



Aan de wethouders sociaal domein van de
pilotgemeenten ketenveldnorm

Datum

25 mei 2020

Kenmerk

TISB/U202000394

Telefoon

06 10 39 11 94

Bijlage(n)

-

Onderwerp

Levensloopfinanciering (ketenveldnorm)

Geachte wethouder,

Hierbij willen wij u informeren over de ketenveldnorm levensloopfunctie beveiligde intensieve zorg. Dit doen wij omdat we als VNG betrokken zijn bij de ontwikkeling en implementatie van de ketenveldnorm en er graag aan willen bijdragen om in de vier lopende pilots de problemen met de financiering van de aanmeldfase op te lossen.

In deze brief gaan we achtereenvolgens in op

1. het hoe en waarom van de ketenveldnorm;
2. de lopende pilots;
3. de ervaren problematiek rond financiering;
4. de rol van gemeenten;
5. de vervolgfase;
6. het tijdpad naar inwerkingtreding van de ketenveldnorm.

1. Wat is de ketenveldnorm levensloopregeling en beveiligde intensieve zorg

De ketenveldnorm levensloopregeling en beveiligde intensieve zorg (hierna: de ketenveldnorm) is een zorgstandaard¹ voor mensen met GGZ- en/of LVB-problematiek en bijkomende problematiek zoals een verslaving, die daardoor gedrag vertonen dat schadelijk is voor de samenleving. Deze groep heeft bij uitstek baat bij continuïteit van zorg en begeleiding en bij soepele op- en afschaling van en

¹ Een 'zorgstandaard' is een begrip in de zorgwereld en bevat een omschrijving van de standaarden waaraan de zorgvoorziening voor een aandoening of groep dient te voldoen. Bij een ketenveldnorm geldt dat meerdere partijen in een keten bij de zorgstandaard betrokken zijn. In dit geval zorgaanbieders uit GGZ- en LVB-sectoren, aanbieders van forensische zorg en het sociaal domein.

naar beveiligde zorg. Continuïteit moet er ook zijn als het gaat om wonen, werk of dagbesteding en inkomen. De ketenveldnorm is in andere woorden de 'sluitende aanpak' voor de hoog-risicogroep. Schattingen van de omvang van de doelgroep lopen uiteen van (landelijk) 1.500 tot maximaal 3.000 personen. Het betreft een groep die vaak beschreven wordt als zorgwekkende zorgmijders, vaak ook dakloos, met veelal een traject achter zich van zware, vaak forensische zorg en detentie. De ketenveldnorm beschrijft de werkwijze en samenhang van de verschillende zorg-, financierings- en leefsysteem. Het doel is betere samenhang tussen ondersteuning, zorg en veiligheid, verbeterde kwaliteit van leven, en preventie van destructief en gevaarlijk gedrag. Aansluiting en samenwerking tussen (reguliere) zorgpartijen met het sociaal domein en de forensische zorg is noodzakelijk om goede op- en afschaling mogelijk te maken. De ketenveldnorm is een van de opbrengsten van het programma Continuïteit van Zorg². Dit programma startte in januari 2016 en liep tot 1 juli 2017. De VNG was een van de opdrachtgevers, naast de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Veiligheid en Justitie, Zorgverzekeraars Nederland en GGZ Nederland. De VNG heeft ingestemd met de inhoud van de ketenveldnorm. De aanpak past goed in de visie op zorg en veiligheid. De VNG heeft daarbij aangegeven dat pas een definitief besluit zou volgen als ervaring zou zijn opgedaan met implementatie van de ketenveldnorm in een aantal pilotregio's. De VNG wil eerst inzicht in de financiële gevolgen van implementatie van de ketenveldnorm en de resultaten. Eenzelfde lijn kozen ook andere betrokken koepels ZN, GGZ Nederland en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. Vandaar dat het ook in het belang van de VNG en gemeenten is om de pilots ervaring te laten opdoen. Overigens is de ketenveldnorm ook benoemd in het Hoofdlijnenakkoord GGZ, dat de VNG vorig jaar heeft mee ondertekend.

