

**Bijlage bij Advies maatwerk in de Wlz****Reactietabel vragen bestuurlijke consultatie**

2.1: Vindt u de beschrijving van de huidige regelingen voor extra zorg in hoofdstuk 2 duidelijk?		
Belanghebbende	Reactie belanghebbende	Reactie NZa en ZIN
Actiz	Ja	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
BTN	Wat BTN betreft is de beschrijving van de huidige regelingen voldoende duidelijk beschreven. Alleen de verwijzing bij voetnoot 7 lijkt niet kloppend.	<i>De verwijzing is aangepast naar aanleiding van deze opmerking</i>
CCE	<p>Helder. Twee opmerkingen:</p> <p>Pagina 9: alinea met kopje 'CCE'. De originele tekst "CCE voert een beoordeling uit van de situatie van de cliënt en haar context. Bij probleemgedrag wordt geanalyseerd of er extra zorg nodig is vanwege de context van de cliënt of vanwege de cliënt zelf." Deze tekst zet lezers op het verkeerde been, is te zwart/wit. Probleemgedrag is geen cliëntkenmerk maar het resultaat van de interactie tussen cliënt en omgeving. In die zin is cliënt alleen in zijn context te beoordelen, integraal. Zie ook opmerkingen bij 3.1 Voorstel: "CCE voert een integrale beoordeling uit waarbij het uitgangspunt is 'deze cliënt in deze context'. Het CCE baseert zich daarbij hoofdzakelijk op drie informatiebronnen: het zorgplan, een bezoek aan de cliënt in zijn context en een gesprek met betrokken professionals. Hieruit volgt de analyse of er extra zorg nodig is".</p> <p>Pagina 9: voetnoot 7 klopt niet met de tekst.</p>	<i>Het tekstvoorstel is overgenomen. De verwijzing is aangepast naar aanleiding van deze opmerking</i>
CIZ	Deze zijn duidelijk.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>



Federatie Opvang	De beschrijving is duidelijk.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
NIP	Nee. Het onderscheid tussen Meezorg, toeslagen, PAB en EKT zijn onduidelijk voor zorgprofessionals en lijken allen te slaan op extra kosten voor cliënten in de langdurige zorg waarvoor standaardbudgetten ontoereikend zijn. De regelingen zijn te versnipperd over verschillende doelgroepen en zeer complex in de uitvoering. Er zijn veel interpretaties mogelijk onder welke regeling bepaalde zorg zou moeten vallen wat de aanvraag moeilijk en bureaucratisch maakt en risico op afwijzing zeer groot.	<i>We hebben ervoor gekozen de verschillende regelingen kort toe te lichten in het rapport. Voor extra verduidelijking van de regelingen hebben we een factsheet gemaakt. Deze geeft weer welke cliënten gebruik kunnen maken van welke regelingen. Dit zal het niet alleen voor zorgprofessionals maar ook voor cliënten duidelijker maken.</i>
NPCF	Ja, ze zijn helder beschreven. Ook de toevoeging met aantallen cliënten die gebruik maken van regelingen is zeer verhelderend.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
OVGZ	Het is onvoldoende duidelijk wie aanspraak kunnen maken op de regelingen en onder welke condities. Met betrekking tot de toeslagen moet duidelijk aangegeven worden dat deze niet gelden voor zorg thuis. Dit verschil is van groot belang, ook voor de vergelijking van kosten thuis of in een instelling waar de toeslagen dus additioneel zijn en in de instellingskosten meegenomen moeten worden.	<i>We hebben een factsheet gemaakt waarin staat wanneer een cliënt aanspraak kan maken op welke regeling. Daarnaast is dit opgenomen in het rapport van HHM.</i>
Per Saldo	Ja, die zijn helder omschreven. Wat ik nog mis in de tabel van 2.3 is de verbijzondering naar financieringsvorm (ZIN of PGB). Voor de discussie zou het goed zijn die nog op te nemen.	<i>De NZa en het ZIN beschikken over informatie m.b.t. zorg in natura. Vandaar dat pgb in deze tabel niet is meegenomen.</i>



VGN	<p>De beschrijving in hoofdstuk 2 is wat de VGN betreft niet volledig. In de tabellen 1 en 2 wordt van een te kleine groep uitgegaan. Een deel van de cliënten die in aanmerking komt voor extra zorg valt nu onder de groep Wlz-indiceerbaren en heeft overgangsrecht. Juist omdat de problematiek rond extra zorg nog niet opgelost is, is voor deze cliënten een vangnetregeling gecreëerd voor de periode 2017 t/m 2019. Deze groep wordt uit de tabellen niet zichtbaar, omdat zij nu geen gebruik maken van de regelingen extra zorg.</p> <p>Daarnaast wekt de beschrijving van meerzorg de indruk dat het steeds gaat om overschrijding van de zorgbehoefte ten opzichte van het zorgprofiel. (blz. 9 bovenaan). De regeling zegt echter dat het ook gaat over een hogere zorgbehoefte dan de zorg die is opgenomen in het zorgzwaartepakket dat voor de bekostiging van het zorgprofiel wordt gebruikt. Bij dat laatste gaat het dus ook om onvoldoende budget.</p> <p>Bij de uitvoering van de EKT regeling (2.2.3) wordt de situatie van een client met PGB beschreven, bij zorg in Natura speelt de zorgaanbieder een rol bij de aanvraag en bij de bespreking van de zorgvormen.</p>	<p><i>We verduidelijken het stuk over de EKT en ZIN. De Wlz-indiceerbaren zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten omdat niet bekend is hoe groot de groep is die recht heeft op meerzorg. Bij de beschrijving over meerzorg hebben we aangesloten bij de terminologie van de Regeling langdurige zorg en de desbetreffende beleidsregels.</i></p>
-----	--	--



ZN	<p>Op zich is de beschrijving duidelijk, alleen op sommige zaken niet helemaal correct. Zo wordt in paragraaf 2.2.3 bij EKT de aanvraag niet door een cliënt ingediend, maar door de zorgaanbieder, die het zorgplan bespreekt opstelt met de cliënt. Verder mist hier een verwijzing naar kinderen die extra zorg bij het onderwijs kunnen ontvangen.</p> <p>Bij EKT is aangegeven dat de cliënt deze aanvraag doet. Dit is niet het geval als de cliënt zorg in natura ontvangt. In dit geval vraagt de aanbieder EKT aan.</p> <p>Het PAB is nu weer 219.000. De partnerkorting is er uit. Er wordt aangegeven dat een cliënt het PAB zonder hulp van een vertegenwoordiger moet kunnen beheren, maar alleen fysiek gezien is er al hulp nodig om zaken af te handelen.</p> <p>H 2.2 tekstvoorstel voor de 2de zin: "Voor 5% van de Wlz cliënten geldt dat het best passende bestaande profiel niet toereikend is voor hun zorgbehoefte. Ter aanvulling kunnen zij hiertoe een beroep doen op enkele regelingen voor extra zorg."</p> <p>Blz. 9: Conformerend aan het protocol meerzorg een tekstvoorstel bij alinea 'Zorgkantoor' eerste -:</p> <p>-Indien de meerzorgaanvraag is gebaseerd op enkel somatische zorg wordt de inhoudelijke beoordeling voor deze aanvraag gedaan door het zorgkantoor. Hiervoor kan bij cliënten die thuis wonen een huisbezoek afgelegd worden. Indien de meerzorgaanvraag (tevens) is gebaseerd op (ernstig)probleemgedrag dient de zorgaanbieder het CCE een zorginhoudelijke toets te laten uitvoeren.</p> <p>Blz. 9: Alinea over 'CIZ'; dit geldt voor alle meer-zorg, advies om dit bij H2.2 te plaatsen in plaats van bij H2.2.1.</p> <p>Blz. 10: onder H2.2.2 4de alinea: 'Toeslagen worden aanvullend op het geïndexeerde zorgprofiel toegekend (i.pl.v. gedeclareerd).</p> <p>Blz. 10: laatste alinea: ook de naam van het rapport van HHM noemen</p>	<p><i>De tekstvoorstellen zullen we meenemen. Het rapport zullen we hierop zo volledig mogelijk aanpassen. Hierin nemen we mee dat wanneer de cliënt zorg in natura ontvangt, de zorgaanbieder EKT aanvraagt in plaats van de cliënt zelf. Het klopt dat het PAB is gewijzigd naar € 219.000. We zullen dit dan ook in het rapport aanpassen.</i></p>
----	--	---

**2.2: Herkent u zich in de knelpunten die zijn beschreven in hoofdstuk 2? Mist u belangrijke knelpunten?**

Belanghebbende	Reactie belanghebbende	Reactie NZa en ZIN
Actiz	<p>Bij knelpunten meerzorg ontbreekt:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- de kosten van het verplichte consult CCE van € 1170 voor de zorgaanbieder;</li><li>- In de VV komen ZP 7 (en 8) in aanmerking voor de meerzorgregeling. Echter ZP VV 7 wordt door het CIZ aanzienlijk minder geïndiceerd; cliënten blijven (langer) in ZP VV5 'hangen'. Daardoor komen er minder cliënten dan beoogd in aanmerking voor de meerzorgregeling.</li></ul>	<p><i>In scenario 1 is als knelpunt benoemd dat er hoge kosten verbonden zijn aan de aanvraag voor meerzorg. Dit nemen wij mee bij de opvolging van advies 1; de huidige regelingen voor extra zorg verbeteren en vereenvoudigen. NZa neemt hiertoe het initiatief.</i></p> <p><i>Het tweede punt bespreken we met het CIZ en het CCE in het vervoltraject.</i></p>
BTN	<p>De benoemde knelpunten zijn herkenbaar en voor BTN ontbreken geen belangrijke knelpunten. Met name de knelpunten bij de zorg thuis worden herkend. Welke leveringsvorm wordt gekozen zou van minder impact moeten zijn op de mogelijkheden die er dan zijn en het beschikbare budget. De zorg thuis is nu nog veelal vanuit de (oude) intramurale setting vertaald waardoor niet altijd passend, o.a. een herijking van de tarieven is hierbij wenselijk.</p>	<p><i>Ten behoeve van de herijking van de tarieven vindt in 2017 een kostprijsonderzoek plaats</i></p>



CCE	<p>Uit de proeftuinen (en daarbuiten) komen twee knelpunten naar voren die niet genoemd zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Meerzorg mag volgens de regeling nu alleen voor directe extra uren zorg ingezet worden. Dat terwijl een investering in contextfactoren effectiever en efficiënter kan zijn. Denk aan het beter toerusten van medewerkers en verbeteringen van / in de context.</li><li>- Vooral in de intramurale setting is een knelpunt individuele versus groeps-meerzorg. Aansluitend bij het uitgangspunt "cliënt in zijn context" levert het voordelen op om de stap te zetten van 'smal' kijken (beperkt tot individuele cliënt) naar 'breder' kijken (tevens aandacht voor de wisselwerking tussen de cliënt en zijn context).</li></ul> <p>Onder 2.5 Proeftuinen, het vierde aandachtsstreepje: Op het capaciteitsvraagstuk van de zorgkantoren is inmiddels een antwoord geformuleerd. Om de betrokkenheid van het zorgkantoor te borgen zonder dat het een te groot beslag legt op de beschikbare capaciteit zal er een jaarlijks ontwikkelgesprek per zorgorganisatie georganiseerd worden, waarbij het zorgkantoor, de zorgaanbieder, het CCE en (zo mogelijk) de cliëntenraad in een overstijgend overleg spreken over de gehele voortgang en verbeteringen / doelen voor het komende en afgelopen jaar in het kader van Meerzorg bij betreffende aanbieder.</p>	<p><i>Het stuk over proeftuinen is verplaatst. In dit hoofdstuk gaan we enkel in op knelpunten bij meerzorg. De proeftuinen worden na afloop geëvalueerd en waar mogelijk wordt het beleid verbeterd.</i></p>
CIZ	De beschreven knelpunten zijn herkenbaar.	<p><i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i></p>



Federatie Opvang	<p>De regelingen zijn betrekkelijk nieuw en niet of pas recent opengesteld voor cliënten uit onze sectoren. We hebben daarom nog geen concrete casussen over knelpunten uit de praktijk van de opvangsector. Opvangvoorzieningen hebben steeds vaker ook cliënten met complexe somatische problemen of psychogeriatrische aandoeningen. Voor deze groep cliënten kunnen de beschreven regelingen worden toegepast om te komen tot een passend zorgarrangement. Mogelijk knelpunt vormt het feit, dat opvangcliënten als regel nog geen permanent of passend thuisadres hebben. In de beschreven knelpunten herkennen we wel, dat er een uitdaging ligt om cliënten en werkers in de zorg goed te informeren over de mogelijkheden die er zijn. We onderschrijven ook de behoefte om de administratieve lasten te beperken zonder daarbij de doelmatigheid uit het oog te verliezen.</p>	<p><i>Om gebruik te kunnen maken van meerzorg geldt dat de cliënt een Wlz-indicatie heeft. Wanneer sprake is van maatschappelijke opvang op grond van de Wmo hebben cliënten geen aanspraak op meerzorg op grond van de Wlz. Indien Federatie Opvang signalen heeft dat er knelpunten zijn met betrekking tot permanent of passend thuisadres voor Wlz-cliënten kan de NZa dit in het vervolgtraject meenemen.</i></p>
NIP	<p>De beschreven knelpunten kunnen geheel onderschreven worden. Wij constateren dat deze knelpunten ook optreden bij de subsidieregeling voor extramurale behandelingen uitgevoerd door het CIZ. Ook hier zeer bureaucratische en langdurige procedures die niet aansluiten bij een acute zorgvraag, een zeer groot afwijzingspercentage en weinig flexibele houding in de indicatiestelling. Tekenend is dan ook het zeer geringe percentage van cliënten in de LZ die van deze regeling gebruikt maakt</p>	<p><i>In dit onderzoek is de subsidieregeling voor extramurale behandeling buiten beschouwing gelaten.</i></p>



NPCF	<p>Voor zover ouderen al ervaring hebben met de regelingen, zijn de knelpunten herkenbaar.</p> <p>Een knelpunt wat wij missen is de duur van aanvraag. Ouderen met een Wlz indicatie gaan veelal een laatste levensfase in die soms langer, maar ook regelmatig kort duurt. Juist dan is een snelle doorlooptijd van aanvraag en kunnen gebruiken van een regeling wenselijk.</p> <p>Daarnaast missen wij de ingewikkeldheid als knelpunt. We horen dat de route naar Wlz-zorg en aanvraag (met verschillende leveringsvormen) nu al ingewikkeld is voor mensen. De verschillende regelingen maakt het er niet minder ingewikkeld op.</p>	<p><i>In het rapport spreken we niet expliciet over de duur van de doorlooptijden. In het HHM rapport is de procedure van de aanvraag voor de regelingen opgenomen. In het rapport is aangegeven dat een knelpunt van meerzorg is dat het een lange en complexe aanvraagprocedure betreft.</i></p>
------	---	--





OVGZ	<p>Er staat dat uit het onderzoek van HHM blijkt dat men over het algemeen tevreden is over de regelingen extra zorg en dat de knelpunten zich voornamelijk in de uitvoering van meerzorg bevinden. In het onderzoek van HHM is echter niet de groep WLZ-indiceerbaren meegenomen en in de genoemde proeftuinen is zorg op basis van pgb niet meegenomen. Het rapport is dus wat dat betreft niet volledig.</p> <p>De knelpunten in de uitvoering van de meerzorg zoals genoemd in het consultatie advies herkennen wij. Het eigenlijke knelpunt zijn echter niet de regelingen meerzorg als zodanig, maar de basis/aanvankelijke indicatiestelling. De basis indicatiestelling dient alle permanente zorg te dekken en dat doet deze voor een groep met zware meervoudige grondslag niet. Dat probleem moet nu worden afgedekt door meerzorg en ekt; maar dat is eigenlijk heel vreemd. De knip zou – ook in rechtsgelijkheid met de overige WLZ-clients – bij de permanentheid van de zorg moeten liggen. Alle permanente zorg in de basis-zzp, alle tijdelijke extra zorg in de meerzorg regelingen. Het zou goed zijn dit onderscheid tussen uitvoering en de indicatie als zodanig naar voren te brengen. Immers, een passendere indicatie aan de basis zou de noodzaak tot (grote) meerzorg moeten verminderen.</p> <p>Hier ligt een direct argument om de zzps nog eens goed op de hand te nemen en zeker die voor meervoudige problematieken te herschrijven.</p> <p>Ten aanzien van de proeftuinen meerzorg 2.0 geldt pgb niet is meegenomen. De vergelijking die gemaakt wordt tussen zorg in instelling en zorg thuis is niet juist. Wat vergeleken moet worden met zorg thuis is de (veelal) 1-op-1 zorgbehoefte 24/7 in een instelling waarbij de voor de instelling geldende toeslagen worden meegenomen. Dat een instelling deze zorg niet op de ze manier kan leveren betekent niet dat er geen eerlijke vergelijking mogelijk is.</p>	<p><i>In de doorontwikkeling van de zzp-structuur wordt de passendheid van zorgprofielen ten opzichte van zzp's bezien. Dit onderzoek zal komend half jaar lopen. In de geadviseerde pilots is het streven dat er ervaring op worden gedaan met het indiceren van extra zorg. De keuze om in de proeftuinen het pgb niet mee te nemen ligt bij de initiatiefnemers van die proeftuinen. In het vervolgtraject worden de pgb processen en voorwaarden wel meegenomen.</i></p>
------	--	--



Per Saldo	De knelpunten zijn herkenbaar. Wij missen het knelpunt "doorlooptijden". Doordat de procedures ingewikkeld zijn, kosten deze ook erg veel tijd, wat maakt dat een zorgvrager lang moet wachten totdat de extra zorg ingezet kan worden.	<i>In het rapport spreken we niet expliciet over de duur van de doorlooptijden. In het HHM rapport is de procedure van de aanvraag voor de regelingen opgenomen. Daar staat de lange en complexe aanvraagprocedure als knelpunt benoemd.</i>
VGN	<p>De beschreven knelpunten in de huidige regelingen rond extra zorg zijn herkenbaar. Echter is de beschrijving niet volledig.</p> <p>Een ontbrekend knelpunt is dat de meerzorgregeling alleen voor bepaalde zorgprofielen toegankelijk is en een drempel kent (meer dan 25%) waarboven de meerkosten moeten uitkomen. Daarnaast dat de EKT-regeling onder vastgestelde criteria beschikbaar is en budgettair gekaderd is.</p> <p>Een belangrijk knelpunt dat mist in de beschrijving is de bekostiging van zorgprofielen voor kinderen met EMG of verstandelijke en ernstige gedragsproblematiek. Voor deze groepen zit het knelpunt niet zozeer in de beschrijving van het zorgprofiel. Het knelpunt in de bekostiging komt voort uit het feit dat deze nog komt uit de tijd van de ZZP's en gebaseerd was op bepaalde uren/dagdelen per functie binnen een ZZP. In deze berekening werd in het verleden uitgegaan van begeleiding groep.</p> <p>De kinderen die nu niet uitkomen met hun zorgprofiel maken vaak gebruik van behandeling groep. Deze laatste kent een beduidend hoger tarief dan de begeleiding groep. Door het te lage tarief voor het zorgprofiel, is het budget met EKT vaak niet voldoende voor deze kinderen.</p>	<i>Ten behoeve van de herijking van de tarieven vindt in 2017 een kostprijsonderzoek plaats</i>



ZN	<p>De wijze waarop de regeling voor extra zorg in onderwijs is uitgeschreven mist. Er zijn ook signalen dat dit een probleem is (of alleen BG-GRP = extra toegewezen bij ZZP of het extramurale besluit is een klasse opgehoogd)</p> <p>De benoemde knelpunten staan niet altijd in verhouding. Immers er wordt een link gelegd tussen op cliëntniveau verantwoorden; doelmatige zorg en inhoudelijke aspecten komen onvoldoende aan bod.</p> <p>Oftewel wij vinden het geen probleem als we € 100 k per cliënt extra aan zorg betalen, maar wij willen dan niet weten aan welke doelen er gewerkt is het afgelopen jaar / jaren en of dat resultaten heeft opgeleverd?</p> <p>Knelpunten van PAB zijn niet benoemd. Aangezien het sowieso een kleine doelgroep is, moet deze hierin nog wel worden opgenomen?</p> <p>Er mist een knelpunt. Er zijn cliënten die een passend zorgprofiel hebben, maar met dit zorgprofiel niet uitkomen met hun zorg in de thuissituatie en niet in aanmerking komen voor een vorm van meerzorg (ZZP 5VV en 6VV).</p> <p>De knelpunten voor het meerzorgproces zijn herkenbare punten, maar inmiddels al achterhaald: de aandachtspunten voor het meerzorgproces zijn in het protocol meerzorg 2017 en het aanvraagjabloon reeds verwerkt.</p> <p>Verder herkennen de zorgkantoren zich in de knelpunten.</p>	<p><i>In het rapport staat geen oordeel over de reële verantwoordingslast ten opzichte van het verkregen geld. Het uitgangspunt is dat er geen onnodige administratieve lasten of procedurele knelpunten mogen zijn. Deze blijken er wel te zijn. De knelpunten met betrekking tot het PAB zijn bewust buiten beschouwing gelaten aangezien dit een nieuwe regeling is.</i></p> <p><i>Het aangegeven knelpunt VV5 en VV6 is opgenomen in hoofdstuk 6 en bespreken we met CIZ en CCE in het vervolgtraject.</i></p> <p><i>Partijen weten dat het protocol meerzorg 2017 inmiddels aanzienlijk is verbeterd. Hiermee lijken inderdaad een deel van de genoemde knelpunten verholpen of verzacht. De NZa gaat met partijen in overleg om te zien welke vervolgstappen gemaakt kunnen worden.</i></p>
----	---	---



3.1: Zijn de uitgangspunten duidelijk en bent u het met deze uitgangspunten eens? Zo nee, kunt u aangeven met welk uitgangspunt u het oneens bent en waarom?		
Belanghebbende	Reactie belanghebbende	Reactie NZa en ZIN
Actiz	ja	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
BTN	<p>De uitgangspunten zijn helder beschreven. Ook kan BTN zich vinden in de benoemde uitgangspunten. Daarbij echter wel met de kanttekening voor het uitgangspunt 'woonvormen' dat de kleinschalige voorzieningen waar de 'zorg thuis' ook vaker uitgemiddeld kan worden in veel gevallen niet de omgeving is waar ouderen in de Wlz de zorg thuis ontvangen. Hier is dit toch vaak echt in de eigen woning, in de wijk, en dus veel meer individueel.</p> <p>Het uitgangspunt m.b.t. doelmatigheid is gebaseerd op een politieke keuze, echter is het onvermijdelijk dat zorg waar je niet kunt middelen (1 op 1 thuis) in vergelijking met zorg waar je wel kunt middelen (1 op 5 in kleinschalige woonvorm) duurder zal zijn.</p>	<i>In lijn met het rapport</i>
CCE	<p>Uitgangspunt context: Het CCE ziet context breder dan hoe het hier benoemd is: In de visie van het CCE staat probleemgedrag nooit op zichzelf; het vindt altijd plaats in een bepaalde context. Probleemgedrag in context veronderstelt dat we breed en meervoudig kijken naar de cliënt in zijn context. Daarbij betrekken we de sociale, fysische én organisatorische context. Het probleemgedrag is het resultaat van een negatieve wisselwerking tussen de persoon met zijn specifieke beperkingen en zijn context. <a href="http://www.cce.nl/over-cce/visie-en-werkwijze">http://www.cce.nl/over-cce/visie-en-werkwijze</a></p>	<i>We hebben enkele belangrijke onderdelen van de context genoemd die vanuit de inventarisatie van grote invloed bleken bij de zorgbehoefte. Dit was niet met de intentie volledig te zijn.</i>



CIZ	<p>Op de uitgangspunten heeft het CIZ de volgende opmerkingen:</p> <p>3.2 Doelgroep Cliënten geven aan dat het aantal uren vanuit het geïndiceerde zorgprofiel onvoldoende passend is. De globale beschrijving van de zorgbehoefte in het profiel kan wel passend zijn.</p> <p>3.3 Zorg thuis en zorg in een instelling Uitgangspunt woonvormen: voor het CIZ is het vaak niet duidelijk of de voorkeur van de client gaat om een instelling of een kleinschalige woonvoorziening.</p> <p>3.7 Afbakening langdurig of tijdelijk behoefte extra zorg Ons advies is om in het uitgangspunt ook de tijdelijke behoefte aan extra zorg te benoemen.</p>	<p><i>3.2 eens. Waar de globale beschrijving niet voldoende past bij de reële zorgvraag ontstaat het probleem.</i></p> <p><i>3.3 Dit onderschrijft tevens dat het onderscheid lastig helder gemaakt kan worden.</i></p> <p><i>3.7 In het rapport gaan we in op zowel tijdelijke als permanente behoefte aan extra zorg. In het uitgangspunt is niet expliciet ingegaan op permanent en tijdelijk maar is wel de vermoedelijke duur van de behoefte aan extra zorg opgenomen.</i></p>
Federatie Opvang	<p>De uitgangspunten zijn duidelijk, maar beperken tegelijkertijd ook de scope van het advies. We staan achter het principe van een brede benadering voor alle tegenwoordige en mogelijk ook toekomstige doelgroepen van de WLZ. De opmerking dat er steeds meer tussenvormen ontstaan tussen zorg in een instelling en zorg thuis is terecht. We begrijpen het advies om het inhoudelijk onderscheid in de WLZ te verlaten.</p>	<p><i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i></p>



NIP	<p>De geschetste uitgangspunten in 3.1, 3.2 en 3.3 zijn met de toelichting in principe helder maar kunnen eenvoudiger geformuleerd: Uitgangspunt is dat er meer maatwerk voor cliënten in de LZ geboden kan worden die problemen hebben met de extra zorg in de WLZ. Het uitgangspunt van de context is niet helder omdat in de toelichtende tekst tegenstrijdigheden lijken te zitten of de context nu wel of niet meewegen. Zo beschouwt men de normale zorg door ouders iets als wel meeweegt, de locatie in een landelijk gebied niet als context. Het is de vraag hoe de zorgbehoefte objectief vastgesteld kan worden zonder deze context en dit zal dan ook tot interpretatieverschillen leiden en verschillen in indicaties bij vergelijkbare omstandigheden.</p> <p>Ook het uitgangspunt dat thuis wonen niet duurder mag zijn in een instelling is, met uitzonderingsgroepen en de toevoeging dat dit een politieke keuze is, niet duidelijk. In dit uitgangspunt is bovendien onvoldoende rekening gehouden met positieve effecten van zorg thuis op de behandelkosten die niet in de directe budgetten zichtbaar zijn: bijvoorbeeld kwaliteit van leven, minder medicatie en dwang etctera.</p> <p>In het uitgangspunt voor permanent versus tijdelijke extra zorg is niet duidelijk wat wordt bedoelt met 'wordt rekening gehouden met de permanente zorgbehoefte van cliënt'. Betekent dit dat de tijdelijke behoefte niet wordt meegewogen?</p>	<p><i>Bij het uitgangspunt context houden we er rekening mee of dat het gaat om toegangscriteria van de Wlz of dat het gaat om het vaststellen van een extra zorgbehoefte. Bij de toegang speelt context geen rol, bij het bepalen van de daadwerkelijke zorgbehoefte wel. We maken een onderscheid in verschillende aspecten die onder de context kunnen worden onderscheiden.</i></p>
-----	--	---



NPCF	<p>Bij doelmatigheid staat bij het uitgangspunt voor zorg thuis is dat het niet duurder mag zijn dan zorg in een instelling. In de praktijk zien we dat bij ouderen veelal het moment van het thuis niet meer redden, het moment is om Wlz zorg aan te vragen. Daarvoor wonen zij thuis met zorg uit de Zvw/Wmo, terwijl zij mogelijk al tot de Wlz-groep behoorden. Van thuis blijven wonen met een Wlz indicatie is daardoor veel minder vaak sprake.</p> <p>Bij passend zorgaanbod in instellingen wordt gerefereerd aan het VN verdrag. Voor ouderen in een instelling heeft passend zorgaanbod te maken met kwaliteit van leven. Het is daarmee breder dan alleen zorg, namelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kwaliteit van leven/welbevinden</li><li>- Prettige en veilige woonomgeving</li><li>- Gezondheids(zorg)/risico's</li></ul> <p>Bij relatie met andere adviestrajecten &amp; scope worden de effecten van overgang van Zvw naar Wlz beschreven. Er wordt beschreven dat de overgang belemmerd wordt door de doelmatigheidsnorm. Naast de doelmatigheidsnorm wordt het volgens ook belemmerd door de hoogte van de eigen bijdrage. Daarnaast horen wij van ouderen zelf regelmatig terug dat het moment van het niet meer thuis kunnen wonen voor hen een moment is waarop een Wlz-indicatie wordt aangevraagd. Ouderen zijn zich zelf veelal niet bewust van de 'toegangscriteria' die bij de stelsels horen en zijn zich vooraf vaak niet bewust van de belemmerende factoren (doelmatigheidsnorm en eigen bijdrage). Achteraf krijgen ze hier wel mee te maken.</p>	<p><i>Wij nemen dit punt mee met de doorontwikkelagenda van de Wlz.</i></p>
------	---	---



OVGZ	<p>De doelgroep zoals genoemd onder 3.2 is niet volledig (zie eerdere opmerking over de WLZ-indiceerbaren)</p> <p>Bij de voorbeelden ontbreekt een geval waar er sprake is van chronische somatische problematiek waarmee de permanentheid van de levenslange (grote) zorgbehoefte als vast gegeven geldt. Dit is in de huidige systematiek niet ondervangen.</p> <p>Aanvullende 3e casus:</p> <p>“Tim is een jongen van 3 jaar. Hij heeft een ernstige oncontroleerbare vorm van epilepsie. Hij is volledig lichamelijk en geestelijk beperkt. Hij heeft van tijd tot tijd zuurstof nodig, ligt aan een saturatiemeter, verslikt zich regelmatig en moet uitgezogen worden. Hij heeft geen dag en nacht ritme. Naast zijn standaard medicatie heeft hij medicatie die toegediend moet worden op het moment dat het nodig is in verband met zijn epilepsie of neurologische onrust. Hij heeft permanent toezicht nodig en is volledig afhankelijk. Hij kan zich zelfs niet keren in zijn bed. Tim heeft het niveau van een baby van ongeveer 8 weken oud en zal zich naar verwachting niet tot nauwelijks ontwikkelen.”</p> <p>Kijken we een klein beetje verder dan kan men de volgende casus als voorbeeld noemen, waarbij niet alleen chronische somatiek zichtbaar is, maar ook de complexiteit en onvoorspelbaarheid van de (toenemende) zorgbehoefte.</p> <p>“Bart is een ernstig meervoudig beperkte jongen van 17 jaar met een complex epilepsie syndroom. Met veel geduld en grote inzet heeft hij leren eten en geniet daar zichtbaar van. Bart heeft de laatste maanden erg veel last van epilepsie clusters die hij +/- om de 10 dagen doormaakt. Tijdens de clusters moet hij veelvuldig braken. Iedereen die voor de jongen zorgt is erg alert om te voorkomen dat hij aspireert. De combinatie van de coupeermiddelen, de zuurstof die hij krijgt tijdens de aanval ter ondersteuning en het braken zorgen regelmatig voor intense uren. Ondertussen moet zijn beddengoed verschoond worden en draaien de machines overuren. Tijdens deze clusters bouwt de jongen een aversie op tegen eten en krijgt hij sondevoeding. Door hem na het cluster telkens kleine beetjes voeding aan te bieden en te laten proeven pakt hij toch steeds het eten weer op. Na een paar dagen geniet hij weer van de maaltijd, zijn drinken en natuurlijk helemaal van zijn toetjes. Dit komt zijn kwaliteit van leven ten goede omdat er zo weinig is waar hij werkelijk van kan genieten.”</p> <p>Een passend zorgprofiel in de basis waarbij den permanentheid van de grote levenslange complexe (toenemende) zorgbehoefte als gevolg van de chronische somatiek wordt erkend zou er in ieder geval voor zorgen dat ten aanzien van dit stuk niet telkens extra zorg aangevraagd hoeft te worden.</p> <p>De problemen / niet passendheid geldt ook voor de instelling. De instelling kan met bijv. vg8 geen zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten regelen. Daarom zijn er allerlei toeslagen en als die er niet zijn, willen ze de zorg ook niet leveren. Het is ook daarom dat steeds meer ernstig meervoudig gehandicapten thuis wonen.</p> <p>Een oplossing die zich alleen op thuis richt kan daarom nooit voldoende zijn. Het probleem zit in de basis zpz-indicatie!</p> <p>Wij zijn verheugd dat kleinschalige wooninitiatieven worden gezien als een vorm van zorg thuis en dat daarmee oplossingen ook voor deze vorm van zorg kunnen gelden.</p>	<p><i>Deze casus sluit aan bij de casus over emg problematiek die is opgenomen in het rapport. Wij geven uw verdere inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies..</i></p>
------	--	---





Dit moet echter verder worden uitgewerkt. Die zgn efficiencywinst, hoe ziet men dat voor zich? Vijf cliënten zijn die allemaal hun zorg niet gedekt zien door een zzp en dus een regeling voor extra zorg nodig hebben, kunnen niet 'middelen'. !

Ten aanzien van de context geldt dat hiervoor wel nader beleid nodig is, zodat er enige handvatten geboden worden om tot een nadere invulling te komen. Hierbij valt te denken aan een alleenstaande ouder en bijvoorbeeld andere kinderen in het gezin. Ook zou gekeken kunnen worden naar eventuele andere (sociale) vangnetten in regelingen buiten de Wlz om tot een meer toereikende oplossing te komen.

Voor het punt over de doelmatigheid geldt wederom dat het een eerlijke vergelijking dient te zijn tussen instelling en thuis (zie hiervoor).

