit de uitvoeringstoets van de NZa. Dit model is voor 2021 niet opportuun, omdat dit niet past binnen de juridische mogelijkheden en niet aansluit op de bekostigingsstructuur zoals we die kennen in de Wlz.

¹³ Verschijnt medio december 2019

Daarnaast geeft de NZa in haar uitvoeringstoets aan dat een nadere duiding van de omvang van de zorg (in dit geval de ggz-behandeling) in richtlijnen en/of zorgstandaarden nodig is om een doelmatigheidscomponent in de prestaties te verwerken. Reden daarvoor is dat de prestaties die zij vaststelt, onafhankelijk van welk bekostigingsmodel, in geen enkel geval de wettelijke aanspraak mogen beperken. Het verdient aanbeveling dit te betrekken in het onderzoek van de sector waarin wordt verkend op welke wijze een kwaliteitskader voor de langdurige ggz kan worden opgesteld. Het streven daarbij is om dit traject in de tijd gelijk te laten lopen met het hierboven genoemde traject over de structurele inrichting van de bekostiging voor Wlz-cliënten met een grondslag psychische stoornis.

4 Organisatiemodaliteiten

In dit hoofdstuk wordt weergegeven op welke wijze de woonzorgaanbieder de behandeling voor Wlz-cliënten met een grondslag psychische stoornis kan organiseren. De minimum variant daarin is dat de woonzorgaanbieder regievoerder is, waardoor afgestemde zorg voor de Wlz-cliënt gerealiseerd wordt. Dit is namelijk een belangrijk uitgangspunt in de Wlz. Dit heeft in ieder geval betrekking op de vormen van behandeling waarop de cliënt aanspraak heeft onder de Wlz, maar het komt de cliënt ten goede als de woonzorgaanbieder de regierol ook oppakt voor de vormen van behandeling waar de cliënt vanuit de Zvw aanspraak op heeft. Het alternatief voor de woonzorgaanbieder is om zelf uitvoering te geven aan de behandeling (al dan niet via bijvoorbeeld onderaannemerschap). Kenmerkend aan deze laatste variant is dat de woonzorgaanbieder een contract sluit met het zorgkantoor voor de uitvoering van behandeling. De woonzorgaanbieder krijgt hier dan ook de financiële middelen voor. Het delen van goede voorbeelden bij de implementatie van onderstaande wordt aangemoedigd.

4.1 Regievoering bij behandeling door woonzorgaanbieder

Met regievoering wordt bedoeld dat de woonzorgaanbieder verantwoordelijk is voor de afstemming tussen de woonzorg, de specifieke behandeling en de ggz-behandeling. De woonzorgaanbieder is ervoor verantwoordelijk dat de benodigde behandeling integraal deel uitmaakt van de zorg aan de cliënt. De medische verantwoordelijkheid ligt bij de behandelaar zelf. Nadere duiding hiervan kan worden opgenomen in het Kwaliteitskader voor de ggz in de Wlz. De sector heeft een onderzoek opgestart waarin wordt verkend op welke wijze een kwaliteitskader kan worden opgesteld.

Het bekostigingsmodel dat hoort bij deze variant is model 3b. In dit bekostigingsmodel sluit het zorgkantoor geen contract af met de woonzorgaanbieder voor de levering van behandeling. In plaats daarvan koopt het zorgkantoor de specifieke behandeling en de ggz behandeling rechtstreeks in bij de behandelende organisatie of de vrijgevestigde behandelaar. Het zorgkantoor is er dus voor verantwoordelijk dát de (kwalitatief goede) behandeling wordt geleverd en bekostigd en zo mogelijk rekening wordt gehouden met de voorkeur van cliënten voor bepaalde behandelaren. De woonzorgaanbieder kan contact opnemen met het zorgkantoor als dat dit niet het geval is. In deze variant wordt de geneeskundige zorg van algemeen medische aard uit de Zvw bekostigd. Dit maken dus geen onderdeel uit van het integrale pakket voor de cliënt in de Wlz en vallen formeel daarmee dus niet onder de regierol van de woonzorgaanbieder

Organisatie van de regierol

Overeenkomst

De woonzorgaanbieder kan invulling aan haar regierol geven door een samenwerkingsovereenkomst af te sluiten met de behandelende organisatie of vrijgevestigde behandelaar. Het afsluiten van een dergelijke overeenkomst kan verplicht worden door het zorgkantoor. Een voorbeeld van een samenwerkingsovereenkomst is bijgevoegd in bijlage 2.

Zorgplan

Het integrale zorgplan ligt bij de woonzorginstelling. In de samenwerkingsovereenkomst moeten afspraken gemaakt worden over welke informatie vanuit het behandeldossier hierin wordt opgenomen. Daarnaast zijn vooral afspraken met de aanbieder van algemeen geneeskundige zorg belangrijk hoe/wanneer de specialist betrokken wordt voor consultatie of medebehandeling. Bij cliënten waar de huisarts inschat dat structurele medebehandeling (in de vorm van bijvoorbeeld een psycholoog of psychiater) nodig is zou het mooi zijn als de behandelaar aan kan sluiten bij het multidisciplinair overleg waar je de integratie in het zorg(leef)plan borgt en ook oog is voor de wensen van de cliënt met betrekking tot de keuze van de behandelaar.

Privacy

Voor het uitwisselen van medische informatie heeft de huisarts goedkeuring nodig van de patiënt. Als de inhoud van het zorg(leef)plan wordt gedeeld met de behandelaar van specifiek geneeskundige zorg¹⁴ is ook toestemming nodig van de cliënt. Ook andersom, als de behandelaar van specifiek geneeskundige zorg het dossier met de zorg wil delen is hier toestemming voor nodig. Bij voorkeur wordt de toestemming voor het delen van (medische) gegevens en het zorgleefplan met de externe behandeldienst al bij opname aan de cliënt gevraagd. Het behandeldossier kan worden gekoppeld met het zorgdossier. Dit is vooral van belang als de specifiek geneeskundige behandeling niet uit consulten maar uit medebehandeling bestaat. Het kan echter ook zonder koppeling, in de eerste lijn communiceert het dossier van de thuiszorg ook niet met het medisch dossier van behandelaar die specifiek geneeskundige zorg biedt. Het gaat erom dat de relevante informatie (met toestemming van de patiënt) wordt gedeeld met de (woon)zorginstelling en dat de (woon)zorginstelling bij vragen over het specifiek geneeskundig beleid de behandelaar weet te vinden.

4.2 Uitvoering van behandeling door woonzorgaanbieder

Het alternatief op regievoering voor de woonzorgaanbieder is om zelf uitvoering te geven aan de behandeling voor cliënten met een grondslag psychische stoornis. In dat geval is de woonzorgaanbieder ervoor verantwoordelijk dat de benodigde behandeling wordt geleverd en bekostigd en dat dit integraal deel uitmaakt van de zorg aan de cliënt. De medische verantwoordelijkheid ligt bij de behandelaar zelf. De keuzevrijheid van de cliënten kan in dit model worden beperkt, maar ook in dit model zal er overleg zijn tussen de woonzorgaanbieders en de cliënten over een adequaat behandelaanbod.

Het bekostigingsmodel dat hoort bij deze variant is het integrale model¹⁵. In het integrale model kiest de woonzorgaanbieder ervoor uitvoering te geven aan specifieke behandeling, ggz-behandeling en de geneeskundige zorg van algemeen medische aard.

¹⁴ Hiermee worden ook behandelaren bedoeld die zorg leveren zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden.

¹⁵ In model 3a geeft de woonzorgaanbieder alleen uitvoering aan de specifieke behandeling en ggz-behandeling. De geneeskundige zorg van algemeen medische aard (waaronder de huisartsenzorg en de farmaceutische zorg) worden bij model 3a uit de Zvw bekostigd. Deze vallen niet onder de reikwijdte van regierol van de woonzorgaanbieder. Zoals aangeven in paragraaf 3.1 is model 3a momenteel niet wettelijk toegestaan.

De woonzorgaanbieder kan op de volgende manieren invulling geven aan zijn uitvoerende rol:

- 1) Een behandelende organisatie wordt onderaannemer van de woonzorgaanbieder;
- 2) Behandelaren worden gedetacheerd bij woonzorgaanbieder;
- 3) Woonzorgaanbieder neemt behandelaren in dienst.

Deze varianten worden hieronder verder toegelicht.

4.2.1 *Een behandelende organisatie wordt onderaannemer van de woonzorgaanbieder*

Er is sprake van onder aanneming wanneer de woonzorgaanbieder de uitvoering van de behandeling geheel of gedeeltelijk uitbesteedt aan een ander (de onderaannemer) die dit (deel van) het werk buiten dienstbetrekking uitvoert en oplevert tegen een te betalen prijs. Hiervoor heeft de woonzorgaanbieder vooraf goedkeuring nodig van het zorgkantoor. De eisen die het zorgkantoor stelt aan onderaannemers zijn als volgt: De onderaannemer dient in ieder geval aantoonbaar in het bezit te zijn van een inschrijving in het handelsregister en indien hij een nieuwe zorgaanbieder is, zich aantoonbaar gemeld te hebben bij de IGJ als zodanig. Tevens dient geen IGJ-maatregel van kracht te zijn bij de onderaannemer, dan wel een onderzoek naar vermoeden van fraude bij de onderaannemer plaats te vinden.

Overeenkomst

De woonzorgaanbieder en de behandelende organisatie kunnen hier nader invulling aan geven.

Zorgplan en privacy

Net als bij de uitvoering van de regirol geldt bij onderaannemerschap dat het integrale zorgplan bij de woonzorginstelling ligt. In de samenwerkingsovereenkomst moeten afspraken gemaakt worden over welke informatie vanuit het behandeldossier hierin wordt opgenomen en op welke wijze dit gebeurt. Voor gegevensuitwisseling is toestemming van de cliënt nodig. Zie voor een nadere de toelichting onder 'organisatie van de regirol'.

4.2.2 *Behandelaar wordt gedetacheerd bij woonzorgaanbieder*

Detacheren is het inhuren van personeel via een behandeldienst. Vaak gebeurt dit op basis van langdurige overeenkomsten. De behandelende organisatie heeft de behandelaren in dienst en de woonzorgaanbieder huurt hen voor een periode in. Formeel is de behandelende organisatie dus de werkgever van de te detacheren werknemer. Als inhuurder is de woonzorgaanbieder de opdrachtgever van de behandelende organisatie en de behandelaar is een ingeleende werknemer voor jou. Omdat de behandelende organisatie de werkgever is, loopt de behandelende organisatie de werkgeversrisico's bij ziekte (doorbetaling van het loon) en bij ontslag (ontslagvergoeding).

Overeenkomst

Een voorbeeld van een overeenkomst om detachingsafspraken vast te leggen is bijgevoegd in bijlage 3. De aanbieder en de behandelende organisatie kunnen hier nader invulling aan geven.

Zorgplan en privacy

Het integrale zorgplan ligt bij de woonzorgaanbieder. De gedetacheerde behandelaren maken gebruik van de aanwezige systemen van de woonzorgaanbieder. Voor gegevensuitwisseling met behandelaren buiten de instelling is toestemming van de cliënt nodig. Zie ook 'woonzorgaanbieder neemt behandelaren in dienst'.

4.2.3 *Woonzorgaanbieder neemt behandelaren in dienst*

Er is sprake van indienstneming als de behandelaar in dienst treedt bij de woonzorgaanbieder. Woonzorgaanbieder sluit in dat geval een arbeidsovereenkomst met de behandelaar af.

5 PGB-initiatieven en instellingen in de V&V en/of GHZ-sector

5.1 Aandachtspunten voor pgb-wooninitiatieven

Pgb-wooninitiatieven nemen een bijzondere plaats in bij de levering van Wlz-zorg. Zij worden niet gecontracteerd door het zorgkantoor maar door de budgethouder (of zijn vertegenwoordiger). Als een Wlz-cliënt met een grondslag psychische stoornis kiest voor de leveringsvorm pgb, heeft hij wel aanspraak op specifieke behandeling en ggz-behandeling maar mag deze niet vanuit zijn pgb inkopen bij het wooninitiatief.

