

**Projectteam Wlz****Auteurs** : 5.1.2e**Datum** : 14 januari 2014**Onderwerp** : Open einden Wlz**1. Indicatiestelling: gespreksverplichting om "afwenteling" tegen te gaan***Kernvragen*

- Er zijn mensen die een zware zorgbehoefte hebben, maar die dankzij inspanning van mensen uit de sociale omgeving slechts een beperkte formele ondersteunings- en/of zorgvraag hebben. Tijdens een gesprek dat wij met u hadden op 11 november, hebt u de vraag gesteld of het mogelijk zou zijn om cliënten die in de Wlz terecht zouden kunnen komen, maar in staat zijn met behulp van hun eigen omgeving en zorg en ondersteuning vanuit de Wmo en Zvw thuis zorg te ontvangen, langer vanuit de Wmo en Zvw te laten helpen.
- Mogen gemeente en verzekeraars formeel weigeren om ondersteuning te bieden in het geval iemand een misschien indicatie zou kunnen krijgen (je weet nog niet zeker) voor Wlz, maar deze nog niet formeel wil aanvragen omdat deze cliënt liever thuis wil blijven en dat door de inzet van mantelzorgers ook op verantwoorde wijze kan realiseren (volgens betrokkene en diens netwerk en volgens het CIZ)?
- Spiegelbeeld: Zijn gemeenten en verzekeraars ondanks de mogelijke Wlz-kwalificatie verplicht hun 'best te doen' om deze persoon uit de Wlz te houden als dat met Wmo-ondersteuning, hulp uit de sociale omgeving en zo nodig zorg uit de Zvw mogelijk nog verantwoord is?

Wat hebben we in de RvS-versie van de Wlz geregeld?

- In de Wlz hebben alleen nog mensen met een heel zware zorgbehoefte aanspraak op Wlz-zorg. Als toegangscriteria gelden dat iemand blijvend behoefte moet hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Mensen met een lichtere zorgbehoefte kunnen (mogelijk) een beroep doen op de gemeente of Zvw-verzekeraar. De zorgvraag van cliënten die aan de toegangscriteria voldoen is zo hoog dat redelijkerwijs niet meer van mantelzorgers en het sociale netwerk kan worden verwacht dat zij deze zorg leveren.
- De toegang wordt volledig bepaald op basis van zorginhoudelijke kenmerken van de cliënt. Concreet wordt de zorgbehoefte van mensen bepaald. Het CIZ weegt (met uitzondering van gebruikelijke zorg (zie onderwerp 4)) dan ook niet mee wat de sociale omgeving voor iemand heeft gedaan/zou kunnen doen en welke zorg en ondersteuning gemeenten en verzekeraars al hebben geleverd. Reden is dat de Wlz een volksverzekering is. Hierdoor moet de toegang voor iedereen gelijk zijn. Hierdoor kan de sociale omgeving of bijvoorbeeld de inzet van een gemeente bij de toegangsbepaling niet worden meegewogen.
- Indien een persoon in bovengenoemde situatie zich meldt bij het CIZ, zou deze toegang krijgen tot de Wlz.
- Als deze persoon graag thuis wil blijven wonen, kan het echter soms doelmatiger zijn als hij door de mantelzorger(s), gemeente en Zvw-verzekeraar wordt ondersteund. Dat kan ook fijner zijn voor de persoon zelf, omdat hij dan de zorgverleners kan behouden die hij gewend is.

Analyse

- Uitgangspunt van het stelsel is dat wanneer wordt vastgesteld dat de beperking van mensen heel zwaar wordt, mensen tot de kring van Wlz moeten worden toegelaten. De zorg en ondersteuning thuis vanuit de gemeente en Zvw zullen dan niet meer toereikend en verantwoord zijn. Dan is er een verzekerd recht op zorg met strakkere kwaliteitseisen dan in de Wmo.



- Desalniettemin vinden wij het onwenselijk als mensen die in principe voldoen aan de criteria van de Wlz, maar door een grote inzet van mantelzorgers een relatief beperkte zorgvraag hebben ben, onder druk van gemeenten of verzekeraars in zouden stromen in de Wlz. Het is soms mogelijk dat, door de inzet van mantelzorg, vanuit de Wmo/Jeugdwet en de Zvw in een zorgbehoefte wordt voorzien die op zichzelf groot genoeg is om toegang tot de Wlz te geven. Indien de cliënt dat na onderzoek naar mening van CIZ zo wil houden en dat ook verantwoord is, moet dit zo kunnen blijven, ook al zal het voor gemeenten en verzekeraars duurder zijn dan wanneer betrokkene in de Wlz zou stromen. Macro gezien is het immers – los van de wens van de burger – voordeliger om betrokkenen niet in de Wlz te laten stromen, omdat Wlz-zorg naar verwachting duurder is dan Wmo-ondersteuning en/of Zvw-wijkverpleging met inzet van mantelzorg. Gegeven het motto van HLZ ("Beter, Anders, Minder) en de opdracht van gemeenten en verzekeraars om mensen in staat te stellen zo lang mogelijk thuis te wonen, willen wij niet dat mensen – zonder zorginhoudelijke noodzaak – onder druk worden gezet om naar de Wlz te gaan, als zij zelf de wens te kennen geven om met ondersteuning vanuit de gemeente en de Zvw thuis te blijven.
- We willen kortom bereiken:
 1. Dat mensen niet zomaar naar de Wlz worden geleid, als het door hulp door de sociale omgeving ook (doelmatig en verantwoord) vanuit de Wmo en Zvw kan en de cliënt dat ook nadrukkelijk wil. Het meewegen van de mantelzorg heeft (naast gebruikelijke zorg) geen effect op de indicatiecriteria zelf. Als de cliënt wel vanuit de Wlz geholpen wil worden, zijn alleen de indicatiecriteria van belang.
 2. Dat zo veel mogelijk gebruik wordt gemaakt van de eigen omgeving.

Wat is in het wetsvoorstel Wmo 2015 geregeld?

- Artikel 2.3.5 lid 6: "Het college kan een maatwerkvoorziening weigeren, indien de cliënt aanspraak heeft op verblijf en daarmee samenhangende zorg in een instelling op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, dan wel er redenen zijn om aan te nemen dat de cliënt daarop aanspraak kan doen gelden en weigert mee te werken aan het verkrijgen van een besluit dienaangaande."
- De artikelsgewijze toelichting in de Raad van State-versie meldde o.a. (parafrase): "Indien bij het onderzoek na een melding blijkt dat iemand beschikt over een indicatiebesluit voor, en daarmee een recht heeft op AWBZ (Wlz)-zorg, kan het college weigeren een maatwerkvoorziening te verstrekken dan wel een reeds toegekende maatwerkvoorziening beëindigen. Het zesde lid regelt ook dat het college een maatwerkvoorziening kan weigeren indien het redenen heeft om aan te nemen dat de cliënt voor zo'n indicatie, en daarmee voor Wlz-zorg, in aanmerking zou komen indien hij zo'n indicatie zou aanvragen." Deze formulering is ingegeven door de noodzaak een heldere scheiding tussen beide wetten te leggen (je zit in het ene of in het andere systeem) en in situaties waarin thuis wonen met ondersteuning en zorg vanuit Wmo/Zvw volgens gemeenten niet langer verantwoord is (veiligheid, kwaliteit) een instrument te bieden om onderzoek te bevorderen. Bovendien kan het gewenste resultaat (thuis blijven) ook bereikt worden met een VPT of pgb in de Wlz.
- In de memorie van toelichting is een passage opgenomen met volgende strekking:
 - o dat bij cliënten die zich in het grensgebied tussen de Wmo 2015 en Wlz bevinden (of anders geformuleerd: op grond van hun zorgbehoefte mogelijk over een Wlz indicatie zouden kunnen beschikken) en die zelf niet naar de Wlz willen, een extra gesprek plaatsvindt tussen de cliënt, mantelzorgers, gemeente, Zvw-verzekeraar en CIZ. Dat wordt aan de orde gesteld bij de indicatiestelling vóór de Wlz door het CIZ. Het CIZ doet de beoordeling van de gemeenten nadrukkelijk niet over. Tijdens dit gesprek wordt gezien of het mogelijk (verantwoord en doelmatig) is om de Wmo- en Zvw-hulp- en zorgverlening voort te zetten, zodat de cliënt thuis kan blijven wonen met hulp en ondersteuning vanuit zijn sociale netwerk, de Wmo/Jeugdwet en Zvw,



hoewel hij waarschijnlijk zal voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz. Voorwaarde is dat de cliënt zelf om een dergelijk gesprek vraagt. Het gesprek is bedoeld voor mensen die geen Wlz-indicatie willen omdat ze denken dat ze thuis kunnen blijven wonen en de zorgverleners willen behouden die ze in de Wmo/Zvw gewend waren. Het gaat dus niet om mensen die graag met een Wlz-indicatie in een instelling willen verblijven of met een pgb of VPT thuis de Wlz-zorg willen ontvangen. Het gesprek kan er niet toe leiden dat de gemeente en verzekeraar worden gedwongen de gehele zorgbehoefte van een Wlz-gerechtigde te compenseren. De idee achter het gesprek op verzoek van de cliënt is om te bezien of alle betrokkenen mogelijk kunnen maken wat de cliënt graag wil, dus mantelzorg, gemeente én Zvw. Men moet gezamenlijk tot een oplossing komen het is niet zo dat een van de partijen een besluit kan afdwingen. De Wmo is bedoeld (preambule, onderdeel van het plan, doel van het verstrekken van een voorziening) om mogelijk te maken dat burgers zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving kunnen blijven. Daarom mag van de gemeente en verzekeraars een uiterste inspanning worden verwacht om daaraan bij te dragen. Het zomaar weigeren van de voorziening(en), zonder onderzoek en beslissing op het verzoek, is niet aan de orde. Het maakt deel uit van een goede besluitvorming door de gemeente en verzekeraar om te kijken naar wat de klant wil en wat de sociale omgeving wil of kan bijdragen. Daar kan bij horen, dat de gemeente contact zoekt met het CIZ en de verzekeraar om te bespreken wat thuis mogelijk is. Uiteindelijk beslist de gemeente over de vraag of het thuis nog (verantwoord) kan en of de gemeente (extra) voorzieningen kan bieden (de gemeente beslist op de aanvraag). De verzekeraar beslist zij de zorg vanuit de Zvw verantwoord kan leveren. Indien uit het gesprek blijkt dat de zorgbehoefte echt te groot is om met mantelzorg, Wmo-ondersteuning en Zvw-wijkverpleging op te vangen, dan kan de gemeente derhalve niet gedwongen worden Wmo-voorzieningen in te blijven zetten. De gemeente noch verzekeraar kan beslissen dat iemand Wlz zorg aanvraagt. Dat is uiteindelijk een eigen keuze van de cliënt.

- Uitkomst van het gesprek tussen cliënt, mantelzorger, gemeente, verzekeraar en CIZ kan zijn:
 - De gemeente en verzekeraar vinden dat de inspanningen die geleverd worden te groot (ondoelmatig) zijn om voort te kunnen zetten of vindt voortzetting niet verantwoord (vanuit het oogpunt van verantwoorde zorgverlening). De cliënt moet dan een Wlz-indicatie aanvragen. Indien de cliënt een Wlz indicatie ontvangt valt deze onder verantwoordelijkheid van de Wlz. Indien de cliënt geen Wlz indicatie ontvangt valt deze alsnog onder verantwoordelijkheid van gemeente en Zvw-verzekeraar.
 - De gemeente en verzekeraar zijn van oordeel dat, mede door inzet van de mantelzorg, ondersteuning vanuit de gemeente en inzet vanuit de Zvw nog kunnen worden voortgezet. De gemeente en verzekeraar zullen de hulp dan voortzetten, zodat de cliënt geen Wlz-indicatie hoeft aan te vragen.
 - In alle gevallen dient ook het CIZ zich een eigenstandig oordeel te vormen over de vraag of het verantwoord is dat een persoon gegeven zijn zorgbehoefte langer thuis blijft wonen (zonder Wlz-zorg).
- De uitkomsten van de gesprekken kunnen door de gekozen opzet (onder regie van het CIZ) worden gemonitord. Zo kan worden gevolgd in welke mate dit probleem feitelijk echt speelt, wat dat zegt over de gekozen criteria voor toelating tot de Wlz en wat de financiële gevolgen hiervan grosso modo zijn.
- De verwachting is dat er niet op grote schaal gesprekken van bovenstaande strekking zullen plaatsvinden. Er zijn geen cijfers over beschikbaar.



Wat stellen we nu voor in de Wlz?

- Wij stellen voor dat wij in de Wlz een vergelijkbare passage op te nemen als in de Wmo.

Draagvlak

- Er is nog niet expliciet met gemeenten en ZN over bovenstaande gesproken. VNG beschikt over de tekst van de Wmo en zal medio januari een schriftelijke reactie op het wetsvoorstel geven, wanneer dat aan de Tweede Kamer is aangeboden. De aanpassing in de toelichting past in structuur van de Wmo (onderzoek en gesprek). Vanuit VNG worden op dit punt inhoudelijk derhalve geen problemen verwacht.
- Als gemeenten en zorgverzekeraars besluiten om langer zorg te blijven leveren dan zullen zij mogelijk wel aangeven dat zij voor deze extra taak gecompenseerd willen worden. Nagedacht is hoe dit vormgegeven zou kunnen worden. Ook meer in de positieve zin: gemeenten belonen als er minder Wlz-indicaties worden afgegeven. Daar blijken in eerste verkenning praktische bezwaren aan te kleven. Zo is de causaliteit tussen gemeentelijk beleid en de Wlz instroom moeilijk aan te tonen, vergt een dergelijk systeem een nagenoeg perfect verdeelsysteem en worden gemeenten die in het verleden een stevig beleid hebben gevoerd om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen gestraft omdat hun "laaghangend fruit" al geplukt is en het moeilijk is om nog winst te boeken dan gemeenten die het hebben laten versloffen. Daar komt bij dat het niet alleen gaat over de prikkel op gemeenten. De prikkels op cliënten om met een hoger pgb uit de Wlz in de eigen woning te mogen blijven wonen is niet gering, laat staan de prikkel op aanbieders om iemand naar de meer rendabele Wlz te begeleiden. Daarnaast is, als de cliënten buiten het domein van de Wlz worden gehouden, onduidelijk voor wie de gemeenten en verzekeraars gecompenseerd moeten worden. Onderzoek en gesprek vinden immers plaats vóór de formele indicatiestelling. Als de uitkomst van het gesprek tussen cliënt, gemeenten, verzekeraars en CIZ is dat de zorg door gemeenten en verzekeraars kan blijven worden geleverd vraagt de cliënt immers geen Wlz-indicatie aan. Als wij gemeenten en verzekeraars voor deze extra taak willen compenseren dan zullen we dus nader moeten uitwerken hoe we dit kunnen bewerkstelligen. Afhankelijk van de uitwerking kan dit in later stadium mogelijk nog aanpassing van de Wlz en of de Wmo vergen.
- Op dit punt is instemming van de *minister* vereist.

2. Zzp's die pas per 2016 geëxtramuraliseerd zouden worden

Vraagstuk

- In het Zorgakkoord zijn afspraken gemaakt over verzachting van de extramuralisering. Door invoering van de Wlz per 2015 schendt VWS deze afspraken. Hierbij speelden 2 aspecten:
 - Op grond van de indicatiecriteria zou (volgens ActiZ) in de Wlz minder dan 50 van zzp VV 4 worden geëxtramuraliseerd.
 - Daarnaast wordt, de extramuralisering van de pakketten zzp VV 4, LG 1 en 3 en ZG1, met de invoering van de Wlz, vervroegd van 2016 naar 2015.
- Vraag is hoe we hiermee omgaan?

Wat staat er nu in de RvS versie van de Wlz

- Conform de toegangscriteria van de Wlz worden cliënten tot de Wlz toegelaten, indien zij een blijvende behoefte hebben aan 24 uur zorg in de nabijheid of blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht. Bij het formuleren van deze toegangscriteria is in overleg met CVZ en CIZ getracht om deze zodanig te formuleren dat de ZZP's die we willen extramuraliseren eruit vallen. Hierbij is uitgegaan van de expertise van het CIZ en het CVZ. Dus in principe getracht om het zodanig te formuleren dat 50 procent van VV 4 eruit valt en 50 procent van VG3. Hierbij zij opgemerkt dat deze niet mogelijk is deze met een schaar te knippen.



- Invoering van de Wlz is voorzien op 1 januari 2015. Dat wil zeggen dat alle nieuwe cliënten die per 1 januari 2015 een indicatie bij het CIZ aanvragen aan de nieuwe toegangscriteria wordt getoetst. De oude beleidsregels indicatiestelling worden per 1 januari 2015 niet meer door het CIZ gebruikt. Voor bestaande cliënten geldt overgangsrecht.

Analyse

- Wat betreft de timing van de extramuralisering heeft ActiZ een terecht punt maar het probleem is in omvang naar verwachting klein gegeven het overgangsrecht. Het speelt alleen voor nieuwe instroom. Zittende cliënten behouden hun rechten.
- Bezien is of het mogelijk is om de Wlz wel in 2015 in te voeren maar toch niet eerder te extramuralisering. Hiervoor zouden de toegangscriteria voor de Wlz later moeten worden ingevoerd. Het later invoeren van de toegangscriteria van de Wlz is technisch mogelijk maar heeft verstrekende gevolgen voor de Wlz en voor de cliënten in de Wlz. Dit komt omdat de toegangscriteria bepalen wie er tot de doelgroep van de Wlz behoren en de rest van de Wlz hieraan is opgehangen. Een paar voorbeelden:
 - Er is gekozen voor een verzekerd recht omdat alleen de echt zware doelgroepen in de Wlz terecht zouden komen.
 - Er is gekozen voor 3 leveringsvormen (Zmv, VPT en pgb) waarbij de nadruk ligt op zorg met verblijf omdat dat het beste aansluit bij de zorgbehoefte van het merendeel van de zware cliënten. Inschatting is dat een groot deel van de cliënten in zzp VV 4, LG 1,3 en ZG 1 niet op een integraal pakket aan zorg en ondersteuning met verblijf is aangewezen. Deze cliënten zullen eerder dan de boogde doelgroep van de Wlz behoefte hebben aan extramurale zorg thuis. Dat biedt de Wlz niet.
 - Hetzelfde geldt voor de bekostiging. Hier is gekozen voor integrale pakketten die (muv het pgb) uit één hand door één aanbieder wordt geleverd.
 - Idem voor de kwaliteit en betrokkenheid. Mantelzorg bijvoorbeeld is in de Wlz niet verplicht omdat we er vanuit gaan dat de zorgbehoefte van de cliënten in de Wlz zo zwaar is dat redelijkerwijs niet meer aangenomen mag worden dat de sociale omgeving hierin nog kan voorzien.

Effecten van een tijdelijk toelating van lichtere doelgroepen tot de Wlz heeft daarnaast als gevolg van het overgangsrecht een langer doorijlend effect. Alle cliënten die in 2015 op basis van de oude beleidsregels indicatiestelling nog een Wlz indicatie krijgen behouden immers de daaraan verbonden rechten.

Als besloten wordt om de zzp's VV 4, LG 1,3 en ZG 1 niet per 2015 te extramuraliseren dan zal ook moeten worden gezien of de Wet nog voldoende 'body' heeft om per 2015 in te voeren.

Er zijn aan aantal punten waarop de Wlz ten opzichte van de AWBZ meerwaarde heeft. De wettelijke verankering van de aanspraken en de toegangscriteria zijn hiervan twee belangrijke voorbeelden. Voordelen hiervan zijn: a) versterking positie parlement op deze punten, b) tot uitdrukking brengen dat de Wet LIZ alleen voor de meest kwetsbare cliënten is en; c) betere budgettaire beheersbaarheid. Als de toegangscriteria pas later worden ingevoerd wordt de meerwaarde van invoering van de Wlz per 2015 verzwakt.

Als besloten wordt om de nieuwe wijze van indicatiestelling in de Wlz pas per 2016 in te voeren dan zal de RvS waarschijnlijk opnieuw om advies moeten worden gevraagd.

