

Wet van
houdende 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

Wij Willem-Alexander, bij de gratie Gods, Koning der Nederlanden, Prins van
Oranje-Nassau, enz., enz., enz.

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen te weten:

Alzo, Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is toegang tot de Wet langdurige zorg
te bieden aan mensen die vanwege een psychische stoornis blijvend behoefte hebben aan
permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid;

Zo is het, dat Wij, de Afdeling advisering van de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg
der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij
deze:

ARTIKEL I

Artikel 3.2.1 van de Wet langdurige zorg wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt na 'een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking'
ingevoegd: , een psychische stoornis.
2. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:
6. In afwijking van het eerste lid heeft een jeugdige als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet
geen recht op zorg indien hij vanwege een psychische stoornis een blijvende behoefte heeft aan
permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid als bedoeld in het eerste lid, onder a en
b.

ARTIKEL II

1. Het CIZ stelt voorafgaand aan 1 januari 2021 op aanvraag het recht op zorg vast van de
verzekerde die vanwege een psychische stoornis overeenkomstig artikel 3.2.1, eerste lid, van de
Wet langdurige zorg, zoals dat artikel komt te luiden na het tijdstip van inwerkingtreding van
artikel I van deze wet, is aangewezen op zorg.
2. Het CIZ stelt het recht op zorg, bedoeld in het eerste lid, vast in een indicatiebesluit als bedoeld
in artikel 3.2.3 van de Wet langdurige zorg waarvan de geldigheidsduur ingaat op 1 januari 2021.

ARTIKEL III

Indien een verzekerde ervoor kiest de zorg op grond van het indicatiebesluit als bedoeld in artikel
II, tweede lid, tot gelding te brengen met verblijf in een instelling, en hij voor 1 januari 2021 reeds
in een dergelijke instelling verblijft, spant de Wlz-uitvoerder zich ervoor in dat de verzekerde het
verblijf in deze instelling kan voortzetten.

ARTIKEL IV

Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld ten aanzien van aanspraken, rechten
en verplichtingen van verzekerden waarvan het CIZ vaststelt dat zij vanwege een psychische
stoornis overeenkomstig artikel 3.2.1, eerste lid, van de Wet langdurige zorg zijn aangewezen op

zorg.

ARTIKEL V

Deze wet treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld.

Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren die zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Artikelsgewijze toelichting (concept)

Artikel I

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. 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.

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 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.

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, vaak beschermd wonen als bedoeld in de Wmo 2015, zet de Wlz-uitvoerder zich in om ervoor te zorgen dat die verzekerde in die instelling kan blijven verblijven.

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 V. 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.

Memorie van toelichting (concept)

Doelstelling van dit wetsvoorstel

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.

1. Inleiding

Door de grondslag psychische stoornis toe te voegen aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz kunnen mensen met een psychische stoornis in meer gevallen dan nu een beroep doen op zorg vanuit de Wlz. Door wijziging van 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 doel van dit wetsvoorstel is om mensen met een psychische stoornis die voldoen aan de Wlz-toegangscriteria niet anders te benaderen 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. Een cliënt met een (licht) verstandelijke handicap en een psychische stoornis kan op basis van zijn (licht) verstandelijke handicap soms geen toegang tot de Wlz krijgen, terwijl als de psychische stoornis ook bij de indicatie zou worden betrokken toegang tot de Wlz wel mogelijk is. Daarbij is het in de huidige situatie lastig om te beoordelen of problemen voortkomen uit de psychische stoornis of een andere aandoening of beperking. Dit kan als gevolg hebben dat het CIZ de Wlz aanvraag afwijst, omdat zij beoordeelt dat de psychische problemen dominant zijn. Gemeenten en zorgverzekeraars kunnen passief reageren, omdat zij vinden dat de cliënt ook niet onder hun verantwoordelijkheid valt en daarom niet in hun domein thuishoort. Dit is onwenselijk voor de cliënt en belemmert bovendien ook het totstandkomen van nieuw en geschikt aanbod voor cliënten met als gevolg dat voor een aantal cliënten geen geschikte plek te vinden is (plaatsingsproblematiek).