Voor de groep met een complexe en zeer grote zorgbehoefte geldt dat zelfs het plafond niet toereikend kan zijn. Zoals het er nu staat is er geen uitzondering mogelijk. Zou deze niet geboden moeten worden voor die gevallen waarbij het noodzakelijk is en de in te zetten en geleverde zorg ook volledig verantwoord kan worden, zowel vooraf als achteraf?



Per Saldo	<p>Uitgangspunt Woonvorm: Dit is maar de vraag of middelen mogelijk is. In uitvoering wellicht wel, maar bij PGB vraagt men om declaraties op clientniveau die binnen het budget van de client moeten passen. Bij middelen (dat op zich een prima oplossing kan zijn) kan men dan vervolgens bijna niet anders dan "foute" declaraties indienen. Dat kan leiden tot onderzoek naar fraude bij de aanbieder. Daar oet dus aandacht voor zijn.</p> <p>Opmerking "box 1 indicatiestelling" gaat m.i. volledig voorbij aan de situatie waarin iemand pgb wil en er mogelijk geen formele zorgverleners zijn.</p> <p>Uitgangspunt doelmatigheid: Hier wordt maatwerk dan wel erg ingekaderd. Dus geen maatwerk voor iedereen, maar alleen voor bepaalde doelgroepen.</p> <p>Uitgangspunt tijdelijke en permanente zorgbehoefte: Dus alleen als is vastgesteld dat iets blijvend is, geeft het CIZ daar een bijpassend profiel voor af. Voor al het overige is men dan aangewezen op meer zorg? Maar wat als men daar dan geen passend profiel voor heeft. Hier lijkt het alsof er mensen tussen wal en schip gaan vallen.</p>	<p><i>Opmerking 1: Bij het opstellen van regelgeving is de handhaafbaarheid altijd een aandachtspunt.</i></p> <p><i>Opmerking 2 'box 1 indicatiestelling': De behoefte aan enige flexibiliteit is wenselijk bij zowel zorg in natura als bij pgb. Het (ontbreken van) passende zorg in natura is een probleem dat hier niet nadrukkelijk is onderzocht.</i></p> <p><i>Opmerking 3: Wat betreft het uitgangspunt doelmatigheid: Wij hebben geen invloed op de doelgroepen die met enige ondoelmatigheid thuis mogen wonen. Dit is een politieke keuze.</i></p> <p><i>Het laatste punt dat wordt aangegeven heeft betrekking op het uitgangspunt tijdelijke en permanente zorgbehoefte. Voor de cliënten die tijdelijk extra zorg nodig hebben kan er gebruik gemaakt worden van de regelingen. Dit komt door de onbepaalde duur van het indicatiebesluit van de Wlz.</i></p>
-----------	--	---



VGN	<p>Voor de VGN is een belangrijk uitgangspunt dat er maatwerk mogelijk is binnen de Wlz. We vinden het belangrijk dat het CIZ de randvoorwaarden creëert, zoals ook beschreven staat in het uitgangspunt maatwerk. Maatwerk vindt vervolgens plaats in het contact tussen cliënt en professional, passend binnen zijn profiel.</p> <p>Uit signalen van onze leden blijkt dat het grootste knelpunt rond de vraag naar en inzet van extra zorg ligt bij de twee groepen die u omschrijft onder doelgroep, namelijk (veelal jonge) cliënten met ernstig meervoudige beperkingen en (veelal jonge) cliënten met een verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblematiek. Zoals eerder beschreven vallen deze cliënten grotendeels onder de groep Wlz-indiceerbaren.</p> <p>We herkennen het uitgangspunt dat het onderscheid tussen thuis en een instelling steeds lastiger te maken is.</p> <p>In de verdere uitwerking van de scenario's worden deze uitgangspunten niet altijd consequent toegepast.</p>	<p><i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies. Ten aanzien van het onderscheid thuis en instelling: De woonvorm die gekozen wordt heeft wel invloed op de zorgvraag. Door dit mee te nemen als context bedoelen we dat deze invloed gewogen moet worden en niet binair is.</i></p>
-----	---	---



ZN	<p>Het feit dat de term "maatwerkprofiel" al eigenlijk niet past, geeft het in principe al aan.</p> <p><b>Uitgangspunt 1;</b> Nee, de cliënt is hier helemaal niet meer mee geholpen. Het maakt voor de cliënt niet uit hoe de verantwoording loopt. Hij wil gewoon weten wat er mogelijk is en waar het aan moet voldoen. De indicatiestelling alleen gaat het niet oplossen, geef zorgkantoor meer "regelvrijheid" om het op cliëntniveau te regelen.</p> <p><b>Uitgangspunt 2;</b> Eens, maar zie daar vooral een rol voor zorgaanbieder/cliënt en zorgkantoor.</p> <p><b>Uitgangspunt 3;</b> Nee, niet mee eens. De primaire doelgroep is veel te klein. Gaat om 49 cliënten van de 3.899 cliënten landelijk. Het secundaire doel (voor de WLZ in de brede) dat moet leidend zijn.</p> <p><b>Uitgangspunt woonvorm;</b> Niet mee eens, bij zorg thuis hoeven bepaalde randvoorwaarden niet geregeld te zijn. (denk aan hygiëne regels in de huishouding). Verder zitten er perverse prikkels in verschillen tussen inzetten mogelijkheden van budget. Bij PGB lijkt er voor de cliënt veel meer mogelijk om niet wlz achtige zaken in te kopen.</p> <p>Daarnaast niet eens met de opmerking over middelen. Zorgkantoren zien dat de zorg in de VG aan het verzwaren is. Dus het uitmiddelen zal ook steeds minder vaak mogelijk zijn.</p> <p><b>Uitgangspunt context;</b> Niet mee eens, want alleen al de aanname dat het op het platteland duurder zou zijn is niet correct, Kijk maar in Amsterdam wat daar de huizenmarkt op dit moment al doet. Dus locatie moet wel meegenomen worden, vraag is alleen wel of dit budgetneutraal kan.</p> <p><b>Uitgangspunt doelmatigheid;</b> Eens = een politieke keuze, (wie wel/wie niet)</p> <p><b>Uitgangspunt Budgetneutraliteit;</b> Budgetneutraliteit kan niet los worden gezien van doelmatigheid. Als de politieke keuze is dat iedereen zorg op maat moet krijgen, dan is dat zo, maar dan is het</p>	<p><i>Uitgangspunt 1: We zien de indicatiestelling als de start van het proces. Het gehele proces moet kloppen om te komen tot een oplossing. De regelvrijheid nemen we mee in het vervolgtraject.</i></p> <p><i>Uitgangspunt 3 doelgroep: Dit uitgangspunt geldt voor dit rapport. De wijzigingen voor de gehele Wlz-populatie worden meegenomen in het advies over doorontwikkeling van de Wlz.</i></p> <p><i>Uitgangspunt 4 woonvorm: afhankelijk van de situatie hoeven bepaalde randvoorwaarden wel of niet meegenomen te worden in de bekostiging. Dit is echter minder afhankelijk van de woonvorm dan van de wijze van organisatie van zorg. Ten aanzien van het middelen: tarieven zijn gemiddeld genomen kostendekkend. Na het kostprijsonderzoek vindt een herijking plaats. Daaruit moet blijken of de vg aan het verzwaren is.</i></p> <p><i>Uitgangspunt 5 context: meegenomen in rapport</i></p>
----	---	---



	<p>gevolg dat dit niet budgetneutraal kan. (kijk overigens ook naar de diverse pilots Zuid Limburg en Rotterdam) die zelfs voorrang op budget.</p> <p>Budgetneutraliteit: meer middelen thuis = minder voor overige cliënten. "Mogelijkheden tot middelen" ; staat haaks op regels en verantwoording.</p> <p>Bij maatwerk blijft lastig dat er verschillende redenen zijn waardoor maatwerk nodig is:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Maatwerk in profiel de zorgvraag van de cliënt past niet in één van de profielen</li><li>b) Maatwerk in kosten verbonden aan leveringsvorm: compensatie van kosten verbonden aan de context</li><li>c) Maatwerk om invulling te geven aan persoonsgerichte zorg: compensatie van kosten verbonden aan de zorgvraag van de cliënt binnen eenzelfde profiel.</li></ul> <p>Daarnaast kunnen combinaties van a,b en c spelen.</p> <p>Door uitgangspunt doelmatigheid (zorg thuis niet duurder dan in instelling) ga je niet alle knelpunten die spelen oplossen. Hier speelt het verschil tussen de belangen van de individuele cliënt en van het collectief.</p>	<p><i>Uitgangspunt budgetneutraliteit: We hebben de huidige normen voor doelmatigheid gehanteerd. Wel concluderen we dat er een risico bestaat dat het verbeteren van de regelgeving een hoger gebruik betekent..</i></p>
--	--	---



3.2: Mist u nog uitgangspunten die relevant zijn voor het advies?		
Belanghebbende	Reactie belanghebbende	Reactie NZa en ZIN
Actiz	nee.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
BTN	De woonlocatie van een cliënt wordt in de context niet meegenomen, terwijl dit wel van wezenlijke invloed kan zijn op de zorgbehoefte, inzet en kosten. Als mensen langer thuis blijven, gaat dit wel een rol spelen.	<i>Het zorgdragen voor voldoende voorzieningen is een taak van de gemeente en niet van de Wlz. Het is daarom niet wenselijk om dit mee te nemen als onderdeel van de context.</i>
CCE	Voortbordurend op hierboven zou dit een toegevoegd uitgangspunt mogen zijn: Probleemgedrag is geen cliëntkenmerk. Probleemgedrag is het resultaat van de interactie tussen de cliënt en zijn omgeving (context).	<i>In de onderverdeling context versus cliëntkenmerken hebben we gemeend hier een ordening in aan te moeten brengen. Uw punt is waar, maar gezien de grote invloed van de cliënt en zijn problematiek in het gedrag is er voor gekozen om dit als cliëntkenmerk te zien.</i>
CIZ	nee.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
Federatie Opvang	Ook het onderscheid tussen sectoren vervaagt. Mensen die kampen met meerdere handicaps of aandoeningen zijn soms min of meer bij toeval in een bepaalde sector terecht gekomen. Zo'n toevalligheid mag niet leiden tot verschillen in toegang tot de benodigde zorg. We staan huiverig tegenover het meenemen van de context of iemand thuis of in een instelling woont. Dat past niet bij een eerdere constatering dat het onderscheid vervaagt. Let ook op de genoemde tussenvormen. Als de woonlocatie niet geschikt is kan een geschiktere woning worden gezocht.	<i>In de scenario's gaan we nader in op de grondslag van de cliënt en de bepaling van het best passende zorgprofiel hierbij. De woonvorm heeft wel invloed op de zorgvraag. Door dit mee te nemen als context bedoelen we dat deze invloed gewogen moet worden en niet binair is.</i>



NIP	<p>Het rapport gaat te gemakkelijk voorbij aan het begrip 'passende zorg', met als motivatie dat hiervoor geen inzicht is welke behandelwijze effectief zijn. Ten eerste kan dit worden bestreden omdat er steeds meer richtlijnen vanuit zorgprofessionals komen over wel effectieve interventies zoals de richtlijn probleemgedrag die momenteel herzien wordt op basis van wetenschappelijk onderzoek.</p> <p>We missen het uitgangspunt dat de regelingen goed toegankelijk moeten zijn voor doelgroepen waarvoor ze bedoeld zijn, uitvoerbaar, begrijpelijk en met niet meer administratieve lasten dan noodzakelijk. Dit is het allergrootste knelpunt op dit moment dat de zeer lage deelnamepercentage verklaart. Door het ontbreken van passende zorg hierdoor komen cliënten uiteindelijk onnodig in veel zwaardere zorgtrajecten met hogere kosten en veel hogere belasting voor cliënt en hun omgeving. Een objectieve, veilige en ondersteunende rol van CCE vinden wij noodzakelijk om het gebruik van deze regelingen te bevorderen.</p>	<p><i>Deze richtlijnen zijn veelal nog niet vastgesteld en daarom nog niet als zodanig te hanteren.</i></p> <p><i>Dit is niet zozeer een uitgangspunt als wel een conclusie waar de aanbevelingen op gebaseerd zijn.</i></p>
NPCF	Nee, het lijkt ons compleet.	<p><i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i></p>



OVGZ	<p>U neemt in uw rapport een zeer belangrijke passage op, nl. het VN verdrag en de vertaling naar passende zorg. Vervolgens meldt u dat er te beperkt onderzocht is welke interventies en methoden effectief zijn. We vragen ons af waarop u dit baseert. Er zijn onderzoeksgroepen aan universiteiten en hogescholen, er is bijvoorbeeld voor ernstig meervoudig gehandicapten een emb-platform waarin kennis is gebundeld. Er zijn internationale vakprogramma's. Ons inziens worden hier wel degelijk wetenschappelijk gefundeerde uitspraken over gedaan. Deze zouden het uitgangspunt moeten zijn van het op de hand nemen van de zzp's.</p> <p>Passende zorg voor een (zeer) ernstig meervoudig gehandicapte is volgens huidige inzichten, beproefd en wetenschappelijk gestaafd, meer dan toezicht in een groep, verplegen en verzorgen. Meer dus dan de huidige VG8 biedt – in instellingen en thuis. Wellicht zou een definiëring van "passende zorg" op basis van de genoemde literatuur etc. Uitkomst kunnen bieden.</p> <p>Tot slot zou het niet uit moeten maken of men zorg ontvangt in de Zvw of WLZ. Uitgangspunt is dat de zorg passend is. Dit zou nog benadrukt kunnen worden bij het punt onder 3.9 "Effecten van overgang van Zvw naar WLZ".</p>	<p><i>Er is nog relatief weinig wetenschappelijk breed gedragen onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit, kwaliteit en passendheid van langdurige zorg, dat heeft geleid tot bepaalde normen/richtlijnen.</i></p>
Per Saldo	<p>Ik vind het lastig te beoordelen of de uitgangspunten voldoende rekening houden met het verschil tussen financieringsvormen. Bij PGB zijn er toch vaak meerdere informele zorgverleners betrokken. Wordt daat in de context dan voldoende rekening mee gehouden. Dat haal ik nu onvoldoende uit het stuk.</p>	<p><i>De woonvorm heeft wel invloed op de zorgvraag. Door dit mee te nemen als context bedoelen we dat deze invloed gewogen moet worden en niet binair is.</i></p>
VGN	Nee	<p><i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i></p>





ZN	<p>Wat de cliënt nu wil? Daarnaast missen wij de aansluiting bij de boven budgettaire zaken (hulpmiddelen e.d.) bij zorg thuis. Cliënten ervaren juist dan veel barrières. Voor PGB bij zorgkantoor, voor behandeling bij zorg in natura, voor hulpmiddel bij gemeente, voor huisarts, de ZVW. Maak duidelijk dat het domein leidend is. Ander aspect is de keten rondom eigen bijdrage e.d.</p> <p>Effecten VN-verdrag niet gekend in een uitgangspunt. Zie pag. 24: "Mensen met een beperking hebben recht op voldoende hulp bij de algemeen dagelijkse levensverrichtingen zoals de persoonlijke verzorging en verzorging van eten en drinken en hulp bij de toediening daarvan; het aanleren van nieuwe vaardigheden en gedrag teneinde de gevolgen van de handicap zoveel mogelijk te beperken en het (leren) gebruiken van hulpmiddelen of het aanpassen van de omgeving om de (gevolgen van de) beperkingen zoveel mogelijk te compenseren. Daarnaast hebben mensen met een beperking recht op optimale ontwikkeling van hun persoonlijkheid, talenten en creativiteit, alsmede hun mentale en fysieke mogelijkheden, naar staat van vermogen. Tenslotte hebben personen met een handicap het recht op een zinvolle dagbesteding en om met anderen deel te nemen aan recreatie, vrijetijdsbesteding en sportactiviteiten."</p> <p>Wat zorg (thuis) mag kosten is een politieke keuze.</p> <p>Wij constateren een tekstuele contradictie betreffende het woord 'omvang': H 3.1: 'te indiceren op aard, inhoud en (globale) omvang van zorg' en in de volgende zin staat 'de bedoeling is dat... er minder nadruk ligt op de omvang.' Ons tekstvoorstel: 'dat er minder nadruk ligt op de prestaties binnen de zorgprofielen'.</p>	<p><i>Het onderzoek is in verband met uitvoerbaarheid niet ingegaan op boven budgettaire zaken.</i></p> <p><i>Het VN-verdrag is juist beschreven omdat het één van de uitgangspunten betreft.</i></p> <p><i>Het rapport gaat niet in op wat zorg thuis mag kosten omdat dit een politieke keuze is.</i></p> <p><i>We hebben de tekst aangepast naar aanleiding van uw suggestie.</i></p>
----	---	--



4.1: Welke maatregelen uit scenario 1 leveren vanuit het perspectief van de cliënt de meeste voordelen op korte termijn op?		
Belanghebbende	Reactie belanghebbende	Reactie NZa en ZIN
Actiz	Cliënten die in aanmerking komen voor meerzorg, PAB en EKT.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
BTN	Het verbeteren van de procedure rondom een her aanvraag/beoordeling, en ook de versoepeling van de termijn bij langdurige meerzorg zal op korte termijn voor de cliënten het meeste voordeel opleveren. Dit vermindert administratieve lasten maar ook veel onzekerheid bij cliënten.	<i>We nemen dit mee in het verbetertraject.</i>
CCE	2 en 3	<i>We nemen dit mee in het verbetertraject.</i>
CIZ	<p>Van de 5 benoemde acties onder zorgaanvraag zullen vooral punt 2 t/m punt 4 de meeste voordelen op korte termijn opleveren.</p> <p>Aanvullende opmerkingen op scenario 1:</p> <p>Wlz toegang en indicatie In het advies gegeven op het signaal van de cliëntorganisaties kan het CIZ zich vinden.</p> <p>Het CIZ hanteert de term 'dominante grondslag' niet meer. Het CIZ gaat uit van de grondslag met de meeste invloed op de zorgbehoefte. Het best passende zorgprofiel is gebaseerd op alle aanwezige grondslagen, stoornissen en beperkingen en daaruit voortvloeiende zorgbehoefte.</p>	<i>We gebruiken de terminologie 'dominante grondslag' omdat deze de meeste bekendheid heeft in het veld. We hebben aangevuld dat het CIZ deze term niet meer gebruikt, maar uitgaat van de grondslag met de meeste invloed op de zorgbehoefte.</i>



Federatie Opvang	<p>Betere informatievoorziening Minder administratieve lasten Rekening houden met bijkomende problematiek.</p> <p>Clientondersteuning? Het is onduidelijk of hier de onafhankelijke cliëntondersteuning bedoeld wordt.</p>	<p><i>We bedoelen de onafhankelijk cliëntondersteuning. Dit is ter verduidelijking aangepast.</i></p>
NIP	<p>Verduidelijking van de regelgeving en vereenvoudiging van de aanvraagprocedure en verlenging/herindicatie.</p>	<p><i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i></p>
NPCF	<p>Verbeteren van aanvraagprocedure, vereenvoudigen heraanvraag en verlengen termijn beschikking. Dit maakt, naar verwachting, de belasting voor de aanvraag lager voor mensen.</p> <p>Het creëren van bekendheid met de regelingen is ingewikkelder dan beschreven. Ouderen kennen veelal de onafhankelijk cliëntondersteuner en de ondersteunende rol van het zorgkantoor niet.</p>	<p><i>We nemen dit mee in het verbetertraject.</i></p>



OVGZ	<p>Dit zijn welkome maatregelen die op zeer korte termijn nodig zijn om de hachelijke situatie van de mensen zonder WLZ-overgangsregeling te verlichten. Het is niet meer dan dat. Ik ben blij dat u in uw rapport concludeert dat scenario 1 niet voldoende is. Het is nl. wel een risico dat het kabinet denkt dat het hiermee klaar is. In de basis verandert het echter niets.</p> <p>Alle genoemde maatregelen leveren voordelen op. De punten 2, 3 en 4 zullen direct voor (administratieve) lasten verlichting zorgen. Het minutensysteem is eigenlijk mensonwaardig en voor de ernstig gehandicapten zou een andere systematiek waarbij bijvoorbeeld uitgegaan wordt van een basis zorgbehoefte passender zijn. Daarmee wordt ook de permanente zorgbehoefte erkend.</p> <p>Onder 4.1.4. tweede alinea ontbreekt een belangrijke groep, namelijk de groep die wel aanspraak kan maken op de huidige regelingen maar waarbij het maximum niet volstaat. Deze dient genoemd te worden.</p>	<p><i>De aangedragen punten zijn in lijn met de tekst in het rapport. Voor wat betreft aanvulling van de groep: het is niet onze intentie om een uitputtende lijst van groepen te weergeven.</i></p>
Per Saldo	Maatregel 2,3 en 4 geven clienten op de korte termijn de meeste lucht, maar vooral de langere looptijd geeft clienten zekerheid en vermindert onrust.	<p><i>We nemen dit mee bij de doorvoering van de te nemen maatregelen.</i></p>



VGN	<p>Het vereenvoudigen en optimaliseren van aanvraagprocedures is wenselijk. Zeker als dit leidt tot minder administratieve lasten. Voor de VGN is echter wel de vraag of dit echt een oplossing is voor de kinderen die thuis wonen en een mpt en/of pgb hebben. In die situaties waar er nu sprake is van behoefte aan meerzorg zal een aanbieder dit aanvragen als dit voor de cliënt nodig is, ondanks de vele administratieve handelingen. Voor cliënten met een PGB zal vereenvoudiging en meer bekendheid van de regelingen naar verwachting de meeste voordelen opleveren. Daarnaast herkennen we het nadeel dat hiermee de extra zorg voor bepaalde groepen cliënten niet mogelijk is.</p>	<p><i>Scenario 1 is bedoeld om snelle verbeteringen door te voeren. In principe heeft elke doelgroep hier in meer of mindere mate baat bij.</i></p>
-----	--	---



ZN	<p>Vanuit perspectief cliënt levert alleen het verlengen van de termijn voordeel op voor de cliënt.</p> <p>Alle genoemde verbeteringen zijn verbeteringen voor de aanvraagprocedure voor de zorgaanbieder.</p> <p>Hierbij is dus helemaal niet gezegd of de cliënt er nu per definitie meteen beter van wordt.</p> <p>Bekendheid creëren is zeker een voordeel, maar je zou hier verwachten dat ook het CIZ een rol speelt. Die plaatst nu bij ieder profiel dat toegang geeft tot meerzorg het meerzorgvinkje.</p> <p>Het vereenvoudigen van de (her)aanvraagprocedure en het verlengen van de periode waarvoor meerzorg afgegeven wordt.</p> <p>Meer bekendheid aan de regelingen geven zal ons inziens op korte termijn het meeste cliënt voordeel opleveren. Hierdoor zullen meer cliënten en/of zorgaanbieders, die voorheen geen kennis over deze mogelijkheid hadden, ondersteuning kunnen realiseren in de aanwezige extreme zorgbehoefte.</p> <p>Ter informatie: Vooruitlopend op deze maatwerkprofielen hebben de zorgkantoren getracht in het nieuwe gezamenlijke protocol 'uitvoering regeling meerzorg 2017' de in H4.1.2 genoemde knelpunten 2 t/m5 te reduceren. Zoals: minutensysteem eruit, minder tabbladen, bij heraanvraag minder informatie aanleveren.</p> <p>De meeste maatregelen hebben betrekking op verbeteringen in het proces en verruiming van de financieringsmogelijkheden voor de zorgaanbieder en niet direct voor cliënt of alleen voor cliënt met PGB.</p> <p>Voor de cliënt is verlenging van de termijn van toekenning belangrijk, dit omdat dit meer zekerheid geeft.</p>	<p><i>Ten aanzien van het voordeel voor cliënten bij de procedure: voor pgb-clieuten kan een vereenvoudiging van de procedure van meerwaarde zijn.</i></p> <p><i>Ten aanzien van de bekendheid: dit zullen wij meenemen in het vervolgtraject.</i></p> <p><i>Het is natuurlijk goed nieuws dat er afgelopen maanden reeds flinke stappen zijn gezet. Er lopen gesprekken tussen NZa en zorgkantoren om de knelpunten nog verder te reduceren.</i></p>
----	--	---



4.2: Weet u nog andere concrete verbeteringen, die ketenpartijen (CIZ, CCE, zorgkantoren, zorgaanbieders) kunnen doorvoeren?		
Belanghebbende	Reactie belanghebbende	Reactie NZa en ZIN
Actiz	De ervaringen in de proeftuinen meerzorg in de Gehandicaptenzorg verbreden naar de VV	<i>We nemen dit mee in het verbetertraject.</i>
BTN	geen reactie	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
CCE	Bij actiepunt 3: ontwikkel een goede doorlopende rapportage. Bij heraanvraag kan deze dan gebruikt en waar nodig aangevuld worden. Zo worden ook het gebruik en de resultaten van meerzorg inzichtelijker.	<i>In het advies staat bij scenario 1 het volgende: 'Belangrijk onderdeel is het gebruik van al beschikbare informatie van de cliënt door zorgkantoren. Bij de (her)aanvraagprocedures voor alle vormen van extra zorg kunnen zorgkantoren gebruik maken van gegevens over cliënten waar de zorgkantoren al over beschikken. Dit vermindert administratieve lasten voor cliënten en hun vertegenwoordigers.' Wij gaan graag met zorgkantoren en aanbieders in gesprek hoe dit ingevuld kan worden.</i>
CIZ	In de beschrijving van de scope wordt ingegaan op een kostenonderzoek door de NZa en een advies voor de doorontwikkeling van de zorgprofielen. Aanvullend hierop wil het CIZ aangegeven dat het hierbij ook moet gaan om een inhoudelijke herziening van de huidige sectorale inrichting van de zorgprofielensystematiek. Er is onvoldoende onderscheid tussen de reeksen.	<i>We nemen dit mee in het verbetertraject.</i>
Federatie Opvang	Scenario 1 is vooral een scenario voor de korte termijn. We hebben nu een heel ingewikkeld palet aan mogelijkheden binnen de WLZ. Denk na over mogelijkheden tot versimpeling van regels met behoud van mogelijkheden om maatwerk te bieden.	<i>De andere scenario's schetsen mogelijkheden om maatwerk te bieden maar het tegelijkertijd niet te ingewikkeld te maken.</i>



NIP	<p>Verkorten van de doorloop van de aanvraagprocedure en een minder formele en meer cliëntgerichte opstelling van het CIZ en CCE.</p> <p>Vormen van indicatie-vrije toeleiding vooral voor tijdelijke vormen van Meezorg waarbij bijvoorbeeld een verklaring van een medicus (bijvoorbeeld huisarts) of wijkverpleegkundige voldoende is.</p>	<i>We nemen dit mee in het verbetertraject.</i>
NPCF	<p>Snelheid van afhandelen aanvraag. Er zou bijvoorbeeld een spoedprocedure moeten zijn. Zodat ook mensen die spoedig overlijden er tijdig gebruik van kunnen maken als het nodig is (bv. in palliatieve fase thuis sterven).</p>	<i>In de verbetering van de meezorgprocedure kijken we ook naar de snelheid van het indiceren. We nemen dit mee in het verbetertraject.</i>
OVGZ	<p>CIZ indicatie is voldoende voor Zorgkantoren (geen aparte formulieren en procedure) om meezorg en ekt toe te kennen, dit gebeurt igv langdurige zorg standaard voor 3 jaar (zo lang er staat 'er kan van 1 jaar worden afgeweken door zorgkantoren dat, bij onze ervaring, niet. Het uitgangspunt moet 3 jaar of langer zijn – of beter: totdat het maatwerkprofiel er is om zo ook weer gelijkheid met de wlz-indiceerbaren te bewerkstelligen.</p> <p>Centralisering van de indicatiestelling voor de complexe gevallen waar zzps niet volstaan. Zoals uit het advies blijkt is deze groep niet waanzinnig groot. Het centreren en creëren van een expertisecentrum zal niet alleen tot efficiëntie zorgen maar, nog belangrijker, voorkomen dat er willekeur is en voor meer gelijkheid zorgen bij de indicatiestelling. Nu hangt het puur af wie je waar treft wat voor indicatie je krijgt en zelfs of je in de Zvw of in de WLZ terecht komt. Dit is niet goed en bovendien ook risicovol.</p>	<i>We nemen dit mee in het verbetertraject.</i>





Per Saldo	Verhogen lerend effect. Zorgkantoren onderling meer casuïstiek laten delen, meer laten informeren door cliëntorganisaties zodat zij zich beter in kunnen leven wat het voor cliënten betekent (toekenning, afwijzing, proces enz.)	<i>De NZa onderzoekt momenteel samen met de zorgkantoren, ZN, VGN en betrokken cliëntorganisaties of het mogelijk is om meerzorg op een andere manier vorm te geven. Dit staat ook in scenario 1 zo beschreven. De zorgkantoren en cliëntorganisaties zijn dus al betrokken en zullen dit daar moeten aangeven.</i>
VGN	Nee	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>



ZN	<p>Allereerst zou VWS moeten aangeven wat nu precies verwacht wordt met het "meerzorgvinkje" van het CIZ. Men verwacht dat daarna het probleem is opgelost. Maar feitelijk begint dan het proces pas (informerende van de cliënt, etc.) Zorgaanbieders zouden juist veel scherper en sneller hun zorgplan moeten bijstellen aan de zorgbehoefte van de cliënt, dit zou dan ook veel sneller bekend moeten zijn bij zorgkantoor zodat wij dat ook in financiële zin kunnen faciliteren. Veel zorgaanbieders gebruiken deze regelingen nu om veel interne inefficiëntie in stand te kunnen houden. Als eerst consultatie kan worden geboden door CCE, zal dit betekenen dat consultatie budget omhoog gaat. Bij budgetneutraliteit betekent dit dus weer een verlaging elders.</p> <p>De kwaliteit en professionaliteit van de zorgverleners omhoog brengen.</p> <p>In dit rapport is het advies gegeven om bij daadwerkelijke toekenning van meerzorg, de kosten voor de zorgkantoren te laten terugbetalen. Hierbij hoort dan ook een verzoek (aan VWS) voor extra middelen.</p> <p>Het verbeteren van de toegang tot de genoemde regelingen moet ook gepaard gaan met duidelijkere kaders. Partijen zouden gezamenlijk die kaders moeten gaan ontwikkelen. Maatwerk gaat anders maar een kant op.</p>	<p><i>We nemen dit mee in het verbetertraject.</i></p>
----	--	--



4.3: Bent u het ermee eens dat de voordelen van meer maatwerk in de indicatiestelling niet opwegen tegen de nadelen, zoals bijvoorbeeld meer administratieve lasten en minder flexibiliteit in de zorglevering?		
Belanghebbende	Reactie belanghebbende	Reactie NZa en ZIN
Actiz	ja.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
BTN	BTN is het eens dat de gegeven voordelen niet zullen opwegen tegen de nadelen die deze wijzigingen in de praktijk zullen hebben. Met name als de flexibiliteit in de zorglevering wordt verminderd lijkt dit geen wenselijke ontwikkeling. Maatwerk en flexibiliteit zou met name tussen cliënt en zorgverlener tot stand moeten komen, hiermee wordt het verplaatst naar het CIZ vooraf. De vraag is of het maatwerk in de indicatiestelling dan in de praktijk merkbaar blijft.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
CCE	Mee eens.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>



CIZ	<p>Het CIZ is het eens met deze constatering.</p> <p>Aanvullende opmerkingen op scenario 2:</p> <p>4.2.2 Wlz-toegang en indicatiestelling De beschrijving in het zorgprofiel is vaak passend bij de zorgbehoefte, maar volgens de cliënt is het aantal uren vanuit het zorgprofiel in de thuissituatie niet toereikend.</p> <p>4.2.3 Toetsing uitvoerbaarheid Effect op betrokken partijen. Het CIZ vraagt zich af hoe de indicatiestelling aan de voorkant zich verhoudt tot de doelmatigheidstoets aan de achterkant?</p> <p>Administratieve lasten Scenario 2 is een verschuiving van administratieve lasten van het zorgkantoor naar het CIZ. Immers alle informatie die noodzakelijk is om te beoordelen of client in aanmerking voor maatwerk moet nu aangeleverd worden bij het CIZ.</p> <p>4.2.4 Verwachte effecten</p> <p>Historisch perspectief Ten tijde van de modernisering van de AWBZ bestond het CIZ niet. De indicatiestelling werd uitgevoerd door de RIO's. Binnen de RIO's was de uitvoering divers.</p> <p>Nadelen budgettair kader en doelmatigheid Wat is de meerwaarde van dit scenario voor de cliënt als aan de achterkant op basis van doelmatigheid en budgettair kader de aanspraak wordt ingeperkt?</p>	<p><i>Wij erkennen deze punten, mocht dit scenario verder uitgewerkt worden dan is een goede afstemming met het CIZ over deze zaken noodzakelijk.</i></p>
-----	---	---



Federatie Opvang	Het indiceren in functies en klassen zou slechts worden toegepast bij een gering aantal cliënten. De tekst maakt onvoldoende duidelijk of en in welke mate de voordelen opwegen tegen de nadelen. De nadelen worden in elk geval beperkt als zoveel mogelijk flexibiliteit wordt ingebouwd. Dan zijn ook minder herindicaties nodig.	<i>Deze punten zijn ook aangegeven in de opsomming van voor- en nadelen.</i>
NIP	Nee. De huidige starre regelgeving levert dusdanig drempels in de toegankelijkheid dat maatwerk een absolute voorwaarde is. Voldoende flexibiliteit en beperkte administratieve lasten zijn echter wel randvoorwaarden voor een succesvolle regeling. De wetgever zal dit in de regelgeving moeten verankeren door een duidelijke, transparante en uitvoerbare regeling en procedure in te stellen.	<i>We zijn het met u eens dat voldoende flexibiliteit en beperkte administratieve lasten randvoorwaarden zijn voor goede regelingen. We denken dat juist een scenario op basis van zorgprofielen (globaal in plaats van maatwerk) hier meer aan bijdraagt dan een functies- en klassenindicatie.</i>
NPCF	Voor de cliënt is er een kantoor waarmee ze alles regelen, het CIZ. Voor hen zijn er niet zozeer meer administratieve lasten. De flexibiliteit in de zorgverlening mag niet ten koste gaan van de voordelen. Juist bij ouderen is deze flexibiliteit essentieel, omdat zij regelmatig snel achteruit gaan.  Daarnaast is het bij dit scenario voor cliënten onlogisch dat na de indicatie van het CIZ, het zorgkantoor nog de doelmatigheidstoets uitvoert.	<i>Een indicatiestelling door een onafhankelijk indicatieorgaan geeft een bindende uitspraak over zorgbehoefte, niet over een budget. Een andere besteding van middelen zou betekenen dat voorbij gegaan wordt aan de geïndiceerde zorgbehoefte. In de scenario's geeft het CIZ wel aan op welke zorg een cliënt aanspraak maakt, maar het zorgkantoor blijft verantwoordelijk voor een doelmatige uitvoering. Dat deze taken formeel gescheiden zijn wil echter niet zeggen dat deze niet in één proces geïntegreerd kunnen worden. De praktijk zal nog moeten worden uitgewerkt.</i>



OVGZ	<p>Nee, dit is overtrokken. Er was in pgb-form veel flexibiliteit binnen en tussen functies en dit kan worden doorgetrokken naar ZIN.</p> <p>De FK-indicaties zijn nog van kracht voor degenen die in het overgangsrecht zitten dus de kennis is nog bij CIZ voor handen. Op basis van de huidige vereisten moeten handelingen op facturen ook al gespecificeerd worden en dat leidt vooralsnog niet tot grote problemen. Bij de meervoudig complex gehandicapten lopen de handelingen veelal door elkaar heen. Dat maakt dat flexibiliteit tussen functies noodzakelijk is, maar dit neemt niet weg dat de functies (en handelingen) wel als zodanig geïndiceerd moeten worden. Zie hiervoor het voorbeeld van Bart zoals toegevoegd onder 3.1.</p> <p>Het historisch perspectief dat genoemd wordt gaat in de op de overgang naar zzps maar daarvan is dus juist de conclusie dat deze voor een bepaalde groep niet volstaan. Deze groep zou wel uitkomen op het moment dat in functies en klassen geïndiceerd zou worden volgens de "oude" systematiek.</p> <p>Tot slot wordt onder de nadelen genoemd dat functies en klassen minder passen bij de geachte van de wlz dat de aanspraak globaler moet zijn. Dat is prima zolang deze globalere aanspraak toereikend is, maar dat is niet zo. Bovendien ligt het dus genuanceerder, want de FK benadering lijkt minder globaal maar is dat wel in de praktijk en dat zou nog verder uitgebouwd kunnen worden zowel thuis als in een instelling.</p>	<p><i>De uitspraak van het CIZ over de benodigde zorg is een bindende uitspraak. Naarmate deze uitspraak (indicatie) meer specifiek is omschreven zal dat leiden tot de noodzaak om bij een wijziging van de indicatie en nieuwe indicatie (herindicatie) vast te stellen. In box 1 van scenario twee geven we dan ook aan dat uit het verleden is gebleken dat een indicatie in functies en klassen zal leiden tot meer herindicaties. Naar verwachting zullen ook de zorgkosten toenemen. We geven in paragraaf 3.1 aan dat de indicatie de randvoorwaarden schept en dat maatwerk in de zorgverlening tot stand moet komen.</i></p>
------	---	--



Per Saldo	<p>Vanuit de cliënt gedacht zijn er minder administratieve lasten, want CIZ is "one-stop-shop". Het maatwerk uit dit scenario is prima oplossing, maar mag niet leiden tot een minder flexibele zorgverlening. Uiteindelijk moet daar juist ook maatwerk mogelijk zijn. Waarom niet een scheiding waarbij de indicatie leidt tot geld en het geld vervolgens conform maatwerkafspraken met zorgverleners ingezet kan worden. Doelmatigheidstoets is hier vreemd en lijkt ons ook niet begrijpelijk voor cliënt. CIZ stelt vast, zoka kan vervolgens op basis van doelmatigheid alsnog zeggen dat het anders moet worden. Dat worden lastige trajecten die alsnog voor onduidelijkheid zorgen.</p>	<p><i>Een indicatiestelling door een onafhankelijk indicatieorgaan geeft een bindende uitspraak over zorgbehoefte, niet over een budget. Een andere besteding van middelen zou betekenen dat voorbij gegaan wordt aan de geïndiceerde zorgbehoefte. In de scenario's geeft het CIZ wel aan op welke zorg een cliënt aanspraak maakt, maar het zorgkantoor blijft verantwoordelijk voor een doelmatige uitvoering. Dat deze taken formeel gescheiden zijn, wil echter niet zeggen dat deze niet in één proces geïntegreerd kunnen worden. De praktijk zal nog moeten worden uitgewerkt.</i></p>
VGN	<p>De VGN deelt deze conclusie. Wat de VGN betreft is er maatwerk mogelijk binnen de zorgprofielen. Een indicatiestelling in functies en klassen, voegt naast verhoging van administratieve lasten, niets toe aan de huidige mogelijkheden tot flexibiliteit in de zorglevering.</p>	<p><i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i></p>



ZN	<p>De nadelen van dit scenario wegen zwaarder dan de voordelen. Maar niet alle omschreven nadelen hoeven in de praktijk een nadeel voor de cliënt te zijn: door herindiceren blijft er goed zicht op de zorgvraag van een cliënt en kan de zorginzet op maat geleverd worden.</p> <p>Een onbegrijpelijk scenario. Met ingang van de WLZ wordt er formeel niet meer gesproken over functies en klassen.</p> <p>Voor zorg thuis moet er meer flexibiliteit komen.</p> <p>Maatwerk bieden zou niet in de indicatie plaats moeten vinden. Bij het stellen van de indicatie wordt bepaald of iemand toegang heeft tot de Wlz. De cliënt zelf, zijn familie en zorgverleners zouden vervolgens moeten kunnen bepalen welke zorg er ingezet moet worden, om zo maatwerk te kunnen leveren.</p> <p>Dit scenario gaat tegen de actuele ontwikkelingen binnen de Wlz in. Hier zijn/worden juist de functies en klassen losgelaten.</p>	<p><i>De aandachtspunten uit uw reactie delen wij en zijn ook in acht genomen en beschreven in het scenario. Bij eventuele uitwerking van dit scenario zal hier rekening mee moeten worden gehouden.</i></p>
----	--	--





4.4: Bent u het ermee eens dat scenario 2 en scenario 3 alleen van toepassing zijn op cliënten, die thuis wonen en voor wie het best passend zorgprofiel onvoldoende is?		
Belanghebbende	Reactie belanghebbende	Reactie NZa en ZIN
Actiz	ja.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
BTN	Ja.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
CCE	ja.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
CIZ	<p>De beschrijving van de doelgroep 'thuiswonenden' is duidelijk. Echter door deze 'ruime' omschrijving is de doelgroep groter dan de doelgroep die in verband met een complexe zorgvraag aanspraak wil maken op 'meer zorg'.</p> <p>Het CIZ is niet in staat om te beoordelen of cliënten die hun zorg thuis willen afnemen niet uitkomen met het geïndiceerde zorgprofiel. De beschrijving van de zorgbehoefte in het zorgprofiel kan passend zijn maar het aantal uren om de zorg in de thuissituatie te realiseren niet.</p>	<i>Dit punt nemen we mee in het vervolgtraject.</i>
Federatie Opvang	<p>De beperking roept een discussie op over wat we wel en niet rangschikken onder thuis wonen. We zijn het daarom niet eens met die beperking. We kunnen ons bij deze scenario's wel vinden in de beperking tot cliënten voor wie het passend zorgprofiel onvoldoende is.</p>	<i>Voor een uitleg over de definitie van thuiswonen verwijzen we naar paragraaf 3.3. Voor de beperking is gekozen omdat er in de financiering bij cliënten die niet thuis wonen minder grote problemen naar boven zijn gekomen.</i>
NIP	<p>Nee. Ook in instellingen komt het voor dat cliënten, al dan niet tijdelijk, extra zorg nodig hebben die niet past binnen het afgesproken profiel. Dit kan een prikkel zijn dat een cliënt in een onnodig zwaar pakket terecht komt.</p>	<i>De zzp's dekken de gemiddelde kosten voor cliënten. In individuele gevallen kan het voorkomen dat het bedrag niet passend is (zie ook paragraaf 2.2). Het kostprijsonderzoek zal mogelijk een deel van deze gevallen blootleggen. Daarnaast is een evaluatie van de zorgprofielen noodzakelijk.</i>



NPCF	Ja, zolang binnen de zorgprofielen ook maatwerk gerealiseerd kan worden. Het is voor cliënten wel onlogisch om in scenario 2 voor een kleine groep de zorgprofielen te vervangen voor functies en klassen en voor de anderen de zorgprofielen te behouden. Dit scheidt verwarring.	<i>Uw overweging sluit aan bij de opmerking dat het in de huidige Wlz onlogisch is om een aparte indicatiestelling door te voeren voor selecte doelgroepen.</i>
OVGZ	Nee, zoals eerder gezegd: met de huidige zzps wordt de zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten bij voorbaat niet gedekt. Ook niet in instellingen. Zo lang er geen dekkend basis-zzp is kunnen we dit uitgangspunt niet onderschrijven. .	<i>Dit punt nemen we mee in het vervolgtraject.</i>
Per Saldo	In de basis moet er voor iedere cliënt maatwerk zijn. Wanneer die voldoende geregeld kan worden binnen de financieringsmogelijkheden van een profiel, dan ja	<i>Zie voor de acties op maatwerk voor een bredere groep cliënten de voorstellen uit scenario 1</i>
VGN	<p>Deze scenario's maken onderscheid naar de leveringsvorm van de zorg. Dit past niet bij het in hoofdstuk 3 genoemde uitgangspunt dat er geen onderscheid is te maken tussen thuis of bij een instelling. In principe is het ook mogelijk deze scenario's toe te passen op alle cliënten die niet uitkomen met het profiel of de bekostiging.</p> <p>Een ander essentieel punt is dat niet het best passend zorgprofiel onvoldoende is, maar dat de bijbehorende middelen ontoereikend zijn.</p>	<p><i>Zie scenario 2 voor de onderbouwing van het uitsluiten van intramurale cliënten.</i></p> <p><i>De zzp's dekken de gemiddelde kosten. In individuele gevallen kan het voorkomen dat het bedrag niet passend is (zie ook paragraaf 2.2). Het kostprijsonderzoek zal mogelijk een deel van deze gevallen blootleggen. Daarnaast is een evaluatie van de zorgprofielen noodzakelijk.</i></p>



ZN	<p>Nee, naar onze mening kunnen de scenario's 2 en 3 ook voor intramurale cliënten gelden.</p> <p>Iedere cliënt moet een wlz profiel ontvangen en dat op basis van zijn echte zorgvraag moet worden bekeken wat dan best passend is qua mogelijkheden. Dat betekent ook dat er door de politiek keuzes moeten worden gemaakt over tot welke hoogte de zorg nog doelmatig thuis geleverd kan en mag worden. Bij PAB is dit immers wel gedaan.</p> <p>Ook voor mensen die intramuraal zorg ontvangen moet meer flexibiliteit mogelijk zijn. Juist daar knelt de individuele financiering en verantwoording. (Zeker, waar je meer in groepsverband leeft.)</p> <p>Wanneer er gekeken wordt naar de vormen van meerzorg die dezelfde cliënt in een instelling nodig zou hebben, zou dit betekenen dat cliënten met een zorgprofiel dat niet in aanmerking komt voor meerzorg, alsnog niets hebben aan deze maatwerk oplossing.</p> <p>Ook voor zorg thuis zijn grenzen t.a.v. betaalbaarheid (toets op doelmatigheid). Van belang om hier ook helder over te zijn en blijven richting de cliënt, niet alles is mogelijk. Het is vooral van belang dat er geen ongelijkheid bestaat tussen cliënten en dat systeem transparant is.</p>	<p><i>Scenario 1 is bedoeld om snelle veranderingen en verbeteringen door te voeren, juist ook in een instelling. Ook lopen hier parallel reeds trajecten. We gaan in scenario 2 en 3 niet uit van andere voorwaarden maar wel een andere manier van indiceren voor thuis en in een instelling. Zie voor de onderbouwing van dit besluit ook scenario 2. Wij onderschrijven de noodzaak tot duidelijkheid en transparantie, uit de knelpunten kwam ook duidelijk naar voren dat hier nog verbeteringen te halen zijn.</i></p> <p><i>Verbetering en flexibiliteit van de regeling meerzorg intramuraal wordt in het vervolgraject meegenomen. Een volledige wijziging van het systeem lijkt niet verdedigbaar.</i></p>
----	---	---



4.5: Bent u het eens met onze conclusie dat scenario 3 (zorgprofiel + maatwerkcomponent) voordelen biedt ten opzichte van scenario 2 (volledig functies en klassen)?		
Belanghebbende	Reactie belanghebbende	Reactie NZa en ZIN
Actiz	ja.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
BTN	Ja, scenario 3 lijkt beter passend in het huidige systeem en meer flexibiliteit bij de zorglevering te bieden.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
CCE	Ja	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
CIZ	Nee, wij zien vanuit de indicatiestelling geen voordeel van het ene scenario ten opzichte van het andere.	<i>In de pilot kunnen partijen gezamenlijk experimenteren met de wijze waarop maatwerk het best vorm kan worden gegeven.</i>
Federatie Opvang	Het voordeel lijkt er te zijn, omdat binnen het bast passende zorgprofiel meer flexibiliteit mogelijk is dan binnen functies en klassen. De tekst maakt niet duidelijk waarom de flexibiliteit binnen functies en klassen niet mogelijk is.	<i>Voor aanvullende uitleg over de flexibiliteit van de functies en klassen, zie 4.2.2</i>
NIP	Scenario 3 geeft een eenvoudiger en herkenbare maatwerkoplossing voor cliënten met extra zorgbehoefte boven hun zorgprofiel. Of dit uiteindelijk voordelig uitpakt hangt af van de manier waarin dit scenario verder uitgewerkt wordt.	<i>Dat beamen wij. Dit is een van de redenen waarom wij in scenario 4 een pilot voorstellen om een nieuwe vorm van indicatiestellen uit te proberen voordat deze een permanente plek krijgt.</i>
NPCF	Ja, bij scenario 3 blijft de basis gelijk (zorgprofielen) en alleen voor de extra zorg komen functies en klassen. Dit houdt het voor cliënten duidelijker, er is naar verwachting meer maatwerk nodig en vraagt om minder herindicaties.	<i>Een kleine correctie: het scenario geeft functies en klassen als voorbeeld hoe de component gevuld kan worden, maar doet hier nog geen definitieve uitspraak over.</i>



OVGZ	<p>Ja, we kunnen ons voorstellen dat dit makkelijker te implementeren is. Dit neemt echter niet weg dat erkenning en medeneming van een grote permanente zorgbehoefte in de basis, dus bij de indicatiestelling noodzakelijk is. Daarnaast vragen wij ons af waarom het alleen beperkt is tot thuis. Er is ook passende zorg buiten huis nodig.</p> <p>Er wordt nu heel stellig gezegd dat “stapelen” van FK op zorgprofiel niet mogelijk is. Wij vragen ons af of dat zo is. Bovendien is dit niet iets dat bij voorbaat ingevuld zou moeten worden. Gelet op de voordelen zou het ten minste onderzocht moeten worden of het niet toch mogelijk is. Immers, de FK bestaan zoals gezegd nog steeds in het overgangsrecht.</p>	<p><i>Voor de afweging om intramurale zorg uit te sluiten van scenario 2 en 3 verwijzen wij naar scenario 2. De invulling van de maatwerkcomponent staat inderdaad nog open, hierbij worden wat ons betreft inderdaad geen opties bij voorbaat uitgesloten.</i></p>
Per Saldo	<p>Ja, dit lijkt een logischere optie waarbij wij ons ook afvragen of de maatwerkcomponent in functies en klassen dan nog logisch is. In relatie tot vraag 4.4 willen wij nog meegeven dat scenario 3 ook voor intramuraal een optie kan zijn wanneer het maatwerkcomponent “los” en later aangevraagd kan worden.</p>	<p><i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i></p>



