

**Bijlage bij Advies maatwerk in de Wlz****Reacties partijen op vragen bestuurlijke consultatie****Reactie op consultatievragen bestuurlijke consultatie advies Maatwerkprofiel (NIP)**

	Vraag	Uw antwoord met toelichting
	Hoofdstuk 2	
2.1	Vindt u de beschrijving van de huidige regelingen voor extra zorg in hoofdstuk 2 duidelijk?	Nee. Het onderscheid tussen Meerzorg, 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.
2.2	Herkent u zich in de knelpunten die zijn beschreven in hoofdstuk 2? Mist u belangrijke knelpunten?	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
	Hoofdstuk 3	
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?	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 meeweegt. 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. 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. In het uitgangspunt voor permanent versus tijdelijke extra zorg is niet duidelijk wat wordt bedoeld met 'wordt rekening gehouden met de permanente zorgbehoefte van cliënt'. Betekent dit dat de tijdelijke behoefte niet wordt meegewogen?

3.2	Mist u nog uitgangspunten die relevant zijn voor het advies?	<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>
	Hoofdstuk 4	
	<i>Scenario 1</i>	
4.1	Welke maatregelen uit scenario 1 leveren vanuit het perspectief van de cliënt de meeste voordelen op korte termijn op?	Verduidelijking van de regelgeving en vereenvoudiging van de aanvraagprocedure en verlenging/herindicatie.
4.2	Weet u nog andere concrete verbeteringen, die ketenpartijen (CIZ, CCE, zorgkantoren, zorgaanbieders) kunnen doorvoeren?	<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 Meerzorg waarbij bijvoorbeeld een verklaring van een medicus (bijvoorbeeld huisarts) of wijkverpleegkundige voldoende is.</p>
	<i>Scenario 2</i>	
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?	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.
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?	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.
	<i>Scenario 3</i>	
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)?	Scenario 3 geeft een eenvoudigere 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>Scenario 4</i>	
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?	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?
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?	Meet ook de effecten van de aanvraag en indicatiestelling op de administratieve belasting, toegankelijkheid van zorg, cliënttevredenheid en het effect op kwaliteit van leven
	Hoofdstuk 5	
5.1	Kunt u zich vinden in de conclusies en aanbevelingen die in hoofdstuk 5 zijn beschreven?	We delen <u>niet</u> 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.
5.2	Welke adviezen zullen volgens u voor cliënten de meeste voordelen opleveren?	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.
5.3	Mist u onderdelen in de analyse en de conclusies? Zijn er onderwerpen onderbelicht in het advies?	



Algemene vragen		
I.	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?	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.
II.	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?	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.

**Reactie consultatievragen bestuurlijke consultatie advies Maatwerkprofiel (NPCF)**

	Vraag	Uw antwoord met toelichting
	Hoofdstuk 2	
2.1	Vindt u de beschrijving van de huidige regelingen voor extra zorg in hoofdstuk 2 duidelijk?	Ja, ze zijn helder beschreven. Ook de toevoeging met aantallen cliënten die gebruik maken van regelingen is zeer verhelderend.
2.2	Herkent u zich in de knelpunten die zijn beschreven in hoofdstuk 2? Mist u belangrijke knelpunten?	Voor zover ouderen al ervaring hebben met de regelingen, zijn de knelpunten herkenbaar. 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. 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.
	Hoofdstuk 3	
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?	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. 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: - Kwaliteit van leven/welbevinden - Prettige en veilige woonomgeving - Gezondheids(zorg)/risico's Bij relatie met andere adviestrajecten & 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.
3.2	Mist u nog uitgangspunten die relevant zijn voor het advies?	Nee, het lijkt ons compleet.
	Hoofdstuk 4	
	Scenario 1	
4.1	Welke maatregelen uit scenario 1 leveren vanuit het perspectief van de cliënt de meeste voordelen op korte termijn op?	Verbeteren van aanvraagprocedure, vereenvoudigen heraanvraag en verlengen termijn beschikking. Dit maakt, naar verwachting, de belasting voor de aanvraag lager voor mensen.

		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.
4.2	Weet u nog andere concrete verbeteringen, die ketenpartijen (CIZ, CCE, zorgkantoren, zorgaanbieders) kunnen doorvoeren?	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).
	<i>Scenario 2</i>	
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?	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.
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?	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>Scenario 3</i>	
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)?	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>Scenario 4</i>	
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?	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.
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?	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.
	Hoofdstuk 5	
5.1	Kunt u zich vinden in de conclusies en aanbevelingen die in hoofdstuk 5 zijn beschreven?	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-client het uitgangspunt zijn.
5.2	Welke adviezen zullen volgens u voor cliënten de meeste voordelen opleveren?	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>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>
5.3	Mist u onderdelen in de analyse en de conclusies? Zijn er onderwerpen onderbelicht in het advies?	Nee

**Reactie consultatievragen bestuurlijke consultatie advies Maatwerkprofiel (mw. van de Bilt)**

	Vraag	Uw antwoord met toelichting
	<b>Hoofdstuk 2</b>	
2.1	Vindt u de beschrijving van de huidige regelingen voor extra zorg in hoofdstuk 2 duidelijk?	Stuk op pag 10 doel en doelgroep toeslagen vind ik onduidelijk. Zoals nu beschreven lijkt het alsof cliënten het ook voor thuis kunnen aanvragen maar dat is niet zo, mn de toeslag voor ernstige epilepsie wordt alleen toegekend aan instellingen.
2.2	Herkent u zich in de knelpunten die zijn beschreven in hoofdstuk 2? Mist u belangrijke knelpunten?	Ik vraag mij af hoe cliënten die al jarenlang in een zzp zitten nog meerzorg kunnen aanvragen. De beschreven procedure vanaf 2016 betreft de groep wlz indiceerbaren, niet de groep die al jarenlang een zzp heeft. Daarnaast kost de aanvraag/toekening van de meerzorg 6 weken. Bij acute toegenomen zorgvraag is deze procedure te lang. Hier staat niets over beschreven.
	<b>Hoofdstuk 3</b>	
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?	Op pag 19 wordt beschreven dat de problemen voor de primaire doelgroep zich met name voordoen thuis. Meerdere malen is aangegeven dat voor de primaire doelgroep de zorg in een instelling niet passend is; daardoor woont de primaire doelgroep vnl thuis. Op pag 19 en 20 wordt bij context gesproken over mantelzorgers, als er sprake is van een 24/7 zorgvraag vind ik het woord mantelzorg niet meer van toepassing ! Eerder zou ik zorg door naasten gebruiken.
3.2	Mist u nog uitgangspunten die relevant zijn voor het advies?	Op pag 21 in het stuk doelmatigheid wordt zorg thuis met die in een instelling vergeleken. Terwijl op pag 24 wordt aangegeven dat zorg in een instelling voor de primaire doelgroep niet passend is. Hoe kan je dan doelmatigheid zorg thuis vergelijken met die in een instelling !?  Persoonlijk vind ik box 1 op pagina 25 een gevaarlijke ontwikkeling. De onafhankelijkheid van de indicatie stelling komt dan in gevaar en je krijgt een verschil tussen indicatie stelling van client die thuis woont met pgb en cliënten die zin via instelling krijgen aangeboden.
	<b>Hoofdstuk 4</b>	
	<b>Scenario 1</b>	
4.1	Welke maatregelen uit scenario 1 leveren vanuit het perspectief van de cliënt de meeste voordelen op korte termijn op?	Bij scenario 1 wordt de groep cliënten die al jarenlang in een zzp zitten niet geholpen. En juist voor die groep is maatwerk NU belangrijk ! De groep wlz indiceerbaren heeft budget garantie en is voorlopig nog gegarandeerd van voldoende budget. Op pagina 30 concludeert u dit zelf ook ! Vanuit de vraagstelling van de minister gezien voldoet scenario 1 dus niet.
4.2	Weet u nog andere concrete verbeteringen, die ketenpartijen (CIZ, CCE, zorgkantoren, zorgaanbieders) kunnen doorvoeren?	Snellere doorlooptijd van de aanvragen voor extra zorg. Langere indicaties als duidelijk is dat de zorgvraag langdurig/levenslang is. Formulieren aanpassen; bijv bij progressieve ziektebeelden invullen van doelen weglaten. Spoedloket voor toekennen indicaties voor kinderen die met een extra zware zorgvraag uit ziekenhuis worden ontslagen.
	<b>Scenario 2</b>	
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?	Nee daar ben ik het niet mee eens ! Goed in kaart brengen van de zorgvraag kan juist later in de keten administratieve lasten besparen... En daarnaast wordt dit scenario alleen toegepast op de primaire doelgroep die relatief klein is, wat al duidelijk in eerste alinea van dit scenario wordt benoemd. Daarnaast geeft de bandbreedte en substitutie ruimte in de zorgverlening.
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?	Aangezien er voor deze primaire doelgroep geen passende zorg is in de instellingen (zie pagina 24), lijkt mij dit een correcte aanname.



	<i>Scenario 3</i>	
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)?	Gedeeltelijk eens. Enige voordeel is dat zorgprofiel gelijk blijft en alleen voor de maatwerk component geherindiceerd moet worden.
	<i>Scenario 4</i>	
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?	Onderzoek naar de zorgprofielen is voor de primaire doelgroep zeker nodig. Als de zorgprofielen zouden voldoen zou er geen roep om maatwerk zijn !  Belangrijk bij herziening is dat de aanwezigheid van chronische somatische problematiek meegewogen moet worden bij zorgtoekenning.  Er moet erkend worden dat voor de primaire doelgroep passende zorg in instellingen ontbreekt.  Er moet erkend worden dat de begeleiding voor de primaire doelgroep duurder is dan de huidige geldende tarieven omdat er veel sprake is van noodzaak tot individuele begeleiding  Er moet erkend worden dat veel kinderen uit de primaire doelgroep niet in staat zijn onderwijs te volgen, waardoor men aangewezen is op dure vormen van kleinschalige opvang.
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?	Begin de pilot met kinderen die al jarenlang een zzp hebben en niet in aanmerking komen voor extra zorg volgens huidige regelgeving. Ga letterlijk met de ouders om de tafel zitten om de kosten die zij maken voor opvang, begeleiding etc door te nemen. Pas dan krijgt u een reeel beeld.
	<b>Hoofdstuk 5</b>	
5.1	Kunt u zich vinden in de conclusies en aanbevelingen die in hoofdstuk 5 zijn beschreven?	Nee helemaal niet. Vind de conclusies absoluut niet passen bij het rapport...  Bij conclusie 1 vergeet men de groep die nu niet uitkomt met het zorgprofiel en niet in aanmerking komt voor extra zorg (deze groep is wel benoemd op pagina 30 !!!). Juist voor deze groep is maatwerk NU heel hard nodig.  Bij conclusie 4 de zin; ZIN acht vanuit het perspectief van pakketbeheer (noodzakelijkheid en kosteneffectiviteit) een verschuiving van middelen om zorg thuis voor een kleine groep mogelijk te maken niet wenselijk. Als wij kijken naar het VN verdrag is deze zin daar niet mee verenigbaar ! Tevens is de kleine groep die het betreft goed definieerbaar, aanzuigende werking of overge-/mis-bruik van het maatwerk profiel is dus goed af te kaderen.  Bij de aanbevelingen (stukje algemeen) wordt weer voorbij gegaan aan feit dat verbeteren van huidige vormen van extra zorg, juist de groep die niet uitkomt met het huidige zorgprofiel en niet in aanmerking komt voor extra zorg, hier niet mee geholpen is !!!!  Pagina 47: aanbeveling 2 kan ook al resultaat opleveren voor de kleine groep die nu tekort komt !! Zeker het loslaten van de dominante grondslag bij toekennen van een zorgprofiel.  Pagina 48: Bij ad.4 pilot indicatie stelling uitvoeren bij de groep kinderen in de wlz die nu niet uitkomen met het zzp en geen aanspraak kunnen maken op extra zorg. De groep wlz indiceerbaren hoeven hier niet in mee genomen te

		<p>worden aangezien die budgetgarantie hebben tot 2019</p> <p>Pagina 49: de toeslag dagbesteding gehandicapten vg5/8 meenemen bij toekenning van pgb zou veel mensen nu ook al lucht geven. Dan is er ook erkenning dat de dagbesteding voor emb kinderen duurder is !!!</p> <p>Ik blijf vallen over de doelmatigheid. Hoe kan er vergeleken worden tussen thuissituatie en instelling als erkend wordt dat in instelling de zorg voor de primaire doelgroep niet passend is. Met het VN verdrag in gedachten vind ik deze manier van bepalen van doelmatigheid onrechtvaardig.</p>
5.2	Welke adviezen zullen volgens u voor cliënten de meeste voordelen opleveren?	Maatwerkcomponent (scenario 3) en Loslaten dominante grondslag bij toekennen zorgprofiel.
5.3	Mist u onderdelen in de analyse en de conclusies? Zijn er onderwerpen onderbelicht in het advies?	Ik vind de conclusies slecht geformuleerd en niet passen bij de rest van het rapport, zie mijn opmerkingen van boven...

Algemene vragen		
I.	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?	<p>Ik zou graag dieper willen ingaan op de doelmatigheid die telkens aangehaald wordt. Zet daarnaast de context waarin zorg thuis geleverd wordt, en ik vraag mij af of de meest doelmatige zorg wel in een instelling wordt geleverd....Graag nodig ik u uit om bij mij thuis te komen kijken hoe het in de praktijk werkt in een gezin met 3 kinderen waarvan er eentje zorgintensief is.</p> <p>Het gat tussen theorie (doelmatige zorg in een instelling) en de praktijk (zorg thuis) is enorm. En in dat stuk mis ik kennis/begrip bij het ZIN en NZa.</p>
II.	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?	<p>Ik ben blij mee te hebben mogen denken.</p> <p>Hopelijk heeft mijn bijdrage u aan het denken gezet...</p>

**Reactie consultatievragen bestuurlijke consultatie advies Maatwerkprofiel (BTN)**

	Vraag	Uw antwoord met toelichting
	<b>Hoofdstuk 2</b>	
2.1	Vindt u de beschrijving van de huidige regelingen voor extra zorg in hoofdstuk 2 duidelijk?	Wat BTN betreft is de beschrijving van de huidige regelingen voldoende duidelijk beschreven. Alleen de verwijzing bij voetnoot 7 lijkt niet kloppend.
2.2	Herkent u zich in de knelpunten die zijn beschreven in hoofdstuk 2? Mist u belangrijke knelpunten?	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) intramuraal setting vertaald waardoor niet altijd passend, o.a. een herijking van de tarieven is hierbij wenselijk.
	<b>Hoofdstuk 3</b>	
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?	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.  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) <b>duurder zal zijn</b> .
3.2	Mist u nog uitgangspunten die relevant zijn voor het advies?	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.
	<b>Hoofdstuk 4</b>	
	<i>Scenario 1</i>	
4.1	Welke maatregelen uit scenario 1 leveren vanuit het perspectief van de cliënt de meeste voordelen op korte termijn op?	Het verbeteren van de procedure rondom een heraanvraag/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.
4.2	Weet u nog andere concrete verbeteringen, die ketenpartijen (CIZ, CCE, zorgkantoren, zorgaanbieders) kunnen doorvoeren?	
	<i>Scenario 2</i>	
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?	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.
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?	Ja
	<i>Scenario 3</i>	
4.5	Bent u het eens met onze conclusie dat scenario 3 (zorgprofiel + maatwerkcomponent) voordelen biedt ten opzichte van scenario 2 (volledig	Ja, scenario 3 lijkt beter passend in het huidige systeem en meer flexibiliteit bij de zorglevering te bieden.

	functies en klassen)?	
	<i>Scenario 4</i>	
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?	Ja, BTN steunt een onderzoek naar de zorgprofielen.
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?	
	Hoofdstuk 5	
5.1	Kunt u zich vinden in de conclusies en aanbevelingen die in hoofdstuk 5 zijn beschreven?	Ja
5.2	Welke adviezen zullen volgens u voor cliënten de meeste voordelen opleveren?	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.
5.3	Mist u onderdelen in de analyse en de conclusies? Zijn er onderwerpen onderbelicht in het advies?	Nee

Algemene vragen		
I.	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?	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.
II.	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?	

## Reactie consultatievragen bestuurlijke consultatie advies Maatwerkprofiel (CCE)

	Vraag	Uw antwoord met toelichting
	Hoofdstuk 2	
2.1	Vindt u de beschrijving van de huidige regelingen voor extra zorg in hoofdstuk 2 duidelijk?	<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."</p> <p>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:</p> <p>"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>
2.2	Herkent u zich in de knelpunten die zijn beschreven in hoofdstuk 2? Mist u belangrijke knelpunten?	<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>
	Hoofdstuk 3	
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?	<p>Uitgangspunt context:</p> <p>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.</p> <p>Het probleemgedrag is het resultaat van een negatieve wisselwerking tussen de persoon met zijn specifieke beperkingen en zijn context.</p> <p><a href="http://www.cce.nl/over-cce/visie-en-werkwijze">http://www.cce.nl/over-cce/visie-en-werkwijze</a></p>
3.2	Mist u nog uitgangspunten die relevant zijn voor het advies?	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).
	Hoofdstuk 4	
	<i>Scenario 1</i>	
4.1	Welke maatregelen uit scenario 1 leveren vanuit het perspectief van de cliënt de meeste voordelen op korte termijn op?	2 en 3
4.2	Weet u nog andere concrete verbeteringen, die ketenpartijen (CIZ, CCE, zorgkantoren, zorgaanbieders) kunnen doorvoeren?	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>Scenario 2</i>	
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?	Mee eens.
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?	Ja
	<i>Scenario 3</i>	
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)?	Ja
	<i>Scenario 4</i>	
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?	Niet anders dan al hierboven gemeld over probleemgedrag in context.
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?	<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:  <i>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.</i> Het lijkt ons</p>

		<p>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 <u>altijd</u> kiest voor het perspectief van doorbreken en voorkomen van handelingsverlegenheid bij probleemgedrag.</p>
	Hoofdstuk 5	
5.1	Kunt u zich vinden in de conclusies en aanbevelingen die in hoofdstuk 5 zijn beschreven?	
5.2	Welke adviezen zullen volgens u voor cliënten de meeste voordelen opleveren?	<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 <u>kwaliteitsagenda in de gehandicaptenzorg</u>.</p>
5.3	Mist u onderdelen in de analyse en de conclusies? Zijn er onderwerpen onderbelicht in het advies?	<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>

Algemene vragen		
I.	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?	Het CCE is beschikbaar en bereid voor de pilot indicatiestelling en zal dit tevens aan het CIZ melden.
II.	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?	<p>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.</p>

**Reactie consultatievragen bestuurlijke consultatie advies Maatwerkprofiel (Ieder(in))**

	Vraag	Uw antwoord met toelichting
	Hoofdstuk 2	
2.1	Vindt u de beschrijving van de huidige regelingen voor extra zorg in hoofdstuk 2 duidelijk?	De beschrijvingen zijn duidelijk maar naast elkaar gezien een opgave voor cliënten om een goed beeld te krijgen van wat nu in welke situatie onder welke voorwaarden van toepassing is.
2.2	Herkent u zich in de knelpunten die zijn beschreven in hoofdstuk 2? Mist u belangrijke knelpunten?	Ja, op de laatste bijeenkomst heeft Ieder(in) samen met het CIZ aangegeven dat de huidige zorgprofielen ook aan herziening toe zijn. Deze sluiten niet meer goed aan op de veranderende situatie na de decentralisaties. Cliënten komen steeds vaker met zwaardere zorgvragen binnen in de WLz. Hierdoor kent de zorgzwaarte in de profielen geen goede opbouw meer omdat ze te laag insteken. Voor alle extra zorgregelingen die aansluiten op deze profielen blijft het steeds de vraag of het geheel dan voldoende dekkend is voor de situatie van de cliënt die er een beroep op doet. Verder zouden wij het handig vinden om per extra zorgregeling te lezen of het wel of niet in PGB MPT of andere financieringsvorm is af te nemen.
	Hoofdstuk 3	
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?	<p>De uitgangspunten geformuleerd in de kaders zijn duidelijk. Het is jammer dat ze niet zijn genummerd, dat zou verwijzing in deze consultatie wat gemakkelijker maken. We vrezen dan ook dat hiermee veel misverstanden zullen ontstaan over welke opmerking bij welk uitgangspunt hoort. We proberen het zo duidelijk mogelijk neer te schrijven.</p> <p>Vakje 3 op blz. 17 (2e vakje), dit uitgangspunt vinden wij gevaarlijk omdat dit ten koste kan gaan van goede zorg intramuraal vanwege het budgettair neutrale karakter van deze exercitie.</p> <p>Vakje 4 op blz. 20, uitgangspunt woonvormen. Wij zien vaak dat zorg thuis aan de orde is als het kan en zorg in een instelling volgt als het moet. Dit kan allerlei oorzaken hebben. In de aanspraken is dit niet inhoudelijk onderscheiden.</p> <p>Mensen wachten vaak lang met opname in een instelling omdat zij in zorg thuis kwaliteit van leven beter kunnen waarborgen. Ook in kleinschalige woonvormen is dit door het verschil in zorgzwaarte nog redelijk gegarandeerd doordat er gemiddeld kan worden. Instellingen hebben momenteel alleen de zware zorg waarin niet meer gemiddeld kan worden. Dit gaat direct ten koste van de kwaliteit van leven van de bewoners. In een instelling kan hierop niet direct invloed worden uitgeoefend. Het kunnen beïnvloeden van kwaliteit van leven is hier een item.</p> <p>Vakje 6, blz 22. Eens met deze constatering maar wij vinden daar wel wat van!</p> <p>Vakje 7, blz 23 (1). Budgettair neutraal acceptabel voor zolang dit zonder schade handhaafbaar is en hiermee geen noodzakelijke zorg in de knel komt.</p> <p>Vakje 8, blz 23 (2). Eens maar het moet bij calamiteiten wel mogelijk zijn om tijdelijk extra zorg te ontvangen zonder dat de toegang tot de Wlz opnieuw beoordeeld moet worden vanwege een gewijzigde zorgbehoefte.</p>
3.2	Mist u nog uitgangspunten die relevant zijn voor het advies?	Bij 3.8, eens met alles wat er staat maar het is een heel technische opsomming. Ieder(in) mist hier toch wel de toewijding en aandacht waar deze groep zo sterk op reageert en waardoor ook vaak de belangrijkste stappen in hun ontwikkeling worden gemaakt. Natuurlijk moeten er ook



		<p>methoden ontwikkeld worden maar zonder aandacht en toewijding zijn ze voor de helft minder effectief. In Waardigheid en Trots is hierover gelukkig meer te vinden. Goede zorg is niet altijd perfecte zorg. Goede zorg is zorg die is afgestemd op de individuele situatie en dat kan een belangrijk verschil maken. Box 1 lijkt ons een prima constatering.</p>
	<p>Hoofdstuk 4</p> <p><i>Scenario 1</i></p>	
4.1	<p>Welke maatregelen uit scenario 1 leveren vanuit het perspectief van de cliënt de meeste voordelen op korte termijn op?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bekendheid creëren met de meerzorg, EKT en PAB;</li> <li>- Verbeteren van de aanvraagprocedure voor meerzorg (Excel formulier) en EKT;</li> <li>- Vereenvoudigen heraanvraagprocedures en hergebruik informatie door zorgkantoren;</li> <li>- Verlengen termijn beschikking regelingen extra zorg;</li> <li>- Het bieden van cliëntondersteuning</li> </ul>
4.2	<p>Weet u nog andere concrete verbeteringen, die ketenpartijen (CIZ, CCE, zorgkantoren, zorgaanbieders) kunnen doorvoeren?</p>	
	<p><i>Scenario 2</i></p>	
4.3	<p>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?</p>	<p>Ja maar ook is dit scenario is te weinig toegesneden op de groepen die nu de problemen ervaren. Wij zijn vooral bang dat dit zodanig kostenverhogend zal werken dat dit ten koste zal gaan van het beschikbare budget voor andere cliënten in de Wlz.</p>
4.4	<p>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?</p>	<p>Nee, wij vinden dat alle cliënten, thuiswonend en wonend in een instelling een passende indicatie moeten hebben. Bij voorkeur dus een indicatie in functies en klassen. Daar waar cliënten nu uitkomen met het huidige profiel, is voor nu even niets aan de hand. Dit vraagt om hervorming, maar is wel wat wij het liefste zien.</p>
	<p><i>Scenario 3</i></p>	
4.5	<p>Bent u het ermee eens met onze conclusie dat scenario 3 (zorgprofiel + maatwerkcomponent) voordelen biedt ten opzichte van scenario 2 (volledig functies en klassen)?</p>	<p>Nee, ook cliënten die in een instelling wonen hebben passende zorg nodig, dus niet alleen voor thuiswonende cliënten. Wij vinden echter dat hierbij niet moet worden uitgegaan van de huidige voorwaarden van de Meerzorg regeling en de EKT maar dat er individueel moet worden gekeken naar de benodigde zorg. Dit vergroot de kans op passende zorg voor de EMB kinderen en de doelgroep thuiswonende en niet thuiswonende cliënten met een ernstig tot matige verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblematiek.</p>
	<p><i>Scenario 4</i></p>	
4.6	<p>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?</p>	<p>Ja, zeer mee eens, dat heeft ieder(in) op de laatste bijeenkomst ook ingebracht. De systematiek in de opbouw van zorgzwaarte in de huidige profielen is ten gevolge de effecten na de decentralisatie verstoord. De zorgprofielen zijn aan herziening toe. Nu worden regelingen voor extra zorg gestapeld boven op deze niet dekkende profielen.</p>
4.7	<p>Als er een pilot volgt, zoals beschreven in dit scenario, wat wilt u dan als suggestie meegeven om in deze pilot te onderzoeken?</p>	<p>Het is van belang de toegang tot de Wlz voor kinderen en voor mensen met een lichamelijke handicap naast mensen met een VG grondslag apart onder de loep te nemen.</p>
	<p>Hoofdstuk 5</p>	
5.1	<p>Kunt u zich vinden in de conclusies en aanbevelingen die in hoofdstuk 5 zijn beschreven?</p>	<p>Nee helemaal niet. Ieder(in) vindt de conclusies niet passen bij het rapport...</p> <p>Bij conclusie 1 vergeet men de groep die nu niet uitkomt met het zorgprofiel en niet in aanmerking komt voor extra zorg (deze groep is wel benoemd op pagina 30 !!!). Juist voor deze groep is maatwerk NU heel hard nodig.</p> <p>Bij conclusie 4 de zin; "ZIN acht vanuit het perspectief van pakketbeheer (noodzakelijkheid en kosteneffectiviteit) een verschuiving van middelen om zorg thuis voor een kleine groep mogelijk te maken niet wenselijk".</p> <p>Als wij kijken naar het VN verdrag is deze zin daar niet mee</p>

		<p>verenigbaar ! Tevens is de kleine groep die het betreft goed definieerbaar, aanzuigende werking of over/mis-bruik van het maatwerk profiel is dus goed af te kaderen.</p> <p>Bij de aanbevelingen (stukje algemeen) wordt weer voorbij gegaan aan feit dat verbeteren van huidige vormen van extra zorg, juist de groep die niet uitkomt met het huidige zorgprofiel en niet in aanmerking komt voor extra zorg, hier niet mee geholpen is !!!!</p> <p>Pagina 47: aanbeveling 2 kan ook al resultaat opleveren voor de kleine groep die nu tekort komt !! Zeker het loslaten van de dominante grondslag bij toekennen van een zorgprofiel.</p> <p>Pagina 48: Bij ad.4 pilot indicatie stelling uitvoeren bij de groep kinderen in de Wlz die nu niet uitkomen met het zzp en geen aanspraak kunnen maken op extra zorg. De groep wlz indiceerbaren hoeven hier niet in mee genomen te worden aangezien die budgetgarantie hebben tot 2019</p> <p>Pagina 49: de toeslag dagbesteding gehandicapten VG 5/8 meenemen bij toekenning van pgb zou veel mensen nu ook al lucht geven. Dan is er ook erkenning dat de dagbesteding voor emb kinderen duurder is !!!</p> <p>Wij houden een probleem met doelmatigheid. Hoe kan er vergeleken worden tussen thuissituatie en instelling als erkend wordt dat in instelling de zorg voor de primaire doelgroep niet passend is. Met het VN verdrag in gedachten vinden we deze manier van bepalen van doelmatigheid onrechtvaardig (zie ook beantwoording vraag 4.5.).</p>
5.2	Welke adviezen zullen volgens u voor cliënten de meeste voordelen opleveren?	<p>Alle aanbevelingen (met inachtneming van ons standpunt t.a.v. scenario 3) leveren voordelen op. Het verschil zit hier in dat er een aantal "quick wins" zijn geformuleerd die op korte termijn voordelen op leveren en een aantal goede aanbeveling die op wat langere termijn voordelen opleveren. Het gaat dus niet om meer of minder maar om voordelen op kortere of langere termijn.</p>
5.3	Mist u onderdelen in de analyse en de conclusies? Zijn er onderwerpen onderbelicht in het advies?	

Algemene vragen		
I.	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?	
II.	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?	<p>Wat we lastig vinden in dit rapport en wat ons ook in verwarring brengt is dat er geen tijdspad in het rapport is verwerkt. De lange en korte termijn oplossingen, zeker bezien op de consequenties die dit heeft voor de mensen die in de instellingen wonen, zijn niet duidelijk te onderscheiden. Ze lopen door elkaar. Dit beïnvloedt de beantwoording van de vragen op het format zoals ze zijn gesteld. De onderzoeksvragen gaan over het maatwerkprofiel maar met de vragen in het format worden ook andere uitgangspunten gepeild die niet in de onderzoeksvraag voorkomen zoals de verhouding tussen de organisatie van de zorg voor mensen die in instellingen wonen tov mensen die thuis wonen. (zie onderzoeksvraag op blz.5 in verhouding tot de conclusies en aanbevelingen. Ons belangrijkste uitgangspunt en uiteindelijke stip op de horizon blijft: Volledige persoons volgende bekostiging gebaseerd op een maatwerkindicatie.</p>

**Reactie consultatievragen bestuurlijke consultatie advies Maatwerkprofiel (Per Saldo)**

	Vraag	Uw antwoord met toelichting
	Hoofdstuk 2	
2.1	Vindt u de beschrijving van de huidige regelingen voor extra zorg in hoofdstuk 2 duidelijk?	De beschrijvingen zijn duidelijk maar naast elkaar gezien een opgave voor cliënten om een goed beeld te krijgen van wat nu in welke situatie onder welke voorwaarden van toepassing is.
2.2	Herkent u zich in de knelpunten die zijn beschreven in hoofdstuk 2? Mist u belangrijke knelpunten?	Ja, op de laatste bijeenkomst heeft Ieder(in) samen met het CIZ aangegeven dat de huidige zorgprofielen ook aan herziening toe zijn. Deze sluiten niet meer goed aan op de veranderende situatie na de decentralisaties. Cliënten komen steeds vaker met zwaardere zorgvragen binnen in de WLz. Hierdoor kent de zorgzwaarte in de profielen geen goede opbouw meer omdat ze te laag insteken. Voor alle extra zorgregelingen die aansluiten op deze profielen blijft het steeds de vraag of het geheel dan voldoende dekkend is voor de situatie van de cliënt die er een beroep op doet. Verder zouden wij het handig vinden om per extra zorgregeling te lezen of het wel of niet in PGB MPT of andere financieringsvorm is af te nemen.
	Hoofdstuk 3	
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?	<p>De uitgangspunten geformuleerd in de kaders zijn duidelijk. Het is jammer dat ze niet zijn genummerd, dat zou verwijzing in deze consultatie wat gemakkelijker maken. We vrezen dan ook dat hiermee veel misverstanden zullen ontstaan over welke opmerking bij welk uitgangspunt hoort. We proberen het zo duidelijk mogelijk neer te schrijven.</p> <p>Vakje 3 op blz. 17 (2e vakje), dit uitgangspunt vinden wij gevaarlijk omdat dit ten koste kan gaan van goede zorg intramuraal vanwege het budgettair neutrale karakter van deze exercitie.</p> <p>Vakje 4 op blz. 20, uitgangspunt woonvormen. Wij zien vaak dat zorg thuis aan de orde is als het kan en zorg in een instelling volgt als het moet. Dit kan allerlei oorzaken hebben. In de aanspraken is dit niet inhoudelijk onderscheiden.</p> <p>Mensen wachten vaak lang met opname in een instelling omdat zij in zorg thuis kwaliteit van leven beter kunnen waarborgen. Ook in kleinschalige woonvormen is dit door het verschil in zorgzwaarte nog redelijk gegarandeerd doordat er gemiddeld kan worden. Instellingen hebben momenteel alleen de zware zorg waarin niet meer gemiddeld kan worden. Dit gaat direct ten koste van de kwaliteit van leven van de bewoners. In een instelling kan hierop niet direct invloed worden uitgeoefend. Het kunnen beïnvloeden van kwaliteit van leven is hier een item.</p> <p>Vakje 6, blz 22. Eens met deze constatering maar wij vinden daar wel wat van!</p> <p>Vakje 7, blz 23 (1). Budgettair neutraal acceptabel voor zolang dit zonder schade handhaafbaar is en hiermee geen noodzakelijke zorg in de knel komt.</p> <p>Vakje 8, blz 23 (2). Eens maar het moet bij calamiteiten wel mogelijk zijn om tijdelijk extra zorg te ontvangen zonder dat de toegang tot de Wlz opnieuw beoordeeld moet worden vanwege een gewijzigde zorgbehoefte.</p>
3.2	Mist u nog uitgangspunten die relevant zijn voor het advies?	Bij 3.8, eens met alles wat er staat maar het is een heel technische opsomming. Ieder(in) mist hier toch wel de toewijding en aandacht waar deze groep zo sterk op reageert en waardoor ook vaak de belangrijkste stappen in hun ontwikkeling worden gemaakt. Natuurlijk moeten er ook

