

Samenvoegen Wlz en Wmo

drs. Janny P. E. Lagendijkⁱ
31-01-2021

inleiding

Dit is een reactie op de beleidsopties op het gebied van *organisatie & regie (3.)* uit het discussiestuk *Zorg voor de Toekomst*.

Gepleit wordt voor samenvoeging van de Wlz en de Wmo. Met behoud van goede elementen van beide systemen. Met voldoende sturing op het macrobudget. En met erkenning van de positie van de zorgvrager als burger.

Hier wordt de nieuwe wet op hoofdlijnen geschetst.

1. Reikwijdte samenvoeging Wlz en Wmo

Onder de nieuw wet vallen alle zorgfuncties die u in de 24-uurszorg beschikbaar zijn voor mensen van 0 tot 110 jaar.ⁱⁱ

De omschrijving van de (kwaliteit van) de functies gebeurt landelijk.

De criteria waaronder men in aanmerking komt voor deze functies worden landelijk vastgesteld. Wat gangbare zorg is wordt daar gedefinieerd.

De hoogte van de vergoedingen per functie worden centraal vastgesteld (per uur en in ZZP's).

Ook de eigen betalingen worden landelijk vastgesteld.

Beheersing van het landelijke budget is daardoor relatief eenvoudig, en daarmee toekomstbestendig bij vergrijzing.

De huidige rechtsongelijkheid wordt opgeheven, waarbij zorg verschilt per gemeente. Dit terwijl de zorg wordt betaald uit de algemene belastingmiddelenⁱⁱⁱ.

Afschuiving tussen systemen wordt voorkomen^{iv}.

(En de besparing op administratieve last is aanzienlijk, zie 4.)

2. Cliëntondersteuning en cliëntenparticipatie en kwaliteitsbewaking

Onafhankelijke cliëntondersteuning is nodig om mensen wegwijs te maken.

Ook goed toegeruste cliëntorganisaties zijn nodig om inspraak bij zorginstellingen en inspraak bij overheden (rijk, provincie, gemeente) mogelijk te maken. Deze ondersteuning door cliëntorganisaties wordt uit deze nieuwe wet betaald.

De huidige WMCZ 2018 geldt voor alle zorg die onder de nieuw wet valt.

Kwaliteitsbewaking verdient aandacht. Dit gebeurt voor een groot deel ook door het stellen van eisen aan opleiding van beroepsgroepen die bepaalde functies verzorgen.

3. Onafhankelijke indicatiestelling

De indicatiestelling gebeurt door het huidige Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).
(Ook de huidige Wmo-indicaties vallen daar dus onder in de toekomst.)

4. Budget volgt indicatiestelling

Het budget dat hoort bij de geïndiceerde functies volgt de keuze van de zorgvrager. De cliënt geeft aan naar welke zorgaanbieder(s) het budget gaat. De zeggenschap van de burger is daarmee groot. Het budget wordt uitbetaald door een instelling als de Verzekeringsbank.

De grote winst van het systeem van persoonsgebonden budgetten blijft hierbij gehandhaafd.
De mogelijkheid om inwonende familieleden voor functies te betalen blijft ook bestaan.

De administratieve last voor burgers- maar ook voor zorginstellingen- wordt zo sterk verminderd.
Inkoop door Zorgkantoor of gemeenten vervalt.
De besparing ten gevolge van de vermindering van de administratieve last voor de zorgaanbieder kan aan de zorg ten goede komen.

5. Gemeente ziet toe op huisvesting ,toegankelijkheid en acceptatieplicht

Gemeenten krijgen een sturingsinstrument om voldoende woningen te realiseren waar zorg in geleverd kan worden.
Dit zijn individuele woningen en appartementen (woningaanpassing), maar ook groepswohnungen.

Bouwbesluit en Omgevingswet worden aangepast daartoe. De norm voor *aanpasbaar bouwen* wordt aangescherpt, zodat *wonen met zorg* mogelijk wordt. Er komt budget om bestaande woningen geschikt te maken voor het verlenen van zorg.

Inwoners/ burgers/zorgvragers hebben op dit moment geen zeggenschap over de regionale spreiding van het aanbod van 24-uurszorg. Het huidige Zorgkantoor stuurt daar onvoldoende op.
Ook met het hier bepleitte systeem van 'onafhankelijke indicatie met volgend budget' zal dat onvoldoende snel veranderen.
Zorgaanbieders hebben nu een te grote macht als het gaat om de spreiding van het aanbod.

Burgers moeten daarom het recht krijgen om binnen 5 kilometer een zorginstelling te vinden waarin 24-uurszorg geleverd kan worden.
Alle gebouwen waar 24-uurszorg geleverd wordt zijn geschikt om ook lichamelijke zorg te bieden.
Kleinschaligheid van maximaal 24 bewoners wordt de norm bij groepswohnungen met zorg.

Zorgaanbieders krijgen een acceptatieplicht voor inwoners met een beperking die uit de directe omgeving komen^y. De gemeente ziet toe op naleving van de acceptatieplicht.

De gemeente maakt een plan voor de beschikbaarheid van 24-uurszorg. Inwoners hebben daarmee inspraak ten aanzien van het aanbod.

ⁱ Ervaringsdeskundige moeder van een dochter met een meervoudige beperking. Jarenlang actief in discussies over langdurige zorg als onder andere: oud wethouder en oud bestuurslid VNG; oud secretaris Gestructureerd Overleg Gehandicaptenbeleid VWS; oud medewerker Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland; voorzitter van een centrale cliëntenraad in de Wlz-zorg, oud vicevoorzitter van 'Gehandicapten GroenLinks'.

ⁱⁱ Een niet uitputtende opsomming: huishoudelijke hulp, verzorging, begeleiding als aanwezigheidszorg of oppas tot 24 uur per dag, gedragskundige begeleiding, dagbesteding, hulpmiddelen, vervoer, etc. De huisvestingscomponent wordt uit gehaald, zie 5. De *curatieve zorg* blijft voor iedereen beschikbaar via de ZFW. Omdat kleinschalige woonvormen de toekomst worden, blijft *verpleging* in de ZFW.

ⁱⁱⁱ Een zwartboek is te schrijven over de rechtsongelijkheid voor burgers door verschillende interpretaties van de Wmo door gemeenten.

^{iv} Een zwartboek kan gemaakt worden met voorbeelden van afschuiving door gemeenten naar de Wlz. Een duidelijk voorbeeld is het ontbreken van 'betaalde oppas' voor dementerende ouderen in de thuissituatie.

^v Een zwartboek kan gemaakt worden met voorbeelden van het weigeren van de toegang tot een zorginstelling met 24uurszorg. Zo worden mensen met een meervoudige beperking vaak geweigerd door instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking .