

Vergaderjaar 2013–2014

**33 891**

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

**Nr. 9**

### **NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG**

Ontvangen 6 juni 2014

#### **Inhoudsopgave**

**blz.**

0.	Algemeen	1
1.	Inleiding	3
2.	De verzekering	32
3.	Kwaliteit	150
4.	Betrokkenheid	167
5.	Wie is waarvoor verantwoordelijk?	174
6.	Samenhang tussen de Wlz en andere domeinen	187
7.	Financiële houdbaarheid	202
8.	Regeldruk	218
9.	Fraude en oneigenlijk gebruik	228
10.	Gegevensuitwisseling	236
11.	Innovatie door te experimenteren	241
12.	Internationaalrechtelijke aspecten	243
13.	Juridisch kader en rechtsbescherming	247
14.	Consultatie en adviezen	247
15.	Toekomstperspectief	250
16.	Overgangssituatie, inwerkingtreding en transitie	253
17.	Monitoring en evaluatie	258
	Artikelsgewijs	259

#### **0. Algemeen**

De regering is de leden van de fracties erkentelijk voor de voortvarendheid waarmee de Kamer na indiening van het wetsvoorstel het verslag heeft uitgebracht. Tijdige plenaire agendering en vaststelling van het wettelijk kader is immers van groot belang voor een goede voorbereiding op de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) voor de meest kwetsbare mensen in onze samenleving.

Het wetsvoorstel vormt het sluitstuk van de brede hervorming van de langdurige zorg, die tot doel heeft de kwaliteit van zorg en ondersteuning te verbeteren, de financiële houdbaarheid te vergroten en de zelf- en samenredzaamheid van burgers te versterken. Om dit doel te bereiken wil de regering de langdurige zorg en ondersteuning beter 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 zelfstandigheid en zelfredzaamheid, wat ondermeer tot uitdrukking komt in woonvormen die beter passen bij de individuele wensen en mogelijkheden van cliënten. 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.

Het wetsvoorstel vormt samen met de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015), de Zorgverzekeringswet (Zvw, in het bijzonder het Besluit zorgverzekering) een samenhangend en integraal nieuw wettelijk kader waarbinnen de hervorming zijn beslag krijgt. Deze nieuwe wet biedt – net als de huidige AWBZ – een wettelijk recht op intensieve, vaak intramurale, zorg wanneer ondersteuning en/of behandelings-, verpleging of verzorging in de thuissituatie niet meer volstaat. Daarnaast biedt de Wlz een wettelijke verankering van het persoonsgebonden budget (pgb) en het volledig pakket thuis (vpt). Hiermee ontstaat een wettelijk recht op het scheiden van wonen en zorg en krijgen cliënten de mogelijkheid om de zorg te laten aansluiten bij hun eigen wensen op het gebied van wonen, of dat nu thuis is of in een instelling. De Wlz zorgt ook voor een duidelijker verantwoordelijkheidsverdeling tussen het Rijk, de Wlz-uitvoerders en de zorgkantoren. Er is meer ruimte voor de professionals in de zorg door het duidelijke onderscheid tussen de indicatie en het zorgplan. Hierdoor wordt de te leveren zorg minder bepaald door het indicatiebesluit en meer door een gesprek over de individuele zorgbehoefte. Tot slot biedt de Wlz meer ruimte voor innovatie en experimenten doordat er een experimenteerartikel in de wet is opgenomen. De meerwaarde van de Wlz ten opzichte van de huidige AWBZ wordt door deze vijf pijlers gevormd en vormen samen de kern van het wetsvoorstel.

Ik vind het van groot belang dat de Wlz op 1 januari 2015 in werking treedt. Ik kies hierbij voor een geleidelijke overgang naar de nieuwe situatie. De facto betekent dit een gefaseerde invoering van de gewenste veranderingen onder het regime van de Wlz. Het biedt ruimte voor de uitvoeringspraktijk om stapsgewijs naar de gewenste situatie toe te groeien en de gewenste (cultuur) omslag te realiseren. Met alle betrokken partijen worden op dit moment de voorbereidingen getroffen voor de invoering van de Wlz op 1 januari 2015. Zo zijn de voorbereidingen voor de zorginkoop al gestart. Uiteraard overleg ik met alle partijen over een verantwoorde invoering van de Wlz per 1 januari 2015. Ik constateer, mede op basis van die overleggen, dat er in 2015 nog geen wezenlijke veranderingen in de zorginkoop, bekostiging en registratie plaatsvinden terwijl de nieuwe mogelijkheden die de wet biedt geleidelijk aan kunnen worden benut.

De leden van de fracties hebben een groot aantal vragen bij de uitwerking van het voorstel. Het betreft vragen over de volle breedte van het wetsvoorstel. Door enkele fracties zijn vragen gesteld over de aanleiding en meerwaarde van het wetsvoorstel.

De regering hoopt met deze nota naar aanleiding van het verslag antwoord te geven op de vragen die bij de leden van de fracties leven.

Tevens biedt de regering de Kamer een nota van wijziging op het wetsvoorstel aan.

### **Leeswijzer**

De beantwoording sluit aan bij de systematiek en volgorde van het verslag en de memorie van toelichting.

Voorafgaand aan de hoofdstukken één tot en met zeventien worden in dit hoofdstuk de vragen beantwoord die door de leden van de verschillende fracties zijn gesteld in het inleidende deel van het verslag. Hoewel deze onderwerpen in de latere hoofdstukken deels opnieuw aan bod komen, wil de regering recht doen aan de inbreng van de leden van de verschillende fracties en deze inleidende vragen, die raken aan volle breedte van de hervorming van de langdurige zorg en de decentralisatieopgave voor gemeenten, voorafgaand beantwoorden.

Met deze wijze van beantwoorden wordt de Kamer volledig uitleg geboden over de inhoud en de strekking van de verschillende onderdelen van het wetsvoorstel. Dit is ook in het belang van de wetsgeschiedenis van het voorstel.

### **1. Inleiding**

*De leden van de VVD-fractie vragen in algemene zin in hoeverre het voorliggend wetsvoorstel ruimte biedt voor het terugdringen van bureaucratie, het stimuleren van vernieuwing, toetreding van nieuwe aanbieders en innovatieve manieren van werken.*

De nieuwe wet biedt – net als de huidige AWBZ – een wettelijk recht op intensieve, vaak intramurale, zorg wanneer ondersteuning en of behandeling, verpleging of verzorging in de thuissituatie niet meer volstaat. De reden voor het invoeren van een nieuwe wet is dat de huidige AWBZ niet meer aansluit bij de veranderende wensen die de samenleving aan de langdurige zorg stelt. Er worden hogere eisen gesteld aan de kwaliteit van ondersteuning en zorg, er is behoefte aan het vergroten van de betrokkenheid van de samenleving bij de langdurige zorg en de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg moet worden geborgd. De nieuwe wet sluit aan bij deze veranderende eisen van de samenleving en zet in die zin aan tot vernieuwing bij alle betrokken partijen. De nieuwe wet biedt cliënten meer ruimte en regie, hetgeen leidt tot innovatie in de zorg. Deze innovatie wordt met het wetsvoorstel op de volgende wijze gestimuleerd:

- mogelijkheden worden geboden te experimenteren via een experimenteerartikel;
- het vpt en het pgb worden wettelijk verankerd waardoor de cliënt meer zeggenschap krijgt en zo vanuit de cliënt innovatie in de zorg wordt gestimuleerd;
- het mogelijk wordt om meerjarige zorginkoopcontracten overeen te komen, hetgeen een vliegwiél kan zijn voor innovatie in de zorg;
- meer ruimte voor maatwerk en innovatie wordt gecreëerd door te indiceren in aard, inhoud en (globale) omvang van zorg (zorgprofielen) in plaats van in zorgzwaartepakketten (zzp's) waarin uren zijn opgenomen;
- doordat vernieuwing wordt gestimuleerd, wordt ook gestimuleerd dat nieuwe innovatieve aanbieders kunnen toetreden.

Het terugdringen van bureaucratie en administratieve lasten wordt met de nieuwe wet gestimuleerd. In hoofdstuk 8 van de memorie van toelichting wordt hier ook op ingegaan. Maatregelen die hierin worden genoemd zijn onder andere:

- hergebruik van gegevens via het traject Informatievoorziening Zorg en Ondersteuning (IZO);
- de samenhang tussen de Jeugdwet, Wlz, Zvw en Wmo 2015 wordt bewaakt door te komen tot standaardisatie;
- het pgb wordt vormgegeven als een trekkingsrecht en de verwerking gaat lopen via de SVB, hetgeen een lagere verantwoordingslast voor burgers inhoudt;
- er wordt gewerkt aan het terugdringen van het aantal regionale contracteerruimtes en aan uniformering van de zorginkoop;
- het wordt mogelijk om meerjarige zorginkoopcontracten af te sluiten;
- de administratieve lasten als gevolg van het toezicht door de NZa worden beperkt.

*De leden van de VVD-fractie vragen te bevestigen dat het uitgangspunt van zoveel mogelijk eigen regie ook in de Wlz een belangrijke peiler is, ook voor mensen die zorg in natura ontvangen in een instelling. Kan de regering nader op dit onderwerp ingaan?*

Eigen regie is inderdaad een belangrijke peiler in de Wlz. Het is belangrijk dat ook een cliënt die in een instelling verblijft nog zoveel als mogelijk eigen regie heeft. Bij een oudere met somatische problematiek is die regie heel anders dan bij cliënten met psychogeriatrische problematiek of een verstandelijke beperking. Deze opdracht ligt vast in de doelstelling van de wet «passende zorg met aandacht voor individueel welzijn, waarbij uitgegaan wordt van regie naar vermogen.» De zorgplanbespreking en het opstellen van het zorgplan is hiervoor een cruciaal onderdeel van de Wlz. In de zorgplanbespreking gaat het om het maken van afspraken over de doelen van de zorgverlening, wie er verantwoordelijk is voor de zorglevering, de wijze van afstemming tussen zorgverleners en wie daarop kan worden aangesproken. Ook de wijze waarop de verzekerde zijn leven wenst in te richten en de ondersteuning van de zorgaanbieder daarbij zijn belangrijke onderdelen. Dit geldt ook voor het evalueren en actualiseren van het zorgplan. Hiermee wordt de regie van de cliënt recht gedaan en handen en voeten gegeven. Zorgvuldige bespreking van deze thema's geeft optimale invulling aan eigen regie van de verzekerde, die daarbij desgewenst cliëntondersteuning kan krijgen. Ook is de indicatiestelling in de Wlz aangepast, er wordt voortaan geïndiceerd in een zorgprofiel. Dit geeft meer ruimte voor maatwerk voor zowel cliënt als professional. Ook dit komt de eigen regie van de cliënt ten goede.

*De leden van de VVD-fractie vragen hoe het voorliggende wetsvoorstel concreet de volgende onderwerpen stimuleert: vernieuwing/innovatie, eigen regie en ontzorgen, belonen van kwaliteit/uitkomsten, belonen van goed presterende instellingen, kostenbeheersing en doelmatige besteding van zorggelden.*

Het voorliggende wetsvoorstel stimuleert innovatie doordat:

- innovatie wettelijk wordt gestimuleerd via een experimenteerartikel;
- het vpt en het pgb wettelijk zijn verankert waardoor de cliënt meer zeggenschap krijgt en zo vanuit de cliënt innovatie in de zorg wordt gestimuleerd;
- het mogelijk is om meerjarige zorginkoopcontracten overeen te komen, hetgeen een vliegwiel kan zijn voor innovatie in de zorg (in de huidige situatie worden veelal eenjarige contracten afgesloten);

- meer ruimte voor maatwerk en innovatie wordt gecreëerd door te indiceren in aard, inhoud en (globale) omvang van zorg (zorgprofielen) in plaats van in zzp's waarin uren zijn opgenomen.

Om de autonomie en eigen regie van de cliënt te borgen, zijn de bepalingen over de zorgplanbespreking uit het wetsvoorstel «Beginse-lenwet AWBZ-zorg» in de Wlz opgenomen. Zorgaanbieders krijgen de plicht om met iedere cliënt een bespreking over de zorgverlening te organiseren en de resultaten daarvan vast te leggen in het zorgplan. Het perspectief, drijfveren en de mogelijkheden van een cliënt zijn het uitgangspunt, waarna het gesprek plaatsvindt over de wijze waarop de zorg daarbij kan aansluiten. Het begrip ontzorgen maakt dat er een omslag gemaakt dient te worden van ziekte en zorg naar kwaliteit van leven. Dus niet de beperkingen maar de mogelijkheden van iemand met een zorgvraag moeten centraal staan, hoe klein die mogelijkheden misschien ook zijn of hoe kort het perspectief ook is. Deze omslag vraagt om een verandering van de huidige wijze van zorgverlening in instellingen: meer maatwerk, meer betrokkenheid van informele zorgverleners, meer ruimte voor die professional en minder bureaucratie. Deze verandering kan niet alleen via regelgeving worden gerealiseerd maar daarvoor zijn ook cultuurveranderingen nodig. Daarom verschijnt er voor de zomer nog de kwaliteitsagenda voor de langdurige zorg. Hierin geef ik aan langs welke lijnen ik die cultuurveranderingen wil vormgeven.

Het belonen van goed presterende instellingen is verwerkt in het contracteringsproces van de zorgkantoren. Zij bieden in hun contractering ruimte om hogere vergoedingen te geven indien betere prestaties worden geleverd door de instellingen. Dit proces wordt ten opzichte van de AWBZ verbeterd, omdat er nu ook een rol is weggelegd voor de andere Wlz-uitvoerders in het inkoopproces (bevordert uniformiteit van het inkoopproces tussen zorgkantoren) en het aantal aanbieders in de Wlz veel beperkter is dan het aantal aanbieders in de AWBZ, zodat het inkoopproces door de zorgkantoren kan worden geïntensiveerd.

Kostenbeheersing is gegarandeerd door het budgetteringproces. De financiële kaders voor de zorginkoop worden vooraf vastgelegd, zodat zowel zorgkantoren als zorgaanbieders daaraan gebonden zijn. Daarbij blijft de zorgplicht bestaan zodat de gelden ook daadwerkelijk moeten worden ingezet voor zorgleverantie.

*De leden van de VVD-fractie geven aan dat voorop staat dat ook in de Wlz prikkels moeten bestaan om de mensen die een blijvend beroep op zorg moeten doen waar mogelijk perspectief te bieden, zoveel mogelijk te laten participeren in de samenleving, continue te werken aan een verbetering van de kwaliteit van leven en indien mogelijk manieren te vinden om hun beperkingen te verminderen. Zij vragen of de regering dit kan bevestigen en zo ja, op welke wijze voorliggend wetsvoorstel bijdraagt aan genoemde aspecten.*

Ik ben het eens met de leden van de VVD-fractie dat ook de cliënten in de Wlz, ondanks hun beperkingen, zoveel mogelijk hun leven volgens hun wensen en doelen moeten kunnen inrichten en daarbij ook voor zover mogelijk blijven werken aan het verminderen of niet laten verergeren van hun beperkingen zodat zij, naar vermogen, kunnen blijven participeren. In de Wlz is vastgelegd dat er een zorgplan moet zijn, waarbij een aantal in de wet genoemde onderwerpen moeten worden besproken. Dit zal eraan bijdragen dat de zorgverlening zoveel mogelijk vanuit het perspectief van de cliënt wordt ingevuld en periodiek worden herijkt. Het wetsvoorstel betekent voor managers dat zij hun medewerkers in meerdere opzichten in staat moeten stellen om goede afspraken te maken

met de cliënt en/of zijn/haar verwanten en om die afspraken na te leven. Scholing voor medewerkers is daarbij cruciaal. En managers moeten goed luisteren naar hun medewerkers. Ik zal in mijn brief over kwaliteit, die ik de Kamer op korte termijn zal toesturen, verder ingaan op de wijze waarop de zorgaanbieder de cliënt zoveel mogelijk in staat stelt eigen regie over zijn of haar leven te voeren.

*De leden van de VVD-fractie hebben gevraagd wat wordt bedoeld met de benodigde cultuuromslag in de langdurige zorg en op welke manier het voorliggende wetsvoorstel daaraan bijdraagt.*

Met de Wlz worden noodzakelijke aanpassingen gerealiseerd om de langdurige zorg beter te laten aansluiten bij de wensen van burgers. Door de hervorming van de langdurige zorg wordt een cultuurverandering in gang gezet die gevolgen heeft voor de wijze waarop zorg en ondersteuning worden verleend. Niet het systeem maar de mens staat centraal. Meer uitgegaan wordt 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 de Wlz. De wet bevat diverse bepalingen die beogen de langdurige zorg voor de cliënt beter te maken, zodat deze bijdraagt aan behoud of verbetering van de kwaliteit van leven. Zo wordt de zorgplanbespreking wettelijk verankerd, wordt meer ruimte geboden voor maatwerk in de zorg en kunnen cliënten uit drie leveringsvormen de zorg kiezen die het beste bij hen past.

De hervorming van de langdurige zorg moet leiden 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 en de cultuuromslag die daarvoor nodig is, 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.

*De leden van de VVD-fractie vragen of het voorliggende wetsvoorstel een oplossing biedt voor het huidige vraagstuk dat niet in alle gevallen passende zorg in natura kan worden geleverd. Ook vragen zij of iedereen die toegang krijgt tot de Wlz erop kan rekenen dan hij of zij de benodigde zorg ook kan krijgen.*

In de Wlz is er voor de cliënt de keuze tussen zorg met verblijf, een vpt of een pgb. Dit biedt verzekerden die vanwege hun intensieve zorgvraag recht hebben op Wlz-zorg de mogelijkheid te kiezen voor afname van zorg op de manier die het beste bij hen past; in een instelling of thuis bij hun partner of ouders. Doordat het pgb en het vpt als volwaardige leveringsvormen in de wet worden verankerd en afspraken worden gemaakt in het budgetplan/zorgplan biedt dit meer zekerheid dat ook daadwerkelijk de benodigde zorg wordt geleverd. Zorgkantoren die in hun regio merken dat er veel van het pgb gebruik wordt gemaakt, kunnen hieruit opmaken dat

er waarschijnlijk geen voldoende bij de wensen van de cliënt aansluitend zorg in natura aanbod is. Zij kunnen vervolgens afspraken maken met de zorgaanbieders om dit aanbod te gaan ontwikkelen.

*De leden van de VVD-fractie vragen op welke wijze het mogelijk wordt dat de cliënten meer inzicht krijgen in de kosten van de zorg die zij geleverd krijgen.*

De kosten van zorg worden op de meest directe wijze zichtbaar als de cliënt de zorg afneemt in de vorm van het pgb. De cliënt maakt dan immers zelf de afspraken met de aanbieder. Indien de cliënt de zorg in natura afneemt dan maakt het zorgkantoor de afspraken met de aanbieder. Inzicht in de kosten kan dan vooral toenemen door in de communicatie inzichtelijk maken hoeveel de kosten per profiel bedragen. Dit kan met gebruikmaking van de tarieven die door de NZa worden gepubliceerd. Vanwege het centraal stellen van de verantwoordelijkheid van de cliënt en de veranderende zorgmarkt voor zorgaanbieders zal er een dialoog op gang komen tussen de zorgaanbieder en de klant waarbij ook het kostenaspect een belangrijke rol zal spelen (Gupta Strategists wijst in haar Rapport: «Stilte voor de storm 2012» op de noodzaak om de relatie tussen zorginstellingen en cliënten te versterken).

*De leden van de fracties van de VVD en de ChristenUnie hebben gevraagd om inzicht en overzicht van de inhoud, vorm en omvang van de door het wetsvoorstel gedelegeerde regelgeving en de termijn waarop dit gebeurt.*

Het door de fracties van VVD en ChristenUnie gevraagde inzicht en overzicht kunnen het beste worden verkregen door het inmiddels bij de Kamer voorgehangen ontwerpBlz. Zoals daaruit kan worden opgemaakt is ervoor gekozen om vooral regels te stellen waar dat voor de werking en inwerkingtreding van de Wlz noodzakelijk is. Een overzicht van de delegatiegrondslagen uit de Wlz die daarbij zijn gehanteerd is opgenomen in de considerans. Het wetsvoorstel voorziet thans meer dan de AWBZ in regeling op het niveau van de formele wet.

*De leden van de VVD-fractie vragen waarom gekozen is voor regionale «zorgkantoren» én een Wlz-uitvoerder.*

De uitvoering van de Wlz wordt opgedragen aan Wlz-uitvoerders. Voorgescreven is dat een Wlz-uitvoerder deel moet uitmaken van een (juridische) groep waarvan ten minste één zorgverzekeraar deel uitmaakt. Net als in de AWBZ, zal de verzekerde automatisch worden ingeschreven bij een Wlz-uitvoerder die behoort tot de groep waartoe ook zijn zorgverzekeraar behoort.

Evenals de AWBZ zal de Wlz regionaal worden uitgevoerd en budgettair worden beheerst door middel van regionale contracteerruimtes. De geografische regio's worden vastgelegd in het Blz. Per regio wordt één Wlz-uitvoerder aangewezen die als zorgkantoor functioneert. Het zorgkantoor zal wettelijk worden belast met de administratie van Wlz-zorg verleend aan alle verzekerden die in zijn regio wonen, ongeacht bij welke Wlz-uitvoerder zij staan ingeschreven. Daarnaast krijgt het zorgkantoor de wettelijke taak om binnen de eigen regio pgb-aanvragen te beoordelen en toezicht te houden op het juiste gebruik daarvan. Deze taak zal bij nota van wijziging worden opgedragen aan de zorgkantoren.

Ik verwacht dat de Wlz-uitvoerders die in een bepaalde regio niet het aangewezen zorgkantoor zijn, hun taken, met name de zorginkoop en het adviseren en bemiddelen van cliënten naar zorg, voor hun verzekerden die in de desbetreffende regio wonen opdragen aan het zorgkantoor.

*De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre de wet bereikt dat we stimuleren dat niet de toegang tot een instelling, maar het verkrijgen van noodzakelijke zorg centraal staat?*

In de huidige AWBZ zijn we doorgeschoten in uniforme aanspraken en daarbij behorende indicatiebesluiten. Dit heeft het goede gesprek tussen cliënt, familie en zorgverleners in de weg gestaan. De Wlz begint andersom. Het recht is nog steeds wettelijk verankerd voor deze groep kwetsbare mensen. Dit moet echter ten dienste staan aan maatwerk voor de cliënt, waarbij per persoon wordt gekeken naar de juiste ondersteuning en zorg. Daarnaast wordt ook gekeken naar de plek waar die persoon wil wonen. De Wlz biedt meer mogelijkheden om de diversiteit die nu ontstaat en zich door zal zetten bij zorg thuis, in een geclusterde kleinschalige setting met scheiden wonen en zorg of op een plek waar zorg en wonen wordt aangeboden (intramurale instelling). Dit wordt geregeld in de wet door het pgb en vpt net zo belangrijk te maken als zorg in natura. Ook wordt het zorgplan belangrijker waarin maatwerk voorop staat en de inzet van naasten een gelijkwaardige plek moet krijgen in de bespreking van de juiste ondersteuning.

*De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre in dit wetsvoorstel «high trust high penalty» de maatstaf is. Wat verbetert er op dit gebied ten opzichte van de huidige AWBZ.*

In dit wetsvoorstel krijgt de zorgaanbieder meer ruimte om gegeven het zorgprofiel adequate zorg te leveren, omdat er minder fixatie is op het aantal te leveren zorguren. De cliënt heeft de keuzevrijheid om een zorgaanbieder te kiezen en de leveringsvorm (met/zonder verblijf) en het zorgkantoor moet zelf invulling kunnen geven aan zijn zorgplicht, gegeven de budgettaire kaders.

Er zijn echter ook «high penalty»-elementen in het wetsvoorstel opgenomen indien de betrokkenen de gegeven ruimte niet adequaat invullen. De zorgbieder krijgt geen contract of een lagere vergoeding indien de kwaliteit niet op orde is (naast de controle door de IGZ) en hij krijgt alleen een vergoeding voor zorg die geleverd is binnen de contractafspraken met het zorgkantoor. De cliënt wordt -intensiever dan in de huidige AWBZ- vooraf getoetst door het zorgkantoor om na te gaan of een pgb of vpt voor hem het goede instrument is. Via de invoering van trekkingsrechten wordt ook de controle op aanwending van pgb-middelen geïntensiveerd. Het zorgkantoor wordt verantwoordelijk voor zowel het pgb-kader als de contracteerruimte voor zorg in natura. Daarbij komt een aanvullende rol voor de Wlz-uitvoerder en kan de NZa adviseren om de taak bij het zorgkantoor weg te nemen indien deze zijn activiteiten niet goed uitvoert.

*De leden van de fractie van de VVD vragen een reactie van de regering op hun pleidooi voor een kwaliteitskeurmerk voor particuliere zorgaanbieders.*

In reactie op het pleidooi van de leden van de fractie van de VVD wil ik allereerst opmerken dat ook de zogenoemde particuliere zorgaanbieders vallen onder de wet- en regelgeving ten aanzien van de kwaliteit van zorg: op dit moment de Kwaliteitswet zorginstellingen, en als het voorstel daartoe door de Eerste Kamer wordt aangenomen, de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Om die reden zie ik geen reden om specifiek voor de door deze leden aangegeven categorie zorgaanbieders een kwaliteitskeurmerk verplicht te stellen. Een kwaliteitskeurmerk (of -certificaat) kan dienen als bewijs van erkenning dat het wettelijk verplichte kwaliteitssysteem van de zorgaanbieder voor de bewaking,



beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg aan de geldende regels en voorschriften voldoet, en dat er binnen de organisatie systematisch aandacht is voor kwaliteit. Mits goed toegepast binnen de zorginstelling, kan een kwaliteitskeurmerk zeer wel bijdragen aan het goed functioneren van de gehele organisatie en aan de kwaliteit van zorg. Ik zie een kwaliteitskeurmerk als een mogelijkheid voor zorgaanbieders om zich in positieve zin te onderscheiden. Wel dient te worden voorkomen dat kwaliteitskeurmerken een nieuwe vorm van bureaucratie wordt. Het gaat immer om de geleverde kwaliteit en niet of de processen (in theorie) voldoen.

*De leden van de VVD-fractie vragen hoe door het voorliggende wetsvoorstel de regeldruk, specifiek voor kleine (particuliere) aanbieders van nieuwe woonvormen vermindert.*

Juist het vpt en het pgb, dat nu in de Wlz haar wettelijke verankering vindt, bieden de mogelijkheid voor mensen om hun eigen woonwensen te volgen. Kleinschalige woonvormen kunnen daarvan onderdeel uitmaken.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering kan toelichten waarom de AWBZ in beginsel is opgericht. Acht de regering het wenselijk om de stijging van het aantal ouderen in Nederland als problematisch te ervaren? De leden van de SP-fractie vragen of het niet beter is om de zorg te verbeteren in plaats van de boel af te breken. De leden van de SP-fractie vragen wat de reden is dat de regering er niet voor kiest om ouderen en gehandicapten geen keuzevrijheid te geven en hen te laten kiezen tussen langer thuis blijven wonen of wonen in een zorginstelling. De leden van de SP-fractie vragen of de regering begrijpt dat ouderen graag in een zorginstelling willen wonen. De leden van de SP-fractie vragen of de regering het niet contraproductief acht honderden verzorgingshuizen te sluiten en tegelijkertijd 40 procent van de thuiszorg weg te snijden.*

De AWBZ stamt uit 1968 en had als doel een volksverzekering te zijn voor zware onverzekerbare risico's zoals zorg in verpleeghuizen of gehandicapteninstellingen. In de loop der jaren is de AWBZ door de vele aanpassingen enorm gegroeid maar heeft het de aansluiting met de wensen vanuit de maatschappij niet altijd gevolgd. De regering kiest daarom voor een nieuwe wet. Mede omdat de hervormingen dusdanig ingrijpend zijn dat de betrokkenheid van beide Kamers der Staten-Generaal gewenst is.

De Wlz waarborgt voor de meest kwetsbare mensen met een langdurige beperking adequate zorg. Daarbij staat regie naar vermogen voorop. Het kabinet geeft dat invulling door de reeds jarenlange maatschappelijke ontwikkeling in de zorg te honoreren. Mensen willen meer zelfbeschikking of het nu om zorg of wonen gaat. Met de Wmo 2015 krijgen gemeenten meer mogelijkheden om mensen hierin te ondersteunen. Met de wijkverpleging krijgen verzekeraars de mogelijkheid om de eerstelijnszorg daarop af te stemmen en de verbinding te leggen tussen het sociale en medische domein. Met de Wlz krijgt de cliënt – ook als ze een zware zorgbehoefte hebben – zelf de keuze om te wonen waar hij of zij wil. Daarmee biedt de Wlz naast verblijf in een instelling ook de mogelijkheid om met een pgb of vpt thuis te blijven wonen. Als de zorgvraag minder groot is, maar er wel een behoefte bestaat bij een cliënt om met anderen samen te wonen dan bestaan daar in Nederland al vele mooie mogelijkheden. De Wlz heeft derhalve als doel de zorg te verbeteren.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering van mening is dat de zorg een taak is van de overheid die niet overgelaten kan worden aan particuliere initiatieven of kerkelijke gunsten. Voorts vragen de leden of de regering met de SP van mening is dat de samenleving een gezamenlijke*

*verantwoordelijkheid draagt voor één ieder en dat daarom iedereen recht moet hebben op toegang tot goede zorg in een zorgstelsel dat collectief wordt opgebracht en waarin iedereen ongeacht inkomen in gelijke mate recht op heeft.*

De overheid heeft de verantwoordelijkheid om zorg, bijvoorbeeld lijfsgebonden zorg of verpleegkundige handelingen, beschikbaar te stellen. Een verantwoordelijkheid die is neergelegd in de Grondwet. De regering constateert dat de term zorg de afgelopen jaren steeds verder is opgerekt en niet aansluit bij wensen om zorg ook in de toekomst goed en toegankelijk te houden. De regering is van mening dat daar waar het gaat om ondersteuning van mensen er wel degelijk gevraagd mag worden aan naasten op welke wijze zij een steentje kunnen bijdragen. Ik ben het met de leden van de SP-fractie eens, en zo is dat ook geregeld in de Wlz en de Zvw, dat iedereen recht moet hebben op goede zorg. De regering gaat nog een stap verder en vindt ook dat ten aanzien van participatie in de maatschappij de overheid – in casu de gemeenten – een plicht heeft om hierbij te ondersteunen. Op grond van de Wmo 2015 krijgen gemeenten de opdracht ervoor te zorgen dat mensen met een beperking of psychische problematiek kunnen participeren en om hun zelfredzaamheid te ondersteunen.

*De leden van de CDA-fractie vragen naar de financiële consequenties van de invoering Wlz voor de rijksbegroting. Daarnaast wordt gevraagd naar de veranderingen voor de eigen bijdrage systematiek en de inkomenseffecten voor zorgvragers en hun naasten door de invoering Wlz. Zowel op korte als op langere termijn.*

In de memorie van toelichting wordt in hoofdstuk 7, paragraaf 2 ingegaan op het financieel kader. Daarnaast zijn in het schriftelijk overleg met de Kamer over de premiegevolgen van de overhevelingen Zvw en AWBZ de budgettaire gevolgen van de gehele hervorming van de langdurige zorg aan bod geweest (Kamerstukken II, 2013/14, 30 597, nr. 432, paragraaf 9). De eigen bijdrage systematiek voor alle leveringsvormen zal worden uitgewerkt in het Blz dat onlangs bij beide Kamers is voorgehangen. Ik geef hierbij toch alvast aan wat de denkrichting is. Als gevolg van dit wetsvoorstel worden geen grote wijzigingen beoogd in de eigen bijdrage systematiek ten opzichte van de huidige systematiek voor de eigen bijdragen AWBZ.

Voor het verblijf in een instelling en het vpt verandert er in de eigen bijdrage systematiek niets. Dit betekent dat cliënten die in een instelling verblijven in principe de hoge eigen bijdrage betalen of indien ze voldoen aan de uitzonderingen, zoals cliënten met een vpt, de lage eigen bijdrage. Pgb-houders betalen op dit moment de extramurale eigen bijdrage. De extramurale eigen bijdrage die wordt opgelegd bedraagt minimaal tussen de +/- € 19–27 per vier weken (+/- € 20–30 per maand). Deze eigen bijdrage wordt vooraf ingehouden en is afhankelijk van leeftijd en de gezinssamenstelling van de cliënt. Naarmate het inkomen van de cliënt stijgt, stijgt ook de eigen bijdrage. Met de verschillende overhevelingen naar de Zvw en Wmo verdwijnt in de Wlz deze extramurale eigen bijdrage.

Voor pgb-houders in de Wlz betekent dit dat moet worden aangesloten op een andere eigen bijdrage systematiek. Er is voor gekozen om, conform het vpt, aan te sluiten op de lage intramurale eigen bijdrage. Door aan te sluiten op de lage intramurale eigen bijdrage blijft de uitvoering eenvoudig en inkomensafhankelijk.

Voor de lage intramurale eigen bijdrage geldt voor de laagste inkomens een minimale eigen bijdrage van € 156 per maand. Dit zou een fikse stijging zijn voor pgb-houders met een laag inkomens ten opzichte van de huidige minimale eigen bijdrage van € 20–30 per maand. Vanwege deze

stijging is er voor gekozen om pgb-houders een korting te geven van € 136. Zodoende betalen de laagste inkomens niet € 156, maar € 20 per maand. Dit sluit meer aan op de huidige minimale eigen bijdrage die pgb-houders nu betalen. Naarmate het inkomen stijgt zal ook de eigen bijdrage stijgen. Daarmee blijven de inkomenseffecten dus ook voor deze groep beperkt.

Ook op het terrein van de premieheffing heeft de introductie van de Wlz geen inkomensgevolgen. De inkomensafhankelijke premie Wlz zal lager zijn dan bij de AWBZ. Daar staat echter een overeenkomstige verhoging van de belastingtarieven in de 1e en 2e schijf tegenover. Per saldo zal het effect dus nul zijn.

*De leden van de CDA-fractie vragen wat de oorzaken zijn van het hoge niveau van langdurige zorg in vergelijking met de landen om ons heen.*

Onder meer door de OECD («Help wanted» 2011) en de EU («Ancien», 2013) zijn studies gedaan naar de verschillen tussen landen in de uitgaven voor de langdurige zorg. Uit deze studies komen drie hoofdoorzaken naar boven waardoor de kosten in Nederland hoger zijn dan in andere landen. Deze oorzaken zijn:

- Nederland heeft een groter pakket aan aanspraken die vallen onder de langdurige zorg;
- Nederland heeft een relatief beperkt aandeel informele zorg binnen de langdurige zorg;
- Nederland heeft een hoog aandeel zorg met verblijf in een instelling.

*De leden van de CDA-fractie begrijpen dat er lichtval tussen de bomen door komt maar is de door de regering gecreëerde lichtval niet veel te groot? Worden de mensen straks niet van het kastje naar de muur gestuurd? Bij de inbreng op de Wmo 2015 zijn verschillende voorbeelden hiervan benoemd.*

Voor een goed functionerende langdurige zorg is het essentieel is dat de verantwoordelijkheden van betrokken partijen helder zijn en dat deze partijen nauw samenwerken. Centraal staat de cliënt voor wie helder moet zijn waar hij met zijn zorg- of ondersteuningsvraag terecht kan. Het voorliggende stelsel van op elkaar afgestemde wet- en regelgeving voor zorg en ondersteuning biedt de cliënt die helderheid. De Wmo 2015 is bedoeld voor niet lijfgebonden ondersteuning in de thuissituatie. In de Zvw gaat het om lijfgebonden behandeling, verpleging en verzorging. En in de Wlz gaat het om langdurige, intensieve (veelal) intramurale zorg. Waar het om draait, is dat de andere wijze waarop de zorg en ondersteuning wordt georganiseerd, bijdraagt aan een betere dienstverlening aan de mensen die daarop zijn aangewezen. Zo bepaalt de wijkverpleegkundige vanaf 2015 wat nodig is aan zorg en wie deze zorg verleent. Directe communicatie tussen de cliënt en de zorgverlener voorkomt onnodige doorverwijzing. Kortere communicatielijnen tussen zorgverleners, huisartsen en de professionals uit het sociale domein leiden er juist toe dat voorkomen kan worden dat mensen «van het kastje naar de muur» worden gestuurd. Deze hulpverleners worden beter in staat gesteld op buurt- en wijkniveau afspraken te maken over het verlenen van afgestemde en samenhangende zorg en ondersteuning op maat.

*De leden van de CDA-fractie vragen wat het betekent voor de burger, de premie die hij gaat betalen en de zorg die men daarvoor krijgt. Zij geven aan deze vragen ook tijdens het Algemeen Overleg eind 2013 gesteld te hebben, en vragen om helderheid voor de behandeling van de Wlz.*

De premiegevolgen van de overhevelingen in het kader van de hervorming van de langdurige zorg voor Zvw en AWBZ zijn door het

kabinet toegelicht in de brief hierover van 4 maart 2013 (Kamerstukken II, 2013/14, 30 597, nr. 424) en in het daarop volgende schriftelijk overleg met de Kamer (Kamerstukken II, 2013/14, 30 597, nr. 432).

De vraag over de zorg die burgers krijgen is beantwoord met de brief van 4 maart 2013 over de samenhang in zorg en ondersteuning (Tweede Kamer, 2013/14, 29 538, nr. 152), waarin uiteen wordt gezet welke zorg burgers in de nieuwe situatie kunnen verwachten.

*De leden van de PVV-fractie vragen zich af of deze wet niet gewoon is ontwikkeld om aan de 3% van Brussel te voldoen. Deze leden worden er een beetje moe van dat hier steeds om heen gedraaid wordt.*

De regering heeft zelfstandige doelstellingen om tot een hervorming van de langdurige zorg over te gaan. Het gaat de regering om een betere kwaliteit van zorg, meer voor elkaar zorgen en een verbetering van de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg.

*De leden van de VVD-fractie merken op dat inmiddels bijna 5% van de bevolking recht heeft op AWBZ zorg, tegenover de 0,6% die werd beoogd. Zij vragen de regering aan te geven welk percentage van de bevolking volgens hem onder de Wlz zal vallen en hoe ver dit percentage in de toekomst op zal lopen?*

In het rapport van de Algemene Rekenkamer «Hervorming AWBZ, een simulatie van de gevolgen» wordt voorspeld dat in de eindsituatie 195.000 personen Wlz-zorg zullen krijgen. Op een inwonertal van 16,8 mln. inwoners komt dat neer op 1,16% van de bevolking. Of dit percentage in de toekomst oploopt hangt mede af van de vergrijzing, gezondheid en opleidingsniveau. Het SCP heeft voor de sector Verpleging en Verzorging een ramingsmodel ontwikkeld om de effecten hiervan voor de zorgvraag in kaart te brengen. Voor de Wlz zoals deze er uit gaat zien zijn nog geen lange termijn ramingen voorhanden. De decentralisatie beoogt een toekomstige instroom op de Wlz te beperken door het eigen netwerk van cliënten te versterken, te investeren in een sterke wijkverpleging en gemeentelijke maatwerkvoorzieningen om zo een afhankelijkheid van de Wlz uit te stellen of te voorkomen.

*De leden van de PvdA-fractie vragen zich af waarom de regering de inwerkingtreding van de Wlz per 1 januari 2015 noodzakelijk acht. Is uitstel met een jaar denkbaar en wat zijn daarvan de consequenties? Wat zijn de voor- en nadelen? Graag ontvangen deze leden een toelichting van de regering.*

Invoering van de Wlz op 1 januari 2015 is wenselijk omdat dit onderdeel uitmaakt van een samenhangend systeem van nieuwe wet- en regelgeving die invulling geeft aan de hervorming van de langdurige zorg. De Wmo 2015, Jeugdwet en de wijziging van het Besluit Zorgverzekering (i.v.m. de overhevelingen) zullen naar verwachting op 1 januari 2015 ingaan. De Wlz vormt het sluitstuk. Met deze wet krijgt de cliënt een aantal belangrijke extra waarborgen. Er vindt een wettelijke verankering plaats van het verzekerd pakket, de zorginhoudelijke toegangscriteria, de zorgplanbespreking en van het pgb en vpt. Dit zijn belangrijke winstpunten van de Wlz.

De Wlz zal in vergelijking met de huidige AWBZ in omvang veel beperkter zijn. Dit komt omdat onderdelen van de huidige AWBZ zullen worden gedecentraliseerd naar de Wmo 2015 en de Jeugdwet en worden overgeheveld naar de Zvw. Voor het resterende deel van de huidige AWBZ-zorg dat onderdeel blijft van de Wlz wil ik de omslag geleidelijk vorm geven. Zo heb ik ervoor gekozen om in 2015 voor wat betreft de bekostiging van deze zorg grotendeels aan te sluiten bij de huidige AWBZ.

Dit betekent bijvoorbeeld dat de huidige zpz-bekostiging in 2015 wordt voortgezet. Ook blijft de huidige indeling in 32 regio's in 2015 gehandhaafd. Deze keuze houdt in het veld in 2015 te maken krijgt met beperkte inhoudelijke wijzigingen. Zo hoeven de NZa-beleidsregels en informatiesystemen, zoals AZR, slechts beperkt te worden aangepast. Gelet op deze keuze voor deze geleidelijke, gefaseerde overgang biedt een eventueel uitstel van de Wlz geen voordelen, maar biedt invoering in 2015 wel mogelijkheden om de verbeteringen al in te zetten.

Uitstel van de invoering van de Wlz naar 2016 zou betekenen dat in 2015 de huidige AWBZ in «versmalde» vorm wordt voortgezet. Deze situatie vereist dat de amvb's en de onderliggende (ministeriële) regelingen die nu gelden onder het AWBZ-regime worden aangepast. Voor wat betreft de amvb's gaat het om het Besluit zorgaanspraken, het Zorgindicatiebesluit en het Bijdragebesluit Zorg. Deze komen bij de invoering van de Wlz te vervallen. Hiervoor komen het Blz en de Regeling langdurige zorg in de plaats. Uitstel van de invoering van de Wlz betekent verder dat de huidige zorgkantoren (in plaats van Wlz-uitvoerders) nog een jaar de AWBZ blijven uitvoeren, de huidige wijze van indicatiestelling zal worden voortgezet en het ClZ nog geen publiekrechtelijk zbo zal worden. Ook blijven de huidige financiële kaders tussen zorg in natura en pgb gescheiden. De pgb-subsidieregeling zal in aangepaste vorm worden voortgezet, onder de verantwoordelijkheid van het Zorginstituut Nederland. Derhalve betekent uitstel dat geen start wordt gemaakt met de gewenste vernieuwing.

*De leden van de PvdA-fractie vragen zich af een jaar uitstel van de Wlz niet meer ruimte biedt om tot echte zorgvernieuwing te komen, zodat genoemde doelstellingen beter gerealiseerd kunnen worden. Graag vernemen deze leden de visie van de regering op dit punt.*

De Wlz biedt een nieuw kader voor de zorgverlening aan de meest kwetsbare cliënten. Met de invoering van de Wlz verandert het speelveld. Het gaat dan om de nadruk op zorg als onderdeel van het leven en welzijn van de cliënt en de cliënt en zijn naasten daarop zeggenschap te geven. Het gaat om het gelijk stellen van het recht op zorg in natura en het recht op pgb. Het is niet zo dat met de invoering van de Wlz meteen deze hele zorgverlening verandert. De Wlz biedt ruimte voor zorgvernieuwing en persoonsvolgende elementen. De invulling hiervan zal geleidelijk gaan plaatsvinden. Het is vooral aan het veld om de uitdaging aan te gaan om de gewenste zorgvernieuwing te realiseren. Dit vergt een aanpak naast de wet. Daarmee is de ambitie van de regering om de langdurige zorg te veranderen niet klaar met deze wet. Uitstel van de invoering van de Wlz biedt niet meer ruimte voor zorgvernieuwing doch slechts vertraging.

*De leden van de PvdA-fractie hebben aangegeven dat het erop lijkt dat de Wlz te veel uit gaat van consolidatie van de oude situatie. Graag ontvangen de leden van de PvdA-fractie hierop een reactie van de regering.*

Het klopt dat in de Wlz het recht op zorg voor de meest kwetsbare mensen wordt gewaarborgd. Maar op tal van onderwerpen worden verbeteringen doorgevoerd ten opzichte van de AWBZ. Daarmee verandert het speelveld. Het gaat dan om de nadruk op zorg als onderdeel van het leven en welzijn van de cliënt en de cliënt en zijn naasten daarop zeggenschap te geven. Het gaat om de gelijkstelling van het recht op zorg in natura en het recht op pgb. Hiermee honoreert deze wet ten opzichte van de AWBZ dat een deel van de cliënten ondanks een zware beperking regie kan voeren over zijn of haar leven en de plek die zorg daarin neemt. En het gaat erom dat deze wet van mening is dat de cliënt en zijn zorgbehoefte voorop staat en de cliënt zelf kan kiezen hoe zijn of haar woonomgeving

het beste daarop aansluit. Anderzijds begrijpt de regering de leden van de PvdA-fractie goed, dat de ambitie van de regering om de langdurige zorg te veranderen niet klaar is met deze wet. De Wlz biedt het kader om de cliënt nog meer zelf invulling te geven bij de keuze voor de zorg. Daarvoor zijn echter naast deze wet ook andere trajecten van groot belang: namelijk verbetering van de kwaliteit en de transparantie daarover en het centraal stellen van afspraken tussen cliënt en zorgverlener zonder «gevangen» te zijn in bureaucratische regels. Dit vergt een aanpak naast de wet, maar met de Wlz in de hand komen we een stap verder.

De regering beseft daarnaast dat het ook van belang is om cliënten die nu in zorg zitten een zorgvuldige overgang te bieden. Daarom is ook gekozen voor een fasering van de invoering, waarbij voor het jaar 2015 soms gekozen is voor handhaving van de huidige situatie. De memorie van toelichting benoemt op een aantal onderdelen, zoals de vereenvoudiging van de indicatiestelling, het toewerken naar meer persoonsvolgende bekostiging en het vereenvoudigen van de uitvoeringsstructuur de voorgenomen verbeteringen voor 1 januari 2016.

*De leden van de PvdA-fractie constateren dat er inmiddels talrijke goede voorbeelden en initiatieven zijn ontplooid in de praktijk. Hoe gaat de regering gebruik maken van deze goede voorbeelden en er voor zorgen dat deze voorbeelden leidend worden voor de toekomst van de langdurige zorg? Voelt de regering bereidheid in het veld om te leren van goede voorbeelden en hoe gaat zij deze bereidheid benutten? De leden van de fractie van de PvdA ontvangen op dit punt graag een uitgebreide reactie van de regering.*

In de langdurige zorg is inderdaad sprake van vele goede voorbeelden, innovaties en initiatieven. Het is van belang niet slechts een enkele instelling over deze kennis te laten beschikken, maar deze breed te verspreiden. Reeds door Staatssecretaris Bussemaker is in 2009 het «InVoorZorg!» programma vormgegeven om de kennis en goede voorbeelden in de langdurige zorg te verzamelen, en deze breed te verspreiden. Op de website van «InVoorZorg!» zijn inmiddels ca. 2.000 van deze goede voorbeelden opgenomen. Veel van deze goede voorbeelden komen uit het veld van de langdurige zorg, maar soms ook bij kennisinstellingen e.d. vandaan. Elke maand wordt de website ca. 50.000 maal bezocht. Ook helpt «InVoorZorg!» de zorgaanbieders die dat willen bij de implementatie van deze kennis en goede voorbeelden. Inmiddels hebben ca. 350 zorgaanbieders een beroep op «InVoorZorg!» gedaan, onder meer in het kader van de transitie van de langdurige zorg. Uit deze cijfers blijkt een grote bereidheid in het veld van de langdurige zorg om te vernieuwen. De komende periode zal «InVoorZorg!» beschikbaar blijven voor het veld van de langdurige zorg.

*De leden van de PvdA-fractie hebben vragen over de borging van de positie van de patiënt. Hoe kunnen cliënten, wanneer zij niet tevreden zijn over de kwaliteit van geleverde zorg in een instelling, concreet een verbetering in geleverde zorg tot stand laten komen? Patiënten zijn nu nog te vaak afhankelijk van de zorgaanbieder van wie zij zorg ontvangen. Stemmen met de voeten (vertrekken bij een zorgaanbieder wanneer men niet tevreden is) is vaak niet mogelijk door een gebrek aan keuzemogelijkheden of inzicht in de keuzemogelijkheden. Bovendien is overstappen van zorgaanbieder vaak niet makkelijk voor de cliënten die afhankelijk zijn van de zorg en ondersteuning vanuit de Wlz. Hoe wordt dit verbeterd met dit wetsvoorstel? Welke middelen kan de cliënt inzetten wanneer hij of zij niet tevreden is en welke middelen zijn nieuw? Hoe kunnen medewerkers in de zorg aan de bel trekken wanneer zij constateren dat de zorg die zij leveren niet van voldoende kwaliteit is, door welke reden dan ook? Hoe wordt er gezorgd dat de ervaringen van de cliënt echt centraal komen te staan bij*

*de inkoop van zorg door zorgkantoren? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting van de regering en uiteenzetting welke verbeteringen deze leden ten aanzien van de oude situatie tegemoet kunnen zien.*

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de cliëntgerichtheid in de Wlz. In de Wlz zijn waarborgen opgenomen om de cliëntgerichtheid te versterken. Zorgkantoren informeren burgers over het (beschikbare) aanbod en de kwaliteit van zorg in de regio en helpen burgers die om bemiddeling vragen, bij het vinden van een zorgaanbieder. Naast de wettelijke waarborgen die er zijn, is het ook het zorgplan waarin de cliënt en de zorgaanbieder vastleggen wat de doelstellingen zijn waarnaar wordt gestreefd. Ook helpt de cliëntondersteuning het bevorderen van de cliëntgerichtheid van de zorg. Instrumenten voor de cliënten om zelf hun zorg vorm te geven zijn het pgb en het vpt.

*De leden van de PvdA-fractie lezen dat de beheersbaarheid van de Wlz wordt geborgd doordat het beheersinstrumentarium dat we kennen vanuit de AWBZ behouden blijft en dat de Wlz hiernaast instrumenten bevat om de beheersbaarheid te verbeteren. Deze leden zouden graag een nadere toelichting willen over de beheersbaarheid van de AWBZ. Kan er duidelijk aangegeven worden welke concrete problemen met beheersbaarheid binnen de AWBZ werden ervaren vanuit de verschillende stakeholders (verantwoordelijke Minister, NZa, CIZ, zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders) en welke oplossingen er toen gevonden zijn? Het valt deze leden op dat qua inrichting en structuur veel behouden blijft van het AWBZ-stelsel. Hoe strookt dit met de problemen met beheersbaarheid? Welke overwegingen hebben geleid tot behoud van deze structuur? Welke problemen worden opgelost met het lijstje nieuwe instrumenten op pagina 9 van de memorie van toelichting? Hoe verhoudt de oprichting van een nieuwe aparte juridische entiteit door zorgverzekeraars voor de uitvoering van de Wlz zich met het verminderen van de bureaucratie en regeldruk in de Wlz? Hoe draagt dat hier aan bij? Graag een toelichting van de regering.*

In de huidige AWBZ is een aantal knelpunten bekend met betrekking tot de beheersbaarheid:

- Toegang is niet verankerd in de wet waardoor de toegangscriteria en daarmee het beroep op zorg minder eenduidig zijn omschreven;
- Geen sterke rol van het zorgkantoor bij de afweging pgb en zorg in natura;
- Status van het zorgkantoor is niet helder omschreven;
- CIZ heeft niet altijd alle informatie van bijvoorbeeld artsen om tot een goede (her)indicatie te komen, dit kan leiden tot een onterecht beroep op zorg;
- De NZa heeft beperkte instrumenten om zorgkantoren aan te spreken op ondoelmatig handelen.
- De NZa stelt de contracteerruimte vast, niet de Minister.
- Zorgaanbieders mogen onder voorwaarden zelf indicaties stellen.

Door het huidige budgetteringssysteem en de indicatiebeleidsregels van het CIZ zijn deze beperkingen zo goed als mogelijk ondervangen binnen de huidige AWBZ. De basis die in de AWBZ beschikbaar is, kan dan ook behouden blijven in de Wlz.

Door een aantal aanscherpingen in het Wlz wetsvoorstel kan een aantal verdere stappen worden gezet. Het zijn dan met name de onderwerpen die in hoofdstuk 1 van de memorie van toelichting worden genoemd. Daarmee worden de eerste vijf genoemde beperkingen weggenomen.

De laatste twee punten worden ondervangen doordat de Minister nu zelf de budgetruimte (zorg in nature en pgb) vaststelt en het voorstel om de rol van de zorgaanbieders bij de indicatiestelling te beperken.

De nieuwe aparte juridisch entiteit door zorgverzekeraars is noodzakelijk om de status van het zorgkantoor te kunnen verankeren en een goed onderscheid te kunnen maken tussen de activiteiten die in het kader van de Wlz worden uitgevoerd door de zorgverzekeraars en de overige activiteiten. Ten opzichte van de huidige AWBZ hoeft het oprichten van een nieuwe juridische entiteit niet te leiden tot extra bureaucratie en regeldruk in de Wlz.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of het zo kan zijn dat zorgkantoren pgb-aanvragen afwijzen als het budget voor het jaar al is ingezet.*

Voor het pgb wordt net als onder de AWBZ een pgb-plafond ingesteld. Indien het pgb-plafond wordt overschreden kan een pgb-aanvraag worden afgewezen. Vooraf wordt melding gemaakt van een mogelijke overschrijding en wordt dit via het Zorginstituut Nederland (onder de Wlz de NZa) aan mij voorgelegd, zodat ik een afweging kan maken of een pgb-stop moet worden afgekondigd.

Voordeel van de nieuwe Wlz-systematiek is dat zorgkantoren de mogelijkheid hebben om onbenutte ruimte bij zorg in nature ook in te zetten voor het verhogen van het pgb-plafond.

*De leden van de SP-fractie delen niet de noodzaak tot de onderliggende hervormingen van de zorg. Zij vragen zich af hoe wil de regering zorg thuis versterken als er op bezuinigd wordt? Ook vragen zij zich af hoe de regering gaat voorkomen dat mensen in en verpleeghuis terecht komen als een gemeente failliet gaat en zij menen dat het introduceren van marktwerking in de wijkverpleging leidt tot forse problemen.*

De zorg thuis wordt versterkt door integraal lokaal maatwerk in het brede sociaal domein en het verbinden van het sociaal en medisch domein. Hierbij wordt de nadruk gelegd op het ontzorgen en meer collectieve informele arrangementen in plaats van individuele formele zorg. De ruimte wordt geboden om de zorgvraag beter te analyseren voordat professionele zorg wordt ingezet. Dit is goedkoper en beter. Toegang tot een verpleeghuis kan als de cliënt aan de toegangscriteria van de Wlz voldoet. De situatie dat een gemeente in financiële problemen komt, heeft daar geen directe relatie mee.

De introductie van de wijkverpleegkundige functie is bedoeld om de ondersteuning in de locatie situatie te verbeteren. De regering deelt niet de mening dat de wijze waarop de wijkverpleegkundige functie zal worden vormgegeven, zal leiden tot forse problemen.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering een overzicht kan geven van het aantal 80- en 90-jarigen dat de afgelopen 5 jaar gedwongen moet verhuizen? Kan de regering de ontwikkeling schetsen van het aantal 80 en 90 plussers dat de komende tien jaar gedwongen moet verhuizen (uitgesplitst per jaar)? Kan de regering een overzicht geven van het aantal verzorgingshuizen dat moet sluiten / is gesloten voor de jaren 2010 t/m 2020? Hoeveel mensen zijn/worden gekort in het aantal uren huishoudelijke verzorging in de jaren 2010 t/m 2020? Hoeveel mensen hebben/krijgen geen of minder dagbesteding meer in de jaren 2010 t/m 2020?*

De zorg en ondersteuning zal op een andere wijze worden ingericht dan nu het geval is. Het uitgangspunt bij de hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning is dat lokaal maatwerk wordt geleverd en dat er meer verbinding ontstaat tussen het sociale en het medische domein.



Daarbij wordt allereerst gekeken naar wat mensen zelf (met hun eigen netwerk) kunnen oplossen. Voor wie niet meer zelfredzaam is, wordt zorg en ondersteuning geleverd vanuit Zvw en Wmo. De meest kwetsbaren in de samenleving houden recht op verblijf in een instelling vanuit de Wlz. Welk effect dit heeft op de omvang en de inrichting van de zorg van individuele cliënten is afhankelijk van keuzes die partijen (onder andere gemeenten, maar ook cliënten en zorgaanbieders) in de toekomst gaan maken. Daarbij wordt meer ondersteuning in collectieve arrangementen aangeboden en wordt meer uitgegaan van informele zorg. De gemeente bepaalt de noodzaak van een ondersteuningsbehoefte en formuleert dat niet in termen van huishoudelijke hulp of begeleiding. De gevraagde exacte gegevens zijn daarom niet beschikbaar.

*De leden van de PVV-fractie vragen hoe aan bewoners die tegen hun zin moeten verhuizen, uitgelegd kan worden dat hun kwaliteit van leven erop vooruit gaat.*

Indien een zorginstelling besluit om een locatie te sluiten omdat deze niet meer voldoet aan de veranderende eisen van de mensen en de eisen van de huidige tijd, dan kan dat zeer ingrijpend zijn voor de huidige bewoners. Een verhuizing is zeer ingrijpend en het voordeel van een mooiere woonomgeving weegt voor deze bewoners niet in alle gevallen op tegen de onzekerheid en de veranderingen die zij niet vooraf zelf hebben gewenst. Ik heb met alle landelijke partijen afgesproken dat in de regionale transitie-overleggen ook het zoveel als mogelijk voorkomen van onnodige verhuizingen en het zorgvuldig begeleiden van de noodzakelijke verhuizingen onderwerp van gesprek vormen. Overigens zijn er al sinds jaar en dag verhuisbewegingen in verband met noodzakelijk groot onderhoud of vervangende nieuwbouw.

*De leden van de SP-fractie vragen waarom de regering stelt dat mensen meer voor elkaar moeten zorgen, terwijl miljoenen mensen nu al zorgen voor een naaste. Waarom, zo stelt de SP-fractie komt de regering er niet simpelweg voor uit, dat het afschuiven van zorgtaken naar mantelzorgers en vrijwilligers gewoon een verkapte bezuiniging is. Ook vragen de leden naar de betekenis van «meeste» als de regering aangeeft dat de meeste zorgbehoevenden recht krijgen op passende zorg. Gaat het hierbij om de categorie mensen met een lagere zorgzwaarte? En om hoeveel mensen gaat het dan? Geldt een recht op zorg niet voor iedereen die te maken krijgt met zorg uit de Wlz?*

Zoals in de toelichting op het onderhavige wetsvoorstel is aangegeven: de regering is van mening dat de langdurige zorg in Nederland te veel is geïnstitutionaliseerd. Een te groot deel van de zorgverlening wordt verleend door partijen die formele zorg verlenen en er wordt te weinig gekeken naar de mogelijkheden van mensen zelf en hun sociale omgeving. Er wordt een groter beroep gedaan op formele zorg dan nodig is. Ondanks de inspanningen die velen nu al leveren: mantelzorgers en vrijwilligers kunnen een belangrijke extra impuls geven aan welbevinden onder meer door eenzaamheid tegen te gaan. Dat kunnen zij niet alleen buiten, maar ook binnen een instelling doen.

Ik bestrijd de gedachte dat er sprake is van afschuiven van zorgtaken om te bezuinigen op de zorg. De regering heeft drie motieven om de langdurige zorg te hervormen: kwaliteit, meer voor elkaar zorgen en financiële houdbaarheid. Het gaat erom dat we een stelsel van langdurige zorg in stand houden voor degenen die daar echt op aangewezen zijn, nu en in de toekomst.

Nadat mensen eerst bekijken of zij zelf of met behulp van hun omgeving een oplossing kunnen vinden, kan een beroep worden gedaan op zorg en ondersteuning vanuit de gemeente en/of zorgverzekeraar. Als het gaat om

lijfgebonden zorg dan wordt dit niet vervangen door mantelzorg. De meest zorgbehoevende mensen krijgen recht op zorg van de Wlz. Iedereen die voldoet aan de zorginhoudelijke toegangscriteria heeft een recht op zorg op grond van de Wlz. Het betreft hier een individueel recht. De regering verwacht dat het in de structurele situatie om ongeveer 200.000 mensen zal gaan die recht op zorg hebben vanuit de Wlz. *De regering stelt in het voorliggende wetsvoorstel dat de AWBZ zoals men die nu kent vastloopt in steeds ingewikkeldere regelgeving. Waarom laat de regering dat dan toe, zo vragen de leden van de SP-fractie. Deelt de regering de mening van deze leden dat de AWBZ te duur is door alle productieregels, bureaucratie, verspilling, maar niet door het aantal mensen dat daarvan gebruik maakt? Kan de regering de uitgaven van de AWBZ specificeren naar:*

1. *daadwerkelijke zorg;*
2. *bureaucratie;*
3. *verspilling;*
4. *bezoldiging van bestuurders;*
5. *indicatiecircus.*

De uitgaven van de AWBZ bedragen ruim € 27 mld in 2013.

De uitgaven voor bureaucratie en verspilling zijn niet bekend, ondermeer omdat een eenduidige registratie en definiëring van deze onderwerpen ontbreekt. Ondermeer via de ERAI-projecten en het plan van aanpak «Bestrijding verspilling en fraude» wordt door het kabinet een actief beleid gevoerd met betrekking tot deze onderwerpen.

De uitvoeringskosten van het ClZ zijn ongeveer € 0,1 mld

De bezoldiging van bestuurders zou moeten worden afgeleid van alle jaarverslagen en is op macroniveau niet direct bekend.

*De leden van de SP-fractie vragen waarom de regering een stelselwijziging noodzakelijk acht, en waarom er niet voor wordt gekozen de huidige wet te verbeteren. Ook wordt gevraagd hoe de regering denkt dat zorgbehoevende mensen de zorg nog kunnen overzien als dit geregeld is in drie verschillende wetten. Hoe weet een persoon van 85 nu dat hij of zij voor dagbesteding naar de gemeente moet en voor verpleging naar de zorgverzekeraar? De leden van de SP vragen voorts hoe iemand kan weten of hij of zij bij de gemeente moet zijn danwel bij de zorgverzekeraar.*

De regering is van mening dat de AWBZ vastloopt in steeds ingewikkeldere regelgeving. Verdere aanpassingen binnen de AWBZ bieden daartoe geen oplossing en in plaats daarvan kiest de regering voor een stelselwijziging. Het is van belang dat een cliënt zo min mogelijk last heeft van de schotten tussen domeinen en daarom is afstemming en samenwerking tussen domeinen noodzakelijk. Daarom bevordert de regering, onder meer in de transitiefase, dat gemeenten, zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders, zorgkantoren en zorgaanbieders intensief samenwerken bij het tot stand brengen van zorg en ondersteuning op maat.

Ook in de huidige wetten kunnen cliënten bijvoorbeeld ouderen gebruik maken van voorzieningen in de Wmo en tegelijkertijd in andere wetten. Denk bijvoorbeeld aan huishoudelijke hulp in combinatie met verpleging en regelmatige bezoeken aan de huisarts. Door de hervorming langdurige zorg treedt daar juist een vereenvoudiging in op: van drie naar twee wetten. Alle ondersteuning gericht op participatie vallen onder de verantwoordelijkheid van gemeenten. Alle zorg thuis valt onder de Zvw. Sociale wijkteams, de wijkverpleegkundige maar ook cliëntondersteuners kunnen mensen helpen bij het stellen van hun zorg- en ondersteuningsvraag bij het juiste domein. Daarom stimuleert de regering ook een goede

samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars zodat voorkomen wordt dat mensen niet onnodig van «het kastje naar de muur» gestuurd worden.

*De leden van de SP-fractie willen weten of de regering een noodscenario heeft klaarliggen in het geval de decentralisaties op een fiasco uitdraaien? Zo niet, hoe gaan de regering problemen voortvloeiend uit de decentralisaties oplossen?*

De regering heeft geen reden om aan te nemen dat de decentralisaties op een fiasco uitdraaien. Samen met de betrokken partijen zijn diverse waarborgen ontwikkeld om onbedoelde of ongewenste effecten tegen te gaan. Belangrijke elementen zijn de gesloten zorgakkoorden waarin de voornaamste financiële punten zijn gemitigeerd. Een voorname waarborg is voorts het overgangsrecht dat in de verschillende wetten is opgenomen, en cliënten zekerheden biedt. Daarnaast verwijs ik naar de werkafspraken HLZ transitie die de Kamer 28 maart jl. heeft ontvangen. Ik volg de invoering nauwlettend en zal de Tweede Kamer daarover periodiek informeren. De werkafspraken heb ik met ZN, VNG, NPCF, leder(in), Actiz, VGN, FO, BTN en de VenVN gemaakt. In deze werkafspraken is aangegeven dat regionale partijen met elkaar regie voeren op de voornaamste risico's die zijn benoemd (continuïteit van zorg, arbeidsmarkt, vastgoed, administratieve lasten, informatievoorziening, vernieuwing). Landelijke partijen zullen gezamenlijk de regionale partijen faciliteren c.q. hen aanspreken als daartoe aanleiding bestaat.

*De leden van de CDA-fractie lezen dat de regering van mening is dat er een groter beroep wordt gedaan op formele zorg dan nodig is. De leden van de CDA-fractie vragen zich af hoe zij dit moeten zien. Zij hebben de overtuiging dat mensen zich vaak genoodzaakt voelen gebruik te maken van intramurale zorg en daar niet voor hun plezier voor kiezen. Graag horen de leden van de CDA-fractie een onderbouwing op dit standpunt van de regering.*

Personen die gebruik maken van AWBZ-zorg hebben een aandoening of beperking waardoor zij behoefte hebben aan zorg en ondersteuning. Op basis van de huidige regelgeving hebben zij een indicatie gekregen die toegang geeft tot formele AWBZ-zorg. Ongetwijfeld kiezen mensen niet voor hun plezier voor AWBZ-zorg. Wel kan worden gesteld dat Nederland in vergelijking met de ons omringende landen een vrij laagdrempelig systeem van langdurige zorg heeft, vooral voor de verblijfszorg. Het SCP heeft hierover gepubliceerd in het rapport Countries compared on public performance, 2012.

**Uitgaven aan langdurige zorg als percentage van het BNP, verdeeld in tehuiscare en extramurale zorg in 2011.**

	Residential care provisions	Ambulant (home) care provisions	Total
Zwitserland	1,9	3,5	5,4
Nederland	2,7	2,1	4,8
België	1,3	3,3	4,6
Denemarken	1,4	3,0	4,4
Duitsland	0,9	3,4	4,3
Frankrijk	0,7	3,2	3,9
IJsland	1,1	2,7	3,9
Finland	0,6	3,1	3,7
Oostenrijk	0,9	2,5	3,4
Portugal	0,2	3,1	3,3
Spanje	0,6	2,4	3,0
Slovenië	0,5	2,0	2,5
Griekenland	0,1	2,3	2,4
Tsjechië	0,1	2,0	2,1

	Residential care provisions	Ambulant (home) care provisions	Total
Hongarije	0,2	1,8	2,0
Polen	0,1	1,9	2,0
Estland	0,2	1,3	1,4

Bron: OECD.stat (extracted on 03 June 2014).

De collectieve lasten van ons toegankelijke systeem zijn hoog, waardoor de betaalbaarheid onder druk staat. Een laagdrempelige collectieve verzekering nodigt zowel cliënten als zorgaanbieders uit om te kiezen voor langdurige inzet van AWBZ-zorg terwijl er buiten de aansprakensfeer van de AWBZ ook alternatieve, wellicht tijdelijke en goedkopere oplossingen mogelijk zijn. Omdat men aanspraak kan maken op formele AWBZ-zorg zijn er binnen en buiten het huidige stelsel van langdurige zorg onvolgende prikkels om alternatieven voor AWBZ-zorg te ontwikkelen. De regering vindt het dan ook wenselijk de mogelijkheden voor mensen met een lage zorgzwaarte die hun ook zorg thuis kunnen ontvangen beter te benutten. Voor hun wonen zijn deze cliënten immers niet aangewezen op een zorgverzekering en voor ondersteuning kunnen ook uit prima gebruik maken van formele en informele extramurale zorg vanuit de Wmo 2015 en de Zvw.

*De leden van de CDA-fractie merken op dat de regering stelt dat zij een stelsel voor zich zien waar de rol van de overheid groter wordt naarmate mensen meer zorg nodig hebben en hun sociale netwerk het niet kan opvangen. Dat begrijpen de leden van de CDA-fractie, maar doordat de regering bewust kiest de gemeente te laten beoordelen wat het netwerk wel of niet kan opvangen begrijpen deze leden dit argument in dit kader niet zo goed. De leden van de CDA-fractie vragen om een toelichting op dit punt.*

Door bij de ondersteuning van mensen in de thuissituatie meer uit te gaan van de persoonlijke omstandigheden en (on)mogelijkheden in plaats van gestandaardiseerde formele rechten kan beter bezien worden welke ondersteuning passend is. Dit geeft vaak een voor de cliënt beter en vaak goedkoper resultaat. De overheid die dicht bij de burger staat zou dat goed moeten kunnen afstemmen. Dat daarbij ook gekeken wordt naar zelfredzaamheid en de mogelijkheden van het sociale netwerk is redelijk.

*De leden van de CDA-fractie willen weten hoe groot de groep mensen is die op 1 januari 2015 overgaat van de AWBZ naar de Wlz aangezien uit gegevens van het CIZ blijkt dat er in Nederland op 1 juli 2013 344.000 cliënten met een intramurale indicatie waren. De leden van de CDA-fractie merken op dat dit toch een veel grotere groep is dan de 200.000 mensen dan dat de regering voor ogen heeft.*

Het is juist dat het aantal cliënten dat thans een AWBZ-verblijfsindicatie heeft aanzienlijk hoger ligt dan het aantal dat in de structurele situatie aanspraak zal krijgen op Wlz-zorg. In het rapport van de Algemene Rekenkamer «Hervorming AWBZ, een simulatie van de gevolgen» wordt voorspeld dat 195.000 personen Wlz-zorg zouden krijgen indien uitgaande van het bestand 2012 de Wlz criteria meteen van kracht zouden zijn. Dit lagere aantal wordt veroorzaakt door verschuivingen naar de Zvw en de Jeugdwet en het effect dat mensen met lichtere beperkingen (ZZP's) de zorg langer thuis zullen ontvangen. In de beginjaren ligt het aantal Wlz-gerechtigden echter nog ca. 100.000 hoger omdat de bestaande populatie met lichte beperkingen hun recht op verblijf binnen de Wlz behoudt.

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe zij moeten beoordelen of de Wlz financieel beheersbaar blijft als zij niet weten wat de premie van de Wlz in 2015 en de verdergaande jaren gaat doen, hoe hoog het eigen risico en premie Zvw wordt en er op dit moment veel meer mensen gebruik maken van de AWBZ dan de regering voor de Wlz wenselijk vindt.*

Het kabinet merkt op dat de premiegevolgen van de overhevelingen voor de Wlz en de Zvw en de gevolgen voor het eigen risico uitgebreid aan bod zijn gekomen in de brief van 4 maart 2013 over de premiegevolgen van de overhevelingen voor de Zvw en AWBZ (Tweede Kamer, 2013/14, 30 597, nr. 424) en in het daarop volgende schriftelijk overleg met de Kamer (Tweede Kamer, 2013/14, 30 597, nr. 432).

De gevolgen van de overgang van AWBZ naar Wlz voor het aantal cliënten dat gebruik maakt van zorg onder deze twee wetten is toegelicht in de financiële paragraaf in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel Wlz. Doordat de Wlz – anders dan de AWBZ – alleen bedoeld is voor de zwaardere ouderen- en gehandicaptenzorg is de verwachting op basis van huidig zorggebruik en de decentralisatie naar gemeenten, de overheveling naar de Zvw en het langer thuis wonen dat op termijn minder dan 200.000 mensen gebruik zullen maken van de Wlz-zorg.

*De leden van de PVV-fractie vragen zich af van wie de vraag komt naar een nieuwe volksverzekering, ter vervanging van de huidige AWBZ (AWBZ).*

De vraag naar een nieuwe volksverzekering komt voort uit veranderende opvattingen ten aanzien van ondersteuning en langdurige zorg in het leven van mensen. Uit de consultatie die over het onderhavige wetsvoorstel heeft plaatsgevonden blijkt dat partijen ook de noodzaak tot hervorming onderschrijven. Zoals geschetst in de toelichting op het onderhavige wetsvoorstel heeft de regering drie motieven om het stelsel van langdurige zorg te herzien: betere kwaliteit van zorg, meer voor elkaar zorgen en financiële houdbaarheid. De regering wordt hierin gesteund door rapporten, adviezen en toekomstvisies van brancheorganisaties in de zorg. Zoals al in de brief «Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst»<sup>1</sup> is aangegeven: de afgelopen jaren is in diverse rapporten van politieke partijen en ook van de OECD gewezen op de noodzaak tot hervorming van de langdurige zorg. Ook enkele adviezen zijn van belang geweest, met name: het SER-advies over de toekomst van de langdurige zorg, het RVZ-advies over de AWBZ en het rapport van de Taskforce beheersing zorguitgaven. Ook het maatschappelijke veld onderkent dat de langdurige zorg anders moet. Zo hebben onder meer cliënten- en patiëntenorganisaties, Actiz en VGN hun toekomstvisie kenbaar gemaakt.

*De leden van de PVV-fractie vragen voorts, waarom de drie motieven die de regering heeft om het stelsel van langdurige zorg te herzien, niet binnen de huidige wetten gerealiseerd hadden kunnen worden.*

De huidige AWBZ stamt uit het jaar 1968. Sinds die tijd is de AWBZ verschillende keren aangepast en zijn er in lagere regelgeving aanpassingen doorgevoerd om bij de tijd te blijven. Op de keper beschouwd is de huidige AWBZ nog steeds sterk gericht op zorg in natura waarbij het zorgkantoor en de aanbieder voor de cliënt zorgen. Dat is een in de samenleving dermate achterhaald perspectief en vergt dermate grote aanpassingen in de AWBZ dat een nieuwe wet daar meer geëigend is.

---

<sup>1</sup> Tweede Kamer 2012/13, 30 597, nr. 296

De drie overwegingen die de regering heeft bij de hervorming van de langdurige zorg – betere kwaliteit, meer voor elkaar zorgen en financiële houdbaarheid – hebben er toe geleid dat de regering ervoor kiest het stelsel van de langdurige zorg te herzien. In de visie van de regering op de hervorming van de langdurige zorg staat centraal dat wordt uitgegaan van wat mensen nog wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen. Mensen zoeken allereerst zelf naar oplossingen als zij ondersteuning nodig hebben. Neemt de behoefte aan zorg en ondersteuning toe dan kan een beroep op de gemeente en/of zorgverzekeraar worden gedaan. Daarbij staat voorop dat deze hulp de informele hulp versterkt en ondervangt. Het eigen netwerk blijft hierdoor van groot belang en wordt voorkomen dat onnodig beroep wordt gedaan op professionals. Er kan een moment komen dat zelfs met alle inzet die er is de kwaliteit van bestaan onder druk komt te staan. Er kan bijvoorbeeld sprake zijn dat er gevaar ontstaat voor de gezondheid en welzijn van de cliënt en zijn omgeving. Deze mensen hebben dan recht op passende zorg en ondersteuning vanuit de Wlz. Deze beoogde doelen brengen dermate grote veranderingen met zich mee dat de Wmo zodanig moest worden aangepast dat er gekozen is voor een nieuwe wet, de Wmo 2015. De AWBZ is dermate achterhaald dat ook hier gekozen is voor een nieuwe wet, de Wlz. Tevens wordt de Zvw aangepast. Met de Wmo 2015 krijgt de gemeente de verantwoordelijkheid voor het ondersteunen van de zelfredzaamheid en participatie van hun burgers met een beperking of met een psychisch danwel psychosociaal probleem. Doel is om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen in de eigen vertrouwde leefomgeving. Gemeenten worden breed verantwoordelijk voor het sociaal domein door de decentralisaties op het terrein van jeugd, werk en inkomen, passend onderwijs en met de decentralisatie van een deel van de langdurige zorg.

*De leden van de PVV-fractie zijn verbijsterd, dat de regering argumenten gebruikt om de AWBZ te vervangen door de Wlz terwijl zij al jaren goede voorstellen doen om dit alles aan te pakken binnen de huidige wetten.*

De regering is van mening dat de AWBZ vastloopt in steeds ingewikkeldere regelgeving. Verdere aanpassingen binnen de AWBZ zijn ontoereikend om aan die situatie een einde te maken. De visie op de langdurige zorg die de regering voorstaat vergt wetgeving waarvan de uitgangspunten aansluiten bij de huidige tijd. Tevens worden de ervaringen, zoals ten aanzien van experimenten regelarme instellingen zoveel mogelijk meegenomen.

*Aanbieders en uitvoerders die binnen de huidige AWBZ proberen om cliëntgericht te werken, ervaren de AWBZ als beperkend. Over welke beperkingen gaat het hier? De leden van de PVV-fractie willen hier graag concrete voorbeelden? Ook willen zij weten of deze beperkingen niet binnen de huidige AWBZ kunnen worden opgelost?*

In het kader van het experiment regelarme instellingen zijn de voornaamste belemmeringen binnen de AWBZ om meer cliëntgericht, meer doelmatigheid en meer kwaliteit te realiseren geïnventariseerd. Er zijn destijds ca. 800 meldingen ontvangen, waarvan de voornaamste als volgt konden worden gecategoriseerd:

- bekostiging;
- berichtenverkeer in de keten;
- diversiteit;
- kwaliteit;
- toegang en
- overige meldingen.

De concrete meldingen hadden veelal te maken met de extramurale productindeling van de AWBZ (functies/klassen) waarop werd ingekocht, tijdgeschreven, gedeclareerd en verantwoord die onvoldoende aansluiten op de aan de cliënt te leveren zorg. Deze functies en klassen worden (behoudens overgangsrecht) afgeschaft met ingang van 2015. In de Wmo zal de gemeente in gesprek met de burger naar maatwerk oplossingen zoeken.

Op het gebied van kwaliteit waren er diverse meldingen die betrekking hadden op regels en toezicht die verhinderden dat de cliënt «net als thuis» binnen de instelling kan wonen. Met versoepeling van deze regels is binnen de AWBZ via het experiment regelarme instellingen verkend welke mogelijkheden bestaan om deze regeldruk weg te nemen.

Voorzien is dat de Kamer binnenkort de tussenevaluatie ontvangt. De leerervaringen van het experiment zullen waar mogelijk worden geborgd in de uitvoering van de Wlz, de Wmo 2015 en de Zvw. Deze verhinderen de wijze van werken zoals bij het experiment regelarme instellingen niet.

*De leden van de PVV-fractie willen graag duidelijkheid met concrete cijfers over het groter beroep op formele zorg dan nodig is. Zij vragen hoeveel mensen ten onrechte gebruik maken van formele zorg en over welke vormen van zorg het hier gaat. De leden van de PVV-fractie vragen welke formele zorg volgens de regering niet meer nodig is.*

Nederland heeft in vergelijking met de ons omringende landen een laagdrempelig systeem van langdurige zorg. De collectieve lasten hiervan zijn hoog. Een laagdrempelige collectieve verzekering nodigt zowel cliënten als zorgaanbieders uit om te kiezen voor inzet van langdurige AWBZ-zorg terwijl er buiten de aansprakensfeer van de AWBZ ook alternatieve, mogelijk tijdelijke en goedkopere oplossingen mogelijk zijn om problemen op te lossen. Het is dus niet zo dat velen ten onrechte gebruik maken van AWBZ-zorg: zij hebben op basis van de huidige regelgeving immers een indicatie ontvangen voor AWBZ-zorg. Door meer en andere vormen van zorg en verbindingen tussen formele en informele zorg mogelijk te maken, kan èn kwaliteit en beheersing van kosten beter worden.

*De leden van de PVV-fractie geven aan dat mantelzorgers en vrijwilligers zowel binnen als buiten een instelling een belangrijke extra impuls kunnen geven aan dat welbevinden, onder meer door eenzaamheid tegen te gaan. Het is daarom gewenst dat mantelzorgers en vrijwilligers nauw betrokken blijven, ook wanneer iemand zijn eigen omgeving verlaat om in een meer beschermde omgeving zoals een instelling te gaan wonen. De leden willen graag van de regering weten hoe zij dit precies wil in gaan vullen? Worden mantelzorgers bijvoorbeeld verplicht om hand en span diensten te gaan verlenen in een instelling? Krijgen instellingen de mogelijkheid om vrijwilligers in de zorg in te zetten?*

De regering is van mening dat de betrokkenheid van mantelzorgers en vrijwilligers bij cliënten in een instelling heel belangrijk is. Van instellingen wordt verwacht dat zij de cliënt goede zorg en ondersteuning bieden op een zodanige wijze dat de bewoner thuis is en zo veel als mogelijk ruimte heeft voor zijn of haar leven met het sociale netwerk. Hier dient aandacht voor te zijn in het zorgplan. Met het oog op een groter welbevinden van bewoners en een prettig leefklimaat kan een appèl voor netwerkparticipatie worden gedaan op de sociale omgeving van de bewoner. De instelling kan niet verplichten hand en spandiensten te verrichten. De instellingen hebben de mogelijkheid om vrijwilligers in te zetten, bijvoorbeeld om de bewoners gezelschap te houden en activiteiten met

hen te ondernemen. In het zorgplan worden afspraken gemaakt over de zorg en wie dat op welke wijze verleent. De keuzes die daarbij voorliggen, worden in samenspraak tussen de cliënt en de betrokken formele en informele zorgverleners gemaakt.

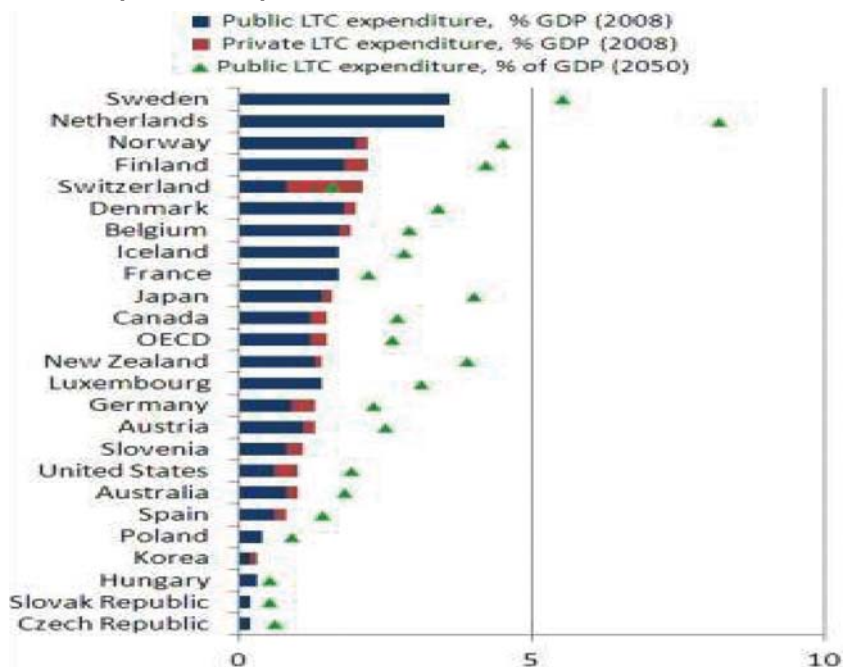
*De leden van de PVV-fractie zien solidariteit als hét fundament van het zorgsysteem. De leden vragen zich af waarom de regering dan juist die beslissingen neemt die de solidariteit uit het zorgsysteem halen.*

De regering deelt niet de visie van de PVV-fractie dat de solidariteit uit het zorgstelsel wordt gehaald. In tegendeel: de hervorming van de langdurige zorg is juist ingegeven om de solidariteit te behouden, zowel voor bestaande cliënten als voor toekomstige generaties.

*De leden van de PVV-fractie willen een uitgebreide berekening zien waaruit blijkt dat de uitgaven voor de langdurige zorg als percentage van het bruto binnenlands product zullen verdubbelen bij ongewijzigd beleid. Ook zijn zij van mening dat niet de stijgende kosten maar het uitkleden van de zorg een gevaar is voor de solidariteit, omdat uiteindelijk alleen voor mensen die het kunnen betalen goede zorg nog bereikbaar is.*

Er zijn meerdere internationale studies die aantonen dat de financiële beheersbaarheid van het Nederlandse systeem onder druk staat. In een OECD-studie uit 2011 («Help Wanted») is de onderstaande grafiek opgenomen.

**Public and private LTC expenditure in the OECD, 2008 and 2050**



Bron: OECD 2011

Uit deze grafiek blijft dat bij ongewijzigd beleid de uitgaven langdurige zorg in Nederland meer dan verdubbelen. Het is een onjuiste veronderstelling dat in de toekomst alleen rijke mensen nog een beroep kunnen doen op de langdurige zorg. De hervorming van de langdurige zorg is er juist op gericht om te voorkomen dat het huidige stelsel onbetaalbaar wordt, waardoor de meest kwetsbare mensen geen goede zorg meer kunnen krijgen. Deze hervorming waarborgt dat een goed pakket van zorg



en ondersteuning beschikbaar blijft voor alle burgers in Nederland die dat nodig hebben, ongeacht de hoogte van hun inkomen.

*De leden van de PVV-fractie vragen waarom er niet binnen de huidige AWBZ is gekeken naar alternatieven, die de kosten omlaag brengen zonder de mensen hun zorg af te pakken.*

Er is een pakket van maatregelen genomen die waarborgen dat ook in de toekomst de meest kwetsbare cliënten te zorg krijgen die zij nodig hebben. Zo wordt de trend van langer thuis wonen ondersteund (met behoud van het recht op verblijf voor degenen die al in een instelling wonen). Ook heeft het kabinet gekeken naar mogelijkheden om de doelmatigheden van het huidige systeem te verbeteren. Het doel is betere zorg, die op een andere wijze wordt aangeboden aan de cliënt. Daarbij wordt ook ingezet op de aanpak van fraude en verspilling, zodat onnodige zorg wordt voorkomen en meer geld resteert voor zorg en ondersteuning aan mensen met een langdurige zorgvraag.

*Op basis van huidig zorggebruik, de decentralisatie naar gemeenten, de overheveling naar de Zvw en het langer thuis wonen, verwacht de regering dat het structureel om minder dan 200.000 mensen zal gaan die aanspraak kunnen maken op de Wlz. Dit aantal zal jaarlijks groeien onder invloed van de demografische groei. De leden van de PVV-fractie vragen of de regering hiermee nu wil zeggen, dat ruim 600.000 mensen nu ten onrechte gebruik maken van AWBZ-zorg? 600.000 mensen raken de zorg kwijt die ze nu hebben. Is dat de solidariteit waar de regering het over heeft, zo vragen de leden zich af?*

Het is niet zo dat 600.000 mensen de zorg kwijtraken die ze nu hebben. Velen zullen zorg krijgen uit een ander domein (Jeugdwet, Wmo, Zvw). In het rapport van de Algemene Rekenkamer «Hervorming AWBZ, een simulatie van de gevolgen» is aangegeven hoeveel personen die nu gebruik maken van AWBZ-zorg een beroep zouden kunnen gaan doen op zorg uit de Wlz, Wmo 2015, Zvw of het jeugd domein. Evenmin kan gesteld worden dat men momenteel onterecht gebruik maakt van de AWBZ. Cliënten hebben beperkingen op grond waarvan een AWBZ-indicatie is verstrekt. Door de hervorming in de langdurige zorg krijgen zij vanaf 2015 zorg en ondersteuning uit een ander domein. Ook kan het voorkomen dat zij gezien hun situatie een oplossing binnen het eigen netwerk vinden. Hiermee wordt de solidariteit binnen het stelsel versterkt omdat hiermee ook in de toekomst zorg beschikbaar blijft voor personen die het echt nodig hebben.

*De regering is van mening dat de AWBZ zoals wij die nu kennen vastloopt in steeds ingewikkeldere regelgeving. Er is een groot gat ontstaan tussen de letter van de wet en de werking van de AWBZ in de praktijk. Door aanpassingen die in de wet, de lagere regelgeving en de uitvoeringspraktijk zijn doorgevoerd sinds 1968, is het systeem van de AWBZ als geheel een lappendeken geworden die door niemand meer echt wordt overzien. Dat is een onwenselijke situatie die niet kan worden opgelost met een aanpassing van de bestaande wet. De leden van de PVV-fractie vragen waarom deze problemen niet opgelost worden binnen de bestaande wet. Naar het oordeel van de PVV-fractie zijn er tal van initiatieven die de regeldruk aanzienlijk verminderen binnen de huidige wet en had het voor de hand gelegen om daar eerst naar te kijken. Onderzoeken wijzen uit dat dit ook een grote kostenbesparing op kan leveren, dus waarom de AWBZ ontmantelen, zonder eerst dit aan te pakken?*

Gelet op de ingrijpende wijzigingen in het stelsel van de langdurige zorg heeft de regering gemeend dat een geheel nieuwe wet op zijn plaats is. Met de Wlz wordt recht gedaan aan de visie op de langdurige zorg die aan de hervorming van de langdurige zorg ten grondslag ligt en aan de wijzigingen die het stelsel dientengevolge ondervindt. Er zijn inderdaad vele initiatieven om de zorg beter te organiseren, met minder regeldruk als gevolg. Deze krijgen onder nieuwe Wlz alle ruimte.

*De leden van de PVV-fractie geven aan dat veel elementen van de huidige AWBZ in dit wetsvoorstel overeind zijn gebleven, maar er zijn ook verbeteringen doorgevoerd die niet kunnen worden bereikt met een algemene maatregel van bestuur. Om welke verbeteringen gaat het hier en waarom kunnen die niet doorgevoerd worden door middel van een amvb?*

Met de Wlz wordt een nieuw stelsel neergezet, waarin het recht op zorg voor de meest kwetsbare mensen wordt gewaarborgd en waarin op tal van onderwerpen verbeteringen worden doorgevoerd ten opzichte van de AWBZ. In de Wlz ligt de nadruk op zorg als onderdeel van het leven en welzijn van de cliënt en de cliënt en zijn omgeving daarover zeggenschap te geven. Hiermee honoreert deze wet ten opzichte van de AWBZ dat een deel van de cliënten ondanks een zware beperking regie kan voeren over zijn of haar leven en de plek die zorg daarin neemt. De wet gaat ervan uit dat de cliënt en zijn omgeving voorop staan en zelf kan kiezen hoe zijn of haar woonomgeving het beste daarop aansluit. De Wlz biedt het handvat om de cliënt nog meer zeggenschap te geven over de invulling van de zorg. Daarvoor zijn echter naast deze wet ook andere trajecten van groot belang: namelijk verbetering van de kwaliteit en de transparantie daarover, de introductie van persoonsvolgende bekostiging en het centraal stellen van het «goede gesprek» tussen cliënt en zorgverlener zonder «gevangen» te zijn in bureaucratische regels. Dit vergt een aanpak naast de wet, maar met de Wlz in de hand komen we een stap verder. In de Wlz gaat het om de volgende verbeteringen: het vastleggen van het verzekerd pakket en de zorginhoudelijke toegangscriteria op wetsniveau; het wettelijk verankeren van de zorgplanbespreking; het vastleggen in de wet van het pgb en het vpt als volwaardige leveringsvormen; de eisen die worden gesteld aan het pgb en het vpt worden aangescherpt; het recht op advies, zorgbemiddeling en ondersteuning bij de zorgplanbespreking wordt wettelijk verankerd en innovatie wordt gestimuleerd via een experimenteerartikel. Deze verbeteringen worden doorgevoerd op wetsniveau. Het voordeel van het op wetsniveau vastleggen van bovengenoemde onderwerpen is per definitie niet met een amvb te bereiken. Het advies van de Raad van State van 23 januari 2014 bevestigt mij dat de verbeteringen het beste op wetsniveau kunnen worden doorgevoerd. De Raad merkt in haar advies op dat zij, gezien op een aantal lopende wetsvoorstellen en de wens om bestaande regelgeving te actualiseren en om enkele veranderingen in het stelsel aan te brengen met het oog op de nieuwe situatie, begrijpt dat is gekozen voor een geheel nieuwe wet.

*De leden van de PVV-fractie vragen waar de betrokkenheid van de beide Kamers uit bestaat volgens de regering. Geldt die betrokkenheid voor de gehele Kamers of alleen voor de leden van de twee coalitiepartijen en hun gedogers?*

Het wetsvoorstel is aangeboden aan de Kamer. Indien de Kamer met het wetsvoorstel instemt, zal het worden aangeboden aan de Eerste Kamer.

*De regering is ervan overtuigd dat dit wetsvoorstel grote meerwaarde heeft voor de cliënten die erop zijn aangewezen. De leden van de PVV-fractie vragen of de regering hier niet bedoeld dat het wetsvoorstel meerwaarde heeft voor die «paar» cliënten die nog aanspraak kunnen maken op deze wet en dat voor de overige 600000 cliënten van de AWBZ een andere standaard gaat gelden? De vormgeving van het wettelijk instrumentarium is beter afgestemd op de nieuwe doelgroep van de wet. Is hier wel sprake van een nieuwe doelgroep? Moet er niet gesproken worden van het restant van de huidige doelgroep?*

De regering is van mening dat de Wlz meerwaarde heeft voor de cliënten die erop zijn aangewezen. De wet draagt bij aan behoud of verbetering van de kwaliteit van leven. Dit wordt bereikt door: het vastleggen van het verzekerd pakket en de zorginhoudelijke toegangscriteria op wetsniveau; het wettelijk verankeren van de zorgplanbespreking; het vastleggen in de wet van het pgb en het vpt als volwaardige leveringsvormen; de eisen die worden gesteld aan het pgb en het vpt worden aangescherpt; meer ruimte voor maatwerk te creëren door te indiceren in aard, inhoud en (globale) omvang van zorg in plaats van in zorgzwaartepakketten; het recht op cliëntondersteuning via de zorgplicht van de Wlz-uitvoerder wordt wettelijk verankerd en cliënten krijgen statutair invloed op het beleid van hun Wlz-uitvoerder; meer mogelijkheden om de uitvoerders van de wet aan te spreken om kwaliteit van de dienstverlening en zorg en innovatie wordt gestimuleerd via een experimenteerartikel in de wet. De doelgroep van de Wlz betreft mensen met een zware zorgbehoefte. Voor andere mensen kan zorg en ondersteuning worden geboden vanuit de Wmo 2015 en/of Zvw.

*De leden van de PVV-fractie geven aan dat de Wlz instrumenten bevat die de beheersbaarheid ten opzichte van de AWBZ verbeteren. Een daarvan is door te regelen dat behandelend artsen en andere hulpverleners met een medisch beroepsgeheim het CIZ (CIZ) desgevraagd die gegevens over hun patiënten moeten verstrekken, die noodzakelijk zijn om tot een goede (her)indicatie te komen, kan het CIZ indicatiefraude tegengegaan. Is hier niet expliciet toestemming van de patiënt voor nodig? Is hier niet gewoon sprake van uitholling van het medisch beroepsgeheim, vragen de leden van de PVV-fractie.*

Voor de verstrekking van de medische gegevens van de verzekerde van de hulpverleners aan het CIZ is geen expliciete toestemming van de patiënt nodig. De verstrekking van de persoonsgegevens kan op grond van de regels voor het medisch beroepsgeheim zonder de toestemming van de patiënt plaatsvinden indien een wettelijk voorschrift tot verstrekking verplicht. Artikel 9.1.2, tweede lid, van de Wlz is een dergelijk wettelijk voorschrift. Het CIZ zal echter altijd nagaan of de verzekerde toestemming geeft. Dit laatste wordt als verplichting voor het CIZ opgenomen in het Blz. De regering acht deze inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde gerechtvaardigd. Bij de afweging heeft de regering de naar aanleiding van volgende aspecten betrokken:

- De verstrekking van gegevens beperkt zich tot die gegevens die noodzakelijk zijn voor de beoordeling van het recht op zorg van verzekerde gelet op zijn gezondheid.
- De schaarse financiële middelen en de noodzaak om draagvlak te houden voor deze volksverzekering maken het nodig om misbruik van de wettelijke aanspraken en fraude met de beschikbare gelden adequaat aan te pakken.
- Het belang van een rechtmatige verdeling van middelen is zo groot dat het proportioneel is aan de mogelijke inbreuk op de persoonlijke levenssfeer.

- Er is geen andere manier die de minder belastend is voor de persoonlijke levenssfeer om er voor te zorgen dat mensen die zorg krijgen waar ze wettelijk recht op hebben.

*De leden van de D66-fractie constateren dat de regering voornemens is voorliggend wetsvoorstel op 1 januari 2015 in werking te laten treden. Deze leden vragen zich af in hoeverre de regering deze datum realistisch gezien haalbaar acht. Zorgkantoren en zorgaanbieders zullen ruim voordat de parlementaire behandeling van onderhavig wetsvoorstel is afgerond met elkaar in overleg moeten treden over het zorgaanbod dat in 2015 beschikbaar zal zijn. Daarbij rijst de vraag of de regering verwacht dat zorgkantoren en zorgaanbieders hun onderhandelingen zullen baseren op de thans vigerende wetgeving, danwel op onderhavig wetsvoorstel, in de wetenschap dat die laatste nog aan onzekerheid onderhevig is. Hoe wordt in dat laatste geval voorkomen dat zorgkantoren een eigen, mogelijke striktere, interpretatie geven van het voorgenomen beleid? Deze leden vragen de regering hierop te reflecteren.*

De zorginkoop is een cruciaal proces in de aanloop naar de Wlz. De voorbereidingen hiervoor zijn inmiddels gestart onder voorbehoud van parlementaire goedkeuring van de Wlz en Wmo 2015 door beide Kamers en instemming met de positionering van de nieuwe aanspraak wijkverpleging en de behandeling voor zintuiglijk gehandicapten onder de Zvw. De zorginkoop zal van start gaan op basis van de vigerende wet- en regelgeving. Daarbij is als uitgangspunt genomen dat de geplande overhevelingen en decentralisaties naar Jeugdzorg, Wmo 2015 en de Zvw op 1 januari 2015 zullen plaatsvinden. Daarmee worden deze vormen van zorg en ondersteuning niet meer onder het AWBZ-regime ingekocht. De zorginkoop zal de facto gaan plaatsvinden op basis van een «versmalde» AWBZ. Geregeld is dat bij de invoering van de Wlz de rechten en plichten van zorgkantoren worden overgenomen door de Wlz-uitvoerders. Deze inkoop zal worden gemonitord. Gelet op deze voorbereidingen en het gegeven dat de omslag in de uitvoeringspraktijk geleidelijk zal gaan plaatsvinden acht de regering de geplande invoeringsdatum van 1 januari 2015 haalbaar.

*De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat volgens de regering één van de redenen voor deze wet is dat aanbieders en uitvoerders die binnen de huidige AWBZ proberen om cliëntgericht te werken, de AWBZ als beperkend ervaren. Zij vragen of de regering op dit punt alsnog een nadere analyse met de leden van deze fractie kan delen.*

De AWBZ en onderliggende regelgeving leiden bij de verschillende stappen in het zorgverleningsproces tot gedetailleerde en geüniformeerde inkadering, waardoor de behoefte, wensen en het individuele welzijn van mensen uit het oog wordt verloren. Dit uit zich bijvoorbeeld door verschillen in juridische status van zorg in natura, vpt en pgb. Hierdoor wordt de keuze voor zorg ook sterk bepaald door de mogelijkheden van wonen. Daar waar het ook speelt is de gedetailleerde beschrijving van de indicatiestelling en aanspraken en de daaraan gekoppelde bekostigings-systemen en verantwoording, waardoor bijvoorbeeld in de extramurale zorg de indicatie meer leidend is geworden dan de daadwerkelijke zorgbehoefte. De uitkomsten van de experimenten Regelarm tonen dit ook aan. Hoewel er altijd zorgondernemers zijn die zich desondanks onderscheiden, is de huidige AWBZ voornamelijk gericht op de relatie zorgkantoor-aanbieder en veel minder op de cliënt.

*De leden van ChristenUnie-fractie constateren voorts dat de regering in de memorie van toelichting stelt dat de verbinding tussen mensen in de AWBZ en mensen in andere onderdelen van de maatschappij zwak is. De*

*leden van de ChristenUnie willen graag weten hoe deze wet volgens de regering bijdraagt aan het verhelpen daarvan.*

De regering wil dat in de Wlz de wensen, behoeften en mogelijkheden van een cliënt meer centraal komen te staan en de professional in de zorg de ruimte krijgt om maatwerk te leveren. Die zorg is immers onderdeel van het leven van deze cliënten. Het wetsvoorstel biedt daartoe meer eigen verantwoordelijkheid aan cliënten, en daarmee ook meer keuzevrijheid en meer zeggenschap. Belangrijk is dat met dit wetsvoorstel de zorgplanbespreking wettelijk wordt verankerd, zodat de wensen, mogelijkheden en behoeften van cliënten meer centraal komen te staan in de zorgverlening en er meer nadruk komt op de betrokkenheid van het sociale netwerk van de cliënt. Ook mantelzorg en vrijwilligers, en het meer betrekken van de samenleving moeten er in de ogen van de regering toe leiden dat er meer verbinding komt tussen mensen in de Wlz, en in andere delen van de maatschappij en dat de Wlz meer verbonden wordt met andere beleids-terreinen. In de Wlz blijven mensen de mogelijkheid houden om de zorg thuis, in de eigen vertrouwde omgeving, te krijgen. Vaak is er in zo'n situatie sprake van mantelzorgers. Mantelzorgers vervullen een belangrijke rol als het gaat om verbinding te leggen tussen de cliënt en de samenleving.

Belangrijk zijn ook de verbindingen tussen zorgaanbieders die zorg en ondersteuning aanbieden op grond van de Wlz, Zvw of Wmo 2015. Zo ontstaan er verbindingen tussen de domeinen onderling maar ook tussen het zorgdomein en andere organisaties in de samenleving.

*De leden van de fracties van D»66 en de CU vragen naar wat in de ogen van de regering de uiterste datum is waarop de parlementaire behandeling van onderhavig wetsvoorstel dient te zijn afgerond en in het staatsblad moet staan om invoering van de Wlz per 1 januari 2015 door betrokkenen verantwoord te kunnen laten plaatsvinden?*

Conform het transitieplan Wlz zijn onder voorbehoud van parlementaire goedkeuring de voorbereidingen gestart voor de invoering van de Wlz op 1 januari 2015. Het gaat hierbij om onder meer de zorginkoop en het aanpassen van de informatiesystemen (AZR). Het uitgangspunt is een verantwoorde invoering van de Wlz in 2015. Vandaar dat er is gekozen voor een stapsgewijze invoeringsstrategie waarbij 2015 geldt als een overgangsjaar. De parlementaire aanvaarding van de Wlz vormt de basis om daadwerkelijk ook volgens het nieuwe regime te gaan werken. Het streven is om de parlementaire behandeling in oktober afgerond te hebben. Ik voer op dit moment overleg met alle betrokken partijen om te bezien wat daarvoor nodig is. Ik wil daarbij ook helderheid bieden over de implicaties van een eventuele overschakeling naar een aangepast AWBZ-regime. Onder dit AWBZ-regime worden de huidige amvb's aangepast aan de overhevelingen en decentralisaties naar Wmo 2015, Jeugdwet en Zvw.

*De leden van de fractie van de CU willen weten of de regering een scenario heeft voor het geval de Wlz niet per 1 januari 2015 kan ingaan? Zo ja, hoe luidt dat? Zo nee, kan de regering dan aan hen schetsen wat er gebeurt als de Wlz pas op 1 januari 2016 in zal gaan?*

Op dit moment is het mogelijk om de parlementaire behandeling van de Wlz op tijd af te ronden, zodat de inwerkingtreding per 1 januari kan zijn. Dit is echter afhankelijk van de snelheid van behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede en Eerste Kamer. Omwille van de zorgvuldigheid – mocht het wetsvoorstel onverhoopt niet inwerking treden per 1 januari 2015 – wordt momenteel in overleg met alle partijen die betrokken geïnventariseerd wat dit betekent voor de uitvoering onder de

AWBZ. De hoofdlijn is dat de huidige AWBZ wordt voortgezet, minus de geplande overhevelingen en decentralisaties naar de Jeugdwet, Wmo 2015 en de Zfw. Dit vergt aanpassing van het Besluit Zorgaanspraken, het Zorgindicatiebesluit en het Bijdragebesluit zorg (amvb's) en onderliggende lagere regelgeving.

*De leden van de fractie van GroenLinks vragen hoe de zorg meer thuis geleverd kan worden en een grotere inzet van naasten kan worden gevraagd, wanneer 40% wordt bezuinigd op de zorg aan huis of wanneer mensen door middel van een mantelzorgboete wordt ontmoedigd om samen te gaan wonen en zo voor elkaar te kunnen zorgen? Zij krijgen hierop graag een reactie van het kabinet.*

In het wetsvoorstel Wet maatregelen Wet werk en bijstand en enkele andere wetten is voorzien in de invoering van de kostendelersnorm in de AOW<sup>2</sup>. De kostendelersnorm in de AOW beoogt rekening te houden met de voordelen van het delen van kosten van levensonderhoud (huur/hypotheek, gas, water en licht e.d.) en hanteert derhalve als basis dat elke AOW-er die met één of meer mensen in hetzelfde huis woont voortaan 50% WML ontvangt.

Zoals de Kamer bij brief van 28 mei jl., houdende de aanbieding van de nota naar aanleiding van het verslag bij wetsvoorstel «Twee-woningen-regel», is bericht, heeft het kabinet oog voor de samenloop van de kostendelersnorm in de AOW met de hervormingen in de (mantel)zorg<sup>3</sup>. De invoering van de kostendelersnorm in de AOW wordt daarom met een jaar uitgesteld. Het kabinet zal het komende jaar benutten om samen met onder andere gemeenten en SCP te bezien hoe arrangementen rond mantelzorg verder ondersteuning behoeven en om te onderzoeken wat de effecten zijn van de kostendelersnorm in de AOW op de mantelzorg. De inwerkingtredingsdatum wordt bij koninklijk besluit verschoven naar 1 juli 2016.