De benodigde specifieke en ggz-behandeling voor de cliënt met een grondslag psychische stoornis wordt daarentegen door het zorgkantoor ingekocht bij de behandelende organisatie via mpt-prestaties. Dit zijn dezelfde mpt-prestaties die gelden voor de leveringsvormen modulair pakket thuis, zzp exclusief behandeling en volledig pakket thuis. De geneeskundige zorg van algemeen medische aard komt in dit geval altijd ten laste van de Zvw of Wmo2015.

Dit heeft invloed op de invulling van de regierol van het pgb-wooninitiatief ten opzichte van de behandelaren. Het zorgkantoor kan in de driehoek woonzorgaanbieder/behandelaar/financier geen afspraken maken over afgestemde zorg. Immers het pgb-wooninitiatief is geen contractpartij voor het zorgkantoor. De budgethouder dan wel zijn vertegenwoordiger is het aanspreekpunt voor het zorgkantoor.

Indien sprake is van een individuele budgethouder, die niet woonachtig is in een pgb-wooninitiatief, zal in overleg met de budgethouder worden afgestemd welke behandeling aanvullend noodzakelijk is. Het zorgkantoor is ook in dit geval aan zet om deze zorg in te kopen.

Indien de budgethouder woonachtig is in een pgb-wooninitiatief, kunnen stappen worden gezet om te komen tot geïntegreerde zorgverlening. Het zorgkantoor kan met de in het pgb-wooninitiatief wonende budgethouders verkennen of het zinvol is om te komen tot een samenwerkingsovereenkomst met de behandelde zorgaanbieder(s), zodat dit ook de basis kan zijn voor de zorginkoop van de benodigde Wlz-behandeling.

Dit zal echter maatwerk zijn waarbij intensief overleg tussen het zorgkantoor en de budgethouders die woonachtig zijn in een wooninitiatief noodzakelijk is, om na te gaan of een samenwerkingsovereenkomst in de betreffende situatie een meerwaarde heeft.

5.2 Aandachtspunten voor instellingen in de V&V en de GHZ

De verwachting is dat een deel van de cliënten die vanaf 2021 de Wlz instromen te maken heeft met multiproblematiek. Dit betekent dat de cliënt naast zijn psychische stoornis, ook bijvoorbeeld een somatische aandoening of een verstandelijke handicap heeft. Het CIZ indiceert voor deze cliënten een best passend zorgprofiel. Ook instellingen die nu vooral zorg leveren aan cliënten met een V&V of GHZ-zorgprofiel kunnen dus te maken krijgen met de nieuwe doelgroep. In deze paragraaf worden de aandachtspunten ten aanzien van ggz-behandeling benoemd voor instellingen in de V&V en GHZ-sector.

- Niet het zorgprofiel, maar de grondslagen van de cliënt zijn leidend voor de vraag of cliënt aanspraak heeft op de ggz-behandeling in de Wlz. Immers: ggz-behandeling is alleen een aanspraak voor cliënten met een grondslag psychische stoornis (zie hoofdstuk 2).
- De aanspraak op ggz-behandeling is functioneel omschreven. Ook andere functionarissen –indien zij daarvoor gekwalificeerd zijn- mogen deze zorg dus verlenen (zie ook de handreiking van het Zorginstituut in de bijlage). Het kan zijn dat de V&V of GHZ-instelling deze expertise al in huis heeft.
- Behandeling van een psychische stoornis is in de huidige Wlz ook al een aanspraak voor Wlz-cliënten met een V&V of GHZ-indicatie als hij verblijf alsmede behandeling door of namens een instelling ontvangt, en de behandeling van de psychische stoornis integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van zijn somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of verstandelijke, lichamelijke of zintuigelijke handicap. De financiering van deze behandeling maakt in dit geval al onderdeel uit van het integrale tarief voor het (V&V of GHZ) zzp inclusief behandeling.
- Ggz-behandeling is in de huidige Wlz nog geen aanspraak voor Wlz-cliënten die niet verblijf alsmede behandeling ontvangen (dus cliënten die zorg ontvangen via een mpt, vpt, pgb of zzp exclusief behandeling). Op het moment dat het CIZ voor deze cliënten de grondslag ‘psychische stoornis’ vaststelt, wordt dit voor hen wel een aanspraak binnen de Wlz. De ggz-behandeling kan dan modulair bekostigd worden (bekostigingsmodel 3 uit hoofdstuk 3). De hoofdaanbieder heeft in dit geval een regierol (zie hoofdstuk 4).
- Voor cliënten met een V&V of GHZ-indicatie (en zonder grondslag ‘psychische stoornis’) wordt de ggz-behandeling uit de Zvw bekostigd als deze behandeling los staat van de specifieke Wlz-behandeling.
- Zorgaanbieders in de V&V- en GHZ-sector kunnen gebruik maken van dezelfde organisatiemodellen zoals in het begin van dit hoofdstuk beschreven.
- Voor de algemene voorwaarden voor het omzetten van een instellingsvreemd zorgprofiel naar een instellingseisen zorgprofiel (bijvoorbeeld V&V) wordt verwezen naar het Voorschrift Zorgtoewijzing van Zorgverzekeraars Nederland¹⁶.

¹⁶ Exacte voorwaarden voor de groep met een GGZ-wonen profiel worden toegevoegd aan het Voorschrift Zorgtoewijzing 2021.

6 Bijlagen

Bijlage 1: Handreiking behandeling in de Wlz Zorginstituut

Bijlage 2: voorbeeld samenwerkingsovereenkomst (regierol/model 3)

LOGO

Organisatie X

LOGO

Organisatie Y

RAAMOVEREENKOMST

De ondergetekenden

<Naam organisatie X>... gevestigd ...en ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel onder nummer ..., in deze vertegenwoordigd door, <functie>, hierna te noemen '<naam organisatie X>';

en <Naam organisatie Y>... gevestigd ...en ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel onder nummer ..., in deze vertegenwoordigd door, <functie>, hierna te noemen '<naam organisatie Y>';

in aanmerking nemende dat:

- A. ...;
- B. ...;
- C. ...;

verklaaren het volgende te zijn overeengekomen:

Artikel 1. Doel en aanbod

- 1. ...
- 2. ...

Artikel 2. Behandeling door <naam organisatie Y>

- 1. ...
- 2. ...

Artikel 3. Begeleiding en ondersteuning door <naam organisatie X>

- 1. ...
- 2. ...

Artikel 5. Medicatie

- 1. ...
- 2. ...

Artikel 6. Somatische screening en leefstijl

- 1. ...
- 2. ...

Artikel 7. Terugvalpreventie en crisis

- 1. ...
- 2. ...

Artikel 8. Samenwerking in behandeling en begeleiding

- 1. ...
- 2. ...

Artikel 9. Verantwoordelijkheid

1. ...
2. ...

Artikel 10. Duur en beëindiging

1. ...
2. ...

Artikel 11. Personeel

1. ...
2. ...

Artikel 12. Financiën

1. ...
2. ...

Artikel 13. Teamgebonden specifieke afspraken

Tussen de verschillende teams van <organisatie X> en de teams van <organisatie Y>, worden schriftelijke afspraken gemaakt die vallen binnen de kaders van deze raamovereenkomst, zie bijlage In deze teamgebonden specifieke afspraken worden in ieder geval het navolgende vastgelegd:

- • ...
- • ...

Artikel 14. Uitvoeringsafspraken

1. ...
2. ...

Artikel 15. Overleg en besluitvorming

1. ...
2. ...

Artikel 16. Geschillen

1. ...
2. ...

Aldus overeengekomen en in tweevoud getekend, te ... op ...

.....
<Naam>
<Organisatie X>

<Naam>
<Organisatie Y>

Bijlage 3: voorbeeld overeenkomst detachering (uitvoering/model 1)

Ondergetekenden:

1. **A (aanbieder specialistische zorg / VVT)**; gevestigd te ..., te dezer zake rechtsgeldig vertegenwoordigd door ..., bestuurder,
en
2. **B (aanbieder van de verblijfslocatie)**, gevestigd te ..., te dezer zake rechtsgeldig vertegenwoordigd door ..., directeur/bestuurder,

tezamen de "**partijen**",

Aanvaarden deze overeenkomst door ondertekening en verbinden zich hiermee aan al haar bepalingen.

A. ALGEMENE BEPALINGEN

1. Reden voor de overeenkomst

Deze overeenkomst is opgesteld met betrekking tot de samenwerking, zoals deze met ingang van 1 januari 2009 vorm kreeg. Aangevuld met bepalingen die per 1 februari 2011 en augustus 2014 van kracht zijn en geactualiseerd in november 2017.

2. Duur van de overeenkomst

- 2.1 Deze overeenkomst wordt aangegaan voor onbepaalde tijd.
- 2.2 Aanpassingen in de afspraken, zoals vermeld in deze overeenkomst worden, na schriftelijke goedkeuring door beide partijen, in vorm van een bijlage toegevoegd aan deze overeenkomst.

3. Opzegging en beëindiging samenwerkingsovereenkomst

- 3.1 Indien één der partijen deze overeenkomst wenst te beëindigen, geldt een opzegtermijn met opgaaf van redenen, van 12 maanden.
- 3.2 De overeenkomst wordt met onmiddellijke ingang beëindigd indien:
 - a) B, respectievelijk A wordt opgeheven,
 - b) ten laste van B, respectievelijk A, een executoriaal beslag wordt gelegd, (voorlopige) surseance van betaling wordt aangevraagd of indien een van de partijen in staat van faillissement verkeert of dreigt te gaan verkeren,
 - c) Een van de partijen de verplichtingen uit deze overeenkomst na een deugdelijke ingebrekestelling, met termijnstelling van 30 dagen, niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt,
 - d) Een van de partijen geen wettelijke basis meer heeft om de betreffende zorg uit te voeren (zoals intrekking van WTZi).
- 3.3 De partij die de overeenkomst wenst te beëindigen, dient de andere partij hiervan middels een aangetekend schriftelijk schrijven op de hoogte te stellen.

4. Niet nakoming

- 4.1 Wanneer één der partijen haar verplichting overeenkomstig deze overeenkomst niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt, dan is er sprake van toerekenbare tekortkoming in de nakoming van de overeenkomst. De tekortkomende partij wordt hierover op zo kort mogelijke termijn schriftelijk van op de hoogte gesteld.
- 4.2 Bij niet nakoming is de benadeelde partij gerechtigd tot het nemen van de volgende maatregelen:
 - a) De benadeelde partij kan nakoming van deze overeenkomst eisen,
 - b) De benadeelde partij kan haar verplichtingen opschorten tot de tekortkomende partij aan haar verplichtingen overeenkomstig deze overeenkomst heeft voldaan,

- c) Bij tekortschieten kan de benadeelde partij de overeenkomst ontbinden.
- 4.3 De maatregelen, genoemd in artikel 4.2, gelden onverminderd het recht van de benadeelde partij tot het vorderen van openstaande posten en/of betalingen van geleden schade welke veroorzaakt is door tekortkoming van de wederpartij.

5. Overdracht

- 5.1 Partijen mogen de rechten en verplichtingen, zoals opgenomen in deze overeenkomst niet (gedeeltelijk) overdragen aan derden zonder voorafgaande schriftelijke goedkeuring van de wederpartij.

6. Informatievoorziening

- 6.1 Partijen verplichten zich om de wederpartij tijdig te informeren over zaken die van invloed kunnen zijn op de tijdige en/of behoorlijke nakoming van de verplichtingen zoals opgenomen in deze overeenkomst.
- 6.2 Partijen verplichten zich om de wederpartij schriftelijk te informeren minimaal 30 dagen voorafgaand aan wijzigingen in werkwijzen, methodieken en IT-voorzieningen die invloed hebben op de uitvoering van de werkzaamheden van betrokken medewerkers en/of wijziging in kosten voor de wederpartij betekenen.
- 6.3 Partijen zijn verplicht om (uitvoerend) betrokkenen schriftelijk te informeren over de verplichtingen zoals opgenomen in deze overeenkomst.

B. VERPLICHTINGEN

7. Algemene verplichtingen

- 7.1 B is eindverantwoordelijk voor het totale pakket van dagelijkse zorg en diensten dat verleend wordt aan haar cliënten.
- 7.2 Daarnaast is B verantwoordelijk voor:
 - a) indicaties van cliënten,
 - b) productieregistratie,
 - c) verantwoording aan externen
- 7.3 B is bekend met alle wettelijke regelingen en andere voorschriften, voorwaarden en bepalingen, voor zover betrekking hebbend op de detachering. B draagt zorg voor dusdanige randvoorwaarden, zodat door gedetacheerd personeel van A de geleverde diensten kunnen voldoen aan de toepasselijke wet- en regelgeving voortvloeiende kwaliteitseisen en voorschriften.
- 7.4 B draagt zorg voor passende arbeidsomstandigheden op basis waarvan gedetacheerde medewerkers van A optimaal de werkzaamheden kunnen verrichten.

Ten behoeve hiervan dient voor betreffende medewerkers een zogenaamde thuiswerkplaats te worden ingericht. Van de hiervoor ICT te maken kosten brengt A jaarlijks de licentiekosten per medewerker bij B in rekening.
- 7.5 De archivering van het medisch dossier en zorgdossier is de verantwoordelijkheid van de woonzorgaanbieder en vindt aldaar plaats.
- 7.6 B maakt melding van calamiteiten bij de IGJ. B informeert zo nodig betreft A bij de melding van calamiteiten bij de IGJ in het geval gedetacheerde medewerkers van A hierbij betrokken zijn.

8. Algemene verplichtingen A

- 8.1 A is verantwoordelijk voor de medische en behandelzorg, zoals die geleverd wordt door de door haar gedetacheerde medewerkers.
- 8.2 Onder de inzet van behandel disciplines vallen cliëntgebonden taken, wordt verstaan:
 - a) Direct cliëntcontact: face-to-face contact van de behandel discipline met de cliënt van B

- b) Indirect cliëntcontact: contacten waarbij telefonisch, mondeling of schriftelijk advies gegeven wordt met betrekking tot de behandeling van een cliënt aan een medewerker van B. Ook andere contacten met familieleden en mantelzorger(s) c.q. anderszins betrokkenen en andere betrokken behandelaren vallen onder indirecte cliëntcontacten, evenals administratieve werkzaamheden en (multidisciplinair)overleg t.b.v. de cliënt.
- 8.3 Onder de inzet van behandeldisciplines vallen niet-cliëntgebonden taken die noodzakelijk zijn om de kwaliteit van de medische/behandelzorg te waarborgen. Hieronder vallen onder meer de volgende taken:
- a) het medisch adviseerschap;
 - b) het voeren van gesprekken die niet leiden tot een (crisis)opname;
 - c) het mede-ontwikkelen van protocollen, procedures en richtlijnen;
 - d) het geven van scholing, voorlichting en instructies;
 - e) gevraagd en ongevraagd advies en feedback t.a.v. begeleiding van cliënten (o.a. in de vorm van casuïstiekbespreking en intervisie);
 - f) betrokkenheid en inzet bij verbeterplannen, projecten en implementeren van nieuwe werkwijzen en richtlijnen;
 - g) contact met ketenpartners, verwijzers en netwerkverbanden;
 - h) vier keer per jaar aanwezig bij het groot werkoverleg tussen team B en medewerkers A.
- 8.4 De gedetacheerde medewerkers van A werken volgens de geldende protocollen, werkwijzen en voorschriften van B en registreren de werkzaamheden in het registratiesysteem van B.

