

GGZ-Kompas



In dit document treft u de tekst aan van het 'GGZ Kompas' zoals te vinden op de CVZ-website.

Kijk voor actuele informatie altijd op www.cvz.nl > GGZ Kompas

Inhoudsopgave

Over het kompas	3
Hoe vind ik mijn weg in het GGz-Kompas?	4
Totstandkoming	5
Inleiding	6
GGZ onder de Zvw	
Algemeen	8
Overgangsrecht	9
Geneeskundige zorg zonder verblijf	10
Geneeskundige zorg met verblijf	14
Verpleging	15
Voorwaarden	16
PGB	17
Vervoer op grond van de Zvw	18
GGZ onder de AWBZ	
Algemeen	19
Begeleiding zonder verblijf	20
Begeleiding met verblijf	21
Integrale behandeling ex artikel 15 BZA	22
Voortgezet verblijf	23
Indicatiestelling	23
Forensische zorg	25
Voorbeelden	26

Over het kompas

In dit onderdeel van het kompas vindt u achtergronden bij het kompas zelf.

Wat is het doel?

Met het GGZ-Kompas verduidelijkt het CVZ wat de aard en omvang van de wettelijke aanspraken zijn die per 1 januari 2008 worden overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet én wat er achterblijft in de AWBZ. Ook gaat het kompas in op de forensische zorg. Indien nodig zal het CVZ nieuwe inzichten direct in het kompas verwerken, zodat het kompas steeds een actueel overzicht vormt van de aanspraken.

Voor wie bedoeld?

Het kompas richt zich vooral op diegenen die zich beroepsmatig met de aard en omvang van de verzekerde GGZ-aanspraken bezighouden, zoals medewerkers van zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders.

Wat is de status?

Het GGZ-Kompas is een voorlichtingsdocument. Het CVZ streeft ernaar de tekst van dit kompas altijd zoveel mogelijk actueel te houden. Wijzigingen in de regelgeving, rechterlijke uitspraken of voortschrijdend inzicht kunnen ertoe leiden dat het kompas moet worden aangepast. Hoewel bij het verzamelen en verwerken van de gegevens de uiterste zorgvuldigheid is betracht, kan het CVZ geen enkele aansprakelijkheid aanvaarden voor fouten en overige onjuistheden.

Hoe vind ik de weg?

Gebruikerstips. **Lees verder**

Totstandkoming

Achtergronden bij de totstandkoming en de systematiek bij toekomstige aanpassingen. **Lees verder**

Hoe vind ik mijn weg in het GGZ-Kompas?

Het GGZ-Kompas is opgebouwd rond een viertal categorieën van informatie:

- Over het kompas
- Inhoudelijke informatie
- Voorbeelden
- Schema

Op de homepage van het kompas treft u deze categorieën aan, alsmede de rubrieken die tot die categorieën worden gerekend.

Verwijzingen en onderbouwing

Sommige informatie is van belang bij meer onderwerpen. Om doublures in de tekst te voorkomen zijn zoveel mogelijk verwijzingen aangebracht. Soms is ook gebruik gemaakt van verwijzingen naar informatie elders.

Zoekstrategie

Bij het aanklikken van het GGZ-Kompas in de navigatiebalk links klapt het GGZ-Kompas open en worden alle onderwerpen binnen het GGZ-Kompas op het eerste niveau getoond. Dezelfde kopjes worden tegelijkertijd op het resultatscherm in het midden getoond, gerubriceerd in de categorieën informatie (zie Opbouw hierboven). Kopjes die rood zijn, zijn aanklikbaar.

U kunt navigeren via de rode kopjes op het resultatscherm óf via de kopjes in de navigatiebalk. Deze laatste blijven altijd in beeld en klappen open als u erop klikt. Op dat moment worden de onderwerpen van het tweede niveau getoond. Ook deze kopjes zijn aanklikbaar. Als er sprake is van een verdere onderverdeling naar een derde niveau, dan vindt u deze onderverdeling bovenaan de pagina.

Voorbeelden

Op een aantal plaatsen in de tekst wordt de inhoud geïllustreerd door voorbeelden. Op die plekken treft u een verwijzing aan.

Schema

De overheveling is weergegeven in een verhelderend schema. U vindt dat schema onderaan de inleiding.

Totstandkoming

Het GGZ-Kompas dat nu op internet staat is gebaseerd op een eerdere versie die het CVZ in 2006 heeft gepubliceerd met het perspectief dat de overheveling per 1 januari 2007 zou worden gerealiseerd. Zoals bekend werd de overheveling een jaar uitgesteld.

Onderzoek

De eerste versie van het kompas is intern en extern geëvalueerd. Voorafgaand aan deze internetpublicatie is een marktonderzoek gehouden onder de toekomstige gebruikers rond een aantal vragen:

- de inhoud en de diepgang ervan
- de structuur van het kompas
- de leesbaarheid
- het schema
- de illustratieve voorbeelden
- suggesties ter verbetering

Het CVZ heeft het concept ter consultatie toegestuurd aan VWS, ZN, GGZ Nederland, Federatie Opvang, NVVP, CIZ, Per Saldo, NZA, NVP, Vereniging Landelijk Platform GGZ, VGN, OMS, NIP, LvE, LHV, NPCF, Arcares, Interprovinciaal Overleg, MO Groep en het NPI.

ZN, GGZ Nederland, CIZ, NIP en NPI hebben inhoudelijk commentaar geleverd. De reacties waren in het algemeen positief. Daarnaast leverde het bruikbare suggesties op, die verwerkt zijn in de tekst. Het CVZ is alle deelnemers erkentelijk voor de opmerkingen en suggesties en is van plan de publicatie opnieuw te evalueren.

Toekomstige aanpassingen

Het CVZ streeft ernaar om het GGZ-Kompas zo actueel mogelijk te houden. Als daar aanleiding toe is zal het CVZ het kompas actualiseren.

Feedback

Het CVZ staat open voor feedback. Mocht u fouten ontdekken of ons willen attenderen op nieuwe inzichten, handige verwijzingen of andere wetenswaardige zaken dan kunt u daarvoor onderstaande contactpersonen benaderen. Ook kunt u een e-mail sturen naar infokompassen@cvz.nl.

Contact

mw. mr. J.M. van Diggelen (inhoud) – Afdeling Pakket
(020) 797 8549, hdiggelen@cvz.nl

mr. A. van Gameren (publicatie) – Afdeling Communicatie & Informatie
(020) 797 8567, agameren@cvz.nl

Inleiding

Per 1 januari 2008 gaat een groot deel van de nu in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verzekerde geestelijke gezondheidszorg over naar de te verzekeren prestaties in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verder zal ook de eerstelijnspsychologische zorg onderdeel uitmaken van het basispakket van de Zvw. Per 1 januari 2008 zal de extramurale geneeskundige GGZ en de intramurale geneeskundige GGZ tot één jaar geregeld zijn in de Zvw.

Inmiddels is de regelgeving, die per 1 januari 2008 in werking treedt, aangepast. Toch blijven er vragen wanneer zorg behoort tot de AWBZ of onderdeel is van de Zvw. Het CVZ heeft onder meer als taak het uitleggen van de verzekerde zorg, opgenomen in de Zvw en AWBZ. Met dit kompas geeft het CVZ invulling aan die taak.

Het CVZ wil hiermee bijdragen aan een eenduidige uitleg van de te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw en van de aanspraken AWBZ. Duidelijke pakketten dragen bij aan een eenduidige uitvoering.

