

GGZ KOMPAS

GGZ IN ZVW EN AWBZ
VANAF 1 JANUARI 2007



CVZ

College voor zorgverzekeringen

GGZ Kompas

GGZ in Zvw en AWBZ vanaf 1 januari 2007

Uitgave College voor zorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH Diemen
Fax (020) 797 85 00
E-mail info@cvz.nl
Internet www.cvz.nl

Volgnummer 26039923v2
Afdeling PAK/C&I
Auteur mw. mr. J.M. van Diggelen
Datum april 2006
Doorkiesnummer Tel. (020) 797 85 49

Dit kompas is te downloaden op de CVZ-website www.cvz.nl
onder 'Zorgpakket'.

Inhoud

<i>pag.</i>	
1	1. Inleiding
2	2. Algemeen kader
2	2.a. Inleiding
2	2.b. Zorgverzekeringswet
3	2.c. Fasen overheveling geneeskundige GGZ
4	2.d. Forensische zorg: niet langer in AWBZ, niet in Zvw
4	2.e. Beëindiging subsidiëring GGZ-projecten
5	2.f. Gevolgen voor PGB-houders
6	3. Situatie voor de GGZ vanaf 2007
6	3.a. Inleiding
6	3.b. GGZ onder de Zvw
6	3.b.1. Geneeskundige zorg zonder verblijf
8	3.b.2. Geneeskundige zorg met verblijf
9	3.b.3. Verpleging
9	3.b.4. Voorwaarden
10	3.c. GGZ onder de AWBZ
10	3.c.1. Ondersteunende begeleiding zonder verblijf
11	3.c.2. Ondersteunende begeleiding met verblijf
11	3.c.3. Integrale behandeling ex artikel 15 BZA-AWBZ
12	3.c.4. Voortgezet verblijf
12	3.c.5. Indicatiestelling

Bijlage(n)

13	A. Schema Geestelijke gezondheidszorg vanaf 2007
15	B. De AWBZ-aanspraken vanaf 2007
17	C. Voorbeelden (per 1 januari 2007)

1. Inleiding

Volgend jaar gaat een groot deel van de nu in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verzekerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ) over naar de te verzekeren prestaties in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Per 1 januari 2007 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 2007 in werking treedt, aangepast. Toch blijven er vragen wanneer zorg behoort tot de AWBZ of onderdeel is van de Zvw. In het licht van zijn taak als pakketbeheerder, waaronder de uitleg van de verzekerde zorg, wil het College voor zorgverzekeringen (CVZ) met dit kompas de verschillende pakketten verduidelijken. Het CVZ wil hiermee bijdragen aan een eenduidige uitleg van de aanspraken AWBZ en van de te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw. Duidelijke pakketten dragen bij aan een eenduidige uitvoering.

Het GGZ Kompas is bedoeld als richtinggevend naslagwerk voor medewerkers van zorgverzekeraars en zorgkantoren en voor zorgaanbieders. Aan de hand van de regelgeving verduidelijkt het CVZ hierin de verzekerde zorg in het kader van de Zvw en van de AWBZ, nader toegelicht met voorbeelden. Dit is naar de stand van zaken op dit moment. In dit kompas ligt de nadruk op de inhoud van de verzekerde zorg; andere ontwikkelingen, die ook van belang zijn voor de overheveling van de GGZ, zoals de DBC-ontwikkeling en die op het gebied van de risicoverevening, blijven buiten beschouwing.

Het is de bedoeling het GGZ Kompas in de tweede helft van 2006 te actualiseren. Reacties en suggesties voor de volgende versie zijn dan ook zeer welkom.

In hoofdstuk 2 is de situatie van het zorgstelsel in 2006 aangegeven en zijn relevante veranderingen vermeld die te verwachten zijn per 2007. De situatie zoals die zal zijn voor de GGZ vanaf 2007, is weergegeven in hoofdstuk 3.

2. Algemeen kader

2.a. Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we eerst kort op in een aantal aspecten van de Zvw en de manier waarop de overheveling van prestaties van AWBZ naar Zvw gaat plaatsvinden. Daarna komen drie veranderingen aan de orde die relevant zijn voor de GGZ: de verschuiving van de verantwoordelijkheid voor de forensische zorg van het ministerie van VWS naar dat van Justitie; de beëindiging van een aantal subsidies voor GGZ-projecten; en de gevolgen van de overheveling voor PGB-houders die van GGZ gebruik maken.

2.b. Zorgverzekeringswet

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) zijn de inhoud en omvang van de prestaties waarop de verzekerde krachtens de zorgverzekering recht heeft, nader geregeld.

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. Een zorgverzekeraar moet in zijn polis opnemen dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.

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 2007 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; deze valt onder de geneeskundige zorg in het kader van de Zvw.

2.c. Fasen overheveling geneeskundige GGZ

De overheveling van de geneeskundige GGZ van de AWBZ naar de Zvw gebeurt in twee fasen:

1. In 2006 vindt de financiering van de over te hevelen GGZ al plaats vanuit het Zorgverzekeringsfonds met vervolgens een eenmalige storting in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ).
2. Per 1 januari 2007 gebeurt de daadwerkelijke overheveling en invoering in 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.

2.d. Forensische zorg: niet langer in AWBZ, niet in Zvw

Forensische zorg is zorg in strafrechtelijk kader en is als volgt afgebakend:

- GGZ (inclusief forensische verslavingszorg) in het kader van een strafrechtelijk vonnis (bijvoorbeeld terbeschikkingstelling, voorwaardelijke gevangenisstraf) én
- GGZ (inclusief forensische verslavingszorg) aan gedetineerden in het gevangeniswezen tijdens en na de detentie.

Vanaf 1 januari 2007 zal de forensische zorg tot de verantwoordelijkheid van de minister van Justitie behoren. De financiële middelen die nu deel uitmaken van de AWBZ, worden toegevoegd aan de begrotingsmiddelen van de minister van Justitie, waardoor deze zorg vanaf 2007 noch onder de AWBZ, noch onder de Zvw valt.

2.e. Beëindiging subsidiëring GGZ-projecten

Van twee soorten projecten op het terrein van de GGZ vindt al een aantal jaren financiering plaats op basis van subsidie ten laste van het AFBZ. Dit zijn de 'Zorgvernieuwingsprojecten' en de 'Initiatieven op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)'. De activiteiten die met deze subsidies worden betaald, zullen onderdeel gaan uitmaken van het terrein van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Met de invoering van de Wmo, naar verwachting per 1 januari 2007, vervallen deze subsidies. Ook vervallen per deze datum de subsidies 'Diensten bij wonen met zorg' en 'Coördinatie vrijwillige thuiszorg en mantelzorg'. Hoewel deze laatste twee subsidies niet specifiek bestemd zijn voor mensen met psychiatrische problematiek, kunnen de gelden ook voor deze doelgroep ingezet worden.

2.f. Gevolgen voor PGB-houders

De overheveling van AWBZ naar Zvw heeft gevolgen voor PGB-houders, die van de GGZ gebruik maken. Een deel van de zorg waarvoor nu een PGB kan worden verkregen, gaat over naar de Zvw. Dit betreft verpleging en activerende begeleiding. In de Zvw is de mogelijkheid opgenomen bij wijze van experiment voor aangewezen vormen van zorg een PGB te verstrekken. Het CVZ zal via de zorgkantoren de PGB-houders die het aangaat, tijdig, dat wil zeggen vóór 1 juli 2006, over mogelijke consequenties informeren.

3. Situatie voor de GGZ vanaf 2007

3.a. Inleiding

Kort samengevat is de situatie voor de GGZ vanaf 2007 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.

Hierna is aangegeven wanneer de GGZ onder de Zvw (paragraaf 3.2) valt en wanneer onder de AWBZ (paragraaf 3.3). In bijlage A is dit weergegeven in een schema.

De gespecialiseerde, tweedelijns geneeskundige GGZ is tot 2007 opgenomen in de AWBZ en is neergelegd in de aanspraken behandeling, activerende begeleiding en verpleging. In de omschrijving van deze aanspraken in het Besluit zorgaanspraken AWBZ vervalt dan ook de grondslag psychiatrische aandoening. Bijlage B geeft de stand van zaken weer van de AWBZ-aanspraken vanaf 2007.

Bijlage C bevat voorbeelden met betrekking tot AWBZ en Zvw.

3.b. GGZ onder de Zvw

Binnen de Zvw-kaders behoort alle geneeskundige GGZ tot het Zvw-pakket. Dit betreft zowel de eerstelijns- als de tweedelijns-zorg. In deze paragraaf komen de prestaties waar GGZ speelt aan de orde.

3.b.1. Geneeskundige zorg zonder verblijf

Inhoud

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 zijn medisch-specialisten, dus de geneeskundige GGZ omvat zorg zoals huisartsen, psychiaters en klinisch-psychologen die plegen te bieden. Een behandelmethode binnen de GGZ is psychotherapie. Een psychotherapeutische behandeling kan ook door een psychotherapeut gegeven worden. Een psychotherapeut behoeft geen arts of klinisch-psycholoog 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).

Tot dat deel van het pakket behoort die 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. Onderdeel van geneeskundige zorg is ook het daarbij behorende laboratoriumonderzoek.

De GGZ omvat de eerstelijnspsychologische zorg en de gespecialiseerde GGZ.

Eerstelijnspsychologische zorg

In het rapport *Eerstelijnspsychologische zorg in het ziekenfondspakket* (27 februari 2003) is de eerstelijnspsychologische zorg als volgt omschreven:

“Psychologische zorg in de eerste lijn betreft kortdurende behandeling van ‘lichte psychologische problematiek’, door middel van een generalistische aanpak. De eerstelijns GGZ onderscheidt zich van de tweede lijn op grond van de volgende variabelen:

- Aard van de klacht: het gaat om niet-complexe psychische problematiek;
- Ernst van de klacht: de klacht heeft slechts een matige invloed op iemands functioneren;
- Hulpverleningsgeschiedenis: er heeft nog geen eerdere psychologische behandeling plaatsgehad en/of eerdere behandeling van overeenkomstige psychosociale problematiek is succesvol afgesloten;
- Draagkracht van de cliënt: de klachten manifesteren zich op een niveau dat geen ernstige ontregelingen, acute crises en psychoses te verwachten zijn;
- Diagnostiek/indicatiestelling: een snelle en doeltreffende diagnose is kenmerkend en noodzakelijk voor de eerste lijn mede gelet op snelheid en het beperkte aantal zittingen dat als uitgangspunt dient. Veelal wordt hiervoor gebruik gemaakt van de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition) en/of ICPC-codes (International Classification of Primary Care), naast structurele diagnostiek. Deze informatie is nodig om te weten of een eerste- of tweedelijnsbehandeling is aangewezen.”

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 ondersteunende begeleiding in verband met een psychiatrische aandoening (ten laste van de AWBZ) en los daarvan gelijktijdig een psychiatrische behandeling (geneeskundige zorg) nodig hebben. Ook is denkbaar dat iemand die verblijft in een instelling ten laste van de AWBZ, bijvoorbeeld in verband met een somatische aandoening, aangewezen is op een ambulante psychiatrische behandeling. Deze behandeling komt dan ten laste van de Zvw.

Omvang en eigen bijdragen

De eerstelijnspsychologische zorg is beperkt tot maximaal acht zittingen per jaar. Er is een eigen bijdrage per zitting verschuldigd.

De onder de AWBZ geregelde beperking van het aantal zittingen psychotherapie en het verschuldigd zijn van een eigen bijdrage is op dezelfde wijze in het kader van de Zvw opgenomen.

Onderscheid eerste- en tweedelijnszorg

Omdat er verschillende beperkingen en verschillende eigen bijdragen zijn, is het van belang aan te geven wanneer er sprake is van eerstelijnspsychologische zorg en wanneer van een psychotherapeutische behandeling. Om deze zorgvormen zo duidelijk mogelijk te omschrijven laat het CVZ op dit moment onderzoek uitvoeren naar een heldere afbakening.

3.b.2. Geneeskundige zorg met verblijf

Als naast geneeskundige zorg verblijf 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. 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 kunnen voor een deel van hun tijd behoefte hebben aan een zinnige 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.

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 opneming (diagnose). Als er tussen twee opnames minder dan dertig 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).

3.b.3. Verpleging

Verpleging in het kader van de Zvw kan als onderdeel van geneeskundige zorg (artikel 2.4 Bzv) voorkomen. 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).

AWBZ-verpleging in verband met een psychiatrische aandoening is als aanspraak vervallen. Als er in verband met een psychiatrische aandoening verpleging nodig is, is dit verpleging in de zin van de Zvw.

3.b.4. Voorwaarden

In het Bzv is een algemene 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 is dit niet het geval. De zorgverzekeraar beoordeelt de indicatie voor de zorg. Hiertoe kan de verzekeraar voorwaarden van procedurele aard in zijn polis opnemen. Zoals onder 2.1 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 jeugd GGZ

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 geldt als voorwaarde voor het verkrijgen van GGZ ten laste van de Zvw.

3.c. GGZ onder de AWBZ

Na de overheveling zijn de AWBZ-aanspraken verpleging, activerende begeleiding en behandeling niet meer van toepassing in geval van psychiatrische aandoeningen. Omdat dit geneeskundige zorg is, is deze zorg overgeheveld naar de Zvw.

De AWBZ-aanspraken huishoudelijke verzorging¹, persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding en verblijf wijzigen in dit verband niet. In deze paragraaf volgt een toelichting op de omschrijving van de aanspraken die ook van toepassing zijn voor mensen met een psychiatrische aandoening. Dit betreft dan met name ondersteunende begeleiding, verblijf in combinatie met ondersteunende 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 medisch-specialistische zorg nodig is.

3.c.1. Ondersteunende begeleiding zonder verblijf

Het blijft mogelijk aanspraak te maken op ondersteunende begeleiding ten laste van de AWBZ. 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. Bij ondersteunende begeleiding gaat het om 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 (mantelzorg)

* Huishoudelijke verzorging vervalt als zelfstandige aanspraak in de AWBZ zodra de Wmo is ingevoerd.

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 mantelzorger.

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

3.c.2. Ondersteunende begeleiding met verblijf

Ondersteunende begeleiding kan zowel in de thuissituatie als in combinatie met verblijf worden geboden. Is er sprake van ondersteunende begeleiding met verblijf terwijl behandeling niet noodzakelijk is in de verblijfssetting, dan is deze zorg vanaf de eerste dag ten laste van de AWBZ.

Geneeskundige zorg tijdens dit verblijf kan echter ten laste van de Zvw komen.

3.c.3. Integrale behandeling ex artikel 15 BZA-AWBZ

Binnen AWBZ-instellingen verblijven verzekerden die naast hun primaire grondslag ook een grondslag psychiatrie hebben, bijvoorbeeld een verstandelijke handicap en een psychiatrische aandoening. Voor deze doelgroepen zijn er specifieke behandel eenheden, waar een integrale behandeling wordt geboden. Een integrale behandeling, waaronder behandeling in verband met een psychiatrische aandoening, is een aanspraak in het kader van de AWBZ. Artikel 15 Besluit zorgaanspraken AWBZ (BZA-AWBZ) regelt vanaf 1 januari 2007 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 is geïndiceerd en een integrale behandeling nodig is, komt deze integrale behandeling (inclusief de psychiatrische behandeling) ten laste van de AWBZ.

3.c.4. Voortgezet verblijf

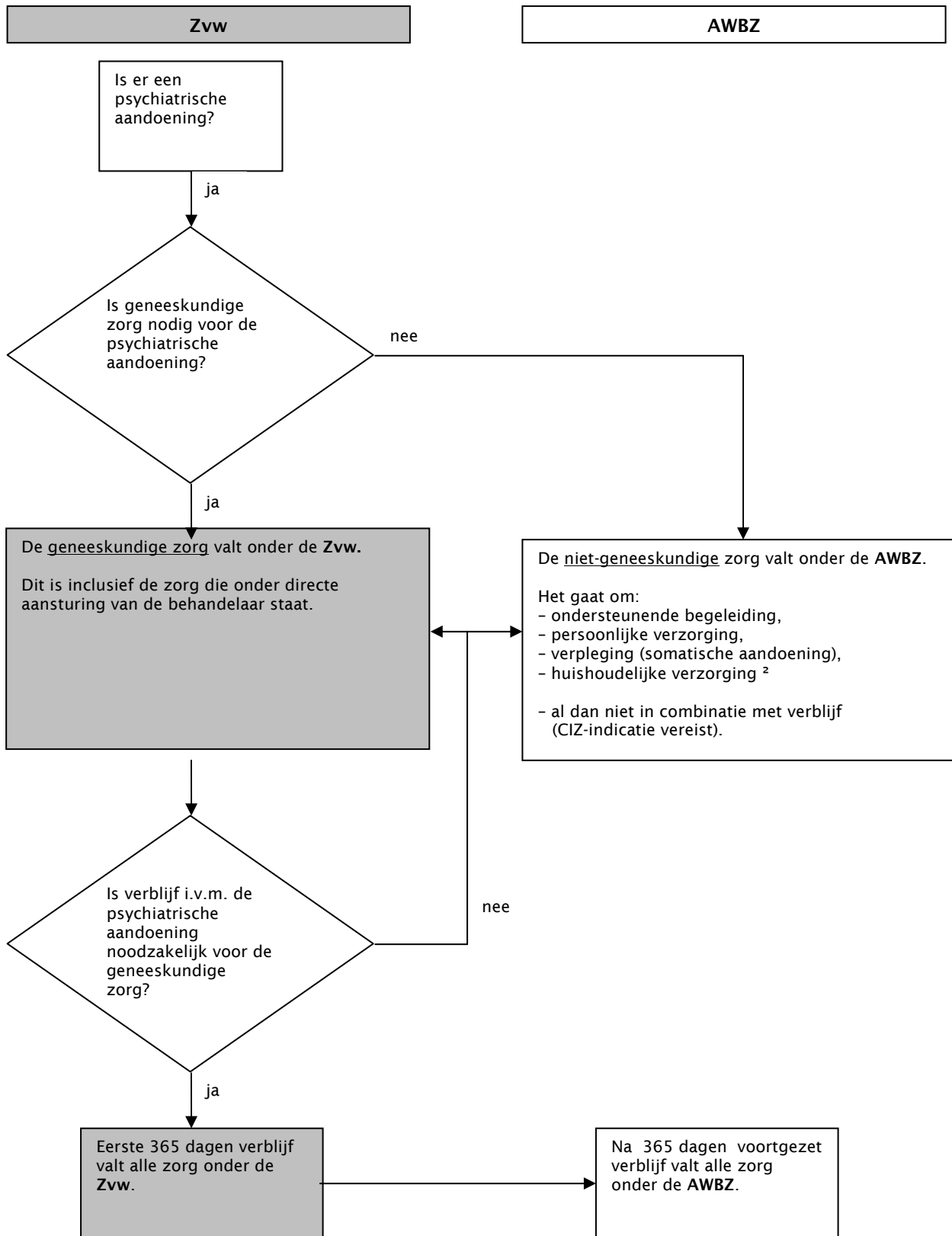
Als in het kader van de behandeling (geneeskundige zorg) verblijf noodzakelijk is, is dit verblijf gedurende de eerste 365 dagen ten laste van de Zvw. Is ook na deze 365 dagen geneeskundige zorg (behandeling) nodig, dan komt dit 'voortgezet verblijf' voor rekening van de AWBZ:

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-AWBZ).

3.c.5. Indicatiestelling

Voor alle AWBZ-zorg in verband met een psychiatrische grondslag is vanaf 2007 een indicatiebesluit van het Centrum Indicatiestelling Zorg (voor kinderen en jeugdigen van het Bureau Jeugdzorg) vereist.

Bijlage A: De GGZ¹ vanaf 2007



1 In dit schema staat geen informatie over de eerstelijnspsychologische zorg.

2 Huishoudelijke verzorging vervalt als zelfstandige aanspraak in de AWBZ zodra de Wmo is ingevoerd.

Bijlage B: De AWBZ-aanspraken vanaf 2007

Van de AWBZ naar de Zvw gaat:

- Alle extramurale geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.
- Het eerste jaar van alle intramurale geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.
Dit verblijf houdt een integraal pakket in.

In de AWBZ blijft:

- Alle extramurale niet-geneeskundige GGZ. In AWBZ-functies is dit uitsluitend (een combinatie van) huishoudelijke verzorging*, persoonlijke verzorging en/of ondersteunende begeleiding met grondslag psychiatrische aandoening.
- Alle intramurale niet-geneeskundige GGZ. In AWBZ-functies is dit uitsluitend (een combinatie van) persoonlijke verzorging en/of ondersteunende begeleiding met grondslag psychiatrische aandoening in combinatie met verblijf.
- Alle intramurale GGZ na het eerste jaar.

De psychiatrische grondslag vervalt dus in de AWBZ bij activerende begeleiding, verpleging en behandeling.

De omschrijving van de AWBZ-aanspraken per 1 januari 2007:

- **Activerende begeleiding** omvat door een instelling te verlenen activerende activiteiten gericht op het omgaan met de gevolgen van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, waaronder voorkoming van verergering van gedragsproblemen in verband met een zodanige aandoening, beperking of handicap.
- **Verpleging** omvat verpleging in verband met een somatische, psychogeriatrische aandoening of een lichamelijke handicap, gericht op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening, beperking of handicap, te verlenen door een instelling.
- **Behandeling** omvat behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische of psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke, lichamenlijk of zintuiglijke handicap, te verlenen door een instelling.
Indien de behandeling van een psychiatrische aandoening integraal onderdeel uitmaakt van een AWBZ-behandeling, zoals hiervoor omschreven, én in combinatie wordt aangeboden met verblijf, komt ook dit onderdeel ten laste van de AWBZ.

* Huishoudelijke verzorging vervalt als zelfstandige aanspraak in de AWBZ zodra de Wmo is ingevoerd.

Bijlage C: Voorbeelden situaties per 1 januari 2007

Meneer A: 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 behandelplan te behalen. Vervolgens voert hij het behandelplan uit en stelt dit zonnodig bij.

Deze psychiatrische behandeling valt onder de Zvw. Alle psychiatrische interventies vallen immers onder de Zvw, behalve bij de zorg voor patiënten die langer dan een jaar in een instelling verblijven.

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 en meneer A heeft alleen nog ondersteunende begeleiding nodig om zelfstandig te kunnen blijven wonen.

Deze ondersteunende begeleiding is ten laste van de AWBZ.

Mevrouw B: 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 aandoening zoveel mogelijk bestreden 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.

Na verloop van tijd blijkt met behandeling geen verder resultaat te kunnen worden bereikt. De behandeling 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 valt onder de Zvw.

Gelijktijdig wordt zij ook los van de gedragstherapie tweemaal per week bezocht door 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 zorg valt onder de AWBZ. Het uitgangspunt is immers dat ondersteunende begeleiding, gelet op de activiteiten, tot het pakket van de AWBZ behoort.

Dit is anders als de ondersteunende begeleiding strikt noodzakelijk is om de behandeling te laten slagen. In dat geval is ondersteunende begeleiding namelijk een onlosmakelijk onderdeel van de behandeling (geneeskundige zorg) en betekent dit dat de behandelaar ook de ondersteunende begeleiding direct aanstuurt.

Meneer C: geneeskundige zorg

Meneer C wordt door de politie van straat gehaald omdat hij met zijn gedrag (vermoedelijke ernstige psychiatrische 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, diagnosestelling 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.

Meneer D: heropnames, berekening 365-dagen, voortgezet verblijf

Meneer D is op 8 februari 2007 opgenomen in een algemeen ziekenhuis met hevige buikklachten. Nadat deze klachten zijn verholpen, blijkt dat meneer D lijdt aan waanideeën. De internist draagt de behandeling over aan een psychiater en meneer D wordt aansluitend opgenomen op de psychiatrische afdeling. Dit is per 1 maart 2007.

Zowel het verblijf in het algemeen ziekenhuis op de interne afdeling als op de psychiatrische afdeling is ten laste van de Zvw.

De heer D gaat op 15 juni 2007 naar huis. Zoals afgesproken met de psychiater en neergelegd in het zorg/behandelplan volgt meneer D een psychiatrische behandeling in de vorm van deeltijdbehandeling. Deze behandeling omvat vier dagdelen per week en wordt vooralsnog voor zes maanden gepland. Ook deze behandeling is ten laste van de Zvw.

De heer D wordt helaas, net na de start van zijn ambulante behandeling, getroffen door een hartaanval en belandt weer in het algemene ziekenhuis. Zijn opnameperiode is van 1 juli tot 21 juli 2007.

Omdat de deeltijdbehandeling niet echt gestart is, verslechtert zijn psychische toestand en moet hij weer opgenomen worden op de psychiatrische afdeling, waar de psychiater hem behandelt. De tijdens zijn verblijf geleverde verzorging, verpleging en begeleiding zijn onderdeel van dit verblijf. De datum van deze hernieuwde opname is 1 augustus 2007.

Tot nu toe is alle geleverde zorg voor rekening van de Zvw.

Het verblijf in de psychiatrische afdeling is langdurig. Op 4 maart 2008 komt het voortgezet verblijf (in ieder geval inclusief behandeling) ten laste van de AWBZ.

De berekening van 365-dagen is als volgt: van 8 februari 2007 tot 8 februari 2008 zijn 365 dagen. Er zijn 25 dagen van onderbreking: 15 dagen van 16 juni tot 1 juli 2007 en 10 dagen van 22 juli tot 1 augustus 2007. Vanaf 8 februari 2008 25 dagen later is 4 maart 2008.

Meneer D, dan wel het ziekenhuis namens hem, moet tijdig een indicatiebesluit bij het CIZ aanvragen.

Meneer E: 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).

Meneer F: 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.

Jongen G: verblijf met integrale behandeling

Een verstandelijk gehandicapte jongen heeft ook een psychiatrische aandoening. Verblijf is geïndiceerd inclusief een integrale behandeling van zowel arts verstandelijk gehandicapten als psychiater. Dit verblijf en deze integrale behandeling komen ten laste van de AWBZ. Vervolgens is toch overplaatsing mogelijk naar een instelling met de nadruk op wonen. Het verblijf en de ondersteunende begeleiding die geboden wordt zijn ten laste van de AWBZ. Als behandeling nodig is in verband met de psychiatrische aandoening, kan dit ten laste van de Zvw extramuraal geschieden.

Mevrouw H: geneeskundige zorg

Mevrouw H van 21 jaar is in een vrouwenopvanginstelling opgenomen met kind van 2 jaar. Uit het intakeverslag en de gesprekken met de casewerker blijkt dat mevrouw al enige maanden last heeft van slaapgebrek. Dit is het gevolg van het onverwerkte verleden van mevrouw. Al snel blijkt dat mevrouw de dood van haar moeder nooit verwerkt heeft. Samen met haar casewerker wordt een hulpverleningsovereenkomst gemaakt op basis van de rouwverwerkingmethodiek. De casewerker krijgt hierin inhoudelijke ondersteuning van de gedragswetenschapper, die de zorg aanstuurt. De zorg betreft eerstelijnspsychologische zorg, die ten laste van de Zvw komt. Mocht de hulpverlener toch concluderen dat sprake is van complexere problematiek, dan kan deze doorverwijzen naar tweedelijnszorg.

Meneer J: 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 sociaal-psychiatrisch 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.