Cliëntenorganisaties geven aan dat in beschermd wonen veel nadruk wordt gelegd op herstel en sociale participatie. Een cliënt wordt geacht zo snel als mogelijk door te stromen naar een zelfstandige woning. Dit is een goed streven, maar voor sommige cliënten met een psychische stoornis niet haalbaar. Om met enige regelmaat in gesprek te moeten over de (on) mogelijkheid om zelfstandig te kunnen participeren, brengt veel onrust met zich mee terwijl deze cliënten juist behoefte hebben aan zekerheid en stabiliteit. Door de toegang tot de Wlz voor deze cliënten mogelijk te maken, kan ook beter passende langdurige zorg worden geregeld die bijdraagt aan een stabiele situatie voor de cliënt.

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 Zorgverzekeringswet (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 gezien 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" 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 die op veel levensdomeinen onvoldoende of geen regie hebben, in hun dagelijks functioneren onvoldoende of geen probleemoplossend vermogen hebben en/of hun hulpvraag niet (kunnen) stellen. De ziektebeelden zijn divers. Het kan gaan om iemand met schizofrenie, autisme, een klassiek psychiatrisch patiënt, combinaties van een psychische stoornis met bijvoorbeeld een (licht) verstandelijke beperking of specifieke ziektes/syndromen als Huntington, Korsakov of gerontopsychiatrie. Het psychiatrische ziektebeeld kan stabiel zijn, maar ook zeer fluctueren. Vaak is er bij deze mensen sprake van verschillende aandoeningen (multiproblematiek) en/of een verminderd cognitief vermogen, al dan niet als gevolg van langdurig medicijngebruik en/of verslaving.

Jeugdigen met psychische problematiek

Bij het ontwerpen van dit wetsvoorstel heeft de regering afgewogen of jeugdigen met psychische problematiek die voldoen aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz onder de Wlz moeten gaan vallen. Bij deze afweging stond de vraag centraal vanuit welk wettelijk regime de jeugdige de meest passende zorg en/of ondersteuning kan krijgen. De regering heeft ervoor gekozen om geen verandering aan te brengen voor jeugdigen met psychische problematiek die voldoen aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz. De jeugdige is namelijk het meest gebaat bij nabije (vanuit de gemeente georganiseerde) integrale jeugdhulp, zowel voor hemzelf als voor het gezin. Door deze hulp vanuit de Jeugdwet te organiseren, kan beter worden gewerkt

¹ Kamerstukken II, 2013/2014, 30 597, nr. 397

vanuit de gedachte '1 gezin, 1 plan'. Ook is in de Jeugdwet de verbinding mogelijk tussen alle vormen van jeugdhulp, zoals opvoedondersteuning en is zo meer aandacht voor de ontwikkeling van het kind mogelijk. Door de gemeente verantwoordelijk te houden voor de gehele keten van jeugdhulp, kan de samenwerking tussen partijen verbeteren en wordt integrale hulp op maat ook voor deze kwetsbare groep beter mogelijk. Ook belangrijk is dat hiermee wordt ingezet op zelfmanagement en eigen kracht, preventieve ggz en lichtere vormen van zorg en ondersteuning waar mogelijk.

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 voortvloeit.

Het CIZ 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 (eventuele) diagnose(s), de behandelsgeschiedenis, 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 voortvloeiende 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 vervalt.

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 Wlz.²

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

² KamerstukkenII, 2013/2014, 33 891, nr. 3

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-cliënten 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 budgetplanbespreking 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.

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. 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 bedoeld in artikel 3.2.1 van de Wlz. Zij krijgen dan een indicatie voor onbepaalde duur.

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 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.

Om de consequenties voor de risicoverevening in de Zvw in kaart te kunnen brengen, 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 verzekerdeniveau. Daarom wordt 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 of toegang tot de Wlz omdat hij voldoet aan de zorginhoudelijke toegangscriteria of omdat hij is aangewezen op 'voortgezet verblijf'.

