



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
t.a.v. de heer Van Rijn  
Postbus 203 50  
2500 EJ DEN HAAG

0530.2013118287

Datum 1 oktober 2013  
Betreft Advies over het concept wetsvoorstel Langdurige Intensieve Zorg

**College voor  
zorgverzekeringen**  
Pakket

Eekholt 4  
1112 XH Diemen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
www.cvz.nl  
info@cvz.nl

T +31 (0)20 797 89 59

**Contactpersoon**

mw. M. van den Burg  
T +31 (0)20 797 84 26

**Onze referentie**  
2013118287

Geachte heer Van Rijn,

In antwoord op uw verzoek van 10 september 2013 treft u in de bijlage ons advies aan over de Hervorming langdurige intensieve zorg.

De voorgenomen Wet Langdurige intensieve zorg (Liz) vormt een onderdeel van de hervorming van de langdurige zorg waartoe het kabinet heeft besloten. De voorgestelde hervorming is een complexe operatie en bevat maatregelen die als pijnlijk zullen worden ervaren, maar is noodzakelijk vanuit het perspectief van een houdbaar zorgstelsel op de lange termijn.

De Liz ziet u als een noodzakelijke stap naar een samenleving waar meer dan nu verantwoordelijkheid komt te liggen bij het individu en de samenleving, ondersteund door de gemeenten via de Wmo en waarin de eerstelijnszorg in de Zvw versterkt wordt met verpleging en langdurige geestelijke gezondheidszorg. Parallel hieraan loopt een traject om de zorg voor jeugdigen te hervormen. Daartoe dient de voorgenomen Jeugdwet. Deze 4 wetten zullen de onderlinge solidariteit bij kwetsbaarheid en ziekte in de komende periode moeten ondersteunen.

De kern van ons commentaar heeft betrekking op vier punten, namelijk de relatie tussen de Wmo en de Liz, de toegang tot de Liz, de complexiteit van de leveringsvormen en het tijdpad voor de uitvoeringstechnische zaken.

Zorg en ondersteuning uit de Zvw en Wmo moeten het mogelijk maken dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen, gebruik makend van de reguliere zorg uit de Wmo en de Zvw. Pas wanneer dit niet meer lukt, komt de Liz in zicht. Daarom moet de Wmo voorliggend zijn op de Liz.

De uitvoering van de Wmo moet wijkgericht zijn, wijkgerichte aanbesteding op basis van outcome en populatiebepaling. Er moet één regisseur in de wijk zijn die contacten onderhoudt met de eerste lijn (huisarts en wijkverpleegkundige), woningcorporatie en dergelijke, zodat een integraal aanbod van welzijn, ondersteuning en zorg mogelijk wordt.

Het is belangrijk dat gemeenten en zorgverzekeraars een prikkel ervaren om cliënten zo lang mogelijk thuis te houden met zorg en begeleiding vanuit Zvw en Wmo. Dit kan door middel van financiële compensatie, bijvoorbeeld op basis van 'shared savings'.

De Liz is er voor de meest kwetsbare ouderen en gehandicapten. De grens tussen wanneer zorg nog thuis geleverd kan worden en wanneer sprake is van een indicatie voor de Liz is nooit helemaal scherp af te bakenen. Er zijn voldoende voorbeelden van mensen die voldoen aan de Liz-criteria en die nog verantwoord thuis kunnen blijven door inzet van de sociale omgeving, en eventueel eigen middelen. Het is van belang dat mensen toegang tot de Liz kunnen krijgen wanneer het niet langer verantwoord is om de zorg thuis te leveren met de ondersteuning vanuit de Zvw en Wmo. Maar we willen voorkómen dat mensen, die met inzet van de sociale omgeving nog verantwoord en doelmatig thuis kunnen blijven, zich móeten wenden tot de Liz, omdat ze aan de toegangscriteria van de Liz voldoen. Wij vinden dat bij de toegang tot de Liz de mogelijkheden van het cliëntsysteem, ondersteund door de Wmo en een versterkte eerste lijn, moeten worden meegewogen om recht te doen aan de beoogde doelen van de hervorming langdurige zorg. Dan zal de Liz beter aansluiten bij de wens van de cliënt om zo lang mogelijk thuis te blijven.

**College voor  
zorgverzekeringen**  
Pakket

**Datum**  
1 oktober 2013

**Onze referentie**  
2013113374

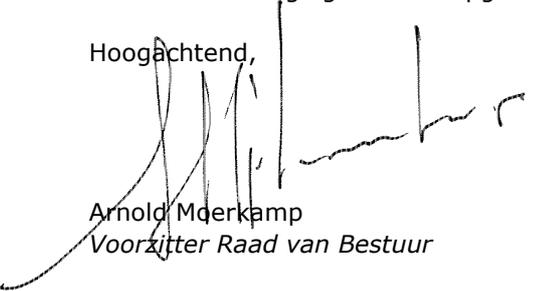
Als derde belangrijk punt willen wij benadrukken om de vormgeving van de Liz zo eenvoudig mogelijk te maken. Het huidige stelsel met vier wetten en de noodzakelijke overgangsregelingen maken het geheel al heel complex. Wij stellen daarom voor het volledig pakket thuis dezelfde zorg te laten bevatten als de Liz in de instelling. Ook adviseren wij om alle farmaceutische en paramedische zorg, hulpmiddelen en rolstoelen onderdeel te laten zijn van de Liz. Dan ontstaan er geen nieuwe afbakeningsproblemen.

Ten vierde resten nog veel majeure technische zaken die geregeld moeten worden voor deze omslag en die de gehele keten van indicatiestelling, inkoop, bekostiging en financiering raken. Wij willen u graag verder adviseren bij dit belangrijke wetstraject. Een adequate uitwerking hiervan is absoluut noodzakelijk voor het slagen van deze operatie.

In bijgevoegd rapport geven wij ons oordeel over de door u gevraagde punten en besteden we aandacht aan de raakvlakken tussen de vier wetten en de uitvoeringsaspecten en doen voorstellen voor verbetering. Gezien de beschikbare tijd die u ons kon geven voor het advies beperken wij ons hierbij tot de hoofdlijnen. Veel aspecten zullen in de komende periode nog nadere uitwerking vragen, waaronder het overgangsrecht waar wij nu beperkt aandacht aan hebben gegeven.

Eveneens vanwege de beschikbare tijd hebben wij onze gebruikelijke consultatie van betrokken partijen niet kunnen uitvoeren. De Adviescommissie Pakket heeft in een besloten vergadering de Raad van Bestuur van het CVZ geadviseerd. Dit advies en de weging ervan is opgenomen in het bijgevoegde rapport.

Hoogachtend,

  
Arnold Moerkamp  
Voorzitter Raad van Bestuur



College voor Zorgverzekeringen

## Advies over het concept wetsvoorstel Langdurige Intensieve Zorg

Datum 25 september



## Colofon

Volgnummer	2013099025
Contactpersoon	drs. M. (Masja) van den Burg +31 (0)20 797 8426
Afdeling	Zorg en CCZ
Uitgebracht aan	de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



## Inhoud

### **Colofon—1**

### **Samenvatting—5**

#### **1 Inleiding—11**

#### **2 Samenhang en werking van het stelsel van langdurige zorg—13**

- 2.1 Relatie tussen de Wmo en de Liz—13
- 2.2 Toegang—13
  - 2.2.1 Twee toegangscriteria—14
  - 2.2.2 Intensief indicatietraject—14
  - 2.2.3 Meebewegen met veranderingen in de zorg—15
  - 2.2.4 Gemeentelijke doorverwijzing ongewenst—16
  - 2.2.5 Grondslagen—16
- 2.3 De doelgroep van de Liz—17
  - 2.3.1 Mensen met zeer ernstige lichamelijke beperkingen zonder regieverlies—17
  - 2.3.2 Zelfstandig wonende doofblinden en volwassen prelinguaal doven—18
  - 2.3.3 Kinderen—18
- 2.4 Werking van de Liz; walkthrough—19
  - 2.4.1 Indicatie—20
  - 2.4.2 Zorgzwaarte—20
  - 2.4.3 Het zorgplan—22
  - 2.4.4 Kwaliteitsstandaarden—22
- 2.5 Toestemmingsvereiste van de cliënt naar het CIZ—23

#### **3 Inhoud van het verzekerde pakket—25**

- 3.1 Zorg—25
  - 3.1.1 Tandheelkundige zorg—26
  - 3.1.2 Paramedische zorg—26
  - 3.1.3 Hulpmiddelen—27
  - 3.1.4 Speciale kleding die noodzakelijk is in verband met de te leveren zorg—28
  - 3.1.5 Rolstoelen—28
  - 3.1.6 Vervoer—28
  - 3.1.7 Farmaceutische zorg—28
- 3.2 Huishouden—29
  - 3.2.1 Het schoonhouden van de woonruimten en algemene ruimten—29
  - 3.2.2 Voldoende en verantwoorde voeding—29
  - 3.2.3 Het wassen van boven- en onderkleding en linnengoed—29
- 3.3 Wonen—30
  - 3.3.1 Bouwkundige voorzieningen—30
  - 3.3.2 De noodzakelijke inrichting—30
- 3.4 Welzijn—30
  - 3.4.1 Recreatie—30
  - 3.4.2 Geestelijke verzorging—30
- 3.5 Partneropname—30

#### **4 Overige leveringsvormen—33**

- 4.1 Zorg in natura zonder verblijf—33
  - 4.1.1 Zelfde doelgroep, zelfde pakket—33
  - 4.1.2 Onderhandelingsruimte over eigen inbreng—34
- 4.2 Overbruggingszorg—34

4.3	Persoonsgebonden budget—35
4.3.1	Kleine doelgroep—35
4.3.2	Eigen regie—36
4.3.3	Behandeling—36
4.3.4	PGB geen subsidie—37
4.3.5	Fraudebestrijding—37
4.4	Eigen bijdragen—37
<b>5</b>	<b>Extramurale persoonlijke verzorging en verpleging—39</b>
5.1	Kwaliteitsstandaarden—39
5.2	Eerstelijnszorg en Liz zijn complementair—39
<b>6</b>	<b>Extramurale behandeling—41</b>
6.1	Aanpassingen in het Besluit zorgverzekering (Bzv)—41
6.2	Beheersing van omvang en kosten—41
6.3	Onderscheid extramurale behandeling en begeleiding—42
<b>7</b>	<b>Overheveling van intramurale langdurige GGZ vanaf 18 jaar naar Zvw en Wmo—43</b>
<b>8</b>	<b>Overheveling van zorg voor jeugdigen van AWBZ en Zvw naar de Jeugdwet—45</b>
8.1	Definitie 'jeugdhulp'—45
8.2	Psychofarmaca en verblijf—45
8.3	Afbakening doelgroepen—46
8.4	Voorliggendheid Jeugdwet op andere wetten—46
<b>9</b>	<b>Uitvoering—47</b>
9.1	Sturing—47
9.2	Contracteerruimte—47
9.3	Representatie—48
9.4	Uitvoeringsgevolgen van het overgangsrecht—48
9.5	Bekostiging—49
9.6	AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR)—49
9.6.1	Export van data naar andere domeinen (decentralisatie)—49
9.6.2	Conversie van data bij ketenpartijen (taal in de keten)—50
9.6.3	Nieuwe informatiestromen—50
9.6.4	Wijziging standaarden in AZR—51
9.6.5	Ondersteuning—51
<b>10</b>	<b>Advies van de Adviescommissie Pakket—53</b>

## Samenvatting

In dit rapport geven wij op verzoek van de Staatssecretaris van VWS onze visie op de uitwerking van de hervorming van de langdurige zorg, met name op de voorgenomen Wet langdurige intensieve zorg (Liz) en doen wij aanbevelingen voor verbetering van deze uitwerking. Wij bekijken de voorgenomen wet in de context van de overige wetswijzigingen op het gebied van zorg en ondersteuning, namelijk de wijzigingen van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de voorgenomen Jeugdwet.

De voorgenomen Wet Liz vormt een onderdeel van de hervorming van de langdurige zorg waartoe het kabinet heeft besloten. De voorgestelde hervorming is een complexe operatie en bevat maatregelen die als pijnlijk zullen worden ervaren, maar is onontkoombaar vanuit het perspectief van een houdbaar zorgstelsel op de lange termijn.

De uitgangspunten en doelstellingen van de hervorming van de langdurige zorg waarbij we meer verantwoordelijkheid nemen voor onszelf en voor elkaar, en minder afhankelijk zijn van de overheid, onderschrijven wij. Veel mensen die kwetsbaar zijn door ouderdom, ziekte of handicap willen zo lang mogelijk eigen regie en 'thuis wonen'. Ook hun omgeving is, voor zover beschikbaar, meestal graag bereid om daar veel aan bij te dragen. Het gaat erom de cliënt en zijn systeem hiertoe maximaal te ondersteunen.

In dit rapport gaan we in op de samenhang tussen de verschillende wetten en hoe de voorgestelde maatregelen bijdragen aan de beoogde doelstellingen, en vervolgens op de door u genoemde aandachtspunten van het concept wetsvoorstel Liz.

De kernpunten van ons rapport zijn:

- De hervorming van de langdurige zorg moet het mogelijk maken en stimuleren dat mensen, samen met hun naasten, medeburgers en professionals, creatieve oplossingen bedenken voor hun problemen. Pas als dat niet mogelijk is, is er toegang tot de Liz.
  - Daarom moet de Wmo voorliggend zijn op de Liz.
  - De uitvoering van de Wmo moet wijkgericht zijn: wijkgerichte aanbesteding op basis van outcome en populatiebesteding.
  - Gemeenten en zorgverzekeraars moeten een prikkel hebben om zo lang mogelijk reguliere zorg te bieden, bijvoorbeeld door 'shared savings'.
- We willen een bij die doelgroep passend pakket aan zorg.
  - De doelgroep is beperkt en bestaat uit mensen bij wie het niet verantwoord of doelmatig is om zorg en ondersteuning te krijgen uit de Zvw en de Wmo.
  - Zij zijn aangewezen op een integraal pakket aan zorg vanwege gedragsproblemen, regieproblemen of het onvermogen tot alarmeren, dat vanuit één verantwoordelijke zorgaanbieder wordt aangeboden.
  - Die zorg kan ook in een eigen woning worden geleverd, mits dat doelmatig is.
  - Of de verzekerde in de instelling verblijft of de zorg thuis krijgt,

maakt niet uit voor de zorg en ondersteuning waarop de verzekerde aanspraak heeft.

- Het moet helder zijn wat wel en niet tot de Liz-aanspraak hoort.
  - Een deel van een zorgvorm uit het ene domein (Liz) bekostigen en een ander deel vanuit een ander domein (Zvw) levert onnodige afbakeningsproblemen op.
  - Daarom moeten hulpmiddelen en paramedische zorg integraal deel uitmaken van de Liz, evenals tandheelkundige zorg en farmaceutische zorg.
- We willen een eenvoudige en flexibele uitvoering.
  - Het CIZ moet adviseren over de toegang tot de zorg en over de zorgzwaarteklasse. De Liz-uitvoerder/representant besluit over de toegang tot de zorg. Het advies over de zorgzwaarteklasse blijft een advies en is de basis voor het zorgplan en de bekostiging van de zorgaanbieder.
  - De zorgaanbieder spreekt met de verzekerde in het zorgplan af welke zorg wordt geleverd, en op welke manier. Daarbij spelen kwaliteitsstandaarden een belangrijke rol.
  - In het zorgplan kunnen de zorgaanbieder en de verzekerde ook afspraken maken over de inzet van mantelzorg en/of eigen middelen, bijvoorbeeld om de zorg thuis mogelijk te maken.
  - Als de reguliere zorg flexibel genoeg is, is het persoonsgebonden budget (PGB) overbodig. We zien het PGB als een overgangsmaatregel.
  - We willen een logische en duidelijke taakverdeling tussen de uitvoeringsorganen.
- Verzekerden moeten in staat zijn eigen alternatieven met mantelzorg en/of eigen middelen en/of enige ondersteuning vanuit de Wmo te realiseren.
  - Als de verzekerde genoeg mantelzorgers en/of eigen middelen heeft om een verantwoorde en doelmatige zorgverlening vanuit de Wmo en de Zvw te realiseren, moet dat kunnen (ook al voldoet hij voor wat betreft de ernst van de beperkingen aan de toelatingscriteria tot de Liz)
  - De gemeente moet in die situaties de Wmo-ondersteuning bieden, zodat de verzekerde niet gedwongen is de zorg in vanuit de Liz te ontvangen.

#### *Werking van het stelsel*

Zorg en ondersteuning uit de Zvw en Wmo moeten het mogelijk maken dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Pas wanneer dit niet meer lukt, komt de Liz in zicht. De Liz is er voor de meest kwetsbare ouderen en gehandicapten. Het gaat om mensen die zijn aangewezen op integrale zorg met een blijvende behoefte aan toezicht en zorg vanwege fysieke problemen en regieproblemen en/of het onvermogen tot alarmeren of hulp in te roepen.

In de voorgestelde uitwerking wordt de toegang tot de Liz gebaseerd op zorginhoudelijke criteria, los van de mogelijkheden die gemeente, de Zvw en de sociale omgeving van de cliënt kunnen bieden.

De grens tussen wanneer zorg nog thuis geleverd kan worden en wanneer sprake is van een indicatie voor de Liz is nooit helemaal scherp af te bakenen. Er zijn voldoende voorbeelden van mensen die voldoen aan de Liz-criteria die nog verantwoord thuis kunnen blijven door inzet van de sociale omgeving en eventueel

eigen middelen.

Het is van belang dat mensen toegang tot de Liz kunnen krijgen wanneer het niet verantwoord of doelmatig is om de zorg thuis te leveren met de ondersteuning vanuit de Zvw en Wmo. Echter, de inrichting van Wmo, Zvw en Liz moet niet andersom uitwerken. We willen voorkomen dat mensen die met inzet van de sociale omgeving nog thuis kunnen blijven, zich móeten wenden tot de Liz, omdat ze aan de toegangscriteria van de Liz voldoen en de noodzakelijke gemeentelijke ondersteuning stopt.

Wij vinden dat bij de toegang tot de Liz de mogelijkheden van het cliëntsysteem, ondersteund door zorg en ondersteuning uit de Wmo en Zvw, moeten worden meegewogen om recht te doen aan de beoogde doelen van de hervorming van de langdurige zorg. Indien de cliënt thuis kan blijven met zorg en ondersteuning van mantelzorgers, de Wmo en de Zvw, dan heeft de cliënt geen toegang tot de Liz, mits deze zorg kwalitatief verantwoord is en doelmatig geleverd kan worden. Door de mogelijkheden van de eerstelijnszorg en van de mantelzorg mee te wegen bij de toegang tot de Liz kan de instroom tot de Liz worden beperkt. Bij versterking van de eerste lijn zal deze instroom verder worden beperkt. De groep cliënten die voor de Liz in aanmerking komt zal dan aanmerkelijk kleiner zijn. Het gaat in de Liz om mensen die ernstige beperkingen hebben en niet of nauwelijks meer beschikken over mogelijkheden van mantelzorgers.

Door de toegang tot de Liz zo in te richten worden de doelstellingen van de hervorming van de langdurige zorg beter geborgd. De bekostiging moet hier dan wel op worden afgestemd, opdat gemeenten en zorgverzekeraars beloond worden als zij in staat zijn om mensen langer 'thuis' te verzorgen.

