



CVZ  
Drs. A.M. Hopman  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

datum Utrecht, 2 maart 2012  
ons kenmerk 2012-70/DSB/01.01.01/WW/bh  
voor informatie Corine Zijderveld, NPCF  
E: [czijderveld@npcf.nl](mailto:czijderveld@npcf.nl)  
Anneke van de Vlist, CSO  
E: [a.vandervlist@ouderenorganisaties.nl](mailto:a.vandervlist@ouderenorganisaties.nl)  
uw kenmerk ZA/2012019673  
onderwerp **Bestuurlijke consultatie signalement zorg en Wonen**

Geachte heer Hopman,

Het CVZ heeft het signalement zorg en wonen ter consultatie aangeboden aan betrokken partijen. De koepels van cliëntenorganisaties, CG-Raad, CSO, NPCF, Per Saldo, Landelijk Platform GGz en Platform VG hebben besloten om gezamenlijk te reageren op dit belangrijke document. Op deze wijze willen wij een krachtig signaal afgeven.

De opbouw van deze reactie is als volgt: We lichten eerst een aantal uitgangspunten toe die ten grondslag liggen aan onze reactie. Daarna volgt onze reactie op hoofdlijnen op het signalement en vervolgens gaan we in op specifieke inhoudelijke punten in het signalement. Tot slot benoemen we de punten die van belang zijn voor specifieke doelgroepen en gaan we in op de aandachtspunten voor de transitie.

## 1. Uitgangspunten

### Eigen regie

Eigen Regie voor cliënten moet centraal komen te staan in discussies over de vormgeving van het zorgstelsel is de overtuiging van de cliëntenorganisaties. Eigen regie maakt de zorg beter en doelmatiger. De 6 koepelorganisaties, die nu gezamenlijk naar CVZ reageren, hebben in 2010 aan de wieg gestaan van de brede maatschappelijke coalitie Eigen Regie.

Mensen zijn meer dan hun zorgvraag. Zij willen gezien worden als volwaardig. Zij willen meedoen. Er kan een moment komen dat iemand ondersteuning en/of zorg nodig heeft. Dan moet die gericht zijn op (het terugkrijgen van) zelfredzaamheid en blijvende participatie. Meedoen betekent daadwerkelijk meedoen aan het maatschappelijk leven door te werken en onderwijs te volgen. Maar ook door gelijkwaardige relaties op te bouwen met andere mensen op basis van vrijheid en wederkerigheid.

Vanuit deze mensvisie hebben we pijlers geformuleerd voor toekomstbestendige zorg:

- *Eigen regie en zelfredzaamheid*

We willen mensen zoveel mogelijk de ruimte en middelen geven om zelfredzaam te zijn en zelf te bepalen op welke manier zij willen leven. En hoe zij een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan de maatschappij. En hen daarbij ondersteunen waar dat nodig of gewenst is.

- *Relatie cliënt-hulpverlener*

De relatie tussen hulpverlener en cliënt moet centraal staan. We willen ruimte scheppen om die relatie en zo ook maatwerk tot stand te brengen. En daarbij innovatie bevorderen.

- *Zorg thuis en benutten van gemeenschapskracht*

Veel mensen willen zelfstandig wonen. Ook als zij hulp nodig hebben. We willen de voorwaarden scheppen om dat mogelijk te maken.

Instrumenten die in belangrijke mate bijdragen aan eigen regie zijn financieringsmogelijkheden, waarin de sturing bij de cliënt komt de liggen: Persoons Gebonden Budgetten en Persoon Volgende Budgetten. Daarnaast een integrale, onafhankelijke indicatiestelling, waarin de participatie en de ondersteuningsbehoefte over de domeinen heen in kaart gebracht wordt en vastgesteld. En de beschikbaarheid van onafhankelijke cliëntondersteuning voor alle doelgroepen, zodat ook de meest kwetsbare groepen ondersteuning krijgen in zodanig organiseren van de zorg, dat zij hun eigen leven kunnen leiden.

## 2. Reactie op hoofdlijnen

Het scheiden van wonen en zorg past binnen het gedachtegoed van Eigen regie. Indien zorgvuldig uitgewerkt, is het een maatregel die de keuzevrijheid voor burgers die intensieve zorg nodig hebben, vergroot. Het signalement van CVZ is een gedegen verkenning, maar de PGO-organisaties constateren dat het cliëntenperspectief in het signalement onvoldoende tot zijn recht komt.

### ***Proces vanuit de cliënt***

Het CVZ stelt dat de huidige aanspraak op verblijf ten onrechte uitgaat van een koppeling van verblijf en zorg. Om het zelfstandig wonen te faciliteren moet de aanspraak op samenhangende zorg als afzonderlijke aanspraak gelden: het integrale zorgpakket. De PGO-organisaties zijn van mening dat in het kader van eigen regie en behoud van zelfstandigheid niet de omschrijving van het zorgaanbod centraal moet staan, maar de resultaten en het maatwerk voor de cliënt. Dit vraagt een zorgvuldig proces met een onafhankelijke, integrale indicatiestelling en het op basis hiervan opstellen van een zorg en ondersteuningsplan. Dit proces, beschreven vanuit de cliënt, vinden we in het signalement niet terug.

### **Onafhankelijke, integrale indicatiestelling**

De PGO-organisaties zijn van mening dat bij het bepalen van de doelgroep een onafhankelijke indicatiestelling essentieel is. Niet de aandoening is het uitgangspunt, maar de effecten daarvan op het totale functioneren van de persoon in relatie tot de omgeving. Door op deze manier te kijken naar het functioneren van iemand – zijn zorgvraag, zijn zelfredzaamheid in huis, zijn mogelijkheden om deel te nemen aan de samenleving – kan beter invulling worden gegeven aan passende zorg of begeleiding die iemand nodig heeft.

Een goede integrale indicatiestelling beschouwt op al deze dimensies het functioneren en kijkt hoe de beperkingen voor deze persoon passend opgeheven kunnen worden.

Deze beoordeling moet door een onafhankelijke professionele organisatie en op basis van gevalideerde methodieken plaatsvinden. Ook moet voor burgers de mogelijkheid van een second opinion openstaan. Het recht op een PGB wordt als aanspraak in de wet opgenomen en wordt gekoppeld aan de indicatiestelling over de zorgvraag.

### **Keuzevrijheid in wonen**

Volgens CVZ ligt de meerwaarde van het scheiden van zorg en wonen vooral in vergroten van keuzevrijheid in de woonfunctie. Wij constateren dat in het rapport de meeste aandacht uitgaat naar de financiële verantwoordelijkheden, de kosteneffectiviteit en de uitvoerbaarheid. Het signalement besteedt vooral veel aandacht aan de effecten voor aanbieders en verzekeraars en aan mogelijke financiële gevolgen. De consequenties voor de kwaliteit van de langdurige zorg en de keuzevrijheid voor de cliënt blijven naar onze mening onderbelicht.

De keuzevrijheid van verzekerden is afhankelijk van de mate waarin door her- en nieuwbouw daadwerkelijk nieuw aanbod wordt gecreëerd, en de mate waarin dat innoverend gebeurt. Op dit moment hebben we daar grote zorgen over, de tekorten aan geschikte woningen voor het verlenen van zorg lopen op, als er niet 40.000 extra per jaar beschikbaar komen<sup>1</sup>.

Wij zouden graag de vier varianten die nu in het signalement beschreven ten aanzien van het woningaanbod nader willen laten uitwerken op de volgende effecten:

- Aantal passende toegankelijke woningen;
- Betaalbare aangepaste woningen voor alle inkomensgroepen;
- Mogelijkheden voor het leveren van doelmatige zorg en ondersteuning;
- Mogelijkheden voor het verlenen van mantelzorg;
- Keuzevrijheid voor huidige en nieuwe bewoners;
- Inkomenssituatie van bewoners.

### **Zeggenschap**

Een ander element is de mate waarin cliënten zelf zeggenschap hebben bij de totstandkoming van innovaties. Niet projectontwikkelaars, gemeenten en zorgaanbieders moeten bepalend zijn bij de totstandkoming van geschikte woon- en zorgvoorzieningen, maar de doelgroepen die op deze voorzieningen zijn aangewezen. Zeggenschap kan overigens ook inhouden dat aangegeven wordt dat men de vertrouwde voorziening wil behouden en dat dit gerespecteerd wordt. We vinden dat deze aspecten in het signalement onvoldoende aan bod komen.

### **Informele zorg**

Mantelzorgers vervullen vaak een cruciale rol bij het zelfstandig blijven wonen van mensen met een intensieve zorgbehoefte. In veel situaties zijn het mantelzorgers die veiligheid en toezicht bieden waardoor thuis wonen mogelijk blijft. In het signalement zien wij onvoldoende erkenning van een aandacht voor de cruciale rol van de informele zorg. Bij stelselwijzigingen moet het vanzelfsprekend zijn dat niet alleen verschuivingen naar andere wetten (waar een prijskaartje aan hangt voor de overheid) in kaart gebracht worden, maar ook de verschuivingen en effecten voor de informele zorg. De PGO organisaties pleiten er daarom voor dat, voordat er stappen gezet worden in het traject naar het scheiden van wonen en zorg, de gevolgen voor de informele zorg in kaart gebracht worden. Daarbij moet er aandacht zijn voor de grenzen aan de informele zorg en voor een extra ondersteuningsbehoefte, die kan ontstaan.

### **Keuze voor het verdringingsmodel**

Niet het bestaande zorgaanbod maar de toekomstige zorg- en ondersteuningsvraag zal leidend moeten zijn bij het vormgeven van een stelselwijziging. De optie van het verdringingsmodel, waar CVZ voor kiest, biedt inderdaad (meer) ruimte voor vernieuwend aanbod, maar langs de weg van de geleidelijkheid. De PGO organisaties zijn voorstander van een geleidelijk proces, met name omdat de gevolgen voor de verschillende cliëntgroepen goed in de gaten gehouden

---

<sup>1</sup> Zie ABF research: monitor investeren voor de toekomst 2009

moeten worden.

In de keuze voor een geleidelijk model kunnen we ons dus vinden, maar er bestaan nog een groot aantal twijfels en vragen. In de volgende paragraaf komen deze specifieke punten aan de orde.

### **3. Specifieke inhoudelijke punten**

#### **Investeren in samenhang**

In het advies wordt terecht aangegeven dat de lokale factoren (feitelijke beschikbaarheid van alternatieve woonvormen) en sociale factoren (mantelzorg) bepalend zijn voor de mogelijkheden om het integrale zorgpakket, permanent toezicht of bescherming in de eigen woonsituatie te bieden. Wij zijn dan ook van mening dat investeren in de samenhang van AWBZ, Wmo en Zvw de hoogste prioriteit moet hebben. Wij vinden het dan ook verontrustend dat in het signalement grote belemmeringen worden gecreëerd door verpleging en verzorging naar de Zvw over te hevelen. Wij zouden dit dan ook zeker niet als "no-regret-maatregel" willen kwalificeren. De ervaring leert namelijk dat bij stelselwijzigingen lange tijd het uitvoeringproces centraal staat en niet de samenhang en kwaliteit van zorg. Wij zijn van mening dat een nieuwe stelselwijziging waarbij verpleging en verzorging wordt ondergebracht in de Zvw ten koste gaat van de investering van zorgverzekeraars in de samenhang van zorg. Bovendien is het een onnodige maatregel, immers één van de doelstellingen van de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden is het creëren van samenhang tussen AWBZ en Zvw.

#### **Rol zorgverzekeraar bij de beoordeling**

CVZ geeft aan dat geïntegreerde zorg ook vanuit de eerste lijn geboden kan worden. De zorgverzekeraar bepaalt of dat verantwoord en veilig kan. Wij zien risico's. De indicatiestelling zal heel anders verlopen. Dat lijkt ons geen goede zaak. In de eerste plaats niet, omdat de noodzaak daarvoor gelegen zal zijn in de ernst, aard en omvang van de problematiek. In de tweede plaats niet omdat de zorgverzekeraars, die veelal landelijk werken, niet kunnen beoordelen of het mogelijk is dat de zorg vanuit een lokaal Wmo-aanbod (gemeenten) en vanuit de eerste en tweedelijns gezondheidszorg doelmatig en verantwoord is, laat staan of dit de meest passende zorg is. Tevens verwachten wij dat het aantal definitieve intramurale plaatsingen zal stijgen: omdat de vereiste samenhang niet overal op tijd komt en omdat zorgverzekeraars meer risico lopen binnen de Zvw. Wij zijn dan ook van mening dat het onwenselijk is dat de verzekeraar beoordeelt of het doelmatig, en/of verantwoord is dat een indicatie voor een integraal zorgpakket, permanent toezicht of bescherming in de eigen woonsituatie wordt ontvangen.

#### **Schrappen van ZZP's en versterken van Wmo**

In het voorstel van CVZ worden de 'lichte' ZZP's geschrapt. Het CVZ beargumenteert dat daarmee onduidelijke situaties m.b.t. de afbakening Wmo en AWBZ opgelost zijn. Wij constateren echter dat mensen daarmee worden overgelaten aan de willekeur van de gemeenten en vinden dit i.t.t. het CVZ een kwalijke zaak. Wij zijn dan ook van mening dat het versterken van de Wmo en beter toegankelijk maken voor doelgroepen zoals mensen met lichte psychische problemen een must is, nog los van de discussie scheiden zorg en wonen.

### **Casemanagement**

In het signalement wordt gesteld dat het CVZ casemanagement heeft geduid als zorg die huisartsen plegen te bieden. Dit is echter onvolledig en komt niet overeen met het CVZ standpunt Casemanagement. Hierbij willen wij benadrukken voorstander te zijn de definitie zoals genoemd in het CVZ standpunt Casemanagement: *'Casemanagement is zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.'* Waarbij casemanagement niet een functionaris is maar een functie, en cliëntondersteuning beschikbaar is. Verder is CVZ van mening dat casemanagement voorziet in de nodige coördinatie en afstemming van de zorg in complexe situaties. Naarmate dit beter vorm krijgt, zou langer kunnen worden volstaan met een combinatie van Zvw, Wmo en extramurale AWBZ, en zou een integraal zorgpakket dus minder snel nodig zijn. Wij vinden de volgorde in deze redenering van belang: eerst goed regelen, dan langer thuis blijven.

### **Beschikbaarheid van woningen**

Om meer mensen thuis te laten wonen, ook als zij zorg nodig hebben, is de beschikbaarheid van geschikte woningen van groot belang. Recente cijfers<sup>2</sup> geven aan dat er jaarlijks 40.000 geschikte woningen extra nodig zijn om de bestaande tekorten op te vangen en de gevolgen van de vergrijzing en extramuralisering. De PGO organisaties benadrukken hier de noodzaak van integraal beleid op landelijk en op decentraal niveau. Gezamenlijke inspanningen van verschillende departementen (VWS en Biza) en gemeentelijke afdelingen (Wmo en huisvesting/wonen) zijn nodig om deze opgave te realiseren.

### **Omschrijving van rechten**

Het CVZ opeert ervoor om bewoners van AWBZ-instellingen huur te laten betalen. In voorkomende gevallen moeten ze een beroep doen op de huurtoeslag of op de bijstand. Het CVZ geeft aan dat aanbieders geconfronteerd worden met twee regimes, huurwetgeving en AWBZ. Dat is echter ook zo voor de cliënten-bewoners. Het blijft onduidelijk welke rechten bewoners als huurder van de zorginstellingen zullen hebben. Is het bijvoorbeeld geborgd dat zij huurbescherming hebben wanneer de instelling gaat verhuizen, verbouwen of gaat decentraliseren? Ook blijft onduidelijk welke rechten bewoners als burger hebben in de situatie dat zij een woning van een zorginstellingen huren. Hebben of krijgen bewoners mogelijkheden om een beroep te doen op woningaanpassing krachtens de Wmo, wanneer zij (fysieke) beperkingen krijgen? Hoe wordt het geregeld (in huurwet en AWBZ) in situaties waarbij burgers een gezamenlijk huishouden voeren en één van hen een integraalzorgpakket nodig heeft? Vereist is dan ook omschrijving van de rechten van de rechten waarop deze burgers aanspraak kunnen blijven maken krachtens Huurwet, AWBZ en Wmo.

### **Inkomenspositie**

Zonder compenserende maatregelen zal het scheiden van wonen en zorg voor de verschillende groepen een nadelig dan wel voordelig inkomensafect hebben. In paragraaf 6e van het signalement staat beschreven welke effecten het zelfstandig gaan wonen heeft op de vrij besteedbare ruimte van de verschillende doelgroepen. Wij zijn van mening dat de keuze voor verblijf of het zolang mogelijk zelfstandig wonen niet beïnvloed zou moeten worden door de inkomenspositie van mensen. Dit betekent dat ook voor mensen met lage inkomens er goede aangepaste woningen met flexibele zorgconcepten beschikbaar moeten zijn. Gesproken wordt over een maximering van de eigen bijdrage, waarbij het bestaande wettelijke maximum gelijk

---

<sup>2</sup> ABF research; monitor investeren voor de toekomst 2009,

blijft. Ook wordt gesproken over het vragen van een hogere eigen bijdrage te vragen op grond van levensloopverantwoordelijkheid voor mensen met verdien capaciteit. Wij zijn van mening dat eerst duidelijk moet worden op welke wijze de stelselwijziging van invloed zal zijn op het inkomen van mensen, voordat wettelijke eigen bijdragen opnieuw verhoogd worden.

#### **4. Specifieke punten t.a.v. doelgroepen**

##### **Jongeren VG/LG en GGZ**

Allereerst moet worden opgemerkt dat voor jongeren met een beperking geldt dat zij net als ieder ander op een bepaald moment het ouderlijk huis willen verlaten. Er zal dus sowieso sprake zijn van een verhuizing. Op het moment dat er permanent toezicht nodig is, moet de mogelijkheid blijven bestaan om in een beschermde woonomgeving te wonen. Dat is een keuze van de cliënt en heeft alles te maken met eigen regie. Het voorliggende signalement gaat te veel uit van de oudere die zorgbehoefte wordt en een aantal jaar doorbrengt in een verzorgingshuis/ verpleeghuis. Platform VG vindt dat er echt verschil is tussen die doelgroep en de VG/LG en GGZ. Duidelijker afbakening wat thuis willen blijven wonen betekent.

##### **Beschermd wonen**

Wonen en zorg gescheiden zou betekenen dat de cliënt meer keuzemogelijkheden heeft op het gebied van het wonen. Echter wanneer iemand is aangewezen op een beschermde woonvorm en dus zijn kamer/ appartement huurt van de zorginstelling/ woningcorporatie en afhankelijk is van een zorgaanbieder, is verhuizen naar een andere woning helemaal geen optie. Het is een utopie om te bedenken dat in één woonvorm vijf verschillende zorgaanbieders, de verschillende cliënten zorg verlenen. Qua financiering en efficiency volkomen misplaatst idee. De meerwaarde voor het scheiden van wonen en zorg zien wij niet voor deze cliënten.

##### **Geen voorspelbare kosten VG en GGZ**

In tegenstelling tot voorspelbare kosten t.a.v. ouderen, geldt dit geenszins voor mensen met een beperking. Zij hebben geen mogelijkheden om te sparen en in een woning met meer leefruimte te wonen bijvoorbeeld. Daarom stellen wij voor om onderscheid te maken tussen ouderen en jong gehandicapten (GGZ, LG en VG) als er al sprake is van het zelf investeren in de toekomst (het ouder worden en dus meer zorgkosten/ woonomgevingskosten).

##### **Gemeenten bereiken GGZ cliënten onvoldoende**

Het CVZ stelt voor dat naarmate de eerstelijnszorg en Wmo sterker zijn, de doelgroep voor een integraal zorgpakket kleiner wordt. De definitie van de groep waarvoor reguliere zorg niet (meer) volstaat, wordt daarmee dynamisch. Gemeenten zijn de zwakste schakel in de redenering. Uit de eerste evaluatie van de Wmo door het SCP blijkt dat veel gemeenten al niet in staat zijn om de doelgroep cliënten met psychische problemen te bereiken, adequaat te ondersteunen, noch te betrekken bij de lokale beleidsvisie. Het operationaliseren van het criterium 'verantwoord' is daarom niet alleen nodig, het is ook noodzakelijk dat dit door inhoudelijk deskundigen wordt beoordeeld. Veel gemeenten achten wij momenteel niet in staat om verantwoorde en doelmatige zorg te bieden. Wij vragen dan ook om het uniform en eenduidig vastleggen wat de kritische grenzen van de criteria zijn. Wellicht ten overvloede: de vraag of er specifieke bouwkundige voorzieningen nodig zijn, is slechts een beperkt onderdeel van de beoordeling.

**Hoe wordt gedwongen opname psychiatrie of psychogeriatricie beoordeeld? Is dat altijd een integraal zorgpakket?**

In het advies is onduidelijk wat wordt bedoeld met: *'Ook zijn permanent toezicht en bescherming aparte (zorg)aanspraken.'* Betekent dit dat permanent toezicht en bescherming altijd kunnen leiden tot een toelating integraal zorgpakket? En hoe worden situaties beoordeeld, waarbij sprake van gedwongen opname in het geval van psychiatrische problematiek?

**Zorg die langdurig, en 7 maal 24 uur per dag nodig is**

In de psychiatrie zijn ook aandoeningen bekend die episodisch verlopen. Bijvoorbeeld aandoeningen als manische-depressiviteit, waarbij soms sprake is van manische periodes. Ook is bij jeugdigen niet altijd aan te geven hoe het criterium 'langdurig' moet worden geïnterpreteerd. En bij sommige aandoeningen is zorg alleen 's nachts of alleen overdag ook voldoende. Kortom, de omschrijvingen langdurig en 7x24 uur per dag zijn niet hanteerbaar voor bepaalde aandoeningen. Wij stellen dan ook voor om de criteria te herformuleren.

**Zorg die zo intensief en/of complex is, dat die onder één regie en verantwoordelijkheid moet worden aangeboden**

Het komt nogal eens voor dat er tijdelijk intensieve en complexe zorg nodig is bij psychiatrische aandoeningen en daarna een periode minder intensief. Bijvoorbeeld bij suïcidale patiënten of bij schizofrenie. Betekenen de voorstellen van het CVZ dat die situaties nog steeds vallen onder de vereiste? In het conceptrapport art. 15 BZa geeft CVZ aan wanneer sprake is van een integraal pakket aan AWBZ-zorg: *'De zorg wordt in samenhang, vanuit één hand en onder één verantwoordelijkheid, (bijvoorbeeld van de arts verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde) door de instelling aan verzekerde geleverd.'* Het gaat om de zware zorgbehoefte, waarbij sprake is van regieproblemen, multiproblematiek en waarbij afstemming nodig is tussen de AWBZ-behandelaar en de overige behandelaars (zoals de tandheelkundig specialist, de psychogeriatricus, de psychiater etc.). De aanvullende zorg van artikel 15 Bza heeft in die gevallen vaak een relatie met AWBZ-behandeling waarop verzekerde is aangewezen, in die zin dat de aanvullende zorg er sterk mee is verweven en/of noodzakelijk is om adequate behandeling mogelijk te maken. In de curatieve GGZ is momenteel het streven om duidelijker in richtlijnen (en zorgstandaarden) op te nemen of er een noodzaak is voor verblijf. Logischerwijze zou dit ook voor de AWBZ gehanteerd kunnen worden. Wij benadrukken dan ook om de huidige criteria te handhaven en deze (beter) te operationaliseren met daarbij het betrekken van de richtlijnen.

**5. Aandachtspunten bij transitie****Grenzen niet vanzelf duidelijk**

Om te bepalen waar de grenzen liggen van het scheiden van wonen en zorg is nog onvoldoende bekend over welke woonvormen het best passen bij welke doelgroepen. Het CVZ verwacht dat naarmate meer initiatieven worden ontwikkeld, dat steeds duidelijker zal worden; een geleidelijk proces dat vanzelf op zijn grenzen stuit. Wij zijn van mening dat vooral in de chronische psychiatrie en gehandicaptenzorg nog niet goed uitgekristalliseerd is welke woonvormen voor welke groepen echt meerwaarde heeft. Misschien is er veel meer mogelijk dan nu, misschien valt dat ook tegen. Of het kan zijn dat heel andere concepten worden ontwikkeld. Er moet nog veel gepioneerd worden, en het systeem moet daarbij niet in de weg staan. Vooralsnog stelt het CVZ voor om de instroom te beperken voor de 'lichte' ZZP's en in de praktijk te bezien hoe dit

uitpakt voor de iets hogere ZZP's. Wij stellen dat voorafgaand aan de transitie een impactanalyse moet plaatsvinden.

### **Eerst investeren, dan snijden**

In het scenario dat het CVZ voorstaat wordt het bestaande instellingsverblijf gaandeweg verdrongen door alternatieve woonvormen. De snelheid waarmee de alternatieven tot stand komen hangt voor een belangrijk deel af van de mogelijkheden die te financieren. Het is in onze ogen van groot belang dat het beleid zich eerst richt op het beschikbaar komen van ander woonaanbod onder de eerder genoemde voorwaarden, voordat gesneden wordt in aanspraken. In het signalement wordt gesteld dat het schrappen van de (lichtste) ZZP's een eenvoudig te realiseren stap is. Maar wanneer ZZP's geschrapt worden zonder dat een passend alternatief thuis voorhanden is, bestaat een reëel gevaar dat mensen tussen wal en schip vallen.

### **Duidelijk omschreven overgangsrecht vereist**

Verder wordt door CVZ gesteld dat voor mensen die op dit moment verblijf via de AWBZ ontvangen, dezelfde zorg- en dienstverlening wordt gewaarborgd. Dit overgangsrecht juichen we toe. Het is echter onvoldoende doordacht hoe dit overgangsrecht zich verhoudt tot de decentralisatie van begeleiding en Jeugdzorg. Wij verwachten dat intramurale cliënten te maken zullen krijgen met reorganisaties omdat een groot deel van de extramurale cliënten geen zorg meer ontvangt/ anders zorg ontvangt als extramurale begeleiding gedecentraliseerd is. Jeugdigen die in het voorkeursscenario van CVZ een integraal zorgpakket nodig zouden hebben, zouden deze aanspraak na de decentralisatie niet meer hebben, want de gemeente oordeelt daarover zelf. Ook geldt voor verzekerden van 17 jaar dat zij bijvoorbeeld bij de invoering van de nieuwe wet op de Jeugdzorg geen integraal zorgpakket nodig hebben (in termen van CVZ) en het jaar daarna bijv. weer wel. Wij zijn dan ook van mening dat er een duidelijk omschreven overgangsrecht moet zijn voor bestaande cliënten, inclusief jeugdigen.

Met vriendelijke groet,



Wilna Wind  
Algemeen directeur NPCF



W.J. van Minnen  
Directeur CSO



Drs. M.J. ter Avest  
Directeur LPGGz



A. van Dam  
Directeur CG-Raad





W. Drooger  
Directeur Platform VG



Mr. A.W.D. Saers-Molenaar  
Directeur Per Saldo