

WZD BIJ EEN PGB – "HOE KUNNEN WE DAT BETALEN?"

ONDERZOEK NAAR DE KOSTEN VOOR HET UITVOEREN VAN HET WZD- STAPPENPLAN

**KLANT
KENMERK
AUTEUR(S)**

Ministerie van VWS
003159/sb/CP
Anouk van den Eeckhout, Bram Jenster, Brenda Frederiks,
Coby Peeters
18 januari 2023

DATUM

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1 Inleiding	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Doelstelling	8
1.3 Aanpak en leeswijzer van dit rapport	8
1.4 Betrokkenen	8
1.5 Overweging bij toepasbaarheid van de uitkomsten	9
2 Hoeveel tijd kost het stappenplan	10
2.1 Twee simulatiebijeenkomsten	10
2.2 Diverse rollen in het stappenplan namen deel aan de simulatiesessies	11
2.3 Kwalitatieve inzichten	13
2.4 Kwantitatieve inzichten	14
3 Wat kost het doorlopen van het stappenplan?	16
3.1 Wat kosten de verschillende professionals	16
3.2 Kosten van het doorlopen van het Wzd-stappenplan	16
3.3 Aantal cliënten met pgb en onvrijwillige zorg	17
4 Scenario's voor bekostiging	18
4.1 Bekostiging Wzd bij zorg in natura	18
4.2 De pgb-praktijk met verschillende juridische kaders	19
4.3 Afwegingskader voor scenario's	20
4.4 Scenario's	20
4.5 Conclusie	21

Samenvatting

Inleiding

De **achtergrond en aanleiding** voor dit onderzoek waren als volgt. De Wet zorg en dwang (hierna: Wzd) is per 1 januari 2020 in werking getreden. Deze wet heeft tot doel om de rechtspositie van de cliënt met een verstandelijke beperking, mensen met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie) en een hieraan gelijkgestelde aandoening, bij onvrijwillige zorg te versterken en te voorkomen dat onvrijwillige zorg wordt ingezet. De Wzd heeft voor het eerst de grondslag gecreëerd om onvrijwillige zorg in de thuissituatie toe te passen, dus ook voor zorg verleend op basis van een persoonsgebonden budget. Pgb's worden voor veel verschillende doelgroepen toegepast, binnen verschillende financieringsdomeinen, in de thuissituatie en in (kleinschalige) woon-initiatieven. Voor de bekostiging van zorgverleners betrokken bij de uitvoering van het stappenplan is op dit moment veelal¹ geen ruimte in het pgb.

Doelstelling. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de brancheorganisaties voor kleine zorgaanbieders en Per Saldo willen inzicht in de tijdsinzet van betrokken zorgprofessionals bij het uitvoeren van het Wet zorg en dwang (Wzd)-stappenplan en de daarmee gepaard gaande meerkosten in het geval de zorg wordt uitgevoerd met een persoonsgebonden budget (pgb).

Uit deze doelstelling volgen **belangrijke afbakeningen** die we tijdens de opdracht hebben gehanteerd:

- a. We brengen de tijd in kaart die door verschillende professionals nodig is voor het doorlopen van het stappenplan voor een individuele casus. We gaan daarbij uit van de aanname dat de benodigde professionals beschikbaar zijn. Het organiseren en onderhouden van een daarvoor benodigd netwerk is niet meegenomen in dit onderzoek;
- b. De vraag of Wzd juist wordt toegepast is geen onderdeel van onze scope. Het gesprek hierover en ook de benodigde opleiding/training rond de Wzd kunnen reden zijn voor extra tijdbesteding van professionals maar beide zijn ook buiten scope van dit onderzoek;
- c. Door de Wzd kan de wijze van zorgverlening veranderen. Dit geldt ook voor de aard van de gesprekken die gevoerd worden tussen professionals, met cliënten en met de familie. Deze aanpassingen vallen buiten de scope van ons onderzoek omdat wij focus leggen op de tijd die nodig is voor het uitvoeren van het Wzd-stappenplan.

De **onderzoeks aanpak** bestond uit de volgende fasen en activiteiten:

1. Verkennende interviews met de leden van de klankbordgroep (Per Saldo, BVKZ, SoloPartners, Federatie Landbouw en Zorg) en experts vanuit het de betrokken (beleids)directies en het programma PGB bij VWS;
2. Simulatiesessies over de benodigde tijd voor het uitvoeren van het Wzd-stappenplan. Deze stap is uitgevoerd samen met pgb-zorgverleners en professionals die ervaring hebben in diverse Wzd-rollen, zie hoofdstuk 2. Deze inzichten zijn getoetst met de klankbordgroep;
3. Vertaling van de tijdsbesteding naar kosten voor het uitvoeren van het stappenplan. Hierbij hebben we gebruik gemaakt van informatie van de NZa, zie hoofdstuk 3;
4. Opstellen van een toetsingskader en formuleren van scenario's voor de bekostiging rekening houdend met verschillende bekostigingsstelsels. Over deze scenario's hebben we gesproken met betrokkenen bij het ministerie van VWS, zie hoofdstuk 4.
5. Op basis van deze activiteiten is een conceptrapportage opgesteld en voorgelegd aan de klankbordgroep en betrokkenen bij het ministerie van VWS.

¹ Voor budgethouders met een VV 4 of hoger en die verblijven in een wooninitiatief geldt dat de meerkosten Wzd kunnen worden bekostigd uit de toeslag Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

Hoeveel tijd kost het Wzd-stappenplan?

De gekozen **methodiek** neemt het gesprek tussen experts als vertrekpunt, een gesprek waarin verschillende ervaringen kunnen bestaan en waarbij met begrip van verschillende inzichten consensus wordt bereikt over schattingen. Er hebben twee simulatiebijeenkomsten plaatsgevonden aan de hand van een generieke casus. De eerste simulatiebijeenkomst vond fysiek plaats. Hieraan namen drie pgb-zorgverleners vanuit verschillende perspectieven (vanuit de gehandicaptenzorg en ouderenzorg) deel. De tweede simulatiebijeenkomst vond (noodzakelijkerwijs) digitaal plaats. Hieraan namen drie pgb-zorgverleners (vanuit de ouderenzorg en gehandicaptenzorg), een gedragsdeskundige (vanuit de gehandicaptenzorg) en een Wzd-functionaris (generiek) aan deel.







Kapstok voor de simulatiesessie is het doorlopen van het **Wzd-stappenplan**, waarbij op verschillende momenten afstemming nodig is met de cliënt, de familie en zorgprofessionals in diverse rollen. Wanneer de zorgverantwoordelijke of de vertegenwoordiger constateert dat het zorgplan niet meer voldoet aan de zorgbehoefte van de cliënt en daardoor een kans op ernstig nadeel ontstaat, is de zorgverantwoordelijke verplicht om eerst op zoek te gaan naar alternatieve vormen van zorg oftewel 'vrijwillige zorg' met als doel het ernstig nadeel weg te nemen. In dit overleg ligt de nadruk op de oorzaak van het gedrag, maar ook op de interactie tussen de cliënt en zijn omgeving. In veel gevallen lukt het met deze stap om onvrijwillige zorg te voorkomen, maar dat lukt niet altijd en dan gaat het stappenplan lopen². De activiteiten die plaatsvinden voor de start van het stappenplan worden in de praktijk aangeduid als 'stap 0'.

Uit de simulatiesessies kwamen de volgende **kwalitatieve inzichten** naar voren:

- a. Deelnemers in de simulatiesessies gaven aan dat het zoeken naar alternatieven voor onvrijwillige zorg meer tijd kost dan de voor invoering van de Wzd. Toch ervaren ze dit ook onderdeel is van reguliere zorg. Door de afbakening van dit onderzoek is geen schatting gemaakt van de extra tijd die hiermee is gemoeid. Deelnemers merken wel op dat ook in stap 0 het pgb als beperkend wordt ervaren. Aandachtspunt is de vraag of het budget in zo'n situatie kan worden opgehoogd.
- b. Gesprekken over de Wzd kosten in de **thuissituatie** meer tijd dan op een woonlocatie. Wanneer zorgverleners werken als zelfstandig professional in de thuissituatie is het belangrijk dat zij rond de Wzd een netwerk (gaan) organiseren met professionals die samen vormgeven aan het zorgvuldig uitvoeren van de Wzd. Dit blijkt in de praktijk erg lastig te zijn. We horen vooral organisatorische knelpunten als prioriteit, kennis en capaciteit.
- c. We hebben geen redenen gevonden waarom de tijdsbesteding per stap in het Wzd-stappenplan anders is voor de **verschillende doelgroepen** van de Wzd. Er is door de aard van de problematiek wel verschil in de duur van een Wzd-maatregel wanneer deze wordt ingezet, dus het aantal stappen van het stappenplan dat voor een cliënt wordt doorlopen.