9. Detachering en ondersteuning

- 9.1 A zet ten behoeve van de medische zorg en behandeling, de uitvoering van de cliëntgebonden en niet-cliëntgebonden taken, de volgende disciplines op structurele basis in:
- a) Specialist ouderengeneeskunde
 - b) Psycholoog
 - c) Fysiotherapeut
 - d) Ergotherapeut
 - e) Logopedist
 - f) Diëtist
 - g) Kunstzinnig therapeut
 - h) Geestelijke verzorging
- 9.2 De gemiddelde structurele inzet van behandeldisciplines is opgenomen in bijlage 1.
- 9.3 A heeft de intentie een vaste medewerker per discipline in te zetten.
- 9.4 Gezien de specifieke doelgroep en de benodigde kennis, expertise en affiniteit die dit vraagt van de betrokken discipline heeft B inspraak in de keuze van een nieuwe vaste medewerker die vanuit A bij B wordt gedetacheerd. Hiervoor vindt voorafgaand aan de inzet een kennismakingsgesprek plaats met een afvaardiging vanuit B.
- 9.5 Nieuwe medewerkers vanuit A die worden gedetacheerd bij B worden ingewerkt door een medewerker van B. In geval van onvoorziene of tijdelijke omstandigheden wordt voor A voor tussentijdse vervanging gezorgd. B wordt hierover tijdig geïnformeerd en draagt zorg voor toegang tot de afdeling en registratiesysteem.
- 9.6 Alle gedetacheerde medewerkers van A kunnen, indien gewenst, de basiscursus competentiegericht begeleiden bij B volgen. De kosten voor de scholing zijn voor rekening van B.
- 9.7 De specialist ouderengeneeskunde kan een verpleegkundig specialist / basisarts onder supervisie inzetten. De specialist ouderengeneeskunde blijft verantwoordelijk voor de medische zorg binnen B.
- 9.8 De aan B gedetacheerde medische dienst ontvangt ondersteuning van het medische secretariaat van A. De ondersteuning houdt concreet in:
- a) het opvragen van huisartsgegevens,

- b) het schrijven van brieven;
- c) andere voorkomende administratieve en secretariële werkzaamheden.

10. Bereikbaarheid Specialist Ouderengeneeskunde

- 10.1 Tijdens kantoortijden: responstijd op telefoon is 10 minuten en binnen 30 minuten ter plaatse.
- 10.2 Tijdens avond, weekend en nacht: De medische dienst en de verpleegkundige achterwacht (VA) dragen zorg voor de bereikbaarheidsdiensten (24 uur per dag, 7 dagen per week). De dienstdoende arts wordt alleen na triage door de VA tijdens bereikbaarheidsdiensten ingeroepen.
- 10.3 In geval van spoed: dienstdoende arts is per telefoon direct bereikbaar en oproepbaar en binnen 30 minuten ter plaatse.

11. Protocollen en werkwijzen

- 11.1 B heeft recht op de meest actuele versies van beleidsstukken, protocollen, werkwijze en formulieren van A die betrekking hebben of samenhangen met:
 - a) Zorgdossier;
 - b) Multidisciplinair zorgbeleid;
 - c) Medicatieprotocol.
- 11.2 A is verantwoordelijk voor het tijdig (digitaal) verstrekken van aangepaste en nieuwe beleidsstukken, protocollen, werkwijzen en formulieren.
- 11.3 B is verantwoordelijk voor het aanschaffen en beschikbaar stellen van verpleegtechnische protocollen.

12. Kwaliteit

- 12.1 A voert jaarlijks minimaal twee audits uit op gebied van medicatie en dossiervoering per vakgroep.

13. Goederen en diensten

- 13.1 B koopt voor de afdeling medicatie, dieetvoeding en verbandmiddelen op voorschrift van de specialist ouderengeneeskunde in bij de apotheker waarmee A een overeenkomst heeft.
- 13.2 Indien A besluit over te gaan naar een andere toeleverancier geldt dit automatisch ook voor B.

14. Tarieven en kosten