

Vergaderjaar 2013–2014

33 891

Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg)

Nr. 10

NOTA VAN WIJZIGING

Ontvangen 6 juni 2014

Het voorstel van wet wordt als volgt gewijzigd:

A

Onder vervanging van de punt aan het slot van artikel 1.1.1 door een puntkomma wordt een onderdeel toegevoegd, luidende:

– *zorgverzekering*: een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet.

B

Artikel 3.1.1, eerste lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel c wordt «aandoening, beperking of handicap» vervangen door: aandoening, beperking, stoornis of handicap.

2. De aanhef van onderdeel d, komt te luiden:

d. door of namens een instelling waarvan de verzekerde verblijf alsmede behandeling als bedoeld in onderdeel c ontvangt te verlenen.:

C

Na artikel 3.2.1 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 3.2.1a

1. Een verzekerde met een psychische stoornis wiens recht op verblijf en de daarbij behorende medisch noodzakelijke geneeskundige zorg op grond van zijn zorgverzekering beëindigd is omdat de krachtens zijn zorgverzekering geldende maximumduur voor die zorg is bereikt, heeft aansluitend recht op voortzetting van deze zorg gedurende een onafgebroken periode van maximaal drie jaar.

2. Na afloop van de periode, bedoeld in het eerste lid, kan de zorg telkens voor een onafgebroken periode van maximaal drie jaar verder worden voortgezet.

3. Een onderbreking van ten hoogste negentig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd.

4. Een verzekerde heeft slechts recht op zorg als bedoeld in het eerste en tweede lid voor zover hij daar naar aard, inhoud en omvang en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs op is aangewezen.

D

In artikel 3.2.6 wordt «artikel 1.1, onderdelen j en k, van de Wet forensische zorg» vervangen door: artikel 1.1, eerste lid, onderdelen i en j, van de Wet forensische zorg.

E

Na artikel 3.3.3 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 3.3.3a

In afwijking van de artikelen 3.3.1 tot en met 3.3.3 kan een verzekerde als bedoeld in artikel 3.2.1a zijn recht op zorg slechts tot gelding brengen in een instelling waarmee de Wlz-uitvoerder waarbij hij is ingeschreven een overeenkomst als bedoeld in artikel 4.2.2 heeft gesloten.

F

Na artikel 11.1.2 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 11.1.2a

1. Tenzij hij op dat moment een jeugdige is als bedoeld in artikel 1.1, subonderdelen 10 of 20, van de de Jeugdwet, wordt de verzekerde die onmiddellijk voorafgaande aan de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten gedurende ten minste 21 opeenvolgende maanden zorg behorende tot een zorgzwaartepakket B GGZ heeft ontvangen en op eerder bedoeld moment met een dergelijk zorgzwaartepakket in een instelling verblijft dan wel op dat moment niet meer in een instelling verblijft maar uiterlijk negentig dagen na zijn ontslag wederom op deze zorg aangewezen raakt, voor de toepassing van deze wet gelijkgesteld met een verzekerde als bedoeld in artikel 3.2.1a, eerste lid. De geldigheidsduur van het indicatiebesluit van de verzekerde, bedoeld in de vorige volzin, wordt ambtshalve op drie jaar gesteld, te rekenen vanaf de datum waarop de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten wordt ingetrokken.

2. Tenzij hij op dat moment een jeugdige is als bedoeld in artikel 1.1, subonderdelen 10 of 20, van de de Jeugdwet, wordt de verzekerde die onmiddellijk voorafgaande aan de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten op grond van zijn indicatiebesluit is aangewezen op een zorgzwaartepakket B GGZ en op eerder bedoeld moment op grond van dat indicatiebesluit een persoonsgebonden budget ontving, voor de toepassing van deze wet gelijkgesteld met een verzekerde als bedoeld in artikel 3.2.1a, eerste lid, en kan hij in afwijking van artikel 3.3.3a in plaats van voor verblijf kiezen voor voortzetting van zijn persoonsgebonden budget. In dat geval zijn de bij en krachtens artikel 3.3.3 gestelde regels alsmede de tweede volzin van het eerste lid van toepassing.

3. Tenzij hij op dat moment een jeugdige is als bedoeld in artikel 1.1, subonderdelen 10 of 20, van de de Jeugdwet, tellen voor een verzekerde die onmiddellijk voorafgaande aan de intrekking van de Algemene Wet

Bijzondere Ziektekosten met een zorgzwaartepakket B GGZ in een instelling verblijft, voor de toepassing van artikel 3.2.1a perioden gedurende welke zijn verblijf op grond van die wet en de Wet financiering sociale verzekeringen gefinancierd werd als perioden op grond waarvan zijn verblijf ten laste van zijn zorgverzekering gefinancierd werd.

G

In artikel 11.1.3 wordt «bedoeld in artikel 11.1.1 of 11.1.2» vervangen door: bedoeld in artikel 11.1.1, 11.1.2 of 11.1.2a.

H

De aanhef van artikel 12.4.7 komt te luiden:

Indien het bij koninklijke boodschap van 4 juni 2010 ingediende voorstel van wet houdende Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg; Kamerstukken I 2012/13, 32 398, D, e.v.) tot wet wordt verheven, wordt de Wet forensische zorg als volgt gewijzigd:

I

Na artikel 12.4.7 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 12.4.8

1. Indien de artikelen 3.1.1, 3.2.1 en 3.2.1a van deze wet in werking treden voordat het bij koninklijke boodschap van 4 juni 2010 ingediende voorstel van wet houdende Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg; Kamerstukken I 2012/13, 32 398, D, e.v.) tot wet wordt verheven en in werking treedt, berust het Interimbesluit forensische zorg totdat laatstgenoemde wet in werking treedt op dit artikel in plaats van op de in de aanhef van het Interimbesluit forensische zorg genoemde artikelen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

2. Op verzekerden die zijn aangewezen op onder artikel 3.1.1 vallende forensische zorg als bedoeld in het Interimbesluit forensische zorg zijn wat betreft die zorg de artikelen 3.1.2, 3.1.3, 3.2.1, 3.2.2, 3.2.3, 3.2.5, 3.2.7, 3.3.1 tot en met 3.3.4, 4.2.1 tot en met 4.2.5, 6.1.2, 7.1.2, eerste lid, onderdeel a, 8.1.1 tot en met 8.1.3, 9.1.1 tot en met 9.1.3 niet van toepassing en kunnen met betrekking tot de in die artikelen geregelde onderwerpen bij of krachtens het Interimbesluit forensische zorg regels worden gesteld.

3. Tot het bij koninklijke boodschap van 4 juni 2010 ingediende voorstel van wet houdende Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg; Kamerstukken I 2012/13, 32 398, D, e.v.) tot wet wordt verheven en in werking treedt, worden, in aanvulling op hetgeen in artikel 90, tweede lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen is geregeld, aan Onze Minister van Veiligheid en Justitie uit het Fonds langdurige zorg, bedoeld in artikel 89 van de Wet financiering sociale verzekeringen, bijdragen betaald voor de forensische zorg, bedoeld in het Interimbesluit forensische zorg.

Toelichting

Algemeen

1. Inleiding

Deze nota van wijziging op het wetsvoorstel «Wet langdurige zorg» (Wlz) zorgt ervoor dat de zorg voor mensen die voor een behandeling op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in een instelling verblijven na drie jaar voor rekening komt van de Wlz. Voorts wordt een verheldering in het op grond van de Wlz verzekerde pakket aangebracht: geëxpliciteerd wordt dat met verblijf gepaard gaande algemene behandeling slechts onder dat pakket valt indien de betrokkene ook Wlz-specifieke behandeling ontvangt en de algemene behandeling door of namens de verblijfsinstelling wordt verleend. Aldus wordt zeker gesteld dat het pakket op dit punt ten opzichte van dat van de AWBZ niet wordt uitgebreid. Op het eerste punt wordt in het algemene deel van deze toelichting uitgebreid ingegaan; de toelichting op de wijziging op het punt van de algemene behandeling staat in het artikelsgewijze deel.

Na voorliggende nota van wijziging zal nog een tweede nota van wijziging volgen, die op enkele kleinere beleidsmatige punten na voornamelijk technische punten zal bevatten.

2. Langdurige intramurale ggz onder dekking van de Wlz

In het Regeerakkoord «Bruggen slaan» is afgesproken dat de langdurige geestelijke gezondheidszorg (ggz) wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). De uitwerking van dit voornemen uit het Regeerakkoord heeft er toe geleid dat de regering de langdurige, op behandeling gerichte intramurale ggz wilde overhevelen naar de Zvw en beschermd wonen onder wilde brengen bij het gemeentelijk domein. Dit laatste is geregeld in het wetsvoorstel Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015). Op 20 januari 2014 hebben de leden Keijzer en Bergkamp de regering in een motie opgeroepen «mensen die langdurig zijn aangewezen op ggz-zorg niet over te hevelen naar de Zvw, dit uit te werken voor de Wlz en de Kamer daarover te informeren voor 1 maart 2014.»

Bij brief van 24 maart 2014 heeft de regering de uitwerking van deze motie geschetst. Het is de bedoeling dat op termijn mensen die langdurig op intramurale ggz zijn aangewezen, direct een beroep kunnen doen op de Wlz. De Wlz is immers de wet op grond waarvan zorg voor mensen die blijvend op verblijfszorg zijn aangewezen, wordt gefinancierd. Op dit moment ontbreken echter de criteria aan de hand waarvan beoordeeld kan worden of iemand die voor ggz-behandeling in een instelling wordt opgenomen, daar blijvend op zal zijn aangewezen. Deze criteria zullen zo snel mogelijk worden ontwikkeld. Tot het moment waarop deze zullen kunnen worden toegepast, zullen de eerste drie jaren gedurende welke iemand ggz-behandeling met verblijf nodig heeft, ten laste van de zorgverzekering komen. Uit cijfers van Vektis blijkt namelijk dat nogal wat mensen gedurende de eerste drie verblijfsjaren de instelling verlaten. Er is in die periode derhalve gerede kans op genezing of in ieder geval op zodanig herstel, dat de behandeling buiten de muren van de instelling kan worden voortgezet. Mensen van wie de intramurale ggz-behandeling daarna moet worden voortgezet, krijgen deze vanaf dat moment ten laste van de Wlz. Doorgaans blijft men namelijk na drie jaar ononderbroken ggz-behandeling met verblijf ook daarna op die zorg aangewezen, hetgeen overigens niet wil zeggen dat nooit genezing of althans zodanig herstel dat men de instelling kan verlaten, mogelijk is.

In een wijziging van het Besluit zorgverzekering zal worden geregeld dat de eerste drie jaar ggz-behandeling met verblijf voor rekening van de zorgverzekering komt. Met voorliggende nota van wijziging wordt ggz-behandeling met verblijf na het derde jaar in de Wlz ondergebracht. Het voorgaande brengt met zich, dat de hier bedoelde mensen na drie jaar op grond van hun zorgverzekering gefinancierde intramurale ggz, voor de toegang tot de Wlz niet worden beoordeeld op de in artikel 3.2.1 Wlz geformuleerde criteria, inhoudende dat er sprake dient te zijn van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Wel zal de behandelaar na ommekomst van de eerste drie jaar intramurale ggz beoordelen of voortgezet verblijf onder de Wlz voor de betreffende cliënt aan de orde is. Indien dit oordeel positief is, zal het CIZ de cliënt indien hij Wlz-verzekerd is en gedurende een ononderbroken periode van drie jaar intramurale ggz ten laste van de zorgverzekering heeft genoten een indicatiebesluit geven. Er wordt dan derhalve niet op de inhoudelijke Wlz-toelatingscriteria van artikel 3.2.1 Wlz getoetst. Is dat het geval, dan zal het CIZ een indicatiebesluit afgeven en daarmee het recht op zorg op grond van de Wlz vaststellen. Wel zal het CIZ vaststellen welk zorgprofiel het meest passend is voor de betreffende cliënt. Het indicatiebesluit dat het CIZ afgeeft, zal een geldingsduur van drie jaar hebben omdat het recht op zorg telkens slechts gedurende maximaal drie jaar geldt. In paragraaf 5 wordt aangegeven waarom dat zo is.

Wat betreft de verhouding van de Wlz met de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) geldt het volgende. Op grond van de Wet bopz wordt bepaald of en in hoeverre iemand gedwongen zorg nodig heeft. Indien dat het geval is, wordt die zorg op dit moment vergoed op grond van de AWBZ. Met de Wlz wordt dat uitgangspunt niet veranderd. De financieringsbron verandert wel (van AWBZ en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten naar de Wlz en het Fonds langdurige zorg), maar de financiering blijft een op een de noodzaak van zorg volgen. Dat laatste blijft ook het geval nadat de voorgenomen Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapten cliënten (Kamerstukken I 2013/14, 31 996) en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Kamerstukken II 2013/14, 32 399) in werking zullen zijn getreden.

3. Overgangsrecht

Op dit moment komt het eerste jaar van ggz-behandeling met verblijf voor rekening van de zorgverzekering. Mensen die daarna voortzetting van deze intramurale zorg nodig hebben, krijgen een indicatie voor een zorgzwaartepakket (zsp) «GGZ B», en vanaf dat moment wordt hun zorg uit de AWBZ gefinancierd. Cliënten die op het moment waarop de Wlz in werking treedt al in totaal ten minste drie jaar ggz-behandeling met verblijf hebben genoten (waarvan dus doorgaans een jaar ten laste van de zorgverzekering is gekomen en ten minste twee jaar ten laste van de AWBZ) gaan ingevolge het in deze nota van wijziging opgenomen overgangsrecht automatisch van de AWBZ naar de Wlz over.

Cliënten die op de dag waarop de Wlz in werking treedt wel al een jaar ggz-behandeling met verblijf ten laste van hun zorgverzekering hebben gehad maar nog geen twee jaar ggz-behandeling met verblijf ten laste van de AWBZ, gaan op dat moment over naar de Zvw. De reden daarvoor is dat zij nog een aanzienlijke kans hebben op zodanige verbetering van hun gezondheid, dat zij de instelling weer zullen kunnen verlaten. Die kans zal naar de mening van de regering groter worden indien hun zorg onder de dekking van de zorgverzekering komt te vallen dan indien deze onder de dekking van de Wlz valt. De onder de zorgverzekering gedekte zorg is namelijk, meer dan de Wlz-zorg, gericht op genezing en ambulantisering

van de patiënt. Bovendien zullen de zorgverzekeraars er naar verwachting meer dan de Wlz-uitvoerders (die op de uitvoering van de Wlz geen risico lopen) bij de zorginstellingen op aandringen het verblijf niet langer te laten duren dan noodzakelijk en alert te blijven op mogelijkheden van ambulante hulpverlening. Patiënten die nog een gerede uitstroomkans hebben, zijn hier het meest bij gebaat. Niemand verblijft immers graag langer in een ggz-instelling dan noodzakelijk. Ook de maatschappij als geheel zal ermee gebaat zijn, omdat uitstroom tot kostenverlaging zal leiden. Slaagt de uitstroom binnen de eerste drie jaar niet, dan gaan de patiënten alsnog over naar de Wlz. Overigens is er op de eerste zin van deze alinea één uitzondering: cliënten die op het moment van inwerking-treding van de Wlz al 21, 22 of 23 maanden verblijf gericht op ggz-behandeling vanuit de AWBZ hebben ontvangen, gaan niet over naar de Zvw. De regering acht het ongewenst dat mensen vanuit de AWBZ minder dan drie maanden hun zorg ten laste van hun zorgverzekering zouden moeten gaan genieten, om kort daarna weer een beroep te moeten doen op de Wlz. De lasten voor de verzekerde (gedurende een korte tijd hebben zij te maken met de zorgverzekeraar in plaats van met het zorgkantoor en gedurende dezelfde korte tijd gelden voor hen andere eigen betalingen) en overigens ook voor de betrokken uitvoerende instanties (zorgverzekeraars, zorgkantoor, CAK) zouden in dat geval niet opwegen tegen de baten. Bovendien zou dit, gezien het feit dat een indicatiebesluit pas kan worden gegeven nadat een behandelaar heeft aangegeven dat voortzetting van de behandeling wenselijk is en gegeven de beslistermijn voor het CIZ, die zes weken bedraagt, onder omstandigheden met zich brengen dat een verzekerde of zijn vertegenwoordiger reeds in het november of december van het jaar voorafgaande aan het jaar waarin de Wlz in werking treedt – dus op het moment dat zijn zorg nog op grond van de AWBZ wordt gefinancierd – een indicatie-aanvraag voor de Wlz zou moeten doen terwijl hij eerst zijn zorg nog tot drie maanden op grond van zijn zorgverzekering gefinancierd zou krijgen. Dat zou waarschijnlijk tot aanzienlijke verwarring leiden.

Cliënten die op de dag waarop de Wlz in werking treedt hun ggz-behandeling met verblijf voor rekening van hun zorgverzekering genieten (en dus nog geen jaar intramurale ggz ontvangen) gaan naar de Wlz over zodra zij deze zorg gedurende een ononderbroken periode van drie jaar ten laste van hun zorgverzekering hebben genoten.

Een en ander kan, voor mensen die er gedurende de periode waarin hun zorg uit de zorgverzekering wordt gefinancierd niet in slagen uit de instelling te stromen, als volgt in schema worden gezet

Op datum inwerkingtreding Wlz:

- a. ≥ 33 maanden intramurale ggz ontvangen: direct naar Wlz;
- b. 12 maanden intramurale ggz o.g.v. zorgverzekering ontvangen en ≤ 21 maanden AWBZ-zorg ontvangen: eerst tussen 0 en 24 maanden zorg o.g.v. zorgverzekering (totdat in totaal 36 maanden intramurale ggz is genoten), daarna naar Wlz;
- c. 0–12 maanden intramurale ggz o.g.v. zorgverzekering ontvangen: eerst in totaal 36 maanden zorg o.g.v. zorgverzekering, daarna naar Wlz;
- d. tot hun achttiende jeugd-ggz ontvangen vanuit Jeugdwet: eerst in totaal 36 maanden zorg o.g.v. zorgverzekering, daarna naar Wlz.

4. Financieel

Zoals hiervoor al gememoreerd, komt op dit moment het eerste jaar van ggz-behandeling met verblijf voor rekening van de zorgverzekering. Voorliggende nota van wijziging leidt ertoe dat deze periode met twee jaar wordt verlengd.

Ten gevolge hiervan zullen de uitgaven Zvw structureel met € 310 mln stijgen. Daarnaast zal € 430 mln. van de huidige AWBZ-middelen voor de Wlz worden bestemd.

5. Wijzigingen in de verdere toekomst

Hiervoor is aangegeven dat het in de Wlz laten instromen van cliënten die drie jaar intramurale ggz voor rekening van hun zorgverzekering hebben genoten, een tijdelijke oplossing is in afwachting van de ontwikkeling van objectieve inhoudelijke toetsingscriteria voor toegang voor ggz-cliënten tot de Wlz. Aan het Zorginstituut Nederland zal binnenkort opdracht worden gegeven om een voorstel voor deze criteria te doen. Op basis van dat voorstel zal over de inhoud van de criteria en de wijze waarop deze zullen worden ingevoerd, besloten worden. Voor de invoering van de criteria zal overigens eerst weer wijziging van de Wlz nodig zijn, al was het maar om het met voorliggende nota van wijziging ingevoerde artikel, dat toegang tot de Wlz geeft zodra men voor rekening van zijn zorgverzekering drie jaar intramurale ggz heeft genoten, te schrappen.

Zodra de nieuwe criteria er zijn, zal eenieder het CIZ kunnen vragen of hij op grond van die criteria in aanmerking kan komen voor zorg vanuit de Wlz. Dat zal gelden voor mensen die op grond van de Zvw intramurale ggz genieten, voor mensen die beschermd wonen (vanaf 2015 onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten) en zelfs voor mensen die nog geen (intramurale) ggz genieten. Daarnaast bestaat het voornemen om verzekerden van wie de indicatietermijn Wlz verloopt aan de nieuwe indicatiecriteria te toetsen. Met het oog hierop wordt in voorliggende nota van wijziging geregeld dat het recht op Wlz-zorg telkens slechts voor maximaal drie jaar geldt. Dientengevolge zullen de de Wlz-indicaties die vanaf de inwerkingtreding van de Wlz gelden, uiteraard ook een duur van drie jaar hebben (dat zal nog in het Besluit langdurige zorg worden geregeld).

6. Adviezen

Deze nota van wijziging is in concept voorgelegd aan GGZ Nederland, het Landelijk Platform GGz, Ypsilon, de RIBW Alliantie, de Federatie Opvang, Zorgverzekeraars Nederland, het CIZ, het Zorginstituut Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

Naar aanleiding van de opmerkingen van het CIZ is besloten mensen die van de AWBZ rechtstreeks de Wlz in zullen stromen geen nieuw indicatiebesluit te geven. In plaats daarvan wordt, aansluitende bij hun nieuwe recht op zorg, dat drie jaar zal duren, hun resterende indicatietermijn ambtshalve omgezet in drie jaar, te rekenen vanaf de inwerkingtreding van de Wlz.

Het Zorginstituut heeft ten aanzien van het overgangsrecht opgemerkt dat het beter zou zijn om iedereen die op de datum van afschaffing van de AWBZ (= datum inwerkingtreding Wlz) ggz-behandeling met verblijf vanuit de AWBZ krijgt de Wlz in te laten stromen omdat betrokkenen dan niet te maken krijgen met verschillende eigen betalingen (eigen bijdrage AWBZ, eigen risico Zvw en indien zij gedurende hun Zvw-periode niet de zorginstelling uitstromen later weer eigen bijdrage Wlz), omdat er dan geen dossiers tussen uitvoeringsorganen hoeven te worden overgedragen en omdat de verschillende financieringssystematiek in de verschillende domeinen tot problemen kan leiden. Dit advies van het Zorginstituut is niet opgevolgd. Het kabinet is van mening dat het van

groot belang is dat mensen die nog kans op uitstroom uit de instelling hebben, deze kans ook waar kunnen maken. Zoals eerder in deze toelichting is aangegeven, is die kans het grootst zolang de benodigde zorg op grond van de zorgverzekering wordt gefinancierd. Wel heeft de opmerking van het Zorginstituut Nederland er mede toe geleid dat mensen die hun zorg minder dan drie maanden op grond van hun zorgverzekering vergoed zouden krijgen (omdat ze bij de inwerkingtreding van de Wlz al een jaar zorg op grond van hun zorgverzekering vergoed hebben gekregen en daarna 21, 22 of 23 maanden zorg op grond van de AWBZ) direct de Wlz in zullen stromen. In de versie die voor advies aan het Zorginstituut was voorgelegd, gold dat slechts voor mensen die hun zorg minder dan één maand op grond van hun zorgverzekering vergoed zouden krijgen. Problemen met de financieringssystematiek verwacht het kabinet niet. Het advies van het Zorginstituut heeft er voorts toe geleid dat voor de vraag hoeveel maanden AWBZ-zorg iemand heeft genoten naar de werkelijke verblijfsduur in plaats van naar de looptijd van het indicatiebesluit wordt gekeken (omdat mensen die intramurale ggz-zorg nodig hebben vaker dan anderen met een verblijfsindicatie voor AWBZ-zorg hun indicatie niet verzilveren) en dat het overgangsrecht niet geldt voor jeugdigen voor wie de ggz op grond van de Jeugdwet wordt gefinancierd.

Artikelsgewijs

Onderdeel A

Aan de definities van artikel 1.1.1 Wlz wordt de definitie van «zorgverzekering» toegevoegd omdat dit begrip gebruikt wordt in het nieuwe artikel 3.2.1a Wlz.

Onderdeel B

Voor een toelichting op de eerste wijziging wordt verwezen naar de toelichting op onderdeel C. Hieronder wordt de tweede wijziging van artikel 3.1.1 Wlz toegelicht.

Onder de AWBZ omvat de aanspraak op zorg ook de vormen van zorg die zijn opgenomen in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel d, Wlz (in de memorie van toelichting «algemeen medische zorg» genoemd) indien een verzekerde in een instelling verblijft en daar bovendien AWBZ-specifieke behandeling ontvangt. Dit recht bestaat derhalve niet indien een verzekerde zonder AWBZ-specifieke behandeling in een instelling verblijft. Zo zal een verzekerde die in een verzorgingshuis woont zijn huisarts behouden. De zorg van deze huisarts wordt op grond van de zorgverzekering van deze verzekerde gefinancierd. Een bewoner van een verpleeghuis daarentegen, zal zijn algemeen medische zorg voor rekening van de AWBZ ontvangen, omdat hij ook AWBZ-specifieke behandeling ontvangt.

Bij het schrijven van de Wlz werd niet beoogd een wijziging in dit systeem aan te brengen, maar dit is per ongeluk toch gebeurd. De aanhef van artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel d, zou er namelijk toe leiden dat iedereen die in een instelling verblijft recht zou krijgen op algemeen medische zorg. Bovendien zou deze algemeen medische zorg niet per se onder verantwoordelijkheid van de verblijfsinstelling hoeven te worden geleverd. Anders gezegd: de inwoner van het verzorgingshuis uit het vorige voorbeeld, zou de kosten van zijn huisarts voor rekening van de Wlz kunnen brengen. Een en ander zou tot een forse verschuiving van zorg en daarmee van zorgkosten van de Zvw naar de Wlz leiden. Beide wijzigingen zijn ongewenst en worden met voorgestelde nieuwe aanhef van onderdeel d gerepareerd.

De nieuwe aanhef vereist niet dat de verblijfsinstelling de Wlz-specifieke behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c, of de algemeen medische zorg van onderdeel d zelf, dat wil zeggen met behulp van het eigen personeel, verleent. Een verblijfsinstelling kan derhalve voor het verlenen van de Wlz-specifieke zorg en/of voor de algemeen medische zorg ook een andere instelling of een hulpverlener inhuren. Zolang deze vormen van zorg maar namens de verblijfsinstelling worden verleend, is de algemeen medische zorg van verblijfsgerechtigden die ook Wlz-specifieke behandeling ontvangen op grond van de Wlz verzekerd.

Onderdeel C

Vanaf 1 januari 2015 vallen de eerste drie jaar van de ggz-behandeling met verblijf onder de dekking van de zorgverzekering. Voortzetting van deze zorg na die drie jaar dient onder de dekking van de Wlz te vallen.

Voor opname van intramurale ggz in het op grond van de Wlz verzekerde pakket is nauwelijks wijziging van artikel 3.1.1 Wlz nodig. Verblijf is immers op grond van onderdeel a van het eerste lid van dat artikel verzekerd, terwijl de specifieke geneeskundige behandeling die ggz-patiënten in een ggz-instelling ontvangen valt onder «behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische of specifieke gedragswetenschappelijke aard, die noodzakelijk is in verband met de aandoening van de verzekerde» van het eerste lid, onderdeel c. Omdat het tegenwoordig gebruikelijker is te spreken van een «psychische stoornis» in plaats van, zoals in het Besluit zorgaanspraken AWBZ nog gebeurt, een «psychiatrische aandoening» van een verzekerde, wordt nog wel het begrip «stoornis» aan onderdeel c toegevoegd. Wellicht ten overvloede wordt voorts opgemerkt dat verzekerden die in de toekomst op grond van de Wlz een ggz-behandeling ontvangen in de instelling waar zij verblijven, ingevolge onderdeel d van artikel 3.1.1 voorts nog recht hebben op door of namens de instelling te verlenen algemeen medische zorg (zie ook de toelichting op onderdeel B van deze nota van wijziging).

Hoeft artikel 3.1.1 – het verzekerde pakket – voor het onder de dekking van de Wlz brengen van het vierde en volgende jaren ggz-behandeling met verblijf derhalve nauwelijks gewijzigd te worden, wel is het nodig om te bepalen in welke gevallen een individuele verzekerde voor rekening van de Wlz recht heeft op deze zorg. Deze voorwaarden wijken zoveel af van de in artikel 3.2.1 Wlz geregelde voorwaarden voor het recht op zorg, dat besloten is de voorwaarden voor intramurale ggz-zorg op te nemen in een nieuw artikel 3.2.1a.

Allereerst heeft een verzekerde die ten gevolge van zijn psychische stoornis intramurale ggz nodig heeft pas recht op die zorg nadat hij deze zorg gedurende een ononderbroken periode van drie jaar voor rekening van zijn zorgverzekering heeft genoten, terwijl andere verzekerden als zij aan de indicatiecriteria voldoen direct recht op Wlz-zorg hebben. Dat de eerste drie jaar intramurale ggz voor rekening van de zorgverzekering van de verzekerde komen, zal met ingang van 1 januari 2015 in het Besluit zorgverzekering zijn geregeld. Daarbij zal tevens worden bepaald dat een onderbreking van maximaal dertig dagen niet als onderbreking geldt, en dat dergelijke onderbrekingen slechts meetellen voor het bereiken van de driejaarsperiode indien gedurende deze dagen weekend- of vakantieverlof werd genoten. Duurt de onderbreking langer dan dertig dagen, dan vangt indien een verzekerde daarna wederom intramurale ggz nodig heeft, een nieuwe periode van drie jaar aan gedurende welke de zorg voor rekening van zijn zorgverzekering komt.

De eis dat voorafgaande aan het recht op Wlz-zorg gedurende een ononderbroken periode van drie jaar op grond van de zorgverzekering gefinancierde zorg moet zijn genoten, brengt overigens ook met zich dat jeugdigen die eerst voor rekening van de Jeugdwet intramurale geneeskundige zorg hebben genoten, niet rechtstreeks de Wlz in zullen kunnen stromen. Indien zij na het einde van hun rechten op grond van de Jeugdwet voortzetting van hun intramurale ggz nodig hebben, dienen zij derhalve eerst hun zorgverzekering aan te spreken.

Ten tweede hebben verzekerden met een psychische stoornis recht op (voortzetting van) intramurale ggz zodra zij deze zorg gedurende de ononderbroken termijn van drie jaar voor rekening van hun zorgverzekering hebben gehad. Anders dan voor de overige verzekerden die recht op Wlz-zorg wensen te krijgen, wordt niet nagegaan of zij aan de indicatievereisten van artikel 3.2.1 Wlz voldoen, dat wil zeggen blijvend zijn aangewezen op zorg met permanent toezicht of op 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Zoals uit het algemeen deel van deze toelichting blijkt, streeft het kabinet ernaar om zo snel mogelijk inhoudelijke criteria te ontwikkelen op basis waarvan kan worden bepaald of een verzekerde met een psychische stoornis naar verwachting blijvend op ggz vanuit de Wlz zal zijn aangewezen. Zodra die operationeel zijn (hetgeen overigens te zijner tijd nog wel eerst wijziging van de Wlz – in ieder geval van artikel 3.2.1a Wlz – met zich zal brengen) zullen die criteria worden gebruikt, wat kan betekenen dat iemand die aan die criteria voldoet ook na een kortere periode dan drie jaar de Wlz zal instromen en dat iemand die daar niet aan voldoet langer dan drie jaar voor rekening van zijn zorgverzekering intramurale ggz-behandeling zal kunnen genieten. Zolang deze criteria er echter niet zijn, geeft het loutere feit dat iemand gedurende een ononderbroken periode van drie jaren intramurale ggz voor rekening van zijn zorgverzekering heeft genoten, hem recht op voortzetting van deze zorg vanuit de Wlz.

Ten derde bestaat het recht op voortzetting van de intramurale ggz voor een periode van drie jaar (te rekenen van het moment waarop het recht op deze Wlz-zorg ontstond), daar waar de overige Wlz-zorg voor een onbeperkte duur – dat wil in principe zeggen: voor de rest van het leven – wordt toegekend. Ook dit houdt verband met het feit dat er nog geen inhoudelijke criteria zijn op grond waarvan kan worden beoordeeld of iemand blijvend op intramurale ggz-zorg zal zijn aangewezen of niet. Nu mensen na drie jaar voor rekening van hun zorgverzekering intramurale ggz te hebben genoten zonder inhoudelijke toets van het CIZ de Wlz in kunnen stromen, wordt het aangewezen geacht om de duur van het recht op zorg voor deze groep te beperken tot drie jaar, te rekenen vanaf de instroomdatum in de Wlz. Ervan uitgaande dat de bovenbedoelde inhoudelijke criteria om te bepalen of iemand blijvend op ggz vanuit de Wlz is aangewezen binnen drie jaar na de inwerkingtreding van de Wlz gereed en toepasbaar zijn, betekent dit dat mensen van wie de eerste periode van ggz vanuit de Wlz verloopt, voor een voortzetting van het recht op ggz vanuit de Wlz aan die nieuwe criteria getoetst zullen kunnen worden (en dan, als ze aan de criteria voldoen, naar verwachting een indicatie voor onbepaalde duur zullen kunnen krijgen). Zijn de nieuwe criteria drie jaar na de inwerkingtreding van de Wlz nog niet operationeel, dan zal ingevolge de nu voorgestelde tekst van artikel 3.2.1a Wlz tegen het einde van de indicatietermijn van drie jaar door de behandelaar worden bekeken of de verzekerde nog steeds op intramurale ggz is aangewezen.

Zo ja, dan heeft betrokkene voor een volgende periode van drie jaar recht op Wlz-zorg (enzovoorts, totdat de inhoudelijk indicatiecriteria alsnog kunnen worden ingevoerd).

Wellicht ten overvloede wordt opgemerkt dat artikel 3.2.1a slechts regelt hoe lang men steeds recht heeft op Wlz-zorg. Dit laat uiteraard onverlet dat de verzekerde de instelling voor intramurale ggz kan verlaten zodra hij dat wenst, tenzij hij gedwongen is opgenomen. Voorts laat dit uiteraard onverlet dat een behandelaar een verzekerde tussentijds genezen kan verklaren dan wel hem uit de instelling kan ontslaan omdat hij met ambulante hulpverlening toe kan.

Het is mogelijk dat een cliënt die uit de ggz-instelling is ontslagen na enige tijd toch weer intramuraal moet worden opgenomen. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn indien de cliënt de geneesmiddelen die hij na zijn ontslag dient in te nemen, niet slikt. Na enige tijd kan dan de oude ziekte weer de kop opsteken, met als gevolg dat de cliënt weer vrijwillig of gedwongen opgenomen moet worden. Het derde lid bepaalt dat betrokkene in zo'n geval weer voor rekening van de Wlz zorg zal kunnen genieten indien de periode gedurende welke hij uit de instelling ontslagen was maximaal negentig dagen bedroeg. Was die periode langer, dan is het recht op Wlz-zorg inmiddels geëindigd (dit volgt uit art. 3.2.1a, eerste lid juncto derde lid) en komt de intramurale ggz eerst weer voor een nieuwe periode van drie jaar voor rekening van de zorgverzekering. Binnen de Wlz geldt derhalve een langere maximumonderbrekingsperiode dan binnen de zorgverzekering (negentig dagen versus dertig dagen). Het hanteren van een periode van dertig dagen binnen de Wlz zou een aanzienlijk gevolg hebben voor de zorgverzekeraars, aangezien zij de intramurale ggz voor iedere ex Wlz-gerechtigde die na meer dan dertig dagen weer zorg nodig zou hebben, weer eerst drie jaar op grond van de zorgverzekering zouden moeten financieren.

