

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
De heer drs. C. van der Burg, directeur generaal langdurige zorg
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Datum	21 juli 2015	Contact	drs. H. Cosijnse
Ons kenmerk	B20150721HC	Telefoon	06-13 20 13 66
Onderwerp	Budget behandeling in de Wlz	E-mail	hcosijnse@vgn.nl

Geachte heer Van der Burg,

Graag vragen wij uw aandacht voor de gevolgen van een beleidswijziging ten aanzien van het principe van de toelatingen bij het al dan niet bekostigen van behandeling in een ZZP.

Analyse

In de Wet Langdurige zorg (Wlz) is aangegeven dat behandeling deel uitmaakt van het verzekerd pakket. Hoewel in de toelichting wordt aangegeven dat behandeling integraal deel uitmaakt van de Wlz, is toch de ingewikkelde constructie met onderscheid tussen specifieke (aan de aandoening gerelateerde) behandeling (3.1.1 c) en algemeen medische behandeling (3.1.1.d) gehandhaafd. Voor algemeen medische behandeling geldt, net als in de AWBZ gold, dat dit alleen deel uitmaakt van het verzekerd pakket als er sprake is van een indicatie voor verblijf met behandeling.

In de bekostiging wordt dan ook onderscheid gemaakt in een tarief met of zonder behandeling per ZZP (NZa beleidsregel CA-BR-1507b). Daarnaast bepaalt de WTZi toelating (verblijf exclusief behandeling of verblijf inclusief behandeling) welk ZZP-tarief van toepassing is. Vervolgens bepaalt het zorgkantoor voor hoeveel ZZP's inclusief behandeling afspraken gemaakt worden. Tot zover is de systematiek gelijk aan hoe het in de AWBZ was geregeld.

Echter sinds 1 januari 2015 is de praktijk c.q. de wijze waarop wordt omgegaan met het toelatingenprincipe gewijzigd. Deze wijziging betreft het volgende:

In de NZa beleidsregels 2015 (vastgesteld in december 2014) is de omschrijving van de voorwaarde rond de WTZi toelating gewijzigd ten opzichte van 2014. Navraag bij het ministerie en bij de NZa leerde ons dat er met betrekking tot de toelating een interpretatiewijziging van de voorwaarden bij VWS en de NZa heeft plaatsgevonden.

Oude situatie (onder de AWBZ)

In de AWBZ werd op basis van de beleidsregel van de NZa het tarief voor een ZZP met behandeling alleen van toepassing verklaard als er naast de indicatie verblijf met behandeling sprake was van een toegelaten plaats voor verblijf met behandeling (VIB) voor die cliënt. Op instellingsniveau was het streven het aantal toegelaten plaatsen voor verblijf met behandeling overeen te laten komen met het aantal indicaties verblijf met behandeling. Het CIBG gaf in de toelating aan hoeveel plaatsen verblijf met behandeling (VIB) en hoeveel zonder behandeling (VEB) een instelling heeft. Het aantal plaatsen verblijf met behandeling gaf dus het maximaal aantal af te spreken ZZP's (met bijbehorend tarief) voor verblijf met behandeling aan.

Nieuwe situatie (onder de Wlz)

In de Wlz wordt volgens de nieuwe interpretatie van het toelatingsprincipe het tarief voor een ZZP met behandeling van toepassing verklaard als er sprake is van een toelating voor behandeling in het algemeen (c.q. minstens 1 cliënt). Alleen als een instelling geen toelating voor behandeling heeft, kan de component behandeling van een ZZP niet op grond van de Wlz worden bekostigd. Deze wijziging in de beleidsregel is pas bekend geworden na vaststelling van de beleidsregel waarin dit is opgenomen (december 2014) en nadat de productieafspraken 2015 waren ingediend bij de NZa. Echter, naast een wijziging in het toelatingsprincipe is er nog een belangrijke wijziging met de komst van de Wlz doorgevoerd.

Anders dan in de AWBZ, is de Wlz voorliggend op de Zvw voor cliënten met een Wlz indicatie. Dit betekent dat de cliënt nog meer dan voorheen aanspraak kan maken op behandeling binnen de Wlz.

Probleem

Wij begrijpen de ontkoppeling tussen bekostiging en het aantal toegelaten plaatsen met behandeling. Binnen de WTZi is dat niet nodig en inhoudelijk voegde die koppeling ook niets toe maar leverde wel administratieve rompslomp op. Door het loslaten van deze koppeling is echter een fors probleem ontstaan c.q. deels verschoven van een toelatingsprobleem naar een contracteerruimteprobleem. Naar nu blijkt, krijgen veel cliënten ondanks het recht op behandeling op grond van de indicatie en aanwezigheid van een behandeltoelating bij de aanbieder geen zekerheid van behandeling in de Wlz, omdat de aanbieder niet dienovereenkomstig bekostigd wordt. Het is namelijk aan het zorgkantoor om daar afspraken over te maken.

De praktijk leert nu dat zorgkantoren voor slechts een deel van de cliënten met een indicatie verblijf met behandeling daadwerkelijk met aanbieders productieafspraken voor behandeling maken. De zorgkantoren voeren daarvoor als argument aan dat het hen aan middelen ontbreekt, doordat er door VWS geen budgettair gevolg is gegeven aan de beleidswijziging rond het toelatingsprincipe.

Met andere woorden, terwijl aanbieders nu behandeling kunnen, mogen en willen bieden aan daarvoor geïndiceerde cliënten (en zorgkantoren dat ook verlangen), maken zorgkantoren te weinig productieafspraken voor ZZP's inclusief behandeling, omdat er geen extra geld beschikbaar is om voor alle geïndiceerde cliënten behandeling af te spreken.

Wij vinden dit een zeer ongewenste ontwikkeling. Wij zijn van mening dat de zorg die een cliënt krijgt en waar hij/zij op grond van de indicatie aanspraak op kan maken, niet afhankelijk mag zijn van het beleid van het zorgkantoor, maar landelijk gelijk voor iedereen geregeld moet kunnen worden. Daarbij hoort ook dat er voldoende financiële middelen beschikbaar zijn. Wij appreciëren in dat kader het onderzoek naar behandeling in de Wlz dat ZINL in opdracht van VWS gaat uitvoeren. Echter het probleem is nu actueel en vergt daarom nu een oplossing.

Onze vraag

Met de wijzigingen rond het toelatingsprincipe en de voorliggendheid van de Wlz op de Zvw is vooruitgelopen op de discussie die landelijk gevoerd moet worden over behandeling en waarbij nadrukkelijk de (macro)budgettaire gevolgen in acht moeten worden genomen.

Doordat de beperking van het aantal toegelaten plaatsen voor behandeling is losgelaten, maar niet gelijktijdig het macrobudget is verhoogd, dreigt het probleem te ontstaan dat veel cliënten met een indicatie (verblijf met behandeling) onvoldoende behandeling kunnen krijgen doordat de aanbieder er niet voor wordt bekostigd in de Wlz, terwijl declaratie ten laste van de Zvw niet altijd mogelijk is. Hierdoor komt de integraliteit van de zorg in het ZZP onder druk te staan. Juist voor de zware cliëntenpopulatie die de Wlz kenmerkt, achten wij die integraliteit (zorg inclusief behandeling) essentieel.

De (inmiddels manifeste) uitbreiding van het aantal toegelaten plaatsen voor behandeling impliceert volgens ons een ophoging van het behandelbudget door middel van toekenning van het tarief voor de behandelcomponent in de ZZP's 3 en hoger. Uitgaande van de tarieven hiervoor in de beleidsregels van de NZa (per doelgroep en per ZZP) zou volgens onze berekening een ophoging van het macrobudget voor de gehandicaptenzorg dienen te volgen van €140 miljoen.

De desbetreffende zorg wordt nu nog vaak (indien mogelijk) voor die cliënten die voorheen op een niet voor behandeling toegelaten plaats zaten, bekostigd uit de Zvw. Mede doordat nu de Wlz voorliggend is geworden op de Zvw dreigt bekostiging uit de Zvw steeds moeilijker te worden en wellicht onmogelijk. Het door ons gesignaleerde budgetprobleem lijkt voor een groot deel een overhevelingsprobleem tussen Zvw en Wlz.

paginanummer 4

ons kenmerk B20150721HC

De VGN is van mening dat de huidige praktijk alleen kan veranderen als er daadwerkelijk behandelbudget gaat van de Zvw naar de Wlz. Tot dat moment dient declaratie van de desbetreffende behandelen zorg ten laste van de Zvw mogelijk te blijven en mag niet van aanbieders worden verwacht of geëist dat ze behandeling leveren die niet wordt vergoed.

Wij vernemen graag uw reactie op deze brief. Vanzelfsprekend zijn wij bereid om in een overleg met u een inhoudelijke toelichting te geven.

Met vriendelijke groet,

b/A

J. (Hans) Schirmbeck
Directeur

Bijlagen

-

Kopie(ën) aan

- NZa: mevr. H. Sikkema
- ZINI