

Uitvoeringstoets

Bekostiging ggz-behandeling voor Wlz-cliënten met een psychische stoornis



22 december 2022

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting		3
1	Inleiding	6
1.1	Achtergrond	6
1.2	Vraagstelling	6
1.3	Leeswijzer	8
2	Mogelijke bekostigingssystematieken	9
3	Het zorgprestatie­model	12
	Zorgvraagtypering	13
4	Aansluiting voorgestelde bekostigingssystematiek bij huidige Wlz-praktijk	14
5	Uitvoeringsconsequenties	18
5.1	Consequenties voor Wlz-uitvoerders	18
5.2	Consequenties voor cliënten	20
5.3	Consequenties voor zorgaanbieders	21
5.4	Overige consequenties, implicaties en risico's	22
6	Financiële consequenties	23
6.1	Uitgangspunt budgetneutraliteit	23
6.2	Uitgangspunt totale kosten binnen het modulaire model niet boven het integrale model	23
6.3	Uitgangspunt doelmatigheid	24
6.4	Financiële impact	24
7	Conclusie en aanbevelingen	27
	Bijlage 1	29
	Bijlage 2	31

Managementsamenvatting

Volwassenen met een psychische stoornis kunnen toegang krijgen tot zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz) als zij een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Ggz-zorg komt ten laste van de Wlz wanneer sprake is van een van de volgende situaties:

- Als de verzekerde (mede) vanwege een psychische stoornis aan de Wlz-toegangscriteria voldoet, komt ggz-zorg ten laste van de Wlz bij verblijf met behandeling;
- Als de behandeling van de psychische stoornis integraal onderdeel is van de specifieke behandeling bij verblijf met behandeling;
- Als een cliënt in een psychiatrische instelling verblijft en dat verblijf noodzakelijk is voor de behandeling van de stoornis na verloop van drie jaren, het zogeheten voortgezet verblijf.

Nieuw sinds 2021 is de mogelijkheid van directe toegang tot de Wlz op basis van een ggz-wonen Wlz-indicatie. Cliënten met een Wlz-indicatie krijgen verblijf en/of zorg bekostigd vanuit de Wlz en niet langer vanuit de Zvw of Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo). Met deze wijziging is ggz-behandeling in beginsel ook verzekerde zorg in de Wlz voor deze cliënten. Die behandeling valt echter voor een deel van de cliënten nog onder de Zvw omdat eerder een volledige overheveling¹ van deze zorg nog uitgesteld is (via het zogeheten 'overgangsrecht'). VWS wil dit per 2024 veranderen en de behandeling voor alle cliënten alsnog vanuit de Wlz bekostigen. De minister heeft ons gevraagd of de huidige bekostigingsvormen nog passend zijn in deze situatie en wat de uitvoeringsconsequenties zijn van de overheveling.

Huidige bekostigingsvormen blijven voorlopig passend

We hebben onderzocht wat de mogelijkheden zijn om ggz-behandeling ook per 2024 passend te bekostigen. We concluderen dat een hybride (zowel een integrale als modulaire) bekostigingssystematiek zoals we die nu al kennen in de Wlz ook per 2024 nodig is.

Voor cliënten met een Wlz-indicatie met een grondslag psychische stoornis die *verblijf inclusief behandeling* (zpp inclusief behandeling) ontvangen, adviseren we om de bekostiging van ggz-behandeling onveranderd vanuit het integrale zpp-tarief te bekostigen.

Voor cliënten met een Wlz-indicatie met een grondslag psychische stoornis die *verblijven zonder behandeling* (zpp exclusief behandeling), of thuis wonen via een modulair pakket thuis (mpt), met een volledig pakket thuis (vpt) of de zorg zelf inkopen via een persoonsgebonden budget (pgb) valt de ggz-behandeling nog onder de Zvw. Als de minister besluit om deze zorg in de Wlz te positioneren, zien we daarvoor in beginsel de volgende mogelijkheid: in lijn met de uitgangspunten die zijn meegegeven voor de overheveling ligt het voor de hand en geniet het de voorkeur om voor ggz-behandeling in de Wlz mpt-prestaties en tarieven vast te stellen op basis van consultprestaties uit het zorgprestatie-model voor ggz-behandeling (dat sinds 2022 in de Zvw wordt gehanteerd). Als uit deze uitvoeringstoets blijkt dat dit niet goed mogelijk is, veel risico's kent, of teveel nadelige gevolgen heeft, dan zien we nog twee andere mogelijkheden om prestaties en tarieven vast te stellen voor ggz-behandeling in de Wlz. Samengevat gaat het om de volgende mogelijkheden om prestaties en tarieven voor ggz-behandeling vast te stellen:

¹ Daar waar in deze uitvoeringstoets wordt gesproken over 'overheveling' of 'overheveling van behandeling' moet worden verstaan 'beëindiging van het (tijdelijke) overgangsrecht'. Behandeling is immers al toegevoegd aan het verzekerd pakket van de Wlz, maar daar wordt nog niet (volledig) uitvoering aan gegeven. Beëindigen van het overgangsrecht betekent daarmee dus feitelijk nog een (gedeeltelijke) overheveling van behandeling van Zvw naar Wlz.

1. Vanuit het uitgangspunt ‘dezelfde zorg, dezelfde prestaties’ de consultprestaties uit het zorgprestatie­model voor ggz-behandeling in de Zvw volledig overnemen in de Wlz als mpt-prestaties (voorkeursvariant);
2. Mpt-prestaties voor een uur inzet van een ggz behandelaar in de Wlz afleiden van specifieke consultprestaties uit het zorgprestatie­model.
3. Nieuwe prestaties voor ggz-behandeling ontwikkelen in de Wlz vergelijkbaar met de mpt-prestaties die we kennen in de Wlz;

Alle voorgestelde opties hebben voor- en nadelen.

Vanuit het uitgangspunt gelijke zorg = dezelfde prestatie ligt het voor de hand om de prestaties te gebruiken van het zorgprestatie­model die per 2022 in de Zvw geldt (mogelijkheid 1). Tenzij er zwaarwegende redenen zijn om te kiezen voor een alternatief. In het zorgprestatie­model is ggz-behandeling ondergebracht in een consultenstructuur. Prestaties komen tot stand op basis van vier variabelen: beroep van de uitvoerder, type consult, duur van het consult, en de behandelsetting. Uit onze analyse blijkt dat het overnemen van prestaties uit het zorgprestatie­model als mpt-prestaties binnen de Wlz een majeure verandering is. Het raakt veel aspecten, waaronder de budgetteringscyclus, de ICT, de zorginkoop, het borgen van de continuïteit van zorg en de eigen werkprocessen van de NZa. Vanwege de forse uitvoeringsconsequenties voor veldpartijen achten wij het overnemen van prestaties uit het zorgprestatie­model per 2024 niet haalbaar.

Bij de mogelijkheden 2 en 3 wordt afgeweken van het uitgangspunt gelijke zorg = gelijke prestatie. Dat is in beginsel onwenselijk. Deze in hoofdstuk 2 beschreven opties leveren weliswaar minder prestaties op, maar het ontwikkelen van nieuwe prestaties brengen geen kortere doorlooptijd met zich mee. Daardoor zijn (ook) deze prestaties en de bijbehorende veranderingen zoals hierboven genoemd niet per 2024 gerealiseerd.

Overheveling per 2024 niet haalbaar

Onze conclusie is dat de consequenties deels in beeld zijn en deels nog verder verkend moeten worden. In ieder geval kunnen de consequenties groot zijn. Volledige overheveling van ggz-behandeling per 2024 lijkt gezien de korte doorlooptijd niet reëel en niet haalbaar. Ook zal die overheveling gepaard gaan met mogelijk grote (implementatie)risico's. Als overheveling toch dringend gewenst is (per latere datum), adviseren we om op tijd een implementatiewerkgroep met verschillende partijen in te stellen. Vanzelfsprekend zal de NZa deel uitmaken van deze werkgroep ten behoeve van de bekostigingsvraagstukken. We bevelen het ministerie van VWS aan om de volgende punten mee te nemen:

Andere prioriteiten in de sector langdurige ggz

De positie van “ggz-behandeling” vraagt ook vanuit een ander perspectief aandacht. Sinds de Wlz rechtstreeks werd opengesteld voor volwassenen met een psychische stoornis is de instroom van ggz-cliënten in de Wlz veel hoger dan van tevoren verwacht. Dat leidt tot vragen als: zijn deze cliënten de doelgroep die met de directe toegang tot de Wlz van te voren werd beoogd? Maar ook: wat is passende zorg voor deze doelgroep? Wat vraagt dit van de organisatie van zorg en van kwaliteitskaders? We vinden het wenselijk dat met prioriteit aandacht wordt gegeven aan deze vraagstukken. Daarmee kan een toekomstbestendige en duurzame positie van de ggz in de Wlz worden geborgd. Nu overhevelen van ggz-behandeling kan de aanpak van deze vraagstukken bemoeilijken.

Het zorgprestatie­model (hierboven benoemd als voor de hand liggend model voor de vormgeving van de prestaties) is sinds 2022 in gebruik in de Zvw. De ervaringen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen leiden tot aanpassingen, zowel op beleidsmatig vlak als bijvoorbeeld ten

aanzien van de ICT. Het verdient aanbeveling om deze aanpassingen niet in twee domeinen tegelijk uit te voeren. Nog niet alle declaraties voor ggz-behandeling in 2022 zijn volgens het zorgprestatie­model gedeclareerd. Het zorgprestatie­model is nog niet volledig ingebed. Ook dat pleit ervoor om het model nu nog niet binnen de Wlz te implementeren. Daarnaast maken we in deze uitvoeringstoets duidelijk dat we nog niet kunnen vaststellen of een overheveling budgettair-neutraal kan plaatsvinden. Dat is tegelijk wel wenselijk, en ook één van de uitgangspunten van de overheveling.

Zorgvuldig vervolg-proces met aandacht voor de gevolgen bij de verschillende betrokkenen

Elke overheveling kost (doorloop)­tijd en energie. Dat vraagt om een zorgvuldige reflectie op de voor- en nadelen of kansen en risico's. De kansen en risico's kunnen we op dit moment niet uitputtend beoordelen. Daarvoor is een uitgebreidere analyse nodig, samen met de stakeholders. Onderdeel van die analyse moet zijn hoe een overheveling van behandeling bijdraagt aan (beter) passende zorg voor deze doelgroep'. Daarmee wordt een overheveling van dit deel van de zorg geen sluitstuk van een 'breed overhevelingstraject' maar onderdeel van een inhoudelijk en beleidsmatig goed afgewogen stap waarbij we tussentijds kunnen blijven toetsen 'of dit bijdraagt aan het cliëntenbelang'. De NZa draagt vanzelfsprekend graag bij aan deze analyse. We adviseren om zo snel mogelijk een implementatiewerkgroep op te zetten waarin alle stakeholders vertegenwoordigd zijn. Die werkgroep dient om de positionering goed vorm te geven. Daarbij moeten wederzijdse afhankelijkheden goed in kaart worden gebracht. Na zorgvuldige reflectie kan gezamenlijk een 'roadmap' worden ontwikkeld.

1 Inleiding

De minister voor Langdurige Zorg en Sport (hierna: de minister) heeft ons gevraagd een uitvoeringstoets uit te brengen over de bekostiging vanuit de Wlz per 2024 van ggz-behandeling voor Wlz-cliënten met een psychische stoornis. Hieronder worden de achtergrond en de vraagstelling uit deze opdracht geschetst. De volledige opdrachtbrief is te vinden in bijlage 1.

1.1 Achtergrond

Volwassenen met een psychische stoornis kunnen per 2021 rechtstreeks toegang krijgen tot de Wet langdurige zorg (Wlz) als zij een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. De wetwijziging die hieraan ten grondslag ligt, regelt ook een uitbreiding van het verzekerde pakket voor deze groep cliënten op grond van de Wlz, namelijk op 'behandeling, omvattende geneeskundige zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden in verband met de psychische stoornis van de verzekerde' (hierna: ggz-behandeling). Voor dit deel van het verzekerde pakket geldt nu overgangsrecht voor Wlz-cliënten met een grondslag psychische stoornis die niet door of namens dezelfde instelling zowel verblijf alsmede behandeling ontvangen. Het overgangsrecht houdt in dat bepaalde verzekerden geen recht op zorg van de pakketuitbreiding hebben. Het overgangsrecht heeft tot gevolg dat voor deze cliënten de ggz-behandeling nog niet ten laste komt van de Wlz, maar in de Zvw blijft. Voor Wlz-cliënten met een grondslag psychische stoornis die wel door of namens dezelfde instelling zowel verblijf alsmede behandeling ontvangen, komt de ggz-behandeling wel reeds ten laste van de Wlz.

Hiertoe is besloten omdat per 2022 het nieuwe bekostigingsmodel (zorgprestatie-model) zou worden ingevoerd voor de bekostiging van ggz-behandeling in de Zvw. De NZa heeft daarom destijds geadviseerd om niet voor één jaar (het jaar 2021) Wlz-prestaties voor ggz-behandeling van de Zvw af te leiden van de toen geldende dbc-systematiek die een jaar later zou worden vervangen door het zorgprestatie-model.

De overgangsperiode zou oorspronkelijk gelden tot 1 januari 2022, maar is later verlengd tot 1 januari 2023. De minister heeft de Tweede Kamer per brief geïnformeerd dat zij dit overgangsrecht verlengt tot 1 januari 2024.² De belangrijkste reden daarvoor is de afspraak in het coalitieakkoord om 'behandeling in de Wlz' over te hevelen van de Wlz naar de Zvw.³ In de brief heeft de minister toegezegd de Kamer dit najaar te informeren over de positionering van ggz-behandeling vanaf 1 januari 2024. Zij is voornemens om per 1 januari 2024 het overgangsrecht te beëindigen⁴ en daarmee de aanspraak op ggz-behandeling voor alle Wlz-cliënten met een grondslag psychische stoornis definitief in de Wlz te positioneren.

1.2 Vraagstelling

De minister heeft ons gevraagd in deze uitvoeringstoets de volgende vragen te beantwoorden:

1. *“Wat is een passende bekostiging voor ggz-behandeling (voor alle leveringsvormen en voor de vastgestelde integrale prestatiebeschrijvingen en de modulaire prestatiebeschrijvingen) na het vervallen van het overgangsrecht?”*

² Kamerstukken II, 2021-2022, 34 104, nr. 359.

³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/07/06/verzamelbrief-wet-langdurige-zorg>

⁴ In dit geval vervalt het overgangsrecht niet automatisch. Er is een koninklijk besluit (kb) voor nodig.

- a. *Wat is er nodig om de geadviseerde bekostigingssystematiek in te richten (de wettelijke aanspraken volgend), en in hoeverre is dit haalbaar uitgaande van een invoeringsdatum van 1 januari 2024?*
 - b. *Welke mogelijke consequenties van de bekostigingssystematiek voorziet u voor Wlz-uitvoerders en cliënten op het gebied van (het waarborgen van) continuïteit en toegankelijkheid van zorg?*
 - c. *Welke mogelijke (uitvoerings)consequenties van de bekostigingssystematiek voorziet u voor zorgaanbieders?⁵*
2. *Is het noodzakelijk dat voor bepaalde cliënten aanvullende prestaties en/of beleidsregels worden vastgesteld? Zo ja, welke en waarom? Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan cliënten met een zeer specifieke behandelbehoefte waar in het vormgeven van de bekostiging rekening mee gehouden moet worden.*
 3. *Hoe kan de voorgestelde bekostigingssystematiek zo effectief en efficiënt mogelijk worden geïmplementeerd, gegeven de uitvoeringsconsequenties? Wat vraagt dit van de NZa?*
 4. *Hoe sluit de door u voorgestelde bekostigingssystematiek aan bij de huidige Wlz-praktijk?”*

De minister vraagt ons rekening te houden met de volgende uitgangspunten ten aanzien van de bekostiging van ggz-behandeling:

- *“De beoogde ingangsdatum van bekostiging van alle ggz-behandeling vanuit de Wlz is 1 januari 2024.*
- *De met het vervallen van het overgangsrecht gemoeide overheveling van middelen van de Zvw naar de Wlz wordt budgetneutraal uitgevoerd. Het uitgangspunt is daarom dat door u te ontwikkelen prestaties en tarieven zoveel mogelijk aansluiten bij de bestaande prestaties en tarieven voor ggz-behandeling in de Zvw.*
- *Bij een bekostigingssystematiek waarbij een integraal en een modulair bekostigingsmodel naast elkaar bestaan is het uitgangspunt dat de totale kosten binnen het modulaire model het integrale model niet te boven gaan.*
- *Ten aanzien van de afbakening van de aanspraak op ggz-behandeling is de (vooralsnog) meest actuele handreiking van het Zorginstituut leidend. Mogelijk is het voor specifieke behandelvormen/prestaties nog onduidelijk of deze onder de reikwijdte van de aanspraak op ggz-behandeling vallen. Indien dit gedurende uw adviestraject aan de orde blijkt, verzoek ik u vriendelijk deze specifieke behandelvormen/prestaties in uw advies te benoemen.*
- *In het algemeen geldt dat de aanspraak op ggz-behandeling op een doelmatige wijze bekostigd dient te worden. VWS verzoekt ons om in te gaan op de doelmatigheid van de door ons geadviseerde bekostigingssystematiek.”*

Tevens is gevraagd om voor het bekostigingsmodel dat we adviseren een fraude- en handhavingstoets uit te voeren. Op die manier kunnen we de frauderisico's bij wijziging van de bekostigingssystematiek voldoende afwegen.

In de opdrachtbrief is gevraagd om de uitvoeringstoets voor het einde van 2022 en dus in korte tijd op te leveren. Bedoeling van VWS is om hiermee de mogelijke implicaties op (de processen van) veldpartijen in beeld te krijgen en deze na de oplevering van de uitvoeringstoets bij hen te consulteren. In deze uitvoeringstoets komen we dus eerst met een voorlopig beeld, dat na publicatie wordt geconsulteerd en kan worden verfijnd. Op basis van eerder gevoerde gesprekken met veldpartijen weten we dat de implementatie van de positionering van ggz-behandeling in de Wlz per 2024 voor verschillende partijen veel impact heeft. Ook vraagt het de nodige voorbereiding en wordt de implementatie wisselend

⁵ “Ten aanzien van vraag 1b en 1c geldt dat u een beschrijving van mogelijke implicaties van de geadviseerde bekostigingssystematiek voor Wlz-uitvoerders, zorgaanbieders en cliënten geeft. Na de oplevering van uw uitvoeringstoets kunnen veldpartijen worden geconsulteerd om de mogelijke implicaties die u schetst te toetsen.”

ontvangen. Dit onderwerp vraagt dus een zorgvuldig vervolgproces met aandacht voor de gevolgen bij de verschillende betrokkenen.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 schetsen we de mogelijkheden om ggz-behandeling in de Wlz per 2024 passend te bekostigen. In het derde hoofdstuk beschrijven we op hoofdlijnen het zorgprestatie­model dat we momenteel in de Zvw kennen. Daarnaast geven we een toelichting op de zorgvraagtypering. In hoofdstuk 4 bespreken we hoe de voorgestelde bekostigingssystematiek aansluit bij de praktijk. In het vijfde hoofdstuk bespreken we de uitvoeringsconsequenties, de implicaties en risico's hierbij. In het zesde hoofdstuk gaan we in op de financiële impact. En in hoofdstuk 7 benoemen we onze conclusie en geven we aanbevelingen op basis van de analyses die zijn verricht. De fraude- en handhavingstoets is opgenomen in bijlage 1. Ieder hoofdstuk start met de kernboodschap van het hoofdstuk. Daarna beantwoorden we steeds één of meerdere vragen uit de opdrachtbrief van de minister.

2 Mogelijke bekostigingssystematieken

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag uit de opdrachtbrief van VWS:

“Wat is een passende bekostiging voor ggz-behandeling (voor alle leveringsvormen en voor de vastgestelde integrale prestatiebeschrijvingen en de modulaire prestatiebeschrijvingen) na het vervallen van het overgangsrecht?”

SAMENGEVAT

We vinden een hybride (zowel integraal als modulair) bekostigingssystematiek voor ggz-behandeling ook na het (volledig) overhevelen van ggz-behandeling passend voor cliënten die (mede) op grond van een psychische stoornis zorg uit de Wlz ontvangen. Het naast elkaar bestaan van integrale bekostiging voor woonzorg inclusief behandeling en de mogelijkheid om ggz-behandeling modulair te bekostigen, blijken nodig in de praktijk. Modulaire prestaties voor ggz-behandeling geven een grote mate van flexibiliteit in het op- en afschalen van zorg voor deze cliënten. Een integrale prestatie voor verblijf inclusief behandeling sluit weer goed aan als de behandeling integraal en structureel onderdeel uitmaakt van de verblijfszorg. We hebben onderzocht wat de mogelijkheden zijn om ggz-behandeling ook per 2024 passend te bekostigen. In dit hoofdstuk schetsen we deze mogelijkheden.

Prestaties en tarieven voor ggz-behandeling in de Wlz

Voor cliënten met een Wlz-indicatie met een grondslag psychische stoornis die verblijf inclusief behandeling (zzp inclusief behandeling) ontvangen, adviseren we om de bekostiging van ggz-behandeling onveranderd vanuit het integrale zzp-tarief te bekostigen. Het gaat om Wlz-clieënten met een ggz-w en ggz-b indicatie die verblijf inclusief behandeling ontvangen en die worden bekostigd via een zzp inclusief behandeling.

Voor cliënten die de zorg geleverd krijgen welke wordt bekostigd op basis van een zzp exclusief behandeling, een volledig pakket thuis (vpt) of modulair pakket thuis (mpt), en voor cliënten die de zorg zelf inkopen via een persoonsgebonden budget (pgb) komt de ggz-behandeling tot 2024 ten laste van de Zvw. Wanneer ggz-behandeling wordt overgeheveld dient de ggz-behandeling ook voor deze cliënten vanuit de Wlz te worden bekostigd. Hiervoor bestaan op dit moment nog geen behandelprestaties en tarieven in de Wlz.

In lijn met de uitgangspunten die zijn meegegeven voor de overheveling ligt het voor de hand en geniet het de voorkeur om voor ggz-behandeling in de Wlz mpt-prestaties en tarieven vast te stellen op basis van consultprestaties uit het zorgprestatiemodel voor ggz-behandeling (dat sinds 2022 in de Zvw wordt gehanteerd). Als uit deze uitvoeringstoets blijkt dat dit niet goed mogelijk is, veel risico's kent, of teveel nadelige gevolgen heeft, dan zien we nog twee andere mogelijkheden om prestaties en tarieven vast te stellen voor ggz-behandeling in de Wlz. We zien de volgende mogelijkheden om prestaties en tarieven hiervoor vast te stellen:

1. De consultprestaties uit het zorgprestatiemodel (dat sinds 2022 in de Zvw wordt gehanteerd) voor ggz-behandeling in de Zvw volledig overnemen in de Wlz als mpt-prestaties (voorkeursvariant)

2. Mpt-prestaties voor een uur inzet van een ggz behandelaar in de Wlz afleiden van specifieke consultprestaties uit het zorgprestatie­model;
3. Nieuwe prestaties voor ggz-behandeling ontwikkelen in de Wlz vergelijkbaar met de mpt-prestaties die we kennen in de Wlz.

Alle voorgestelde opties hebben voor- en nadelen.

Aansluiten bij zorgprestatie­model­prestaties in de Zvw (optie 1 en 2)

We hebben in een eerdere uitvoeringstoets aangegeven dat het een logische stap is om aan te sluiten bij de prestaties voor ggz-behandeling uit de Zvw.⁶ Redenen hiervoor waren dat de zorglevering van ggz-behandeling niet verandert en de omschrijving kan worden ontleend aan de bekostiging binnen de Zvw. Sinds 2022 zijn dat de prestaties uit het zorgprestatie­model. Voor deze groep cliënten gaat het om de (groeps)consultprestaties en een aantal overige prestaties. Wat het zorgprestatie­model precies inhoudt en uit welke prestaties dit model bestaat, bespreken we in hoofdstuk 3.

Uitgangspunt bij het overnemen van het zorgprestatie­model is gelijke prestaties en tarieven vast te stellen als in de Zvw. Dat lijkt redelijk en passend om de volgende redenen:

- Wij hebben geen reden om aan te nemen dat de aard en omvang van de benodigde behandeling in de Wlz anders zou zijn dan in de Zvw. Gelijke zorg wil je in principe gelijk bekostigen (gelijk gerichtheid). Mocht dit op termijn wel veranderen, dan is er binnen het bekostigings­model ruimte om de duur van de behandeling, de behandelaar, setting en het type behandeling aan te passen;
- De duiding van ‘ggz-behandeling’ is ontleend aan de Zvw. Daardoor is het een logische stap om aan te sluiten op prestaties die we hiervoor in de Zvw kennen⁷;
- Ggz-behandeling wordt voor het merendeel van de sinds 2021 in de Wlz ingestroomde doelgroep al via het zorgprestatie­model gedeclareerd;

Uitgangspunt bij de overheveling van ggz-behandeling is dat dit budgetneutraal gebeurt. Uniformiteit in prestaties en tarieven in de Zvw en de Wlz is passend in het kader van een budget neutrale overheveling.

Nieuwe prestaties voor ggz-behandeling ontwikkelen in de Wlz (optie 3)

Het ontwikkelen van volledig nieuwe prestaties voor ggz-behandeling in de Wlz achten wij sowieso niet haalbaar voor 2024 gezien het korte tijd­pad. We kunnen mogelijk wel enkele bestaande prestaties in de Wlz gebruiken zoals de mpt-prestatie gedragskundige⁸. Deze prestatie zouden we dan open moeten stellen voor deze doelgroep en verbreden voor andere beroepsgroepen die ggz-behandeling bieden. Deze prestatie is niet onderzocht voor de inzet bij deze doelgroep. Hierdoor zouden we de prestaties moeten herijken en nieuwe beleidsregelwaarden/tarieven moeten vaststellen. Dit is niet haalbaar voor 2024. Dit zou betekenen dat de prestaties in de Wlz fundamenteel anders zijn, dan de prestaties voor vergelijkbare zorg in de Zvw. Daarmee wordt niet voldaan aan het uitgangspunt van aansluiting bij bestaande prestaties in de Zvw. Daarom valt deze optie voor deze uitvoeringstoets af.

Conclusie

Er blijven twee opties over. Aan de ene kant het volledig overnemen van relevante prestaties van het zorgprestatie­model in de Wlz (optie 1). En daarnaast het inbedden van een versimpelde versie van het

⁶ NZa 2019: ‘Uitvoeringstoets Toegang tot de Wet langdurige zorg voor mensen met een psychische stoornis’

⁷ Handreiking Zorginstituut Nederland: ‘Wettelijke domeinen voor zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische stoornis’ - versie 2021

⁸ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_723923_22/1/

zorgprestatie­model in de Wlz die aansluit bij de huidige mpt-prestatie­structuur (optie 2). In de volgende hoofdstukken van deze uitvoeringstoets bespreken we de consequenties en implicaties van deze opties.

3 Het zorgprestatie­model

SAMENGEVAT

Hieronder beschrijven we in het kort het zorgprestatie­model voor ggz-behandeling in de Zvw. Dat maakt gebruik van consultprestaties en een systeem van zorgvraagtypering die ook relevant kunnen zijn voor ggz-behandeling aan ggz-cliënten in de Wlz.

Het zorgprestatie­model is per 2022 de nieuwe bekostiging voor geestelijke gezondheidszorg in de Zvw en forensische zorg. Het zorgprestatie­model is een model voor prestatie­bekostiging. De 'prestaties' bepalen welke vergoeding een zorgaanbieder krijgt voor geestelijke gezondheidszorg of forensische zorg. Het model heeft de dbc's en dbbc's vervangen. Het zorgprestatie­model wordt gekenmerkt door eenvoud: de prestaties zijn herkenbaar, en daarmee controleerbaar voor de cliënt. Ze weerspiegelen de daadwerkelijk geleverde zorg en de tarieven sluiten aan bij de behandelinzet.

De prestaties binnen het zorgprestatie­model zijn onderverdeeld in:

- Consulten (inclusief groepsconsult);
- Verblijfsdagen;
- Toeslagen;
- Overige prestaties.

Voor deze uitvoeringstoets hebben we gekeken naar de consequenties als (een deel van) de ggz-behandelconsulten worden overgenomen in de Wlz.

In het zorgprestatie­model zijn ggz-behandeling en geneeskundige begeleiding ondergebracht in een consultenstructuur. De consultprestaties komen tot stand op basis van vier variabelen die in belangrijke mate bepalend zijn voor de kosten van de prestatie:

- Type consult: diagnostiek respectievelijk behandeling;
- Beroep van de uitvoerder;
- Duur directe tijd van het consult;
- Behandelingsetting.

Een consult wordt ingedeeld naar het beroep van de zorgverlener die het consult heeft geleverd. Voor de afbakening welke zorgverlener tot welk beroep behoort sluiten we aan bij de veldafpraak Consult registrerende beroepen. Voor deze veldafpraak en voor een overzicht van categorieën beroepen wordt verwezen naar de meest actuele beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg (BR/REG-22137b⁹).

Er wordt onderscheid gemaakt tussen twee type consulten:

- Diagnostiek;
- Behandeling;

Een consult wordt ingedeeld in één van onderstaande categorieën op basis van de tijd die een zorgverlener aan het contact besteedt:

⁹ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_658427_22/

- Consult vanaf 5 minuten, Contact vanaf 5 minuten tot 15 minuten;
- Consult vanaf 15 minuten, Contact vanaf 15 minuten tot 30 minuten;
- Consult vanaf 30 minuten, Contact vanaf 30 minuten tot 45 minuten;
- Consult vanaf 45 minuten, Contact vanaf 45 minuten tot 60 minuten;
- Consult vanaf 60 minuten, Contact vanaf 60 minuten tot 75 minuten;
- Consult vanaf 75 minuten, Contact vanaf 75 minuten tot 90 minuten;
- Consult vanaf 90 minuten, Contact vanaf 90 minuten tot 120 minuten;
- Consult vanaf 120 minuten, Contact vanaf 120 minuten.

Behandelsetting

Onder behandelsetting wordt verstaan de levering van zorg in een context die van een andere setting is te onderscheiden door benodigde infrastructuur en inzet van verschillende beroepen. Kenmerken van een setting zijn gebaseerd op de organisatie en uitvoering van de zorg en worden vooraf ingericht. Voor nadere toelichting wordt verwezen naar beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg (BR/REG-22137b).

Mogelijke combinaties variabelen zorgprestatie­model

De indeling van consulten op basis van bovenstaande variabelen levert een behoorlijk aantal combinaties op. Door de veelheid aan combinaties kent het zorgprestatie­model meer dan 1300 prestaties.

Zorgvraagtypering

Zorgvraagtypering is onderdeel van het zorgprestatie­model. Zorgvraagtypering is een middel om de (werkelijke) zorgbehoefte van cliënten transparant te maken. Het helpt een verband te leggen tussen zorgvraag en inzet van zorg. Daarbij kan het gaan over zorgzwaarte, maar bijvoorbeeld ook over de kans op herstel of op stabiliteit of terugval of recidive. De zorgvraagtypering is een (onderbouwde) momentopname van de zorgvraag van een cliënt. Bij een beter inzicht in de werkelijke zorgbehoefte kan voor groepen van patiënten worden voorspeld welke inzet van zorg naar verwachting nodig is. Het bepalen van het zorgvraagtype helpt om het verband te leggen tussen zorgvraag en inzet van zorg. Hierdoor kunnen zorgaanbieder en zorginkoper in de toekomst afspraken maken wat voor groepen cliënten met eenzelfde zorgvraagtype een reële vergoeding is. Dit helpt bij het bespreken van wat gepaste en doelmatige zorg is.

Er zijn in totaal 20 verschillende zorgvraagtypen voor de ggz. Een zorgvraagtype is een globale omschrijving van een groep personen met overeenkomende (zwaarte van) problematiek. De beschrijving van een zorgvraagtype heeft steeds een vaste opbouw:

- Een algemene omschrijving van de patiëntgroep
- Een omschrijving van de beperkingen van de patiënt
- Een inschatting van (eventuele) risico's die de problematiek van de patiënt met zich meebrengt
- Het recente en historische beloop van de problemen of aandoening
- Het bij het zorgvraagtype passende richtinggevend evaluatiemoment

Een uitleg van zorgvraagtypering en welke zorgvraagtypen er bestaan is te vinden op de website: www.zorgprestatie­model.nl, te vinden via 'Aan de slag', bij 'Downloads' onder het kopje 'Zorgvraagtypering in de praktijk' en 'Zorgvraagtypering (achtergrond)'.

4 Aansluiting voorgestelde bekostigingssystematiek bij huidige Wlz-praktijk

SAMENGEVAT

Het zorgprestatie­model sluit (nu nog) niet goed aan bij de huidige Wlz­praktijk. Dit impliceert namelijk een forse toename van het aantal modulaire prestaties in de Wlz. Daarnaast wijkt de structuur van de prestaties af en hebben prestaties uit het zorgprestatie­model overlap met prestaties die we in de Wlz kennen. Ook is het nog niet duidelijk welke prestaties voor de doelgroep van toepassing zijn. Hiervoor is een grondige analyse nodig. Het inrichten van prestaties vraagt ook om aanpassingen in onze systemen. Het gehele proces heeft verschillende afhankelijkheden; er is bijvoorbeeld een nadere duiding van het Zorginstituut nodig. Om deze redenen verwachten we dat het proces om de prestaties van het zorgprestatie­model in de Wlz over te nemen veel tijd vraagt.

In dit hoofdstuk gaan we in op de vragen uit de opdrachtbrief van VWS:

“Hoe sluit de voorgestelde bekostigingssystematiek aan bij de huidige Wlz-praktijk?”

“Is het noodzakelijk dat voor bepaalde cliënten aanvullende prestaties en/of beleidsregels worden vastgesteld? Zo ja, welke en waarom? Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan cliënten met een zeer specifieke behandelbehoefte waar in het vormgeven van de bekostiging rekening mee gehouden moet worden.”

Omvang en structuur over te nemen zorgprestatie­model­prestaties in de Wlz

Het zorgprestatie­model wijkt op verschillende vlakken af van de huidige bekostigingssystematiek in de Wlz. Allereerst vanwege de grote omvang aan prestaties. Voor heel de Wlz zijn op dit moment minder prestaties dan dat er prestaties in het zorgprestatie­model zijn. Zeker 4 van de onderscheiden behandelsettings zijn ook relevant voor ggz-behandeling aan Wlz-clie­nten. Elke combinatie van type behandelaar, consulttype, consultduur en behandelsetting resulteert dan al in tenminste 500 prestaties voor individuele consulten die we in de Wlz zouden moeten overnemen. Daarnaast zijn er ook nog 72 groepsconsultprestaties in het zorgprestatie­model die mogelijk ook voor Wlz-clie­nten relevant zijn.

De zorgprestatie­model­prestaties hebben daarnaast een andere structuur dan de mpt-prestaties die we op dit moment kennen in de Wlz. De mpt-prestaties bestaan voor verschillende behandelaren vaak uit prestaties per uur. Voorbeelden daarvan zijn de prestaties Behandeling gedragswetenschapper (H329) en Behandeling paramedisch (H330). Sommige prestaties zijn voor een dag(deel), zoals de prestaties die we kennen voor dagbesteding. De specifieke indeling in de consultduur van het zorgprestatie­model kennen we nog niet in de Wlz.

Overlap met andere mpt-prestaties

Sommige van de over te nemen nieuwe consultprestaties uit het zorgprestatie­model hebben overlap met mpt-prestaties die we reeds in de Wlz kennen en ook beschikbaar zijn voor cliënten die op grond van een psychische stoornis in de Wlz verblijven. Zo kennen we al een mpt-prestatie Verpleging

speciaal (H106) en komen er per 2024 consultprestaties bij voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten ggz. Dergelijke overlappende of dubbele prestaties kunnen in principe niet naast elkaar bestaan als het om dezelfde zorg gaat. Dit betekent dat waarschijnlijk niet zomaar alle consultprestaties uit het zorgprestatie­model kunnen worden overgenomen binnen de Wlz.

Overige prestaties en toeslagen in de zorgprestatie­model

Het zorgprestatie­model kent ook nog verschillende toeslagen op de consultprestaties en overige prestaties. Die zouden mogelijk ook van toepassing kunnen of moeten zijn voor Wlz-clie­nten wanneer prestaties uit het zorgprestatie­model worden overgenomen in de Wlz.

Toeslagen voor consulten uit het zorgprestatie­model zijn:

- Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS);
- Dovertolk/communicatiedeskundige;
- Reistijd tot 25 minuten;
- Reistijd vanaf 25 minuten.

Overige prestaties uit het zorgprestatie­model zijn onder andere:

- Klinische opname;
- Ambulante methadonverstrekking;
- Consultatie bij euthanasieverzoeken;
- Elektro Convulsie Therapie (ECT);
- Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS);
- High intensive care (HIC);
- Detox-behandeling bij middelengebruik/verslavingsproblematiek.

Van bovenstaande overige prestaties hebben we signalen binnengekregen dat er op dit moment onduidelijkheid bestaat of deze zorg onder de scope van de aanspraak ggz-behandeling valt, en of dit na overheveling ook onder het verzekerde pakket van zorg in de Wlz valt. Voor bovengenoemde specifieke vormen van behandeling kennen we in de Wlz in ieder geval nu (nog) geen aparte prestaties. We moeten nog onderzoeken of deze prestaties en toeslagen ook in de Wlz overgenomen worden, wanneer ggz-behandeling wordt overgeheveld. Onder andere zullen we bij het overnemen moeten kijken in hoeverre we voor de toeslagen al prestaties hebben binnen de Wlz en in hoeverre het noodzakelijk en wenselijk is om ook de toeslagen en overige prestaties en toeslagen op te nemen in de Wlz. Om te bepalen of we bij het overhevelen van ggz-behandeling ook per 2024 prestaties en tarieven in de Wlz moeten vaststellen is nadere duiding van het Zorginstituut benodigd of deze vormen van ggz-behandeling onder het verzekerde pakket van zorg van de Wlz vallen. Eerste gesprekken zijn daarvoor in januari 2023 reeds gepland.

Tegen deze achtergrond is een grondige analyse en consultatie nodig om vast te stellen welke prestaties wel en niet kunnen worden overgenomen. Voor de doelgroep cliënten met een psychische grondslag naast andere grondslagen moet worden besloten of het ook mogelijk is om naast (of in plaats van) bepaalde toeslagen ook de modulaire ggz-behandel­prestaties te declareren. Er zal in brede zin goed naar de zorginhoud, prestaties met haar prestatie­beschrijvingen gekeken moeten worden. Het kost tijd om een dergelijke analyse goed uit te voeren en bij de uitwerking de juiste partijen te betrekken.

Systemen NZa

Het inrichten van het zorgprestatie­model in de Wlz vraagt om aanpassingen van onze systemen waarmee wij de (prestatie- en tarief)beschikking vaststellen. Het toevoegen van de grote hoeveelheid prestaties/tarieven aan de door de NZa gebruikte systemen lijkt voor de NZa uitvoerbaar. Hiervoor zal nog een testfase plaats moeten vinden begin 2023.

Aansluiting zorgvraagtypering in de Wlz

Ook het overnemen van zorgvraagtypering in de Wlz vraagt mogelijk om aanpassingen. Wij denken dat het gebruik van zorgvraagtypering binnen de Wlz het overwegen waard is. Daar zijn verschillende argumenten voor. In onze monitor¹⁰ uit juli 2022 adviseren we om meer inzicht te krijgen in de zorgvraag van de doelgroep ggz-wonen cliënten. Juist omdat er nog weinig inzicht is in de zorgvraag van ggz-wonen cliënten in de Wlz denken wij dat het gebruik van zorgvraagtypering relevant is om in te zetten binnen de Wlz. De recentelijk geïntroduceerde zorgvraagtypering zien we als een potentieel nuttig middel hiervoor. Er kan dan gebruik worden gemaakt van een instrument dat al bestaat. Inzichten die hieruit voortvloeien kunnen mogelijk ook helpend zijn bij het (door)ontwikkelen van het kwaliteitskader dat de sector voor de doelgroep cliënten met langdurige psychische problematiek wil ontwikkelen.

Het is de vraag hoe de zorgvraagtypering zich verhoudt tot de Wlz-indicatie en het Wlz-zorgplan van Wlz-cliënten met een psychische stoornis. De implicaties die het introduceren van zorgvraagtypering heeft, moeten nog wel onderzocht worden.

Gelijk gerichtheid beleidsregels Wlz en Zvw

Een belangrijk uitgangspunt voor een succesvolle positionering van ggz-behandeling is gelijk gerichtheid. Dat wil zeggen dat in het geval van gelijke zorg/zorgprestaties ook gelijke tarieven worden gehanteerd. Veelal worden die door dezelfde aanbieders zowel in de Zvw als in de Wlz gedeclareerd. Voor gelijke prestaties uit het zorgprestatie-model in de Zvw en Wlz is het wenselijk dat hier eenzelfde vergoeding tegenover staat. Verschillen in tarieven (zonder een steekhoudende verklaring) veroorzaken ongewenste prikkels tussen de domeinen.

Bij het overnemen van zorgprestatie-modelprestaties vanuit de Zvw in de Wlz zouden dezelfde tarieven kunnen worden vastgesteld. Daarvoor zijn wel bepaalde correcties nodig. Deze zijn nog niet volledig in beeld gebracht. Het gaat bijvoorbeeld om domein specifieke tariefcomponenten, zoals de vergoeding voor gedeerd rendement op eigen vermogen (VGREV) die onderdeel uitmaakt van de tarieven in de Zvw en niet in de Wlz. Belangrijk is wel dat er in de Zvw in het zorgprestatie-model naast maximumtarieven ook max-max tarieven worden gehanteerd. In de Wlz worden voornamelijk (maar niet uitsluitend) maximumtarieven vastgesteld.

Ook de gehanteerde terminologie in de Zvw en Wlz beleidsregels is niet gelijk. Denk hierbij aan termen als verplaatste contacttijd en indicatiestelling. Beide beleidsregels en onderliggende regelgeving moeten naast elkaar worden gelegd om de verschillen te duiden.

Daarnaast verschilt de inkoopssystematiek van zorgverzekeraars van die van zorgkantoren. Bovendien zijn zorgverzekeraars risicodragend. Deze verschillen brengen het risico met zich mee dat de uiteindelijke vergoeding aan zorgaanbieders voor ggz-behandeling kan verschillen tussen een Zvw-cliënt en een Wlz-cliënt. Ondanks dat de richting en precieze omvang van deze verschillen nu niet inzichtelijk zijn, betekent dit wel voor zorgaanbieders die ggz-behandeling binnen beide domeinen leveren, er prikkels kunnen zijn om cliënt-selectie toe te passen.

Aansluiting huidige Wlz-praktijk

Op basis van bovenstaande concluderen we dat het zorgprestatie-model in de Zvw op dit moment niet goed aansluit bij de huidige Wlz-praktijk. Om dit goed te laten aansluiten, met inachtneming van de uitgangspunten en randvoorwaarden, is nadere analyse, consultatie en waar relevant aanpassing nodig. Dit vraagt om een langer tijdspad. Wij verwachten dat dit mede door de afhankelijkheden voor het vaststellen van onze beleidsregels voor 2024 (uiterlijk 1 juli 2023) te krap is om het goed aan te laten

¹⁰ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_716718_22/1/

sluiten en in te regelen. Vooral ook in het licht van de implicaties en consequenties die we in het volgende hoofdstuk bespreken.

Incorporatie zorgprestatie­model in de Wlz

Als wordt besloten het overgangsrecht per 2024 of later te beëindigen zodat de ggz-behandeling dan vanuit de Wlz moet worden bekostigd, betekent dit dat de NZa prestaties en tarieven in de Wlz moet vaststellen voor ggz-behandeling. In dat geval zouden wij prestaties uit het zorgprestatie­model en beleidsregelwaarden voor tariefvaststelling moeten beschrijven in de beleidsregels die we kennen voor de Wlz.¹¹ Hiervoor zien wij twee opties:

1. In bestaande beleidsregel modulaire zorg:
De prestaties uit het zorgprestatie­model zijn modulaire prestaties, dus voor specifieke zorg, in dit geval ggz-behandeling. Daarom zouden we de over te nemen zorgprestatie­model prestaties in onze Beleidsregel prestatie­beschrijvingen en tarieven modulaire zorg kunnen overnemen. Dit betekent wel dat er aan een bestaande beleidsregel meer nieuwe prestaties worden toegevoegd dan op dit moment beschreven zijn.
2. Nieuwe beleidsregel modulaire ggz-behandeling:
Het is ook mogelijk om mpt-prestaties en beleidsregelwaarden voor tariefvaststelling in een aparte beleidsregel op te nemen. Een reden daarvoor is dat deze consultprestaties in de Wlz alleen worden overgenomen voor cliënten die met de grondslag psychische stoornis zorg ontvangen uit de Wlz. Daarnaast vanwege de afwijkende structuur van deze prestaties ten opzichte van de andere mpt-prestaties. Een ander belangrijk argument is de veelheid aan nieuwe mpt-prestaties in de Wlz. Er zijn fors meer nieuwe prestaties dan er op dit moment mpt-prestaties zijn in de Wlz.