Ter toelichting op het derde lid wordt nog opgemerkt dat anders dan voor de zorgverzekering niet wordt geregeld dat dagen waarmee de zorg onderbroken wordt niet meetellen voor de periode waarover men recht heeft, tenzij het gaat om dagen van weekend- of vakantieverlof. De reden hiervoor is dat het recht dat uit de zorgverzekering voortvloeit in die zin hard gemaximeerd is, dat men na drie (ononderboken) jaren geen rechten meer aan de zorgverzekering kan ontleen. In de Wlz krijgt men weliswaar recht op drie jaar zorg, maar dat recht kan (zolang de inhoudelijke criteria er niet zijn) telkens met (ononderbroken) perioden van drie jaar worden verlengd. Daarom is het voor de Wlz niet nodig om te regelen dat onderbrekingen van maximaal negentig dagen niet worden meegeteld voor het beantwoorden van de vraag of men gedurende drie jaar intramurale Wlz-zorg heeft gehad maar weer wel als het onderbrekingen wegens weekend- of vakantieverlof betrof. Kortom: onderbrekingen van maximaal negentig dagen kunnen als zorgdagen worden meegeteld.

Het vierde lid komt overeen met wat voor de overige verzekerden is geregeld in de aanhef van artikel 3.2.1, eerste lid. Overigens beoogt het woord «redelijkerwijs» in laatstgenoemd artikellid onder meer te regelen dat geen recht op zorg bestaat die huisgenoten elkaar gewoonlijk thuis verlenen. Aangezien de ggz-behandeling met verblijf in de Wlz slechts mogelijk zal zijn indien men in een instelling verblijft (zie onderdeel D), geldt deze betekenis van het «redelijkerwijs» voor de ggz-cliënten niet.

Dat de verzekerde zonder toetsing aan inhoudelijke criteria toegang tot de Wlz kan krijgen, wil niet zeggen dat het CIZ voor hem geen indicatiebesluit als bedoeld in artikel 3.2.2 Wlz afgeeft. Dat doet het namelijk wel, onder andere omdat het CIZ het zorgprofiel van betrokkenen zal moeten vaststellen en in het indicatiebesluit zal moeten opnemen. In het indicatiebesluit zal voorts de duur van de indicatie worden neergelegd. In het Besluit langdurige zorg zal worden neergelegd dat deze duur drie jaar is

(dat kan ook niet anders, aangezien het recht telkens maximaal drie jaar duurt). Artikel 3.2.2 hoeft hiervoor niet gewijzigd te worden.

Onderdeel D

Artikel 3.2.6 Wlz bepaalt onder meer dat een recht op Wlz-zorg niet tot gelding kan worden gebracht zolang iemand in een instelling als bedoeld in de Wet forensische zorg verblijft. Ten gevolge van onderdeel A van de tweede nota van wijziging op het wetsvoorstel Wet forensische zorg (Kamerstukken II 2012/13, 32 398, nr. 19), waarmee het oorspronkelijk onderdeel a van artikel 1.1, eerste lid, van het wetsvoorstel Wet forensische zorg kwam te vervallen, dient de verwijzing in artikel 3.2.6 naar artikel 1.1, onderdelen j en k, van de Wet forensische zorg vervangen te worden naar een verwijzing naar artikel 1.1, eerste lid, onderdelen i en j, van die wet.

Onderdeel E

Onderdeel E leidt ertoe dat verzekerden die op grond van artikel 3.2.1a Wlz recht hebben op voortzetting van intramurale ggz geen volledig pakket thuis (vpt) of persoonsgebonden budget (pgb) zullen kunnen ontvangen. Zorg thuis past namelijk niet bij de zware behandelsetting die voor deze cliënten het meest aangewezen is. Zij zullen derhalve in een instelling moeten blijven wonen. Doorgaans zal dit uiteraard de instelling zijn die hen ook de eerste drie jaar, gedurende welke de zorg voor rekening van hun zorgverzekering kwam, behandelde.

Overigens kunnen nieuwe cliënten met een zzp GGZ B sinds 1 januari 2011 om genoemde reden ook onder de AWBZ al geen vpt of pgb ontvangen. Cliënten die voor die datum een pgb hadden aangevraagd, mochten dit echter behouden (zie de wijziging van art. 2.6.4 van de Regeling zorgverzekering AWBZ in Strcrt. 2010, nr. 21164). Het in deze nota van wijziging opgenomen artikel 11.1.2a, tweede lid, Wlz bewerkstelligt dat het zeer beperkte aantal cliënten met een zzp GGZ B dat voor 1 januari 2011 reeds een pgb ontving, dit nadien heeft mogen houden en dit bovendien op de datum waarop de Wlz in werking treedt nog steeds heeft, ook onder de Wlz het pgb mag houden.

Onderdeel F

Artikel 11.1.2a Wlz bevat het overgangsrecht dat bij artikel 3.2.1a Wlz behoort. Geen van de artikelleden gelden voor mensen die op het moment waarop de Wlz in werking treedt (en de AWBZ wordt ingetrokken) jeugdigen zijn als bedoeld in artikel 1.1, subonderdelen 10 of 20, van de de Jeugdwet. De ggz voor die jeugdigen, te weten personen jonger dan achttien jaar (10) of jongvolwassenen op wie het adolescentenstrafrecht is toegepast (20), wordt op grond van de Jeugdwet gefinancierd. Hebben zij daarna nog intramurale ggz nodig, dan dienen zij die gedurende de eerste drie jaar op grond van hun zorgverzekering te ontvangen. Pas daarna kan deze, op grond van artikel 3.2.1a, op grond van de Wlz worden gefinancierd. Degenen op wie het overgangsrecht van artikel 11.1.2a Wlz van toepassing is, worden hieronder kortheidshalve «volwassenen» genoemd.

Het eerste lid regelt dat volwassenen die reeds gedurende een (ononderbroken) periode van 21 maanden zorg ingevolge een zzp GGZ-B is verleend en die bovendien op de dag voor die inwerkingtreding daadwerkelijk in een ggz-instelling verblijven, worden beschouwd als verzekerden die voldoen aan artikel 3.2.1a, eerste lid. Dat wil zeggen dat deze cliënten van de AWBZ overgaan naar de Wlz. Hetzelfde geldt voor

mensen die op het moment waarop de AWBZ wordt ingetrokken wel al 21 maanden zorg ingevolge zo'n zzp GGZ B hebben gehad, maar op dat moment uit de instelling ontslagen zijn, indien zij uiterlijk 90 dagen later weer opgenomen moeten worden. Aangezien artikel 3.2.1a, eerste lid, recht geeft op maximaal drie jaar zorg wordt de termijn van het indicatiebesluit van degenen op wie het eerste lid van toepassing is ambtshalve gewijzigd in drie jaar, te rekenen vanaf de datum waarop Wlz in werking treedt. Voor verzekerden van wie het indicatiebesluit eerder zou aflopen zal dat derhalve een verlenging betekenen, voor anderen een verkorting. Het ClZ zal betrokkenen hiervan op de hoogte dienen te stellen.

Zoals in de toelichting op het voorgestelde artikel 3.3.3a is aangegeven, is er een zeer beperkt aantal mensen met een indicatie voor een zzp GGZ B die al voor 2011 een pgb hadden en dat hebben mogen houden. Het tweede lid van artikel 11.1.2a zorgt ervoor dat zij deze, in afwijking van artikel 3.3.3a ook na de inwerkingtreding van de Wlz mogen behouden. Aangezien deze mensen per definitie op de datum waarop de Wlz in werking treedt al meer dan 21 maanden gebruik maakten van de AWBZ, is het, anders dan in het eerste lid, niet nodig om de grens van 21 maanden in het tweede lid op te nemen. Ook voor deze mensen duurt het Wlz-recht in eerste instantie drie jaar en ook voor deze mensen wordt de duur van de indicatie ambtshalve op drie jaar, te rekenen vanaf de inwerkingtreding van de Wlz, bepaald. Dit brengt met zich dat zij hun zorg nog drie jaar met hun pgb zullen inkopen. Vanaf dat moment zullen zij net als de andere verzekerden worden behandeld die op het moment van inwerkingtreding van de Wlz al drie of meer jaar intramurale ggz-zorg nodig hebben en derhalve (indien zij opnieuw voor de Wlz geïndiceerd worden) gezien artikel 3.3.3a Wlz geen pgb meer kunnen krijgen. Het kabinet acht de periode van drie jaar gedurende welke het pgb nog door kan lopen voor deze verzekerden voldoende om zich op de nieuwe situatie voor te bereiden.

Voor het onder de dekking van de zorgverzekering brengen van intramurale ggz voor mensen die deze op de dag van inwerkingtreding van de Wlz nog geen 21 maanden ten laste van de AWBZ genieten, is geen overgangsrecht nodig. Ten gevolge van de voorgenomen wijziging van het Besluit zorgverzekering en het in dat verband met de zorgverzekeraars overeengekomen overgangsrecht zullen de betreffende verzekerden deze zorg automatisch op grond van hun zorgverzekering kunnen voortzetten. Wel is overgangsrecht nodig om deze mensen nadat zij in het totaal drie jaar ononderbroken intramuraal ggz-verblijf met behandeling hebben gehad, de Wlz in te laten komen. Artikel 3.2.1a vereist daarvoor immers dat men gedurende drie jaar intramurale ggz ten laste van zijn zorgverzekering heeft genoten, terwijl de mensen waar het hier om gaat op enig moment na de inwerkingtreding van de Wlz weliswaar drie jaar intramurale ggz kunnen hebben gehad, maar niet geheel ten laste van hun zorgverzekering (eerst een periode van een jaar ten laste van de zorgverzekering, vervolgens een periode van tussen de 0 en 21 maanden ten laste van de AWBZ en daarna nog een periode van tussen de 0 en 24 maanden ten laste van de zorgverzekering). Het derde lid van artikel 11.1.2a Wlz bewerkstelligt dat voor deze mensen voor de vraag of zij de Wlz in kunnen de perioden van financiering op grond van de AWBZ (en de Wet financiering sociale verzekeringen, omdat de financiering van de AWBZ-aanspraken in die wet is geregeld) worden beschouwd als perioden van financiering op grond van de zorgverzekering. Anders gezegd: mens zal de Wlz in kunnen nadat men

Voor mensen die op het moment waarop de Wlz in werking treedt nog op grond van hun zorgverzekering intramurale ggz ontvangen, dat wil zeggen mensen die op dat moment deze zorg nog geen jaar ontvangen, is

geen bepaling van overgangsrecht nodig. De voorgenomen wijziging van het Besluit zorgverzekering leidt ertoe dat zij ook na het eerste jaar hun zorg nog twee jaar ten laste van de zorgverzekering kunnen voortzetten.

Onderdelen G en H

Anders dan bij het schrijven van de Wlz werd verondersteld, is het wetsvoorstel «Wet forensische zorg», dat op dat moment al door de Eerste Kamer werd behandeld, nog niet door die Kamer aanvaard. Voorliggende artikelen bevatten regels voor het geval de Wlz eerder in werking zal treden dan de Wet forensische zorg. Met het nieuwe artikel 12.4.8 Wlz worden maatregelen getroffen om in dat geval het Interimbesluit forensische zorg, dat grotendeels op de AWBZ is gebaseerd, en de financiering van de in het Interimbesluit bedoelde forensische zorg nog enige tijd in stand te kunnen laten. Het Interimbesluit zal vervallen zodra de Wet forensische zorg in werking treedt.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn