Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Directoraat Generaal
Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg

Bezoekadres:
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
188415-115983-Z

Bijlage(n)
1

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 4 maart 2014
Betreft Samenhang in zorg en ondersteuning

Geachte voorzitter,

In mijn brief van 25 april jl. aan uw Kamer[1] heb ik de contouren geschetst van de hervorming van de langdurige zorg. Deze hervorming heeft tot doel de kwaliteit van zorg en ondersteuning te verbeteren, de financiële houdbaarheid te vergroten en de zelf- en samenredzaamheid van burgers te versterken.

De voorgenomen hervorming bestrijkt de volle breedte van de zorg en ondersteuning. Om de hervorming mogelijk te maken, is ook nieuwe wet- en regelgeving nodig. De Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015), de Zorgverzekeringswet (Zvw, in het bijzonder het Besluit zorgverzekering) en de Wet langdurige zorg (Wlz) vormen een samenhangend en integraal nieuw wettelijk kader waarbinnen de hervorming zijn beslag krijgt.

De Jeugdwet is reeds door uw Kamer aanvaard en is onlangs ook door in de Eerste Kamer aangenomen. De Wmo 2015 heb ik begin dit jaar aan uw Kamer aangeboden. De Raad van State heeft recentelijk advies uitgebracht op het wetsvoorstel Wlz. Het streven is dit wetsvoorstel medio maart aan uw Kamer aan te bieden. De wijziging van het Besluit zorgverzekering ter uitbreiding van de te verzekeren Zvw-prestaties met wijkverpleging en zintuiglijk gehandicaptenzorg wordt medio dit jaar (ter voldoening aan de wettelijke voorhangprocedure) aan uw Kamer voorgelegd. De beoogde inwerkintreding van deze nieuwe wet- en regelgeving is 1 januari 2015.

Uw Kamer heeft aangegeven inzicht te willen hebben in de samenhang van de wetsvoorstellen Wmo 2015 en Wlz alsmede het conceptbesluit Zorgverzekering. Zoals ik uw Kamer heb toegezegd, informeer ik u daartoe met deze brief, die in samenspraak met de minister van VWS tot stand gekomen is. Ik maak van de gelegenheid gebruik uw Kamer in dat kader het conceptbesluit zorgverzekering aan te bieden. In dit besluit, dat naar aanleiding van bijvoorbeeld nader overleg met uw Kamer en het veld nog kan worden aangepast, is, hangende de nadere

[1] Tweede Kamer, vergaderjaar 2012- 2013, 30 597, nr. 296

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg

Kenmerk
188415-115983-Z

uitwerking van de motie Keijzer/Bergkamp[2], nog niet ingegaan op de positionering van de langdurige, op behandeling gerichte GGZ.

De afgelopen periode zijn er over de hervorming van de langdurige zorg verschillende brieven naar uw Kamer gezonden. Conform toezegging zullen er – mede op uw verzoek - ook de komende tijd brieven naar het parlement worden gestuurd. Het lijkt mij goed een en ander in deze brief over "samenhang" te resumeren.
Op 25 april, op 6 november en 17 december jl[3] stuurde ik uw Kamer brede brieven over de hervorming van de langdurige zorg. Begin dit jaar heb ik uw Kamer het wetsvoorstel Wmo 2015 doen toekomen, waarna ik het parlement op 29 januari jl.[4] een afschrift heb toegezonden op de kabinetsreactie van het resultaat van de VNG-ledenraadpleging over het overlegresultaat decentralisatie langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. Op 25 februari jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over de afspraken met de VNG en MEE over de transitie van de cliëntondersteuning voor mensen met een handicap. Op 4 maart jl. informeerde de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uw Kamer ten slotte over de gevolgen van de hervorming voor de premies van de Zvw en de Wlz.

Ik wil uw Kamer deze maand het wetsvoorstel Wlz doen toekomen alsmede de nota naar aanleiding van het verslag en een nota van wijziging op de Wmo 2015. Tevens zal ik uw Kamer (in reactie op de motie Keijzer/Bergkamp) een brief doen toekomen over de positionering van de langdurige GGZ alsmede een brief over de (werk)afspraken die thans met alle betrokken partijen worden gemaakt over de daadwerkelijke transitie. In reactie op de motie Bergkamp c.s[5] zal tevens een brief volgen over de keuzevrijheid in Zvw.
Door een voorhangbrief wil ik uw Kamer dit voorjaar ten slotte informeren over de bekostiging van onder meer de wijkverpleging. Daarin ga ik tevens in op de motie Voortman[6] over de voor- en nadelen van een verplicht eigen risico voor de wijkverpleegkundige zorg.

In hoofdstuk 1 van deze brief ga ik allereerst in op de nieuwe 'indeling' van wet- en regelgeving. Voor een goed inzicht in de samenhang tussen de wet- en regelgeving schets ik in hoofdstuk 2 de hoofdlijnen van de Wmo 2015, de Zvw-prestatie wijkverpleging, de Jeugdwet en de Wlz. In hoofdstuk 3 ga ik in op individueel maatwerk, zeggenschap en regie. Hoofdstuk 4 bevat een beschrijving van de afbakening en samenloop van zorg op grond van genoemde wet- en regelgeving.

Hoofdstuk 1 De nieuwe indeling

Door middel van eerder genoemde brief van 25 april 2013 heb ik aangegeven op welke wijze het kabinet het stelsel van langdurige zorg en ondersteuning beter wil laten aansluiten bij de ontwikkelingen en eisen van deze tijd. Zowel in de ouderenzorg, de geestelijke gezondheidszorg als in de gehandicaptenzorg is een trend waarneembaar van langere actieve participatie en een grotere

[2] Tweede Kamer, vergaderjaar 2013- 2014, 30 597, nr. 397
[3] Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 30 597, nr. 380 en 2013–2014, 30 597, nr. 390
[4] Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 33 841, nr. 6
[5] Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 25 657, nr. 99
[6] Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 30597, nr. 414

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg

Kenmerk
188415-115983-Z

zelfstandigheid en zelfredzaamheid, wat ondermeer tot uitdrukking komt in woonvormen die beter passen bij de individuele wensen en mogelijkheden van cliënten.

De veranderde behoefte aan passende zorg en ondersteuning vraagt om een multidisciplinair aanbod vanuit een medische, sociale en psychische invalshoek en om meer coördinatie, samenhang en lokaal maatwerk. Met de hervorming wordt beoogd fragmentatie en versnippering van zorg en ondersteuning tegen te gaan door de (soms meervoudige) zorgbehoefte van mensen meer integraal te benaderen. Door de nieuwe ordening van zorg en ondersteuning ontstaat meer ruimte voor lokaal individueel maatwerk en ontstaan er meer mogelijkheden voor de noodzakelijke verbinding tussen het medische en het sociale domein. Om deze doelstelling te bereiken, worden de taken en verantwoordelijkheden van gemeenten en zorgverzekeraars uitgebreid.

De visie achter de hervorming van de langdurige zorg is primair dat de mens centraal staat en niet de systemen. Daarbij wordt meer uitgegaan van wat mensen (nog) wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen. Kwaliteit van leven (welbevinden) staat voorop. Als ondersteuning nodig is, wordt ook gekeken naar het eigen, sociale netwerk en de mogelijkheden van betrokkenen en wordt de hulp dichtbij georganiseerd. Door meer gebruik te maken van preventieve en lichtere vormen van ondersteuning kan de afhankelijkheid van de burger van formele individuele zorg worden verkleind en de druk op meer gespecialiseerde zorg verminderen. Voor wie – ook met steun van de omgeving – niet (meer) zelfredzaam kan zijn, is er altijd (op participatie gerichte) ondersteuning en/of passende zorg. De meest kwetsbare mensen krijgen recht op passende zorg op grond van een nieuwe volksverzekering, de Wlz.

De hervorming van de langdurige zorg leidt tot betere zorg en ondersteuning voor burgers, die recht doet aan de wil (en verantwoordelijkheid) om het leven naar eigen wensen in te richten, deel te nemen aan het maatschappelijke leven en elkaar daarin naar vermogen bij te staan. De hervorming is ook van invloed op zorgaanbieders, zorgprofessionals, gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, uitvoeringsorganisaties en toezichthouders. Zij dragen er, elk vanuit hun eigen rol, aan bij dat de gewenste kwaliteitsverbetering in de langdurige zorg en ondersteuning daadwerkelijk wordt bereikt. Al deze partijen zijn in de aanloop naar de benodigde wet- en regelgeving geconsulteerd en worden ook bij de implementatie ervan betrokken.

Samenhang en afbakening tussen zorg en ondersteuning
De Jeugdwet, de Wmo 2015, de Zvw en de Wlz kennen elk een eigen sturingsmechanisme, uitvoeringsmethodiek en informatiestroom, maar zijn vooral aanvullend op elkaar. Het is van groot belang dat burgers en cliënten weten waar zij met hun vraag naar zorg en ondersteuning terecht kunnen. Tevens is van belang dat afwenteling tussen domeinen wordt voorkomen. Om dit te bereiken, worden de rechten op zorg en ondersteuning alsmede de verantwoordelijkheden van bij de uitvoering betrokken partijen in de wet- en regelgeving scherp afgebakend.

Zorg die verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop wordt opgenomen in het basispakket van de Zvw. Dit geldt voor de extramurale verpleging en verzorging (wijkverpleging) en de extramurale behandeling van mensen met een zintuiglijke beperking. Aanspraak op deze zorg

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg

Kenmerk
188415-115983-Z

bestaat op grond van de polis voor de verplichte zorgverzekering, die door de zorgverzekeraars wordt uitgevoerd.
In eerder genoemde brief van 25 april 2013 en mijn brief van 6 november 2013 heb ik aangegeven dat ook de langdurige GGZ gericht op behandeling wordt opgenomen in het basispakket van de Zvw. In overeenstemming met de in de inleiding genoemde motie Keijzer/Bergkamp zal ik de positionering van de langdurige GGZ nader bezien. Essentieel is dat mensen met psychische problemen de juiste zorg en ondersteuning kunnen krijgen. Zoals door uw Kamer gevraagd kom ik begin maart terug op de uitwerking hiervan.

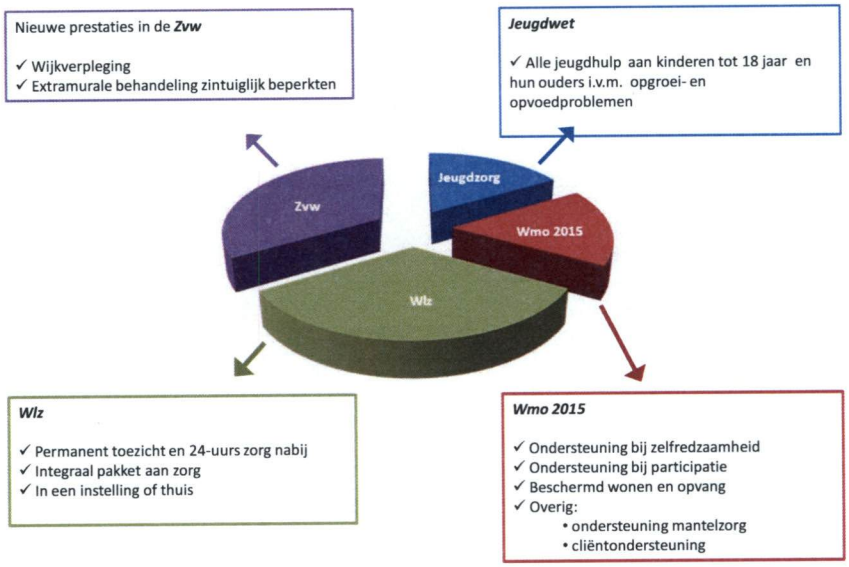
Ondersteuningsactiviteiten die primair gericht op zijn participatie in brede zin worden onder verantwoordelijkheid van gemeenten gebracht (Wmo 2015). Dit geldt ook voor de doventolkzorg. Ook alle vormen van jeugdhulp worden geconcentreerd bij gemeenten (Jeugdwet). Ondersteuning en hulp, waarvoor men zich moet wenden tot de gemeente, is in deze wetten geborgd. Omdat ondersteuning en zorg vaak nauw met elkaar verbonden zijn, zullen gemeenten en zorgverzekeraars meer onderlinge afspraken maken om de cliënt te voorzien van integrale zorg en ondersteuning.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning van hun ingezetene tot aan het moment dat deze een indicatie heeft voor zorg op grond van de Wlz. Op dat moment is immers langs de weg van zorginhoudelijke criteria vastgesteld dat iemand vanwege beperkingen als gevolg van bijvoorbeeld leeftijd of handicap, blijvend permanent toezicht of 24-uurszorg in de nabijheid nodig heeft. Onder bepaalde voorwaarden kan de zorg daarbij ook thuis worden verleend. De zorgplicht blijft belegd bij aan de zorgverzekeraars gelieerde zorgkantoren. Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) indiceert voor deze zorg.

De nieuwe organisatie van de langdurige zorg en ondersteuning is in onderstaande figuur afgebeeld. In deze figuur is de langdurige GGZ gericht op behandeling nog niet gepositioneerd.

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg

Kenmerk
188415-115983-Z



Hoofdstuk 2 Het stelsel van (langdurige) zorg en ondersteuning per 2015

Om te kunnen voorzien in de veranderende behoefte zijn de zorg en ondersteuning die op grond van de huidige Wmo, de AWBZ en de Wet op de Jeugdzorg wordt verleend, opnieuw gedefinieerd en belegd. De aard van de zorg en ondersteuning is bepalend geweest voor de positionering ervan in het nieuwe stelsel. In het vorige hoofdstuk ben ik hierop ingegaan. In onderstaande paragrafen schets ik de hoofdlijnen van de Wmo 2015, de Zvw-prestatie wijkverpleging, de Jeugdwet en de Wlz.

1. Wmo 2015: zelfstandig leven en meedoen

Gemeenten krijgen op grond van de Wmo 2015 de brede verantwoordelijkheid voor de deelname van alle burgers aan het maatschappelijke verkeer (ook die met een (zintuiglijke) beperking, chronische psychische of psychosociale problemen) het bieden van passende ondersteuning voor het uitvoeren van de noodzakelijke algemene dagelijkse levensverrichtingen en het voeren van een gestructureerd huishouden. In de kern gaat het bij dit alles om het behoud of het vergroten van zelfredzaamheid, om participatie, ondersteuning van elkaar en sociale samenhang. De ondersteuning is erop gericht dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven functioneren en wonen. Gemeenten worden met de Wmo 2015 tevens verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen die niet in staat zijn zich in de samenleving te handhaven als gevolg van psychische of psychosociale problemen en voor mensen die de thuissituatie hebben verlaten in verband met bijvoorbeeld huiselijk geweld. In dat geval verstrekt de gemeente een passende bijdrage aan het voorzien in de behoefte aan beschermd wonen (inclusief het bieden van de beschermde woonomgeving zelf) of opvang.

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg

Kenmerk
188415-115983-Z

De ondersteuning die gemeenten kunnen bieden op grond van de Wmo 2015 kan bestaan uit algemene voorzieningen en voorzieningen op maat. Voorbeelden daarvan zijn vervoer, woningaanpassing, dagbesteding, huishoudelijke hulp of opvang.
Het wetsvoorstel biedt gemeenten vergaande mogelijkheden om ondersteuning dicht bij mensen te organiseren. Zij zullen daartoe actief gaan samenwerken met zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorgverleners, zoals wijkverpleegkundigen. Het wetsvoorstel bevat ook de opdracht aan gemeenten om beleid te maken gericht op preventie, teneinde te voorkómen dat cliënten aangewezen worden op maatschappelijke ondersteuning of andere vormen van zorg. In de huidige praktijk leggen gemeenten bij de uitvoering van de Wmo reeds verbindingen met andere gemeentelijke beleidsterreinen, zoals de collectieve preventie op basis van de Wet publieke gezondheid (Wpg), het woonbeleid, de schuldhulpverlening en het lokale werkgelegenheidsbeleid. Zij worden in het kader van het brede sociale domein meer gestimuleerd om op deze ervaringen voort te bouwen. In combinatie met de taken uit hoofde van de Participatiewet en de Jeugdwet krijgen gemeenten de ruimte voor samenhangende ondersteuning, maatschappelijke begeleiding en begeleiding naar werk. Vanaf 2015 krijgen zij hiervoor een ontschot budget via het deelfonds sociaal domein met tijdelijke bestedingsvoorwaarden[7].

2. Nieuwe prestaties in de Zvw: zorg dichtbij

Wijkverpleging
Met ingang van 1 januari 2015 zullen verpleging en verzorging zonder verblijf door middel van bijgesloten conceptbesluit worden opgenomen in het verplichte basispakket van de Zvw. Hierdoor wordt deze zorg dichter bij de andere eerstelijnszorg gepositioneerd. De inzet van lichtere vormen van zorg en ondersteuning in de nabijheid van mensen bevordert de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie en vermindert het beroep op zwaardere vormen van zorg.

Verpleging en verzorging worden in samenhang geleverd aan voornamelijk ouderen met veelal lichamelijke aandoeningen bij wie over het algemeen sprake is van medische problematiek danwel een hoog risico daarop. In dat laatste geval gaat het bijvoorbeeld om ouderen die (vooralsnog) alleen hulp nodig hebben bij het aankleden, maar wier hun gezondheidssituatie snel kan verslechteren. Daarmee onderscheidt deze zorg zich van de ondersteuning bij het uitvoeren van de algemene dagelijkse levensverrichtingen op grond van de Wmo 2015. Het gaat in dat laatste geval om ondersteuning die veelal in het verlengde van begeleiding ligt en die geen verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Met partijen is overigens afgesproken om in ieder geval gedurende de eerste drie jaren goed te monitoren hoe deze afbakening in de praktijk functioneert.

[7] Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 33750, nr. 9

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg

Kenmerk
188415-115983-Z

De aanspraak: recht op wijkverpleging

In de Zvw-prestatie wijkverpleging zullen de volgende onderdelen opgaan:

- de huidige extramurale AWBZ-functie verpleging (VP);
- het overgrote deel van de huidige extramurale AWBZ functie persoonlijke verzorging (PV);
- medisch specialistische verpleging thuis (MSVT), die momenteel al onder de Zvw valt;
- taken die nu zijn opgenomen onder het programma Zichtbare Schakel zoals het coördineren en regisseren van de zorgvraag van de cliënt.

De nieuwe Zvw-prestatie verpleging en verzorging zal worden geformuleerd als 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop'. Het gaat hierbij nadrukkelijk niet alleen om puur verpleegkundige of verzorgende handelingen, maar ook om taken die samenhangen met de zorgverlening zoals het coördineren ervan, coaching (bijvoorbeeld ondersteuning bij zelfmanagement) en individuele, zorggerelateerde preventie. De verpleegkundige zal alert zijn op signalen uit de omgeving van betrokkene, bijvoorbeeld vanuit het sociale wijkteam. De zorg omvat bovendien ook louter ADL-ondersteuning zoals wassen en aankleden aan mensen bij wie zich een hoog risico op een aandoening voordoet, zoals kwetsbare ouderen.

De zorgverlening: ruimte voor professionals

De relatie die in de prestatie wordt gelegd met de geneeskundige zorg duidt op de samenwerking die er, voor cliënten die het aangaat, moet zijn tussen de verpleegkundige en andere zorgverleners, zoals een huisarts of een medisch specialist. Die relatie maakt ook duidelijk dat de verpleegkundige niet solistisch optreedt maar onderdeel is van de bredere eerstelijnszorg en samen met de huisarts een generalistische rol vervult. Het is aan de verpleegkundige om de behoefte aan verpleging en verzorging in de eigen omgeving naar aard, inhoud en omvang te bepalen. De verpleegkundige stemt de zorg af met de behandelaar die de medische diagnose stelt om te komen tot een compleet zorgtraject.

Goede samenwerking in de wijk, met inzet van professionals uit de verschillende disciplines (zoals maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en verzorgenden), maakt het mogelijk het sociale en het medische domein met elkaar te verbinden. De verpleegkundige functie zal daarom in het sociale wijkteam, of een vergelijkbaar verband, vertegenwoordigd zijn. Samenwerking is van belang om de kwaliteit van dienstverlening te vergroten en informatie over de zorg- en ondersteuningsvraag van cliënten te kunnen delen, zodat de juiste hulp wordt verleend. Dit betekent dat zorgverzekeraars en gemeenten afspraken zullen moeten maken over de inzet van de wijkverpleegkundige en de afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning in de wijk.

Zoals gebruikelijk bij Zvw-prestaties, wordt de prestatie wijkverpleging functioneel omschreven, met de formulering 'zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. Dit betekent echter niet dat deze zorg alleen door verpleegkundigen kan worden verleend. De specifieke omstandigheden bepalen wat nodig is en wie de zorg verleent. Het kan hierbij gaan om bijvoorbeeld een verpleegkundige, een verzorgende, een wijkverpleegkundige of een casemanager dementie.

Vanaf 2015 zal, zoals gebruikelijk in de Zvw, de professional, in dit geval de verpleegkundige bepalen wat de cliënt, gezien zijn situatie, nodig heeft. Hiervoor

is vereist dat helder is beschreven hoe het proces van vraagverheldering en zorgtoewijzing verloopt. Het instrument dat hiervoor nodig is, wordt ontwikkeld door de beroepsgroep Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Belangrijk hierbij is dat wijkverpleging en maatschappelijke ondersteuning naadloos op elkaar aansluiten. Hiervoor worden landelijke uitgangspunten geformuleerd.

De bekostiging: geen "uurtje-factuurtje"
In de bekostiging van de wijkverpleging wordt de beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige functie voor deelname aan de sociale wijkteams, geborgd. Deze beschikbaarheid en de signalerende en preventieve activiteiten van de verpleegkundige zullen op basis van populatiebekostiging worden vergoed. Daarnaast zal gewerkt worden met een aantal gemiddelde tarieven voor groepen cliënten op basis van voor de groep (deelpopulatie) specifieke kenmerken. Tot slot zal de vergoeding voor een deel worden gebaseerd op uitkomsten van de geleverde zorg. Het bekostigingsmodel wordt de komende tijd in samenspraak met de NZa uitgewerkt. De precieze omvang en inhoud van de drie bekostigingslagen worden dan bepaald.

Voor het jaar 2015 zal gewerkt worden met een transitiemodel om al een stap richting vernieuwing en vereenvoudigde bekostiging te zetten. Hierover worden met partijen afspraken gemaakt.

Behandeling zintuiglijk gehandicapten
De extramurale behandeling van volwassenen en kinderen met een zintuiglijke beperking wordt, conform het advies van het College voor Zorgverzekeringen, met bijgesloten conceptbesluit ondergebracht in de Zvw.

3. Jeugdwet: alle zorg voor de jeugd

Het doel van de Jeugdwet is het jeugdstelsel te vereenvoudigen, efficiënter en effectiever te maken, de eigen kracht van jeugdigen en ouders te versterken en het zorgende en probleemoplossende vermogen van het gezin en de sociale omgeving te vergroten. Aan de hervorming van de jeugdzorg ligt ten grondslag de noodzaak een einde te maken aan de versnipperde verantwoordelijkheid voor de zorg voor kinderen en gezinnen, die thans is verdeeld over verzekeraars, gemeenten, provincies en het Rijk.

De Jeugdwet biedt gemeenten, die integraal verantwoordelijk worden voor de gehele jeugdhulp, meer mogelijkheden voor samenhangende en daarmee effectievere hulp aan jeugdigen en gezinnen. Gemeenten zijn in staat om integraal beleid te ontwikkelen en maatwerk te bieden dat geënt is op de lokale situatie en aansluit bij de mogelijkheden en de behoeften van jeugdigen en ouders. Op grond van de doorloopregeling in de Jeugdwet kan de jeugdhulp in bepaalde gevallen worden voortgezet tot de leeftijd van 23 jaar.

Met de Jeugdwet krijgt de gemeente de verantwoordelijkheid voor preventie, jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering. Hiertoe behoort de totale zorg voor jeugdigen met een verstandelijke beperking, zoals de zorg voor licht verstandelijke beperkte jeugdigen met gedragsproblemen en verstandelijk beperkte jeugdigen met een psychische stoornis. Aanspraken die worden ondergebracht in het jeugddomein betreffen onder meer persoonlijke verzorging

en begeleiding, de behandeling van (licht) verstandelijk gehandicapten en verblijf voor kinderen tot 18 jaar.
Wanneer zorg of ondersteuning voor een jeugdige onder de Wmo 2015 of de Zvw moet worden voortgezet, bijvoorbeeld als gevolg van het bereiken van de 18-jarige leeftijd, is een 'warme' overdracht van belang. Uitgangspunt is immers dat betrokkene van deze overdracht zo min mogelijk hinder ondervindt. Binnen de gemeentelijke domeinen van de Jeugdwet en de Wmo 2015 hebben gemeenten zelf regie en overzicht. Om de aansluiting met de Zvw goed te laten verlopen maken gemeenten en zorgverzekeraars nadere afspraken.

De (verblijfs-)zorg voor jeugdigen die in verband met hun verstandelijke beperking levenslang levensbrede zorg nodig hebben krijgen zorg op grond van de Wlz. Zij hebben blijvende behoefte aan intensieve verblijfszorg. Het kan daarbij gaan om jeugdigen met een licht verstandelijke handicap met ernstige gedragsproblemen en kinderen met (een) zware lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke beperking(en).

4. Wlz: recht op intensieve zorg voor de meest kwetsbaren

De Wlz strekt ertoe de kwaliteit van leven te borgen voor mensen die sterk in hun mogelijkheden en regie zijn beperkt en die blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. De blijvende behoefte aan Wlz-zorg wordt op basis van objectieve criteria vastgesteld. De zorg wordt geleverd in een instelling of thuis.

Uit hoofde van de Wlz bestaat er een wettelijk verzekerd recht op zorg voor de meest kwetsbaren. Kenmerkend voor de Wlz, die voorziet in intensieve (instellings)zorg, is dat de zorg zoveel mogelijk in een integraal pakket wordt geleverd.

Het doel van Wlz is passende, kwalitatief verantwoorde en gecoördineerde zorg te bieden die gericht is op het individuele welzijn van de cliënt. Met de Wlz worden, in vergelijking tot de huidige AWBZ, de wensen, mogelijkheden en behoeften van de cliënt meer centraal gesteld met meer aandacht voor de betrokkenheid van het sociale netwerk. De mogelijkheden om te sturen op kwaliteit van zorg worden vergroot en de innovatie in de zorg wordt gestimuleerd.

De zorg die op grond van de Wlz kan worden verleend, omvat verblijf in een instelling, behandeling, persoonlijke verzorging, begeleiding, verpleging en (mobiliteits)hulpmiddelen. Ook de woningaanpassing voor cliënten tot 18 jaar valt onder de verzekerde aanspraken. Het gaat hierbij om kinderen met Wlz-zorg die door aanpassing van de woning en met zorg thuis langer thuis kunnen blijven wonen.

Hoofdstuk 3 Individueel maatwerk, zeggenschap en regie

Zowel in de Wmo 2015, de Jeugdwet, de Wlz als de Zvw zijn individueel maatwerk en zeggenschap en regie over de ondersteuning en zorg voor de cliënt van belang. Bij gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars ligt een belangrijke taak om cliënten ondersteuning en zorg te bieden die tegemoet komen aan hun zorgbehoefte.

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg

Kenmerk
188415-115983-Z

Naast zorg of ondersteuning in natura bieden zowel de Wmo 2015, de Jeugdwet als de Wlz cliënten de mogelijkheid om, als aan de daartoe gestelde voorwaarden wordt voldaan, te kiezen voor een pgb. Cliënten kunnen er bijvoorbeeld voor kiezen om nieuwe, niet door de gemeente of het zorgkantoor gecontracteerde, aanbieders in te schakelen en met het pgb te financieren. Het pgb kan daarmee bijdragen aan het bevorderen van innovatie in het ondersteunings- en zorgaanbod.

In de Zvw is keuzevrijheid en eigen regie ook reeds mogelijk. De zorgverzekeraar kan er, zowel bij een natura- als bij een restitutiepolis, voor kiezen in zijn polis een voorschot op restitutie aan te bieden voor in principe alle vormen van zorg die onder de Zvw vallen.

Tijdens de debatten over het pgb en de hervorming van de langdurige zorg heb ik eind vorig jaar met uw Kamer gesproken over de vraag of, en zo ja in welke vorm, bouwstenen van het pgb verankerd kunnen worden in de Zvw. Ik heb toen aangegeven dat het pgb in de Zvw in het algemeen niet opportuun is omdat , zoals hiervoor aangegeven, keuzevrijheid al is vormgegeven. Het gaat er om in die situaties waarin zorg in natura niet goed geregeld kan worden, zoals soms bij intensieve kindzorg (waarover reeds goede afspraken zijn gemaakt met Zorverzekeraars Nederland), nadere afspraken te maken. Zoals ik met uw Kamer heb besproken ben ik daarover in overleg met Zorgverzekeraars Nederland en Per Saldo. Daarbij gaat het om een passende oplossing voor zowel nieuwe cliënten als bestaande budgethouders. Conform de motie Bergkamp c.s.[8] zal ik uw Kamer hierover in maart van dit jaar informeren.

Hoofdstuk 4 Samenloop van zorg en ondersteuning

De hervorming van de langdurige zorg leidt tot een vereenvoudiging van het stelsel van zorg en ondersteuning. Door de nieuwe ordening vermindert voor veel burgers het aantal terreinen, van waaruit zorg en ondersteuning wordt geboden. Daar waar tot nu toe in veel gevallen gebruik wordt gemaakt van zowel extramurale AWBZ-zorg, Zvw-zorg als Wmo-ondersteuning, zal in het nieuwe stelsel vooral sprake zijn van samenloop van Wmo-ondersteuning en Zvw-zorg.

Uitgangspunt is dat cliënten zo weinig mogelijk hinder ondervinden van de verschillende domeinen van waaruit de zorg en ondersteuning wordt geboden. De herordening van de langdurige zorg is erop gericht optimaal te faciliteren dat mensen – ook op hogere leeftijd of met een beperking - zo lang mogelijk zelfstandig (kunnen) blijven wonen. Om dit te bereiken zal er in veel gevallen sprake zijn van combinaties van zorg en ondersteuning. Deze combinaties veranderen naarmate men meer hulpbehoevend wordt of de persoonlijke situatie verandert, bijvoorbeeld wanneer een mantelzorger wegvalt. Mensen met een gezondheidsprobleem doen eerst, indien de eigen kracht onvoldoende is, een beroep op lichtere vormen van hulp, ondersteuning of zorg. Wanneer deze niet meer toereikend zijn doet men een beroep op zwaardere vormen. Aanvankelijk volstaat bijvoorbeeld een bezoek aan de huisarts en steun van een of meer mantelzorgers. Later kan er meer nodig zijn. Te denken valt aan maaltijdvoorziening vanuit de gemeente en een wijkverpleegkundige vanuit de Zvw die een oogje in het zeil houdt bij beginnende dementie. De aansluiting tussen het zorgdomein en het gemeentelijke domein moet voor cliënten

[8] Tweede Kamer, vergaderjaar 2013- 2014, 25 657, nr. 99

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg

Kenmerk
188415-115983-Z

vanzelfsprekend zijn. De zorgbehoefte van de cliënt moet bepalend zijn voor de vraag uit welk(e) domein(en) zorg of ondersteuning geleverd moet worden. Hiervoor is domeinoverstijgende samenwerking tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten vereist. In het nieuwe zorgstelsel maken zij samenwerkingsafspraken over integrale zorgarrangementen, bijvoorbeeld op het terrein van dementiezorg. De basis voor deze samenwerking wordt gelegd in een samenwerkingsagenda.

Naast het stimuleren van samenwerking dient ook " afschuifgedrag" te worden tegegaan. Dit door het formuleren van duidelijke aanspraken (zoals de aanspraak wijkverpleging of de toegangscriteria tot de Wlz) en het organiseren van een strakke toegang (zoals door het CIZ).

Specifiek met betrekking tot de zorg en ondersteuning voor mensen met dementie en de maatschappelijke dimensie daarvan informeer ik uw Kamer, overeenkomstig mijn toezegging, binnenkort door middel van een separate brief.

Relatie Wmo 2015-Zvw
Om mensen die beperkingen ondervinden in hun zelfredzaamheid, in staat te stellen zo lang mogelijk thuis te kunnen wonen, is het van belang dat cliënten een beroep kunnen doen op brede eerstelijnszorg in de lokale omgeving. Met de nieuwe Zvw-prestatie wijkverpleging wordt de eerstelijnszorg versterkt. Om een integraal aanbod van zorg en maatschappelijke ondersteuning te kunnen bieden, is samenwerking tussen de verschillende professionals zoals maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en verzorgenden nodig.

De wijkverpleegkundige heeft de belangrijke rol – samen met de huisarts – om mensen zo lang als mogelijk thuis te helpen. Uitgangspunt is het bevorderen van de zelfredzaamheid van de cliënt en zijn of haar sociale omgeving. De (wijk)verpleegkundige vormt de schakel tussen de cliënt, zijn of haar sociale omgeving en de verschillende professionals. De (wijk)verpleegkundige komt bij de cliënt thuis, is toegankelijk (laagdrempelig) en kent de weg binnen de gezondheidszorg, gemeenten en welzijnsorganisaties. Hij of zij is bovendien instaat om vast te stellen wat nodig is vanuit medische optiek en kan eventueel ook beoordelen wat voor overige ondersteuning nodig zou kunnen zijn. De gemeente kan gebruik maken van de bevindingen van de (wijk)verpleegkundige. Indien in een gemeente een sociaal team functioneert of een vergelijkbaar verband, zal de verpleegkundige functie daarin vertegenwoordigd zijn. De (wijk)verpleegkundige verleent de zorg in afstemming met de gemeente en zorgt bovendien voor coördinatie van de zorg en ondersteuning die de cliënt ontvangt.

Van samenloop tussen Wmo-ondersteuning en Zvw-zorg is eveneens sprake bij de ondersteuning en zorg voor mensen met psychiatrische problematiek in een beschermde woonvorm. Het gaat hierbij om mensen die primair behoefte hebben aan structuur en ondersteuning. Deze ondersteuning wordt geboden op grond van de Wmo 2015. De psychiatrische behandeling wordt in het voorkomende geval vanuit de Zvw geboden.

Relatie Wlz-Wmo 2015-Zvw-Jeugdwet
Uitgangspunt is dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor de maatschappelijke ondersteuning van hun ingezetenen tot het moment waarop iemand is aangewezen op intensieve zorg met 24-uurs toezicht. De zorgplicht wordt dan overgenomen door het zorgkantoor. Belangrijk is dat een soepele overgang kan

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg

Kenmerk
188415-115983-Z

plaatsvinden van het gemeentelijk domein naar de Wlz. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de ondersteuning van de Wmo-cliënt tot het moment waarop de Wlz-indicatie is verkregen. Op grond van de Wmo zijn gemeenten tevens verantwoordelijk voor de ondersteuning van de cliënt bij het aanvragen van die indicatie.

Cliënten met een Wlz-indicatie hebben recht op een integraal pakket aan Wlz-zorg. Dit pakket voorziet evenwel niet in sociaal vervoer en mantelzorgondersteuning. Hiervoor kan, ook met een Wlz-indicatie, een beroep worden gedaan op de Wmo 2015. Ook opvoedingsondersteuning maakt geen deel uit van het verzekerde Wlz-pakket. Hiervoor kan een beroep worden gedaan op gemeenten in het kader van de Jeugdwet.

Samenloop van Wlz- en Zvw-zorg is onder meer aan de orde bij cliënten die Wlz-zorg thuis ontvangen en cliënten die in een zorginstelling verblijven en de algemeen medische zorg vanuit een andere instelling geleverd krijgen. Dit kan het geval zijn indien de instellingen van verblijf geen toelating voor behandeling heeft. De geneeskundige zorg van algemeen medische aard (huisartsenzorg), de behandeling van een psychische stoornis en de farmaceutische zorg komen in deze situaties ten laste van de Zvw.

Tot slot

De hervorming van de langdurige zorg is een omvangrijke operatie. De belangrijkste opgave van de *transitie* is het waarborgen van de noodzakelijke continuïteit van zorg en ondersteuning aan burgers en cliënten. De bij de transitie betrokken partijen maken gezamenlijke afspraken over een zorgvuldig overgang, waarbij specifieke aandacht wordt besteed aan informatievoorziening aan cliënten over de gevolgen van de hervorming voor hun persoonlijke situatie. Om een en ander in goede banen te leiden worden - naast afspraken over een aantal brede onderwerpen als uitwerking, randvoorwaarden en proces - voor de Wmo 2015, de Zvw en de Wlz transitieplannen gemaakt. Ik zal uw Kamer hierover binnenkort nader informeren.

Hoogachtend,
de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. M.J. van Rijn