Voor beide opties geldt dat deze tijdens het proces goed moeten worden afgestemd op de beleidsregels die in de Zvw gelden waar het gaat om ggz-behandeling, zoals de Beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg (BR/REG-22137b) en de Beleidsregel tariefopbouw prestaties in de geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg (BR/REG-22143).

Naast het gegeven dat de prestaties op één van bovenstaande manieren in onze beleidsregels moeten worden overgenomen, geldt ook dat deze prestaties met bijbehorende tarieven op de beschikking moeten landen. We verwachten hier geen belemmeringen in te ondervinden. Op korte termijn zullen we dit testen.

¹¹ Vervolgens worden op basis van beleidsregels de prestatie(beschrijvingen) en tarieven vastgesteld in beschikkingen.

5 Uitvoeringsconsequenties

SAMENGEVAT

Het overnemen van zorgprestatie model consultprestaties als mpt-prestaties binnen de Wlz heeft een behoorlijke impact. Duidelijk is dat de wijziging in bekostigingssystematiek als gevolg van de overheveling van ggz-behandeling vele aspecten raakt: de budgetteringscyclus, de ICT, de zorginkoop en de beschikbaarheid van behandelaren in de Wlz. Consultatie van veldpartijen aan de voorkant is nodig om een volledige analyse van de impact te geven. We adviseren VWS dan ook om na oplevering van onze uitvoeringstoets veldpartijen te consulteren om de mogelijke implicaties die we hierin schetsen te toetsen. Als VWS besluit ggz-behandeling volledig over te hevelen naar de Wlz, adviseren we om zo snel mogelijk een implementatiewerkgroep op te zetten waarbij de verschillende stakeholders betrokken zijn en onderlinge afhankelijkheden goed in kaart worden gebracht.

In dit hoofdstuk gaan we in op de vragen uit de opdrachtbrief van VWS:

“Welke mogelijke consequenties van de bekostigingssystematiek voorziet u voor Wlz-uitvoerders en cliënten op het gebied van (het waarborgen van) continuïteit en toegankelijkheid van zorg?”

“Welke mogelijke (uitvoerings)consequenties van de bekostigingssystematiek voorziet u voor zorgaanbieders?”

In dit hoofdstuk zullen we beschrijven welke implicaties, effecten en risico's we nu op basis van kennis van onze interne processen, onze huidige inzichten en signalen die tijdens gesprekken met verschillende stakeholders, we kunnen voorzien. Voor een compleet beeld van de uitvoeringsconsequenties moeten veldpartijen geconsulteerd worden.

Op dit moment komt voor de meerderheid van de Wlz-cliënten met een ggz-wonen indicatie de ggz-behandeling ten laste van de Zvw. De consequenties voor zorgkantoren, zorgaanbieders en cliënten worden in de volgende paragrafen per stakeholder besproken, maar hangen vaak wel met elkaar samen. Sommige implicaties raken verschillende partijen, al dan niet op eenzelfde wijze.

5.1 Consequenties voor Wlz-uitvoerders

We voorzien verschillende mogelijke uitvoeringsconsequenties voor Wlz-uitvoerders als we prestaties van het zorgprestatie model in de Wlz overnemen. Hieronder beschrijven we de gevolgen voor zorgkantoren ten aanzien van de inrichting van systemen als gevolg van de nieuwe prestaties, inkoop, zorgplicht en het sturen op doelmatigheid.

Inrichting systemen

De invoering van het zorgprestatie model in de Zvw is een intensief proces geweest met een lange doorlooptijd. Nog steeds zijn aanbieders en zorgverzekeraars druk met het waarborgen van een zorgvuldige en verantwoorde overgang. We verwachten dat het inrichten van de ICT-systemen van zorgkantoren met mpt-prestaties voor ggz-behandeling ook een forse inspanning van zorgkantoren vraagt. De declaratievoorschriften in de Zvw en de Wlz verschillen namelijk van elkaar. Precieze verschillen en gevolgen zullen verder moeten worden bezien. Voor de implementatie van de

declaratievoorschriften gebruiken zorgkantoren de AW319-standaard¹². De matrix aan mpt-prestaties voor ggz-behandeling die we vanuit het zorgprestatie-model moeten overnemen (tenminste circa 500-600 prestaties) past op dit moment niet binnen de AW319-standaard. Voor een standaardwijziging binnen de AW319 geldt een doorlooptijd van minimaal 12 maanden. Bij grote wijzigingen is meer tijd nodig. Deze standaard geldt namelijk Wlz-breed en een wijziging kan ook bij andere dan ggz-aanbieders van invloed zijn. Het beëindigen van het overgangsrecht door VWS zien wij als een grote wijziging.

Zorginkoop en zorginkoopproces

Wijzigingen in de bekostiging hebben ook invloed op het inkoopproces van zowel zorgkantoren als zorgverzekeraar. Zorgkantoren en zorgverzekeraars moeten tijdig geïnformeerd worden om de wijzigingen in te bedden in het inkoopbeleid en de contractafspraken. Het zorginkoopproces van zorgverzekeraars en zorgkantoren loopt niet parallel. Zo verschillen de tijdstippen waarop het zorginkoopbeleid moet worden gepubliceerd.

Zorgkantoren moeten uiterlijk 1 juni het zorginkoopbeleid voor het volgende jaar publiceren. Bij de zorginkoop zullen zorgkantoren zich moeten inspannen om te borgen dat de ggz-behandeling ook in de Wlz kan worden gecontinueerd. Op basis van onze data is de verwachting dat de meeste zorgaanbieders die de ggz-behandeling aan Wlz cliënten nu ten laste van de Zvw leveren ook een overeenkomst hebben met het zorgkantoor voor het leveren van Wlz zorg. De verwachting is dat de afspraken voor de nieuwe prestaties op termijn mee kunnen lopen in het contracteerproces. Mogelijk moeten zorgkantoren nog wel met nieuwe zorgaanbieders een overeenkomst aangaan. Er zijn tijdige afspraken nodig met ggz-instellingen en vrijevestigde behandelaren die nog geen Wlz-zorg leveren. Het risico bestaat dat deze zorgaanbieders bijvoorbeeld vanwege de administratieve lasten geen Wlz-overeenkomst willen sluiten met het zorgkantoor. Omgekeerd gaan zorgkantoren wellicht geen overeenkomst aan met deze zorgaanbieders, bijvoorbeeld omdat niet kan worden voldaan aan de minimale contractvereisten.

Er is ook actie van zorgverzekeraars vereist. Zorgverzekeraars moeten de wijziging opnemen in het zorginkoopbeleid dat uiterlijk 1 april voorafgaand aan het kalenderjaar of de kalenderjaren waarvoor de zorginkoop zal plaatsvinden wordt gepubliceerd. Zorgverzekeraars zullen de inkoopafspraken moeten schonen voor het deel dat overgaat van de Zvw naar de Wlz.

Zorgplicht

De nieuwe bekostiging van ggz-behandeling heeft invloed op de inkoop van zorg door zorgkantoren. Zorgkantoren moeten voor de Wlz-cliënten in hun regio waarborgen dat zij tijdig de ggz-behandeling krijgen die zij nodig hebben. Het zorgkantoor heeft een zorgplicht (de Wlz-uitvoerders¹³ hebben deze verantwoordelijkheid voor de bij hem ingeschreven verzekerden bij de regionale zorgkantoren gelegd). Een zorgplicht houdt in dat het zorgkantoor ervoor moet zorgen dat een cliënt binnen redelijke termijn en binnen redelijke afstand van waar hij wenst te gaan wonen, dan wel bij hem thuis, zorg ontvangt waarop de cliënt is aangewezen en die aansluit op zijn voorkeur.

Voor het waarborgen van de toegankelijkheid en continuïteit dient het zorgkantoor contracten te sluiten met zorgaanbieders, die de zorg namens hen aan cliënten zullen leveren. De NZa houdt hier toezicht op. Toezicht van de NZa op zorgkantoren moet bijdragen aan het bereiken van de doelstellingen van de

¹² Zie: <https://www.vektis.nl/standaardisatie/standaarden/AW319-1.4>

¹³ Dit zijn rechtspersonen binnen een groep waar ook zorgverzekeraars deel van uitmaken. Per 1 januari 2015 waren dat twaalf Wlz-uitvoerders. Door twee fusies zijn er op dit moment 9 Wlz-uitvoerders. Een Wlz-uitvoerder kan als zorgkantoor voor één of meer van de zorgkantoorregio's worden aangewezen.

Wlz: het realiseren dat cliënten, die zijn aangewezen op Wlz-zorg, passende zorg krijgen met aandacht voor het individuele welzijn.

5.2 Consequenties voor cliënten

Continuïteit van zorg dient gewaarborgd te worden. Het gaat namelijk om ggz-behandeling aan een kwetsbare groep cliënten. Hieronder beschrijven we mogelijke consequenties voor cliënten en hoe continuïteit van zorg geborgd wordt.

Verzekerde zorg

De omschrijving van ggz-behandeling blijft voor cliënten na positionering in de Wlz hetzelfde als voorheen. De definitie is namelijk ontleend vanuit de Zvw.

Inzicht in behandeling en zorgkosten

Het zorgprestatie-model geeft cliënten in de Zvw meer specifiek inzicht in de geleverde behandelzorg en de zorgkosten via de facturen van de zorgverzekeraar. Onderzocht moet worden of het mogelijk en wenselijk is of deze transparantie ook geboden kan worden voor deze cliënten als de ggz-behandeling vanuit de Wlz wordt bekostigd.

Gevolgen eigen risico en eigen betalingen

Wlz-clieënten betalen een eigen bijdrage in de Wlz. Zij zijn ook verzekerd bij een zorgverzekeraar waar een verplicht eigen risico wordt gehanteerd. Voor Wlz-clieënten voor wie de ggz-behandeling de afgelopen jaren nog ten laste van de Zvw kwam, viel de ggz-behandeling nog onder het eigen risico van de Zvw. In tegenstelling tot Wlz-clieënten die ggz-behandeling vanuit een integraal zvp ontvangen in de Wlz. Er is dus een groep cliënten die alleen een eigen bijdrage betaalt voor de Wlz. Ook is er een groep cliënten die zowel een eigen bijdrage voor de Wlz betaalt en een betaling moest doen voor het eigen risicodeel in de Zvw. Dit verschil wordt opgeheven wanneer ggz-behandeling voor alle ggz-clieënten in de Wlz ten laste komt van de Wlz. Als ggz-behandeling vanuit de Wlz bekostigd wordt, hoeft daarvoor niet meer het eigen risico in de Zvw worden aangesproken. Nog niet onderzocht is welk effect de overheveling van ggz-behandeling op de hoogte van de eigen bijdrage in de Wlz heeft. Dat effect kan wel per cliënt verschillen.

Behoud behandelaren

Daar waar in veel ggz-behandelingen persoonlijk contact en gespreksvoering een groot onderdeel van de behandeling vormt, is een goede behandelrelatie een bepalende factor bij de effectiviteit van ggz-behandeling. Een belangrijk uitgangspunt bij de directe toegang voor ggz-clieënten in de Wlz in 2021 was dan ook dat er keuzevrijheid voor behandelaren zou zijn. Een ander uitgangspunt was dat continuïteit van behandeling geborgd zou zijn. Als per 2024 alle ggz-behandeling aan ggz-clieënten in de Wlz ten laste van de Wlz komt, zijn diezelfde uitgangspunten van belang. Cliënten zouden de behandeling moeten kunnen voortzetten met de behandelaren met wie ze een goede behandelrelatie hebben. Ook zouden cliënten keuzevrijheid moeten hebben ten aanzien van hun behandelaren. Zorgkantoren en zorgaanbieders kunnen hier op sturen door een overeenkomst te sluiten voor de ggz-behandeling. Een andere mogelijkheid is de cliënt met zorgbemiddeling te ondersteunen om een geschikte behandelaar te vinden.

Het is lastig aan de voorkant te schetsen of en in welke mate de keuzevrijheid voor behandelaren en de continuïteit van behandeling voor cliënten onder druk komt te staan. We adviseren om zo snel mogelijk in 2023 met stakeholders en veldpartijen in gesprek te gaan om risico's op te halen en te beoordelen. Ook adviseren wij samen naar passende oplossingen te zoeken om eventuele risico's af te wenden.

Samenhang in zorg

Een doel van de volledige positionering van ggz-behandeling in de Wlz is beter samenhangende zorg voor cliënten. Wij voorzien niet dat bekostiging van ggz-behandeling vanuit de Wlz op zichzelf effect heeft op de mate van samenhang van de zorg. Wij verwachten dus geen positieve of negatieve gevolgen in de samenhang van de zorg wanneer de ggz-behandeling ten laste van de Wlz komt. Los van hoe de zorg gefinancierd wordt in samenhang in zorg zeer belangrijk. Hiervoor bestaat ook de regiefunctie die belegd is bij de woonzorgaanbieder en worden er samenwerkingsafspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en behandelaren. Die regierol voor woonzorgaanbieders geldt nu ook terwijl de ggz-behandeling ten laste van de Zvw wordt gebracht. Wij bevelen hoe dan ook aan om bij elke overheveling goed te monitoren welke effecten zichtbaar worden en of (on)gewenste effecten optreden.

5.3 Consequenties voor zorgaanbieders

Voor zorgaanbieders die de geleverde zorg aan hun cliënten uitsluitend declareren via het integrale bekostigingsmodel, waarbij ggz-behandeling dus integraal onderdeel uitmaakt van de zzp's inclusief behandeling, zijn per 2024 geen veranderingen ten opzichte van de huidige situatie.

Inrichten ICT-systemen

De zorgorganisaties en vrijevestigde behandelaren die op dit moment ggz-behandeling bieden aan Wlz-cliënten met een grondslag psychische stoornis in het modulaire bekostigingsmodel declareren dat op dit moment in de Zvw (deels via het zorgprestatie model, maar deels ook nog via de dbc-systematiek). Dit moet na het beëindigen van het overgangsrecht in de Wlz gedeclareerd worden. Het passend inrichten van de ICT-systemen voor zorgprestatie modelprestaties in de Wlz vraagt ook om forse inspanningen van zorgaanbieders. Daarmee zijn ook kosten gemoeid.

Contractafspraken

Bij de positionering van deze behandeling in de Wlz zullen deze zorgaanbieders voor het continueren van de ggz-behandeling aan Wlz-ggz cliënten één of meerdere contracten moeten sluiten met zorgkantoren. Voor hun Zvw-cliënten dienen zij daarnaast ook nog contracten te sluiten of afspraken te continueren met zorgverzekeraars. Er zal ook sprake zijn van nieuwe zorgaanbieders binnen de Wlz. Dat wil zeggen, zorgaanbieders die nu alleen nog in de Zvw declareren, maar voor hun Wlz cliënten straks de geleverde ggz-behandeling in de Wlz moeten declareren om de zorglevering te continueren. Nog onbekend is hoeveel nieuwe zorgaanbieders dat precies gaat. Naar verwachting gaat het om minder dan 100 aanbieders.

Registratie en declaratie

Naast contractafspraken zullen zorgaanbieders ook moeten gaan werken volgens de iWlz standaarden voor registratie en declaratie van de geboden ggz-behandeling aan Wlz-ggz cliënten. Voor de budgetcyclus in de Wlz zullen deze aanbieders de NZa-formulieren bij de budgetafpraak,erschikking en nacalculatie moeten invullen en afstemmen met de betreffende zorgkantoren. Zorgaanbieders en vrijevestigde behandelaren zullen geconsulteerd moeten worden hoeveel tijd het kost om het iWlz-systeem in te voeren en volgens deze standaarden te werken. Deze implicaties vragen dus ook veel van zorgaanbieders. Dit kan er toe leiden dat zorgaanbieders geen zorg meer willen leveren aan Wlz-cliënten. Daardoor kan de continuïteit van behandelzorg voor sommige Wlz-cliënten in het gedrang komen.

5.4 Overige consequenties, implicaties en risico's

Meerzorg

In met name de Regeling langdurige zorg (Rlz) is het recht op meerzorg uitgewerkt. Bij bepaalde zorgprofielen is meerzorg mogelijk indien de zorgbehoefte van de cliënt minimaal 25% hoger is dan de zorg die is opgenomen in het geïndiceerde zorgprofiel. Meerzorg is dan ook een aanvulling op het zorgprofiel. Cliënten met een zorgprofiel ggz-Wonen 4 en ggz-Wonen 5 kunnen indien zij aan de voorwaarden voldoen recht hebben op meerzorg. We adviseren VWS nader te onderzoeken of de volledige positionering van ggz-behandeling in de Wlz gevolgen heeft voor de regeling meerzorg.

Overleg VWS

Op dit moment is het voor zorgaanbieders in de praktijk mogelijk om zowel woonzorg als ggz-behandeling en specifieke behandeling te leveren aan ggz-cliënten, zonder dat zij daarnaast ook verantwoordelijk zijn voor de algemeen medische zorg¹⁴. De woonzorgaanbieder coördineert wel de zorginhoudelijke afstemming. Door het definitief positioneren van ggz-behandeling in de Wlz (het beëindigen van het overgangsrecht door VWS), zou een zorgaanbieder die verblijf plus ggz-behandeling en specifieke behandeling biedt, het hele pakket aan behandeling moeten bieden, inclusief de algemeen medische zorg (en het integrale zzp inclusief behandeling moeten declareren). Dan kunnen er in de praktijk problemen ontstaan: veel zorgaanbieders kunnen de algemeen medische zorg niet organiseren. Bovendien is het voor cliënten niet wenselijk: cliënten willen hun eigen huisarts/arts/psychiater behouden. Wij treden graag in overleg met VWS over de wenselijkheid van het volgende: of (en zo ja hoe) na de positionering van ggz-behandeling in de Wlz het nog steeds mogelijk zou moeten blijven dat zorgaanbieders zowel woonzorg als ggz-behandeling kunnen declareren, zonder dat zij daarnaast ook de algemeen medische zorg moeten leveren, al dan niet in onderaannemerschap.

De genoemde consequenties en risico's hangen met elkaar samen. We adviseren om na oplevering van onze uitvoeringstoets veldpartijen te consulteren om de mogelijke implicaties die we hierin schetsen te toetsen.

¹⁴ <https://www.nza.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/ik-wil-graag-woonzorg-en-specifieke-behandeling-sb-leveren-aan-ggz-clienten-die-vanaf-2021-directe-toegang-krijgen-tot-de-wlz.-daarvoor-wil-ik-het-modulaire-bekostigingsmodel-gebruiken.-kan-dat>

6 Financiële consequenties

SAMENGEVAT

In dit hoofdstuk beschrijven we de financiële consequenties van de positionering van ggz-behandeling in de Wlz. Ook evalueren we hoe deze zich verhouden tot de uitgangspunten van de overheveling. Een budget neutrale overheveling kan aan de voorkant niet worden gegarandeerd. Onderzocht moet worden of het mogelijk is om ook binnen de sector ggz in de Wlz een doelmatigheidscomponent op te nemen. Daarbij geldt de randvoorwaarde dat de prestaties die de NZa vaststelt, onafhankelijk van welk bekostigingsmodel, in geen enkel geval de wettelijke aanspraak mogen beperken, We geven ook een inschatting van de over te hevelen middelen voor ggz-behandeling.

De minister vraagt ons rekening te houden met de volgende uitgangspunten ten aanzien van de bekostiging van ggz-behandeling:

- *“De met het vervallen van het overgangsrecht gemoeide overheveling van middelen van de Zvw naar de Wlz wordt budgetneutraal uitgevoerd. Het uitgangspunt is daarom dat door u te ontwikkelen prestaties en tarieven zoveel mogelijk aansluiten bij de bestaande prestaties en tarieven voor ggz-behandeling in de Zvw.*
- *Bij een bekostigingssystematiek waarbij een integraal en een modulair bekostigingsmodel naast elkaar bestaan is het uitgangspunt dat de totale kosten binnen het modulaire model het integrale model niet te boven gaan.*
- *In het algemeen geldt dat de aanspraak op ggz-behandeling op een doelmatige wijze bekostigd dient te worden. VWS verzoekt ons om in te gaan op de doelmatigheid van de door ons geadviseerde bekostigingssystematiek.”*

In dit hoofdstuk schetsen we de verwachte financiële consequenties als ggz-behandeling overgeheveld wordt van de Zvw naar de Wlz. Daarbij gaan we eerst in op bovenstaande uitgangspunten uit de opdrachtbrief van VWS.

6.1 Uitgangspunt budgetneutraliteit

In de opdrachtoomschrijving voor deze uitvoeringstoets heeft de minister het uitgangspunt budgetneutraliteit opgenomen als ggz-behandeling volledig in de Wlz wordt gepositioneerd. Hiermee wordt bedoeld dat de met het beëindigen van het overgangsrecht gemoeide overheveling van middelen van de Zvw naar de Wlz budgetneutraal wordt uitgevoerd. We kunnen aan de voorkant niet garanderen dat ggz-behandeling budgetneutraal overgeheveld wordt. Een verandering van de zorgvraag van cliënten of een verschuiving tussen integrale en modulaire bekostiging kan ook gevolgen hebben voor de macrokosten van ggz-behandeling aan Wlz-ggz cliënten.

6.2 Uitgangspunt totale kosten binnen het modulaire model niet boven het integrale model

In de sectoren vv en ghz wordt behandeling via mpt-prestaties bovenop een zzp exclusief behandeling afgesproken als de behandeling van incidentele aard is en die behandeling wordt geleverd bij een andere zorgaanbieder. Als behandeling van structurele aard wordt, wordt gezocht naar een verblijfsplek met behandeling die wordt bekostigd met een integrale prestatie, een zzp inclusief behandeling.

In de Uitvoeringstoets tot de Wet langdurige zorg voor mensen met een psychische stoornis is aangegeven dat voor de ggz de verwachting was dat behandeling via het zzp exclusief behandeling, het vpt en mpt, niet enkel zal worden afgesproken bij behandeling van incidentele aard. Partijen gaven aan dat ggz-behandeling soms ook structureel wordt afgenomen. Daarnaast is in de duiding van specifieke behandeling en algemeen geneeskundige zorg niet opgenomen de omvang van zorg die kan worden geboden. Voor het vormgeven van prestaties en tarieven die passend moeten zijn voor de rechtmatige aanspraak heeft dit gevolgen. De prestaties die de NZa vaststelt, onafhankelijk van welk bekostigingsmodel, mogen in geen enkel geval de wettelijke aanspraak beperken. Onderzocht moet worden of het onder deze randvoorwaarden mogelijk is om ook binnen de sector ggz in de Wlz een doelmatigheidscomponent op te nemen. Nadere duiding, richtlijnen/zorgstandaarden kunnen helpen dit goed vorm te geven.

6.3 Uitgangspunt doelmatigheid

Binnen de Wlz stellen we hoofdzakelijk maximumtarieven vast. We baseren deze tarieven meestal op een gemiddelde historische kostprijs per prestatie, waarbij het gemiddelde het meest wordt beïnvloed door de aanbieders met de grootste omvang. Door deze methode ontstaan doelmatigheidsprikkelers doordat we tarieven vaststellen op een bepaald niveau en aanbieders er voordeel bij hebben als zij hun kosten per prestatie weten te verlagen en aanbieders met een hoger dan gemiddeld kostenniveau dit ook daadwerkelijk moeten. De NZa heeft onder andere ook de mogelijkheid om tarieven op normatieve wijze te onderbouwen¹⁵. Hiervoor is onder andere een kwaliteitskader wel van belang en die wordt nog ontwikkeld door het veld. De NZa zal verder onderzoeken hoe doelmatigheid verder kan worden gestimuleerd.

Zorgkantoren hebben bij maximumtarieven de mogelijkheid om onder het tarief in te kopen. De prikkels die zorgkantoren hebben bij zorginkoop verschilt van de prikkels van zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zijn in tegenstelling tot zorgkantoren wel risicodragend. Daardoor zijn de financiële prikkels voor een meer doelmatige zorginkoop en zorgverlening in principe groter dan bij zorgkantoren.

Ten slotte kan het overnemen van zorgvraagtypering in de Wlz zorgkantoren mogelijk in de toekomst helpen om afspraken te maken met zorgaanbieders over wat gepaste en doelmatige zorg is.

6.4 Financiële impact

In deze paragraaf schetsen we een beeld van de hoeveelheid middelen die moeten worden overgeheveld van de Zvw naar de Wlz wanneer ggz-behandeling voor alle Wlz-cliënten met de grondslag psychische stoornis in de Wlz wordt gepositioneerd. Deze cliënten, indien zij zorg geleverd krijgen op basis van een zzp exclusief behandeling, een vpt of een mpt, ontvangen de ggz-behandeling nu vanuit de Zvw. In principe op basis van het zorgprestatie-model.

De beste inschatting van de over te hevelen middelen zou verkregen worden wanneer alle ggz-behandeling volledig op basis van het zorgprestatie-model zou worden gedeclareerd. Omdat het zorgprestatie-model in 2022 nog niet volledig in de Zvw is geïmplementeerd, is nog niet alle geleverde zorg volgens het zorgprestatie-model gedeclareerd. De ICT-implementatie heeft namelijk veel vertraging

¹⁵ Beleidsregel Algemeen kader tariefprincipes BR/REG-21152.

opgelopen. Met name grote aanbieders kunnen nog niet declareren. Er wordt daarom met voorschotten gewerkt. Hierdoor zijn veel declaratiedata nog niet beschikbaar.

Daarnaast is er op dit moment nog heel beperkt inzicht in de declaraties voor ggz-behandeling in 2022. Hierdoor is het niet mogelijk om op basis van de declaraties in 2022 een inschatting te maken van de omvang van het bedrag dat met ggz-behandeling voor deze doelgroep gemoeid is. We verwachten dat we in 2023 hier wel meer inzicht in hebben.

Om een eerste voorzichtige inschatting te maken, zullen we declaratiegegevens van 2019-2021 analyseren. Omdat het zorgprestatie-model pas sinds 2022 is ingevoerd, zijn dit declaraties voor ggz-behandeling onder de dbc-systematiek. Om op basis van deze data een inschatting te maken van de over te hevelen middelen per 2024 gebruiken we de volgende gegevens¹⁶:

- Het totaal aantal mensen met een Wlz-indicatie met grondslag psychische stoornissen op 1 juli 2022, onderverdeeld naar zorgprofiel (GGZ-Wonen), die al dan niet kosten voor GGZ-behandeling in de Zvw maken.
- Het aantal zorgaanbieders dat GGZ-behandeling in de Zvw aan mensen met een Wlz-indicatie voor GGZ-Wonen (zpz excl. beh, vpt, mpt of pgb) heeft geleverd (2019-2021).
- De kosten van GGZ-behandeling in de Zvw van de mensen met een Wlz-indicatie voor GGZ-Wonen, per jaar (2019-2021).

We willen zo snel mogelijk een preciezere inschatting maken. Daarvoor zijn we afhankelijk van gegevensaanlevering door Vektis. Gezien de vertraging die hier nu al in is opgelopen, kunnen we niet concreet maken wanneer we een preciezere inschatting kunnen maken.

Aantal cliënten

Op 1 juli 2022 waren er in totaal 18.773 cliënten met een Wlz-indicatie voor GGZ Wonen die in een zorginstelling verbleven op basis van een zpz exclusief behandeling of zorg thuis ontvingen via een vpt, mpt of pgb. Voor deze cliënten komt ggz-behandeling nog ten laste van de Zvw. In tabel 1 in bijlage 2 is te zien hoe het aantal cliënten is verdeeld over de verschillende ggz-wonen zorgprofielen.

Aantal zorgaanbieders

We kunnen op dit moment niet zien hoeveel zorgaanbieders ggz-behandeling leveren aan cliënten die dit vanuit de Zvw ontvangen. Data uit het zorgprestatie-model ontbreken namelijk. We kunnen wel een voorzichtige inschatting maken als we terugkijken naar het aantal betrokken zorgverleners bij deze cliënten van 2019 tot en met 2021. We maken daarbij een onderscheid tussen ggz-behandeling geleverd door instellingen en door vrijgevestigde behandelaren. Het is aannemelijk dat vrijwel alle zorginstellingen die ggz-behandeling leveren vanuit de Zvw, ook Wlz-zorg leveren en dus een of meerdere contracten hebben met zorgkantoren. Voor vrijgevestigde behandelaren is dit minder vanzelfsprekend.

Tussen 2019 en 2021 waren er 369-379 zorginstellingen die ggz-behandeling leverden aan deze doelgroep. Vanaf het moment dat cliënten een Wlz-indicatie ontvingen in 2021, nam het aantal zorginstellingen dat ggz-behandeling vanuit de Zvw leverden aan deze cliëntgroep af naar 276 zorginstellingen. Het gaat om aantallen unieke agb-codes. Dit is een overschatting van het aantal instellingen omdat een zorgaanbieder meerdere agb-codes kan hebben.

¹⁶ De onderliggende data en statistieken staan in tabellen in bijlage 2

Van 2019 tot 2021 waren er tussen de 96 tot 127 vrijgevestigde behandelaren betrokken bij de ggz-behandeling aan deze doelgroep. Als we in 2021 alleen kijken naar het aantal betrokken behandelaren vanaf het moment dat cliënten een Wlz-indicatie ontvingen, waren er 48 vrijgevestigde behandelaren.

Schatting over te hevelen middelen voor ggz-behandeling

Om een schatting te maken van de totaal – vanuit de Zvw naar de Wlz – over te hevelen middelen voor ggz-behandeling geven we een bandbreedte op basis van declaraties voor ggz-behandeling aan deze doelgroep van 2019-2021. Ondergrens van de kosten ligt op € 38,5 miljoen in 2021 voor declaraties van cliënten die gemaakt zijn vanaf het moment dat zij een Wlz-indicatie hebben. De bovengrens ligt op € 164,2 miljoen voor declaraties van dezelfde groep cliënten in 2019 (het laatste corona-vrije jaar), geïndexeerd naar 2021. We zien wel grote variatie in de gemiddelde kosten per cliënt.

7 Conclusie en aanbevelingen

Met de komst van de directe toegang van de Wlz voor ggz-cliënten per 2021, maakt een relatief grote en groeiende groep ggz-cliënten deel uit van de Wlz. Zij krijgen de woonzorg bekostigd vanuit de Wlz. Een groot deel van deze cliënten krijgt echter de ggz-behandeling nog vergoed vanuit de Zvw en dus niet de Wlz. De minister heeft de NZa gevraagd wat de consequenties zijn als dit deel van de ggz-behandeling de facto overgeheveld wordt naar de Wlz.

Uitvoeringsconsequenties groot, overheveling in 2024 niet reëel

We zien dat zo'n overheveling veel aspecten raakt: uitvoeringsprocessen bij Wlz-uitvoerders en bij aanbieders, waaronder een uitgebreider contracteringsproces, de ICT-systemen bij Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders, het opstellen van prestaties en bijbehorende regelgeving door de NZa, de budgetteringscyclus, de macrokaders, etc. Veel van deze punten hangen met elkaar samen. Zo worden ICT-systemen pas aangepast zodra het beleid (en dus de prestaties) bekend is. Deze duidelijkheid is er pas (definitief) als vraagstukken rondom de aanspraken verhelderd zijn.

Onze conclusie is dat de consequenties deels in beeld zijn en deels nog verder verkend moeten worden. In ieder geval kunnen de consequenties groot zijn. Overheveling van ggz-behandeling per 2024 lijkt gezien de korte doorlooptijd niet reëel en niet haalbaar. Overheveling zal gepaard gaan met mogelijk grote (implementatie)risico's. Als overheveling op een later moment toch dringend gewenst is, adviseren we om op tijd een implementatiewerkgroep met verschillende partijen in te stellen. Vanzelfsprekend zal de NZa deel uitmaken van deze werkgroep ten behoeve van de bekostigingsvraagstukken.

Eerst aandacht voor een stabiele afbakening in de Wlz

De openstelling van de Wlz voor volwassenen met een psychische stoornis vraagt al geruime tijd aandacht. Het gaat dan bijvoorbeeld om de instroom die veel hoger bleek dan van tevoren verwacht. Daarbij worden vragen gesteld als: komt de doelgroep overeen met de oorspronkelijke verwachting? Maar ook: wat is passende zorg voor deze doelgroep? Wat betekent dit voor de organisatie van zorg en van kwaliteitskaders? We vinden het wenselijk dat eerst antwoord komt op deze vragen om daarmee een toekomstbestendige en duurzame positie van de ggz in de Wlz te borgen. Nu overhevelen van behandeling kan de aanpak van deze vraagstukken bemoeilijken.

Andersom geldt dat het zorgprestatie-model nog relatief kort in gebruik is in de Zvw. De ervaringen die worden opgedaan kunnen nog leiden tot aanpassingen, zowel op beleidsmatig vlak als voor de ICT. Het verdient aanbeveling om deze aanpassingen niet in twee domeinen tegelijk uit te voeren. Daarnaast hebben we in deze uitvoeringstoets duidelijk gemaakt dat de situatie in de Zvw zodanig is dat niet of nauwelijks is vast te stellen of een overheveling budgettair-neutraal kan plaatsvinden.

Zorgvuldig vervolg-proces met aandacht voor de gevolgen bij de verschillende betrokkenen

Elke overheveling kost (doorloop)tijd en energie. Dat vraagt om een zorgvuldige reflectie op de voor- en nadelen of kansen en risico's. De kansen en risico's kunnen we op dit moment niet uitputtend beoordelen. Dat vraagt een uitgebreidere analyse, samen met de stakeholders. Onderdeel van die analyse moet zijn hoe een overheveling van behandeling bijdraagt aan (beter) passende zorg voor deze doelgroep'. Daarmee wordt een overheveling van dit deel van de zorg geen sluitstuk van een breed overhevelingstraject maar onderdeel van een inhoudelijk en beleidsmatig goed afgewogen stap. Daarbij

kunnen we tussentijds blijven toetsen aan de vraag of dit bijdraagt aan het cliëntenbelang. De NZa draagt vanzelfsprekend graag bij aan deze analyse. We adviseren om zo snel mogelijk een implementatiewerkgroep op te zetten waarin alle stakeholders vertegenwoordigd zijn. Daarmee kan de positionering goed worden vormgegeven. Daarbij kunnen wederzijdse afhankelijkheden goed in kaart worden gebracht. Na zorgvuldige reflectie kan gezamenlijk een roadmap worden ontwikkeld.

