

Wetsvoorstel Wet langdurige zorg (Wlz): wijzigingen en samenvatting

Inleiding

Op 10 maart 2014 is het wetsvoorstel Wet Langdurige Zorg naar de Tweede Kamer gestuurd. In deze notitie worden de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van het eerder wetsvoorstel Langdurige Intensieve Zorg (LIZ) benoemd, die relevant zijn voor de gehandicaptensector. Daarnaast wordt op hoofdlijnen een samenvatting van de relevante punten uit het wetsvoorstel gegeven.

Belangrijkste veranderingen

Hieronder vindt u de belangrijkste verschillen in voorliggende wetsvoorstel ten opzichte van het wetsvoorstel Langdurig Intensieve Zorg (september 2013).

1. Zorgzwaartebepaling door CIZ
Het CIZ bepaalt naast de toegang op basis van zorginhoudelijke criteria, ook het zorgprofiel in aard, inhoud en globale omvang (niet in uren)
2. Uitvoering door regionale zorgkantoren zonder ingewikkelde uitvoeringsconstructie met scheiding van taken en verantwoordelijkheden tussen uitvoerders en representanten
3. Aanspraak op kortdurend verblijf (tijdelijke opname) vanuit Wlz voor cliënten die toegang tot Wlz hebben en thuis wonen
4. Toegang voor LVG ZZP 1-5 vanaf 18 jaar
5. Overgangsrecht cliënten toegevoegd
6. Ruimte om onderscheid te maken naar sectoren bij het toekomstperspectief en de bijbehorende uitvoeringsstructuur op langere termijn
7. Procedures voor bezwaar en beroep toegevoegd

Samenvatting Wlz

Toegang en indicatiestelling

Een cliënt krijgt aanspraak op zorg (verzekerd recht) in de Wlz als hij voldoet aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz. Dat wil zeggen als hij blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht of aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Dit laatste kan nodig zijn door fysieke problemen, maar ook door zware regieproblemen. Er wordt niet gekeken naar het ondersteuningsaanbod van gemeenten of de sociale omgeving van de cliënt. Wel wordt rekening gehouden met gebruikelijke zorg bij kinderen, er moet sprake zijn substantiële overschrijding qua tijd en intensiteit van de gebruikelijke zorg. De weging van de gebruikelijke zorg zal door het CIZ via de beleidsregels indicatiestelling kunnen worden meegenomen.

Het CIZ bepaalt (in persoon) de toegang en stelt het best passend zorgprofiel in aard en inhoud vast. Er wordt niet meer in een ZZP geïndiceerd waardoor meer vrijheid voor de cliënt en de aanbieder ontstaat om te bepalen op welke wijze de zorg geleverd wordt. De zorgprofielen worden vormgegeven door het Zorginstituut (CVZ). Indicatiestelling moet onafhankelijk plaatsvinden, daarom wordt mandatering naar aanbieders niet meer toegestaan. Ook worden de regionale verschillen in indicatiestelling teruggedrongen.

Indicaties worden in principe voor onbepaalde tijd afgegeven. Alleen als het zorgprofiel wijzigt is een herindicatie nodig. Een herindicatie kan ook nodig zijn als blijkt dat de indicatie op foutieve of onvolledige gegevens is gebaseerd. Een indicatiebesluit kan ook worden ingetrokken als blijkt dat de cliënt niet langer op de geïndiceerde zorg is aangewezen.

Uitzondering op het toegangscriterium blijvende zorgbehoefte wordt gemaakt voor cliënten met LVG-ZZP 1-5 vanaf 18 jaar. Voor deze cliënten geldt dat zij ook bij tijdelijke behoefte aan permanent toezicht en zorg in de nabijheid toegang tot de Wlz hebben. Zij krijgen dan een indicatie voor bepaalde tijd.

Per Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) kunnen regels gesteld worden over de (inrichting van de) indicatiestelling en de geldigheidsduur.

Cliëntondersteuning van cliënten die nog geen toegang hebben (bij de indicatieaanvraag) is de verantwoordelijkheid van de gemeente (Wmo)

Aanspraken

Cliënten die toegang hebben tot de Wlz hebben aanspraak op een integraal pakket aan zorg. De aanspraken zijn wettelijk verankerd. Deze zorg kan bestaan uit:

Verblijf in een instelling, persoonlijke verzorging, begeleiding, verpleging, behandeling en vervoer. Aanspraak op deze verschillende zorgsoorten bestaat alleen als die zorg noodzakelijk is voor een cliënt. Voor cliënten onder 18 jaar die niet in een instelling verblijven is er ook aanspraak op woningaanpassing die nodig is om de gekozen verblijfplaats geschikt te maken voor zorgverlening (voorwaarden komen nog in AMvB). Dit is toegevoegd omdat de regering het belangrijk vindt dat kinderen zolang mogelijk bij hun ouders thuis kunnen blijven wonen.

Verblijf

Onder verblijf worden ook het eten en drinken en het schoonhouden van de woning verstaan. Huishoudelijke hulp behoort tot de aanspraak, indien de cliënt daarop aangewezen is (bijvoorbeeld afhankelijk van gezinssituatie). Als een cliënt kiest voor een pgb, vervalt de aanspraak op eten en drinken. Bij een VPT behoort dit wel tot de aanspraak.

Behandeling

Het onderscheid tussen algemene en specifieke (op de beperking gerichte) behandeling (art 8 en 15 van de AWBZ) blijft in eerste instantie bestaan, maar zal op den duur verdwijnen. Cliënten die verblijf afnemen krijgen een integraal pakket met algemene en specifieke behandeling. Cliënten die voor pgb of VPT kiezen krijgen algemene behandeling uit de Zvw en specifieke behandeling uit de Wlz (in natura).

Mobiliteitshulpmiddelen worden voor Wlz cliënten ook een aanspraak in de Wlz. De precieze afbakening komt in een AMvB.

Tijdelijke opname (logeren) in een instelling is mogelijk voor cliënten die Wlz gerechtigd zijn en niet in een instelling verblijven.

Leveringsvormen

Cliënten kunnen verblijf en de bijbehorende zorg afnemen bij een aanbieder die door een zorgkantoor is gecontracteerd. Cliënten die geen verblijf willen afnemen kunnen kiezen voor een VPT of pgb onder voorwaarden van verantwoorde zorg en geen hogere kosten dan bij verblijf in een instelling. Omzetting naar extramurale functies is niet meer

mogelijk. Voor het VPT wordt onderzocht of per 2016 een deel-VPT mogelijk is, bijvoorbeeld voor dagbesteding.

Pgb wordt een trekkingsrecht. Wlz (specifieke) behandeling hoort bij de aanspraak en kan in natura worden aangeboden. Behalve voor deze behandeling is geen combinatie van pgb en zorg in natura mogelijk. Pgb krijgt geen apart subsidieplafond, maar wordt onderdeel van de contracteerruimte.

Als cliënten met een zware zorgbehoefte doelmatiger thuis kunnen verblijven met beperkte formele zorg op basis van de Zvw, Wmo/Jeugdwet dan met een VPT of pgb in de Wlz, moet van een gemeente de uiterste inspanning worden verwacht om te onderzoeken of dit verantwoord kan door een gesprek met alle betrokkenen inclusief mantelzorger. Het CIZ kan aansturen op een dergelijk gesprek.

Overbruggingszorg

Cliënten met een indicatie voor de Wlz die verblijf wensen, maar voor wie nog geen verblijf beschikbaar is bij de instelling van voorkeur vanwege een wachtlijst, krijgen door het zorgkantoor een geschikt alternatief verblijf aangeboden. Wanneer de cliënt hier geen gebruik van wil maken, kan hij gebruik maken van een pgb of een VPT onder de geldende voorwaarden.

Uitvoering

In de eerste fase (eerste jaren) zal regionale uitvoering via zorgkantoren plaatsvinden. Het is denkbaar dat er op termijn onderscheid gemaakt gaat worden tussen GZ en ouderenzorg. In de gehandicaptenzorg is sprake van een relatief kleine en stabiele doelgroep waarbij landelijke uniformiteit en stabiliteit bij de zorginkoop belangrijk zijn. Maar ook de opties van regionale uitvoering door gemeenten of overheveling naar de Zvw worden voor de GZ nadrukkelijk niet uitgesloten. De beslissing voor een toekomstig model wordt niet vóór 2017 genomen.

In de eerste fase wordt aangesloten bij de huidige uitvoeringsstructuur om nog niet voor te sorteren op één van de mogelijke toekomstperspectieven en om niet teveel overhoop te gooien bovenop alle veranderingen die er aan komen.

De Minister wijst een zorgkantoor per regio aan voor de uitvoering van de controle en administratie. Daarnaast zullen de Wlz uitvoerders zorgkantoren aanwijzen aan wie zij de zorgbemiddeling, zorginkoop en pgb uitvoering uitbesteden. De Wlz uitvoerders blijven verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wlz voor hun eigen verzekerden, zoals dat nu in de AWBZ ook is. De zorgkantoren hebben namens de Wlz uitvoerders zorgplicht, dat wil zeggen dat zij er voor moeten zorgen dat hun verzekerden die geïndiceerde zorg en overige diensten kunnen verkrijgen, waarop zij aangewezen zijn. De zorgkantoren krijgen de opdracht om aanbieders zorgvuldig onderling te vergelijken op klanttevredenheid, kwaliteit en doelmatigheid van zorg en deze criteria dienen een rol te spelen bij de lengte en continuering van contracten, de prijzen en gunning van volume. De regering kan nadere regels stellen als ze onvoldoende werk hiervan maken. De NZa gaat de zorgkantoren benchmarken op de inkoop van zorg.

Om de administratieve lastendruk te verminderen wordt aan ZN gevraagd een voorstel voor opschaling van het aantal regio's te doen. Dit draagt bij tot doelmatige uitvoering en uniformering in de inkoop. Daarnaast moeten de zorgkantoren gezamenlijk inkoopregels opstellen, die bijdragen aan het vereenvoudigen, uniformeren en standaardiseren van de

inkoop, en deze ook daadwerkelijk gebruiken. Indien dit onvoldoende gebeurt zullen per AMvB regels worden gesteld over het zorginkoopproces en de inhoud van de overeenkomsten. Ook zullen dan regels opgenomen worden over het hanteren van dezelfde landelijk vastgestelde kwaliteitscriteria die in overleg met het Kwaliteitsinstituut worden opgesteld. De regionale inkoopvrijheid van zorgkantoren wordt beperkt tot wezenlijk regionale aangelegenheden.

Voor specifieke groepen in de gehandicaptenzorg, bijvoorbeeld de ZG, wordt de mogelijkheid benoemd van een landelijk uniform inkoopbeleid waarbij wordt aangesloten bij het kwaliteitskader gehandicaptenzorg.

In de wet is de mogelijkheid voor meerjarige contracten. Dat is in de AWBZ ook het geval, maar toepassing wordt belemmerd door jaarlijkse concessies zorgkantoren en door budgettaire wijzigingen. In de Wlz wordt de concessie meerjarig. Hierdoor wordt een meerjarig basis- of garantiebudget is mogelijk, ondanks jaarlijkse wijzigingen in financiële kaders.

De NZa moet zich bij conflicten tussen zorgaanbieder en zorgkantoor scherper uitspreken over de te volgen richting, bijvoorbeeld een inhoudelijk oordeel bij een eenzijdig ingediende productieafpraak. De NZa zal ook betrouwbaarheid van bestuurders van Wlz uitvoerders gaan toetsen.

Kwaliteit

Voor mensen met een beperking is het belangrijk dat er oog is voor ontwikkeling naar vermogen. Het zorgplan wordt verankerd in de wet. De bepalingen uit de ingetrokken Beginselenwet zijn opgenomen in de Wlz. Zorgaanbieders krijgen de plicht om met iedere cliënt een profiel te maken gebaseerd op zijn wensen en binnen zijn door het CIZ bepaalde zorgprofiel. Het zorgplan moet systematisch geëvalueerd worden.

Betrokkenheid van mantelzorgers en informele zorg kan onderdeel zijn van de zorgplanbespreking. Het Kwaliteitsinstituut faciliteert de ontwikkeling van kaders voor het zorgplan.

Zorgkantoren moeten hun zorgbemiddelingstaak in verband met hun zorgplicht proactiever oppakken. Hiervoor kunnen per AMvB nadere regels worden gesteld.

Daarnaast is het mogelijk nadere regels met betrekking tot de inkoop te stellen ten aanzien van kwaliteit, afstemming zorg op behoeften cliënt, inzicht cliënttevredenheid, betrekken van mantelzorgers.

Er wordt door de gezamenlijke veldpartijen in het voorjaar van 2014 een kwaliteitsagenda opgesteld om de speerpunten voor stimulering van kwaliteitsverbetering vast te stellen en ieders verantwoordelijkheid daarbij. Daarbij zal ook aandacht zijn voor het versterken van de professionaliteit van medewerkers ter ondersteuning van de benodigde kwaliteitsverbeteringen.

Bekostiging

Bekostiging blijft op basis van ZZPs. Ook worden ZZPs gebruikt voor declaratie en verantwoording. De NZa wordt gevraagd groot onderhoud te doen op de ZZPs en daarbij te kijken naar het aantal ZZPs per deelsector, de toeslagen en de tarieven. Dit is niet per 2015 klaar. Tarieven blijven maximum tarieven. De aanhoudende positieve resultaten en de verschillen in prestaties van instellingen zijn aanleiding om de tarieven te laten onderzoeken door de NZa. Hierdoor verwacht de regering een doelmatigere uitvoering te

bereiken waardoor de ombuiging kan worden behaald zonder dat dit ten kosten gaat van cliënten.

Op termijn zal worden overgestapt van bevoorschotting naar betalingen op basis van declaraties. Landelijk is afgesproken dat de bevoorschotting in ieder geval in 2015 en 2016 blijft bestaan.

Financieel kader

De Minister stelt per kalenderjaar het totale macrobudgettaire kader vast, in de AWBZ werd dit op aanwijzing van de Minister door de NZa gedaan. Hiervoor komt een nieuw artikel in de Wmg. Er komen aparte kaders voor pgb en zorg in natura, die gedurende het jaar wel met elkaar in verbinding kunnen worden gebracht. De NZa verdeelt budget over regio's. De NZa onderzoekt in het jaar of de verdeling van de contracteerruimte nog voldoet met het oog op de ontwikkeling van de indicatiestelling. Daarnaast doet de NZa uitgavenonderzoek en adviseert de minister over de herverdelingsmiddelen (naar regio en naar pgb en in natura budget). Na afloop van het jaar voert de NZa de nacalculatie uit, waarbij overproductie niet wordt vergoed.

Ook wordt in de Wmg nieuw opgenomen dat de NZa aan de minister moet melden als een aanwijzing van de NZa aan een Wlz uitvoerder niet binnen een bepaalde termijn tot een rechtmatige en doelmatige uitvoering heeft geleid

Afbakening en samenhang andere domeinen

Samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders is noodzakelijk, indien nodig komen hiervoor regels in een AMvB.

Wlz is voorliggend aan Wmo, de Jeugdwet en de Zvw. Gemeenten kunnen een maatwerkvoorziening weigeren aan een cliënt met een Wlz indicatie. Alleen voor de algemene voorzieningen sociaal vervoer en mantelzorgondersteuning kunnen Wlz cliënten (en hun mantelzorgers) een beroep doen op de Wmo. In Zvw en Jeugdwet is een bepaling opgenomen dat er geen recht is op zorg als die zorg op grond van de Wlz kan worden geleverd. In de Wlz is geen aanspraak op opvoedkundige hulp, voor deze hulp mag een Wlz cliënt wel beroep doen op de Jeugdwet. Behandeling en verpleging zijn aanspraken in zowel de Wlz als de Zvw. De Wlz is voorliggend. Een Wlz cliënt heeft alleen aanspraak op algemene behandeling als hij Wlz behandeling krijgt vanuit dezelfde instelling waar hij verblijft. Als dat niet het geval is, heeft hij aanspraak op algemene behandeling via de Zvw.

Kinderen met een Wlz indicatie kunnen ook gebruik maken van passend onderwijs.

Als een Wlz cliënt te maken krijgt met de participatiewet heeft dit geen invloed op de toegang of aanspraken in de Wlz.

Gegevensuitwisseling

De noodzakelijke gegevensuitwisseling ten behoeve van de Wlz is grotendeels gelijk aan hoe het nu in de AWBZ is. Daarnaast is goede gegevensuitwisseling tussen de stelsels van belang. Gemeenten dienen op de hoogte zijn als een inwoner is geïndiceerd voor de Wlz en zorgkantoren moeten kennis kunnen nemen wat een cliënt voorheen van de gemeente voor ondersteuning kreeg. Wlz uitvoerders, zorgverzekeraars en gemeenten moeten dan ook elkaar persoonsgegevens verstrekken die nodig zijn voor de uitvoering

van de verschillende wetten. Het CIZ moet een gemeente indien nodig, in kennis stellen van een nieuwe aanspraak op grond van de Wlz.

Experimenteermogelijkheid

Er is een experimenteermogelijkheid in de wet. Per AMvB kan worden bepaald wanneer van welke artikelen van de wet kan worden afgeweken om een doeltreffender uitvoering te bereiken. Er kunnen nadere regels gesteld worden om de samenwerking tussen organisaties te verbeteren, innovatieve ontwikkeling en kwaliteit te verbeteren en voorwaarden voor een experiment en de verspreiding van resultaten.

Overgangsrecht cliënten

Er zijn verschillende mogelijkheden bij cliënten met een indicatie voor verblijf:

- Cliënten onder 18 jaar met een ZZP LVG 1-5 of VG 1-3 hebben geen rechten in de Wlz, maar komen in de Jeugdwet
- Cliënten die verblijf daadwerkelijk afnemen houden levenslang recht op verblijf.
- Cliënten met een ZZP LVG 1-5 vanaf 18 jaar houden recht op toegang Wlz voor de duur van hun indicatie
- Cliënten die geen verblijf afnemen en die een indicatie voor verblijf hebben voor een zwaar ZZP (dat niet wordt geëxtramuraliseerd) houden levenslang recht op verblijf.
- Cliënten die geen verblijf afnemen en die een indicatie voor verblijf hebben voor een lagere ZZP (VG 1-3, ZG aud 1 en ZG vis 1 en LG 1 en 3) krijgen een jaar de tijd om alsnog te kiezen voor verblijf. Als zij dit niet doen, zijn ze aangewezen op de Wmo. Uitzondering hierop zijn cliënten met een pgb in een kleinschalige woonvorm. Zij houden ook levenslang recht op verblijf.

De wijzigingen in de Wlz ten opzichte van de AWBZ hebben directe werking op alle cliënten die door het overgangsrecht onder de Wlz vallen (bijvoorbeeld nieuwe aanspraak mobiliteitshulpmiddelen, leveringsvoorwaarden pgb en VPT; eigen bijdrage).

Er is ook overgangsrecht met betrekking tot de budgetten van pgb-houders.

Extramurale behandeling

Extramurale behandeling dat niet naar Zvw (ZG) of Jeugdwet (VG 18-) gaat, blijft tijdelijk als aanspraak in de Wlz bestaan via een subsidie. Het betreft behandeling VG vanaf 18 jaar en behandeling LG.

ADL zorg

Voor instellingen die direct oproepbare ADL assistentie verlenen is een subsidie mogelijk onder de Wlz. Deze subsidieregeling wordt uitgevoerd door het Zorginstituut (CVZ).

Andere zorg voor deze cliënten valt niet onder de Wlz, maar onder de Wmo of Zvw.