Samenvoegen van inzichten uit de simulatiesessies geeft onderstaande inschatting van de benodigde tijd per rol in de verschillende stappen van het Wzd-stappenplan. Deze schattingen zijn niet verbijzonderd naar doelgroepen of setting waarin de zorg wordt geleverd.

² Frederiks en Visser (2022).

	 Zorg-verantw.	 Desk. andere discipl.	 Arts	 Desk. niet bij zorg betrok.	 Onafh. desk.	 Wzd. funct..
Onvrijwillige zorg in het zorgplan	60 min.	30 min.	30 min.			30 min.
Eerste verlenging	30 min.	20 min.	20 min.	30 min.		10 min.
Tweede verlenging	30 min.					
Derde verlenging	30 min.	20 min.	20 min.	20 min.	30 min.	10 min.
Vierde en volgende	30 min.	20 min.	20 min.	20 min.		10 min.
Einde onvrijw. zorg	15 min.					

Tabel 1. Schatting van tijdsbesteding voor elk van de rollen in de verschillende stappen

Wat kost het doorlopen van het stappenplan?

De situatie en dus ook de tijdsbesteding is uiteraard per cliënt verschillend. Met name de duur van de Wzd-maatregel kan sterk verschillen. Soms is sprake van een kortlopende maatregel. In het eerste jaar kost een maatregel meer tijd dan bij langdurige voortzetting. We maken daarom schattingen van **de benodigde tijd per jaar** in drie situaties:

- Start:** de tijd nodig om in het eerste jaar het stappenplan voor een cliënt te doorlopen. Dit betekent concreet dat stappen één tot en met vier worden uitgevoerd;
- Voortgezet:** de tijd die nodig is om de Wzd-stappen te doorlopen in een langdurige, stabiele situatie waarin gedurende het jaar tweemaal stap vijf wordt uitgevoerd;
- Kort:** de tijd die nodig is voor een kortdurend Wzd-traject waarin alleen stappen één tot en met drie worden doorlopen en de maatregel daarna afgesloten.

Combineren van de tijdsbesteding in deze situaties en uurtarieven verkregen van de NZa (niveau 2022) geeft een schatting van de kosten voor het uitvoeren van het Wzd-stappenplan in deze drie situaties. We gaan er voorzichtigheidshalve vanuit dat in elk van deze situaties de instemming van een arts nodig is.

- Voor de situatie **start** zijn de kosten per Wzd-maatregel 693 euro op jaarbasis,
- Voor de situatie **voortgezet** zijn de kosten 337 euro op jaarbasis;
- Voor een **korte** maatregel zijn de kosten 502 euro op jaarbasis.

Het kan voorkomen dat voor één cliënt meerdere Wzd-maatregelen worden ingezet. Dit betekent dat stapeling mogelijk is van de drie situaties.

Er is geen informatie beschikbaar over het aantal Wzd-maatregelen uitgevoerd bij bekostiging met een pgb. Dit maakt het bijzonder lastig om de kosten per maatregel ter vertalen naar de kosten op macroniveau.

Scenario's voor bekostiging

Bij het opstellen van scenario's en een beoordelingskader concludeerden we, samen met alle betrokkenen in het onderzoek, dat er **geen eenvoudige of ideale oplossing** bestaat. Meerdere scenario's vielen om diverse redenen af, vooral omdat ze in plaats van een oplossing eerder een extra drempel zouden kunnen worden voor het toepassen van de Wzd in de pgb-setting.

In het overgebleven scenario doet de budgethouder voor de uitvoering van de Wzd een beroep op **een landelijk of regionaal team van professionals**. Dit team gaat zorgverantwoordelijken die werken op pgb-basis ondersteunen met het uitvoeren van het stappenplan. Ook dit scenario kent diverse voor- en nadelen en vraagt om nadere uitwerking en afstemming met betrokken partijen.

Conclusies en advies

Wij concluderen dat het bekostigen van de tijd die nodig is voor het doorlopen van het Wzd-stappenplan belangrijk is. Het ontbreken van deze bekostiging wordt door alle betrokkenen ervaren als één van de belemmeringen voor het toepassen van de Wzd. Wij hebben niet onderzocht of dit de belangrijkste belemmering is, maar bekostiging kan zeker helpen om de Wzd ook in de pgb-setting toe te kunnen passen. De oplossing zoals toegepast voor bekostiging van de Wzd binnen de Wlz met zorg in natura voldoet helaas niet.

Er is sprake van de afhankelijkheidsrelatie tussen pgb-budgethouder en pgb-zorgverlener. Zij voeren immers het gesprek over de zorginzet en zullen dus ook overeenstemming moeten vinden wanneer extra inzet van de pgb-zorgverlener en van andere zorgprofessionals nodig is om het Wzd-stappenplan uit te voeren. Dit aspect is meegewogen in de beoordeling van de scenario's. Aandachtspunt is ook het verschil tussen de vier wettelijke domeinen (Wlz, Zvw, Wmo en Jeugdwet), specifiek of het voeren van overleg gerelateerd aan het stappenplan vergoed wordt uit het pgb.

Wij zochten een scenario dat bijdraagt aan de bedoeling van de Wzd, rekening houdt met kenmerken van het pgb-proces, met beperkte administratieve lasten en waarmee de ervaren bekostigingsdrempel daadwerkelijk weg kan worden weggenomen. Er is helaas geen evidente en eenvoudige oplossing voor bekostiging van het Wzd-stappenplan in de pgb-setting. Elk van de scenario's die we hebben geschetst kent nadelen en zal nader onderzocht en uitgewerkt moeten worden.

Wij adviseren om het scenario nader uit te werken waarin een team wordt opgezet met zorgprofessionals. Deze zorgprofessionals zijn beschikbaar om in de pgb-setting de diverse rollen in het stappenplan te vervullen. In een nadere uitwerking van dit scenario zal aan de orde moeten komen of zo'n team landelijk of regionaal werkt. Verder vragen diverse organisatorische aspecten om nadere uitwerking, denk aan het bemensen van dit team, het aanvraagproces en de spelregels om op dit team een beroep te kunnen doen. Overwogen kan worden om deze oplossing ook toegankelijk te maken voor toepassing van de Wzd in de ambulante setting bij bekostiging via zorg in natura. Daar ervaren met name kleinschalige zorgaanbieders organisatorische drempels om de Wzd goed uit te voeren.

Op basis van deze nadere uitwerking kan deze oplossing naar verwachting al in 2023 in de vorm van een pilot worden vormgegeven. Doel van deze pilot is primair het wegnemen van financiële en organisatorische drempels die pgb-zorgverleners ervaren voor het toepassen van de Wzd. Een belangrijk neveneffect van deze pilot is dat meer inzicht ontstaat in het aantal keer dat de Wzd in de pgb-setting wordt toegepast. Met evaluatie van deze pilot komt dus ook informatie beschikbaar voor het inrichten van een meer structurele oplossing. Deze pilot draagt daarmee bij aan het verbeteren van de rechtspositie van cliënten die te maken krijgen met onvrijwillige zorg.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De Wet zorg en dwang (hierna: Wzd) is per 1 januari 2020 in werking getreden. Deze wet heeft tot doel om de rechtspositie van de cliënt met een verstandelijke beperking, mensen met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie) en een hieraan gelijkgestelde aandoening, bij onvrijwillige zorg te versterken en te voorkomen dat onvrijwillige zorg wordt ingezet. De Wzd heeft voor het eerst de grondslag gecreëerd om onvrijwillige zorg in de thuissituatie toe te passen. In 2020 is gestart met de implementatie van de Wet zorg en dwang. Door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: ministerie van VWS) zijn diverse activiteiten opgezet in het ondersteunen van zorginstelling en professionals.

De uitvoering van de Wzd brengt meerkosten met zich mee voor zorgaanbieders en zorgverleners. Deze meerkosten bestaan vooral uit het extra inzetten van professionals bij de uitvoering van het Wzd-stappenplan. Het Wzd-stappenplan wordt doorlopen bij de besluitvorming rondom het toepassen van onvrijwillige zorg. Bij elke stap in het stappenplan worden de proportionaliteit, subsidiariteit en effectiviteit van de ingezette onvrijwillige zorg besproken. Bij het stappenplan is het uitgangspunt dat de cliënt reeds zorg ontvangt en dat overwogen wordt om onvrijwillige zorg toe te passen.

Er bestaat nog heel weinig ervaring met het toepassen van de Wzd in de ambulante setting. Er is wel ervaring met toepassing van de Wzd in instellingen en wooninitiatieven waarbij bekostiging plaatsvindt op basis van de Wet langdurige zorg. Voor deze doelgroepen zijn de kosten inzichtelijk gemaakt in een onderzoek van de NZa³, met focus op zorg in natura. Een vervolgonderzoek naar de meerkosten van de Wzd binnen de ambulante zorg wordt op dit moment uitgevoerd door de NZa.

Een deel van de mensen die te maken krijgt met onvrijwillige zorg, en daarmee de Wzd, ontvangen zorg die (deels) gefinancierd wordt middels een persoonsgebonden budget (pgb). Dit kan vanuit de Jeugdwet, Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Wet langdurige zorg (Wlz) of Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn. Voor een uitgebreide beschrijving over het pgb verwijzen we naar de rapportage van Significant⁴. En zijn verschillende situaties denkbaar waarin onvrijwillige zorg binnen een persoonsgebonden budget voorkomt en dus het stappenplan moet worden doorlopen. Zo kan er sprake zijn van een (schriftelijke) overeenstemming over de zorg die nodig is, maar waarbij er ondanks de overeenstemming over de zorg situationeel sprake is van verzet. Ook kan bij wilsonbekwame personen de (wettelijk) vertegenwoordiger de zorg via een pgb inkopen. In deze situatie kan er sprake zijn van onvrijwillige zorg als de wettelijk vertegenwoordiger instemt met een bepaalde vorm van zorg waartegen de (wilsonbekwame) cliënt zich verzet. Tot slot kan er sprake zijn van een situatie waarin artikel 2.2⁵ uit de Wzd van toepassing is, het toepassen van beperking in de bewegingsvrijheid, insluiting en medicatie buiten de richtlijn, die invloed heeft op gedrag of beweging.

Bovenstaande laat zien dat ook binnen de pgb-context situaties bestaan waarin toepassing van het Wzd-stappenplan verplicht is. Zorgverleners hebben hiervoor op dit moment geen ruimte in het pgb. Dit pgb is immers bedoeld voor zorgverlening. Voor de bekostiging van zorgverleners betrokken bij de uitvoering van het stappenplan is op dit moment geen ruimte in het pgb.

³ NZa, Kostenonderzoek Wet zorg en dwang, april 2021

⁴ Significant, 2021, Betekening en waarden van het persoonsgebonden budget, augustus 2021

⁵ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0040632/2021-11-06>

1.2 Doelstelling

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil inzicht in de tijdsinzet van betrokken zorgprofessionals bij het uitvoeren van het Wet zorg en dwang (Wzd)-stappenplan en de daarmee gepaard gaande meerkosten Wzd in het geval de zorg wordt uitgevoerd met een persoonsgebonden budget (pgb). Het onderzoek geeft inzicht in de inzet van betrokken professionals, zorgverantwoordelijken, artsen, gezondheidspsychologen en orthopedagoog-generalisten, ten behoeve van het stappenplan Wzd. Daarnaast wordt onderzocht op welke manier de meerkosten bekostigd kunnen worden.

Uit deze doelstelling volgen belangrijke afbakeningen die we tijdens de opdracht hebben gehanteerd:

- a. We brengen de tijd in kaart die door verschillende professionals nodig is voor het doorlopen van het stappenplan voor een individuele casus. We gaan daarbij uit van de aanname dat de benodigde professionals beschikbaar zijn. Het organiseren en onderhouden van een daarvoor benodigd netwerk is niet meegenomen in dit onderzoek;
- b. De vraag of Wzd juist wordt toegepast is geen onderdeel van onze scope. Het gesprek hierover en ook de benodigde opleiding/training rond de Wzd kunnen reden zijn voor extra tijdbesteding van professionals maar beide zijn ook buiten scope van dit onderzoek;
- c. Door de Wzd kan de wijze van zorgverlening veranderen. Dit geldt ook voor de aard van de gesprekken die gevoerd worden tussen professionals, met cliënten en met de familie. Deze aanpassingen vallen buiten de scope van ons onderzoek omdat wij focus leggen op de tijd die nodig is voor het uitvoeren van het Wzd-stappenplan.

1.3 Aanpak en leeswijzer van dit rapport

De beperkte mate van zicht op de inzet van onvrijwillige zorg voor cliënten met een pgb maakt het uitvoeren van een kostenonderzoek op basis van informatie uit de praktijk ingewikkeld. Daarom hebben we aan de hand van simulatiebijeenkomsten inzicht verkregen in de tijdsinzet en meerkosten bij de uitvoering van het Wzd-stappenplan.

Onze aanpak in dit onderzoek kent daarmee drie stappen:

- a. Simuleren van de benodigde tijd voor het uitvoeren van het Wzd-stappenplan. Deze stap is uitgevoerd samen met pgb-zorgverleners en professionals die ervaring hebben in diverse Wzd-rollen, zie hoofdstuk 2;
- b. De tijdsbesteding vertalen naar kosten voor het uitvoeren van het stappenplan, zie hoofdstuk 3;
- c. Formuleren scenario's en een advies over bekostiging rekening houdend met verschillende bekostigingsstelsels, zie hoofdstuk 4.

Simuleren is een methodiek die gebruikmaakt van expertmeningen als alternatief voor meten in de praktijk. Kern van de aanpak is het doorleven van een fictieve generiek geformuleerde casus. Experts delen elk vanuit de eigen praktijk en rol hun Wzd-uitdagingen. Daarna maken deelnemers met elkaar schattingen die onderling worden geconfronteerd en gecombineerd. Daarna volgt toetsing en duiding in een klankbordgroep en met pgb-experts van het ministerie. Daarmee geeft deze aanpak een gedegen antwoord op de onderzoeksvragen.

1.4 Betrokkenen

Om draagvlak voor de uitkomsten van het onderzoek te creëren is een klankbordgroep betrokken bij het onderzoek. De klankbordgroep wordt gevormd door vier betrokken brancheverenigingen. In de eerste fase van het onderzoek is de klankbordgroep betrokken geweest bij het aandragen van respondenten voor de verkennende interviews. In de tweede fase van het onderzoek heeft de klankbordgroep meegedacht over de opzet van de simulatiebijeenkomsten (deelnemers, selectie van casuïstiek en de werkvorm). In de derde fase van het onderzoek hebben we aan de hand van een duidingssessie gereflecteerd op de bevindingen van de simulatiebijeenkomsten, eerst met de klankbordgroep en daarna met pgb-experts van het ministerie voor de diverse financieringsstelsels.

1.5 Overweging bij toepasbaarheid van de uitkomsten

De aanpak in dit onderzoek en specifiek de keuze voor simulatiesessies is een alternatief voor het meten van tijd die zorgprofessional in de praktijk besteden bij het doorlopen van het stappenplan. Simulatie gaat uit van schattingen van experts, waarin wij als onderzoekers een belangrijke rol vervullen om kritisch door te vragen en ook de deelnemers en experts elkaar kritisch te laten bevragen. De getoonde cijfers zijn niet getoetst aan de praktijk. Desondanks staan wij als onderzoeker in voor plausibiliteit en consistentie van de getoonde waarden.

Wij zijn alle mensen dankbaar die op vele manieren een bijdrage hebben geleverd. Daarmee zijn we binnen de beperkte doorlooptijd van dit onderzoek toch tot deze uitkomsten gekomen. Deze inzet toont het belang van deelnemers om te komen tot passende en vooral ook praktische bekostiging zodat de Wzd ook verantwoord kan worden ingezet voor cliënten die zorg ontvangen met een persoonsgebonden budget.

2 Hoeveel tijd kost het stappenplan

Dit hoofdstuk beschrijft de inzichten verkregen in de simulatiebijeenkomsten over het doorlopen van het Wzd-stappenplan. Na een toelichting over de toegepaste methodiek (paragraaf 2.1) starten we met de kwalitatieve inzichten (paragraaf 2.2). Daarbij gaan we ook in op de verschillen settings en doelgroepen met zorg op basis van een pgb. Deze inzichten verwerken we in hoofdstuk 3 tot inschatting van de kosten gerelateerd aan het stappenplan. De kwantitatieve inzichten (paragraaf 2.3) gaan over de tijdsbesteding van verschillende professionals bij het doorlopen van het stappenplan.

2.1 Twee simulatiebijeenkomsten

De gekozen methodiek neemt het gesprek tussen experts als vertrekpunt, een gesprek waarin verschillende ervaringen kunnen bestaan en waarbij met begrip van verschillende inzichten consensus wordt bereikt over schattingen. Er hebben twee simulatiebijeenkomsten plaatsgevonden. De eerste simulatiebijeenkomst vond fysiek plaats. Hieraan namen drie pgb-zorgverleners vanuit verschillende perspectieven (vanuit de gehandicaptenzorg en ouderenzorg) deel. De tweede simulatiebijeenkomst vond (noodzakelijkerwijs) digitaal plaats. Hieraan namen drie pgb-zorgverleners (vanuit de ouderenzorg en gehandicaptenzorg), een gedragsdeskundige (vanuit de gehandicaptenzorg) en een Wzd-functionaris (generiek) deel.

Tijdens de simulatiebijeenkomst zijn de deelnemers allereerst meegenomen in een fictieve casus met een duidelijk Wzd component. De casus is zo algemeen mogelijk opgesteld, zodat dit herkenbaar is voor de deelnemende professionals vanuit verschillende settings en werkzaam met verschillende doelgroepen. Daarnaast hebben we de uitgangspunten voor de simulatiebijeenkomst besproken. Zo hebben we eerst gezamenlijk een beeld gecreëerd van de casus met gelijke randvoorwaarden, zodat alle deelnemers redeneren vanuit hetzelfde uitgangspunt.

“Mevrouw mag niet meer lopen, omdat zij haar been heeft gebroken. In de middag wordt mevrouw onrustig en probeert zij voortdurend op te staan vanuit haar rolstoel. Dit mag niet in verband met het herstel van haar been. De zorgverantwoordelijke wilt het tafelblad bij mevrouw op de rolstoel zetten. Mevrouw verzet zich hier tegen.”

In deze casus hebben wij de aanname gemaakt dat de mevrouw in de rolstoel een verstandelijke, psychogeriatrische of soortgelijke aandoening heeft, waardoor deze casus onder de Wzd valt. Deze casus activeerde de deelnemers om zich te verplaatsen in hun eigen praktijksituatie waarbij de soms complexere realiteit goed naar boven is gekomen. Vervolgens hebben we aan de hand van het Wzd-stappenplan de verschillende benodigde stappen met de deelnemers doorlopen (figuur 1). Welke professionals betrokken zijn per stap en welke acties moeten worden ondernomen, verschilt per stap. Na het bespreken van elke stap werd de deelnemers gevraagd een schatting te maken van de tijdsinvestering per betrokken professional. Hierbij hanteerden wij de volgende categorieën: 0-5 minuten, 5-15 minuten, 15-30 minuten, 30-60 minuten of 60 of meer minuten. Aan de hand van kleurenkaartjes (in de fysieke bijeenkomst) en Mentimeter (digitale bijeenkomst) konden de deelnemers hun stem uitbrengen. Aan de hand van de gegeven schattingen zijn de deelnemers met elkaar in discussie gegaan en hebben zij hun inzichten en ervaringen gedeeld. Elkaar kritisch bevragen en inzicht krijgen in elkaars situaties waren van groot belang om tot een gezamenlijke consensus te komen.

Naast de stappen van het Wzd-stappenplan stonden we ook stil bij de tijdsinvestering die nodig is in het voorkomen van onvrijwillige zorg. Dit wordt ook wel 'stap 0 genoemd'. Daarnaast hebben wij ook aandacht besteed aan de stap terug, van het inzetten van onvrijwillige zorg (stap 1) naar het inzetten van vrijwillige zorg (stap 0).

De simulatiebijeenkomsten werden begeleid door een ervaren gespreksleider, met aanwezigheid van expertise over de Wzd en vastgelegd door een tweede onderzoeker.

2.2 Diverse rollen in het stappenplan namen deel aan de simulatiesessies

Om de Wzd uit te kunnen voeren, werkt de pgb-zorgverlener samen met diverse andere professionals. Zo zijn er o.a. een zorgverantwoordelijke, Wzd-functionaris en een onafhankelijke deskundige. Wie deze rollen mogen vervullen, verschilt maar is in de Wet zorg en dwang wel nader bepaald. Bepaalde rollen kunnen door diverse zorgprofessionals vervuld worden en andere door slechts enkele typen zorgprofessionals. Een zorgprofessional kan echter niet voor dezelfde cliënt verschillende rollen vervullen, zoals een Wzd-functionaris en zorgverantwoordelijke voor dezelfde cliënten. Belangrijk is dat een zorgverantwoordelijke binnen een korte termijn de samenwerking kan opzoeken met verschillende disciplines om onvrijwillige zorg zo veel mogelijk te voorkomen of af te bouwen dan wel zorgvuldig door te zetten als er geen alternatieven zijn. Daarnaast is bij bepaalde vormen van onvrijwillige zorg de instemming van een arts noodzakelijk.

We staan vanwege de pgb-context specifiek stil bij de rol van de zorgverantwoordelijke. De zorgverantwoordelijke heeft een coördinerende rol en moet altijd met andere professionals overleggen wanneer die onvrijwillige zorg wil inzetten. Wanneer de zorgverantwoordelijke een arts of gz-psycholoog is, is dit volgens de wet bij stap 1 niet nodig. De Wzd bepaalt dat de zorgaanbieder voor iedere cliënt een zorgverantwoordelijke aanwijst. Zijn (of haar) taak is het opstellen, vaststellen, uitvoeren, evalueren en zo nodig periodiek aanpassen van een zorgplan. Wanneer zorg wordt verleend op basis van een pgb kan sprake zijn van een verpleegkundige of ambulant begeleider die zelfstandig werkt, dus niet in dienst is van een zorgaanbieder, of ook niet wordt betaald door een zorgaanbieder. In dat geval is de uitvoerende zorgprofessional zelf de zorgaanbieder en kan zichzelf aanwijzen als zorgverantwoordelijke zoals bedoeld in de Wzd. Hij of zij moet er dan dus ook voor zorgen dat alle juiste personen worden betrokken in het licht van stappenplan. Tegelijkertijd moet hij/zij ook een Wzd-functionaris benoemen.

Zorgprofessionals doorlopen samen een stappenplan⁶ zoals in figuur 1. Rollen in uitvoering van het wzd-stappenplan aangegeven. Elk van de rollen in het stappenplan is in figuur 1 aangeduid met een gekleurd persoonsicoon. We gebruiken deze iconen ook in de tabellen met de uitkomsten van de simulatiesessie. De grafische weergave van het stappenplan (figuur 1) is overigens niet aangepast aan de meest recente wijzigingen, zo is de externe deskundige vervangen door een onafhankelijke deskundige. Ook ontbreekt in het figuur de rol van de cliënt en vertegenwoordiger, die bij elke stap moet worden uitgenodigd.

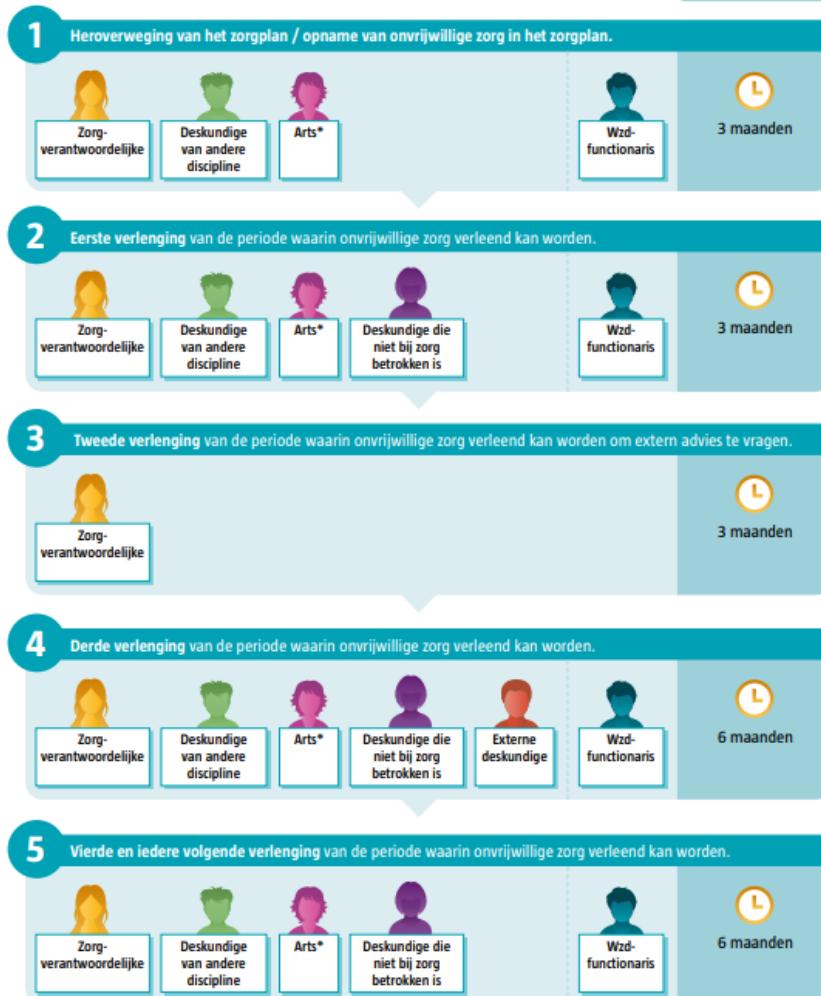
Tijdens de simulatiesessie kwam ook naar voren dat er misverstanden bestaan over de invulling het stappenplan. Veel deelnemers wisten bijvoorbeeld niet dat een Wzd-functionaris alleen in stap 1 uitgebreid het zorgplan toetst. In de overige stappen wordt hij/zij geïnformeerd en hoeft verder niet meer een volledige toets uit te voeren.