- Wat betreft het punt over de 50%. Er kan op voorhand niet bewezen worden dat met de toegangscriteria 50% van de cliënten met VV4 toegang krijgt tot de Wlz en maar er kan ook niet bewezen worden dat het er meer of minder zijn.



Wat stellen wij voor

- Wij stellen voor de WLz, ondanks de afspraken in het sociaal akkoord, toch in zijn geheel in 2015 in te voeren (en partijen eventueel te compenseren voor het verlies wat daarmee samenhangt;)
- Op basis van bovenstaande is ons advies om, als je de extramuralisering van zzp's VV 4, LG 1 en 3 en ZG 1 niet per 2015 wil laten plaatsvinden, als terugvaloptie de hele WLz een jaar uit te stellen.

Draagvlak

- Met ActiZ en VGN is overleg gaande over bovenstaande punten. Wij zien ruimte om met ActiZ en VGN een akkoord te sluiten.

3. Het toegangscriterium "blijvend"

Vraagstuk

- In de discussie over de WLz in, onder meer het AO HLZ van 18 december, zijn er vragen gesteld over de noodzaak van het criterium blijvendheid in de WLz. Is het noodzakelijk om een blijvende behoefte aan zware zorg te hebben om toegang tot de WLz te krijgen of moeten cliënten die tijdelijk op deze zware zorg aangewezen zijn ook toegang tot de WLz kunnen krijgen? Er zijn immers mensen die zo'n zware zorgbehoefte hebben dat aangewezen zijn op 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht, maar waarbij dit slechts tijdelijk is of waarbij niet op voorhand kan worden voorspeld dat deze zorgbehoefte blijvend is.
- Voorbeelden van situaties waarbij iemand niet blijvend op zware zorg is aangewezen zijn:
 - a) Mensen uit een ander domein (Wmo/Zvw/Jeugdwet) voor wie tijdelijk verblijf na ziekenhuisopname nodig is (oa de voormalige VV3 en VV6 pakketten),
 - b) Mensen uit een ander domein die zelf tijdelijk (als gevolg van een incident) een zwaardere zorgbehoefte hebben (zonder ziekenhuisopname) en;
 - c) Mensen uit een ander domein die tijdelijk verblijf nodig hebben, omdat hun mantelzorger de zorg thuis even niet meer aan kan,
 - d) Licht verstandelijke gehandicapten volwassenen (18+) en;
 - e) GGZ-cliënten.
- Gezien het OA in de Tweede Kamer u wordt u mogelijk verzocht de WLz ook open te stellen voor tijdelijke opnames.

Cijfers

- Tijdelijke opnames
Cijfers over tijdelijke opnames zijn opgevraagd en kunnen donderdag 23 januari 2014 worden verwacht.
- LVG
Zzp's LVG 1-5 (kortdurende behandeling met verblijf) gaan over naar de jeugdwet. Het gaat op peildatum 1-10-2012 om de volgende aantallen:

	0-17	18-22	23-64	65-79	80 en ouder	totaal
LVG01	38	156	29	0	0	223
LVG02	623	945	71	0	1	1.640
LVG03	2.040	1.269	70	0	0	3.379
LVG04	1.513	394	13	0	0	1.920
LVG05	370	130	5	0	0	505



Instromen in een zzp LVG vindt in de regel plaats voor het 18^e jaar, vanaf ongeveer het 5^e à 6^e jaar. Het grootste deel stroomt in rond het 10^e – 12^e levensjaar, met 'vastgelopen in het onderwijs' als belangrijk signaal. Maar er is ook een kleine instroom vanaf 18 jaar in de zzp's LVG. Ook is er een LVG-behandelcentrum (OBC) met een instroom die voor 30% bestaat uit 18/19 jarigen, voor ambulante woonvormen met intensieve begeleiding/behandeling (bekostigt o.b.v. ZZP LVG=behandeling). En cliënten stromen nu niet allemaal voor hun 23^e al uit naar andere vormen van zorg. Dat gebeurt ook nog op latere leeftijd als dan pas duidelijk is op welke vorm van zorg zij zijn aangewezen. Zie tabel hierboven: de groep 23-64 jaar omvat 188 cliënten. Ongeveer de helft van de huidige uitstroom zzp LVG blijft aangewezen op zorg. Zij stromen nu uit hetzij naar begeleiding en behandeling extramuraal hetzij naar een zzp VG 4 of hoger. Zij zijn daarmee straks aangewezen op gemeenten (jeugdwet/Wmo), of verzekeraars (Zvw behandeling, LIZ). Van de overige helft stroomt het grootste deel uit terug naar het gezin; het overige deel zoekt al dan niet voortijdig zelfstandig zijn eigen weg. Conclusie: zowel qua instroom- als qua uitstroomleeftijd is de huidige groep zzp LVG cliënten deels wel, deels niet te vangen binnen Jeugdwet.

- GGZ

Er is nog geen beeld van de instroom van GGZ na 3 jaar. Hier wordt aangewerkt. Zodra de cijfers hiervoor beschikbaar zijn ontvangt u deze.

Wat hebben we in de RvS-versie van de Wlz geregeld?

- In de RvS versie van de Wlz is de opgenomen dat alleen cliënten die aan de toegangscriteria voldoen toegang krijgen tot de Wlz. In hoofdlijnen komt het erop neer dat een cliënt aanspraak heeft op zorg op grond van de Wlz indien hij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte heeft aan permanent of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Cliënten die geen blijvende behoefte aan zware Wlz zorg hebben, worden ondersteund door de gemeenten in het kader van de Wmo 2015 of de jeugdwet en ontvangen zorg vanuit de Zvw. Reden dat in de Wlz is opgenomen dat de behoefte van de cliënt aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid blijvend moet zijn is driedelig.
 - 1) Ten eerste willen we voorkomen dat mensen onnodig vaak heen en weer gestuurd worden tussen domeinen. Het betekent nogal wat om van het ene naar het andere stelsel te switchen in termen van administratieve lasten (zie ook volgende bullit).
 - 2) Ten tweede willen we conform de Hlz-visie dat mensen voor wie herstel en participatie nog mogelijk zijn in de domeinen geholpen worden die daarop zijn gericht en
 - 3) ten derde willen we zorgen voor een duidelijke afbakening tussen domeinen in verband met ondermeer de beheersbaarheid. Als tijdelijke opname in de Wlz mogelijk wordt dan wordt het risico op ongewenst afwenteling vanuit de Wmo en de Zvw groter.
- Voordat een cliënt zorg ontvangt op grond van de Wlz doorloopt deze een veelheid aan stappen¹. De cliënt voert eerst gesprekken met gemeenten en verzekeraars over de ondersteuning en zorg thuis. Daarna volgen gesprekken met het CIZ over indicatiestelling en ontvangt de cliënt een indicatiebesluit. Dan volgt de oriëntatie op de zorgaanbieder of volgt een gesprek met het zorgkantoor over het pgb of zorgbemiddeling en er wordt een zorgplan of budgetplan gemaakt. Als de cliënt terug gaat naar het gemeentelijk domein, volgt opnieuw een indicatieprocedure en volgt opnieuw gesprek met de gemeente. Al deze processtappen kosten bij elkaar circa 20 weken (2 keer maximaal 6 weken voor indicatiestelling en 1 keer circa 8 weken voor onderzoek en aanvraag ondersteuning via de gemeente). Daarnaast moet de cliënt er rekening mee houden dat de aanspraken tussen de Wlz en de zorg en ondersteuning vanuit de gemeenten en Zvw verschillen waardoor de cliënt bij een wisseling van zorgdomein waarschijnlijk met andere zorgverleners te maken krijgt, hij geen eigen huisarts meer heeft als hij in de Wlz wordt

¹ Deze stappen zijn uitgewerkt in een aparte notitie die wij u indien u hieraan behoefte heeft kunnen nazenden.



opgenomen en hulpmiddelen moeten worden ingeleverd omdat die vanuit een ander domein bekostigd worden. Dit proces is voor cliënten die blijvend in de Wlz worden opgenomen in beginsel niet anders dan voor cliënten die eventueel tijdelijk in de Wlz zouden worden opgenomen. Tenzij wordt besloten dat hiervoor een ander (vereenvoudigd / korter) proces moet worden ingericht. Dit zou nader moeten worden uitgewerkt.

- Als tot een verkorte toelatingsprocedure wordt besloten kan dan dat consequenties hebben voor de beheersbaarheid. Zorgvuldige indicatiestelling en heldere afbakening van de aanspraken zijn immers twee belangrijke instrumenten om de Wlz beheersbaar te houden.

Relatie met de Zvw

- De vraag over de tijdelijke opname raakt de discussie in de Tweede Kamer over de GGZ.

In het AO HLZ van 18 december leek bij de Tweede Kamer a prima vista steun voor opname van de langdurige GGZ in de Wlz. Omdat herstel bij GGZ cliënten nooit kan worden uitgesloten ligt hier een relatie met het criterium blijvendheid.

Analyse

- Inschatting van de werkgroepen Wmo, Wlz en Zvw is dat de eerste drie bovengenoemde voorbeeldgroepen (a,b en c) goed af kunnen met ondersteuning vanuit de gemeente en zorg vanuit de Zvw. Gemeenten en verzekeraars zouden in staat moeten zijn om de zorg voor deze cliënten op te vangen. Men is het er over eens dat deze cliëntgroepen, ook al hebben ze tijdelijk zwaardere zorg nodig beter af zijn en goed geholpen kunnen worden buiten de Wlz. Uitgewerkt moet worden hoe dit zijn beslag krijgt in de andere domeinen.
- Probleem ligt voornamelijk bij de LVG en de zware GGZ-B. Deze groepen zijn vergelijkbaar in de zin dat beide cliëntgroepen behoefte hebben aan een samenhangend pakket aan zorg waarbij behandeling en verblijf onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden.
- Voor de GGZ is in het Regeer Akkoord afgesproken dat dit naar de Zvw gaat, in de HLZ-brief van november staat dat beschermd wonen naar de gemeenten gaat en intramurale op behandeling gerichte GGZ naar de Zvw (B ZZPs). Nav het AO van 18 december is in overleg tussen u en de minister van 8 januari jongstleden geconcludeerd dat het voorstel uit de brief van 6 november 2013 (alle intramurale GGZ-zorg voor cliënten vanaf 18 jaar gericht op behandeling wordt overgeheveld naar de Zvw, beschermd wonen wordt ondergebracht in de Wmo 2015) inhoudelijk nog steeds de voorkeur heeft. Terugvaloptie is de intramurale behandeling na 3 jaar naar de Wlz, beschermd wonen blijft in de Wmo (eventueel na "schoning"). Indien voor de terugvaloptie gekozen wordt dan zal moeten worden bezien hoe dit in de Wlz vormgegeven moet worden. Zeer waarschijnlijk zullen voor de GGZ cliënten dan andere toegangscriteria moeten worden ontwikkeld. Reden is dat niet alle cliënten met een GGZ behandelpakket aan de criteria blijvende behoefte aan 24 uur zorg in de nabijheid of blijvende behoefte aan permanent toezicht zullen voldoen. Daarnaast zal moeten worden bezien welke andere aanpassingen in de Wlz nodig zijn. Zie ook het voorgaande onderwerp van deze notitie. De toegangscriteria bepalen wie er tot de doelgroep van de Wlz behoren en de rest van de Wlz hieraan is opgehangen.
- Voor de LVG 18+ is de afspraak tussen de DGV en DGLZ gemaakt om deze in de Wlz te houden. Deze cliënten zitten meestal tot hun 18^e in de Jeugdwet (zie cijfers). Er zijn echter geen goede inhoudelijke argumenten om voor de LVG een andere lijn voor te stellen dan voor de GGZ-B (gaat in beide gevallen om intramurale behandeling). Als de LVG in de Wlz zou worden ondergebracht dan is er geen inhoudelijk argument om de GGZ-B cliënten uit de Wlz te weren. Omgekeerd, als er in de Zvw zorgaanbod is voor de GGZ-B cliënten, dan zou dit aanbod er ook voor de volwassen LVG cliënten moeten kunnen zijn.
- Aansluiting zoeken voor LVG 18+ bij het beschermd wonen dat in de Wmo ligt niet voor de hand omdat behandeling dan niet onlosmakelijk verbonden is met het verblijf, wat voor LVG juist van belang is.



Wat stellen we nu voor?

- Voorstel is om de toegangscriteria in de Wlz ongewijzigd te laten. Een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid blijft dan het uitgangspunt voor toegang tot de Wlz.
- Tijdelijke intensieve zorg (24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht) voor de cliënten uit de groepen a,b en c worden opgevangen door gemeenten en zorgverzekeraars.
- Voor volwassen LVG stellen wij voor om te verkennen of deze cliënten ondergebracht kunnen worden in de Zvw. Er vanuit gaande dat de alle GGZ conform het Regeer Akkoord in de Zvw blijft.
- Indien besloten wordt alle langdurige GGZ (licht en zwaar, blijvend en niet blijvend) na 3 jaar onder de Wlz te brengen dan is het goed hierover nader overleg te voeren omdat de Wlz op dit moment niet is ingericht op lichte- en of en niet blijvende zorgvragen. Zie hiervoor tevens de discussie over het vervroegen van de extramuralisering (vorige onderwerp)

Draagvlak

- Als er meer duidelijkheid is over de cijfers (aantal tijdelijke opnames) zal moeten worden gezien hoe deze aan de verschillende domeinen zijn toegedeeld. Dit is nog onduidelijk.
- op dit onderwerp is expliciete instemming van de *minister* vereist.

4. Overbruggingszorg

Hoe werkt het in de AWBZ?

- Over overbruggingszorg in de AWBZ is in de wet zelf niets vastgelegd. Wel is in de wet vastgelegd dat de verzekeraar een zorgplicht heeft. Verzekeraars hebben in de AWBZ gedragsregels opgesteld over overbruggingszorg.
- Op dit moment kan een verzekerde met een verblijfsindicatie die wegens plaatsgebrek niet in de instelling van zijn voorkeur kan gaan wonen, aanspraak maken op overbruggingszorg. Dit is zorg thuis, die wordt gegeven totdat er alsnog een plaats in de voorkeursinstelling vrij komt. De verzekerde staat op de wachtlijst van zijn voorkeursinstelling en wil echt in de voorkeursinstelling gaan wonen.
- Voor het bepalen van het voor de overbruggingszorg beschikbare geld wordt een landelijke omzettingstabel gebruikt aan de hand waarvan het geïndiceerde zzp wordt vertaald naar een combinatie van in te zetten extramurale functies en klassen. Op basis van het gemiddelde van deze klassen en het bij de functie vastgestelde tarief wordt het budget berekend dat beschikbaar is voor het samenstellen van de reguliere overbruggingszorg. Binnen het budget kan flexibel geschoven worden met de in te zetten functies en klassen.
- Ook is het mogelijk om overbruggingszorg met uitloop aan te vragen bij het zorgkantoor. Dit houdt in dat het budget voor overbruggingszorg niet aangevraagd wordt op basis van het gemiddelde van de klassen, maar op basis van het maximum van de vertaalde functies uit de omzettingstabel. Deze mogelijkheid is er voor cliënten met de noodzaak tot opname binnen drie maanden. In overleg met het zorgkantoor is eenmalige verlenging met maximaal drie maanden mogelijk. Omdat er sprake is van extra budget heeft de voorkeurszorgaanbieder in deze situatie de inspanningsverplichting om de cliënt binnen deze periode op te nemen.
- In uitzonderingsgevallen is het mogelijk om in overleg met het zorgkantoor extra budget boven overbruggingszorg met uitloop aan te vragen. Het zorgkantoor moet ook hiervoor vooraf toestemming geven.

Wat hebben we in de RvS-versie van de Wlz geregeld?

- In de consultatieversie van de Wlz hadden we geregeld dat iemand die niet in zijn voorkeursinstelling kon gaan wonen, recht had op zorg thuis, die - als de Wlz-uitvoerder dat



nodig vond - tijdelijk ook gegeven kon worden indien dat niet verantwoord was of duurder was dan de voor het volledig pakket thuis toegestane maxima. Hierop hebben wij echter veel commentaar ontvangen, onder andere van onze zbo's.

- In de RVS-versie van de Wlz hebben we het onderwerp tijdelijk weggelaten, omdat we er intern nog niet uit waren wat een goede alternatieve vormgeving zou zijn van overbruggingszorg in de Wlz.
- Alle extramurale zorg uit de AWBZ wordt overgeheveld naar de Wmo 2015, Zvw en de Jeugdwet. In de Wlz is het daarom niet mogelijk om de zorg in de vorm van extramurale functies en klassen te ontvangen.

Analyse

- Het lijkt erop dat de AWBZ in de loop der tijd zo is geïnterpreteerd, dat deze de verblijfsgeïndiceerde recht geeft op verblijfszorg in zijn voorkeursinstelling. Bij zo'n interpretatie is het begrijpelijk dat, indien er niet op redelijke termijn (hiervoor worden doorgaans de Treektermijnen van 6 resp. 13 weken gebruikt) een plaats in de voorkeursinstelling beschikbaar is, overbruggingszorg wordt geleverd tot aan hetgeen de betrokkene nodig heeft, óók als dat meer kost dan het vpt of een pgb. Immers, in die lezing heeft het zorgkantoor niet aan zijn zorgplicht voldaan, zodat het verplicht is de schade die de verzekerde dientengevolge heeft (te weten de kosten van de zorg thuis) te vergoeden.
- Maar deze interpretatie van de AWBZ is onjuist. Op grond van de AWBZ heeft een verblijfsgeïndiceerde er recht op dat hij binnen redelijke termijn en op redelijke afstand van waar hij wil gaan wonen, een plek in een instelling krijgt, maar er bestaat geen recht op verblijf in de voorkeursinstelling. Een zorgkantoor heeft dus ook aan zijn zorgplicht voldaan indien hij binnen redelijke termijn en op redelijke afstand van waar betrokkene wil gaan wonen een plaats kan aanbieden in een andere (geschikte) instelling. In dezen is de zorgplicht derhalve gelijk aan de zorgplicht van de naturaverzekeraar in de Zvw.
- In de Wlz is dit systeem t.a.v. verblijfszorg overgenomen: het zorgkantoor heeft zich van zijn zorgplicht gekweten indien het op redelijke termijn en op redelijke afstand van de plaats waar de verzekerde wil gaan wonen een plaats in een geschikte instelling beschikbaar heeft, maar dat hoeft niet per sé de voorkeursinstelling van de verzekerde te zijn. In plaats daarvan kan een verzekerde overigens kiezen voor een vpt of een pgb. Slechts indien een zorgkantoor op redelijke termijn en afstand geen enkele zorginstelling beschikbaar heeft waarin de verzekerde kan gaan verblijven en deze geen vpt of pgb wil, kan sprake zijn van schadeplichtigheid.
- Gezien het voorgaande is er weinig aanleiding om verzekerden die niet op redelijke termijn en afstand in hun voorkeursinstelling kunnen gaan verblijven, maar wel op die termijn en afstand in een andere geschikte instelling kunnen gaan verblijven, het recht (!) toe te kennen op meer zorg thuis dan in een vpt of pgb zit.
- Indien we dat toch zouden doen, komt dat natuurlijk bij cliënten sympathiek over, maar:
 - zaden we het zorgkantoor op met een onuitvoerbare zorgplicht: zorginstellingen kennen een eindig aantal verblijfsplekken, zodat het zorgkantoor simpelweg niet kan garanderen dat er altijd voor iedere cliënt op redelijke termijn een plaats zal zijn in zijn voorkeursinstelling;
 - ontnemen we de zorgkantoren een prikkel om hun zorgbemiddelingstaak serieus uit te voeren: waarom zouden zij moeite doen om een cliënt naar een andere zorginstelling dan de voorkeursinstelling te bemiddelen indien deze in plaats daarvan kan kiezen voor alle zorg thuis die hij nodig heeft?
 - stellen we de Wlz in ieder geval in theorie open voor manipulatief gedrag van verzekerden of zijn sociale omgeving: door een kleine, volledig bezette instelling als voorkeursinstelling aan te wijzen, wordt de kans dat langdurig veel overbruggingzorg kan worden genoten vergroot



- leidt dit tot meerkosten t.o.v. de situatie waarin we dit niet doen (onbenutte plaatsen in zorginstellingen en meerkosten t.o.v. vpt/pgb).
NB: een zorgkantoor kan om haar moverende redenen wel een ruimte toepassing van haar zorgplicht volgen, maar dat hoeven wij niet te regelen.
- We hebben overwogen om mensen, die niet op redelijke termijn in hun voorkeursinstelling terecht kunnen, tijdelijk recht op overbruggingszorg te geven die duurder is dan het vpt of pgb (vergelijkbaar met de huidige situatie, waarin dat gedurende maximaal zes maanden kan). Te denken valt aan een periode van de Treektermijn (6 of 13 weken) dan wel aan een periode van 6 maanden. De hierboven weergegeven nadelen gelden dan slechts tijdelijk, maar daartegenover staat dat:
 - de te kiezen termijn arbitrair is: wie zegt dat er binnen 6, 13 of 26 weken alsnog plaats in de voorkeursinstelling zal zijn?
 - betrokkene alsnog naar een niet-voorkeursinstelling zal moeten of voor een minder zorg behelzend pgb of vpt zal moeten kiezen indien er binnen de termijn van de overbruggingszorg niet alsnog een plek in een verzorgingshuis vrij is gekomen.
 - de administratieve lasten en de lasten voor de cliënt en zijn sociale omgeving relatief toenemen naarmate de maximumoverbruggingsperiode korter is. Zo kun je je afvragen of het sop de koop waard is als deze overbruggingszorg slechts maximaal 6 weken zou worden gegeven.

Wat stellen we nu voor in de Wlz?

- Wij stellen voor om in de Wlz – net als in de AWBZ – geen artikel over overbruggingszorg op te nemen. Keuzes die in de wet zijn gemaakt en wel in de wet zijn vastgelegd, zoals over de aanspraken en leveringsvormen (zorg met verblijf, VPT en pgb), zijn dan bepalend voor de uitvoeringspraktijk bij overbruggingszorg.
- De opties op grond van de Wlz staan in onderstaande tabel, waarbij wordt opgemerkt dat de opties in de twee rechterkolommen ook tijdelijk mogelijk zijn, dat wil zeggen in afwachting van het moment waarop er alsnog een plaats in een voorkeursinstelling vrij komt. Dat een cliënt niet direct in zijn voorkeursinstelling terecht kan, hoeft immers niet te betekenen dat hij er nooit naar toe kan. Het is denkbaar dat een cliënt in eerste instantie kiest voor een andere instelling, pgb of VPT, maar later als er een plek beschikbaar komt, alsnog verhuist naar de instelling van zijn voorkeur. Het is de cliënt zelf die bepaalt of hij dat wil. Voor sommige ouderen is het wellicht te zwaar om tegen het einde van hun leven nog te verhuizen, terwijl het voor andere ouderen of gehandicapten juist fijn is om te kunnen verhuizen naar een instelling die bijvoorbeeld dichterbij de familie ligt.
- In de MvT zullen wij dit toelichten. Daarbij zullen we benadrukken dat het zorgkantoor een zorgplicht heeft en daarom moet zorgen dat het zorg inkoopt die aansluit bij de wensen van cliënten en tevens een zorgbemiddelingstaak heeft indien een cliënt moet gaan kiezen tussen de gecontracteerde instellingen.
- Wanneer een cliënt kiest voor VPT of pgb, dan gelden de voorwaarden en tarieven van de Wlz. Dat wil zeggen dat VPT en pgb goedkoper moeten zijn dan zorg met verblijf en dat de zorg verantwoord moet worden geleverd.

Er is plek in instelling
van voorkeur

Er is geen plek in instelling
van voorkeur maar wel in

Er is helemaal geen plek in een instelling



andere instelling		
Cliënt wendt zich tot aanbieder van keuze. Geen probleem.	a. Cliënt wordt door het zorgkantoor bemiddeld naar andere instelling ² of; b. Cliënt kan met pgb of VPT zorg thuis genieten.	a. Cliënt kan met pgb of VPT zorg thuis genieten; b. Cliënt kan zorgkantoor aanspreken op schadeplicht. Cliënt start dan procedure o.b.v. het BW. Zorgkantoor is verplicht alle zorg (volledig maatwerk) te vergoeden. Deze zorg kan ook duurder zijn dan zorg in natura met verblijf.

Draagvlak

- De mogelijkheden voor overbruggingszorg in de Wlz kunnen als een versoering worden gezien ten opzichte van de AWBZ, omdat in de AWBZ een uitvoeringspraktijk is ontstaan waarbij mensen een beroep doen op – duurdere – overbruggingszorg als ze niet in hun voorkeursinstelling terecht kunnen. De route om binnen de Wlz extramurale zorg te gebruiken wordt bovendien afgesneden, omdat deze zorg wordt gedecentraliseerd naar gemeenten en overgeheveld naar de Zvw.

5. Gebruikelijke zorg

Hoe werkt het nu in de AWBZ?

- Bij de indicatiestelling in de AWBZ weegt het CIZ mee of er sprake is van gebruikelijke zorg. Gebruikelijke zorg is de normale, dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenoten geacht worden elkaar onderling te bieden. Iemand heeft pas aanspraak op AWBZ-zorg als hij substantieel meer zorg nodig heeft dan de gebruikelijke zorg. Daarbij wordt onderscheid gemaakt naar:
 - Gebruikelijke zorg van ouders aan minderjarige kinderen: er bestaat pas aanspraak op AWBZ-zorg als een kind langer dan drie maanden meer dan één uur per dag/zeven uur per week extra persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging nodig heeft ten opzichte van het normale ontwikkelingsprofiel van een kind van die leeftijd.
 - Gebruikelijke zorg aan volwassen huisgenoten: Er is zeer beperkt sprake van gebruikelijke zorg voor volwassen huisgenoten (waaronder partners onderling). Dit betekent dat volwassenen al snel recht hebben op AWBZ-zorg, ook als ze bijvoorbeeld een partner hebben die een deel van de zorg en begeleiding op zich zou kunnen nemen. In tegenstelling tot kinderen, is er bij volwassenen geen norm voor 'substantieel meer' zorg. Eigenlijk is alleen sprake van gebruikelijke zorg voor kortdurende situaties (maximaal drie maanden) met persoonlijke verzorging en begeleiding.
- Gebruikelijke zorg is het mechanisme dat helpt om (gebruikelijke) ouderlijk toezicht te onderscheiden van permanent toezicht. Als we gebruikelijke zorg (ouderlijk toezicht) wel meewegen bij de indicatiestelling, kan dat betekenen dat datzelfde kind pas op 16-jarige leeftijd toegang krijgt tot de Wlz. Kortom, de norm voor gebruikelijke zorg is, samen met de toegangscriteria voor de Wlz, bepalend voor de vraag *wanneer* iemand toegang krijgt tot de Wlz. Dit leidt tot minder kinderen in de Wlz dan wanneer er helemaal geen rekening zou worden gehouden met gebruikelijke (ouderlijke) zorg. Dit is in de Wlz dus hetzelfde als in de AWBZ.
- In de AWBZ is gebruikelijke zorg niet vastgelegd op wetsniveau, maar wel in lagere regelgeving.
- De Wmo 2015 en de Jeugdwet bevatten wel een haakje voor gebruikelijke zorg op wetsniveau. In de Wmo is gebruikelijke zorg expliciet beschreven. In de jeugdwet is het impliciet opgenomen

² Deze optie is feitelijk geen overbruggingszorg omdat de zorg die wordt ingezet overeenkomst met de geïndiceerde verblijfszorg.



en maakt het onderdeel uit van de afweging die de gemeente maakt bij de inzet van ondersteuning.

Wat hebben we in de RvS-versie van de Wlz geregeld?

- In de wetstekst van de Wlz hebben we geen haakje voor gebruikelijke zorg opgenomen.
- Wel is in de MvT aangegeven dat de zorgbehoefte van Wlz-clienten de norm voor gebruikelijke zorg altijd ver te boven gaat.

Redenen om eerder geen haakje op wetsniveau op te nemen waren:

- De huidige AWBZ bevat geen haakje op wetsniveau.
- Het kan maatschappelijke onrust veroorzaken als we i.t.t. de AWBZ de gebruikelijke zorg wel op wetsniveau gaan verankeren, omdat we daarmee de indruk kunnen wekken dat we aan de gebruikelijke zorg gaan tornen (verruimen, verder normatief maken).
- Er gaat niet per se iets mis als er geen haakje in de Wlz zelf zou zijn.
- U hebt eerder aangegeven de norm voor gebruikelijke zorg niet te willen verstevigen t.o.v. de AWBZ.
- We waren voornemens een haakje in de lagere regelgeving op te nemen.

Wat stellen we nu voor?

- Wij stellen voor om alsnog een haakje voor gebruikelijke zorg op wetsniveau op te nemen in de Wlz. In het artikel over de aanspraken nemen we op dat de aanspraak op Wlz-zorg slechts bestaat indien iemand redelijkerwijs op die zorg is aangewezen.
- In de toelichting nemen we op dat het CIZ bij de indicatiestelling beoordeelt of de zorgbehoefte van een persoon substantieel meer is dan de gebruikelijke zorg die partners, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenoten geacht worden elkaar onderling te bieden. Ook lichten we toe dat er materieel niets wijzigt ten opzichte van de AWBZ. Het enige verschil is dat het haakje op wetsniveau wordt verankerd in plaats van in lagere regelgeving.
- Wat we precies onder gebruikelijke zorg verstaan, zal worden uitgewerkt in lagere regelgeving. Wanneer het op een later moment opportuun wordt geacht om de normen voor gebruikelijke zorg te verruimen, dan biedt de wet daartoe de ruimte. Hier ligt bijvoorbeeld een relatie met het eerste besprekingspunt uit deze bijlage (het gesprek tussen cliënt, CIZ, gemeente en zorgverzekeraar als de cliënt niet tot de Wlz toegelaten wil worden).

Redenen om nu wel een haakje op wetsniveau op te nemen zijn:

- In de wettekst wordt explicieter recht gedaan aan de ambitie van het kabinet om de sociale omgeving van de cliënt aan te spreken op betrokkenheid. Twee recente uitspraken van de CrvB over gebruikelijke zorg. De boodschap in beide uitspraken is: gebruikelijke zorg in beleidsregels uitwerken kan, maar er moet wel een haakje op een hoger niveau zijn.
 - De toegangscriteria en aanspraken worden in de Wlz op wetsniveau getild, dus daarbij past om dat ook voor de norm voor gebruikelijke zorg te doen.
 - Consistentie Wlz met Jeugdwet en Wmo 2015, die het wel op wetsniveau regelen.
 - Wij hebben dit voorstel reeds ambtelijk met de Raad van State besproken. Betrokken medewerkers gaven aan dat een toevoeging op dit punt positief zou worden ontvangen omdat dan in de wettekst duidelijk tot uiting wordt gebracht dat je pas in de Wlz terecht komt als de zorg echt niet meer in de eigen omgeving geleverd kan worden. Voor volwassenen heeft het geen consequenties als we aansluiten bij de norm voor de AWBZ, omdat daar alleen gebruikelijke zorg wordt verondersteld bij kortdurende zorg, terwijl iedereen die toegang krijgt tot de Wlz in principe een blijvend zware zorgbehoefte heeft (afhankelijk van de keuzes die we maken bij onderwerp 2 van dit memo over het criterium "blijvend")
- Voor wat betreft kinderen is het goed om te verwijzen naar algemeen aanvaardbare maatstaven om ook een duidelijk signaal te geven naar andere wetten.



- We vinden het in Nederland normaal dat kinderen thuis moeten kunnen opgroeien en daarmee zijn echt in eerste instantie de ouders aan zet. Als die ouders ondersteuning nodig hebben kunnen ze aankloppen bij de gemeente in het kader van de Jeugdwet.
- We vinden het in Nederland normaal dat ouders voor hun kinderen zorgen. Het is dus van groot belang onderscheid te maken tussen ouderlijk toezicht en permanent toezicht. Jonge kinderen (gehandicapt of niet) hebben continu toezicht nodig.

NB

- Materieel verandert er niets tov huidige situatie door het haakje op wetsniveau op te nemen in plaats van in lagere regelgeving. Het leidt mutatis mutandis dus niet tot verschuivingen tussen domeinen en heeft het ook geen financiële consequenties.
- Het haakje voor gebruikelijke zorg is niet bepalend voor de vraag in welk zorgprofiel iemand wordt geïndiceerd.
- Bij gebruikelijke zorg gaat een om een objectieve norm/algemeen aanvaardbare maatstaf. Dat is iets anders dan het meewegen van de mogelijkheden van het sociale netwerk in individuele gevallen bij de indicatiestelling. Wanneer ouders in individuele gevallen niet in staat zijn om de gebruikelijke ouderlijke zorg te leveren, is de Jeugdwet het aangewezen domein (opvoedondersteuning en opvoedonmacht) en niet de Wlz.

Draagvlak

- Het kan maatschappelijke onrust veroorzaken als we in tegenstelling tot de AWBZ de gebruikelijke zorg wel op wetsniveau gaan verankeren, omdat we daarmee de indruk kunnen wekken dat we aan de gebruikelijke zorg gaan tornen (verruimen, verder normatief maken). Wij stellen echter voor om niet af te wijken van hetgeen nu in de lagere regelgeving onder de AWBZ is geregeld. Als we dat duidelijk toelichten, verwachten wij geen maatschappelijke onrust over deze aanpassing in de wet.

6. Flexibele bekostiging

Hoe werkt het nu in de AWBZ?

- De bekostiging van de AWBZ is niet vastgelegd in de wet zelf, maar in de beleidsregels van de NZa.
- De bekostiging is afgeleid van de aanspraken die in het Besluit zorgaanspraken AWBZ zijn vastgelegd en de zorgzwaartepakketten die door het CIZ worden geïndiceerd. De NZa stelt onder andere prestaties vast voor:
 - Zorg met verblijf;
 - Volledig Pakket Thuis (VPT);
 - Persoonsgebonden budget (pgb);
 - Losse extramurale functies en klassen.
- Daarbij geldt dat per zzp een ander bedrag wordt vastgesteld. Voor een VPT voor iemand met een laag zzp ontvangt een aanbieder bijvoorbeeld minder geld dan voor een VPT voor iemand met een hoog zzp.

Wat hebben we in de RvS-versie van de Wlz geregeld?

- De bekostiging blijft voorlopig grotendeels hetzelfde als in de AWBZ. Aangezien de bekostiging op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg plaatsvindt, hebben we in de wetstekst van de Wlz niets opgenomen over de bekostiging. Wel hebben wij een paragraaf in de MvT opgenomen waarin we toelichten wat we voor ogen hebben voor de bekostiging. Hierin hebben we onder andere aangekondigd dat we de NZa hebben verzocht om grootschalig onderhoud uit te voeren op de zzp's en daarbij te bezien of het aantal zzp's kan worden teruggebracht.
- In de MvT is tevens toegelicht dat de NZa prestaties zal vaststellen voor:



- Zorg met verblijf: bekostiging van het integrale pakket inclusief verblijf;
- Volledig pakket thuis: bekostiging van het integrale pakket dat een zorgaanbieder in de eigen omgeving van de cliënt levert;
- Pgb: voor pgb geldt dat de zorg in de meeste gevallen niet integraal bij één aanbieder wordt afgenomen. Er is sprake van meerdere zorgaanbieders, die samen een samenhangend pakket aan zorg bieden. Aanbieders declareren ieder hun eigen aandeel in de zorg. In tegenstelling tot bovenstaande twee opties, gebeurt het declareren wel op basis van losse functies.
- De mogelijkheid om extramurale functies en klassen voor zorg in natura te declareren, verdwijnt in de Wlz. Alle extramurale zorg wordt immers gecentraliseerd naar gemeenten en overgeheveld naar de Zvw. Een cliënt die geïndiceerd is voor de Wlz heeft daarom keuze uit drie leveringsvormen.

Vraagstuk

- Op dit moment zijn er ongeveer 40.000 mensen die ondanks een indicatie voor verblijf, met extramurale functies en klassen thuis blijven wonen. Zij ontvangen in dat verband minder zorg dan de zorg die voor hen in het volledig pakket thuis zou zitten. Voor een groot deel betreft het mensen in de lage zzp's in de vv en vg-sector, die niet zouden voldoen aan de Wlz-indicatiecriteria. Ongeveer 13.000 van hen zouden daar wel aan voldoen.
- Zij hebben in de Wlz wel aanspraak op een integraal pakket aan zorg, maar niet op losse extramurale functies en klassen. Dit werkt door in de bekostiging, die voor zorg in natura gericht is op het integrale pakket.
- Wij hebben intern gediscussieerd over de vraag wat er met de bekostiging moet gebeuren als mensen aanspraak hebben op Wlz-zorg, thuis willen blijven wonen en zorg in natura willen ontvangen, maar niet alle zorg uit het VPT willen afnemen.
- De Wlz biedt de ruimte aan cliënten om af te zien van bepaalde onderdelen van het VPT, bijvoorbeeld maaltijdvoorziening of persoonlijke verzorging, als deze geleverd kunnen worden door iemand uit de sociale omgeving. Voorwaarde is dat er sprake blijft van verantwoorde zorg.
- De integrale bekostiging biedt die ruimte echter niet. De zorgaanbieder die het VPT levert, krijgt wel het integrale pakket met het bijbehorende tarief bekostigd. Hierdoor kan zich de situatie voordoen dat het zorgkantoor betaalt voor zorg die niet geleverd wordt. Het is daarom vanuit economisch perspectief wenselijk om te bezien of er meer flexibele vormen van bekostiging mogelijk zijn.
- Het pgb biedt deze flexibiliteit sowieso. Het zorgkantoor kent dan alleen budget toe voor de zorg die de cliënt wel wil afnemen. Niet iedereen wil echter de zorg via een pgb inkopen, omdat dat leidt tot aanvullende administratieve lasten en verplichtingen.

Voors en tegens van integrale bekostiging

Bij de vormgeving van de Wlz is bewust gekozen voor integrale bekostiging. Redenen hiervoor zijn:

- Voor de cliënten die op de Wlz zijn aangewezen sluit een integraal pakket het beste aan bij de behoefte van de meerderheid van de Wlz-clieënten. Bij verzekerden die intramuraal moeten wonen, geldt dat er behoefte is aan samenhangende zorg die noodzakelijkerwijs gepaard gaat met opname in een instelling. Het zzp is een totaal pakket aan samenhangende zorg, dat hoort bij een bepaald cliëntprofiel. Het aantal cliënten dat op basis van deze criteria in de Wlz terecht komt en dat met een flexibel zorgaanbod (dus geen VPT of pgb in de huidige vorm) thuis wil blijven wonen is veel lager dan in de AWBZ, maar moeilijk in te schatten.
- In de Wmo is de mogelijkheid gecreëerd voor mensen met een hoge zorgzwaarte om in gesprek met gemeenten en CIZ te verkennen of het, ondanks de zorgbehoefte, verantwoord en doelmatig is om in het gemeentelijk domein en de Zvw zorg thuis te blijven ontvangen. Zie onderwerp 1 van deze notitie. Cliënten die hiervoor in aanmerking komen zijn waarschijnlijk grotendeels dezelfde als degenen die nu onder de AWBZ met hoge zorgzwaarte thuis blijven.



Als deze route goed werkt, is er geen/minder noodzaak voor additionele bekostigingsvorm in de Wlz. Wij zullen monitoren hoe deze route uitpakt.

- Als er veel cliënten zouden zijn die geen behoefte blijken te hebben aan een deel van de aanspraak dan rijst de vraag of de toegangscriteria van de Wlz niet moeten worden aangescherpt.
- Voor cliënten die in de Wlz met een flexibel pakket thuis willen blijven wonen is er het pgb.
- De zorg die in de Wlz moet worden geleverd moet te allen tijde verantwoord zijn. Dat de zorg goedkoper kan zijn als deze niet als integraal pakket wordt geleverd ten opzichte van als deze wel als integraal pakket wordt geleverd is een goed argument. Het doelmatigheidsargument zou echter niet zwaarder mogen wegen dan het zorginhoudelijk argument dat de zorg verantwoord moet zijn. Geld uitgeven aan onverantwoorde zorg is verspilling.
- Integrale bekostiging is een van de factoren die de Wlz van de Wmo 2015 onderscheidt. In de consultatie is door uitvoeringsorganisaties aangegeven dat de introductie van een pgb in de Wlz op gespannen voet staat met de inhoudelijke uitgangspunten van de Wlz (integraliteit) en de beheersbaarheid. Flexibele bekostiging van zorg in natura in de Wlz gaat nog een stap verder. De druk op de indicatiestelling door risico op afwenteling vanuit de gemeente richting Wlz en aanzuigende werking van de Wlz t.o.v. de Wmo kan hierdoor groter worden. De scheidslijn tussen de Wmo/Zvw enerzijds en Wlz anderzijds wordt minder scherp als in de Wlz ook een vorm van extramurale zorg mogelijk blijft. Dit zet de budgettaire beheersbaarheid van de Wlz onder druk.

Nadelen van integrale bekostiging zijn:

- Indien cliënten een VPT hebben en daarbinnen een deel van de zorg niet afnemen, worden zorgaanbieders betaald voor zorg die ze niet leveren. Dat is ongewenst.
- Al sinds decennia schuift het tij naar meer eigen regie en meer in de eigen omgeving. Een integrale bekostiging is contrair aan de maatschappelijke beweging en ademt niet mee met de beweging meer regie en anders organiseren. Verschillende organisaties in de gehandicaptenzorg slagen er in om ook zeer zware zorg te vermaatschappelijken. De bekostiging zou hierbij moeten aansluiten.

Wat stellen we nu voor?

- Wij stellen voor nu geen wijzigingen aan te brengen in de wettekst van de Wlz, deze bevat immers geen bepalingen over de bekostiging. De aanspraken en leveringsvormen blijven gelijk.
- We stellen voor om de NZa om advies voor bekostiging van het VPT te verzoeken. Het is belangrijk dat een oplossing wordt gekozen die een middenweg biedt tussen flexibiliteit enerzijds en doelmatigheid anderzijds. Mogelijke oplossingen die NZa kan verkennen zijn:
 - Het tarief voor het VPT wordt door de NZa vastgesteld op de per 2015 te verwachten gemiddelde kosten. In de gemiddelde kosten zit verrekend dat sommige cliënten een deel van het pakket niet afnemen en dus goedkoper zijn.
 - De NZa bouwt de tarieven voor de diverse VPT-pakketten op uit modules met subtarieven. De zorgaanbieder declareert slechts de geleverde modules.
 - Introduceren van vrije tarieven voor VPT.
- Voordeel van deze optie is dat nu wordt vastgehouden aan de principes van "de samenhang en het onderscheid der stelsels", de cliënt daar geen hinder van ondervindt en we later – als alles een beetje uitgetrild is en we beter zicht hebben op de gedragseffecten uit hoofde van de HLZ-operatie – altijd nog bij kunnen schaven. Hiervoor is geen aanpassing van de wet nodig.

Draagvlak



- Het kan onrust bij zorgaanbieders veroorzaken als zij in de toekomst alleen nog betaald krijgen voor zorg die zij daadwerkelijk geleverd hebben. In de meeste sectoren is dat echter een heel gebruikelijk principe.
- Wij verwachten op korte termijn weinig onrust, omdat het slechts een aankondiging betreft van een verkenning van de mogelijkheden door de NZa. Wij zijn reeds met NZa in overleg om hen de mogelijkheden van flexibele bekostiging te laten onderzoeken.

7. Kleinschalige wooninitiatieven

Vraagstuk

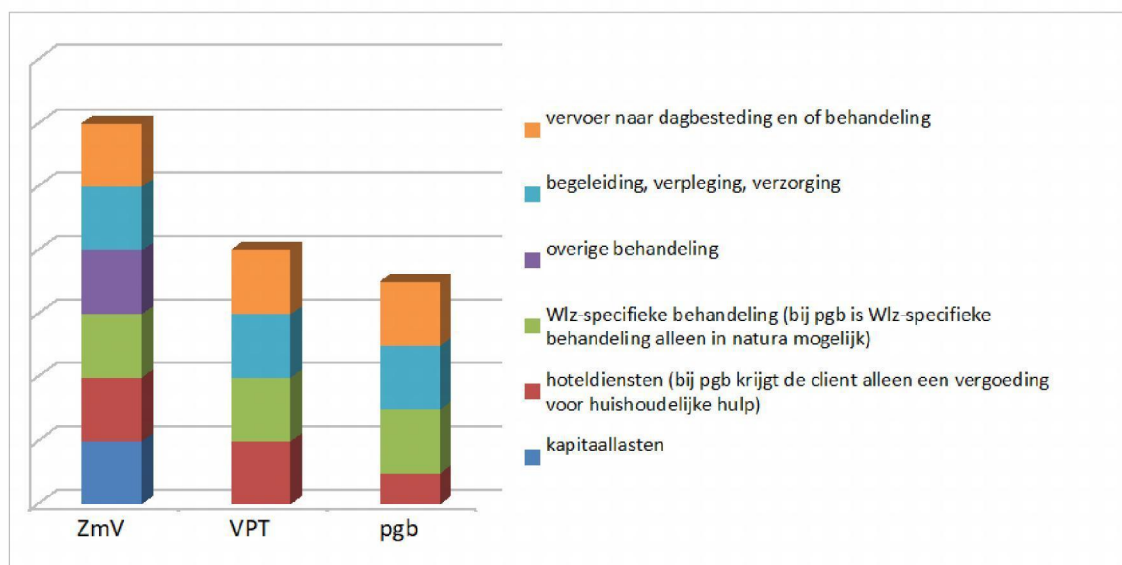
- Op dit moment zijn er in de AWBZ kleinschalige woonvoorzieningen die met pgb worden bekostigd. Cliënten die een zzp indicatie hebben, deze met pgb verzilveren en in een kleinschalig wooninitiatief wonen, ontvangen een opslag van € 4.000.
- Zoals het nu in de RvS versie van de Wlz is opgenomen, is het in de Wlz niet meer mogelijk deze toeslag voor kleinschalige wooninitiatieven nog langer uit te keren. Hiervoor is een inhoudelijk zuivere argumentatie maar het is ook politiek gevoelig.
- Vraag is of u de Wlz wilt aanpassen of dat u het inhoudelijk debat met de Tweede Kamer over de toeslag voor de kleinschalige wooninitiatieven (bij de behandeling van de Wlz) wilt aangaan.

Wat staat er nu (onder de AWBZ) in de pgb regeling?

- Cliënten die een zzp indicatie hebben en deze met pgb verzilveren wordt de hoogte van het pgb berekend door het zzp met behulp van een bij de pgb regeling bijgevoegde omreken tabel om te rekenen naar een of meer klassen waar vervolgens een maximaal tarief aan hangt. Indien de verzekerde in een kleinschalig wooninitiatief woont, ontvangt deze een toeslag van € 4000.
- Deze € 4000 is eind 2012 afgesproken ter compensatie van de afbouw van pgb-tarieven. De rationale is dat pgb-wooninitiatieven meer geld nodig hebben voor het organiseren van zorg, niet meer uit zouden kunnen door de afbouw, en daarom een toeslag hebben gekregen. Met deze toeslag wordt feitelijk een stukje wonen/ verblijf bekostigd.

Wat staat er nu in de RvS versie van de Wlz

- Het pgb in de Wlz is vormgegeven conform de voorwaarden zoals beschreven in de HLZ-brief van 25 april 2013. Het pgb wordt wettelijk verankerd. Voorwaarden voor pgb zijn: a) voorkomen van aanzuigende werking, b) goede kwaliteit, c) Lagere kosten dan via zorg in natura, d) trekkingsrecht en e) fraudebestendig
- In de Wlz is opgenomen wat er uit het pgb mag worden betaald. Dit is persoonlijke verzorging, begeleiding, verpleging, vervoer naar begeleiding of behandeling en huishoudelijke hulp. Andere uitgaven dan deze (bijvoorbeeld aan wonen) zijn onrechtmatig.
- Wanneer een cliënt niet kiest voor zorg in natura maar voor pgb, stelt het zorgkantoor vast wat het trekkingsrecht is dat een cliënt heeft op grond van zijn budgetplan en de inzet van onder andere professionele- en mantelzorg. Het trekkingsrecht mag nooit meer zijn dan het maximumtarief voor het pgb. Het maximumbudget voor het pgb wordt afgeleid van de tarieven voor zorg in natura. Hierop worden de aanspraken waarvoor geen pgb kan worden verkregen, zoals kapitaallasten, hotelmatige diensten (met uitzondering van de huishoudelijke hulp indien hieraan behoefte is) en behandeling in mindering gebracht. In de Wlz worden de tarieven voor pgb dus niet meer berekend via de omreken tabel. Ze worden deductief, afgeleid van het Zin tarief. $\text{Max tarief pgb} = \text{max tarief zzp} - \text{kapitaallasten, hotelmatige diensten (met uitzondering van de huishoudelijke hulp) en behandeling}$.



Analyse

- Gekozen is voor de benadering dat de cliënt kiest voor of Zin of pgb. Als de cliënt kiest voor pgb dan doet deze vrijwillig afstand van verblijf. De cliënt zegt "mijn woonruimte regel ik zelf". Vanuit die redenering ontvangt de cliënt alleen een vergoeding voor alle zorggerelateerde kosten maar niet voor het wonen / verblijf.
- Een structurele toeslag voor wonen, waarvan nu bij de kleinschalige wooninitiatieven sprake is, verhoudt zich niet tot bovenstaand uitgangspunt.
- Zou een toeslag voor kleinschalige wooninitiatieven mogelijk gemaakt worden dan zouden wij eigenlijk zeggen dat het logisch is dat geclusterd wonen / samenwonen duurder is dan alleen wonen. Daar is objectief geen verhaal voor.
- Cliënten met een pgb die thuis wonen kunnen net als 'gewone mensen' een beroep doen op huurtoeslag en de meeste bewoners van kleinschalige wooninitiatieven doen dit ook. Hierdoor kan gesteld worden dat het wonen voor pgb'ers in kleinschalige wooninitiatieven dubbel bekostigd wordt of omgekeerd, dat met inzet van zorggeld een besparing wordt behaald op de huurtoeslag.
- Met de toeslag voor de kleinschalige wooninitiatieven wordt via de pgb-houder defacto de aanbieder gesubsidieerd. Of een pgb met toeslag voor een kleinschalig wooninitiatief nog steeds goedkoper is dan wonen in een instelling is moeilijk te beantwoorden. Waarschijnlijk is dit wel het geval. Kapitaallasten voor verblijf in een instelling zijn gemiddeld circa € 10.000 euro per plek. Een opslag van € 4.000 euro voor wonen in een kleinschalig wooninitiatief is wat dat betreft goedkoper. Voor een zuivere vergelijking moet je echter ook rekening houden met verschillen in eigen bijdrage en zorg in natura heeft in bekostiging ook veel toeslagen die kleinschalig wonen in pgb niet heeft. Bovendien zou je, als je de kosten voor de maatschappij in beeld wil brengen eigenlijk ook de niet-zorg gerelateerde kosten mee moeten nemen zoals de huurtoeslag.

Wat stellen wij voor

- Benadrukken dat bij het overgangsrecht in de Wlz al een uitzondering voor de kleinschalige wooninitiatieven is gemaakt die zowel cliënten als zorgaanbieders zekerheid biedt.
- De Wlz niet aanpassen (dus geen opslag voor kleinschalige wooninitiatieven meer) en de (politieke) discussie aangaan. Hierbij kunt u naast bovenstaande inhoudelijke argumenten ook wijzen op 2 zaken:



- Benadrukken dat kleinschalige wooninitiatieven nu met pgb worden gefinancierd maar kunnen ook met VPT of als ZmV worden gefinancierd als zij hiervoor contacten sluiten met zorgkantoren (maar dit willen de kleinschalige wooninitiatieven niet).
- Wijzen op de pilot contractering zorg op maat: experiment waarbinnen een cliënt zich voor VPT tot niet gecontracteerde zorgaanbieders kan wenden.
- Indien u er toch een toeslag voor pgb mogelijk wilt maken dan stellen wij voor om te verkennen of het mogelijk is hiervoor een subsidie te maken van waaruit deze toeslag kan worden bekostigd. In de subsidievoorwaarden zou dan eventueel ook rekening gehouden kunnen worden of mensen ook huursubsidie hebben aangevraagd.

Draagvlak

- Indien u besluit om de Wlz niet aan te passen dan wordt stevige weerstand verwacht vanuit de Tweede Kamer, cliëntenorganisaties, pgb-houders en kleinschalige wooninitiatieven.

8. Overgangsrecht voor cliënten

Wat hebben we in de RvS-versie van de Wlz geregeld?

Hierin hebben we het overgangsrecht opgenomen zoals we dat met u hebben besproken:

- 1) Mensen met een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg (geen zzp) gaan per 1 januari 2015 over naar Wmo, Jeugdwet of Zvw (onmiddellijke werking).
- 2) Cliënten die tot 2015 op basis van de grondslag psychiatrie aanspraak hebben op AWBZ-zorg (de langdurige GGZ) komen per 2015 onder de verantwoordelijkheid van Zvw-verzekeraars en gemeenten (onmiddellijke werking).
- 3) Verblijfsgeïndiceerden in de gehandicaptenzorg en ouderenzorg met een zzp dat hoog genoeg is voor de Wlz, komen sowieso in de Wlz, ongeacht op welke wijze zij de zorg nu afnemen (eerbiedigende werking).
- 4) Voor verblijfsgeïndiceerden in de gehandicapten- en ouderenzorg met een laag zzp geldt dat degenen:
 - a) die daadwerkelijk intramuraal verblijven, dat onder de Wlz kunnen voortzetten zolang zij aan de "oude" indicatiecriteria voldoen. Er vindt geen herindicatie plaats die gevolgen kan hebben voor de vraag of de verzekerde het verblijf voort kan zetten. Hiermee wordt uw lijn gevolgd om de rechten van verblijfsgeïndiceerden te respecteren (eerbiedigende werking).
 - b) Die met een pgb wonen in een kleinschalig wooninitiatief, dat kunnen voortzetten. Deze groep wordt in het kader van het overgangsrecht gelijk geschaard met verblijf, (eerbiedigende werking).
 - c) Die hun aanspraak op verblijf niet verzuimd hebben (nog thuis wonen), nog gedurende een jaar kunnen opteren voor verblijf in de Wlz. Wie voor intramuraal verblijf kiest, gaat naar Wlz, wie thuis wil blijven wonen kan overgaan naar de Wmo en Zvw (uitgestelde werking met opt-in).
- 5) Voor aanspraken, de leveringsvormen en de eigen bijdragen geldt onmiddellijke werking. Dat wil zeggen dat voor alle cliënten in de Wet LIZ, ongeacht of het bestaande cliënten of nieuwe cliënten zijn, per 2015 direct dezelfde rechten en plichten gelden.
- 6) Voor de hoogte van de budgetten van pgb-houders geldt:
 - a) Voor de groep waarvoor in het begrotingsakkoord 2013 afspraken zijn gemaakt over afbouwtrajecten, dat deze afbouwtrajecten worden geëerbiedigd.
 - b) Voor de groepen waarvoor eerder budgetgaranties zijn afgegeven, dat deze garanties worden geëerbiedigd.
 - c) Voor overige groepen pgb-houders geldt dat zij per 2015 te maken zullen krijgen met de nieuwe pgb-tarieven zoals deze in de Wlz gelden.

Wat stellen we nu voor?



- Wij stellen voor één wijziging aan te brengen in het overgangsrecht, namelijk ten aanzien van minderjarigen met een licht VG (1 t/m 3) of LVG-zzp. Wij Eerder is namelijk al besloten om hen direct onder de Jeugdwet te brengen. In de RvS-versie van de wet is deze groep echter abusievelijk in het overgangsrecht meegenomen in bovengenoemde categorie 4, waardoor bestaande gebruikers onder de Wlz zouden komen te vallen.
- Voor het overige stellen wij voor het overgangsrecht ongewijzigd te laten.

Consequenties

- Consequentie is dat 18-minners met een licht VG of LVG-zzp per 2015 direct te maken krijgen met de gemeente. Voor 18-plussers met een zelfde pakket (bestaande gebruikers) geldt dat zij onder de Wlz vallen. Mensen met en hoger zzp voor de VG (18-min en 18-plus, komen sowieso wel onder de Wlz.
- Bij het berekenen van het budget uit de AWBZ dat wordt overgeheveld naar gemeenten in het kader van de Jeugdwet was er al rekening mee gehouden dat 18-minners direct onder de Jeugdwet zouden vallen. Deze aanpassing van het overgangsrecht heeft daarom geen financiële consequenties.

Draagvlak

- Eerder is met VNG afgesproken dat bestaande minderjarige cliënten met een VG of LVG-pakket direct naar de Jeugdwet overgeheveld zouden worden, met bijbehorend budget. Het is wenselijk om deze afspraak met de VNG te handhaven en van het overgangsrecht op deze afspraak aan te passen.

9. Toezicht van de IGZ op de in het zorgplan vastgelegde afspraken

Wat hebben we geregeld?

- In hoofdstuk 8 van de Wlz zijn artikelen betreffende de zorgplanbespreking uit de beginselenwet opgenomen.
- De beginselenwet is ingetrokken.
- Bij de intrekking van de beginselenwet heeft u aan de Kamer en in de media aangegeven dat u de artikelen uit de beginselenwet integraal heeft overgenomen.

Wat is het probleem?

- In de artikelen over de zorgplanbespreking staat dat (vertegenwoordigers van) verzekerden melding kunnen doen bij de IGZ als er sprake is van een inbreuk op de in het zorgplan vastgelegde afspraken. Dit betekent in het meest extreme geval dat wanneer een keer een douchebeurt wordt overgeslagen of een dag niet in de buitenlucht wordt verkeerd al melding bij de IGZ kan worden gedaan met de (impliciete) verwachting dat de IGZ in actie komt. De wet biedt weliswaar ook de mogelijkheid voor de IGZ om de melding buiten beschouwing te laten maar daarmee worden de verwachtingen van de burger (verder) gefrustreerd.
- De IGZ heeft aangegeven dat het toezicht op deze wijze niet reëel uitvoerbaar is en dat de IGZ hiermee in een onmogelijke positie wordt geplaatst. Zoals de afgelopen jaren is gebleken heeft het creëren van verwachtingen bij de burger over wat van de IGZ mag worden verwacht en het vervolgens niet kunnen waarmaken van deze verwachtingen een hoog afbreuk risico, niet alleen voor de inspectie maar ook voor de bewindslieden. De IGZ verzoekt de Wet hierop aan te passen.
- Wellicht ten overvloede: op uw verzoek is in eerder stadium (na externe consultatie maar voor verzending van de Wlz naar de RvS) ook al een wijziging op de artikelen betreffende de zorgplanbespreking uit de beginselenwet opgenomen. Dit betreft de toevoeging dat de betrokkenheid van mantelzorg bij de zorgplanbespreking aan de orde moet (ipv kan) komen.



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Wat stellen we voor?

- Wij stellen voor de wetsartikelen in de Wlz op dit punt te wijzigen en de memorie van toelichting te verduidelijken. We stellen voor aan te sluiten aan bij het Landelijk Meldpunt Zorg en de Wkkgz.
- Vanaf medio 2014 kunnen alle cliënten die niet weten wat ze met hun klacht aanmoeten terecht bij het Landelijk Meldpunt Zorg (voorheen Zorgloket)
- Uit de rapporten Vd Steenhoven/Sorgdrager kwam de lijn naar voren dat de IGZ er niet is voor individuele genoegdoening voor cliënten nav hun klachten. Het gaat om signalen die de IGZ meeneemt in de handhaving richting de aanbieders. Klachten moeten in eerste instantie door de aanbieder zelf worden behandeld. In wetsvoorstel Wkkgz is aanvullend geregeld dat de cliënt naar de geschilleninstantie kan indien de klacht niet naar behoren door de aanbieder wordt behandeld.

Draagvlak

- Rechtstreekse toegang van de cliënt met klacht tot IGZ was destijds een eis van gedoogpartner PVV. Die situatie bestaat nu niet meer. Het kan het zijn dat de PVV hier in de parlementaire behandeling op terug komt.
- Mochten er vragen komen over uw toezegging dat u de artikelen uit de beginselenwet niet integraal heeft overgenomen dan heeft u daarop met bovenstaande lijn een goed antwoord.