

Vergaderjaar 2018–2019

35 146

Wijziging van de Wet langdurige zorg om toegang tot deze wet te bieden aan mensen die vanwege een psychische stoornis blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg nabij

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

Algemeen

1. Inleiding

Door de grondslag psychische stoornis toe te voegen aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wet langdurige zorg (Wlz) kunnen mensen met een psychische stoornis in meer gevallen dan nu een beroep doen op zorg vanuit de Wlz. Door toevoeging van de grondslag psychische stoornis aan de zorginhoudelijke toegangscriteria kunnen ze namelijk, net als iedere andere cliënt, aanspraak maken op Wlz-zorg indien van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid sprake is. Het gaat erom dat het totaal aan beperkingen (lichamelijk en psychisch) leidt tot de noodzaak van permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Op dit moment is toegang tot de Wlz nog beperkt tot cliënten met een psychische stoornis die na drie jaar behandeling met verblijf op grond van het basispakket in de Zorgverzekeringswet (Zvw) een behoefte hebben aan voortzetting van deze zorg (ook wel «voortgezet verblijf» genoemd).

Het wetsvoorstel heeft tot doel om cliënten met een psychische stoornis, al dan niet in combinatie met een andere aandoening, beperking of handicap, en bij wie sprake is van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid op zorginhoudelijke gronden toegang te geven tot de Wet langdurige zorg (Wlz). Het gaat om cliënten die een gelijksoortige zorgbehoefte hebben als andere cliënten die toegang krijgen tot de Wlz.

Met dit wetsvoorstel worden mensen met een psychische stoornis die voldoen aan de Wlz-toegangscriteria voor de toepassing van de Wlz niet anders benaderd dan mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap, of mensen met een somatische of psychogeriatrische beperking of aandoening. Doordat nu in de indicatiestelling de psychische problematiek buiten beschouwing wordt gelaten, wordt in feite niet gekeken naar de mens als geheel.

Door het buiten beschouwing laten van deze problematiek, ervaren cliënten met een psychische stoornis die nu onder de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en/of Zvw vallen een aantal problemen. Toegang tot de Wlz kan een aantal problemen oplossen voor deze cliënten.

Ten eerste worden cliënten in de Wmo 2015 periodiek opnieuw beoordeeld, om vast te stellen of de zorgbehoefte nog aanwezig is. Dit wordt door cliënten en hun omgeving als een last ervaren. Een (ernstige) psychische stoornis zoals bijvoorbeeld autisme of schizofrenie, zal niet verdwijnen en/of genezen. Wel kan met goede ondersteuning en begeleiding de situatie langere tijd hanteerbaar en evenwichtig blijven. Bij toegang tot de Wlz wordt de cliënt eenmalig geïndiceerd. Bij een positieve indicatie volgt geen latere herbeoordeling. Wel kan een herindicatie plaatsvinden als de zorgbehoefte van de cliënt verandert en bijvoorbeeld een hogere indicatie nodig is. Dit geeft rust voor de cliënt.

Een tweede kenmerk van de Wmo 2015 (beschermd wonen), dat door cliënten

als onnodig belastend wordt ervaren, is het steeds terugkerend bespreken van de (on)mogelijkheid om zelfstandig te kunnen participeren. Cliëntenorganisaties geven aan dat hier in beschermd wonen veel nadruk op wordt gelegd. Dit is een goed streven, maar voor sommige cliënten met een psychische stoornis niet haalbaar. Dit levert onrust op onder cliënten, terwijl het een kwetsbare groep is, die behoefte heeft aan zekerheid en stabiliteit. Binnen de Wlz is er ook aandacht voor de ontwikkeling van cliënten, binnen hun beperkte mogelijkheden. De druk tot zelfstandige participatie zoals omschreven in de Wmo 2015, is binnen de Wlz niet aanwezig.

Een derde probleem is dat het voor cliënten met een combinatie van beperkingen, bijvoorbeeld een licht verstandelijk beperking en een psychische stoornis, nu complex is om een passend zorgaanbod te realiseren. Deze cliënten komen, gezien de dominantie van de psychische stoornis, nu niet in aanmerking voor een Wlz-indicatie. Cliënten die vanaf 2021 een Wlz-indicatie hebben, kunnen opgenomen worden in een instelling die Wlz-zorg levert, ongeacht hun grondslag.

Een laatste veel gehoord probleem is het ontbreken van permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid in een instelling voor beschermd wonen op basis van de Wmo 2015. Gemeenten zijn formeel wel verantwoordelijk voor deze intensieve vorm van ondersteuning. Het is echter geen standaard aanbod, waardoor het in de praktijk vaak ingewikkeld blijkt dit aanbod te organiseren en cliënten soms lang moeten wachten. In de Wlz is deze zorg het uitgangspunt.

Door de toegang tot de Wlz voor deze cliënten mogelijk te maken, kan beter passende langdurige zorg worden geregeld die bijdraagt aan een stabiele situatie voor de cliënt. Overigens dient te worden opgemerkt, dat binnen beschermd wonen, indien de cliënt niet voldoet aan de Wlz-criteria, ook sprake kan zijn van een langdurige relatie tussen de cliënt en de gemeente.

2. Historie

Bij de hervorming van de langdurige zorg is besloten om de langdurige zorg voor cliënten met een psychische stoornis onder te brengen bij zorgverzekeraars en gemeenten. Toegang tot de Wlz werd daarmee mogelijk voor mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap, of mensen met een somatische of psychogeriatrische beperking of aandoening. Specifiek voor de jeugd-ggz is in het regeerakkoord van het kabinet-Rutte II afgesproken deze te decentraliseren naar gemeenten. De jeugd-ggz is daarmee sinds 1 januari 2015 ondergebracht in de Jeugdwet die wordt uitgevoerd door gemeenten. GGZ-behandeling,

gepaard gaand met verblijf, met een duur van een tot en met drie jaar voor volwassenen met een psychische stoornis is sinds 2015 ondergebracht in de Zvw en het beschermd wonen is onderdeel van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015).

De motie Keijzer/Bergkamp van 16 januari 2014¹ riep de regering op om de langdurige ggz geen onderdeel te maken van de Zvw, maar te onderzoeken of dit ondergebracht kan worden in de Wlz. Deze motie heeft ertoe geleid dat in de Wlz ggz-zorg mogelijk is nadat een verzekerde eerst drie jaar onafgebroken ggz-behandeling met verblijf vanuit de Zvw heeft ontvangen. Indien iemand na die drie jaar deze zorg nog steeds nodig heeft, wordt de zorg voortgezet vanuit de Wlz. Dit wordt ook wel «voortgezet verblijf» genoemd. In de toelichting bij de Wlz is in dit verband aangegeven dat zou worden bezien op welke wijze ggz-cliënten «definitief» in de Wlz kunnen worden ondergebracht. Hierover heeft de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) op 27 oktober 2014 om advies van het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) gevraagd.

Op 16 december 2015 heeft het Zorginstituut zijn advies uitgebracht over de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis. Het Zorginstituut adviseert toegang tot de Wlz te regelen voor die groep cliënten, die al dan niet vanwege een combinatie van een psychische stoornis en andere aandoeningen, beperkingen of handicaps, blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Het gaat, zo merkt het Zorginstituut op, niet om de aandoening zelf maar om het totaal aan beperkingen die blijvend permanent toezicht of 24 uur zorg per dag in nabijheid noodzakelijk maken. Het gaat hierbij om cliënten die een gelijksoortige zorgbehoefte hebben als andere cliënten die nu al toegang tot de Wlz hebben. Naast dit gelijkheidsargument geeft het Zorginstituut ook aan dat door het toevoegen van de grondslag psychische stoornis levering van integrale zorg aan deze groep cliënten beter mogelijk wordt.

Het Zorginstituut adviseert om de groep cliënten die langdurig, maar niet blijvend is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, geen toegang tot de Wlz te verlenen. Tot slot adviseert het Zorginstituut om het zogenaamde «voortgezet verblijf» (na drie jaar behandeling met verblijf in de Zvw kan een cliënt doorstromen naar de Wlz), al dan niet na een overgangstermijn, af te schaffen.

Het kabinet-Rutte II heeft uiteindelijk besloten om het besluit over de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische stoornis over te laten aan een nieuw kabinet. In het regeerakkoord «Vertrouwen in de toekomst»² van het huidige kabinet is over de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis het volgende opgenomen: «We zijn voornemens om, als de effecten in kaart zijn gebracht en deze geen belemmering vormen voor een zorgvuldige uitvoering, met een wetsvoorstel te komen om de Wet langdurige zorg (Wlz) ook toegankelijk te maken voor GGZ-cliënten die langdurige zorg nodig hebben.»

3. Om welke cliënten gaat het?

De doelgroep van dit wetsvoorstel betreft mensen met een psychische stoornis al dan niet in combinatie met een andere aandoening of beperking (bijvoorbeeld een somatische aandoening of een verstandelijke beperking). Hiermee wordt bedoeld op een psychische stoornis conform

¹ Kamerstukken II 2013/14, 30 597, nr. 397.

² Kamerstukken II 2017/18, 34 700, nr. 34, p. 15.

de definitie die het Zorginstituut hanteert bij haar duiding van het verzekerde pakket in het Zvw-domein. Op dit moment sluit het Zorginstituut daarbij aan bij de omschrijving van psychische stoornissen zoals opgenomen in de vijfde versie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Als gevolg van hun psychische stoornis hebben deze mensen op veel levensdomeinen onvoldoende of geen regie, hebben in hun dagelijks functioneren onvoldoende of geen probleemoplossend vermogen en/of kunnen niet op relevante momenten hun hulpvraag stellen. De ziektebeelden zijn divers. Het psychiatrische ziektebeeld kan stabiel zijn, maar ook zeer fluctueren. Enkele voorbeelden (niet limitatief) betreffen schizofrenie, autisme of specifieke ziektes/syndromen als Huntington, Korsakov of gerontopsychiatrie. In de DSM 5 worden ook de verstandelijke handicap en de psychogeriatrische aandoening genoemd. Deze aandoeningen behoren nu al tot de grondslagen van de Wlz.

Jeugdigen met een psychische stoornis

Sinds 2015 geldt voor jongeren onder 18 jaar (en hun ouders) die hulp nodig hebben, de Jeugdwet. Deze wet maakt de gemeenten beleidsverantwoordelijk voor alle vormen van jeugdhulp, variërend van lichte vormen van hulp en begeleiding, tot gespecialiseerde jeugdhulp zoals specialistische jeugd-ggz. Aan het onder de Jeugdwet brengen van de jeugd-ggz is een langdurige discussie voorafgegaan, regering en parlement zijn daarbij niet over één nacht ijs gegaan. Doorslaggevende reden om hiervoor te kiezen was dat er door de jeugd-ggz te decentraliseren er meer mogelijkheden ontstonden voor integrale diagnostiek en voor integrale zorg aan jeugdigen met problematiek op meerdere vlakken. Dit was juist hetgeen door de verdeling over de verschillende domeinen voorheen niet van de grond gekomen was. Jeugdigen met zware psychische problematiek zijn het meest gebaat bij nabijge (vanuit de gemeente georganiseerde) integrale jeugdhulp, zowel voor henzelf als voor het gezin. Want juist bij kinderen met ernstige problemen speelt mee dat het hele gezin daar de gevolgen van ondervindt, en dat het hele gezin gebaat is bij brede ondersteuning vanuit de gemeente. Op deze wijze kan de gemeente haar verantwoordelijkheid voor de zorg voor alle kinderen en hun ouders in de breedte waarmaken.

Bij het ontwerpen van dit wetsvoorstel heeft het kabinet afgewogen of jeugdigen met een psychische stoornis die permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben, onder de Wlz moeten gaan vallen. Bij deze afweging staat de vraag centraal vanuit welk wettelijk regime de jeugdige de meest passende zorg en/of ondersteuning kan krijgen.

Om tot een goed onderbouwde keuze te komen, heeft een expertmeeting plaatsgevonden met onder meer deskundigen, brancheorganisatie, vertegenwoordigers van cliënten en hun ouders, professionals van instellingen en gemeenten. Daarna is nog een apart overleg met een aantal gemeenten belegd. In beide bijeenkomsten is gesproken over welke groep jeugdigen het betreft, welke zorg nodig is, welke aandachtspunten daarbij van belang zijn en welke verbeteringen er nodig zijn. Uit beide overleggen is naar voren gekomen dat het gaat om een zeer kleine groep jeugdigen met een grote zorgbehoefte, voor wie het nodig is de zorg op maat te organiseren. Tevens werd er door diverse deelnemers op gewezen dat het voor deze groep jeugdigen essentieel is dat er continuïteit van zorg is. Hierbij is het onder meer van belang dat gemeenten beschikkingen met een langere duur afgeven. Deskundigheid bij zowel de toegang tot zorg als bij de betrokken professionals is voor deze jongeren noodzakelijk. Het gaat daarbij om maatwerk waarbij wordt geredeneerd

vanuit de jeugdige en niet vanuit het bestaande aanbod. Op deze punten zijn zeker nog een aantal verbeteringen te behalen. Verbeteringen waarmee gemeenten deels al bezig zijn maar waarbij soms nog een extra inspanning moet worden verricht. Door de experts werd aangegeven dat alleen een stelselwijziging, waarbij de aanspraken voor deze doelgroep in plaats van in de Jeugdwet worden ondergebracht in de Wlz, onvoldoende zal leiden tot de benodigde verbeteringen.

In beide overleggen werd het belang van de eerder beschreven brede aanpak benadrukt. Het bieden van juiste, passende zorg moet voorop staan.

Gemeenten krijgen sinds 2015 steeds meer ervaring en deskundigheid in het bieden van passende ondersteuning, ook aan kinderen met langdurige ernstige ggz problematiek.

Om passende ondersteuning te kunnen bieden maken gemeenten gebruik van professionals die, vaak in de organisatievorm van een lokaal (wijk)team, zich over de problematiek van het kind en het gezin buigen om te bepalen welke hulp nodig is. In veel gemeenten participeren jeugd-ggz deskundigen in de lokale teams, of vervullen jeugd-ggz deskundigen een consultatiefunctie. Zij kunnen als eerste lijn verwijzen naar meer specialistische jeugd-ggz. Ook huisartsen, kinderartsen en medisch specialisten kunnen naar de jeugd-ggz verwijzen; verwijzing via de huisarts is nog net als vóór 2015 de meest gebruikelijke route naar een gespecialiseerd aanbod. De gemeente koopt jeugdhulp in, maar de professionals bepalen welke jeugdhulp een kind (of het gezin) nodig heeft. Er zijn steeds meer gemeenten die daarbij structureel een beroep doen op jeugdhulpinstellingen in de regio: dit biedt meerjarige zekerheid voor de jeugdhulpinstellingen en bevordert de kwaliteitsontwikkeling en de samenwerking tussen jeugd-ggz professionals en andere professionals binnen de jeugdhulp. In de expertmeetings gaven met name vertegenwoordigers van jeugdigen en hun ouders aan dat het van belang is dat zowel bij de toegang tot de zorg als bij het verlenen van zorg sprake is van voldoende deskundigheid. Ook gemeenten gaven aan dat hier zeker nog verbeteringen te behalen zijn, bijvoorbeeld door het landelijk uitwisselen van kennis en expertise.

Het is sinds 2015 staand beleid dat de VNG regulier overleg voert met de brancheorganisaties GGZ-Nederland, Jeugdzorg Nederland, en VGN/VOBC, teneinde de kwaliteit van de jeugdhulp in brede zin, inclusief de jeugd-ggz, op een hoger plan te brengen. Om dit verbeteringsproces te intensiveren zijn vanaf 2017 in alle 42 jeugdregio's regionale expertteams opgericht, die zich buigen over de matching van de zorg in de meer complexe gevallen. Elke regio heeft afspraken rond de aanpak van wachttijden en wachtlijsten, en over doorzettingmacht. Daarnaast worden er in alle regio's regionale leertafels opgezet, waar breed geleerd wordt van de casuïstiek in weinig voorkomende specialistische jeugdhulp. Deze ontwikkelingen worden ondersteund door het kenniscentrum Kinderen Jeugdpsychiatrie (KJP) en het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), die o.a. het Platform Integrale Specialistische Jeugdhulp hebben opgericht, dat een overzicht biedt van goede praktijkvoorbeelden van integrale specialistische jeugdhulp. Al deze ontwikkelingen zijn erop gericht om met gezamenlijke inzet van gemeenten en jeugdhulpverleners de kwaliteit van de jeugdhulp verder te verbeteren.

Een ander aspect is dat het bij minderjarigen vaak erg moeilijk is om te bepalen in hoeverre het kind blijvend zal voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz. Indien sprake is van een verstandelijke beperking kan het CIZ veelal tot een oordeel komen, bij psychische problematiek is dit extra ingewikkeld.

Ook om te voorkomen dat in individuele gevallen de behoefte aan zorg overschaduwd wordt door mogelijke onduidelijkheid of de gemeente dan wel de Wlz-uitvoerder verantwoordelijk is voor deze zorg, willen wij hier een eenduidige keuze maken: jeugdigen met ernstige ggz problematiek blijven onder de Jeugdwet en daarmee onder de verantwoordelijkheid van de gemeente vallen. Met deze keuze wordt voor alle betrokken een duidelijke situatie gecreëerd, en wordt voorkomen dat het kind en de ouders van het kastje naar de muur worden gestuurd.

Hierbij is het van belang, zoals opgemerkt in de bijeenkomsten, dat gemeenten voor jeugdigen met een ernstige psychische stoornis langer durende indicaties verstrekken. Dit geeft rust en zekerheid aan jeugdigen en hun ouders.

De hierboven genoemde verbeterpunten sluiten naadloos aan bij het Actieprogramma Zorg voor de Jeugd dat de Minister van VWS momenteel uitvoert en kunnen in het bestuurlijk overleg met de VNG worden geformaliseerd.

Gezien het voorgaande kiest het kabinet er daarom voor om geen verandering aan te brengen voor jeugdigen met een psychische stoornis die permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben, maar in te zetten op verbeteringen in de zorg voor deze specifieke groep jongeren binnen de Jeugdwet.

Met deze keuze wordt voor alle betrokken een duidelijke situatie gecreëerd. In het zicht van de meerderjarigheid van de jeugdige brengt dit voor de gemeente uiteraard ook de verantwoordelijkheid mee om, ruim vóór het 18^e jaar, samen met de jeugdige, zijn ouders en de zorgprofessionals ervoor te zorgen dat de jeugdige tijdig voor zijn 18^e jaar weet waar hij na zijn meerderjarigheid aan toe is. De continuïteit van de zorg moet hierbij te allen tijde gewaarborgd blijven.

4. Indicatiestelling

Toetsing aan de zorginhoudelijke toegangscriteria voor de Wlz

Dit wetsvoorstel heeft tot doel om een cliënt recht op zorg op grond van de Wlz te geven indien hij voldoet aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz. Door het toevoegen van de grondslag «psychische stoornis» aan de zorginhoudelijke toegangscriteria kan voortaan bij de indicatiestelling gekeken worden naar het totaalbeeld van de beperkingen en de ernst en blijvendheid van de zorgbehoefte die daaruit voorkomt.

Het ClZ stelt de blijvende behoefte vast op basis van de medische informatie van de ter zake deskundige (bijvoorbeeld een psychiater of gz-psycholoog) en betreft bij het nemen van het besluit de diagnose(s), de behandelgeschiedenis, het ziekteverloop en de levensloop van de cliënt. Het gaat bij de indicatiestelling niet om de aandoening zelf, maar om de vraag of de daaruit voorkomende stoornissen en beperkingen, het ontbreken van regie op nagenoeg alle levensdomeinen en het missen van het vermogen om op relevante momenten hulp in te roepen, leiden tot een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Eventuele verbeteringen in het ziektebeeld brengen hier geen verandering in en maken dus niet dat deze zorgbehoefte vervalft.

Als uit het indicatieproces blijkt dat de blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid (nog) niet kan worden vastgesteld, dan krijgt de cliënt geen toegang tot de Wlz. De cliënt kan de zorg en ondersteuning die hij nodig heeft (blijven) ontvangen uit de Wmo

2015 en/of de Zvw. In de toekomst kan eventueel een nieuwe Wlz-aanvraag worden gedaan bij het CIZ. Het is dan belangrijk dat het dossier van de cliënt is aangevuld met relevante informatie waarmee de «blijvendheid» kan worden aangetoond.

In uitzonderlijke gevallen is het mogelijk dat een cliënt, buiten de verwachting om, dusdanig vooruit gaat dat hij niet meer aan de criteria van de Wlz voldoet. Als de indicatiesteller op het moment van indiceren besluit dat iemand een blijvende behoefte heeft aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, krijgt de cliënt een Wlz-indicatie. Wanneer op een later moment blijkt dat iemand niet meer aan de criteria voldoet, kan de cliënt de Wlz verlaten. Die mogelijkheid kent de Wlz nu al onder artikel 3.2.4, aanhef en onder b.

De regering houdt, ook voor cliënten met een psychische stoornis, vast aan het begrip blijvendheid zoals dit nu in de Wlz geldt. Reden hiervoor is onder andere dat voor cliënten met een psychische stoornis het behoud van aansluiting bij de op participatie gerichte maatschappij van groot belang wordt geacht. Mensen die zorg en/of ondersteuning vanuit het gemeentelijke domein en/of in de Zvw nodig hebben, hebben over het algemeen nog perspectief op herstel en/of participatie in de samenleving. Voor hen blijft de gemeente of de zorgverzekeraar verantwoordelijk. Deze afbakening tussen enerzijds de Wmo 2015 en de Zvw en anderzijds de Wlz biedt stabiliteit voor cliënten, omdat hiermee wordt voorkomen dat mensen uit de beoogde Wlz-doelgroep telkens in gesprek moeten over de (on)mogelijkheid om zelfstandig te kunnen participeren. Ook binnen de Wlz is echter aandacht voor sociale participatie of ontwikkeling.

Een cliënt kan namelijk binnen zijn beperking wel degelijk een ontwikkeling doormaken of sociaal participeren. Het zit hem dan in zaken als het weer contact hebben met familie, het oppakken van een activiteit of het deelnemen aan zinvolle dagbesteding.

Voor een uitgebreide toelichting op de meer algemene indicatiestelling van de Wlz wordt verwezen naar de memorie van toelichting van de Wlz³.

Sociale context

Omdat de Wlz-populatie een zeer kwetsbare groep is, is in de Wlz als uitgangspunt genomen dat zij een onvoorwaardelijk recht hebben op deze zorg. De mogelijke inzet van het sociale netwerk van de cliënt bij het organiseren van de zorg en ondersteuning wordt bij de indicatiestelling niet meegewogen. Ten tijde van de invoering van de Wlz is hier bewust voor gekozen omdat in de Wlz sprake is van een verzekerd recht op intensieve zorg welke zoveel mogelijk in een integraal pakket wordt geleverd. Net als voor de overige doelgroepen in de Wlz meent de regering dat de inzet van mantelzorg geen rol zou moeten spelen bij de toegang tot de Wlz, ook voor Wlz-clieñten met een psychische stoornis. Dit wetsvoorstel brengt daarom geen verandering in het feit dat bij de indicatiestelling door het CIZ de sociale context niet wordt meegewogen. Om het belang van mantelzorg bij de verlening van Wlz-zorg te benadrukken is wel geregeld dat in het zorgplan en tijdens de budgetplan-bespreking door het zorgkantoor aandacht wordt besteed aan de betrokkenheid van mantelzorgers. De sociale context speelt dus wel mee bij de keuze voor een leveringsvorm en de inrichting van het zorgarrangement. Dit geldt voor alle doelgroepen in de Wlz.

³ Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 3, p. 11.

5. Voortgezet verblijf (driejaarscriterium)

In de huidige situatie gaan cliënten die verblijven op grond van hun zorgverzekering vanwege een psychiatrische behandeling na drie jaar over naar de Wlz, indien de zorg op deze wijze moet worden gecontinueerd. Deze cliënten maken gebruik van het zogenaamde «voortgezet verblijf». De Wlz-indicatie geldt voor drie jaar. Na deze drie jaar beoordeelt de behandelaar of de cliënt wederom is aangewezen op behandeling met verblijf. Bij deze beoordeling door de behandelaar spelen de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz geen rol. Het gaat er niet om of een verzekerde blijvend op Wlz-zorg is aangewezen. De aanspraak op Wlz-zorg is voor deze cliënten geregeld in artikel 3.2.2 van de Wlz. Door het openstellen van de Wlz voor mensen met een psychische stoornis, kan het voorkomen dat een deel van deze cliënten voldoet aan de zorginhoudelijke toegangscriteria als bedoeld in artikel 3.2.1 van de Wlz. Zij krijgen dan een indicatie voor onbepaalde duur.

Bij voortgezet verblijf is het verblijf noodzakelijk voor de behandeling. Anders gezegd: het verblijf en de behandeling zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. De zorg voor cliënten die aangewezen zijn op voortgezet verblijf kan daarom alleen worden geleverd in zorg in natura in een instelling (zijnde een psychiatrisch ziekenhuis). Vandaar dat bij voortgezet verblijf niet alle leveringsvormen beschikbaar zijn. Dit is geen wijziging ten opzichte van de huidige situatie.

Het Zorginstituut heeft geadviseerd om het voortgezet verblijf, al dan niet op termijn, af te schaffen. Reden hiervoor is dat deze cliënten mogelijk moeten schuiven tussen domeinen. Allereerst komt de behandeling met verblijf namelijk ten laste van de Zvw. Als uitstroom na drie jaar niet mogelijk is, komt de cliënt voor bepaalde tijd (drie jaar) in de Wlz. Zodra uitstroom naar thuis of beschermd wonen wel mogelijk is, valt de cliënt onder de Wmo 2015. Iemand die behandeling met verblijf nodig heeft in verband met een psychische stoornis valt dan onder de Zvw, totdat vaststaat dat hij blijvend is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg nabij, al dan niet in combinatie met intramurale behandeling.

Ondanks de voorkeur van het Zorginstituut voor afschaffing, vraagt het uitdrukkelijk aandacht voor een aantal uitvoeringsaspecten dat speelt bij het verlaten van het driejaarscriterium. Specifiek worden (ook door Zorgverzekeraars Nederland) de gevolgen voor de risicoverevening genoemd. Voor de risicoverevening van de Zvw is van belang hoeveel en welke verzekerden de Wlz in- en uitstromen. Vooral bij cliënten met een langdurige psychische stoornis kan het immers gaan om verzekerden met hoge kosten. Verkeerde inschattingen kunnen grote gevolgen hebben, vooral voor kleine verzekeraars.

Een afschaffing van het driejaarscriterium moet zorgvuldig gebeuren. Om de consequenties voor de aanspraak op verblijf in de Zvw in kaart te kunnen brengen en de risicoverevening adequaat aan te passen, is het nodig om het «driejaarscriterium» voorlopig te handhaven. De data die voor zorgvuldige afschaffing noodzakelijk zijn, kunnen pas worden verzameld als de Wlz daadwerkelijk is aangepast. Dan ontstaat pas inzicht in de verschuivingen op zowel macroniveau als op verzekerdenniveau. Op basis van de dan beschikbare data op verzekerdenniveau kan een onderzoek worden gestart. Voor de begeleiding van onderzoeken in verband met de risicoverevening is de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) in het leven geroepen. Nadat de Wlz is afgeschaft, de relevante data zijn verzameld en het onderzoek is afgerond, kan de werkgroep het Ministerie van VWS adviseren over de aanpassing van de

risicoverevening. Na de daadwerkelijke aanpassing van het risicovereveningmodel kan het driejaarscriterium afgeschaft worden.