VGN	<p>Scenario 3 biedt voordelen ten opzichte van scenario 2. Echter is voor de VGN de grote vraag hoe de uitvoering van dit scenario er uit zou moeten zien (hoe bepaalt het CIZ wat in het zorgprofiel zit en wat is onderdeel van het maatwerkcomponent) en of dit überhaupt wenselijk is.</p> <p>In deze scenario's en met name in scenario 3 is ons inziens onvoldoende het uitgangspunt van maatwerk opgenomen. Als VGN vinden we het van belang dat het CIZ onafhankelijk en eenduidig de toegang tot de Wlz bepaalt. Het maatwerk moet wat ons betreft plaatsvinden tussen cliënt en professional passend binnen het zorgprofiel.</p> <p>Verder blijft ook een belangrijk punt, zoals ook genoemd onder 4.4 dat wanneer er sprake is van extra zorg de middelen van een zorgprofiel ontoereikend zijn.</p>	<p><i>De wijze waarop het CIZ de indicatie voor extra zorg bepaalt vraagt inderdaad een verdere uitwerking van dit scenario. Wij stellen voor om dit via een pilot uit te werken (scenario 4). Bij de inventarisatie van de knelpunten is door meerdere partijen aangegeven dat een grotere rol voor het CIZ bij het indiceren van extra zorg wenselijk is. Binnen deze indicatie en binnen het zorgprofiel komt maatwerk uiteraard tot stand tussen de cliënt en de professional.</i></p> <p><i>Zie ook onze reactie onder 4.4.</i></p>
-----	---	--



ZN	<p>Ja en Nee: Ja, er wordt een mogelijkheid geboden door meer zorg (als maatwerk) te kunnen leveren. Nee, niet door middel van functies en klassen. Het zorgkantoor (cliëntadvies) moet meer mogelijkheden krijgen om zorg passend thuis te kunnen leveren. Dat betekent dat soms zorg ondoelmatig thuis geleverd wordt maar het toch beter bij de situatie past en soms ook al is het doelmatiger thuis...de zorg toch intramuraal geboden wordt.</p> <p>Daarnaast biedt ook deze variant geen oplossing voor cliënten die niet uitkomen met hun best passende zorgprofiel maar ook niet in aanmerking komen voor een vorm van meerzorg.</p> <p>Wij beamen dat scenario 3 meer voordelen biedt dan scenario 2.</p> <p>Om het de omschrijving van dit scenario 3 te volmaken doen wij de volgende tekstvoorstellen:</p> <p>Blz. 38, 2de alinea: Wij interpreteren deze 2de alinea als volgt: bij verhuizing naar intramuraal vervalt het maatwerkcomponent op het ZZP, maar deze meerzorg kan daarna weer aangevraagd worden. Indien correct dienen wij het volgende tekstvoorstel in: 'Indien de cliënt besluit te verhuizen naar een instelling vervalt de maatwerkcomponent. Indien nodig kan ook in deze situatie extra zorg aangevraagd worden'.</p> <p>Blz. 40: 'zoals beschreven in scenario 3' moet scenario 2 zijn.</p>	<p><i>Doelmatige zorg is een wettelijk vereiste. Als zorg thuis of in een instelling minder doelmatig is, dan betekent dat niet dat de zorg daar niet geleverd mag worden. Het wordt dan alleen niet volledig vergoed vanuit de Wlz, en komt dus deels voor eigen rekening.</i></p> <p><i>U geeft aan dat de scenario's geen oplossing bieden voor cliënten die niet uitkomen, maar ook niet in aanmerking komen voor meerzorg. Dit is meegenomen in hoofdstuk 6.</i></p> <p><i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i></p> <p><i>Uw interpretatie klopt, wellicht dat de box (nieuw toegevoegd) hier ook meer duidelijkheid in brengt.</i></p>
----	--	---

**4.6: Bent u het ermee eens dat onderzoek gedaan moet worden naar de zorgprofielen? Hebt u aandachtspunten, die u wilt meegeven voor herziening van de zorgprofielen op langere termijn?**

Belanghebbende	Reactie belanghebbende	Reactie NZa en ZIN
Actiz	Onderzoek naar de zorgprofielen vindt ActiZ een goede zaak. Dat moet in samenhang worden gezien met de benodigde arbeid en het herijken van de bekostiging. Het loslaten van de grondslagen is zeker opportuun, maar vergt een check op de uitvoering in de keten, waaronder zorginkoop en registratie. Als zorgkantoren aanvullende eisen stellen aan zorglevering en -bekostiging van ZZP-en van de VV, GZ en GGZ dan brengt het loslaten van de grondslagen de zorg op maat gedachte niet verder.	<i>Dit punt nemen we mee in beide onderzoeken.</i>  <i>Bij de uitvoering van dit scenario zullen dergelijk effecten verder worden uitgewerkt.</i>
BTN	Ja, BTN steunt een onderzoek naar de zorgprofielen.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
CCE	Niet anders dan al hierboven gemeld over probleemgedrag in context.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
CIZ	Ja, dit onderzoek is essentieel en een voorwaarde voor de uitvoering van dit scenario. De huidige indeling van de zorgprofielen is gericht op de sectorale levering en bekostiging.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
Federatie Opvang	Voer de maatregelen uit die direct kunnen worden genomen om knelpunten op te lossen. Daarnaast is het nuttig om onderzoek te doen naar de herziening van zorgprofielen op de langere termijn.	<i>We nemen dit mee bij de doorvoering van de te nemen maatregelen. Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>





NIP	Een dergelijk onderzoek is tijdrovend en complex. Dan moet de vraag gesteld worden of dit onderzoek ook oplossingen biedt voor de gesteld knelpunten. Levert een (grote groep) extra zorgprofielen de gevraagde duidelijkheid en maatwerkoplossingen op, of een nog complexe systeem? Is het niet mogelijk een meer herkenbare bekostiging te ontwerpen gebaseerd op geleverde zorgcomponenten die passen bij de (variërende) zorgvraag en meer herkenbaar is?	<i>Het onderzoek zal uit moeten wijzen of het wenselijk is om zorgprofielen met meer detail vast te stellen.</i>
NPCF	Ja, de redenen die genoemd worden geven genoeg aanleiding. Een aandachtspunt is dat ouderen later in de Wlz komen en korter gebruik maken van intramurale zorg. Dit moet meegenomen worden bij het onderzoek naar profielen. Daarnaast dat de focus van ouderenzorg verschuift naar kwaliteit van leven.	<i>Dit punt nemen we mee in de onderzoeken die plaatsvinden in het kader van de vernieuwingsagenda Wlz 'Waardig leven met zorg'.  Bij de uitvoering van dit scenario zullen dergelijke effecten verder worden uitgewerkt.</i>



OVGZ	<p>Jazeker, zoals hiervoor aangehaald en beargumenteerd. Zaak is te beginnen bij de uitgangspunten van het VN verdrag en deze te vertalen in passende zorg. Maak hierbij gebruik van de kennis die ruim in het land voorhanden is; bijvoorbeeld de onderzoeksgroep EMB van de Rijksuniversiteit Groningen en het EMB-platform. Vertaal dit vervolgens door naar het VG-8 profiel. Dit zal betekenen dat er o.a. individuele begeleiding (activerend/ondersteunend) zal worden toegevoegd aan dit profiel. Kijk vervolgens naar de dekkendheid van de tarieven. Er wordt nu bijv. uitgegaan van 7 dd BGroep per week (dat zou kunnen als aanvullend individuele begeleiding wordt toegekend, maar dat is nu nog niet het geval!) voor een tarief van €58 per dagdeel. De ZIN tarieven zijn met reden vaak het dubbele; het is complexe en zware zorg met veel expertise en lage begeleidingsratio. Dit moet terugkomen in de tarieven. Het zou goed zijn om ook meteen de centralisatie van de indicatiestelling door het CIZ mee te nemen (zoals hiervoor genoemd). Hiermee kan expertise gecreëerd worden en meer gelijkheid in de indicatiestellingen. De Wlz- indceerbaren zouden hier als voorbeeld kunnen dienen, eventueel aangevuld door de groep waarbij zzp niet blijkt te volstaan.</p>	<p><i>Dit punt nemen we mee in de onderzoeken die plaatsvinden in het kader van de vernieuwingsagenda Wlz 'Waardig leven met zorg'.</i></p> <p><i>Bij de uitvoering van dit scenario zullen dergelijk effecten verder worden uitgewerkt.</i></p>
------	---	--



Per Saldo	<p>De genoemde redenen waarom zorgprofielen lang niet altijd passen bij de daadwerkelijk zorgvraag geven o.i. voldoende reden voor nader onderzoek. Het uitgangspunt moet wat ons betreft wel zijn dat we goed weten voor welke groep (hoeveel cliënten) we dit doen. Dit ten opzichte van de groep waarvoor de profielen wel passen. Dus niet een systeemwijziging tbv een relatief kleine groep. Dan moet er naar andere opties gezocht worden.</p>	<p><i>Dit punt nemen we mee in de onderzoeken die plaatsvinden in het kader van de vernieuwingsagenda Wlz 'Waardig leven met zorg'.</i></p> <p><i>Bij de uitvoering van dit scenario zullen dergelijk effecten verder worden uitgewerkt.</i></p>
VGN	<p>Een onderzoek naar de zorgprofielen, vooral naar de inhoudelijke beschrijvingen, is wenselijk, zeker ook rekening houdend met bijzondere doelgroepen, waaronder kinderen. Daarbij is het van groot belang dat in dit onderzoek ook de bekostiging wordt meegenomen, zoals beschreven in punt 3 van de uitvoering scenario 4. Het is geen wenselijke situatie als er om budgettaire redenen gekozen wordt voor een ander zorgprofiel, in plaats van op zorginhoudelijke argumenten.</p>	<p><i>Het onderzoek naar de herstructurering van de bekostiging kan gekoppeld worden met het in dit scenario voorgestelde onderzoek naar de herziening van de zorgprofielen.</i></p> <p><i>Dit punt nemen we mee in het vervolgtraject.</i></p>



ZN	<p>Niet helemaal. Het huidige systeem is niet perfect, maar is in de laatste jaren van de AWBZ ontstaan (2007).</p> <p>Als de dominante grondslag niet meer leidend is, betekent het ook dat er mogelijk juist meer wrijvingspunten gaan ontstaan met de andere domeinen ZVW en WMO. Met name aan ELV/Wijkverpleging (kosten reduceren) en WMO (GGZ beschermd wonen). Aandachtspunt is dus om te kijken wat er gebeurt als de grondslagen komen te vervallen, ontstaan er dan extra cliëntstromen naar de wlz bijvoorbeeld.</p> <p>Een belangrijk punt: bij de verwachte voordelen bij streepje 2 staat dat "er meer zekerheid is over het budget aan het begin van het proces". Is dit nu echt een cliëntfrictie of is dit een zorgaanbiederfrictie?</p> <p>Dit zou een heel fundamenteel onderzoek zijn in de langdurige zorg, breder dan de aanleiding van onderhavige consultatie. Een breed onderzoek naar de zorgprofielen zal ook dan weer aanleiding geven tot discussies over andere rollen van diverse partijen, schotten in de zorg, tarieven en financiering. Daar moeten wij ons bewust van zijn.</p> <p>We betwijfelen of het loslaten van grondslagen in de praktijk iets gaat betekenen. In de thuissituatie maakt het niet uit welke grondslag een cliënt heeft: cliënt en zorgaanbieder bepalen zelf welke zorg er ingezet moet worden. De hoeveelheid zorg die vanuit het zorgprofiel in de thuissituatie ingezet kan worden, bepaalt of iemand uit komt met dit zorgprofiel of niet.</p> <p>Voor intramurale zorg is de grondslag op dit moment nog bepalend voor het inkopen van zorg, maar het voorbeeld zoals geschetst in het consultatiedocument (LG in VV instelling) is in de praktijk altijd toegestaan en behoeft dus geen gewijzigde indicatiestelling.</p> <p>Wij beamen dat er onderzoek gedaan moet worden naar de huidige zorgprofielen en dat het de moeite waard is om te verkennen waar indicering persoonsvolgendheid beperkt.</p> <p>Aandachtspunt welke wij mee willen geven in de herziening hiervan: Levenslange toewijzing geldt niet voor iedereen; voor sommige cliënten is de noodzaak voor meerzorg tijdelijk.</p>	<p><i>Deze punten nemen we mee in beide onderzoeken.</i></p> <p><i>Ten aanzien van de verwachte voordelen kan budgetzekerheid voor zowel cliënt als zorgaanbieder positief zijn. Met name bij pgb cliënten is zekerheid over het budget belangrijk.</i></p> <p><i>Bij de uitvoering van dit scenario zullen dergelijke effecten verder worden uitgewerkt.</i></p>
----	---	---



4.7: Als er een pilot volgt, zoals beschreven in dit scenario, wat wilt u dan als suggestie meegeven om in deze pilot te onderzoeken?		
Belanghebbende	Reactie belanghebbende	Reactie NZa en ZIN
Actiz	geen reactie	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
BTN	geen reactie.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>



CCE	<p>Uit de tekst: "Onderdeel van deze pilot is tevens om te onderzoeken welke contextfactoren van belang zijn bij de indicatie van extra zorg..."</p> <p>Het is goed om te weten dat er bij het CCE een project loopt in samenspraak met VWS getiteld 'Inzicht in context'. Hiermee gaan we 'noodzakelijke en werkzame elementen in de context' expliciteren, onderbouwen en overdragen. Het gaat hier om cliënten met een verstandelijke beperking. Inzicht in context leidt tot een beschrijving van een 'best practice' of handreiking voor het organiseren van een goede context voor mensen met probleemgedrag. Het gaat om complexe materie. Dat betekent echter niet dat er geen voor de hand liggende zaken zijn die een rol spelen. Zo zijn er in het verleden afspraken gemaakt over de verplichte betrokkenheid van een gedragskundige / behandelaar bij de opstelling van het zorgplan in geval van meerzorg thuis bij probleemgedrag.</p> <p><a href="http://www.cce.nl/expertise/expertise-overzicht/inzicht-in-context?se=inzicht%7Cin%7Ccontext">http://www.cce.nl/expertise/expertise-overzicht/inzicht-in-context?se=inzicht%7Cin%7Ccontext</a></p> <p>Bij 4.4.3 waar het gaat over de Pilot indicatiestelling wordt aangegeven dat er o.a. bij CIZ extra middelen nodig zullen zijn. Bij het CCE zullen naar verwachting ook extra middelen nodig zijn.</p> <p>Pagina 44 streepje 3: De pilot voorziet een vereenvoudiging en versnelling van de procedure voor indicatiestelling in geval er sprake is van meerzorg. Voor de cliënt is er één orgaan voor de totale indicatiestelling van de door hem benodigde zorg en heeft het CCE geen tegenstrijdige belangen meer. Het lijkt ons beter en juist hier niet te spreken van tegenstrijdige belangen maar van rollen die – afhankelijk van het gekozen perspectief – door sommigen worden gepercipieerd als onderling strijdig. Dat laatst is overigens voor discussie vatbaar. Meer algemeen geldt dat het CCE altijd kiest voor het perspectief van doorbreken en voorkomen van handelingsverlegenheid bij probleemgedrag.</p>	<p>1) Indien VWS besluit tot een pilot, zullen we deze punten meenemen.</p> <p>2) Dit passen we aan in het rapport.</p> <p>3) Dit passen we aan in het rapport.</p>
-----	---	---



CIZ	Meenemen in het onderzoek: <ul style="list-style-type: none"><li>- Aandachtspunten herziening zorgprofielen</li><li>- Effect loslaten grondslag</li><li>- Welke criteria zijn van belang om meerzorg vast te stellen</li><li>- Welke kennis en kunde is nodig voor het beoordelen van 'meezorg'</li><li>- Meerwaarde van alles regelen aan de voorkant.</li><li>- Client tevredenheid</li></ul>	<i>Bedankt voor uw inbreng. Indien VWS besluit tot een pilot, zullen we deze punten meenemen.</i>
Federatie Opvang	Betrek groepen met meerdere grondslagen bij de pilot. Denk daarbij aan groepen met zowel verstandelijke beperkingen als psychische problemen.	<i>Bedankt voor uw inbreng. Indien VWS besluit tot een pilot, zullen we deze punten meenemen.</i>
NIP	Meet ook de effecten van de aanvraag en indicatiestelling op de administratieve belasting, toegankelijkheid van zorg, cliënttevredenheid en het effect op kwaliteit van leven	<i>Bedankt voor uw inbreng. Indien VWS besluit tot een pilot, zullen we deze punten meenemen.</i>
NPCF	In de pilot ook onderzoeken of het CIZ de toets van doelmatigheid en verantwoord ook kan uitvoeren. Zodat de cliënt niet te maken heeft met twee partijen (CIZ en zorgkantoor). Daarnaast monitoren wat de pilot voor cliënten betekent. Is het voor cliënten duidelijker, krijgen ze meer passende zorg, weten mensen waar en hoe ze het moeten regelen, etc.	<i>1) Het CIZ kan de financiële doelmatigheid niet toetsen. Deze taak blijft bij het zorgkantoor. 2) Indien VWS besluit tot een pilot, zullen we deze punten meenemen.</i>
OVGZ	U zou de kinderen van #oudersvoorgoedezorg in de pilot kunnen meenemen. De meeste van hen zijn net opnieuw geïndiceerd en/of er is meerzorg of ekt toegekend – of er is een profiel vastgesteld tbv de wiz-ïndiceerbaren. Er liggen dus recente dossiers. Vraag CCE en CIZ samen te indiceren – in samenspraak met ouders en clientondersteuning. Het team van indicatiestellers zou dan over kunnen gaan in de expertisegroep maatwerk die op landelijk niveau zal gaan indiceren.	<i>Bedankt voor uw inbreng. Indien VWS besluit tot een pilot, zullen we deze punten meenemen.</i>