		<p>methoden ontwikkeld worden maar zonder aandacht en toewijding zijn ze voor de helft minder effectief. In Waardigheid en Trots is hierover gelukkig meer te vinden. Goede zorg is niet altijd perfecte zorg. Goede zorg is zorg die is afgestemd op de individuele situatie en dat kan een belangrijk verschil maken. Box 1 lijkt ons een prima constatering.</p>
	<p>Hoofdstuk 4</p> <p><i>Scenario 1</i></p>	
4.1	<p>Welke maatregelen uit scenario 1 leveren vanuit het perspectief van de cliënt de meeste voordelen op korte termijn op?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bekendheid creëren met de meerzorg, EKT en PAB;</li> <li>- Verbeteren van de aanvraagprocedure voor meerzorg (Excel formulier) en EKT;</li> <li>- Vereenvoudigen heraanvraagprocedures en hergebruik informatie door zorgkantoren;</li> <li>- Verlengen termijn beschikking regelingen extra zorg;</li> <li>- Het bieden van cliëntondersteuning</li> </ul>
4.2	<p>Weet u nog andere concrete verbeteringen, die ketenpartijen (CIZ, CCE, zorgkantoren, zorgaanbieders) kunnen doorvoeren?</p>	
	<p><i>Scenario 2</i></p>	
4.3	<p>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?</p>	<p>Ja maar ook is dit scenario is te weinig toegesneden op de groepen die nu de problemen ervaren. Wij zijn vooral bang dat dit zodanig kostenverhogend zal werken dat dit ten koste zal gaan van het beschikbare budget voor andere cliënten in de Wlz.</p>
4.4	<p>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?</p>	<p>Nee, wij vinden dat alle cliënten, thuiswonend en wonend in een instelling een passende indicatie moeten hebben. Bij voorkeur dus een indicatie in functies en klassen. Daar waar cliënten nu uitkomen met het huidige profiel, is voor nu even niets aan de hand. Dit vraagt om hervorming, maar is wel wat wij het liefste zien.</p>
	<p><i>Scenario 3</i></p>	
4.5	<p>Bent u het ermee eens met onze conclusie dat scenario 3 (zorgprofiel + maatwerkcomponent) voordelen biedt ten opzichte van scenario 2 (volledig functies en klassen)?</p>	<p>Nee, ook cliënten die in een instelling wonen hebben passende zorg nodig, dus niet alleen voor thuiswonende cliënten. Wij vinden echter dat hierbij niet moet worden uitgegaan van de huidige voorwaarden van de Meerzorg regeling en de EKT maar dat er individueel moet worden gekeken naar de benodigde zorg. Dit vergroot de kans op passende zorg voor de EMB kinderen en de doelgroep thuiswonende en niet thuiswonende cliënten met een ernstig tot matige verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblematiek.</p>
	<p><i>Scenario 4</i></p>	
4.6	<p>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?</p>	<p>Ja, zeer mee eens, dat heeft ieder(in) op de laatste bijeenkomst ook ingebracht. De systematiek in de opbouw van zorgzwaarte in de huidige profielen is ten gevolge de effecten na de decentralisatie verstoord. De zorgprofielen zijn aan herziening toe. Nu worden regelingen voor extra zorg gestapeld boven op deze niet dekkende profielen.</p>
4.7	<p>Als er een pilot volgt, zoals beschreven in dit scenario, wat wilt u dan als suggestie meegeven om in deze pilot te onderzoeken?</p>	<p>Het is van belang de toegang tot de Wlz voor kinderen en voor mensen met een lichamelijke handicap naast mensen met een VG grondslag apart onder de loep te nemen.</p>
	<p>Hoofdstuk 5</p>	
5.1	<p>Kunt u zich vinden in de conclusies en aanbevelingen die in hoofdstuk 5 zijn beschreven?</p>	<p>Nee helemaal niet. Ieder(in) vindt de conclusies niet passen bij het rapport...</p> <p>Bij conclusie 1 vergeet men de groep die nu niet uitkomt met het zorgprofiel en niet in aanmerking komt voor extra zorg (deze groep is wel benoemd op pagina 30 !!!). Juist voor deze groep is maatwerk NU heel hard nodig.</p> <p>Bij conclusie 4 de zin; "ZIN acht vanuit het perspectief van pakketbeheer (noodzakelijkheid en kosteneffectiviteit) een verschuiving van middelen om zorg thuis voor een kleine groep mogelijk te maken niet wenselijk". Als wij kijken naar het VN verdrag is deze zin daar niet mee</p>

		<p>verenigbaar ! Tevens is de kleine groep die het betreft goed definieerbaar, aanzuigende werking of over/mis-bruik van het maatwerk profiel is dus goed af te kaderen.</p> <p>Bij de aanbevelingen (stukje algemeen) wordt weer voorbij gegaan aan feit dat verbeteren van huidige vormen van extra zorg, juist de groep die niet uitkomt met het huidige zorgprofiel en niet in aanmerking komt voor extra zorg, hier niet mee geholpen is !!!!</p> <p>Pagina 47: aanbeveling 2 kan ook al resultaat opleveren voor de kleine groep die nu tekort komt !! Zeker het loslaten van de dominante grondslag bij toekennen van een zorgprofiel.</p> <p>Pagina 48: Bij ad.4 pilot indicatie stelling uitvoeren bij de groep kinderen in de Wlz die nu niet uitkomen met het zzp en geen aanspraak kunnen maken op extra zorg. De groep wlz indiceerbaren hoeven hier niet in mee genomen te worden aangezien die budgetgarantie hebben tot 2019</p> <p>Pagina 49: de toeslag dagbesteding gehandicapten VG 5/8 meenemen bij toekenning van pgb zou veel mensen nu ook al lucht geven. Dan is er ook erkenning dat de dagbesteding voor emb kinderen duurder is !!!</p> <p>Wij houden een probleem met doelmatigheid. Hoe kan er vergeleken worden tussen thuissituatie en instelling als erkend wordt dat in instelling de zorg voor de primaire doelgroep niet passend is. Met het VN verdrag in gedachten vinden we deze manier van bepalen van doelmatigheid onrechtvaardig (zie ook beantwoording vraag 4.5.).</p>
5.2	Welke adviezen zullen volgens u voor cliënten de meeste voordelen opleveren?	<p>Alle aanbevelingen (met inachtneming van ons standpunt t.a.v. scenario 3) leveren voordelen op. Het verschil zit hier in dat er een aantal "quick wins" zijn geformuleerd die op korte termijn voordelen op leveren en een aantal goede aanbeveling die op wat langere termijn voordelen opleveren. Het gaat dus niet om meer of minder maar om voordelen op kortere of langere termijn.</p>
5.3	Mist u onderdelen in de analyse en de conclusies? Zijn er onderwerpen onderbelicht in het advies?	

Algemene vragen		
I.	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?	
II.	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?	<p>Wat we lastig vinden in dit rapport en wat ons ook in verwarring brengt is dat er geen tijdsplan in het rapport is verwerkt. De lange en korte termijn oplossingen, zeker bezien op de consequenties die dit heeft voor de mensen die in de instellingen wonen, zijn niet duidelijk te onderscheiden. Ze lopen door elkaar. Dit beïnvloedt de beantwoording van de vragen op het format zoals ze zijn gesteld. De onderzoeksvragen gaan over het maatwerkprofiel maar met de vragen in het format worden ook andere uitgangspunten gepeild die niet in de onderzoeksvraag voorkomen zoals de verhouding tussen de organisatie van de zorg voor mensen die in instellingen wonen tov mensen die thuis wonen. (zie onderzoeksvraag op blz.5 in verhouding tot de conclusies en aanbevelingen. Ons belangrijkste uitgangspunt en uiteindelijke stip op de horizon blijft: Volledige persoons volgende bekostiging gebaseerd op een maatwerkindicatie.</p>

**Reactie consultatievragen bestuurlijke consultatie advies Maatwerkprofiel (Naar-Keuze)**

	Vraag	Uw antwoord met toelichting
	Hoofdstuk 2	
2.1	Vindt u de beschrijving van de huidige regelingen voor extra zorg in hoofdstuk 2 duidelijk?	De tekst op pag. 10 zou moeten worden verduidelijkt. Alleen zorgaanbieders kunnen voor Wlz cliënten met verblijf deze toeslagen aanvragen.
2.2	Herkent u zich in de knelpunten die zijn beschreven in hoofdstuk 2? Mist u belangrijke knelpunten?	Wij herkennen ons in genoemde knelpunten voor thuiswonende cliënten die een PGB gebruiken of een deel van de zorg met PGB inkopen. Thuiswonend kan ook in een kleinschalige woonvorm zijn op basis van wonen en zorg gescheiden. Zorg wordt dan ingekocht met PGB. Vooral de meerzorgprocedure is volledig afgestemd op zorgaanbieders. De EKT procedure geldt alleen voor écht 'thuiswonende cliënten (dus bij ouders) en is erg onbekend bij de achterban.
	Hoofdstuk 3	
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?	Op pag 19 wordt beschreven dat de problemen voor de primaire doelgroep zich met name voordoen thuis. Al een aantal maal is benoemd dat veel ouders kiezen om hun kind thuis te houden omdat zij van mening zijn dat de zorg die wordt geleverd in instellingen ver onder de maat is. Het gaat dan om zorginhoudelijke aspecten, te weinig begeleiding in de groep, persoonlijke aandacht, geen dagbesteding, te grote groepen, niet buiten komen e.d. Omdat ouders de kwaliteit zeer onder de maat vinden, kiezen zij ervoor het kind thuis te verzorgen met behulp van PGB hulpverleners/zelf een wooninitiatief te starten. Op pag 19 en 20 wordt bij context gesproken over mantelzorgers, als er sprake is van een 24/7 zorgvraag. Het lijkt me van belang dat de definitie mantelzorg en gebruikelijke zorg wordt verduidelijkt. Mantelzorg zijn naasten die meer dan 8 uur per week onbetaald zorg verlenen waar ook een professional zou kunnen worden ingezet. Gebruikelijke zorg is de zorg die ouders plegen te bieden aan kinderen tot een leeftijd van ongeveer 8 jaar met of zonder beperking. Het gaat dan vooral om toezicht. Wij zijn het eens met de huidige stavaza: namelijk dat bij de Wlz-indicatie de sociale context niet wordt meegenomen.
3.2	Mist u nog uitgangspunten die relevant zijn voor het advies?	Op pag 21 in het stuk doelmatigheid wordt zorg thuis met die in een instelling vergeleken. Terwijl op pag 24 wordt aangegeven dat zorg in een instelling voor de primaire doelgroep niet passend is. Er dient sprake te zijn van juiste vergelijkingen. Zorg in een instelling en zorg thuis is appels met peren vergelijken. In een instelling is sprake van collectieve zorg, en een veel lagere kwaliteit. In de thuis situatie is sprake van veel hogere kwaliteit en een-op-een zorg. Dat wil niet zeggen dat in de thuissituatie de begeleiders meer opleiding hebben, soms juist niet. Blz. 25 indicatiestelling: logisch dat in instellingen in de ouderenzorg steeds meer zware zorg wordt geleverd. Eerder komt men immers niet in aanmerking voor een Wlz indicatie. Alleen cliënten met een intensievere zorgvraag blijven over. Vroeger was het mogelijk om te middelen. Dat geldt ook voor de gehandicaptenzorg al zal dat proces daar geleidelijke verlopen.
	Hoofdstuk 4	
	<i>Scenario 1</i>	
4.1	Welke maatregelen uit scenario 1 leveren vanuit het perspectief van de cliënt de meeste voordelen op korte termijn op?	Bij scenario 1 wordt de groep cliënten die al jarenlang in een zzp zitten niet geholpen. En juist voor die groep is maatwerk NU belangrijk ! De groep wlz indiceerbaren heeft budget garantie en is voorlopig nog gegarandeerd van voldoende budget. Op pagina 30 concludeert u dit zelf ook !

4.2	Weet u nog andere concrete verbeteringen, die ketenpartijen (CIZ, CCE, zorgkantoren, zorgaanbieders) kunnen doorvoeren?	Snellere doorlooptijd van de aanvragen voor extra zorg. Snellere doorlooptijden bij zorgkantoren en ASVB als PGB wordt gevraagd. Dat kan nu oplopen tot 26 weken. Al die tijd heeft de cliënt geen (extra) zorg. Formulieren aanpassen; bijv bij progressieve ziektebeelden invullen van doelen weglaten.
	<i>Scenario 2</i>	
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?	Nee; daar zijn wij het niet mee eens. Naar-Keuze is voorstander van een maatwerkprofiel (terug naar functies en klassen) voor iedereen. De sociale context doet er immers niet toe. Kijken naar de naakte cliënt in de kale kamer en passend indiceren. De zorgprofielen zijn daar veel te grof voor. Dat geldt ook voor cliënten in instellingen. Waarom zouden zij een lagere kwaliteit van zorg moeten krijgen, minder persoonlijke aandacht en worden voor de tv gezet, wachtend op het volgende éetmoment'?
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?	Nee, zie hierboven. Alle cliënten zouden een passende functies en klassen indicatie moeten ontvangen. Er zijn nu cliënten die een heel zorgprofiel krijgen (en dan ook maar gebruiken) terwijl alleen om dagbesteding wordt gevraagd.
	<i>Scenario 3</i>	
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)?	Ook hier geldt dat dit niet alleen voor thuiswonende cliënten zou moeten gelden. O.i. is het extra werk om extra indicaties in maatwerk af te geven. De verschillen met thuiswonende kinderen ( van goed opgeleide ouders die de weg weten te vinden) en instellingskinderen (vergeef het woord) wordt zo wel heel groot. Waarom niet tot 23 jaar voor iedereen een indicatie in F & K?
	<i>Scenario 4</i>	
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?	Onderzoek naar de zorgprofielen is voor deze primaire doelgroep zeker nodig. Als de zorgprofielen zouden voldoen zou er geen roep om maatwerk zijn ! Belangrijk bij herziening is dat de aanwezigheid van chronische somatische problematiek meegewogen moet worden bij zorgtoekenning. Er moet erkend worden dat voor de primaire doelgroep passende zorg in instellingen ontbreekt. Dat begeleiding voor de primaire doelgroep duurder is dan de huidige geldende tarieven omdat er veelal sprake is van noodzaak tot individuele begeleiding. Er moet erkend worden dat veel kinderen uit de primaire doelgroep niet in staat zijn onderwijs te volgen, waardoor men aangewezen is op dure vormen van kleinschalige opvang.
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?	Begin de pilot met kinderen die al jarenlang een zzp hebben en niet in aanmerking komen voor extra zorg volgens huidige regelgeving. Ga letterlijk met de ouders om de tafel zitten om de kosten die zij maken voor opvang, begeleiding etc door te nemen. Kijk daarnaast vooral naar schijnende situaties in instellingen. Ook daar zijn kinderen die veel meer zorg en persoonlijke aandacht nodig hebben, maar omdat ouders laag opgeleid zijn, toevallig niet helemaal de juiste weg weten.
	Hoofdstuk 5	
5.1	Kunt u zich vinden in de conclusies en aanbevelingen die in hoofdstuk 5 zijn beschreven?	Nee, wij denken niet dat de groep relatief klein is. Als dat uitgangspunt blijft, is er sprake van zeer veel rechtsongelijkheid.  Bij conclusie 4 de zin; ZIN acht vanuit het perspectief van pakketbeheer (noodzakelijkheid en kosteneffectiviteit) een verschuiving van middelen om zorg thuis voor een kleine groep mogelijk te maken niet wenselijk. Als wij kijken naar het VN verdrag is deze zin daar niet mee verenigbaar ! Tevens is de kleine groep die het betreft goed definieerbaar, aanzuigende werking of over/mis-bruik van het maatwerk profiel is dus goed af te kaderen.

		<p>Bij de aanbevelingen (stukje algemeen) wordt weer voorbij gegaan aan feit dat verbeteren van huidige vormen van extra zorg, juist de groep die niet uitkomt met het huidige zorgprofiel en niet in aanmerking komt voor extra zorg, hier niet mee geholpen is !!!!</p> <p>Pagina 47: aanbeveling 2 prima als gekozen wordt om door te gaan met zorgprofielen.</p> <p>Aanbeveling 3: niet mee eens, om al eerder genoemde redenen.</p> <p>Aanbeveling 4: niet eens om rekening te houden met de context. Wel kan gekeken worden naar zorg die gezamenlijk verleend kan worden, maar juist de kwaliteit van leven in instellingen voor kinderen met EMB is ernstig onder de maat. Dat wordt dan juist door deze maatregelen in de hand gewerkt.</p> <p>Aanbeveling 5 en 6; mee eens.</p> <p>Wij blijven vinden dat doelmatigheid geen hard criterium mag zijn, ook niet in de instellingen.</p>
5.2	Welke adviezen zullen volgens u voor cliënten de meeste voordelen opleveren?	
5.3	Mist u onderdelen in de analyse en de conclusies? Zijn er onderwerpen onderbelicht in het advies?	

Algemene vragen		
I.	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?	<p>Er zou een maatschappelijke discussie moeten plaats vinden. Hoeveel is het leven van een EMB kind ons waard? Ouders verzichten wel: 'Toen mijn kind, 'prematuur' werd geboren heeft het bijna 1 miljoen gekost om hem in leven te houden en nu moeten we om elke cent zeuren. Hadden de artsen toen maar wat anders naar 'waardig leven' gekeken. Wij zijn graag bereid een bijdrage aan deze maatschappelijke discussie te leveren. We zien dat door vernieuwende technieken steeds meer EMB kinderen blijven leven. Hierdoor wordt de zorg steeds duurder en moeten zij vervolgens een kwalitatief onwaardig leven lijden, de rest van hun leven.</p>
II.	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?	<p>Wij hopen dat onze bijdrage zal worden meegenomen in de discussie en zijn graag bereid een toelichting te geven indien gewenst.</p>





## Aanbiedingsbrief CIZ

Zorginstituut Nederland  
t.a.v. de heer A. Moerkamp  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

datum	9 november 2016
onze referentie	RvB-U-016.063
onderwerp	bestuurlijke consultatie maatwerkplan
bijlagen	1

Geachte heer Moerkamp,

Op uw verzoek hierbij onze bestuurlijke reactie op het 'Advies maatwerkprofiel' van de NZa en het Zorginstituut Nederland van oktober 2016.

In de bijlage treft u het door u verstrekte format aan ter beantwoording van uw vragen. Dit betreft veelal beleidsinhoudelijke en uitvoeringstechnische zaken. Daarnaast geven wij in deze brief aandacht aan een aantal meer overkoepelende aspecten.

In het algemeen kunnen wij ons goed vinden in de ingezette beweging. Het CIZ wil daarin ook zeker een rol blijven spelen. Wij realiseren ons dat u voor een complexe klus stond met veel gevoeligheden en belangen. De door VWS gestelde voorwaarden aan deze opdracht maakten beantwoording beslist niet gemakkelijker. Essentieel echter is een goede voorbereiding; het CIZ wil hierbij nauw betrokken zijn. Voorts vragen wij voor een paar punten uw bijzondere aandacht.

### Herziening zorgprofielen

Ongeacht de keuze voor een scenario zien wij in toenemende mate de noodzaak voor herziening van de zorgprofielen. Destijds zijn de zorgprofielen ontwikkeld op basis van een momentopname van de toen intramuraal wonende cliënten. De intramurale cliëntenpopulatie lijkt ondertussen substantieel veranderd. Daarbij zijn de omstandigheden voor verzekerden die hun zorg in de thuissituatie willen ontvangen niet hetzelfde als voor intramuraal wonende verzekerden. Zo is de verdisconteerde efficiency voor intramurale verzekerden door de grotere schaal voor thuiswonenden niet van toepassing. Dit maakt het voor verzekerden die thuis willen blijven wonen aanzienlijk lastiger om tot goede zorgrealisatie te komen.

Daarnaast zijn de zorgprofielen nog steeds sectoraal ingericht. Daardoor is er onvoldoende onderscheid tussen de profielen in de verschillende reeksen. Indicatiestelling zonder de grondslag als uitgangspunt te nemen is met de huidige zorgprofielen niet mogelijk. Indien dan later blijkt dat het zorgaanbod in een andere sector beter past bij de hulpvraag van de verzekerde ontstaat de u bekende problematiek rond de zogenoemde 'sectorvreemde zorgprofielen'.



### **Stapelen van uren**

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. 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.

### **Omvang doelgroep**

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.

### **Uitvoerbaarheid**

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.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. Voor eventuele vragen over deze reactie kunt u zich wenden tot mevrouw R. Bosman, te bereiken op 06 12 20 42 66.

Met vriendelijke groet,

mr. J.H. Ouwehand  
bestuurder CIZ

**Reactie consultatievragen bestuurlijk consultatieadvies Maatwerkprofiel (CIZ)**

	Vraag	Uw antwoord met toelichting
	Hoofdstuk 2	
2.1	Vindt u de beschrijving van de huidige regelingen voor extra zorg in hoofdstuk 2 duidelijk?	Deze zijn duidelijk.
2.2	Herkent u zich in de knelpunten die zijn beschreven in hoofdstuk 2? Mist u belangrijke knelpunten?	De beschreven knelpunten zijn herkenbaar.
	Hoofdstuk 3	
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?	<p>Op de uitgangspunten heeft het CIZ de volgende opmerkingen:</p> <p><u>3.2 Doelgroep</u> 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><u>3.3 Zorg thuis en zorg in een instelling</u> 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><u>3.7 Afbakening langdurig of tijdelijk behoefte extra zorg</u> Ons advies is om in het uitgangspunt ook de tijdelijke behoefte aan extra zorg te benoemen.</p>
3.2	Mist u nog uitgangspunten die relevant zijn voor het advies?	Nee.
	Hoofdstuk 4	
	<i>Scenario 1</i>	
4.1	Welke maatregelen uit scenario 1 leveren vanuit het perspectief van de cliënt de meeste voordelen op korte termijn op?	<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><u>Aanvullende opmerkingen op scenario 1:</u></p> <p><u>Wlz toegang en indicatie</u> 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>
4.2	Weet u nog andere concrete verbeteringen, die ketenpartijen (CIZ, CCE, zorgkantoren, zorgaanbieders) kunnen doorvoeren?	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>Scenario 2</i>	
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?	<p>Het CIZ is het eens met deze constatering.</p> <p><u>Aanvullende opmerkingen op scenario 2:</u></p> <p><u>4.2.2 Wlz-toegang en indicatiestelling</u></p>

		<p>De beschrijving in het zorgprofiel is vaak passend bij de zorgbehoefte, maar volgens de client is het aantal uren vanuit het zorgprofiel in de thuissituatie niet toereikend.</p> <p><u>4.2.3 Toetsing uitvoerbaarheid</u> <i>Effect op betrokken partijen.</i> Het CIZ vraagt zich af hoe de indicatiestelling aan de voorkant zich verhoudt tot de doelmatigheidstoets aan de achterkant?</p> <p><i>Administratieve lasten</i> 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><i>Nadelen budgettair kader en doelmatigheid</i> Wat is de meerwaarde van dit scenario voor de client als aan de achterkant op basis van doelmatigheid en budgettair kader de aanspraak wordt ingeperkt?</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?	<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>Scenario 3</i>	
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)?	Nee, wij zien vanuit de indicatiestelling geen voordeel van het ene scenario ten opzichte van het andere.
	<i>Scenario 4</i>	
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?	<p>Ja, dit onderzoek is essentieel en een voorwaarde voor de uitvoering van dit scenario.</p> <p>De huidige indeling van de zorgprofielen is gericht op de sectorale levering en bekostiging.</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?	<p>Meenemen in het onderzoek:</p> <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 'meerzorg'</li> <li>- Meerwaarde van alles regelen aan de voorkant.</li> <li>- Client tevredenheid</li> </ul>
	<b>Hoofdstuk 5</b>	
5.1	Kunt u zich vinden in de conclusies en aanbevelingen die in hoofdstuk 5 zijn beschreven?	<p><u>Conclusie 1</u> Zie aanbiedingsbrief.</p> <p><u>Aanbeveling 2</u> Het CIZ vindt de herziening van de zorgprofielen de</p>

		<p>noodzakelijke voorwaarde voor verbetering van het indicatieproces.</p> <p>Daarna kan mogelijk de koppeling tussen grondslag en best passend zorgprofiel worden losgelaten.</p> <p>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 client onderschrijft het CIZ niet.</p> <p>Het CIZ baseert het best passende zorgprofiel op alle aanwezige grondslagen, stoornissen en beperkingen en daaruit voortvloeiende zorgbehoefte.</p> <p><u>Aanbeveling 3</u></p> <p>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.</p> <p>Eerder heeft het CIZ al aangegeven dat een maatwerkcomponent complex is in de uitvoering.</p> <p><u>Aanbeveling 4</u></p> <p>Zie onze reactie onder 3.1.</p>
5.2	Welke adviezen zullen volgens u voor cliënten de meeste voordelen opleveren?	Aanbeveling 1 en de herziening van de huidige zorgprofielen.
5.3	Mist u onderdelen in de analyse en de conclusies? Zijn er onderwerpen onderbelicht in het advies?	Zie onze aanbiedingsbrief

<b>Algemene vragen</b>		
I.	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?	Het CIZ is graag betrokken bij de herziening van de zorgprofielen.
II.	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?	Zie onze aanbiedingsbrief.

## Reactie consultatievragen bestuurlijke consultatie advies Maatwerkprofiel (Federatie Opvang)

	Vraag	Uw antwoord met toelichting
	Hoofdstuk 2	
2.1	Vindt u de beschrijving van de huidige regelingen voor extra zorg in hoofdstuk 2 duidelijk?	De beschrijving is duidelijk.
2.2	Herkent u zich in de knelpunten die zijn beschreven in hoofdstuk 2? Mist u belangrijke knelpunten?	<p>De regelingen zijn betrekkelijk nieuw en niet of pas recent opgesteld voor cliënten uit onze sectoren. We hebben daarom nog geen concrete casussen over knelpunten uit de praktijk van de opvangsector.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>We onderschrijven ook de behoefte om de administratieve lasten te beperken zonder daarbij de doelmatigheid uit het oog te verliezen.</p>
	Hoofdstuk 3	
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?	<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.</p> <p>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>
3.2	Mist u nog uitgangspunten die relevant zijn voor het advies?	<p>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 toevaligheid mag niet leiden tot verschillen in toegang tot de benodigde zorg.</p> <p>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.</p>
	Hoofdstuk 4	
	Scenario 1	
4.1	Welke maatregelen uit scenario 1 leveren vanuit het perspectief van de cliënt de meeste voordelen op korte termijn op?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Betere informatievoorziening</li> <li>- Minder administratieve lasten</li> <li>- Rekening houden met bijkomende problematiek.</li> <li>- Clientondersteuning? Het is onduidelijk of hier de onafhankelijke cliëntondersteuning bedoeld wordt.</li> </ul>
4.2	Weet u nog andere concrete verbeteringen, die ketenpartijen (CIZ, CCE, zorgkantoren, zorgaanbieders) kunnen doorvoeren?	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.
	Scenario 2	
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?	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.
4.4	Bent u het ermee eens dat scenario 2 en	De beperking roept een discussie op over wat we wel en niet

	scenario 3 alleen van toepassing zijn op cliënten, die thuis wonen en voor wie het best passend zorgprofiel onvoldoende is?	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.
	<i>Scenario 3</i>	
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)?	Het voordeel lijkt er te zijn, omdat binnen het best 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>Scenario 4</i>	
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?	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.
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?	Betrek groepen met meerdere grondslagen bij de pilot. Denk daarbij aan groepen met zowel verstandelijke beperkingen als psychische problemen.
	<b>Hoofdstuk 5</b>	
5.1	Kunt u zich vinden in de conclusies en aanbevelingen die in hoofdstuk 5 zijn beschreven?	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.
5.2	Welke adviezen zullen volgens u voor cliënten de meeste voordelen opleveren?	Aanbeveling 1 levert op de korte termijn het meeste voordeel op. Aanbeveling 2 biedt perspectief voor de langere termijn.
5.3	Mist u onderdelen in de analyse en de conclusies? Zijn er onderwerpen onderbelicht in het advies?	De kleinschalige instellingen komen niet uitgebreid aan bod. Het advies biedt oplossingen voor aangeleverde knelpunten.

<b>Algemene vragen</b>		
I.	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?	We hebben als branche geen directe rol in de uitvoering.
II.	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?	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.

## Reactie consultatievragen bestuurlijke consultatie advies Maatwerkprofiel (#OVGZ)

	Vraag	Uw antwoord met toelichting
	Hoofdstuk 2	
2.1	Vindt u de beschrijving van de huidige regelingen voor extra zorg in hoofdstuk 2 duidelijk?	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.
2.2	Herkent u zich in de knelpunten die zijn beschreven in hoofdstuk 2? Mist u belangrijke knelpunten?	<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- cliënten – 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 passende 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>
	Hoofdstuk 3	
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?	<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 3<sup>e</sup> casus: "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</p>



	<p>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 óók 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 zzp-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. 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'. !</p> <p>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.</p> <p>Voor het punt over de doelmatigheid geldt wederom dat het een eerlijke vergelijking dient te zijn tussen instelling en thuis (zie hiervoor).</p> <p>Voor de groep met een complexe en zeer grote zorgbehoefte</p>
--	---

		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?
3.2	Mist u nog uitgangspunten die relevant zijn voor het advies?	<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.</p> <p>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 definitie 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>
	Hoofdstuk 4	
	<i>Scenario 1</i>	
4.1	Welke maatregelen uit scenario 1 leveren vanuit het perspectief van de cliënt de meeste voordelen op korte termijn op?	<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>
4.2	Weet u nog andere concrete verbeteringen, die ketenpartijen (CIZ, CCE, zorgkantoren, zorgaanbieders) kunnen doorvoeren?	<p>CIZ indicatie is voldoende voor Zorgkantoren (geen aparte formulieren en procedure) om meerzorg 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 doen 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-indiceerbare te bewerkstelligen.</p> <p>Centralisering van de indicatiestelling voor de complexe gevallen waar zyps 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</p>

		terecht komt. Dit is niet goed en bovendien ook risicovol.
	<i>Scenario 2</i>	
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?	<p>Nee, dit is overtrokken. Er was in pgb-vorm 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 voorsnog 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>
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?	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>Scenario 3</i>	
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)?	<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.</p> <p>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>
	<i>Scenario 4</i>	
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?	<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.</p> <p>Kijk vervolgens naar de dekkendheid van de tarieven. Er wordt nu bijv. uitgegaan van 7 dd BGGroep per week (dat zou kunnen als aanvullend individuele begeleiding wordt toegekend, maar dat is nu nog niet het geval!) voor een</p>

		<p>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.</p> <p>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-indiceerbaren zouden hier als voorbeeld kunnen dienen, eventueel aangevuld door de groep waarbij zzp niet blijkt te volstaan.</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?	<p>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 wlz-indiceerbaren. Er liggen dus recente dossiers.</p> <p>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.</p>
	Hoofdstuk 5	
5.1	Kunt u zich vinden in de conclusies en aanbevelingen die in hoofdstuk 5 zijn beschreven?	<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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>

		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.
5.2	Welke adviezen zullen volgens u voor cliënten de meeste voordelen opleveren?	Aanbeveling 2, waarbij 'passende zorg' het uitgangspunt is van het herzien van de profielen. 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.
5.3	Mist u onderdelen in de analyse en de conclusies? Zijn er onderwerpen onderbelicht in het advies?	Nogmaals: aanbeveling 6 dient herzien te worden.  U zou de twee casussen die in het rapport genoemd worden eventueel aangevuld met de eerder genoemde derde casus, als voorbeeld kunnen uitwerken zodat zichtbaar wordt wat elk scenario in praktijk betekent.

Algemene vragen		
I.	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?	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.
II.	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?	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.

**Reactie consultatievragen bestuurlijke consultatie advies Maatwerkprofiel (Willem van Bork)**

	Vraag	Uw antwoord met toelichting
	<b>Hoofdstuk 2</b>	
2.1	Vindt u de beschrijving van de huidige regelingen voor extra zorg in hoofdstuk 2 duidelijk?	Ja, die beschrijving is duidelijk.
2.2	Herkent u zich in de knelpunten die zijn beschreven in hoofdstuk 2? Mist u belangrijke knelpunten?	Ja, ik herken me in de knelpunten. Nee, ik mis geen andere zaken.
	<b>Hoofdstuk 3</b>	
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?	De uitgangspunten zijn helder. Dat wil niet zeggen dat ik het met de uitgangspunten eens ben. Bij de indicatiestelling worden de uren meegenomen als vehikel om de zorgbehoefte te objectiveren. Bij de levering wordt datzelfde vehikel gebruikt om de zorgnoodzaak vast te stellen. Dat is niet correct. Bij de levering van de zorg wordt de context meegenomen en levert juist flexibiliteit op. Dat mag in hoofdstuk drie meer geaccentueerd worden.
3.2	Mist u nog uitgangspunten die relevant zijn voor het advies?	De huidige wijze van financiering van de zorg, ZIN of PGB, is gericht op instellingen en niet op zorgvragers. Je mag nog meer benadrukken dan nu dat het stelsel van de langdurige zorg herzien moet worden in plaats van te gaan sturen op uitzonderingen.
	<b>Hoofdstuk 4</b>	
	<i>Scenario 1</i>	
4.1	Welke maatregelen uit scenario 1 leveren vanuit het perspectief van de cliënt de meeste voordelen op korte termijn op?	Ik zou dat werkelijk niet weten. Scenario één heeft voor mij iets weg van een marketing procedure. Betere bekendheid leidt tot meer acceptatie. Volgens mij is dat niet de oplossing waar de individuele zorgvrager op zit te wachten. Verder is het zo dat de zorgkantoren geen rol willen hebben bij de indicatiestelling.
4.2	Weet u nog andere concrete verbeteringen, die ketenpartijen (CIZ, CCE, zorgkantoren, zorgaanbieders) kunnen doorvoeren?	Zie hier boven. Ik zou het CCE, los van alle scenario's, incorporeren in het CIZ. Dat is destijds ook gebeurd net het LCIG.
	<i>Scenario 2</i>	
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?	Nee, daar ben ik het niet mee eens. Ik weet uit eigen ervaring dat het CIZ over de juiste kennis beschikt om vragen over meerzorg goed in te kunnen schatten. Dat levert voor het CIZ geen extra werk op. We maken een denkfout wanneer we veronderstellen dat we dan weer naar functies en klassen terug gaan. Wanneer het profiel en het bedrag zijn vastgesteld kan de zorgvrager met de zorgaanbieder zelf om tafel gaan zitten.
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?	Dat hangt er van af. In de oude situatie is dat zeker het geval. Wanneer we maatwerk in kunnen passen bij de indicatiestelling is dat niet meer het geval.
	<i>Scenario 3</i>	
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)?	Ja, dat ben ik met u eens.
	<i>Scenario 4</i>	
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?	Dat juich ik enorm toe...!!!! Wat mij betreft is dat een eerste stap naar een herziening van de langdurige zorg. Het grootste aandachtspunt is wat mij betreft de definitie van verblijf. We moeten streven naar een volledige scheiding van zorg en wonen.

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?	Zorg en behandeling door de Zvw, verblijf door de gemeente. Alsjeblieft geen normatieve huisvestingscomponent introduceren. Daardoor is de GGZ de pan uitgerezen. Dat kan maar zo in de Wlz ook gebeuren.
<b>Hoofdstuk 5</b>		
5.1	Kunt u zich vinden in de conclusies en aanbevelingen die in hoofdstuk 5 zijn beschreven?	Ja, daar kan ik me helemaal in vinden. Met name aanbeveling twee spreekt mij persoonlijk erg aan.
5.2	Welke adviezen zullen volgens u voor cliënten de meeste voordelen opleveren?	Aanbeveling 1 levert op de korte termijn, naast een openlijke erkenning van de problemen van deze doelgroep, het meeste effect op. Wanneer ze erkenning krijgen gaat deze doelgroep zeker mee werken. We moet er wel voor waken dat het niet gaat lijken op betere marketing maar daar heb ik al iets over geroepen.
5.3	Mist u onderdelen in de analyse en de conclusies? Zijn er onderwerpen onderbelicht in het advies?	Ik zou willen adviseren om heel voorzichtig te erkennen dat ouders van gehandicapte kinderen geen mantelzorgers zijn. Dat lijkt tegenstrijdig maar het geeft heel veel erkenning van de rol die ouders vervullen.

<b>Algemene vragen</b>		
I.	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?	Nee, ik vond het waardevol om een bijdrage te kunnen leveren. Voor mijzelf zie ik een rol weggelegd als kritisch mee-lezer en meedenker. Ik ben wel van de drastische aanpassingen. Volgens mij zitten we met de Wlz namelijk op een verkeerd spoor.
II.	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?	Nee hoor. Ik ben helemaal tevreden met de rol die jullie mij gegeven hebben. Heb oprecht het gevoel dat alles gezegd kon worden.



## Aanbiedingsbrief Actiz

Geachte mevrouw Kensmil en mevrouw Overeem,

Dank voor de geboden mogelijkheid om een bestuurlijke reactie te geven op het conceptadvies Maatwerkprofiel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Zorginstituut Nederland (ZIN). Graag maken wij van deze gelegenheid gebruik.

### **Nauwelijks betrekking op de branche van Verpleging en Verzorging**

De doelgroep waar het conceptadvies Maatwerkprofiel betrekking op heeft, is een zeer klein deel van de Wlz-cliënten (ca. 1,4% van alle cliënten). Het gaat om cliënten, veelal kinderen, met meervoudige problematiek/grondslag. Het is een doelgroep die nauwelijks voorkomt in de branche van Verpleging en Verzorging (V&V).

Dat het advies nauwelijks betrekking heeft op V&V-cliënten hangt samen met het gegeven, dat de staatssecretaris heeft verzocht om bij het advies uit te gaan van de doelmatigheidsnorm en van budgetneutraliteit. De grens van de doelmatigheid voor zorg thuis is een politieke keuze. De doelmatigheidsnorm leidt in de praktijk tot knelpunten om zorg op maat te kunnen leveren, terwijl cliënten graag zo lang mogelijk thuis zorg ontvangen. ActiZ vraagt zich af hoe de normering van de kosten die zorg thuis mag hebben, zich verhoudt tot het kabinetsbeleid dat Wlz-cliënten de mogelijkheid moeten hebben om te kiezen voor passende zorg in de thuissituatie.

### **Herijking tarieven en passendheid van de zorgprofielen**

Als het gaat om het kunnen bieden van maatwerk aan de cliënt, merken we op basis van signalen van de leden dat de herijking van de tarieven van groot belang is; ook gezien de toenemende zorgzwaarte die zich in de Wlz voordoet. Adequate tarieven zijn een voorwaarde voor passende zorgverlening en kunnen ervoor zorgen dat het beroep op meerzorg en andere aanvullende regelingen zo beperkt mogelijk blijft. ZIN en de NZa benoemen in de conclusies van het advies de in gang gezette vernieuwingstrajecten, zoals de herijking van de tarieven en de passendheid van de zorgprofielen. Deze trajecten vallen buiten de scope van dit advies maar de conclusies en aanbevelingen moeten hiermee wel in relatie worden gezien, zo staat in het advies. Vanuit ActiZ onderschrijven we dat.

Voor ActiZ is het van groot belang dat de NZa op voortvarende wijze de herijking van de tarieven en de passendheid van zorgprofielen oppakt. Dat is een belangrijke voorwaarde om zorg op maat te leveren en arbeidsvermogen te organiseren.

In de bijlage vindt u, zoals u had gevraagd, het ingevulde format met de antwoorden op de consultatievragen.

Mocht u nog vragen hebben over onze reactie, dan geven we uiteraard graag een toelichting. U kunt daarvoor contact opnemen met Herma Oosterom, email [h.oosterom@actiz.nl](mailto:h.oosterom@actiz.nl).

Met vriendelijke groet,

Guus van Montfort  
Voorzitter ActiZ



**Reactie consultatievragen bestuurlijke consultatie advies Maatwerkprofiel (ActiZ)**

	Vraag	Uw antwoord met toelichting
	Hoofdstuk 2	
2.1	Vindt u de beschrijving van de huidige regelingen voor extra zorg in hoofdstuk 2 duidelijk?	Ja
2.2	Herkent u zich in de knelpunten die zijn beschreven in hoofdstuk 2? Mist u belangrijke knelpunten?	Bij knelpunten meerzorg ontbreekt: - de kosten van het verplichte consult CCE van € 1170 voor de zorgaanbieder; - In de VV komen ZZP 7 (en 8) in aanmerking voor de meerzorgregeling. Echter ZZP VV 7 wordt door het CIZ aanzienlijk minder geïndiceerd; cliënten blijven (langer) in ZZP VV5 'hangen'. Daardoor komen er minder cliënten dan beoogd in aanmerking voor de meerzorgregeling.
	Hoofdstuk 3	
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?	Ja
3.2	Mist u nog uitgangspunten die relevant zijn voor het advies?	Nee
	Hoofdstuk 4	
	<i>Scenario 1</i>	
4.1	Welke maatregelen uit scenario 1 leveren vanuit het perspectief van de cliënt de meeste voordelen op korte termijn op?	Cliënten die in aanmerking komen voor meerzorg, PAB en EKT.
4.2	Weet u nog andere concrete verbeteringen, die ketenpartijen (CIZ, CCE, zorgkantoren, zorgaanbieders) kunnen doorvoeren?	De ervaringen in de proeftuinen meerzorg in de Gehandicaptenzorg verbreden naar de VV.
	<i>Scenario 2</i>	
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?	Ja
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?	Ja
	<i>Scenario 3</i>	
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)?	Ja
	<i>Scenario 4</i>	
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?	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.
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?	-

	Hoofdstuk 5	
5.1	Kunt u zich vinden in de conclusies en aanbevelingen die in hoofdstuk 5 zijn beschreven?	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.
5.2	Welke adviezen zullen volgens u voor cliënten de meeste voordelen opleveren?	Scenario 4 met een pilot indicatiestelling kan snel worden ingevoerd, biedt zorg op maat en flexibiliteit.
5.3	Mist u onderdelen in de analyse en de conclusies? Zijn er onderwerpen onderbelicht in het advies?	PM In Bijlage 1 ontbreekt bij 1.1 Meerzorg in de opsomming de verzekerden met een indicatie voor VV 7 en 8 (en GGZ).

Algemene vragen		
I.	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?	ActiZ is betrokken bij de reguliere overleggen en wil graag betrokken blijven bij de uitvoering van dit advies.
II.	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?	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.

**Reactie bestuurlijke consultatie advies Maatwerkprofiel (ZN namens zorgkantoren).****Algemeen**

*Noot bij Scenario 1: 'verbeteren van het huidige systeem'*

Zorgkantoren zijn al bezig met de vereenvoudigingslag binnen de meerzorg regeling. Voor het jaar 2017 zijn de aanvraagsjablonen sterk vereenvoudigd en is de doorlooptijd verlengt. Dit betekent dat cliënten minder vaak een her-aanvraag hoeven te doen.

Verder zijn zorgkantoren aan het onderzoeken hoe zij in 2017 eerst voor de GZ sector (en later ook de VVT en GGZ) een administratieve lastenverlichting kunnen doorvoeren, door de meerzorg werkwijze aan te laten sluiten bij de proeftuinen meerzorg 2.0. Dit betekent dat er minder op uren niveau gedeclareerd gaat worden, maar meer naar de context van de cliënt wordt gekeken (richting groepsbekostiging).

*Reacties over het gehele rapport:*

In deze consultatie zien we weinig meerwaarde voor de cliënt zelf. De problemen die geschetst zijn, lijken vooral vanuit perspectief van de zorgaanbieder beschreven te zijn.

In het rapport worden de zorgkantoren voornamelijk benoemd in hun financiële en toetsende rol. De cliëntondersteuning is onderbelicht. In het kader van zorgplicht zetten zorgkantoren zich in om aan te sluiten bij de behoefte van de cliënt.

	Vraag	Uw antwoord met toelichting
	Hoofdstuk 2	
2.1	Vindt u de beschrijving van de huidige regelingen voor extra zorg in hoofdstuk 2 duidelijk?	<p>Op zich is de beschrijving duidelijk, alleen op sommige zaken niet helemaal correct.</p> <p>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 2<sup>de</sup> 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 -: -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 4<sup>de</sup> alinea: 'Toeslagen worden aanvullend op het geïndexeerde zorgprofiel toegekend (i.p.v. gedeclareerd).</p>

		Blz. 10: laatste alinea: ook de naam van het rapport van HHM noemen
2.2	Herkent u zich in de knelpunten die zijn beschreven in hoofdstuk 2? Mist u belangrijke knelpunten?	<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 verantwoord; doelmatige zorg en inhoudelijke aspecten komen onvoldoende aan bod. 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 aanvraagsjabloon reeds verwerkt.</p> <p>Verder herkennen de zorgkantoren zich in de knelpunten.</p>
	Hoofdstuk 3	
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?	<p>Het feit dat de term "maatwerkprofiel" al eigenlijk niet past, geeft het in principe al aan.</p> <p>Uitgangspunt 1; 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>Uitgangspunt 2; Eens, maar zie daar vooral een rol voor zorgaanbieder/cliënt en zorgkantoor.</p> <p>Uitgangspunt 3; 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>Uitgangspunt woonvorm; 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>Uitgangspunt context; 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>Uitgangspunt doelmatigheid;</p>

		<p>Eens = een politieke keuze, (wie wel/wie niet)</p> <p>Uitgangspunt Budgetneutraliteit; 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 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>
3.2	Mist u nog uitgangspunten die relevant zijn voor het advies?	<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.</p> <p>Ander aspect is de keten rondom eigen bijdrage e.d.</p> <p>Effecten VN-verdrag niet gekend in een uitgangspunt. Zie pag. 24: <i>"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."</i></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: <i>'te indiceren op aard, inhoud en (globale) omvang van zorg'</i> en in de volgende zin staat 'de bedoeling is dat... er minder nadruk ligt op de <u>omvang</u>.' Ons tekstvoorstel: 'dat er minder nadruk ligt op de prestaties binnen de zorgprofielen'.</p>
	Hoofdstuk 4	
	Scenario 1	
4.1	Welke maatregelen uit scenario 1 leveren vanuit het perspectief van de cliënt de meeste voordelen op korte termijn op?	<p>Vanuit perspectief cliënt levert alleen het verlengen van de termijn voordeel op voor de cliënt. Alle genoemde verbeteringen zijn verbeteringen voor de</p>

		<p>aanvraagprocedure voor de zorgaanbieder. 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>
4.2	Weet u nog andere concrete verbeteringen, die ketenpartijen (CIZ, CCE, zorgkantoren, zorgaanbieders) kunnen doorvoeren?	<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.)</p> <p>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.</p> <p>Veel zorgaanbieders gebruiken deze regelingen nu om veel interne inefficiëntie in stand te kunnen houden.</p> <p>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>
	<i>Scenario 2</i>	
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?	<p>De nadelen van dit scenario wegen zwaarder dan de voordelen.</p> <p>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>
4.4	<p>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?</p>	<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 3</i></p>	
4.5	<p>Bent u het eens met onze conclusie dat scenario 3 (zorgprofiel + maatwerkcomponent) voordelen biedt ten opzichte van scenario 2 (volledig functies en klassen)?</p>	<p>Ja en Nee:</p> <p>Ja, er wordt een mogelijkheid geboden door meer zorg (als maatwerk) te kunnen leveren. Nee, niet door middel van functies en klassen.</p> <p>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, 2<sup>de</sup> alinea: Wij interpreteren deze 2<sup>de</sup> alinea als volgt: bij verhuizing naar intramuraal vervalt het maatwerkcomponent op het ZZP, maar deze meerzorg kan</p>

		<p>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>
	<i>Scenario 4</i>	
4.6	<p>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?</p>	<p>Niet helemaal. Het huidige systeem is niet perfect, maar is in de laatste jaren van de AWBZ ontstaan (2007). 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).</p> <p>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>
4.7	<p>Als er een pilot volgt, zoals beschreven in dit scenario, wat wilt u dan als suggestie meegeven om in deze pilot te onderzoeken?</p>	<p>Belangrijkste vraag is waar wil men dit gaan doen? Op dit moment worden er in de wlz 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>
	Hoofdstuk 5	
5.1	<p>Kunt u zich vinden in de conclusies en aanbevelingen die in hoofdstuk 5 zijn</p>	<p>Ja, voor de conclusies. Voor de aanbevelingen is de vraag of de cliënt nu echt een daadwerkelijk verbeteringen gaat</p>



	beschreven?	<p>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>
5.2	Welke adviezen zullen volgens u voor cliënten de meeste voordelen opleveren?	<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>
5.3	Mist u onderdelen in de analyse en de conclusies? Zijn er onderwerpen onderbelicht in het advies?	<p>Er mist wat de cliënt nu zelf als frictie ervaart.</p> <p>In de pilots over meerzorg (dus niet EKT, PAB ) zijn ouders vooral positief dat ze nu ineens een verbetering zien bij hun zoon/dochter en dat medewerkers veel meer bevoegen zijn meer kennis/kwaliteit hebben. Alleen dat vergt dus vooral veel loslaten rondom verantwoording door een NZa. Veel meer vertrouwen.</p> <p>Te gemakkelijk neergelegd bij budget-neutraliteit. Als het uitgangspunt is dat mensen meer mogelijkheden moeten hebben om de zorg in hun thuissituatie te kunnen organiseren, dan weet je dat daar een prijskaartje aan hangt.</p> <p>Ter aanvulling op de conclusies in H5.2 verwachten wij dat, geldend voor alle omschreven scenario's, de vraag naar meerzorg zal gaan toenemen, door:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Groeiende complexiteit thuiswonenden</li><li>• Toenemende mogelijkheden om thuis te blijven wonen</li></ul> <p>Meer bekendheid geven aan het bestaan van deze regeling(en).</p> <p>In het rapport worden een groot aantal aanbevelingen gedaan voor verbeteringen in proces voor de zorgaanbieder. Hier is minder focus op cliënt (en bijv. PGB proces).</p> <p>In het systeem zitten een aantal principiële fouten die effect hebben, deze zijn onderbelicht. ZZP is een gemiddeld tarief wat bij andere leveringsvormen uitgemiddeld wordt, dat kan thuis niet.</p>

		<p>Als er ongelijkheid in maatwerk ontstaat tussen leveringsvormen bij gelijke rechten op zorg levert dit ook weer andere prikkels op in het systeem. Zoals in het rapport ook is aangegeven kan zorg thuis ook plaatsvinden in een geclusterde vorm. Van belang dat er geen ongewenste prikkels ontstaan (dat bij vormen van zorg thuis in geclusterde woonvorm) meer mogelijk door maatwerk is dan bij intramurale zorg.</p>
--	--	--

Algemene vragen		
I.	<p>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?</p>	<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>
II.	<p>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?</p>	<p>Clïëntondersteuning (in brede zin) is onderbelicht. Dit is één van de kerntaken van de zorgkantoren.</p> <p>Er is weinig ingespeeld op verschillen tussen sectoren (V&amp;V, GGZ, GZ)</p> <p>Er is kritiek op zorgkantoren, dat ze verschillend omgaan met cliëntwensen.</p> <p>Wanneer de wens is meer maatwerk te bieden voor Wlz-clïënten en individuele oplossingen daarvoor te zoeken, dan is het onvermijdelijk dat verschillen optreden en moet dat geaccepteerd worden.</p>



## Aanbiedingsbrief VGN

Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit  
T.a.v. mevrouw O. Overeem en mevrouw F. Kensmil  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

<b>Datum</b>	12 december 2016	<b>Contact</b>	mw. G. (Gera) van der Woude
<b>Ons kenmerk</b>	20161103GvdW	<b>Telefoon</b>	06 – 13 21 46 35
<b>Onderwerp</b>	<b>Bestuurlijke consultatie maatwerk</b>	<b>E-mail</b>	gvanderwoude@vgn.nl

Geachte mevrouw Overeem en mevrouw Kensmil,

Allereerst danken wij u hartelijk voor deze consultatie. Voor de VGN is de kern van de Wet langdurige zorg (Wlz) maatwerk per individuele cliënt, gericht op kwaliteit van bestaan. Cliënten krijgen via een onafhankelijke indicatie toegang tot de Wlz. Op basis van deze indicatie kiest de cliënt voor een aanbieder/zorgverlener en maakt de cliënt afspraken over de zorg en ondersteuning die nodig is. De benodigde zorg wordt op basis van de indicatie bekostigd. De VGN heeft altijd gepleit voor een onafhankelijke, eenduidige indicatiestelling. Het maatwerk vindt wat ons betreft plaats in de relatie tussen cliënt en zorgaanbieder. Deze uitgangspunten zijn de basis voor het beantwoorden van de consultatievragen.

Het probleem dat een beperkte groep cliënten budgettair niet uitkomt met het zorgprofiel, ondanks regelingen als EKT en/of meerzorg is voor de VGN herkenbaar. We signaleren deze problematiek voornamelijk bij (jonge) thuiswonende kinderen met ernstig meervoudige beperkingen en kinderen met een verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblematiek. Wat de VGN betreft, is dit vooral een knelpunt in de bekostiging, dat moet worden opgelost. Het probleem doet zich met name voor als deze kinderen gebruik maken van de functie 'behandeling groep' en dit leidt voor hen tot grote problemen.

Zoals in het consultatiedocument staat beschreven betreft het een beperkte groep cliënten die dit knelpunt ervaart. Een deel van deze cliënten valt op dit moment nog onder de groep Wlz-indiceerbaren. Na afloop van de vangnetregeling zal voor hen dit probleem zich weer voordoen. Om de omvang van de groep te bepalen is ons advies om de groep Wlz-indiceerbaren die wel een zorgprofiel hebben gekregen door te lichten. Het gaat dan met name om het vaststellen van de omvang van de zorg die zij nu krijgen (dus gedeclareerd wordt via het berichtenverkeer) in relatie tot het budget van het zorgprofiel met eventueel de EKT-regeling. Dan is vast te stellen hoeveel van deze cliënten niet uitkomen met het budget van een zorgprofiel.

De beperkte omvang van de groep rechtvaardigt in onze ogen dan ook geen grote systeemwijzigingen, maar vraagt wel om een maatwerkoplossing en dan vooral gericht op de bekostiging van behandeling. De VGN is uiteraard bereid om hierin mee te denken.



We vertrouwen er op dat u onze aanbevelingen meeneemt in uw rapportage.

Met vriendelijke groet,

F. (Frank) Bluiminck  
*directeur*

## Reactie op consultatievragen bestuurlijke consultatie advies Maatwerkprofiel (VGN)

	Vraag	Uw antwoord met toelichting
	Hoofdstuk 2	
2.1	Vindt u de beschrijving van de huidige regelingen voor extra zorg in hoofdstuk 2 duidelijk?	<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 cliënt met PGB beschreven, bij zorg in Natura speelt de zorgaanbieder een rol bij de aanvraag en bij de bespreking van de zorgvormen.</p>
2.2	Herkent u zich in de knelpunten die zijn beschreven in hoofdstuk 2? Mist u belangrijke knelpunten?	<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>
	Hoofdstuk 3	
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?	<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</p>

		<p>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>
3.2	Mist u nog uitgangspunten die relevant zijn voor het advies?	Nee
	Hoofdstuk 4	
	<i>Scenario 1</i>	
4.1	Welke maatregelen uit scenario 1 leveren vanuit het perspectief van de cliënt de meeste voordelen op korte termijn op?	<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.</p> <p>Daarnaast herkennen we het nadeel dat hiermee de extra zorg voor bepaalde groepen cliënten niet mogelijk is.</p>
4.2	Weet u nog andere concrete verbeteringen, die ketenpartijen (CIZ, CCE, zorgkantoren, zorgaanbieders) kunnen doorvoeren?	Nee
	<i>Scenario 2</i>	
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?	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.
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?	<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>
	<i>Scenario 3</i>	
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)?	<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 <u>zorgprofiel</u> ontoereikend zijn.</p>

Scenario 4		
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?	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.
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?	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.  De VGN geeft u mee dat volgens ons dit geen oplossing is voor de problematiek op korte termijn.
Hoofdstuk 5		
5.1	Kunt u zich vinden in de conclusies en aanbevelingen die in hoofdstuk 5 zijn beschreven?	De VGN deelt de visie dat de term 'maatwerkprofiel' een contradictie in terminis is. Ons advies is dan ook om de titel van het consultatiedocument aan te passen.  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.
5.2	Welke adviezen zullen volgens u voor cliënten de meeste voordelen opleveren?	Het verbeteren en vereenvoudigen van huidige regelingen. Daarnaast het onderzoek naar de zorgprofielen in relatie tot de bekostiging met specifieke aandacht voor kinderen.
5.3	Mist u onderdelen in de analyse en de conclusies? Zijn er onderwerpen onderbelicht in het advies?	Zoals al op diverse plekken aangegeven, vinden wij de bekostiging van de zorgprofielen met name voor kinderen die behandeling groep nodig hebben onderbelicht.

Algemene vragen		
I.	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?	De VGN wordt graag betrokken bij de verschillende onderzoeken die mogelijk worden uitgevoerd en een faciliterende rol richting aanbieders.
II.	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?	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.