Verder bevelen wij aan om bij de uitwerking van de indicatiestelling de systematiek van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) te volgen.

Wij vragen aandacht aan een aantal specifieke groepen, namelijk ernstig lichamelijk gehandicapten zonder regieverlies, zelfstandig wonende doofblinden, prelinguaal doven en kinderen met beperkingen. De meeste ernstig lichamelijk gehandicapten kunnen het best hun zorg vanuit de Wmo krijgen. Alleen voor een beperkte groep geldt dat die op de Liz is aangewezen. Voor wat betreft de zelfstandig wonende doofblinden en prelinguaal doven gaat het om een beperkte groep, waarbij de deskundigheid zeer beperkt beschikbaar is en waarbij de zorg naar zijn aard onder de Wmo past. De zogenoemde BIKZ-kinderen, die complexe verpleging nodig hebben zijn aangewezen op de Zvw. Voor kinderen met beperkingen geldt dat die binnen (financiële) kaders, zoveel mogelijk in een gezinssituatie moeten opgroeien.

#### *Inhoud verzekerd pakket Liz*

Het Liz pakket moet zijn toegesneden op mensen die integrale zorg nodig hebben. Het verzekerde pakket moet alle noodzakelijke behandeling, verpleging, verzorging en begeleiding bevatten, inclusief hulpmiddelen, farmaceutische zorg, tandheelkundige zorg, paramedische zorg, etc. Wij pleiten vanwege de uitvoerbaarheid ervoor om het aantal afbakeningspunten zo klein mogelijk te houden door *alle* hulpmiddelen, *alle* paramedische en *alle* farmaceutische zorg onderdeel te laten zijn van het pakket.

#### *Leveringsvormen*

De integrale zorg kan geleverd worden in een instelling, maar kan ook geleverd worden zonder verblijf, indien men zelf kan voorzien in een woonvorm waar deze integrale continue zorg kwalitatief verantwoord is en doelmatig gegeven kan worden. Doelmatige zorg is zorg in zijn goedkoopste leveringsvorm. Dat zal vaak de instelling zijn, maar dit hoeft niet altijd zo te zijn.

Waar de cliënt woont (in een instelling of in een geclusterde woonvorm, of in sommige gevallen thuis) doet niets af aan de noodzaak van integrale zorg. Het

pakket van zorg in natura buiten de instelling moet daarom gelijk zijn aan het pakket van zorg in natura binnen de instelling.

Als de cliënt thuis wil blijven wonen en als de zorg buiten de instelling door de Liz-uitvoerder als niet doelmatig wordt beoordeeld, kan de inzet van mantelzorg of eigen middelen soelaas bieden. Omdat Liz-cliënten buiten de instelling zelf hun woonlasten betalen, moet dit onderscheid in de hoogte van de eigen bijdragen tot uiting komen.

Het CVZ wil zich bij de uitleg van de aanspraken niet op detailniveau begeven. Wij willen de kaders aangeven waarbinnen de betrokken partijen afspraken maken over de zorg in concrete gevallen. Om te waarborgen dat er in concrete gevallen sprake is van maatwerk en de zorg kwalitatief verantwoord is, zijn kwaliteitsstandaarden nodig die richting geven aan de invulling van de zorg, en aan de manier waarop zorgplannen tot stand komen.

Naast zorg in natura met en zonder verblijf is het mogelijk in de Liz te kiezen voor het PGB. Wij vinden dat de Liz zo flexibel zou moeten worden ingericht dat het PGB zowel voor zorgaanbieders als voor cliënten geen meerwaarde heeft. In onze ogen is het PGB alleen als overgangsmaatregel aan de orde.

De kleinschalige wooninitiatieven zoals de Herbergier- en Thomashuizen worden momenteel gefinancierd met de PGB's van bewoners. Wij vragen ons af waarom deze kleinschalige woonvormen niet beschouwd mogen worden als 'gewone Liz-instellingen'. Als ze echter gefinancierd blijven worden met PGB's is het belangrijk dat de PGB tarieven niet veel lager worden dan de naturatarieven. Aandachtspunten bij het vormgeven van het PGB in de Liz zijn verder de vertegenwoordiger, het bestedingsdomein en de juridische vormgeving.

#### *Extramurale persoonlijke verzorging en verpleging*

De verpleegkundige heeft een belangrijke rol bij het verbinden van de eerstelijnszorg vanuit de Zvw met de zorg en ondersteuning in het gemeentelijk domein. Daarnaast zou het geneeskundige zorgarsenaal uitgebreid moeten worden met 'nieuwe' experts in de eerste lijn zoals de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapt. De overhevelingen van verpleging en persoonlijke verzorging vergroten de mogelijkheden van gecoördineerde zorg in de eerste lijn. Voor het leveren van goede zorg en voor het kunnen uitleggen van wat verzekerde zorg is, is het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden door de betrokken beroepsgroepen noodzakelijk.

#### *Extramurale behandeling*

Net als bij persoonlijke verzorging en verpleging maakt ook de overheveling van extramurale behandeling naar de Zvw versterking van de eerstelijnszorg mogelijk. Het CVZ wil u hierover graag adviseren.

#### *Overheveling intramurale GGZ naar Zvw en Wmo*

Het CVZ is gevraagd te adviseren over de overheveling van de intramurale GGZ langer dan een jaar naar de Zvw en Wmo. Daarbij gaat het CVZ ook na of er nog een deel van de cliënten in aanmerking zou moeten komen voor zorg uit de Liz. Vooruitlopend op het advies schatten wij in dat dit waarschijnlijk niet het geval is. Hoe dan ook zal er dan een duidelijk onderscheidend criterium moeten zijn wie in aanmerking komt voor de Liz, en wie niet.

#### *Overheveling van zorg voor jeugdigen van AWBZ en Zvw naar de Jeugdwet*

Voor jeugdigen tot 18 jaar komt de Jeugdwet waarin de integrale zorg en ondersteuning geboden wordt.

In het wetsvoorstel Jeugdwet is de definitie van 'jeugdhulp' te algemeen geformuleerd, waardoor niet duidelijk is dat verblijf en psychofarmaca hiervan onderdeel zouden kunnen uitmaken. Wij adviseren om dit te verduidelijken in de

wettekst.

Om te voorkomen dat verwarring ontstaat over de bekostiging van psychofarmaca en andere geneesmiddelen adviseren wij u overigens om de farmacie bij verblijf in een instelling onder één wet te laten vallen, bij voorkeur de Zvw. Hiermee wordt ook bereikt dat er een totaaloverzicht bestaat van de medicijnen die de jeugdige gebruikt.

#### *Uitvoering*

We merken op dat de contracteerruimte, het PGB subsidieplafond en de productieplafonds op gespannen voet staan met het verzekeringskarakter van de Liz.

De Liz wordt in het concept wetsvoorstel voor een deel uitgevoerd door Liz-uitvoerders en voor een deel door representanten. Er komen nieuwe spelers bij: de Liz-uitvoerders. Wij vinden de voorgenomen constructie dat de Liz wordt uitgevoerd door Liz-uitvoerders en representanten niet werkbaar. Bovendien zijn de taken en bevoegdheden van de Liz-uitvoerders en van de representanten niet duidelijk omschreven.

Voor bepaalde zorgonderdelen zal de financiering worden beëindigd. Voor de aanspraken die naar de Zvw worden overgeheveld wordt bekeken wat de consequenties zijn voor de risicoverevening.

Om ervoor te zorgen dat tijdens en na de transitie de juiste zorg geleverd wordt, cliënten niet uit beeld raken én actuele beleidsinformatie beschikbaar blijft moet de informatievoorziening worden aangepast. Nieuwe partijen en processen moeten een plek krijgen en het verschuiven cliënten vanuit het huidige AWBZ-domein naar de Wmo en Zvw vraagt om gestructureerde overdracht van data. Bij een verandering van taal volgt nog een conversietraject. De standaarden in de AWBZ moeten worden aangepast om informatie-uitwisseling mogelijk te houden.



## 1 Inleiding

De staatssecretaris heeft het CVZ gevraagd een oordeel te geven over de hervorming van de langdurige zorg, met name over de voorgenomen wet Langdurige intensieve zorg.

Gezien de korte termijn die er beschikbaar was om te komen tot dit oordeel hebben wij niet onze gebruikelijke consultatieprocedure kunnen volgen. Wij hebben op 2 juli 2013 een expertmeeting georganiseerd over de toegangscriteria tot de langdurige zorg met leden van de Wetenschappelijke Advies Raad van het CVZ, aangevuld met enkele andere deskundigen. Daarnaast hebben we gesproken met de betrokken uitvoeringspartners: het CIZ, de Nza, het CAK en ZN. Op 6 september hebben we in een besloten vergadering het conceptadvies voorgelegd aan de Advies Commissie Pakket van het CVZ.

### *Leeswijzer*

In dit rapport gaan we in op de samenhang en werking van het stelsel van langdurige zorg. We hebben hierbij aandacht voor mogelijke perverse prikkels in het systeem en voor de afbakening tussen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Liz. Vervolgens gaan we in op de inhoud van het Liz-pakket. Het gaat om het pakket voor de verschillende leveringsvormen: zorg in natura met verblijf, zorg in natura zonder verblijf en het PGB. Daarna bespreken we de diverse overhevelingen van zorg naar de Zvw en de Wmo.

In hoofdstuk 9 gaan we in op de consequenties voor de uitvoering. Hierbij komen de uitvoering in de keten, het overgangsrecht, de bekostiging en AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR) aan de orde. Tot slot volgt in het laatste hoofdstuk het advies van de Adviescommissie Pakket (ACP).



## 2 Samenhang en werking van het stelsel van langdurige zorg

Het kabinet heeft ervoor gekozen om de langdurige zorg te regelen in verschillende wettelijke domeinen, namelijk de Zvw, de Wmo, de Jeugdwet en de Liz. Elk domein kent zijn eigen sturingsmechanismen, uitvoeringsmethodieken en informatiestromen. De Zvw, Wmo, de Jeugdwet en de Liz zijn aanvullend op elkaar en organiseren op verschillende wijzen onderlinge solidariteit. Hoe meer wetten hoe complexer het gehele systeem en hoe meer raakvlakken die beheerst moeten worden. Deze beheersing gaat meestal gepaard met administratieve lasten. Om ervoor te zorgen dat het stelsel van langdurige zorg goed functioneert, is het belangrijk te kijken naar het samenhangende geheel.

Hieronder gaan we in op de toegang tot en de doelgroep van de Liz, de samenhang en afbakening tussen de Zvw en Wmo enerzijds en de Liz anderzijds en de prikkels in het stelsel voor de langdurige zorg. Vervolgens worden enkele bouwstenen van de Liz beschreven: de indicatie, de zorgzwaartepakketten, het zorgplan en kwaliteitsstandaarden. We gaan we in op de status van de door het CIZ afgegeven indicatie en het toestemmingsvereiste.

### 2.1 Relatie tussen de Wmo en de Liz

De bedoeling van de nieuwe Wmo is dat burgers samen met hun naasten, medeburgers en professionals creatieve oplossingen vinden voor de specifieke problemen van een individu, en dat het beroep op de Liz zo klein mogelijk blijft.

Daarvoor is het noodzakelijk dat de Wmo voorliggend is op de Liz. Pas als reguliere voorzieningen niet meer voldoen, moet er aanspraak zijn op de Liz. Het mag niet zo zijn dat als burgers en professionals er samen in slagen om voor iemand met ernstige beperkingen een passende oplossing te bedenken, ze die niet kunnen uitvoeren vanwege een systeemtechnisch en bureaucratisch probleem, en de betrokkene toch naar de Liz wordt verwezen.

Het vereist ook een andere uitvoering van de Wmo. Nu gaat het te vaak om standaardoplossingen voor afzonderlijke deelproblemen. In plaats daarvan moet er één duidelijke regie zijn op de ondersteuning van mensen, die contacten onderhoudt met de eerstelijnszorg, woningcorporaties en dergelijke zodat een integraal aanbod van welzijn, ondersteuning en zorg mogelijk wordt. Een wijkgerichte benadering met een wijkgerichte aanbesteding op basis van outcome en populatiebesteding is naar onze mening dan het meest succesvol.

Het is belangrijk dat gemeenten en zorgverzekeraars een prikkel ervaren om cliënten zo lang mogelijk thuis te houden met zorg en begeleiding vanuit Zvw en Wmo. Dit kan door middel van financiële compensatie, bijvoorbeeld gebaseerd op 'shared savings'.

### 2.2 Toegang

Voor de meest kwetsbaren blijft een collectieve verzekering beschikbaar, de Liz. Deze mensen zijn op vrijwel alle levensterreinen aangewezen op zorg en ondersteuning, en hun zorgvraag is zo complex, dat de afzonderlijke zorgvormen (behandeling, verpleging, verzorging en begeleiding) zodanig met elkaar

vervlochten zijn dat zij zijn aangewezen op een integraal zorgaanbod<sup>1</sup>. De concrete vraag of iemand is aangewezen op integrale zorg is altijd een professionele afweging, waarbij ook persoonsgebonden aspecten een rol spelen. Dit is te onderbouwen met meetinstrumenten. Volgens door ons geraadpleegde deskundigen zijn deze meetinstrumenten deels voorhanden of te ontwikkelen<sup>2</sup>.

Een ander kenmerk van de doelgroep van de Liz is dat zij *voortdurend* op zorg en/of ondersteuning zijn aangewezen. De belangrijkste redenen waardoor mensen 24 uur per dag op zorg zijn aangewezen, zijn gedragsproblemen, regieproblemen en het onvermogen te alarmeren of hulp in te roepen. Dat leidt er toe dat gevaarlijke situaties kunnen ontstaan wanneer deze mensen alleen gelaten worden. De kern is niet zozeer de *omvang* van de zorg, maar de *voortdurende* noodzaak van integrale zorg.

In deze paragraaf gaan we in op de toegangscriteria, de wijze van indicatiestelling, doelmatigheid en versterking van de eerstelijnszorg. In de laatste paragraaf betogen we waarom we het ongewenst vinden dat de gemeente cliënten naar de Liz kan verwijzen.

### 2.2.1 Twee toegangscriteria

In het concept wetsvoorstel wordt de toegang tot de Liz bepaald door alleen naar de beperkingen van de cliënt te kijken. De mogelijkheden van de eerstelijnszorg en mantelzorg worden bij de toegang niet meegewogen. Het beoordelen van de noodzaak voor langdurige zorg los van de context van de verzekerde doet in onze ogen geen recht aan de feitelijke zorgvraag van verzekerden en past niet bij de doelstellingen van de nieuwe Wmo.

Het feit dat een verzekerde zodanig beperkt is dat hij aanspraak zou *kúnnen* maken op de Liz, wil nog niet zeggen dat de Liz de beste en meest doelmatige oplossing is. Het komt nu al niet zelden voor dat zwaar zorgbehoevende mensen met inzet van mantelzorg, en reguliere zorg uit de Zvw en Wmo een kwalitatief verantwoorde situatie weten te realiseren, die vanuit maatschappelijk perspectief ook de meest doelmatige is. En dat is ook de bedoeling.

Wij pleiten daarom voor toepassing van twee toegangscriteria: het beperkingenpatroon moet ernstig genoeg zijn, en daarnaast moet er geen doelmatiger, kwalitatief verantwoord alternatief met inzet van reguliere zorg en mantelzorg voorhanden zijn.

De beoordeling of een verzekerde voldoet aan de eerste eis, dat het beperkingenpatroon ernstig genoeg is, is objectief vast te stellen. We vinden dat daarbij moet worden aangesloten bij de 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF).

De volgende vraag is dan of het toch niet met inzet van mantelzorgers, zorg en ondersteuning vanuit Zvw en Wmo mogelijk is kwalitatief verantwoorde en doelmatige zorg te bieden, zonder gebruik te maken van de Liz.

### 2.2.2 Intensief indicatietraject

De beoordeling of iemand op de Liz is aangewezen wordt wettelijk opgedragen aan het CIZ. Dat zou in onze visie ook moeten gelden voor de beoordeling of de zorg nog verantwoord thuis kan worden gegeven. Hierbij zal het CIZ ook het oordeel van de directe hulpverleners uit de eerste lijn, zoals de huisarts, de wijkverpleegkundige en/of de Wmo-consulent moeten betrekken.

<sup>1</sup> In de Liz spreken we van integrale zorg, en in de Zvw en Wmo spreken we van gecoördineerde zorg. De onderdelen van integrale zorg zijn meer verweven met elkaar en de zorg wordt door geleverd onder verantwoordelijkheid van één zorgaanbieder.

<sup>2</sup> Op 2 juli 2013 heeft het CVZ een expertmeeting gehouden over de toegangscriteria tot de Liz met leden van de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) van het CVZ, aangevuld met andere deskundigen.

Bij de indicatiestelling moet het CIZ niet alleen kijken naar het beperkingenpatroon van de verzekerde, maar ook bezien of met inzet van mantelzorgers, eigen middelen, reguliere Wmo-ondersteuning etc. de zorgvraag toch vanuit de reguliere domeinen kan worden beantwoord. Daarbij moet het CIZ de bestaande situatie niet als vaststaand feit accepteren, maar ook kritisch bezien wat de mogelijkheden zijn van mantelzorg. Hiermee willen we overigens de mantelzorg niet verplichten. Indien nodig moet de indicatiesteller contact opnemen met het Wmo-loket. Ook in de huidige AWBZ is het eigenlijk de bedoeling dat het CIZ ook omgevingsfactoren bij de indicatie betreft, waaronder de woning en de woonomgeving, en ook moet onderzoeken of bestaande hulp kan worden uitgebreid. Dat blijkt uit de artikelen 6 en 9 van het Zorgindicatiebesluit. Daarom moet een aanvraag voor verblijf nu ook al door een commissie van deskundigen, met o.a. kennis van de lokale uitvoering van de Wmo worden genomen. In de praktijk is deze werkwijze echter op de achtergrond geraakt. We vinden het besluit dat iemand op de Liz is aangewezen zo verstrekkend, dat dat besluit alleen moet worden genomen als vaststaat dat het niet anders kan.

Bij doelmatigheid kijken we naar de verhouding tussen de kosten en de gezondheidswinst, in de langdurige zorg gaat het daarbij meestal om de kwaliteit van leven. Er is een grens aan de kosten van de zorg. Indien de kosten van de zorg en ondersteuning uit de Zvw en Wmo de intramurale Liz kosten overstijgen, is deze zorg niet meer doelmatig en volgt een indicatie voor de Liz. Hoe het omslagpunt wordt bepaald waarop de zorg niet meer doelmatig geleverd kan worden moet nader worden uitgewerkt.