Daarom blijft in dit wetsvoorstel het driejaarscriterium en dus de aanspraak zoals beschreven in artikel 3.2.2 van de Wlz gehandhaafd. Dit betekent dat op het moment van inwerkingtreding van onderhavig wetsvoorstel mensen met een psychische stoornis tijdelijk op twee manieren toegang kunnen krijgen tot de Wlz. Een cliënt heeft toegang tot de Wlz omdat hij voldoet aan de zorginhoudelijke toegangscriteria en mocht dat niet het geval zijn dan aanvullend als hij is aangewezen op «voortgezet verblijf».

Aandachtspunt hierbij is dat het basispakket op grond van de Zvw een maximum van drie jaar voor verblijf kent, ook voor de behandeling van psychische problematiek. Voorkomen moet worden dat de verzekerde niet langer recht heeft op verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis op grond van de Zvw-grens van drie jaar en er tegelijkertijd geen aanspraak op Wlz-zorg bestaat omdat de verzekerde niet voldoet aan de zorginhoudelijke toegangscriteria (omdat de blijvendheid niet kan worden vastgesteld). Het driejaarscriterium wordt niet eerder afgeschaft dan wanneer het risicovereveningsmodel is aangepast en de aanspraak op verblijf en behandeling langer dan drie jaar in de Zvw is vastgelegd.

6. Het verzekerde pakket

Verzekerden hebben op grond van de Wlz recht op een samenhangend aanbod van zorg in combinatie met verblijf. Het integrale pakket aan zorg omvat verschillende zorgvormen waaronder onder andere persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling. Openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische stoornis betekent dat dit verzekerde pakket ook voor hen gaat gelden. Van welke zorg een cliënt uiteindelijk gebruik gaat maken, hangt af van zijn individuele mogelijkheden, wensen en behoeften. Afspraken hierover worden vastgelegd in het zorgplan tussen de cliënt en de zorgaanbieder.

Behandeling

Eén van de zorgvormen die onderdeel uitmaakt van het verzekerde pakket op grond van de Wlz is behandeling. In de Wlz is behandeling als volgt omschreven: behandeling omvat geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde. Indien iemand verblijft in een instelling en daar specifieke behandeling ontvangt, komt naast deze behandeling ook algemeen medische zorg ten laste van de Wlz. Hieronder valt onder andere geneeskundige zorg van algemeen medische aard, farmacie, hulpmiddelen en tandheelkundige zorg.

Het Zorginstituut heeft in september 2017 advies uitgebracht over de positionering van behandeling in de Wlz voor de sectoren gehandicaptenzorg en Verpleging & Verzorging. In de Wlz geldt als uitgangspunt dat verzekerden recht hebben op een eenduidig, integraal pakket aan verzekerde zorg. Echter, voor de zorgvorm behandeling is dit nog niet voor iedere cliënt gerealiseerd. Op dit moment bepaalt de verblijfplaats waar de verzekerde zorg ontvangt de inhoud van het verzekerde pakket. Bijvoorbeeld iemand met een pakket met behandeling krijgt alle behandeling vanuit de Wlz terwijl iemand die dat niet heeft voor de aanvullende zorgvormen een beroep moet doen op de Zvw of de aanvullende verzekering. Dit betekent dat alhoewel het indicatiebesluit recht geeft op een integraal pakket inclusief behandeling, het uiteindelijk de overeen-

komst tussen de Wlz-uitvoerder en de zorginstelling is, die bepaalt of iemand wel of niet de aanvullende behandeling krijgt vanuit de Wlz.

Het Zorginstituut adviseert dat alle cliënten bij institutionele zorg een integraal pakket ontvangen vanuit de Wlz, inclusief algemeen geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en tandheelkunde.⁴ Het Zorginstituut concludeert in het aanvullende advies voor cliënten met een psychische stoornis van 7 maart jl. dat dit advies ook van toepassing is voor de groep cliënten met een psychische stoornis. Voor het Zorginstituut is hierbij doorslaggevend dat een belangrijk deel van de doelgroep is aangewezen op integrale zorg.

Over de opvolging van de adviezen van het Zorginstituut heeft de regering op het moment van het ontwerpen van dit wetsvoorstel nog geen besluit genomen. In dit wetsvoorstel wordt voor de zorgvorm behandeling, als het gaat om cliënten met een psychische stoornis, aangesloten bij de huidige Wlz-praktijk sinds 2015. In de inkoop door de Wlz-uitvoerder zal voor cliënten die voldoen aan de zorginhoudelijke Wlz-criteria, net als bij de ouderenzorgsector en gehandicaptenzorgsector, onderscheid gemaakt worden in zorgzwaartepakketten (plekken) met en zonder behandeling. Indien het gaat om een plek zonder behandeling zal de specifieke behandeling wel vanuit de Wlz bekostigd worden. De NZa zal worden gevraagd hiervoor een passende bekostigingssystematiek te ontwerpen. In het geval het gaat om algemeen medische zorg, zoals de huisarts, tandarts of geneesmiddelen, dan wordt deze zorg bekostigd vanuit de Zvw. Voor cliënten die voortgezet verblijf ontvangen wordt geen wijziging voorgesteld.

Uit gesprekken met het veld is gebleken dat het verduidelijking behoeft wat er precies onder specifieke behandeling wordt verstaan en of de specialistische zorg die psychiaters en klinisch-psychologen plegen te bieden ook onder de onder artikel 3.1.1, eerste lid, onder c, van de Wlz genoemde specifieke behandeling valt. Daardoor zou ook onduidelijkheid bestaan over de vraag of die behandeling ten laste van de Wlz komt. Met de voorgestelde wijziging van artikel 3.1.1, eerste lid, onder c, van de Wlz wordt deze onduidelijkheid weggenomen. De cliënt met een psychische stoornis krijgt net als andere Wlz-clieënten specifieke behandeling vanuit de Wlz. Voor deze groep geldt echter nadrukkelijk ook dat zij aanspraak kunnen maken op de geneeskundige zorg zoals psychiaters en klinisch-psychologen die plegen te bieden.

Op het moment dat voor de cliënt verblijf in een klinische setting nodig is vanwege de geneeskundige zorg die psychiaters en klinisch-psychologen plegen te bieden, komt deze zorg ten laste van de Zvw. In het Besluit langdurige zorg zal worden geregeld dat dergelijk klinisch verblijf niet ten laste komt van de Wlz. Het is aan de behandelend psychiater om te beoordelen wanneer een dergelijke klinische opname nodig is.

7. Leveringsvormen

In de Wlz heeft een verzekerde de mogelijkheid om te kiezen voor zorg met verblijf of voor zorg thuis. Indien de verzekerde ervoor kiest de zorg thuis te ontvangen, kan hij vervolgens kiezen voor één van de volgende leveringsvormen; volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) of persoonsgebonden budget (pgb). De Wlz-uitvoerder heeft tot taak in individuele gevallen te besluiten of een verzekerde voldoet aan de aan de

⁴ Van institutionele zorg is volgens het Zorginstituut sprake bij verblijf in een instelling of bij geclusterde zorg met een volledig pakket thuis (VPT).

leveringsvorm gestelde voorwaarden en of de zorg in de thuissituatie doelmatig en verantwoord is.

De regering heeft besloten alle leveringsvormen mogelijk te maken voor mensen die op de grondslag psychische stoornis toegang krijgen tot de Wlz. De belangrijkste reden hiervoor is dat er geen redenen van zorginhoudelijke aard zijn die hieraan in de weg staan. Bij zorg in natura (vpt en mpt) zijn geen bezwaren aanwezig omtrent de eigen regie van de verzekerde. Zorg in natura wordt door de Wlz-uitvoerder ingekocht en deze is daarmee ook verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg.

Bij het pgb is de budgethouder zelf verantwoordelijk voor de inkoop van kwalitatief goede zorg. Het zorgkantoor toetst door middel van huisbezoeken of de zorg conform de zorgovereenkomst(en) wordt geleverd. Bij het toestaan van een pgb speelt daarom nadrukkelijk de vraag of deze doelgroep in staat is om een pgb te beheren en kwalitatief goede zorg zelf in te kopen. Helaas komt het voor dat van kwetsbare Wlz-budgethouders, zoals dementerenden, misbruik wordt gemaakt. Ook cliënten met een psychische stoornis zijn kwetsbaar. Uiteindelijk weegt voor de regering het zwaarste dat het voor cliënten die voor de rest van hun leven zorg vanuit de Wlz krijgen, van belang is de keuzemogelijkheden, om tot passende zorg te komen, zo groot mogelijk te houden.

Het toestaan van een pgb voor deze doelgroep sluit niet uit dat het mogelijk is om via de Regeling langdurige zorg (Rlz) bepaalde zorgprofielen van een pgb-Wlz uit te sluiten. Dit is in artikel 5.5 van de Rlz al gebeurd bij een aantal zorgprofielen waarbij alle zorg die geleverd wordt staat in het teken van behandeling. Behandeling en overige zorg zijn dan nauw met elkaar verweven. Mocht bij de ontwikkeling van zorgprofielen voor de groep cliënten met een psychische stoornis blijken dat er zorgprofielen zijn waarbij er sprake is van verwevenheid van behandeling en overige zorg, zal het besluit worden genomen om deze pakketten uit te sluiten van het pgb. Ook kan in de Rlz een gewaarborgde hulp bij sommige zorgprofielen verplicht worden gesteld.

Deze persoon moet waarborg bieden voor het nakomen van de voor de (kwetsbare) Wlz-budgethouder aan het pgb verbonden verplichtingen.

In gesprekken met zowel cliëntenorganisaties als MIND en Per Saldo, en brancheorganisaties zoals GGZNL, Ribw Alliantie en Federatie Opvang bleek dat zij het voorstel steunen om het gebruik van pgb mogelijk te maken voor deze cliënten. Hierbij wordt, bijvoorbeeld door Per Saldo, aangegeven dat juist deze groep cliënten veel baat bij een pgb kan hebben, omdat passende zorg lastig te vinden kan zijn. Zo zijn er verspreid over het land pgb-gefinancierde wooninitiatieven ontstaan die een passende woonomgeving en zorg bieden aan bijvoorbeeld mensen met schizofrenie of autisme. Gezien de kwetsbaarheid van de groep zijn partijen wel voorstander van aanvullende maatregelen bij bepaalde zorgprofielen, zoals het verplicht stellen van een gewaarborgde hulp. In dit verband wijst een aantal partijen erop dat niet in alle gevallen een cliënt over een sociaal netwerk beschikt waardoor er niemand is die voor de cliënt het pgb kan beheren. Hier ligt een belangrijke rol voor het zorgkantoor bij de toekenning van een pgb op grond van de Wlz. Per individueel geval zal het zorgkantoor moeten bezien of zorg thuis met een pgb verantwoord is.

Bij het Ministerie van VWS staat de aanpak van fouten en fraude met pgb's en de kwaliteit van pgb-gefinancierde zorg al geruime tijd hoog op de agenda. Zo zijn er al meerdere maatregelen genomen zoals de invoering van het bewustkeuzegesprek, het uitvoeren van huisbezoeken

en de invoering van het trekkingsrecht. Desalniettemin is de problematiek met pgb-fraude en het toezicht op de kwaliteit van pgb-gefinancierde zorg nog niet opgelost. Zo is in april 2018 het programmaplan Rechtmatige Zorg gelanceerd met een actielijn pgb. De acties richten zich op het voorkomen van fouten en fraude in de zorg. Daarnaast is het Ministerie van VWS samen met het veld bezig met het opstellen van een actie-agenda pgb. Deze actieagenda richt zich, naast het voorkomen van fouten en fraude door de toegang tot het pgb goed te organiseren, ook op de vraag hoe de kwaliteit van pgb-zorg het beste geborgd kan worden. VWS onderschrijft daarbij het belang van goede ondersteuning van en voorlichting aan budgethouders, niet alleen bij het aanvragen van een pgb, maar ook als de zorgverlening is gestart.

Tot slot wordt gewerkt aan een nieuw pgb-systeem, het PGB2.0-systeem. Dit systeem helpt bij het beheren van het pgb. De budgethouder wordt geholpen door de ingebouwde geautomatiseerde controles in het systeem en een deel van de informatie wordt vooraf ingevuld. Het systeem gaat daarmee naast misbruik ook onbedoelde fouten tegen.

8. Financiën

Het openstellen van de Wlz voor cliënten met een psychische stoornis heeft tot gevolg dat meer cliënten gebruik zullen maken van Wlz-zorg, waardoor de Wlz-uitgaven zullen stijgen. Tegenover deze toename van uitgaven in de Wlz staat een daling van de uitgaven van de Wmo 2015 en Zvw. Daarom zal er geld worden overgeheveld vanuit het gemeentefonds en het ggz-kader in de Zvw, afhankelijk van het domein waaruit de cliënt zijn zorg bekostigd kreeg voordat hij een Wlz-indicatie kreeg. Daarbij wordt het principe aangehouden dat het geld de cliënt volgt.

Overhevelen van bedragen tussen de verschillende domeinen

De verwachting is dat binnen de Wmo 2015 circa 8.500 cliënten zullen voldoen aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz. Hiervan gebruiken momenteel circa 7.000 cliënten zorg in natura en circa 1.500 cliënten een pgb. Indien het CIZ-clieuten een Wlz-indicatie verstrekt, kunnen deze cliënten hun indicatie per 2021 verzilveren. Dit betekent dat de uitgaven voor beschermd wonen in de Wmo 2015 dalen. De vrijvallende middelen worden overgeheveld naar de Wlz. Dit wordt geraamd op € 495 miljoen. Met de VNG is afgesproken om op drie momenten te bezien of op macro en gemeentelijk niveau de realisatiecijfers afwijken van de bijbehorende ramingen en of de bedragen dus bijgesteld moeten worden. Het eerste moment vindt eind 2020 plaats. Het tweede en derde moment is respectievelijk mei 2021 en mei 2022. Bij deze laatste twee momenten vindt dan ook de financiële verwerking plaats.

In de Zvw zitten naar verwachting circa 750 cliënten die voldoen aan de zorginhoudelijke criteria van de Wlz. De vrijvallende middelen in het ggz-kader van de Zvw worden overgeheveld naar de Wlz. Dit bedrag wordt geraamd op € 75 miljoen. De circa 8.500 cliënten die vanuit beschermd wonen overgaan naar de Wlz ontvangen nu nog specifieke behandeling vanuit de Zvw. De kosten van deze specifieke behandeling gaan ook onder het Wlz-kader vallen. De middelen die hierdoor vrijvallen in het ggz-kader van de Zvw worden geraamd op € 55 miljoen en zullen naar het Wlz-kader worden overgeheveld. Dit brengt het totale bedrag dat vanuit de Zvw wordt overgeheveld op € 130 miljoen. Eind 2020 en in het

voorjaar van 2021 en 2022 wordt gezien of deze raming overeenkomt met de realisatiecijfers, of dat de budgetten bijgesteld moeten worden.⁵

In de periode dat de budgetten nog bijgesteld kunnen worden, is het van belang dat de inkoopafspraken door gemeenten, zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders voldoende flexibel zijn. De inkoopafspraken moeten de verdeling van de cliënten over de verschillende domeinen volgen om continuïteit van zorg te kunnen borgen. Dit wordt meegenomen bij het implementatieproces. Dit proces wordt begeleid door de rijksoverheid.

Ook vanuit voortgezet verblijf kunnen cliënten in aanmerking komen voor de Wlz op basis van de zorginhoudelijke criteria. Deze cliënten bevinden zich al in de Wlz, dus hiervoor hoeven geen middelen overgeheveld te worden. De cliënten waarvoor (nog) niet vaststaat dat zij voldoen aan de zorginhoudelijke criteria van de Wlz, kunnen voorlopig nog aanspraak maken op de Wlz op grond van voortgezet verblijf (zoals beschreven in paragraaf 5). Hiervoor hoeven voorlopig dus ook geen middelen overgeheveld te worden tussen de domeinen.

Uit het voorgaande volgt dat het aantal cliënten in de Wlz per 2021 met circa 9.250 stijgt. Hiervan ontvangen circa 8.500 cliënten momenteel zorg vanuit de Wmo 2015 en circa 750 cliënten vanuit de Zvw. De overheveling vanuit de Zvw betreft een macro budgetneutrale overheveling, omdat in de Wlz gemiddeld gezien dezelfde tarieven worden gehanteerd als in de Zvw voor deze groep. De geraamde kosten in de Wlz voor de instroom vanuit de Zvw bedragen dus ook € 75 miljoen. De kosten voor specifieke behandeling voor cliënten uit de Wmo 2015 worden geraamd op € 55 miljoen in de Wlz en dit betreft dus ook een budgettair neutrale overheveling vanuit de Zvw. De overheveling vanuit de Wmo 2015 kan niet budgettair neutraal, omdat het risico bestaat dat de gemiddelde tarieven voor cliënten in de Wmo 2015 lager zijn dan de tarieven die gaan gelden in de Wlz. Ook wordt verwacht dat cliënten in de Wlz meer gebruik maken van dagbesteding dan in de Wmo 2015 omdat in de Wlz een integraal pakket van zorg wordt geïndiceerd waar dagbesteding onderdeel van is. De totale kosten in de Wlz voor deze groep vanuit de Wmo 2015 worden geraamd op € 525 miljoen in 2021, oplopend tot € 563 miljoen in 2026. De reden voor deze oploep is dat verondersteld wordt dat de instellingen zich geleidelijk zullen aanpassen aan de toenemende vraag naar dagbesteding. Omdat de geraamde overheveling vanuit de Wmo 2015 € 495 miljoen bedraagt, is er sprake van een budgettair risico, dat oploopt van € 30 miljoen in 2021 tot € 68 miljoen in 2026. Dit risico wordt gedekt binnen het Uitgavenplafond Zorg.

In totaal stijgen de uitgaven in de Wlz in 2021 naar verwachting met € 655 miljoen als gevolg van het openstellen van de Wlz voor mensen met een psychische stoornis. Dit bedrag loopt op tot € 693 miljoen in 2026. Deze raming valt binnen de bandbreedte die de NZa in haar uitvoeringstoets wetgeving stelt.

De financiële effecten zijn samengevat in tabel 1.

⁵ Het macrobedrag dat relevant is voor het macrobeheersingsinstrument (mbi) voor een bepaald jaar, wordt uiterlijk op 31 december voorafgaand aan dat jaar vastgesteld en kan daarna niet meer worden gewijzigd. Mocht dit macrobedrag toch worden overschreden, dan zal bij het besluit over het al dan niet daadwerkelijk opleggen van een mbi-korting worden uitgegaan van de overschrijding, die resteert nadat hierop het deel in mindering is gebracht dat verklaard kan worden door een afwijkende stroom ggz-cliënten naar de Wlz (ten opzichte van de oorspronkelijke raming).

Tabel 1: Overzicht financiële effecten (prijspeil 2017)

x € 1 mln	Wmo 2015	Zvw	Wlz 2021	Wlz 2026
Cliënten van Wmo 2015 naar Wlz	- 495		+ 495	+ 495
Mogelijke extra uitgaven Wlz			+ 30	+ 68
Totaal effect Wmo-cliënten	- 495		+ 525	+ 563
Cliënten van Zvw naar Wlz		- 75	+ 75	+ 75
Zvw uitgaven Wmo-cliënten		- 55	+ 55	+ 55
Totaal effect per domein	- 495	- 130	+ 655	+ 693

Uitgangspunten bij de berekening

De verwachte instroom in de Wlz (vanuit de Wmo 2015 en de Zvw) en de verwachte verdeling van deze cliënten over de zorgprofielen zijn gebaseerd op het onderzoek «GGZ-cliënten in de Wlz» van Bureau HHM. Dit onderzoek is op 24 juni 2017 naar de Tweede Kamer gestuurd.⁶ Aan Bureau HHM is vervolgens gevraagd de door hen gestelde bandbreedte voor het aantal potentiële Wlz-cliënten in beschermd wonen nader te duiden door deze te bespreken met enkele gemeenten en zorgaanbieders. De resultaten van deze gesprekken staan in het rapport «bevindingen regiogesprekken GGZ» dat op 15 mei 2018 naar de Tweede Kamer is gestuurd.⁷

Op basis van dit rapport is, in overleg met de VNG, ervoor gekozen bij de raming te rekenen met de ondergrens van de bandbreedte die Bureau HHM in het rapport «bevindingen regiogesprekken GGZ» stelt. Dit gaat dus om 7.000 cliënten met zorg in natura. Het aantal cliënten met een pgb is aan de hand van deze conclusies, en het inzicht dat het totaal aantal budgethouders in beschermd wonen tussen 2015 en 2017 met 25% is gedaald⁸, naar beneden bijgesteld van 2.250 cliënten tot 1.500 cliënten. In lijn met de conclusies van het rapport «bevindingen regiogesprekken GGZ» is, in overleg met de veldpartijen, ook voor wat betreft het aantal potentiële Wlz-cliënten in de Zvw gekozen om te rekenen met de onderkant van de bandbreedte. Dit komt neer op 750 cliënten.

Het is mogelijk dat hiermee nog niet alle potentiële Wlz-cliënten in beeld zijn gebracht. Daarbij kan gedacht worden aan cliënten die vanuit de forensische zorg de Wlz instromen of bijvoorbeeld aan mensen die nu niet in zorg zijn, maar met onderhavige wetswijziging wel in aanmerking komen voor Wlz-zorg. De omvang van deze groep is moeilijk te kwantificeren. Ook om deze reden wordt daarom veel waarde gehecht aan de monitoring van de instroom in de Wlz en het principe dat het geld de cliënt volgt. Op basis van gesprekken met zorgaanbieders en het CIZ wordt verwacht dat de financiële impact van deze groep beperkt is.

Bij de berekening van de overheveling uit het gemeentefonds is voor zowel de zorg in natura als het pgb gerekend met de gemiddelde gemeentelijke tarieven voor beschermd wonen in 2017, zoals gerapporteerd in het onderzoek «gemeentelijke tarieven beschermd wonen» van Bureau HHM dat eveneens op 15 mei 2018 naar de Tweede Kamer is gestuurd. Bij circa 40% van de cliënten is er gerekend met het tarief exclusief dagbesteding, omdat de gemeenten bij de Hervormingen

⁶ Kamerstukken II 2016/17, 34 104, nr. 184.

⁷ Kamerstukken II 2017/18, 34 104, nr. 221.

⁸ Zoals blijkt uit het rapport «gemeentelijke tarieven beschermd wonen», welke op 15 mei 2018 naar de Tweede Kamer is gestuurd.

Langdurige Zorg voor deze cliënten geen budget voor dagbesteding hebben ontvangen. Deze berekening is bestuurlijk afgestemd met de VNG.

Bij de berekening van de overheveling uit het ggz-kader in de Zvw is gerekend met het gemiddelde tarief dat in 2017 door zorgverzekeraars gehanteerd werd bij de bekostiging van de langdurige ggz (€ 75 mln.) respectievelijk met de in de Zvw gemaakte kosten voor de ambulante ggz voor beschermd wonen populatie (€ 55 mln.).

Nieuwe zorgprofielen, prestaties, tarieven en eventuele budgettaire consequenties

De bovenstaande berekeningen zijn onder voorbehoud van nieuwe prestaties en tarieven bij de nieuwe zorgprofielen voor cliënten met een psychische stoornis in de Wlz. Deze nieuwe zorgprofielen staan beschreven in het rapport van Bureau HHM⁹ en worden aan de Regeling langdurige zorg toegevoegd. Aan de NZa is gevraagd het financiële effect van de nieuwe zorgprofielen te berekenen. Ook is de NZa gevraagd in hoeverre zij het wenselijk acht dat aanvullende prestaties en regelingen (zoals de regeling meerzorg) opengesteld worden voor cliënten met een psychische stoornis in de Wlz zodat de bekostiging voor de nieuwe cliëntgroep toereikend is. De NZa levert dit advies begin 2019 op. Aan de hand van dit advies wordt de NZa gevraagd de benodigde prestaties en de daarbij horende redelijkerwijs kostendeckende tarieven uit te werken. De NZa rondt dit medio 2019 af. Dit kan uiteindelijk leiden tot een aanpassing van de verwachte kosten in de Wlz.

De berekeningen zijn gebaseerd op de huidige Wlz praktijk met betrekking tot behandeling.

Persoonsgebonden budget en contracteerruimte

De regering heeft besloten alle leveringsvormen beschikbaar te stellen voor mensen die op basis van de grondslag psychische stoornis toegang krijgen tot de Wlz (zie ook paragraaf 7). Van de 9.250 cliënten die naar verwachting de Wlz instromen, maken 1.500 cliënten momenteel gebruik van een pgb. De verwachting is dat deze cliënten dit ook in de Wlz doen. Van het totale effect op het Wlz-kader à € 525 miljoen in 2021, wordt daarom € 60 miljoen gereserveerd voor pgb. Dit bedrag is gebaseerd op de verwachte zorgzwaarte van deze groep, zoals gerapporteerd door Bureau HHM in het rapport «GGZ-clianten in de Wlz».

Als er binnen een regio een groter beroep wordt gedaan op de pgb-middelen dan vooraf gereserveerd is, komt dit – net als bij zorg in natura – tot uiting in het advies van de NZa over de uitgavenontwikkeling in de Wlz, dat jaarlijks in mei en augustus verschijnt. Het is daarbij toegestaan dat middelen worden verschoven tussen de contracteerruimte en het pgb-kader.

Financieel effect eigenbijdrage systematiek

De Wlz kent op hoofdlijnen twee mogelijke inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdragen. Afhankelijk van de door de cliënt afgenomen zorg en diens woonsituatie geldt één van die mogelijkheden. Als hoofdregel geldt dat de cliënt de «hoge eigen bijdrage» betaalt. De «lage eigen bijdrage» geldt in plaats van de «hoge eigen bijdrage» in specifieke uitzonderingsgevallen zoals benoemd in het Besluit langdurige zorg. Dit betekent dat de hoge bijdrage geldt bij het verblijf in een instelling, tenzij

⁹ Kamerstukken II 2017/18, 34 104, nr. 240.

het gaat om de eerste vier maanden van het verblijf, indien de partner thuis blijft wonen of er een onderhoudsplicht voor een kind bestaat. Verder geldt de lage bijdrage bij de «extramuraal leveringsvormen»: het vpt, mpt en pgb.

Voor cliënten die intramuraal ggz vanuit de Zvw ontvangen en na drie jaar vervolgens behoefte hebben aan voortgezet verblijf op grond van de Wlz, geldt dat zij voor die Wlz-zorg met verblijf de eerste vier maanden de lage eigen bijdrage en daarna, in beginsel, de hoge eigen bijdrage betalen. Dit wetsvoorstel heeft als gevolg dat cliënten met een psychische stoornis die voldoen aan de zorginhoudelijke toegangscriteria eerder dan na drie jaar intramuraal ggz vanuit de Zvw kunnen instromen in de Wlz. Vanaf dat moment geldt voor hen uiteraard ook de Wlz-bijdrage. Voor deze groep cliënten (ongeveer 750) zijn de financiële consequenties het grootst. Deze zijn weergegeven in onderstaande tabel.

De cliënten betalen bij de overgang van de Zvw naar de Wlz de eerste vier maanden de lage eigen bijdrage. Voor 90% van de populatie zijn de inkomenseffecten in deze periode maximaal € 209 per maand. Indien de cliënten niet voldoen aan een van de voorwaarden voor de lage eigen bijdrage, betalen zij na vier maanden de hoge eigen bijdrage (HEB). Hierdoor lopen de inkomenseffecten op en zal 80% van die cliënten een inkomenseffect ervaren dat kleiner of gelijk is aan € 713. De ontvangsten uit Wlz eigen bijdragen zullen door de vervroegde instroom van cliënten vanuit de Zvw in de Wlz met circa € 3 miljoen toenemen.

Inkomenseffecten (€ per maand) van het overgaan van de Zvw naar de Wlz

	inkomensverdeling: cumulatief %	inkomenseffect 1e 4 maanden	inkomenseffect daarna indien HEB
50% sociaal minimum	10%	-€ 154	-€ 71
sociaal minimum	40%	-€ 154	-€ 457
€ 16.500	60%	-€ 154	-€ 551
€ 21.000	80%	-€ 168	-€ 713
€ 26.000	90%	-€ 209	-€ 843
€ 36.500	98%	-€ 297	-€ 1.192
€ 47.000	99%	-€ 384	-€ 1.552

De in de eerste alinea beschreven systematiek van de eigen bijdrage geldt niet alleen voor Wlz-zorg, maar ook voor het beschermd wonen met de leveringsvorm zorg in natura in de Wmo 2015. Cliënten die in een accommodatie voor beschermd wonen verblijven met de leveringsvorm zorg in natura, betalen op grond van de Wmo 2015 dus ook al een hoge of lage eigen bijdrage. Voor deze cliënten (7.000) heeft een eventuele overgang naar de Wlz dus géén invloed op de hoogte van de verschuldigde eigen bijdrage. Wel verschuiven de bijbehorende eigen bijdrage opbrengsten van de Wmo 2015 naar de Wlz, waarmee de eigen bijdrage ontvangsten Wlz met circa € 32 miljoen zullen toenemen.

Voor cliënten die nu een pgb beschermd wonen ontvangen en overgaan naar een pgb Wlz (naar verwachting 1.500 cliënten) geldt dat zij onder de lage bijdrage systematiek van de Wlz komen te vallen. Voor het merendeel van de cliënten betekent dit dat de verschuldigde bijdrage minimaal zal stijgen, zoals ook blijkt uit onderstaande inkomenseffecten. Doordat het verbruik van het eigen risico binnen de Zvw van mensen die vallen onder de Wlz gemiddeld minder hoog is, zijn er voor de lage inkomenscategorieën (kleine) positieve inkomenseffecten. Alleen bij de 2% hoogste inkomens zijn er negatieve inkomenseffecten van meer dan € 88 per maand. Door de overgang van deze groep naar de Wlz stijgen de Wlz ontvangsten naar schatting met een 0,5 miljoen euro.

Inkomenseffecten (€ per maand) van het overgaan van Wmo-Pgb naar Wlz-Pgb

	inkomensverdeling: cumulatief %	inkomenseffect
50% sociaal minimum	10%	€ 3
sociaal minimum	40%	€ 3
€ 16.500	60%	€ 3
€ 21.000	80%	€ 3
€ 26.000	90%	- € 1
€ 36.500	98%	- € 88
€ 47.000	99%	- € 176

Door de overgang van de ggz-cliënten naar de Wlz stijgen de eigen bijdrage opbrengsten in de Wlz met circa € 36 miljoen per jaar. Daar tegenover staat een daling van de eigen bijdrage in de Wmo 2015 van circa € 33 miljoen (pgb + zorg in natura).

9. Gegevensuitwisseling

Voor een goede uitvoering van de Wlz hebben de ketenpartijen (het CIZ, Wlz-uitvoerders, zorgaanbieders en het CAK) informatie nodig van de cliënten. Het is van belang dat de gegevens waarover partijen moeten beschikken betrouwbaar en toereikend zijn. Daarom is het zaak dat de juiste informatie op het juiste moment bij de betreffende instantie aanwezig is. Wanneer de grondslag psychische stoornis aan de Wlz wordt toegevoegd moet de uitwisseling van persoonsgegevens ook voor deze cliënten goed georganiseerd worden. De privacy van de cliënt moet daarbij geborgd zijn.

Artikel 9.1.2 van de Wlz geeft aan dat de ketenpartijen elkaar kosteloos persoonsgegevens verstrekken van de verzekerde, waaronder begrepen persoonsgegevens betreffende de gezondheid, voor zover die noodzakelijk zijn voor onder andere:

- het afgeven van indicatiebesluiten;
- het sluiten van overeenkomsten met zorgaanbieders;
- het uitoefenen van de zorgplicht van Wlz-uitvoerders, waaronder het bemiddelen van zorg en het opmaken van de wachtlijst;
- het verlenen van zorg en het declareren van geleverde zorg;
- het innen van de eigen bijdrage.

De grondslag voor de elektronische verwerking van gegevens (via iWlz) tussen de ketenpartners binnen de langdurige zorg ligt in artikel 9.1.6 van de Wet Langdurige Zorg en artikel 5.1.1 van het Besluit Langdurige Zorg.

De Wlz geeft aan dat in een ministeriële regeling de wijze waarop de gegevensverstrekking verloopt tussen deze organisaties kan worden bepaald. Dat vindt plaats op basis van landelijke standaarden die zijn ontwikkeld in het kader van iWlz. iWlz is de landelijke standaard voor Wlz-zorgregistratie. Met iWlz wisselen alle partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van de Wlz onderling informatie uit. De grondslag voor het verwerken van gegevens volgens iWlz-standaarden is in de wet vastgelegd.

De iWlz-standaarden maken gebruik van persoonsgegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid. De afspraken die gemaakt zijn bij het gebruik van de iWlz-standaarden laten onverlet dat ketenpartijen een eigen verantwoordelijkheid hebben om ervoor te zorgen dat zij daarnaar handelen. Het Zorginstituut heeft in zijn uitvoeringstoets gekeken naar de impact van de overheveling van de ggz op het berichtenverkeer tussen de ketenpartijen in de langdurige zorg (CIZ-zorgkantoor-zorgaanbieder-CAK). Het Zorginstituut constateert dat de gevolgen voor

het berichtenverkeer minimaal zijn en in een reguliere release van iWlz kunnen worden meegenomen. Ketenpartijen zijn zelf verantwoordelijk voor het juiste gebruik en opslag van de gegevens (die zij als onderdeel van de keten, ontvangen) om intern aan de AVG-richtlijn te voldoen. Uitgangspunt is dat de ketenpartijen, wanneer zij zich houden aan de iWlz-standaarden, voldoen aan de huidige wet- en regelgeving.

Voor cliënten met een psychische stoornis zal geen generieke uitwisseling van gegevens plaatsvinden en daarom is geen expliciete wettelijke grondslag nodig. De gegevensuitwisseling zal niet afwijken van het reguliere proces en daarmee is de privacy van de cliënt geborgd.

Het Ministerie van VWS heeft intern een Privacy Impact Assessment (PIA-toets) uitgevoerd. Hieruit volgt dat voorliggend wetsvoorstel weinig impact heeft als het gaat om (nieuwe) privacygevoeligheden. Voor de groep die toegang krijgt tot de Wlz gelden namelijk dezelfde regels als voor de huidige populatie Wlz-cliënten.

10. Regeldruk en uitvoeringskosten

Administratieve lasten en inhoudelijke kosten van naleving vormen gezamenlijk de kosten die samenhangen met regeldruk. Onder administratieve lasten worden verstaan de lasten als gevolg van informatieverplichtingen krachtens wet- en regelgeving van de overheid voor bedrijven (aanbieders), burgers en beroepsbeoefenaren. Het gaat om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie. Inhoudelijke nalevingskosten zijn de directe kosten die samenhangen met de naleving van inhoudelijke verplichtingen. Inhoudelijke verplichtingen zijn alle wettelijke verplichtingen om direct te voldoen aan normen, standaarden, gedragscodes en alle overige eisen gericht op het borgen van publieke doelen.

Daarnaast is sprake van uitvoeringskosten voor uitvoerende organisaties. Deze kosten behoren niet tot de definitie van regeldruk.

De inspanning van Rijk en gemeenten is erop gericht de regeldruk voor burgers en zorgaanbieders en de uitvoeringskosten voor uitvoerders zoveel mogelijk te beperken. Dit gaat immers ten koste van het primaire proces: het verlenen van zorg. Tegelijkertijd zijn er stevige waarborgen nodig voor doelmatigheid en kwaliteit, waardoor een bepaalde mate van administratieve lasten altijd zal blijven bestaan.

Hieronder volgt eerst een beschrijving van de eenmalige regeldruk die gepaard gaat met de invoering van dit wetsvoorstel. Daarna volgt een toelichting op de wijze waarop dit wetsvoorstel bijdraagt aan een structurele vermindering van de administratieve lasten. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de regeldruk voor burgers en zorgaanbieders en de uitvoeringskosten voor Wlz-uitvoerders, gemeenten en CIZ.

Eenmalige regeldruk voor burgers en zorgaanbieders

Dit wetsvoorstel gaat gepaard met eenmalige regeldruk. Dit is het gevolg van de invoering van het wetsvoorstel (kennisname) en de overdracht van zowel informatie(stromen) als werkzaamheden die hiermee gepaard gaan.

Het gaat bij eenmalige effecten om het kennisnemen van de nieuwe wet, het contact tussen cliënten en zorgaanbieders om hen er op te wijzen dat zij een nieuwe aanvraag bij het CIZ moeten doen en alle activiteiten met betrekking tot de adviesaanvraag aan het CIZ. Pgb-houders moeten het

Wmo-pgb omzetten naar Wlz. Uitgaande van de 9250 cliënten die zullen overgaan naar de Wlz (waarvan 1500 pgb budgethouders) gaat het in 2020 om een toename van de administratieve lasten voor burgers van ca. € 1,4 mln en voor zorgaanbieders van ca. € 2,8 mln. Om te zorgen dat de eenmalige lasten beperkt blijven tot een minimum worden cliënten, hun vertegenwoordigers en cliëntenorganisaties betrokken bij de totstandkoming van deze wet. Op deze manier kunnen zij zich voorbereiden op de effectuering van het wetsvoorstel in 2021. Ook wordt veel aandacht geschonken aan communicatie over de wijzigingen die dit wetsvoorstel met zich meebrengt.

Er zal daarom in 2019 gestart worden met een gerichte communicatiecampagne met een actieve benadering van cliënten door organisaties die reguliere contacten hebben met cliënten.

In het implementatieproces zal voorts worden gezien of relevante dossierinformatie door verzekeraars en gemeenten met instemming van de cliënt kan worden overgedragen aan de Wlz-uitvoerders. Hierdoor wordt voorkomen dat cliënten en vertegenwoordigers worden belast met nieuwe vragen. Het gaat hierbij met name om de gegevens van cliënten die nu hun zorg en ondersteuning nog ontvangen vanuit de Wmo 2015 of de Zvw en die voldoen aan de Wlz-criteria. De overheid zal het implementatieproces begeleiden en eind 2018 een met de betrokken partijen afgestemd implementatieplan presenteren.

Structurele effecten voor burgers en zorgaanbieders

Voor burgers betekent dit wetsvoorstel een vermindering van (ervaren) administratieve lasten. Het gaat hierbij met name om de administratieve lasten bij de indicatiestelling. Deze afname is te verwachten, omdat het CIZ in principe alleen nog een indicatiebesluit afgeeft voor onbepaalde tijd en hierdoor minder herindicaties nodig zijn in tegenstelling tot de jaarlijkse indicatieprocedures bij gemeenten en zorgverzekeraars. Uitgaande van de 8500 cliënten, die anders in het Wmo-domein (gemiddeld) elke twee jaar een herindicatie moeten aanvragen en 750 cliënten in het Zvw-domein die jaarlijks worden beoordeeld, kan een structurele lastenreductie worden berekend van € 0,5 mln. voor burgers en € 0,9 mln. voor zorgaanbieders.

In het bijzonder zorgaanbieders ervaren het proces van zorginkoop bij gemeenten en zorgverzekeraars als een forse administratieve belasting. Met het invoeren van dit wetsvoorstel zal deze ervaren regeldruk worden gereduceerd voor organisaties die alleen actief zijn in het Wlz-domein, omdat voor de betreffende doelgroep alleen een contract met de Wlz-uitvoerder hoeft te worden afgesloten. Voor zorgaanbieders die ook actief blijven in het gemeentelijk domein is er sprake van een lasten-toename, door een extra contracteerronde met de Wlz-uitvoerder. Per saldo zullen beide effecten elkaar neutraliseren.

Uitvoeringskosten

Eenmalige effecten zullen zich vooral voordoen bij de gemeenten en verzekeraars (overdracht gegevens), de Wlz-uitvoerders (overdracht gegevens en verwerking van gegevens in administratieve systemen), IGJ en CIZ (eenmalige herbeoordeling en aanpassing van administratieve systemen).

Het CIZ heeft in haar uitvoeringstoets de verwachte kosten in beeld gebracht. Zij verwacht vooral eenmalige kosten in 2019 en 2020 (respectievelijk € 11 en € 10 mln.) omdat tijdelijk personeel moet worden geworven en opgeleid om het herbeoordelingsproces in 2020 uit te

kunnen voeren. Deze extra kosten zijn gedekt binnen de geldende kaders. Met het CIZ zullen afspraken worden gemaakt op welke wijze deze kosten kunnen worden verwerkt in het jaarbudget uitvoeringskosten CIZ. De VNG, IGJ en ZN maken wel melding van mogelijke meerkosten maar hebben deze kosten niet gekwantificeerd. De ontwikkelingen van de uitvoeringskosten zal worden gemonitord en per jaar zal worden bezien of het noodzakelijk is het budget uitvoeringskosten bij te stellen.

Wlz-uitvoerders en het CIZ krijgen te maken met een beperkte toename van doelgroep die onder hun verantwoordelijkheid valt. Hiervoor worden zij gecompenseerd via de uitvoeringskosten. De administratieve verwerking van de nieuwe ggz-doelgroep kan geschieden via het reguliere I-Wlz-systeem en zal daarom zeer beperkt leiden tot extra structurele kosten.

11. Consultatie en adviezen

In het kader van de totstandkoming van dit wetsvoorstel is regelmatig overleg gevoerd met de betrokken partijen. Een concept van het onderhavige wetsvoorstel is in de periode 25 juni-3 augustus 2018 geconsulteerd via internet. Hierop zijn reacties gekomen van een aantal individuele burgers, een aantal gemeenten, Ipse de Bruggen, VGN, Ribw Nijmegen en Rivierenland, NVO, NIP, MIND, VNG, GGZNederland, Federatie Opvang, RibwAlliantie, Zorgverzekeraars Nederland, LOC Zeggenschap in zorg Utrecht, ActiZ, Per Saldo/Kansplus/Trialoog/Chapeau Woonkringen, Leger des Heils, NVvP, RPSW/Stichting Eigen Woonplek/Naar-Keuze/NVA&Oudervereniging Balans/De Grasboom/WoondroomZorg/ en het Korsakov Kenniscentrum. Tevens is advies uitgebracht door de NZa, het Zorginstituut Nederland, het CIZ, de IGJ en de ATR.

De regering is de partijen erkentelijk voor de reacties. De reacties en uitgebrachte adviezen hebben geleid tot aanpassingen in de wet en toelichting. Onderstaand wordt kort ingegaan op de uitgebrachte reacties en aangegeven of de reactie heeft geleid tot een aanpassing in onderhavig wetsvoorstel.

Consultatie

In totaal zijn er 32 reacties ontvangen. In vier gevallen is bezwaar gemaakt tegen openbare publicatie van de reactie. De reacties zijn te raadplegen op <https://cma.internetconsultatie.nl/consultatie/psychischestoornistoegangwlvz/overzicht>.

Er zijn diverse vragen gesteld en ook zijn voorstellen gedaan voor verduidelijking en verbetering van het wetsvoorstel en de memorie van toelichting. Deze hebben ertoe geleid dat het wetsvoorstel zelf op enkele onderdelen is aangepast. Ook is de toelichting op diverse plekken aangevuld en verduidelijkt. De reacties zijn in de regel positief. Herhaaldelijk is benoemd dat het wetsvoorstel tot gelijke behandeling leidt, doordat eindelijk mensen met een psychische stoornis ook toegang tot de Wlz kunnen gaan krijgen. Naast dit overheersende positieve geluid worden ook aandachtspunten benoemd. Dat geldt in het bijzonder ten aanzien van de volgende onderwerpen:

1. begrip blijvendheid & indicatiestelling door het CIZ
2. toegang Jeugd & begrip jeugdigen;
3. Wlz-behandeling;
4. financiën;
5. voortgezet verblijf;
6. gegevensuitwisseling;
7. Wet zorg en dwang en Wet verplichte GGZ;

8. implementatietraject.

1. Begrip blijvendheid & indicatiestelling door het CIZ

Diverse partijen (Per Saldo e.a., MIND, GGZNederland e.a., ZN, Leger des Heils, RPSW e.a. en het Korsakov Kenniscentrum, NIP, VGN) en particulieren hebben vragen gesteld over wat het begrip blijvendheid precies inhoudt. In dat kader zijn ook suggesties gedaan, bijvoorbeeld om de term aan te passen naar «blijvend binnen afzienbare tijd».

Wat betreft het begrip blijvendheid wordt vastgehouden aan het begrip in de Wlz zoals dat ook geldt voor andere doelgroepen. Om dit scherper neer te zetten en toe te lichten, is de memorie van toelichting op dit punt aangepast (par. 4).

Daarnaast hebben voornoemde partijen en particulieren aandacht gevraagd voor het indicatieproces dat vanaf 2020 bij het CIZ zal starten. In dat kader zijn vooral zorgen geuit over de capaciteit en expertise bij het CIZ.

Parallel aan de internetconsultatie heeft het CIZ een uitvoeringstoets gedaan. Het CIZ gaat alle medewerkers die binnen dit proces worden ingezet opleiden. Daarnaast gaat het CIZ al tijdig beginnen aan de werving van personeel. Dat de geschetste planning haalbaar is, behoudens onvoorziene belemmeringen, volgt ook uit de uitvoeringstoets van het CIZ. Een reactie op deze uitvoeringstoets is aan de memorie van toelichting toegevoegd (par. 11). Verder zullen de genoemde aandachtspunten in dit kader worden meegenomen in het implementatietraject.

2. Toegang jeugd & begrip jeugdigen

Diverse partijen (Per Saldo e.a., MIND, GGZNederland e.a., NVO, NVvP, RPSW e.a. en het Korsakov Kenniscentrum, NIP, LOC Zeggenschap in zorg, VGN en ZINL) en particulieren hebben gepleit om jeugdigen met een psychische stoornis ook toegang tot de Wlz te geven. De keuze die nu is gemaakt om jeugdigen met een psychische stoornis niet tot de Wlz toe te laten, leidt volgens hen tot ongelijke situaties. Niet de aard van de beperking, maar de zwaarte van de ondersteuningsvraag zou de toegang tot de Wlz moeten bepalen.

Tijdens het Algemeen Overleg in de Tweede Kamer van 5 juli 2018 hebben Kamerleden ook vragen gesteld over de redenen waarom jeugdigen in dit wetsvoorstel niet worden meegenomen. De Staatssecretaris van VWS heeft hierop toegezegd dat er op korte termijn een expertmeeting over dit thema wordt georganiseerd. Het doel van de expertmeeting is het met partijen van gedachten wisselen over welke zorg en ondersteuning nodig is voor jongeren met een ernstige, langdurige psychische stoornis. Het gaat hierbij om het inventariseren van knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen voor deze knelpunten. Inhoudelijk is het wetsvoorstel daarom niet aangepast. Wel is de argumentatie in de memorie van toelichting aangescherpt (par. 3).

Daarnaast heeft VGN opgemerkt dat het begrip jeugdigen in de Wlz verduidelijkt moet worden, omdat in de Jeugdwet geen duidelijke leeftijdsgrens van 18 jaar is opgenomen. Het wetsvoorstel en de artikels-gewijze toelichting zijn op dit punt aangescherpt.

ZN vraagt of de verlengde jeugdhulp onder de Jeugdwet kan worden ingezet voor een eventuele overbrugging tussen de Jeugdwet en Wlz. Uit de memorie van toelichting van de Jeugdwet blijkt dat voor jeugdhulp die wordt verstrekt in verband met een psychische stoornis of een verstande-

lijke beperking de leeftijdsgrens van 18 jaar geldt. Deze vormen van zorg en ondersteuning zijn voor jongeren met een psychische stoornis dan namelijk verkrijgbaar op grond van de Zvw en Wmo 2015 (beschermd wonen). De verlengde jeugdhulp kan dus niet ingezet worden als overbrugging. De artikelsgewijze toelichting is aangepast.

3. Wlz-behandeling

Diverse partijen (Per Saldo e.a., GGZNederland e.a., RPSW e.a., NIP, NVvP) hebben in deze consultatieronde van de gelegenheid gebruik gemaakt om te pleiten voor het niet volgen van het pakketadvies behandeling van het Zorginstituut. Volgens partijen komt bij opvolging van dit pakketadvies voor de ggz de keuzevrijheid in het geding.

Zoals reeds in de memorie van toelichting vermeld, is de besluitvorming rond het pakketadvies behandeling einde 2018. De reacties worden in dit proces meegenomen. Het wetsvoorstel of de memorie van toelichting is op dit punt daarom niet aangepast.

4. Financiën

Diverse partijen (Per Saldo e.a., MIND, GGZNederland e.a., ZN, RPSW e.a. en het Korsakov Kenniscentrum, NIP, VNG) en particulieren benadrukken de noodzaak tot het beschikbaar zijn van voldoende middelen. Daarbij worden er enige twijfels geuit over de correctheid van de ramingen. De partijen onderschrijven daarom het belang van het bijstellen van de budgettaire kaders als de realisatie blijkt af te wijken van de raming. Daarbij geven ze aan dat, tot het moment dat de definitieve cijfers bekend zijn, er sprake moet zijn van communicerende vaten voor wat betreft de ingekochte zorg in de verschillende domeinen. Daarnaast wordt het als een gemis gezien dat er geen aandacht is voor het mogelijk bestaan van perverse prikkels. Ook is meermaals gewaarschuwd voor een zorgval voor cliënten die vanuit de Wmo 2015 de Wlz instromen.

In de memorie van toelichting is de onderbouwing van de raming op sommige punten nader toegelicht (par. 8). Zo is opgenomen dat met de raming mogelijk niet alle potentiële Wlz-cliënten in beeld zijn gebracht, maar dat de verwachting is dat de financiële impact van eventueel missende cliënten beperkt is. Ook is toegelicht dat, in de periode dat de budgetten nog bijgesteld kunnen worden, het van belang is dat de inkoopafspraken door gemeenten, zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders voldoende flexibel zijn.

Mogelijke perverse prikkels zijn gezien tijdens de fraudetoets. Hieruit volgt dat voorliggend wetsvoorstel weinig impact heeft als het gaat om (nieuwe) fraudemogelijkheden. Voor de groep die toegang krijgt tot de Wlz gelden namelijk dezelfde regels als voor de huidige populatie Wlz-cliënten. De genoemde aandachtspunten c.q. risico's worden in het implementatietraject meegenomen. Het wetsvoorstel of de memorie van toelichting is niet aangepast.

Tot slot is naar aanleiding van de opmerkingen over een mogelijke «zorgval» de memorie van toelichting aangescherpt (par. 8).

5. Voortgezet verblijf

Diverse partijen (MIND, NVvP, GGZNederland e.a., VNG) en particulieren hebben gevraagd naar verheldering over onder meer de beoogde datum van afschaffing van het voortgezet verblijf c.q. driejaarscriterium.

Het is de doelstelling om het driejaarscriterium af te schaffen. De regering vindt hierbij zorgvuldigheid erg belangrijk. Ten eerste moet voorkomen worden dat mensen tussen wal en schip belanden als hun aanspraak op Zvw-verblijf na drie jaar afloopt en ten tweede moet de risicovereeniging adequaat aangepast worden. De memorie van toelichting is op dit punt aangescherpt (par. 5).

6. Gegevensuitwisseling

ZN en de VNG vragen om de gegevensuitwisseling anders te organiseren, bijvoorbeeld om het mogelijk te maken dat gemeenten actief worden geïnformeerd over het toekennen van een Wlz-indicatie.

Het onderwerp gegevensuitwisseling zal onderdeel zijn van het implementatieplan. Ook los van dit wetsvoorstel is er aandacht voor het vraagstuk omtrent gegevensuitwisseling tussen bijvoorbeeld (uitvoerings)organisaties om de administratieve lasten te verminderen en procedures te versnellen.

7. Wet zorg en dwang & Wet verplichte GGZ

Verder hebben de VGN, ACTIZ en enkele particulieren aangegeven dat er knelpunten zouden kunnen ontstaan als cliënten met een psychische stoornis toegang krijgen tot de Wlz in het kader van de Wet zorg en dwang (Wzd) en Wet verplichte GGZ (Wvvggz). De VGN stelt bijvoorbeeld dat de Wet zorg en dwang aanpassing behoeft, zodat ook cliënten met een psychische grondslag onder de Wet zorg en dwang vallen.

Dit wetsvoorstel bewerkstelligt slechts de toegang voor cliënten met een psychische stoornis tot de Wlz per 1 januari 2021. De Wzd en de Wvvggz gaan over de procedure die gevolgd moet worden in het uiterste geval dat iemand gedwongen zorg nodig heeft. Daarbij is bewust gekozen voor twee wetten voor verschillende doelgroepen, de Wvvggz voor mensen met een ernstige psychische stoornis en de Wzd voor mensen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening. De Wzd en de Wvvggz gaan niet over de financiering van de zorg. De financiering van de zorg die op grond van deze wetten wordt geleverd volgt uit de lz, de Zvw en de Wmo2015. Per persoon kan verschillen hoe de zorg uit de Wzd of de Wvvggz wordt gefinancierd.

8. Implementatietraject

Voorafgaand aan het opstellen van het wetsvoorstel zijn diverse overleggen gevoerd met alle betrokken veldpartijen over hoe het wetsvoorstel eruit zou moeten zien. Tijdens deze overleggen werd reeds duidelijk dat veel aandacht zal moeten uitgaan naar de implementatiefase. Uit de (internet)consultatie blijkt dit belang van een implementatietraject waarbij alle veldpartijen betrokken worden wederom.

Het gaat dan niet alleen om de praktische uitwerking van de regelgeving, maar ook om het logistieke proces in het overgangsjaar 2020. Zoals in de memorie van toelichting reeds vermeld zijn gedurende het overgangsjaar 2020 gemeenten en verzekeraars gehouden de zorg en ondersteuning te leveren aan cliënten (al dan niet jeugdig) met een psychische stoornis. Over het logistieke proces in 2020 worden gedurende het implementatietraject (2018/2019/2020) concrete afspraken gemaakt met de gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders en het ClZ. Deze reacties hebben niet geleid tot aanpassing of nadere verduidelijking van de artikelen dan wel de toelichting, maar zullen worden meegenomen in de implementatie van het wetsvoorstel. Hierbij, evenals bij de opstelling van

het implementatieplan waarin de reacties uit de (internet)consultatie ook zullen worden verwerkt, zullen alle veldpartijen opnieuw intensief betrokken worden.

Ontvangen adviezen

NZa (incl. externe fraudetoets)

In de uitvoeringstoets wetgeving gaat de NZa in op de uitvoerbaarheid, fraudemogelijkheden en de voorlopige financiële impact van het wetsvoorstel.

Met betrekking tot de uitvoerbaarheid en de fraudemogelijkheden geeft de NZa aan dat de in het conceptwetsvoorstel opgenomen procedure, die toegang tot de Wlz regelt voor cliënten met een psychische stoornis, niet afwijkt van de procedure die de toegang regelt tot de Wlz voor de overige Wlz sectoren. De NZa voorziet hierin dus geen substantiële belemmeringen. Dit is onder voorbehoud van nieuwe zorgprofielen voor deze groep cliënten in de Wlz. De uitkomst van deze fraudetoets is beschreven in paragraaf 11 onder «fraudetoets».

Wel voorziet de NZa enig risico bij de mogelijkheid op fraude bij zorglevering via een pgb. Daarnaast voorziet de NZa risico's bij de uitvoering van de inspanningsverplichting door zorgkantoren, de overdracht van dossiers en het ontstaan van wachtlijsten. In paragraaf 12 «Inwerking-treding, overgangsjaar en overgangsrecht Wmo 2015» is een toelichting toegevoegd over de inspanningsverplichting door zorgkantoren. De tijdige overdracht van dossiers van gemeenten en zorgverzekeraars naar Wlz-uitvoerders, het risico op wachtlijsten en eventuele pgb-fraude zijn belangrijke onderwerpen die aandacht krijgen in de implementatiefase van het wetsvoorstel. De memorie van toelichting is hier niet op aangepast.

Met betrekking tot de financiële impact van het wetsvoorstel concludeert de NZa dat er onzekerheid zit in de toereikendheid van het budgettair Wlz-kader. Deze onzekerheid komt doordat momenteel gegevens over het definitieve aantal instromende cliënten ontbreken. De NZa verwacht dat de stijging van de kosten in de Wlz daarmee uitkomt op een bedrag tussen de € 637,8 miljoen en € 825,4 miljoen. De raming van de financiële impact in paragraaf 8 «Financiën» valt binnen de bandbreedte die door de NZa wordt gesteld, en het verschil tussen de raming en de onder- en bovengrens van de NZa kan worden verklaard. Deze constatering is aan paragraaf 8 toegevoegd.

Gezien de onzekerheid in de financiële impact, beveelt de NZa aan om vanaf 2020 te monitoren uit welke domeinen de cliënten komen, in welk pakket zij instromen en uit welke financieringsstromen er zorg werd ontvangen. Op deze manier kan een betere inschatting gemaakt worden van de toereikendheid van het budgettair Wlz-kader en de besparingen in de andere domeinen. Dit voornemen staat ook in paragraaf 8 beschreven, en wordt nader uitgewerkt in het implementatieproces.

In 2019 volgt de uitvoeringstoets bekostiging, waarin de NZa advies uitbrengt over de prestaties en redelijkerwijs kostendekkende tarieven bij de nieuwe zorgprofielen. In deze uitvoeringstoets zal de NZa de uitvoeringsconsequenties, fraudemogelijkheden en de financiële impact opnieuw bezien.

CIZ

Het CIZ heeft een uitvoeringstoets uitgebracht over de consequenties van dit wetsvoorstel voor de uitvoering van de organisatie. Het CIZ geeft

daarin aan dat de voorbereiding, implementatie en uitvoering van de wetswijziging Wlz voor het CIZ een grote operatie is. Het CIZ gaat daarbij in op diverse randvoorwaarden die nodig zijn om de taken succesvol uit te voeren. Een belangrijk aandachtspunt is de gegevensoverdracht tussen gemeenten en het CIZ. Hierbij wijst het CIZ erop dat zij zonder wettelijke grondslag geen informatie kan aanreiken over de herkomst van toekomstige Wlz-cliënten. Daarnaast vraagt het CIZ specifieke aandacht voor de communicatie, zodat voor alle betrokkenen duidelijk is wat de verschillende taken en verantwoordelijkheden zijn. Ook geeft het CIZ aan dat een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de gehele keten noodzakelijk is om te zorgen dat de cliënten tijdig een aanvraag indienen en niet tussen wal en schip raken. Het CIZ wil hieraan bijdragen door in 2019 contact te zoeken met alle ggz-zorgaanbieders die zorg verlenen aan de doelgroep met een mogelijke toegang tot de Wlz. Hierbij is ook aandacht voor ouderinitiatieven, wooninitiatieven en pgb-budgethouders. Daarbij is het voor het CIZ ook noodzakelijk dat er een breed gedragen consensus is over het begrip «blijvend» in de Wlz.

Voor wat betreft de eigen organisatie heeft het CIZ aandacht voor de opleiding van medewerkers die betrokken zijn binnen dit project. De betrokken medewerkers worden centraal opgeleid in een opleidingstraject met specifieke aandacht voor de doelgroep cliënten met een psychische stoornis. Daarbij is het ook van belang dat het project geen invloed heeft op het reguliere werkproces van indicatiestelling. In de systemen van het CIZ zijn tijdelijke en permanente aanpassingen nodig in zowel het interne systeem (Portero) als in het externe Zorgaanmeldersweb en de Zelfaanmelder. Deze aanpassingen zullen in 2019 worden voorbereid, zodat er in 2020 geïndiceerd kan worden en rapportages over voortgang en resultaten gemaakt kunnen worden. Voor communicatie naar de keten via i-Wlz is aanpassing nodig. Het Zorginstituut heeft daar, als beheerder van de i-standaarden, een regisserende rol in. In het implementatietraject zullen andere mogelijkheden worden verkend om informatie te verkrijgen over de herkomst van toekomstige Wlz-gerechtigden. De risico's die het CIZ noemt liggen vooral op het gebied van arbeidsmarkt, afbakening van de doelgroep, volume van de aanvragen en noodzakelijke ketensamenwerking.

Tot slot heeft het CIZ aangegeven wat de verwachte uitvoeringskosten zijn en wat er nodig is aan formatie om dit indicatietraject uit te voeren. Een nadere specificatie van deze uitvoeringskosten en de formatie kan op dit moment nog niet worden meegenomen.

Zorginstituut Nederland

Het Zorginstituut verwacht dat de wijziging van de Wlz die door dit wetsvoorstel tot stand komt, een minimale impact zal hebben op het iWlz-berichtenverkeer doordat het vooral zal gaan om reguliere activiteiten. In paragraaf 9 «Gegevensuitwisseling» is hierover een passage toegevoegd. Voor de eigen organisatie geeft het Zorginstituut aan geen personele, materiële of financiële consequenties te voorzien.

Autoriteit Persoonsgegevens

De Autoriteit Persoonsgegevens heeft kennisgenomen van onderhavig wetsvoorstel en ziet geen noodzaak om een formeel advies uit te brengen gezien de zeer beperkte gevolgen voor de gegevensverwerking.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft een Toezicht en Handhaafbaarheidstoets uitgevoerd. De IGJ merkt op dat door de verschillende leveringsvormen steeds meer zorg buiten een instelling geboden kan worden. Volgens de IGJ zijn daaraan voor de doelgroep risico's verbonden. Er kan meer onduidelijkheid ontstaan over de verantwoordelijkheidsverdeling. De IGJ vraagt om in het kader van dit wetsvoorstel te bezien of aanvullende regelgeving of andere kaders noodzakelijk zijn om de kwaliteit van zorg aan deze doelgroep te borgen. Deze opmerkingen van de IGJ hebben niet geleid tot aanpassingen in onderhavig wetsvoorstel.

De IGJ wijst erop dat het zou gaan om 8500 cliënten die nu zorg krijgen vanuit de Wmo. De IGJ vraagt of bij deze berekening alle dakloze psychiatrisch patiënten, gedetineerde cliënten of cliënten in forensische zorg, cliënten die bij (een van) hun ouders verblijven, cliënten die bij pgb-ondernemers verblijven en zorg mijdende mensen, die permanent toezicht behoeven volledig in beeld zijn. De memorie van toelichting is op dit punt verduidelijkt waarbij is aangegeven dat monitoring van de instroom in de Wlz hiervoor van belang is (par. 8).

IGJ geeft aan dat hoeveelheid aanbieders nog onduidelijk is en daarmee de betekenis voor het toezicht onduidelijk is. Maar wel dat de overheveling in ieder geval gepaard zal gaan met een beslag op IGJ-capaciteit. Mede omdat er meer zorg in de thuissituatie zal worden geleverd. In de memorie van toelichting is aangegeven dat de ontwikkelingen van de uitvoeringskosten zal worden gemonitord en per jaar zal worden bezien of het noodzakelijk is het budget uitvoeringskosten bij te stellen (par. 10).

Tot slot wijst de IGJ erop dat de specifieke kwaliteitseisen die de Wlz aan zorgaanbieders stelt niet gelden bij zorg ingekocht met een pgb. Ook op dit punt is de memorie van toelichting aangevuld (par. 7).

Autoriteit Toetsing Regeldruk (ATR)

De ATR vindt dat de nut en noodzaak van het beleidsvoornemen voldoende onderbouwd is en dat dit wetsvoorstel het juiste beleidsinstrument is.

In het advies is de ATR ingegaan op de werkbaarheid en merkbaarheid van het wetsvoorstel. De ATR vraagt daarbij specifieke aandacht voor de gegevensoverdracht in 2020. In de memorie van toelichting is dit onderwerp nader toegelicht en tevens is gegevensoverdracht een belangrijk onderdeel van het implementatieplan dat in overleg met de betrokken partijen nog in 2018 zal worden opgesteld (par. 10).

Ook vraagt de ATR aandacht voor de berekening van de regeldruk en geeft de ATR aan dat het zinvol is een onderscheid te maken in de regeldruk voor burgers en bedrijven en de uitvoeringskosten voor uitvoerende organisaties (omdat deze uitvoeringskosten geen onderdeel zijn van de formele definitie van regeldruk). In de aangepaste memorie van toelichting zijn alle regeldrukeffecten voor burgers en zorgaanbieders kwantitatief weergegeven. Tevens is een aparte paragraaf opgenomen over de uitvoeringskosten (par. 10).

Fraudetoets

Het Ministerie van VWS heeft intern een fraudetoets uitgevoerd. Hieruit volgt dat voorliggend wetsvoorstel weinig impact heeft als het gaat om (nieuwe) fraudemogelijkheden. Voor de groep die toegang krijgt tot de

Wlz gelden namelijk dezelfde regels als voor de huidige populatie Wlz-cliënten. Cliënten met een psychische stoornis moeten voldoen aan de geldende Wlz-toegangscriteria. Het CIZ geeft de Wlz-indicatie af. Het CIZ is een zelfstandig bestuursorgaan en voert de indicatiestelling onafhankelijk uit. Bij een bezwaarprocedure wordt over het indicatiebesluit van het CIZ door het Zorginstituut geadviseerd, indien het CIZ voornemens is het bezwaar af te wijzen. Alleen als de cliënt voldoet aan de Wlz-toegangscriteria, geeft het CIZ een Wlz-indicatie af. Zo niet, dan blijft de cliënt in het gemeentelijk domein of in de Zvw. Na afgifte van de Wlz-indicatie door het CIZ kan de cliënt kiezen voor verblijf in een instelling of zorg thuis via een mpt, vpt of pgb, net als andere Wlz-cliënten. Een pgb-Wlz voor de zorgvorm behandeling in een zorgprofiel is (nu al) niet mogelijk. Daarom zijn enkele zorgprofielen ook uitgesloten van de leveringsvorm pgb. Het ligt voor de hand om zorgprofielen voor cliënten met een psychische stoornis waarin de behandelcomponent dominant is of onlosmakelijk verbonden met verblijf in een instelling ook in de Rlz uit te sluiten van de leveringsvorm pgb. Ook kan in de Rlz een gewaarborgde hulp bij sommige zorgprofielen verplicht worden gesteld. Deze persoon moet waarborg bieden voor het nakomen van de voor de (kwetsbare) Wlz-budgethouder aan het pgb verbonden verplichtingen.

Kortom, het risico op fraude voor de groep die met inwerkingtreding van het wetsvoorstel toegang krijgt tot de Wlz is gelijk aan de huidige populatie Wlz-cliënten en verschilt niet van de frauderisico's die er zijn voor cliënten met een psychische stoornis die vanuit het gemeentelijk domein of de Zvw hun zorg en ondersteuning krijgen. De NZa heeft in haar fraudetoets bevestigd dat de in het conceptwetsvoorstel opgenomen procedure, die toegang tot de Wlz regelt voor cliënten met een psychische stoornis, niet afwijkt van de procedure die de toegang regelt tot de Wlz voor de overige Wlz sectoren. De NZa voorziet dus geen substantiële belemmeringen met betrekking tot de uitvoeringsconsequenties en fraudemogelijkheden. Deze fraudetoets heeft dus niet geleid tot wijzigingen in de memorie van toelichting. In de uitvoeringstoets bekostiging adviseert de NZa over (nieuwe) prestaties en tarieven bij de redelijkerwijs kostendekkende nieuwe zorgprofielen. Op dat moment beziet de NZa opnieuw de fraudemogelijkheden en uitvoeringsconsequenties.

12. Inwerkingtreding, overgangsjaar en overgangsrecht Wmo 2015

Inwerkingtreding en overgangsjaar

Tussen de beoogde inwerkingtreding van de wet op 1 januari 2020 en het verzilveren van de afgegeven indicaties per 1 januari 2021 zit één jaar. Voor dit jaar is bewust gekozen om de indicatiestelling en overdracht van cliënten zorgvuldig te laten verlopen. Bovendien geeft dit betrokken partijen zoals cliënten, gemeenten, het CIZ, zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders voldoende tijd zich op deze wetswijziging voor te bereiden. Het CIZ zal te maken krijgen met een toeloop van cliënten die wellicht groter is dan het aantal cliënten dat daadwerkelijk in aanmerking zal komen voor de Wlz. De tijdspanne van één jaar tussen inwerkingtreding en verzilvering van de indicaties geeft het CIZ voldoende tijd om de indicatiestelling zorgvuldig te laten verlopen en alle cliënten tijdig van een indicatiebesluit te voorzien.

Gedurende het overgangsjaar 2020 zijn gemeenten en verzekeraars gehouden de zorg en ondersteuning te leveren aan cliënten met een psychische stoornis die met ingang van 1 januari 2021 blijvend zijn

aangewezen op zorg vanuit de Wlz. Dit betekent ook dat indien een cliënt in 2020 te maken krijgt met een (veranderde) zorgvraag, hij terecht kan bij zijn gemeente en/of zorgverzekeraar. Over het logistieke proces in 2020 worden gedurende het implementatietraject (2018/2019/2020) concrete afspraken gemaakt met de gemeenten, zorgverzekeraars en het CIZ. Bijzondere aandacht zal worden besteed aan de communicatie met de cliënten en zorgaanbieders.

Inspanningsverplichting Wlz-uitvoerder

In het wetsvoorstel is opgenomen dat de Wlz-uitvoerder zich in 2021 inspant om, indien dit de wens van de verzekerde is, het verblijf bij de huidige zorgaanbieder te laten voortzetten. Het zal hier vaak om een aanbieder gericht op beschermd wonen gaan. Hiermee wordt beoogd dat de Wlz-uitvoerder gezamenlijk met de cliënt en zijn/haar omgeving gaat onderzoeken of de cliënt zijn huidige setting zou willen voortzetten onder de Wlz en of deze plek nog passend voor de cliënt is. Wanneer dat het geval is zal de Wlz-uitvoerder zich inspannen om een contract af te sluiten met de betreffende zorgaanbieder. Het doel van deze inspanningsverplichting is het zoveel mogelijk voorkomen van een gedwongen verhuizing. Daarbij moet de Wlz-uitvoerder de afweging maken of de benodigde zorg/ondersteuning, passend bij de Wlz, kan worden geleverd bij de huidige zorgaanbieder en of de zorg verantwoord en doelmatig is. Als de zorg die de instelling biedt niet (meer) verantwoord is, dan kan het gevolg zijn dat de cliënt moet verhuizen. Het is dan aan de verblijfsinstelling om de cliënt zo goed mogelijk te begeleiden. Het zorgkantoor moet zich dan inspannen om een passende plek voor de cliënt te vinden.

Overgangsrecht Wmo 2015

De Wmo 2015 voorziet in artikel 8.4, eerste lid, voor beschermd wonen in een overgangstermijn van ten minste vijf jaar tot uiterlijk de einddatum van de afgegeven AWBZ-indicatie. In 2017 hebben ca. 11.500 cliënten een beroep gedaan op dit overgangsrecht. Dit aantal zal de komende jaren verder afnemen. Met de VNG is overeenstemming bereikt over het verlengen van het overgangsrecht tot 2021. Met deze verlenging loopt de maximumtermijn van het overgangsrecht gelijktijdig af met de inwerking-treding van het wetsvoorstel in 2021. Hiermee wordt voorkomen dat deze cliënten in 2020 eerst geïndiceerd worden voor de Wmo 2015 en daarna voor de Wlz. Zo wordt naar de overtuiging van zowel het Rijk als de gemeenten het belang van de cliënt vooropgesteld. In het implementatietraject zal bijzondere aandacht worden besteed aan het indicatiestellingsproces in 2020. Hierbij is van belang dat gemeenten volledig en tijdig zijn geïnformeerd over het verlengen van het overgangsrecht en de bijzondere positie van hun cliënten in beschermd wonen, die voldoen aan de Wlz-criteria. Daarbij zal er in 2020 intensieve afstemming plaatsvinden tussen CIZ en gemeenten.

Het verlengen van het overgangsrecht tot 2021 behoeft geen aanpassing van wet- en regelgeving. Het overgangsrecht in de Wmo 2015 kent namelijk een termijn van ten minste vijf jaar en het beëindigen ervan zal bij koninklijk besluit plaatsvinden. Met deze afspraak met de VNG om het overgangsrecht met een jaar te verlengen, is de door de Tweede Kamer aangenomen motie van het lid Slootweg c.s. ook ingevuld.¹⁰ In deze motie wordt duidelijkheid gevraagd voor de groep cliënten in een beschermd woonvorm die gebruikmaken van het vijfjarig overgangsrecht.

¹⁰ Kamerstukken II 2017/18, 34 104, nr. 214.

Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

Verzekerden met een Wlz-indicatie met daarin opgenomen de grondslag psychische stoornis hebben recht op behandeling. Die behandeling kan de geneeskundige zorg zoals psychiaters en klinisch-psychologen die plegen te bieden omvatten. Dit wordt in artikel 3.1.1. eerste lid, onderdeel c, verduidelijkt. Deze behandeling krijgen ze ongeacht of ze verblijven in een instelling of thuis wonen.

Op het moment dat er vanwege de behandeling een klinische opname noodzakelijk is, wordt dit gefinancierd vanuit de Zvw. Met klinische opname wordt bedoeld dat verblijf direct noodzakelijk is vanwege de specialistische behandeling.

Het gaat bij deze specialistische behandeling dus niet om zorg als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel d, onder 2°, van de Wlz waarbij het gaat om verzekerden die geen grondslag psychische stoornis hebben. Zij hebben toegang gekregen tot de Wlz op basis van een andere grondslag. Op het moment dat deze verzekerden ook psychische problemen hebben én die problemen samenhangen met de grondslag op grond waarvan toegang tot de Wlz hebben gekregen, krijgen zij ook de behandeling voor de psychische problemen vergoed uit de Wlz. Voorwaarde is dan wel dat zij in een instelling verblijven. Indien de problemen niet samenhangen met de grondslag waarvoor zij zijn toegelaten tot de Wlz, wordt de behandeling voor de psychische stoornis vergoed uit de Zvw.

Onderdeel B

Artikel 3.2.1 van de Wlz wordt zodanig gewijzigd dat een verzekerde ook recht heeft op zorg op grond van de Wlz indien hij vanwege een psychische stoornis een blijvende behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

Deze wijziging geldt niet voor jeugdigen, omdat zij op grond van de Jeugdwet reeds jeugdhulp kunnen ontvangen, die onder meer kan bestaan uit zorg vanwege een psychische stoornis. Een jeugdige als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet heeft geen recht op zorg op grond van de Wlz indien vanwege de psychische stoornis de blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid bestaat. Het college van burgemeester en wethouders blijft gehouden een voorziening op grond van de Jeugdwet te treffen voor deze jeugdigen. In beginsel geldt dit voor jeugdigen tot achttien jaar. Maar voor een jongvolwassene die ten tijde van het begaan van het strafbaar feit de leeftijd van achttien jaren maar nog niet die van drieëntwintig jaren heeft bereikt, kan de rechter op grond van artikel 77c van het Wetboek van Strafrecht het jeugdstrafrecht toepassen. Indien die jongvolwassene in dat kader ook jeugdhulp ontvangt, valt dit onder de Jeugdwet en dat blijft met dit wetsvoorstel in stand. Daarom wordt met artikel I in het nieuwe zesde lid van artikel 3.2.1 van de Wlz geregeld dat deze wetswijziging niet geldt voor jeugdigen als bedoeld in de eerste twee onderdelen van de begripsomschrijving van «jeugdige» in de Jeugdwet.

Voor de volledigheid zij vermeld dat het begrip jeugdige in de Jeugdwet ook nog een derde onderdeel kent. In dat derde onderdeel is de zogeheten «doorloopregeling» opgenomen. Voor een aantal situaties zal de gemeenten voor jeugdigen tot drieëntwintig jaar nog jeugdhulpplichtig

zijn. Het gaat dan om situaties waarin vóór de achttiende verjaardag is bepaald dat de hulp noodzakelijk is, voor zover die jeugdhulp al vóór dat moment is gestart of jeugdhulp waarvan binnen een half jaar nadat de jeugdige achttien is geworden hervatting noodzakelijk is. Deze regeling geldt uitsluitend voor jeugdhulp die niet onder een ander wettelijk kader valt. Zoals uit artikel 1.2 van de Jeugdwet en de memorie van toelichting bij de Jeugdwet¹¹ blijkt, geldt de «doorlooptegeling» niet voor jeugdhulp die op grond van de Jeugdwet wordt verstrekt in verband met een psychische stoornis of een verstandelijke beperking vanaf de leeftijdsgrens van achttien jaar. Vanaf die leeftijd geldt immers dat voor dergelijke zorgbehoefte op grond van de Wmo 2015 of de Zvw een aanspraak op een voorziening of een recht op zorg bestaat.

Bij de inwerkingtreding van de onderhavige voorgestelde wijziging van de Wlz, kan ten behoeve van iemand vanaf achttien jaar een indicatie voor de Wlz worden aangevraagd, dan wel kan aanspraak gemaakt worden op een voorziening op grond van de Wmo 2015 of een vorm van zorg op grond van de Zvw. Bij de afbakening is uitgegaan van de huidige wetgeving met betrekking tot jeugdigen.

Artikel II

De beoogde datum van inwerkingtreding van artikel II van het wetsvoorstel is 1 januari 2020. Daarmee wordt geregeld dat het CIZ verzekerden op grond van de toevoeging van de grondslag psychische stoornis gaat indiceren gedurende 2020. Het recht op zorg op grond van de Wlz voor deze verzekerden gaat in op 1 januari 2021. De indicatiebesluiten van verzekerden die door het CIZ worden geïndiceerd gedurende 2020 gaan in per 1 januari 2021. Er is voorzien in een eerdere inwerkingtreding van artikel II van dit wetsvoorstel om een soepele overgang voor deze verzekerden mogelijk te maken door ze tijdig – voor het ontstaan van het recht op zorg op grond van de Wlz – te indiceren. Aangezien deze verzekerden op 1 januari 2021 recht krijgen op zorg op grond van de Wlz, behouden ze tot die datum hun recht op de maatwerkvoorziening op grond van de Wmo 2015 of zorg en overige diensten als bedoeld in de Zorgverzekeringswet. Het college kan een maatwerkvoorziening op grond van de Wmo 2015 niet weigeren op grond van artikel 2.3.5, zesde lid, van de Wmo 2015 omdat er nog geen recht op zorg op grond van de Wlz bestaat. In artikel 2.1 van het Besluit zorgverzekering is geregeld dat de zorgplicht van de zorgverzekeraar geen betrekking heeft op zorg en overige diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift. Aangezien zorg aan verzekerden die vanwege de grondslag psychische stoornis zijn geïndiceerd voor de Wlz niet in 2020 bekostigd kunnen worden op grond van de Wlz behouden deze verzekerden recht op zorg of overige diensten op grond van hun zorgverzekering.

Indien de verzekerde die in 2020 door het CIZ is geïndiceerd, voor recht op zorg op grond van de Wlz vanwege een psychische stoornis, in 2020 een maatwerkvoorziening op grond van de Wmo 2015 of zorg of overige diensten op grond van de Zorgverzekeringswet ontvangt, moet deze verzekerde zich in geval van wijziging van zijn zorgbehoefte in 2020 wenden tot het college van burgemeester en wethouders of zijn zorgverzekeraar. De verzekerde die in 2020 is geïndiceerd voor de Wlz en per 1 januari 2021 recht heeft op zorg op grond van de Wlz moet in geval van wijziging van zijn zorgbehoefte gedurende 2020 dit ook aangeven bij het CIZ, zodat het CIZ het indicatiebesluit kan herzien.

¹¹ Kamerstukken II 2012/13, 33 684, nr. 3, p. 121–122.

Artikel III

In het geval van verzekerden die geïndiceerd zijn door het CIZ voor recht op zorg op grond van de Wlz vanwege de grondslag psychische stoornis en al vóór 1 januari 2021 verbleven in een instelling of beschermd wonen als bedoeld in de Wmo 2015 zet de Wlz-uitvoerder zich in om ervoor te zorgen dat die verzekerde bij die aanbieder kan blijven verblijven. Aangezien verblijf op grond van de Wlz uitsluitend mogelijk is in een instelling zal de aanbieder van beschermd wonen – zoals de andere zorgbieders van verblijf op grond van de Wlz aanbieden – moeten voldoen aan de definitie van instelling op grond van de Wlz.

Artikel IV

Het ontstaan van een recht op zorg op grond van artikel 3.2.1 van de Wlz vanwege een psychische stoornis is een forse operatie. Er is veel in het werk gesteld om de overgang naar de Wlz soepel te laten verlopen. Tijdens de periode van indiceren kan blijken dat het nodig is om (snel) aanvullende regels te stellen om te voorkomen dat er verzekerden tussen wal en schip vallen. Daarvoor is een grondslag opgenomen in artikel IV. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot aanspraken, rechten en verplichtingen van de verzekerden die recht op zorg op grond van de Wlz verkrijgen vanwege een psychische stoornis.

Artikel V

De beoogde datum van inwerkingtreding van artikel I van dit wetsvoorstel is 1 januari 2021. Het recht op zorg op grond van de Wlz vanwege een psychische stoornis ontstaat daarmee met ingang van 1 januari 2021.

De beoogde datum van inwerkingtreding van de artikelen II, III en IV van dit wetsvoorstel is 1 januari 2020. Het CIZ zal gedurende het jaar 2020 beginnen met het indiceren van verzekerden waarvoor op grond van dit wetsvoorstel recht op zorg op grond van de Wlz ontstaat met ingang van 1 januari 2021. Verzekerden die in 2020 van het CIZ een indicatiebesluit ontvangen, kunnen hun recht op grond van de Wlz tot gelding brengen met ingang van 1 januari 2021.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
P. Blokhuis