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.

Als de consequenties voor de risicoverevening in de Zvw bekend zijn, wordt een besluit genomen over het al dan niet behouden van het driejaarscriterium. Aandachtspunt hierbij is dat het basispakket 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).

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 tandzorg. 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 overeenkomst 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 zorg³ een integraal pakket ontvangen vanuit de Wlz, inclusief algemeen geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en tandheelkunde. 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, 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 is 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.

7. Leveringsvormen

³ Van institutionele zorg is volgens het Zorginstituut sprake bij verblijf in een instelling of bij geclusterde zorg met een volledig pakket thuis (VPT).

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 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, ligt het voor de hand dat het besluit wordt 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.

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 momenteel circa 8.500 cliënten voldoen aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz. Hiervan gebruiken momenteel circa 7.000 cliënten zorg in natura en circa 1.500 cliënten een persoonsgebonden budget.

Indien het CIZ cliënten een Wlz-indicatie verstrekt, kunnen deze cliënten per 2021 deze indicatie 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. Er is afgesproken om op drie momenten te bezien of de bedragen moeten worden bijgesteld als de realisatiecijfers blijken af te wijken van de raming. Het eerste moment vindt eind 2020 plaats op basis van indicatiecijfers van het CIZ. Het tweede en derde moment is respectievelijk mei 2021 en mei 2022.

In de Zvw zitten circa 750 cliënten die naar verwachting 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 8.500 cliënten beschermd wonen die overgaan naar de Wlz ontvangen nu nog specifieke behandeling vanuit de Zvw. De kosten van deze specifieke behandeling zullen ook onder het Wlz-kader gaan 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. Ook de overheveling vanuit de Zvw kan nog op drie momenten gecorrigeerd worden⁴.

Momenteel zijn er ook circa 5.000 cliënten met een psychische stoornis die hun zorg uit de Wlz krijgen op grond van voortgezet verblijf (zie ook paragraaf 5). Hiervoor is beschreven dat 'voortgezet verblijf' voorlopig nog in stand blijft. Dit betekent dat cliënten waarvan (nog) niet vaststaat dat zij voldoen aan de zorginhoudelijke criteria van de Wlz, voorlopig nog aanspraak kunnen maken op de Wlz op grond van voortgezet verblijf na drie jaar behandeling met verblijf in de Zvw. Hiervoor hoeven voorlopig dus geen middelen overgeheveld te worden tussen de domeinen.

Uit het bovenstaande 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 momenteel dezelfde tarieven worden gehanteerd als in de Zvw voor deze groep. De geraamde kosten in de Wlz voor deze groep zijn dus ook € 130 miljoen. 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 oploop is dat verondersteld wordt dat de instellingen zich geleidelijk zullen aanpassen aan een toenemende vraag naar dagbesteding. Omdat de geraamde overheveling vanuit de Wlz € 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.

De financiële effecten zijn samengevat in tabel 1.

⁴ 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-clieënten naar de Wlz (ten opzichte van de oorspronkelijke raming).

Tabel 1: Overzicht financiële effecten (prijsspeil 2017)

x € 1 mln	Wmo	Zvw	Wlz 2021	Wlz 2026
Cliënten van Wmo 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 en de verwachte verdeling van deze cliënten over de zorgprofielen zijn gebaseerd op het onderzoek 'GGZ-cliënten in de Wlz' van Bureau HHM. Deze is op 24 juni 2017⁵ naar de Tweede Kamer gestuurd. 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.⁶

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 gedaald⁷, 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.

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 Langdurige Zorg voor deze cliënten geen budget voor dagbesteding hebben ontvangen. Deze berekening is 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, tarieven en effect op de budgettaire consequenties

Bij bovenstaande berekeningen is de aanname gemaakt dat in 2021 dezelfde zorgprofielen en bijbehorende tarieven gelden als in 2017. Bureau HHM onderzoekt welke zorgprofielen aansluiten bij de zorgvraag van cliënten met een psychische stoornis die op basis van de zorginhoudelijke toegangscriteria toegang krijgen tot de Wlz. Aan de NZa zal vervolgens worden gevraagd bijbehorende prestaties en tarieven te ontwikkelen bij deze nieuwe zorgprofielen. Deze resultaten

⁵ Kamerstukken II, 2016/2017, 34104, nr 184

⁶ Kamerstukken II, 2017/2018, 34104, nr. 221

⁷ Zoals blijkt uit het rapport 'gemeentelijke tarieven beschermd wonen', welke op 15 mei 2018 naar de Tweede Kamer is gestuurd.

verwachten wij uiterlijk begin 2019. Mocht dit advies aanleiding geven om de financiële consequenties bij te stellen, dan wordt de raming van de kosten in de Wlz daarop aangepast.

Persoonsgebonden budget en contracteerruimte

De regering heeft besloten alle leveringsvormen mogelijk te maken voor mensen die op basis van de grondslag psychische stoornis toegang krijgen tot de Wlz (zie ook paragraaf 5). 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 zorgwaarde van deze groep, zoals gerapporteerd door Bureau HHM in het onderzoek 'GGZ-clieënten in de Wlz'.

Net als in de huidige situatie zullen Wlz-uitvoerders moeten monitoren welk deel van de middelen voor welke leveringsvorm wordt aangewend. Als er binnen een regio een groter beroep wordt gedaan op de pgb-middelen dan vooraf is gereserveerd, komt dit – net als bij zorg in natura – tot uiting in het advies van de NZa naar de uitgavenontwikkeling in de Wlz, dat jaarlijks in mei verschijnt. Het is daarbij toegestaan dat middelen worden verschoven tussen de contracteerruimte en het pgb-budget.

Financieel effect eigen bijdragesystematiek

De Wlz kent in 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 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 "extramurale leveringsvormen": het vpt, mpt en het pgb.

Voor cliënten die intramurale ggz-zorg 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 direct kunnen instromen in de Wlz. Vanaf dat moment geldt voor hen uiteraard ook dezelfde bijdrageplicht. Voor deze groep cliënten (750) zijn de financiële consequenties het grootst. Deze zijn weergegeven in onderstaande tabel. De cliënten betalen bij de overgang naar de Zvw 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 de overige 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. Naast behandeling krijgt de cliënt hier ook kost en inwoning voor. 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:		inkomenseffect	
	cumulatief %	1e 4 maanden	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 verschuldige 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 Wlz komen te vallen. Voor het merendeel van de cliënten betekent dit dat de verschuldige bijdrage minimaal zal stijgen, zoals ook blijkt uit onderstaande inkomenseffecten. Doordat het verbruik van het eigen risico onder 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).

Uitvoeringskosten

Het wetsvoorstel heeft als gevolg dat meer cliënten een Wlz-indicatie kunnen aanvragen bij het CIZ. Dit heeft onder andere als gevolg dat het CIZ de interne bedrijfsvoering hierop moet aanpassen en extra mensen moet aannemen om de indicatiestelling uit te kunnen voeren in 2020 en verder. Het totale effect op de uitvoeringskosten zal blijken uit de uitvoeringstoets van het CIZ. Op dit punt wordt de memorie van toelichting in een later stadium aangevuld.

Het wetsvoorstel heeft ook gevolgen voor Wlz-uitvoerders, omdat zij vanaf 2021 met meer instellingen productieafspraken moeten maken en meer cliënten moeten informeren en ondersteunen bij de keuze tussen de leveringsvormen en/of zorgaanbieders. Daarnaast zullen zorgkantoren mogelijk over meer pgb-aanvragen een besluit moeten nemen. Het effect op de beheerskosten van de Wlz-uitvoerders zal blijken uit de reactie van Zorgverzekeraars Nederland naar aanleiding van de consultatie van het onderhavige wetsvoorstel. Op dit punt wordt de memorie van toelichting in een later stadium aangevuld.

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 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 daar naar handelen.

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. De Autoriteit Persoonsgegevens zal nog een externe privacytoets uitvoeren. De uitkomsten van deze toets en of deze toets nog heeft geleid tot aanpassingen van dit wetsvoorstel zullen in deze memorie van toelichting in een later stadium worden opgenomen.

10. Administratieve lasten

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.

De inspanning van Rijk en gemeenten is erop gericht de regeldruk voor burgers en zorgaanbieders en de uitvoeringslasten/beheerskosten 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 uitvoeringslasten voor Wlz-uitvoerders.

Eenmalige regeldruk

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. 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), zorgaanbieders (omzetting van contract van gemeenten/verzekeraars naar Wlz-uitvoerders), pgb-houders (bij omzetting pgb van Wmo 2015 naar Wlz) en CIZ (eenmalige herbeoordeling en aanpassing van administratieve systemen). De omvang van deze effecten zal worden gekwantificeerd na ontvangst van de uitvoeringstoetsen van de verschillende organisaties.

Om te zorgen dat de eenmalige lasten beperkt blijven tot een minimum, worden cliënten, hun vertegenwoordigers en cliëntenorganisaties nadrukkelijk 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.

Structurele effecten voor burgers, zorgaanbieders en Wlz-uitvoerders

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.

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 beperkte lastentoe name, door een extra contracteerronde met de Wlz-uitvoerder. De administratieve lasten voor alle zorgaanbieders worden verlaagd doordat de indicatiebesluiten die het CIZ neemt voor onbepaalde tijd worden afgegeven en er minder herindicaties nodig zijn. Wlz-uitvoerders 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.

De totale omvang van de structurele effecten wordt gekwantificeerd na ontvangst van de uitvoeringstoetsen van de verschillende organisaties. Ook de Autoriteit Toetsing Regeldruk zal nog een externe regeldruktoets uitvoeren. De uitkomsten van deze toetsen zullen in deze memorie van toelichting in een later stadium worden opgenomen.

11. Consultatie en adviezen

Pas na ontvangst van de reacties van:

- NZa (incl. externe fraudetoets)

- CIZ
- ZINL
- Autoriteit Persoonsgegevens
- IGJ
- ATR
- Wetgevingstoets J&V
- Consultatie

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 zal nog een externe fraudetoets uitvoeren. De uitkomsten van deze toets en of deze toets nog heeft geleid tot aanpassingen van dit wetsvoorstel zullen in deze memorie van toelichting in een later stadium worden opgenomen.

Toezicht en handhaafbaarheidstoets van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd i.o.

Onderhavig wetsvoorstel is uitvoerbaar. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd i.o. (IGJ i.o.) zal nog een Toezicht en Handhaafbaarheidstoets uitvoeren. De uitkomsten van deze toets en of deze toets nog heeft geleid tot aanpassingen van dit wetsvoorstel zullen in deze memorie van toelichting in een later stadium worden opgenomen.

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 wetwijziging 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 tijdsperiode 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. 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.

Overgangsrecht Wmo 2015

De Wmo 2015 voorziet voor beschermd wonen in een overgangstermijn van ten minste vijf jaar. In 2017 hebben ca. 11.500 cliënten een beroep gedaan op dit overgangsrecht. Dit aantal zal de komende jaren verder afnemen. Met de VNG heb ik overeenstemming bereikt over het verlengen van het overgangsrecht tot 2021. Met deze verlenging loopt het overgangsrecht gelijktijdig af met de inwerkingtreding van het wetsvoorstel in 2021. Hiermee wordt voorkomen dat 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 voorop gesteld. 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, geef ik invulling aan de door uw Kamer aangenomen motie van het lid Slootweg c.s.⁸ In deze motie wordt duidelijkheid gevraagd voor de groep cliënten in een beschermde woonvorm die gebruikmaken van het vijfjarig overgangsrecht.

⁸ Kamerstukken II, 2017/2018, 34 104, nr. 214.