2. Lopende pilots

De ministeries van VWS en J&V hebben na deze besluitvorming opdracht gegeven tot inrichting van vier pilots, en aan GGZ Nederland en de VGN verzocht hiertoe een projectorganisatie in te richten. Op 1 juni 2019 waren vier pilots operationeel. Het gaat om pilots in de regio's Limburg, Overijssel, Midden-Nederland en Zuid-Oost Brabant. Het gaat om grote regio's gezien de geringe omvang van de doelgroep. Per pilotregio is een van de grote zorgverzekeraars betrokken. Een sleutelrol is toegekend aan de zogenaamde levensloopaanbieder. Dit is in de regel een forensische zorgaanbieder verbonden aan een GGZ-instelling. De verbinding met gemeenten werd ook gelegd per regio, meestal met de in de regio aanwezige structuur rond Zorg en Veiligheid die gebouwd is rond de aanpak van verward gedrag, zeker op bestuurlijk niveau. Gemeenten zijn voorts belangrijke partners in de zorg- en veiligheidshuizen. De Zorg- en veiligheidshuizen spelen op hun beurt een belangrijke rol in de ketenveldnorm: in drie van de vier pilots fungeert het Zorg- en veiligheidshuis als aanmeldplek. In de uitvoering is er op casusniveau steeds meer verbinding met het sociaal domein. Een solide verbinding met het sociaal domein is cruciaal gezien de te betrekken leefgebieden (wonen, werk of dagbesteding en begeleiding).

² <https://vng.nl/artikelen/programma-continuïteit-van-zorg>

Onderstaand een overzicht van pilotregio's en betrokkenen:

| Regio | Betrokken zorgverzekeraar | Betrokken zorgkantoren | Betrokken levensloop-aanbieder | Verbinding lokaal domein |
|------------------|---------------------------|--|--------------------------------|--|
| Oost-Nederland | Menzis | Midden-IJssel, Drenthe | Transfore | Stuurgroep ketenveldnorm |
| Midden-Nederland | Zilveren Kruis | Utrecht | Fivoor | Werkgroep zorg en werkgroep financiën |
| Limburg | CZ | Noord- en Midden-Limburg; Zuid-Limburg | De Rooyse Wissel | Provinciaal bestuurlijk strategisch overleg zorg en veiligheid |
| Oost-Brabant | VGZ | Noord-Oost Brabant, Zuid-Oost Brabant | De Woenselse Poost | Programmaraad Zorg en Veiligheid en samenwerkingsovereenkomst |

Significant heeft de pilots gevolgd op een aantal aspecten. De bevindingen zijn verwerkt in een handreiking, waarin ook een overzicht met de regionale indeling³ te vinden is.

3. Ervaren problematiek rond financiering en grenzen van het stelsel

Bij aanvang van de pilotregio's is er uitgegaan van financiering vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) voor het gehele 'zorg'deel van de ketenveldnorm: de ambulante zorg, het op- en afschalen, de beveiligde intramurale zorg.

De kosten van de aanmeldfase - het traject waarin wordt beoordeeld of iemand tot de doelgroep van de ketenveldnorm behoort- kunnen binnen de huidige systemen niet gedeclareerd worden. Reden is dat in veel gevallen geen aanspraak is in het kader van de Zvw. Het gaat om een bedrag van ongeveer € 2.000,-⁴ per traject. Het verzoek aan gemeenten is deze kosten voor de aanmeldfase te financieren. Dit is voor de pilotfase een pragmatische oplossing omdat alle partijen op inhoud de ketenveldnorm een zeer kansrijke en waardevolle aanpak vinden.

Niet alleen de aanmeldfase levert een probleem op. Ook voor wat betreft de zorg zelf zijn er aandachtspunten:

³[https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/Ketenveldnorm/Handreiking%20ketenveldnorm%20versie%2017022020%20-%20def\(2\).pdf](https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/Ketenveldnorm/Handreiking%20ketenveldnorm%20versie%2017022020%20-%20def(2).pdf)

⁴ Er wordt uitgegaan van gemiddeld 11 uur tijdsbesteding per aangemelde burger / betrokkene voor de aanmeld- en opstartfase. Het gaat om zowel directe als indirecte cliëntgebonden kosten voor de tijdschrijvende beroepen in de ggz en de gehandicaptensector. Alle andere partijen in het zorg- en veiligheidshuis worden al gefinancierd voor hun activiteiten. Voor het uurtarief is nu uitgegaan van €180,00 per uur (inclusief BTW). Dit betekent dit: 11 uur x €180,00 p/u = afgerond €2000,00. Deze 11 uur is gebaseerd op de ervaringen uit de pilot hoog risicopatiënten van DJI en de ervaringen van het Transforensisch Maatwerkteam uit Tilburg. Als eind 2020 blijkt dat de kosten in tijd of personeel anders liggen, wordt het normbedrag van €2000,00 herijkt / bijgesteld.

- Het stelsel financiert geen beschikbaarheid, zodat het noodzakelijke beveiligde bed er niet altijd is;
- Voor de behandelfase met bovengemiddelde kosten zorgen deze cliënten voor een grote druk op het budget van het contract voor ambulante behandeling;
- Als de cliënt nog niet in behandeling is bij de levensloopaanbieder is er geen betaaltitel voor overleg en consultatie in de Zorgverzekeringswet.

Dit laatste is een breder gesignaleerd stelselprobleem: de VNG pleit al geruime tijd samen met ZN en GGZ Nederland voor een reparatie in het stelsel teneinde dit mogelijk te maken.

De pilotregio's geven aan niet verder te kunnen en hebben landelijke partijen gevraagd een oplossing te bieden. Zorgverzekeraars buigen zich over oplossingen voor de financiering van de behandelfase van de ketenveldnorm. Ook worden de pilots versterkt met een inhoudelijk en relationeel adviseur. Voor een oplossing voor de **aanmeldfase** kijkt men naar gemeenten. Hieronder gaan we daar nader op in.

4. Rol van gemeenten in de pilotfase

Uit de opgedane ervaringen in de vier pilotregio's blijkt dat rond de 45% van de cliënten die zijn geïncludeerd in de ketenveldnorm valt in de categorie 'zorgwekkende zorgmijders'. Ze zijn niet in zorg, zijn vaak dakloos, hebben ook vaak een strafblad, en zijn in het algemeen mensen die voor veel problemen zorgen en waar weinig vat op is te krijgen. Zij worden vaak ook aangemeld door de gemeente en dan vaak via het Zorg- en Veiligheidshuis.

De overige 55% valt niet onder deze noemer 'zorgwekkende zorgmijders' deels omdat zij al in een klinische setting behandeling ontvangen. Ook dan kunnen aanbieders tegen financieringsproblemen aanlopen inherent aan de structuur waarin zij bekostigd worden. Het gaat veelal om een aanvullende forensische aanpak die nodig is. Ook als iemand al wel zorg ontvangt is dit in de meeste gevallen geen zorg vanuit de forensische aanpak. Juist in de aanmeld- en beoordelingsfase wordt bekeken of deze forensische aanpak nodig is.

Het is de kunst om gezamenlijk de aandachtspunten zo op te lossen dat de passende zorg voor deze complexe doelgroep geleverd kan worden: de bedoeling van pilots is immers, dat zoveel mogelijk ervaring wordt opgedaan met een nieuwe werkwijze, die bovendien past in de visie die gemeenten voorstaan: een integrale persoonsgerichte benadering, die past bij goede preventie. De eerste ervaringen laten zien dat mensen minder snel terugvallen in de zware beveiligde zorg.

De VNG roept daarom gemeenten op om in deze pilotfase de kosten van de aanmelding (ook van de reeds verrichte aanmeldtrajecten) op zich te nemen, een en ander onder de voorwaarde dat ook in een oplossing van de zorgkosten is voorzien door de zorgverzekeraar(s). De pilots kunnen dan weer continueren. Wij geven daarbij ter overweging mee dat het gaat om een klein aantal personen en dat de kosten van een aanmeldtraject € 2.000 zijn. Dit is een gemiddeld bedrag gebaseerd op ervaringen in gemeenten uit de pilots Oost Nederland en Oost-Brabant. Om registratiedruk voor alle betrokken partijen te vermijden wordt gewerkt met dit gemiddelde bedrag per aanmeldtraject. De extra middelen die gemeenten hebben gekregen bij ondertekening van het Hoofdlijnen akkoord GGZ kunnen uiteraard hiervoor ingezet worden.

We merken daarbij op dat niet in alle gevallen een aanmelding leidt tot inclusie in de ketenveldnorm. Eerste ervaringen zijn dat ongeveer de helft van de aanmeldingen leidt tot inclusie. Voor de aanmeldingen die niet leiden tot inclusie geldt dat er nog voorliggende oplossingen zijn die (onvoldoende) ingezet zijn. De ervaringen tot nu toe opgedaan laten dat ook zien: iemand die nooit in een ambulante traject zal terechtkomen past niet in de levensloopfunctie. Ook in deze gevallen moeten de kosten van de aanmeldfase gefinancierd worden.

Wij zullen de betrokken projectleiders en de landelijke projectleiding wijzen op het belang van goede communicatie en overleg met de gemeenten in de pilotregio's, en verzoeken de verbinding te maken met de bestuurders van de samenwerking tussen de zorgfinanciers in de regio⁵. In de praktijk betreft het -gezien de grote omvang van de pilotregio's- twee zorgkantoorregio's, en dus twee samenwerkingsstructuren. In dit overleg kunnen ook de noodzakelijke uitvoeringsafspraken worden gemaakt, bijvoorbeeld over toepassing van het woonplaatsbeginsel.

Als de gemeenten mensen en middelen ter beschikking stellen voor de aanmeldfase dan wordt daar de voorwaarde aan verbonden dat zij betrokken worden bij de aanmeldfase en dat bestaande structuren, zoals het Zorg- en Veiligheidshuis, hiervoor worden benut, inclusief de informatie die al over een client bekend is uit eerder trajecten. Dat voorkomt dubbele kosten en verkleint de kans op extra kosten. Tot slot geldt dat in de pilots het sociaal domein nauwer wordt betrokken.

Deze investering zal ook leiden tot betere afspraken over de aspecten wonen, begeleiding, inkomen en werk of dagbesteding. Daar is immers ook de gemeente de belangrijkste partner.

De rol van de zorgverzekeraars in de pilotregio's is om te voldoen aan hun zorgplicht en met de levensloopaanbieder afspraken te maken over het leveren van de noodzakelijke Zvw of Wlz zorg in de uitvoeringsfase van de levensloopfunctie. Zowel ambulante als op een beveiligd bed. VNG heeft een beroep gedaan op het ministerie van VWS om in gesprek te gaan met de zorgverzekeraars zodat zij hun zorgplicht in de pilots goed kunnen invullen. De zorgverzekeraars zijn in de vier pilotregio's in gesprek met de aanbieders om de knelpunten die op hun terrein liggen op te lossen. Daarmee moet er ook een garantie voor de aanbieders zijn dat ze ook gefinancierd worden voor de uitvoering/behandel fase. Zorgverzekeraars en gemeenten – in hun rol als inkoper van zorg en ondersteuning – werken hierin samen en stemmen dit af. De regionale ondersteuningsstructuur samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars kan behulpzaam zijn bij het maken van goede afspraken.

5. Vervolgfase

De vier pilots die reeds lopen, gaan door tot 1 april 2021.

Gezien het belang dat wordt gehecht aan een landelijke dekking van de ketenveldnorm zullen ook in de overige zeven regio's implementatietrajecten van start gaan. Beoogd is dat deze in de tweede helft van 2020 opstarten.

Formeel dragen deze zeven regio's niet de status van pilot, maar tegelijkertijd bevinden we ons nog in een proefperiode, en ook daar lopen we tegen dezelfde uitdagingen aan. De vier eerder gestarte pilots maken duidelijk dat goede afspraken over financiering aan de voorkant moeten worden gemaakt en er

⁵ De VNG heeft vorig jaar met ZN en VWS afgesproken om een samenwerkingsstructuur in te richten in elke zorgkantoorregio, tussen gemeenten, zorgverzekeraars en het zorgkantoor. Gemeenten en zorgverzekeraars hebben uit hun regio een of twee bestuurders aangewezen die met mandaat de anderen kunnen vertegenwoordigen. Deze structuur is mede ingegeven om op deze schaal goede afspraken te maken over grensvlakken tussen de stelsels of, zoals hier het geval is, om te voorzien in een oplossing als het stelsel niet werkt.

een basis voor de wil om eruit te komen met zowel de financiers (Rijk, gemeente, zorgverzekeraar) als de aanbieders. Bij Zon MW zijn door het Ministerie van VWS middelen beschikbaar gesteld om te voorzien in projectleiders voor de zeven nieuwe regio's. Door de landelijke projectleiding wordt erop toegezien dat de regio's bij de start financiële afspraken en samenwerkingsafspraken maken met de ketenpartijen en deze goed vastleggen. Daarbij geldt vanzelfsprekend dat alle (ook eventuele justitiële) ketenpartners plaats hebben in een overkoepelende stuurgroep, en dat een goede lijn wordt gelegd met de zorgfinanciers verbonden in de samenwerkingsstructuur.

6. Tijdpad naar inwerkingtreding

De ketenveldnorm kan op zijn vroegst definitief in werking treden op 1 januari 2022. Dat hangt samen met het inkooptraject van zorgverzekeraars. De nieuwe bekostiging van het product ketenveldnorm is helder per 1 januari 2022. Wat meespeelt is dat per 1 januari 2022 er tevens een nieuwe bekostigingsvorm wordt ingevoerd in zijn algemeenheid. De verwachting van het ministerie van VWS is, dat daarmee de bekostiging structureel is geregeld. Deze besluitvorming is voorzien voor het derde kwartaal van 2021. Besluitvorming bij de VNG vindt plaats in de Commissies Zorg, Jeugd en Onderwijs en Bestuur & Veiligheid. Wij houden u vanzelfsprekend hiervan op de hoogte. Uiteraard wordt besluitvorming gebaseerd op de ervaringen uit de eerste vier pilottrajecten en hopelijk ook al uit de zeven andere regio's die zullen opstarten.

Tot slot

Wij spreken de hoop uit dat de vier lopende pilots snel kunnen worden vervolgd en dat de zeven nieuwe regio's goed van start kunnen gaan met in alle gevallen goede afspraken over financiering, en wij hopen daartoe op uw medewerking.

Voor de nieuwe pilots geldt:

1. Maak goede inkoopafspraken met de financiers van de zorg;
2. Maak samenwerkingsafspraken met de ketenpartners;
3. Regel een transparante, praktische en stevige werkstructuur en een heldere escalatieladder;
4. Gebruik de landelijke partners, de ambassadeurs zorg en veiligheid Sven de Langen en Liesbeth Spies als je er niet uitkomt, bereikbaar via VLOT@VNG.nl

Voor de lopende pilots zullen wij de betrokken projectleiders en de landelijke projectleiding wijzen op het belang van goede communicatie en overleg met de gemeenten in de pilotregio's, en verzoeken de verbinding te maken met de bestuurders van de samenwerking tussen de zorgfinanciers in de regio⁶. In de praktijk betreft het -gezien de grote omvang van de pilotregio's- twee zorgkantoorregio's, en dus

⁶ De VNG heeft vorig jaar met ZN en VWS afgesproken om een samenwerkingsstructuur in te richten in elke zorgkantoorregio, tussen gemeenten, zorgverzekeraars en het zorgkantoor. Gemeenten en zorgverzekeraars hebben uit hun regio een of twee bestuurders aangewezen die met mandaat de anderen kunnen vertegenwoordigen. Deze structuur is mede ingegeven om op deze schaal goede afspraken te maken over grensvlakken tussen de stelsels of, zoals hier het geval is, om te voorzien in een oplossing als het stelsel niet werkt.

twee samenwerkingsstructuren. In dit overleg kunnen ook de noodzakelijke uitvoeringsafspraken worden gemaakt, bijvoorbeeld over toepassing van het woonplaatsbeginsel.

Het is van belang dat de ketenveldnorm op alle aspecten kan worden beproefd -ook op op- en afschaling, het ambulante traject en passend wonen, dagbesteding en inkomen. Wij realiseren ons dat onderdelen van de ketenveldnorm nog in de praktijk moeten worden uitgewerkt en vragen daarvoor begrip. Juist op het grensvlak van de verschillende zorgstelsels zijn zaken soms nog niet helder, maar is het des te meer van belang om samen goede werkwijzen te ontwikkelen. Het aanpakken van de problematiek waarover het hier gaat maakt dat zeker de moeite waard.

Heeft u vragen over deze brief, over de ketenveldnorm of over de samenwerkingsstructuur, over de rol van het Zorg- en Veiligheidshuis? Dan kunt u contact opnemen met VLOT@VNG.nl

Met vriendelijke groet,
Vereniging van Nederlandse Gemeenten



Ali Rabarison,
Directeur Inclusieve Samenleving

