# Advies bekostiging niet-cliëntgebonden coördinatiekosten

Definitieve versie d.d. 21 oktober 2021 opgesteld door Significant Public afgestemd met stuurgroep levensloopaanpak.

## Vooraf

De ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligd intensieve zorg (vanaf hier: levensloopaanpak) beoogt ondersteuning en zorg te verbeteren voor personen die (potentieel) gevaarlijk gedrag vertonen, als gevolg van een psychische stoornis, verstandelijke beperking, een verslaving en/of een niet aangeboren hersenaandoening. De levensloopfunctie kenmerkt zich door continuïteit van intensieve ondersteuning en zorg, waarbij professionals zo lang als nodig betrokken blijven bij de cliënt en zijn/haar naasten. Ook kenmerkt de levensloopfunctie zich door het makkelijker domeinoverstijgend op- en afschalen naar lichtere dan wel zwaardere vormen van zorg en ondersteuning (tussen ambulante en klinische zorg, maar ook naar het gemeentelijk of veiligheidsdomein). Deze domeinoverstijgende aanpak vraagt om een nauwe samenwerking tussen zorgaanbieders, de gemeente en strafrecht- en veiligheidspartners.

Een belangrijke randvoorwaarde voor de uitvoering is een goede organisatorische én bestuurlijke samenwerkingsstructuur. De coördinatie op de samenwerking is een structurele taak. Tijdens de pilotperiode zijn deze werkzaamheden die met name door de regionaalprojectleider van de aangewezen levensloopaanbieder door het ministerie van VWS (via ZonMw) middels een subsidie gefinancierd. Vanaf 2022 is een structurele financiering voor deze ‘niet-cliëntgebonden coördinatiekosten’ nodig. In dit memo werken we een voorstel voor de financiering uit.

## Scope en afbakening

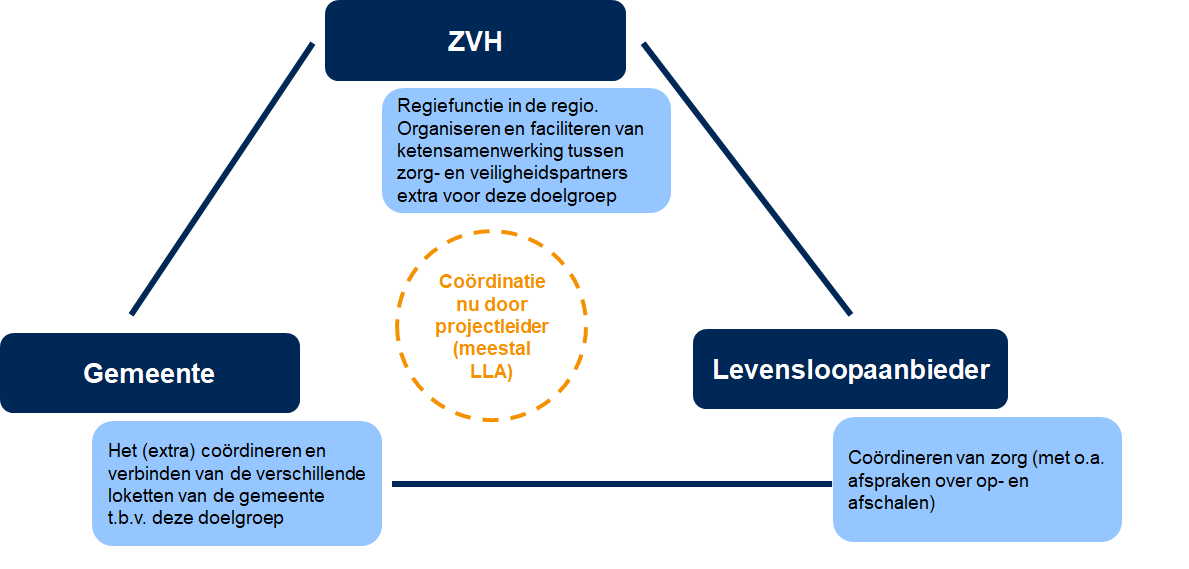
De levensloopaanpak wordt door verschillende partijen uit de zorg, strafrecht/veiligheidsdomein en het gemeentelijk domein uitgevoerd. Door de veelheid aan partijen en de complexiteit van de problematiek is extra coördinatie nodig. De coördinatie is deels terug te voeren op individuele personen (coördinatie op persoonsniveau, vaak indirecte tijd). Om op persoonsniveau tot een integrale aanpak te komen, zijn randvoorwaarden voor samenwerking (structuur) nodig. We definiëren de niet-cliëntgebonden coördinatiefunctie als **het continu organiseren van deze structuur ten behoeve van de regionale samenwerking***.* Voordat we verder ingaan op concrete werkzaamheden, kosten en het voorstel voor financiering, benadrukken we dat de financieringsvraagstukken van de levensloopaanpak verder reiken dan de niet-cliëntgebonden coördinatiekosten. Het besluit over de financiering van de niet-cliëntgebonden coördinatiekosten is geen opzichzelfstaand besluit; voor een goede uitvoering is ook dekking van onderstaande cliëntgebonden kosten nodig. Wij verwijzen naar de uitvoeringstoets levensloopaanpak voor de omschrijving van onderstaande activiteiten.

1. De aanmeld- en opstartfase. De kosten voor het uitvoeren van het onderzoek/het toeleiden van een burger naar de levensloopaanpak.
2. Kosten van de ambulante levensloopaanpak die niet gedeclareerd kunnen worden. Het gaat hierbij om kosten die niet passen binnen de stelsels, omdat er bijvoorbeeld nog geen verwijzing is in de Zvw, er geen Wlz-indicatie is, of als de cliënt in de PI zit en de levensloopaanpak daardoor niet vanuit de Zvw gefinancierd kan worden, klinisch elders zorg krijgt of op een bepaald moment geen zorg (meer) wil en geen gedwongen zorgkader heeft.
3. Kosten van de ambulante levensloopaanpak die wel gedeclareerd kunnen worden. Het gaat hier om direct cliëntgebonden tijd en indirect cliëntgebonden tijd (bijvoorbeeld voor afstemming). Binnen het Zorgprestatiemodel (ZPM) zit indirecte tijd in het tarief verdisconteerd, waarbij rekening is gehouden met de behandelsetting beveiligde zorg – ambulant. Mogelijk is voor de geïncludeerde cliënten de berekende indirecte tijd niet voldoende. De invoering van het Zorgprestatiemodel dat in 2022 biedt een andere wijze van bekostiging van de indirecte tijd.
4. Klinische zorg waarbij er geen contract is met de zorgverzekeraar of wanneer een cliënt geen Wlz-indicatie heeft, maar wel een opnameplek bij een VG-aanbieder nodig heeft. Hiertoe worden gesprekken gevoerd met de NZa over een mogelijke Wlz-prestatie beveiligd verblijf.

## Taken en kosten

### Taken

Tijdens de pilotperiode is er in de meeste regio’s een projectleider vanuit de coördinerend levensloopaanbieder aangesteld. De projectleider organiseerde en coördineerde de regionale samenwerking. Bij de borging van de samenwerkingsstructuur zullen de werkzaamheden op basis van de taken- en verantwoordelijkheden door drie partijen worden uitgevoerd: de gemeente, het Zorg- en Veiligheidshuis (ZVH) en de coördinerend levensloopaanbieder (zie figuur 1).



Figuur 1. Overzicht verdeling niet-cliëntgebonden coördinatieactiviteiten

De coördinerend levensloopaanbieder is de aangewezen partij voor de coördinatie op het gebied van zorg. Het gaat daarbij om de verbinding met verschillende zorgpartners en strafrecht en veiligheidspartners. Hieronder valt bijvoorbeeld het maken van bestuurlijke en organisatorische afspraken over op- en afschalen in brede zin (niet alleen klinisch, maar ook op het gebied van detentie en op het gebied van wonen). Andere coördinatietaken omvatten het eventueel faciliteren van intervisie tussen casemanagers of tussen levensloopteams om de kennisdeling te bevorderen, als er met verschillende teams gewerkt wordt. Ook besteedt de coördinerend levensloopaanbieder tijd aan het informeren van ketenpartners over de levensloopaanpak en het aansluiten bij organisatorische overleggen. Deze coördinatietaken brengen daarnaast verschillende backoffice/administratietaken met zich mee, zoals contracten rondom detachering en onderaannemerschap en regionale afspraken met financiers. Tot slot omvatten de taken van de coördinerend levensloopaanbieder het aansluiten bij landelijke overleggen en het volgen van (landelijke) ontwikkelingen.

Het Zorg- en Veiligheidshuis is verantwoordelijk voor de regiefunctie in de regio als het gaat om het verbinden van zorg en veiligheid. Zij organiseren en faciliteren de ketensamenwerking tussen zorg- en veiligheidspartners en doen dit logischerwijs daarmee ook voor de (extra) doelgroep van de levensloopaanpak. Tot deze taken behoort onder andere het organiseren van bestuurlijke en organisatorische overleggen, het evalueren van de samenwerking, het eventueel escaleren en oplossen van knelpunten, het informeren van partners over de levensloopaanpak. Daarnaast is het voorstel om de monitoring van de levensloopaanpak (aantal cliënten, kenmerken, etc.) te beleggen bij de Zorg- en Veiligheidshuizen. Hierbij gaat het om het monitoren van het aantal cliënten, de kenmerken van cliënten, de wijze van organisatie en werkende elementen en knelpunten in de uitvoering van de levensloopaanpak. Ten behoeve van de gegevensuitwisseling tussen de verschillende ketenpartners moeten de Zorg- en Veiligheidshuizen er zorg toe dragen dat de waarborgen hiervoor zijn vastgelegd in convenanten. Tot slot is het volgen van de landelijke ontwikkelingen en het aansluiten bij landelijke overleggen een belangrijke taak die hier belegd is.

De gemeente heeft een coördinerende taak als het gaat om het (extra) verbinden van de verschillende loketten (wonen, werk, Wmo, schuldhulpverlening, etc.) binnen de gemeente ten behoeve van deze doelgroep. Hierbij gaat het onder andere om het informeren van relevante professionals/afdelingen van de gemeente over de levensloopaanpak en geldende afspraken. Daarnaast is het van belang om te investeren om de ambtelijke samenwerking tussen gemeenten ten behoeve van de doelgroep levensloopaanpak en om aan te sluiten bij organisatorische overleggen en werkgroepen van het Zorg- en Veiligheidshuis.

Een overzicht van bovengenoemde taken is te zien in Figuur 2.



Figuur 2. Niet cliëntgebonden coördinatietaken Zorg- en Veiligheidshuis, coördinerend levensloopaanbieder en gemeente

### Kostenschatting

Op basis van eerdere uitvragen en vijf interviews met regionaal projectleiders hebben we een inschatting van de tijd en kosten van de werkzaamheden van de coördinerend levensloopaanbieder gemaakt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Fte per jaar per regio | Loonkosten  (per jaar) | Inschatting kosten landelijk  (per jaar) |
| Coördinerend levensloopaanbieder (11) | 0,3 | € 135.000 | 11 x € 40.500 = € 445.500 |

Tabel 1. Inschatting niet-cliëntgebonden coördinatiekosten

We benadrukken dat de inschatting in de tabel gebaseerd is op de structurele situatie waarin de levensloopaanpak regionaal is geborgd. Tijdens de implementatiefase liggen deze kosten hoger, omdat de coördinatieactiviteiten meer tijd in beslag nemen (tot aan 1 fte per coördinerend levensloopaanbieder). Aangezien niet alle regio’s de implementatiefase hebben afgerond, is 0,3 fte in 2022 niet voor alle regio’s dekkend.

Een eerdere kosteninschatting die is gemaakt voor de monitoring en doorontwikkeling van de levensloopaanpak is geraamd op een bedrag van € 25.000,- per coördinerend levensloopaanbieder, plus 50% opslag sociale lasten en organisatie. Voor de 11 regio’s samen komt dit bedrag uit op € 412.500 per jaar. De inschattingen van de tijdsinvestering van enkele projectleiders die we hebben gesproken lopen enigszins uiteen, maar komen gemiddeld uit op ongeveer 0,3 fte voor de coördinerend levensloopaanbieder. Als we uitgaan van een benodigde fte van 0,3 voor de coördinerend levensloopaanbieder komen we uit op een kosteninschatting van 0,3 x € 135.000 (loonkosten à € 90.000,- + 50% werkgeverslasten en overhead) = € 40.500,- per regio. Voor de 11 regio’s samen gaat het naar schatting dan om een totaalbedrag van **€ 445.500,-**.

De kosten behorend bij de coördinatietaken van gemeenten en Zorg- en Veiligheidshuizen worden bekostigd vanuit de POK-gelden (zie de volgende paragraaf).

# Voorkeursscenario en advies

In voorgaande paragraaf hebben we de taken en activiteiten beschreven die horen bij de niet-cliëntgebonden coördinatiekosten binnen de levensloopaanpak. Hier zijn drie partijen bij betrokken. De logische route om de taken en activiteiten van de Zorg- en Veiligheidshuizen en de (daaraan gekoppelde) gemeenten te bekostigen verloopt via het Gemeentefonds. Daar is geen discussie over geweest. Ook is er inmiddels, parallel aan dit traject, duidelijk geworden waar de middelen die hiervoor nodig zijn vandaan komen. De POK-gelden worden hiervoor aangewend. De aanvraag van deze gelden is inmiddels goedgekeurd door de Ministerraad. Dit betreft overigens niet alleen de niet-cliëntgebonden activiteiten en kosten, maar ook de cliëntgebonden kosten die in dit kader worden gemaakt door het Zorg- en Veiligheidshuis en de gemeente.

In het advies dat we hieronder geven, gaan we daarom uitsluitend in op de taken, activiteiten en kosten van de coördinerend levensloopaanbieder, omdat de bekostiging van de overige in de coördinatie betrokken partijen is geborgd. Voor het slagen van de levensloopaanpak dienen de kosten voor alle partijen geborgd te zijn. Dit document richt zich, volgens onze opdracht, primair op de niet-cliëntgebonden coördinatiekosten, maar daarin wordt gezien het voorkeursscenario wel de koppeling gemaakt met de cliëntgebonden activiteiten en kosten van de coördinerend levensloopaanbieder.

## Het advies voor de bekostiging van de coördinerend levensloopaanbieder

### Advies: maak gebruik van een facultatieve prestatie

Analyse van de bestudeerde mogelijkheden heeft een voorkeursscenario opgeleverd. Mede op basis van deze voorkeur is ons advies om de niet-cliëntgebonden coördinatie activiteiten van de coördinerend levensloopaanbieder te bekostigen door middel van een **nieuw te formuleren facultatieve prestatie in de Zvw en de Wfz**. De facultatieve prestatie is een nieuwe mogelijkheid in het Zorgprestatiemodel (artikel 5.1) dat op 1 januari 2022 in werking treedt. Dit instrument is bedoeld om zorgaanbieder en zorgverzekeraar vrijheid te geven om bijvoorbeeld innovaties sneller te kunnen financieren. Een facultatieve prestatie kan worden aangevraagd door middel van een gezamenlijke aanvraag van ten minste één zorgaanbieder en ten minste één zorgverzekeraar. De facultatieve prestatie kan alleen worden gebruikt door de (daarvoor aangewezen, forensisch) coördinerende levensloopaanbieders.

### Voorwaarde: koppeling noodzakelijk tussen cliëntgebonden en niet-cliëntgebonden kosten

Er zijn voorwaarden verbonden aan de facultatieve prestatie volgens de [aanwijzing](https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2020-66990.html) van het ministerie van VWS[[1]](#footnote-2). Eén van de voorwaarden is dat de facultatieve prestatie herleidbaar moet zijn tot het niveau van de individuele verzekerde. De prestatie moet door de zorgaanbieder gedeclareerd worden op het niveau van ‘naam en rugnummer’ van de patiënt/verzekerde. Gezien deze voorwaarde is het alleen mogelijk om de niet-cliëntgebonden coördinatiekosten te bekostigen via een facultatieve prestatie als toeslag op de reguliere cliëntgebonden prestaties (diagnostiek- en behandelconsulten). Het kunnen afbakenen en markeren van de cliënten waar het om gaat, is van belang om vast te stellen of de betreffende cliënt zorg ontvangt vanuit de levensloopaanpak en zo ook de niet-cliëntgebonden activiteiten te kunnen financieren. Een koppeling van cliëntgebonden en niet-cliëntgebonden kosten is logisch aangezien de niet-cliëntgebonden coördinatie alleen zin heeft als ook de cliëntgebonden activiteiten kunnen worden uitgevoerd.

### Het voorkeursscenario scoort goed op meerdere aspecten

We hebben bij het ontwerpen en bespreken van diverse scenario’s de argumenten de revue laten passeren en benoemd in termen van mogelijke voor- en nadelen. Op basis hiervan komen we tot de conclusie dat het voorkeursscenario (relatief) goed scoort op de volgende aspecten:

* Het voorkeursscenario sluit aan bij de bekostiging in de verschillende stelsels (in ieder geval Zvw en Wfz).
* Meerdere partijen dragen bij aan de niet-cliëntgebonden coördinatiekosten. De gemeenten dragen ‘in natura’ bij door het op zich nemen van de coördinatietaken en -activiteiten als Zorg- en Veiligheidshuizen en daaraan gekoppelde gemeenten. Vanuit de Wlz wordt vooralsnog niet bijgedragen en dat past bij het aantal geïncludeerde cliënten dat nu zorg ontvangt uit de Wlz. Dit kan nader worden bezien.
* Met het gebruik van een facultatieve prestatie kunnen we relatief snel tot een duurzame vorm van bekostiging komen. Er is mogelijk wel een tijdelijke overbrugging met een subsidie noodzakelijk, maar dit is in alle overwogen scenario’s onontkoombaar.
* Er lijkt (ondanks dat dit advies nog niet breed is voorgelegd aan de leden van ZN, de Nederlandse ggz, de VNG en VGN) een behoorlijke mate van consensus te zijn over de keuze voor dit scenario. De uitwerking van dit scenario behoeft aandacht. Belangrijk is dat betrokken partijen zich committeren aan afspraken die erop toezien dat de facultatieve prestatie er ook daadwerkelijk komt en ook wordt daadwerkelijk wordt gebruikt. De vervolgstappen die nodig zijn schetsen wij in paragraaf 3.

## Nadere uitwerking van het advies

### Voorstel: bekostiging eerst door DJI en preferente zorgverzekeraar op basis van beperkt aantal cliënten

Wat betreft de niet-cliëntgebonden coördinatiekosten is ons advies verder om deze, in ieder geval in eerste instantie, te laten **bekostigen door DJI (in de Wfz) en de grootste (preferente) zorgverzekeraar (in de Zvw)**. Dit heeft ermee te maken dat in de eerste jaren nog niet het verwachte landelijke aantal van 1.500 cliënten wordt geïncludeerd en een opslag per geïncludeerde cliënt dus niet voldoende dekkend is voor de niet-cliëntgebonden coördinatiekosten. Het voorstel is daarom om de facultatieve prestatie als toeslag op de reguliere prestaties voor de niet-cliëntgebonden coördinatiekosten te koppelen aan de specifieke doelgroep. Daarbij is het voorstel om het vrije tarief vast te zetten op het aantal cliënten waar het (op dat moment) betrekking op heeft. Dit betekent dat de niet-cliëntgebonden coördinatiekosten van de coördinerend levensloopaanbieder worden verwerkt in het tarief dat in eerste instantie betrekking heeft op een beperkt aantal cliënten. We stellen voor om het tarief te verdisconteren over het aantal geïncludeerde cliënten[[2]](#footnote-3). Per jaar maken de preferente zorgverzekeraar, DJI en de coördinerend levensloopaanbieder voor-calculatorisch en na-calculatorisch afspraken over het aantal geïncludeerde cliënten en het tarief dat bij de facultatieve prestatie wordt aangevraagd. Dat betekent dat er per regio een ander tarief per cliënt wordt vastgesteld.

### Bekostiging op langere termijn koppelen aan alle geïncludeerde cliënten in de levensloopaanpak

Aangezien op dit moment slechts twee cliënten zorg ontvangen vanuit de Wlz, en de facultatieve prestatie alleen mogelijk is binnen de Zvw en de Wfz, is het voorstel om de niet-cliëntgebonden coördinatiekosten in eerste instantie gelijk te verdelen over de Zvw (preferente zorgverzekeraar) en de Wfz (DJI). Als een substantieel aantal cliënten (in de schatting wordt uitgegaan van 1.500 cliënten) geïncludeerd is, kan de ‘opslag’ per cliënt worden vastgesteld en worden verdeeld over alle zorgverzekeraars en DJI. In de tussentijd kan ook worden gekeken of er ook een deel bekostigd moet worden vanuit de Wlz.

### Zorg voor een tijdelijke overbrugging als meer tijd nodig is voor het realiseren van de facultatieve prestatie

Een van de voordelen van de facultatieve prestatie is dat de doorlooptijd die nodig is voor het realiseren van een facultatieve prestatie relatief kort is ten opzichte van termijnen die nodig zijn voor het formuleren van nieuwe prestaties, zoals we die nu kennen. Wel is er echter overeenstemming nodig tussen betrokken partijen (coördinerend levensloopaanbieders, preferente zorgverzekeraars en JenV/DJI) en is uitwerking van de facultatieve prestatie voor zowel de cliëntgebonden en niet-cliëntgebonden kosten nodig om deze te kunnen aanvragen en te laten goedkeuren. Ook is een uitspraak van Zorginstituut Nederland nodig om er zeker van te zijn dat de activiteiten worden aangemerkt als verzekerbare zorg. Dit is een belangrijke voorwaarde en de eerste stap in het vervolg. Ingang van de facultatieve prestatie per 1 januari 2022 is niet mogelijk. Het is het advies dat de kosten ter overbrugging worden bekostigd in de vorm van een (tijdelijke) subsidie vanuit het ministerie van JenV of VWS. Voorstel is dat beide ministeries bijdragen en dat het qua flexibiliteit de voorkeur heeft om dit te bekostigen via JenV en DJI. Alternatief is de route vanuit VWS via ZonMw te gebruiken.

# Vervolgproces

Dit advies is in zeer korte tijdsperiode tot stand gekomen. De oplossingsrichting is nog niet (breed) voorgelegd aan en afgestemd met de leden van ZN, de Nederlandse ggz, de VNG en VGN. Ook vraagt de gepresenteerde oplossingsrichting (de facultatieve prestatie) om (enige) nadere uitwerking.

1. **Vóór 21 oktober 2021.** Dit voorstel wordt op 21 oktober 2021 besproken in de stuurgroep levensloopaanpak. Het ministerie van JenV en het ministerie van VWS zijn in de rol van opdrachtgever aanwezig bij het overleg.
2. **Vóór 29 oktober 2021.** Bespreken van de tussenresultaten van dit advies op het Bestuurlijk Overleg op 29 oktober 2021. Gevraagd besluit: commitment om deze oplossingsrichting nader uit te werken door ZN, VNG, VGN, de Nederlandse ggz, VWS en JenV en het actief meedenken in de oplossing om te komen tot een overbruggingsfinanciering in 2022 voor de coördinerend levensloopaanbieders.
3. **Zo snel mogelijk na 29 oktober 2021.** Consultatie bij de leden van ZN, de Nederlandse ggz en VGN (levensloopaanbieders) en de VNG (gemeenten & Zorg- en Veiligheidshuizen). Alle partijen, inclusief de vier grote verzekeraars en DJI, moeten draagvlak en het liefst commitment uitspreken voor deze oplossingsrichting. Ons advies is om het commitment in een convenant vast te leggen.
4. **Zo snel mogelijk na 29 oktober 2021,** Nadere uitwerking facultatieve prestatie. Randvoorwaarden om de facultatieve prestatie te kunnen formuleren en te gebruiken, moeten nog nader worden uitgewerkt.
5. **Vóór 1 januari 2022.** Afspraken over invulling van de overbruggingsfinanciering in 2022 tussen de landelijke stuurgroep levensloopaanpak, het ministerie van JenV, ministerie van VWS en DJI.
6. **Vóór 1 januari 2022.** Definitieve check dat de bekostiging voor alle betrokken partijen en voor alle kostencomponenten in de coördinatie van de levensloopaanpak geborgd is.
7. **Nadere uitwerking facultatieve prestatie. Zo snel mogelijk (liefst vóór 1 januari 2022).** 
   1. Essentiële randvoorwaarde is de uitspraak van het Zorginstituut dat de activiteiten in het kader van de (niet-cliëntgebonden en cliëntgebonden) coördinatiekosten onderdeel mogen zijn van Zvw-uitgaven.
   2. Een andere belangrijke randvoorwaarde is de toezegging van de NZa dat in een facultatieve prestatie een combinatie van cliëntgebonden en niet-cliëntgebonden kosten kan worden opgenomen. De toeslag bestaat uit twee componenten: een variabele component voor de cliëntgebonden kosten (dit is een apart traject, voor nu buiten de scope van dit advies) en een vaste component voor de niet-cliëntgebonden kosten. Het aantal cliënten kan voor-calculatorisch en na-calculatorisch worden bepaald op basis van het bedrag per coördinerend levensloopaanbieder.
   3. Nadere uitwerking van de randvoorwaarden en maken van afspraken over het (vrije) tarief voor de facultatieve prestatie (niet-cliëntgebonden en cliëntgebonden) per regio[[3]](#footnote-4) voor gebruik in de loop van 2022 en uiterlijk per 1 januari 2023 door landelijke stuurgroep levensloopaanpak, ZN en DJI.
8. **Zo snel mogelijk (uiterlijk vóór maart 2022).** Invullen van het aanvraagformulier ‘facultatieve prestatie ggz/fz’ door de coördinerend levensloopaanbieder en preferente zorgverzekeraar én door de coördinerend levensloopaanbieder en DJI. DJI, ZN en de landelijke projectgroep levensloopaanpak ondersteunen door middel van het aanleveren van een concept format. Indienen van de facultatieve prestatie door de coördinerend levensloopaanbieder bij de NZa.[[4]](#footnote-5)
9. **Zo snel mogelijk in 2022.** Opname in het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars en opnemen in de contractering ten behoeve van 2023.
10. **1 januari 2023.** Inwerkingtreding facultatieve prestatie.

# Verantwoording – andere overwogen alternatieven

## In paragraaf 2 van deze notitie hebben we ons advies en voorkeursscenario gepresenteerd. We lichten graag, mede als een stukje verantwoording, ook de andere scenario’s toe die we hebben overwogen:

1. Bekostiging van de levensloopaanbieder via het Zorg- en Veiligheidshuis (uit het gemeentefonds);
2. Bekostiging via een opslag op de zorg die cliënten ontvangen vanuit de levensloopfunctie (vanuit Zvw, Wlz of Wfz)[[5]](#footnote-6);
3. Bekostiging van de levensloopaanbieder via een ‘betaalkantoor’, uit te voeren door DJI, het zorgkantoor of een andere organisatie.

Het **eerste alternatieve scenario** sluit aan op de bekostiging van de niet-cliëntgebonden coördinatietaken en activiteiten die worden toebedeeld aan het Zorg- en Veiligheidshuis en de gemeente (zie paragraaf 1). Op deze manier verloopt de bekostiging via één route en houdt de verschillende onderdelen van de coördinatie in de bekostiging ‘bij elkaar’. Tegelijkertijd stuitten we in de bespreking op meerdere nadelen: (1) de coördinerend levensloopaanbieders hebben geen financieringsrelatie met het Zorg- en Veiligheidshuis; (2) de verhouding van het Zorg- en Veiligheidshuis ten opzichte van de coördinerend levensloopaanbieder (opdrachtgever-opdrachtnemer) past niet bij ‘het karakter’ van het Zorg- en Veiligheidshuis als netwerkorganisatie; en (3) voordat het geld via het Gemeentefonds bij de coördinerend levensloopaanbieder terecht komt heeft de bekostiging alsnog het karakter van een (soort) subsidie en wordt daarom niet als duurzame oplossing gezien door het ministerie van VWS. Kortom: de geïnventariseerde nadelen zijn groter dan de veronderstelde voordelen en daarom heeft dit scenario niet de voorkeur.

Het **tweede alternatieve scenario** gaat uit van bekostiging van de niet-cliëntgebonden coördinatiekosten van de coördinerend levensloopaanbieder door het hanteren van een opslag in de indirecte tijd voor cliënten zoals dit min of meer gebruikelijk is in de Zvw en Wfz. Het hanteren van een cliëntgebonden opslag heeft echter meerdere nadelen. Het is niet of nauwelijks mogelijk om bij het gebruik van reguliere prestaties en maximumtarieven te differentiëren naar een specifieke groep patiënten/cliënten en naar aanbieder. Bovendien is het aantal geïncludeerde cliënten in de eerste periode/jaren niet voldoende om de totale niet-cliëntgebonden coördinatieactiviteiten kostendekkend te bekostigen. Ten slotte hebben de niet-cliëntgebonden coördinatiekosten het karakter van (groten)deels vaste kosten en dat betekent dat regio’s waarin minder cliënten geïncludeerd worden er minder dekking is voor (het vaste deel van) deze kosten. Ook voor dit scenario geldt dat er duidelijk meer nadelen zijn dan voordelen. Dit scenario heeft daarmee niet de voorkeur.

Het **derde alternatieve scenario** gaat uit van het inbouwen van een ‘betaalkantoor’ die de functie heeft om de coördinerend levensloopaanbieder ‘uit te betalen’. Het beoogde voordeel van dit scenario is dat hiermee het domeinoverstijgende karakter van de levensloopaanpak en de niet-cliëntgebonden coördinatiekosten daarbinnen uitgedrukt en opgelost kan worden (het past namelijk nergens logischerwijs in één van de stelsels). We hebben verkend of DJI (landelijk), het zorgkantoor (regionaal) of een andere organisatie (zoals het CAK of ZonMw) deze rol van betaalkantoor zou kunnen invullen. Dit scenario leek gedurende het proces een tijdje de voorkeur te krijgen als ‘minst nadelige optie’. Bij de verdere bespreking van dit scenario kwamen steeds meer nadelen naar voren. Ten eerste was de vraag hoe het geld vanuit verschillende stelsels bij het betaalkantoor terecht kunnen komen. Bijdragen vanuit het zorgverzekeringsfonds, het fonds langdurige zorg en vanuit JenV moeten worden overgemaakt naar het betaalkantoor. Dat brengt naar verwachting een behoorlijke complexiteit met zich mee. Daarbij komt dat het organiseren van de functie van betaalkantoor en de achterliggende geldstromen veel inspanning kost en niet in verhouding staat met de omvang van de geschatte omvang van de kosten voor de niet-cliëntgebonden coördinatiekosten voor de coördinerend levensloopaanbieder. Dit scenario heeft om deze reden dan ook niet de voorkeur.

1. Toelichting op Artikel 5. De facultatieve prestaties bestaan in aanvulling op de reguliere zorgprestaties binnen de ggz en fz. De regels over het eigen risico gelden ook voor een facultatieve prestatie voor zover het verzekerde zorg betreft in de zin van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Op de facultatieve prestaties en tarieven is wat betreft de geneeskundige ggz het macrobeheersinstrument van toepassing. De zorgautoriteit voert een marginale toets uit op elke aanvraag. De zorgautoriteit zal in ieder geval toetsen of de prestaties duidelijk zijn omschreven, of de prestatie herleidbaar is tot het niveau van de individuele verzekerde, of aangegeven is of het verzekerde (of onverzekerde) zorg betreft en of de zorg via al bestaande prestaties kan worden gedeclareerd. Om dubbele bekostiging te voorkomen, is het ook belangrijk om te weten welke zorgprestaties niet in combinatie met een facultatieve prestatie in rekening kunnen worden gebracht. Het vaststellen van een facultatieve prestatie mag niet tot gevolg hebben dat een zorgprestatie waarvoor een maximumtarief geldt, een prestatie wordt waarvoor een vrij tarief in rekening kan worden gebracht. De zorgautoriteit kan op grond van artikel 50, derde lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg voorschriften of beperkingen verbinden aan de vaststelling van de facultatieve prestatie. Bijvoorbeeld de beperking dat een facultatieve prestatie enkel gedeclareerd mag worden wanneer hier een schriftelijke overeenkomst tussen een ziektekostenverzekeraar en de betreffende zorgaanbieder aan ten grondslag ligt. De zorgautoriteit zal monitoren op welke wijze en in welke mate de facultatieve prestaties worden ingezet. [↑](#footnote-ref-2)
2. [↑](#footnote-ref-3)
3. Afhankelijk van het aantal geïncludeerde cliënten. [↑](#footnote-ref-4)
4. Voor de aanvraag van de facultatieve prestatie zien we twee mogelijkheden: (1) een preferente zorgverzekeraar, DJI en één coördinerend levensloopaanbieder dienen de aanvraag in en na goedkeuring kan ‘de rest’ er gebruik van maken; of (2) alle financiers en zorgaanbieders dienen de aanvraag in. [↑](#footnote-ref-5)
5. De oplossingsrichting uit deze memo is een variant van het tweede scenario. Dit tweede scenario gaat uit van een vast bedrag per geïncludeerde cliënt en verschilt daarmee met de gepresenteerde oplossingsrichting. [↑](#footnote-ref-6)