⁶ Zie voor een uitvoerige toelichting op het stappenplan B.J.M. Frederiks en M. de Visser. De Wet zorg en dwang. Handleiding voor de praktijk. Tweede gewijzigde druk. SDU: Den Haag, 2022.

Stappenplan Wzd

Bij de besluitvorming betrokken zorgverleners

Maximale periode
toepassing
onvrijwillige zorg



Figuur 1. Rollen in uitvoering van het Wzd-stappenplan⁷

Voordat het stappenplan wordt gestart zoeken zorgaanbieders naar alternatieven voor onvrijwillige zorg. Deze activiteiten worden in de praktijk aangeduid als stap 0. Zorgverleners spannen zich in om niet in het stappenplan te komen. Vertrekpunt is het zorgplan waarin alle afspraken rond de zorg zijn vastgelegd samen met de wensen en voorkeuren van een cliënt. Wanneer de zorgverantwoordelijke of de vertegenwoordiger constateert dat het zorgplan niet meer voldoet aan de zorgbehoefte van de cliënt en daardoor een kans op ernstig nadeel ontstaat, is de zorgverantwoordelijke verplicht om eerst op zoek te gaan naar alternatieve vormen van zorg oftewel 'vrijwillige zorg' met als doel het ernstig nadeel weg te nemen. In deze overleggen ligt de nadruk op de oorzaak van het gedrag, maar ook op de interactie tussen de cliënt en zijn omgeving. Bij deze overleggen moeten ook de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger worden uitgenodigd. In veel gevallen lukt het met deze stap om onvrijwillige zorg te voorkomen, maar dat lukt niet altijd en dan gaat het stappenplan lopen⁸.

⁷ De naamgeving van één rol is aangepast: de 'externe deskundige' in stap 4 heet nu 'onafhankelijke deskundige'.

⁸ Frederiks en Visser (2022).

2.3 Kwalitatieve inzichten

Voorafgaand aan de kwantitatieve opbrengsten van de simulatiebijeenkomsten beschrijven we de kwalitatieve inzichten. Deze zijn belangrijk om de schattingen opgenomen in de volgende paragraaf te kunnen duiden. We gaan in op de verschillen tussen de verschillende doelgroepen en verschillen tussen zorg thuis of verleend binnen een wooninitiatief. We starten met stap 0, het toepassen van alternatieven en daarmee het voorkomen van onvrijwillige zorg.

Het zoeken naar alternatieven en het voorkomen van onvrijwillige zorg (stap 0) is reguliere zorg

Zorgverantwoordelijken die werken op basis van een pgb zijn veelal zelf persoonlijk betrokken bij een cliënt en direct contactpersoon met de familie. Ze kennen de patiënten en zijn regulier en regelmatig in gesprek over het zorgplan, ook als de zwaarte van de zorg toeneemt of als er mogelijk sprake is van verzet. Wanneer gezocht wordt naar passende zorg of alternatieven voor onvrijwillige zorg kost dit zeker tijd. Deze situaties worden veelal in multidisciplinaire overleggen (MDO's) besproken met collega's. Zzp'ers zoeken in dit soort situaties contact met beroepsgenoten en andere betrokken zorgverleners (fysiotherapeut, huisarts. etc.). Daarnaast heeft de zorgverantwoordelijke in dit soort situaties veelal meer contact met familie.

Deelnemers signaleren allemaal dat sinds de Wzd dit gesprek over het voorkomen van onvrijwillige zorg meer tijd kost. Wellicht heeft de introductie van de Wzd professionals meer bewust gemaakt van het voorkomen van onvrijwillige zorg en ze ervaren dat familieleden hier ook hun eigen verwachtingen en meningen bij hebben. Deelnemers in de simulatiesessies geven aan dat ze het zoeken naar alternatieven zien als onderdeel van reguliere zorg. Door afbakening van het onderzoek is geen schatting gemaakt van de extra tijd die hiermee is gemoeid. Deelnemers merken wel op dat het pgb in deze situatie soms wel als beperkend wordt ervaren. Aandachtspunt is de vraag of budget in zo'n situatie kan worden opgehoogd.

Gesprekken over het Wzd-stappenplan kosten in thuissituatie meer tijd

Zorgverleners die op basis van pgb zorg verlenen in de thuissituatie zijn vaak werkzaam in organisatieverband waarin regulier sprake is van MDO, onderlinge vervanging en kwaliteitsborging. Deze collega's en het netwerk van deze organisatie worden benut bij het doorlopen van het stappenplan.

Toch kwam in de simulatiebijeenkomsten een aantal redenen naar boven waarom het uitvoeren van het Wzd-stappenplan met pgb in de thuissituatie meer tijd vraagt dan in een wooninitiatief.

- a. De zorgverantwoordelijke is niet altijd de persoon die als zorgprofessional bij de cliënt thuis komt. De zorgverantwoordelijke steunt op inzichten gedeeld in het MDO en het dossier van de zorgprofessional;
- b. Het uitvoeren van het Wzd-stappenplan vraagt kennis van de thuissituatie. Voorkeur is de gesprekken thuis met familie te doen waardoor sprake is van reistijd;
- c. In de thuissituatie is het, in vergelijking met de situatie bij wooninitiatieven, lastiger om casusbesprekingen te combineren in multidisciplinair overleg (MDO);
- d. Familie ervaart de gesprekken die nodig zijn voor het Wzd-stappenplan niet als het verlenen van zorg en wenst dat dit niet ten koste gaat van de tijd die beschikbaar is voor zorg.

Wanneer zorgverleners werken als zelfstandig professional in de thuissituatie is het belangrijk dat zij rond de Wzd een netwerk (gaan) organiseren met professionals die samen vormgeven aan het zorgvuldig uitvoeren van de Wzd. Dit blijkt in de praktijk erg lastig te zijn. We horen vooral organisatorische knelpunten als prioriteit, kennis en capaciteit. Uit gesprekken tijdens de simulatiebijeenkomsten blijkt, wellicht juist door deze knelpunten, dat de rolinvulling van de Wzd in de thuissituatie niet altijd klopt met de eisen die de Wzd stelt. Voor ons onderzoek betekent dit dat we heel beperkt bruikbare ervaringen uit deze zelfstandige praktijk hebben kunnen ophalen in dit onderzoek.

In welke mate het ontbreken van financiële vergoeding een knelpunt is, kunnen we in dit onderzoek niet vaststellen omdat de organisatorische knelpunten voorliggend lijken. We gaan in het onderbouwen van tijdbesteding en daaraan gerelateerde kosten uit van de (functie-)eisen zoals die Wzd die aangeeft.

Verskil tussen doelgroepen is beperkt







De Wzd benoemt twee doelgroepen: mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening zoals dementie. Uit gesprekken tijdens de simulatiebijeenkomsten hebben we geen redenen gevonden waarom de tijdsbesteding per stap in het Wzd-stappenplan anders is voor deze groepen. De zorg voor deze doelgroepen is wel anders georganiseerd. Dit heeft consequenties voor de keuze van professionals die betrokken worden bij het uitvoeren van het Wzd-stappenplan. Ook de wijze waarop het gesprek wordt gevoerd met familie van de cliënt kan anders zijn. Maar beide aspecten leiden niet tot grote verschillen in tijdsbesteding.

Wat wel verschil maakt is de aard van de problematiek: psychogeriatrische aandoeningen (zoals dementie) zijn veelal progressief terwijl een verstandelijke beperking veelal een stabiel karakter kent. Dit heeft volgens onze respondenten beperkt consequenties voor de tijdsbesteding per stap maar het heeft wel consequenties voor de duur van de inzet van onvrijwillige zorg. Enkele respondenten die werkzaam zijn in een wooninitiatief voor de psychogeriatrische doelgroep geven aan dat stap vier nauwelijks voorkomt omdat na negen maanden de cliënt is overleden, is verplaatst naar een andere zorgaanbieder of berust in de ziekte en de daardoor ontstane situatie. Voor de doelgroep mensen met een verstandelijke beperking geldt dit niet of in mindere mate.