Bijlage 1

Fraude en handhavingstoets

In deze bijlage treft u de antwoorden op de in de aanvraag voor de uitvoeringstoets gestelde vragen met betrekking tot de fraude- en handhavingstoets. De antwoorden hebben in dit stadium nog een algemeen karakter. Als de inhoud van de uitvoeringstoets vorm heeft gekregen, of de keuze van VWS voor een bekostigingsmodel kenbaar wordt gemaakt, kunnen aanvullende bijzondere risico's (en daaraan gekoppelde beheersmaatregelen) in beeld komen. Bij het opstellen van de uitvoeringstoets wordt daarmee dan specifiek rekening gehouden.

1. *Zijn de gehanteerde definities eenduidig interpreteerbaar, helder en duidelijk afgebakend? Zo nee, welke?*

De (ggz-) definities uit het zorgprestatie­model welke gebruikt worden in de Zvw zijn duidelijk. Als besloten wordt dat de prestaties uit het zorgprestatie­model worden overgenomen in de Wlz, zal nader onderzoek moeten worden gedaan naar de toepasbaarheid van deze definities in de Wlz.

2. *Welke fraudemogelijkheden biedt de voorgestelde bekostigingssystematiek?*

Bij de ontwikkeling van het zorgprestatie­model is in 2020 getoetst of het zorgprestatie­model voldoet aan de normen voor handhaafbaarheid en of het model fraudebestendig is. De mogelijke, nieuwe risico's op fouten en fraude zijn gezamenlijk met potentiële beheersmaatregelen in kaart gebracht.

Het zorgprestatie­model ondervangt eerder de mogelijke risico's op fouten en fraude, dan dat deze in de hand worden gewerkt. Juist omdat er bij de ontwikkeling gedoeld is op eenvoud en transparantie, met herkenbare en controleerbare zorgprestaties voor patiënten en tarieven die aansluiten bij behandelaar en behandelsetting. Desondanks worden er risico's gezien op het gebied van o.a. indirecte tijd en tijdregistratie op grond van planning is realisatie.

Als besloten wordt dat de prestaties uit het zorgprestatie­model worden overgenomen in de Wlz, verwachten we dat dezelfde risico's een rol spelen. Voor de volledige bevindingen verwijzen wij naar de toets op fraude en handhaving zorgprestatie­model d.d. 2020.

3. *Hoe groot schat u de kans in dat de fraudemogelijkheden uit vraag 2 zich in de praktijk gaan voordoen en wat is hiervan de impact?*

Op dit moment kan nog geen goede inschatting worden gemaakt over de exacte impact van de fraudemogelijkheden, aangezien de keuze voor het bekostigingsmodel nog niet vaststaat. Als besloten wordt dat de prestaties uit het zorgprestatie­model worden overgenomen in de Wlz, moet gekeken worden of de kans en impact van de genoemde fraudemogelijkheden gelijk zijn aan de kans en impact zoals benoemd voor de Zvw. Hierbij zal aandacht moeten zijn voor het feit dat de doelgroep in de Wlz extra kwetsbaar is.

Als gaandeweg het opstellen van deze uitvoeringstoets, of later uit de beslissing van VWS over de wijze van bekostiging, aanvullend bijzondere risico's worden geconstateerd, wordt daarvan melding gemaakt.

4. *Biedt de voorgestelde bekostigingssystematiek de partijen betrokken bij de uitvoering controle- en handhavingsmogelijkheden? Zijn er lacunes? Zo ja, welke?*

Als besloten wordt dat de prestaties uit het zorgprestatie­model worden overgenomen in de Wlz, biedt het model de mogelijkheid om door een adequate systeem/software-inrichting bij zorgaanbieders, een adequate inrichting van controles, zowel bij indiening declaratie als achteraf aan de kant van zorgkantoren, veel van de gesignaleerde nieuwe risico's (deels) te mitigeren. Wederom verwijzen wij voor aanvullende informatie naar de toets op fraude en handhaving zorgprestatie­model d.d. 2020.

5. *Zijn er sancties of maatregelen mogelijk in geval van geconstateerde fraude? Zijn er lacunes? Zo ja, welke?*

Bij geconstateerde fouten en/of fraude beschikken de controlerende partijen (zoals zorgkantoren en de NZa) over voldoende toezichtinstrumentarium om in te grijpen. Op grond van de Wmg kan de NZa zowel handhavingsmaatregelen aan de Wlz uitvoerder/zorgkantoor als aan de zorgaanbieder opleggen.

In artikel 5, lid 5, van de huidige Regeling Controle en Administratie Wlz-uitvoerders is bepaald dat de Wlz-uitvoerder/zorgkantoor, als daartoe aanleiding is, vervolgmaatregelen onderneemt, zoals het stopzetten van betalingen, het terugvorderen van onterecht betaalde declaraties en het melden van fraude bij de daartoe aangewezen autoriteiten.

6. *Heeft u zelf nog aanvullende opmerkingen?*

Op dit moment is de bekostiging nog niet uitgebreid geconsulteerd. Er ontstaat een beter beeld na consultatie van zorgkantoren en zorgaanbieders.

Bijlage 2

Om een inschatting te maken van de verwachte financiële impact hebben we de volgende gegevens gebruikt:

Tabel 1 Totaal aantal mensen met een Wlz-indicatie met grondslag psychische stoornissen, onderverdeeld naar zorgprofiel (GGZ-Wonen), die al dan niet kosten voor GGZ-behandeling in de Zvw maken 1 juli 2022.

Zorgprofiel	modulair mpt	modulair vpt	modulair zzp	pgb
1GGZ W	528	555	2886	1566
2GGZ W	397	246	2124	1130
3GGZ W	551	666	5721	1615
4GGZ W	70	30	420	157
5GGZ W	10	10	91	0

Bron: CIZ/Vektis. Bewerking door NZa.

Tabel 2 Totaal aantal zorgaanbieders en gedeclareerde ggz-behandeling Wlz-cliënten (zzp excl beh, vpt, mpt, pgb) 2019-2021

Soort		2021 vanaf Wlz	2021 geheel	2020 geheel	2019 geheel
Instelling	Aantal agb's	276	374	384	382
vrijgevestigd	Aantal agb's	48	93	102	122
Instelling	Bedrag	€ 38.385.377	€ 83.341.547	€ 163.121.683	€ 163.948.936
vrijgevestigd	Bedrag	€ 93.176	€ 214.254	€ 258.915	€ 276.530
Instelling	Aantal cliënten	8149	11630	12604	12529
vrijgevestigd	Aantal cliënten	60	115	121	138

Bron: CIZ/Vektis. Bewerking door NZa

Soort		2021 vanaf Wlz	2021 geheel	2020 geheel	2019 geheel
Instelling	Aantal agb's	276	374	384	382
Vrijgevestigd	Aantal agb's	48	93	102	122
Instelling	Bedrag	€38.385.377	€83.341.547	€163.121.683	€163.948.936
	Waarvan met klinische opname	€11.484.108	€30.402.877	€60.105.111	€64.771.238
	Overige DBC's	€26.901.269	€52.938.670	€103.016.572	€99.177.698
Vrijgevestigd	Bedrag	€93.176	€214.254	€258.915	€276.530
	Waarvan met klinische opname	€ -	€ -	€ -	€ -
	Overige DBC's	€93.176	€214.254	€258.915	€276.530
Instelling	Aantal cliënten	8149	11630	12604	12529
Vrijgevestigd	Aantal cliënten	60	115	121	138

Tabel 3 Uitgebreide tabel met zorgprofielen

Soort	Zorg profiel		2021 vanaf Wlz	2021 geheel	2020 geheel	2019 geheel
instelling	1GGZ W	Aantal agb's	147	216	230	241
instelling	2GGZ W	Aantal agb's	104	159	175	174

instelling	3GGZ W	Aantal agb's	203	257	261	256
instelling	4GGZ W	Aantal agb's	62	87	90	81
instelling	5GGZ W	Aantal agb's	32	35	28	31
vrijgevesti gd	1GGZ W	Aantal agb's	17	38	43	52
vrijgevesti gd	2GGZ W	Aantal agb's	8	19	16	23
vrijgevesti gd	3GGZ W	Aantal agb's	22	40	49	50
instelling	1GGZ W	Bedrag	€ 746.428.87 5	€ 1.753.400.2 56	€ 35.027.955.955.3 95	€ 36.844.174.867.5 54
instelling	2GGZ W	Bedrag	€ 495.180.22 7	€ 1.252.329.7 46	€ 26.496.098.412.4 35	€ 26.861.033.886.8 52
instelling	3GGZ W	Bedrag	€ 2.366.028. 124	€ 4.894.786.0 49	€ 93.079.977.511.8 15	€ 92.512.521.999.2 79
instelling	4GGZ W	Bedrag	€ 142.364.20 3	€ 302.544.298	€ 6.352.929.948.22 5	€ 6.236.678.859.66 6
instelling	5GGZ W	Bedrag	€ 88.536.308	€ 131.094.393	€ 2.164.720.994.05 5	€ 1.494.526.686.92 1
vrijgevesti gd	1GGZ W	Bedrag	€ 2.246.359	€ 8.926.449	€ 8.084.818.161	€ 108.808.168.743
vrijgevesti gd	2GGZ W	Bedrag	€ 843.637	€ 2.024.292	€ 30.016.158.975	€ 27.094.493.205
vrijgevesti gd	3GGZ W	Bedrag	€ 4.542.689	€ 6.837.472	€ 11.621.905.506	€ 111.434.576.418

instelling	1GGZ W	Aantal cliënten	2030	3098	3476	3511
instelling	2GGZ W	Aantal cliënten	1465	2244	2504	2473
instelling	3GGZ W	Aantal cliënten	4281	5799	6103	6035
instelling	4GGZ W	Aantal cliënten	298	405	450	442
instelling	5GGZ W	Aantal cliënten	75	84	71	68
vrijgevesti gd	1GGZ W	Aantal cliënten	18	41	48	53
vrijgevesti gd	2GGZ W	Aantal cliënten	8	20	16	23
vrijgevesti gd	3GGZ W	Aantal cliënten	29	47	51	52

Methode

Het gaat om aantallen unieke agb-codes. Dit is een overschatting van het aantal zorgaanbieders, want een zorgaanbieder kan meerdere agb-codes hebben. Voor de bedragen met klinische opname geldt dat er minimaal een nacht opname inclusief behandeling is gedeclareerd. '2021 vanaf Wlz' gaat om getallen van dbc's die zijn geopend nadat de indicatie voor de Wlz is ingegaan. De overige getallen gaan over het gehele jaar waarin de dbc is geopend. Voor 2021 geldt dat door declaratieachterstand dat het waarschijnlijk een onderschatting is van de genoemde aantallen. Daarnaast zijn dbc's in 2021 hard afgesloten wegens invoering van het zorgprestatie model. In 2020 is er sprake van corona en daardoor een lager declaratievolume. Gegevens met minder dan 10 cliënten zijn weggelaten in de tabellen met zorgprofielen. Genoemde bedragen zijn geïndexeerd vanaf 2019 naar 2021 geïndexeerd met 5,51% en van 2020 naar 2021 met 3.65%.



Newtonlaan 1-41 ▪ 3584 BX Utrecht ▪ Postbus 3017 ▪ 3502 GA Utrecht
T 030 - 296 81 11 ▪ F 030 - 296 82 96 ▪ E info@nza.nl ▪ www.nza.nl