

Datum

31 juli 2018

Bijlage(n)

Van

De heer G. van Unen

Doorkiesnummer

8944

Onderwerp

Bestuurlijke reactie GGZ Nederland, RIBW Alliantie en Federatie Opgang m.b.t. de toegang tot de Wlz voor de geestelijke gezondheidszorg

**Bestuurlijke reactie GGZ Nederland, RIBW Alliantie en Federatie Opgang m.b.t. de toegang tot de Wlz voor de geestelijke gezondheidszorg**

*Reactie op het concept wetsvoorstel over wijziging van de Wet langdurige zorg (Wlz) 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.*

Aan de minister en staatssecretaris van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

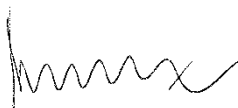
In het regeerakkoord 'Vertrouwen in de toekomst' van het kabinet Rutte III is over de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische aandoening het volgende opgenomen: "We zijn voornemens om, als de effecten in kaart zijn gebracht en deze geen belemmering vormen voor een zorgvuldige uitvoering, met een wetsvoorstel te komen om de Wet langdurige zorg (Wlz) ook toegankelijk te maken voor ggz-cliënten die langdurige zorg nodig hebben."

In de afgelopen maanden zijn GGZ Nederland, de RIBW Alliantie en Federatie Opgang betrokken geweest bij de uitwerking van dit voornemen uit het regeerakkoord. We hebben constructief overleg gevoerd met het ministerie van VWS en andere betrokken partijen over de gewenste openstelling van de Wlz. In deze brief reageren wij op het concept wetsvoorstel, dat u ons op 22 juni 2018 ter consult heeft aangeboden. We volgen hierbij gemakshalve de indeling, zoals in de concept Memorie van Toelichting (MvT) is opgenomen. We vertrouwen erop, dat onze reactie bijdraagt aan de kwaliteit van de toekomstige Wlz en daarmee aan een hogere kwaliteit van leven voor kwetsbare burgers met een psychiatrische aandoening.

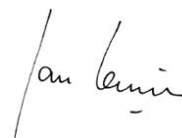
Hoogachtend,



Veronique Esman  
Directeur GGZ Nederland



Artie van Tuijn  
Voorzitter RIBW Alliantie



Jan Laurier  
Voorzitter Federatie Opgang

## **Memorie van Toelichting**

### **Blijvend aangewezen zijn op permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid**

#### 1. Inleiding (MvT, pag. 1)

“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.”

#### 2. Historie (MvT, pag. 1 – 2)

“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.

#### 3. Om welke cliënten gaat het? (MvT, pag. 2 – 3)

“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.”

#### 4. Indicatiestelling (MvT, pag. 3 – 4)

“Het gaat bij de indicatiestelling niet om de aandoening zelf, maar om de vraag of de daaruit voortkomende 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 zorg in de nabijheid. Eventuele verbeteringen in het ziektebeeld brengen hier geen verandering in en maken dus niet dat deze zorgbehoefte vervalft.”

“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 zorg in de nabijheid, krijgen 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.”

## **Reactie**

Bovengenoemde passages in de MvT ondersteunen onze zienswijze dat het hier gaat om een zeer kwetsbare groep burgers met gezondheidsproblemen op nagenoeg alle levensdomeinen, en dat niet altijd op voorhand te zeggen is hoe het klinisch, persoonlijk en/of maatschappelijk herstel van iemand er in de loop der jaren uitziet. Hoe kwetsbaar ook, ggz-professionals willen hun cliënten het uiteindelijke herstelperspectief niet ontnemen en zullen altijd samen met hen en hun naasten kijken wat er – gegeven de ernst van het klachtenpatroon en de mate van regie op diverse levensdomeinen – in de toekomst nog mogelijk is.

Deze professionele opvatting en attitude is, ondersteund door wetenschappelijk onderzoek, good practices en ervaringskennis, breed gedragen in de ggz.