Per Saldo	<p>Uitgangspunt moet zijn dat cliënten hiermee geholpen zijn. Dus is deze manier voor hen duidelijker, snappen zij beter welke relatie er ligt tussen indicatie en budget, ervaren zij minder administratieve lasten, zijn de doorlooptijden korter. Daarnaast lijkt het ons goed dat er in deze pilot ook meteen meegenomen wordt dat het CIZ het meest passende zorgprofiel indiceert, los van de dominante grondslag.</p>	<p><i>Bedankt voor uw inbreng. Indien VWS besluit tot een pilot, zullen we deze punten meenemen.</i></p>
VGN	<p>De suggestie vanuit de VGN is om specifieke aandacht voor bijzondere doelgroepen te hebben, bijvoorbeeld (jonge) kinderen. Daarnaast moet nadrukkelijk de bekostiging worden meegenomen in de pilot.</p> <p>De VGN geeft u mee dat volgens ons dit geen oplossing is voor de problematiek op korte termijn.</p>	<p><i>De pilot is bedoeld voor de bijzondere doelgroepen waar dit advies zich op richt.</i></p> <p><i>Voor de problemen op korte termijn verwachten wij dat de vereenvoudiging van de huidige regelgeving deels een oplossing zal bieden.</i></p>
ZN	<p>Belangrijkste vraag is waar wil men dit gaan doen? Op dit moment worden er in de w/z zoveel pilots gedraaid (Zuid Limburg, Rotterdam, Domeinoverstijgende bekostiging, pilots meerzorg) – proeftuinen met de ZVW...dat het de vraag is hoe je nog onafhankelijk het effect van deze pilot nog wel helemaal los kunt volgen.</p> <p>Cliëntenondersteuning komt nauwelijks aan bod.</p> <p>Tenminste de plek van dagbesteding en behandeling in de profielen.</p>	<p><i>Bedankt voor uw inbreng. Indien VWS besluit tot een pilot, zullen we deze punten meenemen. We zullen een goede afweging maken over de wijze waarop deze pilot zich verhoudt tot de verschillende lopende pilots. Waar mogelijk zullen we aansluiten bij de lopende pilots.</i></p>





5.1: Kunt u zich vinden in de conclusies en aanbevelingen die in hoofdstuk 5 zijn beschreven?		
Belanghebbende	Reactie belanghebbende	Reactie NZa en ZIN
Actiz	Bij aanbeveling 1 ontbreekt de suggestie van het ZIN en NZa om bij toekenning van meerzorg de kosten van het CCE die zorgaanbieders moeten maken door zorgkantoren terug te laten betalen, zie pag. 29 uit het Advies. Bij aanbeveling 2 Ad 1 over het loslaten van de koppeling van de dominante grondslag en het best passend zorgprofiel verwijzen we naar de opmerking genoemd bij 4.6.	<i>We stellen in scenario 1 voor om te onderzoeken of het mogelijk is het CCE te consulteren voordat zorgaanbieders een volledige aanvraag voor meerzorg indienen. Gedurende dit moment van consultatie kan het CCE een inschatting geven of het passend is om een aanvraag voor meerzorg in te dienen. Dit punt komt terug in aanbeveling 1.</i>  <i>Bij de uitvoering van dit scenario zullen dergelijk effecten verder worden uitgewerkt.</i>
BTN	Ja.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
CCE	Geen reactie	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>



CIZ	<p>Conclusie 1 Zie aanbiedingsbrief.</p> <p>Aanbeveling 2 Het CIZ vindt de herziening van de zorgprofielen de noodzakelijke voorwaarde voor verbetering van het indicatieproces. Daarna kan mogelijk de koppeling tussen grondslag en best passend zorgprofiel worden losgelaten. De aanname dat het loslaten van de grondslag in de toeleiding naar een best passend zorgprofiel zal leiden tot meer maatwerk en herkenning van de cliënt onderschrijft het CIZ niet. Het CIZ baseert het best passende zorgprofiel op alle aanwezige grondslagen, stoornissen en beperkingen en daaruit voortvloeiende zorgbehoefte.</p> <p>Aanbeveling 3 In aanbeveling 3 geeft u aan dat aanbeveling 1 en 2 op relatief korte termijn knelpunten kunnen oplossen. In aanbeveling 2 is opgenomen de herziening van de zorgprofiel, dit vergt tijd. Eerder heeft het CIZ al aangegeven dat een maatwerkcomponent complex is in de uitvoering.</p> <p>Aanbeveling 4 Zie onze reactie onder 3.1.</p>	<p><i>Wij erkennen (en hebben ook beschreven) dat herziening van de zorgprofielen meer tijd kost. Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i></p> <p><i>De terminologie 'dominante grondslag' is gebruikt omdat deze de meeste bekendheid heeft in het veld. In het rapport is aangevuld dat het CIZ deze term niet meer gebruikt maar uitgaat van de grondslag met de meeste invloed op de zorgbehoefte.</i></p>
-----	--	---



Federatie Opvang	We kunnen ons in grote lijnen vinden in het advies. De scenario's beschrijven een beperkte aanpassing van de huidige systematiek. De doelgroep is beperkt van omvang, maar kan groeien.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
NIP	We delen niet de conclusie dat de omvang van de doelgroep klein is. Er is naar ons idee een grote groep cliënten in de langdurige zorg die onvoldoende passende zorg ontvangen maar geen toegang hebben tot deze vormen van Meerzorg door onbekendheid, complexiteit, administratieve lasten en starre uitvoering van de regelgeving. We missen in dit rapport uitgebreidere casuïstiek van onder meer de ouderenzorg en ernstig psychiatrische patiënten. We onderschrijven dan ook wel de conclusie dat er in de keten vele knelpunten zijn. We zien op korte termijn nog geen verbeteringen optreden met de door ZIN en NZa ingezette verbetertrajecten. We zijn het ook niet eens met de conclusie dat de doelmatigheidsnorm pakketverschuivingen in de weg zal staan. De huidige regelgeving staat passende zorg vaak in de weg en met pakketverschuiving zou de zorg juist effectiever gemaakt kunnen worden.	<i>Uw inbreng t.a.v. de doelgroep verwerken wij in hoofdstuk 6. We nemen dit mee in het vervolgtraject.</i>
NPCF	Ja. De doelgroep van dit rapport is een kleine groep cliënten. Voor hen moet het uiteraard goed geregeld worden, maar dit mag niet ten kosten gaan van de andere Wlz-clienten. Daarnaast moet maatwerk voor iedere Wlz-cliënt het uitgangspunt zijn.	<i>Maatwerk in de zorg is zeker het uitgangspunt. Maar als uitgangspunt is gekozen voor maatwerk in de indicatie en bekostiging alleen daar waar nodig, omdat dit leidt tot administratieve lasten.</i>



OVGZ	<p>1) U maakt de omvang van de doelgroep kleiner dan deze daadwerkelijk is door</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- de instellingen niet mee te nemen</li><li>- de wlz-indiceerbaren niet mee te nemen.</li></ul> <p>Wji zijn blij met de aanbevelingen, met name onder punt 2. De herijking van kosten in het kostenonderzoek moet ook zien op pgb.</p> <p>Met betrekking tot de budgetneutraliteit en doelmatigheid zoals gesteld in conclusie 4 zouden we nogmaals willen benadrukken dat er bij de beoordeling van budgetneutraliteit een eerlijke vergelijking gemaakt moet worden waarbij rekening wordt gehouden met de toeslagen die gelden voor instellingen en een doorrekening van de kosten voor de daadwerkelijk benodigde zorg (1-op-1), ook al kan deze in de praktijk niet geleverd worden in een instelling.</p> <p>Voor de pilot die wordt aanbevolen onder 2 geldt dat ook de groep met levenslange chronische somatiek hieraan toegevoegd zou moeten worden, juist omdat (sommigen uit) deze groep nu heen en weer geslingerd worden tussen Zvw en Wlz.</p> <p>Zoals eerder genoemd dient met betrekking tot de context wel beleid te worden ontwikkeld zodat daar ook meer duidelijkheid en gelijkheid komt. Zoals eerder gezegd zijn we erg teleurgesteld over aanbeveling 6. We willen het zgn niet voorhanden zijn van inzichten onderbouwd zien en wijzen op de kennis die in het land voorhanden is. Risico wanneer het op de kwaliteitsagenda gehandicaptenzorg wordt geplaatst onderop de stapel komt of niet gezien wordt omdat het om een kleine en vaak onzichtbare groep gehandicapten gaat. Het zou goed zijn dit als los punt aan te pakken, juist omdat er wel kennis voorhanden is op het mcg/emb vlak.</p> <p>Tot slot willen we onze teleurstelling uitspreken over enerzijds bereidheid te kijken naar tarieven maar anderzijds de suggestie deze alleen te willen aanpassen voor ZIN. Op dit moment zijn ernstig meervoudig gehandicapten vanwege gebrek aan passende zorg gebonden aan PGB-zorg. Dáár vindt zorginnovatie plaats: inclusief onderwijs, ontwikkelingsgerichte dagbesteding in alle rust buiten het onderwijsterrein, aandachtsvolle logeerplekken en 'tweede thuis' woonvormen. Maar ook deze zorg heeft, vanwege de intensiteit en complexiteit, een prijskaartje, en daarmee hogere NZA tarieven nodig.</p>	<p><i>Uw inbreng t.a.v. de doelgroep verwerken wij in hoofdstuk 6.</i></p> <p><i>Dit is in het advies opgenomen.</i></p> <p><i>Uw inbreng t.a.v. de doelgroep verwerken wij in hoofdstuk 6.</i></p> <p><i>Er zijn in de sectoren nog weinig vastgestelde leidraden. Dit staat los van eventueel wetenschappelijk onderzoek naar onderdelen van zorg.</i></p> <p><i>Het is aan de politiek om eventueel een hogere prijs voor pgb dan voor zorg in natura toe te staan.</i></p>
------	---	--



<p>Per Saldo</p>	<p>Ja. Conclusie 1: Mee eens maar neemt niet weg dat maatwerk feitelijk voor iedereen het uitgangspunt hoort te zijn. Bij conclusie 4 het standpunt van ZIN (=ZINI?) graag nader toelichten.</p>	<p><i>Een verschuiving van Wlz gelden naar cliënten die meer zorg nodig hebben betekent, gegeven de budgetneutraliteit, dat de beschikbare middelen voor andere cliënten minder worden.</i></p> <p><i>De Wlz middelen zijn beperkt door wat de politiek aanvaardbaar acht als belastingdruk. Noodzakelijkheid van zorg en kosteneffectiviteit zijn dan ook uitgangspunten om te zorgen dat iedereen die zorg nodig heeft deze ook kan krijgen. Deze noodzaak en kosteneffectiviteit van goede zorg wordt niet bepaald door de leveringsvorm (thuis of in een instelling). Thuis wonen is dan ook geen doel op zich voor het vergoeden van zorg uit de Wlz.</i></p>
------------------	--	--



VGN	<p>De VGN deelt de visie dat de term 'maatwerkprofiel' een contradictio in terminis is. Ons advies is dan ook om de titel van het consultatiedocument aan te passen.</p> <p>We delen de conclusie dat het gaat om een beperkte groep die op dit moment problemen ervaart rond de benodigde zorg en de bekostiging hiervan. We dringen er bij u op aan om de omvang van deze groep nader te bepalen door onderzoek te doen onder de 'Wlz-indiceerbaren' naar de mogelijke discrepantie tussen de mogelijkheden van het geïndiceerde zorgprofiel en bijbehorend zorgzwaartepakket en de huidige zorg op basis van de overgangsregeling. Op deze wijze wordt de omvang van de groep en het knelpunt helder en geeft dat ook richting aan de omvang van de oplossing. Verder is de VGN voorstander van verdere verbetering en vereenvoudiging van de huidige regelingen. Hierdoor is echter niet voor alle cliënten op korte termijn een oplossing voor knelpunten te verwachten. Bijvoorbeeld voor kinderen die nieuw instromen in de Wlz en te vergelijken zijn met de Wlz indiceerbaren, maar geen vangnetregeling hebben.</p>	<p><i>De titel van het advies hebben wij inderdaad aangepast op basis van deze constatering. Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i></p>
-----	---	--



ZN	<p>Ja, voor de conclusies. Voor de aanbevelingen is de vraag of de cliënt nu echt een daadwerkelijk verbeteringen gaat ondervinden.</p> <p>Ja, met aanbeveling 1, nee met aanbeveling 2, rondom de pilot en een aandachtspunt bij loslaten van dominante grondslag bij GGZ problematiek.</p> <p>Daarnaast is het zo dat bij aanbeveling 2 er nog een aantal cruciale vragen openstaan.</p> <p>In conclusie 1 wordt aangegeven dat het vooral de gehandicaptenzorg betreft die niet uitkomen met hun zorg thuis. Tijdens de bijeenkomsten is meermalen aangegeven dat er ook knelpunten worden ervaren bij cliëntgroepen die een passend zorgprofiel hebben, niet in aanmerking komen voor meer zorg en thuis niet uitkomen met het profiel (5VV/ 6VV). Dit is nergens meegenomen.</p>	<p><i>Uw inbreng t.a.v. de doelgroep verwerken wij in hoofdstuk 6. Uw opmerking t.a.v. de vraag of de cliënt werkelijk verbetering gaat ondervinden is een belangrijke. Wij zullen in de evaluatie van dit rapport alle partijen betrekken om te controleren of er werkelijk verbetering is opgetreden.</i></p>
----	---	---



5.2: Welke adviezen zullen volgens u voor cliënten de meeste voordelen opleveren?		
Belanghebbende	Reactie belanghebbende	Reactie NZa en ZIN
Actiz	Scenario 4 met een pilot indicatiestelling kan snel worden ingevoerd, biedt zorg op maat en flexibiliteit.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
BTN	Voor cliënten zal het, op korte termijn, veel opleveren als bestaande procedures worden verbeterd, scenario 1. Hiermee is relatief eenvoudig een administratief knelpunt en onduidelijkheid en onrust weg te halen.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
CCE	<p>Aannemend dat we het over de cliënt en diens vertegenwoordiger(s) hebben zal vooral scenario 3 in combi met aanbevelingen uit scenario 1 van belang zijn voor een goede, vlotte indicatiestelling. Verder onderschrijven wij het belang van oog hebben voor de context. Wij tekenen daarbij aan dat je dan onderscheid kunt maken tussen de meer algemene voorwaarden voor kwaliteit van zorg voor de doelgroep met probleemgedrag / onbegrepen gedrag en de noodzaak om per cliënt goed zicht te hebben hoe daar de wisselwerking uitpakt tussen die cliënt in die context in die periode (specificiteit). Die specificiteit luistert juist bij de cliënten met een meer extreme zorgvraag en probleemgedrag erg nauw.</p> <p>CCE kan zich verder ook goed vinden in advies 6 waarin voor sturen op passende zorg aansluiting wordt bepleit bij de kwaliteitsagenda in de gehandicaptenzorg.</p>	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
CIZ	Aanbeveling 1 en de herziening van de huidige zorgprofielen.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
Federatie Opvang	Aanbeveling 1 levert op de korte termijn het meeste voordeel op. Aanbeveling 2 biedt perspectief voor de langere termijn.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>





NIP	Wij adviseren met klem om op korte termijn te starten met het vereenvoudigen van de procedure en bekendmaking van de regelgeving. Op termijn zal een meer flexibele maatwerkoplossing volgens scenario 3 het meeste opleveren mits voldaan wordt aan eerdere genoemde randvoorwaarden van uitvoerbaarheid en administratieve lasten.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
NPCF	<p>Aanbeveling 1: Heeft voor een kleine groep cliënten meerwaarde (die gebruik maken van de regelingen). Voor hen zal het regelen van een regeling makkelijker moeten worden.</p> <p>Aanbeveling 2: Heeft voor alle cliënten met een Wlz indicatie meerwaarde. De verwachting is dat de indicaties passender zullen zijn. Het indiceren van de totale zorgbehoefte neerleggen bij een orgaan, maakt het voor cliënten duidelijker. Dit dient wel een onafhankelijk orgaan te zijn.</p> <p>Aanbeveling 3: Dit richt zich op maatwerk voor een kleine groep cliënten. Maatwerk is voor iedere cliënt het uitgangspunt.</p> <p>Aanbeveling 4: De context heeft een grote invloed op de zorg en ondersteuning die iemand nodig heeft.</p> <p>Aanbeveling 6: Ook aansluiten op de beweging die binnen Waardigheid en trots gaande is.</p>	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
OVGZ	<p>Aanbeveling 2, waarbij 'passende zorg' het uitgangspunt is van het herzien van de profielen.</p> <p>De korte termijn oplossingen 'loslaten dominante grondslag' en meerjarige toekenning meerzorg/extra kosten thuis, alsmede het bestempelen van wooninitiatieven als een bijzondere vorm van zorg thuis, kan op korte termijn de grootste pijnpunten weghalen.</p>	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>