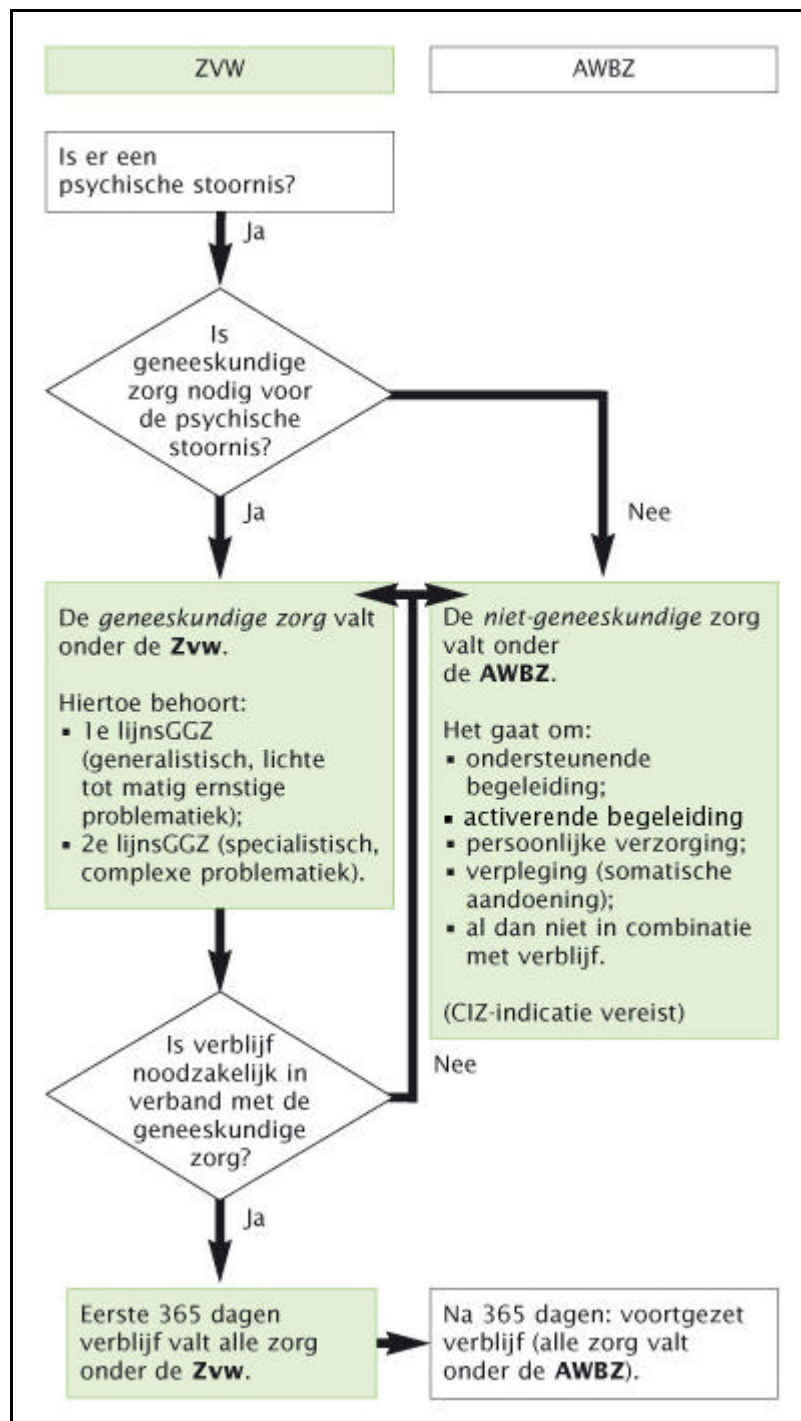
Al bij de invoering van de Zvw op 1 januari 2006 zijn bepalingen opgenomen die betrekking hebben op het opnemen van de geneeskundige GGZ onder de te verzekeren prestaties. Deze bepalingen treden met ingang van 1 januari 2008 in werking.

De geneeskundige GGZ is nu nog voor een deel, te weten de gespecialiseerde geneeskundige GGZ, geregeld in de AWBZ. Naast dit deel dat overgeheveld wordt van AWBZ naar Zvw, bestaat de geneeskundige GGZ verder uit de eerstelijnspsychologische zorg; ook deze valt onder de geneeskundige zorg in het kader van de Zvw.

De GGZ binnen de AWBZ betreft de gespecialiseerde GGZ, zoals instellingen en vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten deze verlenen. Niet alle zorg is echter geneeskundige zorg. Sommige instellingen begeven zich bijvoorbeeld uitsluitend op het terrein van zorg die meer gericht is op bevordering en behoud van de zelfredzaamheid. Andere instellingen verlenen zowel geneeskundige als niet-geneeskundige GGZ, en weer andere bieden alleen geneeskundige GGZ.

Vanaf 1 april 2003, na de invoering van de functiegerichte omschrijving van de aanspraken in de AWBZ, kunnen instellingen die toegelaten zijn voor het bieden van de functies/zorgaanspraken, zorg leveren aan personen met een psychiatrische aandoening. Ook van oorsprong andersoortige instellingen, zoals instellingen voor maatschappelijke opvang en consultatiebureaus voor alcohol en drugs, hebben een toelating voor bepaalde functies gekregen op grond van de AWBZ, waarbij zij aan dezelfde doelgroep (mensen met een psychiatrische aandoening) zorg verlenen. Instellingen kunnen eventuele gevolgen van de overheveling zelf beoordelen.

Kort samengevat is de situatie voor de GGZ vanaf 2008 als volgt: onderdeel van de te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw is de geneeskundige GGZ, waaronder verstaan wordt alle extramurale geneeskundige GGZ en het eerste jaar van alle intramurale geneeskundige GGZ. Anders gezegd: onderdeel van de AWBZ-zorgaanspraken is alle niet-geneeskundige GGZ (intra- en extramuraal) en na het eerste jaar ook de intramurale geneeskundige GGZ.



GGZ onder de Zvw: algemeen

De Zvw regelt de verzekering van op genezing gerichte zorg. In de wet zelf is de aard van de te verzekeren prestaties vermeld, zoals geneeskundige zorg en verpleging. In lagere regelgeving (Besluit zorgverzekering (Bzv)) zijn de inhoud en omvang van de prestaties waarop de verzekerde krachtens de zorgverzekering recht moet hebben, nader geregeld. In de Regeling zorgverzekering zijn de hoogtes van de eigen bijdragen opgenomen.

De zorg die onder het pakket valt, is functiegericht omschreven. Deze functiegerichte omschrijving houdt in dat geregeld is **wát** er onder de aanspraken valt (inhoud en omvang van de zorg) en **wannéér** er aanspraak bestaat (indicatievereisten). De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor **wié** de zorg verleent en **wáár** die wordt verleend. De zorgverzekeraar maakt daarover afspraken met de verzekerde in de zorgovereenkomst (polis). De polis is bepalend. Dit geldt ook voor de procedurele voorwaarden, zoals toestemming.

Het stellen van procedurele voorwaarden is onder de Zvw voorbehouden aan de zorgverzekeraars. Er geldt één uitzondering. Een zorgverzekeraar is verplicht in zijn polis op te nemen dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die polis aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.

Binnen de Zvw-kaders behoort in beginsel alle geneeskundige GGZ, zowel eerstelijns- als tweedelijnszorg, tot het Zvw-pakket. Wel kan de omvang van de zorg wettelijk beperkt zijn, zoals bijvoorbeeld de eerstelijnspsychologische zorg beperkt is tot acht zittingen. Hierna komen de prestaties waar GGZ speelt aan de orde.

Dit zijn de volgende te verzekeren prestaties:

- geneeskundige zorg (zonder verblijf),
- verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, en
- verpleging.

GGZ onder de Zvw: overgangsrecht

De geneeskundige GGZ is overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw.

Onder geneeskundige GGZ valt de AWBZ-aanspraak behandeling in verband met een psychiatrische aandoening. Dit betekent dat de grondslag "psychiatrische aandoening" in de AWBZ-aanspraak behandeling is vervallen.