Dit laat onverlet, dat de aandoening op het moment van indicatiestelling zodanig invaliderend kan zijn, dat de eigen regie zoals gezegd op nagenoeg alle levensdomeinen afwezig is en er derhalve intensieve zorg, begeleiding en/of ondersteuning nodig is; de cliënt is hierbij continu aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur zorg nabij. Op dat moment is niet vast te stellen hoe het ziektebeloop, of liever gezegd het herstelproces van de cliënt in de jaren erna verloopt, en ook niet in te schatten of de cliënt op enig moment zonder permanent toezicht of 24 uur zorg nabij zou kunnen. Vanuit de Wlz geredeneerd is de cliënt op het moment van indicatiestelling 'blijvend' aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij en voldoet hij of zij daarmee in juridische zin aan de wettelijke criteria. Gegeven de wens van het werkveld om in uitzonderlijke gevallen ggz-cliënten te kunnen laten uitstromen uit de Wlz volstaat artikel 3.2.4, aanhef en onder b in de huidige Wlz. Wij hechten belang aan de bovenstaande verwijzing hiernaar in de MvT bij de nieuwe Wlz. Hiermee vervalt ons eerdere pleidooi om het begrip 'blijvendheid' voor de ggz-doelgroep beter te duiden en de wettekst op dit punt eventueel aan te scherpen. Echter, teneinde te voorkomen dat ggz-cliënten tussen wal en schip vallen (Zvw/Wmo/Wlz) verzoeken wij de regering om in overleg met het werkveld en het Centrum voor Indiciestelling Zorg (CIZ) dit punt in lagere regelgeving nader te concretiseren. Zodoende wordt het risico op een discussie tussen zorgaanbieders, gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren of een cliënt al dan niet thuis hoort in de Wlz verkleind. Hierbij moet specifiek aandacht zijn voor de stoornissen en beperkingen die zich als gevolg van de aandoening manifesteren, de mate van eigen regie van een cliënt op diverse levensdomeinen en het (on)vermogen om op relevante momenten een adequate hulpvraag te stellen.

### **Om welke cliënten gaat het?**

#### 1. Inleiding (MvT, pag. 1)

"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."

#### 3. Om welke cliënten gaat het? (MvT, pag. 2 - 3)

"De ziektebeelden zijn divers. Het kan gaan om iemand met schizofrenie, autisme, een klassiek psychiatrische 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 (multi problematiek) 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 vanuit de Jeugdwet te organiseren, kan beter worden gewerkt aan de gedachte '1 gezin, 1 plan' [...]."