2.4 Kwantitatieve inzichten

In twee bijeenkomsten hebben wij gesproken met professionals vanuit de praktijk, om samen een inschatting te maken van de benodigde extra tijd voor de uitvoering van het Wzd-stappenplan. In deze gesprekken hebben wij en de deelnemers elkaar kritisch bevraagd zodat we inzicht kregen in elkaars situatie en aannames.

Zoals toegelicht in paragraaf 2.1 was de samenstelling en ook de vorm van de beide simulatiesessies verschillend. Ook de geschatte tijdbesteding door de beide groepen was op onderdelen verschillend. Bij het samenbrengen van de inzichten uit de beide sessies hebben we gebruikgemaakt van onze inhoudelijke en juridische kennis over de Wzd. Daarmee zijn de uitkomsten zoals getoond in onderstaande tabel plausibel, in lijn gebracht met de bedoeling van het Wzd-stappenplan en in overeenstemming met de inzichten uit de bijeenkomsten.

	 Zorgverantw.	 Desk. andere discipl.	 Arts	 Desk. niet bij zorg betrok.	 Onafh. desk.	 Wzd. funct..
Onvrijwillige zorg in het zorgplan	60 min.	30 min.	30 min.			30 min.
Eerste verlenging	30 min.	20 min.	20 min.	30 min.		10 min.
Tweede verlenging	30 min.					
Derde verlenging	30 min.	20 min.	20 min.	20 min.	30 min.	10 min.
Vierde en volgende	30 min.	20 min.	20 min.	20 min.		10 min.
Einde onvrijw. zorg	15 min.					

Tabel 1. Schatting van tijdsbesteding voor elk van de rollen in de verschillende stappen

De tijdsbesteding van de zorgverantwoordelijke is steeds het grootst, vooral vanwege tijd die nodig is voor dossiervorming, het organiseren, het informeren/betrekken van de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger en uiteraard het doen van de gesprekken. De tijdsinzet voor de andere rollen is minder. Tijdens de simulatiebijeenkomst maakten we in eerste instantie de aanname dat de rollen steeds door dezelfde mensen worden ingevuld. Dit bleek zeker bij verlengen van onvrijwillige zorg niet realistisch. Dit verklaart de twintig minuten tijdsbesteding bij de rollen die meedenken bij de verlengingsmomenten.

Zoals beschreven in paragraaf 2.3 is het aannemelijk dat de uitvoering van het stappenplan in de thuissituatie meer tijd vraagt, maar we hebben dit verschil niet kunnen kwantificeren. De tijdsbesteding in tabel 1 is exclusief de periodieke analyses aan de IGJ omdat deze activiteit niet is gerelateerd aan het doorlopen van het stappenplan

In paragraaf 2.3 beschreven we verschil in de wijze waarop de professionals hun rol, zoals beschreven in de wet, invullen in de praktijk. Zo zijn Wzd-functionarissen in de praktijk soms meer betrokken bij de afwegingen rond een cliënt, een invulling die verdergaat dan de rol van toezichthouder zoals bedoeld in de Wzd. In tabel 1 hebben we de rolinvulling zoals beschreven in de wet, als basis genomen.



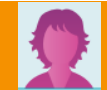



3 Wat kost het doorlopen van het stappenplan?

Om kosten van het doorlopen van het Wzd-stappenplan te bepalen is naast de tijdsbesteding ook een kostprijs per uur nodig van de verschillende professionals, zie paragraaf 3.1. Combinatie van deze kostprijs met de tijdsbesteding beschreven in hoofdstuk 2 geeft een schatting voor de personele meerkosten gerelateerd aan het doorlopen van het stappenplan voor één cliënt, zie paragraaf 3.2.

3.1 Wat kosten de verschillende professionals

Een Wzd-rol zoals vermeld in het Wzd-stappenplan kan ingevuld worden door meerdere functies en dus functieniveaus. Door de beroepsverenigingen (NVAVG, Verenso, NIP, NVO, V&VN, NWG en BPSW) en de brancheorganisaties uit de sectoren waar de zorgverantwoordelijke werkzaam is (ActiZ, Zorgthuisnl en VGN) is een profiel van de zorgverantwoordelijke en de Wzd-functionaris beschreven.

We hanteren de volgende gemiddelde kostprijs per uur op basis van dezelfde informatie die door de NZa is gebruikt in het onderzoek naar Wzd-kosten in 2021.

Wzd-rol						
	Zorgverantw.	Desk. andere discipl.	Arts	Desk. niet bij zorg betrokken.	Onafh. desk.	Wzd. funct..
Gemiddelde kosten per uur	64	76	172	76	76	172

Tabel 2. Kosten per rol in het Wzd-stappenplan (bron: NZa)

3.2 Kosten van het doorlopen van het Wzd-stappenplan

Hoofdstuk 2 toont een schatting van de tijdsbesteding per processtap. We hebben niet kunnen vaststellen hoe lang per cliënt sprake is van onvrijwillige zorg. Dit kan zeker per pgb-doelgroep verschillen. In gesprekken tijdens de simulatiebijeenkomsten kwam aan de orde dat de duur van Wzd-inzet in een pgb-setting beperkt kan zijn, waardoor niet alle stappen bij elke cliënt worden doorlopen.

We maken daarom berekeningen van de benodigde tijd per jaar in drie situaties:

- Start:** de kosten van het voor de eerste maal doorlopen van het gehele stappenplan voor een cliënt gedurende één jaar. Dit betekent dat stappen één tot en met vier worden doorlopen;
- Voortgezet:** de kosten in een langdurige, stabiele situatie waarin gedurende het jaar tweemaal stap vijf wordt uitgevoerd;
- Kort:** de kosten van een kortdurend Wzd-traject waarin stappen één tot en met drie worden doorlopen en daarna afgesloten.

Combineren van de tijdsbesteding in tabel 1 en de uurtarieven in tabel 2 geeft een schatting van de kosten voor het uitvoeren van het Wzd-stappenplan in deze drie situaties. We gaan in elk van deze berekeningen uit van onvrijwillige zorg waarbij de instemming van een arts nodig is.

Situatie	Totale tijd (uur)	Kosten (euro)
Start	7,0	693
Voortgezet	3,3	337
Kort	5,1	502

Tabel 3. Schatting van tijd en kosten gerelateerd aan Wzd-stappenplan in drie situaties

Het kan voorkomen dat voor één cliënt meerdere Wzd-maatregelen worden ingezet. Dit betekent dat stapeling van de drie prestaties mogelijk is.

3.3 Aantal cliënten met pgb en onvrijwillige zorg

Er is geen informatie beschikbaar over het aantal Wzd-maatregelen uitgevoerd bij bekostiging met een pgb. Er is wel informatie over het aantal pgb's dat wordt verstrekt in de verschillende financieringsdomeinen (Jeugdhulp, Wmo, Zvw en Wlz). Deze informatie is voor dit onderzoek niet bruikbaar omdat daaruit niet is af te leiden hoe vaak een pgb wordt ingezet voor de Wzd-doelgroep. Over de mate waarin de Wzd feitelijk wordt toegepast voor deze doelgroep is nog minder bekend.

Alleen binnen de Wlz-doelgroep is een voorzichtige link te maken tussen het pgb-gebruik en de Wzd-doelgroep. Het stappenplan zal voor de Wzd-doelgroep vooral worden toegepast voor VG en VV profielen. In de Wlz ligt het pgb-gebruik op jaarbasis circa 57.000 mensen een Wlz-rgb, waarvan circa 80% met een VG of VenV-indicatie. Circa 9.000 Wlz-cliënten met een pgb verblijven in een wooninitiatief.

Er is zoals gezegd naast bovenstaande informatie geen informatie beschikbaar over het aantal Wzd-maatregelen in de pgb-setting. Het is dus niet mogelijk om een voldoende betrouwbare raming te maken van de verwachte uitgaven voor alle Wzd-maatregelen als totaal.

4 Scenario's voor bekostiging

In dit hoofdstuk formuleren we scenario's de vraag "Wie gaat dat betalen?", met aandacht voor huidige praktijken en pgb-spelregels in de verschillende financieringsstelsels. We starten met de beschrijving van de bekostigingsafspraken rond de Wzd voor zorg in natura (paragraaf 4.1). Daarna beschrijven we kenmerken van de pgb-systematiek, met aandacht voor verschillen tussen domeinen (paragraaf 4.2). Op basis hiervan stellen we een afwegingskader op (paragraaf 4.3). De mogelijke scenario's (paragraaf 4.4) leggen we naast dit afwegingskader en als input voor ons advies over de bekostiging van het Wzd-stappenplan voor de pgb-setting (paragraaf 4.5).

4.1 Bekostiging Wzd bij zorg in natura

Voordat we scenario's verkennen voor het bekostiging van Wzd in combinatie met het pgb is het interessant om de Wzd-bekostigingsafspraken te kennen voor patiënten die zorg in natura ontvangen. We onderscheiden vier domeinen: de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Jeugdwet en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo). Onderstaande uitwerking per domein is input voor een verkenning van scenario's.

Wzd-bekostiging binnen Wlz op basis van zorg in natura (gefinancierd door het zorgkantoor)

Voor patiënten die zorg ontvangen vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) heeft de NZa ter bekostiging van het Wzd-stappenplan een opslag toegepast in de diverse tarieven voor langdurige zorg⁹. Deze tariefaanpassing is berekend op basis van een uitvraag onder diverse Wlz-aanbieders. De opslag is verschillend per zorgprofiel omdat de mate en de duur waarin sprake is van onvrijwillige zorg sterk wisselt tussen patiëntgroepen. In deze opslagen zijn ook de kosten verwerkt voor het consulteren van de diverse professionals genoemd in het Wzd-stappenplan. Een ophoging is ook toegepast voor zorg op basis van het arrangement 'volledig pakket thuis (vpt) en prestaties 'modulair pakket thuis' (mpt)¹⁰. De diverse Wlz-zorgorganisaties ontvangen van de zorgkantoren via deze opslagen een hoger budget. Met dit hogere budget kunnen zorgaanbieders naar eigen inzicht professionals extra in dienst nemen of inhuren zodat de juiste expertise aanwezig is voor het uitvoeren van het Wzd-stappenplan wanneer dat in een individuele casuïstiek nodig is.

Wzd-bekostiging binnen Zvw op basis van zorg in natura (gefinancierd door zorgverzekeraar)

Bovengenoemd onderzoek van de NZa uit 2021 heeft voor de wijkverpleging, uitgevoerd binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw), geen bruikbare uitkomsten opgeleverd. Onderzoek en gesprekken over een passende oplossing voor het bekostigen van de extra inspanning gerelateerd aan het uitvoeren van de Wzd binnen de Zvw lopen nog.

Wzd-bekostiging binnen Jeugdwet en Wmo op basis van zorg in natura (gefinancierd door de gemeente)

Ook cliënten die zorg of ondersteuning ontvangen betaald door de gemeente (Wmo of Jeugdhulp) krijgen mogelijk te maken krijgen met de Wzd. De zorg of ondersteuning voor de Wzd-doelgroep kan zowel ambulante als intramuraal zijn. Er is geen onderzoek uitgevoerd naar de meerkosten van de Wzd voor zorg in natura bekostigd door gemeenten. Wanneer gemeenten gevraagd gaan worden om te betalen voor uitvoeren van het Wzd-stappenplan zullen zij daarvoor naar verwachting een tegemoetkoming vragen aan het Rijk.

⁹ Brief ministerie van VWS, Reactie kostenonderzoek Wzd, 10 juni 2021, kenmerk 2368104-1009531-LZ

¹⁰ Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2022, NZa, 2022

4.2 De pgb-praktijk met verschillende juridische kaders

Het pgb is een verzilveringsvorm (naast zorg in natura) van zorg uit alle vier de wettelijke domeinen. Binnen de Wlz zijn zorgkantoren de verstrekkers, waarbij de toegang tot het pgb is belegd bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Voor de Zvw geldt dat de zorgverzekeraars de rol van verstrekker hebben en dat de toegangstaak is belegd bij onafhankelijke wijkverpleegkundigen, die de indicatiestelling doen. Voor zowel de Jeugdwet als de Wmo geldt dat gemeenten, binnen het gedecentraliseerde stelsel, de rol van verstrekker hebben en daarnaast ook verantwoordelijk zijn voor de toegang tot het pgb. Het ministerie van VWS is stelselverantwoordelijk voor deze vier domeinen.

Voor Wmo en Jeugdhulp maken gemeenten een lokale verordening over pgb-beleid. Gemeenten kunnen daarin keuzes maken waaraan het pgb kan worden besteed. Het pgb is primair bedoeld voor voorzieningen die onder Wmo en Jeugdwet vallen. Meerdere gemeenten geven aan dat deelnemen aan multidisciplinair overleg wel uit het pgb kan worden betaald.

De hoogte van een pgb budgetten in de Wlz worden door VWS vastgesteld (bijlage H in de Regeling langdurige zorg) en jaarlijks geïndexeerd. Alleen wanneer de budgethouder een deel van de zorg via zin (mpt) verzilvert en een deel via pgb wordt het pgb door het zorgkantoor aangepast. De NZa heeft de tarieven van een selectie van de mpt-prestaties (verplegings-, begeleidings- en behandelingsprestaties) opgehoogd in het kader van de Wzd (zie paragraaf 4.1). Deze ophoging is niet doorvertaald naar een ophoging van de pgb's in de Wlz. De vergoedingenlijst bestaat uit vormen van zorg die binnen de reikwijdte van de Wlz vallen en wordt gepubliceerd door de zorgkantoren. Multidisciplinair overleg staat niet op deze vergoedingenlijst. Dit is voor de pgb-zorgverleners een belemmering in het uitvoeren van de Wzd. Voor budgethouders met een VV 4 of hoger en die verblijven in een wooninitiatief geldt dat de meerkosten Wzd kunnen worden bekostigd uit de toeslag Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

Ook onder de Zvw is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om voor verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) te werken met een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (Zvw-rgb). Zorgverzekeraars stellen hier jaarlijks een reglement voor op. In dit reglement zijn de maximale formele en informele uurtarieven opgenomen voor verpleging en verzorging. De maximale hoogte van het informele Zvw-rgb tarief wordt jaarlijks door de minister van VWS geïndexeerd en gepubliceerd. Zorgverzekeraars geven geen pgb-voorschot maar betalen achteraf de geleverde zorg middels de ingediende declaraties van de verzekerde/budgethouder. Alleen geleverde zorg die in lijn is met de toekenningsverklaring mag gedeclareerd worden tot het maximum van het afgegeven pgb-budget.

De Sociale Verzekeringsbank (SVB) heeft een belangrijke rol in de uitvoering, doordat zij via het trekkingsrecht namens de budgethouders zorgen dat de pgb-gelden bij zorgverleners terechtkomen. Dit trekkingsrecht geldt overigens niet voor de Zvw-rgb. De rol van toezichthouder is belegd bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (die belast is met de taak om zorgfraude op te sporen en daarin te handhaven) voor de centraal georganiseerde domeinen (Zvw en Wlz). Bij de decentraal georganiseerde domeinen (Jeugdwet en Wmo) zijn gemeenten zelf belast met deze taak. Uitzondering hierop is het kwaliteitstoezicht binnen de Jeugdwet, wat wettelijk belegd is bij de IGJ. De IGJ rapporteert vervolgens weer over het toezicht binnen het gemeentelijk domein aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Naast de genoemde partijen zijn er verschillende belangenorganisaties (waaronder Per Saldo) en brancheorganisaties voor zorgaanbieders en -verleners die de belangen behartigen van hun achterban.

Voor meer uitgebreide beschrijving verwijzen we naar de rapportage van Significant in opdracht van het ministerie over betekenis en waarden van het persoonsgebonden budget¹¹.

¹¹ Significant, 2021, Betekening en waarden van het persoonsgebonden budget, augustus 2021

4.3 Afwegingskader voor scenario's

Bekostiging van de Wzd voor Wlz zorg in natura (zie paragraaf 4.1) werkt in die context omdat uit het verhoogde budget van instellingen alle rollen in het Wzd-stappenplan worden betaald. Vanwege de grotere aantallen cliënten kan dit op instellingsniveau uitmiddelen. Niet voor alle cliënten wordt immers het stappenplan toegepast. Deze werking vanuit het gemiddelde over meerdere cliënten in een grote organisatie is lastig in de pgb-situatie. Een passende vergoeding is daarom één van de toetsingskaders.

Wanneer professionele zorgverleners worden betaald met een pgb is er sprake van een werkgeversrelatie tussen budgethouder en zorgverlener. In deze afhankelijkheidsrelatie vindt ook het gesprek over toepassen van de Wzd plaats. Dit gesprek wordt naar verwachting van de klankbordgroep nog lastiger wanneer de uitvoering van het Wzd-stappenplan bekostigd wordt via het pgb. De budgethouder bepaalt immers welke zorg wordt ingekocht en kan worden ingezet. Dat een oplossing moet passen bij kenmerken en de rollen binnen de pgb-systematiek is daarom een tweede toetsingskader.