*In de memorie van toelichting schrijft de regering dat zij streven naar inwerkingtreding van de Wlz per 1 januari 2015, maar ook dat zij er naar streven de Wlz uiterlijk een half jaar voor invoering in het Staatsblad te publiceren. De GroenLinks-fractie constateert dat dit laatste voornemen niet haalbaar is gezien het tijdstip van behandeling in de Tweede Kamer en de daarop volgende behandeling in de Eerste Kamer. De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe hard de regering wil vasthouden aan een half jaar voor invoering publiceren?*

Conform het transitieplan Wlz zijn onder voorbehoud van parlementaire goedkeuring de voorbereidingen gestart voor de invoering van de Wlz op 1 januari 2015. Het gaat hierbij om onder meer de zorginkoop en het aanpassen van de informatiesystemen (AZR). Het uitgangspunt is een verantwoorde invoering van de Wlz in 2015. Vandaar dat er is gekozen voor een stapsgewijze invoeringsstrategie waarbij 2015 geldt als een overgangsjaar. De parlementaire aanvaarding van de Wlz vormt de basis om daadwerkelijk ook volgens het nieuwe regime te gaan werken. Het streven is om de parlementaire behandeling in oktober afgerond te hebben. Ik voer op dit moment overleg met alle betrokken partijen om te bezien wat daarvoor nodig is. Ik wil daarbij ook helderheid bieden over de implicaties van een eventuele overschakeling naar een aangepast AWBZ-regime. Onder dit AWBZ-regime worden de huidige amvb's aangepast aan de overhevelingen en decentralisaties naar Wmo 2015, Jeugdwet en Zvw.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2013/14, 33 801.

<sup>3</sup> Kamerstukken II 2013/14, 33 853.

*De leden van de GroenLinks-fractie constateren dat er bij veel van de bij de uitvoering van deze wet betrokken partijen grote zorgen bestaan over het inwerking treden van de Wlz per 1 januari 2015. Zij krijgen hierop graag een reactie van de regering. Erkent hij de zorgen van ZN en Actiz dat het niet mogelijk is om de Wlz reeds voor de zorginkoop voor 2015 op een zorgvuldige manier in praktijk te brengen? Wat is de reactie van de regering op de constatering van ZN dat in mei de besluitvorming over de hervormingen moet zijn afgerond om deze per 1 januari 2015 op een verantwoorde wijze in te kunnen voeren? En is de regering bereid om, zoals VNO-NCW en MKB-Nederland aangeven te onderzoeken of handhaving van het bestaande AWBZ-regime met een jaar niet zou kunnen leiden tot een veel soepelere hervorming van de langdurige zorg? Is de regering het met de NPCF eens dat wanneer de uitvoerders al aangeven dat zij problemen verwachten met het op tijd gereed krijgen van de uitvoering, dat dan invoering van de Wlz per 1 januari 2015 niet meer mogelijk is? En kan de regering reageren op de constatering van leder(in) dat uitstel onvermijdelijk is en dat het riskant is om alle decentralisaties binnen het sociale domein tegelijkertijd per 1 januari door te voeren?*

Met alle betrokken partijen worden, conform het transitieplan Wlz, op dit moment de voorbereidingen getroffen voor de invoering van de Wlz op 1 januari 2015. Het gaat hierbij om de zbo's (NZa, het Zorginstituut Nederland, CAK), beoogde publiekrechtelijke zbo CIZ, zorgaanbieders (Actiz, BTN, VGN, Federatie Opvang en GGZ-Nederland) en ZN. De zorginkoop is hierbij een cruciaal proces. Om de Wlz op 1 januari 2015 te kunnen invoeren is al vanaf april van dit jaar met de voorbereidingen van deze zorginkoop gestart. Dit op basis van de vigerende wet- en regelgeving. Daarbij is als uitgangspunt genomen dat de geplande overhevelingen en decentralisaties naar Jeugdzorg, Wmo 2015 en de Zvw op 1 januari 2015 zullen plaatsvinden. Daarmee worden deze vormen van zorg en ondersteuning niet meer onder het AWBZ-regime ingekocht. De zorginkoop zal de facto gaan plaatsvinden op basis van een «versmalde» AWBZ. Geregeld is dat bij de invoering van de Wlz de rechten en plichten van zorgkantoren worden overgenomen door de Wlz-uitvoerders. Deze voorbereidingen lopen daarmee parallel aan de parlementaire behandeling van Wlz en Wmo 2015 en vinden plaats onder voorbehoud van parlementaire goedkeuring. Een aantal partijen heeft aangegeven invoering per 1 januari snel te vinden. Ik ben met hen in overleg welke verschillen tussen de Wlz en AWBZ nu dermate groot zijn dat invoering niet meer zou lukken. Ik constateer in die gesprekken dat er in 2015 nog geen wezenlijke veranderingen in de zorginkoop, bekostiging en registratie plaatsvinden. Omdat bij de invoering van de Wlz is gekozen voor een geleidelijke, gefaseerde overgang verwacht ik niet dat uitstel leidt tot een meer soepele hervorming van de langdurige zorg. Omwille van de zorgvuldigheid wordt wel parallel aan deze voorbereidingen voor Wlz gelijktijdig met alle betrokken partijen verkend wat er moet worden geregeld voor 2015, mocht onverhoopt de parlementaire besluitvorming van de Wlz niet tijdig zijn afgerond. Op grond van het bovenstaande verwacht ik dat een verantwoorde invoering op 1 januari 2015 haalbaar is.

*De leden van de fractie van Groen Links vragen de financiële en bestuurlijke consequenties zijn van uitstel van invoering van de Wlz naar 1 januari 2016? Overweegt de regering in naar aanleiding vanolging van de zorgen over de invoeringsdatum om de invoering van voorliggend wetsvoorstel uit te stellen? Heeft hij bijvoorbeeld gekeken naar verschillende scenario's waarmee dat mogelijk zou zijn. Bijvoorbeeld de invoering een jaar verlaten of een gefaseerde invoering? Klopt het dat uitstel van de Wlz niet gepaard zou hoeven gaan met extra bezuinigingen in 2015? Zo nee, wat zouden de consequenties zijn?*

Op dit moment zie ik geen aanleiding om de invoering van de Wlz uit te stellen. Zoals aangegeven kies ik voor een geleidelijke overgang naar de nieuwe situatie. Daarmee kies ik de facto voor een gefaseerde invoering van de gewenste veranderingen onder het regime van de Wlz. Het biedt ruimte voor de uitvoeringspraktijk om stapsgewijs naar de gewenste situatie toe te groeien en de gewenste (cultuur)omslag te realiseren. Op dit moment is nog onzeker of de parlementaire behandeling van de Wlz op tijd is afgerond om een zorgvuldige invoering van de Wlz op 1 januari 2015 te realiseren. Vandaar dat in overleg met betrokken partijen wordt gekeken naar de gevolgen van een eventueel uitstel van de invoering naar 2016. In dit scenario is een «versmalde» AWBZ, exclusief de geplande overhevelingen en decentralisaties naar de Jeugdwet, Wmo 2015 en de Zfw het uitgangspunt. Een eventueel uitstel van de invoering van de Wlz naar 2016 heeft geen budgettaire gevolgen, omdat de bescheiden korting in 2015 dan wordt bereikt binnen de kaders van de AWBZ.

*Ondanks de inspanningen die worden gedaan om ongewenste effecten te voorkomen, is het mogelijk dat mensen tussen wal en schip vallen. Deelt de regering de visie van de leden van de SGP-fractie dat voorkomen moet worden dat kwetsbaren in de samenleving niet de toegang tot de zorg krijgen die ze nodig hebben? Is de regering bereid om hierop toezicht te houden en zo nodig in te grijpen en daarbij vooral ook goed te kijken naar de samenhang tussen de verschillende stelselwijzigingen?*

Met de Kamer ben ik van mening dat voorkomen moet worden dat cliënten tussen wal en schip vallen. Om deze reden zijn diverse waarborgen getroffen. Een voorname waarborg is voorts het overgangsrecht dat in de verschillende wetten is opgenomen en cliënten zekerheden biedt. Daarnaast verwijs ik naar de werkafspraken HLZ transitie die de Kamer 28 maart jl. heeft ontvangen. Deze werkafspraken heb ik met ZN, VNG, NPCF, Ieder(in), Actiz, VGN, FO, BTN en de VenVN gemaakt. In deze werkafspraken is aangegeven dat regionale partijen met elkaar regie voeren op de voornaamste risico's die zij benoemd hebben (continuïteit van zorg, arbeidsmarkt, vastgoed, administratieve lasten, informatievoorziening, vernieuwing). Landelijke partijen zullen gezamenlijk de regionale partijen faciliteren c.q. hen aanspreken als daartoe aanleiding bestaat. Daarmee heb ik reeds bestuurlijke afspraken gemaakt met alle betrokken partijen om te voorkomen dat cliënten tussen wal en schip vallen. Niettemin zal ik er vanuit mijn verantwoordelijkheid ook op blijven toezien dat voorkomen wordt dat mensen tussen wal en schip vallen.

## **2. De verzekering**

*De leden van de VVD-fractie vragen waarom het verzekeringsrisico bij de overheid wordt belegd, welke alternatieven mogelijk zijn en wat de voor- en nadelen daarvan zijn.*

De Wlz is, evenals de AWBZ, een publiekrechtelijke sociale verzekering, met als kenmerk dat het verzekeringsrisico bij de overheid ligt. De doelgroep van de Wlz betreft ouderen met een blijvende somatische of psychogeriatrische beperking en mensen met blijvende verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen. Het gaat om een kwetsbare groep met een zware zorgbehoefte. De regering kiest er daarom voor om in elk geval in de eerste fase, het model van een publiekrechtelijke sociale verzekering in stand te houden. Aan de randvoorwaarden voor een verzekering waarbij het verzekeringsrisico wordt overgedragen aan de uitvoerder, kan in 2015 niet worden voldaan. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de introductie van een adequaat vereveningssysteem.



Er zijn verschillende alternatieve modellen denkbaar. Het is mogelijk om de verzekering voor langdurige zorg ook risicodragend door private verzekeraars te laten uitvoeren. In dat geval ligt het verzekeringsrisico bij private verzekeraars. Een alternatief waarin het verzekeringsrisico bij de overheid ligt, is een voorziening te creëren die door een landelijk uitvoeringsorgaan wordt uitgevoerd. Een compleet overzicht van de voor- en nadelen van elk stelsel is complex en hangt onder meer af van de kenmerken van de zorg(sector) en de aansluiting met andere zorgdoelmeinen.

*De leden van de VVD-fractie vragen op welke manier het sociale netwerk van volwassenen gestimuleerd wordt om een rol te spelen bij de zorg en ondersteuning voor hun naasten. De leden van de VVD-fractie vragen tevens of er een juridische basis is voor de invulling van gebruikelijke zorg in het zorgplan.*

De regering vindt het belangrijk dat mantelzorgers, die veelal al jaren voor hun naasten hebben gezorgd in de periode voordat deze zorg ontvangen uit de Wlz, betrokken blijven bij de zorg. Zij weten vaak beter dan de hulpverleners hoe hun naasten het beste geholpen kunnen worden. Voor zowel de cliënt als de mantelzorger is het van belang om de onderlinge vertrouwde relatie onder de Wlz voort te kunnen zetten. Voor goede zorg aan de cliënt is het dan ook essentieel dat mantelzorgers betrokken worden bij de zorgplanbespreking en het opstellen van het zorgplan. Tijdens de zorgplanbespreking wordt afgesproken hoe familie en naasten samen met de zorgverleners het integraal hulp- en ondersteuningspakket aan de cliënt zullen gaan vormgeven. Ik ben van mening dat de positie van mantelzorgers in de instelling sterk kan worden verbeterd. Ik denk daarbij aan een stimulerende, steunende en faciliterende opstelling van de instelling die aansluit bij de motivatie van de mantelzorgers. En aan structurele aandacht voor het afstemmen en samenwerken met mantelzorgers. Daarbij kan de instelling ook een appèl voor netwerkparticipatie doen op de sociale omgeving van de bewoner.

Bij de toegangsbevestiging tot de Wlz is bij partners of huisgenoten geen sprake van gebruikelijke zorg. Bij kinderen geldt, net als onder de AWBZ, dat er toegang is tot de Wlz als de zorgvraag de gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen overstijgt. Gebruikelijke zorg van huisgenoten onderling of bij ouders aan kinderen kan een rol spelen bij het invullen van het zorgplan. In die situaties waarbij het de keuze cliënt is om thuis te blijven wonen of het de keuze is van ouders dat hun kind thuis blijft wonen, is het logisch dat bepaalde vormen van zorg/activiteiten door huisgenoten/ouders worden gedaan, zoals het meegaan naar een verjaardag of het zetten van een kopje thee. Bij ouders gaat het om zorg die zij ook bij kinderen zonder beperkingen van dezelfde leeftijdscategorie zouden doen zoals hulp bij de toiletgang, eten en drinken of het halen bij kleine kinderen en het halen en brengen (alternatieve vormen van) school of vrije tijdsbesteding.

*De leden van de VVD-fractie vragen de regering nader te duiden wat de begrippen «zorg nodig hebben» en «iets (ernstig) mis gaan» inhouden die zijn opgenomen in de toegangscriteria Wlz. De huidige formulering biedt enerzijds ruimte voor maatwerk, maar kan ook tot onduidelijkheid leiden.*

Zorg nodig hebben is als zodanig geen toegangscriterium voor de Wlz. Zorg die mensen nodig hebben kan ook tot het domein van de Zvw of tot het gemeentelijk domein behoren. Met «iets ernstig mis gaan» oftewel ernstig nadeel voor de verzekerde, gaat het om een situatie waarin de cliënt zich maatschappelijk te gronde richt of dreigt te richten, zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen, ernstig lichamelijk

letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen, ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of dreigt te worden geschaad of dat zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder de invloed van een ander raakt. Het CIZ zal bij iedere indicatiestelling voor het desbetreffende individu onderbouwen waarom sprake is van een één of meer van deze situaties.

*De leden van de VVD-fractie vragen op welke manier Wlz zorg kan worden aangevraagd; kunnen bijvoorbeeld zorgbehoevenden zelf een indicatie aanvragen? Welke andere manieren zijn er om een Wlz indicatie aan te vragen? Op welke wijze dient deze indicatie te worden aangevraagd?*

Een aanvraag voor een Wlz-indicatie kan worden ingediend door de verzekerde (zorgbehoevende) zelf, door diens wettelijk vertegenwoordiger of door een derde namens de verzekerde. De aanvraag kan schriftelijk of mondeling worden ingediend bij het CIZ. In ieder geval moet de verzekerde of degene die namens de verzekerde de aanvraag doet het burgerservicenummer van de verzekerde vermelden.

*De leden van de VVD-fractie vragen de regering nader in te gaan op de term zorgprofiel; wat houdt dit precies in? Biedt het zorgprofiel een duidelijk kader voor zowel zorgaanbieders als cliënten ten behoeve van te maken afspraken voor het zorgplan? Hoeveel verschillende zorgprofielen zijn er? Wat is de samenhang tussen zorgprofielen en ZZP's? Wat is de verhouding van het aantal zorgprofielen tot het aantal ZZP's? Hoe verhoudt het zorgprofiel zich tot individueel maatwerk?*

Een zorgprofiel kan worden omschreven als een algemene typering van vergelijkbare zorgbehoeften of beperkingen op dezelfde terreinen, waarbij de verzorgings-, verplegings-, begeleidings- of behandelingsdoelen naar aard, inhoud en globale omvang overeenkomen. Het zorgzwaartepakket blijft vooralsnog bestaan voor de bekostiging. Voor 2015 zal het aantal zorgprofielen nagenoeg hetzelfde zijn als de huidige zorgzwaartepakketten. Het is het streven om vanaf 2016 het aantal zorgprofielen te beperken. Het Zorginstituut Nederland zal de vormgeving van de zorgprofielen nader uitwerken, in samenwerking met het CIZ, VWS, de NZa, branche- en cliëntenorganisaties. Bij gelegenheid informeer ik de Kamer hierover. In het indicatiebesluit stelt het CIZ vast of een cliënt aan de toegangscriteria van de Wlz voldoet en/of de cliënt op basis hiervan toegang tot de Wlz heeft. Daarnaast stelt het CIZ vast welk inhoudelijk zorgprofiel het beste past bij de cliënt. Het CIZ indiceert de zorgbehoefte hiertoe in aard, inhoud en (globale) omvang. Het CIZ indiceert niet meer in uren.

De zorgprofielen in de Wlz zijn gebaseerd op de cliëntprofielen in de AWBZ. De profielen zullen de zorgbehoefte en de noodzakelijke zorg duiden, en de omvang slechts globaal. Cliënten en zorgaanbieders krijgen hiermee een grotere vrijheid in de wijze waarop de zorg geleverd wordt en er komt minder nadruk te liggen op de omvang. De cliënt, dan wel zijn vertegenwoordiger, maakt afspraken over de zorg met de zorgaanbieder, die worden vastgelegd in het zorgplan. Uitgangspunt hierbij zijn de professionele standaarden voor goede zorg.

*De leden van de VVD-fractie merken op dat door de nieuwe manier van indiceren cliënten en zorgaanbieders een grotere vrijheid krijgen in de wijze waarop de zorg geleverd wordt. De leden van de VVD-fractie vragen of de regering dit nader kan toelichten, en daarbij ook ingaan op de mogelijkheden om (ook vooraf) kosten te beheersen en gepast gebruik van zorg te stimuleren.*

Het doel van de Wlz is dat mensen met een blijvende beperking passende zorg krijgen met aandacht voor het individuele welzijn. De professional krijgt meer ruimte om maatwerk te leveren. Daarom indiceert het CIZ niet meer in zorgzwaartepakketten maar in zorgprofielen. Een zorgprofiel is een algemene typering van naar aard, inhoud en omvang vergelijkbare zorgbehoeften, waarbij de verzorgings-, verplegings-, begeleidings- of behandeldoelen naar aard, inhoud en omvang globaal overeenkomen. Er ligt hiermee minder nadruk op de omvang en fixatie op uren wordt zo voorkomen. Het recht op zorg van de verzekerde wordt vastgesteld in het indicatiebesluit. In het indicatiebesluit wordt daarom aangegeven wat het best bij hem passende zorgprofiel is. De samenhangende zorg die voortvloeit uit het zorgprofiel is het recht op zorg van de verzekerde. Omdat de zorgverlener altijd de zorg op de specifieke situatie en behoeften van de verzekerde zal aanpassen, bieden de zorgprofielen aan de professional de ruimte om maatwerk te bieden. Via de bespreking van het zorgplan kunnen daar tussen de zorgaanbieder en de verzekerde ook afspraken over worden gemaakt. Zo wordt bereikt dat niet langer de bekostiging (door middel van het zorgzwaartepakket) leidend is in het maken van afspraken tussen cliënt en zorgaanbieder. Uiteraard is er nog sprake van zorginkoop afspraken tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder binnen de contracteerruimte. Dit draagt bij aan beheersing van kosten en het stimuleren van gepast gebruik.

*De leden van de VVD-fractie vragen om toe te lichten wie een herindicatie kan aanvragen. Dient de cliënt altijd mee te werken aan of in te stemmen met een herindicatie? Zo nee, hoe kan dan de situatie opgelost worden waarin de zorgaanbieder een herindicatie wil aanvragen maar de cliënt dit niet wil?*

Een indicatiebesluit heeft in beginsel een onbepaalde geldigheidsduur. De gedachte is om de verzekerde niet meer dan hoogstnoodzakelijk te belasten met een nieuw onderzoek. Niettemin kan het voorkomen dat een aanvankelijk vastgelegd zorgprofiel niet langer passend is, omdat de zorgbehoefte van de cliënt is veranderd. Hierover vindt doorgaans overleg plaats tussen de zorgaanbieder en de cliënt. Zorgaanbieder en cliënt zoeken in dat geval samen naar een andere invulling van de zorg. Indien de veranderde zorgvraag niet (langer) binnen de ruimte van het zorgprofiel van de cliënt kan worden opgevangen, kan de cliënt in overleg met de zorgaanbieder een herindicatie aanvragen bij het CIZ. Op deze manier zal ook hier sprake kunnen zijn van maatwerk.

Als de cliënt geen herindicatie wil aanvragen, en de zorgaanbieder wel, dan kan sprake zijn van een indicatiebesluit dat niet-passende aanspraken geeft voor de daadwerkelijke behoefte. Het eerste aangrijpingspunt is in zo'n situatie het zorgplan, waar de cliënt en de zorgaanbieder met elkaar over dit punt kunnen spreken. Als cliënt en zorgaanbieder er desondanks niet uitkomen en de zorgaanbieder geeft aan dat er sprake is van een hogere zorgbehoefte, dan kan het CIZ overwegen gebruik te maken van de bevoegdheid om ambtshalve te indiceren. Deze herindicatie kan nooit plaatsvinden zonder dat de cliënt dat weet.

*De leden van de VVD-fractie vragen zich af in hoeverre het voorliggend wetsvoorstel wordt gewijzigd ten aanzien van woningaanpassingen voor volwassenen.*

Tijdens de plenaire behandeling van de Wmo 2015 in de Tweede Kamer heb ik toegezegd dat op grond van de Wlz ook woningaanpassingen voor verzekerden van achttien jaar of ouder vergoed kunnen worden. Dit wordt geregeld in de tweede nota van wijziging op de Wlz.

*De leden van de VVD-fractie constateren dat de regering uitgebreid ingaat op de verschillen en overeenkomsten tussen vpt, pgb en verblijf in een instelling. Verderop in de memorie van toelichting gaat de regering in op de eigen betalingen bij deze drie mogelijkheden. Kan de regering, ondanks de nadere uitwerking die nog moet plaatsvinden, ingaan op de eigen betalingen die gelden bij het pgb, in verhouding tot de twee andere opties? Kan voor alle drie de opties ingegaan worden op eventuele eigen betalingen in het kader van de Zvw?*

*De leden van de VVD-, CDA- en D66-fractie hebben gevraagd naar de veranderingen op het gebied van eigen bijdragen. In het bijzonder wordt gevraagd naar een nadere uitwerking van de eigen bijdrage voor pgb-houders.*

De eigen bijdrage systematiek voor alle leveringsvormen is uitgewerkt in het Blz dat ik onlangs bij beide Kamers heb voorgehangen. Voor verblijf in een instelling en vpt verandert voor wat betreft de eigen bijdrage systematiek niets. Dit betekent dat cliënten die in een instelling verblijven in principe de hoge eigen bijdrage betalen of indien ze voldoen aan de uitzonderingen, zoals cliënten met een vpt, de lage eigen bijdrage.

Pgb-houders betalen op dit moment de extramurale eigen bijdrage. De extramurale eigen bijdrage die wordt opgelegd bedraagt minimaal tussen de +/- € 20–30 per maand. Deze eigen bijdrage wordt vooraf ingehouden en is afhankelijk van leeftijd en huwelijkse status van de cliënt. Naarmate het inkomen van de cliënt stijgt, stijgt ook de eigen bijdrage. Met de verschillende overhevelingen naar de Zvw en de decentralisatie naar de Wmo 2015 verdwijnt in de Wlz deze extramurale eigen bijdrage.

Voor pgb-houders in de Wlz betekent dit dat moet worden aangesloten op een andere eigen bijdrage systematiek. Er is voor gekozen om, conform het vpt, aan te sluiten op de lage intramurale eigen bijdrage. Door aan te sluiten op de lage intramurale eigen bijdrage blijft de uitvoering eenvoudig en inkomensafhankelijk. Voor de lage intramurale eigen bijdrage geldt voor de laagste inkomens een minimale eigen bijdrage van € 156 per maand. Dit zou een fikse stijging zijn voor de laagste inkomens ten opzichte van de huidige minimale eigen bijdrage van € 20–30 per maand. Vanwege deze stijging is er voor gekozen om pgb-houders een korting te geven van € 136. Zodoende betalen de laagste inkomens niet € 156, maar € 20 per maand. Dit sluit meer aan op de huidige minimale eigen bijdrage die pgb-houders nu betalen. Naarmate het inkomen stijgt zal ook de eigen bijdrage stijgen. Verder zal voor pgb-houders de eigen bijdrage niet meer aan de voorkant worden ingehouden. Dat was reeds een afspraak in het kader van het Begrotingsakkoord 2012. Pgb-houders merken in tegenstelling tot alle andere zorgvragers niet in de eigen portemonnee dat zij zorg genieten. Door de pgb-houders zelf hun eigen bijdrage te laten betalen is er geen verschil meer met andere zorgvragers en ontstaat meer zicht op de daadwerkelijke kosten.

Net als in het huidige systeem kan het voorkomen dat een cliënt ook gebruik maakt van de Zvw. In dat geval gelden, net als in de huidige situatie, de reguliere Zvw eigen bijdrage zoals het verplicht eigen risico. Om de laagste inkomens te ontzien wordt het verplicht eigen risico voor een groot deel gecompenseerd via de zorgtoeslag.

*De leden van de VVD-fractie hebben vragen over hoe de hoogte van het pgb wordt vastgesteld. De leden van de VVD-fractie vragen of, gegeven de nieuwe manier van indiceren, de regering kan aangeven hoe de hoogte van het pgb wordt bepaald, waarmee iemand zelf de benodigde zorg kan*

*inkopen. Dient de cliënt in het op te stellen budgetplan wel uit te gaan van het aantal uren zorg die hij/zij nodig heeft?*

Aan elk geïndiceerd zorgprofiel hangt, net als nu onder de AWBZ bij elk zorgzwaartepakket, een bepaald tarief dat een aanbieder van zorg in natura voor de betreffende cliënt krijgt. De hoogte van het pgb wordt onder de Wlz daadwerkelijk een afgeleide van dit naturatarief. Het naturatarief wordt daartoe opgeschoond voor de component voor kapitaallasten, verblijfskosten en behandeling omdat een budgethouder in principe thuis de zorg vorm en inhoud geeft en uit het pgb alleen zorg kan betalen, uitgezonderd behandeling. Het pgb-tarief moet zo voldoende zijn voor Wlz-budgethouders om de voor hem/haar passende zorg in te kopen. Een toeslag kan van toepassing zijn voor huishoudelijke hulp, kleinschalige wooninitiatieven en meerzorg. Hoe de hoogte van het pgb-tarief tot stand komt, wordt geregeld in het Blz. De exacte bedragen worden uitgewerkt in een ministeriële regeling.

Het pgb kent nu (en straks onder de Wlz) geen maximum aan het aantal uren in te kopen zorg, de indicatie is indicatief. Aan de hand van de zorgvraag wordt door iemand die een pgb wenst een budgetplan opgesteld. Dit budgetplan, waarin wordt beschreven hoe de zorg wordt vormgegeven, vormt de basis voor een gesprek bij het zorgkantoor waarin wordt gekeken welke leveringsvorm van zorg het meest voor de hand liggend is en of de voorgestelde zorg inderdaad verantwoord is gezien de zorgvraag. In zorgovereenkomsten worden vervolgens de afspraken over de te leveren prestatie en tarief tussen budgethouder en hulpverleners vastgelegd. Deze zorgovereenkomsten bevatten een beschrijving van de te leveren zorg.

*De leden van de fractie van de VVD, van de SP en van D66 vragen de regering een overzicht te sturen van alle aanspraken in de AWBZ die geen onderdeel zullen gaan uitmaken van de Wlz en per aanspraak aan te geven onder welke domeinen (wetten) deze aanspraken zijn/zullen komen te vallen.*

De aanspraken in de AWBZ bestaan uit:

- a. persoonlijke verzorging;
- b. verpleging;
- c. begeleiding;
- d. behandeling;
- e. verblijf;
- f. kortdurend verblijf;
- g. vervoer;
- h. doventolkzorg;
- i. voortgezet verblijf;
- j. zorg als omschreven in artikel 15;
- k. een neonatale hielprik;
- l. vaccinaties.
- m. ADL-assistentie

Deze aanspraken zijn/zullen onder de volgende domeinen (wetten) komen te vallen:

Was: AWBZ	Wordt: tot 18 jaar	Wordt: vanaf 18 jaar
begeleiding (incl. vervoer indien van toepassing)	Jeugdwet	Wmo
kortdurend verblijf		
persoonlijke verzorging	Jeugdwet	Wmo: pers. verzorging die geen verband houdt met (hoog risico op) behoefte aan geneeskundige zorg.
	Zvw: pers. verzorging bij intensieve kindzorg (IKZ) of palliatief terminale zorg (PTZ).	Zvw: pers. verzorging bij (hoog risico op) behoefte aan geneeskundige zorg.
ADL-assistentie	n.v.t.	Subsidie Wlz
verpleging		Zvw (incl. IKZ en PTZ)
behandeling	Zvw: bij zintuiglijke handicap.  Jeugdwet: bij verstandelijke handicap.  Wlz (in afwachting van Zvw): bij somatiek; lichamelijke handicap.	Zvw: bij zintuiglijke handicap.  Wlz (in afwachting van Zvw): bij somatiek; lichamelijke en verstandelijke handicap; psychogeriatric.
doventolk		Wmo
voortgezet verblijf	Zvw: bij medisch noodzakelijke geneeskundige zorg.  Jeugdwet: bij psychiatrie.	Zvw: bij medisch noodzakelijke geneeskundige zorg; psychiatrie.  Wlz: bij psychiatrie na 3 jr.
verblijf, en zorg artikel 15 bij behandeling in de verblijfsinstelling	Jeugdwet: ZZZ GGZ (b+c); ZZZ VG 1-3; ZZZ LVG. Wlz: ZZZ LG 2 en LG 4-7; ZZZ VG 4-8; ZZZ ZG 2-5.	Wmo: ZZZ GGZ (c). Zvw: ZZZ GGZ(b), na 3 jr: Wlz. Wlz: ZZZ LG 2 en LG 4-7; ZZZ VG 3-8; ZZZ ZG 2-5; ZZZ V&V 4 en hoger.
neonatale hiepruk		Wet Publieke Gezondheid
vaccinaties		

*De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre de bepalingen verschillen ten aanzien van het pgb in de Wlz ten opzichte van het pgb in de Wmo, na behandeling van de Wmo 2015 (inclusief aangenomen amendementen)? Kunnen eventuele verschillen gemotiveerd worden?*

Rekening houdend met het feit dat de Wmo 2015 principieel een andere wet is dan de Wlz en elke gemeente de beleidsvrijheid heeft om bepaalde aspecten van het pgb naar eigen inzicht in te vullen, sluiten de pgb's in de diverse domeinen zoveel als mogelijk op elkaar aan. Ik heb de Kamer hierover geïnformeerd in de brief met kenmerk Kamerstukken II 2013/2014, 25 657, nr. 104. Nadien zijn diverse amendementen op de Wmo 2015 aanvaard. Voor de Wlz en de Wlz-budgethouders zijn in elk geval de amendementen 23, 103 en 151 relevant. Ik leg bij deze amendementen uit waarom die wel of niet worden verwerkt in de Wlz.

Het amendement 23 (leden Van der Staaij/Voortman) regelt dat als aan de pgb-voorwaarden wordt voldaan een gemeente, in kader van de Wmo 2015 of Jeugdwet, een pgb alleen kan weigeren voor dat gedeelte dat duurder is dan zorg in natura. Binnen de Wlz kan geen combinatie worden gemaakt tussen naturazorg (het verblijven in een instelling of thuis verblijven met een vpt) en het pgb (zelf in een thuissetting de zorg vormgegeven). Derhalve is binnen de Wlz niet mogelijk om een pgb gedeeltelijk te weigeren zoals het amendement 23 wel regelt voor de Wmo 2015 en Jeugdwet.

Het amendement 103 (lid Voortman) beoogt te regelen dat iemand moet motiveren waarom in het kader van de Wmo 2015 het pgb de wijze is om passende zorg te organiseren in plaats van te motiveren waarom naturazorg niet de wijze is. In de Wlz is opgenomen dat een pgb alleen wordt verstrekt als de verzekerde zich gemotiveerd op het standpunt stelt dat hij de zorg niet met zorg in natura wenst geleverd te krijgen. Doel van deze weigeringsgrond is dat een bewuste keuze wordt gemaakt tussen de leveringsvormen en te bewerkstelligen dat de cliënt (of diens vertegenwoordiger) zich op alle vormen heeft georiënteerd.

Het amendement nummer 113 (lid Voortman) beoogt te regelen dat kwaliteitseisen, die aan zorg in natura worden gesteld, niet één-op-één ook (aan de zorg ingekocht met) het pgb opgelegd kunnen worden. Aangezien de budgethouder over de kwaliteit gaat is dit in de Wlz (ook) niet aan de orde. Alleen bij de toegang tot het pgb wordt in algemene zin gekeken of de zorg thuis verantwoord ingevuld kan worden, maar ook dan zullen niet de kwaliteitseisen van de inkoop als zodanig op elke in te huren hulpverlener worden gehanteerd. Er zal wel voor zover mogelijk worden gekeken of sprake is van betrokkenheid van een malafide organisatie of bureau.

Het amendement nummer 151 beoogt te regelen wie een cliënt kan vertegenwoordigen. Dit is bij uitstek van belang in de Wlz. Juist in de Wlz is vaak geen sprake van eigen regie door de cliënt en moet dat door een betrouwbaar iemand kunnen worden overgenomen. Nu is het zo dat iedereen vertegenwoordiger kan zijn, de vertegenwoordiger soms financieel belang heeft bij het pgb en de kwetsbare zorgvrager wel aansprakelijk blijft. Ik ben dan ook voornemens om de kring van vertegenwoordigers te beperken. Met diverse relevante partijen zal hierover overleg worden georganiseerd om te bezien op welke wijze dit voornemen uitvoerbaar is en, zo ja, dit goed te regelen.

*De leden van de VVD-fractie vragen wat het verschil is tussen de voorgestelde uitvoering en de huidige uitvoering van de AWBZ. Daarnaast vragen zij welke voordelen dit oplevert.*

De regering heeft ambities voor de langdurige zorg, maar ziet dat als gevolg van de gehele hervorming van de langdurige zorg het veld de komende jaren voor een forse veranderingsopgave staat met de benodigde aanpassingen in de uitvoering. De regering heeft er daarom voor gekozen om de bestaande uitvoeringsstructuur grotendeels te handhaven in de Wlz per 1 januari 2015. Een belangrijk onderdeel van de Wlz is dat de verantwoordelijkheid van de uitvoering van de Wlz komt te liggen bij de individuele Wlz-uitvoerders. De Wlz-uitvoerders blijven eindverantwoordelijk, ook wanneer zij taken mandateren aan het zorgkantoor. De individuele Wlz-uitvoerders ontvangen de beheerskosten en moeten voor de taken die het zorgkantoor van hen overneemt het zorgkantoor betalen. Op deze manier ontstaat er een opdrachtgeverrelatie, die er in de AWBZ nog niet was. Dit houdt zowel de Wlz-uitvoerder als het zorgkantoor scherp. De Wlz-uitvoerders maken afspraken over wat er van

het zorgkantoor wordt verwacht en kunnen hierop worden aangesproken, zowel door de toezichthouder als door hun eigen verzekerden.

*De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre Wlz-uitvoerders een prikkel hebben om tot een doelmatige uitvoering te komen als de opbrengsten van hun activiteiten worden afgeroomd. De leden van de VVD-fractie constateren dat in het kader van de uitvoering de regering aangeeft dat de regering verwacht van uitvoerders dat zij zich stevig – meer dan in de AWBZ – inspinnen voor goede, innovatieve zorg en doelmatigheid en dat hiertoe wet- en regelgeving wordt aangescherpt. Zij vragen om een nadere toelichting van wat er precies wordt aangescherpt in wet- en regelgeving en hoe dit bijdraagt aan goede, innovatieve zorg en doelmatigheid.*

De Wlz wordt niet risicodragend door de zorgverzekeraars uitgevoerd. De doelmatige uitvoering wordt daarom vooral bevorderd via een systeem van budgettering waarbij vooraf een financieel kader wordt vastgesteld, gecombineerd met toezicht op doel- en rechtmatigheid door de NZa. Het is daarbij van belang om een onderscheid te maken tussen de zorgkosten en de beheerskosten. Eventuele overschotten in de zorgkosten worden afgeroomd. Bij de beheerskosten mogen de Wlz uitvoerders een reserve aanhouden.

In de Wlz zijn diverse delegatiebepalingen opgenomen, waarmee de Minister de bevoegdheid krijgt om bij amvb en ministeriële regelingen nadere regels te stellen aan de Wlz-uitvoerder. Zo kan de Minister ten aanzien van de taken van de Wlz-uitvoerder nadere regels stellen over de wijze waarop de overeenkomsten tot stand komen, kan zij nadere regels stellen die gehanteerd moeten worden bij de zorginkoop en kunnen er regels gesteld worden aan de uitbesteding van taken door de Wlz-uitvoerders. Deze delegatiebepalingen stralen de ambitie uit om de uitvoering van de Wlz tot een hoger niveau te tillen dan ten tijde van de AWBZ. Dit zorgt voor duidelijkheid voor de Wlz-uitvoerders wat er van hen verwacht wordt, wat bijdraagt aan goede, innovatieve zorg en doelmatigheid. De regering is terughoudend in het direct stellen van nadere regels, maar heeft in de Wlz wel de mogelijkheid geschapen om indien nodig als de uitvoering van de Wlz niet tot de gewenste zorg en doelmatigheid leidt, de Wlz-uitvoerders bij te sturen. De regering heeft de NZa verzocht het toezicht te verscherpen en Wlz-uitvoerders aan te spreken op hun verantwoordelijkheid.

*De leden van de VVD-fractie vragen of de regering een doorkijk kan geven naar het tijdpad en de beslismomenten van de tweede fase.*

Het is nog te vroeg om al een concreet tijdpad te kunnen opstellen voor de tweede fase. Op dit moment is van belang om eerst de veranderingen die de eerste fase met zich mee brengt te realiseren en het zo goed mogelijk vormgeven van de transitie van AWBZ naar Wlz. Een beslissing over fase twee zal niet voor 2017 worden genomen. Voor de regering is niet zo zeer het tijdpad leidend maar wel aan welke voorwaarden moet worden voldaan om in fase twee naar een andere uitvoeringsstructuur te gaan. Alleen als aan deze voorwaarden wordt voldaan dan kan een beslissing genomen worden over fase twee.

*De leden van de VVD-fractie merken op dat de regering aangeeft dat het algeheel functioneren van zorgkantoren dient te worden verbeterd en dat het niveau van de achterblijvers wordt opgetrokken. Zij vragen wat de regering concreet gaat doen om dit te bereiken. Tevens vragen zij in hoeverre deze ervaringen met de huidige AWBZ zorgkantoren worden gebruikt bij het aanwijzen van de nieuwe «zorgkantoren» in de Wlz.*



Indien een zorgkantoor in een regio bepaalde uitbestede taken niet goed uitvoert, verwacht de regering dat Wlz-uitvoerders met verzekerden in die regio het zorgkantoor daar op aanspreken.

De Wlz-uitvoerder blijft namelijk eindverantwoordelijk, ook al heeft deze Wlz-uitvoerder taken uitbesteed aan het zorgkantoor. Ook de NZa zal voor deze taken rechtstreeks de verantwoordelijke Wlz-uitvoerders aanspreken. Dat wil zeggen dat de NZa tegelijkertijd de Wlz-uitvoerder aan zal spreken die in de desbetreffende regio het zorgkantoor is en de Wlz-uitvoerders die taken aan dat zorgkantoor hebben uitbesteed. Dit zal zij steviger doen dan in de AWBZ het geval was.

Hierdoor komen Wlz-uitvoerders meer in de wind te staan en ervaren zij een sterkere prikkel om zorgkantoren aan te spreken op hun functioneren. Op deze manier kan het niveau van de achterblijvers worden opgetrokken. Zoals in de memorie van toelichting is opgenomen, ben ik voornemens om in het eerste jaar waarin de Wlz geldt voor dat jaar voor iedere regio zoveel mogelijk de Wlz-uitvoerder aan te wijzen die deel uitmaakt van de zorgverzekeringsgroep die voorheen het zorgkantoor voor de desbetreffende regio leverde. Dit om de transitie in het eerste jaar op een zo zorgvuldig mogelijke wijze te laten landen in de uitvoering. Voor daaropvolgende jaren zal de regering bij het aanwijzen van de zorgkantoren meer en meer de uitvoeringskwaliteit meewegen in haar beslissing. De regering maakt hierbij gebruik van de beoordeling van de NZa die de laatste jaren steeds meer gestructureerd en meer objectief de uitvoering van de AWBZ beziet.

*De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre verzekeraars zorg in natura dienen te vergoeden aan zorgaanbieders die niet gecontracteerd zijn.*

Zorgkantoren vergoeden alleen zorg aan zorgaanbieders die vooraf zijn gecontracteerd. Zij zullen daarom geen zorg vergoeden aan aanbieders die niet gecontracteerd zijn.

*De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre cliënten in de Wlz verblijf kunnen afnemen van een andere aanbieder dan waar zij overige Wlz zorg afnemen? Met andere woorden: in hoeverre is het scheiden van wonen en zorg binnen de Wlz mogelijk?*

Eén van de belangrijke vernieuwingen in de Wlz is dat de zorgbehoefte in kaart wordt gebracht en de cliënt zelf de meest passende woonvorm kan kiezen. Deze woonvormen kunnen ondersteund worden met pgb, vpt of zorg in natura. De keuze voor scheiden van wonen en zorg wordt dus niet opgelegd maar aan de cliënt overgelaten.

*De leden van de fracties van de VVD, PvdA, D66 en GroenLinks hebben allen vragen over de combinatie van zorg in natura en pgb. De leden van de VVD-fractie vragen of cliënten in de Wlz deels zorg in natura en deels zorg via pgb kunnen inkopen. Zo nee, waarom niet?*

*De leden van de PvdA-fractie vragen waarom er in de Wlz alleen de keuze tussen óf een pgb óf zorg in natura is? Waarom maakt de regering geen combinatie mogelijk? Deze leden zien bijvoorbeeld zorg via een zorg in natura regeling voor zich waarbij de dagbesteding via een pgb wordt ingekocht. Wat is de visie van de regering op dergelijke combinatieconstructies. Is de regering voornemens om te bezien vanaf wanneer zij genoemde combinaties mogelijk maakt in de praktijk?*

*De leden van de D66-fractie vragen of het klopt dat het in de Wlz niet mogelijk is om een pgb en zorg-in-natura te combineren. Wat is daarvan de reden? Hoe verhoudt dat zich tot de vigerende wet- en regelgeving? En wordt hiermee niet onnodig de mogelijkheden voor eigen regie op bepaalde onderdelen ingeperkt? Ook vragen de leden zich af wat de*

*aanpassingen betekent voor zorgconcepten als de Thomashuizen en de Herbergier. Graag ontvangen zij een toelichting van de regering op dit punt.*

*De leden van de GroenLinks-fractie krijgen graag meer duidelijkheid over de mogelijkheden binnen voorliggend wetsvoorstel om het pgb en zorg in natura met elkaar te kunnen combineren. Is de regering het met de leden van de GroenLinks-fractie eens dat dit de keuzevrijheid niet ten goede komt wanneer het pgb en zorg in natura niet met elkaar gecombineerd kunnen worden? Waarom is ervoor gekozen om deze mogelijkheid met voorliggend wetsvoorstel te laten vervallen.*

Onder de huidige AWBZ is het mogelijk dat budgethouders hun indicatie zowel via zorg in natura als pgb verzilveren, omdat in extramurale functies en klassen werd geïndiceerd of omdat een verblijfsindicatie (zorgzwaartepakket) in functies en klassen kan worden omgezet. Onder de Wlz is geen sprake meer van extramurale functies en klassen en kiest iemand gezien de zwaarte van de zorgvraag om óf te verblijven in een instelling óf om niet te verblijven in een instelling en thuis de zorg vorm en inhoud te geven. Dat laatste kan via een vpt of pgb.

Kernpunt in de Wlz is dat de doelgroep beperkt wordt tot cliënten die permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben. Dit vereist uit kwaliteitsoverwegingen dat één aanbieder die verantwoordelijk is voor het gehele pakket aan zorg in natura (al dan niet geleverd via een vpt). Wanneer een aanbieder slechts een deel van de zorg levert aan een Wlz-cliënt, kan hij deze integrale verantwoordelijkheid niet waarmaken. De Wlz gaat er aldus vanuit dat de zorgaanbieder in overleg met de cliënt een samenhangend pakket zorg aanbiedt en zo nodig passende dagbesteding levert, elders inkoop of dat het zorgkantoor zorgt voor voldoende aanbod dagbesteding. Voorts blijft het uiteraard mogelijk om met het pgb zorg in te kopen bij een aanbieder van zorg in natura. Dat geldt ook voor mensen die in een kleinschalig pgb-gefinancierd wooninitiatief wonen.

Kiezen voor én naturazorg én pgb is zodoende niet meer aan de orde onder de Wlz. De enige combinatie die mogelijk moet blijven is dat behandeling in natura wordt geleverd als een cliënt voor het pgb kiest. Dit omdat behandeling niet uit het pgb kan worden geleverd, wat ook nu onder de AWBZ het geval is.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of het klopt dat ook in de Wmo 2015, waar zorg geen verzekerd recht is, de inzet van de sociale omgeving geen verplichtend karakter mag hebben.*

In de Wmo 2015 is geen sprake van een verplichte inzet van de sociale omgeving.

*De leden van de PvdA-fractie constateren dat de zorgkantoren het feitelijke werk blijven doen. Zij vragen of de regering een nadere toelichting kan geven op deze keuze en uiteen kan zetten hoe de oude situatie verschilt van de nieuwe situatie. Zij vragen welke stappen gezet moeten worden om tot deze verandering in het systeem te komen en wat deze verandering concreet oplevert aan minder bureaucratie en een efficiëntere werking van de Wlz in vergelijking met de huidige AWBZ. Zij vragen tevens of kan worden toegelicht hoe het systeem gaat functioneren wanneer Wlz-uitvoerders verantwoordelijk worden voor de eigen verzekerden.*

De regering heeft ervoor gekozen om de bestaande uitvoeringsstructuur grotendeels te handhaven in de Wlz, omdat het veld de komende jaren als

gevolg van de gehele hervorming van de langdurige zorg voor een forse veranderingsopgave staat. Wel zijn in de Wlz diverse delegatiebepalingen opgenomen, waarmee de Minister de bevoegdheid krijgt om bij amvb en ministeriële regelingen nadere regels te stellen aan de Wlz-uitvoerder. Op deze manier heeft de regering de mogelijkheid geschapen om indien nodig als de uitvoering van de Wlz niet tot de gewenste zorg en doelmatigheid leidt, de Wlz-uitvoerders bij te sturen.

Door het beheersinstrumentarium van de AWBZ in de Wlz te behouden wordt de beheersbaarheid van de uitgaven van de Wlz geborgd. Een verschil is dat het pgb wordt opgenomen in het macro-kader en beschikbaar gesteld naast de (regionale) budgettaire kaders van de contracteerruimte (zorg in natura). De beheersbaarheid van het totale budgettaire kader van de Wlz wordt hierdoor versterkt. Dit levert geen verminderingen aan bureaucratie op, maar versterkt wel de houdbaarheid van de Wlz. Daarnaast geldt dat – net als in de AWBZ – de individuele Wlz-uitvoerders verantwoordelijk blijven voor de uitvoering van de Wlz voor de eigen verzekerden. De Wlz-uitvoerders kunnen de taken die nog niet aan een andere partij zijn toegewezen mandateren aan het zorgkantoor.

*De leden van de PvdA-fractie vragen hoe het afwegingskader in relatie tot de toegangscriteria van de Wlz nader worden uitgewerkt?*

De uitwerking van het afwegingskader vindt plaats in de Beleidsregels indicatiestelling Wlz. Deze beleidsregels worden in samenwerking met het Zorginstituut Nederland en het CIZ opgesteld.

*De leden van de PvdA-fractie stellen dat heldere toegangscriteria voor de Wlz van wezenlijk belang zijn voor een juiste uitwerking van de hervorming van de langdurige zorg en geven aan graag toe te willen naar toegangscriteria die niet technisch benaderd worden, maar functioneel en vragen hoe concreet bepaald wordt of iemand onder de Wlz valt of onder de Wmo 2015.*

De regering is het met de leden van de PvdA-fractie eens dat een heldere verantwoordelijkheidsverdeling van wezenlijk belang is en heeft hiertoe heldere toegangscriteria voor de Wlz geformuleerd zodat cliënten met een zware zorgbehoefte passende zorg met verblijf vanuit de Wlz kunnen krijgen. Het gaat hier om zorginhoudelijke criteria c.q. de mate van beperkingen en de zorgbehoefte van de cliënt zelf. Of de sociale omgeving, de gemeente of de verzekeraar voldoende doet om een aanspraak op de Wlz te voorkomen maakt geen onderdeel uit van de toegangscriteria. De indicatiestelling door het CIZ staat een persoonlijke benadering voor en vindt plaats via een persoonlijk contact met de cliënt. Naast de toegang tot de Wlz beslist het CIZ op basis van het onderzoek welk zorgprofiel het beste bij de zorgbehoefte van de cliënt past. Cliënten die niet in aanmerking komen voor Wlz-zorg krijgen hun zorg vanuit de Wmo 2015/Jeugdwet en de Zvw. Op deze wijze vallen er geen mensen tussen de wal en het schip.

*Hoe wordt volgens de toegangscriteria permanent toezicht of toezicht 24 uur zorg in de nabijheid gekeken naar een hoogbejaarde dame die rolstoelgebonden is, of bedlegerig is, maar nog wel zelf op een noodknop kan drukken wanneer er problemen zijn? Heeft deze dame Wlz-zorg nodig?*

Of deze dame in aanmerking komt voor Wlz-zorg hangt ervan af of deze dame een voortdurende behoefte heeft aan begeleiding bij, of overname van verzorgings- en verplegingstaken, zoals de toiletgang, het eten en drinken, het wassen en afdrogen, het aan- en uitkleden, het innemen van

medicijnen en het verzorgen van een wond. De zogenaamde zelfzorg-taken. Het gaat hier dan om zorg op ongeplande tijden naast de zorg op geplande tijden. Daarnaast moet sprake een blijvende Wlz-zorgvraag en dat er sprake moet zijn van een grondslag (de andere cumulatieve toegangscriteria). Als aan voorgaande criteria wordt voldaan, dan komt deze dame in aanmerking voor de Wlz.

*De leden van de PvdA-fractie stellen dat er in de toegangscriteria van de Wlz niets is opgenomen over de rol van de sociale omgeving van de cliënt. De leden lezen verderop in de memorie van toelichting dat er soms wel bepaald kan worden dat een cliënt met behulp van zorg via de Wmo 2015 of de Zvw thuis kan blijven wonen ondanks een Wlz indicatie. Hoe verhouden deze zaken zich tot elkaar en hoe wordt de financiering van zorg en de zorg zelf geborgd voor deze cliënten? De leden van de PvdA-fractie vragen wie er concreet bepaalt wanneer het mogelijk en wenselijk is met zorg uit de Zvw en de Wmo 2015 thuis te blijven wonen ondanks een zware zorgbehoefte en een Wlz-indicatie; wie er bepaalt door wie en waar de zorg wordt geleverd; hoe de zorg wordt afgestemd na het gesprek tussen de cliënt, mantelzorgers, gemeenten, verzekeraar en het CIZ; hoe afwentelinggedrag kan worden voorkomen en in hoeverre cliënten inspraak hebben op uit welk domein of domeinen de zorg en ondersteuning wordt verstrekt. De leden van de PvdA-fractie vragen om duidelijkheid waar iemand met een zorgvraag nu eerst terecht komt. Moet deze persoon zich eerst melden bij de gemeente of kan iemand zich direct melden bij het CIZ? Hoe loopt dit proces? Hoe weten mensen nu waar ze zich moeten melden wanneer ze zelf, of een naaste, een zorgvraag hebben? Ook vragen de leden om een nadere toelichting van de regering op de toegangscriteria en de afbakening tussen Wlz en WMO en dan specifiek op het gebied van de toegang tot zorg. Verder vragen de leden aan de regering of deze kan toelichten welke instantie op welk moment verantwoordelijk is voor de benodigde zorg als de cliënt in afwachting is van het indicatiebesluit van CIZ en maakt het verschil waar de cliënt zich als eerste heeft gemeld? Ook vragen deze leden zich af welke instantie verantwoordelijk is voor de benodigde zorg als de cliënt een bezwaarprocedure bij het CIZ afwacht.*

Zorg uit de sociale omgeving c.q. mantelzorg speelt bij de toegangsbe-paling voor de Wlz geen rol omdat cliënten die zich voor de Wlz kwalifi-ceren een zodanig intensieve zorgvraag hebben dat van de sociale omgeving niet of niet meer wordt verwacht dat zij (het geheel van) die zorg op zich nemen. Er zijn mensen met een zware zorgbehoefte die mogelijk recht zouden hebben op een integraal zorgpakket vanuit de Wlz, maar die dankzij de inspanning van mensen uit hun sociale omgeving slechts een beperkte formele ondersteunings- en/of zorgvraag hebben. Deze mensen hebben dan feitelijk nog geen Wlz-indicatiebesluit van het CIZ. Zij krijgen dan zorg op grond van de Zvw, Wmo 2015 en/of de Jeugdwet.