## Reactie

Wij onderschrijven de beoogde rust, zekerheid en stabiliteit voor cliënten die passende langdurige zorg nodig hebben, die met dit wetsvoorstel gecreëerd wordt. Het herstelproces van cliënten met een psychiatrische aandoening is een heel persoonlijk proces, dat soms jaren in beslag neemt. Alhoewel dit gepaard gaat met vallen en opstaan, verkrijgen cliënten stilaan steeds meer grip op hun dagelijks leven, omdat zij met hun aandoening (hebben) leren omgaan. De Wlz is hiervoor het best passende wettelijke domein. Daar waar de MvT volstrekt helder is op het punt dat het niet om de psychiatrische aandoening an sich gaat, maar om het totaal aan beperkingen (lichamelijk en psychisch) die leidt tot de noodzaak van permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in nabijheid, lijkt de limitatieve opsomming van ziektebeelden onder 3. Om welke cliënten gaat het?' dit tegen te spreken. Wij bevelen aan om de MvT op dit punt aan te passen door te benadrukken dat er sprake moet zijn van een psychiatrische aandoening (al dan niet in combinatie met andere (somatische) aandoeningen, een verstandelijke beperking of verslavingsproblematiek), en dat de cliënten als gevolg daarvan onvoldoende eigen regie op nagenoeg alle levensdomeinen hebben, onvoldoende of geen probleemoplossend vermogen hebben en het onvermogen om op relevante momenten een adequate hulpvraag te stellen. Zodoende wordt de redeneertrant consequenter en wordt voorkomen dat er bij de indicatiestelling alsnog problemen ontstaan, omdat een of andere (combinatie van) psychiatrische aandoening(en) *niet* genoemd is of zijn. Hetzelfde geldt voor de term 'verminderd cognitief vermogen'. Meestal is sprake van meer gezondheidsproblemen dan alleen een achteruitgang van cognitieve functies als het geheugen, oriëntatie, aandacht, het probleemoplossend vermogen, conceptueel denken en abstraheren, redeneren, rekenen, lezen en schrijven, plannen maken en initiatieven nemen. Daarom is het beter dit in de MvT weg te laten. Het werkveld en het CIZ weten immers welke gezondheidsproblemen ten grondslag liggen aan onvoldoende eigen regie op verschillende levensdomeinen, onvoldoende of geen probleemoplossend vermogen en het onvermogen om op relevante momenten een adequate hulpvraag te stellen. Klassiek psychiatrische patiënten bestaan overigens niet. Behalve dat deze terminologie stigmatiseert, komt deze diagnose niet voor in de DSM V. De MvT besteedt specifiek aandacht aan 'jeugdigen met psychische problematiek'. Alhoewel de staatssecretaris van VWS de Tweede Kamer in het Wlz-debat d.d. 5 juli 2018 heeft toegezegd zich op dit punt te beraden en hiervoor experts te zullen raadplegen, worden jeugdigen met psychische problematiek vooralsnog uitgesloten van de Wlz. Volgens de bewindspersoon is het een principiële keuze geweest van het kabinet Rutte III om deze cliënten onder de werking van de Jeugdwet te houden. De MvT geeft aan dat bij de afweging om deze keuze te maken de vraag centraal stond vanuit welk wettelijk regime de jeugdige de meest passende zorg en/of ondersteuning kan krijgen. Het argument voor de regering is dat jeugdigen met psychische problematiek die voldoen aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz het meest gebaat zijn bij nabije (vanuit de gemeente georganiseerde) integrale jeugdhulp, zowel voor hemzelf als voor het gezin. Verder zou beter kunnen worden gewerkt vanuit de gedachte '1 gezin, 1 plan' en is er met de Jeugdwet meer verbinding mogelijk tussen alle vormen van jeugdhulp, zoals opvoedondersteuning, en is er zo meer aandacht voor de ontwikkeling van het kind. Met deze passages in de MvT lijkt de regering zelf het door het Zorginstituut benadrukte 'gelijkheidsbeginsel' geweld aan te doen. Bovengenoemde argumenten om jeugdigen met psychische problematiek onder de werking van de Jeugdwet te houden zijn namelijk gebaseerd op de huidige inrichting van het zorgstelsel, maar gaan voorbij aan de eerder genoemde criteria 'onvoldoende eigen regie op nagenoeg alle levensdomeinen', 'onvoldoende of geen probleemoplossend vermogen' en het 'onvermogen om op relevante momenten een adequate hulpvraag te stellen', waardoor permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid noodzakelijk zijn. Ofschoon we het erover eens zijn dat de meeste jeugdigen gebaat zijn bij zorg vanuit de Jeugdwet, is er een relatief kleine groep jeugdigen die beter af zou zijn in de Wlz, juist omdat zij voldoen aan de zorginhoudelijke criteria van de Wlz.

Het gaat om jongeren die ons ernstige zorgen baren, omdat zij al op zeer jonge leeftijd te maken krijgen met een ernstig psychiatrische aandoening, al dan niet in combinatie met een (licht) verstandelijke beperking en/of verslavingsproblematiek en zonder permanent toezicht of 24 uur zorg nabij vrijwel direct (opnieuw) in een psychiatrische crisis belanden. Zij hebben nauwelijks of geen eigen regie, onvoldoende of geen probleemoplossend vermogen en zijn niet in staat om een adequate hulpvraag te stellen.

Alle inspanningen van instellingen voor (gesloten) jeugdzorg/jeugd-ggz en andere betrokken partijen ten spijt, lopen deze jongeren veel risico op maatschappelijk verval, omdat zij vaak onbedoeld in de criminaliteit of in de prostitutie belanden of dakloos raken. Het lukt bij uitstek deze groep niet om volgens de huidige optimale zorg met behandeling in de Zvw en begeleiding of ondersteuning vanuit de Wmo overeind te blijven, sociaal te includeren en actief deel te nemen aan het maatschappelijk leven. Zij kunnen vaak ook niet terugvallen op een gezin, dat voldoende draagkracht heeft om de juiste steun te bieden. In enkele gevallen ontbreekt dat gezin zelfs.

Zoals gezegd biedt de Wlz juist voor deze meest kwetsbare doelgroep in een vroegtijdig stadium de best passende setting, omdat er vanuit een veilige en beschutte woonomgeving vanaf het allereerste moment aandacht is voor de psychiatrische aandoening, al dan niet in combinatie met een andere aandoening, een verstandelijke beperking en/of verslavingsproblematiek of een combinatie hiervan. Wij pleiten ervoor om voor hen een uitzondering te maken en toegang te verlenen tot de Wlz. Het kan overigens zo zijn dat door de ontwikkeling van kennis en kunde in de ggz ook deze specifieke groep jongeren in de toekomst het beste af is met behandeling in de Zvw, al dan niet in combinatie met zorg, begeleiding en ondersteuning vanuit de Wmo, maar zover zijn we gewoonweg nog niet. Naast deze groep jeugdige cliënten in de (gesloten) jeugdzorg en/of jeugd-ggz zijn er ook cliënten in de forensische zorg en cliënten met multi-morbiditeit (waarbij sprake is van diverse grondslagen voor de Wlz, maar waarbij niet duidelijk is welke grondslag van doorslaggevende betekenis is) die voldoen aan de Wlz-criteria, maar vooralsnog geen toegang hebben of lijken te krijgen tot de Wlz. Zij worden in de MvT niet genoemd. Wij vinden dat duidelijk moet worden hoe de kwaliteit en continuïteit van zorg voor deze bijzondere doelgroepen straks geregeld is. Met name de overgang van het ene naar het andere wettelijke kader levert in de praktijk nog te vaak problemen op. Gegeven de kwetsbaarheid van deze bijzondere groepen cliënten vinden we het van belang dat de ministeries van VWS en Justitie en Veiligheid een uitvoeringstoets doen met betrekking tot het wetsvoorstel over de toegang tot de Wlz voor de ggz. Hieruit moet blijken of de kwaliteit en continuïteit van de zorg voor deze doelgroepen over de zorgstelsels heen afdoende geregeld en/of gewaarborgd is. Indien dat niet het geval is, lijkt het ons verstandig en vanzelfsprekend om hen ook toegang tot de Wlz te verlenen.

#### **Voortgezet verblijf (driejaarscriterium) blijft voorlopig gehandhaafd**

##### 5. Voortgezet verblijf (driejaarscriterium) (MvT, pag. 4 – 5)

“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 die 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 voor deze cliënten is 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. Als uitstroom na drie jaar niet mogelijk is, komt de cliënt voor bepaalde tijd (drie jaar) in de Wlz.

Zodra de 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." "Om de consequenties voor de risicoverevening in de Zvw in kaart te 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 verzekerniveau. 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 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 de zorg in natura in een instelling (zijnde een psychiatrische ziekenhuis). Vandaar dat bij voortgezet verblijf niet alle leveringsvormen beschikbaar zijn. Dit is geen wijziging ten opzichte van de huidige situatie."

### **Reactie**

Wij ondersteunen het advies van het Zorginstituut om het voortgezet verblijf en het Driejaarscriterium (het zogenoemde LGGZ-regime onder de Zvw) af te schaffen. Wederom op basis van de zorginhoudelijke criteria, waaraan Wlz-cliënten moeten voldoen. Meestal is dit tijdens het eerste jaar verblijf in de Zvw (behandeling en begeleiding op high & intensive cares en medium cares) al vast te stellen. Zo niet, dan is de Wmo, al dan niet in combinatie met de Zvw, het best passende domein. Zoals gezegd biedt artikel 3.2.4 van de Wlz ook de mogelijkheid om na verloop van tijd uit te stromen naar de Wmo, al dan niet met behandeling in de Zvw. Hierdoor is het LGGZ-regime overbodig. In de dagelijkse praktijk blijken de complexiteit van zorg- en ondersteuningsvragen van cliënten in het LGGZ-regime van vergelijkbare aard als die van cliënten in de Wlz, zij het dat de acute psychiatrische problematiek (een psychiatrische crisis en/of terugvalmomenten naar zo'n crisis) zich in het tweede en derde jaar verblijf (nog) vaker voordoet. Voorts is het zo dat beschermende woonvormen straks ook Wlz-zorg kunnen bieden. Hierdoor wordt het voor ggz-aanbieders eenvoudiger om behandeling, begeleiding en ondersteuning met verblijf buiten het instellingsterrein om te organiseren, terwijl de cliënt op dat moment nog steeds is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij. Naast de uitbreiding met de leveringsvormen volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) en het persoonsgebonden budget (pgb) biedt de reikwijdte van de nieuwe Wlz dus meer opties om cliënten actief te ondersteunen bij hun persoonlijk en maatschappelijk herstel, terwijl zij zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij. Dat, zoals in de MvT beschreven staat, behandeling en voortgezet verblijf onlosmakelijk met elkaar verbonden zouden zijn en voortgezet verblijf daarom voorbehouden is aan zorg in een instelling (zijnde een psychiatrisch ziekenhuis), werkt ons inziens bevreedend. Andersom geredeneerd kunnen wij ons ook voorstellen, dat ggz-aanbieders vpt en mpt gaan aanbieden op het instellingsterrein, juist om cliënten beter voor te bereiden op een bestaan buiten de instelling, hetzij in een beschermende woonvorm of (begeleid) zelfstandig thuis. Gegeven het bovenstaande kan de MvT in juridische zin problemen veroorzaken. Immers, ervan uitgaande dat niet slechts een deel, maar de meeste cliënten in het LGGZ-regime met voortgezet verblijf met dezelfde complexe zorg- en ondersteuningsvragen te maken hebben als cliënten in de Wlz, voldoen zij als vanzelf aan de zorginhoudelijke criteria van de Wlz (zo niet, komen zij in aanmerking voor de Wmo, al dan niet in combinatie met de Zvw). Hierdoor kunnen deze cliënten verstoken blijven van vpt en mpt.

In dat geval wordt (wederom) het gelijkheidsbeginsel geweld aangedaan. Wij kunnen ons voorstellen dat de regering het argument aanvoert dat het hier om cliënten gaat in een ander wettelijk domein, namelijk de Zvw, en dat het gelijkheidsbeginsel daarom niet opgaat voor deze groep cliënten, maar dat lijkt ons in strijd met het uitgangspunt dat iedere cliënt toegang krijgt tot de Wlz als hij of zij voldoet aan de zorginhoudelijke criteria van de Wlz. En zoals gezegd, dat geldt voor een aantal van deze cliënten al in het eerste jaar verblijf binnen de instelling. Het belangrijkste argument voor de regering om 'voortgezet verblijf' en het 'driejaarscriterium' voorlopig te handhaven zijn zogenoemde uitvoeringsaspecten, en dan met name de gevolgen voor de risicoverevening. Voor de risicoverevening van de Zvw is het van belang hoeveel en welke verzekerden de Wlz in- en uitstromen. Het gaat volgens de MvT immers om verzekerden met hoge kosten. Alhoewel wij ons kunnen voorstellen dat dit goed in kaart gebracht moet worden, vragen wij ons af hoe groot dit probleem nu werkelijk is, omdat cliënten in het onderhavige geval de Zvw verlaten. De MvT behoeft verduidelijking op dit punt. Wij denken overigens dat op dit moment al een goede inschatting te maken is van de aantallen cliënten die zullen instromen in de Wlz en dat er pragmatische oplossingen te bedenken zijn voor mogelijke problemen in de vereveningsystematiek voor de komende jaren. Daar hoeven ons inziens 'voortgezet verblijf' en het 'driejaarscriterium' niet voor blijven te bestaan, zeker niet op basis van de inhoudelijke argumenten die wij hiervoor hebben aangevoerd. Cliënten zijn erbij gebaat zo snel mogelijk de best passende zorg te krijgen, ook als dit nog jaren in beslag neemt en zij aangewezen zijn op de Wlz. Een alternatief zou kunnen zijn om de wet op dit punt al wel aan te passen, maar te kiezen voor een latere ingangsdatum, als alle consequenties in kaart gebracht zijn en met de betrokken partijen een transitieperiode is afgesproken en/of geregeld.

### **Behandeling in de Wlz**

#### 6. Het verzekerde pakket (MvT, pag. 5 – 6)

“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 adviseert dat alle cliënten bij institutionele zorg<sup>1</sup> een integraal pakket ontvangen vanuit de Wlz, inclusief algemeen geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en tandheelkunde. Het Zorginstituut concludeert in haar 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 de gehandicaptensector, onderscheid gemaakt worden in zorgzwaartepakketten (plekken) met en zonder behandeling.

---

<sup>1</sup> Van institutionele zorg is volgens het Zorginstituut sprake bij verblijf in een instelling of bij geclusterde zorg met een volledig pakket thuis (vpt).

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.”

### Reactie

Zoals de MvT aanhaalt, heeft het Zorginstituut geadviseerd om behandeling in welke vorm dan ook integraal op te nemen in de Wlz. In onze reactie<sup>2</sup> op dat advies hebben wij aangegeven dat dit niet bijdraagt aan de gewenste ontwikkeling om ggz-cliënten, hoe ernstig hun klachtenpatroon ook is, te helpen bij het opbouwen van een zo normaal mogelijk leven in de samenleving. Als straks de toegang tot de Wlz is opengesteld voor ggz-cliënten, ontstaan netwerken van aaneengeschakelde voorzieningen van het instellingsterrein tot midden in de wijk. Ggz-cliënten in beschermende woonvormen maken daar dan ook onderdeel van uit. Deze mensen kunnen op grond van de Wmo nu nog kiezen voor hun eigen huisarts of tandarts, maar als de regering het advies van het Zorginstituut straks daadwerkelijk opvolgt, is dat verleden tijd en kunnen zij alleen nog terecht bij een Wlz-aanbieder. Wij kunnen ons voorstellen dat het Zorginstituut, gegeven het gelijkheidsbeginsel, ggz-cliënten dezelfde mogelijkheden wil bieden als cliënten in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg, maar zien niet in hoe het integraal aanbieden van behandeling bijdraagt aan de gewenste maatschappelijke participatie van ggz-cliënten. Hun keuzevrijheid is hiermee in het geding en het staat haaks op de door de regering ingezette koers om zoveel mogelijk kwetsbare burgers een zo normaal mogelijk leven te laten leiden. Nu de regering nog geen besluit genomen heeft over de opvolging van de adviezen van het Zorg-instituut over behandeling in de Wlz, en de staatssecretaris van VWS onderzoek doet naar de financiële-, juridische- en uitvoeringsconsequenties van dat pakketadvies, pleiten wij ervoor om de keuzevrijheid van cliënt te betrekken bij de juridische analyse van dit advies. In het Wlz-debat d.d. 5 juli 2018 heeft ook de Tweede Kamer aangegeven te hechten aan het belang van de keuzevrijheid van ggz-cliënten en benadrukt dat daar niet aan getornd moet worden. Verder vinden wij dat een flexibeler Wlz, dat wil zeggen het flexibel op- en af kunnen schalen van Wlz-zorg, een uitkomst is voor nieuwe doelgroepen ggz-cliënten en tevens voorziet in de behoefte om een zo normaal mogelijk leven buiten de instelling op te bouwen. Wij vragen ons af hoe de Wlz in dat kader blijft aansluiten op de Zvw en de Wmo, als de ggz met het pakketadvies van het Zorginstituut in een keurslijf gedwongen wordt. Wij denken dat de regering met dit wetsvoorstel het best kan aansluiten op de huidige Wlz-praktijk sinds 2015, waarbij Wlz-uitvoerders, net als bij de ouderenzorgsector en de gehandicaptensector, bij de inkoop van Wlz-zorg onderscheid maken tussen zorgzwaartepakketten (plekken) met en zonder behandeling. Daar waar de regering algemeen medische zorg, zoals de huisarts, tandarts of geneesmiddelen wil gaan bekostigen vanuit de Zvw, wil zij specifieke behandeling gaan bekostigen vanuit de Wlz. Wij pleiten ervoor dit te heroverwegen. De meest zuivere vorm is dat de cliënt in beschermd wonen op basis van zijn of haar Zvw-polis alle daarin van toepassing zijnde aanspraken op geneeskundige zorg krijgt en dat hij de langdurige zorg, dus het verblijf, verpleging, verzorging, begeleiding en/of ondersteuning, vanuit de Wlz krijgt. Dit is vergelijkbaar met de situatie van voor 2015, toen er een helder onderscheid was tussen de zorgzwaartepakketten ggz-b (inclusief behandeling) voor het verblijf in een ggz-instelling en ggz-c (exclusief behandeling) voor het verblijf in beschermd wonen. Die constructie sluit het best aan op de gewenste vermaatschappelijking van cliënten met een psychische aandoening en ook het best op de manier waarop de zorg bij zorgaanbieders georganiseerd wordt (zowel de ggz-instellingen als aanbieders van beschermd wonen).

---

<sup>2</sup> Brief RIBW Alliantie, Federatie Opvang, GGZ Nederland aan het Zorginstituut inzake consultatie t.a.v. positionering behandeling in Wlz' (d.d. 30 januari 2018), <http://www.ggz-connect.nl/bericht/9977/branches-dwing-ons-met-behandeling-in-de-wlz-niet-in-een-keurslijf>



Het gaat er telkens om of cliënten al dan niet in aanmerking komen voor Wlz-zorg, omdat zij voldoen aan de zorginhoudelijke criteria. Hoe de zorgzwaartepakketten dan precies zijn samengesteld doet er, vergelijkbaar met de ouderenzorgsector en gehandicaptensector, niet zoveel toe.

Doordat de reikwijdte van de Wlz toeneemt, wordt het palet aan zorgprofielen (en daarmee de zorgzwaarte-pakketten) weliswaar groter, maar verschillen de accenten qua behandel- en begeleidingsaanbod binnen die pakketten. Bovendien vinden wij dat we dat zorgaanbieders door het pakketadvies van het Zorginstituut worden opgezadeld met extra administratieve lasten, omdat met zogenoemde 'hoofd- en onder-aanneemconstructies gewerkt moet gaan worden. Dit staat ons inziens haaks op door de regering ingezette aanpak van de lastendruk in de zorgsector. Wij vragen ons af hoe deze financiële- en uitvoeringsconsequenties van het pakketadvies zich verhouden tot het voornemen van de bewindspersonen van VWS om de regeldruk in de gezondheidszorg daadwerkelijk terug te dringen. Voorts zou het hier, in tegenstelling tot wat in de MvT (pag. 12) over eenmalige regeldruk staat, gaan om een structurele verhoging van de lastendruk voor zorgaanbieders, met name voor de aanbieders van beschermd wonen. Ons voorstel om (vergelijkbaar met de situatie van voor 2015) onderscheid te maken tussen zorgzwaartepakketten met en zonder behandeling voor de verblijfszorg in respectievelijk de ggz-instelling en beschermd wonen draagt bij aan zo min mogelijk administratieve lasten. Waarom, zo vragen wij ons af, de wet aanpassen op dit punt, als het binnen het wettelijk kader van de Wlz via lagere regelgeving geregeld kan worden?

### **Leveringsvormen**

#### 7. Leveringsvormen (MvT, pag. 6 – 7)

“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.”

### **Reactie**

Zoals eerder gezegd steunen wij dit besluit, want met de uitbreiding van leveringsvormen krijgen cliënten meer mogelijkheden om aan hun persoonlijk en maatschappelijk herstel te werken en zijn ggz-aanbieders beter in staat om maatwerk te bieden met hun behandeling, begeleiding en ondersteuning.

### **Financiën**

#### 8. Overhevelen van bedragen tussen de verschillende domeinen (MvT, pag. 7)

“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 budget neutrale 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.”

*Uitgangspunten bij de berekening (MvT, pag. 8)*

“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 2017 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. 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 gedaald, 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."

### **Reactie**

In het totale aantal van 9.250 cliënten die volgens de MvT per 2021 toegang zouden moeten krijgen tot de Wlz ontbreken twee groepen cliënten: jeugdigen (18+) vanuit de jeugdzorg en de cliënten uit de forensische zorg. We twijfelen of het verstandig is om te rekenen met de onderkant van de bandbreedte als het gaat om de aantallen cliënten die toegang zullen krijgen tot de Wlz. Onderzoeksbureau HHM heeft op basis van gesprekken met het werkveld hierover enkele verwachtingen uitgesproken, maar die zijn niet echt hard te maken. Nu staat er in de MvT weliswaar dat de regering op drie momenten (eind 2020, mei 2021 en mei 2022) wil bekijken of de realisatiecijfers afwijken van de ramingen, met het doel om die ramingen vervolgens bij te stellen, maar we weten nu bijvoorbeeld al dat een aantal cliënten buiten beschouwing is gebleven: dakloze psychiatrische cliënten, gedetineerde cliënten of cliënten in de forensische zorg, cliënten die bij (een van) hun ouders verblijven en cliënten die bij PGB-ondernemers verblijven. Bovendien heeft HHM in haar onderzoeksrapportages hele ruime marges aangehouden. Vertrouwt de regering niet teveel op reparaties achteraf? Anders gezegd, neemt zij niet teveel risico met ramingen gebaseerd op de onderkant van de bandbreedte, gegeven deze marges en het vooralsnog ontbreken van een betrouwbare doorrekening van de door HHM ontwikkelde nieuwe zorgprofielen? In de MvT is niet opgenomen hoeveel budget er precies in welk jaar vanuit de Zvw en de Wmo wordt overgeheveld naar de Wlz. Verder missen we een passage in de MvT over hoe de regering om wil gaan met eventuele discontinuïteit van zorg, als straks het Wmo-budget verdeeld wordt over circa 350 regiogemeenten in plaats van de 43 centrumgemeenten. En hebben de gemeenten na de overheveling nog voldoende budget over om beschermd wonen voor de overige cliënten in de Wmo te bekostigen? Het is van belang om ook die consequenties in kaart te brengen.

#### *Nieuwe zorgprofielen, tarieven en effect op de budgettaire consequenties (MvT, pag. 9)*

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

## Reactie

Om met de laatste zin van bovenstaand citaat uit de MvT te beginnen: dat stelt ons gerust. De vraag is echter welke opdracht de NZa van het ministerie van VWS krijgt met betrekking tot de doorrekening van de zorgprofielen. In de eerste plaats is het van belang om te weten over welke zorgprofielen het nu precies gaat in de MvT. Zijn dat de profielen die HHM ontwikkeld heeft? Of zijn dat de zorgzwaartepakketten ggz-b, aangevuld met de pakketten die gemeenten op dit moment hanteren voor beschermd wonen? Of gaat het om een combinatie van deze profielen? Dit behoeft verduidelijking. Indien het in de MvT gaat over de door HHM ontwikkelde zorgprofielen, dan verwachten we dat de NZa op problemen stuit bij het doorrekenen hiervan, omdat het behandel-, begeleidings- en ondersteuningsaanbod in deze profielen nog onvoldoende gespecificeerd is. Bovendien ontbreekt een kwalitatieve norm per zorgprofiel, dat wil zeggen dat niet duidelijk wordt hoeveel formatie van welke discipline(s) je daarbij passend inzet om de gewenste kwaliteitszorg per zorgprofiel te leveren. Wij stellen voor om dit vraagstuk normatief te benaderen. Hiervoor is nodig dat cliënten, familie of andere direct betrokkenen en het werkveld gevraagd wordt wat goede zorg is voor de diverse groepen cliënten in de Wlz, gebaseerd op wetenschappelijke kennis, good practices en ervaringskennis. Pas daarna kan de NZa starten met rekenen, de kostprijzen bepalen en daar de tarieven op afstemmen. We vermoeden dat dit tijd in beslag neemt, maar het is zorgvuldig, want vertrekt vanuit de zogenoemde 'patient journey' en zorgt voor een verantwoorde koppeling tussen zorgvraag en zorgaanbod. Indien het over andere profielen gaat, wordt in de MvT een procedure gemist. GGZ Nederland, de RIBW Alliantie en Federatie Opvang hebben voldoende materiaal ontwikkeld om mee te helpen met de ontwikkeling van een normatief model en zouden daarom graag betrokken worden bij de opdracht van het ministerie van VWS aan de NZa. Zodoende ontstaat een kwaliteits-kompas voor de langdurige ggz, in dit geval voor het Wlz-domein.

## Inkomenseffecten

9. Inkomenseffecten (€ per maand) van het overgaan van de Zvw naar de Wlz (MvT, pag. 10)

"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 dus ok al een hoge of lage eigen bijdrage. Voor deze cliënten (7.000) heeft een eventuele overgang naar de Wlz dus géén invloed op de hoogte van de verschuldigde eigen bijdrage. Wel verschuiven de bijbehorende eigen bijdrage opbrengsten van de Wmo 2015 naar de Wlz, waarmee de eigen bijdrage ontvangsten Wlz met circa € 32 miljoen zullen toenemen."

## Reactie

We vinden het goed om te zien dat de inkomenseffecten voor de grootste groep cliënten (namelijk die in de Wmo) er niet zijn of heel klein zijn. Voor cliënten in de Zvw is dat anders. Indien zij sneller toegang hebben tot de Wlz, betalen zij eerder een hoge eigen bijdrage. We stellen voor om hier nog eens goed naar te kijken, omdat het veelal om niet kapitaalkrachtige burgers gaat. Wellicht is de periode waarin een lage eigen bijdrage moet worden betaald iets op te rekken. Voor wat betreft het bedrag aan eigen bijdragen (opbrengst) dat van de Wmo naar de Wlz gaat, vragen we ons af of het hier een raming betreft, ofwel een opgave van het CAK? Het kan namelijk zo zijn dat een deel van de cliënten in Wmo beschermd wonen vrijwel geen eigen bijdrage betaalt, omdat zij alleen zak- en kleedgeld ontvangen conform de zak- en kleedgeldregeling ingevolge de Participatiewet.

## Tot slot

Wij zijn bereid een toelichting te geven op deze bestuurlijke reactie op het concept wetsvoorstel over toegang tot de Wlz voor de ggz. Ook blijven we na deze bestuurlijke consultatieronde graag betrokken bij de voorbereiding en verdere uitwerking van het wetsvoorstel. Rest ons u succes te wensen bij de afhandeling van het een en ander.