Ook de AWBZ-aanspraak activerende begeleiding in verband met een psychiatrische aandoening valt onder geneeskundige GGZ, althans voor zover het geneeskundige activerende begeleiding is. Activerende begeleiding bestaat namelijk uit geneeskundige activerende begeleiding en niet-geneeskundige activerende begeleiding. Alleen de geneeskundige activerende begeleiding is overgeheveld naar de Zvw. Omdat de niet-geneeskundige activerende begeleiding als aanspraak in de AWBZ blijft bestaan, is bij deze aanspraak de grondslag "psychiatrische aandoening" niet vervallen. Is sprake van geneeskundige activerende begeleiding, dan valt dit niet onder de AWBZ-aanspraak activerende begeleiding, maar onder de Zvw-prestatie geneeskundige zorg.

De Zvw kent *niet* de te verzekeren prestaties behandeling en activerende begeleiding, maar de prestatie geneeskundige zorg. Het CVZ heeft er op gewezen dat deze omschrijvingen niet één op één op elkaar aansluiten. Daarom is een naadloze overgang niet te garanderen (Rapport Overheveling GGZ, maart 2005, nr 213). Daarnaast is ook geconstateerd dat er in de praktijk geen duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen 'behandeling' en 'geneeskundige activerende begeleiding'. De activiteiten van geneeskundige activerende begeleiding vallen namelijk onder de noemer behandeling. Deze activiteiten sluiten aan op de omschrijving van geneeskundige zorg in de Zvw.

De omschrijving van de AWBZ-aanspraken activerende begeleiding en ondersteunende begeleiding zijn met de overheveling niet gewijzigd. Activerende begeleiding betreft niet-geneeskundige activerende begeleiding. Verzekerden kunnen naast geneeskundige zorg in het kader van de Zvw aanspraak hebben op deze AWBZ-aanspraken (zie ook Samenloop aanspraken Zvw/AWBZ).

GGZ onder de Zvw: geneeskundige zorg zonder verblijf

Wettelijke omschrijving

De omschrijving in het Besluit zorgverzekering (Bzv) luidt:

Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, ... (artikel 2.4 Bzv).

Psychiaters/zenuwartsen zijn medisch-specialisten. Waar hierna psychiater is vermeld, is hier tevens onder begrepen zenuwarts. Zorg die zij gewoon zijn te leveren valt onder de noemer geneeskundige zorg. Kort samengevat gaat het dan om geneeskundige GGZ, die gericht is op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis. Datzelfde geldt voor de zorg die huisartsen en klinisch-psychologen plegen te bieden. Met "zoals huisartsen, ... plegen te bieden" wordt de inhoud en omvang van de zorg omschreven, niet wie die zorg verleent. Zo is bv. psychotherapie een behandelmethodede binnen de GGZ. Een psychotherapeutische behandeling kan ook door een psychotherapeut gegeven worden, terwijl deze psychotherapeut geen arts of klinisch-psycholoog behoeft te zijn.

De term "plegen te bieden" wordt ingevuld met toepassing van de volgende bepaling:

De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten (artikel 2.1, tweede lid Bzv).

Het gaat om de zorg, die de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent. Onder geneeskundige zorg vallen ook de materialen die er toe bijdragen dat de arts of andere hulpverlener geneeskundige zorg verleent. Te denken valt dan aan genees-, verband- en hulpmiddelen. Het gaat dan om het gebruik van die middelen in de praktijk van de hulpverlener of in de instelling waaraan de hulpverlener is verbonden als onderdeel van geneeskundige zorg. Krijgt de verzekerde een voorschrift mee voor bv. een geneesmiddel dan valt deze zorg onder farmaceutische zorg. Onderdeel van geneeskundige zorg is ook het daarbij behorende laboratorium- en ander onderzoek, zoals een ECG. Alle onderzoek waarvoor de behandelaar opdracht geeft, is onderdeel van zijn behandeling.

De geneeskundige GGZ omvat de eerstelijnspsychologische zorg en de tweedelijns, gespecialiseerde GGZ. Waarom onderscheid tussen eerste- en tweedelijnszorg? De regelgeving beperkt bepaalde zorg tot een maximum aantal zittingen en legt voor bepaalde zorg bijdragen op. Het onderscheid tussen eerste- en tweedelijnsGGZ komt hierna aan de orde, nadat aangegeven is wat geneeskundige GGZ is.

Zie **voorbeelden**.

Wat is geneeskundige GGZ?

Zoals hiervoor aangegeven regelt de Zvw de verzekering van op genezing gerichte zorg.

Geneeskundige GGZ is gericht op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis. In dit kader wordt het begrip psychische stoornis gehanteerd omdat deze omschrijving aansluit bij de terminologie van de (internationaal gebruikte) DSM-IV-classificatie (DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition). Psychische stoornissen worden geclassificeerd en gegroepeerd met behulp van de DSM-IV-classificatie.

In de regelgeving, zowel in de AWBZ als Zvw, staat het begrip psychiatrische aandoening, reden waarom hierna ook het begrip psychiatrische aandoening wordt vermeld. Met psychische stoornis en psychiatrische aandoening is hetzelfde bedoeld.

Een nadere invulling van geneeskundige zorg is verder gelegen in de omschrijving dat het moet gaan om zorg zoals psychiaters en klinisch-psychologen die plegen te bieden. Dit betekent geenszins dat de genoemde professionals ook altijd degenen zijn die de zorg verlenen. Dit kunnen bijvoorbeeld ook psychotherapeuten zijn.

Het betekent ook niet dat alles wat die beroepsbeoefenaren bieden tot de verzekerde zorg behoort. Zo is het niet ongebruikelijk dat psychiaters rapporten, bijvoorbeeld voor een verzekeringsmaatschappij of raden van beroep, opstellen. Deze activiteiten vallen niet onder de verzekerde zorg. Het is namelijk geen geneeskundige zorg. Ook is niet alles wat een klinisch-

psycholoog of gezondheidszorgpsycholoog doet verzekerde zorg. Als bijvoorbeeld een eerstelijnspsycholoog hulp biedt aan iemand die "lekkerder in zijn vel wil zitten", terwijl geen sprake is van een psychische stoornis, is dit geen verzekerde zorg.

De geneeskundige GGZ valt onder de Zvw (geneeskundige zorg) en bestaat uit eerste- en tweedelijnszorg. Psychosociale hulp valt hier niet onder. Bij deze hulp is geen sprake van een stoornis (ziekte) waarvoor geneeskundige zorg nodig is. Psychosociale problemen kunnen evenwel wel overgaan tot psychische stoornissen, bijv. het verlies van een naaste kan bij onvoldoende zelfherstellend vermogen een depressie veroorzaken, hoge psychische of lichamelijke stress kan tot een psychose leiden. Als dit het geval is kan geneeskundige zorg aangewezen zijn.

Wat valt onder geneeskundige GGZ? Er is sprake van een overheveling van deze zorg van de AWBZ naar de Zvw. Dit betekent dat de grondslag "psychiatrische aandoening" in de AWBZ-aanspraken behandeling en activerende begeleiding vervalt. Echter, de Zvw kent **niet** de te verzekeren prestaties behandeling en activerende begeleiding, maar de prestatie geneeskundige zorg. Het CVZ heeft er op gewezen dat deze omschrijvingen niet één op één op elkaar aansluiten, een naadloze overgang is niet te garanderen (Rapport Overheveling GGZ, maart 2005, nr 213). Daarnaast is ook geconstateerd dat er in de praktijk geen duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen behandeling en activerende begeleiding, de activiteiten van activerende begeleiding vallen onder de noemer behandeling. Deze activiteiten sluiten aan op de omschrijving van geneeskundige zorg in de Zvw.

De AWBZ-aanspraak ondersteunende begeleiding wijzigt niet met de overheveling. Verzekerden kunnen naast geneeskundige zorg in het kader van de Zvw aanspraak hebben op deze AWBZ-aanspraak (zie hierna Samenloop aanspraken Zvw/AWBZ). In uitzonderingssituaties is het mogelijk dat activiteiten die normaal gesproken onder ondersteunende begeleiding vallen, onder geneeskundige zorg vallen. Dergelijke activiteiten moeten dan een onlosmakelijk onderdeel van de behandeling (geneeskundige zorg) zijn. Dit is het geval als deze activiteiten voortvloeien uit het behandelplan, noodzakelijk zijn om het behandeldoel te bereiken, worden aangestuurd door de behandelaar en er terugkoppeling plaats vindt naar de behandelaar.

Zie **voorbeelden**.

Onderscheid eerste- en tweedelijnszorg

Om de verschillen tussen eerste- en tweedelijnsGGZ zo duidelijk mogelijk te omschrijven heeft het CVZ onderzoek laten uitvoeren naar een heldere afbakening tussen eerste- en tweedelijnsGGZ. In opdracht van het CVZ heeft het Trimbosinstituut in juli 2006 het rapport "Afbakening eerste en tweedelijns zorg voor psychische stoornissen" uitgebracht.

Mede aan de hand van het rapport van het Trimbosinstituut wordt hierna ingegaan op de kenmerken en de aard van de problematiek in eerste en tweede lijn om deze van elkaar te onderscheiden.

Kenmerken van de eerste lijn:

- generalistisch
- laagdrempelig
- eenvoudige (niet zo ernstige) problematiek
- behandeling monodisciplinair
- zorg in de buurt aanwezig.

Kenmerken van de tweede lijn:

- specialistisch: geleverd door professionals met gespecialiseerde opleiding
- drempel: voorselectie (bijv. op verwijzing door huisarts)
- complexe en/of multiple stoornissen/diagnosen
- monodisciplinaire of multidisciplinaire behandeling.

Naar de problematiek is een onderscheid te maken naar:

1. Aard van de klacht (eerste lijn: niet complexe psychische problematiek, niet complexe common mental disorders);
2. Ernst van de klacht (eerste lijn indien de ernst slechts matige invloed heeft op iemands functioneren);
3. Draagkracht van de patiënt (eerste lijn indien geen ernstige ontregeling, crisis en/of psychoses zijn te verwachten);
4. Aantal stoornissen/comorbiditeit (meerdere stoornissen, comorbiditeit in het algemeen tweede lijn);
5. Hulpverleningsgeschiedenis (eerste lijn indien geen eerdere psychologische behandeling en/of eerdere behandeling in het verleden succesvol afgesloten);
6. Beperkt aantal behandelsessies volstaat, dan eerste lijn.

Verschillen tussen eerste en tweede lijn zitten dus vooral in de aard en ernst en het aantal stoornissen, de complexiteit van de problematiek en (daaruit volgend) het aantal benodigde sessies.

Samenvattend is het onderscheid tussen eerste- en tweedelijns GGZ binnen de Zvw-zorg als volgt:

Binnen de eerste lijn vindt vooral behandeling plaats van stemmingsstoornissen, somatoforme stoornissen, angststoornissen en aanpassingsstoornissen (As I van de DSM-IV). Er is sprake van lichte tot matig ernstige, niet complexe psychische problematiek. Interventies bestaan uit niet-medicamenteuze behandelingen, waaronder psychologische interventies, en medicamenteuze behandelingen.

Tot de geneeskundige zorg wordt gerekend psychologische zorg. Psychosociale hulp valt niet onder de geneeskundige zorg. Psychologische zorg kenmerkt zich door diagnostiek en hulpverlening bij aandoeningen (As I van de DSM IV) waarvoor geneeskundige zorg nodig is.

Psychosociale hulp omvat vooral praktische en sociaal maatschappelijke interventies. Deze hulp is gericht op het verbeteren van de sociale positie van de cliënt in financieel, maatschappelijk en emotioneel opzicht en valt niet onder geneeskundige zorg in de zin van de Zvw.

Binnen de tweede lijn vindt ook behandeling plaats van depressieve stoornissen, angststoornissen en aanpassingsstoornissen, maar veelal is er naast een As I stoornis ook sprake van een persoonlijkheidsstoornis (As II van de DSM-IV) of is er sprake van meer dan één diagnose op de As I. Ernstiger psychische stoornissen uit het psychose spectrum, zoals schizofrenie, worden behandeld in de tweede lijn. Interventies bestaan vooral uit gesprekstherapie ofwel psychotherapie en een combinatie van farmaco- en gesprekstherapie. Behandeling van acute psychotische stoornissen hoort niet bij de zelfstandiggevestigde psychiaters en psychotherapeuten, maar in principe bij de GGZ-instellingen, die immers opname- en crisisfaciliteiten kunnen bieden.

Zie **voorbeelden**.

Beperking omvang van de zorg en eigen bijdragen

De eerstelijnspsychologische zorg is beperkt tot ten hoogste acht zittingen per jaar. Dit is per kalenderjaar. Er is een eigen bijdrage verschuldigd van € 10 per zitting.

Voor één vorm van psychiatrische behandeling, te weten de psychotherapeutische behandeling, geldt in 2007 een beperking van in beginsel 25 of 50 zittingen. Uitgangspunt is een maximum van 25 zittingen. Bij de diagnose persoonlijkheidsstoornis (DSM-IV, As II) bestaat aanspraak op ten hoogste 50 zittingen. Ook voor de psychotherapeutische behandeling van verzekerden jonger dan achttien jaar geldt een uitzondering. Voor hen geldt altijd een maximum van 50 zittingen. Deze groep is namelijk te jong voor een diagnose persoonlijkheidsstoornis.

Uit een onderzoek dat het ministerie van VWS in 2005/2006 heeft laten uitvoeren naar de effectiviteit van de differentiatie van het aantal zittingen psychotherapie en het terugbrengen van de aanspraak op het aantal zittingen blijkt dat de gewenste bezuinigingen niet worden gehaald en dat er zelfs sprake is van meerkosten als gevolg van het bieden van andere (duurdere) vormen van zorg. Besloten is om wel de differentiatie tussen het aantal zittingen te handhaven, maar de maxima van 25 en 50 zittingen te verruimen om ongewenste gevolgen tegen te gaan.

Vanaf 1 januari 2007 kan het aantal zittingen worden verhoogd als meer zittingen voor de verzekerde noodzakelijk zijn volgens de normen die door de desbetreffende beroepsgroep zijn aanvaard.

De verwachting is dat door deze versoepeling en de invoering van de DBC-systematiek de beperking van psychotherapie tot een maximum aantal zittingen met ingang van 1 januari 2008 vervalft. Het Besluit zorgverzekering moet dan worden aangepast.

Op het maximum aantal zittingen psychotherapie is één uitzondering gemaakt. Voor een psychoanalytische behandeling, een specifieke vorm van psychotherapie, geldt géén maximum van het aantal zittingen. Onder de AWBZ zijn aan een psychoanalytische behandeling de volgende voorwaarden verbonden:

- de zorg moet worden geleverd door een toegelaten instelling,
- de indicatie wordt gesteld volgens het "Indicatie- en behandelprotocol voor volwassenen" van het Nederlands Psychoanalytisch Instituut (NPI),
- de behandelaar moet deelnemen aan het door het NPI ontwikkelde kwaliteits- en monitorsysteem, en
- de verzekerde moet vooraf toestemming hebben gekregen voor deze behandeling.

In de regeling krachtens de Zvw zijn deze voorwaarden niet opgenomen. Het is immers de verzekeraar die bepaalt wie de zorg verleent en die procedurele voorwaarden, zoals het vragen van toestemming, stelt in zijn polis.

Voor elke zitting psychotherapie (waaronder ook de psychoanalytische behandeling) moet een eigen bijdrage worden betaald. Deze eigen bijdrage per zitting psychotherapie blijft in 2008 gehandhaafd. De hierna vermelde bedragen gelden in 2008.

Voor individuele, groeps- of gezinspsychotherapie is een bijdrage verschuldigd van € 15,60 per zitting tot een maximum van € 702 per kalenderjaar, waarbij voor gezinstherapie de bijdrage en het maximum gelden per gezin. Voor partnerrelatie-psychotherapie is een bijdrage verschuldigd van € 7,80 per zitting, tot een maximum van € 351 per verzekerde per kalenderjaar.

Als iemand in een AWBZ-instelling is opgenomen en de zogenaamde hoge bijdrage voor dit verblijf betaalt is geen bijdrage voor psychotherapie verschuldigd.

Zie **voorbeeld**.

Samenloop aanspraken Zvw/AWBZ

Het is zeer wel mogelijk dat verzekerden naast aanspraak op geneeskundige zorg in het kader van de Zvw aanspraak hebben op AWBZ-zorg. Dit kan ook dezelfde grondslag betreffen. Een persoon kan aanspraak hebben op niet-geneeskundige activerende begeleiding of ondersteunende begeleiding in verband met een psychiatrische aandoening (ten laste van de AWBZ) en gelijktijdig een psychiatrische behandeling (geneeskundige zorg) nodig hebben. Ook is denkbaar dat iemand die verblijft in een instelling ten laste van de AWBZ, aangewezen is op een ambulante psychiatrische behandeling. Een voorbeeld hiervan is iemand die in verband met een somatische aandoening in een verpleeghuis of in verband met een psychiatrische aandoening beschermd woont. Deze ambulante psychiatrische behandeling komt dan ten laste van de Zvw.

Zie **voorbeeld**.

GGZ onder de Zvw: geneeskundige zorg met verblijf

Wettelijke omschrijving

Als in verband met geneeskundige zorg verblijf medisch nodig is, zijn de eerste 365 dagen ten laste van de Zvw. Verblijf is gedefinieerd als verblijf gedurende het etmaal (artikel 1, aanhef, sub b Bzv).

Verblijf omvat verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg (artikel 2.10 Bzv).

Uitdrukkelijk is geregeld dat dit verblijf in combinatie met geneeskundige zorg ook verpleging, verzorging of paramedische zorg kan omvatten. Verpleging en verzorging in verband met een somatische aandoening valt hier ook onder. Verblijf omvat ook eten en drinken en het schoonmaken van de kamer. Verzekerden opgenomen in een GGZ-instelling voor geneeskundige zorg en dus ten laste van de Zvw (voor de eerste 365 dagen) kunnen voor een deel van hun tijd behoefte hebben aan een zinvolle dagbesteding. Deze daginvulling valt ook onder het verblijf ten laste van de Zvw. Verblijf ten laste van de Zvw omvat een integraal multidisciplinair zorgaanbod, waar ook begeleiding in zit. Tijdens dit verblijf is geen AWBZ-zorg mogelijk.

Paramedische zorg maakt deel uit van de prestatie verblijf. Dit is in de prestatie uitdrukkelijk opgenomen om te voorkomen dat voor paramedische zorg, die iemand in verband met de behandeling ontvangt, de beperkingen zouden gelden die zijn opgenomen in artikel 2.6 Bzv, bv. aan het aantal behandelingen voor fysiotherapie. De paramedische zorg bij het verblijf is beperkt tot de zorg die nodig is in het kader van de behandeling waarvoor het verblijf medisch noodzakelijk is.

Tijdens verblijf heeft de verzekerde aanspraak op geneeskundige zorg. Hiertoe behoort dan ook de algemeen geneeskundige zorg (huisartsenzorg). Ook genees-, verband- en hulpmiddelen behoren tot de geneeskundige zorg. De door een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een algemeen/academisch ziekenhuis geleverde medicijnen maken dus onderdeel uit van de geneeskundige zorg die de instelling levert, ook de medicijnen die worden toegediend in verband met een andere aandoening dan waarvoor het verblijf is aangewezen.

Zie **voorbeelden**.

Bepaling 365-dagen

Een medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg komt de eerste 365 dagen ten laste van de Zvw. Om welke geneeskundige zorg het gaat is niet relevant. Voor de bepaling van de 365 dagen tellen dus dagen mee die zijn doorgebracht in bijvoorbeeld een algemeen ziekenhuis en in een psychiatrisch ziekenhuis. Het verblijf is bepalend en niet de reden van opname (diagnose).

Als er tussen twee opnames minder dan eenendertig dagen ligt, dan worden de opnameperiodes samengeteld voor het bepalen van de 365 dagen.

Verlofdagen tellen wel mee. De onderstaande bepaling verduidelijkt dit:

Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Wel tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 365 dagen (artikel 2.10 Bzv).

GGZ onder de Zvw: verpleging

Werkzaamheden die verpleegkundigen verrichten in het kader van geneeskundige zorg, behoren tot de prestatie geneeskundige zorg. Hiervoor is er al op gewezen dat verpleging een onderdeel kan zijn van verblijf (artikel 2.10 Bzv). Tot slot is verpleging als afzonderlijke prestatie mogelijk in verband met medisch-specialistische zorg, maar zonder verblijf (artikel 2.11 Bzv).

GGZ onder de Zvw: voorwaarden

Indicatie en procedurele voorwaarden

In het Bzv is een algemeen indicatievereiste opgenomen: de verzekerde heeft slechts recht op een vorm van zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen (artikel 2.1, lid 3). Daarnaast kunnen per zorgvorm of onderdeel daarvan specifieke eisen worden gesteld. Voor de GGZ zijn geen specifieke eisen gesteld. De zorgverzekeraar beoordeelt de indicatie voor de zorg. Hiertoe kan de verzekeraar voorwaarden van procedurele aard in zijn polis opnemen. Zoals onder GGZ onder de Zvw vermeld is, is er in ieder geval een verwijzing van een huisarts nodig voor de geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden.

Indicatie voor jeugdGGZ

De Wet op de Jeugdzorg regelt dat het Bureau Jeugdzorg indiceert voor jeugdhulp en jeugdGGZ. Dit betreft ook de geneeskundige jeugdGGZ. Op de regel dat Bureau Jeugdzorg de toegang is voor de jeugdGGZ bestaat één uitzondering, namelijk de mogelijkheid voor de (huis)arts of andere behandelaar van de jeugdige om bij een vermoeden van ernstige psychische problematiek rechtstreeks te verwijzen voor behandeling (geneeskundige zorg). Het indicatiebesluit van het Bureau Jeugdzorg of het oordeel van een arts of andere behandelaar, zoals een psychotherapeut of kinderarts, geldt als voorwaarde voor het verkrijgen van GGZ ten laste van de Zvw (art. 14, lid 2).

GGZ onder de Zvw: PGB

Wettelijke omschrijving

In de Zvw is de mogelijkheid opgenomen bij wijze van experiment voor aangewezen vormen van zorg een persoonsgebonden budget (pgb) te verstrekken.

Als vorm van zorg waarvoor de zorgverzekeraar desgevraagd een persoonsgebonden budget verstrekt wordt aangewezen:

geneeskundige zorg die gericht is op herstel van een psychiatrische aandoening, tenzij deze zorg wordt verleend ten tijde van het verblijf als bedoeld in artikel 2.10 (art. 2.16a, aanhef onder b Bzv).

Een pgb kan verstrekt worden voor zowel eerstelijns- als tweedelijnsGGZ. Ook hiervoor geldt dat er sprake moet zijn van een psychische stoornis.

De zorgverzekeraar verstrekt het budget slechts indien op de in de polis te bepalen wijze aannemelijk is gemaakt dat de verzekerde behoefte heeft aan de desbetreffende zorg.

De verzekeraar kan bepalen welke gegevens hij hiervoor nodig heeft.

De verzekerde mag het budget alleen besteden aan de zorg (GGZ) waarvoor hij het budget heeft gekregen.

Het toe te kennen budget kan niet hoger zijn dan het bedrag dat bij restitutie zou worden vergoed.

De zorgverzekeraar stelt regels over de termijnen en de wijze waarop de verzekerde zich jegens de zorgverzekeraar over het gebruik van het pgb verantwoordt.

Zie **voorbeeld**.