De volgende casus illustreert hoe doelmatigheid een rol speelt:

*Een jongen van 15 jaar met spierziekte krijgt beademing en heeft een canule die van tijd tot tijd leeggezogen moet worden. Er is permanent toezicht en persoonlijke verzorging nodig. Veel mantelzorg wordt geleverd door de ouders. De behandelaar in de thuissituatie is alleen incidenteel de huisarts. Ook incidenteel zijn er consulten met de medisch specialist. Er is geen sprake van een intensieve zorgbehoefte en er is geen integraal zorgaanbod met hoofdbehandelaar met overzicht over de geleverde zorg. Deze jongen heeft op grond van zijn beperkingenpatroon toegang tot de Liz. Maar door de intensieve mantelzorgondersteuning kan deze jongen thuis blijven met zorg vanuit de Zvw. Als de mantelzorg weg zou vallen, is er sprake van een nieuwe situatie en wordt het erg kostbaar om de zorg thuis te organiseren. Om doelmatigheidsredenen kan het zijn dat deze jongen dan opgenomen wordt in een Liz-instelling.*

Het gaat bij de indicatiestelling om verstrekkende besluiten, die een zeer zorgvuldige afweging en afhandeling vergen. Dat rechtvaardigt dat daarvoor de nodige tijd en middelen voor worden uitgetrokken. Mandaatconstructies en meldingsprocedures passen niet bij zorgvragen die in de Liz spelen.

### 2.2.3 *Meebewegen met veranderingen in de zorg*

Het combineren van de twee toegangscriteria voorkomt dat iemand die nog goed te helpen is met zorg en ondersteuning uit de Wmo en/of Zvw en mantelzorg, genoodzaakt is gebruik te maken van de Liz. Het draagt bij aan het realiseren van de wens om zo lang mogelijk in de eigen woonsituatie te blijven. Of zorg vanuit de reguliere domeinen (Zvw en Wmo) volstaat, is geen statisch gegeven. Nieuwe mogelijkheden om ook bij ernstige beperkingen reguliere zorg te bieden, moeten bij de indicatiestelling worden meegewogen. Bij versterking van de eerste lijn nemen

de mogelijkheden van de zorg en ondersteuning in de eigen omgeving<sup>3</sup> toe, waardoor de instroom in de Liz verder wordt beperkt. De eerste lijn wordt versterkt met de functie wijkverpleging en met de overheveling van verpleging, mogelijk een deel van de verzorging en de extramurale behandeling uit de AWBZ naar de Zvw. Door de overheveling van begeleiding en mogelijk een deel van de persoonlijke verzorging uit de AWBZ is ook in de Wmo meer mogelijk. Daarnaast wordt de rol van de huisarts en wijkverpleegkundige versterkt en wordt ingezet op een betere aansluiting van Zvw en Wmo. Tot slot krijgen de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten een plek in de eerstelijnszorg en wordt samenwerking met de huisarts gestimuleerd. De indicatiestelling moet meebewegen met deze ontwikkelingen, zodat de omvang van de Liz zo beperkt mogelijk blijft.

#### 2.2.4 Gemeentelijke doorverwijzing ongewenst

De nieuwe Wmo regelt dat de gemeente een maatwerkvoorziening mag weigeren als iemand redelijkerwijs voor verblijf zou worden geïndiceerd maar daarvoor geen indicatiebesluit aanvraagt. Dit vinden wij zowel vanuit maatschappelijk perspectief als vanuit het perspectief van de cliënt onwenselijk.

Cliënten die niet (via de Liz) opgenomen wensen te worden, omdat zij in hun zorgvraag kunnen voorzien met een beroep op mantelzorg of voorzieningen op eigen kosten én reguliere ondersteuning via de Wmo zouden dan immers door de gemeente in de Liz gedwongen kunnen worden. Het is ook voorstelbaar dat cliënten die zich op zo'n grensvlak bevinden met zachte hand richting het persoonsgebonden budget (PGB) van de Liz worden geleid. Dit is te ondervangen door vanuit het maatschappelijk perspectief te kijken naar de zogenoemde 'shared savings'. Het is belangrijk dat gemeenten en zorgverzekeraars een prikkel ervaren om cliënten zo lang mogelijk thuis te houden met zorg en begeleiding vanuit Zvw en Wmo. Dit kan door middel van financiële compensatie.

Wel moet er een mogelijkheid zijn om iemand die daar zelf geen regie meer over heeft aan te melden bij de Liz, als de zorg thuis niet meer verantwoord is. Ook bij deze beoordeling moeten de eerstelijnsaanbieders worden betrokken. Het gaat immers om een zorginhoudelijk oordeel.

#### 2.2.5 Grondslagen

De grondslagen van de huidige AWBZ vinden hun oorsprong in de instellingsgerichte aanspraken van vóór 2003. Bij de Modernisering van de AWBZ in 2003 zijn die instellingsgebonden grondslagen overgenomen. De strekking ervan was dat er in ieder geval sprake moet zijn van specifieke AWBZ-problematiek om voor zorg in aanmerking te komen. De inhoud van die termen is vooral historisch bepaald, en heeft veelal geen wetenschappelijke onderbouwing. Het internationaal aanvaarde begrippenkader hiervoor is de ICF en het gebruik van die terminologie verdient dan ook onze voorkeur. Maar we begrijpen dat met het noemen van de historische grondslagen wordt aangeduid dat het in de Liz om dezelfde doelgroepen gaat als in de AWBZ, met uitzondering van psychiatrische problematiek.

De grondslagen zijn echter niet ontworpen, noch geschikt om een scherp onderscheid tussen verschillende doelgroepen te maken. Dat geldt vooral voor:

- het onderscheid tussen de grondslagen somatiek en lichamelijke handicaps;
- de meervoudig gehandicapten.

<sup>3</sup> De zorg in de eigen omgeving kan ook nog afhankelijk zijn van de mogelijkheden van de inzet van een PGB (Zvw en/of Wmo). De inzet van een PGB binnen de Zvw is nog niet uitgebreid besproken. Materieel is het PGB-instrument al beschikbaar binnen de Zvw, omdat de restitutiepolis blijft bestaan. Een restitutiepolis kan de basis vormen voor het vergoeden van zorg die de verzekerde (of zijn wettelijk vertegenwoordiger) zelf inkoop. Binnen de Zvw is het aan de zorgverzekeraar om de verdere voorwaarden hiervoor te bepalen (bijvoorbeeld toegang, vergoeding en verantwoording. Dit werkt de zorgverzekeraar uit in zijn polis.

De grondslag somatische aandoening of beperking komt voort uit de sector verpleging en verzorging. In verzorgingshuizen en verpleeghuizen wordt het onderscheid historisch gebruikt om aan te geven of de lichamelijke (somatische) problematiek, of een dementieel beeld (psychogeriatric) de reden van het verblijf is. Meestal zijn die groepen op verschillende afdelingen opgenomen. In de medische wereld zijn de termen lichamelijke en somatisch echter synoniemen. Daarbij komt dat de definities van de grondslagen in 2009 zijn gewijzigd. Het komt nu bijvoorbeeld voor dat iemand die evident op een verpleeghuis is aangewezen een indicatie voor een lichamelijke handicap krijgt en andersom<sup>4</sup>. Een onderscheid tussen een somatische aandoening en een lichamelijke handicap is niet houdbaar.

Voor de zwaardere doelgroepen in de AWBZ, de groepen die in de Liz achterblijven, geldt dat er veelal sprake is van meervoudige handicaps. Het gaat vaak om een complex van verstandelijke, lichamelijke en zintuiglijke handicaps, vaak ook gepaard gaand met psychiatrische problematiek. In de indicatiepraktijk is het ondoenlijk gebleken om te voorkomen dat een verzekerde die toe zou kunnen met een lager ZZP (bv uit de VG-sector) met succes een hoger ZZP (bijvoorbeeld uit de ZG-sector) afdwingt. Als het nodig is om binnen de Liz doelgroepen te onderscheiden kan dat niet op grond van de historische grondslagen, maar moet de ICF worden gebruikt.

## 2.3 De doelgroep van de Liz

Er is een aantal doelgroepen dat om uiteenlopende redenen aandacht behoeft. Hieronder gaan we in op deze doelgroepen.

Mogelijk doen zich in de komende tijd nog meer vraagstukken voor over de zorg aan specifieke doelgroepen in relatie tot de voorgenomen Liz. Wij zijn graag bereid om mee te werken aan passende maatregelen voor deze specifieke doelgroepen.

*2.3.1 Mensen met zeer ernstige lichamelijke beperkingen zonder regieverlies*  
Op 15 april 2013 heeft het CVZ een advies aan de staatssecretaris uitgebracht over een aantal alternatieven voor de ADL-assistentie. We adviseerden in dat rapport om voor de ADL-groep een apart zorgzwaartepakket te maken. De belangrijkste overwegingen waren dat de zorg zodanig samenhangt dat de verschillende zorgonderdelen niet te scheiden zijn, en dat een substantieel deel van de zorg op afroep beschikbaar moet zijn.

Een van de achterliggende principes van de Liz is dat mensen zolang mogelijk en zoveel mogelijk gebruik moeten maken van eigen mogelijkheden, aangevuld met reguliere zorg uit de Wmo en de Zvw. De groep mensen die aanspraak maakt op de Liz moet dus zo klein mogelijk blijven.

De groep mensen met lichamelijke beperkingen is heel divers, wat zich vertaalt in een even diverse zorgvraag. Ze hebben gemeen dat zij ondanks hun beperkingen in staat zijn om een vrijwel normaal maatschappelijk leven te leiden. Omdat de Liz alle levensterreinen omvat, en aanspraak op essentiële onderdelen van de Wmo uitsluit, is de Liz voor hen geen goede oplossing. De meeste mensen met zeer ernstige lichamelijke beperkingen zijn vooral aangewezen op persoonlijke verzorging, huishoudelijke verzorging en praktische ondersteuning (begeleiding). Voor zover er behandeling nodig is, hoeft de behandelaar de hulpverleners niet aan te sturen, dat doet de betrokkene zelf. Als zij vanuit de Wmo de benodigde ondersteuning (al dan

<sup>4</sup> Een uitgebreidere beschouwing van dit probleem is te vinden in het CVZ rapport "van grondslagen naar cliëntprofielen", op 1 november 2010 uitgebracht aan de Minister van VWS.

niet in de vorm van een PGB) ontvangen, regelen zij zelf hun bestaan. De gemeente is beter dan de Liz in staat daarvoor in en buiten de woning maatwerk te leveren. En de ondersteuning maakt geen inbreuk op de autonomie op andere levensterreinen. Ook als de persoonlijke verzorging naar de Zvw gaat, vinden we dat de Liz voor deze groep niet passend is. Weliswaar is het dan lastiger de zorg vanuit de Wmo en de Zvw op elkaar af te stemmen, maar dat is wel mogelijk, bijvoorbeeld met PGB's of restitutie van zorg.

Als er ook veel verpleegkundige zorg nodig is, die nauw verweven is met de begeleiding of persoonlijke verzorging (Wmo), kan gecoördineerde zorg vanuit Wmo en Zvw niet meer toereikend zijn, en is de verzekerde aangewezen op de Liz. Ook als er sprake is van de noodzaak dat er continu zorg nabij moet zijn, of de verzekerde niet kan alarmeren is dat het geval. Wellicht kan het ICF behulpzaam zijn bij het bepalen of een verzekerde is aangewezen op de Liz.

### 2.3.2 *Zelfstandig wonende doofblinden en volwassen prelinguaal doven*

De zorg voor doofblinden en volwassen prelinguaal doven is intensief, langdurig en complex van aard en er is meer sprake van (levensbrede) begeleiding en ondersteuning dan van 'behandeling'. Om deze reden past deze zorg niet in de Zvw. Tegelijkertijd is het van belang dat alle onderdelen van de zorg in samenhang worden aangeboden. Het is niet verantwoord of doelmatig de benodigde zorg te betrekken uit verschillende wettelijke domeinen.

De zorg aan zelfstandig wonende doofblinden vergt specifieke deskundigheid in het communiceren. Daarbij gaat het niet alleen om het communiceren op zich, maar ook om het inzicht in de problemen en het gedrag die deze beperking met zich meebrengt. Deze deskundigheid is slechts beperkt beschikbaar binnen de zorg. Daarbij speelt ook een rol dat het om een klein groep gaat, ca 100 mensen. Momenteel is de deskundigheid van de zorg voor doofblinden geconcentreerd in een aantal instellingen dat nu onder de AWBZ valt. De zorg wordt vanuit deze instellingen gecoördineerd en geleverd aan de zelfstandig wonende doofblinden. Het lijkt ons wenselijk om in de toekomst de zorg integraal vanuit deze instellingen te blijven leveren. Omdat het gaat om hulp bij participatie is het aan gemeenten om dit in de Wmo goed te regelen.

Ook voor de (volwassen) prelinguaal doven is het belangrijk dat deskundigen met specifieke kennis van de problematiek van deze cliënten, deze zorg kunnen blijven aanbieden. Het gaat dan vooral om problemen rond zelfstandig, sociaal en maatschappelijk functioneren. Deze groep heeft slechts heel beperkt leren communiceren. De zorg was in het verleden niet op het aanleren van vervangende communicatievormen (zoals gebarentaal) ingericht. Zonder de ondersteuning en begeleiding die deze cliënten nu krijgen, kunnen zij niet zelfstandig blijven wonen. Deze groep wordt steeds kleiner. Voor kinderen die nu prelinguaal doof zijn of worden, zijn inmiddels zorg en technieken beschikbaar (bijvoorbeeld via cochleaire implantaten) die voor de volwassen groep niet voorhanden waren. Deskundigheid op het gebied van de zorg voor volwassen prelinguaal doven is beperkt beschikbaar. Ook deze zorg is gericht op participatie en past daarom goed in de Wmo.

### 2.3.3 *Kinderen*

Kinderen die vanwege hun beperkingen langdurig zijn aangewezen op intensieve zorg, vormen een speciale doelgroep.

In de huidige situatie komen twee groepen kinderen in aanmerking voor AWBZ-zorg: kinderen met ernstige medische problemen waarvoor complexe verpleegkundige zorg nodig is, de zogenoemde BIKZ<sup>5</sup>-kinderen, en kinderen met langdurige, vaak meervoudige beperkingen.

---

<sup>5</sup> BIKZ: Bijzonder Intensieve Kindzorg

De verpleegkundige zorg voor de eerste groep is noodzakelijk in verband met de geneeskundige zorg en valt onder de Zvw. Op dit moment wordt hun zorg om praktische redenen vanuit de AWBZ gefinancierd, maar deze groep valt niet onder de doelgroep van de Liz. Hun zorg moet structureel in de Zvw worden geregeld. Voor begeleiding en woningaanpassingen zijn zij aangewezen op de Wmo. De groep kinderen met langdurige, vaak meervoudige beperkingen is heel divers. De aard van de beperkingen verschilt, en de achterliggende oorzaken zijn heel divers, bijvoorbeeld een verstandelijke beperking, psychiatrische problematiek, of een zintuiglijke handicap, en veelal een mix daarvan. Maar ook de ernst van de beperkingen varieert sterk.

Uit de Memorie van toelichting bij de concept-Jeugdwet maken we op dat het de bedoeling is dat jeugdigen waarvan vaststaat dat zij levenslang en levensbreed zorg nodig hebben, ten laste van de Liz komen. Zowel voor kinderen met als zonder beperkingen is het belangrijk dat zij thuis in een normale gezinssituatie kunnen opgroeien. Niet alleen voor de kwaliteit van het leven op dat moment, maar ook voor binding met de ouders en andere gezinsleden, het zoveel mogelijk ontwikkelen van sociale vaardigheden en een eigen persoonlijkheid. Dit geldt ook voor veel kinderen die op basis van hun zware beperkingen al voldoen aan de criteria van de wet Liz, en/of waarvan duidelijk is dat zij op volwassen leeftijd zijn aangewezen op de Liz.

Hoewel zorg thuis verantwoord en vanuit maatschappelijk perspectief (financieel) doelmatig moet zijn, vinden we het in de huidige AWBZ acceptabel dat de zorg thuis voor kinderen duurer duurder mag zijn dan in een instelling. De gewonnen kwaliteit van leven op jeugdige leeftijd én op latere leeftijd legitimeert binnen grenzen extra kosten.

Het moet in de Liz alleen gaan om de kinderen waarvoor geldt dat het thuis (of in een pleeggezin) opgroeien niet haalbaar is, en/of geen meerwaarde voor de verzekerde heeft. Daarbij is het overigens complicerend, dat een voorspelling over het uiteindelijke niveau van functioneren vaak pas op termijn mogelijk is. Ook zijn er syndromen waarbij een kind in eerste instantie nog redelijk functioneert, maar dat het vaststaat dat het op volwassen leeftijd is aangewezen op de Liz. Artikel 1.2. van de Jeugdwet regelt dit niet duidelijk genoeg. Een oplossing kan zijn de aanspraak op Liz-zorg voor jeugdigen in de Liz te beperken tot de groep kinderen waarvan vaststaat dat thuis opgroeien niet haalbaar is of geen meerwaarde heeft, en dat vaststaat dat dit onomkeerbaar is.

Het tweede lid van artikel 1.2. Jeugdwet is verwarrend. We gaan daar in hoofdstuk 8 op in.

## **2.4 Werking van de Liz; walkthrough**

In deze paragraaf gaan we in op de werking van de Liz en op belangrijke onderdelen hiervan. Dit zijn de indicatie, de zorgzwaarte, het zorgplan en de kwaliteitsstandaarden.

Het CIZ beoordeelt of de cliënt is aangewezen op langdurige intensieve zorg in het kader van de Liz en geeft een advies af aan de representant. Tevens moet het CIZ adviseren over de zorgzwaarte (zie paragraaf 2.3.2). Onderstaande tabel verduidelijkt onze visie over de indicatie en vergelijkt die met de visie uit het concept wetsvoorstel.

<b>CVZ</b>	<b>Concept wetsvoorstel</b>
<b>Toegang</b>	
Advies door het CIZ	Besluit door het CIZ
Besluit door Liz-uitvoerder	
<b>Zorgzwaarteklasse</b>	
Advies door het CIZ	
Geen besluit	Besluit door de representant

De Liz-uitvoerder moet er voor instaan dat er tijdig kwalitatief verantwoorde zorg wordt geleverd en dat dit doelmatig gebeurt. Via de Liz-uitvoerder komt de cliënt bij de zorgaanbieder en stellen de cliënt en zorgaanbieder een zorgplan op, waarin zij uitwerken welke zorg er concreet wordt geboden. Hierbij houden zij rekening met de bestaande kwaliteitsstandaarden. De bekostiging dient aan te sluiten bij de zorgzwaarte.

#### 2.4.1 *Indicatie*

In de huidige AWBZ is de indicatie van het CIZ een besluit in de zin van de Algemene wet bestuursrecht. Alleen de verzekerde kan dat besluit juridisch aanvechten. Al in eerdere adviezen heeft het CVZ aangegeven waarom wij dit niet wenselijk vinden.

In een verzekeringsstelsel is het gangbaar dat de verzekeraar over de te leveren prestatie beslist. Ook in de Zorgverzekeringswet beslist de zorgverzekeraar over de toegang tot de zorg. De zorgverzekeraar baseert zich daarbij meestal op het professionele oordeel van de behandelaar, of er is voorafgaande toestemming van de verzekeraar nodig.

Wij vinden dat dit verzekeringsprincipe ook zou moeten gelden in de Liz. Wij vinden het niet goed om het besluit over de toegang tot de zorg uit handen van de Liz-uitvoerder te nemen en bij een ander orgaan, het CIZ, neer te leggen. De Liz-uitvoerder is er als uitvoerder van een verzekering voor verantwoordelijk dat de verzekerde verantwoorde en noodzakelijke zorg krijgt (niet meer en niet minder) en moet deze ook betalen. Daarom moet de Liz-uitvoerder ook de mogelijkheid hebben om onjuiste indicatiebeoordelingen door het CIZ te corrigeren.

