

Juridisch Document ZORG

Hervorming Langdurige Zorg: huidige stand van zaken en veranderingen



03 oktober 2014
Zorg Zaken Groep
Mr. W. Wickering
Mr. M.N. Minasian

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Zorg Zaken Groep.

Colofon

Zorg Zaken Groep is de handelsnaam van de zorgjuristen B.V. te Enschede. De Zorg Zaken Groep is een gespecialiseerd juridisch adviesbureau voor zorginstellingen, praktijken en samenwerkingsverbanden in en met de zorg.

In het Juridisch Document Zorg worden actuele juridische kwesties uit de zorg door de juristen van de Zorg Zaken Groep behandeld.

Hoewel deze publicatie met grote zorgvuldigheid is samengesteld aanvaardt Zorg Zaken Groep geen enkele aansprakelijkheid voor de gevolgen van het gebruik van de informatie uit deze uitgave zonder haar medewerking. De aangeboden informatie is bedoeld ter algemene kennisname en kan niet worden beschouwd als advies.

Zorg Zaken Groep

Hendrik ter Kuilestraat 129
7547 BC Enschede

053-43 45 490

www.zorgzakengroep.nl

info@zorgzakengroep.nl

Volg ons ook op Twitter:



@zorgjuristen

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
2. Het huidige stelsel van langdurige zorg	5
2.1 De Zorgverzekeringswet	5
2.2 De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	6
2.3 De Wet maatschappelijke ondersteuning	8
3. Wijzigingen Langdurige Zorg in 2014	9
4. Langdurige zorg in de toekomst: 2015	10
4.1 Overzicht van de wijzigingen	10
4.2 De Wet langdurige zorg	12
4.3 De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015	16
4.4 Het Zorgverzekeringsbesluit	17
5. Het invoeringstraject	20
5.1 Overgangsrecht Wet langdurige zorg	20
5.2 Overgangsrecht Wmo 2015	22
5.3 Overgangsrecht Zorgverzekeringswet	23
6. Samenvatting	24

1. Inleiding

Het Nederlandse systeem voor langdurige ondersteuning en zorg aan ouderen en mensen met een lichamelijke, verstandelijke, zintuiglijke of psychische beperking gaat vanaf volgend jaar ingrijpend veranderen. Deze juridische publicatie Zorg gaat in op de huidige stand van zaken en de veranderingen in 2015.

De regering heeft een aantal motieven voor deze verandering: het verbeteren van kwaliteit van ondersteuning en zorg, het vergroten van betrokkenheid van de samenleving (meer voor elkaar zorgen) en de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg.¹ Door de stijging van de uitgaven voor langdurige zorg staat de financiële houdbaarheid van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (hierna: AWBZ) onder druk. Bij het ontstaan van de AWBZ werd beoogd dat het aantal gebruikers van de wet beperkt zou blijven tot 0,6% van de bevolking.² Inmiddels heeft bijna vijf procent van de bevolking recht op zorg op grond van de AWBZ. Slechts een klein deel van deze stijging is gelegen in de toename van de levensverwachting en de vergrijzing van de Nederlandse samenleving. De belangrijkste reden voor groei is de uitbreiding van de groep mensen die in aanmerking komt voor AWBZ-zorg.

Volgens de regering zijn de eisen die de bevolking aan de langdurige zorg stelt aan verandering onderhevig. Cliënten willen maatwerk, keuzevrijheid en zeggenschap. De meeste mensen willen zo lang mogelijk zelfstandig in hun vertrouwde omgeving blijven. Ook dat is een reden voor de stelselwijziging. De wijzigingen van het stelsel van langdurige zorg krijgen vorm in de invoering van de 'Wet langdurige zorg' (hierna: Wlz), de invoering van een nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: de Wmo 2015) en een wijziging van het Besluit zorgverzekering. De Wmo 2015 is 8 juli 2014 aangenomen door de Eerste Kamer en treedt in werking per 1 januari 2015. De Wlz is op 25 september aangenomen door de Tweede Kamer. Als ook de Eerste Kamer akkoord gaat met de inhoud van de wet, treedt de Wlz in werking per 1 januari 2015.

Deze publicatie gaat eerst in op het huidige stelsel van langdurige zorg: wie is verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ, de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo) en de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Vervolgens worden de veranderingen besproken die al vanaf 1 januari 2014 gelden. Aansluitend wordt ingegaan op de wijzigingen die per 1 januari 2015 zullen ingaan, als naast de Wmo ook de Wlz in werking treedt en het Besluit zorgverzekering wordt aangepast. Tot slot komt het overgangsrecht aan bod.

¹ Kamerstukken II 2013/14, 33.891, nr. 3 (Memorie van toelichting), p. 4.

² Kamerstukken 1965/66, 8457, nr.3 (Memorie van toelichting).

2. Het huidige stelsel van langdurige zorg

Het huidige systeem voor langdurige zorg bestaat uit de AWBZ, de Zvw en de Wmo. Dit hoofdstuk behandelt deze drie wetten.

2.1 De Zorgverzekeringswet

De Zvw geeft aan op welke medisch noodzakelijke zorg iemand recht heeft.³ Het gaat hier bijvoorbeeld om huisartsenzorg en geneesmiddelen. Kort gezegd is iedereen die in Nederland woont of werkt, verplicht tot het afsluiten van een basisverzekering bij een zorgverzekeraar naar keuze.⁴ Zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht bij het afsluiten van een basisverzekering. Voor het afsluiten van een zorgpolis betaalt de verzekerde een zorgpremie aan de zorgverzekeraar. In de zorgpolis staat onder welke voorwaarden en bij welke zorgverlener de zorg verkrijgbaar is. Zorgverzekeraars bieden twee soorten verzekeringen: een naturaverzekering en een restitutieverzekering.

- *Een naturaverzekering*

Met een naturaverzekering kan een verzekerde in beginsel alleen terecht bij een zorgverlener die met de verzekeraar een contract heeft gesloten. De kosten van de zorg worden in dat geval rechtstreeks afgerekend tussen de zorgverlener en de verzekeraar. Bij een naturaverzekering is het ook mogelijk om naar een niet-gecontracteerde zorgverlener te gaan, maar het staat de verzekeraar vrij om dan slechts een gedeelte van de kosten te vergoeden. Daarbij geldt wel dat de vergoeding niet zo laag mag zijn dat in feite een hinderpaal wordt opgeworpen voor de keuze voor niet-gecontracteerde zorg.⁵ Het hinderpaalcriterium wordt waarschijnlijk afgeschaft voor de tweedelijnszorg, hierover leest u meer in onze publicatie over het hinderpaalcriterium.⁶

- *Een restitutieverzekering*

Met een restitutieverzekering kan een verzekerde naar een zorgverlener van zijn eigen keuze. Als de verzekerde bij een dergelijke verzekering kiest voor zorg bij een zorgaanbieder die niet door zijn zorgverzekeraar is gecontracteerd, dan wordt de zorg - op basis van gebruikelijke tarieven - toch volledig vergoed. De verzekerde heeft bij een restitutieverzekering recht op een vergoeding in geld. Meestal vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van de zorg rechtstreeks aan de zorgaanbieder. In enkele gevallen moet de verzekerde de rekening eerst zelf aan

³ Artikel 10 Zvw.

⁴ Artikel 2 Zvw jo. artikel 5 AWBZ.

⁵ Artikel 13 Zvw, Gerechtshof 's-Hertogenbosch 19 juni 2012, ECLI:NL:GHSHE:2012:BW9803 en Gerechtshof 's-Hertogenbosch 09 juli 2013, ECLI:NL:GHSHE:2013:2971.

⁶ Zorg Zaken Groep, Juridisch document ZORG, *Wat is de actualiteit van het hinderpaalcriterium van artikel 13 Zvw*.

de zorgverlener betalen, waarna hij een declaratie kan indienen bij zijn verzekeraar. Omdat verzekerden bij een restitutieverzekering naar zorgaanbieders kunnen gaan waarmee geen prijsafspraken zijn gemaakt, heeft een zorgverzekeraar minder invloed op de gedeclareerde kosten. Hierdoor is de premie van een restitutieverzekering vaak hoger dan de premie van een naturaverzekering.

- *Een aanvullende verzekering*

Niet alle zorg wordt vergoed in de basisverzekering, daarom kunnen verzekerden naast de verplichte basisverzekering kiezen voor een vrijwillige aanvullende verzekering. Hierin worden bijvoorbeeld vergoedingen opgenomen voor de tandarts of fysiotherapeut.

2.2 De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

De langdurige zorg voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten wordt betaald vanuit de AWBZ. Voor deze zorg - thuis of in een instelling – zijn alle Nederlanders automatisch verzekerd. De AWBZ dekt medische kosten die niet onder de zorgverzekering vallen en door vrijwel niemand op te brengen zijn.

AWBZ zorg

De huidige AWBZ onderscheidt zes soorten zorg: Begeleiding, Verpleging, Persoonlijke verzorging, Behandeling, Verblijf en Kortdurend Verblijf.

Onder begeleiding valt zorg of hulp die is gericht op het bevorderen, het behoud of het compenseren van de zelfredzaamheid van de cliënt. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan ondersteuning bij het plannen van activiteiten, het regelen van dagelijkse zaken, het nemen van besluiten en het structureren van de dag. Maar bijvoorbeeld ook het stimuleren tot en het voorbereiden van gesprekken met instanties. Bij begeleiding wordt een onderscheid gemaakt tussen individuele begeleiding en begeleiding in groepsverband(dagbesteding).

Van verpleging is sprake bij zorg die is gericht op herstel van de gezondheid of op het voorkomen van verergering van de ziekte of aandoening. Hieronder valt bijvoorbeeld het geven van injecties, wondverzorging, pijnbestrijding, stomaverzorging en het inbrengen van een maagsonde of katheter.

Persoonlijk verzorging is zorg die nodig is op het gebied van de algemene dagelijkse levensverrichtingen. Daaronder valt bijvoorbeeld hulp bij het aankleden, eten, drinken, wassen, toiletgebruik en het aantrekken van steunkousen.

Onder behandeling valt zorg die is gericht op genezing of het voorkomen van verergering. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan revalidatie.

Onder verblijf wordt verstaan het langdurig wonen in een zorginstelling, bijvoorbeeld een verpleeghuis of een instelling voor gehandicapten. Het is bedoeld voor mensen die door een ziekte of beperking niet zelfstandig kunnen wonen.

Bij kortdurend verblijf woont een cliënt thuis maar logeert hij kort, maximaal drie etmalen per week, in een instelling. Daardoor wordt de persoon die normaal gesproken voor de cliënt zorgt, tijdelijk ontlast. Kortdurend verblijf is bedoeld voor cliënten die permanent toezicht nodig hebben.

Financiering

Financiering van de zorg binnen de AWBZ vindt plaats via zorg in natura of een persoonsgebonden budget (hierna: pgb). Bij zorg in natura vindt de zorgverlening plaats via het zorgkantoor. Het zorgkantoor contracteert zorginstellingen die de zorg leveren aan de cliënt. Bij een pgb krijgt de cliënt een geldbedrag waarmee hij zelf zorg, begeleiding, hulp en voorzieningen kan inkopen.

Toegang tot de zorg

Voor de meeste vormen van AWBZ-zorg is een indicatie nodig.⁷ Het Centrum indicatiestelling zorg (hierna: CIZ) is de instantie die een indicatie afgeeft. Als er sprake is van een jeugdige met een psychiatrisch probleem, stelt Bureau Jeugdzorg de indicatie. Op basis van iemands persoonlijke omstandigheden wordt bepaald voor welke vormen van zorg diegene in aanmerking komt. De indicatie kan bestaan uit één of meerdere functies, bijvoorbeeld verpleging en persoonlijke verzorging.⁸ Voor zorg in de thuissituatie wordt een indicatie in functies en klassen gegeven en voor zorg in een instelling wordt een indicatie in een zorgzwaartepakket gegeven. Het gaat hier bijvoorbeeld om mensen die 24-uurs toezicht nodig hebben of die vanwege een handicap zeer intensieve zorg nodig hebben.

Uitvoering van de AWBZ

Zorgkantoren voeren de AWBZ uit. Per regio wordt één zorgverzekeraar aangewezen als zorgkantoor. Het zorgkantoor stemt het aanbod op de vraag af en zorgt voor de contractering van zorg bij zorgaanbieders. Ook maakt het zorgkantoor afspraken met zorgaanbieders over de soort en de hoeveelheid zorg die zij kunnen aanbieden, zodat er voldoende zorg aanwezig is en de aangeboden zorg van goede kwaliteit is.

⁷ Er zijn ook vormen van zorg waar geen indicatie voor nodig is, bijvoorbeeld vaccinaties, zwangerschapsafbreking of zorg omdat iemand blind of doof is.

⁸ Artikel 9a en 9b AWBZ.

Het zorgkantoor is daarnaast verantwoordelijk voor het beheren van eventuele regionale wachtlijsten bij de AWBZ. Wanneer het niet mogelijk is om de geïndiceerde zorg op tijd te leveren, dient het zorgkantoor ervoor te zorgen dat ter overbrugging verantwoorde zorg wordt geleverd. Zorgkantoren zijn medeverantwoordelijk voor de uitvoering van de regeling pgb. Daarnaast ziet het zorgkantoor toe op de juiste besteding van de AWBZ-gelden.

2.3 De Wet maatschappelijke ondersteuning

De Wmo is een vangnetvoorziening: er bestaat geen aanspraak op maatschappelijke ondersteuning op grond van de Wmo als een voorziening op grond van een andere wettelijke bepaling bestaat.⁹ De wet regelt dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en dat ze daarbij de hulp en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben, bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, aanpassingen aan de woning en maaltijdverzorging. De gemeente is verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wmo. Gemeenten bieden ondersteuning aan diegenen die hun beperkingen niet zelf of in hun eigen netwerk kunnen oplossen. Het doel van de ondersteuning is het compenseren van de beperking en hierdoor iemand in staat te stellen zichzelf te redden en te participeren (mee te doen) in de samenleving. In de huidige Wmo hebben gemeenten op grond van artikel 4 een compensatieplicht. Dit betekent dat zij voorzieningen moeten treffen om beperkingen in de zelfredzaamheid en participatie zoveel mogelijk weg te nemen.

Uit recente rechtspraak blijkt dat gemeenten een voorziening op grond van de Wmo niet mogen weigeren op grond van het inkomen of vermogen van de aanvrager. Slechts bij het bepalen van de eigen bijdrage mag rekening worden gehouden met het inkomen of vermogen van de aanvrager.¹⁰

⁹ Artikel 2 Wmo.

¹⁰ CRvB 25 november 2013, ECLI:NL:CRVB:2013:2390; CRvB 25 november 2013, ECLI:NL:CRVB:2013:2394 en CRvB 25 november 2013, ECLI:NL:CRVB:2013:2395.

3. Wijzigingen Langdurige Zorg in 2014

Een aantal van de wijzigingen in de langdurige zorg geldt al vanaf 1 januari van dit jaar of gaat dit jaar gelden. Voor zorgaanbieders zijn er twee belangrijke wijzigingen, namelijk:

1. Invoering trekkingsrecht voor pgb-houders in fases

Dit jaar is een proef gestart met het trekkingsrecht voor pgb houders. Bij het trekkingsrecht krijgen cliënten geen voorschot pgb meer op hun eigen rekening, maar wordt het pgb door het zorgkantoor overgemaakt aan de Sociale Verzekeringsbank (SVB). De SVB betaalt de zorgverleners nadat de cliënt daar opdracht toe heeft gegeven. Het systeem van trekkingsrechten wordt in 2014 uitgebreid getest. Per 1 januari 2015 geldt het trekkingsrecht voor iedere budgethouder die een pgb ontvangt op grond van de Wlz of de nieuwe Wmo.

2. Extramuralisering: langer thuis wonen

Sinds begin 2013 krijgen nieuwe cliënten met zorgzwaartepakketten 1 en 2 deze ondersteuning thuis. Vanaf 1 januari 2014 krijgen ouderen niet langer een indicatie voor zorgzwaartepakket 3 (ZZP VV3). In plaats daarvan krijgen zij een indicatie voor extramurale zorg. Dit betekent dat zij langer thuis blijven wonen en dat zij voortaan thuis de zorg en ondersteuning krijgen die zij nodig hebben. Deze mensen kunnen als dat nodig is ook gebruik maken van voorzieningen zoals de Wmo. Voor cliënten met een licht zorgzwaartepakket die al zijn opgenomen in een zorginstelling, verandert er niets.

4. Langdurige zorg in de toekomst: 2015

Dit hoofdstuk behandelt de nieuwe wetgeving, met name de wijzigingen die ingaan op 1 januari 2015 in het nieuwe stelsel van langdurige zorg. Aan bod komen de extramuralisering van de AWBZ, de langdurige geestelijke gezondheidszorg, de wijzigingen in het pgb en de jeugdzorg. Aansluitend worden de drie nieuwe wetten behandeld, namelijk de Wlz, de Wmo 2015 en de wijzigingen in het Zorgverzekeringsbesluit.

4.1 Overzicht van de wijzigingen

Extramuralisering AWBZ

De AWBZ wordt geëxtramuraliseerd en dat betekent dat cliënten met een lichte zorgvraag zo lang mogelijk in hun eigen vertrouwde omgeving blijven wonen. Hierin worden zij ondersteund vanuit hun eigen omgeving, vanuit de gemeente via de Wmo 2015 en vanuit de zorgverzekeraar met thuiszorg. Als een cliënt een dergelijk zware zorgvraag heeft dat thuis wonen niet haalbaar is, dan is verblijf in een zorginstelling mogelijk. Voor de financiering van de zorg betekent dit dat lichtere zorgzwaartepakketten gefinancierd worden vanuit de Wmo 2015 of de Zvw. Zwaardere zorgvragen waarbij sprake is van intensieve zorg worden vanuit de Wlz gefinancierd.

De extramuralisering van de AWBZ heeft tot gevolg dat een aantal functies overgaan van de AWBZ naar de Wmo 2015, namelijk extramurale begeleiding en kortdurend verblijf. Gemeenten worden verantwoordelijk voor alle mensen die extramurale begeleiding krijgen of nodig hebben; dit geldt zowel voor de individuele begeleiding als de groepsbegeleiding (dagbesteding). Dat past in het overheidsbeleid: zorg en ondersteuning zo dicht mogelijk bij de mensen om wie het gaat.

De extramurale verpleging en de extramurale verzorging gaan van de AWBZ naar de Zvw. Beide worden onderdeel van de aanspraak wijkverpleging die in de Zvw wordt opgenomen. Bij 95% van de mensen die persoonlijke verzorging ontvangen, hangt dit samen met verpleging. Door zowel de persoonlijke verzorging als de verpleging naar de Zvw over te brengen, wordt dit in één hand gehouden. Ongeveer 5% van de mensen krijgt verzorging vanwege cognitieve problemen. Dergelijke cliënten krijgen vaak ook begeleiding en daarom gaat de verzorging van deze groep wel over naar gemeenten.

De extramurale behandeling voor verzekerden met een zintuiglijke handicap wordt ondergebracht in de Zvw. De extramurale behandeling van verstandelijk beperkte minderjarigen gaat naar de Jeugdwet. Het is de bedoeling dat de overige

extramurale behandeling op den duur ook wordt overgebracht naar de Zvw. Omdat voor een daadwerkelijke overheveling meer onderzoek nodig is, wordt deze zorg nu nog niet overgeheveld. De extramurale behandeling wordt vooralsnog gefinancierd op grond van de Wlz.¹¹

Langdurige intramurale GGZ-B

De langdurige GGZ die op behandeling is gericht (GGZ-B) gaat gedeeltelijk over naar de Zvw en gedeeltelijk naar de Wlz. De zwaarste cliënten gaan naar de Wlz en cliënten waarvan de zorgvraag minder zwaar is gaan naar de Zvw. Om deze twee groepen te scheiden, moeten nog objectieve criteria ontwikkeld worden.¹² Omdat dit niet meer lukt vóór de inwerkingtreding van de Wlz, geldt tot de criteria ontwikkeld zijn een tijdelijke maatstaf: GGZ-B cliënten die voor hun behandeling verblijven in een zorginstelling, vallen de eerste drie jaar onder de Zvw. Na drie jaar aaneengesloten verblijf gaan zij over naar de Wlz.

De driejaarstermijn geldt niet voor GGZ-B cliënten die op de datum van inwerkingtreding van de Wlz voor hun behandeling al verblijven in een ggz-instelling. Om te voorkomen dat zij heen en weer geslingerd worden tussen de verschillende wetten, gaan zij op 1 januari 2015 rechtstreeks over naar de Wlz.¹³

GGZ-C: Beschermd wonen

Beschermd wonen (de niet op behandeling gerichte GGZ-C) gaat naar de nieuwe Wmo en komt daarmee onder verantwoordelijkheid van de gemeenten. Een deel van deze cliënten krijgt mogelijk op een later moment alsnog toegang tot de Wlz op grond van nog vast te stellen objectieve criteria. Net als bij de GGZ-B moeten deze criteria nog ontwikkeld worden. Voor GGZ-C cliënten geldt echter geen tijdelijk criterium, alle GGZ-C cliënten gaan per 1 januari naar gemeenten. Wel geldt voor hen een overgangsregeling, deze komt aan bod in hoofdstuk 5 bij het overgangsrecht.

Wijzigingen in het persoonsgebonden budget

Trekkingsrechten voor pgb's zijn in 2014 ingevoerd om fraude met pgb's terug te dringen. Per 1 januari 2015 geldt voor iedere pgb-houder het trekkingsrecht. Het zorgkantoor maakt het pgb in de toekomst over aan de SVB, cliënten krijgen niet meer zelf het pgb op hun rekening gestort. Zij kunnen aan de SVB opdracht geven tot betaling aan zorgverleners.

¹¹ Kamerstukken II, 2013/14, 33.891, nr. 2, artikel 11.1.4 (Voorstel van wet).

¹² Kamerbrief VWS, 24 maart 2014, "Positionering langdurige intramurale ggz".

¹³ Kamerstukken I 2014/15, 33.891, C, artikel 11.1.3 (Voorstel van wet).

Jeugdzorg naar gemeente

Voor personen onder de 18 jaar gaan de meeste vormen van zorg naar de gemeenten. Dit wordt geregeld in de nieuwe Jeugdwet en de nieuwe Wmo. De Jeugdwet is op 18 februari 2014 aangenomen door de Eerste Kamer en treedt in werking op 1 januari 2015.

4.2 De Wet langdurige zorg (Wlz)

De Wlz gaat alleen de zwaarste langdurige zorg vergoeden voor mensen die echt niet meer thuis kunnen wonen. Het gaat hier om mensen die permanent toezicht of 24-uurszorg nodig hebben. Dit betekent dat een cliënt aanspraak heeft op zorg ten laste van de Wlz, indien hij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte heeft aan:

- a. permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel; of
- b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat de cliënt zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen,
 1. door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of
 2. door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.

Blijvende zorgvraag

Van belang voor de afbakening tussen de Wmo 2015 en de Wlz is de blijvende zorgvraag van de cliënt. Cliënten die zicht hebben op verbetering zijn volgens de regering beter af bij de op herstel en participatie gerichte gemeente en zorgverzekeraar. Daarom blijven bij cliënten die intensieve zorg of ondersteuning nodig hebben, maar waarvan de verwachting is dat de zorgbehoefte over gaat of veel minder zal worden, gemeenten en de zorgverzekeraars verantwoordelijk. Hierop geldt één uitzondering, namelijk voor volwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVG). Deze cliënten vallen zolang zij nog niet meerderjarig zijn onder de Jeugdwet. Bij deze cliënten is sprake van integrale behandelzorg die wordt ingezet voor een bepaalde periode. Afhankelijk van hun zorgbehoefte wordt na de behandelperiode de zorg gecontinueerd op grond van de Wlz of krijgen zij ondersteuning op grond van de Wmo of Zvw. Niet in alle gevallen is dus sprake van een blijvende zorgvraag. De regering vindt de continuïteit van de behandeling belangrijker dan het bereiken van de leeftijd van achttien jaar en daarom wordt voor deze groep cliënten een uitzondering

gemaakt.¹⁴ Zij mogen de integrale behandelzorg voortzetten onder de Wlz, ook al is niet zeker of zij blijvend zorg nodig hebben.

Omdat een blijvende zorgvraag een vereiste is voor een indicatie op grond van de Wlz, kan de indicatie voor onbepaalde tijd gegeven worden. Dit betekent dat herindicaties in beginsel niet meer nodig zijn, iemand met een Wlz-indicatie houdt levenslang zijn recht op zorg op grond van de Wlz. Deze levenslange geldigheid geldt niet voor de hierboven bedoelde LVG-ers die hun behandeling mogen voortzetten onder de Wlz. Deze indicaties hebben een beperkte geldigheidsduur. Daarnaast kan (ambtshalve) herindicatie noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld als de indicatie voor de Wlz onterecht is verkregen of als sprake is van een veranderde zorgbehoefte die niet past binnen het zorgprofiel.¹⁵

Integraal pakket aan zorg

Na een indicatie van het CIZ heeft de cliënt op grond van de Wlz recht op een integraal pakket aan zorg. Hij heeft recht op verblijf (incl. hoteldiensten) en de met het verblijf samenhangende zorg zoals persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling, vervoer van en naar dagbesteding en/of behandeling, hulpmiddelen en woningaanpassingen.

Om problemen in de overgang naar zorgkantoren te voorkomen, worden woningaanpassingen of hulpmiddelen voor mensen die thuis blijven wonen in 2015 nog vergoed door gemeenten.¹⁶

Mogelijkheden zorg thuis

Als mensen niet willen verblijven in een instelling, biedt de Wlz net als de AWBZ onder bepaalde voorwaarden een aantal mogelijkheden: een volledig pakket thuis (vpt), een modulair pakket thuis (mpt) of een pgb met trekkingsrechten. Deze mensen zien af van daadwerkelijk verblijf, maar houden voor zover daar behoefte aan is wel aanspraak op (een deel van) de verblijfszorg. Het modulair pakket thuis (mpt) is een nieuw pakket; cliënten hebben hiermee de mogelijkheid om delen (modules) van het pakket aan zorg in natura thuis geleverd te krijgen. Een modulair pakket thuis kan, in tegenstelling tot het volledig pakket thuis, worden gecombineerd met een pgb. Ook is het mogelijk de modules van het pakket af te nemen van verschillende zorgaanbieders, iets dat niet kan bij het volledig pakket thuis. Het modulair pakket thuis lijkt op de huidige vorm van zorg in natura in functies en klassen en is in de Wlz opgenomen, omdat het bijdraagt aan een soepele overgang van de AWBZ naar de Wlz.

¹⁴ Kamerstukken II 2013/14, 33.891, nr. 3, p. 14 (Memorie van toelichting).

¹⁵ Kamerstukken II 2013/14, 33.891, nr. 2, artikel 3.2.3 (Voorstel van wet Tweede Kamer).

¹⁶ Kamerstukken I 2014/15, 33.891, C, artikel 3.1.3 (Voorstel van wet) en Kamerstukken II 2013/14, 33.891, nr. 17, MM, p.51 (Tweede nota van wijziging).

Toegang tot de zorg

Het CIZ voert de indicatiestelling uit in de Wlz, net als onder de AWBZ. Het CIZ onderzoekt in persoon of iemand voldoet aan de toegangscriteria. Het verkrijgen van toegang tot de Wlz staat los van de vraag of de gemeente en zorgverzekeraar voldoende ondersteuning en zorg hebben geboden. Daarnaast is de rol van de sociale omgeving, in tegenstelling tot de Wmo 2015, niet van belang voor toegang tot de Wlz. Dit betekent dat voor de toegang niet wordt gekeken naar de verzorging die familie, vrienden en kennissen kunnen bieden aan de cliënt. Hier is één uitzondering op, bij kinderen wordt gekeken naar de verzorging die ouders kunnen bieden. Pas als sprake is van 'bovengebruikelijke' zorg, kan toegang tot de Wlz worden verkregen. Van bovengebruikelijke zorg is sprake als de zorg voor een kind qua tijd en intensiteit substantieel meer is ten opzichte van de zorg van ouders aan een kind van dezelfde leeftijd zonder beperkingen.¹⁷

Dat het sociale netwerk niet van belang is voor de toegangsvraag, betekent niet dat helemaal geen rekening wordt gehouden met dit netwerk. De rol van familie, vrienden en kennissen krijgt een plaats bij de invulling van het zorgplan. Daardoor kan de sociale omgeving van de cliënt toch invloed hebben op de uiteindelijke zorgverlening vanuit de Wlz.

Nadat het CIZ heeft onderzocht of een cliënt aan de toegangscriteria voldoet, neemt zij een indicatiebesluit waarin zij vaststelt of de cliënt wordt toegelaten tot de Wlz en in welk inhoudelijk zorgprofiel cliënt het beste past. In het zorgprofiel worden de aard, inhoud en globale omvang van de zorgverlening vastgesteld. Het Zorginstituut Nederland (voorheen het College voor Zorgverzekeringen) moet deze zorgprofielen nog uitwerken en voor 2015 wordt daarom nog aangesloten bij de huidige zorgzwaartepakketten. Het is de bedoeling dat het aantal zorgprofielen per 1 januari 2016 wordt verminderd.¹⁸ Indicatie in zorgprofielen bij de Wlz is een belangrijk verschil met de indicatie in zorgzwaartepakketten bij de AWBZ. Het zorgzwaartepakket vormt in de AWBZ het uitgangspunt bij het gesprek tussen cliënt en zorgverlener over de te verlenen zorg, maar daarvoor is het zorgzwaartepakket niet bedoeld en ook niet geschikt. Het zorgzwaartepakket is bedoeld als een bekostigingsinstrument: het op een goede manier verdelen van de beschikbare middelen. Daarom zullen de zorgzwaartepakketten in de Wlz op den duur geen rol meer spelen bij de indicatiestelling door het CIZ. De zorgzwaartepakketten blijven wel de basis voor de bekostiging. Het streven van de regering is om het aantal zorgzwaartepakketten op termijn terug te brengen.

¹⁷ Kamerstukken II 2013/14, 33.891, nr. 3, p. 14 (Memorie van toelichting).

¹⁸ Kamerbrief VWS 19 september 2014, "Tweede amendementenbrief", p. 3.

Tussen cliënt, vertegenwoordiger en zorgverlener worden afspraken gemaakt over de te ontvangen zorg. Deze afspraken worden vastgelegd in het zorgplan. Daarbij gaat het om de wensen en voorkeuren van de cliënt, de doelen van de zorgverlening en welke zorgverleners daarbij betrokken zijn. Bij AMvB kan worden bepaald aan welke aspecten in ieder geval aandacht moet worden besteed. De zorgplanbespreking moet tijdens de zorgverlening regelmatig terugkeren. Dit moet ervoor zorgen dat de afspraken in het zorgplan aan blijven sluiten bij het perspectief, de drijfveren en mogelijkheden van de cliënt.¹⁹ Het zorgplan en de zorgplanbespreking zijn in de Wlz wettelijk verankerd.²⁰ Dit is een verschil ten opzichte van de AWBZ, waarin de zorgplanbespreking was geregeld bij AMvB.²¹

Uitvoering Wlz

De uitvoering van de Wlz, zal net als bij de AWBZ komen te liggen bij zorgverzekeraars. De uitvoering moet plaatsvinden in een aparte rechtspersoon die behoort tot de groep waartoe ook de zorgverzekeraar behoort. Deze rechtspersoon wordt de Wlz-uitvoerder genoemd. Uit de memorie van toelichting blijkt dat de keuze voor een aparte rechtspersoon voortvloeit uit de enorme geldstroom die met de uitvoering van de Wlz is gemoeid. In het kader van het prudentiële toezicht op zorgverzekeraars vindt De Nederlandsche Bank uitvoering in een aparte rechtspersoon wenselijk.²² Dit lijkt op de huidige uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren, waarvoor veel verzekeraars in de praktijk al een aparte rechtspersoon hebben opgericht.

De Wlz-uitvoerder moet ervoor zorgen dat verzekerden de geïndiceerde zorg en diensten kunnen verkrijgen, waarop zij zijn aangewezen. Dit heet de zorgplicht van de Wlz uitvoerder. Bij de uitvoering van deze zorgplicht is de Wlz uitvoerder verantwoordelijk voor het verrichten van een aantal werkzaamheden.²³ De Wlz-uitvoerder wordt ten eerste verantwoordelijk voor het sluiten van zorginkoopovereenkomsten met zorgaanbieders, waardoor de zorgaanbieders in staat worden gesteld tot het verlenen van zorg. Daarnaast moet de Wlz-uitvoerder zijn verzekerden informeren over de verschillende leveringsvormen en de gecontracteerde zorgaanbieders (inclusief wachttijden en verschillen). De Wlz-uitvoerder moet vervolgens beoordelen of iemand in aanmerking komt voor een vpt, mpt of pgb. Daarnaast moet de Wlz-uitvoerder ervoor zorgen dat indien gekozen is voor zorg in natura de zorg binnen redelijke termijn en op redelijke afstand beschikbaar is. Desgewenst draagt hij zorg voor bemiddeling naar een geschikte gecontracteerde zorgaanbieder. Indien wordt gekozen voor een pgb zorgt hij ervoor dat het budget tijdig beschikbaar is.

¹⁹ Kamerstukken II 2013/14, 33.891, nr. 3, p. 46 (Memorie van toelichting).

²⁰ Kamerstukken II 2013/14, 33.891, nr. 2, artikel 8.1.1 e.v. (Voorstel van wet).

²¹ Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg.

²² Kamerstukken II 2013/14, 33.891, nr. 3, p. 37 (Memorie van toelichting).

²³ Kamerstukken II, 2013/14, 33.891, artikel 4.2.1 en 4.2.2 (Voorstel van Wet).

Door de minister van VWS worden regionale Wlz-uitvoerders aangewezen die verantwoordelijk worden voor controle en administratie, hierna: “zorgkantoren” genoemd.²⁴ De zorgkantoren zijn zelf verantwoordelijk voor de uitvoering van deze taken. De Wlz-uitvoerders kunnen hun eigen taken vrijwillig uitbesteden aan de zorgkantoren, wel blijven zij zelf verantwoordelijk voor hun eigen verzekerden. Doordat de administratie- en controletaken aan de regionale zorgkantoren worden opgedragen, verwacht de wetgever dat de Wlz-uitvoerders hun taken gaan uitbesteden aan de regionale zorgkantoren.²⁵ Hierdoor ontstaat in de praktijk een situatie die lijkt op de huidige uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren. De regering is voornemens het aantal zorgkantoren in de toekomst terug te brengen door de regio’s groter te maken. In 2015 zal echter nog gewerkt worden met de huidige regionale indeling.

4.3 De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015

In de Wmo staan de eigen verantwoordelijkheid van de burger en zijn sociale netwerk voorop. Het compensatiebeginsel in de huidige Wmo wordt vervangen door een maatwerkvoorziening. De gemeente is pas aan zet als het de burger niet lukt om –met hulp van zijn sociale omgeving- te participeren en zelfredzaam te zijn. Bij participatie gaat het om het deelnemen aan het maatschappelijk verkeer, dat iemand ondanks zijn beperkingen, op gelijke voet met anderen in redelijke mate mensen kan ontmoeten, sociale contacten kan onderhouden, boodschappen kan doen en maatschappelijke activiteiten kan ondernemen.²⁶ Met zelfredzaamheid wordt bedoeld dat hij of zij in staat is tot het uitvoeren van de noodzakelijke dagelijkse levensverrichtingen (zoals opstaan, aan- en uitkleden, bewegen, toiletbezoek en lichamelijke hygiëne) en het voeren van een gestructureerd huishouden. Lukt het de burger niet om op eigen kracht of met behulp van zijn sociale netwerk te participeren en zelfredzaam te zijn, dan wordt gekeken of een algemene voorziening hierin kan voorzien. Bij een algemene voorziening kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een rolstoeltoegankelijk gebouw, een sportfaciliteit of een buurthuis.

Pas als de cliënt ook met behulp van een algemene voorziening niet in staat is tot zelfredzaamheid en participatie, beslist de gemeente tot een maatwerkvoorziening. Deze voorziening is afgestemd op de behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van een persoon en bestaat uit een geheel

²⁴ Kamerstukken II, 2013/14, 33.891, artikel 4.2.3 (Voorstel van Wet).

²⁵ Kamerstukken II 2013/14, 33.891, nr. 3, p. 39 (Memorie van toelichting).

²⁶ Kamerstukken II 2013/14, 33841, nr. 3 (Memorie van toelichting), p. 123.

van diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen. De individuele omstandigheden en mogelijkheden van de aanvrager, ook op andere terreinen dan maatschappelijke ondersteuning, spelen een belangrijke rol bij het besluit van de gemeente voor een maatwerkvoorziening.²⁷ Net als in de huidige Wmo mag het inkomen of vermogen van een burger geen reden zijn voor afwijzing van de voorziening. Het inkomen of vermogen mag slechts een rol spelen bij de bepaling van de hoogte van de eigen bijdrage, die landelijk wordt vastgesteld.²⁸

Inkoop

Gemeenten hebben beleidsvrijheid bij de uitvoering van de Wmo, waardoor de uitvoering per gemeente kan verschillen. Dit geldt ook voor de manier waarop de zorg wordt ingekocht. Daarbij dienen gemeenten zich te houden aan de Aanbestedingswet. De zorg en ondersteuning in het sociale domein valt echter onder het II-b regime van de Aanbestedingswet. Daardoor hebben gemeenten veel vrijheid om de inkooptrajecten vorm te geven. Wel moeten gemeenten de algemene aanbestedingsbeginselen respecteren. Dit zijn de beginselen van objectiviteit, transparantie en non-discriminatie.

Hoe de gemeenten het inkooptraject vormgeven hangt af van verschillende factoren en het door hen gewenste resultaat. Sommige gemeentes willen samen met aanbieders tot een overeenkomst komen, andere gemeentes willen zelf de voorwaarden en tarieven voorschrijven. Daarnaast is van belang hoeveel aanbieders de gemeente wil contracteren: één aanbieder, een selectie van aanbieders of een groot aantal aanbieders? Het sturen op concurrentie en kwaliteit zal ook per gemeente verschillen. Omdat iedere gemeente hierin een eigen afweging maakt om te komen tot het gewenste inkoopmodel, gaat het in deze publicatie te ver om apart op de verschillende inkoopmodellen in te gaan.

4.4 Het Zorgverzekeringsbesluit

Wijkverpleging

Eén van de wijzigingen is de overgang van de extramurale verpleging die op dit moment is ondergebracht in de AWBZ naar de Zvw. Dit geldt ook voor 95% van de extramurale persoonlijke verzorging. Om deze overgang te realiseren worden de verzekerde prestaties van de Zvw uitgebreid met de prestatie “wijkverpleging”. De uitbreiding van de op grond van de Zvw verzekerde zorg vindt plaats door wijziging van het Besluit zorgverzekering.

²⁷ Kamerstukken II 2013/14, 33841, nr. 3 (Memorie van toelichting), p. 35.

²⁸ Ontwerp Uitvoeringsbesluit Wmo 2015.

Het is de bedoeling dat de bekostiging van de wijkverpleging uiteindelijk (vanaf 1 januari 2016) plaats gaat vinden op basis van een nieuw bekostigingsmodel.²⁹ Dit model moet nog uitgewerkt worden door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Wel is al duidelijk dat de bekostiging zal plaatsvinden in drie segmenten:

1. Niet-toewijsbare zorg, segment 1
2. Toewijsbare zorgverlening, segment 2
3. Uitkomsten geleverde zorg, segment 3.

In segment 1 is de populatie het uitgangspunt van vergoeding voor de beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige, de signalerende functie en de preventieve activiteiten. Bij deze activiteiten is sprake van niet-toewijsbare zorg, dat wil zeggen dat de zorg niet te koppelen is aan een specifieke patiënt. In het tweede segment wordt de verpleging en verzorging geleverd en de daaraan verbonden signalerende taken. Uitgangspunt van vergoeding in dit segment zijn gemiddelde tarieven voor groepen cliënten, op basis van de voor de groep specifieke kenmerken. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een gemiddeld tarief voor dementerende ouderen. De zorgaanbieder ontvangt dan een vast bedrag voor de te leveren zorg waarbinnen hij naar eigen inzicht kan handelen. Het derde segment richt zich op uitkomsten van de geleverde zorg, waarin zorgaanbieders beloond worden voor het leveren van bepaalde uitkomsten.

Omdat de invoering van een nieuw bekostigingsmodel veel tijd kost en op de juiste manier moet gebeuren, vindt bekostiging in 2015 plaats op basis van een overgangsmodel. De huidige AWBZ prestaties en tarieven voor verpleging en verzorging vormen de basis van dit model. De NZa wil in dit transitiemodel een stap richting het nieuwe bekostigingsmodel doen. Als dat niet mogelijk blijkt te zijn, vindt de bekostiging in 2015 nog plaats op basis van de huidige AWBZ-prestaties. Voor zover sprake is van hetzelfde tarief zal de NZa deze prestaties zoveel mogelijk bundelen, waardoor een vermindering van het aantal prestaties optreedt.

De inkoop van de wijkverpleging vindt in 2015 plaats op grond van representatie, waarbij verzekeraars de zorg per zorgkantoor regio inkopen.³⁰ Daarbij spreken zorgverzekeraar en zorgaanbieder een budget af. Dit lijkt op de inkoop van verpleging en verzorging in de huidige AWBZ.

Verzekeraars maken bij de inkoop van de wijkverpleging onderscheid in de inkoop van de niet toewijsbare wijkgebonden zorg in segment 1 en de toewijsbare daadwerkelijke zorgverlening van segment 2. Voor de niet toewijsbare

²⁹ Kamerbrief VWS 19 mei 2014, "Bekostiging wijkverpleging".

³⁰ Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging, bijlage 1 bij Kamerbrief VWS 28 maart 2014, "Transitie hervorming langdurige zorg".

wijkgebonden zorg zullen zorgverzekeraars een beperkt aantal aanbieders contracteren. Deze aanbieders kunnen hiervoor alleen een contract krijgen als zij ook zorg uit segment 2 leveren.³¹

Zvw-pgb

Verzekerden met een aanspraak op wijkverpleging komen onder bepaalde voorwaarden in aanmerking voor een Zvw-pgb.³² Het pgb wordt vormgegeven in de vorm van een restitutie, dit betekent dat een verzekerde de pgb-zorg achteraf vergoed krijgt door het indienen van declaraties. Dit is met name van belang voor naturapolissen, in restitutiepolissen is immers al een dergelijke mogelijkheid opgenomen.

Langdurige GGZ-B

Een van de wijzigingen is de overgang van een deel van de langdurige GGZ-B naar de Zvw. Omdat de huidige dbc's GGZ in de Zvw over enkele jaren vervangen worden door een nieuwe productstructuur, wordt de langdurige GGZ-B niet bekostigd op grond van dbc's. Bekostiging blijft daarom, totdat de nieuwe productstructuur is ingevoerd, plaatsvinden op grond van de huidige AWBZ-prestaties.

³¹ Kamerbrief 29 september 2014, "*Beantwoording Kamervragen over het bericht dat zorgverzekeraars de wijkverpleging splitsen*".

³² "Uitgangspunten en inhoud van Zvw-pgb", Onderhandelingsresultaat overeengekomen door Per Saldo, ZN en VWS, bijlage 1 bij Kamerbrief VWS, 24-03-2014 "Verankering persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet".

5. Invoering: het overgangsrecht

De Wmo 2015 treedt in werking per 1 januari 2015 en wanneer de Eerste Kamer akkoord gaat met de Wlz, zal de invoering van de Wlz ook vanaf 1 januari 2015 een feit zijn. Gezien de gevolgen van de stelselwijziging en voor de duidelijkheid van alle betrokken partijen is het wenselijk dat de behandeling in de Eerste Kamer zo snel mogelijk wordt afgerond. Dit hoofdstuk gaat in op het overgangsrecht voor de verschillende wetten.

De regering streeft naar een soepele overgang in de hervorming van het stelsel van langdurige zorg. Het jaar 2015 wordt door de regering dan ook gezien als een kantelpunt. Het stelsel wordt hervormd, maar de overgang moet soepel gaan. Het overgangsrecht gaat daarom zoveel mogelijk uit van een “zachte landing” voor cliënten. Veel effecten worden pas op langere termijn merkbaar, 2015 wordt gezien als een transitiejaar.

5.1 Overgangsrecht Wet langdurige zorg

In het overgangsrecht van de Wlz wordt een onderscheid gemaakt tussen hoge ZZP's en lage ZZP's. Het onderscheid is gebaseerd op het onderscheid dat in het wetsvoorstel van de Wlz wordt gemaakt.³³ De tabel op de volgende pagina geeft de verdeling weer. Wanneer in deze publicatie gesproken wordt over hoge en lage ZZP's, wordt hiermee de verdeling bedoeld zoals aangegeven in deze tabel.

De regering heeft in het begrotingsoverleg onder andere besloten om de bezuinigingen te verzachten voor een deel van de ouderen en gehandicapten, omdat gewaarborgd moet worden dat ouderen en gehandicapten voor wie het thuis niet meer gaat, toegang kunnen krijgen tot de Wlz.³⁴ Dit is uitgewerkt in de tweede nota van wijziging, waarin VV ZZP 4 en VG ZZP 3 onder de hoge zzp's zijn gebracht en is nu opgenomen in het wetsvoorstel.³⁵

³³ Kamerstukken I, 2014/15, 33.891, C, artikel 11.1.1 (Voorstel van wet).

³⁴ Kamerbrief VWS, 17 april 2014, “Uitkomst begrotingsoverleg hervorming langdurige zorg”.

³⁵ Kamerstukken II 2013/14, 33.891, nr. 17, HH, artikel 11.1.1 lid 1 en 2 (Tweede nota van wijziging), Kamerstukken I, 2014/15, 33.891, C, artikel 11.1.1.

Hoog ZZP	Laag ZZP
VV ZZP 4 t/m 10	VV ZZP 1 t/m 3
VG ZZP 3 t/m 8	VG ZZP 1 t/m 2 (volwassenen)
SGLVG ZZP 1	LG ZZP 1 en 3
LG ZZP 2 en 4 t/m 7	ZGAUD ZZP 1
ZGAUD ZZP 2 t/m 4	ZGVIS ZZP 1
ZGVIS ZZP 2 t/m 5	
LVG ZZP 1 t/m 5 (volwassenen)	

(VV: Verpleging en verzorging, VG: Verstandelijk gehandicapt, SGLVG: Sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt, LG: Lichamelijk gehandicapt, ZGAUD: Zintuigelijk gehandicapt auditief, ZGVIS: Zintuigelijk gehandicapt visueel, LVG: Licht verstandelijk gehandicapt.)

Indicatie voor verblijf en daadwerkelijk verblijf

Clënten die direct voorafgaand aan de inwerkingtreding van de Wlz een indicatie voor verblijf hebben en ook daadwerkelijk verblijven in een zorginstelling komen niet op straat te staan. Zij krijgen toegang tot de Wlz en behouden dit recht levenslang. Dit betekent dat zij ook na afloop van het indicatiebesluit toegang houden tot de Wlz, ook al zouden zij dit op grond van hun lage ZZP niet hebben.

Indicatie voor verblijf en thuiswonend

Voor mensen die direct voorafgaand aan de inwerkingtreding van de Wlz een indicatie voor verblijf hebben, maar thuis de zorg ontvangen geldt het volgende. De mensen met een hoog ZZP houden toegang tot de Wlz. Zij kunnen kiezen om thuis te blijven wonen en ontvangen ook in dat geval hun zorg uit de Wlz. Voor mensen met een laag ZZP geldt dat zij tot 1 januari 2016 of zoveel eerder als hun indicatie afloopt de zorg behouden zoals zij die onder de AWBZ thuis ontvingen. Wonen ze op 1 januari 2016 nog thuis, dan vallen ze vanaf dan onder de Zvw en/of de Wmo 2015. Deze mensen houden altijd het recht om in een instelling te gaan verblijven op grond van de Wlz. Zij hoeven derhalve geen Wlz-indicatie aan te vragen indien ze op een later moment alsnog in een instelling willen gaan wonen. Wel geldt voor deze mensen dat zij niet de keuze hebben om thuis te blijven wonen op grond van de Wlz. Kiezen zij ervoor om thuis te blijven wonen, dan vallen zij vanaf 1 januari 2016 onder de verantwoordelijkheid van gemeenten en zorgverzekeraars. Willen zij thuis wonen op grond van de Wlz, dan dienen zij een Wlz-indicatie aan te vragen bij het CIZ.

Het verblijf in een kleinschalig wooninitiatief wordt gelijkgesteld met verblijf in een intramurale instelling. Hierdoor wordt voorkomen dat personen die met een pgb hun zorg inkopen bij een kleinschalig wooninitiatief, hun verblijfsrecht verliezen.

GGZ-B

Voor GGZ-B cliënten geldt een aparte overgangsbepaling. Zoals al is aangehaald in paragraaf 4.1 vallen cliënten die op de datum van inwerkingtreding van de Wlz reeds GGZ-behandeling met verblijf genieten direct onder de Wlz. Voor hen geldt niet dat zij de eerste drie jaar van hen behandeling onder de Zvw vallen.

Extramurale indicatie en Wlz profiel

Een aantal cliënten uit de AWBZ heeft een extramurale indicatie, maar komt door hun hoge zorgzwaarte zeer waarschijnlijk in aanmerking voor een Wlz-indicatie. Voor bepaalde, nog bij ministeriële regeling aan te wijzen groepen cliënten is het overgangsrecht in de Wlz daarom uitgebreid, waardoor deze cliënten een Wlz-indicatie kunnen krijgen.³⁶ Uit kamerstukken blijkt dat dit kinderen betreft die levenslang zijn aangewezen op langdurige zorg.³⁷ Als deze cliënten een indicatie voor de Wlz willen, moeten ze dit vóór 1 januari 2015 aangeven. Zij krijgen dan een Wlz-indicatie die geldig is tot 1 januari 2016 en zullen in de loop van 2015 door het CIZ worden benaderd voor een herindicatie.

Naast de hierboven bedoelde kinderen is er nog een groot aantal andere cliënten zonder verblijfsindicatie die hoogstwaarschijnlijk wel in aanmerking komen voor de Wlz. Deze cliënten kunnen niet kiezen voor de Wlz. Zij ontvangen hun zorg in 2015 uit de Wmo, Zvw en Jeugdwet, maar houden in heel 2015 de zorg die ze nu hebben. Voor 2016 wordt opnieuw bekeken op welke zorg zij recht hebben. De cliënten die dit betreft, worden hierover persoonlijk in kennis gesteld.

5.2 Overgangsrecht Wmo 2015

Mensen met een indicatie voor extramurale AWBZ zorg vallen vanaf 1 januari 2015 onder de Wmo 2015. Cliënten behouden gedurende hun indicatiebesluit, maar uiterlijk tot een jaar na de inwerkingtreding van de Wmo 2015 recht op de zorg die aan het indicatiebesluit verbonden is, onder de condities die daarvoor onder de AWBZ van toepassing waren. Zij houden recht op een vergelijkbaar aanbod, dit hoeft niet perse afkomstig te zijn van dezelfde zorgaanbieder. Voor mensen die de zorg zelf inkopen met een pgb geldt een vergelijkbaar overgangsrecht.

Voor personen die met een indicatie GGZ-C (Beschermd wonen) overgaan naar de gemeenten geldt het volgende. Deze personen kunnen gebruik blijven maken van

³⁶ Kamerstukken I 2014/15, 33.891, C, artikel 11.1.1 lid 6. (Voorstel van wet).

³⁷ Kamerbrief VWS, 9 september 2014, "Cliënten met een extramurale AWBZ-indicatie en een Wlz-profiel".

beschermd wonen gedurende een nog vast te stellen periode van ten minste vijf jaar, of indien hun indicatie eerder afloopt, voor de duur van die indicatie.

5.3 Overgangsrecht Zorgverzekeringswet

Cliënten die overgaan naar de Zvw gaan van een wettelijk recht op AWBZ-zorg naar een wettelijk recht op Zvw-zorg. Cliënten die direct voorafgaand aan de inwerkingtreding van de nieuwe wetgeving een geldig indicatiebesluit voor verpleging of verzorging hebben, worden door zorgverzekeraars beschouwd alsof zij in het bezit zijn van een geldige indicatie voor wijkverpleging. Dit betekent dat cliënten die op dat moment al in zorg zijn, de zorg kunnen blijven ontvangen van dezelfde aanbieder. Dit betekent niet dat de zorg precies hetzelfde is als de zorg die zij uit de AWBZ ontvingen.

6. Samenvatting

Deze publicatie geeft weer hoe het huidige stelsel van langdurige zorg in elkaar zit en hoe dit stelsel gaat veranderen. De pijlers van het huidige stelsel zijn de AWBZ, de Wmo en de Zvw. De AWBZ is een volksverzekering en betaalt de langdurige zorg voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten. De huidige AWBZ vergoedt zes soorten zorg: Begeleiding, Behandeling, Persoonlijke verzorging, Verpleging, Verblijf en Kortdurend verblijf. De uitvoering van de AWBZ is in handen van zorgkantoren. De Wmo is een vangnetvoorziening en regelt dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en dat ze daarbij de hulp en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben. De gemeente is verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wmo. De derde pijler van het stelsel van langdurige zorg is de Zvw. Deze wet vergoedt de medisch noodzakelijke zorg en wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars.

De hervorming van het stelsel van langdurige zorg krijgt vorm in de invoering van de Wlz, de Wmo 2015 en een aanpassing van het Besluit zorgverzekering. De Wlz vervangt delen van de AWBZ en zal alleen nog de zwaarste vormen van langdurige zorg vergoeden. Een vereiste voor toegang tot de Wlz is bovendien dat de zorgbehoefte blijvend moet zijn. De lichtere vormen van zorg gaan naar de Wmo en de Zvw. De AWBZ wordt met andere woorden geëxtramuraliseerd. In de nieuwe Wmo staan de eigen verantwoordelijkheid van de burger en zijn sociale netwerk voorop. Pas als het de burger niet lukt om zelf of met hulp van zijn sociale omgeving te participeren en zelfredzaam te zijn, is de gemeente aan zet.

De extramuralisering van de AWBZ heeft tot gevolg dat de extramurale verpleging en een groot deel van de persoonlijke verzorging (95%) overgaan naar de Zvw. De extramurale begeleiding en een klein deel van de persoonlijke verzorging (5%) gaan naar de Wmo. Dit geldt ook voor de meeste vormen van jeugdzorg. Het pgb blijft bestaan, maar krijgt vorm in de invoering van trekkingsrechten.

De stelselwijziging gaat, indien alle plannen worden aangenomen, in per 1 januari 2015. De gevolgen voor het overgangsrecht in 2015 zijn kort beschreven. Op de volgende pagina is de gehele stelselwijziging in een afbeelding weergegeven.

Voor een nadere toelichting op deze publicatie of actuele juridische vragen over de gevolgen die relevant zijn binnen uw instelling kunt u contact opnemen met Zorg Zaken Groep, een gespecialiseerd juridisch adviesbureau in de zorg.

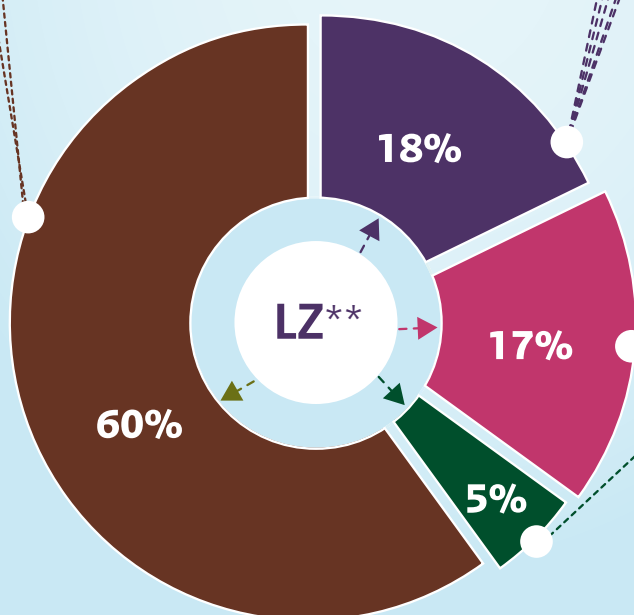


Hervorming langdurige zorg

24-uurs zorg in de Wet langdurige zorg



- ▶ Recht op zorg, in een instelling of thuis
- ▶ Zorg voor de meest kwetsbaren: ouderenzorg, gehandicaptenzorg en langdurige GGZ met behandeling



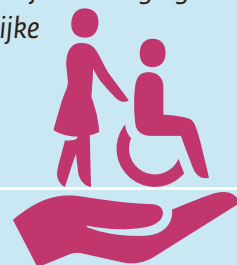
nieuwe ondersteuning in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015

- ▶ Ondersteuning bij zelfredzaamheid
- ▶ Ondersteuning bij participatie
- ▶ Beschermd wonen en opvang
- ▶ Ondersteuning mantelzorg
- ▶ Cliëntondersteuning



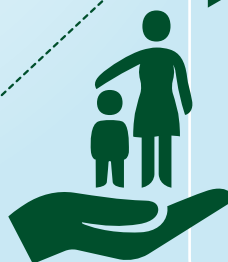
nieuwe zorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw)

- ▶ Verpleging en persoonlijke verzorging
- ▶ Behandeling zintuiglijke gehandicapten
- ▶ Palliatieve zorg
- ▶ Intensieve kindzorg



nieuw Jeugdhulp naar gemeenten

- ▶ Gemeenten hebben een jeugdhulpplicht: kinderen tot 18 jaar ontvangen de hulp die nodig is. Kinderen die op grond van ernstige beperkingen hun verdere leven 24-uurs zorg of permanent toezicht nodig hebben, houden aanspraak op de Wet langdurige zorg (Wlz).



* Deze infographic is een vereenvoudigde weergave van de hervorming langdurige zorg.

** De uitgaven van de langdurige zorg (LZ) in 2013 bedragen ca. € 28,5 miljard (AWBZ en Wmo-Huishoudelijke hulp).