Overgangsregeling

Een deel van de zorg waarvoor nu een pgb kan worden verkregen, gaat over naar de Zvw. Dit betreft verpleging en geneeskundige activerende begeleiding in verband met een psychiatrische aandoening. Voor verzekerden die op 31 december 2007 een pgb ontvingen voor GGZ die met ingang van 1 januari 2008 onderdeel uitmaakt van de Zvw-prestaties en voor wie de looptijd van het oorspronkelijke AWBZ-indicatiebesluit nog niet is verstreken, geldt een overgangstermijn van maximaal één jaar. Verzekerden behouden tot uiterlijk 1 januari 2009 hun pgb zoals dat op grond van de AWBZ was vastgesteld.

Verzekeraars bepalen ook hier in welke termijnen het budget wordt uitgekeerd en op welke wijze verzekerden zich over de besteding moeten verantwoorden.

GGZ onder de Zvw: vervoer op grond van de Zvw

Het Besluit zorgverzekering regelt in artikel 2.13 het ambulancevervoer. Naast vervoer naar en van behandelingen in het kader van de Zvw omvat dit ook het ambulancevervoer naar en van een AWBZ-instelling waar de verzekerde ten laste van de AWBZ gaat verblijven of heeft verbleven.

Het Bzv regelt ook het ziekenvervoer per auto. Het benoemt een viertal categorieën verzekerden die aanspraak hebben op vervoer per auto (anders dan per ambulance) of openbaar vervoer (art. 2.14 Bzv e.v.).

Het gaat om:

- verzekerden die nierdialyses moeten ondergaan;
- verzekerden die oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moeten ondergaan.

Deze verzekerden hebben aanspraak op vervoer naar de plaats waar genoemde behandelingen plaatsvinden (en terug):

- verzekerden die zich uitsluitend met een rolstoel kunnen verplaatsen;
- verzekerden van wie het gezichtsvermogen dusdanig is beperkt dat zij zich niet zonder begeleiding kunnen verplaatsen.

De laatste twee categorieën verzekerden hebben aanspraak op vervoer vanuit hun woonsituatie (v.v.) naar:

1. een persoon of instelling waar zij zorg zullen krijgen die voor rekening van de zorgverzekering komt;
2. en vanuit een instelling naar een persoon of instelling waar zij geheel of gedeeltelijk voor rekening van de AWBZ een onderzoek of behandeling zullen ondergaan;
3. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk voor rekening van de AWBZ komt;
4. vervoer vanaf één van de hiervoor genoemde bestemmingen naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijze niet de nodige verzorging kan krijgen.

Art. 2.14 Bzv formuleert in lid 3 nog een hardheidsclausule. Naast de hierboven genoemde categorieën, hebben ook die verzekerden aanspraak die in verband met een *langdurige* ziekte of aandoening *langdurig* zijn aangewezen op vervoer. Het niet verstrekken van vervoer zou in die gevallen leiden tot onbillijkheid van overwegende aard.

Om inhoud te geven aan beide begrippen *langdurig*, hanteren zorgverzekeraars een beleidsregel. Deze beleidsregel omvat criteria voor duur, frequentie, en afstand van het vervoer. Het zou moeten gaan om vervoer gedurende minimaal 5 maanden, minimaal 2 keer per week, over een afstand van 25 kilometer of een uur reizen (enkele reis).

Vervoer per auto betekent vervoer per taxi of per eigen auto. De zorgverzekeraar moet toestemming verlenen voor het vervoer.

Verzekerden die voor een psychische stoornis ambuland behandeld worden, vallen in het algemeen niet onder de genoemde categorieën van verzekerden die aanspraak hebben op vervoer. Resteert de mogelijkheid dat zij voldoen aan de criteria van de beleidsregel van de hardheidsclausule.

Bij vervoer vanuit een Zvw-instelling van een in die instelling opgenomen verzekerde naar een algemeen ziekenhuis/vrijgevestigd hulpaanbieder voor onderzoek of behandeling in verband met een andere aandoening dan waarvoor verzekerde is opgenomen in de Zvw-instelling, geldt de regeling voor het zittend ziekenvervoer. Dit betekent dat alleen de omschreven categorieën daarvoor in aanmerking komen en dat verzekerden een beroep kunnen doen op de hardheidsclausule.

GGZ onder de AWBZ: algemeen

Door de overheveling vervalt de grondslag psychiatrische aandoening in de AWBZ-functies verpleging en behandeling. Activerende begeleiding met een geneeskundig doel gaat ook over naar de Zvw. De activiteiten die onder deze functies vallen, passen onder de prestaties van de Zvw. Een naadloze overgang is niet te garanderen, omdat de terminologie anders is. Activerende begeleiding is namelijk geen prestatie in de Zvw. De activiteiten van behandeling en geneeskundige activerende begeleiding, gericht op de psychische stoornis, vallen in ieder geval onder geneeskundige zorg in de Zvw.

Er bestaat geen aanspraak meer op de AWBZ-functies verpleging en behandeling afzonderlijk, wel komen deze functies voor bij voortgezet verblijf.

De AWBZ-aanspraken persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en verblijf wijzigen niet. De aanspraak activerende begeleiding is wel beperkt tot die activiteiten van activerende begeleiding die géén geneeskundig doel betreffen. Het gaat dan om bijvoorbeeld vaardigheidstraining om zelfstandig te kunnen wonen.

In deze rubriek volgt een toelichting op de omschrijving van de aanspraken die ook van toepassing zijn op mensen met een psychiatrische aandoening. Dit betreft dan met name begeleiding (ondersteunende en/of niet-geneeskundige activerende begeleiding), verblijf in combinatie met begeleiding, en voortgezet verblijf. Op grond van de AWBZ kan aanspraak bestaan op verblijf en op voortgezet verblijf. Er is sprake van voortgezet verblijf als dit verblijf volgt op een verblijf ten laste van de Zvw én er nog steeds verblijf nodig is in verband met de specialistische, in AWBZ-terminen specifieke, behandeling.

Een uitgebreide uitleg van de functies/zorgaanspraken in de AWBZ geeft het CVZ in het AWBZ Kompas.

GGZ onder de AWBZ: begeleiding zonder verblijf

Het blijft mogelijk aanspraak te maken op activerende begeleiding en ondersteunende begeleiding ten laste van de AWBZ. Bij activerende begeleiding gaat het om niet-geneeskundige activiteiten, zoals het leren omgaan met de psychische stoornis en een vaardigheidstraining om zelfstandig te kunnen wonen. Bij ondersteunende begeleiding gaat het om het handhaven van zelfredzaamheid en integratie in de samenleving. Deze begeleiding grijpt in op het functioneren van de verzekerde met een psychiatrische aandoening maar niet op de aandoening. De aandoening wordt als een gegeven beschouwd. Te denken valt aan activiteiten die de verzekerde ondersteunen bij zijn dagindeling en zijn participatie in de maatschappij bevorderen.

Ondersteunende begeleiding kan zich ook richten op degenen die langdurig en intensief voor een ander zorgen in de vorm van respijtzorg, bijvoorbeeld nachtopvang van de cliënt via ondersteunende begeleiding in dagdelen (logeren) of een aantal uren ondersteunende begeleiding ter ontlasting van de (dreigend) overbelaste verzorger.

Naast het verkrijgen van ondersteunende begeleiding en/of activerende begeleiding ten laste van de AWBZ is het zeer wel mogelijk dat een verzekerde aanspraak maakt op geneeskundige zorg ten laste van de Zvw.

Zie **voorbeeld**.

GGZ onder de AWBZ: begeleiding met verblijf

Activerende begeleiding en ondersteunende begeleiding kunnen zowel in de thuissituatie als in combinatie met verblijf worden geboden. Is er sprake van begeleiding (activerende en/of ondersteunende) met verblijf, terwijl behandeling niet noodzakelijk is in de verblijfssetting, dan is deze zorg, verblijf met begeleiding en eventuele andere AWBZ-functies, vanaf de eerste dag ten laste van de AWBZ.

Als geneeskundige zorg tijdens dit verblijf nodig is dan komt deze ambulante geneeskundige zorg, ongeacht de duur én zolang geen medisch noodzakelijk verblijf in verband met de geneeskundige zorg is aangewezen, ten laste van de Zvw.

Zie **voorbeelden**.

GGZ onder de AWBZ: integrale behandeling ex artikel 15 BZA

Binnen AWBZ-instellingen verblijven verzekerden die naast hun primaire grondslag, meestal een verstandelijke handicap, ook een grondslag psychiatrie hebben. Voor deze doelgroepen zijn er specifieke behandel eenheden (ook wel multifunctionele centra genoemd), waar een integrale behandeling wordt geboden. Deze integrale behandeling houdt in dat de behandeling gericht is op een combinatie van ziektebeelden, waaronder een psychische stoornis.

Een integrale behandeling, waaronder behandeling in verband met een psychiatrische aandoening, is na de overheveling een aanspraak in het kader van de AWBZ. Artikel 15 Besluit zorgaanspraken AWBZ (BZA) regelt vanaf 1 januari 2008 onder meer het volgende:

Voor zover gepaard gaande met verblijf in dezelfde instelling omvat behandeling tevens: behandeling van een psychiatrische aandoening indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van een somatische of psychogeriatrische aandoening of verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

In dit geval is ook de geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening in de AWBZ verzekerd.

Het vorenstaande betekent niet dat er altijd een integrale behandeling moet plaatsvinden als er sprake is van óók een grondslag in verband met een psychiatrische aandoening. Een bewoner van een AWBZ-instelling heeft aanspraak op geneeskundige zorg, ook GGZ, in het kader van de Zvw. Alleen als verblijf en behandeling is geïndiceerd (voor een niet-psychiatrische grondslag) en een integrale behandeling nodig is, komt deze integrale behandeling (inclusief de psychiatrische behandeling) ten laste van de AWBZ.

Zie **voorbeeld**.

GGZ onder de AWBZ: voortgezet verblijf

Als in het kader van de behandeling (geneeskundige zorg) verblijf noodzakelijk is, is dit verblijf gedurende de eerste 365 dagen ten laste van de Zvw. Is ook na deze 365 dagen geneeskundige zorg (behandeling) nodig, dan komt dit 'voortgezet verblijf' voor rekening van de AWBZ:

Voortgezet verblijf gaat, indien er sprake is van een psychiatrische aandoening, gepaard met behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van de psychiatrische aandoening en al dan niet met persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding of activerende begeleiding (artikel 13, lid 2 BZA).

Zie **voorbeeld**.

GGZ onder de AWBZ: indicatiestelling

Voor alle AWBZ-zorg in verband met een psychiatrische grondslag is vanaf 2008 een indicatiebesluit van het Centrum Indicatiestelling Zorg (voor kinderen en jeugdigen van het Bureau Jeugdzorg) vereist.

Forensische zorg

Forensische zorg in strafrechtelijk kader is als volgt afgebakend:

- GGZ die deel uitmaakt van de door de strafrechter opgelegde maatregel of bevel (bijvoorbeeld terbeschikkingstelling met dwangverpleging),
- GGZ die (door de strafrechter) als voorwaarde is opgelegd (bijvoorbeeld een voorwaardelijke straf),
- GGZ die wordt verleend aan gedetineerden in het gevangeniswezen.

Deze reikwijdte van het begrip "forensische zorg in strafrechtelijk kader" staat in het Eindrapport van het Deelproject stelselwijziging van het Project Vernieuwing Forensische Zorg in strafrechtelijk kader (april 2007). Dit rapport geeft ook het domein aan met een overzicht van alle strafrechtelijke titels die voor een deel ten uitvoer worden gebracht in de GGZ. Dit rapport zal geplaatst worden op de website van het project vernieuwing forensische zorg.

Vanaf 1 januari 2007 valt de forensische zorg onder de directe verantwoordelijkheid van Justitie. Per genoemde datum is het budget van forensische psychiatrie al overgeheveld van de AWBZ naar de Justitiebegroting. Uitgezonderd zijn de kosten van zorg op basis van het jeugdstrafrecht. De wet- en regelgeving zal nog zodanig worden aangepast, dat deze zorg (met uitzondering van die op basis van het jeugdstrafrecht) met ingang van 1 januari 2008 noch onder de AWBZ, noch onder de Zvw valt.

Voorbeelden

Geneeskundige zorg en daarna ondersteunende begeleiding

De huisarts verwijst meneer A naar de psychiater. De psychiater doet onderzoek en stelt een diagnose. Hij maakt een behandelplan waarin hij aangeeft dat hij naast medicatie psychotherapie zal toepassen om het door hem vastgestelde behandeldoel te behalen. Vervolgens voert hij het behandelplan uit.

Deze psychiatrische behandeling valt onder de Zvw.

(NB. Alle psychiatrische interventies vallen immers onder de geneeskundige zorg Zvw, behalve bij de zorg voor patiënten die langer dan een jaar in een instelling verblijven vanwege die geneeskundige zorg. Na een jaar is er sprake van voortgezet verblijf (verblijf en behandeling) ten laste van de AWBZ.)

De psychiater vindt het aangewezen om meneer A thuis een programma te laten volgen om zijn gedrag te veranderen. Deze activiteiten vormen een integraal onderdeel van het behandelplan en er is een directe aansturing door de behandelaar. Dit valt onder de Zvw.

De zorg heeft succes, de behandeling is afgerond en meneer A heeft alleen nog ondersteunende begeleiding nodig om zelfstandig te kunnen blijven wonen.

Deze ondersteunende begeleiding is ten laste van de AWBZ.

Geneeskundige zorg met noodzakelijk verblijf, voortgezet verblijf en aansluitend geneeskundige zorg en ondersteunende begeleiding

Mevrouw B wordt ook door de huisarts verwezen naar de psychiater. Na onderzoek stelt deze vast dat het een complex ziektebeeld is waarbij continu toezicht nodig is. Een geïntegreerd zorgplan is nodig waarbij verschillende disciplines zijn betrokken die onderling afgestemd moeten werken. De uitgevoerde activiteiten behoren tot geneeskundige zorg en vallen onder de Zvw.

Mevrouw B wordt opgenomen. Met medicatie en psychotherapie wordt haar stoornis zo goed mogelijk behandeld en wordt het optreden van gedragsproblematiek zoveel mogelijk voorkomen. In dit geval is sprake van medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg. Dit valt onder de Zvw. Pas als het verblijf de 365 dagen overschrijdt, is sprake van voortgezet verblijf dat ten laste komt van de AWBZ.

Als hij van mening is dat voortgezet verblijf noodzakelijk is in verband met de behandeling geeft de behandelaar gemotiveerd aan waarom mevrouw B moet verblijven. Het CIZ toetst of de verzekerde inderdaad op voortgezet verblijf is aangewezen.

Mevrouw B, dan wel de instelling namens haar, moet, zodra te verwachten is dat het verblijf langer dan 365 dagen zal zijn, tijdig een indicatiebesluit bij het CIZ aanvragen.

Na verloop van tijd blijkt met behandeling geen verder resultaat te kunnen worden bereikt. De behandeling in de instelling wordt gestopt en mevrouw wordt uit de instelling ontslagen en gaat zelfstandig wonen. Mevrouw B heeft nog gedragsproblemen, maar die zijn te beïnvloeden. De behandelaar neemt in het behandelplan op dat mevrouw een groepstraining gaat volgen waarin haar op een methodische manier wordt geleerd hoe zij ondanks haar gedragsstoornis toch beter kan functioneren. Deze zorg is geneeskundige zorg in de Zvw.

Los van de gedragstherapie krijgt zij ook tweemaal per week bezoek van een medewerker van de instelling die met haar bespreekt hoe zij haar dagelijkse activiteiten kan organiseren en haar helpt om zelf zoveel mogelijk de eigen regie over het leven te houden. Daarbij wordt regelmatig teruggegrepen op de vaardigheden die in de instelling tijdens het verblijf zijn verworven. Dit is ondersteunende begeleiding. De activiteiten zijn gericht op stabilisering van maatschappelijke participatie, behoud van regie en handhaving van vaardigheden. Deze ondersteunende begeleiding valt onder de AWBZ.

Geneeskundige zorg

Meneer C wordt door de politie van straat gehaald omdat hij met zijn gedrag (vermoedelijke ernstige psychische problematiek) overlast veroorzaakt. Via zijn huisarts komt hij terecht bij een GGZ-instelling. Daar wordt een begin gemaakt met de diagnosestelling en wordt een voorlopig

zorgplan opgesteld. Geprobeerd wordt om een opname te voorkomen. Tijdens bezoeken bij meneer C thuis vindt observatie plaats, gesprekken om de diagnose te kunnen stellen en om een inschatting te kunnen maken van de effecten van medicatie etc. De activiteiten zijn gericht op het opstellen, uitvoeren en bewaken van het zorgplan.

Deze zorg, waarbij zowel de psychiater als andere direct betrokken disciplines taken uitvoeren in het kader van onderzoek, diagnosesstelling en instellen van therapie, valt onder geneeskundige zorg in het kader van de Zvw.

Nadat de diagnose is verduidelijkt, wordt gestart met een zorgplan waarbij meneer C wordt aangeleerd hoe hij bepaalde aspecten van zijn gedrag kan corrigeren. De uitvoering ervan gebeurt in nauw overleg met de psychiater. Deze stelt periodiek de medicatie vast en geeft instructies over de uitvoering van het zorgplan.

De feitelijke behandeling door de psychiater en het bijsturen van het zorgplan vallen onder de Zvw. De uitvoering van het programma dat meneer C wordt aangeboden, valt ook onder de geneeskundige zorg. Het is een integraal onderdeel van het behandelplan en komt ten laste van de Zvw.

Langdurige ambulante psychoanalytische psychotherapie

De huisarts verwijst mevrouw D naar een GGZ-instelling, omdat zij vanwege angstklachten vrijwel niet meer kan functioneren op haar werk. Op basis van psychiatrisch en psychodiagnostisch onderzoek stelt, overeenkomstig het protocol van het NPI, een team van drie psychoanalytisch geschoolde psychiaters/psychotherapeuten een diagnose. De behandelend psychotherapeut maakt een behandelplan waarin deze aangeeft een behandeling van minimaal 1 sessie per week uit te voeren, waarbij medicatie door de psychiater wordt geregeld. Dit valt onder de Zvw.

De psychiater vindt dat medicatie na een jaar afgebouwd kan worden, terwijl de psychotherapie doorloopt. Het behandelplan wordt bijgesteld. De psychotherapie loopt nog een jaar door en kan dan worden afgesloten. Zij is weer volledig aan het werk. De psychotherapie, gegeven door de instelling, valt onder de Zvw.

Geneeskundige zorg naast verblijf met ondersteunende begeleiding

Na jaren in en uit een psychiatrisch ziekenhuis (een GGZ-instelling) en behandeling voor schizofrenie verblijft meneer E al weer jaren in een GGZ-instelling, met een indicatie voor verblijf en ondersteunende begeleiding.

Dit laatste verblijf is ten laste van de AWBZ.

Op enig moment heeft meneer E behandeling van een psychiater nodig. Voor deze behandeling is het niet nodig dat meneer E wordt opgenomen. Deze geneeskundige zorg, die gegeven wordt naast het verblijf in een AWBZ-instelling, vindt plaats ten laste van de Zvw, terwijl het verblijf met ondersteunende begeleiding ten laste van de AWBZ is.

Na enige tijd blijkt dat toch verblijf nodig is voor het slagen van de psychiatrische behandeling. Meneer E wordt opgenomen in een instelling waar tevens deze behandeling kan worden gegeven. De behandeling en het verblijf komen ten laste van de Zvw (tot maximaal 365 dagen).

Vanaf eerste dag van opname verblijf en ondersteunende begeleiding ten laste van de AWBZ

Na jaren van ambulante behandeling en begeleiding van een psychiater (ten laste van de Zvw) moet geconcludeerd worden dat het beter voor meneer F is als hij met begeleiding gaat wonen. De behandeling van de psychiater stopt. In de GGZ-instelling waar hij wordt opgenomen, ontvangt hij verblijf en ondersteunende begeleiding.

Zowel het verblijf als de ondersteunende begeleiding is vanaf de eerste dag ten laste van de AWBZ.

Verblijf met integrale behandeling

Een verstandelijk gehandicapte jongen heeft ook een psychiatrische aandoening. In verband met zijn verstandelijke handicap is hij geïndiceerd voor verblijf en behandeling. Omdat hij ook een psychische stoornis heeft, is volgens zijn behandelaar een integrale behandeling nodig. Deze integrale behandeling van zowel arts verstandelijk gehandicapten als psychiater (en eventuele

andere behandelaars die door hen worden ingeschakeld) komen ten laste van de AWBZ (artikel 15 BZA vanaf 1 januari 2008).

Vervolgens is toch overplaatsing mogelijk naar een instelling met de nadruk op wonen. Verblijf met behandeling is niet meer geïndiceerd. Het verblijf en de ondersteunende begeleiding die geboden wordt zijn ten laste van de AWBZ.

Als behandeling nodig is in verband met de psychische stoornis, kan dit ten laste van de Zvw extramuraal geschieden.

Persoonsgebonden budget, situatie 2007 en 2008

Een kind met een autistische aandoening heeft medicatiecontacten met een zelfstandiggevestigd psychiater. Dit valt in 2007 onder de AWBZ en in 2008 onder de Zvw.

Daarnaast krijgt zij twee uur begeleiding per week door een agoog. Dit wordt bekostigd door middel van een pgb. Er is indertijd voor die begeleiding een indicatie gesteld door het CIZ voor twee uur per week activerende begeleiding. De indicatie loopt af per 1 januari 2008.

De zorgverzekeraar waarbij het gezin verzekerd is heeft in de naturapolis, die het gezin gekozen heeft, opgenomen de beroepsgroepen die geneeskundige zorg mogen verlenen. Daar staat de agoog niet bij. Het gezin heeft voor de situatie vanaf 2008 de volgende mogelijkheid: een behandelaar zoeken die wel genoemd wordt in de polis, de zorg kan vervolgens genoten worden via naturapolis als het gaat om een gecontracteerde hulpverlener dan wel via restitutie of pgb als het gaat om een hulpverlener zonder contract. In de laatste twee gevallen ligt de vergoeding lager dan het marktconforme tarief en is de pgb-vergoeding nooit hoger dan het tarief van de restitutie. De hoogte van die vergoedingen is bepaald door de verzekeraar en vastgelegd in de polis.

Als betrokkenen de relatie met de agoog willen voortzetten kan dit alleen op basis van de AWBZ. Het gezin kan zich voor een mogelijke indicatie voor AWBZ-zorg wenden tot het CIZ.

Afbakening met OGGZ

Vanuit de woningbouwvereniging komt het signaal dat meneer J zijn woning ernstig verwaarloost. Er zijn klachten uit de buurt over stankoverlast. Een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige van een GGZ-instelling probeert (letterlijk) een voet tussen de deur te krijgen; vanuit de instelling krijgt deze verpleegkundige van tijd tot tijd advies van de daar werkende psychiater. Meneer J staat echter afwijzend tegenover hulp. Na een half jaar is meneer wel overtuigd en gaat zelfs een behandelovereenkomst aan met de GGZ-instelling.

Het werk gedurende de eerste zes maanden is niet geneeskundig van aard. Er is geen zorgvraag en geen behandelovereenkomst. Dit is bemoeizorg en behoort tot de verantwoordelijkheid van de gemeente. Vanaf het moment dat de behandeling start (na zes maanden) is de zorg ten laste van de Zvw.