Wij vinden dat het CIZ zou moeten adviseren over de toegang tot de Liz. Het besluit zou door de Liz-uitvoerder genomen moeten worden. Gezien het feit dat het in de Liz gaat om complexe, meestal multidisciplinaire zorg, waarvoor een professionele en integrale beoordeling van de zorgbehoefte nodig is, is een wettelijk verplicht advies van het CIZ over de toelating tot de zorg goed verdedigbaar. Daarmee komt de onafhankelijkheid van de indicatiebeoordeling niet in gevaar. De indicatie blijft de basis voor het toegangsbesluit. De Liz uitvoerder kan een wettelijk advies niet zonder meer naast zich neer leggen, maar heeft wel de mogelijkheid om evidente fouten in de indicatiestelling te herstellen. Mocht de indicatiestelling toch het karakter van een besluit houden, dan moet in de wet worden geregeld dat de Liz-uitvoerder belanghebbende is bij de indicatiestelling. Op dit moment legt de Centrale Raad van Beroep de wet zo uit dat de wetgever de taken van het indicatiorgaan en de zorgverzekeraar bewust uit elkaar heeft gehouden, en de zorgverzekeraar of het zorgkantoor geen belanghebbende is, en dus geen bezwaar kan maken tegen een indicatiebesluit, ook niet als dat evident onjuist is.

#### 2.4.2 *Zorgzwaarte*

In het concept wetsvoorstel worden per grondslag drie zorgzwaarteklassen vastgesteld. Wij zijn voorstander voor inperking van het aantal

zorgzwaartepakketten. Maar het denken in grondslagen zorgt voor niet of moeilijk oplosbare afbakeningsproblemen en vinden wij daarom niet gewenst. Bovendien kent de huidige AWBZ een aantal perverse prikkels die leiden tot hogere kosten ten laste van de AWBZ. Doordat de zorgzwaartepakketten (ZZP's) als aanspraken in het gemiddelde aantal uren zorg zijn gedefinieerd, gaat het teveel over uren zorg in plaats van over de kwaliteit en de te behalen doelen. Dit leidt tot een opwaartse druk, temeer doordat de hoogte van het tarief en het PGB rechtstreeks gekoppeld is aan de ZZP's.

Ten tweede is door het grote aantal ZZP's en de indeling in sectoren het onderscheidend vermogen tussen de ZZP's klein. De ZZP's overlappen elkaar gedeeltelijk, wat upcoding tot gevolg kan hebben. Bij upcoding worden cliënten in een ZZP met een hogere zorgvraag dan strikt noodzakelijk ingedeeld. Het is voor de zorgaanbieder (tot op zekere hoogte) financieel aantrekkelijk om het ZZP van cliënten op te hogen. Als die mogelijkheid bestaat, is er een financiële prikkel om dit te doen. Ook zal een zorgaanbieder minder snel het ZZP (laten) verlagen wanneer de zorgbehoefte lager wordt.

Wij juichen daarom het voorstel toe om het aantal zorgzwaartecategorieën te verlagen. Wij vinden het wenselijk om daarbij het onderscheid in grondslagen en sectoren te verlaten. De zorgzwaartecategorieën zouden in onze ogen gebaseerd moeten worden op de ICF.

Wij denken dat met het definiëren van zorgbehoefte in globalere termen het accent verschuift van een discussie over aantallen uren zorg naar de kwaliteit van de zorg: wat is verantwoorde zorg? En dat is in onze ogen een gewenste accentverschuiving.

Vervolgens is dan de vraag, wie de aard en omvang van de te leveren zorg moet vaststellen. Het concept wetsvoorstel gaat er van uit, dat de indicatie van het CIZ alleen een oordeel geeft over de toegang tot de Liz. Het CVZ onderschrijft dat uitgangspunt, zij het dat de indicatie naar onze opvatting een advies zou moeten zijn en geen besluit (zie paragraaf 2.3.1). Wij achten het echter niet nodig en ook niet wenselijk, dat de Liz uitvoerder of de representant daarna nog een afzonderlijk besluit neemt over de aard en de omvang van de zorg. Als de zorgzwaartetoewijzing een besluit is, dreigt het gevaar dat dit in de zorgplanbespreking weer dominant wordt.

Als het gaat om de vraag of de geleverde zorg verantwoord en voldoende is, is een rechtsgang via de rechter niet per se de meest effectieve. Andere wegen, zoals klachtenprocedure of een ombudsman doet wellicht veel meer recht aan het zorginhoudelijke karakter van een dergelijk geschil.

Niettemin kan er behoefte bestaan aan een professionele beoordeling van de zorgzwaarte door het CIZ. Daar is echter geen besluit voor nodig. Dat kan worden vormgegeven in een advies van het CIZ aan de zorgaanbieder en de Liz-uitvoerder. Hierbij wordt in globale termen de zorgbehoefte vastgesteld, zonder dat dit zich vertaalt in een bepaald aantal uren zorg. Dat advies vormt dan de basis voor de feitelijke levering van de zorg (bij voorbeeld voor de beoordeling welke instelling passend voor deze verzekerde) en kan tevens de basis vormen voor het zorgplan. Daarbij is het belangrijk dat uit kwaliteitsstandaarden duidelijk wordt wat verantwoorde en goede zorg inhoudt.

Ook voor een bekostiging die aansluit bij de zorgzwaarte is geen besluit van het CIZ of de Liz-uitvoerder nodig. De Nza kan zelfstandig tarieven vaststellen, en kan zich daarbij baseren op het zorgzwaarte-advies van het CIZ.

Voor zover het toch nodig geacht wordt, om over de aard en omvang van de zorg een appelabel besluit te nemen, behoort dat met het toegangsbesluit één besluit van een zelfde bestuursorgaan te zijn, waarbij onze voorkeur uitgaat naar een

besluit door de Liz-uitvoerder. Een afzonderlijk toegangsbesluit door het CIZ en een besluit over de aard en de omvang van de zorg door de representant, leidt tot dubbele procedures. Daarbij kan voor de verzekerde verwarring ontstaan over welk besluit hij moet aanvechten, en dit leidt bovendien tot een onnodige toename van administratieve lasten.

#### 2.4.3 *Het zorgplan*

De instelling is verantwoordelijk voor de levering van verantwoorde zorg. In het zorgplan maakt de instelling met de verzekerde (of diens vertegenwoordiger) afspraken over hoe dat wordt geconcretiseerd. Welke doelen worden nagestreefd en op welke wijze worden deze bereikt? Ook evalueren de instelling en verzekerde het zorgplan regelmatig. Het zorgplan is het centrale coördinatiepunt in de zorgverlening.

Het CVZ vindt het belangrijk dat in het zorgplan ook aandacht wordt besteed aan de vraag wat mantelzorgers kunnen bijdragen aan de zorg. De afspraken met mantelzorgers over de manier waarop zij kunnen bijdragen aan de zorg voor hun naasten moet een plek krijgen in het zorgplan. Mantelzorg moet niet ophouden bij de poort (de indicatiestelling).

De mantelzorg moet ook om een andere reden betrokken worden bij het opstellen van het zorgplan; zij/hij heeft immers veel kennis over de cliënt die van belang is voor goede zorgverlening.

Mantelzorg kan voor de cliënt meerwaarde hebben ten opzichte van professionele zorg. Het betrekken van mantelzorgers levert een bijdrage aan de kwaliteit van de zorglevering. Door de inzet van mantelzorgers wordt mogelijk ook een minder groot beroep gedaan op de inzet van professionele hulpverleners. Verhoging van de kwaliteit van zorg en vergroting van de mogelijkheden om een op maat gesneden pakket te verkrijgen is hier het motief, niet kostenbesparing.

Met mantelzorgers bedoelen wij hier de informele zorg die niet beroepsmatig wordt verleend maar waar ook geen PGB-vergoeding tegenover staat. De zorg die met een PGB wordt ingekocht, vinden wij betaalde zorg en dus geen mantelzorg.

Mantelzorg kun je niet verplicht stellen. Het geven van mantelzorg kan erg belastend zijn en daar moet voldoende aandacht voor zijn. De samenleving moet mantelzorg mogelijk maken en faciliteren. Gemeenten hebben een belangrijke taak om mantelzorgers te ondersteunen en mensen te motiveren om mantelzorg te bieden. Zo kunnen gemeenten zorgen voor respijtzorg en zich inzetten om de combinatie werken-mantelzorgen minder belastend te maken.

Het zorgplan zou ook in de bekostiging een belangrijke plaats kunnen krijgen. Als het zorgplan is geleverd, en de verzekerde daarvoor tekent, krijgt de instelling het bij de indicatie behorende tarief betaald. Dat zorgt ervoor dat de instelling een prikkel heeft om de gemaakte afspraken na te komen, maar ook een prikkel heeft om de zorg doelmatig en innovatief te leveren.

#### 2.4.4 *Kwaliteitsstandaarden*

Net als in de curatieve zorg, zijn ook in de langdurige zorg kwaliteitsstandaarden mogelijk. Deze standaarden moeten ruimte bieden voor individueel maatwerk. En dat is ook mogelijk. Het gaat er juist om dat door een systematische en transparante manier van werken dat maatwerk wordt geborgd, en dat daarbij alle relevante aspecten in het zorgplan een plaats krijgen, en dat de kaders van wat verantwoorde zorg is, duidelijk is.

Kwaliteitsstandaarden worden door de betrokken partijen (cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars) vastgesteld. De vraag wanneer reguliere zorg uit de Wmo en Zvw niet meer volstaat, is in eerste instantie een professioneel oordeel. We vinden de kritiek op de manier waarop de indicatiestelling van de AWBZ nu plaatsvindt in zoverre terecht, dat die teveel op basis van gedetailleerde richtlijnen en algoritmes

gebeurt, en er te weinig ruimte is voor een professionele afweging. Zoals in paragraaf 2.1.2 is beschreven, is de indicatiestelling een professioneel oordeel waarbij allerlei factoren een rol spelen. Kwaliteitsstandaarden kunnen richting geven aan de vraag welke factoren mee moeten wegen en op welke manier die afweging kan plaatsvinden, en zijn een belangrijke maatstaf om te bepalen tot hoever de zorginhoudelijke verantwoordelijkheid voor zorg en ondersteuning vanuit de eerstelijnszorg kan reiken. Daarbij speelt ook dat kwaliteitsstandaarden beter meebewegen met veranderingen die in de uitvoeringspraktijk plaatsvinden: als de mogelijkheden toenemen om gecoördineerde zorg in de eerste lijn (Zvw en Wmo) te bieden, neemt de noodzaak om gebruik te maken van de Liz af.

Ook bij de vraag welke zorg concreet wordt geleverd spelen kwaliteitsstandaarden een belangrijke rol. Van het CVZ wordt gevraagd te verduidelijken wat wel en niet tot het pakket behoort. Dat willen we niet op detailniveau bepalen. We willen alleen de grenzen van de verzekerde zorg aangeven. Wat mensen wel en niet belangrijk vinden, kan alleen in dialoog met de zorgaanbieder worden vastgesteld. In algemene termen gebeurt dat tussen de instelling en zijn cliëntenraad, en op individueel niveau tussen de zorgaanbieder en de cliënt. Het CVZ wil alleen de kaders aangeven. Wat er precies wordt geleverd, wordt vastgelegd in het zorgplan.

Hoe een instelling tot een goed zorgplan komt, welke aspecten daarin aan de orde komen, en wat erin wordt beschreven is voor een belangrijk deel een procesbeschrijving met aandachtspunten en afwegingskaders. Dat is al (een module van) een kwaliteitsstandaard. Naast dergelijke meer processuele kwaliteitsstandaarden zijn er ook meer inhoudelijke kwaliteitsstandaarden, bijvoorbeeld als het gaat om medische zorg.

Bij een aantal afbakeningsvragen zijn kwaliteitsstandaarden noodzakelijk om een te rigide uitvoeringsstructuur te voorkomen. Het gaat met name om de volgende punten:

- De afbakening tussen begeleiding (Wmo) en behandeling (Zvw);
- De afbakening tussen persoonlijke verzorging die onlosmakelijk verbonden is met verpleging (Zvw) en persoonlijke verzorging die dat niet is (Wmo);
- Onderscheid tussen langdurige intramurale GGZ met behandeling voor volwassenen (naar Zvw) en langdurige intramurale GGZ zonder behandeling voor volwassenen (naar Wmo).

Dit is niet alleen van belang op het moment van de overheveling, maar speelt na de overheveling continu een rol in het professionele handelen.

## **2.5 Toestemmingsvereiste van de cliënt naar het CIZ**

Voorgesteld wordt om bij de aanvraag voor de Liz af te wijken van het wettelijk systeem zoals dit is neergelegd in de Algemene wet bestuursrecht (Awb) en het burgerlijk wetboek. Dat is pas mogelijk als daarvoor gegronde redenen zijn. Het concept wetsvoorstel geeft hiervoor geen motivering. Het CVZ ziet daarvoor geen grond.

Als de verzekerde onvoldoende meewerkt, kan het CIZ op grond van de Awb al besluiten de aanvraag niet in behandeling te nemen, mits de aanvrager in de gelegenheid wordt gesteld om dit verzuim te herstellen. Die herstelmogelijkheid voor de burger is een van de grondbeginselen van de Awb. Het CVZ ziet geen grond om op dit punt af te wijken van de Awb.

Daarnaast willen we een kanttekening plaatsen bij het voornemen om van de

aanvrager onherroepelijk toestemming te eisen tot het inwinnen van informatie bij derden. Een onherroepelijke toestemming op inzage in medische gegevens is een inbreuk op de persoonlijke levenssfeer en het medisch beroepsgeheim en de wetgeving hieromtrent. Het is ook in strijd met de beroepscode van behandelaars, om zonder toestemming van de cliënt medische gegevens te verstrekken. Daarnaast is het ook juridisch niet mogelijk. Een dergelijke toestemming kan altijd in de toekomst worden ingetrokken. Dat ligt besloten in de aard van de toestemming. Het CVZ ziet hiervoor ook geen noodzaak. In de toelichting is aangegeven dat dit een maatregel betreft in het kader van de bestrijding van zorgfraude. Het CVZ ziet niet wat het verband is tussen de toestemmingseisen en fraude.

De voorgestelde bepaling ziet alleen op de aanvraag. De toestemming kan daarom geen functie hebben voor het inwinnen van medische informatie na de afgifte van het indicatiebesluit, zoals in de toelichting wordt verondersteld. Dat de verzekerde in dat kader verplicht is mee te werken aan het onderzoek en daarvoor ook toestemming moet verlenen om informatie bij derden in te winnen staat niet ter discussie. Als die medewerking, ook nadat hem de gelegenheid is geboden dat verzuim te herstellen, uitblijft, zal dat uiteindelijk tot afwijzing of buiten behandeling stellen van de aanvraag leiden.

Ook in de huidige AWBZ (en in andere sociale verzekeringswetten) is toestemming nodig voor het inwinnen van informatie over persoonsgegevens bij derden en kan bij het uitblijven daarvan de aanvraag worden afgewezen. Er zijn geen signalen, dat de praktijk niet uit de voeten kan met de huidige wetgeving hieromtrent.

## 3 Inhoud van het verzekerde pakket

In dit hoofdstuk beschrijven we het Liz-pakket voor mensen die in een instelling verblijven. Wij zijn er voorstander van dat de aanspraken voor zorg in natura met verblijf zoveel mogelijk gelijk zijn aan de aanspraken voor zorg in natura zonder verblijf.

In hoofdstuk vier gaat we in op andere leveringsvormen (zorg in natura zonder verblijf (VPT), overbruggingszorg en pgb).

Hieronder gaan we achtereenvolgens in op de volgende onderdelen van het verzekerde Liz-pakket:

- zorg
- huishouden
- wonen
- welzijn

Aan het eind van het hoofdstuk gaan we ook in op de partneropname.

In de huidige praktijk zijn er afbakeningsproblemen, die voortkomen uit het feit dat zorg van algemene aard anders gefinancierd wordt dan zorg die noodzakelijk is voor de in de instelling geleverde zorg. Deze afbakeningsproblemen willen we in de Liz graag voorkómen door alle zorg ten laste van de Liz te brengen.

### 3.1 Zorg

Bij de zorg ten laste van de Liz gaat het om behandeling, verpleging, verzorging en begeleiding. Het gaat om interdisciplinaire zorg, waarbij verschillende disciplines elkaar aanvullen en het welzijn en welbevinden van de verzekerde voorop staan. Ook de behandeling is daarop gericht en is nevensgeschikt aan de andere disciplines. Bij integrale zorg gaat het om interdisciplinaire zorg waarbij:

- sprake is van een meervoudige zorgbehoefte die geleverd wordt vanuit een zorgteam dat uit verschillende disciplines bestaat;
- de zorg een programmatische aanpak kent;
- de zorg zich richt op het voorkomen of beperken van de fysieke, mentale en maatschappelijke gevolgen/complicaties van de aandoening, beperking of handicap;
- de sociale context (gezin, omgeving) altijd wordt betrokken;
- intensieve structurele coördinatie, regie en supervisie noodzakelijk is.

Daarbij is meestal sprake van één persoon die invulling geeft aan deze coördinatie, regie en supervisie. Deze persoon is verantwoordelijk voor de realisatie van geïntegreerde zorg en ondersteuning, passend bij de cliënt.

Deze persoon:

- fungeert als aanspreekpunt voor de cliënt en/of vertegenwoordiger en voor het cliëntensysteem<sup>6</sup>;
- stelt met cliënt en/of diens vertegenwoordiger het zorgplan op;
- bewaakt en evalueert de uitvoering daarvan;
- integreert, in overleg met de medisch eindverantwoordelijke behandelaar het behandelplan in het zorgplan;
- coördineert de werkzaamheden van de zorgverleners en behandelaars en krijgt

---

<sup>6</sup> Hieronder verstaan we de cliënt, betrokken mantelzorgers en eventuele inzet van eigen financiële middelen.

van hen terugkoppeling.

Behandeling maakt altijd deel uit van het integrale arrangement aan zorg. Bij behandeling gaat het om gespecialiseerde behandeling, in combinatie met algemene medische en paramedische zorg. Behandeling van bijkomende psychiatrische problematiek kan onderdeel zijn van de gespecialiseerde Liz-behandeling, voor zover er samenhang is met de overige (meestal verstandelijke) beperkingen en hiervoor een integrale behandeling noodzakelijk is. Dit is in de huidige AWBZ-regeling ook het geval. De gespecialiseerde behandeling omvat medische, paramedische en gedragswetenschappelijke behandeling.

Dagbesteding is een specifieke vorm van begeleiding. Het hangt af van de persoonlijke omstandigheden of een verzekerde is aangewezen op dagbesteding, en welke vorm van dagbesteding past bij zijn omstandigheden. Daarbij spelen zaken als (over)prikkelbaarheid, niveau van functioneren en eigen interesses een rol. Passende dagbesteding is onderdeel van het integrale zorgaanbod. Net zoals in de huidige AWBZ bij verblijf met behandeling, zou de Liz-aanspraak alle behandeling (behalve medisch-specialistische behandeling) verzorging, begeleiding en verpleging moeten omvatten, inclusief de verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg.

#### *Eigen mogelijkheden*

Het feit dat iemand op de Liz is aangewezen, wil niet zeggen dat hij niets meer kan. Iemand met ernstige gedragsproblemen kan (wellicht met begeleiding) misschien nog heel goed zijn kamer schoonhouden. Het is goed om mensen zoveel mogelijk in te schakelen bij voorkomende werkzaamheden. In de aanspraak moet tot uitdrukking komen dat er aanspraak is op zorg *voor zover de verzekerde daarop is aangewezen*.

#### *3.1.1 Tandheelkundige zorg*

Op dit moment kunnen mensen op grond van artikel 15 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ recht hebben op tandheelkundige zorg in het kader van de AWBZ. Het gaat veelal om mensen met ernstige verstandelijke en/of motorische beperkingen of om ouderen die voor deze tandheelkundige zorg in aanmerking komen. Deze mensen zijn veelal aangewezen op tandheelkundige zorg in de instelling. Voor ouderen in verpleeghuizen geldt dat zij tegenwoordig veel vaker dan vroeger nog de eigen tanden en kiezen hebben. Hun mondgezondheid is, zo blijkt uit onderzoek, vaak matig tot slecht, maar hun subjectieve zorgvraag naar tandheelkundige hulp is zeer gering.

Reguliere tandheelkundige zorg is voor deze mensen vaak niet mogelijk omdat het specifieke (tandheelkundige) voorzieningen, geschoolde menskracht en infrastructuur vereist (bijvoorbeeld tilliften) en/of omdat deze mensen gericht naar de tandarts moeten worden begeleid. Vaak ontbreken deze specifieke voorzieningen en/of vereiste deskundigheid in de reguliere zorg.

Nu zijn deze AWBZ-instellingen verplicht adequate tandheelkundige zorg te leveren. Het is goed dat dit in de Liz geregeld is.

#### *3.1.2 Paramedische zorg*

De huidige aanspraak sluit paramedische zorg van algemene aard uit. Het onderscheid tussen specifieke (aan de AWBZ-grondslag gerelateerde) paramedische zorg en paramedische zorg van algemene aard is in de praktijk echter niet te maken. Dat zorgt voor perverse prikkels (declareren bij de Zvw naast het integrale ZZP-tarief). Daarnaast vereist paramedische zorg altijd kennis van (het omgaan met) de doelgroep, ook als het gaat om een probleem dat los staat van de AWBZ-grondslag. Ook is er het praktische bezwaar dat een frequent bezoek aan

paramedici buiten de instelling vaak niet te regelen is vanwege vervoer en de toegankelijkheid van de praktijk. Daarom vindt het CVZ dat alle paramedische zorg tot het verzekerde pakket moet behoren.

### 3.1.3 *Hulpmiddelen*

Nu komen alleen de hulpmiddelen die noodzakelijk zijn voor de in de instelling geleverde zorg ten laste van de AWBZ. Anders dan in de Memorie van Toelichting staat, kan het daarbij ook gaan om persoonsgebonden hulpmiddelen die in de Zvw zijn verzekerd. Het beslissende onderscheid is op dit moment of een hulpmiddel noodzakelijk is voor de geleverde zorg. Voor de overige hulpmiddelen moet de verzekerde aanspraak doen op de Zvw. Of een hulpmiddel noodzakelijk is voor de geleverde zorg of niet, is vaak arbitrair, zodat dit onderscheid leidt tot afbakeningsproblemen. In de praktijk gaan zorgkantoren hier verschillend mee om, wat tot gevolg heeft dat de ene instelling zaken bekostigd krijgt, en de andere niet. De praktische oplossingen van zorgkantoren brengen ook veel vermijdbare administratieve lasten met zich mee. Om afbakeningsproblemen te voorkomen pleiten wij ervoor om alle hulpmiddelen ten laste van de Liz te brengen, met uitzondering van de hulpmiddelen die niet in het basispakket Zvw zitten en die dus voor eigen rekening komen.

De volgende argumenten spelen hierbij ook een rol:

- Met het verstrekken van hulpmiddelen kan substitutie worden bereikt voor duurder zorg, bijvoorbeeld een technische oplossing die arbeid bespaart;
- Door de hulpmiddelen ten laste van het tarief voor de integrale zorg te brengen, worden zorgaanbieders gestimuleerd tot innovatie. Ze moeten zelf de integrale afweging maken welke manier van zorg verlenen het meest efficiënt is. Als de kosten van hulpmiddelen ten laste komen van de Zvw is er geen prikkel om andere oplossingen te bedenken;
- Als de kosten van hulpmiddelen ten laste van het instellingsbudget komen, stimuleert dat ook hergebruik (eventueel met aanpassing). Als een hulpmiddel ten laste van de Zvw kan worden gebracht, is een nieuw hulpmiddel voor de instelling goedkoper dan het aan te passen;
- Daarnaast is het zo dat een instelling bij verstrekking door de zorgverzekeraar geconfronteerd wordt met verschillende typen en merken hulpmiddelen voor gelijksoortige problemen. Met evenzoveel gebruiksaanwijzingen en onderhoudsprotocollen. Dat levert inefficiëntie en gevaar op;
- Als er aanspraak is op de Liz, kan men geen beroep meer doen op de Wmo. Ook (woon)voorzieningen als een douche- of postoeel die anders ten laste van de Wmo zouden komen, komen dus ten laste van de Liz. Dat geldt ook voor aard- en nagelvaste voorzieningen, zoals handgrepen, plafondlift, en bijv. voor het verwijderen van drempels i.v.m. de doorgankelijkheid.

### *Bovenbudgettaire bekostiging*

In de huidige bekostiging is er sprake van de zogenoemde bovenbudgettaire bekostiging voor duurder individuele hulpmiddelen. Er zijn goede argumenten om die onder de reguliere bekostiging (en dus onder de ZZP's) te brengen:

- de aanschaf van een duurder hulpmiddel dat bovenbudgettair wordt bekostigd, is voor de instelling goedkoper dan het zelf betalen van een goedkoper alternatief;
- de prikkel tot innovatie en substitutie ontbreekt omdat het goedkoper is een hulpmiddel bovenbudgettair bekostigd te krijgen dan de zorg op een slimmere manier te leveren.

Het zou goed zijn als de staatssecretaris de NZa vraagt om nader te verkennen of duurder individuele hulpmiddelen onder de reguliere bekostiging kunnen worden gebracht.

**3.1.4** *Speciale kleding die noodzakelijk is in verband met de te leveren zorg*  
Soms is specifieke kleding nodig om de zorg te verlenen. In feite is er weinig verschil met een hulpmiddel. Het gaat om krabpakken, heupbeschermers en dergelijke, en speciaal aangepaste kleding, bijvoorbeeld een overjas bij beademingsapparatuur op een rolstoel. Omdat iedereen kleedkosten heeft, moet de speciale kleding substantieel duurder zijn dan de normale kosten voor kleding. Dan zou de kleding volledig voor vergoeding in aanmerking moeten komen.

**3.1.5** *Rolstoelen*  
Voor de zwaarste doelgroepen in de huidige AWBZ komen rolstoelen ten laste van de AWBZ. Dat moet zo blijven. Ook hier spelen substitutie en hergebruik een rol.

**3.1.6** *Vervoer*  
In de huidige AWBZ is het vaak onduidelijk wie voor het vervoer en de benodigde begeleiding moet betalen. Voor een deel (bijvoorbeeld voor rolstoelgebonden verzekerden) kan het vervoer nu ten laste van de Zvw komen. Uitvoeringstechnisch is het echter erg ingewikkeld als de ene keer de zorgverzekeraar en de andere keer de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor het vervoer. Het is beter dat probleem te vermijden en steeds de zorgaanbieder verantwoordelijk te laten zijn. Vervoer dat noodzakelijk is voor de te leveren zorg en voor medische zorg zou inclusief de daarvoor benodigde begeleiding ten laste van de Liz moeten komen. Het gaat vooral om vervoer naar dagbesteding en vervoer naar medisch specialistische zorg. Het staat de Liz-instelling vrij om voor het vervoer familieleden of anderen in te schakelen voor zover dat verantwoord is. Bij sociaal vervoer gaat het om vervoer van cliënten naar familie of vrienden of vervoer voor recreatieve doeleinden. Het gaat hier niet om zorg. Sociaal vervoer draagt bij aan de participatie aan de samenleving. Wij vinden daarom dat sociaal vervoer onderdeel moet blijven uitmaken van de Wmo. Het past niet in het Liz-pakket. Bovendien hebben gemeenten voor sociaal vervoer goede systemen ontwikkeld. Het is dan praktischer daar gebruik van te maken dan dat elke zorgaanbieder ook buiten zijn directe zorgomgeving het vervoer moet organiseren. Voor het sociaal vervoer zouden Liz-cliënten dus een beroep moeten doen op de gemeente.

**3.1.7** *Farmaceutische zorg*  
In de huidige AWBZ bestaat, wanneer een verzekerde verblijft en wordt behandeld in dezelfde AWBZ-instelling, aanspraak op farmaceutische zorg vanuit de AWBZ. Dit betreft alle farmaceutische zorg. Ook binnen de Zorgverzekeringswet is farmaceutische zorg verzekerd, extramuraal via de verstrekking van het door de zorgverzekeraar aangewezen geregistreerde geneesmiddel, intramuraal als onderdeel van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Vraag is of de farmaceutische zorg ten laste van de Liz moet komen of dat de farmaceutische zorg voor verzekerden die gebruik maken van de Liz vanuit de Zvw moet worden verzekerd. Als de farmaceutische zorg vanuit de Zorgverzekeringswet wordt vergoed, is het de zorgverzekeraar die voor zijn verzekerden de voorwaarden voor de verstrekking bepaalt. Vanwege het preferentiebeleid dat de zorgverzekeraars bij geneesmiddelen mogen hanteren, kan een instelling met verschillende middelen worden geconfronteerd voor dezelfde aandoeningen: de zorgverzekeraar van bewoner a kan een ander middel vergoeden dan de zorgverzekeraar van bewoner b voor dezelfde aandoening. Binnen de instelling kan dit leiden tot problemen/risico's bij de medicijnuitdeling. Het CVZ vindt het daarom verstandiger de farmaceutische zorg ten laste van de Liz te laten komen. Hiermee maak je bovendien mogelijk dat de

zorgaanbieder *integraal* verantwoordelijk is voor de zorg.

We vinden dat intramurale specialistische geneesmiddelen ook onderdeel moeten zijn van de AWBZ-zorg en daarmee de Liz. We vragen hier bijzondere aandacht voor de bekostiging van intramurale (ziekenhuis)geneesmiddelen die onderdeel zijn van de medisch specialistische zorg in de Zvw. Onder de huidige AWBZ komen die ten laste van de AWBZ-instelling waar verzekerde verblijft, wat tot budgettaire problemen voor de instellingen leidt. Weliswaar worden die voor een belangrijk deel opgelost met een Nza-beleidsregel voor dure geneesmiddelen<sup>7</sup>, maar die regeling bevat een perverse prikkel: vanaf een bedrag van € 700 krijgt de instelling namelijk 90% van de kosten betaald, zodat het loont een geneesmiddel te kiezen dat boven die grens ligt. Wij stellen voor om dit probleem nader te verkennen en te zoeken naar werkbare oplossingen binnen de Wmg.

## 3.2 Huishouden

### 3.2.1 *Het schoonhouden van de woonruimten en algemene ruimten*

Het schoonhouden van de woonruimten en algemene ruimten moet tot de aanspraak behoren. Hiervoor heeft het CVZ geadviseerd om in de regelgeving op te nemen dat er aanspraak is voor zover de verzekerde daarop is aangewezen. Voor zover een verzekerde in staat is zelf zijn kamer of appartement schoon te houden, mag dat van hem worden gevraagd, ook uit het oogpunt van behoud van zelfredzaamheid. Als een verzekerde hiertoe niet in staat is, komen de kosten voor het schoonhouden ten laste van de Liz.

### 3.2.2 *Voldoende en verantwoorde voeding*

Er is aanspraak op verantwoorde en voldoende voeding en drinken, waaronder zonodig dieetvoeding en dieetpreparaten. Wat verantwoorde voeding is blijkt uit informatie van kennisinstituten als het Voedingscentrum en uit medische voorschriften. Over het voedingsbeleid maakt de instelling afspraken met de cliëntenraad. Net als farmaceutische zorg horen ook dieetvoeding en voedingspreparaten tot het Liz-pakket.

### 3.2.3 *Het wassen van boven- en onderkleding en linnengoed*

In de huidige AWBZ komen de normale waskosten voor rekening van de verzekerde, en de waskosten die het gevolg zijn van de aandoening ten laste van de AWBZ. Dat onderscheid is in de praktijk echter niet te maken en leidt tot veel vragen. De kosten die instellingen hiervoor doorberekenen aan hun bewoners variëren sterk en zijn soms erg hoog. Die problemen zijn opgelost als alle kosten voor het wassen van boven- en onderkleding en linnengoed ten laste van de Liz komen.

De aanspraak omvat alleen het wassen van kleding en linnengoed, dus geen stomerijkosten. Ook hier geldt dat er aanspraak op is voor zover de verzekerde erop is aangewezen. De instelling kan ook wasmachines en bijbehoren ter beschikking van de verzekerde stellen als die in staat is zelf de was te doen, en dit in het kader van de zorg verantwoord is. Uit het oogpunt van behoud van zelfredzaamheid kan dit de voorkeur hebben.

---

<sup>7</sup> Beleidsregel CA-300-531: Extreme kosten zorggebonden materiaal en geneesmiddelen

### **3.3 Wonen**

#### *3.3.1 Bouwkundige voorzieningen*

De bouwkundige omgeving moet adequaat zijn aangepast aan de zorgvraag van de verzekerde. De bouwkundige voorzieningen zijn afhankelijk van de doelgroep. Eventuele individuele aanpassingen komen ten laste van de instelling.

#### *3.3.2 De noodzakelijke inrichting*

In de meeste gevallen zal de verzekerde zelf zorgen voor de inrichting van de kamer. Wanneer dit niet mogelijk of gewenst is, verstrekt de instelling minimaal een bed, kast, tafel en stoel, aangepast aan de zorgvraag van de verzekerde. Vaak zal dit een hoog/laagbed zijn of een bed met bescherming. Ook zorgt de instelling voor een basale inrichting met vloerbedekking en gordijnen.

Wat de instelling verplicht stelt, of wat noodzakelijk is voor de verzorging (hoog/laag bed, domotica), komt ten laste van de instelling, en wat de wens van de verzekerde is, komt ten laste van de verzekerde.

Algemene voorzieningen komen ten laste van de instelling. Persoonsgebonden voorzieningen (TV, internet, telefoon en dergelijke) ten laste van de verzekerde.

### **3.4 Welzijn**

#### *3.4.1 Recreatie*

De instelling zorgt voor passende recreatieve voorzieningen voor de doelgroep van de instelling. Dat kan vaak met inzet van vrijwilligers. Over de invulling van de recreatie moet de instelling afspraken met de cliëntenraad maken.

#### *3.4.2 Geestelijke verzorging*

De beschikbaarheid van geestelijke verzorging is geregeld in artikel 3 Kwaliteitswet zorginstellingen:

'Voor zover het betreft zorgverlening die verblijf van de patiënt of cliënt in de instelling gedurende tenminste het etmaal met zich brengt, draagt de zorgaanbieder er tevens zorg voor dat in de instelling geestelijke verzorging beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de patiënten of cliënten.'

Wij stellen voor de geestelijke verzorging als aanspraak in de Liz te formuleren.

### **3.5 Partneropname**

De echtgenoot of partner van iemand die met een somatische of psychogeriatrische grondslag in een instelling verblijft, mag ook in die instelling verblijven, de zogenoemde partneropname.

De partneropname stamt uit de tijd van de bejaardenoorden, toen ook mensen met een relatief geringe zorgvraag in een instelling gingen verblijven. Bij de overheveling van de bejaardenoorden naar de AWBZ in 2001 bleef de partneropname ook in de verzorgingshuizen mogelijk. De populatie die aanspraak kan maken op de Liz is wezenlijk anders (complexer en zwaarder) dan de populatie van de verzorgingshuizen. Veelal is een specifieke zorginfrastructuur nodig, die anders is dan in de verzorgingshuizen. Het is te verwachten dat een echtpaar waarvan een van de twee is aangewezen op de Liz, liever gebruik zal maken van het volledig pakket thuis. In toenemende mate zijn er instellingen die in of naast de instelling ruime appartementen realiseren waar het volledig pakket geboden kan worden. We vinden het daarom niet langer nodig de partneropname apart te

regelen.

Een tweede aandachtspunt is dat de grondslagen niet geschikt zijn om scherp onderscheid te maken tussen verschillende groepen. Zoals in paragraaf 2.1.5 is beschreven, geldt dat vooral de grondslagen somatische aandoening of beperking en lichamelijke handicap. In het concept wetsvoorstel zou de partner van een bejaarde verzekerde die na een ernstige beroerte geen verbetering meer kan verwachten, niet mogen verblijven, omdat dat als lichamelijke handicap is gedefinieerd. De afbakening van de groepen kan beter worden geformuleerd aan de hand van de ICF.



## 4 Overige leveringsvormen

In het vorige hoofdstuk beschreven we de inhoud van het Liz-pakket zoals die in de meest voorkomende situatie volgens ons moet worden geboden, namelijk in de instelling. De noodzakelijke zorg staat daarbij voorop. De plaats waar die geleverd wordt is in principe niet relevant. Hoewel de zorg vanwege de doelmatigheid, noodzakelijke voorzieningen of de zorg zelf (bijvoorbeeld bij groepswonen) meestal in een instelling wordt geboden, moet de levering in andere woonsituaties, zoals een geclusterde woonvorm, in- of aanleunwoning, of een woning in de wijk ook mogelijk zijn.

In dit hoofdstuk gaan we in op zorg in natura zonder verblijf, overbruggingszorg en het persoonsgebonden budget.

Deze leveringsvormen zijn mogelijk mits de zorg kwalitatief verantwoord is, en doelmatig geleverd kan worden. Bij doelmatigheid gaan wij uit van de goedkoopste leveringsvorm. Dat zal in de meeste gevallen de instelling zijn, maar niet altijd. Zorg in natura zonder verblijf, maar ook het PGB, mogen niet duurder zijn dan zorg in natura met verblijf.

We verkennen in hoeverre de leveringsvorm gevolgen moet hebben voor de te leveren zorg, en gaan ook in op de gevolgen die de leveringsvorm moet hebben voor de eigen bijdrage. We besteden ook aandacht aan overbruggingszorg.

### 4.1 Zorg in natura zonder verblijf

De doelgroep van de Liz is aangewezen op integrale zorg. Wonen is geen zorg. Dat het vaak nodig is de zorg in een instelling te leveren, heeft soms te maken met de benodigde zorg, bijvoorbeeld als groepswonen deel is van de aanpak. Maar vaak is het nodig vanwege de doelmatigheid.

Wanneer de zorg ook in de eigen woonsituatie kan worden geboden, is daar niets op tegen. Integendeel, het zal vaak de voorkeur hebben. Meestal gaat het dan om een geclusterde woonvorm, waar de zorg voor een grotere groep mensen vanuit één punt is te organiseren. Of dat verantwoord en doelmatig is hangt van veel factoren af. De Liz-uitvoerder moet dat op individueel niveau bepalen, waardoor dit geen afdwingbare aanspraak kan zijn.

#### 4.1.1 *Zelfde doelgroep, zelfde pakket*

Bij de zorg in natura zonder verblijf gaat het om dezelfde doelgroepen als bij de Liz in de instelling: de meest kwetsbaren, die zijn aangewezen op complexe, integrale zorg. Zij zijn met reguliere voorzieningen uit de Wmo en Zvw niet adequaat en verantwoord te helpen. Het is een contradictie als dan delen van de zorg toch ten laste van de Zvw en/of Wmo komen. De noodzakelijke samenhang en integratie van alle zorgvormen komt dan in gevaar. De voorgestelde uitzondering voor de zorg die ten laste van de Zvw kan komen, levert zowel zorginhoudelijk als uitvoeringstechnisch grote problemen op.

Verpleging is bijvoorbeeld verzekerd in de Zvw, en is in het concept wetsvoorstel geen onderdeel van de zorg in natura zonder verblijf. Als de persoonlijke verzorging naar de Zvw wordt overgeheveld, geldt dat ook daar voor. Dit geldt ook voor delen van de behandeling: een deel komt ten laste van de Liz, een ander deel ten laste van de Zvw, zonder dat er een duidelijke hoofdbehandelaar is. Integrale zorgverlening is dan onmogelijk.

Voor tandheelkundige zorg geldt het omgekeerde: die is wel verzekerd in de Liz,

maar niet in de Zvw, en maakt wél deel uit van de zorg in natura zonder verblijf. Voor hulpmiddelen en farmaceutische zorg geldt dat de instelling voor een deel verantwoordelijk is, en de zorgverzekeraar voor een ander deel. In het vorige hoofdstuk hebben we beschreven wat daarvan de complicaties zijn.

Het verzekerde pakket van de Liz zonder verblijf moet daarom in onze ogen hetzelfde zijn als van de Liz met verblijf. De instelling is integraal verantwoordelijk voor de geleverde zorg en kan dat niet zijn als andere zorgaanbieders voor een deel van de zorg verantwoordelijk zijn. Weliswaar is het mogelijk dat de instelling afspraken maakt met bijvoorbeeld huisartsen om een deel van de behandeling uit te voeren, maar dat is dan onder eindverantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar. De kosten komen dan ten laste van de instelling. In de huidige gehandicaptenzorg komt dat al veel voor.

#### *4.1.2 Onderhandelingsruimte over eigen inbreng*

Kenmerkend voor de zorg in natura zonder verblijf is dat het zowel van de kant van de instelling als van de kant van de verzekerde een vrije keuze is. Daarbij past het dat er onderhandelingsruimte is over de manier waarop de zorg kan worden geleverd. In het zorgplan maakt de instelling met de verzekerde (of diens vertegenwoordiger) afspraken hoe dat wordt geconcretiseerd. Daarbij is het goed mogelijk om ook met mantelzorgers afspraken te maken over de manier waarop zij kunnen bijdragen aan de zorg voor hun naasten. De instelling blijft verantwoordelijk.

Anders dan bij de Liz in de instelling, zouden de instelling en (de vertegenwoordiger van) de verzekerde ook moeten kunnen afspreken dat bepaalde onderdelen van het Liz-pakket, zoals de voeding, het schoonmaken, delen van de begeleiding etc. ten laste van de verzekerde komen.

## **4.2 Overbruggingszorg**

In deze paragraaf gaan we in op de fase tussen de Liz-indicatie en de zorgrealisatie. Ten tweede gaan we in op de overbruggingszorg, de fase waarin de Liz-geïndiceerde op de wachtlijst staat bij een zorgaanbieder.

Als een verzekerde een indicatie heeft voor de Liz, heeft hij in het huidige concept wetsvoorstel geen recht meer op een maatwerkvoorziening vanuit de Wmo. De zorg moet dan vanuit de Liz worden geregeld. Dat kan meestal niet direct. Het is van belang dat gemeenten en Liz-uitvoerders de overgang van de Wmo naar de Liz op een nette manier regelen.

Het is belangrijk goed te regelen wie verantwoordelijk is voor de zorg in de tijd tussen indicatie en realisatie van de Liz. Is dat de Wmo of moet de zorgverzekeraar deze zorg leveren? Om misverstanden te voorkomen is het raadzaam een termijn vast te leggen waarbinnen de Liz zorg opgestart moet worden.

Het komt ook voor dat er vanuit de Liz gedurende langere tijd geen passende oplossing beschikbaar is. Dat komt nu in de AWBZ ook voor. In die gevallen moet de Liz-uitvoerder ervoor zorgen dat de verzekerde de wachttijd op een verantwoorde manier kan overbruggen. De Liz-uitvoerder moet dan overbruggingszorg bieden. Als dat nodig is, kan dat duurder zijn dan een passende oplossing. Als tijdelijk kan worden voorzien in een passende oplossing bij een zorgaanbieder die niet de voorkeur van de verzekerde heeft, is de regel nu dat de verzekerde dan tijdelijk in die instelling wordt opgenomen totdat er plaats vrijkomt in de instelling van zijn voorkeur.

In het concept wetsvoorstel staat de overbruggingszorg expliciet geregeld. Die regeling is vrijwel hetzelfde als hoe zorgkantoren daar nu mee omgaan. Er is echter een belangrijk verschil. Als de zorgaanbieder van voorkeur geen plaats heeft, hoeft

de verzekerde niet tijdelijk gebruik te maken van een andere zorgaanbieder die wel plaats heeft. Dat kan tot gevolg hebben dat de Liz-uitvoerder gedurende langere tijd een dure oplossing aan huis moet betalen, terwijl er in een andere instelling leegstand is. We kunnen ons niet voorstellen dat dat de bedoeling is. Daarbij is het voorspelbaar dat veel verzekerden zich bij eenzelfde instelling aanmelden, bijvoorbeeld omdat daar sprake is van nieuwbouw. Zeker als de Liz-uitvoerder verplicht is alle zorg thuis te leveren, is er voor verzekerden geen enkele prikkel om alternatieven te overwegen.

### 4.3 Persoonsgebonden budget

De staatssecretaris wijst op het belang van het persoonsgebonden budget (PGB) omdat cliënten daarmee met voldoende eigen regie zeggenschap krijgen over de eigen ondersteuning en zorg.

Vanzelfsprekend is het van belang dat cliënten voldoende zeggenschap krijgen over de eigen ondersteuning en zorg. Een goede organisatie van de Liz in natura leidt ertoe dat de zeggenschap van de cliënt voldoende gewaarborgd is, waardoor het PGB overbodig wordt. De organisatie van Liz moet zo flexibel zijn, dat het PGB ook voor zorgaanbieders geen toegevoegde waarde heeft. Het zou dan ook een gezamenlijk gevoelde doelstelling moeten zijn om door een goede organisatie van zorg in natura het PGB overbodig te maken.

Slechts als overgangsmaatregel is het PGB wat ons betreft aan de orde, bijvoorbeeld als de verzekerde een voorkeur heeft voor het zelf inkopen van zorg. PGB-financiering kan ook, als tweede mogelijkheid, aan de orde zijn als de verzekerde een voorkeur heeft voor zorg in natura zonder verblijf, maar de Liz-uitvoerder dat als ondoelmatig beoordeelt.

Verder kan zich de situatie voordoen dat de verzekerde een voorkeur heeft voor (niet-PGB-gefinancierde) ondersteuning vanuit de Wmo, maar deze ondersteuning kwijtraakt omdat een Liz-indicatie bestaat<sup>8</sup>. Deze verzekerde kan zich dan min of meer gedwongen zien om zijn zorginkoop voort te zetten met PGB-financiering vanuit de Liz.

#### 4.3.1 Kleine doelgroep

Op dit moment maken 124.000 verzekerden gebruik van het PGB-AWBZ. Daarvan beschikken 23.000 budgethouders over een ZZP-indicatie. En daarvan is weer een aanzienlijk gedeelte geïndiceerd voor een 'laag' ZZP.

Verder kan het zorgkantoor op dit moment bij een aantal ZZP's helemaal geen PGB toekennen. Ook niet voor andere functies dan behandeling. Het betreft ZZP's waarbij behandeling een onlosmakelijk onderdeel vormt van de overige zorg. Het aantal budgethouders zal onder de Liz alleen al om deze redenen sterk teruglopen.

Ongeveer 5.000 budgethouders met een ZZP-indicatie wonen in een PGB-gefinancierd wooninitiatief. Het uitgangspunt van de staatssecretaris is dat het PGB goedkoper moet zijn dan zorg in natura. Dat kan er toe leiden dat PGB-gefinancierde wooninitiatieven de voorkeur zullen geven aan financiering op grond van de Liz zonder verblijf of Liz met verblijf.

Dat is niet bezwaarlijk. Het PGB-AWBZ heeft de afgelopen jaren geleid tot innovaties, waaronder de wooninitiatieven. Maar de wooninitiatieven zijn ook zonder PGB-financiering prima inpasbaar in de Liz.

---

<sup>8</sup> In het huidige wetsvoorstel Wmo kunnen gemeenten zorg en ondersteuning weigeren wanneer er een Liz-indicatie bestaat.

#### 4.3.2 *Eigen regie*

Het PGB in de Liz moet de eigen regie van de verzekerde versterken. Tegelijkertijd bestaat de doelgroep van de Liz juist voor een groot deel uit mensen die moeite hebben met de eigen regie. Dit spanningsveld kan zich op verschillende manieren oplossen.

Verzekerden met een lichamelijke beperking kunnen over het algemeen prima de eigen regie over de zorg voeren, ook als de voortdurende noodzaak van zorg tot een Liz-indicatie leidt.

Bij verstandelijk gehandicapten en dementerenden kan dat problemen geven. De regie over de zorg wordt overgenomen door ouders, voogden, mentoren, (familiaire) bewindvoerders en (familiaire) curatoren. De 'eigen regie van de verzekerde' wordt dan in feite verlegd naar diens directe omgeving. Bij de keuze van een geschikte vertegenwoordiger speelt ook een rol, dat het bij het PGB niet alleen om de regie over de zorg gaat, maar ook over de zakelijke kant (contracteren van zorgaanbieders, administratie en verantwoording). Het CVZ stelt voor dit dan wel wettelijk te regelen, zodat gewaarborgd is dat de regie door een daartoe geautoriseerde vertegenwoordiger wordt gevoerd. De algemene aanduiding dat een budgethouder met behulp van een vertegenwoordiger, gemachtigde of zaakwaarnemer de aan een PGB verbonden verplichtingen kan nakomen is te algemeen, en biedt te weinig waarborgen voor een verantwoorde besteding van het PGB en onvoldoende bescherming van de budgethouder tegen onbekwame of kwaadwillende 'hulpverleners'.

De toevoeging, dat deze niet mag handelen in de uitoefening van zijn beroep, zou leiden tot het paradoxale en waarschijnlijk onbedoelde gevolg dat professionele bewindvoerders en mentoren niet als vertegenwoordiger op kunnen treden, en dat dit zelfs een weigeringsgrond zou zijn voor het toekennen van een PGB.

In de in de toelichting aangehaalde uitspraak van de Centrale Raad van Beroep (CRvB 10 juli 2013, ECLI: NL: CRvB:784) oordeelt de Raad weliswaar dat het op grond van de huidige subsidieregeling niet mogelijk is om de mogelijkheid van vertegenwoordiging te beperken tot een wettelijk vertegenwoordiger of bewindvoerder, maar dat staat niet in de weg om dit alsnog wettelijk te regelen.

#### 4.3.3 *Behandeling*

Budgethouders kunnen het PGB-AWBZ op dit moment niet gebruiken voor de inkoop van behandeling. Daarbij is overwogen dat het gewenst is dat behandeling slechts gegeven kan worden door tot de AWBZ toegelaten zorgaanbieders.

De wet is niet voldoende duidelijk over de vraag of iemand die kiest voor een PGB nog een beroep kan doen op de Liz voor verblijf en behandeling. De wet regelt wel dat je met een PGB geen verblijf en behandeling mag inkopen. Vervalt daarmee de aanspraak, of is het alleen zo dat je er geen PGB voor kan krijgen? Het lijkt aannemelijk (en volgens ons is dat ook wenselijk) dat bedoeld is dat er bij een PGB geen beroep op de Liz kan worden gedaan voor behandeling en verblijf. maar wat behandeling betreft lijkt de toelichting in een andere richting te wijzen. We adviseren in hoofdstuk 6 om de huidige extramurale AWBZ-behandeling over te hevelen naar de Zvw. Dat betekent dat budgethouders daarop een beroep zouden kunnen doen. Als zij (daarnaast) aanspraak moeten kunnen maken op Liz-behandeling, moet er een wettelijke aanspraak op extramurale Liz-behandeling zijn. Dat past niet in de Liz-systematiek.

Wij adviseren u dit duidelijker in de wettekst te formuleren dat er bij een PGB geen aanspraak op Liz-behandeling is.

Verder kan het zorgkantoor op dit moment bij een aantal ZZP's helemaal geen PGB toekennen. Ook niet voor andere functies dan behandeling. Het betreft ZZP's waarbij behandeling een onlosmakelijk onderdeel vormt van de overige zorg. Bij de Liz zal dat relatief vaker voorkomen waarbij weigering, volgens de huidige tekst van

het concept wetsvoorstel, alleen mogelijk is op basis van de algemene weigeringsgronden over de kwaliteit van de zorg. Wij adviseren om voor deze situaties te voorzien in concretere weigeringsgronden. Overigens hoeven de weigeringsgronden naar onze mening niet in de formele wet geregeld te worden, en verdient het de voorkeur hiervoor een regeling te treffen bij of krachtens algemene maatregel van bestuur.

Verder zou overwogen kunnen worden PGB-financiering alleen mogelijk te maken onder de voorwaarde van zorginhoudelijk toezicht door een casemanager of een tot de Liz toegelaten zorgaanbieder.

#### 4.3.4 *PGB geen subsidie*

Onder de AWBZ is het PGB vormgegeven in een subsidieregeling, waardoor ook het subsidiehoofdstuk uit de Awb van toepassing is op het verstrekken van PGB's. In de Liz krijgt het PGB een wettelijke grondslag en vloeit de aanspraak rechtstreeks voort uit de wet. Naar het oordeel van het CVZ is het dan geen subsidie meer, maar een vergoeding van zorgkosten. Dan is dus de subsidietitel van de Awb ook niet meer van toepassing. Het CVZ adviseert om titel 4.2 van de Awb niet van toepassing te verklaren, zoals ook is gebeurd in de Jeugdwet, die op dit moment in behandeling is bij het parlement (artikel 8.1.4, Jeugdwet).

Het CVZ ziet daar voordelen in. Op sommige punten is het PGB moeilijk inpasbaar in het Awb-subsidieregime. De Liz-wetgever kan dit nu zelf regelen, en beter toesnijden op de bijzonderheden van PGB. Wel zal in de wetgeving dan extra aandacht moeten worden besteed aan de zaken die nu in de Awb zijn geregeld, zoals de criteria voor een weigering, intrekking en terugvordering van het PGB. Dat kan echter in lagere regelgeving (bijvoorbeeld een ministeriële regeling) worden geregeld. Het is dan ook niet nodig om nu in de wet weigeringsgronden en zaken als vertegenwoordiging en dergelijke te regelen. Overigens is het, om discussie hierover te voorkomen, wel aan te bevelen om dit expliciet in de wet op te nemen<sup>9</sup>.

#### 4.3.5 *Fraudebestrijding*

Wij onderschrijven uw opmerkingen over het fraudebestendig maken van het PGB. De invoering van trekkingsrechten zal daar zeker aan bijdragen. Nog belangrijker is naar onze inschatting het feit dat zorgkantoren inmiddels een persoonlijk gesprek voeren met aspirant-budgethouders. In deze persoonlijke contacten kan het zorgkantoor (voornemens tot) fraude vroegtijdig onderkennen en de budgethouder begint goed geïnformeerd aan het PGB-traject. Wij delen uw opvatting dat het bestaansrecht van het PGB staat of valt met een solide en fraudebestendige vormgeving.

## 4.4 **Eigen bijdragen**

De huidige intramurale AWBZ kent een hoge en een lage eigen bijdrage. De hoge eigen bijdrage is van toepassing voor de cliënten die langdurig in een AWBZ instelling verblijven en geen thuiswonende partner hebben<sup>10</sup>. Cliënten die langdurig zijn opgenomen betalen een hogere eigen bijdrage omdat zij geen kosten voor eigen huishouding meer hebben.

Bij het Volledig Pakket Thuis en tijdelijk verblijf in een AWBZ-instelling is de lage eigen bijdrage van toepassing. Analoot aan de huidige situatie pleiten wij ervoor om ook in de Liz voor de eigen bijdragen onderscheid te maken tussen langdurig opgenomen cliënten en cliënten die thuis wonen (al dan niet in een geclusterde setting). Voor cliënten in een Liz-instelling wordt een groot deel van de kosten voor

<sup>9</sup> Ook de nieuwe Wmo bevat een dergelijke bepaling (artikel 7, 4<sup>e</sup> lid).

<sup>10</sup> Cliënten die langdurig verblijven en een thuiswonende partner hebben betalen de lage eigen bijdrage.

dagelijks levensonderhoud vanuit de Liz vergoed. Dit rechtvaardigt een hogere eigen bijdrage dan voor cliënten die niet in een Liz-instelling verblijven.

De hoogte van de eigen bijdrage van het PGB dient afgestemd te zijn met de eigen bijdragen die gelden voor zorg in natura zonder verblijf.

Bij het bepalen van de eigen bijdragen in het kader van de Liz dient rekening gehouden te worden met de eigen bijdragen voor maatschappelijke ondersteuning, waardoor stapeling van eigen bijdragen wordt voorkomen.

## 5 Extramurale persoonlijke verzorging en verpleging

De AWBZ-functie verpleging wordt overgeheveld naar de Zvw, inclusief de persoonlijke verzorging die daar integraal onderdeel van is. De persoonlijke verzorging gaat mogelijk naar de Wmo. Dit kan bijdragen aan versterking van de eerstelijnszorg. Mensen kunnen dan langer met zorg en ondersteuning vanuit de Zvw, Wmo en mantelzorg in hun eigen omgeving blijven.

In 2010 hebben wij voorgesteld daartoe in het Besluit zorgverzekering een bepaling op te nemen die als volgt luidt: 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat er sprake is van verblijf, en die noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg'. Achter deze formulering kan in de toekomst een waaier aan zorgfunctionaliteiten schuil gaan die de integrale eerstelijnszorg verdiepen. Deze bepaling vormt immers niet alleen de basis voor 'zorg verlenen', maar ook voor 'signaleren', 'coördineren', 'preventie' en 'coachen'. Vooral de coördinerende taken van de verpleegkundige kunnen de integrale eerstelijnszorg verbinden met de zorg en ondersteuning in het gemeentelijk domein.

Het onderdeel 'geneeskundige zorg' verwijst naar de as die de verpleegkundige in de wijk gaat vormen met de huisarts én met nieuwe experts binnen de eerste lijn zoals specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten. Hierdoor én door de samenwerking met het gemeentelijk domein zijn er dan mogelijkheden voor arrangementen die mensen in staat stellen in hun eigen omgeving te blijven wonen.

### 5.1 Kwaliteitsstandaarden

Wil de nieuwe aanspraak verpleging in de praktijk goed vorm krijgen dan is het nodig de beroepsgroep van verplegenden en verzorgenden te stimuleren en te ondersteunen om in kwaliteitsstandaarden de inhoud en omvang van hun zorg uit te werken. Er zijn natuurlijk al richtlijnen op het verpleegkundig terrein, maar die richten zich grotendeels op de technische handelingen. Vooral op de 'nieuwe' taakgebieden moeten deze nog uitgewerkt worden, bijvoorbeeld rond de ondersteuning bij zelfmanagement, de samenwerking met het sociale domein en rond de signalerende taken. Idealiter worden dan ook meetinstrumenten benoemd die de kwaliteitscyclus in de integrale eerstelijns zorg 'sluiten'.

De functie persoonlijke verzorging vindt grotendeels een plek binnen de Wmo. Dit betekent dat er een afbakening moet komen tussen de persoonlijke verzorging binnen de Zvw en de persoonlijke verzorging binnen de Wmo. Wij zullen in overleg met de beroepsgroep en andere partijen, zoals zorgverzekeraars, gemeenten en patiënten, duiden wanneer de verzorgende taken integraal onderdeel zijn van de verpleging. In deze gevallen valt de persoonlijke verzorging onder de verpleging in de Zvw. Over de uitkomsten hiervan zullen wij u vóór 1 november informeren.

### 5.2 Eerstelijnszorg en Liz zijn complementair

De mogelijkheden voor de integrale eerstelijnszorg en de zorg en ondersteuning in de Wmo zullen zich in de komende jaren hopelijk sterk ontwikkelen. Een aandachtspunt daarbij is de relatie met de zorg die in de Liz wordt geregeld. Zoals we in hoofdstuk 2 hebben uitgelegd, moet de toegang tot de Liz zo worden geformuleerd, dat die de ontwikkeling en versterking van de eerstelijnszorg niet in de weg staat.



## 6 Extramurale behandeling

De Liz richt zich op integrale zorg. De afzonderlijke functies in de huidige AWBZ verdwijnen. De verpleging gaat naar de Zvw, de persoonlijke verzorging en begeleiding gaan naar de Wmo. Over de positionering van de huidige extramurale behandeling, de behandeling die geen integraal onderdeel is van de rest van de zorg, is nog geen besluit genomen. Het ligt voor de hand dat die een plaats krijgen in de Zvw.

In twee rapporten heeft het CVZ onderzocht of dat mogelijk is. De conclusie ervan is dat de behandeling past in de Zvw, maar dat een deel van wat we nu onder de noemer behandeling aan zintuiglijk beperkten scharen, eigenlijk begeleiding bij participatie is.

Het onderbrengen van de extramurale behandeling in de Zvw maakt ook versterking van de eerstelijnszorg mogelijk. Door integratie van de zorg van specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten in de eerstelijnszorg, neemt de noodzaak van een indicatie voor de Liz af. In hoofdstuk 2 zijn we daar uitgebreid op ingegaan. In dit hoofdstuk gaan we in op een aantal specifieke punten die spelen bij de overheveling van AWBZ-behandeling naar de Zvw.

### 6.1 Aanpassingen in het Besluit zorgverzekering (Bzv)

De extramurale AWBZ-behandeling wordt geboden door andere disciplines dan die nu in artikel 2.4. Bzv staan. Dat maakt het nodig om de disciplines die daar nu staan aan te vullen. Daarbij kan het een probleem zijn dat niet alle disciplines zijn genoemd in de Wet BIG. Ook is het nodig voor een aantal beroepsgroepen het zorgdomein te beschrijven. Orthopedagogen bieden bijvoorbeeld niet alleen behandeling, maar zijn ook actief in onderwijs en jeugdzorg.

De huidige extramurale zorg omvat ook paramedische zorg. De beperkingen voor paramedische zorg die nu in het Bzv staan, zoals de beperking van fysiotherapie, kan een goede zorgverlening aan specifieke doelgroepen in de weg staan. Voor bepaalde doelgroepen, bijvoorbeeld zintuiglijk gehandicapten, kan het zinvol zijn een specifieke bepaling op te nemen die de te verzekeren prestatie apart beschrijft. Dat voorkomt ongewenst gebruik. Als de te verzekeren prestaties duidelijk zijn omschreven, is het voor zorgverzekeraars beter mogelijk om de zorg gericht in te kopen.

### 6.2 Beheersing van omvang en kosten

In de huidige AWBZ is de omvang van de te leveren behandeling en begeleiding vastgelegd in het ZZP. Daarnaast wordt de omvang van de te leveren zorg beheerst door de zorginkoop.

In de Zvw is het mogelijk dat de zorgverzekeraar een indicatie of machtigingsprocedure in de polis opneemt. Ook helpen kwaliteitsstandaarden te verduidelijken welke zorg in welke omstandigheden passend is. In combinatie met de professionele verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om passende zorg, aansluitend bij de reële behoefte van de cliënt, te leveren, vormen deze instrumenten een adequate kostenbeheersing.

### **6.3 Onderscheid extramurale behandeling en begeleiding**

Meestal staat begeleiding los van de behandeling. De begeleiding komt dan ten laste van de Wmo, en de behandeling (na overheveling) ten laste van de Zvw. Het komt ook voor dat de begeleiding onlosmakelijk verbonden is met behandeling. Heel vaak zal er dan sprake zijn van de Liz, maar er zijn voldoende situaties bekend waarbij mensen met ambulante zorg goed te helpen zijn, zonder dat er sprake moet zijn van de integrale zorg van de Liz. Een voorbeeld vanuit de GGZ is de manier waarop de FACT-teams werken. De behandeling en begeleiding worden integraal vanuit de Zvw geboden, de overige zorg vanuit de reguliere domeinen. Ook voor psychiatrische problematiek en bij verstandelijk gehandicapten kan de extramurale behandeling een deel begeleiding omvatten.

Daarom is het belangrijk de begrippen behandeling en begeleiding goed van elkaar te onderscheiden. Van behandeling is sprake als er verbeterdoelen zijn geformuleerd, die op een gestructureerde en programmatische manier worden nagestreefd, en waarvoor specifieke deskundigheid is vereist. De behandeling is niet alleen op herstel gericht, maar kan ook gericht zijn op voorkomen van verergering, waaronder begrepen het leren omgaan met (de gevolgen van) een aandoening, voor zover de interventie gestructureerd is, programmatisch is, en zich richt op een specifiek behandeldoel.

De functie begeleiding omvat het oefenen en inslijpen van de in de behandeling aangeleerde vaardigheden en gedrag door het (herhaald) toepassen in de praktijk, bieden van toezicht, het bieden van structuur of het bieden van praktische ondersteuning. Bij begeleiding gaat het om het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid. Voor (de begeleiding bij) dit oefenen is geen specifieke vaardigheid vereist.

De begeleiding maakt onderdeel uit van de behandeling voor zover:

- de activiteiten noodzakelijk zijn om het behandeldoel te bereiken,
- de begeleiders worden aangestuurd door de behandelaar,
- en het noodzakelijk is dat er terugkoppeling plaatsvindt naar de behandelaar zodat die het zorgplan daarop kan aanpassen;
- dit onderdeel uitmaakt van het behandelplan.

## 7 Overheveling van intramurale langdurige GGZ vanaf 18 jaar naar Zvw en Wmo

De hervorming van de langdurige zorg heeft tot gevolg dat de zorg voor mensen vanaf 18 jaar met een psychiatrische aandoening (psychische stoornis) op een andere manier geregeld moet worden. Een groot deel van deze zorg wordt ondergebracht in de Wmo, een ander deel wordt overgeheveld naar de Zvw.

Hierover heeft de staatssecretaris van VWS advies gevraagd aan het CVZ. In dat advies gaan we uitgebreid in op de voorgenomen maatregelen van deze overheveling. Hieronder geven we aan op welke onderwerpen we in zullen gaan.

Er zijn personen die langdurig (> 365 dagen) opgenomen zijn in verband met een psychische stoornis. De opname kan nodig zijn in verband met de behandeling of is meer beschermend van aard waarbij begeleiding voorop staat. In het laatste geval kan incidenteel ook een psychiatrische behandeling plaatsvinden maar dit is geen reden voor opname (verblijf). De psychiatrische behandeling is dan ambulante, net zoals bij iemand die thuis woont.

De voorgenomen maatregelen betekenen dat langdurige intramurale GGZ geboden kan worden in het kader van de Zvw en Wmo. Deze twee doelgroepen moeten duidelijk en objectief van elkaar te onderscheiden zijn. We zullen in ons advies ingaan op de manier waarop dat onderscheid bij de indicatiestelling mogelijk is, en of daarbij uitvoeringskwesties spelen. Andere aandachtspunten zullen zijn hoe de inrichting van het systeem afwenteling en ongewenst gebruik kan vermijden en of de zorg in de verschillende domeinen zo op elkaar aansluit dat er geen patiënten tussen wal en schip komen te vallen.

Vooruitlopend op ons uitgebreidere advies willen we nu al kwijt dat we de keuze om mensen met psychische aandoeningen niet onder de Liz te brengen juist vinden. Gezien het karakter van de toekomstige Liz zou het moeten gaan om personen met ernstige psychiatrische aandoeningen, die levenslang en levensbreed op zorg zijn aangewezen. We betwijfelen zeer of dergelijke vereisten vooraf zijn vast te stellen bij mensen met psychische stoornissen. Levenslang en levensbreed suggereert dat er vrijwel geen verandering in de situatie van betrokkene kan/zal plaatsvinden. Dat is lang niet altijd het geval. Het opnemen van mensen met psychiatrische problematiek in de Liz betekent dat een mogelijke behandelingsperspectief voor deze mensen verdwijnt.

Daarbij spelen er ook uitvoeringsproblemen: het opnemen van een groep GGZ-patiënten onder de Liz zou betekenen dat zowel onder de Zvw als onder de Liz een groep patiënten wordt gebracht die verblijft en behandeld wordt. Een onderscheid tussen deze groepen is niet goed aan te geven. Het is inderdaad zo dat er personen zijn die jarenlang opgenomen zijn binnen de GGZ, al dan niet met behandeling, maar, nogmaals, vooraf is niet aan de hand van objectieve criteria aan te geven,, wie dit zal zijn.

Ook een onderscheid tussen de Liz en de Wmo is niet goed mogelijk. Op grond van de Wmo draagt de gemeente zorg voor ondersteuning en begeleiding, zo nodig met verblijf, voor mensen met psychische problemen. Ook voor deze groep is niet op voorhand aan te geven of dit voor altijd zal zijn, of dat verbetering op termijn toch mogelijk is. Personen die ondersteuning en begeleiding vanuit de Wmo ontvangen kunnen daarnaast een beroep doen op geneeskundige GGZ in het kader van de

Zvw, zodat adequaat in hun zorgvraag kan worden voorzien.

Tenslotte voorkomt een eenvoudige uitvoeringsstructuur met twee onderscheiden groepen strategisch gedrag van zorgaanbieders.

## 8 Overheveling van zorg voor jeugdigen van AWBZ en Zvw naar de Jeugdwet

In het Regeerakkoord is bepaald dat de jeugdzorg per 1 januari 2015 wordt gedecentraliseerd naar de gemeenten. Het betreft alle onderdelen van de jeugdzorg: de preventie, de ondersteuning, de hulp en de zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen, psychosociale problemen, gedragsproblemen of een verstandelijke handicap. Het doel van de decentralisatie naar de gemeenten is dat de zorg voor jeugdigen efficiënter en effectiever wordt.

Hoewel het wetsvoorstel van de Jeugdwet op 1 juli jl. aan de Tweede Kamer is aangeboden, willen wij toch nog een aantal opmerkingen maken. Daarbij concentreren wij ons op de aspecten van de jeugdhulp die raken aan de Zvw en/of de Liz.

### 8.1 Definitie 'jeugdhulp'

De definitie van 'jeugdhulp' in de Jeugdwet is te algemeen geformuleerd. Uit de toelichting blijkt dat ook verblijf in een instelling onderdeel uitmaakt van de jeugdhulp, en dat in dat geval ook de verstrekking van psychofarmaca onder het regime van de Jeugdwet valt. Dat blijkt echter niet uit de wettekst zelf en is ook niet vanzelfsprekend. Het past in het karakter van de Jeugdwet om niet exact te omschrijven welke voorzieningen geboden moeten worden, omdat er voor het college van burgemeester en wethouders ruimte moet blijven om daar een eigen invulling aan te geven. Maar voor een zo substantieel onderdeel van de zorg als intramurale zorg en psychofarmaca is het belangrijk dat duidelijk is wanneer dit tot de verantwoordelijkheid van het college behoort. Als dat niet duidelijk is, kan dit tot afbakeningsproblemen met de Zvw of tot een lacune in de zorg leiden. Het zou daarom beter zijn dit uitdrukkelijk in de wet zelf op te nemen, en niet alleen in de toelichting.

### 8.2 Psychofarmaca en verblijf

Uit de toelichting bij de Jeugdwet blijkt dat psychofarmaca bij extramuraal gebruik ten laste van de Zvw blijven komen. Psychofarmaca die worden verstrekt tijdens het verblijf in een instelling zijn onderdeel van dat verblijf en vallen daarmee onder het regime van de Jeugdwet. Andere geneesmiddelen dan psychofarmaca komen ten laste van de Zvw.

Door onderscheid te maken tussen psychofarmaca en andere medicijnen tijdens verblijf in een instelling, kunnen afbakeningsproblemen tussen de Jeugdwet en de Zvw ontstaan. Zo is het niet eenvoudig om te definiëren welke geneesmiddelen precies onder het begrip 'psychofarmaca' vallen.

Er kan verwarring ontstaan over welke medicatie vanuit welke wet bekostigd moet worden als de jeugdige die in een instelling verblijft naast psychofarmaca ook andere geneesmiddelen gebruikt. Een deel zal dan immers worden vergoed op grond van de Zvw en een deel op grond van de Jeugdwet.

Daarnaast zien wij een zorginhoudelijk risico als onderscheid wordt gemaakt tussen de verstrekking van psychofarmaca en andere geneesmiddelen. Als dat niet in één hand ligt, bestaat het risico dat er geen totaaloverzicht is van de medicijnen die de

jeugdige gebruikt en dat middelen naast elkaar worden gebruikt die in combinatie een gevaar voor de gezondheid van de jeugdige kunnen vormen. Het voorgaande is te voorkomen door de farmacie bij verblijf in een instelling in het geheel onder één wet te laten vallen, bij voorkeur onder de Zvw.

### **8.3 Afbakening doelgroepen**

Op dit moment heeft een verzekerde alleen toegang tot AWBZ-zorg als hij een zogenoemde grondslag heeft: een somatische aandoening, een zintuiglijke of lichamelijke beperking, een psychiatrische aandoening of een verstandelijke beperking. Over de afbakening van de doelgroepen ontstaat bij de uitvoering van de AWBZ regelmatig onduidelijkheid. Vooral het onderscheid tussen een somatische aandoening of een lichamelijke beperking is diffuus. En in het normale taalgebruik betekenen de begrippen "somatisch" en "lichamelijk" hetzelfde. Het onderscheid dat er nu in de AWBZ wordt gemaakt is puur theoretisch en voor veel mensen onbegrijpelijk. Ook over de vraag wanneer sprake is van een (licht) verstandelijke beperking bestaat vaak onduidelijkheid. Het IQ op zich zegt niet alles, het moet ook gaan om beperkte sociale vaardigheden. En daarvoor is geen goed meetinstrument voorhanden.

In de definitie van 'jeugdhulp' in artikel 1 lid 1 van de Jeugdwet worden dezelfde grondslagen genoemd als in de AWBZ. Ondersteuning bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging is voor jeugdigen met ieder van deze grondslagen mogelijk, als zij daarop zijn aangewezen. Op grond van de wettekst worden jeugdigen met een somatische aandoening echter uitgezonderd als het gaat om het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van de jeugdige. Omdat het onderscheid tussen een somatische aandoening en een lichamelijke handicap niet duidelijk is, levert dit afbakeningsproblemen op. Als er een onderscheid in groepen nodig is, moet dat zijn gebaseerd op duidelijke begrippen. De ICF voorziet in een internationaal aanvaard begrippenkader.

### **8.4 Voorliggendheid Jeugdwet op andere wetten**

In artikel 1.2 van de Jeugdwet wordt geregeld wanneer andere wetten voorliggend zijn op de Jeugdwet. Als er meerdere oorzaken ten grondslag liggen aan de problematiek van een jeugdige, kan er zorg uit verschillende domeinen worden verkregen: Wmo, Zvw en Jeugdhulp. Lid 2 van dit artikel bepaalt dat dan de Jeugdwet voorrang heeft.

Zoals het er nu staat, lijkt het alsof de Jeugdwet voorgeeft wanneer een jeugdige bijvoorbeeld op de Liz is aangewezen vanwege een verstandelijke beperking, en er daarnaast ook sprake is van lichamelijke of andere beperkingen en stoornissen. Kinderen die zijn aangewezen op de "levenslange en levensbrede" zorg van de Liz, zijn meestal meervoudig gehandicapt. Uit artikel 1.2. van de Jeugdwet kan worden begrepen dat die kinderen ten laste van de Jeugdwet komen. Dat zal niet de bedoeling zijn, zodat dit duidelijker geformuleerd moet worden.

De toelichting geeft hierover geen opheldering, want die beschrijft een andere situatie: als voorbeeld wordt een jeugdige met een eetstoornis genoemd, waarbij niet duidelijk is wat de oorzaak is. In dat geval is er geen sprake van meerdere oorzaken die ten grondslag liggen aan de problematiek, maar is de oorzaak van de problematiek niet duidelijk. Juist voor die situatie biedt artikel 1.2 van de Jeugdwet geen oplossing.

## 9 Uitvoering

De huidige ketenpartijen in de langdurige zorg (de zorgkantoren, het CIZ, de zorgaanbieders en het CAK) zorgen ervoor dat

- de goede zorg wordt ingekocht;
- de cliënt de geïndiceerde zorg krijgt;
- de cliënt een correcte eigen bijdrage betaalt;
- de aanbieder op tijd de zorgkosten vergoed krijgt.

Het CVZ coördineert de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Liz door de uitvoerders en de representanten, het CIZ en het CAK. Het CVZ doet dit in nauw overleg met de ketenpartijen. Het gaat onder andere om afspraken over gegevensuitwisseling (waaronder AZR), registratie/declaratie (bevoorschotting, uitbetaling door het CAK), de eigen bijdrage en de informatievoorziening. Hierbij staat het minimaliseren van de administratieve lasten voorop.

In de uitvoering en bij de informatievoorziening moet er samenhang zijn tussen de Liz, de Wmo, de Zvw en de Jeugdwet. Het nieuwe stelsel van langdurige zorg vereist meer interactie tussen de uitvoerders, die meer op elkaar zijn aangewezen.

We zullen de bestaande afspraken voor de administratieve organisatie en communicatie in de keten waar nodig aanpassen. Hieronder lichten we een aantal zaken toe.

