

Positionering hulpmiddelenzorg in de Wlz

Implementatieplan

Auteurs

Dr. Patrick Jansen

Opdrachtgever

Lieset Jenneboer MSc

Kenmerk

Het ministerie van VWS

Publicatiedatum

LJ/21/1615/hulppos

© Bureau HHM

10 september 2021



Inhoud

Inleiding.....	3
1. Regelgeving en bestuurlijke afspraken.....	9
2. Verschuiving van financiële middelen.....	12
3. Bekostiging in de Wlz.....	14
4. Uitvoeringspraktijk.....	18
5. Voorlichting.....	22
6. Planning.....	24
Bijlage 1. Betrokken partijen.....	27

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) werkt aan een vereenvoudiging van de hulpmiddelenzorg aan Wlz-cliënten. Voorliggende notitie richt zich op de verandering in de hulpmiddelenzorg en de implementatiestappen die moeten worden ondernomen bij het invoeren van de voorkeursvariant, waarin alle Wlz-cliënten die in een zorginstelling wonen en de Wlz-cliënten met een volledig pakket thuis (vpt) de hulpmiddelen uit de Wlz ontvangen.

Inleiding

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) werkt aan een vereenvoudiging van de hulpmiddelenzorg aan Wlz-cliënten. Deze vereenvoudiging is onderdeel van een breder traject waarbij voor meerdere vormen van behandelen wordt gekeken vanuit welk wettelijk domein deze zorg het best kan worden geboden. De andere behandelvormen zijn mondzorg, medisch generalistische zorg, farmaceutische zorg, behandeling van een psychische stoornis en paramedische zorg. Wat er gaat veranderen is nog niet vastgesteld, dit kan verschillen per behandelvorm. Over de positionering van deze behandelvormen zal het volgende kabinet vermoedelijk een besluit nemen.

Dit besluit wordt momenteel door VWS voorbereid, waarbij in eerste instantie voor iedere behandelvorm afzonderlijk naar de meest wenselijke positionering wordt gekeken. Op basis van deze uitkomsten wordt vervolgens een integraal voorstel voor alle genoemde behandelvormen voorbereid in samenhang met eventuele wijzigingen van de positionering van (delen van) de ouderenzorg. De bedoeling is om de eventuele verandering van deze behandelvormen op hetzelfde moment in te voeren. De verwachting is dat dit implementatietraject ongeveer 2,5 jaar in beslag neemt (specifiek voor de hulpmiddelenzorg zijn in het laatste hoofdstuk van deze notitie de verschillende activiteiten samengevat in een globale planning).

Voorliggende notitie richt zich op de verandering in de hulpmiddelenzorg en dient als bouwsteen om hierover een definitief voorstel voor te bereiden. Op basis van een voorverkenning van het ministerie van VWS bij betrokkenen heeft VWS vooralsnog de volgende voorkeursvariant :

- Wlz-cliënten die in een zorginstelling wonen en de Wlz-cliënten met een volledig pakket thuis (vpt) ontvangen alle hulpmiddelen uit de Wlz;
- Voor de Wlz-cliënten met een persoonsgebonden budget (pgb) of een modulair pakket thuis (mpt) is de intentie om aan te blijven sluiten bij de hulpmiddelenzorg zoals die nu al geldt voor iedereen die thuis woont.

Vooralsnog is ervoor gekozen om de hulpmiddelenzorg voor cliënten met een vpt op dezelfde manier te organiseren als voor verblijfszorg, omdat er gelet op het wonen en de zorgverlening bij de vpt-clieñten veel samenhang is met de verblijfszorg. Momenteel hebben ongeveer 13.000 cliënten een vpt. Deze cliënten wonen als volgt:

- Bijna de helft (45%) woont in een zorginstelling die ook verblijfszorg aanbiedt;
- 32% van de vpt-clieñten woont met anderen in hetzelfde pand in de buurt van de zorginstelling die verantwoordelijk is voor de zorgverlening;
- 23% van vpt-clieñten woont individueel thuis.

Alle vpt-clieñten ontvangen hun zorg van één zorginstelling. Deze cliënten ontvangen, net als de cliënten met verblijf, hun zorg op basis van een integrale zorgvisie.

In figuur 1 geven wij deze voorgestelde veranderingen schematisch weer. De impact van deze verandering hebben we besproken met diverse partijen. Het overzicht van deze partijen is te vinden in bijlage 1. De uitkomsten daarvan zijn verwerkt in dit implementatie-plan. Voor de volledigheid is figuur 2 toegevoegd om aan te geven dat de situatie voor Wlz-clieñten met een pgb of een mpt niet verandert bij de beschreven voorkeursvariant.



Figuur 1. Verschuiving van type hulpmiddelen naar de Wlz

Huidige hulpmiddelenzorg voor Wlz-cliënten met een pgb en/of mpt				
	Zvw-hulpmiddelen die geen verband houden met de door de instelling gegeven zorg	Hulpmiddelen die verband houden met de door de instelling gegeven zorg	Mobiliteits-hulpmiddelen	Roerende voorzieningen
Voorbeelden	Auditieve en visuele hulpmiddelen	Verzorgingsmiddelen, orthesen	Rolstoel, aangepaste fiets en scootmobiel	Tillift, hoog-laagbed
Wlz-doelgroep	Alle Wlz-cliënten met mpt en/of pgb  	Alle Wlz-cliënten met mpt en/of pgb  	Alle Wlz-cliënten met mpt en/of pgb  	Alle Wlz-cliënten met mpt en/of pgb  
Blijft hetzelfde	 Zvw	 Zvw	 Wmo	 Zvw en Wmo

Figuur 2. Handhaving situatie voor Wlz-cliënten met mpt en/of pgb

Uit gesprekken met diverse partijen is gebleken dat er behoefte bestaat om te overwegen binnen de groep vpt-cliënten een onderscheid te maken. Zoals hierboven is aangegeven, bestaat in de praktijk een verschil tussen Wlz-cliënten met een vpt die geclusterd bij of in een instelling wonen en Wlz-cliënten met een vpt die niet geclusterd thuis wonen. Meerdere partijen hebben aangegeven dat voor deze laatste groep de beoogde verandering veel moeilijkheden met zich meebrengt, waardoor de verandering juist niet voor vereenvoudiging zorgt. Zij zien een oplossing in de opsplitsing in een groep die geclusterd woont en een groep die thuis woont, waarbij voor de geclusterde groep de hulpmiddelen onder de Wlz vallen en voor de groep die thuis woont niet. Hierbij noemen deze partijen onder andere de volgende argumenten:

- Mensen die geclusterd wonen, wonen vaak dicht bij een zorginstelling van waaruit de zorg geboden wordt. Het is in deze situatie praktisch om alle hulpmiddelen onder de Wlz onder

te brengen en te laten organiseren door de instelling. De instelling heeft goed zicht op de zorgsituaties in deze woningen waardoor het efficiënt is om hiervoor ook hulpmiddelen te organiseren. Voor een paramedicus vanuit de instelling is het dichtbij om hulpmiddelen aan te meten voor deze bewoners¹. Voor cliënten die gaan verhuizen naar een geclusterde vpt-setting is het logisch en acceptabel dat dit ook een verandering van de hulpmiddelenzorg met zich meebrengt.

- Voor mensen die thuis wonen is het niet logisch en niet praktisch om de hulpmiddelenzorg onder de Wlz te plaatsen. Als de zorg thuis bijvoorbeeld overgaat van de Zvw-wijkverpleging naar de Wlz-vpt en de cliënt in hetzelfde huis blijft wonen is het niet logisch dat de aanvraag en het onderhoud van hulpmiddelen in zo'n situatie gaat veranderen terwijl de woonsituatie exact hetzelfde blijft.
- Het hulpmiddel is vaak bedoeld om het eigen functioneren in de thuissituatie te verbeteren. Het is dan logisch dat dit via de Zvw/Wmo geregeld gaat worden, net zoals ieder ander die thuis woont.
- Het past niet bij de eigen regie van een cliënt en/of mantelzorgers bij een vpt thuis. Er verandert zorginhoudelijk weinig voor deze cliënten als ze een vpt krijgen, het is dan niet praktisch dat de cliënt de aanvraag voor een hulpmiddel moet overdragen aan een instelling. En als cliënten met een mpt of pgb de overstap willen maken naar een vpt en thuis willen blijven wonen, is het ook niet praktisch om de hulpmiddelen anders te organiseren (van Wmo naar Wlz).
- De instelling moet dan andere hulpmiddelen inkopen, dit geldt bijvoorbeeld voor een hoog/laag-bed en tillift. De instelling kan voor de eigen locaties vaak hetzelfde soort inkopen, maar omdat de thuissituatie per cliënt kan verschillen vraagt dit om maatwerk. Ook kan het gebruik van hulpmiddelen verschillen, omdat voor thuiswonenden dikwijls geldt dat zij nog meer mogelijkheden hebben om buitenshuis te zijn. De hulpmiddelen dienen hiervoor geschikt te zijn.

¹ In dit voorbeeld gaan we ervan uit dat de paramedische zorg onderdeel blijft van de Wlz. Dit is nog niet zeker, zoals is beschreven in de inleiding.

- Als de Wlz-cliënten die thuis wonen met een vpt hulpmiddelen nodig hebben, moet de paramedicus van de instelling naar de mensen in de wijk voor het aanmeten van de hulpmiddelen³. Hiervoor moeten ze dus meer op pad, wat meer tijd kost.
- Het aantal mensen met een vpt betreft nu misschien een relatief kleine groep, maar dit kan groter worden in de toekomst omdat langer thuis wonen wordt gestimuleerd.

Het opsplitsen van de groep vpt wordt echter niet door iedereen wenselijk gevonden, omdat er dan meer versplintering komt in de leveringsvormen. Hierbij worden de volgende argumenten genoemd:

- Zorg bij iemand thuis is identiek aan de zorg binnen een geclusterde setting; het enige verschil is dat cliënten verspreid wonen.
- Het is ingewikkeld om een helder en hanteerbaar onderscheid te maken tussen vpt-geclusterd-wonend en vpt-thuiswonend.
- Het geeft duidelijkheid naar iedereen als voor alle vpt-situaties hetzelfde regime geldt.
- Er is onduidelijkheid over de definities van thuis wonen en geclusterd wonen met een vpt. Er zijn bijvoorbeeld kleinschalige wooninitiatieven waar mensen geclusterd, maar niet dicht bij een zorginstelling wonen. Het kan ingewikkeld zijn om dit onderscheid goed te maken.

In het verlengde van het laatste punt hebben enkele partijen aangegeven om ook de hulpmiddelen voor cliënten met een mpt of pgb onder de Wlz te plaatsen, zodat het voor iedereen binnen de Wlz op dezelfde manier geregeld wordt.

Gezien de hoeveelheid reacties op de voorkeursvariant is het van belang dat het ministerie van VWS de voorkeursvariant heroverweegt en daarbij de argumenten die zijn gemaakt voor een onderscheid naar geclusterde en ongeclusterde vpt's meeweegt. Mogelijk is dit onderscheid ook een aandachtspunt bij de andere behandelvormen die nog moeten worden uitgewerkt.

Om te bekijken welke acties plaats moeten vinden om de voorgestelde verandering te realiseren, is een concept implementatieplan gemaakt². Dit plan is besproken met betrokken partijen in een aantal interviews, waarna het is aangevuld en verbeterd.

² Met het opstellen van een implementatieplan wordt invulling gegeven aan het voornemen uit de brief van de Kamer van 20 december 2019 om de uitvoeringsconsequenties van de voorkeursvariant in beeld te brengen.

In hoofdlijnen betreft het implementatieplan de volgende punten:

1. Regelgeving en bestuurlijke afspraken
2. Verschuiving van financiële middelen
3. Bekostiging in de Wlz
4. Uitvoeringspraktijk
5. Voorlichting

Deze stappen zijn hierna verder uitgewerkt.

Dit hoofdstuk beschrijft de veranderingen die nodig zijn op het gebied van de regelgeving en bestuurlijke afspraken als de voorkeursvariant wordt ingevoerd.

1. Regelgeving en bestuurlijke afspraken

Onderstaande tabel geeft voor de verschillende typen hulpmiddelen een overzicht van veranderingen die nodig zijn op het gebied van de regelgeving en bestuurlijke afspraken.

	Zw- hulpmiddelen	Hulpmiddelen die verband houden met de door de instelling gegeven zorg	Mobiliteits- hulpmiddelen	Roerende voorzieningen
<i>Voorbeelden:</i>	Auditieve en visuele hulpmiddelen	Verzorgingsmiddelen, orthesen	Rolstoel, aangepaste fiets en scootmobiel	Tillift, hoog- laagbed
(a) Wijziging Wlz- aanspraak	X	X	X	X
(b) Bestuurlijke afpraak			X	
(c) Wettelijk basis inzicht in leveringsvorm	X	X	X	X
(d) Protocollen voor verhuizing	X	X	X	

Tabel 1. Regelgeving en bestuurlijke afspraken

Het ministerie van VWS zal ervoor zorgen dat de regelgeving en bestuurlijke afspraken geregeld worden. De volgende punten worden in ieder geval uitgevoerd:

- a) Op basis van een juridische verkenning zal het ministerie van VWS de aanspraak op hulpmiddelen in de Wlz herzien. Het uitgangspunt in de Wlz blijft dat de cliënt recht heeft op een hulpmiddel dat bewezen effectief is en voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk³. Rekening dient te worden gehouden met een wetgevingstraject van minimaal 2,5 jaar. Zoals in de inleiding aangegeven, zal deze herziening van de Wlz worden gekoppeld aan andere wijzigingen van de Wlz. Als onderdeel van het wetgevingsproces zal een uitvoeringstoets bij het Zorginstituut worden gevraagd.
- b) Over mobiliteitshulpmiddelen dienen bestuurlijke afspraken te worden gemaakt tussen het ministerie van VWS, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN), dat gemeenten verantwoordelijk blijven voor het onderhoud en aanpassingen van mobiliteitshulpmiddelen die voor de wijzigingsdatum aan vpt-cliënten zijn geleverd. Dit is de meest cliëntvriendelijke oplossing die ook is gekozen bij de wijziging van verantwoordelijkheden voor mobiliteitshulpmiddelen voor Wlz-cliënten met verblijf zonder behandeling (sinds 1 januari 2020) en voor nieuwe GGZ-cliënten met verblijf in de Wlz (de GGZ-wonen-profielen sinds 1 januari 2021). Er kan bij de verschuiving dan ook gebruik worden gemaakt van deze eerdere ervaring waarbij zicht is wat wel/niet goed heeft gewerkt.
- c) Om te voorkomen dat leveranciers van hulpmiddelen onterecht hulpmiddelen vanuit de Zvw en Wmo verstrekken aan Wlz-cliënten, dienen zij voor levering bekend te zijn met de indicatie van de cliënt en de wijze waarop de Wlz-cliënt de zorg ontvangt (instellingszorg, vpt, mpt en/of pgb). Ook voor paramedici is deze informatie van belang voor het factureren van de hulpmiddelen. Tijdige registratie en duidelijkheid over de ingangsdatum zijn hierbij essentieel om alle werkzaamheden rondom de hulpmiddelenzorg vergoed te kunnen krijgen. De toegang tot deze informatie dient wettelijk te worden geregeld. De zorginstellingen hebben hierin ook een verantwoordelijkheid door te zorgen dat hun systemen op orde zijn en deze informatie kunnen aanleveren. Het is van belang dat deze

³ Bij visuele hulpmiddelen is geen wetenschappelijke literatuur aanwezig.

verandering tegelijk gebeurt met de wijziging van de Wlz-aanspraak (zie hiervoor punt a) of zelfs al eerder, zodat dit inzicht er is vanaf de start van de verandering.

- d) Er dient goed gekeken te worden naar de protocollen die garanderen dat de cliënt zijn individueel aangepaste hulpmiddel (zoals zijn rolstoel) bij verhuizing naar een instelling behoudt. Vooral voor hulpmiddelen die na de verschuiving nieuw zijn binnen de Wlz is dit van belang. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van het landelijk normenkader hulpmiddelen⁴. Ook is er een verhuisconvenant voor de verhuizing van Wmo-hulpmiddelen, die kan eventueel worden uitgebreid.

⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/01/31/landelijk-normenkader-hulpmiddelen>

Dit hoofdstuk beschrijft welke verschuivingen van financiële middelen plaats zullen vinden en de stappen die hierbij moeten worden ondernomen als de voorkeursvariant wordt ingevoerd.

2. Verschuiving van financiële middelen

Tabel 2 geeft voor de verschillende typen hulpmiddelen een overzicht van de verschuiving van financiële middelen.

	Zw- hulpmiddelen	Hulpmiddelen die verband houden met de door de instelling gegeven zorg	Mobiliteits- hulpmiddelen	Roerende voorzieningen
<i>Voorbeelden:</i>	Auditieve en visuele hulpmiddelen	Verzorgingsmid- delen, orthesen	Rolstoel, aangepaste fiets en scootmobiel	Tillift, hoog- laagbed
(a) Financiële middelen van Zw → Wlz	X	X		X
(b) Financiële middelen van Wmo → Wlz			X	X

Tabel 2. Verschuiving van financiële middelen

De verschuiving van verantwoordelijkheden leidt tot een verschuiving van financiële middelen tussen wettelijke domeinen. Het uitgangspunt is dat de uitgaven aan deze hulpmiddelen in de

Zvw en Wmo aan het Wlz-kader worden toegevoegd. Hieronder is globaal weergegeven welke verschuivingen aan de orde zijn:

- a) Van Zvw naar Wlz: Op basis van geactualiseerde cijfers van Vektis (over het Zvw-gebruik van hulpmiddelen (aard, omvang en uitgaven) door Wlz-verzekerden) maakt het ministerie van VWS een schatting van de omvang van de financiële verschuiving van de Zvw naar de Wlz. Bij het in kaart brengen van de financiële verschuiving verdient het volgende aspect specifiek aandacht:
 - Auditieve en visuele hulpmiddelen en verbandmiddelen worden momenteel deels of helemaal door de cliënt betaald. Bepaald dient te worden hoe hier binnen de Wlz mee wordt omgegaan. Vooralsnog is het uitgangspunt dat alleen de auditieve en visuele hulpmiddelen die nu worden vergoed door de Zvw naar de Wlz verschuiven, en er geen aanvullende eigen bijdragen gaan gelden voor specifieke hulpmiddelen in de Wlz.
- b) Van Wmo naar Wlz: Op een nog nader vast te stellen manier brengen het ministerie van VWS en de VNG de omvang van deze verschuiving in beeld. De omvang van de verschuiving wordt uitgewerkt nadat het kabinet hierover een besluit genomen heeft.

Dit hoofdstuk beschrijft de verandering ten aanzien van de bekostiging van de hulpmiddelenzorg als de voorkeursvariant wordt ingevoerd.

3. Bekostiging in de Wlz

Tabel 3 geeft voor de verschillende typen hulpmiddelen een overzicht van de verandering ten aanzien van de bekostiging van de hulpmiddelenzorg.

	Zw-hulpmiddelen	Hulpmiddelen die verband houden met de door de instelling gegeven zorg	Mobiliteits-hulpmiddelen	Roerende voorzieningen
<i>Voorbeelden:</i>	Auditieve en visuele hulpmiddelen	Verzorgingsmiddelen, orthesen	Rolstoel, aangepaste fiets en scootmobiel	Tillift, hooglaagbed
(a) Wlz-bekostigingsregels		X		X
(b) Wlz-bekostiging paramedische zorg		X	X	
(c) Extra beheerskosten zorgkantoren	X	X	X	X
(d) Financiële impact Wlz en Zw	X	X	X	X
(e) Bovenbudgettair kader	X	X	X	

Tabel 3. Bekostiging van hulpmiddelen in de Wlz aanpassen

Op dit moment worden in de Wlz hulpmiddelen op de volgende twee manieren verstrekt:

- Via **zorginstellingen** en gefinancierd vanuit het instellingsbudget. Dit betreft veel verschillende gebruiks- en verbruikshulpmiddelen: verzorgingsmiddelen (vooral incontinentiemateriaal, injectienaalden en katheters), diabeteshulpmiddelen, hulpmiddelen bij ademhaling, hulpmiddelen bij voeding, hulpmiddelen bij behandeling, communicatiehulpmiddelen (eenvoudig) en visuele hulpmiddelen (eenvoudig). Daarnaast worden ook de roerende voorzieningen vanuit het instellingsbudget verstrekt.
- Via **zorgkantoren**, dit wordt landelijk gefinancierd en zoveel mogelijk uniform uitgevoerd vanuit een aparte beleidsregel (buiten de Wlz-contracteerruimte, bovenbudgettair). Dit betreft persoonsgebonden hulpmiddelen (meestal op maat gemaakt) waarbij degene die indiceert vanuit de zorginstelling een belangrijke rol speelt (deze indiceert functioneringsgericht, vraagt aan en oefent met de cliënt), zoals mobiliteitshulpmiddelen, orthesen en schoenvoorzieningen, prothese (arm en been), communicatie-hulpmiddelen (complex) en omgevingsbesturing.

De NZa is verantwoordelijk voor de bekostiging van zorg binnen de Wlz en Zw. Het ministerie van VWS zal de NZa om een uitvoeringstoets vragen om te komen tot een financieringssystematiek van de hulpmiddelenzorg die de doelmatigheid van de hulpmiddelenzorg bevordert en de financiële impact te bepalen. Dit kan aanleiding zijn om sommige hulpmiddelen op een andere manier te bekostigen.

Binnen voorliggend implementatieplan is ervan uitgegaan dat de bovengenoemde hulpmiddelen in de Wlz op dezelfde manier worden bekostigd en dat de hulpmiddelen die nieuw aan de Wlz worden toegevoegd (zoals de auditieve en visuele hulpmiddelen) niet vanuit het instellingsbudget worden bekostigd, maar bovenbudgettair. Het is aan de NZa om te bepalen of deze bekostiging in de nieuwe constellatie nog steeds passend is. Partijen geven aan dat auditieve en visuele hulpmiddelen vaak lang meegaan, waardoor het gezien de verblijfsduur van cliënten in een verpleeghuis (<3 jaar) logischer is om de inkoop via de zorgkantoren te laten verlopen (zodat instellingen voor die uitzonderlijke situaties geen

contractafspraken hoeven te maken). Zij kunnen met geschikte audiciens en opticiens contractafspraken maken, zodat keuzevrijheid en toegankelijkheid voor cliënten wordt behouden. Dit argument geldt voornamelijk voor de ouderenzorg, cliënten in de gehandicaptenzorg verblijven vaak wel langer in een instelling. Zij gebruiken ook auditieve en visuele hulpmiddelen. Er dient bekeken te worden wat de meest geschikte manier is om dit voor alle cliënten op een passende manier in te vullen.

Met betrekking tot de bekostiging in de Wlz zijn in ieder geval de volgende zaken van belang:

- a) Het aanpassen van de maximum zzp-tarieven voor verblijf zonder behandeling en vpt⁵ (bij beide vanwege hulpmiddelen die verband houden met de door de instelling gegeven zorg, en alleen bij vpt ook voor roerende voorzieningen).
 - ➔ Dit vraagt om een helder beeld van de kosten van de hulpmiddelen. De ervaring leert dat zorginstellingen niet goed kunnen inschatten hoeveel geld ze kwijt zijn aan hulpmiddelen. Dit vergt een goede analyse van gegevens van zorgverzekeraars, leveranciers en zorginstellingen.
- b) Afstemming met de Wlz-bekostiging van de paramedische zorg. De paramedische zorg hangt nauw samen met de hulpmiddelenzorg, omdat paramedici de hulpmiddelen aanmeten en oefenen bij cliënten. Zoals beschreven in de inleiding is paramedische zorg één van de behandelvormen waarvoor het ministerie van VWS een apart traject heeft uitgezet in het kader van de positionering binnen de Wlz. Er is momenteel nog geen voorkeursoptie voor het positioneren van de paramedische zorg⁶. Partijen benoemen dat het belangrijk is dat de kwaliteit van de paramedische zorg gewaarborgd blijft.
- c) Voor de beheerskosten van de zorgkantoren is het van belang dat zorgkantoren het volgende in beeld brengen:
 - de omvang van de kosten voor het voorbereiden van de implementatie;
 - de structurele extra kosten die gemoeid zijn met het uitvoeren van de extra taken (meer hulpmiddelen, grotere doelgroep).
- d) De financiële impact voor de Wlz en de Zvw wordt berekend.

⁵ Omdat voor het mpt niets verandert bij de beschreven voorkeursvariant is ervan uitgegaan dat de mpt-tarieven niet hoeven te worden aangepast.

⁶ In principe is het mogelijk om de paramedici en de hulpmiddelen in verschillende stelsels te positioneren. Uit de uitgevoerde verkenning met veldpartijen is naar voren gekomen dat dit geen wenselijke oplossing is.

- e) Het budget van het bovenbudgettair kader dient te worden aangepast in lijn met de uitbreiding van de aanspraak op de beleidsregel Wlz. De NZa brengt hierover een advies uit aan het ministerie van VWS als onderdeel van de uitvoeringstoets.

