

Hervorming langdurige zorg: de positie van de ggz

KABINETSPANNEN HERVORMING VAN DE LANGDURIGE ZORG

Het kabinet heeft in april in 2013 een plan voor de hervorming van de langdurige zorg gepresenteerd. Voor de ggz (geestelijke gezondheidszorg) gaat het daarbij onder andere om:

- de overheveling van de intramurale ggz die nu nog vanuit de AWBZ gefinancierd wordt naar de Zvw (Zorgverzekeringswet).
- de decentralisatie van ambulante begeleiding vanuit de AWBZ naar de Wmo. Hieronder valt ook het voornemen om de aanspraak op dagbesteding binnen de AWBZ in de toekomst te laten vervallen.
- de extramuralisering van de zorg voor mensen met een psychische aandoening die nu nog in een beschermende woonvorm verblijven. De staatssecretaris gaat hierover in gesprek met de centrumgemeenten.

In de zomer van 2012 heeft GGZ Nederland een bestuurlijk akkoord gesloten met de minister van VWS en andere partijen. Daarin zijn afspraken gemaakt over de ambulantisering van ggz-zorg over de hele breedte van de zorg. Ambulantisering is de ontwikkeling binnen de zorg waarin specialistische zorg die voorheen in klinieken werd geboden steeds meer in de thuissituatie wordt uitgevoerd door specialistische teams.

ZORGZWAARTEPAKKETTEN¹

De intramurale zorg in de AWBZ wordt bekostigd via zorgzwaartepakketten (zzp's). Er zijn in de ggz twee soorten zorgzwaartepakketten. De zzp B-reeks is voor mensen die intramuraal verblijven omwille van hun behandeling. De zzp C-reeks is voor mensen die verblijven in een beschermende woonomgeving en waarbij behandeling niet meer op de voorgrond staat. Veel van deze mensen worden echter, los van hun verblijf, ook behandeld in de ggz. Er zijn zeven zorgzwaartepakketten, oplopend naar zwaarte van de zorgvraag van de patiënt. De lichte zzp's 1 en 2 voor de ggz zijn inmiddels geëxtramuraliseerd. Dat wil zeggen dat patiënten² met deze zzp's de zorg niet meer in een instelling of RIBW krijgen, maar dat zij zelfstandig wonen. Voor ondersteuning doen zij nu nog een beroep op de AWBZ, vanaf 2015 is dat de gemeente. Zie blad 3 voor een overzicht van aantallen patiënten en kosten per zzp.

AANTAL GGZ-PATIËNTEN IN DE AWBZ

Ca. 45.000 mensen maken momenteel gebruik van intramurale geestelijke gezondheidszorg die betaald wordt vanuit de AWBZ. Daarvan krijgen ca. 10.000 mensen een combinatie van verblijf met behandeling, veelal op het terrein van een ggz-instelling (zzp B). Ca. 35.000 mensen krijgen begeleiding en verblijven in een beschermende woonomgeving die meestal in een reguliere woonwijk staat. Naast deze intramurale groep zijn er ca. 77.000 mensen met een psychische aandoening die ambulante individuele begeleiding krijgen en/of gebruik maken van dagbestedingsactiviteiten. Dit wordt gefinancierd uit de AWBZ. Soms krijgen ze daarbij persoonlijke verzorging en verpleging die eveneens gefinancierd wordt uit de AWBZ. Eventuele behandeling wordt gefinancierd uit de Zorgverzekeringswet.