### 9.1 Sturing

Voordat we ingaan op de uitvoering, willen we enkele opmerkingen maken over de sturing daarvan.

In artikel 5.1.1 van de voorgenomen wet is geregeld dat het Zorginstituut de rechtmatige en doelmatige uitvoering van deze wet door de LIZ-uitvoerders, het CIZ en het CAK bevordert en regels kan stellen voor de LIZ-uitvoerders, voor het CIZ en voor het CAK. Wij willen de volgende punten ter overweging meegeven:

1. De minister stelt, net als in de huidige AWBZ, regels voor de werkwijze van het indicatiorgaan. Het is niet geheel duidelijk hoe de bevoegdheden van de minister en het CVZ zich rond de indicatiestelling tot elkaar verhouden. Wij adviseren om concreter te benoemen wat op dit punt de taken van de bestuursorganen zijn.
2. Wij vinden de constructie waarbij de Liz wordt uitgevoerd door Liz-uitvoerders en representanten niet werkbaar. Bovendien zijn de taken en bevoegdheden van de Liz-uitvoerders en die van de representanten niet duidelijk omschreven.
3. Mocht u toch kiezen voor de constructie van Liz-uitvoerders en representanten, dan gaan wij ervan uit dat het Zorginstituut ook sturingsmogelijkheden heeft richting de Liz-uitvoerder wanneer zij optreden als representant (zie hierboven). Uit het concept-wetsvoorstel wordt dit niet volledig duidelijk.

We gaan over bovenstaande punten graag in gesprek met uw ministerie.

### 9.2 Contracteerruimte

De Liz heeft, net als de AWBZ, een verzekeringskarakter. Bij een verzekeringskarakter past over het algemeen een open-einde-financiering. Kostenbeheersing is dan slechts mogelijk door het formeel beperken van de aanspraak of door tariefmaatregelen. Verder kan ook de bevordering van doelmatigheid en passend gebruik tot kostenbeheersing leiden.

Het valt op dat het spanningsveld tussen het verzekeringskarakter en de noodzaak tot kostenbeheersing bij de Liz aanwezig blijft. Enerzijds blijft in de wettekst het verzekeringskarakter van de AWBZ behouden, anderzijds wordt in de toelichting

weer gesproken over de contracteerruimte als instrument voor kostenbeheersing. Hiermee is het huidige spanningsveld niet in de wettekst van de Liz opgelost.

### 9.3 Representatie

Het concept wetsvoorstel voorziet in een uitvoeringsconstructie die sterk lijkt op de huidige. De representanten (nu: zorgkantoren) zijn de regionale Liz-uitvoerders die voor elkaars verzekeren in de regio het grootste deel van de taken uitvoert. Daarnaast worden de Liz-uitvoerders zelf aanspreekpunt voor hun eigen verzekeren voor de taak *zorgen voor zorg*. Dit houdt in zorgbemiddeling en serviceverlening over zorg in natura en PGB. Tevens kunnen de Liz-uitvoerders de representanten instructies geven over hoe zij hun werkzaamheden moeten uitvoeren. Over het onderwerp representatie willen we de volgende opmerkingen maken:

1. Er komt een ketenpartij bij, de Liz-uitvoerder. Dit heeft aanzienlijke gevolgen voor de informatie-uitwisseling (AZR).
2. Daarnaast bestaat het voornemen om de huidige gebiedsindeling van de zorgkantoren op te schalen waarbij het de wens is dat iedere Liz-uitvoerder, om ervaring met de Liz op te doen, ook representant wordt. De voorgenomen opschaling leidt niet tot minder spelers. Wij vragen ons af wat de voordelen van opschaling zijn.

### 9.4 Uitvoeringsgevolgen van het overgangsrecht

In het consultatiedocument is het overgangsrecht voor cliënten die op 31 december 2014 een ZZP-indicatie hebben nog niet ingevuld.

De inrichting van het overgangsrecht kan grote gevolgen hebben voor de administratieve lasten. Wanneer de 'zittende' cliënten hun rechten behouden, ontstaan er vier cliëntgroepen, die nog jarenlang door de uitvoerders en aanbieders afzonderlijk moeten worden geregistreerd en gedeclareerd.

Er zijn drie groepen cliënten met een bestaande ZZP-indicatie (op 31-12-2014 geldig en ook doorlopend in 2015 of daarna):

1. de 'oude' groep ZZP's 1 en 2; ZZP's die nu al niet meer geïndiceerd worden;
2. de te schrappen ZZP's; ZZP's die nu nog wel, maar m.i.v. 2015 niet meer geïndiceerd worden;
3. de 'oude' ZZP's vanaf 5; ZZP's die nu geïndiceerd worden en in 2015 blijven bestaan;

Daarnaast zijn er cliënten met een nieuwe indicatie (nog niet geldig op 31-12-2014; geldigheid start op 01-01-2015 of later):

4. de zorgzwaarte in de 'nieuwe' taal.

We willen graag meedenken over het overgangsrecht. We hebben recent een impactanalyse opgesteld waarin we oplossingen aan uw ministerie hebben voorgesteld. De besluitvorming zullen we te zijner tijd vertalen in de ketenuitvoering en de AZR. Hetzelfde geldt voor het overgangsrecht voor 'lopende' indicaties voor zorg die wordt overgeheveld naar Zvw of Wmo.

## 9.5 **Bekostiging**

Voor de zorgonderdelen die vanuit de AWBZ worden overgeheveld naar andere domeinen, zal de financieringsstroom vanuit het AFBZ (via het CAK) moeten worden beëindigd. We maken hierover afspraken met partijen en stellen richtlijnen op over de verantwoording van na-ijlende kosten ten laste van het AFBZ.

Voor de aanspraken die naar de Zvw worden overgeheveld, onderzoekt uw ministerie in overleg met de betrokken partijen (waaronder CVZ) de consequenties voor de risicoverevening.

## 9.6 **AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR)**

Met de invoering van de Liz wordt een aanzienlijk pakket beleidsmatige wijzigingen doorgevoerd. Dat heeft niet alleen grote consequenties voor de uitvoering van de intensieve zorg en ondersteuning, maar ook voor de bijbehorende informatievoorziening.

De beleidswijzigingen als gevolg van de Liz hebben een transitie van de AWBZ naar de Liz, de Wmo, Zvw en de Jeugdwet tot gevolg. Tijdens deze overgang verschuiven cliëntgroepen vanuit het huidige AWBZ-domein naar andere domeinen. Slechts een deel van de huidige AWBZ-populatie blijft in de Liz. Dit betekent dat de onderliggende informatiestromen moeten worden aangepast om te zorgen dat zorg geleverd wordt, cliënten niet uit beeld raken én actuele beleidsinformatie beschikbaar blijft.

Na de transitie naar de Liz ontstaat een nieuwe uitvoeringssituatie met nieuwe processen en partijen. Deze nieuwe situatie vraagt ook aanpassingen van de informatievoorziening.

In de informatievoorziening raken de beleidswijzigingen vier aspecten:

- Export van data naar andere domeinen
- Conversie van data bij ketenpartijen
- Nieuwe informatiestromen
- Wijziging van de standaarden in de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR)

### 9.6.1 *Export van data naar andere domeinen (decentralisatie)*

De invoering van de Liz heeft tot gevolg dat er op cliëntniveau gegevensoverdracht moet plaatsvinden vanuit het huidige AWBZ-domein (AZR) naar de Wmo en de Zvw. Dat is een operatie waarbij alle 408 gemeenten en veel van de ca. 3000 zorgaanbieders betrokken zijn. De overdracht van gegevens vraagt om aanpassingen van databases van ketenpartijen zowel aan de leverende kant (de export), als de ontvangende. Na de export van gegevens is het van groot belang dat de databases van alle partijen nog steeds integer zijn. Integere databases zijn nodig om te kunnen werken met de standaarden en nog belangrijker om geen cliënten uit beeld te verliezen.

Bij de gegevensoverdracht hebben wij de volgende vragen:

- Hoe wordt de overdracht van gegevens naar de andere domeinen geregeld?
  - Welke gegevens worden overgedragen?
  - Welke regels gelden daarbij, bijv. rondom gebruik BSN (privacyaspecten)?
  - Wie coördineert deze export?
  - Welke afspraken worden gemaakt over de tijdigheid van de overdracht?
  - Wat betekent dit qua rollen en verantwoordelijkheden voor de

- o betrokken partijen?
- o Wie bewaart, uitgaande van overgangsrecht, de gegevens over oude rechten?
- Welke datum is bepalend voor de overdracht naar de Wmo/Zvw/Jeugdwet?
  - o Gaat het hier om de aanvraagdatum van een indicatie of is de ingangsdatum voor de geldigheid van die indicatie bepalend?
  - o Hoe wordt omgegaan met indicaties die met terugwerkende kracht voor de Liz worden afgegeven, bijvoorbeeld in het kader van bezwaar en beroep?

Het CVZ beschikt vanuit de wachtlijstinformatie over geanonimiseerde actuele data over de zorg die wordt geleverd. Wij kunnen op cliëntniveau operationele gegevens over aantallen en omvang van zorg opleveren. Daarnaast kunnen we een rol spelen bij de export van data naar gemeenten wanneer de afspraken rondom de uitwisseling van persoonsgegevens bekend zijn. Hierbij zijn maatregelen nodig om de gegevens te de-anonimiseren.

#### 9.6.2 *Conversie van data bij ketenpartijen (taal in de keten)*

In de AWBZ-keten wordt in ZZP's gecommuniceerd. In het concept wetsvoorstel geeft het CIZ enkel toegangsbesluiten af, de representant besluit over zwaarteklassen. Hiermee verdwijnen ZZP's uit het indicatiebesluit en de zorgtoewijzing. Een wijziging van taal heeft een grotere impact voor de informatievoorziening dan het handhaven van de huidige taal.

Een deel van de AWBZ-indicaties blijft geldig in de Liz; op deze indicaties moeten in de Liz nieuwe berichten kunnen worden gestuurd. In de Liz-keten moet een keuze gemaakt worden tussen het naast elkaar handhaven van oude en nieuwe taal en het toepassen van conversie.

In 2011 heeft de keten een vergelijkbare slag uitgevoerd met de introductie van de ZZP's in AZR-release 3.0 en het parallel uitgevoerde Kwaliteitstraject. De conversie van data luistert zeer nauw. Het risico bestaat dat ongecontroleerde databaseconversies het actuele inzicht in de uitvoering (dat via AZR wordt verschaft) langdurig kunnen verstoren. Bij een dergelijk omvangrijk traject is landelijke regie noodzakelijk.

Om alle, deels nog te maken beleidskeuzes, uiteindelijk goed te kunnen verwerken in de informatie-uitwisseling moet er tijdig duidelijkheid komen over hoe de nieuwe zorgeenheden er uit zien en hoe deze zich verhouden tot de huidige ZZP's.

#### 9.6.3 *Nieuwe informatiestromen*

In de uitvoeringssituatie per 2015 ontstaan er binnen het Liz-domein nieuwe processen en informatiestromen. De Liz-uitvoerder en de representant krijgen ieder bepaalde taken en gaan ook onderling samenwerken. Randvoorwaarde daarbij is dat er op cliëntniveau gegevensoverdracht plaatsvindt vanuit de representant naar de Liz uitvoerders. Over deze overdracht moeten afspraken worden gemaakt.

Er ontstaan overgangstrajecten die nieuwe processen tot gevolg hebben. Het ligt voor de hand deze processen met gestandaardiseerd berichtenverkeer te ondersteunen. Dat biedt de beste garantie voor een efficiënte informatievoorziening.

Nieuwe informatiestromen die wij zien ontstaan, zijn de volgende;

- LIZ uitvoerder – representant
- Representant – gemeenten
- Representant – zorgverzekeraar
- Representant – SVB

Daarnaast zien wij mogelijk een nieuwe informatiestroom ontstaan voor het bepalen van de zorgzwaarte door de representant. Deze stroom loopt tussen de zorgaanbieder en de representant.

Als onderdeel van onze beheertaken voor de informatievoorziening willen wij de nieuwe processen en informatiestromen opnemen in de bestaande standaard voor de informatie-uitwisseling (AZR).

#### 9.6.4 *Wijziging standaarden in AZR*

De berichtstandaarden bestaan uit bedrijfsregels, gegevenselementen en processtappen. De extramurale AWBZ-zorg in functies en klassen maakt geen onderdeel uit van de Liz en vraagt om aanpassing van de standaarden. Ook het verwerken van de genoemde informatiestromen heeft gevolgen voor de standaarden. Daarnaast moet gekeken worden naar de processen die niet zijn beschreven in AZR, maar die wel ondersteund worden met gegevens uit het AZR-berichtenverkeer, zoals bijvoorbeeld de declaratiestandaard en de CA-standaard.

#### 9.6.5 *Ondersteuning*

De invoering van de Liz vraagt aanpassingen in het AZR-berichtenverkeer. Het doorvoeren van een jaarlijkse onderhoudsrelease van AZR kent een doorlooptijd van een jaar. Dit is vastgelegd in het document 'Releasebeheer' dat het CVZ gezamenlijk met de AWBZ-ketenpartijen heeft opgesteld en dat is bekrachtigd met het 'Convenant samenwerking ketenpartijen AZR'. Binnen deze periode van één jaar worden de specificaties ontwikkeld en afgestemd met ketenpartijen en worden de applicaties gebouwd en getest. Wanneer vastgehouden wordt aan het release beheer betekent dit dat de regelgeving op 1-1-2014 duidelijk moet zijn.

Wij onderzoeken de mogelijkheden om de release enerzijds zo klein mogelijk te houden en anderzijds te kijken naar een implementatiemoment dat de keten zo min mogelijk belast in de periode dat er al veel veranderingen gaande zijn. Het zwaartepunt van de wijzigingen in de informatievoorziening verwachten wij bij de gegevensoverdracht die samenhangt met de decentralisatie én de conversie van data bij ketenpartijen. Wij hebben de mogelijkheden om hiervoor de benodigde (technische) ondersteuning te bieden via het Zorgregistratie Portaal. Indien nodig kunnen wij hiervoor middelen en methodieken ontwikkelen.

Parallel aan de herziening van de langdurige zorg loopt vanuit VWS het project *iAWBZ* om de informatievoorziening te vereenvoudigen en moderniseren. Elementen uit dit project die de invoering van de Liz ondersteunen zullen waar mogelijk in 2014 worden geïmplementeerd.

Het programma *iAWBZ* maakt onderdeel uit van het programma Informatievoorziening Hervorming Langdurige Zorg (i-HLZ). Dit programma streeft naar vereenvoudiging en modernisering van de informatievoorziening binnen de kaders van het Toekomstbeeld IZO 2016. Wij vinden de aansluiting tussen het concept wetsvoorstel voor de Liz en het programma i-HLZ van groot belang. Twee punten willen wij daarbij expliciet noemen:

1. Het belang van het uitgangspunt om het cliëntperspectief voorop te stellen bij de uitvoering en voor de cliënt een actuele inzage mogelijk te maken in zijn eigen situatie over de grenzen van de verschillende domeinen (Liz, Wmo, Zvw en Jeugdwet) heen.
2. Het is van belang om tijdens de transitie, maar ook in de nieuwe uitvoeringspraktijk, te streven naar een operationeel zo minimaal mogelijke administratieve belasting voor de keten en met name voor de zorgaanbieders.



## 10 Advies van de Adviescommissie Pakket

De raad van bestuur van het CVZ heeft in de vergadering van 16 september ingestemd met het advies van de Adviescommissie Pakket (ACP) en heeft dit advies verwerkt in haar rapport. Hieronder volgt het integrale advies:

De Adviescommissie Pakket (ACP) heeft in zijn vergadering van 6 september gesproken over het conceptadvies. Dat kon niet in openbaarheid gebeuren vanwege het vertrouwelijke karakter van het adviestraject. Bovendien moet de ACP het op dit moment doen met een concept van de wettekst. Wellicht dat de definitieve tekst er anders uit zal zien. Dit alles geeft de ACP aanleiding tot twee procesmatige opmerkingen vóóraf:

Ten eerste staat het hele adviestraject, inclusief de advisering door de ACP, onder zware tijdsdruk. Dat doet onvoldoende recht aan het belang van dit advies. Ook maakt dit het de ACP lastig om een zorgvuldig overwogen advies te geven; Daarnaast maakt het vertrouwelijke karakter van het adviestraject het onmogelijk om de meningen van partijen in de zorg te horen, wat bij een belangrijk advies als dit eigenlijk onmisbaar is.

Dit gezegd hebbende heeft de ACP de volgende inhoudelijke opmerkingen over het advies.

De commissie onderschrijft het uitgangspunt dat de LIZ (Langdurige Intensieve Zorg) bedoeld is voor de situatie dat reguliere zorg en mantelzorg niet meer toereikend zijn. De commissie zou de stelling dat mensen eigen regie willen en thuis willen wonen enigszins willen nuanceren. Dat hoeft namelijk niet voor iedereen te gelden. Maar voor ieder die dat wil, moet dit mogelijk worden gemaakt, mits het verantwoord en doelmatig is.

De commissie deelt de mening dat een PGB (persoonsgebonden budget) straks niet meer nodig is: volgens dit voorstel zal de zorg in natura immers veel flexibeler dan voorheen worden geleverd. Na enige discussie onderschreef een meerderheid in de commissie de algemene lijn dat de zorg die buiten een instelling wordt geleverd niet duurder mag zijn dan wanneer de zorg binnen een instelling zou worden geleverd. Twee leden willen zich hier minder hard over uitspreken. De voltallige commissie verbindt hieraan wel de voorwaarde dat er een ruime definitie van een instelling wordt gehanteerd. Er moet namelijk wel iets te kiezen zijn voor een cliënt.

Tot slot heeft de commissie nog een aantal aandachtspunten benoemd: Mantelzorg is heel belangrijk, maar kun je niet verplichten. Het is niet alleen een kwestie van willen, maar ook van kunnen. Het geven van mantelzorg kan erg belastend zijn, daar moet voldoende aandacht voor zijn. De samenleving moet mantelzorg faciliteren, zodat het gemakkelijker kan worden ingepast in iemands leven. De bereidheid om mantelzorg te geven blijkt samen te hangen met de beschikbaarheid van respijtzorg.

Het is belangrijk dat de indicatiestelling niet te star is. Zowel in de situatie van de cliënt als in de situatie van het cliëntsysteem kunnen veranderingen optreden die om een flexibele (her)indicatiestelling vragen; de indicatielijnen moeten kort zijn, met ruimte voor een beoordeling door bv. de huisarts of (wijk)verpleegkundige, en regelarm.

De commissie ondersteunt de aandacht die in het conceptadvies wordt gevraagd voor privacyaspecten, nu de cliënt wellicht veel meer te maken zal hebben met

personen die misschien geen beroepsgeheim hebben;  
In het advies wordt regelmatig gesproken over de kwaliteit van zorg. Het is belangrijk dit goed te definiëren;  
De LIZ zal ook consequenties hebben voor beroepen en opleidingen. Het is belangrijk hier ook aandacht te besteden;  
Er moet waakzaamheid zijn voor perverse prikkels in de uitvoering.

### **College voor zorgverzekeringen**

*Voorzitter Raad van Bestuur*

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Arnold Moerkamp', written over a horizontal line.

Arnold Moerkamp