Dit hoofdstuk beschrijft de veranderingen voor de uitvoeringspraktijk als de voorkeursvariant wordt ingevoerd.

4. Uitvoeringspraktijk

Tabel 4 geeft voor de verschillende typen hulpmiddelen een overzicht van de veranderingen voor de uitvoeringspraktijk.

	Zw- hulpmiddelen	Hulpmiddelen die verband houden met de door de instelling gegeven zorg	Mobiliteits- hulpmiddelen	Roerende voorzieningen
<i>Voorbeelden:</i>	Auditieve en visuele hulpmiddelen	Verzorgingsmid- delen, orthesen	Rolstoel, aangepaste fiets en scootmobiel	Tillift, hoog- laagbed
(a) Zorgkantoren	X	X	X	
(b) Zorginstellingen	X	X	X	X
(c) Leveranciers hulpmiddelen	X	X	X	X
(d) Gemeenten			X	X

Tabel 4. Uitvoeringspraktijk voor betrokken partijen

Het uitgangspunt van de hulpmiddelenzorg in de Wlz is en blijft het functioneringsgericht indiceren. Gezien de uitbreiding met vpt-cliënten is het van belang dat bij het aanmeten van hulpmiddelen ook oog is voor participatie. Partijen geven aan dat vpt-cliënten over het algemeen meer participeren in de maatschappij dan cliënten die zorg in natura met verblijf ontvangen. Vanuit het perspectief van het functioneren, de hulpvraag en participatie dienen de

benodigde functie-eisen en producteigenschappen van het hulpmiddel te worden vastgesteld, zodat de cliënt het meest adequate hulpmiddel krijgt, passend bij de omstandigheden die het functioneringsprobleem, therapie- en participatiebehoefte van de cliënt bepalen. Met het uitgangspunt "eenvoudig (goedkoop) waar het kan, complex (duurder) waar nodig" wordt de doelmatigheid gewaarborgd. Het is van belang dat hulpmiddelen worden verstrekt volgens de normen in het generieke kwaliteitskader hulpmiddelenzorg. Bij auditieve en visuele hulpmiddelen gelden strenge eisen voor de kwaliteit van het hulpmiddel. Het is van belang dat deze eisen gehandhaafd worden bij overdracht naar de Wlz.

Het is voor cliënten van belang om een hulpmiddel te kunnen behouden als deze naar de Wlz gaat. Dit kan bijvoorbeeld door middel van uit-faseren, zo is het eerder bij de overgang van mobiliteitshulpmiddelen in 2020 ook gegaan. Hulpmiddelen blijven dan net zo lang onder de Wmo vallen totdat ze niet meer bruikbaar zijn. Overige hulpmiddelen zoals roerende voorzieningen kunnen worden overgenomen door de zorginstellingen of worden vervangen indien nodig. Bij auditieve en visuele hulpmiddelen is het ook van belang dat het hulpmiddel wordt onderhouden vanuit de Zw totdat het moet worden vervangen.

In de uitvoering gaat er voor organisaties het nodige veranderen als de verschuiving naar de Wlz plaatsvindt. Het is belangrijk om goed inzichtelijk te hebben wie waar verantwoordelijk voor is (voor aanvraag, onderhoud en vervanging). Hier dienen partijen over in gesprek te gaan met elkaar. Ook is het belangrijk dat het helder is waar partijen terecht kunnen voor vragen.

Daarnaast zijn kwaliteitskaders een belangrijk punt. Er zijn al kwaliteitskaders voor de Wlz, waarbij verschillende partijen hebben aangegeven om ook aan te sluiten bij de kwaliteitsstandaarden van de Zw. Het is volgens deze partijen van belang dat de kwaliteitsstandaarden vanuit de Zw worden meegenomen, omdat deze standaarden het resultaat zijn van een zorgvuldig proces van vier jaar. In het kader van de verschuiving is het van belang dat alle partijen gezamenlijk gaan onderzoeken welke impact deze kwaliteitsstandaarden hebben voor alle partijen, wat de meerwaarde is en wat er moet gebeuren om dit te realiseren (denk bijvoorbeeld aan extra administratieve lasten en

regeldruk). Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de ervaringen die de vereniging spierziekten en dwarslaesieverenigingen hier al over hebben opgehaald.

Bij zorgkantoren, zorginstellingen, leveranciers en gemeenten dient in ieder geval het volgende te gebeuren:

a) Zorgkantoren:

- Het opstellen van een landelijk beoordelingskader voor nieuwe hulpmiddelen vanuit de Zvw;
 - ➔ Het beoordelingskader van de Zvw kan hiervoor als basis worden gebruikt en worden aangepast/vertaald naar de Wlz.
- Het met andere partijen vaststellen van de kwaliteitsstandaarden en toezien dat zorginstellingen volgens de landelijke kwaliteitsstandaarden werken;
 - ➔ Veel partijen geven aan dat het de voorkeur heeft dat zorgkantoren de regie hebben bij de hulpmiddelenzorg, zodat ze het overzicht houden. Door voor de nieuwe hulpmiddelen in de Wlz routes uit te werken is voor zorginstellingen helder hoe ze moeten acteren. Hiervoor is binnen het zorgkantoor wel meer capaciteit nodig.
 - ➔ Zorgkantoren sluiten contracten af met audiciens en opticiens voor het aanmeten van auditieve en visuele hulpmiddelen. Het ligt voor de hand dat dit op dezelfde wijze gebeurt als hoe het nu gaat in de Zvw.
- Het aanpassen van de ICT-systemen (o.a. Zorginfo).
- Het contracteren van nieuwe hulpmiddelenleveranciers.

b) Zorginstellingen:

Voor de meeste zorginstellingen (80%) blijft de verandering beperkt, omdat zij verblijfszorg met behandeling of in combinatie zonder behandeling aanbieden. Deze zorginstellingen gaan voor meer cliënten dezelfde hulpmiddelen inkopen. Voor de overige zorginstellingen (circa 20%) die alleen verblijfszorg zonder behandeling aanbieden is de verandering groter, omdat ze hulpmiddelen moeten gaan inkopen. Het is van belang om goed te onderzoeken hoeveel begeleiding deze zorginstellingen nodig hebben. Het is goed als deze partijen gaan samenwerken met zorginstellingen die hier al ervaring mee hebben. Taken die hierbij horen zijn:

- Nieuwe contracten afsluiten of bestaande contracten uitbreiden voor hulpmiddelen die vanuit het instellingsbudget worden verstrekt.
 - ➔ Het kan voor zorginstellingen, vooral als ze klein zijn, lastig zijn om contracten te sluiten in verband met inkoopmacht van bepaalde leveranciers. Een mogelijke consequentie hiervan kan zijn dat ze maar met 1 leverancier een contract afsluiten, wat de keuzemogelijkheden voor cliënten erg beperkt. Een mogelijkheid om dit probleem op te lossen is dat zorginstellingen gaan samenwerken bij de zorginkoop.
 - Het met andere partijen vaststellen van de kwaliteitsstandaarden en werken volgens deze landelijke kwaliteitsstandaarden.
 - ➔ Partijen dienen genoeg tijd te krijgen om deze standaarden te implementeren voorafgaand aan de daadwerkelijke verandering, zodat het vanaf de start soepel verloopt.
 - Zo nodig contracten afsluiten met ergotherapeuten en/of fysiotherapeuten (afhankelijk van hoe de paramedische zorg wordt ingericht).
- c) Leveranciers:
- Afhankelijk van het hulpmiddel een contract afsluiten met de zorginstelling of het zorgkantoor;
 - ➔ Hier dient een goede procedure voor te komen, zodat bijvoorbeeld duidelijk is wie hier het initiatief in neemt.
 - ➔ Voorkomen dient te worden dat cliënten geen hulpmiddelen meer krijgen omdat op het moment van de wijzigingen geen contract tot stand is gekomen.
 - Inzicht krijgen in de leveringsvorm van de Wlz-cliënt.
- d) Gemeenten:
- Ze gaan geen mobiliteitshulpmiddelen en roerende voorzieningen meer verstrekken aan cliënten met een Wlz-indicatie met de leveringsvorm vpt.
 - Ze blijven voor een aantal van deze Wlz-cliënten wel verantwoordelijk voor het onderhoud van de hulpmiddelen tot het moment waarop het hulpmiddel (dat onder de Wmo is verstrekt) wordt vervangen

Dit hoofdstuk beschrijft de voorlichting die door VWS, zorgkantoren, zorgverzekeraars en de NZa moet worden gegeven als de voorkeursvariant wordt ingevoerd.

5. Voorlichting

Tabel 5 geeft voor de verschillende typen hulpmiddelen een overzicht van de partijen die door VWS, zorgkantoren, zorgverzekeraars en NZa worden geïnformeerd over de verschuiving.

	Zw- hulpmiddelen	Hulpmiddelen die verband houden met de door de instelling gegeven zorg	Mobiliteits- hulpmiddelen	Roerende voorzieningen
<i>Voorbeelden:</i>	Auditieve en visuele hulpmiddelen	Verzorgingsmid- delen, orthesen	Rolstoel, aangepaste fiets en scootmobiel	Tillift, hoog- laagbed
(a) Burgers/Wlz-cliënten	X	X	X	X
(b) Zorginstellingen	X	X	X	X
(c) Paramedici	X	X	X	X
(d) Gemeenten	X	X	X	X
(e) Leveranciers	X	X	X	X

Tabel 5. Voorlichting voor betrokken partijen

Verschillende partijen moeten tijdig worden voorgelicht over de veranderingen die plaats gaan vinden. Ook is het van belang om te communiceren waar partijen terecht kunnen als het niet

goed gaat en hoe deze klachtenprocedure eruit ziet⁷. Herhaling is hierbij van groot belang, zodat iedereen goed geïnformeerd wordt. Het organiseren van webinars kan hier ook bij helpen. Verder is het van belang dat iedereen na de ingang van de regeling ook nog geïnformeerd wordt en dat ze ergens terecht kunnen met hun vragen. Per doelgroep moeten hiervoor de volgende acties worden ondernomen die met alle betrokken partijen gezamenlijk worden voorbereid:

- a) Publieksinformatie verstrekken aan burgers, cliënten, budgethouders en cliëntondersteuners via www.informatielangdurigezorg.nl en via websites van verschillende cliëntenorganisaties, het Juiste Loket en andere betrokken partijen zoals het Zorginstituut⁸, Alzheimer-cafés en steunpunten mantelzorg. Daarnaast is het van belang dat zorgverzekeraars hun verzekerden informeren. Het is van belang dat dit niet alleen digitaal gebeurt, aangezien de Wlz-doelgroep hier niet allemaal goed bekend mee is.
- b) Zorginstellingen informeren via hun brancheorganisatie en brieven van de zorgkantoren, leveranciers en NZa.
 - ➔ Aanbieders dienen tijdig op de hoogte te zijn, zodat ze genoeg tijd hebben om hun eigen organisatie in te richten. Vooral bij kleine aanbieders is goede communicatie van belang, omdat zij vaak weinig beleidscapaciteit hebben om alles te volgen.
 - ➔ Niet iedere zorginstelling is aangesloten bij een brancheorganisatie, zeker de kleine niet. Daarom is het belangrijk dat de informatievoorziening ook via zorgkantoren, of leveranciers verloopt.
- c) Paramedici informeren via hun brancheorganisatie en via voorlichtingsbijeenkomsten van zorgkantoren over de toegang tot het Wlz-aanvraagstelsel.
- d) Gemeenten informeren via een ledenbrief van de VNG.
- e) Leveranciers, audiciens en opticiens informeren vanuit hun brancheorganisaties en zorgverzekeraars.

⁷ In de Zvw is dit via de SKGZ goed geregeld

⁸ Basisinformatie op de website waar veel partijen die cliënten ondersteunen gebruik van maken

Dit hoofdstuk beschrijft een globale en indicatieve planning van de hiervoor beschreven activiteiten als de voorkeursvariant wordt ingevoerd.

6. Planning

In tabel 6 is een globale en indicatieve planning opgesteld van de doorlooptijd voor de hiervoor beschreven activiteiten uit dit implementatieplan. De verwachting is dat dit traject in totaal 2,5 jaar in beslag neemt. Voor de bekostiging van de Wlz is het belangrijk dat op 1 juli voorafgaande aan het nieuwe jaar de beleidsregels bekend zijn. Als deze datum niet wordt gehaald zal de implementatie nog een 1 jaar extra in beslag nemen. Omdat nog onbekend is wanneer het kabinetsbesluit zal zijn over de vijf behandelvormen (zie inleiding), is met getallen het aantal maanden weergegeven. De pijltjes geven de periode voor en na deze maanden aan. Als het kabinetsbesluit wordt genomen zal nog een integrale planning worden gemaakt voor alle behandelvormen.

Activiteiten	Maanden										
	←	1-3	4-6	7-9	10-12	13-15	16-18	19-21	22-24	25-30	→
Kabinetsbesluit											
Invoering verandering											
Uitvoeringstoets NZa											
1. Regelgeving en bestuurlijke afspraken											
(a) Wijziging Wlz-aanspraak ⁹											
(b) Bestuurlijke afspraak											
(c) Wettelijk basis inzicht in leveringsvorm											
(d) Protocollen voor verhuizing											
2. Verschuiving van financiële middelen											
(a) Inzicht financiële middelen van Zw → Wlz											
(b) Inzicht financiële middelen van Wmo → Wlz											
3. Bekostiging in de Wlz¹⁰											
(a) Wlz-bekostigingsregels											
(b) Wlz-bekostiging paramedische zorg											
(c) Extra beheerskosten zorgkantoren											
(d) Financiële impact Wlz en Zw											
(e) Bovenbudgettair kader											

⁹ Waaronder een uitvoeringstoets door het Zorginstituut, dit is een onderdeel van het wetgevingsproces

¹⁰ Deze punten bij bekostiging (a, b, d en e) dienen op 1 juli voorafgaande aan het jaar van invoering bekend te zijn

Activiteiten	Maanden										
	←	1-3	4-6	7-9	10-12	13-15	16-18	19-21	22-24	25-30	→
4. Uitvoeringspraktijk											
Kwaliteitsstandaarden											
(a) Zorgkantoren											
(b) Zorginstellingen											
(c) Leveranciers hulpmiddelen											
(d) Gemeenten											
5. Voorlichting											
(a) Burgers/Wlz-cliënten											
(b) Zorginstellingen											
(c) Paramedici											
(d) Gemeenten											
(e) Leveranciers											

Tabel 6. Planning van de doorlooptijd van de verschillende stappen uit het implementatieplan

Bijlage 1. Betrokken partijen

Op basis van gesprekken met personen van onderstaande partijen is het implementatieplan tot stand gekomen:

- ActiZ
- CZ Groep
- Ergotherapie Nederland
- Federatie van technologiebranches (FHI)
- Firevaned
- Ieder(in)
- Nederlands Technisch Advies College (NTAC)
- Nederlandse Unie van Optiekbedrijven (NUVO)
- Nederlandse Vereniging van Audicienbedrijven (NVAB)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)
- Patiëntenfederatie Nederland
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
- Coöperatie VGZ
- Zilveren Kruis
- Zorgverzekeraars Nederland
- Zorgplan