1. Alle ggz-zorg die nu nog binnen de AWBZ geleverd wordt, is het beste op zijn plek binnen de Zvw. Dan behouden de patiënten hun wettelijke aanspraak op zorg – die er in de Wmo niet is –, wordt de inhoudelijke koppeling tussen begeleiding en behandeling in de ggz versterkt, en blijft ook dit deel van de ggz aangesloten op het proces van ambulantisering.
2. Extramuraal begeleiding en dagbesteding zijn van essentieel belang voor het stabiel functioneren van mensen met een chronische psychische aandoening. Het is daarom van belang dat kabinet, gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders tot goede afspraken komen over de inkoop en uitvoering van extramuraal begeleiding en dagbesteding binnen de Wmo.
3. De zorg voor mensen die nu binnen zzp 3 vallen kan niet zonder meer worden geëxtramuraliseerd. Deze mensen zijn door hun psychische aandoening doorgaans te kwetsbaar om de organisatie van het eigen leven (o.a. een huishouding voeren, financieel beheer, een sociaal netwerk in standhouden) zelfstandig vorm te geven.

1. Voor meer informatie over de zorgzwaartepakketten: <http://www.cvz.nl/publicaties/publieksbrochures>, http://wetten.overheid.nl/BWBR0014855/geldigheidsdatum_09-01-2012#Bijlage2

Voor informatie over zzp-tarieven: <http://www.nza.nl/regelgeving/beleidsregels/langdurende-ggz/CA-300-537>

2. Waar patiënt staat, wordt ook cliënt of klant bedoeld

AMBULANTISEREN EN HERSTELGERICHTE ZORG

GGZ Nederland bouwt graag mee aan een kabinetsbeleid dat bijdraagt aan een sociale inclusieve samenleving waarin plaats is voor iedereen, ook voor mensen met serieuze beperkingen. Daarnaast willen wij dat de kabinetsmaatregelen goed aansluiten bij de visie in het bestuurlijk akkoord 'Toekomst ggz 2013-2014' dat wij in 2012 met de minister van VWS hebben gesloten. In dit akkoord hebben ggz-instellingen, beroepsgroepen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars afspraken gemaakt over de toekomst van de ggz. Kernbegrippen daarin zijn het waar mogelijk ambulantiseren van zorg, gekoppeld aan herstelgerichte zorg. Binnen herstelgerichte zorg wordt gewerkt aan zelfregie, eigen verantwoordelijkheid en maatschappelijke participatie door mensen met een psychische aandoening. De ggz-sector pakt dit voortvarend op, zie daarvoor de tabellen op blad 3 waaruit blijkt dat het aantal patiënten met zwaardere zcp C's toeneemt. Dit duidt op een verschuiving in de ggz-keten. Patiënten die intramuraal verblijven omwille van behandeling stromen tegenwoordig eerder uit naar instellingen voor beschermd wonen, en binnen de plaatsen voor beschermd wonen stromen de lichtere patiënten tegenwoordig eerder uit naar een zelfstandige woonsituatie met eventueel ambulante zorg. De partijen in het bestuurlijk akkoord willen samen met ketenpartners de zorg zo slim mogelijk organiseren waardoor de kwaliteit verbetert en er meer gedaan kan worden met hetzelfde geld.

Langdurige ggz op zijn plek in de Zvw

Op dit moment gaat de discussie over de toekomst van de langdurige ggz-zorg vooral over de vraag welke AWBZ-zorg naar de Zvw (Zorgverzekeringswet) zal gaan en dus door zorgverzekeraars zal worden ingekocht, en welke AWBZ-zorg onder Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) zal gaan vallen en dus door de gemeenten zal worden ingekocht. Een essentieel verschil tussen de Zvw en de Wmo is dat binnen de Wmo geen wettelijk aanspraak op zorg geldt. Gemeenten hebben een compensatieplicht. Dat houdt in dat gemeenten ieder afzonderlijk kunnen bepalen hoe zij burgers met beperkingen willen ondersteunen. Zoals we in de voorbeelden hiernaast laten zien gaat het wat betreft de ggz dikwijls om mensen met ernstige en blijvende psychische aandoeningen die in het verleden vaak ontspoord zijn geraakt en dankzij veel intensieve zorg een kwetsbaar evenwicht hebben bereikt. De zorg voor deze mensen vereist kennis van de aandoening en is (medisch-) specialistisch van aard. Het is zeer de vraag of gemeenten binnen het kader van de Wmo in staat zijn de zorg voor deze groep langs deze lijn vorm te geven. Dat heeft niet alleen consequenties voor de patiënten zelf, maar ook voor hun naaste omgeving en voor de samenleving als geheel. Bieden gemeenten ontoereikende

Om welke mensen gaat het?

JEROEN

Jeroen (33) heeft een vorm van autisme. Hij leeft vanaf zijn vroege jeugd in een fantasiewereld, voelt zich een buitenaards wezen en hoort stemmen. Als hij overbelast raakt krijgt hij psychoses. Hij is in zijn puberteit cannabis en speed gaan gebruiken als zelfmedicatie. Lange tijd woonde hij in een huis zonder gas, water en licht. Zijn medicijnen nam hij niet in. Hij kon niet voor zichzelf of voor zijn eigen huishouden zorgen en was niet in staat een dag- en nachtritme vast te houden. Jeroen gedijt bij structuur, voorspelbaarheid en duidelijkheid en woont sinds enkele jaren in een gespecialiseerde woonvorm van de RIBW. Daar leeft hij volgens strikte regels en afspraken en is er toezicht op het innemen van zijn medicijnen. Leven in een groep is ingewikkeld voor hem, maar door intensieve 24-uurs begeleiding lukt het hem om binnen de RIBW te functioneren. Als de 24-uursbegeleiding stopt, is de kans erg groot dat hij terugvalt in zijn oude situatie. De zorg die Jeroen krijgt valt in zorgzwaartepakket ZCP 4-C

KEES

Kees (52) heeft vroeger een aantal ernstige depressies gehad. Pas op latere leeftijd werd duidelijk dat hij een persoonlijkheidsstoornis met antisociale en ontwijkende trekken heeft. Problemen gaat hij uit de weg en hij gaat makkelijk over de grenzen van andere mensen heen. Mede door zijn stoornis heeft hij delicten begaan en is hij in aanraking gekomen met justitie. Kees heeft sinds zijn 15^{de} jaar diabetes. Hij vindt het erg moeilijk om zijn verantwoordelijkheden te nemen waar het gaat om het innemen van medicijnen, verstandig eten, alcoholgebruik en voldoende bewegen. Hij heeft inmiddels vijfmaal in het ziekenhuis gelegen vanwege een te hoge bloedsuikerwaarde. Kees heeft in het verleden geprobeerd zich van het leven te beroven. Uiteindelijk is hij dakloos geraakt en via de daklozenopvang in een woonvorm terecht gekomen waar hij 24 uur per dag begeleiding krijgt. Hij gedraagt zich daar erg passief, vindt het erg moeilijk om contacten te leggen en vriendschappen aan te gaan. In de RIBW wordt zijn psychische en lichamelijke functioneren in de gaten gehouden en wordt hij gemotiveerd om zijn administratie, financiën, dagbesteding en sociale contacten aan te pakken. Wanneer de 24-uursbegeleiding stopt wordt Kees vrijwel zeker weer dakloos.

De zorg die Kees krijgt valt onder Zorgzwaartepakket ZCP 4-C

zorg, dan kan de situatie van veel mensen met psychische aandoeningen ernstig verslechteren. Dat betekent een groei van het aantal (acute) opnames, al dan niet gedwongen, en een toename van maatschappelijke overlast. Het is dus van groot belang dat de integrale zorg voor deze groep patiënten gegarandeerd blijft. Al met al ligt het daarom voor de hand dat de zorg voor deze mensen wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet met zorgverzekeraars als inkoper. Daar komt nog bij dat het dikwijls gaat om mensen die niet alleen ernstige psychische aandoeningen maar ook serieuze lichamelijke aandoeningen hebben die elkaar onderling beïnvloeden, zie het voorbeeld van Kees hiervoor. Psychische en somatische aandoeningen moeten zoveel mogelijk in samenhang worden behandeld. Dat komt de doelmatigheid van zorg ten goede en wordt eenvoudiger als beide typen aandoeningen uit hetzelfde financiële kader worden betaald.

Extramuraliseren zzp's: niet zonder meer

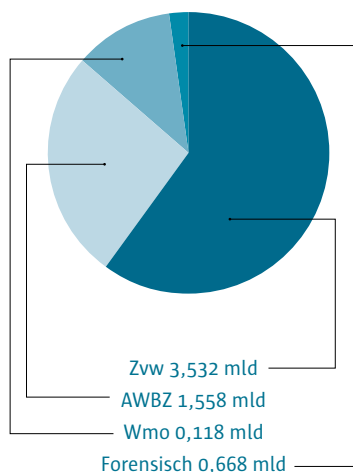
In Nederland hebben 16.000 mensen een ernstige psychische aandoening waarbij zij in een beschermde woonvorm wonen met 24-uurs begeleiding en toezicht (zzp 3). Het gaat bijvoorbeeld om mensen die een behandeling in een ggz-instelling hebben gehad en daarna zijn aangewezen op een beschermende omgeving die hen helpt verder te herstellen. Steeds vaker is het verblijf tijdelijk, voorafgaand aan zelfstandig wonen; vaak echter gaat het om een langdurige situatie.

Het idee om de zzp's voor ggz-patiënten zonder meer te extramuraliseren is niet alleen maatschappelijk, maar ook economisch gezien onverstandig. Deze maatregel zal leiden tot meerkosten in de curatieve ggz door meer (crisis)opname, tot meer kosten voor politie vanwege toename van onveiligheid in de wijken en tot een toename van het gebruik van sociale voorzieningen als uitkeringen en gemeentelijke huursubsidie. Op het totaal van de zorgkosten is de bezuiniging die via deze patiënten gerealiseerd wordt minimaal; de kosten voor de samenleving en het leed van de patiënten zijn echter maximaal.

Aantallen ggz-patiënten per zzp

ZZP	Aantal patiënten op 1 juli 2011	Aantal patiënten op 1 januari 2012	Aantal patiënten op 1 juli 2012
GGZ 1 B	85	50	30
GGZ 2 B	450	340	275
GGZ 3 B	1.550	1.455	1.325
GGZ 4 B	1.645	1.585	1.520
GGZ 5 B	3.375	3.575	3.825
GGZ 6 B	1.155	1.190	1.180
GGZ 7 B	1.340	1.485	1.650
GGZ 1 C	1.395	1.185	1.005
GGZ 2 C	6.330	6.140	5.865
GGZ 3 C	12.860	14.580	16.200
GGZ 4 C	5.570	6.190	6.735
GGZ 5 C	3.035	3.415	3.975
GGZ 6 C	510	545	630
TOTAAL GGZ	39.300	41.735	44.215

Financiering ggz x 100.000



Kosten per ggz-zzp

ZZP (in €)	kosten 2011
GGZ 1 B	1.910.530
GGZ 2 B	15.363.644
GGZ 3 B	60.244.296
GGZ 4 B	83.007.356
GGZ 5 B	178.748.324
GGZ 6 B	84.117.671
GGZ 7 B	130.625.699
GGZ 1 C	23.259.695
GGZ 2 C	138.183.815
GGZ 3 C	321.381.851
GGZ 4 C	188.339.406
GGZ 5 C	117.908.945
GGZ 6 C	27.988.802
TOTAAL GGZ	1.371.080.034

GGZ Nederland

Brancheorganisatie voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg

Postbus 830, 3800 AV Amersfoort
Piet Mondriaanlaan 50/52, 3812 GV Amersfoort
T 033 460 8900, www.ggznederland.nl

Contactpersoon Hervorming Langdurende zorg
Yvonne Moolenaar, 06 5367 79 85

RIBW Alliantie

Zorgorganisaties voor maatschappelijke ggz

p/a RIBW Brabant
Willem II-straat 21-23, 5038 BA Tilburg

Contactpersoon Hervorming Langdurende zorg
Eta Mulder, 06 1062 43 41