Uitvoerbaarheid en administratieve complexiteit van de oplossing is een derde belangrijk toetsingskader. Voor het uitvoeren van het Wzd-stappenplan zijn professionals nodig die werken binnen verschillende financieringsstelsels. Dit brengt lastige administratieve hobbels met zich mee. We noemen er een aantal. Zorgprofessionals (of -organisaties) die betrokken raken bij uitvoering het stappenplan hebben soms (nog) geen contract met de financier van het pgb (zorgkantoor, zorgverzekeraar of gemeente). Ook bestaat voor het deelnemen aan gesprekken gerelateerd aan het Wzd-stappenplan (nog) geen formele betaaltitel vanuit de NZa (Zvw, Wlz).

Daarmee zijn dit de criteria voor het beoordelen van scenario's:

1. Vergoeding sluit aan bij kosten van het Wzd-stappenplan;
2. Passend bij kenmerken en rollen van pgb-systematiek;
3. Uitvoerbaarheid en lage administratieve complexiteit;

Wij stellen voor criteria 1 te hanteren als 'knock-out' en scenario's daarna te beoordelen op criteria 2 en 3.

4.4 Scenario's

Scenario A. Alle pgb's ophogen met de gemiddelde kosten voor het uitvoeren van het Wzd-stappenplan.

Dit vraagt om een geschat percentage waarin de Wzd (eventueel verbijzonderd naar doelgroep) wordt toegepast. Dit percentage hebben we niet bepaald in dit onderzoek. Het kan eventueel worden afgeleid van het NZa-onderzoek maar dit vraagt aannames over de mate waarin de Wzd wordt toegepast. Verwachting is wel dat dit percentage laag tot erg laag is. Door toepassing van zo'n percentage komt een individuele pgb-zorgverlener echter niet uit als het Wzd-stappenplan wordt toegepast en houdt een pgb-budgethouder geld over als er geen sprake is van onvrijwillige zorg. Wanneer wel sprake is van onvrijwillige zorg is het ontoereikende budget een risico op conflicten tussen budgethouder en zorgverlener over de toepassing van de Wzd.

Scenario B. Professionals die bijdragen aan het stappenplan declareren bij zorgverzekeraar

De pgb-budgethouder vraagt voor de extra inzet van de pgb-zorgverlener een hoger pgb aan, in situaties waarbij sprake is of mogelijk gaat zijn van onvrijwillige zorg. De rol van de pgb-zorgverlener in het zorgproces wordt immers groter en hij/zij is meer tijd kwijt met het voorkomen van dan wel een zorgvuldig proces rond onvrijwillige zorg. In dit scenario brengen de andere zorgprofessionals per uitgevoerde processtap de werkelijk bestede tijd (of een per stap genormeerde hoeveelheid tijd) in rekening bij de zorgverzekeraar van de cliënt. Dit veroorzaakt veel administratieve lasten voor de professionals die meewerken in het Wzd-stappenplan. Aandachtspunt is het verschil in pgb-spelregels over het deelnemen aan multidisciplinair overleg vanuit het pgb. Om dit scenario uit te kunnen voeren, zal de NZa een betaaltitel in de Zvw moeten maken voor de bijdragen door andere professionals aan het Wzd-stappenplan onder regie van de pgb-zorgverlener. Aandachtspunt is dat niet alle professionals die betrokken zijn bij het stappenplan afspraken maken/hebben met zorgverzekeraars. Dit scenario betekent administratieve lasten voor de budgethouder, de

verschillende zorgprofessionals, zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten. Operationalisering van dit scenario vraagt om nadere uitwerking en afstemming met deze partijen.

Scenario C. Kosten van het Wzd-stappenplan toevoegen aan het pgb als dit van toepassing is/wordt

Een pgb-budgethouder vraagt een hoger pgb aan waarin expliciet de mogelijkheid is benoemd dat de afwegingen moeten worden gemaakt over onvrijwillige zorg en dat daarbij andere professionals worden betrokken. Het doorlopen van het stappenplan wordt dan onderdeel van de pgb-zorgovereenkomst. Wanneer het Wzd-stappenplan wordt doorlopen kan de budgethouder een bedrag betalen aan zijn zorgverlener voor alle activiteiten gerelateerd aan toepassing van de Wzd. De pgb-budgethouder betaalt hieruit de inzet van de andere professionals (diverse rollen) die betrokken zijn bij het stappenplan. Wanneer de pgb-budgethouder en -zorgverlener het oneens zijn over besteding van het opgehoogde budget kan dit goede uitvoering van de Wzd in de weg staan. Belangrijk kenmerk van dit scenario is dat het administratieve afwikkeling en afrekening vraagt tussen zorgprofessionals onderling. Om bekostiging van het Wzd-stappenplan onderdeel uit te maken van het pgb is waarschijnlijk aanpassing nodig van bestaande regelingen. Ook voor dit scenario geldt dus dat nadere uitwerking en afstemming met betrokken partijen nodig is.

Scenario D. Zorgverantwoordelijke doet voor uitvoering van de Wzd beroep op een team van professionals

In dit scenario organiseert en bekostigt de overheid (landelijk of regionaal) een team van professionals dat beschikbaar is om zorgverantwoordelijken die werken op pgb-basis te ondersteunen met het uitvoeren van het stappenplan. Voordeel van dit scenario is dat daarmee naast financiën ook de beschikbaarheid van benodigde competenties is georganiseerd, tegelijkertijd met het borgen van de kwaliteit van de Wzd-uitvoering. Nadeel is dat dit een extra taak is die ergens moet worden georganiseerd en waarvan vooraf de omvang lastig te bepalen is. Rond dit scenario moet nog veel worden uitgewerkt, waaronder het aanvraagproces en de bemensing van dit team.

4.5 Conclusie

De vier scenario's zijn sterk verschillend van karakter en kennen verschillende uitdagingen. Ook zijn de scenario's op dit moment slechts op hoofdlijnen uitgewerkt. Toepassing van het afwegingskader uit paragraaf 4.3 geeft onderstaande beoordeling.

Scenario	1. Kostendekkend	2. Pgb-kenmerken	3. Administratief
A	Niet acceptabel, individueel niet kostendekkend	Rol budgethouder is een risico	Eenvoudig
B	Op basis van uitkomsten simulatie	Ophoging budget alleen voor pgb-zorgverlener, overige inzet via Zvw	Vraagt veel extra Zvw-contractafspraken en een nieuwe betaaltitel
C	Op basis van uitkomsten simulatie	Rol budgethouder is een risico	Onderlinge afspraken en afrekening tussen zorgverleners
D	Op basis van uitkomsten simulatie	Ophoging budget alleen voor pgb-zorgverlener, overige rollen vanuit team Wzd-professionals	Potentieel eenvoudig, maar rollen en proces vragen nadere uitwerking

Tabel 4. Toepassing afwegingskader voor vier scenario's

Scenario A valt af omdat daarmee voor een individueel pgb de vergoeding niet kostendekkend is. Scenario B kent veel administratieve hobbels. Naast administratieve lasten voor zorgprofessionals zijn ook op stelselniveau aanpassingen nodig. Hoewel deze aanpassingen op dit moment nog niet zijn uitgewerkt, is wel duidelijk dat met deze aanpassingen geen eenvoudig stelsel gaat ontstaan. Dit zal door zorgprofessionals als een (extra) drempel voor toepassing van de Wzd worden ervaren.

In elk van de scenario's speelt de afhankelijkheidsrelatie tussen budgethouder en zorgverlener. Wij voorzien dit risico het grootst bij scenario's A en C omdat alle rollen in het stappenplan moeten worden betaald uit een verhoging van het budget

Scenario D verdient de voorkeur. Rond dit scenario moet nog veel worden uitgewerkt, waaronder het aanvraagproces en de bemensing van dit team met professionals die de diverse Wzd-rollen kunnen uitvoeren. Uitgezocht moet ook nog worden of deze oplossing per financieringsdomein apart of voor de vier financieringsdomeinen samen kan worden vormgegeven.

Overwogen kan worden om deze oplossing ook toegankelijk te maken voor toepassing van de Wzd in de ambulante setting (bekostigd via zorg in natura). Daar ervaren kleinschalige zorgaanbieders vooral organisatorische drempels om de Wzd goed uit te voeren en daarmee de rechtspositie van cliënten in de ambulante kleinschalige setting beter te beschermen.