Per Saldo	<p>Aanbeveling 1 helpt vooral in het gevoel van cliënten dat zij zich steeds maar weer oeten verantwoord over de zorg die zij nodig hebben.</p> <p>Aanbeveling 2 gaat uniformiteit en daarmee duidelijkheid voor cliënten geven. Het komt tegemoet aan het feit dat niet iedereen met eenzelfde beperking ook hetzelfde nodig heeft om zijn leven te leven zoals hij dat wil.</p> <p>Daarnaast vinden wij het erg belangrijk dat de indicatiestelling door een onafhankelijke partij gebeurt, die niet daarnaast nog een financiële afweging te maken heeft.</p> <p>Aanbeveling 3 begrijpen wij in dit stadium. Neemt niet weg dat maatwerk voor iedereen van toepassing zou moeten zijn. Door nu vast te houden aan de regels rondom meerzorg, ekt en pab is er minder maatwerk mogelijk. O.i. zou je die, zeker op termijn, geheel los moeten laten</p> <p>Aanbeveling 5: Daar zijn wij het niet eens met de aanbeveling dat de toeslag (mogelijk) alleen in natura en niet in PGB geleverd mag worden. Mogelijk dat dit per toeslag bepaald moet worden. Daarnaast is het volgens ons onlogisch om hier weer vast te willen houden aan EKT enz criteria.</p> <p>Uitgangspunt is toch dat iedereen die dit wil zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen. Daar past een beperkte toegang tot deze toeslagen niet bij en zou maatwerk toegepast moeten worden.</p>	<p><i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i></p>
VGN	<p>Het verbeteren en vereenvoudigen van huidige regelingen. Daarnaast het onderzoek naar de zorgprofielen in relatie tot de bekostiging met specifieke aandacht voor kinderen.</p>	<p><i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i></p>



ZN	<p>Alleen aanbeveling 6 levert vanuit de cliënt de meeste voordelen op. Immers we moeten werk gaan maken van passende zorg.</p> <p>Bij alle andere aanbevelingen wordt de cliënt toch weer ondergeschikt (door meewegen mantelzorg) aan doelmatigheid of door systeem (kan CIZ alles indiceren?) Oftewel de cliënt is dan afhankelijk van de kennis /kwaliteit en kunde van het CIZ.</p> <p>Ons inziens ervaren de cliënten het meeste voordeel van het advies de huidige zorgprofielen te herzien zodat de zorglevering beter aansluit bij de behoefte van de cliënt. Hierbij is het van belang de context van de individuele cliënt mee te nemen in de beoordeling, zoals omschreven in aanbeveling 4.</p> <p>De meeste aanbevelingen hebben betrekking op proces voor de aanbieder. Aanbeveling 6 "sturen op passende zorg" heeft grootste effect. Hierbij wel de kanttekening dat dit ook los kan staan van maatwerkprofiel voor de cliënt.</p>	<p><i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i></p>
----	---	---



5.3: Mist u onderdelen in de analyse en de conclusies? Zijn er onderwerpen onderbelicht in het advies?		
Belanghebbende	Reactie belanghebbende	Reactie NZa en ZIN
Actiz	PM In Bijlage 1 ontbreekt bij 1.1 Meerzorg in de opsomming de verzekerden met een indicatie voor VV 7 en 8 (en GGZ).	<i>Dit is aangepast in het rapport.</i>
BTN	Nee.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
CCE	<p>Het blijft onderbelicht dat de meerzorgregeling voor verreweg de meeste cliënten ook nu al een vorm van maatwerk is, waarbij ze weinig tot geen problemen ervaren in de procedure van aanvraag tot zorglevering.</p> <p>Een ander punt dat nauwelijks specifiek aan de orde komt is dat meerzorg nu ook mogelijk is binnen de GGZ en de VV. Deze sectoren staan nog aan het begin van een ontwikkeling in het kader van meerzorg die partijen binnen de gehandicaptenzorg al doorgemaakt hebben.</p>	<i>Wij erkennen dit punt en hebben dit opgenomen in de beschrijving van de knelpunten.</i>
CIZ	Zie onze aanbiedingsbrief	<i>Deze punten zijn onder in de tabel toegevoegd.</i>
Federatie Opvang	De kleinschalige instellingen komen niet uitgebreid aan bod. Het advies biedt oplossingen voor aangeleverde knelpunten.	<i>In onze optiek zijn de consequenties voor de kleinschalige instellingen in het kader van dit advies voldoende besproken. Daarnaast zullen deze ook een plek hebben in de doorontwikkeltrajecten.</i>
NIP	Geen reactie	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
NPCF	Nee.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
Per Saldo	Nee	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
VGN	Zoals al op diverse plekken aangegeven, vinden wij de bekostiging van de zorgprofielen met name voor kinderen die behandeling groep nodig hebben onderbelicht.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>



A1: Hebt u opmerkingen over de wijze waarop uw huidige rol is beschreven in dit rapport? Welke rol voorziet u voor uzelf in de uitvoering van dit advies?		
Belanghebbende	Reactie belanghebbende	Reactie NZa en ZIN
Actiz	ActiZ is betrokken bij de reguliere overleggen en wil graag betrokken blijven bij de uitvoering van dit advies.	<i>Dank voor uw reactie en inbreng. Wij nemen dit mee in eventuele vervolgtrajecten.</i>
BTN	De BTN achterban richt zich in mindere mate op de primaire doelgroep zoals in dit rapport beschreven. Wel richten zij zich op de bredere Wlz doelgroep die zorg overwegend thuis ontvangt, op dit thema blijven we ook graag betrokken. Daarnaast kan BTN fungeren als communicatiekanaal richten de leden.	<i>Wij nemen dit mee in eventuele vervolgtrajecten.</i>
CCE	Het CCE is beschikbaar en bereid voor de pilot indicatiestelling en zal dit tevens aan het CIZ melden.	<i>Wij nemen dit mee in eventuele vervolgtrajecten.</i>
CIZ	Het CIZ is graag betrokken bij de herziening van de zorgprofielen.	<i>Wij nemen dit mee in eventuele vervolgtrajecten.</i>
Federatie Opvang	We hebben als branche geen directe rol in de uitvoering.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
NIP	Het NIP heeft zich nog niet eerder op deze wijze in dit traject gemengd maar is graag bereid deel te nemen in de begeleiding van de uitvoering van de aanbevelingen. Bij voorkeur in een werkgroep die een overzichtelijke opdracht uitvoert met een behapbaar tijdsinzet van het bureau en betrokken zorgprofessionals uit de achterban.	<i>Wij nemen dit mee in eventuele vervolgtrajecten.</i>
NPCF	Geen reactie	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
OVGZ	Wij vinden een deel van onze inbreng terug, waarvoor dank. Wij zouden graag actief meedenken inzake verdere uitwerking (voor de hele groep) en ons kandidaat willen stellen voor de pilot indicatiestelling. .	<i>Dank voor uw reactie en inbreng. Wij nemen dit mee in eventuele vervolgtrajecten.</i>



Per Saldo	<p>Nee. Als cliëntenorganisatie willen wij graag betrokken blijven bij de verder uitwerking van de gegeven adviezen en houden wij een vinger aan de pols bij de daadwerkelijke uitvoering. In communicatie richting cliënten kunnen wij een actieve rol hebben.</p>	<p><i>Dank voor uw reactie en inbreng. Wij nemen dit mee in eventuele vervolgtrajecten.</i></p>
VGN	<p>De VGN wordt graag betrokken bij de verschillende onderzoeken die mogelijk worden uitgevoerd en een faciliterende rol richting aanbieders.</p>	<p><i>Wij nemen dit mee in eventuele vervolgtrajecten.</i></p>
ZN	<p>Zorgkantoren hebben een wettelijke verplichting om de kwaliteit en doelmatigheid te beoordelen in de thuis situatie. Zij krijgen in het rapport voornamelijk een financiële rol en een toetsende rol toebedeeld. Zorgkantoren hebben de best mogelijke oplossing voor de cliënt voor ogen en doen daar veel inspanningen voor.</p> <p>Zorgkantoren willen cliënt- en maatwerkgericht inkopen, maar moeten zich systeemgericht verantwoorden. Om te komen tot een effectieve inzet van een maatwerkprofiel is het van belang dat zorgkantoren meer handelingsvrijheid krijgen.</p> <p>Inhoudelijke zorgbeoordeling moet door het CIZ worden uitgevoerd.</p>	<p><i>Uit de geconstateerde knelpunten komt inderdaad naar voren dat cliënten de rol van het zorgkantoor vaak als toetsend ervaren. Wij erkennen dat in werkelijkheid deze rol mogelijk anders wordt ingevuld. Het is aan de politiek om te besluiten over de rol van het zorgkantoor t.a.v. maatwerk en de bijkomende handelingsvrijheid.</i></p>



A2: Hebt u nog andere opmerkingen over het advies aanvullend op uw reactie op bovenstaande consultatievragen? Of hebt u opmerkingen over de wijze waarop wij u hebben betrokken bij de totstandkoming van dit advies?		
Belanghebbende	Reactie belanghebbende	Reactie NZa en ZIN
Actiz	ActiZ kijkt goed terug op de ruimte voor betrokkenheid van dit advies. Evenwel betreft het een zeer kleine Wlz-doelgroep die nauwelijks in de branche VV voorkomt.	<i>Dank voor uw reactie en inbreng. Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
BTN	geen reactie.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>
CCE	Ons inziens kan maatwerk bij meerzorg in een thuissituatie niet zonder een (huis)bezoek door deskundigen. Dat laatste is van groot belang, aangezien deze mensen zelf deskundig zijn (geworden) en ze vaak te maken krijgen met instanties en personen die niet de kennis / expertise hebben. In dit huisbezoek moet de cliënt in zijn context beschouwd worden. Zet dat om naar een inhoudelijke rapportage met een focus op wat de cliënt nodig heeft (zorgvraag) en hoe dat in deze situatie geleverd wordt (aanbod). Dit moet dan getoetst worden op doelmatigheid en vertaald worden naar een budget. Dat is maatwerk. Dat is zeker niet elk jaar nodig en kan bij een verlenging ook in ieder geval administratief lichter. Een en ander kan in de gesprekken/pilot met CIZ nader worden uitgewerkt.	<i>Wij nemen dit mee in eventuele vervolgtrajecten.</i>
CIZ	Zie onze aanbiedingsbrief.	<i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i>



CIZ	<p>Stapelen van uren</p> <p>Binnen de huidige regelgeving bepaalt het CIZ een indicatie zonder daarbij rekening te houden met de sociale context van de verzekerde. Gezien onze ervaringen in het AWBZ-tijdperk zijn onze medewerkers nog steeds in staat deze weging zo nodig wel mee te nemen in hun besluitvorming. In de scenario's 2, 3 en 4 wordt een rol beschreven voor het CIZ. Graag benadrukken wij hier dat de cliëntbeschrijving in de huidige zorgprofielen vaak dusdanig globaal en breed is dat het overgrote deel van de beoogde verzekerden hierin moeiteloos past.</p> <p>Verzekerden geven echter aan dat het aantal uren zorg dat zij vanuit het zorgprofiel (in de thuissituatie) kunnen realiseren ontoereikend is. Zo lang er geen uren zorg zijn vastgelegd in het zorgprofiel kan het CIZ het aantal uren zorg dat daar bovenop nodig is dan ook niet vaststellen. Hiervoor zal gezocht moeten worden naar een andere methodiek.</p>	<p><i>Wij nemen dit mee in eventuele vervoltrajecten.</i></p>
CIZ	<p>Omvang doelgroep</p> <p>Voorts blijven wij zitten met het vraagstuk van de grootte van de beoogde groep. Het gevaar dreigt dat onze inschattingen nu worden bepaald door die cliëntgroepen die nu al van zich hebben laten horen in deze discussie. Als echter de mogelijkheid van een maatwerkprofiel in de toekomst daadwerkelijk effectief is geworden, sluiten wij niet uit dat dan ook andere cliëntgroepen zich hiervoor zullen aanmelden. Wij schatten in dat zodra dit maatwerkprofiel mogelijk is er een aanzuigende werking uitgaat naar groepen die daarvan nu nog geen weet hebben.</p>	<p><i>Dit is ook in het advies aangegeven. Het is aan de politiek om te besluiten welke doelgroepen in aanmerking komen voor de regelingen. Wij achten het echter niet correct om vanwege een mogelijk aanzuigende werking een bestaande regeling niet uit te dragen.</i></p>





CIZ	<p>Uitvoerbaarheid</p> <p>Ten slotte willen wij nog aangeven dat wij in een eerder stadium over de verschillende modaliteiten in gesprek zijn geweest met zowel het CCE als Per Saldo. Deze gesprekken gaven ons het vertrouwen dat wij hieraan — met wederzijds respect voor ieders verantwoordelijkheid — hieraan invulling kunnen geven. Aanvullend achten wij het van essentieel belang dat zodra het ministerie een keuze heeft gemaakt aan de betrokken partijen wordt gevraagd een uitvoeringstoets te doen, niet alleen op uitvoerbaarheid en mogelijke effecten, maar ook op andere effecten zoals oneigenlijk gebruik.</p>	<p><i>Wij nemen dit mee in eventuele vervoltrajecten.</i></p>
Federatie Opvang	<p>De aanpassingsvoorstellen hebben een beperkte scope en zijn vooralsnog niet heel fundamenteel. We kunnen ons voorstellen dat cliënten en hun vertegenwoordigers zeker op de langere termijn forsere aanpassingen wensen.</p>	<p><i>Dit advies bevat scenario's voor de korte en lange termijn. Daarnaast moet het in samenhang gezien worden met andere lopende vernieuwingstrajecten waar ook fundamentele aanpassingen uit voort kunnen komen.</i></p>
NIP	<p>We zien graag dat gedragswetenschappers in de langdurige zorg meer uitgedaagd worden hun bijdrage te leveren in de langdurige zorg met in praktijk effectief gebleken kortdurende interventies. Een duidelijke, transparante en goed uitvoerbare financiering met weinig administratieve belasting is hiervoor een voorwaarde.</p>	<p><i>Wij onderkennen het belang van goede financiering als voorwaarde voor goede zorg.</i></p>
NPCF	<p>Geen reactie.</p>	<p><i>Wij geven uw inbreng mee aan VWS voor hun overweging van de opvolging van dit advies.</i></p>
OVGZ	<p>De groep die gebruik maakt van extra zorg zoals genoemd in het document, o.a. in paragraaf 2.3 is niet volledig. Hier is namelijk niet de groep WLZ-indiceerbaren in meegenomen. Van deze groep zal naar verwachting het merendeel een beroep moeten doen op extra zorg omdat de huidige zzps niet volstaan.</p>	<p><i>Dit is door meer partijen geconstateerd. Gegevens over deze groep en hun gebruik van de regelingen waren echter nog niet aanwezig. Dit is in hoofdstuk 6 benoemd.</i></p>
Per Saldo	<p>Geen andere opmerkingen. Wij voelen ons voldoende betrokken bij de totstandkoming van dit advies. Wij hebben meerdere malen de gelegenheid gehad input te leveren. Waarvoor dank.</p>	<p><i>Dank voor uw reactie en inbreng</i></p>



VGN	<p>We waarderen de wijze waarop we betrokken zijn in dit proces. We herkennen tot onze spijt echter te weinig van onze input terug in de rapportage met name ten aanzien van de probleemstelling.</p>	<p><i>Vervelend om te horen dat de inbreng te weinig herkenbaar is in het rapport. We hebben gepoogd alle inbreng zo goed mogelijk en gewogen mee te nemen en zullen waar mogelijk aanvullingen meenemen in het vervolgtraject.</i></p>
ZN	<p>Cliëntondersteuning (in brede zin) is onderbelicht. Dit is één van de kerntaken van de zorgkantoren. Er is weinig ingespeeld op verschillen tussen sectoren (V&amp;V, GGZ, GZ) Er is kritiek op zorgkantoren, dat ze verschillend omgaan met cliëntwensen. Wanneer de wens is meer maatwerk te bieden voor Wlz-cliënten en individuele oplossingen daarvoor te zoeken, dan is het onvermijdelijk dat verschillen optreden en moet dat geaccepteerd worden.</p>	<p><i>De rol van cliëntondersteuning komt terug in scenario 1 maar was niet het hoofdonderwerp van dit advies. In scenario 1 adviseren we een meer actieve rol van zorgkantoren in ondersteuning en advies. Het advies is uitgegaan van de knelpunten die genoemd zijn bij de bijeenkomsten en het onderzoek naar meer zorg. Hier kwamen vooral knelpunten in de ghz naar voren. In het laatste punt erkennen wij dat alleen ongewenste verschillen moeten worden geminimaliseerd. Het verschilt per regeling waar verschillen wenselijk zijn en waar niet. Wij nemen dit mee in het vervolgtraject.</i></p>