Als cliënten met een zware zorgbehoefte thuis willen blijven wonen, dan vindt er een gesprek plaats tussen de cliënt en zijn mantelzorger, de gemeente, de verzekeraar het CIZ. Onderzocht wordt of met onder-steuning en zorg (door het eigen netwerk en door de gemeente vanuit de Wmo 2015 en eventueel door de zorgverzekeraar vanuit de Zvw) de zorg thuis ook verantwoord is. Uiteindelijk beslissen de gemeente en de zorgverzekeraar of zij het nog doelmatig en verantwoord vinden om de benodigde zorg en ondersteuning vanuit de Wmo 2015, Jeugdwet en/of Zvw voort te zetten. Is dat het geval, dan kan die zorg en ondersteuning worden gecontinueerd. Is dat niet het geval, dan zal het CIZ indien de cliënt dat wenst, het formele indicatieproces starten en onafhankelijk bepalen of de cliënt recht heeft op Wlz-zorg. Indien het CIZ vaststelt dat

iemand voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz, ontvangt hij voortaan Wlz-zorg. Een terugverwijzing naar de gemeente en verzekeraar is dan niet aan de orde. Als het CIZ echter tot het oordeel komt dat een Wlz-indicatie niet kan worden verkregen, is het aan de gemeente en – bij behoefte aan verpleging en verzorging – de zorgverzekeraar om in de benodigde ondersteuning en zorg te voorzien.

Cliënten of naasten kunnen zich met een zorgvraag zowel melden bij het CIZ als bij de gemeente. Bij de gemeente is (kosteloos) cliëntondersteuning beschikbaar om cliënten te helpen bij de indicatiestelling. Dit geldt ook voor mensen van wie het vermoeden bestaat dat zij zorg op grond van de Wlz nodig hebben en zich voor een indicatiebesluit bij het CIZ melden. Verder wordt het veld (wijkverpleegkundigen, transferverpleegkundigen, huisartsen, zorgaanbieders en dergelijke) geïnformeerd over de diverse mogelijkheden aan zorg binnen de verschillende domeinen.

De afbakening tussen Wlz en Wmo 2015/Jeugdwet en Zvw is, om te voorkomen dat cliënten van het kastje naar de muur worden gestuurd, geregeld door het feit dat de Wlz in veel gevallen feitelijk voorliggend is op de Wmo 2015 en Zvw wanneer een cliënt voldoet aan de entree-eis van de Wlz. Kort gezegd heeft de cliënt aanspraak op Wlz-zorg voor zover hij daar naar aard, inhoud en omvang redelijkerwijs op is aangewezen. Er gelden de volgende cumulatieve eisen:

1. de zorgbehoefte vloeit voort uit een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap;
2. de verzekerde behoeft permanent toezicht of voortdurende zorg in de nabijheid;
3. de zorgbehoefte is blijvend, en
4. het CIZ heeft in een op aanvraag van de verzekerde genomen indicatiebesluit vastgesteld dat aan de eerste 3 eisen is voldaan.

Zolang een cliënt nog geen indicatiebesluit van het CIZ heeft, zijn de gemeente en de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor de zorg thuis. In die gevallen waarbij de inschatting is dat het zeer waarschijnlijk is dat de cliënt blijvend op Wlz-zorg is aangewezen en per direct een opname in een instelling nodig is, kan de cliënt in een Wlz-instelling worden opgenomen. Het CIZ stelt dan binnen twee weken de indicatie. Als uit het indicatiebesluit blijkt dat de cliënt inderdaad aanspraak maakt op Wlz-zorg, dan zal het CIZ deze zorg met terugwerkende kracht indiceren tot de datum van opname. Bij een negatief besluit van het CIZ op de toegang tot de Wlz, zijn gedurende de bezwaarprocedure bij het CIZ de gemeente en verzekeraar verantwoordelijk voor de voor de cliënt benodigde zorg. Als de cliënt bezwaar maakt tegen het geïndiceerde zorgprofiel, dan zal de cliënt zolang de zorg krijgen op basis van het geïndiceerde profiel.

*De leden van de PvdA-fractie vragen – naar aanleiding van de maatregel uit het recente zorgoverleg waarbij meer mensen zekerheid krijgen over een plek in een instelling – hoe wordt bepaald wie er geen zorg in een instelling nodig heeft, maar thuis kan blijven wonen. Tevens vragen zij hoe het kan worden voorzien in voldoende geschikte woningen en hoe vrijkomende gebouwen ingezet kunnen worden om in geschikte woonplekken voor deze doelgroep te voorzien.*

Het CIZ zal gaan bepalen of iemand in aanmerking komt voor zorg vanuit de Wlz. Als criteria daarbij gelden de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Indien voldaan wordt aan deze criteria komt een cliënt in aanmerking voor verblijf in een instelling (waarbij de

zorg ook eventueel via een pgb of een vpt te regelen is). In de overige gevallen zal de zorg thuis worden geleverd via de Wmo 2015 en/of de Zvw. Overigens kan deze thuissituatie in de Wmo 2015 of de Zvw ook in een geclusterde setting plaats vinden; dat kan eventueel ook een leegkomende plek in een zorginstelling betreffen. De plek in de (voormalige) zorginstelling geldt dan als het zelfverkozen (t)huis van de cliënt. Zorginstellingen kunnen zich richten op het verhuren van hun kamers/appartementen gecombineerd met het leveren van extramurale zorg en ondersteuning. Om de doelstellingen van de hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning te realiseren heb ik samen met alle betrokken landelijke partijen werkafspraken gemaakt, die hoofdzakelijk op lokaal niveau cq. in de regio worden besproken. Een van de onderwerpen die daarbij ook aan de orde komt betreft het vastgoed. In de reactie van het kabinet op het advies van de Raad voor de leefomgeving en infrastructuur (Rli), die op 4 juni jl. is toegezonden, is ingegaan op de relatie tussen de hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning en het wonen.

*De leden van de PvdA-fractie lezen dat kinderen kunnen ook toegang hebben tot de Wlz. Echter deze leden lezen tevens op pagina 12 van de memorie van toelichting dat een verstandelijk gehandicapt kind voor wat betreft de zorgbehoefte aan de toegangscriteria van de Wlz kan voldoen, maar dat het kind eerst door de eigen omgeving en de gemeente (Jeugdwet) zal moeten worden geholpen omdat het nog niet redelijkerwijs op de Wlz-zorg is aangewezen. De regering stelt namelijk dat er van een ouder van een thuiswonend verstandelijk gehandicapt kind een substantiële bijdrage mag worden verwacht bij het toezicht, verzorgen en opvoeden van een kind. Deze uitspraak baart genoemde leden zorgen. Hoe verhoudt in deze situatie enerzijds het recht op zorg via de Wlz zich tot het geen zorg ontvangen via de Wlz, terwijl hier wel op basis van de toegangscriteria van de Wlz recht op is? Waarop kunnen ouders van verstandelijk gehandicapte kinderen rekenen en hoe worden zij geïnformeerd? Welke keuzes hebben zij zelf bij het organiseren van zorg voor hun kind? Wie bepaalt er in de situatie van een gehandicapt kind of iemand wel of niet redelijkerwijs op Wlz-zorg is aangewezen indien hiervoor een indicatie is op basis van de toegangscriteria van de Wlz? Wat gebeurt er wanneer er onenigheid ontstaat over deze redelijkerwijsheid? Welke positie hebben cliënten dan? Vaak doen ouders al het uiterste voor hun kinderen en doen zij wat ze kunnen, voordat zij een beroep doen op zorg of ondersteuning. De uitspraak op pagina 12 van de memorie van toelichting doet hieraan volgens deze leden geen recht. Wanneer wordt bekend welke nadere regels gesteld zullen worden aan gebruikelijke zorg door het CIZ en hoe wordt de Kamer hierover geïnformeerd? In hoeverre worden cliëntorganisaties betrokken bij de uitwerking van het begrip gebruikelijke zorg?*

Met het nog niet redelijkerwijs aangewezen zijn op Wlz-zorg, op pagina 12 van de memorie van toelichting, bedoelt de regering dat als het gaat om minderjarige kinderen ouders verantwoordelijk zijn voor hun verzorging, opvoeding en het toezicht op hen. Dit geldt ook als het gaat om een kind met een ziekte, aandoening of beperking. Als gebruikelijke zorg wordt gezien de zorg die het kind toch al zou ontvangen van zijn ouders, zoals het bieden van toezicht. In de Wlz geldt daarom, op precies dezelfde wijze als nu geregeld in de AWBZ, dat als de zorgvraag van het kind niet de gebruikelijke zorg overstijgt het kind niet op Wlz-zorg is aangewezen.

Kinderen die toegang hebben tot de Wlz, krijgen hun integrale pakket aan zorg en eventueel benodigde meerzorg op basis van zorg in natura, via een vpt of een pgb vanuit de Wlz. Daarnaast krijgen zij de woningaanpassingen en mobiliteitshulpmiddelen vanuit de Wlz. Kinderen die geen

toegang hebben tot de Wlz krijgen hun zorg en ondersteuning vanuit de Zvw en Jeugdwet en eventuele woningaanpassingen en mobiliteitshulpmiddelen vanuit de Wmo 2015. Wat gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen binnen de Wlz is, wordt via een richtlijn uitgewerkt in de Beleidsregels Indicatiestelling Wlz. Deze informatie is publiekelijk toegankelijk en bekend bij de cliëntondersteuners indicatiestelling waar cliënten en hun mantelzorgers beroep op kunnen doen bij het aanvragen van een Wlz-indicatie bij het CIZ. Kinderen die toegang hebben tot de Wlz, krijgen hun integrale pakket aan zorg vanuit de Wlz. Daarnaast krijgen zij vanuit de Wlz de woningaanpassingen en mobiliteitshulpmiddelen. Zij kunnen bij de invulling van deze zorg kiezen om de zorg thuis te organiseren waarbij de mogelijkheid tot respijtzorg bestaat door het kind bijvoorbeeld enkele nachten per week in een instelling te laten logeren of dat het kind een aantal dagen per week naar de dagbesteding gaat. Het kind kan de zorg thuis krijgen, maar indien aan de orde ook op school. Bij pgb is een mix mogelijk van professionele en niet professionele zorg mogelijk. Ook is opname in een instelling of een klein wooninitiatief mogelijk waarbij het kind als dit de wens is vanuit dit integrale pakket gedurende weekenden of in de vakantieperiode thuis worden verzorgd. Deze keuzes worden tot uitdrukking gebracht in het budgetplan. Het CIZ bepaalt, naast de overige toegangscriteria tot de Wlz, aan de hand van de richtlijn gebruikelijke zorg uit de beleidsregels in hoeverre de zorgbehoefte gebruikelijke zorg betreft, en bepaalt op basis daarvan of een kind is aangewezen op de Wlz. Als er onenigheid bestaat tussen ouders en CIZ over de vraag of er sprake is van gebruikelijke zorg, dan kunnen de ouders bezwaar en beroep aantekenen tegen het besluit van het CIZ. Zo lang er geen Wlz-indicatiebesluit is verstrekt, blijft het kind zijn of haar zorg vanuit de Wmo 2015, Jeugdwet en de Zvw ontvangen. De nader gestelde regels rondom gebruikelijke zorg worden uitgewerkt in de Beleidsregels Indicatiestelling Wlz. Deze beleidsregels worden net als binnen de AWBZ te doen gebruikelijk aan het einde van het jaar aan de Kamer gestuurd en worden gepubliceerd in de Staatscourant. De Beleidsregels Indicatiestelling Wlz worden in samenwerking met het Zorginstituut Nederland en het CIZ opgesteld. Waar nodig betrek ik de cliëntenorganisaties hierbij.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of het CIZ voldoende capaciteit heeft om persoonlijke gesprekken te voeren met cliënten en waaruit blijkt dat? Graag ontvangen de leden van de PvdA-fractie een toelichting van de regering. Kunnen deze gesprekken op verzoek van de cliënt of hun naasten plaatsvinden in de thuissituatie van een cliënt? Heeft de cliënt hier zelf een beslissende stem in?*

Het zelfstandig bestuurorgaan CIZ zal komen te beschikken over een zodanige personele bezetting dat invulling kan worden gegeven aan die één-op-één gesprekken. Het huidige CIZ heeft een formatie die is gerelateerd aan het aantal aanvragen voor toegang tot de AWBZ. Het aantal aanvragen voor zorg op basis van de Wlz zal aanmerkelijk lager zijn. Dat biedt de mogelijkheid om een kwaliteitsverbetering door te voeren die recht doet aan de wens van de regering om zo lang mogelijk en zo uitgebreid mogelijk te appelleren aan de capaciteiten van cliënten. In een persoonlijk contact bestaan betere mogelijkheden om de aanwezige regiemogelijkheden van een verzekerde te ervaren en te valideren.

De personeelsformatie zal in verband hiermee wijziging ondergaan. Echter, niet alleen zal het aantal aanvragen wijzigen, ook de manier waarop die aanvragen worden afgehandeld zal veranderen. Zoals deze leden terecht opmerken, zal er veel meer sprake zijn van een persoonlijke benadering. In de komende maanden zal die nieuwe werkwijze nader worden ingevuld door het CIZ. In diezelfde periode zal de afbouw van de organisatie stichting CIZ en de opbouw van de organisatie zbo CIZ in de

afrondende fase terecht komen. Daarbinnen vindt besluitvorming plaats over geschiktheid van huidige medewerkers voor de nieuwe werkwijze en daarbij behorende functies bij het zbo CIZ. Bovendien zullen uitvoerende medewerkers worden geschoold voor de nieuwe manier van werken. Het is op dit moment te vroeg om de Kamer daarover exacte gegevens te kunnen verstrekken. In de nadere vormgeving van de werkwijze van het CIZ zal tevens worden meegenomen in welke situaties face-to-face-contact is aangewezen en waar dat zal plaatsvinden. In die keuze zal zeker meespelen het verzoek van de cliënt zelf, net als de ernst van de beperkingen van de te indiceren persoon en de doelmatige inrichting van de werkprocessen van zbo CIZ. De regering is voornemens om de Kamer in september van dit jaar separaat te informeren over de werkwijze van het CIZ.

*De leden van de PvdA-fractie lezen dat er zorgprofielen worden opgesteld op basis waarvan bepaald wordt van welke aard, omvang en inhoud de zorgvraag is van de cliënt. Vervolgens bepaalt de zorgaanbieder samen met de cliënt hoe de zorg verder ingericht wordt en welke afspraken hierover worden vastgelegd in het zorgplan. De vormgeving van de zorgprofielen wordt door het Zorginstituut Nederland nader uitgewerkt. Wanneer zijn deze zorgprofielen gereed? In hoeverre worden cliëntorganisaties betrokken bij de uitwerking van de zorgprofielen? En hoe worden cliënten, zorgaanbieders en de Kamer over de zorgprofielen geïnformeerd? In hoeverre is de verwachting dat sommige mensen niet in een zorgprofiel passen? Dit kan zich bijvoorbeeld voordoen bij zeer complexe zorgvragen. Wat gaat de regering daar aan doen? Deze leden ontvangen hierop graag een uitgebreide toelichting van de regering.*

Voor 2015 zal het aantal zorgprofielen nagenoeg hetzelfde zijn als de huidige zorgzwaartepakketten. Het is het streven om vanaf 2016 het aantal zorgprofielen te beperken. Het Zorginstituut Nederland zal de vormgeving van de zorgprofielen nader uitwerken, in samenwerking met het CIZ, VWS, de NZa, branche- en cliëntenorganisaties. Ik kan niet vooruitlopen op de uitkomsten van deze werkzaamheden. Ik zal echter het signaal van de leden van de PvdA-fractie met betrekking tot cliënten die mogelijk niet goed in een profiel passen onder de aandacht brengen van het Zorginstituut Nederland. Bij gelegenheid informeer ik de Kamer hierover.

*De leden van de PvdA-fractie vragen waarom de bekostiging van de langdurige zorg blijft gebaseerd op zorgzwaartepakketten. De leden van de fractie van de Partij van de Arbeid zijn hier teleurgesteld over en zullen verderop in deze inbreng nog enkele vragen stellen. Zij hadden graag gezien dat de zorgzwaartepakketten zo veel als mogelijk van het toneel zouden verdwijnen, zodat er echt ruimte zou komen voor maatwerk. Hoe gaat de regering er voor zorgen dat de zorgprofielen geen nieuwe zorgzwaartepakketten worden en de zorgprofielen zullen leiden maatwerk? Graag ontvangen deze leden een uitgebreide toelichting van de regering op dit punt. Er wordt momenteel onderzoek gedaan naar het reduceren van het aantal zorgzwaartepakketten en het terugdringen van het aantal zorgprofielen bij de indicatiestelling. Dit gebeurt in het kader van onderzoek naar zzp-onderhoud. Wanneer is dit onderzoek afgerond en wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de uitkomsten?*

Een zorgprofiel kan worden omschreven als een algemene typering van vergelijkbare zorgbehoeften of beperkingen op dezelfde terreinen, waarbij de verzorgings-, verplegings-, begeleidings- of behandelingsdoelen naar aard, inhoud en globale omvang overeenkomen. De zorgprofielen in de Wlz zijn gebaseerd op de cliëntprofielen in de AWBZ. De profielen zullen de zorgbehoefte en de noodzakelijke zorg duiden. Cliënten en zorgaanbieders krijgen hiermee een grotere vrijheid in de wijze waarop de zorg



geleverd wordt en er komt minder nadruk te liggen op de omvang. De cliënt of zijn vertegenwoordiger maken afspraken over de zorg met de zorgaanbieder, die worden vastgelegd in het zorgplan (het maatwerk). Uitgangspunt hierbij zijn de professionele standaarden voor goede zorg. Met betrekking tot de vraag naar het terugbrengen van het aantal zzp's deel ik de Kamer mee dat er thans geen onderzoek loopt zoals de Kamer beschrijft. Ik ben voornemens de NZa opdracht te geven om te kijken of met ingang van het jaar 2016, de bekostigingsstructuur kan worden aangepast. Daarbij wordt tevens bekeken of zzp's nog de bekostigingstaal zullen blijven. Indien van een dergelijk onderzoek de resultaten binnen zijn, zal ik de Kamer informeren.

*De leden van de PvdA-fractie lezen dat er zich situaties kunnen voordoen waarin het noodzakelijk is dat het CIZ versneld een indicatiebesluit afgeeft. De gemeenten en zorgverzekeraars zullen deze zorg en ondersteuning in eerste instantie op zich nemen terwijl tegelijk een indicatie voor de Wlz wordt aangevraagd. Bij amvb kunnen nadere regels gesteld worden aan deze versnelde procedure. Zijn de gemeenten en zorgverzekeraars altijd de juist aangewezen persoon om de zorg in bepaalde situaties op zich te nemen en waarom zijn zij dat? Bijvoorbeeld ook wanneer er een crisissituatie ontstaat rondom iemand met een verstandelijke beperking en gedragsproblematiek? Kunnen gemeenten en zorgverzekeraars altijd de juiste specifieke zorg bieden voor de doelgroepen die de Wlz bedient? Graag ontvangen de leden van de PvdA-fractie een nadere toelichting van de regering. Kan tevens een nadere toelichting worden gegeven waarom er voor gekozen is personen met een Wlz-indicatie voor een zzp-LVG geen indicatie voor de rest van het leven te geven in tegenstelling tot mensen met andere indicaties? Welke rechtsongelijkheid brengt dit mogelijk met zich mee?*

Bij de regeling spoedzorg gaat het om cliënten die nog geen zorg uit Wlz ontvangen. De normale termijn waarbinnen het CIZ een indicatiebesluit dient af te geven bedraagt zes weken. Er kunnen zich situaties voordoen waarbij het noodzakelijk is dat het CIZ het indicatiebesluit sneller afgeeft. Het CIZ dient in dergelijke gevallen binnen twee weken te beslissen. Tevens wordt geregeld dat een indicatiebesluit, indien dat inhoudt dat de verzekerde op zorg van de Wlz is aangewezen, terugwerkt tot het moment van opname, zodat de kosten vanaf de datum van de spoedopname uit de Wlz kunnen worden betaald. Dit wordt geregeld in het Blz. In situaties waarin geen sprake is van een Wlz-indicatiebesluit is er een rol voor gemeenten en zorgverzekeraars. Gemeenten hebben de mogelijkheid om hiervoor bijvoorbeeld vormen van kortdurend verblijf in te zetten. In het geval van een crisissituatie bij bijvoorbeeld iemand met een verstandelijke beperking, is het belangrijk te bezien waardoor dit is ontstaan. Als het bijvoorbeeld gaat om het wegvallen van de mantelzorger dan is de gemeente aan zet. In andere situaties kan de bovengenoemde spoedprocedure aan de orde zijn en zal het CIZ bepalen of er sprake is van iemand die toegang krijgt tot de Wlz.

Cliënten met een licht verstandelijke beperking kunnen ook na hun 18<sup>e</sup> levensjaar behoefte hebben aan integrale behandelenzorg in een verblijfssetting. Deze zorg wordt altijd ingezet voor een bepaalde periode. Dit is de reden dat zij geen indicatiebesluit met onbeperkte duur krijgen. Na de behandelperiode wordt opnieuw bezien of iemand in aanmerking komt voor de Wlz danwel ondersteund kan worden door de gemeente en/zorgverzekeraar. Bij deze groep cliënten is dus niet bij iedereen sprake van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Daar waar iemand zich weer kan redden met ondersteuning vanuit de Wmo 2015 en/of Zvw, is het belangrijk dat hem dat perspectief niet ontnomen wordt. Naar de mening van de regering brengt

dit geen rechtsongelijkheid met zich mee., maar raakt het juist aan verschillende behoeften.

*De leden van de PvdA-fractie lezen dat de zorg en ondersteuning vanuit de Wlz zoveel mogelijk als integraal pakket wordt aangeboden. Valt tijdelijk verblijf ook onder de Wlz? Zo ja, in welke gevallen valt dit onder de Wlz en in welke gevallen niet?*

Tijdelijk verblijf is nu als aparte aanspraak geregeld in de AWBZ. In de AWBZ spreken we over kortdurend verblijf. Het gaat dan vaak om respijt- of logeerszorg in combinatie met extramurale zorg, bedoeld om de mantelzorger te ontlasten. Deze aanspraak wordt gedecentraliseerd naar de Jeugdwet en de Wmo 2015. In de Wlz is tijdelijk verblijf niet apart opgenomen, maar wel degelijk mogelijk. Het is in de Wlz zeer goed mogelijk dat een cliënt die thuiswoont met een pgb of vpt af en toe (bijvoorbeeld een dag in de week) gaat logeren in een instelling. Andersom komt ook voor. Namelijk cliënten die 4 à 5 dagen in een instelling verblijven en de overige dagen thuis verblijven. De regering ziet dat met respijt- of logeerszorg de diversiteit van het zorgaanbod toeneemt en vaak ouders of partners ondersteunt bij het verlenen van de mantelzorg. Dat is een belangrijk gegeven. Afspraken over respijt- en logeerszorg in de Wlz kunnen worden gemaakt in het zorgplan dan wel het budgetplan.

*De leden van de fractie van de PvdA vragen zich af op welke wijze per amvb invulling wordt gegeven aan het recht op woningaanpassingen voor cliënten tot 18 jaar, hoe de voorwaarden er uit gaan zien of er bezwaar kan worden aangetekend. Tevens vragen zij zich af wanneer deze amvb beschikbaar is. Daarnaast vragen zij zich af of cliënten boven de 18 die niet beschikken over de middelen om woningaanpassingen te financieren om die reden zullen kiezen voor zorg in natura in een instelling.*

Het recht op woningaanpassingen wordt nader geregeld in het Blz. Dit besluit treedt gelijktijdig in werking met de Wlz. De vergoeding van de kosten voor woningaanpassingen wordt nader geregeld bij ministeriële regeling. Deze regeling wordt gedurende de totstandkoming afgestemd met betrokkenen en zal in het najaar van 2014 beschikbaar zijn. Tijdens de plenaire behandeling van de Wmo 2015 in de Kamer heb ik toegezegd dat op grond van de Wlz ook woningaanpassingen voor verzekerden van achttien jaar of ouder vergoed kunnen worden. Dit wordt geregeld in de tweede nota van wijziging op de Wlz.

*De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre in het onderzoek naar de geschiktheid van de woonomgeving om de benodigde zorg te kunnen ontvangen, naast het zorgkantoor, ook een rol voor het CIZ is weggelegd? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe ziet de regering deze rol voor zich?*

Het CIZ heeft hierin geen rol. De rol van het CIZ is om te onderzoeken of iemand voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz. Nadat het CIZ het indicatieonderzoek heeft afgerond, geeft het een indicatiebesluit af. In het indicatiebesluit stelt het CIZ vast of een cliënt aan de toegangscriteria van de Wlz voldoet en/of de cliënt op basis hiervan toegang tot de Wlz heeft. Daarnaast stelt het CIZ vast in welk inhoudelijk zorgprofiel de cliënt het beste past. Het CIZ indiceert de zorgbehoefte hiertoe in aard, inhoud en (globale) omvang. Als iemand toegang heeft tot de Wlz, dan kan hij kiezen voor het vpt, pgb of verblijf. De regering hecht er aan dat de zorg, ook als deze in de eigen omgeving wordt geleverd, of door de cliënt zelf wordt ingekocht (bij pgb), van goed niveau is. In het belang van de cliënt beoordeelt het zorgkantoor in de Wlz daarom vooraf of de zorg op

verantwoorde wijze geleverd kan worden. Het onderzoek naar de geschiktheid van woonomgeving zoals hier bedoeld is dus niet aan het CIZ, maar aan de Wlz-uitvoerder, die als taak heeft om zorg te dragen voor een doelmatige en kwalitatief verantwoorde zorginzet op geleide van het indicatiebesluit.

*Een aantal fracties heeft vragen gesteld over de mogelijkheid van partneropname. De leden van de fracties van de PvdA, SP, CDA, SGP en 50Plus zijn positief dat ook in het onderhavige wetsvoorstel de mogelijkheid van partneropname is. De leden van de fracties van PvdA, SP, CDA en SGP hebben echter vragen met betrekking tot de situatie waarin de in de zorginstelling verblijvende niet Wlz-geïndiceerde partner ondersteuning van de gemeente nodig heeft. Deze leden hebben behoefte aan een nadere toelichting hoe dit in de praktijk zal gaan. De leden van de fractie van het CDA vragen zich af of gemeenten weten dat zij hiervoor verantwoordelijk zijn. De leden van de fractie van de SP willen weten wat er gebeurt als een gemeente weigert een partner te verzorgen, als hij of zij in een zorginstelling wil verblijven bij zijn of haar geliefde. De leden van de fractie van de PvdA willen tevens weten hoe een en ander loopt in het geval de niet-geïndiceerde partner zorg nodig heeft die binnen het domein van de zorgverzekeraar valt.*

*De leden van de fracties van de SP en het CDA leggen de vinger bij de afbakening van het recht op partneropname, zoals hen dit bij het lezen van het onderhavige wetsvoorstel voor komt. De leden van de fractie van de SP vragen in dit verband waarom in de gehandicaptenzorg geen recht is op een partneropname, en of dit niet mogelijk zou moeten worden gemaakt. De leden van de SP-fractie vragen wat er gebeurt als een gemeente weigert een partner te verzorgen, als hij of zij in een zorginstelling wil verblijven bij zijn of haar geliefde? Kan een partner het recht op een partneropname claimen? Kan de regering dat nader toelichten? Kan de regering ook aangeven hoeveel één- en tweepersoonskamers er zijn in zorginstellingen in Nederland? Is dat voldoende? Kan de regering hiervan een overzicht de Kamer doen toekomen? Ten slotte willen deze leden weten hoe de regering partnerscheiding in zorginstellingen gaat voorkomen. Kan de regering dat toelichten? Voorts willen zij weten waarom er in de gehandicaptenzorg geen recht is op een partneropname. Zou dit niet mogelijk moeten worden gemaakt?*

*De leden van de fractie van het CDA noemen het onrechtvaardig dat ouderen op grond van voorliggend wetsvoorstel wel bij elkaar zouden mogen blijven, maar mensen waarvan de partner een CVA heeft gehad of ALS, niet. Deze leden suggereren om de gezonde partner de eigen huur en kosten voor levensonderhoud te laten betalen, en dit niet bij de betreffende instelling neer te leggen. De leden van de fractie van de SP vragen of een partner het recht op een partneropname kan claimen. Deze leden vragen een nadere toelichting op dit punt. De leden van de fractie van de SP vragen de regering aan te geven hoeveel één- en tweepersoonskamers er zijn in zorginstellingen in Nederland. Deze leden vragen of dit voldoende is. Zij verzoeken de regering hiervan een overzicht de Kamer te doen toekomen. De leden van de fractie van de SP willen weten hoe de regering partnerscheiding in zorginstellingen gaat voorkomen. Deze leden vragen een toelichting op dit punt. Ook de leden van de fractie van de SGP maken zich zorgen of het recht op partneropname in de praktijk wel echt zo gegarandeerd is als de memorie van toelichting doet geloven. Deze leden vragen of de regering kan garanderen dat echtgenoten daadwerkelijk bij hun partner kunnen blijven of gaan wonen als deze op grond van de Wlz wordt opgenomen in een instelling. Zij vragen of gemeenten of instellingen hier geen enkele uitzondering op kunnen maken, en of dat ook het geval is na overlijden van de zorgbehoevende echtgenoot. Voorts wijzen ook de leden van de fractie van 50Plus er op dat de praktijk naar hun mening inmiddels meermaals heeft uitgewezen dat*

*partneropname in lang niet alle instellingen mogelijk is. Deze leden constateren dat onder de nieuwe regels locaties voor intramurale zorg verdwijnen en het derhalve kan voorkomen dat bij gebrek aan mogelijkheid van partneropname de gezonde partner verder moet reizen om de echtgenoot te bezoeken. Zij vragen hoe geborgd wordt dat dit onder de Wlz beter geregeld is. Ook vragen zij of er richtlijnen worden gesteld voor een maximale afstand of regionale afspraken? Ook de leden van de fractie van de SGP maken zich zorgen of het recht op partneropname in de praktijk wel echt zo gegarandeerd is als de memorie van toelichting doet geloven. Deze leden vragen of de regering kan garanderen dat echtgenoten daadwerkelijk bij hun partner kunnen blijven of gaan wonen als deze op grond van de Wlz wordt opgenomen in een instelling. Zij vragen of gemeenten of instellingen hier geen enkele uitzondering op kunnen maken, en of dat ook het geval is na overlijden van de zorgbehoevende echtgenoot. De leden van de fractie van 50Plus vragen wanneer de resultaten van de inventarisatie inzake het onderwerp partneropname, zoals aangekondigd in de brief van 4 februari jl., bekend worden.*

*De leden van de fractie van 50Plus vragen of al iets bekend is hoe het Kwaliteitsinstituut de beschikbaarheid van 2-persoonsappartementen in de regio voor partneropname binnen de zorginstellingen inzichtelijk kan maken.*

Zoals ook in de memorie van toelichting bij voorliggend wetsvoorstel beschreven, zal het zo zijn dat als een in een zorginstelling verblijvende niet-Wlz-geïndiceerde partner ondersteuning van de gemeente nodig heeft, de gemeente afhankelijk van de vraag welke zorgaanbieders de gemeente heeft gecontracteerd, ofwel de desbetreffende instelling betalen om ook de gezondere partner te verzorgen, ofwel een andere instelling of zorgverlener betalen om de zorg en ondersteuning bij die instelling te gaan leveren. Ik stel mij voor dat gemeenten en instellingen dit vooral pragmatisch zullen invullen en oplossen; temeer omdat de gemeente in veel gevallen al met de desbetreffende instelling contact zal hebben. De vrees voor een weigering van de gemeente, zoals de leden van de fractie van de SP naar voren brengen, voorzie ik vooreerst dan ook niet. Ik verwacht dat in het onverhoopte geval dat dit toch gebeurt, de instelling de niet-Wlz-geïndiceerde partner niet snel in de kou zal laten staan. Dit laat onverlet dat ik vind dat de betreffende gemeente haar taak en verantwoordelijkheid in dezen dan niet heeft waargemaakt. *Ik zou het in die situatie terecht vinden als de zorginstelling de gemeente hier op aanspreekt.* In antwoord op de vraag hierover van de leden van de CDA-fractie, kan ik aangeven dat aangezien het hier gaat om niet-Wlz-geïndiceerde cliënten, het voor de gemeente duidelijk zal zijn dat zij hier voor verantwoordelijk zijn.

In antwoord op de vraag van de leden van de fractie van de PvdA, hoe een en ander loopt in het geval de niet-geïndiceerde partner zorg uit het domein van de zorgverzekeraar nodig heeft, zie ik een parallel met de wijze hoe de ondersteuning vanuit de Wmo 2015 aan in zorginstellingen verblijvende niet Wlz-geïndiceerde partners wordt geboden. Afhankelijk van de vraag welke zorgaanbieders de zorgverzekeraar heeft gecontracteerd en of de instelling in staat is de gevraagde zorg te leveren, zal de verzekeraar deze instelling betalen voor de aan de gezondere partner geleverde Zvw-zorg, ofwel een andere instelling of zorgverlener betalen om die zorg bij die instelling aan de partner te gaan leveren.

In reactie op de opmerkingen van de leden van de fracties van de SP en het CDA over de afbakening van het recht op partneropname wil ik duidelijk stellen dat de regeling, zoals die reeds bestaat op grond van artikel 9, lid 3, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, inhoudelijk

ongewijzigd in het voorliggende wetsvoorstel is opgenomen. Gedachte achter deze regeling is dat mensen die gedurende een groot deel van hun «gezonde» jaren samen hebben geleefd, ook in de laatste fase van hun leven bij elkaar moeten kunnen blijven; zeker omdat vanwege de aard van de aandoening of beperking die laatste fase naar verwachting *niet lang duurt*. Veelal gaat het hierbij om ouderen. De regeling is daarom ook in eerste instantie bedoeld om echtgenoten van personen met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, die op grond van een indicatiebesluit in een Wlz-instelling verblijven, een aanspraak te geven op verblijf in dezelfde instelling. *Daarentegen* is deze regeling nooit bedoeld geweest om de partner van iemand die, vaak al op jonge leeftijd, vanwege een verstandelijke en /of lichamelijke handicap levenslang op verblijf in een instelling is aangewezen het recht te geven om bij de partner in de instelling in te trekken. *In die situatie ligt het voor de hand dat het echtpaar zelf een ruimere woning koopt of huurt dan wel voor passende ruimte zorgt waarin de geïndiceerde partner wellicht op basis van vpt zorg kan krijgen. In geval van jongere echtparen kan dat een aantrekkelijk optie zijn omdat zij, gelet op de levensfase, behoefte kunnen hebben aan een ruimere woning die zij voor langere periode betrekken.* Ook in geval van de door de leden van de fractie van het CDA genoemde voorbeelden, waarbij iemand als gevolg van een CVA of ALS op verblijf in een Wlz-instelling is aangewezen, kan er sprake zijn van een situatie die inhoudelijk overeenkomt met die waarvoor de regeling voor partneropname feitelijk is bedoeld. Ik heb echter tot dusver geen signalen ontvangen dat in die gevallen artikel 9, lid 3, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ al te letterlijk zou zijn geïnterpreteerd en dat verzoeken tot partneropname hierdoor op die grond zouden zijn afgewezen. Ik zeg de Kamer toe dit te na te gaan en hier bij de beantwoording van het VSO over partneropname nader op terug te komen. In reactie op de suggestie van deze leden om de gezonde partner de eigen huur en kosten voor levensonderhoud te laten betalen, en dit niet bij de betreffende instelling neer te leggen, merk ik op dat het een misverstand is dat het verblijf van deze partner voor rekening van de zorginstelling komt. De zorginstelling kan deze kosten immers declareren bij het zorgkantoor. Overigens wijs ik erop dat bij partneropname het echtpaar de hoge eigen bijdrage betaalt, die is berekend op basis van het gezamenlijke inkomen en vermogen.

Op grond van artikel 3.1.2 van voorliggend wetsvoorstel hebben partners recht om in de instelling te worden opgenomen waar hun partner op grond van diens Wlz-indicatie vanwege diens somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking verblijft. Het betreft een recht op verblijf. Op dit moment betekent dit in de praktijk dat de partner een ZZP-0 krijgt. Dit verschaft de zorginstelling een bekostigingstitel waarmee het verblijf van de mee opgenomen partner kan worden gedeclareerd. De Wlz-uitvoerder wordt geacht bij de toewijzing van de zorg met verblijf rekening te houden met het recht op partneropname, en derhalve op de beschikbaarheid van een echtparenkamer in de gewenste gecontracteerde zorginstelling.

De regering heeft geen zicht op het aantal één- en tweepersonskamers in zorginstellingen in Nederland. Het is aan de zorgkantoren om zicht te hebben en te houden op de capaciteit binnen hun werkgebied.

Zoals in de brief<sup>4</sup> aan de Kamer over dit onderwerp d.d. 4 februari jl. is aangegeven, is het realiseren van het recht op partneropname, inclusief het recht van de «gezonde» partner om ook na overlijden of overplaatsing van de geïndiceerde partner in de instelling te mogen blijven wonen,

<sup>4</sup> Tweede Kamer, 2013–2014, 30 597, nr. 419.

primair aan de zorgkantoren en de zorginstellingen. Het debat hierover heeft het onderwerp opnieuw onder de aandacht van zorgkantoren gebracht. Ik constateer dat zorgkantoren maar ook zorginstellingen die in dit kader zijn gesproken de nodige bereidwilligheid en creativiteit vertonen om gesignaleerde knelpunten aan te pakken. Het niet altijd direct beschikbaar zijn van een echtparenkamer is bij uitstek een knelpunt dat zorgaanbieders kunnen en, zeker als er in hun werkgebied sprake is van een reële vraag, zullen meenemen in hun eventuele nieuw- of verbouwenplannen. Ik zal hier in de beantwoording van het VSO over partneropname, waarin ook de resultaten van de toegezegde inventarisatie met de Kamer zullen worden gedeeld, nader op de borging van het recht op partneropname ingaan. Vooruitlopend op nadere discussie hierover ben ik ben niet voornemens een maximale afstand in stellen die de gezonde partner mag reizen om de intramuraal verblijvende echtgenoot te bezoeken. Met de keuze voor een pgb of vpt is het in principe mogelijk dat de geïndiceerde partner gewoon thuis kan blijven. Wel ligt het in de rede dat het zorgkantoor met de zorgaanbieders in de regio afspraken maakt om de noodzaak van reizen voor partnerbezoek tot een minimum te beperken.

Voor de korte termijn wil het Zorginstituut Nederland op de relevante pagina's op [kiesBeter.nl](http://kiesBeter.nl) een link opnemen naar websites waar de door de leden van de fractie van 50Plus genoemde informatie beschikbaar is. Sites als [kiesvoorjezorg.nl](http://kiesvoorjezorg.nl) en [woonz.nl](http://woonz.nl) komen hier mogelijk voor in aanmerking. Daarnaast is het de bedoeling om het thema partneropname ook mee te nemen in het traject voor herziening dan wel vernieuwing van de indicatorenset voor de ouderenzorg, en zal het worden meegegeven in een onderzoek dat ZonMw voor het Zorginstituut Nederland uitzet rond de vraag hoe cliënten in de langdurige zorg kiezen en welke informatie zij daarvoor nodig hebben. Beide laatstgenoemde trajecten leiden er toe dat deze informatie in de toekomst mogelijk als relevante indicator wordt opgenomen in het Register van het Zorginstituut Nederland, en daarmee door zorginstellingen verplicht aan het Zorginstituut Nederland moet worden aangeleverd, waardoor deze als betrouwbare en vergelijkbare informatie beschikbaar komt voor cliëntkeuze.

Het recht op partneropname is mooi, maar in de praktijk minder makkelijk te realiseren, omdat de woonruimte soms niet geschikt is, soms er een groot verschil in zorgzwaarte is en soms de opname bedoeld is om de partner te ontlasten.

*De leden van de PvdA-fractie merken op dat er op het gebied van behandeling er onderscheid wordt gemaakt tussen zorg in natura en het pgb of vpt. Mensen met een pgb of vpt hebben geen recht op behandeling vanuit de Wlz, in tegenstelling tot mensen met zorg in natura. De Minister van VWS zal het Zorginstituut Nederland om een uitvoeringstoets verzoeken om te bezien onder welke voorwaarden en per wanneer tot aanpassing van het verzekerd pakket kan worden overgegaan, zo merken de leden van de PvdA-fractie op. Wanneer moet deze uitvoeringstoets plaatsvinden? Wanneer en hoe wordt de Kamer hierover geïnformeerd? De leden van de D66-fractie merken op dat de regering er evenwel om historische en praktische redenen voor kiest het onderscheid vooralsnog te laten voortbestaan. Graag ontvangen de leden van de D66 fractie een nadere toelichting. Zij verzoeken de regering daarbij tevens in te gaan op de vraag op welke termijn dit alsnog kan worden aangepast.*

Allereerst wil de regering opmerken dat iedereen die is toegelaten is tot de Wlz recht heeft op behandeling, ook wel Wlz-behandeling genoemd. Wlz-behandeling is specifieke behandeling in die zin dat deze samenhangt met de aard van de beperking op grond waarvan de cliënt toegang heeft

tot de Wlz. Bij Wlz-behandeling gaat het om behandeling door bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapten of een gedragswetenschapper. Daarnaast kennen we in de Wlz algemeen medische zorg. Algemeen medische zorg is bijvoorbeeld zorg door een huisarts (geneeskundige zorg van algemene aard), farmaceutische zorg of tandheelkundige zorg. Algemeen medische zorg komt ten laste van de Wlz indien iemand verblijft in een instelling en daar ook Wlz-behandeling ontvangt. Ik lees de vraag van de leden van de PvdA-fractie dan ook zo dat die betrekking heeft op algemeen medische zorg. Het klopt dat algemeen medische zorg voor mensen met een vpt of pgb ten laste komt van de Zvw. Op termijn wil de regering bezien of het onderscheid tussen Wlz-behandeling en algemeen medische zorg moet en kan vervallen, zodat zowel Wlz-behandeling als algemeen medische zorg dan tot het integrale pakket van de Wlz behoren. Aangezien het aanpassen van het verzekerd pakket verstrekkingen gevolgen heeft, heeft de regering ervoor gekozen het onderscheid voorlopig te handhaven. Ik zal op korte termijn het Zorginstituut Nederland om een uitvoeringstoets verzoeken. De Kamer zal zo spoedig mogelijk over de uitkomsten worden geïnformeerd.

*De leden van de fractie van de PvdA vragen zich af hoe de toegang tot sociaal vervoer vanuit de Wmo zich verhoudt tot de regel dat cliënten uit de Wlz in principe geen recht hebben op zorg uit de Wmo. Daarbij vragen ze zich af hoe afwentelgedrag wordt voorkomen en hoe wordt voorkomen dat cliënten ten onrechte worden weggestuurd bij de gemeente.*

Mensen met een Wlz-indicatie die niet zelfstandig van het openbaar vervoer gebruik kunnen maken, kunnen een beroep doen op de Wmo 2015 voor sociaal vervoer, bijvoorbeeld in de vorm van een taxivergoeding. Sociaal vervoer is qua aard een voorziening die thuishoort in de Wmo 2015.

Sociaal vervoer is een algemene voorziening die voor iedereen toegankelijk is. Het maakt hierbij niet uit of er sprake is van een Wlz-indicatie. Afwentelgedrag of het ten onrechte wegsturen van cliënten is hierbij niet aan de orde.

*De leden van de PvdA-fractie lezen dat het binnen de Wlz niet meer mogelijk zal zijn om in afwachting van een voorkeursinstelling zorg thuis te ontvangen als het niet verantwoord is om meer zorg thuis te ontvangen dan met een regulier vpt of pgb mogelijk is. De mogelijkheden voor overbruggingszorg in eigen woning worden volgens de PvdA-fractie verkleind, omdat onder de zorgplicht van de Wlz-uitvoerders valt dat zij binnen redelijke termijn en op een redelijke afstand van waar de cliënt wil gaan wonen een andere geschikte verblijfsinstelling verzorgen. De leden van de PvdA-fractie vragen zich af hoe zich dit verhoudt tot de eigen regie en keuzemogelijkheden voor cliënten in de Wlz. Ook de leden van de SGP-fractie vragen of de regering kan toelichten waarom hiervoor gekozen is. Moet niet, als het maar even mogelijk is, ervoor gezorgd worden dat mensen verhuizen naar een plaats waar ze zich ook thuis voelen? De leden van de SGP-fractie vragen of kan worden aangegeven op welke manier de overbruggingszorg van de Wlz precies verschilt van die in de AWBZ. Houden mensen wel de mogelijkheid om de zorg thuis als overbruggingszorg te blijven ontvangen, als er voldoende mantelzorgmogelijkheden zijn uit het sociale netwerk om in de periode van de overbruggingszorg toch voldoende zorg te kunnen blijven ontvangen, zodat mensen niet onnodig extra moeten verhuizen?*

*Voorts vragen de leden van de PvdA-fractie welke verplichtingen en mogelijkheden de Wlz-uitvoerders hebben als er niet direct een plek vrij is in een intramurale instelling, omdat er bijvoorbeeld een wachtlijst is. Daarnaast vragen deze leden zich af welke verplichtingen en mogelijk-*

*heden de Wlz-uitvoerders hebben als de cliënt niet in aanmerking komt voor een pgb omdat hij of zij niet aan de criteria voldoet of als een vpt niet mogelijk is omdat de woonomgeving dit niet toelaat. Indien de regering bij bovenstaande gevallen problemen verwacht, hoe gaat zij deze problemen oplossen? Welke mogelijkheden ziet zij? Graag ontvangen de leden van de PvdA fractie op dit punt een uitgebreide toelichting van de regering.*

Onder de AWBZ komt het voor dat cliënten met een verblijfsindicatie erin slagen een opname voor langere tijd uit te stellen. Vaak heeft men dan extramurale AWBZ-zorg in aanvulling op mantelzorg. Er is in de AWBZ een uitvoeringspraktijk ontstaan waarin de zorgkantoren dan op verzoek van de cliënt extramurale AWBZ-zorg toewijzen en bekostigen. In de Wlz is dat niet meer aan de orde. Zolang er dankzij voldoende mantelzorgmogelijkheden uit het sociale netwerk nog een verantwoorde situatie is met extramurale zorg vanuit de Wmo 2015 en de Zvw heeft men geen Wlz-zorg nodig en zal men ook geen Wlz-indicatie aanvragen.

Als het moment is gekomen dat een volledig pakket is geïndiceerd zal binnen redelijke termijn de Wlz-zorg moeten worden geleverd. De Wlz-uitvoerder heeft de taak voldoende passende Wlz-zorg in te kopen. Van gemeenten en verzekeraars mag verwacht worden dat zij in tussentijd nog even extramurale zorg blijven leveren zodat de continuïteit van zorg geborgd is. Net als onder de AWBZ zal ook onder de Wlz de cliënt kenbaar kunnen maken welke zorginstelling zijn voorkeur heeft. Uiteraard zal de Wlz-uitvoerder hiermee ook net als nu naar vermogen rekening houden. Terecht merken de leden van de SGP-fractie op dat het van groot belang is dat mensen opgenomen kunnen worden in een instelling waar men zich thuis voelt. Anderzijds mag van de cliënt worden verwacht dat men meewerkt aan een snelle overdracht naar de Wlz. Aangezien de cliënt is aangewezen op een volledig zorgpakket, is het in het belang van de cliënt dat dit pakket ook binnen redelijke termijn vanuit de Wlz geleverd gaat worden. Daar komt bij dat het niet wenselijk is dat gemeenten en verzekeraars voor langere tijd extramurale zorg blijven bekostigen voor cliënten waarvoor een passend zorgpakket beschikbaar is. Binnen de Wlz zijn daarom de mogelijkheden beperkt gehouden om zorg thuis te ontvangen al er plaats is voor een client in een geschikte instelling, maar niet in de instelling van zijn voorkeur. De cliënt kan dan kiezen voor een adequate en doelmatige oplossing. Als de cliënt toch liever wil wachten, is het niet wenselijk dat eventuele meerkosten ten laste komen van de premiebetaler. De Wlz-uitvoerder zet daarom in dergelijke situaties niet meer zorg in dan in een regulier vpt of pgb besloten ligt.

Het kan echter voorkomen dat voor een cliënt met een specifieke zorgvraag voor langere tijd geen passende Wlz-zorg beschikbaar is. In dergelijke gevallen is de Wlz-uitvoerder aanspreekbaar op de zorgplicht en handelt men naar bevind van zaken. De Wlz-uitvoerder kan dan bijvoorbeeld tijdelijk op basis van het vpt afspraken maken met een aanbieder die een alternatief arrangement levert totdat de meest passende oplossing in de Wlz wel beschikbaar is. Eventueel kan de Wlz-uitvoerder hiervoor tijdelijk meerzorg inzetten. Ook kan de Wlz-uitvoerder een oplossing via pgb bewerkstelligen, bijvoorbeeld in situaties waarin een cliënt met opnamewens al budgethouder was voordat de Wlz-zorg nodig had.

Indien een cliënt die een pakket Wlz-zorg nodig heeft niet in aanmerking komt voor pgb en zijn woonsituatie niet geschikt is voor het vpt, kan de cliënt opteren voor opname in een instelling of een andere woonomgeving waar het vpt wel een optie is. Van alle betrokken partijen mag worden verwacht dat zij meewerken aan een zorgvuldige overdracht naar de Wlz-zorg waarbij de continuïteit van dienstverlening gewaarborgd is. Dit belang van de cliënt moet voorop staan. Dit zal goed worden gevolgd. Indien dat nodig mocht zijn, kunnen met partijen nadere bestuurlijke afspraken worden gemaakt.



*De leden van de PvdA-fractie vragen hoeveel mensen nu gebruik maken van overbruggingszorg in de Wlz. Voorts vragen zij welke garanties de regering heeft dat cliënten allemaal binnen redelijke termijn en op redelijke afstand van de gewenste plek kunnen wonen. Ook vragen zij wat een redelijke afstand is en wie dit bepaalt.*

Eind 2012 zijn er ruim 41.000 cliënten van 18 jaar of ouder met een indicatie voor langdurig verblijf die gebruik maken van extramurale AWBZ-zorg. Hiervan waren ten opzichte van het meetmoment er 37.000 al langer dan 6 weken geleden geïndiceerd en 4.000 korter dan 6 weken (bron: [www.monitorlangdurigezorg.nl](http://www.monitorlangdurigezorg.nl)). Slechts in een beperkt aantal situaties is sprake van overbruggingszorg: zorg als tijdsgevoerde zorglevering conform indicatie niet mogelijk is. Uit onderzoek van bureau HHM blijkt dat het overgrote deel van de thuiswonende verblijfsgeïndiceerden de opname uitstelt, niet vanwege wachtlijsten maar omdat men graag thuis wil blijven wonen (Bron: HHM ZP via extramurale functies/klassen, Overwegingen van cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren, juli 2012). In de huidige uitvoeringspraktijk volgt het zorgkantoor de wens van de cliënt en regelt dan extramurale zorg. In de toekomst zal de groep die nog op verantwoorde wijze met thuiszorg vanuit de Wmo 2015 en/of Zvw thuis kan blijven wonen, geen Wlz-indicatie aanvragen. Dat moment stelt men uit totdat men echt een volledig zorgpakket nodig heeft. Het zorgkantoor heeft de taak dan binnen redelijke termijn en redelijke afstand van de gewenste plek Wlz-zorg aan te bieden. De sector heeft zogenaamde Treeknormen ontwikkeld die hierbij houvast kunnen bieden. Wat redelijk is hangt af van de specifieke situatie.

*De leden van de PvdA-fractie vragen hoe er voor voldoende diversiteit in aanbod wordt gezorgd, zodat cliënten ook daadwerkelijk iets te kiezen hebben in de langdurige zorg. Zij vragen welke prikkels hiervoor zijn ingebouwd in het wetsvoorstel en waarop de regering het vertrouwen baseert dat er voldoende diversiteit gaat ontstaan? De regering kan nadere regels stellen om diversiteit te stimuleren, zo lezen deze leden, maar zij vragen zich af wanneer de regering ingrijpt wanneer blijkt dat er te weinig gestuurd wordt op vernieuwing en diversiteit bij de inkoop van zorg.*

De regering wijst erop dat zorgkantoren bij hun inkoopbeleid diversiteit in het gecontracteerde aanbod en aansluiting bij de vraag na dienen te streven. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan verschillende woonvormen, grootte van de instelling, culturele achtergrond of filosofie, de dagbestedingactiviteiten et cetera. De regering verwacht van zorgkantoren dat zij aanbieders zorgvuldig onderling vergelijken op klanttevredenheid, kwaliteit en doelmatigheid van zorg en verwacht dat deze criteria bij de looptijd en de continuering van contracten, de prijzen en de volumes een rol spelen. Zorgkantoren worden daartoe geprikkeld omdat de regering zelf via nadere regels ingrijpt indien zorgkantoren hier te weinig werk van maken. Daarnaast kunnen ook de cliënt en/of de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zowel de verantwoordelijke Wlz-uitvoerders als het zorgkantoor aanspreken op voldoende diversiteit in het zorgaanbod. Dit is een nieuw en belangrijk element in de Wlz ten opzichte van de AWBZ.

*De leden van de PvdA-fractie zeggen gelezen te hebben dat de regering heeft overwogen om in dit wetsvoorstel de mogelijkheid te creëren voor cliënten om ook een vpt af te nemen bij niet vooraf gecontracteerde aanbieders, maar dat daar om verschillende redenen vanaf is gezien. Zij vragen naar een pilot die gestart wordt waarbij een klein deel van het budgettaire kader zal worden gereserveerd voor een andere vorm van*

*contracteren. Wanneer zal deze pilot starten? Hoe wordt de Kamer geïnformeerd over de voortgang en resultaten van deze pilot?*

Zweden kent een model voor «zorg op maat contractering» door gemeenten, het zogenaamde Zweedse model. In reactie op een desbetreffende vraag van de leden van de D66-fractie is een nadere toelichting gegeven op dat model. Het Zweedse model kent echter ook nadelen. Reden, waarom de regering niet voor een dergelijke zorg op maat contractering heeft gekozen. Zij heeft gezocht naar een tussenvariant waarbij het bestaande aanbestedingsmodel en die van de vrije keuze (het «Zweedse model») met elkaar gecombineerd worden. In die variant wordt voor het grootste deel van het budget het model van de aanbesteding gevolgd, zowel voor intramuraal verblijf als het vpt. Voor een klein deel van de beschikbare budgettaire ruimte zou voor alleen het vpt de variant van de vrije keuze (het «Zweedse model») kunnen worden geïntroduceerd. Daarmee zouden de voordelen van het aanbestedingsmodel en het «Zweedse model» kunnen worden gecombineerd. Voorwaarde daarvoor is dat bij de aanbesteding heel duidelijk wordt gemaakt op welk deel van het budget de aanbesteding betrekking heeft en dat de ruimte voor het vpt via de weg van het «Zweedse model» tevoren wordt vastgesteld en niet mag worden overschreden («op = op»). Een dergelijke harde grens kan niet gemist worden, zonder in strijd te komen met de juridische randvoorwaarden bij de hoofdkeuze voor een aanbestedingsmodel. De regering vindt het noodzakelijk dat, alvorens een beslissing te nemen over een eventueel te starten pilot met de genoemde tussenvariant, onderzocht wordt of en zo ja, hoe juridisch kwetsbaar het is als het aanbesteding- en het optimale keuze model voor de cliënt voor alleen het vpt met elkaar worden gecombineerd, afgezet tegen de vigerende regels voor de aanbesteding en de daarop gebaseerde jurisprudentie. Over de uitkomsten van de pilot en de beslissing die op basis daarvan wordt genomen, zal de Kamer separaat worden geïnformeerd.

*De leden van de fractie van de PvdA constateren dat het pgb in de vorm van een trekkingsrecht wordt aangeboden in de Wlz. Het zorgkantoor moet vooraf kunnen toetsen of de zorg thuis verantwoord kan worden geleverd. Aan de voorkant van het proces moet worden beoordeeld of het pgb een geschikte leveringsvorm van zorg is. De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe de balans tussen controle en vertrouwen van budgethouders wordt gevonden? Hoe wordt tevens de bureaucratische last voor budgethouders zo laag mogelijk gehouden? Hebben cliënten de mogelijkheid om tegen een negatief besluit van het zorgkantoor ten aanzien van het pgb bezwaar aan te tekenen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe ziet deze procedure eruit? De leden van de PvdA constateren verderop in haar vragen bij de Wlz dat de regering aangeeft dat de in dit wetsvoorstel opgenomen wijziging van de vormgeving van het pgb kansen biedt voor vermindering van de administratieve lasten voor budgethouders. Kan een overzicht gegeven worden van de lasten die een budgethouder nu heeft onder de AWBZ en hoe deze onder de Wlz zijn? Hoe wordt concreet de administratieve last voor budgethouders verminderd vanaf 2015?*

Een goede balans vinden tussen vertrouwen en verantwoording/ administratieve lasten vind ik een cruciaal vraagstuk ten aanzien van het pgb. De afgelopen jaren is duidelijk geworden uit diverse rapportages dat het pgb nog niet voldoende solide en fraudebestendig is. Er zijn vele budgethouders die prima en verantwoordelijk omgaan met het (soms hoge) pgb, maar de lage verantwoordingseisen, het ontbreken van bepaalde regels en bestaande regels die soms onduidelijk zijn, hebben er ook voor gezorgd dat relatief veel onbedoeld en oneigenlijk gebruik van het pgb wordt gemaakt.

Kern van het solide pgb is voor het kabinet dat de controles en een belangrijk deel van de administratieve lasten naar de voorkant verschuiven. Eerste stappen zijn in recente jaren gemaakt door de introductie van het face to face-gesprek met het CIZ, het gesprek met het zorgkantoor en het opstellen van een budgetplan. Zo krijgt niet iedereen zomaar meer een pgb als de persoon de regie niet kan waarmaken, het pgb wordt ingeprikt zonder de consequenties te overzien of de zorg thuis niet verantwoord kan worden vormgegeven. Maar ook nu is het door het ontbreken van de juiste weigeringsgronden en toekenningsvoorwaarden niet altijd mogelijk om kwetsbare personen te beschermen en houdt het weigeren van het pgb onvoldoende vaak stand bij de rechter.

Tegen een besluit tot weigering op stopzetting van het pgb kan de verzekerde op grond van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) te alle tijde bezwaar maken bij de Wlz-uitvoerder. Vervolgens is beroep mogelijk bij de rechtbank en eventueel hoger beroep bij de Centrale Raad van Beroep. De rechtsgang onder de Wlz is daarmee dus niet anders dan onder de AWBZ.

Als de persoon eenmaal een pgb is toegekend komt dat onder de Wlz in de vorm van een trekkingsrecht beschikbaar. Budgetplannen en zorgovereenkomsten zijn van tevoren goedgekeurd door het zorgkantoor en de SVB. Declaraties zijn in het uiteindelijke trekkingsrechtstelsel gemakkelijk in te dienen en waarborgen een goede administratie. Door de controles aan de voorkant te organiseren kan de verantwoordingslast voor budgethouders verminderen en kan op basis van risicoanalyse de controle meer gericht worden ingezet, vooral op aanbieders en bemiddelingsbureaus die groepen budgethouders «bedienen». Een nieuw verantwoordingsprotocol is onderdeel van het programma trekkingsrecht. Het trekkingsrecht vermindert de last van het aantekenen van bezwaar tegen enig besluit van het zorgkantoor uiteraard niet.

*De leden van de PvdA-fractie vragen naar het benchmarken van de inkoop van zorg door de NZa, en of dit voldoende is om de inkoop te verbeteren. Deze leden vragen daarbij een toelichting en willen weten welke andere maatregelen en middelen zijn overwogen. Zij vragen naar een overzicht van de problemen met zorgkantoren en hoe de Wlz hiervoor oplossingen biedt, en hoe in de Wlz een einde wordt gemaakt aan het financieren van productie in plaats van kwaliteit. De leden van de PvdA-fractie vragen daarbij in hoeverre de regering zorginkoop wil stimuleren via populatiegebonden bekostiging of lump sum financiering en vragen of de regering – net als deze leden – van mening is dat op deze manier de kwaliteit van zorg wordt gestimuleerd en de administratieve lasten juist gereduceerd.*

De regering ziet het benchmarken van zorgkantoren door de NZa als een zeer belangrijk instrument. Benchmarken geeft inzicht in de verschillen in prestaties tussen zorgkantoren. Dat inzicht is essentieel om vervolgens die prestaties ook te kunnen verbeteren. Daarbij kan gedacht worden aan prestaties als het voorkomen van wachtlijsten, de cliënttevredenheid, de mix van ingekochte zorg, tarieven en inkoopvoorwaarden. Tegelijkertijd wordt ook op andere manieren gewerkt aan het verbeteren van de inkoop door zorgkantoren. Indien een zorgkantoor slecht scoort op het doelmatig inkopen van zorg dient deze daarop aangesproken te worden door de uitvoerders van de Wlz in de desbetreffende regio. Zo nodig kan de NZa de Wlz-uitvoerder daarop aanspreken die in de desbetreffende regio het zorgkantoor is en de Wlz-uitvoerders die taken aan het zorgkantoor hebben uitbesteed. Ook kunnen zij in het uiterste geval besluiten om hun taken niet meer uit te besteden aan een bepaald zorgkantoor. Tenslotte biedt de Wlz de mogelijkheid verdere verbeteringen te realiseren omtrent de inkoop via de delegatiebepalingen die in de Wlz zijn opgenomen. Daarmee krijgt de Minister de bevoegdheid om bij amvb en ministeriële

regelingen nadere regels te stellen aan de Wlz-uitvoerder. Zo kan de Minister ten aanzien van de taken van de Wlz-uitvoerder (paragraaf 4.2) nadere regels stellen over de wijze waarop de overeenkomsten tot stand komen, kan zij nadere regels stellen die gehanteerd moeten worden bij de zorginkoop en kunnen er regels gesteld worden aan de uitbesteding van taken door de Wlz-uitvoerders.

Door zorgaanbieders en de hen vertegenwoordigende brancheorganisaties wordt het proces van de inkoop van langdurige zorg als een administratieve last ervaren. Ter uitvoering van de motie-Van Dijk c.s. (Kamerstukken II 2012/13, 30 597, nr. 356) is onderzoek gedaan naar de administratieve last die het jaarlijkse inkoopproces met zich meebrengt. Het rapport is met een begeleidende brief d.d. 27 januari 2014 (Kamerstukken II 2013/14, 29 515, nr. 351) aan de Kamer aangeboden. De verbetervoorstellen uit het onderzoeksrapport worden betrokken bij de besprekingen over de inkoop van intramurale langdurige zorg voor het jaar 2015. Het inkoopkader van ZN en zorgkantoren zal voor de zomer gereed zijn. De Kamer zal over de uitkomsten van de besprekingen, hoe de administratieve belasting wordt gereduceerd en hoe die hun beslag hebben gekregen in de kaders van de inkoop langdurige zorg 2015, separaat worden geïnformeerd. In 2013 is gestart met de experimenten met regelarme instellingen (ERAI). In een aantal van de daarbij aangesloten instellingen wordt voor het meten van kwaliteit als uitgangspunt genomen het welbevinden van de cliënt. De ervaringen van kwaliteitsmetingen en kwaliteitsverantwoording sluiten daarbij aan. De ervaringen van deze instellingen zullen worden gebruikt bij het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren. Lumpsum bekostiging maakt ook onderdeel uit van de ERAI. De mogelijkheden hiervoor en de voor- en nadelen van verschillende vormen van bekostiging zijn onderwerpen die passen in de tweede fase, waarin verdere verbeteringen in de doelmatigheid aan de orde komen.

*De leden van de PvdA-fractie lezen dat, zoals eerder ook al besproken, de zorgzwaartepakketten behouden blijven als bekostigingstaal. Welke overwegingen zijn hiervoor de reden geweest? Was het niet wenselijker geweest anders om te gaan met de bekostiging van de zorg? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting van de regering. Als taal vindt de regering de zorgzwaartepakketten echter niet de juiste vorm. Hoe wordt er nu met cliënt en zorgaanbieder gecommuniceerd over de inhoud, aard en omvang van zorg waar iemand recht op heeft? Hoe kan een cliënt controleren of hij de zorg krijgt waar hij op basis van de bekostiging recht op heeft? Hoe controleren toezichthouders of aanbieders cliënten datgene bieden waar zij op basis van de zorgvraag en bekostiging recht op hebben? Kan ook de keuze om zorg in natura op basis van een integraal pakket te bekostigen toegelicht worden? En kan toegelicht worden in hoeverre het pgb de basis kan vormen om functies te bekostigen?*

Er is gekozen om een onderscheid te maken tussen de voorkant, waarin het gesprek tussen de cliënt en de zorgaanbieder centraal staat, en de achterkant van het systeem. De cliënt en de instelling maken afspraken over de inhoud van de zorg en de te leveren prestaties. In dat gesprek staat de cliënt centraal. Daarom moet bij het vaststellen van het zorgplan het gesprek gaan over het gewenste resultaat van de zorg en het daartoe benodigde maatwerk voor de cliënt.

Uiteraard moet aan de achterkant de geleverde inzet bekostigd worden. Zorgaanbieders, zorgkantoren en NZa maken prijs- en volumeafspraken over de zorginkoop, de zorgtoewijzing en declaratie. In dat gesprek staat de instelling centraal. De bedoeling is niet dat voor elke cliënt exact een normbedrag vergoed wordt, maar om te komen tot een bedrag dat de

instelling als geheel nodig heeft om verantwoorde zorg te kunnen leveren aan alle cliënten.

Uit deze opzet vloeit voort dat een cliënt niet aan de bekostiging maar aan de aanspraak een recht kan ontleen. In het zorgplan wordt concreet gemaakt wat de aanspraak voor de individuele cliënt inhoudt. Daarbij vind ik het van belang om weg te geraken van de uren en euro's maar via het zorgplan goede inhoudelijke afspraken te maken over de invulling van de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de cliënt, die hem of haar in staat stellen om zo volwaardig mogelijk regie over het eigen leven te voeren. De zorgaanbieder en zorgkantoor maken prijs- en volumeafspraken aan de hand van het integrale pakket. In theorie zijn er vele duizenden van functie- en urencombinaties mogelijk. Deze zijn in 2006 teruggebracht tot een vijftigtal pakketten, omdat er in de praktijk een veel beperkter aantal combinaties gebruikt worden. Als bekostigingstaal voldoen deze zzp's nog steeds, al heeft de regering wel het voornemen om op termijn te komen tot een kleiner aantal zzp's. Bovendien zal worden onderzocht hoe vormen van cliëntvolgende bekostiging kunnen worden geïntroduceerd.

Indien de zorg als pgb wordt afgenomen, kan de persoon zelf beslissen hoe hij zijn zorg of ondersteuningbehoefte inkoop. Functies en klassen bestaan als zodanig niet onder de Wlz, maar met het pgb kan een samenhangend pakket van zorg worden ingekocht afhankelijk van de zorgvraag van de betreffende budgethouder.

*De leden van de PvdA-fractie vragen een nadere toelichting waarom de tarieven van de NZa te hoog zouden zijn. Verder vragen deze leden hoe de gedachte, dat het tarief te hoog zou zijn, strookt met de reactie van zorgaanbieders die zeggen dat zij personeel moeten ontslaan en locaties moeten sluiten. Tevens vragen de leden van de PvdA-fractie of de regering voornemens is in de toekomst verder tariefaanpassing te doen.*

De huidige tarieven van de zorgzwaartepakketten zijn gebaseerd op onderzoek van de NZa van rond 2007. Toen zijn de diverse kostencomponenten die deel uitmaken van het zorgzwaartepakket belicht en is geen directe relatie gelegd met de kosten die door de zorgaanbieder worden gemaakt. Met name door een andere inrichting van de verschillende activiteiten kan de doelmatigheid worden vergroot en kunnen de kosten worden verlaagd. Daarnaast kunnen ook de individuele activiteiten tegen het licht worden gehouden bijvoorbeeld het inkoopproces binnen de zorgaanbieders van materialen die bij de zorgverlening worden gebruikt. Onder meer uit het rapport van Gupta-strategists («Trouw aan de belofte», 2009), blijkt dat ook op dit vlak doelmatigheidswinsten zijn te behalen. Het feit dat de reserves van de zorgaanbieders in de afgelopen jaren zijn gegroeid, is een signaal dat de vergoedingen momenteel hoger liggen dan de kosten die door de zorgaanbieders worden gemaakt.

De reactie van de zorgaanbieders op de huidige ontwikkelingen in de langdurige zorg heeft niet zozeer te maken met de tariefstelling als wel met de veranderingen die worden doorgevoerd in het kader van de hervorming van de langdurige zorg. In de extramurale zorg krijgen aanbieders te maken met andere contractpartijen (Zvw-verzekeraars en gemeenten). Daarbij zullen in 2015 andere contractafspraken worden gemaakt, mede ingegeven door de ombuigingen die vanaf 2015 van kracht zijn. Het sluiten van instellingen heeft een relatie met de tendens die gaande is van langer thuis wonen, hierdoor neemt de vraag naar verzorgingshuisplaatsen af. Het voornemen is om de huidige zorgzwaartepakketten te koppelen aan de zorgprofielen en eventueel te komen tot clustering. Daarbij hoort ook een nieuwe tariefstructuur. Ik heb de NZa gevraagd daar advies over uit te brengen.

*De leden van de PvdA-fractie refereren aan de mogelijkheid die de regering ziet om in de tweede fase de ouderenzorg op termijn naar de Zvw over te hevelen. Zij vragen de regering naar de voor- en nadelen bij het risicodragend maken van zorgverzekeraars voor de ouderenzorg, en vragen om toe te lichten waarom dit overwogen wordt.*

Voor de regering ligt de prioriteit op dit moment bij het zo goed mogelijk vormgeven van de eerste fase. Alle aandacht is nu gericht op een goede transitie van AWBZ naar Wlz. Als die transitie is voltooid, komt er ruimte om de mogelijke verbeteringen die in de tweede fase kunnen plaatsvinden verder te onderzoeken. In dat kader zal ook uitgebreid en zorgvuldig worden stil gestaan bij de mogelijkheid om de ouderenzorg over te hevelen naar de Zvw en bij de voor- en nadelen daarvan. De regering ziet in het op termijn risicodragend overhevelen van de ouderenzorg naar de Zvw verschillende voordelen. Een belangrijk voordeel naar de mening van de regering is dat in dat geval een schot wordt weggenomen dat nu bestaat tussen Wlz-uitvoerder en zorgverzekeraar op grond van de Zvw. Juist omdat mensen die gebruik maken van ouderenzorg vaak ook gebruik maakt van curatieve zorg, kan het wegnemen van een schot tot verbeteringen van kwaliteit van zorg en doelmatigheid leiden. Een verstevigde relatie tussen de verzekerde en zijn verzekeraar en het feit dat de verzekerde voor de verzekerde zorg één aanspreekpunt heeft ziet de regering als aanvullende voordelen hiervan. De regering is daarom van mening dat onderzoek naar een mogelijke toekomstige uitvoering van de ouderenzorg gewenst is.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of aangegeven kan worden waarop de verwachtingen dat de uitvoerders van de Wlz zich stevig zullen inspannen voor goede, innovatieve zorg en een doelmatige uitvoering van de Wlz, gebaseerd zijn. Ook vragen zij welke mogelijkheden er zijn voor de regering om in te grijpen wanneer de gewenste innovatie en kwaliteitsverbetering uitblijft?*

Wanneer de AWBZ ophoudt te bestaan, vraagt dat om heroriëntatie van partijen, waaronder zeker ook zorgkantoren, op de rol die zij willen vervullen in de nieuwe wet. Op deze manier stimuleert deze nieuwe wet innovatie en vernieuwing. Binnen de wet worden ook mogelijkheden geboden om bij Wlz-uitvoerders deze vernieuwing tot stand te brengen onder andere doordat de mogelijkheid wordt geboden om meerjarige zorginkoopcontracten overeen te komen, hetgeen een vliegwiél kan zijn voor innovatie in de zorg. Om uitvoering te geven aan een goede, innovatieve en doelmatige zorg zal aan Wlz-uitvoerders worden gevraagd Wlz-inkoopregels op te stellen en die vervolgens ook werkelijk te gebruiken. Mede op basis van de gesprekken die ik met veldpartijen heb gevoerd en ervaringen uit het verleden heb ik er vertrouwen in dat Wlz-uitvoerders dit ook zullen doen. Indien dit onvoldoende gebeurt, zullen er bij amvb nadere regels worden gesteld. Daarin zal dan onder meer worden voorgeschreven dat de zorgkantoren bij de zorginkoop de landelijk vastgestelde kwaliteitscriteria hanteren die in overleg met het Kwaliteitsinstituut worden opgesteld. Als ultimum remedium kan de Minister van VWS bepalen dat Wlz-uitvoerders hun taken niet mogen uitbesteden aan een zorgkantoor (Wlz-uitvoerder) dat niet goed functioneert. Hiernaast wordt in de nieuwe wet ook het toezicht door de NZa verbeterd.

*De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de Wlz-uitvoerder zorgbemiddeling vorm gaat geven. Het wetsvoorstel biedt de mogelijkheid om bij amvb nadere regels te stellen over de invulling van de zorgbemiddelingstaak. Hiervan zal gebruik gemaakt worden wanneer de zorgkantoren deze taak onvoldoende oppakken. Wanneer wordt geëvalueerd of dit*

*nodig is? Hoe stimuleert de regering de zorgkantoren om deze taak serieus op te pakken en ervoor zorg te dragen dat cliënten per 1 januari 2015 op zorgbemiddeling kunnen rekenen?*

Een van de doelen van de Wlz is om de Wlz-uitvoerders te prikkelen om hun zorgplicht actiever uit te voeren. Het gaat daarbij onder andere om de zorgbemiddeling. De regering heeft daarom besloten om in het Blz reeds gebruik te maken van de mogelijkheid om nadere regels te stellen over de invulling van de zorgbemiddelingstaak. Zo zorgt artikel 4.3.1 van het Blz ervoor dat de Wlz-uitvoerder de zorgbemiddeling niet mag uitbesteden aan een zorgaanbieder. Niet direct en ook niet middellijk, dat wil zeggen via het zorgkantoor. Reden voor het verbod zorgbemiddeling aan een zorgaanbieder uit te besteden is dat aldus belangenverstrengeling kan ontstaan tussen de zorgaanbieder in zijn rol van aanbieder van zorg en zijn rol van (gedelegeerde) bemiddelaar: de neiging zou kunnen bestaan om cliënten vooral te bemiddelen naar de eigen zorg of de zorg van eventuele gelieerde zorgaanbieders. Op deze manier zorgt de regering ervoor dat cliënten op zorgbemiddeling door hun zorgkantoor kunnen rekenen.

*De leden van de PvdA-fractie lezen dat het vereiste proces in de AWBZ door zorgaanbieders als een forse administratieve belasting wordt ervaren. Er wordt nu aan uitvoerders en zorgkantoren gevraagd om Wlz-inkoopregels op te stellen en die vervolgens ook te gebruiken. Deze leden vragen wanneer deze inkoopregels klaar zijn. Hoe wordt geborgd dat vanaf het in werking treden van de Wlz de nieuwe inkoopregels ook in werking treden? Wanneer vindt de regering het nodig door middel van een amvb op te treden en deze regels op te stellen? Waarom is er niet direct voor gekozen om meer op cliëntgerichtheid en innovatie te sturen met het opstellen van nieuwe inkoopregels? Hoe worden de administratieve lasten voor aanbieders concreet verlicht met de inwerkingtreding van de Wlz?*

De regering heeft er met de leden van de PvdA-fractie kennis van genomen dat zorgaanbieders en de hen vertegenwoordigende zorgbranches het jaarlijkse proces van inkoop van langdurige zorg als een administratieve belasting ervaren. Ter uitvoering van een door de Kamer aangenomen motie-Van Dijk c.s. (Kamerstukken II 2012/13, 30 597, nr. 356) is hiernaar onderzoek gedaan. Het rapport is met een begeleidende brief d.d. 27 januari 2014 (Kamerstukken II 2013/14, 29 515, nr. 351) aan de Kamer aangeboden. De verbetervoorstellen uit het onderzoeksrapport worden betrokken bij de besprekingen over de inkoop van intramurale langdurige zorg voor het jaar 2015. Het inkoopkader van ZN en zorgkantoren zal voor de zomer gereed zijn. De Kamer zal over de uitkomsten van de besprekingen, hoe de administratieve belasting wordt gereduceerd en hoe die hun beslag hebben gekregen in de kaders van de inkoop langdurige zorg voor 2015, separaat worden geïnformeerd. Met de inwerkingtreding van de Wlz wordt een grondslag gegeven voor de totstandkoming van een amvb, waarin de regering regels kan stellen over het zorginkoopproces en de inhoud van de zorgovereenkomsten. Indien onverhoopt in het inkoopkader van ZN en zorgkantoren niet of onvoldoende tegemoet wordt gekomen aan de doelstellingen die de regering nastreeft ten aanzien van de inkoop van langdurige zorg, zal de bedoelde regels stellen. Daarmee zijn de inkoopregels dan tegelijkertijd ook geborgd, zoals de leden van de PvdA-fractie vragen.

*De leden van de PvdA constateren dat op pagina 37 van de memorie van toelichting staat dat het voornemen is om een bruto pgb uit te keren en de cliënt vanwege onder meer een stimulans aan het kostenbewustzijn en de remmende werking die daar vanuit gaat, zelf de eigen bijdrage te laten*

*betalen. De leden van de PvdA vragen in hoeverre duidelijk is dat deze manier van innen van de eigen bijdrage van de cliënt daadwerkelijk een remmende werking zal hebben op de geleverde zorg? Bestaat er geen mogelijk gevaar dat cliënten door deze manier van betalingen worden belast met onnodige financiële onoverzichtelijkheid? Is het niet overzichtelijker voor de cliënt om het op de bestaande manier te houden, zodat de cliënt duidelijk heeft over hoeveel budget hij nog beschikt? Kan het kostenbewustzijn niet op andere manieren worden geprikkeld, zoals een maandelijks/halfjaarlijks «afschrift» met hierop de ingehouden eigen bijdragen? Graag ontvangen deze leden een reactie van de regering.*

Op dit moment wordt de eigen bijdrage voor pgb-houders ingehouden op het toegekende pgb. Pgb-houders merken in tegenstelling tot andere zorgvragers daardoor niet in de eigen portemonnee dat zij zorg genieten. Door (marginaal) minder zorg te gebruiken dan waar de indicatie vanuit gaat, betalen zij in het geheel geen eigen bijdrage. Voor cliënten met zorg in natura is die mogelijkheid er niet. Door de pgb-houders zelf hun eigen bijdrage te laten betalen worden zij gelijk behandeld met andere zorgvragers en ontstaat ook voor pgb-houders een remmende werking op de uitgaven. Het zogenaamde brutopgb in plaats van netto is afgesproken in het Begrotingsakkoord 2013.

De overzichtelijkheid voor de cliënt is gewaarborgd omdat via het systeem van trekkingsrechten cliënten op elk moment een actueel inzicht hebben in het resterende budget en daarnaast maandelijks van het CAK een rekening krijgen om de eigen bijdrage te betalen, net als gebruikers van zorg in natura. Aangezien de eigen bijdrage reeds op de jaarlijkse beschikking wordt vermeld als inhouding op het pgb, voegt een maandelijks of halfjaarlijks «afschrift» van ingehouden bijdragen weinig informatie toe en zal de prikkel tot kostenbewustzijn die daarvan uitgaat, ook beperkt zijn.

*De leden van de SP-fractie willen een nadere toelichting opdat zij weten wat de regering precies bedoelt met de Wlz-uitvoerder als rechtspersoon en de uitvoering van zorgkantoren. Zij vragen of de regering nader kan toelichten wat zij hiermee beogen. Zij vragen wie precies wordt aangewezen als Wlz-rechtspersoon en welke functies en taken deze rechtspersoon krijgt opgelegd. Daarnaast vragen zij hoe nu precies de relatie met de zorgverzekeraars is en waarom er niet voor gekozen wordt om de Wlz geheel onafhankelijk van de zorgverzekeraars uit te voeren omdat concurrentie niet past binnen de Wlz.*

Iedere zorgverzekeraar dient voor de uitvoering van de Wlz een aparte rechtspersoon te hebben (of op te richten). Doordat iedere Wlz-uitvoerder een aparte rechtspersoon is worden de taken van de Wlz-uitvoerder gescheiden van de taken van de zorgverzekeraar. Op deze manier opereren zij onafhankelijk van de zorgverzekeraar en worden verzekeringstechnische en operationele risico's van elkaar gescheiden. Deze rechtspersoon wordt de Wlz-uitvoerder genoemd. Deze Wlz-uitvoerder is verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wlz voor eigen verzekerden. Omdat de regering het nodig acht om te werken met budgettaire kaders en dus ook met regionale uitvoeringskantoren, wordt er per regio een Wlz-uitvoerder aangewezen die als zorgkantoor zal fungeren. Op grond van het Blz worden de administratieve werkzaamheden bij de zorgkantoren belegd. Daarnaast zullen de zorgkantoren werkzaamheden verrichten die de individuele Wlz-uitvoerders vrijwillig hebben uitbesteed aan de zorgkantoren. Een voorbeeld is de zorginkoop die Wlz-uitvoerders vrijwillig kunnen mandateren aan het zorgkantoor.



*De leden van de SP-fractie hebben geconstateerd dat de Wlz-uitvoerders privaatrechtelijke entiteiten zullen zijn. Zij vragen wat nu precies het verschil tussen privaatrechtelijk en publiekrechtelijk is, en waarom een publieke taak privaatrechtelijk zou moeten worden uitgevoerd.*

Privaatrecht is het recht dat de rechtsverhouding tussen private personen (bijvoorbeeld tussen twee burgers onderling of tussen een burger en een onderneming) regelt. Het publiekrecht is het recht dat de verhouding tussen private personen en de overheid regelt. Het kan daarbij gaan om het strafrecht of om het bestuursrecht.

De Wlz is een verzekering van rechtswege. Omdat dat betekent dat de Staat als het ware de verzekeraar is, valt de uitvoering van de Wlz binnen het publiekrecht, en wel het bestuursrecht. De Wlz-uitvoerders zijn dan ook (zelfstandige) bestuursorganen. Van een privaatrechtelijke uitvoering in de zin zoals de leden van de SP-fractie die lijken te veronderstellen, zal binnen de Wlz dan ook geen sprake zijn: de uitvoering wordt publiekrechtelijk.

Een en ander laat onverlet dat een publiekrechtelijke uitvoering plaats kan vinden door zbo's met een privaatrechtelijke rechtspersoonlijkheid. Binnen de Wlz is voor dit laatste gekozen: de Wlz-uitvoerders zullen privaatrechtelijke rechtspersoonlijkheid dienen te hebben. In paragraaf 2.6 van de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel is aangegeven waarom daarvoor gekozen is. De Wlz-uitvoerders dienen daarbij wel een rechtsvorm te kiezen die het beogen of uitkeren van winst verbiedt (zoals de stichtingsvorm) dan wel, indien een rechtsvorm wordt gekozen die het maken of uitkeringen van winst in principe mogelijk maakt (bijvoorbeeld de nv- of bv-vorm) in de statuten te verankeren dat geen winst zal worden beoogd of uitgekeerd.

*De leden van de SP-fractie merken op dat het CIZ verantwoordelijk blijft voor het stellen van indicaties in het kader van de Wlz. Kan de regering aangeven waarom zij hiervoor het CIZ aanwijst? Waarom kiest de regering er niet voor om het CIZ af te schaffen en de indicatie te laten stellen door regionale indicatiecommissies waarbij betrokken zijn: huisarts/ eerstelijns-hulpverleners, zorginstellingen en patiënten, zodat maximaal gebruik kan worden gemaakt van de kennis en kunde van de professionals? Acht de regering het niet juist wenselijk om het eigen belang bij de indicatiestelling uit te schakelen door de concurrentie en marktwerking uit te schakelen? De leden van de SP-fractie vragen tevens op grond van welke feiten de aanneme is gebaseerd dat de indicatie door het CIZ zoals het kabinet die beoogt leidt tot een rechtvaardiger verdeling van de zorg die mensen nodig hebben dan wanneer professionals zelf de indicatie stellen? Is er onderzoek bekend waaruit blijkt dat de indicatiestelling voor de invoering van het Regionaal Indicatieorgaan/CIZ oneerlijker was dan in het RIO/CIZ tijdperk? Zo ja kan de regering dit toelichten?*

De regering heeft ervoor gekozen om de indicatiestelling voor de Wlz in handen van het CIZ te leggen. De regering hecht er met cliëntenorganisaties sterk aan dat de indicatiestelling voor de Wlz onafhankelijk, objectief, uniform en deskundig plaats vindt. Het gaat hierbij om een landelijk afwegingskader. Het indiceren voor zorg op grond van de Wlz is een afweging die complex is. De zorg die Wlz-cliënten nodig hebben is zwaar en complex, omdat in beginsel sprake is van permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid. De benodigde zorg beslaat in principe het verdere leven van de cliënt en betreft een integraal pakket dat alle levensdomeinen omvat. Ook moet bij het indiceren al rekening worden gehouden met het verdere verloop van de aandoening of beperking van de cliënt. Om al deze aspecten te kunnen beoordelen is niet alleen kennis

van de aandoening of beperking nodig, maar ook kennis en overzicht over het verloop van de aandoening of beperking en de daaruit voortvloeiende zorgbehoefte op verschillende terreinen, en kennis van wet- en regelgeving. Dit vereist kennis en ervaring die doorgaans niet aanwezig is (en hoeft te zijn) bij een professional zoals de wijkverpleegkundige of huisarts. Het CIZ heeft met vanaf haar start in 2005 kennis en ervaring opgedaan de landelijke indicatiestelling. De regering wil daarvan graag gebruik blijven maken voor het bepalen van het recht op zorg op grond van de Wlz. Het CIZ zal uiteraard wel in voorkomende gevallen gebruik maken van de kennis van deze professionals zoals. Zij hebben de cliënt immers al langere tijd in beeld, voordat deze een aanvraag indient voor de Wlz.

De hervorming van de langdurige zorg betekent onder meer dat de extramurale zorg uit het AWBZ-domein verschuift naar het Wmo-respectievelijk het Zvw-domein. Binnen die domeinen kunnen de lokale zorgprofessionals bij uitstek afwegen en bepalen wat cliënten in hun thuissituatie aan zorg en ondersteuning nodig hebben. Het gaat immers om arrangementen op lokaal niveau die vanuit de Wmo 2015 en Zvw worden vormgegeven, waar bij uitstek een rol voor de wijkverpleegkundige is weggelegd. Ook is belangrijk dat door de wijkverpleegkundige een verbinding wordt gelegd tussen de beide domeinen, immers veel mensen maken gebruik van zorg uit beide domeinen.

Er is mij geen onderzoek bekend naar de verschillen met betrekking tot de indicatiestelling vóór de invoering van het Regionaal Indicatieorgaan/CIZ en na de invoering van het Regionaal Indicatieorgaan/CIZ. Ik wijs erop dat de in het verleden in gang gezette veranderingen in de langdurige zorg, zoals een onafhankelijke indicatiestelling, onder meer zijn gebaseerd op een advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1994) en op bevindingen van de «commissie Welschen». De start van het CIZ in 2005 als landelijke organisatie voor de indicatiestelling AWBZ heeft het mogelijk gemaakt landelijk uniforme afwegingscriteria te introduceren voor de indicatiestelling AWBZ. Een landelijk uniforme weging draagt bij aan het rechtmatig afwegen of er sprake is van een aanspraak.

*De leden van de SP-fractie vragen wat het onderzoek door het CIZ inhoudt als een persoon een indicatie aanvraagt. Zijn in dit onderzoek verschillen aan te wijzen met de indicatiestelling zoals deze momenteel is georganiseerd? Zo ja, kan de regering hiervan een overzicht geven?*

Voordat door het CIZ een indicatiebesluit kan worden genomen, zal een onderzoek naar de relevante feiten en omstandigheden noodzakelijk zijn ter bepaling van de noodzaak van permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid zoals vastgelegd in de Wlz. Dit onderzoek vindt in ieder geval in persoon plaats. Dat kan zijn bij de verzekerde thuis, in of bij een zorginstelling waar de verzekerde al dan niet reeds verblijft, op een andere, gezamenlijk overeen te komen plaats of bij het CIZ. Aanvullend op het eigen onderzoek door het CIZ kan het aangewezen zijn in de oordeelsvorming de informatie te betrekken die bij anderen aanwezig is en die relevant is voor de beoordeling of een verzekerde recht heeft op Wlz-zorg.

Belangrijke verschillen met de huidige indicatiestelling zijn dat het onderzoek van het CIZ in persoon plaatsvindt en dat behandelend artsen en andere hulpverleners met een medisch beroepsgeheim het CIZ desgevraagd die gegevens over hun patiënten moeten verstrekken die noodzakelijk zijn om tot een goede (her)indicatie te komen. Daarnaast bestaan onder de Wlz geen standaard indicatiëprotocollen, herindicaties onder taakmandaat en indicatiemeldingen 80+ meer. De regering is van mening dat daarmee onafhankelijke indicatiestelling gewaarborgd is.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering het landelijke uniforme afwegingskader van de indicatiestelling door het CIZ in detail aan de Kamer kan doen toekomen. Welke precieze toegangscriteria gaan gelden voor de Wlz? Kan de regering de normen voor gebruikelijke zorg die worden uitgewerkt in beleidsregels met betrekking tot de indicatiestelling door het CIZ aan de Kamer zenden?*

De Kamer ontvangt een afschrift van de invulling van het landelijk uniform afwegingskader ten behoeve van de indicatiestelling Wlz door het CIZ. De nader te stellen regels rondom gebruikelijke zorg worden eveneens uitgewerkt in de beleidsregels voor de indicatiestelling Wlz. De beleidsregels worden gepubliceerd in de Staatscourant en in het najaar aan de Kamer gestuurd.

*De leden van de SP-fractie vragen waarom de standaard indicatiëprotocollen komen te vervallen. Is de regering bang voor upcoding van indicaties? Kan de regering dat nader toelichten? De leden van de SP-fractie constateren dat het CIZ het onderzoek in persoon laat plaatsvinden. Betekent dat dat de telefonische indicaties worden afgeschaft, vragen de leden en dat men standaard op huisbezoek gaat voor de indicatiestelling? Verder willen de leden weten hoe de bezwaar en beroepprocedure van het CIZ eruit komt te zien? Kan de regering een overzicht aan de Kamer doen toekomen van het aantal bezwaren en beroepen die zijn ingediend bij het CIZ in de afgelopen tien jaar uitgesplitst naar onderwerp?*

De regering heeft ervoor gekozen om, behoudens voor meerzorg, vooralsnog geen enkele vorm van indicatiestelling in mandaat te hanteren. Dat betekent dat ook geen sprake zal zijn van standaard indicatiëprotocollen (SiP's). Sowieso ontvalt aan een groot deel van deze SiP's de rechtsgrond als gevolg van de inwerkingtreding van de Wmo 2015 en de wijziging van de Zvw voor het onderdeel van de wijkverpleging. De gekozen wijze van indiceren, vooralsnog alle indicatiëaanvragen door het CIZ laten beoordelen en – overigens net als nu – alle besluiten door het CIZ laten nemen, is ingegeven vanuit de wens om ook in de indicatiestelling uit te gaan van meer contact van het CIZ met de cliënt (in persoon). Bovendien is de roep om de mogelijkheden van upcoding in te perken een belangrijk argument voor de gekozen werkwijze geweest. Daar komt bij dat in de eerste periode dat de verschillende wettelijke regelingen in werking treden voorkomen moet worden dat abusievelijk noch opzettelijk toegang wordt verkregen tot verkeerde vormen van zorg en ondersteuning. Hoe eerder en hoe sneller iedereen in de nieuwe constellatie is gewend aan nieuwe taken en bevoegdheden, aan nieuwe spelers in het zorgveld, aan andere criteria ter bepaling of sprake is van recht op langdurige zorg, des te sneller werkt het totale systeem als beoogd. In die situatie van hervonden nieuw evenwicht is het helemaal niet uitgesloten dat bepaalde typen besluiten in mandaat kunnen worden genomen, de wet laat daarvoor ruimte. Het onderzoek door het CIZ vindt in persoon plaats. Hoewel de uiteindelijke werkwijze van het CIZ op dit moment nog niet is vastgesteld, lijkt er alleszins reden voor een nadere onderverdeling van de aanvragen naar complexiteit van de zorgvraag en/of de volledigheid van de aanvraag zelf. Dat daaraan gekoppeld kan worden welke werkwijze door het CIZ zal worden gehanteerd in een specifiek geval is vanzelfsprekend. Immers, het persoonlijk contact heeft vooral tot doel in ingewikkelde persoonlijke omstandigheden van een aanvrager bij die aanvrager helderheid te verkrijgen op het voldoen aan de wettelijke criteria voor Wlz-zorg en de mate waarin dat het geval is. Ook een doelmatige uitvoering van de indicatiestelling door het CIZ speelt in de te maken afweging een rol. Het

ligt in de bedoeling de Kamer in september nader te informeren over de door het CIZ te hanteren werkwijze Wlz. Ik zal het CIZ verzoeken mij een overzicht te verstrekken van de bezwaar- en beroepszaken tegen indicatiebesluiten in het kader van de AWBZ. Ik zal het CIZ vragen of daarin een onderverdeling naar onderwerp is te maken.

*Het is de leden van de SP-fractie onduidelijk waarom het kabinet er niet voor kiest om van het CIZ een agentschap te maken, terwijl het kabinet dat zelf de meest geëigende vorm vindt gezien de taak van het CIZ? Is dat vanwege de financiële consequenties omdat medewerkers dan een ambtenarenstatus krijgen? Zo ja om hoeveel middelen gaat het dan? En is dit dan niet een slecht argument omdat de beste vormgeving uitgangspunt voor het functioneren van het CIZ dient te zijn?*

De regering heeft de verschillende mogelijkheden voor de juridische entiteit van het CIZ bestudeerd en vanwege de gewenste onafhankelijke positie ten opzichte van ook het beleid gekozen voor die van het publiekrechtelijk zbo met rechtspersoonlijkheid. De beoordeling of een verzerde recht op Wlz-zorg heeft, moet beantwoord kunnen worden zonder dat daarin beleidsinhoudelijke of financiële belangen een rol spelen. Bij een agentschap is van die onafhankelijkheid geen sprake, bij een zbo wel. Belangrijk bij die keuze was ook dat het CIZ regelgebonden haar taken uitvoert, één van de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om voor de zbo-status te kunnen opteren. Aan de keuze voor de zbo-status met rechtspersoonlijkheid zit als bijkomend voordeel dat die geringe personele en financiële consequenties voor de medewerkers van de huidige stichting CIZ met zich meebrengt. Daar waar er een aanmerkelijke operatie in gang is gezet om de huidige organisatie qua inhoud en qua personeelsbezetting te transformeren naar een organisatie die is toegerust op uitvoering van de Wlz, terwijl dit jaar de uitvoering van de AWBZ onverminderd doorgang moet hebben, ligt een route die de meeste rust in de organisatie bewerkstelligd voor de hand. Die garandeert immers het welslagen van de gehele operatie.

Overigens staat in de wet dat binnen vier jaar opnieuw een besluit genomen dient te worden ten aanzien van het CIZ en diens juridische entiteit. Die hele periode kan dan bij voldoende tijdige aanvang van de te verrichten werkzaamheden worden benut om eventueel ingrijpende en financieel ingewikkelde transformaties te bewerkstelligen.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering de vormgeving en de uitwerking van de diverse zorgprofielen voor de wetsbehandeling aan de Kamer doen toekomen? Wat is de reden dat het CIZ niet meer zal indiceren in uren? Acht de regering het wenselijk dat er tussen zorginstellingen en het CIZ discussies gaan ontstaan over het precieze aantal uren zorg dat verleend dient te worden? In de situatie dat er discussie is, wie heeft er dan uiteindelijk de doorzettingsmacht? Kan de regering aangeven in welke zorgprofielen de huidige zorgzwaartepakketten vallen? Is de regering bereid om de Kamer hiervan een totaaloverzicht te zenden?*

De zorgprofielen worden opgenomen in de beleidsregels voor de indicatiestelling. Deze beleidsregels worden in het najaar gepubliceerd in de Staatscourant en aan de Kamer toegezonden. Voor 2015 zal het aantal zorgprofielen nagenoeg hetzelfde zijn als de huidige zorgzwaartepakketten, zoals deze zijn vastgelegd in de Regeling zorgaanspraken. Ik verwijs de Kamer naar deze regeling voor een overzicht. Het is het streven om vanaf 2016 het aantal zorgprofielen te beperken.

De zzp's zijn destijds in de AWBZ ingevoerd om de voor intramurale zorg beschikbare middelen op een goede manier te verdelen over instellingen. Zij zijn bedoeld als bekostigingsinstrument. In de AWBZ zijn de zzp's in de praktijk het uitgangspunt geworden bij het gesprek tussen de cliënt en de

zorgverlener over de te verlenen zorg. Daarvoor zijn de zzp's echter niet bedoeld en ook niet geschikt. Een zorgzwaartepakket kan niet voorschrijven waar een cliënt behoefte aan heeft en welke zorg moet worden geleverd.

In de Wlz staan de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt centraal. De professional krijgt meer ruimte om maatwerk te leveren. Daarom indiceert het CIZ niet meer in zorgzwaartepakketten maar in zorgprofielen. Een zorgprofiel is een algemene typering van naar aard, inhoud en omvang vergelijkbare zorgbehoeften, waarbij de verzorgings-, verplegings-, begeleidings- of behandeldoelen naar aard, inhoud en omvang globaal overeenkomen.

Er ligt hiermee minder nadruk op de omvang en fixatie op uren wordt voorkomen. Het recht op zorg van de verzekerde wordt vastgesteld in het indicatiebesluit. In het indicatiebesluit wordt daarom aangegeven wat het best bij hem passende zorgprofiel is. De samenhangende zorg die voortvloeit uit het zorgprofiel is het recht op zorg van de verzekerde. Omdat op basis van het zorgprofiel de zorgverlener altijd de zorg op de specifieke situatie en behoeften van de verzekerde zal aanpassen, bieden de zorgprofielen aan de professional de ruimte om maatwerk te bieden. Via de bespreking van het zorgplan kunnen daar tussen de zorgaanbieder en de verzekerde ook afspraken over worden gemaakt. Zo wordt bereikt dat niet langer de bekostiging (door middel van het zorgzwaartepakket) leidend is in het maken van afspraken tussen cliënt en zorgaanbieder. Uiteraard is er nog sprake van zorginkoop afspraken tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder binnen de contracteerruimte. Dit draagt bij aan beheersing van kosten en het stimuleren van gepast gebruik. De Wlz-uitvoerder ten slotte heeft als taak om ervoor te zorgen dat de cliënt de zorg krijgt die hij nodig heeft. Dat vloeit voort uit de zorgplicht van de Wlz-uitvoerder.

*De leden van de SP-fractie vragen of het waar is dat dat de regering onderzoek doet naar de mogelijkheden om het aantal zzp's terug te brengen? Zo ja, wanneer kan de Kamer de uitkomsten hiervan verwachten?*

Thans loopt er geen onderzoek naar de mogelijkheid om het aantal zzp's terug te brengen. Ik ben voornemens de NZa opdracht te geven om te kijken of met ingang van het jaar 2016, zzp's kunnen worden samengevoegd. Indien van een dergelijk onderzoek de resultaten binnen zijn, zal ik de Kamer informeren

*De leden van de SP-fractie constateren dat de zorgzwaartepakketten geen recht meer verlenen, maar enkel functioneren voor de bekostiging. Waarom schaft de regering de bureaucratistische zorgzwaartepakketten dan niet af, vragen de leden. Waarom worden zorginstellingen niet bekostigd op bezetting, zorgzwaarte e.d? Wat verstaat de regering onder zorgprofielen, wat houdt dat daadwerkelijk in?*

Er is gekozen om een onderscheid te maken tussen de voorkant, waarin het gesprek tussen de cliënt en de zorgaanbieder centraal staat, en de achterkant van het systeem. De cliënt en de instelling maken afspraken over de inhoud van de zorg en de te leveren prestaties. In dat gesprek staat de cliënt centraal. Daarom moet bij het vaststellen van het zorgplan het gesprek gaan over het gewenste resultaat van de zorg en het daartoe benodigde maatwerk voor de cliënt.

Uiteraard moet aan de achterkant de geleverde inzet bekostigd worden. Zorgaanbieders, zorgkantoren en NZa maken prijs- en volumeafspraken over de zorginkoop, de zorgtoewijzing en declaratie. In dat gesprek staat de instelling centraal. De bedoeling is niet dat voor elke cliënt exact de

een normbedrag vergoed wordt, maar om te komen tot een bedrag dat de instelling als geheel nodig heeft om verantwoorde zorg te kunnen leveren aan alle cliënten.

Uit deze opzet vloeit voort dat een cliënt niet aan de bekostiging maar aan de aanspraak een recht kan ontleen. In het zorgplan wordt concreet gemaakt wat de aanspraak voor de individuele cliënt inhoudt. Daarbij vind ik het van belang om weg te geraken van de uren en euro's maar via het zorgplan goede inhoudelijke afspraken te maken over de invulling van de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de cliënt, die hem of haar in staat stellen om zo volwaardig mogelijk regie over het eigen leven te voeren. Een zorgprofiel kan worden omschreven als een algemene typering van vergelijkbare zorgbehoeften of beperkingen op dezelfde terreinen, waarbij de verzorgings-, verplegings-, begeleidings- of behandelingsdoelen naar aard, inhoud en globale omvang overeenkomen.

De zorgprofielen in de Wlz zijn gebaseerd op de cliëntprofielen in de AWBZ. De profielen zullen de zorgbehoefte en de noodzakelijke zorg duiden. Cliënten en zorgaanbieders krijgen hiermee een grotere vrijheid in de wijze waarop de zorg geleverd wordt en er komt minder nadruk te liggen op de omvang. De cliënt of zijn vertegenwoordiger maken afspraken over de zorg met de zorgaanbieder, die worden vastgelegd in het zorgplan (het maatwerk). Uitgangspunt hierbij zijn de professionele standaarden voor goede zorg.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering bereid om de nadere regels (via amvb) aan de Kamer te zenden met betrekking tot de indicatiestelling door het CIZ en de termijn waarbinnen het CIZ besluiten dient te nemen?*

De nadere regels over de indicatiestelling door het CIZ, met inbegrip van de beslistermijn, maken onderdeel uit van het Blz dat onlangs bij beide Kamers is voorgehangen.

*Welke opbrengst verwacht de regering als het gaat om het verminderen van de administratieve lasten voor het CIZ in verband met minder herindicaties, zo vragen de leden van de fractie van de SP.*

De te verrichten werkzaamheden worden uiteraard voor een deel veroorzaakt door het aantal indicatiebesluiten, in het geval van het CIZ, dat een organisatie moet nemen. Dat daarin niet alleen als gevolg van minder herindicaties, maar veel meer nog door de omvang van het verzekerd pakket van de Wlz dat zal leiden tot een aanmerkelijk lager aantal aanvragen dan die voor zorg op grond van de AWBZ, wijziging komt leidt geen twijfel. Ook de manier waarop de indicatiebesluiten tot stand komen ondergaat wijziging. Vanaf 2015 zal vooralsnog geen sprake zijn van indicatiestelling in mandaat, wat betekent dat slechts het CIZ indicatieaanvragen behandelt, beoordeeld, onderzoekt en afhandelt. Bovendien is – anders dan thans het geval is – sprake van onderzoek in persoon. Welke financiële gevolgen er te verwachten zijn van de combinatie van aantallen aanvragen en nieuwe werkwijze van het CIZ is op dit moment nog niet bekend. Na de zomer zal ik de Kamer hierover informeren.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering kan aangeven hoeveel ouderen en hoeveel mensen met een beperking verblijven in een zorginstelling. Voorts vraagt de SP-fractie of de regering een overzicht kan geven van alle bestaande zzp's en onder welke wetgeving de betreffende zzp's vallen vóór en na de decentralisaties.*

Op basis van cijfers van het CAK ziet de leeftijdverdeling van de cliënten die in een zorginstelling zijn opgenomen er op peilmoment gemeten eind 2012 als volgt uit:

Leeftijd	Aantal cliënten
18 tot 65 jaar	93.005
65 tot 80 jaar	42.735
80 jaar of ouder	126.095
<b>Totaal (18 jaar en ouder)</b>	<b>261.835</b>

Bron: [www.monitorlangdurigezorg.nl](http://www.monitorlangdurigezorg.nl)

Voor een overzicht van alle zzp's en een uitgebreide toelichting daarop verwijs ik naar de zorgzwaartegidsen zoals de Kamer die aantreft op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit: [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

Onderstaande tabel geeft op hoofdlijnen een overzicht van het domein waarop nieuwe cliënten met een profiel behorend bij het huidige AWBZ-zzp na de hervorming van de langdurige zorg in de toekomst terecht kunnen.

ZZP	18 min	18 plus
VV01		Zijn geëxtramuraliseerd
VV02		(muv VV03 na
VV03		ziekenhuisopname).
VV04		Wlz
VV05	n.v.t.	Wlz
VV06		Wlz
VV07		Wlz
VV08		Wlz
VV09b		Wlz
VV10	Wlz	Wlz
VG01	Jeugd	Zijn geëxtramuraliseerd.
VG02	Jeugd	
VG03	Jeugd	Wlz
VG04	Wlz	Wlz
VG05	Wlz	Wlz
VG06	Wlz	Wlz
VG07	Wlz	Wlz
VG08	Wlz	Wlz
LVG01	Jeugd	Wlz
LVG02	Jeugd	Wlz
LVG03	Jeugd	Wlz
LVG04	Jeugd	Wlz
LVG05	Jeugd	Wlz
SGLVG01	Wlz	Wlz
LG01	jeugd	Geëxtramuraliseerd
LG02	Wlz	Wlz
LG03	jeugd	Geëxtramuraliseerd
LG04	Wlz	Wlz
LG05	Wlz	Wlz
LG06	Wlz	Wlz
LG07	Wlz	Wlz
ZG01 aud	Jeugd	Geëxtramuraliseerd
ZG02 aud	Wlz	Wlz
ZG03 aud	Wlz	Wlz
ZG04 aud	Wlz	Wlz
ZG01 vis	Jeugd	Geëxtramuraliseerd
ZG02 vis	Wlz	Wlz
ZG03 vis	Wlz	Wlz
ZG04 vis	Wlz	Wlz
ZG05 vis	Wlz	Wlz
GGZ01B	Jeugd	Zijn geëxtramuraliseerd
GGZ02B	Jeugd	
GGZ03B	Jeugd	Zvw (na 3 jr: Wlz)
GGZ04B	Jeugd	Zvw (na 3 jr: Wlz)
GGZ05B	Jeugd	Zvw (na 3 jr: Wlz)
GGZ06B	Jeugd	Zvw (na 3 jr: Wlz)
GGZ07B	Jeugd	Zvw (na 3 jr: Wlz)

ZZP	18 min	18 plus
GGZ01C	Jeugd	Zijn geëxtramuraliseerd
GGZ02C	Jeugd	
GGZ03C	Jeugd	Wmo
GGZ04C	Jeugd	Wmo
GGZ05C	Jeugd	Wmo
GGZ06C	Jeugd	Wmo

*De leden van de SP-fractie vragen welke doelstelling de regering heeft als het gaat om het aantal 80- en 90-plussers dat niet meer in een verzorgingshuis mag wonen?*

De regering heeft geen doelstelling als het gaat om het aantal mensen dat niet meer in een verzorgingshuis mag wonen. Nieuwe cliënten krijgen niet langer een indicatie voor ZZP VV 1, 2 of 3. In plaats daarvan kunnen ze extramurale zorg en ondersteuning ontvangen. In mijn brief over de hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning (TK 2012- 2013, 30 597, nr. 297) heb ik aangegeven om welke aantallen cliënten het gaat. Overigens is het mogelijk dat mensen – die voorheen in aanmerking zouden zijn gekomen voor een licht ZZP – een kamer/appartement in een instelling huren en ter plekke zorg en ondersteuning op maat krijgen. De plek in de zorginstelling geldt dan als de het zelfverkozen (t)huis van de cliënt.

*De leden van de SP-fractie vragen waarom de regering ervoor wil kiezen om op termijn het onderscheid tussen Wlz-behandeling en algemeen medische zorg te laten vervallen. Kan de regering uitleggen wat ze hiermee bedoelt? Kan de regering toelichten waarom zij hiervoor kiest?*

De belangrijkste reden hiervoor is dat de regering van mening is dat cliënten in de Wlz een dermate zware zorgvraag hebben dat uitgangspunt is het leveren van één integraal pakket, met één eindverantwoordelijke zorgaanbieder. Bij deze algemeen medische zorg gaat het, naast de andere zorg vanuit de Wlz, bijvoorbeeld om geneesmiddelen of zorg zoals een huisarts die levert. Op dit moment komt voor mensen die in een instelling verblijven én daar ook behandeling ontvangen de algemeen medische zorg wel uit de Wlz. Voor deze cliënten is dus al sprake van een integraal pakket. Voor alle andere cliënten, die dus buiten een instelling met bijvoorbeeld een pgb of vpt verblijven, niet. Om de precieze gevolgen in beeld te krijgen, zal ik een uitvoeringstoets vragen aan het Zorginstituut Nederland.

*De leden van de SP-fractie hebben nog een aantal vragen over het vervoer- van en naar de dagbesteding. Indien de dagbesteding niet op de verblijfslocatie van de zorgbehoevende persoon is, maakt deze persoon aanspraak op vervoer. Geldt dat ook voor eventuele begeleiding die nodig is tijdens de rit die gemaakt wordt? Is het ook zo dat er geen eigen bijdrage gevraagd mag worden voor vervoer van- en naar de dagbesteding? Zijn er kosten voor de zorgvrager verbonden aan het meenemen van een begeleider tijdens het vervoer naar de dagbesteding? De leden hebben een melding binnengekregen over Talant die de noodzakelijke begeleiding op de ritten niet meer betaalt. Ook vergoedt Talant geen taxiriten meer in het weekend. De leden constateren dat dit tegens de huidige wettelijke aanspraak is, gezien mensen nu recht hebben op vervoer- van en naar de dagbesteding. Is de regering bereid dit uit te zoeken en de Kamer hierover spoedig te informeren?*



De cliënt met een indicatie voor intramurale zorg heeft, zoals thans ook in de AWBZ is geregeld, in de Wlz aanspraak op de dagbesteding en het vervoer van en naar deze dagbesteding. Indien de vraag ziet op de uitvoering van de AWBZ, wijst de regering er op dat een zorgkantoor altijd moet zorgen voor minimaal één mogelijkheid van passend vervoer en passende dagbesteding. Dit blijft ook in de Wlz zo. Indien een cliënt een andere keuze wil maken, die flink duurder is, kan een instelling overwegen een dergelijk aanbod niet te doen, of enkel tegen betaling van een eigen bijdrage. Indien er geen sprake meer zou zijn van passend vervoer kan een cliënt zich tot het zorgkantoor wenden.

*De leden van de SP-fractie vragen zich af of de regering bereid is de amvb met betrekking tot woningaanpassingen voor de wetsbehandeling aan de Kamer te doen toekomen. Daarnaast vragen zij zich af wanneer zij de nota van wijziging met betrekking tot woningaanpassingen voor cliënten van 18 jaar en ouder tegemoet kunnen zien.*

De algemene maatregel van bestuur, het Blz, is onlangs bij beide Kamers voorgehangen. Onderdeel van het Blz zijn de woningaanpassingen. De tweede nota van wijziging zal medio juni aan de Kamer worden toegestuurd. Hierin is de wijziging opgenomen met betrekking tot woningaanpassingen voor cliënten van 18 jaar en ouder.

*De leden van de SP-fractie vragen zich af of de regering een overzicht kan sturen aan de Kamer met daarin de hulpmiddelen, uitgesplitst naar diverse wetten en de criteria die gelden om hiervoor in aanmerking te komen.*

Voor cliënten met een Wlz-indicatie geldt vanaf 2015, afhankelijk van hun verblijfssituatie (thuis of in een instelling) het volgende:

- Voor cliënten die verblijven in een instelling met verblijf en Wlz-behandeling (bijvoorbeeld voorheen de verpleeghuizen) geldt dat alle hulpmiddelen vanuit de Wlz komen, met uitzondering van die hulpmiddelen die bedoeld zijn om een stoornis te compenseren (zoals een hoorstel). Deze komen uit de Zvw. Dit is een voorzetting van de huidige situatie.
- Voor alle overige cliënten met een Wlz-indicatie die thuis wonen of in een instelling met verblijf zonder behandeling (bijvoorbeeld het verzorgingshuis) geldt dat zij behalve de hulpmiddelen ter compensatie van een stoornis (het hoortoestel), ook hulpmiddelen vanuit de Zvw krijgen die voor individueel gebruik zijn. Te denken valt aan verbandmiddelen of speciaal aan de persoon aangepaste hulpmiddelen, zoals orthopedische schoenen en protheses. Dit is een voortzetting van de huidige situatie. Voor alle overige hulpmiddelen (zoals de rolstoel en de douchestoel) geldt dat voor 2015 een beroep worden gedaan op de Wmo 2015. Per 2016 vindt verstrekking plaats vanuit de Wlz.

Voor alle hulpmiddelen die vanuit de Zvw worden verstrekt geldt dat de toegang en criteria zijn vastgelegd in de Zvw Regeling zorgverzekering Hulpmiddelen.

Voor de Wlz geldt dat bij ministeriële regeling nader wordt geregeld welke criteria worden gesteld. Deze regeling wordt gedurende de totstandkoming afgestemd met betrokkenen en zal in het najaar van 2014 beschikbaar zijn.

Voor de Wmo geldt dat cliënten een melding doen, waarna de gemeente de persoonlijke situatie van de cliënt onderzoekt, waaronder zijn voorkeuren, persoonlijke leefsituatie etc. Gemeenten besluiten – mede op basis van het onderzoek – welke voorziening ze bieden waarmee een passende bijdrage wordt geleverd aan de situatie waarin de cliënt kan participeren of zelfredzaam kan zijn.

*De leden van de SP-fractie vragen zich af of de regering bereid is nadere regels met betrekking tot mobiliteitshulpmiddelen voor de wetsbehandeling aan de Kamer te doen toekomen.*

Het recht op mobiliteitshulpmiddelen wordt geregeld in het Blz. Dit besluit treedt gelijktijdig in werking met de Wlz. De verstrekking van mobiliteitshulpmiddelen wordt nader geregeld bij ministeriële regeling. Deze regeling wordt gedurende de totstandkoming afgestemd met betrokkenen en zal in het najaar van 2014 beschikbaar zijn.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering bereid is om de nadere uitwerking van de lagere regelgeving met betrekking tot het voorkomen van afwenteling tussen domeinen voor mensen met een psychische stoornis (langdurige GGZ) voor de wetsbehandeling aan de Kamer te doen toekomen.*

Met de leden van de SP-fractie ben ik het eens dat het belangrijk is om afwenteling tussen domeinen te voorkomen. Ondermeer vanwege het minimaliseren van de prikkel tot afwenteling is het belangrijk om in de Zvw de huidige 365-dagen grens tussen Zvw en AWBZ te vervangen door een driejaarsgrens. Zorgverzekeraars hebben vanaf 2015 niet langer het perspectief dat veel «dure» mensen na een jaar «klinisch verblijf» doorstromen naar de langdurige zorg. Het merendeel van de mensen die in de huidige situatie na 365 dagen intramuraal verblijf een zzp B indicatie krijgt, is na drie jaar intramuraal verblijf uitgestroomd uit klinisch verblijf, waarna eventuele vervolgbehandeling voor rekening komt van de zorgverzekeraar. In de nieuwe situatie zal dan ook meer dan voorheen gelden dat zorgverzekeraars verantwoordelijk blijven voor het gehele behandelingstraject, zowel klinisch als ambulant.

Bij behandeling van de Wlz is nog niet alle lagere regelgeving met betrekking tot de langdurige ggz gereed. Dit is een gevolg van het feit dat de totstandkoming van de lagere regelgeving afhankelijk is van de besluitvorming over de regelgeving waaronder de lagere regelgeving valt. Ik verwacht de Kamer desondanks voldoende duidelijkheid te kunnen geven over de afbakening tussen de verschillende domeinen en het voorkomen van afwenteling. Het Kabinetbesluit over de positionering van de langdurige ggz is uiteengezet in de brief van 24 maart 2014 (30 597, nr. 427). De voornaamste regelgeving met betrekking tot langdurige ggz is al aangenomen door de Tweede Kamer (Wmo 2015), ligt reeds ter behandeling bij de Tweede Kamer (Wlz), of wordt samen met de nota naar aanleiding van het verslag Wlz aan de Tweede Kamer aangeboden (nota van wijziging Wlz). Ook de contouren van de lagere regelgeving zijn bekend. Deze zijn ondermeer terug te vinden in de brief van 24 maart 2014 inzake de voorgenomen aanwijzing over bekostiging langdurige intramurale op behandeling gerichte ggz en de toepasbaarheid van het macrobeheersinstrument (30 597, nr. 426). Het Uitvoeringsbesluit Wmo 2015 heeft reeds voorgehangen bij de Kamer. Ook in de schriftelijke overleggen met de Tweede Kamer naar aanleiding van bovengenoemde brief inzake de Positionering langdurige intramurale ggz en de brief van 24 maart 2014 inzake de voorgenomen aanwijzing over bekostiging langdurige intramurale op behandeling gerichte ggz en de toepasbaarheid van het macrobeheersinstrument (30 597, nr. 426) wordt nader ingegaan op het voorkomen van afwenteling.

*De leden van de SP-fractie vragen of het waar is dat het pgb in het kader van de Wlz alleen kan worden verstrekt via het trekkingsrecht van de SVB? Welke andere eisen stelt de regering aan een pgb in het kader van de Wlz? Hoe voorkomt de regering monetarisering van de mantelzorg?*

Het klopt dat het pgb alleen nog wordt versterkt in de vorm van trekkingsrecht en niet meer op de rekening van de budgethouder zelf wordt gestort. Voor het overige worden vooral eisen gesteld of het verantwoord is een pgb toe te kennen. Dit om ondermeer te zorgen dat mensen die een pgb krijgen ook echt (eigen) regie kunnen voeren, een betrouwbare vertegenwoordiger kiezen, of dat de zorg die wordt ingekocht van toereikende kwaliteit en verantwoord is. Is eenmaal een pgb toegekend dan zijn vooral ook de vereisten van toepassing zoals deze op alle subsidies van toepassing zijn. Deze en andere eisen en regels met betrekking tot het pgb worden in de lagere regelgeving uitgewerkt net als nu in de pgb-regeling onder de AWBZ. Daarnaast hanteren zorgkantoren net als nu een lijst Vergoedingen waarin zij aangeven welke zorg wel of niet uit het pgb mag worden betaald.

Mantelzorgers en andere informele en/of niet-professionele hulpverleners kunnen worden vergoed uit het pgb conform de maximale tarieven die aan professionals kunnen worden vergoed. Sinds 2014 wordt daarom voor nieuwe budgethouders gewerkt met gedifferentieerde tarieven voor professionele en niet-professionele zorg. Er geldt een basistarief van 20 euro per uur dat een budgethouder kan afspreken met niet-professionals. Ook in 2015 zullen de gedifferentieerde tarieven nog alleen voor nieuwe budgethouders gelden. Dit en volgend jaar zal worden bezien of deze maatregel om de monetarisering van ondermeer mantelzorg tegen te gaan ook echt effect sorteert om deze op termijn, eventueel aangepast, in te voeren voor alle budgethouders.

*De leden van de SP-fractie geven aan nog steeds meldingen binnen te krijgen dat er problemen zijn met de 10-uursmaatregel met betrekking tot begeleiding. Waarom heeft de regering ervoor gekozen om deze regeling in stand te houden, vragen de leden? Is de hernieuwde verstrekking van het pgb via het trekkingsrecht van de SVB niet juist reden om de 10-uursgrens te schrappen? Waarom mogen mensen wel een pgb voor verzorging en verpleging aanvragen, maar niet voor begeleiding onder de 10 uur? Waarom kiest de regering voor deze rechtsongelijkheid? De leden van de SP-fractie verlangen een uitgebreide toelichting op dit punt.*

De 10-uursmaatregel vervalt per 1 januari 2015 omdat de extramurale begeleiding dan overgaat naar de Wmo 2015, die een dergelijke grens niet kent. Het is aan gemeenten om binnen de kaders die de Wmo 2015 daarvoor stelt de voorwaarden voor toekenning van een pgb nader in te vullen.

*De leden van de SP-fractie merken op dat binnen de Wlz het, anders dan onder de AWBZ, niet meer mogelijk zal zijn om in afwachting van een plaats in de voorkeursinstelling zorg thuis te ontvangen terwijl dat niet helemaal verantwoord is of meer zorg thuis te ontvangen, dan in een regulier vpt of pgb besloten ligt. In die zin zijn de mogelijkheden van «overbruggingszorg» in de Wlz derhalve kleiner dan onder de AWBZ. De leden van de SP-fractie en de leden van de fractie van D»66 vragen of de regering nader kan aangeven wat de reden is waarom zij deze beperking van overbruggingszorg wenselijk acht.*

Onder de AWBZ komt het voor dat cliënten met een zzp-indicatie erin slagen een opname voor langere tijd uit te stellen. Vaak heeft men dan extramurale AWBZ-zorg in aanvulling op mantelzorg. Er is in de AWBZ een uitvoeringspraktijk ontstaan waarin de zorgkantoren dan op verzoek van de cliënt extramurale AWBZ-zorg toewijzen en bekostigen. In de Wlz is dat niet meer aan de orde. Zolang er nog een verantwoorde situatie is met extramurale zorg vanuit de Wmo en de Zvw heeft men geen Wlz-zorg nodig en zal men ook geen Wlz-indicatie aanvragen. Zodra de cliënt wel is

aangewezen op een volledig pakket Wlz-zorg is de Wlz-uitvoerder aan zet om te regelen dat de cliënt zo snel mogelijk een passend zorgpakket kan krijgen. Het is wenselijk dat ook de cliënt hieraan meewerkt. Dat is primair in zijn eigen belang omdat men voor toezicht en bescherming afhankelijk is geworden van een zorginstelling. Het is de taak van de Wlz-uitvoerder om voldoende passende zorg in te kopen. Het kan voorkomen dat er wel passende Wlz-zorg beschikbaar is, maar dat deze zorg niet de eerste voorkeur heeft van de cliënt. In dergelijke gevallen kan men niet in afwachting van een plaats in een voorkeursinstelling vanuit de Wlz opteren voor een situatie die niet helemaal verantwoord is of meer zorg vragen dan besloten ligt in het vpt of pgb. Indien de cliënt niet in aanmerking komt voor pgb en zijn woonsituatie niet geschikt is voor het vpt, zal de cliënt moeten kiezen voor opname in een andere instelling of verhuizen naar een woonomgeving waar het vpt wel een optie is.

*De leden van de SP-fractie lezen dat de regering schrijft dat «een keuze voor zorg in natura niet betekent dat een verzekerde recht heeft op zorg van zijn voorkeursaanbieder. Indien deze geen capaciteit beschikbaar heeft, voldoet de Wlz-uitvoerder ook aan zijn zorgplicht indien hij binnen redelijke termijn en afstand andere geschikte zorg kan laten leveren». De leden van de PVV-fractie vragen of dit niet een ongewenste beperking van de keuzevrijheid van de patiënt is? Hoe verhoudt zich dit uitgangspunt met de rechten van patiënten onder de huidige AWBZ?*

De zorgkantoren hebben een zorgplicht en dienen er derhalve voor te zorgen dat een cliënt binnen redelijke termijn en binnen redelijke afstand van waar zij wonen of willen gaan wonen in een instelling kunnen gaan verblijven. Dit houdt niet in dat de verzekerde binnen redelijke termijn in zijn voorkeursinstelling kan gaan verblijven. Als er geen plek in de voorkeursinstelling is, dan kan het zorgkantoor dat ook niet afdwingen. Het zorgkantoor is immers niet tot het onmogelijke gehouden. Als het zorgkantoor een (kwalitatief goed) aanbod heeft binnen redelijke termijn en binnen redelijke afstand voldoet hij aan de zorgplicht. Eventueel kan de cliënt in zo'n geval kiezen om tijdelijk thuis te blijven met een persoongebonden budget of vpt. De regering is van mening dat hier een balans gevonden is tussen enerzijds de keuzevrijheid van de cliënt en anderzijds de zorgplicht van het zorgkantoor. In de praktijk van de huidige AWBZ wordt overbruggingszorg ook ingezet als het gaat om het wachten op een plek in de voorkeursinstelling. Overbruggingszorg in de Wlz houdt niet langer in dat het ook kan gaan om wachten op een plek in de voorkeursinstelling.

*De leden van de SP-fractie vragen zich af hoe selectief contracteren door zorgkantoren zich verhoudt tot de keuzevrijheid van de cliënt. Zij vragen zich af of bij gebleken kwaliteit niet een contracteerplicht moet gelden.*

Selectief contracteren houdt in dat niet aan alle zorgaanbieders een contract wordt aangeboden. Daar staat tegenover dat in het contracteringsproces het zorgkantoor kan selecteren op kwaliteit en continuïteit van zorgverlening, zodat aan cliënten adequate zorg kan worden geleverd. Daarbij hebben de zorgkantoren met ruim 2.200 zorgaanbieders contracten afgesloten voor AWBZ-zorg. Er is derhalve een ruime keuze voor de cliënt. De regering vindt niet dat bij gebleken kwaliteit een contracteerplicht moet gelden. Dit zou de doelmatigheid van het inkoopproces nadelig beïnvloeden.

*De leden van de SP-fractie vragen zich af hoe de respijtzorg is geregeld bij vpt en pgb en of deze goed geborgd in de Wlz.*

Respijtzorg betreft het tijdelijk overnemen van de totale zorg ter ontlasting van de mantelzorger. De meeste cliënten met een Wlz-indicatie ontvangen professionele zorg in een instelling waar zij verblijven met zorg. Omdat de woonsituatie van cliënt en mantelzorger bij verblijfszorg gescheiden is, ligt het zwaartepunt van de mantelzorg bij wonen in een instelling niet zozeer op de dagelijkse zorg en ondersteuning, maar op het op enigerlei wijze geven van liefdevolle aandacht ten behoeve van een bijdrage aan het welbevinden van cliënten. Het tijdelijk overnemen van de totale zorg van de mantelzorger (respijtzorg) is dan niet aan de orde. Respijtzorg voor thuiswonende mensen met een Wlz-indicatie komt wèl ten laste van de Wlz. Indien iemand een indicatie heeft voor de Wlz, kan door de mantelzorger geen beroep worden gedaan op respijtzorg op grond van de Wmo 2015 of Jeugdwet. Reden is dat cliënten in de Wlz reeds recht hebben op een integraal pakket aan zorg en ondersteuning dat in natura met verblijf, vpt of met een pgb kan worden genoten. Cliënten in de Wlz die met een vpt of pgb thuis verblijven, moeten binnen dat pakket of budget keuzes maken. Respijtzorg kan daar onderdeel van uit maken. Respijtzorg kan vele vormen hebben zoals begeleiding thuis, dagopvang of logeerhuis. Binnen het vpt kunnen cliënt, mantelzorger en zorgaanbieder maatwerkafspraken maken over de vorm waarmee invulling aan de respijtzorg wordt gegeven. Doel van deze afspraken is tijdelijk overnemen van de zorg van de mantelzorger. Binnen het pgb kunnen cliënt en mantelzorgers zelf keuzes maken om de zorg van mantelzorgers tijdelijk over te nemen.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering haar constatering dat «een aanzienlijk aantal mensen die voor een zorgzwaartepakket zijn geïndiceerd er niet voor kiezen om in een instelling te verblijven» staven met cijfers? Kan de regering hiervan een overzicht geven van de afgelopen tien jaar? Welke ontwikkeling verwacht de regering de komende jaren op dit punt?*

In onderstaande tabel bevat enkele cijfers die het CBS zeer recentelijk heeft geplaatst op de website [www.monitorlangdurigezorg.nl](http://www.monitorlangdurigezorg.nl). Zichtbaar is dat op het peilmoment in 2012 ca. 345.000 cliënten een indicatie voor langdurig verblijf hebben, waarvan er op dat moment 260.000 zorg met verblijf (ZMV) ontvangen. Er zijn dus ca. 85.000 personen ouder dan 18 jaar zijn die op dat moment niet zijn opgenomen in een instelling. Daarvan hebben er 47.000 zorg zonder verblijf (ZZV) en 20.000 een pgb. Het komt ook voor dat men (nog) geen zorg heeft of geen zorg meer nodig heeft. Dat laatste komt met name voor bij de zzp's voor geriatrische revalidatiezorg. Voor verdere toelichting op deze verwijs ik de Kamer naar de website.

**Tabel: Aantal personen met indicatie zorg met verblijf (ZMV) op peildatum**

	2010	2011	2012
	aantal	aantal	aantal
Totaal 18+	316.190	332.650	345.080
Personen 18+ met gebruik ZMV op peildatum	248.500	256.120	258.640
Personen 18+ met gebruik ZZV in periode van 4 weken	30.165	45.620	46.630
Personen 18+ met toegekend pgb op peildatum	Geen cijfer beschikbaar	15.960	20.030

Bron: [www.monitorlangdurigezorg.nl](http://www.monitorlangdurigezorg.nl)

Voor oudere jaren is deze vergelijking helaas niet mogelijk.

Uit onderzoek van bureau HHM blijkt dat veel van de thuiswonende verblijfsgeïndiceerden de opname uitstelt, niet vanwege wachtlijsten maar omdat men graag thuis wil blijven wonen (HHM, ZZP via extramurale functies/klassen, Overwegingen van cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren, juli 2012).

*De leden van de SP-fractie vragen hoeveel verzorgingshuizen, zorginstelling voor mensen met een beperking en verpleeghuizen Nederland op dit moment telt. Kan de regering de ontwikkeling van het aantal verzorgingshuizen, zorginstelling voor mensen met een beperking en verpleeghuizen schetsen voor de komende tien jaar (uitgesplitst per jaar)?*

In de Marktscan AWBZ van de NZa zijn de volgende gegevens opgenomen over het landelijk aantal zorgaanbieders dat intramurale V&V of GHZ zorg levert en het landelijk aantal zorgaanbieders dat extramurale zorg levert:

	2010	2011	2012
Aantal zorgaanbieders dat intramurale AWBZ levert	826	798	791
Aantal zorgaanbieders dat extramurale AWBZ levert	1.275	1.370	1.461
Totaal aantal zorgaanbieders AWBZ	1.480	1.525	1.621

Bron: NZa, peildatum februari 2013.

Factoren die het aantal zorgaanbieders doen dalen, zijn: concentraties (fusies en overnames), faillissementen of uittreding uit de markt om andere redenen. Het aantal zorgaanbieders stijgt wanneer nieuwe zorgaanbieders zich op de markt aandienen en productieafspraken maken met een zorgkantoor of wanneer zorgaanbieders zich opsplitsen in meerdere zorgaanbieders.

Op dit moment beschik ik niet over een voorspelling van de ontwikkeling van het aantal verzorgingshuizen, zorginstellingen voor mensen met een beperking en verpleeghuizen.

*De leden van de SP-fractie vragen wanneer de regering verwacht het onderzoek naar het zogenaamde Zweedse model met maatcontractering te kunnen afronden.*

Over de uitkomsten van het juridisch onderzoek naar het een model dat het midden houdt tussen het Zweedse en het bestaande aanbestedingsmodel en de besluitvorming daarover zal de Kamer na de zomer worden geïnformeerd.

*De leden van de SP-fractie vragen zich af wat de regering verstaat onder het vergoedingenregime 2012–2017. Wat is de stand van zaken en wat wil de regering daarmee bereiken?*

Het vergoedingenregime heeft betrekking op de kosten van het vastgoed (kapitaallasten). In de periode 2012–2017 wordt jaarlijks een groter deel van de kapitaallasten ondergebracht in het tarief via de normatieve huisvestingcomponent (NHC). Dit traject is in 2018 afgerond doordat dan alle kapitaallasten in het tarief zijn opgenomen. Dit traject wordt in de Wlz ongewijzigd voortgezet.

*De leden van de SP-fractie stellen dat de regering aangeeft dat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Nederlandse Zorgautoriteit steviger gaan optreden om een mentaliteitsverandering en kwaliteitsver-*

*betering in de langdurige zorg te realiseren. De leden van de fractie van de SP vragen de regering nader toe te lichten wat dit stevige optreden precies inhoudt. Tevens zijn de leden van de SP-fractie benieuwd hoe de handhaving de afgelopen jaren is geweest door de NZa. Welke aanvullende maatregelen of instrumentarium kan de Kamer verwachten? Kan de regering de Kamer een overzicht doen toekomen van handhavende maatregelen die ingezet zijn jegens zorgaanbieders en zorgkantoren in de jaren 2006 t/m heden (uitgesplitst per jaar)?*

Kwaliteitsverbetering in de langdurige zorg is een belangrijk doel van de regering. De Wlz-uitvoerders moeten zich meer dan onder de AWBZ inspannen om dit te realiseren door daar bijvoorbeeld in hun zorginkoop op te sturen. De NZa ziet er op toe dat de Wlz-uitvoerders dit ook in voldoende mate doen. Hiervoor zal de NZa beter in beeld brengen hoe de Wlz-uitvoerders scoren op de prestatie-indicatoren die dit meten. Waar nodig zal de NZa eerder handhavingsinstrumenten inzetten. Deze instrumenten bestaan, vooruitlopend op het wetsvoorstel «Verbetering toezicht en opsporing Wet marktordening gezondheidszorg», uit het geven van een aanwijzing, het ter openbare kennis brengen van toegepaste handhavingsmaatregelen, het opleggen van een last onder bestuursdwang, het opleggen van een dwangsom en het opleggen van een boete. De regering zal de NZa vragen de score op de indicator «doelmatige zorgverlening» meer gewicht toe te kennen en deze score jaarlijks integraal te onderzoeken. Publicatie van de vergelijking van deze scores («benchmarking») en van «best practices» per indicator moeten het kwaliteitsbewustzijn verder stimuleren. Ten slotte zal de NZa kritisch volgen in hoeverre de opgelegde verbeteringen worden doorgevoerd. Voor een overzicht van de per jaar toegepaste handhavingsinstrumenten verwijs ik de Kamer naar de samenvattende rapporten van de NZa over de uitvoering van de AWBZ, die ik de Kamer jaarlijks doe toekomen.

*De leden van de fractie van de SP willen weten waarom het CAK belast wordt met de inning van de eigen bijdrage uit de Wlz. Zij geven aan dat het CAK een rampzalige voorgeschiedenis heeft en dat de SP-fractie al jaren wordt overspoeld met klachten hierover.*

De regering heeft ervoor gekozen om de taken van het CAK niet te wijzigen ten opzichte van de taken die het CAK heeft in de AWBZ. Zo blijft het CAK verantwoordelijk voor het vaststellen, opleggen en incasseren van de wettelijk verplichte eigen bijdragen voor geleverde Wlz-zorg en doet het CAK in opdracht van zorgkantoren betalingen aan de gecontracteerde zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen. De regering kan de roerige voorgeschiedenis van het CAK niet ontkennen. Het CAK heeft hier veel van geleerd en actie op ondernomen, en met succes. Zo heeft de Nationale ombudsman op 25 september 2013 een pluim aan het CAK gegeven voor zijn sterk verbeterde klachtenafhandeling. De regering ziet dan ook geen reden om met de invoering van de Wlz de taak van de inning van de eigen bijdrage bij een andere uitvoerder te beleggen. De regering acht het CAK de beste uitvoerder waarmee ook consistentie van de uitvoering en herkenbaarheid naar de cliënt is geborgd.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering een overzicht kan sturen van het aantal bezwaren en beroepen en het aantal klachten die gedaan zijn ten opzichte van het CAK de afgelopen 10 jaar uitgesplitst naar onderwerpen. In onderstaande tabel 1, 2 en 3 staan respectievelijk het aantal ingekomen bezwaren, het aantal ingekomen beroepen en het aantal klachten (inclusief Wtcg en CER) in de jaren 2008 t/m 2013.*

**Tabel 1: aantal ingekomen bezwaren**

Jaar ->	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Totaal	3.298	3.222	2.024	3.828	2.457	4.583
ZMV	2.673	2.241	1.295	2.341	1.573	3.038
WMO	571	675	412	634	472	931
ZZV	54	282	272	724	342	419
WMO/ZZV		24	45	129	70	192

**Tabel 2: Ingekomen beroepen CAK**

Jaar ->	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ZMV	54 (ZMV, Wmo en Zzv)	107	137	129	111	147
WMO		47 (incl ZZV)	41	16	29	21
ZZV			4	8	16	10

**Tabel 3: Klachten (inclusief Wtcg/CER)**

Jaar ->	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	1434	1228	364	432	461	561

De vijf onderwerpen waar in 2013 de meeste klachten betrekking op hadden, zijn: duidelijkheid, factureren, zorggegevens, te late reactie en bejegening.

In 2013 is een stijging waar te nemen in bezwaren en klachten, met name veroorzaakt door de maatregel Vermogensinkomensbijtelling. Voor de Wmo ook met de problemen die de gemeente Rotterdam heeft gehad met de aanpassing van de wijze van berekenen van de kosten voor huishoudelijke hulp. De Ombudsman heeft onlangs geconstateerd dat in 2013 18% minder klachten over het CAK zijn ontvangen dan in 2012. Dit is een voortzetting van de daling die al enkele jaren geleden is ingezet. Sinds 2008 is het aantal klachten over het CAK ruim gehalveerd. Dit terwijl het aantal burgers dat met de dienstverlening van het CAK te maken krijgt sinds 2008 sterk is toegenomen. Doel van het CAK is vanzelfsprekend om het aantal klachten nog verder naar beneden te brengen. Het CAK hecht grote waarde aan tevredenheid bij onze klanten. Informele klachtbehandeling heeft bij het CAK hoge prioriteit omdat hiermee de klant op een snelle wijze de oplossing krijgt die voor hem op maat is gemaakt. Sinds 2013 is het CAK van een privaatrechtelijk zbo een publiekrechtelijk zbo geworden en kan VWS veel directere sturing uitoefenen. Tevens zijn er afspraken gemaakt over het toetsen van de wetgeving op uitvoerbaarheid. In deze toetsen geeft het CAK ook aandacht aan de gevolgen van regelgeving voor de klant. Dit helpt zowel VWS als CAK om tot goede, uitvoerbare wetgeving te komen.

De leden vragen daarnaast of de regering bereid is te kijken naar hernieuwing van het CAK om de komende jaren zoveel mogelijk problemen met deze instantie te voorkomen. Zij vragen of de regering bereid is om te kijken hoe het functioneren van het CAK kan worden verbeterd. Zij vragen of het CAK niet meer onder de invloedssfeer van het ministerie dient te worden gebracht, bijvoorbeeld door er een agentschap van te maken. Het kabinet blijft alert of (en hoe) het functioneren van de zbo's die belast zijn met een publieke taak is te verbeteren. Een voorbeeld hiervan is het rapport Herpositionering zbo's. Hoewel de regering niet uitsluit dat er in de toekomst een andere sturingsrelatie met het CAK zal worden ingevoerd (bijvoorbeeld een agentschap), acht de regering dit nu niet opportuun. De redenen hiervoor zijn dat het CAK slechts ruim een jaar een zbo is (per 1 januari 2013) en dat de regering het ongewenst acht



om opnieuw veranderingen door te voeren. De status van het CAK zal worden heroverwogen nadat de wijzigingen in de langdurige zorg hun beslag hebben gekregen. Deze overweging maakt onderdeel uit van het rapport Herpositionering zbo's.

*De leden van de SP-fractie vragen waarom de regering kortdurend verblijf enkel regelt voor meerderjarigen en welke mogelijkheden voor kortdurend verblijf er zijn voor minderjarigen.*

De veronderstelling dat kortdurend verblijf niet wordt geregeld voor minderjarigen is onjuist. Kortdurend verblijf is een vorm van respijtzorg waarmee mantelzorgers tijdelijk kunnen worden ontlast. Er zijn ook andere vormen van respijtzorg mogelijk, zoals begeleiding in de thuissituatie, dagbesteding en weekendopvang. De AWBZ-aanspraak kortdurend verblijf komt te vervallen en is ondergebracht in het gemeentelijk domein (de Wmo 2015 en de Jeugdwet). In de Jeugdwet is dat geregeld in artikel 2.3 lid 3 waar het gaat om voorzieningen die de ouders in staat stellen hun rol als verzorgers en opvoeders te blijven vervullen. Overeenkomstig de Wmo 2015 is ook hier gekozen om het kortdurend verblijf voor jeugdigen tot de leeftijd van achttien jaren niet in de vorm van een concrete voorziening in de wet op te nemen, maar om het gewenste resultaat, te weten ontlasting van de ouders, stiefouders of anderen die een jeugdige als behorend tot hun gezin verzorgen en opvoeden, als afzonderlijk onderdeel van artikel 2.3 te formuleren. Dit biedt de gemeente de mogelijkheid om ook andere voorzieningen te treffen dan alleen het kortdurend verblijf onder de AWBZ. Dit past bij de maatwerkgedachte van de Jeugdwet. Zo zou de gemeente er bijvoorbeeld ook voor kunnen kiezen om niet de jeugdige, maar juist de ouders, stiefouders of anderen die een jeugdige als behorend tot hun gezin verzorgen en opvoeden een aantal dagen uit de thuissituatie te halen en deze zo te ontlasten. In de Wmo 2015 is in artikel 1.1.1. kortdurend verblijf opgenomen in de definitie van maatwerkvoorziening. Als onderdeel van de aan cliënten te verstrekken maatwerkvoorziening is geformuleerd dat deze ook omvat kortdurend verblijf in een instelling ter ontlasting van de mantelzorger.

*De SP vraagt waarom de regering ervoor kiest dat herstelgerichte tijdelijke opname na ziekenhuisopname niet mogelijk is in de Wlz, eerder is aangegeven dat mensen na een ziekenhuisopname in een zorginstelling konden herstellen.*

Op herstelgerichte tijdelijke opname na een ziekenhuisopname is niet mogelijk in de Wlz omdat er alleen toegang is tot de Wlz voor verzekerden die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Inderdaad heb ik in mijn brief van 6 februari 2014<sup>5</sup> maatregelen aangekondigd om in 2014 de om de continuïteit van intramurale herstelzorg na ziekenhuisopname in 2014 vanuit de AWBZ te garanderen. Het betreft hier een tijdelijke oplossing in 201. Het betreft hier geneeskundige zorg voor mensen die «tijdelijk niet thuis kunnen zijn» die naar zijn aard het best in de Zvw past. Voor de inrichting van de situatie vanaf 2015 wordt de Kamer zo spoedig mogelijk geïnformeerd.

*De leden van de SP-fractie vragen naar de inkomenseffecten van eigen bijdrageregelingen in de Wmo 2015 en Wlz. Ook vragen zij of de regering bereid is onderzoek te laten doen naar de inkomenseffecten met betrekking tot de eigen bijdrage voor zorg uit alle wetten. Tot slot vragen de leden van de SP-fractie naar de inkomenseffecten van het voorliggend wetsvoorstel Wlz.*

<sup>5</sup> Kamerstukken vergaderjaar 2013–2014 30 597, nr. 420.

De eigen bijdrage systematiek voor alle leveringsvormen zal worden uitgewerkt in het Blz dat onlangs bij beide Kamers is voorgehangen. Ik geef hierbij toch alvast aan wat de denkrichting is. Als gevolg van dit wetsvoorstel en het wetsvoorstel Wmo 2015 worden geen grote wijzigingen beoogd in de eigen bijdrage systematiek ten opzichte van de huidige systematiek voor de eigen bijdragen AWBZ en Wmo. Voor het verblijf in een instelling en het vpt verandert er in de eigen bijdrage systematiek niets. Dit betekent dat cliënten die in een instelling verblijven in principe de hoge eigen bijdrage betalen of indien ze voldoen aan de uitzonderingen, zoals cliënten met een vpt, de lage eigen bijdrage. Pgb-houders betalen op dit moment de extramurale eigen bijdrage. De extramurale eigen bijdrage die wordt opgelegd bedraagt minimaal tussen de +/- € 19–27 per vier weken (+/- € 20–30 per maand). Deze eigen bijdrage wordt vooraf ingehouden en is afhankelijk van leeftijd en de gezinssamenstelling van de cliënt. Naarmate het inkomen van de cliënt stijgt, stijgt ook de eigen bijdrage. Met de verschillende overhevelingen naar de Zvw en Wmo verdwijnt in de Wlz deze extramurale eigen bijdrage.

Voor pgb-houders in de Wlz betekent dit dat moet worden aangesloten op een andere eigen bijdrage systematiek. Er is voor gekozen om, conform het vpt, aan te sluiten op de lage intramurale eigen bijdrage. Door aan te sluiten op de lage intramurale eigen bijdrage blijft de uitvoering eenvoudig en inkomensafhankelijk.

Voor de lage intramurale eigen bijdrage geldt voor de laagste inkomens een minimale eigen bijdrage van € 156 per maand. Dit zou een fikse stijging zijn voor pgb-houders met een laag inkomen ten opzichte van de huidige minimale eigen bijdrage van € 20–30 per maand. Vanwege deze stijging is er voor gekozen om pgb-houders een korting te geven van € 136. Zodoende betalen de laagste inkomens niet € 156, maar € 20 per maand. Dit sluit meer aan op de huidige minimale eigen bijdrage die pgb-houders nu betalen. Naarmate het inkomen stijgt zal ook de eigen bijdrage stijgen. Daarmee blijven de inkomenseffecten dus ook voor deze groep beperkt.

Ook op het terrein van de premieheffing heeft de introductie van de Wlz geen inkomensgevolgen. De inkomensafhankelijke premie Wlz zal lager zijn dan bij de AWBZ. Daar staat echter een overeenkomstige verhoging van de belastingtarieven in de 1e en 2e schijf tegenover. Per saldo zal het effect dus nul zijn.<sup>6</sup>

Bij de Rijksbegroting wordt jaarlijks het koopkrachtbeeld gepresenteerd voor verschillende groepen mensen. Om bovenstaande redenen acht ik nader onderzoek niet opportuun.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering een overzicht kan sturen van het aantal mensen dat gebruik maakt van de AWBZ, de Wmo, de Zvw, een pgb en een vpt.*

Op de website [www.monitorlangdurigezorg.nl](http://www.monitorlangdurigezorg.nl) staan de volgende gegevens over het gebruik van naturazorg op peilmoment gemeten:

	2012
Totaal ZZV-AWBZ en/of ZMV-AWBZ	574.910
Totaal ZZV-Wmo	369.370

<sup>6</sup> Zie ook Kamerstuk 30 597, nr. 390, bijlage «Factsheet 1: Financiering van de langdurige zorg voor en na de overhevelingen in het kader van de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ)

Het genoemde aantal AWBZ-gebruikers bevat ca. 3000 personen die zorg hebben op basis van het vpt. Het aantal personen dat gebruik maakt van zorg zonder verblijf (ZZV) vanuit de Wmo is uitsluitend gebaseerd op het aantal gebruikers van huishoudelijke hulp (natura). Daarnaast zijn er in het 4<sup>e</sup> kwartaal van 2012 ca. 129.000 pgb-houders in de AWBZ. Het aantal personen dat gebruik maakt van een pgb voor een Wmo-verstrekking is mij niet bekend. Voor het aantal mensen dat gebruik maakt van verschillende vormen van Zvw-zorg is vermeld in de CBS-publicatie «Gezondheid en zorg in cijfers 2013».

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering kan aangeven of mensen die nu met een laag zorgzwaartepakket thuis wonen, maar kiezen voor opname in een zorginstelling, hun vpt kunnen behouden als overbruggingszorg? Moeten zij niet levenslang deze indicatie kunnen behouden?*

De regering heeft ervoor gekozen om cliënten met een indicatie voor een laag ZZP op basis van het overgangsrecht aanspraak op Wlz-zorg te laten behouden indien zij wonen in een zorginstelling. De gedachte is dat personen die niet zijn opgenomen of in zorg zijn op basis van het vpt een beroep kunnen doen op zorg vanuit de Zvw en Wmo.

*De leden van de SP-fractie vragen de regering een overzicht te sturen met daarin de stand van zaken van de extramuralisering, uitgesplitst per sector, met daarbij de verwachte opbrengsten van deze bezuinigingsmaatregel.*

In 2013 is een start gemaakt met het extramuraliseren. Zoals aangegeven in mijn brief over de hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning (TK 2012/2013 bijlage bij kamerstuk 30 597, nr. 296) ging het in 2013 gesplitst naar sector om de zzp's V&V 1 en V&V 2, de zzp's GGZ 1 en GGZ 2 en de zzp's VG 1 en VG 2 voor nieuwe cliënten vanaf 23 jaar. Per 1-1-2014 is een vervolgstap gemaakt met V&V 3 voor nieuwe cliënten.

In het recente zorgakkoord van april 2014 is besloten om de extramuralisering voor de zzp's VG 3 en V&V 4 zodanig te verzachten dat bij deze groepen wordt aangesloten bij de huidige praktijk waarbij 25% van de cliënten met een indicatie thuis blijft wonen. Voor de overige cliënten blijft een plek in een instelling beschikbaar.

Het beleid van langer thuis wonen leidt er onder de huidige AWBZ toe dat mensen in plaats van een indicatie voor een licht zorgzwaartepakket een indicatie voor extramurale zorg en ondersteuning (in functies en klassen) krijgen. De kosten voor extramurale zorg en ondersteuning zijn lager dan de kosten voor intramurale zorg (voor iemand met dezelfde kenmerken). Dit leidt tot een besparing op de zorguitgaven die geleidelijk oploopt van circa 75 miljoen in 2014 tot ruim 300 miljoen in 2017 en latere jaren.

*De leden van de SP-fractie vraagt de regering aan te geven wanneer iemand een beroep kan doen op respijtzorg vanuit de Wmo en wanneer vanuit de Wlz. De SP vraagt daarbij naar de afbakening.*

De behoefte aan het tijdelijk overnemen van zorg van mantelzorgers met respijtzorg is zowel aan de orde in de Wlz als in de andere wetten in het sociale domein (Wmo 2015 en Jeugdwet). De regering vindt het belangrijk dat mantelzorgers erop kunnen vertrouwen dat zij – als het nodig is – tijdig een beroep kunnen doen op ondersteuning voor henzelf en op zorg voor hun naasten. Een belangrijke vorm van ondersteuning kan zijn het bieden van respijtzorg, dat wil zeggen: zorg waardoor een mantelzorger tijdelijk ontlast wordt van zijn taak. Verschillende vormen van «vervangende» zorg zijn daarbij mogelijk, zoals thuisopvang, dagopvang,

kortdurend verblijf of inzet van informele zorg. Voorts is in de Wmo 2015 nadrukkelijk als onderdeel van de aan cliënten te verstrekken maatwerkvoorziening geformuleerd dat deze ook omvat kortdurend verblijf in een instelling ter ontlasting van de mantelzorger (artikel 1.1.1 begrip maatwerkvoorziening).

De afbakening is gelegen in de toegangscriteria voor de Wlz. De Wlz is toegankelijk voor verzekerden die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Respijtzorg voor mensen met een Wlz-indicatie komt wél ten laste van de Wlz. Indien iemand een indicatie heeft voor de Wlz, kan door de mantelzorger geen beroep worden gedaan op respijtzorg op grond van de Wmo 2015 of Jeugdwet. Reden is dat cliënten in de Wlz reeds recht hebben op een integraal pakket aan zorg en ondersteuning dat in natura met verblijf, vpt of met een pgb kan worden genoten. Cliënten in de Wlz die met een vpt of pgb thuis verblijven, moeten binnen dat pakket of budget keuzes maken. Respijtzorg kan daar onderdeel vanuit maken. Indien mantelzorgers van cliënten met een Wlz toelating ook recht zouden hebben op respijtzorg vanuit Jeugdwet of Wmo 2015, zou dit tot dubbele bekostiging leiden.

*De leden van de SP-fractie vragen hoe de regering de zorg voor kinderen en volwassenen met zeer ernstige beperkingen en gedragsproblematiek in de Wlz vorm wil geven. De leden verwijzen in dit verband naar de leefsituatie van «Brandon», die drie jaar geleden in het nieuws kwam en de leden willen weten waarom de problemen met goede zorg nog steeds niet zijn opgelost en er ook nog steeds tekorten zijn aan aangepaste woningen. De Leden van de SP willen voorts weten waarom de regering daarin haar verantwoordelijkheid niet neemt en hoe lang ouders moeten overleven terwijl er niemand is om hen te helpen. De Leden van de SP vragen tevens waarom de regering kleinschalige zorgprojecten, zoals bijvoorbeeld de Dex Foundation, niet ondersteunt en of de regering dit uitgebreid wil toelichten. De leden van de SP-fractie willen weten hoeveel kinderen en volwassenen met zeer ernstige beperkingen en gedragsstoornissen in Nederland geen passende zorg in een instelling kunnen krijgen en daarom gedwongen zijn om zelf zorg thuis te organiseren.*

Er is de afgelopen jaren in de langdurige zorg veel beleid, ervaring en expertise ontwikkeld met het hanteren van probleemsituaties bij cliënten met ernstige verstandelijke beperkingen en probleemgedrag. Zo mobiliseert het CCE (Centrum voor Consultatie en Expertise) met subsidie van VWS in dit kader expertise op maat via een netwerk van circa 600 velddeskundigen. Door deze werkwijze worden niet alleen op individueel niveau successen geboekt, maar wordt tevens de aanwezige sectorexpertise gedeeld en verspreid. Bovendien kunnen zorginstellingen via diverse toeslagen (waaronder zzp-meerzorg en ZZP1-SGLVG) extra financiële middelen aanvragen voor de behandeling en begeleiding van cliënten met ernstig probleemgedrag. Dit beleid van de regering, waardoor de leefomstandigheden van veel cliënten is verbeterd, wordt in de Wlz voortgezet.

Ondanks dit beleid en de voortgaande ontwikkelingen melden zich bij mij soms ouders en naasten die moeite hebben met het vinden van een passende plek voor hun kind of verwante met ernstige gedragsproblematiek. Dit hangt dan voornamelijk samen met de specifieke problematiek van de cliënt, de situatie in de omgeving van de cliënt, in het beschikbare zorgaanbod of in het vinden van de juiste bekostiging voor de zorg. Ik wil deze impasses doorbreken en in overleg met alle betrokken partijen afspraken maken hoe een passend zorgaanbod tot stand te brengen, juist voor cliënten met complexe (gedrags)problematiek. Ik zal de Kamer begin juni bij separate brief hier nader over informeren.

Het is een misverstand dat de regering kleinschalige projecten, zoals de Stoeistal voor Dexter en enkele jongeren met vergelijkbare problematiek,

niet ondersteunt. Al sinds 2012 volgt VWS dit project en er zijn sindsdien diverse gesprekken gevoerd tussen de ouders en vertegenwoordigers van mijn ministerie. Daarbij hebben vertegenwoordigers van VWS steeds aangegeven het project te ondersteunen en, wanneer er sprake is van belemmerende regelgeving, deze te bekijken en zo nodig aan te passen. In de regelgeving zijn er voor de financiering van de zorg die in de Stoeistal zou worden gegeven geen belemmeringen meer. Aanvankelijk was er wel een financieel probleem bij het vinden van voldoende middelen voor de bouw van de Stoeistal. Dat probleem werd veroorzaakt door de combinatie van een relatief ruime en tegelijkertijd kleinschalige opzet van de Stoeistal. Dergelijke kleinschalige voorzieningen zijn met de huidige genormeerde overheidsbijdrage voor kapitaallasten slechts te bouwen als onderdeel van een wat groter bouwplan of met aanvullende financiering van private partijen. Ik heb begrepen dat de Dex Foundation deze aanvullende financieringsbronnen heeft gevonden en verder kan gaan met het uitwerken van haar plannen.

Naar schatting van het CCE zijn er jaarlijks circa 60 tot 70 cliënten met een complexe zorgvraag die te lang moeten wachten op een plaats of waarvoor geen passende plek is.

*De leden van de fractie van het CDA constateren dat de regering er voor heeft gekozen om het grootste gedeelte van de verpleging en verzorging die thuis wordt gegeven onder een schadeverzekering te brengen. De leden van de fractie van het CDA vragen waarom de regering ervoor kiest dat bij eerder genoemde zorg en verpleging wel te doen en in dit onderhavige wetsvoorstel alvast een doorkijkje te geven over de toekomst van de Wlz die in delen mogelijk ook onder de schadeverzekering Zvw wordt gebracht. Zij zeggen dat de regering immers later voorstelt in de toekomst bepaalde groepen wel over te hevelen naar de Zvw. Zij vragen een uitgebreide toelichting van de regering op dit specifieke punt.*

De regering kiest ervoor om de extramurale verpleging en verzorging onder te brengen in de Zvw, omdat deze zorg daardoor dichterbij andere zorg, zoals huisartsenzorg wordt gepositioneerd. Door een sterke eerste lijn in de Zvw kunnen mensen langer zelfstandig blijven wonen en kan het beroep op zwaardere zorg en (langdurige) ziekenhuisopnames zo veel mogelijk worden voorkomen. Daarnaast is er een grote overlap met de zorg die reeds in de Zvw wordt geleverd. Los van de al dan niet wenselijkheid daarvan is het op korte termijn niet mogelijk om onderdelen van de langdurige zorg, zoals de ouderenzorg, risicodragend uit te laten voeren door verzekeraars. Dit onder andere vanwege het ontbreken van een adequaat en stabiel risicovereveningsmodel dat daarvoor nodig is. Overheveling naar de Zvw zonder adequate risicoverevening, kan immers leiden tot risicoselectie. Dit model wordt de komende jaren ontwikkeld en getest. Ook de wijze van financiering van de Zvw vormt een aandachtspunt indien in budgettair opzicht (omvangrijke delen van) de zware langdurige zorg zouden worden overgeheveld naar de Zvw. Los van het bovenstaande is de regering van mening dat eerst tot risicodragende uitvoering kan worden overgegaan als de zorgverzekeraars meer ervaring hebben met een doelmatige uitvoering van de Wlz, overtuigend door zorgverzekeraars wordt aangetoond dat deze stap leidt tot aanvullende doelmatigheid en als zij klaar zijn om deze zorg vanaf de start (volledig) risicodragend voor de eigen verzekerden uit te voeren. Door de zorgverzekeraars via hun Wlz-uitvoerder meer verantwoordelijk te maken voor de uitvoering, kunnen zorgverzekeraars ook meer sturend optreden in de mandatering van de uitvoeringstaken aan de zorgkantoren. Hiermee kunnen zorgverzekeraars aan tonen dat verbeteringen in de doelmatigheid mogelijk zijn.

*De leden van de CDA-fractie vinden het vanzelfsprekend dat in het kader van de Wlz de inzet van de sociale omgeving geen verplichtend karakter heeft. De leden betreuren het dat de regering dit in de Wmo 2015 wel gaat verplichten en vraagt nogmaals aan de regering of zij niet bang zijn dat de sociale omgeving en de vrijwilligers het niet langer volhouden waardoor er toch een maatschappelijke druk op opname in een instelling (indicatie Wlz) komt te staan?*

Een betrokken samenleving is een belangrijke pijler van de hervorming van de langdurige zorg. Dit sluit aan bij de wens van mensen om binnen de mogelijkheden voor elkaar te zorgen. Het bieden van ondersteuning aan iemand uit het sociale netwerk is, in tegenstelling tot wat de leden van de CDA-fractie schrijven, echter geen plicht op grond van de Wmo 2015. Het CIZ beslist op grond van objectieve criteria of iemand is aangewezen op Wlz-zorg.

*De leden van de CDA-fractie constateren dat de nieuwe Wlz dezelfde uitvoeringsstructuur hanteert als de oude AWBZ. Zij vragen waarom hier voor is gekozen en wat dit betekent voor zorgverzekeraars die geen zorgkantoor hebben.*

Het klopt dat de Wlz nagenoeg dezelfde uitvoeringsstructuur hanteert als de AWBZ. De regering heeft de beheersbaarheid van de uitgaven aan de langdurige zorg hoog in het vaandel staan. De regering waarborgt de beheersbaarheid van de Wlz door het beheersinstrumentarium dat we kennen vanuit de AWBZ te behouden. Hier horen regionale contracteer-ruimtes bij. Daarnaast heeft de regering ervoor gekozen om de bestaande uitvoeringsstructuur grotendeels te handhaven in de Wlz, omdat de regering ziet dat als gevolg van de gehele hervorming van de langdurige zorg het veld de komende jaren voor een forse veranderingsopgave staat met de benodigde aanpassingen in de uitvoering. Iedere zorgverzekeraar heeft als Wlz-uitvoerder in de vorm van een aparte rechtspersoon verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Wlz voor de eigen verzekerden. Het al dan niet hebben van een zorgkantoor verandert niets aan deze verantwoordelijkheid. Het betekent alleen dat bij het vrijwillig uitbesteden van taken aan een aangewezen Wlz-uitvoerder (zorgkantoor), dit altijd een andere Wlz-uitvoerder zal zijn.

*De leden van de CDA-fractie lezen vervolgens in dit hoofdstuk dat de regering de keuze maakt om onafhankelijk, objectief en zoveel mogelijk op een landelijk dekkend uniforme manier te gaan indiceren. De leden van de CDA-fractie zijn hier zeer positief over. Zij vinden vanuit het perspectief van de zorgvrager en de objectiviteit dat de indicatie zoveel mogelijk op dezelfde manier dient te gebeuren. Zij vinden het een gemiste kans dat er niet gekeken wordt om met een integrale onafhankelijke indicatiestelling over de domeinen heen te komen. We noemen specifiek de indicatiestelling WMO en Zvw die samen ter hand zou moeten worden genomen. De zorgvrager zou hiermee gebaat zijn waarom kiest de regering hier niet voor? De leden van de CDA-fractie zijn van mening dat dit ook kan bijdragen aan het voorkomen van «waterbedden» in de aanpalende wetgevingen.*

De hervorming van de langdurige zorg betekent onder meer dat de extramurale zorg uit het AWBZ-domein verschuift naar het Wmo 2015-respectievelijk Zvw-domein. De regering heeft weloverwogen gekozen voor de (wijk)verpleegkundige als schakel tussen de cliënt, zijn of haar sociale omgeving en de verschillende professionals. De wijkverpleegkundige brengt in kaart wat er nodig is, indien nodig in afstemming met de huisarts en/of medisch specialist. De blik van de wijkverpleegkundige is hierbij niet alleen gericht op geneeskundige zorg, zij constateert ook wat

er voor overige ondersteuning vanuit de Wmo aan de orde kan zijn. De gemeente kan dan ook gebruik maken van de bevindingen van de wijkverpleegkundige. Verder kent de wijkverpleegkundige de weg binnen de zorg, gemeente en welzijnsorganisaties.

Zoals de leden van de CDA-fractie aangeven, is het inderdaad belangrijk dat door de wijkverpleegkundige een verbinding wordt gelegd tussen het domein van de Wmo 2015 en van de Zvw, immers veel mensen maken gebruik van ondersteuning resp. zorg uit beide domeinen. Om de verbinding tussen zorg en welzijn te borgen, participeert de wijkverpleegkundige in het sociaal wijkteam. Voor het in samenhang verlenen van wijkverpleging enerzijds en de verschillende vormen van maatschappelijke ondersteuning anderzijds, maken gemeenten en zorgverzekeraars op regionaal niveau samenwerkingsafspraken.

*De leden van de CDA-fractie vragen of de regering niet bang is dat mensen eerder kiezen (proberen in aanmerking te komen voor) een Wlz-indicatie, omdat de gemeente bij de uitvoering van de Wmo 2015 zelf mag bepalen wel of geen ondersteuning te bieden en omdat in de Wlz bij het vpt huishoudelijke zorg wel onderdeel uitmaakt van de indicatie.*

De regering vindt het belangrijk dat onafhankelijk, objectief en zoveel mogelijk op een landelijk uniforme manier wordt bepaald wie toegang heeft tot de Wlz. De toegangspoort moet objectief en professioneel geregeld zijn. De toegangscriteria zijn volledig gebaseerd op zorginhoudelijke criteria en zijn geen afgeleide van de vraag of een gemeente of zorgverzekeraar voldoende heeft gedaan om iemand zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Het is uiteindelijk het CIZ dat onafhankelijk en objectief vaststelt of iemand in aanmerking komt voor Wlz-zorg. De Wmo 2015 kent beleidsvrijheid voor gemeenten om de maatschappelijke ondersteuning zodanig in te richten dat die aansluit bij de lokale wensen en behoeften van hun burgers. Bij iedere aanvraag die een burger doet voor maatschappelijke ondersteuning is de gemeente gehouden gedegen onderzoek te doen. Kan iemand het nog zelf of met behulp van zijn omgeving? Is een algemene voorziening voldoende of is een maatwerkvoorziening aangewezen. Gemeenten nemen deze taak serieus, zij hebben immers op grond van de Wmo 2015 de opdracht hun burgers te ondersteunen. Mantelzorgondersteuning is bij uitstek een taak voor gemeenten. In de Wmo 2015 wordt de positie van de mantelzorger versterkt. Het is van belang dat de gemeente op basis van een integraal beeld van de behoeften en (on) mogelijkheden van cliënt en mantelzorger vervolgens ook de mantelzorger zoveel mogelijk ondersteunt bij het verlenen van mantelzorg. Indien een mantelzorger zich onvoldoende ondersteunt voelt door de gemeente, kan hij daarover met zijn gemeente in gesprek gaan. Het is geen reden om toegang te krijgen tot de Wlz. De Wlz is bedoeld voor mensen met een zwaardere zorgvraag die blijvend behoefte hebben aan 24 uur zorg per dag of permanent toezicht.

*De leden van de CDA-fractie lezen in het wetsvoorstel Wlz dat er bij de indicatiestelling een uitzondering wordt gemaakt ten aanzien van de zorg van ouders aan kinderen met betrekking tot de rol die de overheid verwacht van de sociale omgeving bij de toegangsbepaling tot de Wlz en stelt dat er onder de AWBZ bij het bepalen van de gebruikelijke zorg door het CIZ discussies zijn tussen het CIZ en ouders over de verwachte gebruikelijke zorg van ouders aan hun kinderen. De leden van de CDA-fractie vragen wat er in de wegging van deze gebruikelijke zorg onder de Wlz gaat veranderen ten op zichte van de wegging onder de AWBZ. De leden van de CDA-fractie stellen in hun vraag aan de regering dat zij heel goed begrijpen dat de gewone dingen die ouders voor hun kinderen moeten doen ook onder de Wlz gelden. Zij vragen hierbij hoeveel extra*

*zorg de regering verwacht van ouders aan kinderen met een beperking. In relatie tot bovenstaande vragen de leden zich af hoe de regering om gaat met het feit dat situaties bij kinderen niet altijd hetzelfde zijn, maar van dag tot dag kunnen verschillen. De leden van de CDA-fractie vragen zich af hoe de afbakening tussen de Jeugdwet en de Wlz er uit ziet. De leden van de CDA-fractie vragen om uitleg bij het voorbeeld uit de memorie van toelichting op de Wlz van een verstandelijk gehandicapt kind dat op basis van de bepaling gebruikelijke zorg in relatie tot zijn beperkingen later in de Wlz komt en tot die tijd is aangewezen op de Jeugdwet. Ook vragen de leden van de CDA-fractie zich af of de regering met de bepaling gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen regelt dat jonge kinderen nooit onder de Wlz kunnen vallen en bij het geven van duidelijkheid op dit punt ook in te gaan op de groep ernstig meervoudig gehandicapte kinderen die thuis wonen.*

Bij het bepalen van de toegang tot de Wlz wordt er net als bij de AWBZ, rekening gehouden met gebruikelijke zorg. Als het gaat om minderjarige kinderen zijn ouders verantwoordelijk voor hun verzorging, opvoeding en het toezicht op hen. Dit geldt ook als het gaat om een kind met een ziekte, aandoening of beperking. Als gebruikelijke zorg wordt gezien de zorg die het kind toch al zou ontvangen van zijn ouders, zoals het bieden van toezicht. In de Wlz geldt daarom, evenals als onder de AWBZ, dat het kind op deze zorg niet is aangewezen.

Wat gebruikelijk is in de zorg van ouders aan kinderen, wordt in samenwerking met het Zorginstituut Nederland en het CIZ in een richtlijn uitgewerkt in de Beleidsregels Indicatiestelling Wlz. Waar aan de orde worden voor een juiste basis voor deze regels de relevante veldpartijen betrokken. Bij het bepalen van de mate van ernst van de bij het kind aanwezige stoornissen en beperkingen in relatie tot hun zorgvraag wordt rekening gehouden met de fluctuaties die zich hierin kunnen voordoen. De indicatiestellers voor zorg aan kinderen bij het CIZ hebben specialistische kennis op dit gebied. Zo lang een kind geen Wlz-indicatiebesluit heeft, krijgt hij hulp en ondersteuning vanuit de Jeugdwet en de zorg vanuit de Zvw. Door het eerst helpen van een kind in zijn eigen omgeving met behulp van zorg en ondersteuning vanuit de Jeugdwet, wordt uiting gegeven aan het uitgangspunt dat kinderen thuis opgroeien en binnen hun mogelijkheden kansen moeten kunnen krijgen om zich te ontwikkelen. De regering vindt het belangrijk dat hen dit perspectief niet wordt ontnomen. De Jeugdwet is bij uitstek geschikt om het kind en zijn gezin hierin te begeleiden. Dit zo nodig aangevuld met zorg vanuit de Zvw. Op het moment dat de zorgbehoefte zo zwaar is en de mogelijkheden voor ondersteuning in verband met ontwikkelperspectief in de Jeugdwet er niet meer zijn, is er aanspraak op een integraal pakket aan zorg vanuit de Wlz. Hoe zwaarder de zorgbehoefte van een kind is hoe eerder zal de grens van wat nog tot de gebruikelijke zorg kan worden gerekend worden bereikt. Zo zal de grens van wat gebruikelijke zorg is bij een ernstig meervoudig gehandicapt kind op jongere leeftijd worden bereikt dan bij een lichamelijk gehandicapt kind of een kind met een matige verstandelijk handicap.

*De leden van de CDA-fractie stellen dat de toegang tot de Wlz onder andere wordt bepaald door de noodzaak van 24 uur per dag zorg in nabijheid om ernstig nadeel voor een persoon te voorkomen. Waarom is er niet voor gekozen om ernstig nadeel voor de omgeving van een persoon ook op te nemen als grondslag?*

Bij de Wlz gaat het om de zorg die een cliënt nodig heeft. In de toelatingscriteria speelt de bepaling «ernstig nadeel» een rol omdat een risico op ernstig nadeel een indicatie geeft van de mate van ernst van de



aandoening of beperking en de zwaarte van de zorg waaraan behoefte is. Met de toelatingscriteria Wlz wordt beoogd dat voor mensen met een zodanig ernstige aandoening c.q. een zodanige zorgbehoefte dat zij aan deze eisen voldoen, hoe dan ook de toegang tot de Wlz gewaarborgd is, onafhankelijk van het eventuele optreden van ernstig nadeel voor hun partner, familie of anderen in hun omgeving. In andere wetgeving, de huidige Wet Bopz, wordt geregeld dat de zorg in een instelling wordt geboden waar het risico op dit ernstig nadeel voor hemzelf of voor anderen kan worden afgewend. Hierbij gaat het om de locatie waar de zorg het beste kan worden geboden. Dit staat los van de toelating tot de Wlz, waarin het recht op zorg bij een bepaalde zorg behoefte wordt geregeld.

*De leden van de CDA-fractie kunnen zich voorstellen dat tijdelijke opnames in een verpleeginstelling soms nodig kunnen zijn en zij vragen zich af wie vaststelt of de zorgbehoefte overgaat of minder wordt. Vervolgens vragen de leden van de CDA-fractie zich af of het de gemeente en zorgverzekeraars volstrekt helder is dat zij dit soort zorg moeten bieden en of zij daar financiële middelen voor ontvangen.*

In de Wlz is er alleen toegang voor verzekerden die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Bij tijdelijke opnames in een verpleeginstelling kan het geneeskundige zorg betreffen voor mensen die «tijdelijk niet thuis kunnen zijn». Deze zorg past naar haar aard het best in de Zvw. Een voorbeeld daarvan is herstellende zorg na ziekenhuisopname. Zoals aangegeven in de brief van 6 februari 2014 aan de Kamer zijn maatregelen genomen om in 2014 de continuïteit van intramurale herstellende zorg na ziekenhuisopname vanuit de AWBZ te garanderen. Het betreft hier een tijdelijke oplossing door middel van een contra-legem situatie in 2014. Voor de inrichting van geneeskundige zorg voor mensen die «tijdelijk niet thuis kunnen zijn» vanaf 2015 is de Minister in overleg met partijen waaronder zorgverzekeraars, zorgaanbieders, de LHV, de NHG en zbo's. De Minister informeert de Kamer hier zo spoedig mogelijk over. Daarbij zal ook worden ingegaan op indicatiestelling met betrekking tot deze zorg in de Zvw.

Indien er geen sprake is van geneeskundige zorg voor mensen die «tijdelijk niet thuis kunnen zijn» kan respijtzorg uit de Wmo 2015 aan de orde zijn. Respijtzorg betreft het tijdelijk overnemen van de totale ondersteuning ter ontlasting van de mantelzorger. De regering vindt het belangrijk dat mantelzorgers erop kunnen vertrouwen dat zij – als het nodig is – tijdig een beroep kunnen doen op ondersteuning voor henzelf en voor hun naasten. Een belangrijke vorm van ondersteuning kan zijn het bieden van respijtzorg, dat wil zeggen: zorg waardoor een mantelzorger tijdelijk ontlast wordt van zijn taak. Verschillende vormen van «vervangende» zorg zijn daarbij mogelijk, zoals thuisopvang, dagopvang, kortdurend verblijf of inzet van informele zorg. In de Wmo 2015 is nadrukkelijk als onderdeel van de aan cliënten te verstrekken maatwerkvoorziening geformuleerd dat deze ook omvat kortdurend verblijf in een instelling ter ontlasting van de mantelzorger (artikel 1.1.1 begrip maatwerkvoorziening).

*De leden van de CDA-fractie vragen zich af of de aanspraak op geriatrische revalidatiezorg in de Zvw wordt uitgebreid, omdat de op herstellende gerichte tijdelijke opname na ziekenhuisopname niet meer mogelijk is in de Wlz. Verder vragen de leden zich af waarom nergens in de wet een artikel over een zogenaamde spoedprocedure is opgenomen.*

Geriatrische revalidatiezorg omvat de integrale en multidisciplinaire zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en

trainbaarheid. Herstelzorg valt hier niet onder. Momenteel wordt bezien op welke wijze geneeskundige zorg voor mensen die «tijdelijk niet thuis kunnen zijn» wordt vormgegeven. Voor de inrichting hiervan informeert de Minister de Kamer zo spoedig mogelijk. In de Wlz is de mogelijkheid opgenomen dat het ClZ in bijzondere omstandigheden binnen twee weken moet beslissen op aanvragen. Indien dat inhoudt dat de verzekerde op zorg van de Wlz is aangewezen, werkt het indicatiebesluit terug tot het moment van de opname, zodat de kosten dan ook uit de Wlz worden betaald. Dit is opgenomen in artikel 3.2.4, tweede lid van het Blz.

*De leden van de CDA-fractie vragen zich af waarom 18 plussers die behandeling nodig hebben met een LVG-handicap wel onder de Wlz mogen vallen en 18 plussers die een ggz behandeling zorgzwaartepakket hebben niet. Waarom maakt het kabinet dit verschil?*

Cliënten met een LVG-handicap kunnen ook na het bereiken van de 18-jarige leeftijd nog behoefte hebben aan integrale behandelzorg in een instelling. Dit omdat het nodig is dat zij de onder de Jeugdwet gestarte behandeling afmaken of omdat de behoefte aan deze zorg ontstaat na het 18<sup>e</sup> levensjaar. Het gaat hier om een integraal pakket van samenhangende zorg binnen een specifieke verblijfssetting en daarom is de Wlz het aangewezen domein. Bij deze zorg gaat het veelal om permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, gedurende een bepaalde behandelperiode. Daarom is er voor gekozen om deze indicaties een beperkte duur mee te geven. Na ommekomst van de termijn wordt bekeken of een cliënt met een LVG-handicap blijvend is aangewezen op Wlz-zorg dan wel ondersteund kan worden vanuit de gemeenten en/of zorgverzekeraars.

Voor ggz-zorg geldt – net als nu – dat wanneer behandeling van de psychische stoornis voorop staat de Zvw voor 18-plussers het aangewezen domein is. Daarom kunnen GGZ-ers vanaf hun 18<sup>e</sup> levensjaar ook voor intramurale behandeling een beroep doen op de Zvw. Zoals ik de Kamer in mijn brief van 24 maart 2014 heb laten weten, kunnen ggz-cliënten die drie jaar aaneengesloten gebruik hebben gemaakt van verblijf gericht op behandeling toegang krijgen tot de Wlz. Wanneer iemand drie jaar intramuraal behandeld wordt, is de kans groot dat hij blijvend is aangewezen op zware zorg uit hoofde van de Wlz. Voor beide groepen cliënten geldt het perspectief op verbetering. Daarom kiest de regering ervoor om cliënten met een LVG-handicap tijdelijk toegang te geven tot de Wlz en daarna nogmaals te bezien of ze echt zijn aangewezen op Wlz-zorg. Voor de ggz-cliënten gaat hetzelfde op, maar dan via drie jaar verblijf gericht op behandeling vanuit de Zvw. Dit doet naar de mening van de regering het meest recht aan de specifieke zorgvraag die beide groepen hebben en ook onderling met elkaar niet geheel te vergelijken zijn. Cliënten met een LVG-handicap stromen vaak door naar een vg-zorgzwaartepakket. Het is daarom niet logisch om de Zvw als tussenstap in te bouwen.

*De leden van de CDA-fractie zijn positief gestemd dat het zorgakkoord van 17 april de mogelijkheid biedt om ZZZ VG3 en ZZZ VV4 in de Wlz te houden. In de brief lezen zij dat cliënten met een ZZZ VV 4 en ZZZ VG 3 toch in een instelling mogen, mocht dit noodzakelijk zijn. Deze leden vragen zich af hoe het een en ander in praktijk vorm zal krijgen. Wordt de -concept- Wlz gewijzigd? De leden van de CDA-fractie gaan daar vanuit. Immers, de concept-Wlz ging er nog van uit dat de mensen met een indicatie ZZZ3 VG en ZZZ V&V niet in aanmerking zouden komen voor intramurale zorg.*

Het zijn zorginhoudelijke toegangscriteria die op individueel cliëntniveau bepalen of cliënten in aanmerking komen voor Wlz-zorg. Bepalend daarbij

is de behoefte aan permanent toezicht of zorg die voortdurend in de nabijheid geleverd kan worden. Op 17 april 2014 is de Kamer over de uitkomsten van het begrotingsoverleg geïnformeerd (Kamerstukken II, 2013–2014, 30 597, nr. 435). In het begrotingsoverleg zijn afspraken gemaakt over extra middelen die structureel beschikbaar zijn voor zorg in een instelling. Door vanaf 2015 structureel meer middelen beschikbaar te stellen, kan de huidige praktijk, waarbij ruim driekwart van de cliënten met een indicatie ZZP VV 4 of VG 3 in een instelling verblijft, gecontinueerd worden. Het aanpassen van de wettelijke criteria is hiervoor niet noodzakelijk, maar bij de beleidsregels indicatiestelling zal de vraag of de verzekerde is aangewezen op 24 uur zorg in de nabijheid nader worden bepaald. Daarbij wordt rekening gehouden met de beperkingenbeelden en zorgbehoeften van deze groepen cliënten.

Voor bestaande cliënten met een zzp VG3 of VV4 is in het wetsvoorstel al overgangsrecht opgenomen dat inhoudt dat deze mensen onder de Wlz zullen vallen indien zij in een instelling verblijven of binnen een jaar kiezen om in een instelling te verblijven. Dit overgangsrecht zal bij nota van wijziging voor deze groepen worden aangepast zodat zij worden aangemerkt al «hoge zzp's» en ook onder de Wlz komen indien zij met Wlz-zorg met een vpt of pgb thuis wensen te ontvangen.

*De leden van de CDA-fractie stellen een aantal vragen over de personen met een VV4 of VG 3 profiel. Vallen deze personen onder dezelfde criteria die per 1 januari 2015 voor de Wlz gaan gelden? Hoe komt de regering aan het bedrag van € 70 mln dat in 2017 beschikbaar is en is dit voldoende om deze personen toegang te geven tot de Wlz? Kunnen deze mensen ook kiezen voor een pgb? Aanvullend vragen deze leden hoe het bedrag van € 100 mln is opgebouwd dat beschikbaar is voor begeleiding door instellingen.*

Het zijn zorginhoudelijke toegangscriteria die op individueel cliëntniveau bepalen of cliënten in aanmerking komen voor Wlz-zorg. Bepalend daarbij is de behoefte aan permanent toezicht of zorg die voortdurend in de nabijheid geleverd kan worden. Op 17 april 2014 is de Kamer over de uitkomsten van het begrotingsoverleg geïnformeerd (Kamerstukken II, 2013–2014, 30 597, nr. 435). In het begrotingsoverleg zijn afspraken gemaakt over extra middelen die structureel beschikbaar zijn voor zorg in een instelling. Door vanaf 2015 structureel meer middelen beschikbaar te stellen, kan de huidige praktijk, waarbij ruim driekwart van de cliënten met een indicatie ZZP VV 4 of VG 3 in een instelling verblijft, gecontinueerd worden. Aanpassing van de wettelijke criteria is hiervoor niet noodzakelijk, maar bij het opstellen van de beleidsregels indicatiestelling zal (via de uitwerking van de bepaling of de verzekerde is aangewezen op 24 uur zorg in de nabijheid) ermee rekening worden gehouden dat cliënten met een beperkingenbeeld en zorgbehoefte die past binnen de zzp's V&V4 en VG3 toegang hebben tot de Wlz.

Het bedrag van € 70 mln. heeft betrekking op extra personen (bovenop de 50% die al recht kon doen gelden op Wlz zorg) met deze profielen die in deze jaren instromen in de Wlz. De kosten per persoon zijn berekend door het verschil te nemen tussen de intramurale zorgkosten die nu voor deze mensen worden gemaakt en de kosten die zouden worden gemaakt als zij thuis zouden verblijven. Het bedrag is voldoende om deze nieuwe instroom toe te laten tot de Wlz.

Deze mensen kunnen ook kiezen voor pgb. Het bedrag van € 100 mln. heeft betrekking op dagbesteding van gehandicapten met een indicatie verblijf die de dagbesteding elders verkrijgen. Deze groep was in eerste instantie aangemerkt als extramurale dagbesteding met een taakstelling. Omdat het echter dagbesteding voor cliënten met een indicatie verblijf betreft, is op deze groep geen taakstelling van toepassing.

*De leden van de CDA-fractie lezen dat het CIZ niet meer indiceert in uren (ZZP) maar gaat indiceren in zorgprofielen. Begrijpen deze leden het goed dat mensen in drie zorgprofielen kunnen worden ingedeeld. Licht, middel, zwaar? Vervolgens lezen deze leden tot hun verbazing dat de instellingen wel op basis van het ZZP wordt uitbetaald. Dit verbaast ons zeer. De leden van de CDA-fractie vinden de indicering van het zorgzwaartepakket de eerste stap naar de invoering van persoonsvolgende bekostiging. De regering laat dit bewust nu los. Ook het CIZ stelt dat in haar reactie op de conceptwet. Het is ook al enkele jaren algemeen gebruikelijk. Het verschaft de cliënt, zorgverlener en instelling allen dezelfde duidelijkheid over uren zorg, ondersteuning etc. die men kan verwachten. Dat leidt tot dezelfde uitgangspunten bij de zorgplanbespreking. Deze leden willen weten waarom de regering deze duidelijkheid wel blijft bieden aan de instelling en de zorgprofessional maar niet aan de cliënt. De leden van de CDA-fractie zijn bang dat dit nadelig uitpakt voor de rechtspositie van de cliënt in ieder geval op het punt van openbaarheid en helderheid.*

De zzp's zijn destijds in de AWBZ ingevoerd om de voor intramurale zorg beschikbare middelen op een goede manier te verdelen over instellingen. Zij zijn bedoeld als bekostigingsinstrument. In de AWBZ zijn de zzp's in de praktijk het uitgangspunt geworden bij het gesprek tussen de cliënt en de zorgverlener over de te verlenen zorg. Daarvoor zijn de zzp's echter niet bedoeld en ook niet geschikt. Een zorgzwaartepakket kan niet voorschrijven waar een cliënt behoefte aan heeft en welke zorg moet worden geleverd.

In de Wlz staan de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt centraal. De professional krijgt meer ruimte om maatwerk te leveren. Daarom indiceert het CIZ niet meer in zorgzwaartepakketten maar in zorgprofielen. Een zorgprofiel is een algemene typering van naar aard, inhoud en omvang vergelijkbare zorgbehoeften, waarbij de verzorgings-, verplegings-, begeleidings- of behandeldoelen naar aard, inhoud en omvang globaal overeenkomen.

Er ligt hiermee minder nadruk op de omvang van de zorg en fixatie op uren wordt zo voorkomen. Het recht op zorg van de verzekerde wordt vastgesteld in het indicatiebesluit. In het indicatiebesluit wordt daarom aangegeven wat het best bij hem passende zorgprofiel is. De samenhangende zorg die voortvloeit uit het zorgprofiel is het recht op zorg van de verzekerde. Omdat aan de hand van het zorgprofiel de zorgverlener altijd de zorg op de specifieke situatie en behoeften van de verzekerde zal aanpassen, bieden de zorgprofielen aan de professional de ruimte om maatwerk te bieden. Via de bespreking van het zorgplan kunnen daar tussen de zorgaanbieder en de verzekerde ook afspraken over worden gemaakt. Zo wordt bereikt dat niet langer de bekostiging (door middel van het zorgzwaartepakket) leidend is in het maken van afspraken tussen cliënt en zorgaanbieder. Uiteraard is er nog sprake van afspraken over zorginkoop tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder binnen de contracteerruimte. Dit draagt bij aan beheersing van kosten en het stimuleren van gepast gebruik.

Voor 2015 zal het aantal zorgprofielen nagenoeg hetzelfde zijn als de huidige zorgzwaartepakketten. Het is het streven om vanaf 2016 het aantal zorgprofielen in te dikken. Het Zorginstituut Nederland zal de vormgeving van de zorgprofielen nader uitwerken, in samenwerking met het CIZ, VWS, de NZa, branche- en cliëntenorganisaties. Het zorgzwaartepakket blijft bestaan voor de bekostiging. Het voornemen is om de huidige zorgzwaartepakketten te koppelen aan de zorgprofielen en eventueel te komen tot clustering. Daarbij hoort ook een nieuwe tariefstructuur. Ik heb de NZa gevraagd daar advies over uit te brengen. Juist door het in stand

houden en verder uitbouwen van de zorgzwaartepakketten in het verlengde van de zorgprofielen wordt door gegaan op weg van persoonsvolgende bekostiging. En wordt dus geen stap terug gezet zoals de leden van de CDA-fractie veronderstellen.

*De leden van de CDA-fractie willen graag weten wat de omvang is van de ZZP-tarieven 2015 en hoe die worden vastgesteld.*

De vaststelling van de zzp-tarieven verandert niet per 1-1-2015. Uitgangspunt zijn de zzp-tarieven 2014. Deze tarieven worden geïndexeerd en een correctie van € 40 mln. wordt doorgevoerd vanwege de tariefmaatregel die in 2014 is afgesproken.

*De leden van de CDA-fractie vragen of regering het gevaar ziet dat mensen zich met allerlei klachten gaan richten tot de huisarts? En zo ja, wat betekent dit dan voor de bekostiging van de huisartsenzorg?*

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering het gevaar ziet dat mensen zich met allerlei klachten gaan richten tot de huisarts en zo ja, wat dat betekent voor de bekostiging van de huisartsenzorg. De hervorming van de langdurige zorg, in combinatie met andere veranderingen in de maatschappij, zoals de verschuivingen in de geestelijke gezondheidszorg, maar ook het toenemend aantal ouderen en mensen met een chronische ziekte, zullen de zorgvraag bij huisartsen doen toenemen. De regering ziet deze ontwikkeling niet als een gevaar maar als logisch effect van een maatschappelijke ontwikkeling. Er zijn steeds meer ondersteuners werkzaam in de huisartsenzorg, die veel zorgvragen behandelen. En ook de wijkverpleegkundige zal veel vragen, in afstemming met de huisarts, kunnen opvangen. Met de verwachte toename is rekening gehouden bij het vaststellen van de budgettaire groeiruimte voor de huisartsenzorg voor de komende jaren (1,0% demografische groei plus 1,5% groei om substitutie van zorg op te vangen).

*De leden van de fractie van het CDA stellen dat het welbevinden van de zorgvrager/cliënt het centrale uitgangspunt van een zorgplanbespreking moet en ook kan zijn. Deze leden vrezen dat zorgstandaarden en andere normen zo leidend zijn dat er geen ruimte is voor de cliënt en zijn wensen en gewoonten. Zij memoreren hun eerdere vraag aan de regering welke regels de regering wil schrappen en desnoods verbieden in de intramurale zorg, en geven aan hierbij te denken aan (delen van) de HACCP, CQ en geschrapte regels in het kader van het project regelarme zorg.*

De regering is met de leden van de CDA-fractie eens dat het welbevinden van de cliënt het centrale uitgangspunt van de zorg, en daarmee van de zorgplanbespreking moet zijn. De Wlz-verzekerde heeft ook recht op kwalitatief goede en veilige zorg, wat nader ingevuld wordt met kwaliteitsstandaarden. Beide aspecten, het aansluiten op de wensen en beleving van de cliënt en het daarmee samenhangende welbevinden en het waarborgen van kwaliteit en veiligheid gaan hand in hand. Kwaliteitstandaarden – de zorgstandaarden en andere normen waar deze leden aan refereren – beschrijven wat goede zorg is vanuit het perspectief van de cliënt met zijn aanvoeling en diens wensen ten aanzien van kwaliteit van leven. De regering verwacht van professionals dat zij kwaliteitstandaarden bekwaam hanteren: als een ambachtelijke meubelmaker die met zijn vakbekwaamheid een stoel maakt die perfect beantwoordt aan en op maat toegesneden is op de wens van zijn klant, en niet als standaardhandleiding waaruit altijd dezelfde eenvormige kast ontstaat.

Soms lijken de kwaliteitsstandaarden echter een belemmering te vormen voor eigen regie en kwaliteit van leven van de cliënt. In reactie op de vraag van de leden van de CDA-fractie welke regels de regering wil schrappen, en desnoods verbieden in de intramurale zorg meld ik dat ik Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie gevraagd heb te onderzoeken welke al dan niet bestaande regels volgens cliënten/mantelzorgers, verzorgenden en managers van verpleeghuizen de eigen regie en kwaliteit van leven van cliënten in de weg staan. Dit vormt de basis voor het gesprek dat ik met genoemde partijen wil voeren over nut en noodzaak van die (vermeende) hinderen regelgeving. Ook indien de HACCP-regels niet als zodanig genoemd worden zal ik nog eens nadrukkelijk kijken naar de al dan niet vermeende hinderende werking ervan, zo zeg ik deze leden toe. Ten aanzien van het voorstel van deze leden om de CQ geheel of gedeeltelijk te schrappen merkt de regering op – hoewel niet zij, maar de betrokken partijen hier primair over gaan – dat waar CQ-lijsten of andere meetsystemen korter en /of eenvoudiger kunnen, dit met het oog op de vermindering van onnodige administratieve lasten ook wenselijk is. In een van de ERAI-instellingen wordt op dit moment geëxperimenteerd met een verkorte CQ – zie ook de recente voortgangsrapportage aan de Kamer. Uit de terugkoppeling door de betrokken instelling blijken de ervaringen hiermee positief. Ik zie vooralsnog dan ook geen belemmeringen voor de betrokken veldpartijen om met deze ervaringen en met de andere resultaten van de experimenten regelarme zorg op het vlak van transparantie van kwaliteit voortvarend aan de slag te gaan. Ik heb het Zorginstituut Nederland gevraagd om vóór september dit jaar met een voorstel te komen voor het versneld (door)ontwikkelen van (her)nieuw(d)e meetinstrumenten en indicatoren voor de ouderenzorg, waarbij dit alles kan worden meegenomen.

*De leden van de CDA-fractie lezen dat een indicatie voor Wlz zorg in principe voor onbepaalde tijd geldig zal zijn. De leden begrijpen dit wel voor bepaalde groepen cliënten maar is de regering het niet met deze leden eens dat er ook bepaalde mensen zijn die wel een herindicatie moeten kunnen krijgen. Sommige ziekten zijn progressief en dan hebben mensen meer (zwaardere) zorg nodig andere zijn besteding en een leven lang hetzelfde? Deze leden vragen dus aan de regering of er niet meer aangesloten moet worden bij het ziektebeeld om wel of niet te her indiceren?*

Een indicatiebesluit heeft in beginsel een onbepaalde geldigheidsduur. De gedachte is om de cliënt niet meer dan hoogstnoodzakelijk te belasten met een nieuw onderzoek. Niettemin kan het voorkomen dat een aanvankelijk vastgesteld zorgprofiel niet langer passend is, zoals in het geval van dementie of, bij ouderen, in het algemeen bij een verslechterende gezondheidstoestand door het ouder worden. In dat geval zal de cliënt een nieuw indicatiebesluit aan de orde zijn.

*De leden van de CDA-fractie constateren dat gemeenten ook verantwoordelijk zijn voor het organiseren van cliëntondersteuning voor mensen die een indicatie aanvragen voor de Wlz en vragen of de gemeenten hier middelen voor krijgen en of de regering zich ervan bewust is dat dit een ander soort cliëntondersteuner vraagt.*

In de Wmo 2015 is geregeld dat de thuiswonende cliënt een beroep kan doen op levensbrede cliëntondersteuning tot en met de toegangspoort van de Wlz, het CIZ. Ook in de huidige situatie ondersteunen cliëntondersteuners van MEE, (vrijwillige) ouderenadviseurs en ggz-steunpunten waar nodig mensen bij het indienen van een aanvraag voor zorg bij het CIZ en het indicatiegesprek. De cliëntondersteuners hebben hier dus reeds ervaring mee. De middelen voor cliëntondersteuning voor ouderen en

ggz-cliënten maken al deel uit van het gemeentefonds. Het budget dat samenhangt met de subsidie voor MEE wordt per 2015 toegevoegd aan het deelfonds sociaal domein van het gemeentefonds.

*De leden van de CDA-fractie zijn verrast te lezen dat het soms doelmatiger kan zijn dat de cliënt door mantelzorger, gemeente en zorgverzekeraar wordt geholpen dan wanneer hij Wlz-zorg thuis zou ontvangen met vpt of pgb. De leden van de CDA-fractie vragen hoe zij het begrip doelmatig in dit verband moeten uitleggen. Wat bedoelt de regering hiermee? Dit vinden de leden van de CDA-fractie nu een voorbeeld waar niet duidelijk is onder welke wet een zorgvrager nu precies valt, aanspraak op kan maken en de leden van de CDA-fractie willen hier graag duidelijkheid over. De leden van de CDA-fractie vragen wie nu beslist wanneer het Wlz-zorg is of Wmo/Zvw zorg en mensen kunnen toch ook gewoon thuis wonen met een Wlz aanspraak middels een pgb? Kortom; welk probleem denkt de regering met deze zinsneden op te lossen.*

Er zijn mensen die ondanks hun zware zorgbehoefte maar met inspanning van hun sociale omgeving slechts een beperkte formele zorgvraag hebben. In principe komen deze mensen gezien hun zware zorgbehoefte in aanmerking voor Wlz-zorg. Deze mensen kunnen dus een aanvraag indienen bij het CIZ. Het komt ook voor dat mensen liever niet deze indicatie willen aanvragen. Thuis is de zorg en ondersteuning goed geregeld en met behulp van de sociale omgeving maakt dit dat in zo'n geval dit doelmatiger (efficiënter) is dan in het geval er zorg geleverd zou worden vanuit de Wlz. De gemeente dient in het reguliere onderzoek naar de persoonlijke omstandigheden van de client hiermee rekening te houden. De gemeente kan hierover in gesprek gaan met de client, zijn mantelzorgers, het CIZ en de zorgverzekeraar. Uiteindelijk beslissen de gemeente en de zorgverzekeraar of het nog doelmatig en verantwoord is de zorg en ondersteuning te blijven leveren. Mocht dit niet het geval zijn, dan kan er een aanvraag worden ingediend bij het CIZ. Het CIZ beoordeelt of iemand voldoet aan de toegangscriteria en stelt vervolgens een zorgprofiel vast. De regering komt zo het meest tegemoet aan de wens van de cliënt om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen en stimuleert gemeenten en verzekeraars hiertoe zich in te spannen. Uiteraard blijft daarbij van belang dat het mogelijk en verantwoord moet zijn in de individuele situatie van de burger.

*De leden van de CDA-fractie vragen waar de beslissingsbevoegdheid komt te liggen om te bepalen dat het vpt en pgb verantwoord, tegen aanvaardbare kosten en in eigen woonomgeving geleverd worden.*

Bij het vpt gaat het om gecontracteerde zorg waarbij het zorgkantoor productieafspraken heeft gemaakt met de instelling die de zorg levert. In de praktijk zal het zo zijn dat de zorgaanbieder aangeeft of verantwoorde zorgverlening voor een cliënt mogelijk is. Het zorgkantoor/Wlz uitvoerder neemt formeel de beslissing. Voor het pgb geldt dat het zorgkantoor een pgb toekent op het moment dat naar haar oordeel met het pgb ondermeer wordt voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit en dat de pgb-houder of diens vertegenwoordiger in staat is de gekozen hulpverleners op zodanige wijze aan te sturen dat sprake zal zijn van verantwoorde zorg. De Wlz-uitvoerder/het zorgkantoor heeft hierin dus de beslissende stem en baseert haar oordeel op het door de potentiële budgethouder gemaakte budgetplan met zorgbeschrijving en het gevoerde bewuste-keuzegesprek. De reden hiervoor is dat de Wlz-doelgroep kwetsbare mensen betreft en daarom extra waarborgen voor kwalitatief adequate zorg in dit wetsvoorstel zijn ingebouwd.

*De leden van de fractie van het CDA vragen zich af of een cliënt met een Wlz-indicatie die er voor kiest om met een pgb thuis te blijven wonen toegang krijgt tot de benodigde woningaanpassingen en bijvoorbeeld een losse tillift.*

Tijdens de plenaire behandeling van de Wmo 2015 in de Tweede Kamer heb ik toegezegd dat op grond van de Wlz ook woningaanpassingen voor verzekerden van achttien jaar of ouder vergoed kunnen worden. Dit wordt geregeld in de tweede nota van wijziging op de Wlz.

Verzekerden die thuis verblijven met een pgb hebben toegang tot de zogenoemde roerende woonvoorzieningen zoals bijvoorbeeld een tillift. Deze voorzieningen worden vanaf 2016 vanuit de Wlz verstrekt voor langdurend gebruik. In 2015 ontvangen verzekerden deze voorzieningen voor langdurend gebruik net als nu vanuit de Wmo 2015. Voor kortdurend gebruik worden deze voorzieningen vanuit de Zvw verstrekt, zoals ook thans het geval is.

*De leden van de fractie van het CDA vragen zich af of als gemeenten woningaanpassingen mogen weigeren de persoon dan tegen zijn zin in een instelling moet gaan wonen waardoor de samenleving duurder uit is terwijl het goedkoper is wanneer de persoon thuis woont met een pgb en de benodigde woningaanpassingen waarvoor een eigen bijdrage mag worden gevraagd.*

Tijdens de plenaire behandeling van de Wmo 2015 in de Tweede Kamer heb ik toegezegd dat op grond van de Wlz ook woningaanpassingen voor verzekerden van achttien jaar of ouder vergoed kunnen worden. Dit wordt geregeld in de tweede nota van wijziging op de Wlz. In 2015 beoordelen gemeenten deze aanvragen voor verzekerden met een Wlz-indicatie en dragen zorg voor de uitvoering ervan. Met ingang van 2016 worden deze aanvragen door de Wlz-uitvoerder beoordeeld en uitgevoerd.

Als iemand toegang heeft tot de Wlz, dan kan hij kiezen voor het vpt, pgb of verblijf in een instelling. De regering hecht er aan dat de zorg, ook als deze in de eigen omgeving wordt geleverd en/of door de cliënt zelf wordt ingekocht (bij pgb), van goed niveau is. Bij de beoordeling van een aanvraag voor woningaanpassingen wordt per situatie een afweging gemaakt waarbij de Wlz-uitvoerder als taak heeft om zorg te dragen voor een kwalitatief verantwoorde en doelmatige zorginzet op geleide van het indicatiebesluit. Wanneer de woningaanpassingen zodanig zijn dat de samenleving per saldo duurder uit is, kan de Wlz-uitvoerder beoordelen dat opname in een instelling doelmatiger is en de aanvraag voor de woningaanpassing afwijzen.

*De leden van de fractie van CDA en van GroenLinks hebben vragen over artikel 3.3.3 lid 4. Hoe moeten de leden van de CDA-fractie de zinsnede in artikel 3.3.3, vierde lid lezen dat «een deel» van de zorg in natura-tarief vergoed wordt? De leden van de fractie van GroenLinks geven aan dat artikel 3.3.3 lid vier kort gezegd stelt dat een pgb een deel van het vastgestelde tarief bedraagt. De leden van de fractie van GroenLinks krijgen hier graag nadere uitleg over. Waarom wordt per definitie al uitgegaan van een deel van het vastgestelde tarief? Daarnaast vragen de leden van de GroenLinksfractie zich af in hoeverre dit artikel garandeert dat de hoogte van het pgb toereikend moet zijn om de benodigde zorg in te kunnen kopen.*

Aan elk geïndiceerd zorgprofiel hangt, net als nu onder AWBZ bij elk zorgzwaartepakket, een bepaald tarief dat een aanbieder van zorg in natura voor de betreffende cliënt krijgt. De regering beoogt de hoogte van het pgb in principe gelijk te stellen aan het geldende tarief voor zorg in



natura, rekening houdend met het feit dat het pgb niet bedoeld is voor verblijfskosten en behandeling. Het naturatarief wordt daartoe «opgeschoond» met de component voor kapitaallasten, verblijfskosten en behandeling. Daarnaast kan een toeslag van toepassing zijn voor huishoudelijke hulp en voor mensen die in een wooninitiatief willen wonen. Tenslotte kan het aldus berekende budget nog vermeerderd worden met een bedrag voor meerzorg.

*De leden van de CDA-fractie vragen zich of en zo ja, wat er verandert met betrekking tot de huishoudelijke verzorging van mensen die met een vpt of pgb in de eigen woning blijven. De huishoudelijke verzorging in de Wmo is als vast omschreven voorziening verdwenen. In de Wlz lijkt hij nog wel te bestaan. Zowel bij het vpt als bij het pgb blijft dit onderdeel van de te leveren zorg. Waarom is hiervoor gekozen? Je zou dit ook kunnen zien als onderdeel van het verblijf zeker gezien de keuze die gemaakt is in het kader van de Wmo 2015. Gaat dit ook niet leiden tot druk om «in» de Wlz te komen?*

Huishoudelijke verzorging valt onder verblijf in de Wlz. Het is logisch dat als iemand in een instelling verblijft, de instelling ook zorgt voor het schoonhouden van de woonruimte. Indien iemand kiest voor vpt zorgt de instelling in principe voor het schoonmaken van de woonruimte. Bij pgb gaat het om een vergoeding voor huishoudelijke verzorging. Dit is geen verandering ten opzichte van de AWBZ. Het voorkomt dat mensen met een indicatie voor de Wlz een beroep gaan doen op de Wmo 2015 voor huishoudelijke hulp. Het uitgangspunt is dat de Wlz een integraal pakket heeft en dat er geen separaat beroep kan worden gedaan op de Wmo 2015. Samenloop van beide wettelijke systemen wordt op die manier vermeden. De regering is van mening dat druk op de Wlz om deze reden niet zal ontstaan. Het is op grond van de Wmo 2015 nog steeds mogelijk om huishoudelijke hulp te verstrekken. Mensen kunnen altijd proberen om in de Wlz te komen maar het is uiteindelijk het CIZ dat onafhankelijk en objectief vaststelt of iemand in aanmerking komt voor Wlz-zorg.

*De leden van de CDA-fractie vragen waarom er voor gekozen is om bij een vpt alleen de zelfzorg (artikel 3.1.1., eerste lid, onderdeel d) niet langer onderdeel te laten zijn van de te leveren zorg. En geven aan dat de memorie van toelichting op pagina 19 een ander beeld oproept.*

Ik ga ervan uit er sprake is van een misverstand bij de interpretatie van artikel 3.2.1. eerste lid onderdeel d. In dit artikel wordt geen verband gelegd tussen het vpt en zelfzorg. In artikel 3.1.1. eerste lid onderdeel d komt het woord «zelfzorg» overigens niet voor.

*De leden van de CDA-fractie vragen of artikel 8.1.1 tweede lid zorgt voor meer administratieve lastendruk bij de zorgaanbieder en burger. Zij wijzen erop dat deze zaken ook gecontroleerd moeten worden en wijzen op het gevaar van verantwoordingspapieren die afgevinkt moeten worden. Zij stellen dat de indicering zorgzwaartepakketten toch ook een richting aangaven.*

De regering is van mening dat deze bepaling niet tot meer administratieve lasten zal leiden. Vanzelfsprekend moeten de afspraken genoteerd worden in het zorgplan, maar dat zou eigenlijk al gebruikelijk moeten zijn. Het is immers de basis voor de zorgverlening waarop alle zorgprofessionals zich moeten baseren en aan de hand waarvan kan worden gezien of de gestelde doelen worden bereikt. Zorgvuldige bespreking van deze zaken is van wezenlijk belang om de verzekerde in staat te stellen maximaal zeggenschap uit te oefenen over het eigen leven.

Het wetsvoorstel leidt naar de mening van de regering niet tot afvink-lijstjes. Een afspraak over wat iemand een zinvolle daginvulling vindt of wat hij belangrijk vindt in de bejegening is niet te vatten in een simpel ja of nee. Een vinkje dat een onderwerp besproken is, is geen afspraak. Waar het om gaat is dat het zorgplan de dialoog tussen cliënt en professional ondersteunt en als ankerpunt dient voor de wensen van de cliënt en de doelen en invulling van de zorg. De leden van het CDA geven terecht aan dat indicering in zorgzwaartepakketten een richting aangaf, maar dit gaf niet aan wat gezien de zorgzwaarte de invulling van de zorg aan de cliënt zou moeten zijn. Daarvoor is het nodig om in dialoog met de cliënt te spreken over de wensen en mogelijkheden van hemzelf en van mensen in zijn omgeving.

*De leden van de CDA-fractie geven aan dat het voor hen nog onduidelijker is waarom mensen met een GGZ behandelingsvraag niet gelijk in de Wlz kunnen instromen, nu zij lezen welke behandeling er in de Wlz plaatsvindt. Zij stellen dat ook daar immers sprake is van een specifieke behandeling in de zin dat die samenhangt met de beperking. Dat is na 3 jaar niet ineens een andere behandeling zo stellen deze leden.*

Voor ggz-zorg geldt dat wanneer behandeling van de psychische stoornis voorop staat, de Zvw het aangewezen domein is. Dat is ook nu al het geval. Inderdaad verdient een onderscheid op basis van inhoudelijke criteria de voorkeur – deze zijn echter op dit moment nog niet voorhanden. Het doel van de verschuiving van de jaargrens naar drie jaar, is dat de zorg onder de Zorgverzekeringswet komt te vallen voor een groep patiënten waarbij het perspectief op (spoedig) herstel, en/of een overgang naar ambulante zorg en ondersteuning, vrij groot is. Daarmee worden aanbieders en zorgverzekeraars gestimuleerd om in te blijven zetten op herstel, participatie en ambulantisering. Uit cijfers van Vektis blijkt namelijk dat ook in de huidige situatie in het tweede en derde jaar intramuraal verblijf nog veel uitstroom plaatsvindt, wat kan wijzen op herstel of een overgang naar ambulante zorg.

*De leden van de CDA-fractie vragen zich af hoeveel budget er wordt toegevoegd aan het budget van de zorgkantoren voor woningaanpassingen voor verzekerden onder 18 jaar, waar dit budget vandaan komt en of gemeenten hier op gekort worden. Daarnaast vragen de leden van de fractie van het CDA zich af hoe het staat met de nota van wijziging waarin is opgenomen dat woningaanpassingen boven de 18 jaar vergoed gaan worden en wat hiervan de financiële consequenties zijn.*

Er zijn op dit moment geen betrouwbare cijfers voorhanden met betrekking tot het bedrag dat gemoeid is met woningaanpassingen voor Wlz-cliënten. Ik heb daarom besloten dat gemeenten in 2015 de aanvragen voor woningaanpassingen blijven uitvoeren. Er wordt vooralsnog geen budget overgeheveld, de middelen blijven in 2015 bij de gemeenten. Gedurende het jaar 2015 zal ik monitoren hoeveel budget er benodigd is.

Het vergoeden van woningaanpassingen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, zoals door mij toegezegd tijdens de plenaire behandeling van de Wmo 2015 in de Tweede Kamer, wordt geregeld in de tweede nota van wijziging op de Wlz die medio juni aan de Tweede Kamer zal worden toegestuurd.

*De leden van de CDA-fractie kunnen zich voorstellen dat mensen met een zware lichamelijke beperking assistentievragen en bijvoorbeeld ademhalingsondersteuning, een bepaalde mate van toezicht nodig hebben.*

*Waarom kiest de regering hier niet voor? We hebben het immers over een kleine groep mensen.*

Bij beademingszorg gaat het vaak om zorg met een zeer korte responstijd waarbij er een medische noodzaak tot direct ingrijpen is, omdat anders een levensbedreigende situatie ontstaat. Deze cliënten hebben toegang tot de Wlz omdat zij 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben omdat zij zelf niet in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig lichamelijk letsel te voorkomen. Door fysieke problemen hebben zij voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig.

*De leden van de CDA-fractie merken op dat de Wlz open staat voor mensen met multi-problematiek. De leden van de CDA-fractie vragen of dit dan ook geldt voor andere doelgroepen zoals mensen met een verstandelijke en psychische stoornis en mensen met een licht verstandelijke handicap en psychische stoornis.*

Een cliënt heeft recht op zorg op grond van de Wlz indien hij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte heeft aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht. Het CIZ beoordeelt of iemand aan deze toegangscriteria voldoet en stelt vervolgens het best passende zorgprofiel vast. Hierbij speelt dus de beperking of handicap (de zogenaamde grondslag) een rol. Het kan voorkomen dat er sprake is van multiproblematiek. Het CIZ zal dan in zo'n geval aan de hand van de mate en ernst van de zorgvraag het passende profiel vaststellen, bijvoorbeeld een profiel voor een verstandelijk gehandicapte of voor een dementerende (psychogeriatric). In het geval van een verstandelijke beperking in combinatie met een psychische stoornis zal het CIZ bezien of de verstandelijke beperking dusdanig ernstig is dat aan de toegangscriteria van de Wlz wordt voldaan. Indien dit het geval is komt deze verzekerde in aanmerking voor de Wlz. In geval de psychische stoornis vooral de noodzaak tot zorg veroorzaakt, ligt behandeling vanuit de Zvw meer voor de hand. Na drie jaar onafgebroken verblijf in de Zvw kan dan eventueel alsnog een beroep worden gedaan op de Wlz. Dit laatste zal bij nota van wijziging worden geregeld.

*De leden van de CDA-fractie constateren dat de mogelijkheden van overbruggingszorg in de Wlz kleiner zijn dan onder de huidige AWBZ. Hier willen de leden graag wat meer uitleg over. Soms is er toch gewoon overbruggingszorg nodig stellen de leden van de CDA-fractie. Daarbij vinden deze leden het ook belangrijk wat de reden is (noodzaak) van overbruggingszorg, waarom dit wordt aangevraagd. Hier lijkt de wetgever geen rekening mee te willen houden. Kan de wetgever toelichten waarom niet? Zoals:*

- *Plaatsing in een intramurale setting tijdelijk, op basis van een wachtlijst niet mogelijk is*
- *De cliënt, omdat hij niet pgb-vaardig is, niet in aanmerking komt voor een pgb*
- *vpt niet mogelijk is omdat de woonomgeving daar niet geschikt voor is.*

*In de huidige AWBZ is het mogelijk om in een dergelijke situatie tot twee keer toe drie maanden extramurale zorg te geven. En stel nu dat cliënten met een aanspraak wijkverpleging gegeven de situatie aanspraak kunnen maken op Wlz-zorg. Stel nu dat de aanvraag enkele weken in beslag neemt. De leden van de CDA-fractie vragen zich af wie dan de overbruggingszorg levert, de zorgverzekeraar of de Wlz.*

Omdat de Wlz uitsluitend bedoeld is voor cliënten die niet meer uit de voeten kunnen met reguliere thuiszorg, is in de Wlz geregeld dat cliënten die de stap hebben gezet een pakket Wlz-zorg aan te vragen ook aanspraak hebben op zo'n volledig pakket: er bestaan in de Wlz immers geen aanspraken meer op extramurale functies. Er komt dan ook een einde aan de ontstane uitvoeringspraktijk om verblijfsindicaties om te zetten naar extramurale functies.

Dat laat onverlet dat van alle partijen wordt verwacht dat zij meewerken aan een zorgvuldige overdracht naar de Wlz-zorg zodat de continuïteit van dienstverlening gewaarborgd is. Alhoewel vanaf de indicatiestelling voor Wlz-zorg het zorgkantoor aan zet is om ervoor te zorgen dat het aangevraagde pakket Wlz-zorg op korte termijn geleverd kan worden, mag van de gemeente en verzekeraar worden verwacht dat zij de dienstverlening nog enige tijd voortzetten totdat de Wlz-zorg redelijkerwijs kan aanvangen. Het gaat dan om een normale overgangperiode van bijvoorbeeld de duur van de Treeknormen die de sector heeft vastgesteld. Het kan echter voorkomen dat voor een cliënt met een specifieke zorgvraag voor langere tijd geen passende Wlz-zorg beschikbaar is. Voor de Wlz-uitvoerder is dan sprake van een situatie van overmacht. In dergelijke gevallen kan niet zonder meer worden verwacht dat gemeenten en verzekeraars voor langere tijd zorg blijven leveren. De Wlz-uitvoerder is dan aanspreekbaar op de zorgplicht en handelt men naar bevind van zaken om de frictieperiode te overbruggen. De Wlz-uitvoerder kan dan bijvoorbeeld tijdelijk op basis van het vpt afspraken maken met een aanbieder die een alternatief arrangement levert totdat de meest passende oplossing in de Wlz wel beschikbaar is. Eventueel kan de Wlz-uitvoerder hiervoor ook tijdelijk meerzorg inzetten. Daarnaast kan de Wlz-uitvoerder een oplossing via pgb bewerkstelligen, bijvoorbeeld in situaties waarin een cliënt met opnamewens al budgethouder was voordat de Wlz-zorg nodig was.

Indien een cliënt die een pakket Wlz-zorg nodig heeft niet in aanmerking komt voor pgb en zijn woonsituatie niet geschikt is voor het vpt, kan de cliënt opteren voor opname in een instelling of een andere woonomgeving waar het vpt wel een optie is. De Wlz-uitvoerder blijft aan zet om ervoor te zorgen dat de Wlz-zorg die de cliënt heeft aangevraagd zo snel mogelijk kan starten

*De leden van de CDA-fractie vragen of de regering het geluid uit het veld herkent dat het vpt alleen mogelijk is als je dicht bij een instelling woont, omdat het anders niet rendabel is. Tevens vragen de leden van de CDA-fractie naar de toekomstbeeld van vpt en pgb als mogelijkheden om in de toekomst zelfstandig te wonen.*

Ik herken dit geluid onder de huidige AWBZ. Bij het leveren van het vpt is de instelling niet alleen verantwoordelijk voor de zorghandelingen (zoals het onder de douche zetten van een cliënt of het injecteren), maar ook eten en drinken en het noodzakelijke toezicht en permanente beschikbaarheid van de zorg. Vooral deze laatste twee elementen maken dat het vpt niet zonder voorwaarden overal en altijd (denk bijvoorbeeld aan een afgelegen huis) kan worden geleverd. In de toekomst ziet de regering dat naast het wonen in een instelling (onder voorwaarden), cliënten met behulp van het vpt en pgb meer zelfstandig kunnen wonen. Dit betekent echter ook dat het vpt, zoals we dat nu kennen gemoderniseerd moet worden om beter aan te sluiten bij de wensen van de cliënt. Als deze namelijk een partner of een naaste heeft die wilt koken dan moet dat mogelijk zijn. Bij deze flexibilisering van het vpt kunnen we de huidige nadelen aanpakken.

*De leden van de CDA-fractie lezen in de memorie van toelichting en begrijpen dat de je met het pgb in de Wlz zowel mantelzorgers als professionals mag uitbetalen. Deze leden vinden dit goed en zien hier weer een groot verschil met de Wmo. De gemeente mag namelijk zelf bepalen of en hoeveel zij mantelzorgers uitbetalen. Dit niet doen, zo stellen deze leden kan ervoor zorgen dat mensen sneller aanspraak willen maken op de Wlz. Graag een reactie van de regering op dit specifieke punt. Vervolgens begrijpen de leden dat het zorgkantoor hiervoor een maximum bedrag vaststelt dat de zorg aan deze niet professional mag uitbetalen. Wie bepaalt dit bedrag, wie bepaalt hoeveel budgethouders mogen uitkeren aan niet- professionals, wordt er een onderscheid gemaakt tussen volwassen met een Wlz- pgb en tussen kinderen Wlz- pgb? En het valt deze leden op dat er een groot verschil lijkt te zijn tussen pgb in de Wmo, Zvw, Jeugdwet en de Wlz. Overal stelt de regering andere eisen, leveringsvoorwaarden aan.*

Rekening houdend met het feit dat de Wmo 2015 principieel een andere wet is dan de Wlz en elke gemeente de beleidsvrijheid heeft om bepaalde aspecten van het pgb naar eigen inzicht in te vullen, sluiten het pgb in de diverse domeinen zoveel als mogelijk op elkaar aan. Ik heb de Kamer over de samenhang van de verschillende pgb's per brief geïnformeerd.

Een aspect waar elke gemeente per verordening nadere eisen aan kan stellen is de inzet en betaling door budgethouders van informele zorg. Het nut en de noodzaak van het leveren van een voorziening via een pgb door het sociale netwerk van een cliënt of jeugdige kan een gemeente het beste beoordelen in samenspraak met de jeugdige of de cliënt. De te stellen voorwaarden kunnen overigens niet zover gaan dat het inschakelen van informele hulp geheel wordt uitgesloten. Op dit terrein vind ik het terecht dat gemeente de vrijheid hebben zelf hun pgb-beleid in te richten in samenhang met andere beleidsterreinen. Ik wil en kan de gemeenten niet op elk aspect zeggen wat te doen, dat past niet bij het karakter van de Wmo en decentraliseren. De gemeenten kijken bovendien eerst naar de inzet van het sociale netwerk voordat achtereenvolgens sprake kan zijn van een algemene voorziening of (en middels het pgb ingevulde) maatwerkvoorziening. Ik denk daarom niet dat een streng lokaal beleid of de inzet van informele zorg met een pgb er toe zal leiden dat meer mensen aanspraak willen maken op de Wlz. Is het beleid over de inzet van informele zorg gunstiger in de Wlz dan in de betreffende gemeente, dan geldt nog altijd dat iemand aan de criteria van de Wlz moet voldoen.

Voor de Wlz is het kabinet aan zet om de eisen te bepalen die gesteld worden aan de inzet van informele zorg. Om de monetaarisering van mantelzorg en andere informele zorg tegen te gaan zijn sinds dit jaar in de pgb-regeling onder de AWBZ gedifferentieerde tarieven voor professionele en niet-professionele zorg geïntroduceerd. Voorheen konden mantelzorgers en informele hulpverleners ook professionele uurtarieven worden toegekend, waardoor niet-professionals soms flink hoge inkomens uit het pgb verwierven. Vanaf 2014 geldt voor nieuwe budgethouders dat ze met niet-professionals niet meer dan 20 euro per uur kunnen afspreken als vergoeding voor geleverde diensten. Het bedrag is in overleg met partijen, waaronder Per Saldo, vastgesteld op basis van wat in de praktijk een redelijke vergoeding is, en daarop in de pgb-regeling 2014 opgenomen. Er wordt daarbij geen onderscheid gemaakt of de budgethouder jonger of ouder dan 18 is. In 2014 en 2015 zal ik bezien of de gedifferentieerde tarieven zoals nu geregeld het beoogde effect sorteren, voordat deze voor alle budgethouders zullen worden ingevoerd.

*De leden van de CDA-fractie willen van de regering klip en klaar weten wat er nu wel en niet kan als je een Wlz indicatie hebt en tijdelijk zorg uit handen moet of wil geven. De leden van de CDA-fractie vraagt of de regering er bewust voor te kiezen in het midden te laten hoe je dit moet regelen en of het financiële probleem bij de zorgaanbieders neer wordt gelegd. Verder vraagt de CDA-fractie of de Wlz de mogelijkheid blijft bieden meervoudig gehandicapte kinderen tijdelijk bij een gastgezin te plaatsen.*

Respijtzorg betreft het tijdelijk uit handen geven van de zorg door de mantelzorger. De Wlz is toegankelijk voor verzekerden die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Veel cliënten met een Wlz-indicatie ontvangen professionele zorg in een instelling waar zij permanent verblijven met zorg. Het zwaartepunt van de mantelzorg bij wonen in een instelling ligt niet zozeer op de dagelijkse zorg en ondersteuning, maar op het op enigerlei wijze geven van liefdevolle aandacht ten behoeve van een bijdrage aan het welbevinden van cliënten. Het tijdelijk overnemen van de totale zorg van de mantelzorger (respijtzorg) is bij verzilveren van een Wlz-indicatie in een instelling niet aan de orde.

De mantelzorger en cliënt kunnen ervoor kiezen met een Wlz-indicatie (voorlopig nog) thuis te blijven wonen. Respijtzorg voor thuiswonende mensen met een Wlz-indicatie komt wél ten laste van de Wlz. Indien iemand een indicatie heeft voor de Wlz, kan door de mantelzorger geen beroep worden gedaan op respijtzorg op grond van de Wmo 2015 of Jeugdwet. Reden is dat cliënten in de Wlz reeds recht hebben op een integraal pakket aan zorg en ondersteuning dat in natura met verblijf, vpt of met een pgb kan worden genoten. Cliënten in de Wlz die met een vpt of pgb thuis verblijven, moeten binnen dat pakket of budget keuzes maken. Respijtzorg in de vorm van logeerszorg kan daar onderdeel vanuit maken. Logeerszorg kan in een logeervoorziening van een instelling, maar er wordt ook logeerszorg aangeboden door zorgaanbieders in huisjes in bungalowparken, op zorgboerderijen of in gastgezinnen. Binnen vpt kunnen cliënt, mantelzorger en zorgaanbieder maatwerkafspraken maken over de vorm waarmee invulling aan de respijtzorg wordt gegeven. Doel van deze afspraken is tijdelijk overnemen van de zorg van de mantelzorger. Binnen het pgb-budget kunnen cliënt en mantelzorgers zelf keuzes maken om de zorg van mantelzorgers tijdelijk over te nemen. Dat maatwerk in een vpt of een pgb kan ook bestaan uit logeerszorg binnen een gastgezin

*De leden van de CDA-fractie willen graag weten of het juist is dat de zorgaanbieders vooral winst maken bij de intramurale zorg en of dit verandert door de extramuralisering van de lage ZZP's. Ook vragen zij of de ZZP-tarieven in 2015 naar beneden worden bijgesteld en zo ja met hoeveel. Vervolgens de vraag of daardoor ook het bedrag van vpt en pgb naar beneden wordt bijgesteld.*

Het is juist dat de winst vooral wordt gemaakt bij intramurale zorgaanbieders. De verwachting is dat dit effect zich ook in de Wlz zal voordoen en niet beïnvloed wordt door de extramuralisering van lage zzp's. De zzp-tarieven zullen in 2015 worden bijgesteld (€ 40 mln) onder invloed van de tariefmaatregelen die in 2014 zijn afgesproken. Het bedrag van € 40 mln, wordt gekort op de contracteerruimte en zal daardoor ook kunnen doorwerken op het vpt (niet op het pgb).

*De leden van de CDA-fractie vragen om een duidelijke doorrekening van de Wlz-premie, het eigen risico, de Zvw-premie, de eisen van Solvency II en de reserves die zorgverzekeraars (extra) moeten aanleggen. Zij vragen*

*ook wat dit gaat vervolgens gaat betekenen voor de verschillende inkomensgroepen, en zij vragen om daarbij een onderscheid te maken naar de situatie met en zonder zorggebruik.*

Het kabinet merkt op dat de premiegevolgen van de overhevelingen voor de Wlz en de Zvw, de gevolgen voor het eigen risico en de gevolgen voor de solvabiliteit van zorgverzekeraars uitgebreid aan bod zijn gekomen in de brief van 4 maart 2013 over de premiegevolgen van de overhevelingen (Kamerstukken II, 2013/14, 30 597, nr. 424) en in het daarop volgende schriftelijk overleg met de Kamer (Kamerstukken II, 2013/14, 30 597, nr. 432).

In onderstaande tabel zijn de – partiële – koopkrachteffecten van de premiegevolgen van de overhevelingen weergegeven. Daarbij is rekening gehouden met de gevolgen voor de belastingen, het gemiddelde eigen risico dat mensen betalen en met het effect van de zorgtoeslag. Er is geen rekening gehouden met een eventuele premieopslag in verband met de hogere minimaal vereiste solvabiliteit door de overhevelingen, omdat ik verwacht dat verzekeraars eerst hun bestaande oversolvabiliteit in zullen zetten alvorens zij overgaan op een opslag op de premie.

De verschillen in koopkrachteffecten tussen inkomensgroepen met en zonder zorggebruik zijn beperkt, omdat het verschil in beginsel beperkt blijft tot het wel of niet vol maken van het hogere eigen risico in de Zvw. Voor de hogere inkomensgroepen, vanaf 1,5 keer modaal respectievelijk AOW + € 10.000, wijkt het koopkrachteffect tussen wel of geen zorggebruik daardoor maximaal 0,1%-punt af van de gemiddelden in onderstaande tabel. Dit komt overeen met een bedrag van circa € 15 op jaarbasis voor een alleenstaande.

Het kabinet beziet elk jaar in augustus het integrale koopkrachtplaatje. Daarbij worden ook de premiegevolgen van de overhevelingen betrokken. Op dat moment wordt via extra maatregelen gezorgd dat er per saldo een evenwichtig inkomensbeeld resulteert.

**Tabel: Koopkrachteffect in 2015 als gevolg van de overhevelingen**

Werknemer	WML	Modaal	1,5 x modaal	2 x modaal
Alleenstaand	0	- 0,2%	- 0,1%	- 0,1%
Meerpersoons	0	0	- 0,2%	- 0,1%
Gepensioneerde	AOW	AOW+€ 5.000	AOW+€ 10.000	AOW + € 20.000
Alleenstaand	0	0	- 0,1%	- 0,2%
Meerpersoons	0	0	0	- 0,1%

*De leden van de CDA-fractie lezen het streven naar verbetering van doelmatigheid in de tweede fase als een streven naar financiële doelmatigheid, en zij vragen of de regering serieus denkt dat wij het zorgverzekeringsstelsel op deze manier overeind en doelmatig houden.*

In de visie van de regering gaat doelmatigheid in de kern over het realiseren van zoveel en zo goed mogelijke zorg per elke aan zorg bestede euro. Een verbetering van de doelmatigheid kan leiden tot meer en betere zorg bij evenveel inzet van financiële middelen, of tot evenveel en even goede zorg bij minder financiële middelen, of tot een combinatie van beiden. De regering ziet het streven naar meer doelmatigheid daarom als essentieel om het zorgverzekeringsstelsel overeind en doelmatig te houden. Met de invoering van de Wlz wordt een belangrijke stap gezet. Ook na de invoering van de Wlz, als onderdeel van de tweede fase, zal de regering bezien of verdere verbeteringen mogelijk zijn.

*De leden van de CDA-fractie vragen of de regering vindt dat dit een soort «tussenwet» is om de geesten rijp te maken om de gedachte achter de AWBZ ten grave te dragen.*

In de visie van de regering op de hervorming van de langdurige zorg staat centraal dat wordt uitgegaan van wat mensen nog wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen. Mensen zoeken allereerst zelf naar oplossingen als zij ondersteuning nodig hebben. Neemt de behoefte aan zorg en ondersteuning toe dan kan een beroep op de gemeente en/of zorgverzekeraar worden gedaan. Daarbij staat voorop dat deze hulp de informele hulp versterkt en ondervangt. Het eigen netwerk blijft hierdoor van groot belang en wordt voorkomen dat onnodig beroep wordt gedaan op professionals. Er kan een moment komen dat zelfs met alle inzet die er is de kwaliteit van bestaan onder druk komt te staan. Er kan bijvoorbeeld sprake zijn dat er gevaar ontstaat voor de gezondheid en welzijn van de cliënt en zijn omgeving. Deze mensen hebben dan recht op passende zorg en ondersteuning vanuit de Wlz.

De regering vindt de Wlz van belang om de doelstellingen van de hervorming van de langdurige zorg te bereiken; het verbeteren van de kwaliteit, het vergroten van betrokkenheid van de samenleving en financiële houdbaarheid. De Wlz bevat op instrumenten die op al deze onderdelen zien, zoals bijvoorbeeld het verankeren van het verzekerd pakket en de toegang op wetsniveau of het wettelijk vastleggen van het pgb als volwaardige leveringsvorm. Dit kan met de huidige AWBZ, naar de mening van de regering, niet bereikt worden.

*De leden van de CDA-fractie constateren dat Nederland per amvb in regio's wordt opgedeeld en vragen of wordt aangesloten bij de 30 regio's in het huidige zorgkantorenmodel, of dat er een nieuwe model wordt ontwikkeld en hoe dit er dan uit ziet.*

De regering kiest ervoor om de regio-indeling in het eerste jaar waarin de Wlz geldt vrijwel gelijk te laten zijn aan die in het laatste jaar van de AWBZ. Vrijwel, omdat niet uit te sluiten valt dat door samenvoeging van gemeenten enkele voormalige afzonderlijke gemeenten van de ene regio naar de andere gaan. Voor de periode na het eerste jaar, is de regering voornemens om het aantal regio's bij de zorgkantoren te verminderen omdat de doelgroep en dus de totale geleverde zorg onder de Wlz kleiner wordt. De regering veronderstelt dat het overgaan tot regionale opschaling zorgt voor meer efficiëntie in de uitvoering. De regering zal de regionale opschaling nader onderzoeken. Als de voor- en nadelen in beeld zijn, zal de regering de Kamer informeren over hoe dat model eruit zal zien.

*De leden van de CDA-fractie geven aan dat zij met de regering van VWS vele debatten hebben gevoerd hoe hij de zorgkantoren meer «op het bit kon rijden». Dit waren debatten waarin duidelijk werd dat zorgkantoren zelf bepaalden welke zorgzwaartepakketten zij inkochten. Volgens deze leden werd in deze debatten duidelijk dat de regering onvoldoende middelen in handen had om de zorgkantoren desnoods te dwingen zich te houden aan de wettelijke bepalingen in deze. Zij vragen waar in de Wlz blijkt dat dit nu wel kan.*

Het beleid dat de regering met de Wlz voor ogen heeft, zal terug te vinden zijn in de overeenkomsten die afgesloten worden tussen zorgkantoren en zorginstellingen. In de wet is opgenomen (Artikel 4.2.2 met name lid 1, lid 2 en lid 3) dat een overeenkomst tussen een zorgkantoor en een zorginstelling bepalingen bevat over onder andere de aard, de kwaliteit, de doelmatigheid, de prijs en de administratieve voorwaarden. Daarnaast



geeft de wet (Artikel 4.2.2., lid 6) de mogelijkheid om bij amvb nadere regels over de wijze waarop de overeenkomsten tot stand komen en de inhoud van die overeenkomsten en de kwaliteit van de te verlenen zorg. In het geval de zorginkoop en de contractering te kort schiet, kan de regering dus interveniëren en nadere regels stellen.

*De leden van de CDA-fractie lezen dat er aan ZN, Wlz uitvoerders en zorgkantoren gevraagd gaat worden om Wlz inkoopregels op te stellen en die vervolgens ook daadwerkelijk te gebruiken. Deze leden vragen aan de regering waarom de regering dit niet als een eis in de Wet opneemt. Daarbij verwijzen zij naar de financiële verantwoordelijkheid van de regering.*

De regering wijst erop dat zij bij amvb regels kan stellen over het zorginkoopproces en de inhoud van de inkoopovereenkomsten. Zij geeft er echter de voorkeur aan om eerst de zorgverzekeraars zelf de mogelijkheid te geven om de inkoopregels te vereenvoudigen, standaardiseren en uniformeren. Daarmee geeft de regering de Wlz-uitvoerders de gelegenheid om hun eigen verantwoordelijkheid op dit terrein te nemen. Indien dit onverhoopt niet voldoet aan de wensen van de regering dan kan de amvb alsnog worden opgesteld.

*De leden van de CDA-fractie constateren dat in de huidige AWBZ in artikel 16b staat dat zorgkantoren met iedere instelling die dat wil een contact moet sluiten. Artikel 4.2.2. Wlz staat dat ter uitvoering van zijn zorgplicht Wlz-uitvoerders schriftelijke overeenkomsten sluiten. Waarom is er gekozen voor deze terughoudende formulering?*

Voorheen gold de zogenaamde contracteerplicht voor intramurale zorg. Dit hield in dat iedere instelling die onder het oude bouwregime een vergunning had gekregen om intramurale capaciteit te realiseren, zich tot het zorgkantoor kon wenden om een contract voor deze capaciteit. Het zou immers vreemd zijn dat als de overheid als plannende instantie optrad bij capaciteitstoekenning (aantal bedden), de zorginstelling te maken zou krijgen met een zorgkantoor dat deze toegekende capaciteit niet zou willen contracteren. De overheid heeft sinds de afschaffing van het bouwregime per 2009 geen rol meer bij de planning van capaciteit. Bij wijziging van het besluit zorgaanspraken van 21 december 2012 is de contracteerplicht voor intramurale zorg opgeheven. Ook in de Wlz is contracteerplicht niet van toepassing.

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe het zit met de anticumulatie van een echtpaar als er een oudere in een instelling woont en de andere thuis en via een maatwerkvoorziening uit de Wmo een eigen bijdrage moet betalen. Is er dan sprake van anticumulatie?*

Thans geldt een anticumulatie voor de eigen bijdrage die verschuldigd is voor de extramurale AWBZ-zorg met de eigen bijdrage die verschuldigd is voor individuele Wmo-voorzieningen. Deze houdt in dat er één inkomensafhankelijk maximum geldt voor beide eigen bijdragen tezamen. De extramurale zorg waarvoor thans een eigen bijdrage geldt op grond van de AWBZ, wordt gedecentraliseerd cq. overgeheveld naar de Wmo 2015 en Zvw. Voor de verpleging en verzorging die naar de Zvw gaat, geldt dan geen eigen bijdrage meer. Bovendien wordt deze zorg van het eigen risico uitgesloten. Voor de begeleiding die per 1 januari 2015 onder de Wmo 2015 valt, geldt het eigen bijdrageregime van de Wmo 2015. Een anticumulatieregeling zoals hiervoor beschreven is dus niet meer aan de orde.

Verder is op dit moment geregeld dat een verzekerde die in een instelling verblijft (of het volledige pakket thuis ontvangt) en daarvoor de intramurale AWBZ-eigen bijdrage verschuldigd is, geen eigen bijdrage verschuldigd is voor extramurale AWBZ-zorg of voor Wmo voorzieningen. Dat geldt ook voor zijn partner die niet in een instelling verblijft (en ook niet het volledige pakket thuis ontvangt). De anticumulatie met de eigen bijdrage Wmo 2015 blijft gehandhaafd. Als een van de echtgenoten in een instelling verblijft, het vpt of een Wlz-pgb ontvangt en de andere ontvangt een maatwerkvoorziening uit de Wmo, is dus geen eigen bijdrage voor die maatwerkvoorziening verschuldigd.

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe groot het bedrag is dat de regering voor 2015, 2016 en 2017 verwacht aan totale eigen bijdrage voor de Wlz te ontvangen, deze horen immers bij het Fonds Langdurige Zorg.*

In totaal resteert er 2015 en 2016 1,7 miljard euro aan eigen bijdrage Wlz, in 2017 is dit 1,6 miljard euro. Het aflopende verloop wordt veroorzaakt door de extramuralisering, waardoor minder mensen binnen de Wlz een eigen bijdrage intramuraal gaan betalen.

*De leden van de PVV-fractie geven aan dat de consequentie van de keuze voor een verzekering inhoudt dat de inzet van zijn sociale omgeving die kan bijdragen aan de kwaliteit van het leven van betrokkenen geen verplichtend karakter heeft en vraagt de regering of zij dit betreurt. Daarnaast vraagt men of de regering de inzet van de sociale omgeving echt wil gaan verplichten.*

Mantelzorgers zorgen vaak jarenlang voor hun naasten en weten vaak beter weten dan de formele zorgverleners hoe hun naasten het beste geholpen kunnen worden. Met het oog op het welbevinden van de cliënt acht de regering het dan ook van groot belang dat mantelzorgers, als zij en de cliënt dit wensen, de mogelijkheid krijgen om de onderlinge vertrouwdsheid voort te zetten als er een beroep op zorg uit de Wlz wordt gedaan. Het uitgangspunt van de regering is hierbij het welbevinden van de cliënten en de betrokkenheid van de mantelzorgers. Een verplichtende regeling past daar niet bij, wel het ondersteunen van de mantelzorger als er een wederzijdse wens is dat de mantelzorger de cliënt (deels) blijft verzorgen.

*De leden van de PVV-fractie willen weten of de regering, nu overschrijdingen op de Wlz door de Staat gedragen zullen worden, helemaal af wil van een verzekerd recht op zorg.*

De Wlz is een volksverzekering van rechtswege, wat betekent dat het verzekeringsrisico bij de Staat ligt. Gevolg hiervan is inderdaad, zo kan ik de impliciete stelling van de leden van de PVV-fractie beamen, dat de Staat het risico draagt indien meer verzekerden dan verwacht een beroep doen op de Wlz. Anders dan deze leden vrezen, betekent dat echter geenszins dat de regering eigenlijk helemaal af wil van een verzekerd recht op zorg. Integendeel, juist om de zorg voor de meest zorgbehoevenden in onze samenleving te kunnen garanderen, heeft de regering ervoor gekozen deze zorg in een verzekering op te nemen. De regering heeft dan ook geen plannen om de desbetreffende zorg in een systeem onder te brengen dat betrokkenen geen gegarandeerde rechten verschaft.

*De leden van de PVV-fractie merken op dat vreemdelingen die illegaal of zonder verblijfsvergunning legaal in Nederland verblijven zijn uitgesloten van de Wlz-verzekering. De leden van de PVV-fractie vinden dit terecht. Zij vragen zich wel af waarom er niet gelijk voor gekozen is om ook arbeidsmigranten uit te sluiten van de Wlz. Voorts vragen deze leden zich af waarom buitenlandse familieleden van mensen die hier (legaal) verblijven*

*niet zijn uitgesloten van toegang tot de Wlz. Mensen die hier een verblijfsvergunning hebben, mogen gewoon hun ouders naar Nederland halen, die dan ook een beroep doen op de zorg en de leden vinden niet wenselijk.*

De kring van verzekerden is voor alle Nederlandse volksverzekeringswetten gelijk. Dat geldt dus ook voor die van de Wlz. Deze wijkt dan ook niet af van de kring van verzekerden ingevolge de AWBZ. Van rechtswege verzekerd zijn de ingezetenen van Nederland en mensen die in Nederland in loondienst werken en onderworpen zijn aan de Nederlandse belastingheffing. Nederland is daarnaast gebonden aan internationale regels van coördinatie van socialezekerheidswetgevingen. Deze beogen zowel het voorkomen van dubbele verzekering als van het ontbreken van elke verzekering door het aanwijzen van één sociale verzekeringswetgeving die van toepassing is. Daarin zijn ook bepalingen betreffende gelijke behandeling opgenomen.

Hoofregel is dat men valt onder de wetgeving van het land waar men werkt. Voor de toepassing van de Europese socialezekerheidsverordening geldt dat ook voor zelfstandigen die in Nederland werken, maar niet wonen. Landen mogen in hun wetgeving voorwaarden aan de toegang tot de verzekering stellen, met uitzondering van nationaliteits- en wooneisen. Voor vreemdelingen die zich in Nederland willen vestigen is voor de toegang tot de sociale verzekeringen de voorwaarde gesteld dat men hier rechtmatig verblijf houdt in de zin van de Vreemdelingenregelgeving. Als dat het geval is, is de vreemdeling van rechtswege verzekerd. Het is aan de Minister van Justitie te regelen welke categorieën van vreemdelingen onder welke voorwaarden recht op verblijf hebben. Dat geldt dus ook voor gezinsleden die in het kader van gezinshereniging naar Nederland mogen komen.

Niet elke vreemdeling heeft overigens onmiddellijk toegang tot Wlz-zorg. Om oneigenlijk gebruik van de Wlz te voorkomen geldt, evenals dat in de AWBZ het geval is, ook voor deze wet een wachttijd van maximaal twaalf maanden voor degene die, komend uit het buitenland, als ingezetene verzekerd wordt en die bij aanvang van de verzekering al «Wlz-zorg» nodig heeft, of als redelijkerwijs te verwachten is dat deze zorg binnen een half jaar na aanvang van de verzekering nodig zal worden. Dat wordt geregeld in het Blz. In het geval dat een internationale coördinatieregeling van toepassing is, zal voor de toegang tot de verzekeringsrechten rekening gehouden moeten worden met bepalingen over samenstelling van verzekeringstijdvakken die zijn vervuld onder de socialezekerheidswetgeving van het andere land. Gedurende de wachttijd moet betrokkene eventueel verleende zorg zelf financieren. De wachttijd geldt niet voor uitgenodigde vluchtelingen en vreemdelingen met verblijfsrecht «asiel». Als gezinsleden van deze twee categorieën vreemdelingen zich op een later tijdstip bij hen mogen voegen en zij niet dezelfde status hebben, geldt de wachttijd in voorkomend geval wel.

*De leden van de PVV-fractie zijn van mening dat de indicatiestelling beter en zorgvuldiger kan plaatsvinden door bijvoorbeeld de huisarts en de wijkverpleegkundige, zij kennen de cliënten ten slotte beter dan iemand achter een bureau op een kantoor ver weg met een afvinklijstje. Waarom wordt er door de regering getwijfeld aan de objectiviteit en professionaliteit van die beroepsgroepen?*

De regering heeft er voor gekozen om de indicatiestelling voor de Wlz in handen van het CIZ te leggen. De regering hecht er met cliëntenorganisaties sterk aan dat de indicatiestelling voor de Wlz onafhankelijk, objectief, uniform en deskundig plaats vindt, mede ook met het oog op het zoveel mogelijk voorkómen van afwenteling vanuit andere domeinen. Het CIZ heeft daarmee vanaf haar start in 2005 kennis en ervaring

opgedaan. De regering wil daarvan graag gebruik maken voor het bepalen van het recht op zorg op grond van de Wlz. Het betreft immers de meest kwetsbare groep mensen, zoals zieke ouderen en gehandicapten.

De hervorming van de langdurige zorg betekent onder meer dat de extramurale zorg uit het AWBZ-domein verschuift naar het Wmo respectievelijk het Zvw-domein. Binnen die domeinen kunnen de door de leden van de PVV-fractie genoemde professionals bij uitstek afwegen en bepalen wat cliënten in hun thuissituatie aan zorg en ondersteuning nodig hebben. Het gaat immers om arrangementen op lokaal niveau die vanuit de Wmo 2015 en Zvw worden vormgegeven, waar bij uitstek een rol voor de wijkverpleegkundige is weggelegd. Ook is belangrijk dat door de wijkverpleegkundige een verbinding wordt gelegd tussen de beide domeinen, immers veel mensen maken gebruik van zorg uit beide domeinen.

Als het gaat om het indiceren voor zorg op grond van de Wlz, wordt de afweging complexer. Het gaat hier om een landelijk afwegingskader. De zorg die deze cliënten nodig hebben is zwaarder en complexer, zal in principe het verdere leven van de cliënt beslaan en betreft een integraal pakket dat alle levensdomeinen beslaat. Ook moet bij het indiceren al rekening worden gehouden met het verdere verloop van de aandoening of beperking van de cliënt. Om al deze aspecten te kunnen beoordelen is niet alleen kennis van de aandoening of beperking nodig, maar ook kennis en overzicht over het verloop van de aandoening of beperking en de daaruit voortvloeiende zorgbehoefte op verschillende terreinen, en kennis van wet- en regelgeving. Dit vereist kennis en ervaring die doorgaans niet aanwezig is (en hoeft te zijn) bij een wijkverpleegkundige of huisarts. Het CIZ zal uiteraard wel in voorkomende gevallen gebruik maken van de kennis van deze professionals zoals. Zij hebben de cliënt immers al langere tijd in beeld, voordat deze een aanvraag indient voor de Wlz.

Het onderzoek door het CIZ vindt in persoon plaats. Dat kan in de woning van de aanvrager zijn, dat kan ook bij gelegenheid van een spreekuurgesprek.

*De leden van de PVV-fractie stellen dat het er in de Wlz in hoofdlijnen op neerkomt dat een cliënt recht heeft op zorg op grond van de Wlz indien hij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel. Gaat het hier om ernstig nadeel voor de cliënt of ook om ernstig nadeel voor de omgeving? Daarnaast vraagt men wat er gebeurt met een beginnend dementerende cliënt die niet 24 uur per dag zorg nodig heeft, maar wel zeer regelmatig op een dag en die geen sociaal netwerk heeft? Valt deze categorie niet tussen wal en schip?*

Bij de bepaling «ernstig nadeel» in de toegangscriteria Wlz gaat het om het reëel te verwachten risico voor de cliënt zelf. Het gaat hier niet om het nadeel voor de omgeving. Hiermee wordt beoogd dat voor mensen met een zodanig ernstige aandoening c.q. een zodanige zorgbehoefte dat zij aan de toelatingeisen voldoen hoe dan ook de toegang tot de Wlz gewaarborgd is, onafhankelijk van het eventuele optreden van ernstig nadeel voor hun partner, familie of anderen in hun omgeving. Er vallen geen cliënten tussen de wal of het schip omdat mensen hetzij een aanspraak hebben op de Wlz hetzij op de Wmo 2015 /Jeugdwet en de Zvw. Of een beginnend dementerende cliënt die niet 24 uur per dag zorg nodig heeft, maar wel zeer regelmatig op een dag en die niet de beschikking heeft over een sociaal netwerk, aanspraak heeft op Wlz-zorg hangt ervan af of er bij deze cliënt sprake is van risico op ernstig nadeel,

of hij in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen c.q. zijn behoefte aan zorg kan inschatten, en of er vaak op ongeplande momenten zorg nodig is.

*De leden van de PVV-fractie zijn van mening dat door het niet opnemen bij de Wlz-toegangscriteria of een gemeente voldoende heeft gedaan om iemand zo lang mogelijk thuis te ondersteunen vanuit de Wmo 2015 of van het feit of de zorgverzekeraar vanuit de Zvw voldoende zorg heeft geboden dit een extra instroom in de Wlz zal veroorzaken en vraagt hierop een reactie van de regering.*

De regering hecht er aan dat de Wlz voor een ieder op gelijklopende zorginhoudelijke criteria toegankelijk is en dat duidelijk is om welke mensen dit gaat. Met deze grens is het voor gemeenten en zorgverzekeraars bekend in hoeverre zij de verantwoordelijkheid voor hun inwoners en verzekerden hebben. De regering is zich er van bewust dat bij het uitgangspunt dat mensen langer thuiswonen lokale verschillen kunnen ontstaan. Voor cliënten die niet in aanmerking komen voor de Wlz behoren gemeenten en verzekeraars voor goede zorg en voorzieningen te regelen die passen bij de individuele zorgbehoefte en mogelijkheden van de cliënt. Het kan niet zo zijn dat een cliënt, als deze geen toegang heeft tot de Wlz, tussen wal en schip valt.

Voor mensen met een zware zorgbehoefte die graag thuis willen wonen en die dankzij forse inspanning vanuit hun sociale omgeving slechts een beperkte formele ondersteunings- en zorgvraag hebben, heb ik geregeld dat er om te bezien of deze situatie thuis verantwoord kan worden voortgezet, er een gesprek komt tussen de cliënt en zijn mantelzorger(s), het CIZ, de gemeente en zijn zorgverzekeraar. Het gaat hier dan ook niet om een extra instroom van cliënten waarbij gemeenten of verzekeraars onvoldoende zou doen om de cliënten buiten de Wlz te houden. Ik verwacht dat gemeenten en zorgverzekeraars en zorgkantoren in de toekomst goed met elkaar gaan afstemmen hoe goede Wmo-ondersteuning een te snel beroep op zware zorg kan voorkomen.

*Gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen speelt op grond van het begrip redelijkerwijs een rol of een kind op Wlz-zorg is aangewezen. De leden van de PVV-fractie vragen zich af wat onder redelijkerwijs c.q. gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen wordt verstaan, hoe dit objectief kan worden vormgegeven en hoe dit zich verhoudt tot een objectieve en professionele indicatie.*

Als het gaat om minderjarige kinderen zijn ouders verantwoordelijk voor hun verzorging, opvoeding en het toezicht op hen. Dit geldt ook als het gaat om een kind met een ziekte, aandoening of beperking. Als gebruikelijke zorg wordt gezien de zorg die het kind toch al zou ontvangen van zijn ouders, zoals het bieden van toezicht. In de Wlz geldt daarom, evenals als onder de AWBZ, dat het kind op deze zorg niet is aangewezen. Wat gebruikelijk is in de zorg van ouders aan kinderen voor wat betreft er wel of geen toegang is tot de Wlz, wordt net als dit nu voor de toegang tot AWBZ-verblijf het geval is uitgewerkt in de Beleidsregels Indicatiestelling Wlz. Bij de uitwerking hiervan zijn het Zorginstituut Nederland en het CIZ betrokken. Deze instanties gebruiken hierbij de reeds beschikbare informatie en kennis uit het veld. Daar waar nodig worden voor een juiste basis voor deze richtlijn de desbetreffende veldpartijen geraadpleegd. Het indiceren van zorg aan kinderen gebeurt door indicatiestellers bij het CIZ die specialistische kennis hebben op dit gebied. Zij voeren naar aanleiding van de aanvraag voor Wlz-zorg een onderzoek uit naar de individuele situatie van een kind en besluiten net als dit nu binnen de AWBZ het geval

is vervolgens aan de hand van de beleidsregels of wel/geen sprake is van gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen.

*De leden van de PVV-fractie constateren dat de normen voor gebruikelijke zorg zullen worden uitgewerkt in de beleidsregels indicatiestelling omdat hiermee de ruimte bestaat om gedetailleerd beleid te maken aan de hand waarvan het CIZ het begrip invult. Bovendien biedt dit enige flexibiliteit, zodat deze normen op een later moment kunnen worden gewijzigd in het licht van veranderende maatschappelijke opvattingen over gebruikelijke zorg. De PVV-fractie vraagt of met het doordelegeren van de normen wordt beoogd om de doelgroep kinderen in de toekomst in zijn geheel van de Wlz te kunnen uitsluiten.*

De regering is van mening dat mensen met een intensieve zorgvraag op basis van blijvende beperkingen passende zorg dienen te krijgen met aandacht voor het individuele welzijn. Zo ook kinderen. Dit geldt voor nu en ook voor in de toekomst. De regering hecht waarde aan het op wetsniveau vastleggen van de Wlz-toegangscriteria. Hierbij moet wel in acht worden genomen dat het wenselijk is om hier het veld mede invulling aan te laten geven. Daarnaast kunnen maatschappelijke opvattingen over gebruikelijke zorg veranderen. Om deze reden wordt de richtlijn gebruikelijke zorg vastgelegd in de Beleidsregels Indiciestelling Wlz. Zoals te doen gebruikelijk, zal ik deze beleidsregels aan de Kamer toesturen.

*De leden van de PVV-fractie stellen dat in de memorie van toelichting van de Wlz is beschreven dat indien een cliënt één of meer aandoeningen, beperkingen of handicaps heeft welke tot de Wlz-grondslagen somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of een zintuigelijke handicap, behoren, dat nog niet wil zeggen dat er een recht op Wlz-zorg bestaat. De cliënt moet namelijk daarnaast blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Onder «permanent toezicht» wordt verstaan dat onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende de gehele dag nodig is, waarmee tijdig ingrijpen mogelijk wordt maakt. Doordat de cliënt zorg nodig heeft op zowel te plannen data en tijdstippen als op ongeplande tijden, vaak ook in de nachtelijke uren, volstaat toezicht op afstand of een meer passieve observatie niet. Bij de personen die een behoefte aan permanent toezicht hebben kan elk moment iets (ernstig) mis gaan. De leden vragen zich af wie hiervoor de criteria bepaalt? En wie er bepaalt wanneer er behoefte aan «permanent toezicht» is. Gaat het hier dan om cliënten die ernstig dementerend zijn of kan dat ook al zijn bij een cliënt in het beginstadium van Alzheimer en bijvoorbeeld 's-avonds en 's-nachts onrustig is en gaat dwalen. Daarnaast vragende leden hoe het kan dat het sociale netwerk niet meespeelt bij het beoordelen of iemand in aanmerking komt voor Wlz-zorg en ook vraagt men zich af of zo'n cliënt die niemand in zijn omgeving heeft hij dan moet wachten tot hij diep dementerend is voordat hij toegang krijgt tot de Wlz. Verder vraagt men hoe de zorg geregeld wordt voor een cliënt die niet 24 uur per dag toezicht nodig heeft, maar onder andere wel hulp en sturing nodig heeft bij de toiletgang? Wordt deze cliënt maar incontinent gemaakt door hem een luier aan te doen?*

De regering is van mening dat de meest zorgbehoevenden recht op passende zorg en verblijf moeten kunnen krijgen en regelt dit via de Wlz. Als mensen een bepaalde aandoening hebben, hangt het af van de mate van ernst van de beperkingen en de intensiteit van de zorgvraag die de beperkingen met zich meebrengen of iemand in zijn eigen omgeving met zorg en ondersteuning van de Wmo 2015/Jeugdwet en/of Zvw kan worden geholpen. De bepalingen «permanent toezicht» of «24 uur zorg in de

nabijheid» zijn een maat voor de mate van de ernst van de beperkingen en de intensiteit van de zorgvraag van de cliënt. Het afwegingskader van de in de wet opgenomen objectieve criteria wordt verder in samenwerking met het Zorginstituut Nederland en het CIZ uitgewerkt. Vervolgens wordt op basis van deze criteria door het CIZ de indicatie gesteld: bij het indicatieonderzoek wordt per individuele situatie objectief gekeken of de cliënt tot de Wlz-doelgroep behoort. Dus ook of er sprake is van permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid. In die situatie waar er voor een cliënt een risico is voor ernstig nadeel voor hem zelf, heeft hij aanspraak op een integraal pakket aan zorg vanuit de Wlz.

De inzet van het sociale netwerk wordt niet meegenomen bij het bepalen of iemand in aanmerking komt voor Wlz-zorg, omdat het bij cliënten met een Wlz-zorgvraag gaat om een zodanig zware zorgvraag die niet (langer) van het sociale netwerk kan worden gevraagd of die niet (langer) verantwoord of doelmatig kan worden opgebouwd uit verschillende «delen» zorg uit het sociale netwerk. Cliënten die (nog) niet in aanmerking komen voor Wlz-zorg worden bij hulp en sturing bij de toiletgang geholpen vanuit de Zvw. Ook hier is het uitgangspunt verantwoorde zorgverlening afgestemd op de individuele behoefte van de cliënt. Overigens wordt de inzet van het sociale netwerk wel meegenomen bij het invullen van het zorgplan.

*De leden van de PVV-fractie willen graag weten welk perspectief de regering denkt te zien op herstel of participatie bij een cliënt van 104 jaar oud, die zijn verzorgingshuis is uitgeschipt? Welk perspectief heeft een zwaar verstandelijk gehandicapt kind van vier jaar op herstel en participatie?*

*Het behoud van aansluiting bij de op participatie gerichte maatschappij is daarbij van groot belang. Hoe ziet de regering dat bij die cliënt van 104 jaar oud en dat zwaar verstandelijk gehandicapt kind van 4 jaar oud?*

De Wlz is bedoeld voor mensen die vanwege de zwaarte van hun zorgvraag blijvend behoefte hebben aan 24 uur zorg in nabijheid of permanent toezicht. Dat ze hier blijvend op zijn aangewezen wil niet zeggen dat binnen de Wlz herstel en participatie geen rol speelt. Daar waar het mogelijk is, zal ook worden ingezet op herstel, al moet hierbij worden opgemerkt dat er in veel gevallen eerder sprake zal zijn van een toenemende zorgvraag. De nadruk zal dus liggen op een zo stabiel mogelijke gezondheid van de cliënt en kwaliteit van leven. Ook Wlz-cliënten participeren en doen op hun manier en naar hun mogelijkheden mee in de samenleving. Zorg krijgen vanuit de Wlz wil niet zeggen dat iemand niet meer meedoet in de samenleving. Voor het verstandelijk gehandicapt kind is participatie mogelijk, door passende dagbesteding of een keer op stap gaan met het gezin.

Tot slot merk ik op dat het beleid niet inhoudt dat mensen uit een instelling worden gezet. Iemand die nu in een instelling woont, ongeacht de hoogte van het zorgzwaartepakket, behoudt de indicatie en dus op recht op een plek in een instelling. In het onverhoopte geval dat een verzorgingshuis sluit, heeft het zorgkantoor de plicht een passende oplossing te bieden.

*De leden van de PVV-fractie geven aan dat in het wetsvoorstel is geregeld dat hulpverleners met een medisch beroepsgeheim het CIZ desgevraagd die gegevens dienen te verschaffen, die het CIZ nodig heeft om tot een goede (her)indicatie te komen. Dit draagt bij aan het tegengaan van fraude bij de indicatiestelling. De leden vragen zich af waar deze verplichting op gebaseerd is? Het verschaffen van medische gegevens dient altijd de goedkeuring van de patiënt te hebben, waarom wordt hier van*

*afgeweken? Hoe is het medisch beroepsgeheim geregeld voor medewerkers van het CIZ? Welke eisen worden er gesteld aan medewerkers van het CIZ, waar het gaat om kennis en kunde, medische achtergrond? Op welke manier draagt deze verplichting bij tot het tegengaan van fraude? Welke fraude gaat het hier om? Zijn er nu cliënten die ten onrechte, op basis van fraude, een indicatie voor verblijf hebben? Om hoeveel cliënten gaat dat? Op welke manier is er gefraudeerd?*

Op grond van artikel 9.1.2, tweede lid, van de Wlz zijn een zorgverlener of instelling verplicht om gegevens, waaronder die betreffende de gezondheid, aan het CIZ te verstrekken, voor zover die nodig zijn voor de indicatiestelling. Het lid voorziet daarmee in wettelijke grondslag om de verstrekking van die gegevens zonder inachtneming van de beperkingen van artikel 7:457/464 BW te laten plaatsvinden.

De uitwisseling van medische gegevens dient bij voorkeur met goedkeuring van de verzekerde plaats te vinden. Op grond van de Wbp is het echter ook mogelijk om gegevens zonder de toestemming van de verzekerde te laten verwerken, bijvoorbeeld indien de gegevens noodzakelijk zijn voor de goede vervulling van een publiekrechtelijke taak. Hiervan is sprake bij de indicatiestelling door het CIZ. Het CIZ zal altijd nagaan of de verzekerde toestemming geeft. In het overgrote deel van de gevallen zal de verzekerde deze toestemming ook geven. Het kan echter zo zijn dat een cliënt, om wat voor reden dan ook, geen toestemming kan of wil geven. Het is echter ook in het belang van de verzekerde om de indicatiestelling te laten plaatsvinden.

Voor de personen die werkzaam zijn bij het CIZ geldt ook een geheimhoudingsplicht. voor zover voor hen niet al uit hoofde van een ambt of beroep onder het beroepsgeheim vallen, hebben zij op grond van artikel 2:5 van de Awb een geheimhoudingsplicht, behoudens voor zover enige wettelijke voorschrift hen tot mededeling verplicht of vanuit hun taak de noodzaak tot mededeling voortvloeit. De medewerkers van het zbo CIZ zullen moeten beschikken over de benodigde kennis en ervaring om de indicatiestelling uit te voeren. Het ligt in de lijn der verwachtingen dat de medewerkers, net als nu bij de stichting CIZ het geval is, medische en paramedische kennis en expertise hebben.

Het is nooit helemaal volledig uit te sluiten dat er nu cliënten zijn die op basis van fraude een indicatiebesluit voor verblijf hebben gekregen. Fraude onttrekt zich naar zijn aard immers aan de waarneming. In het verleden is achteraf gebleken dat door het niet beschikbaar stellen van medische dossiers ten onrechte aanvragen voor AWBZ zorg zijn gehonoreerd. Later bleek in die gevallen sprake te zijn geweest van fraude, ook door behandelend artsen van cliënten. Het gaat uiteraard in die gevallen om zaken die uiteindelijk ook tot vervolging en veroordeling hebben geleid. Om door die weigerachtige houding van behandelend artsen te kunnen breken is de huidige regeling opgenomen.

In ieder geval zijn de cliënten van gebleken malafide behandelaren of zorgaanbieders, die opzettelijk verkeerde informatie verstrekten om indicatiebesluiten te verkrijgen en die daarop zijn betrapt, door het CIZ ambtshalve geherindiceerd. Als zij daarna in een instelling verblijven, dan is door de herindicatie vast komen te staan dat zij recht op verblijf hebben.

*De leden van de PVV-fractie stellen vragen over het kennisniveau van de medewerkers van het CIZ om vast te kunnen stellen of verzekerden al dan niet recht hebben op Wlz-zorg en als dat zo is welk zorgprofiel passend is.*

De medewerkers van het zbo CIZ zullen een aanstelling krijgen als is vast komen te staan dat zijn beschikken over de benodigde kennis en ervaring om de indicatiewerkzaamheden naar behoren uit te voeren. Daaraan is uiteraard voorafgegaan het opstellen van een formatieplan geënt op de taken die op basis van de Wlz door het zbo CIZ moeten worden uitge-



voerd. De verschillende functies binnen het CIZ als ook de daarbij behorende competenties zijn daarin vastgelegd. Het ligt voor de hand dat medewerkers van de stichting CIZ in aanmerking kunnen komen voor functievervulling bij het zbo CIZ. In de loop van de komende maanden zal meer helderheid ontstaan over functieomschrijvingen, scholingsprogramma en aanstelling van personeel zbo CIZ.

*De leden van de PVV-fractie hebben vragen gesteld over de algemeen medische zorg in de Wlz. Hiervoor geldt dat indien iemand verblijft in een instelling (zorg in natura) en daar ook Wlz-behandeling ontvangt, naast de Wlz-behandeling ook algemeen medische zorg ten laste van de Wlz komt. De verplichting om premie te betalen voor de zorgverzekering vervalt niet, omdat de cliënt nog wel gebruik kan maken van zorg uit de Zvw indien de cliënt zorg nodig heeft die niet onder de algemeen medische zorg valt, zoals bijv. zorg van medisch-specialistische aard.*

Indien een cliënt zelf in zijn woning voorziet met gebruikmaking van pgb of vpt heeft dit als consequentie dat de algemeen medische zorg voor hem niet ten laste komt van de Wlz. De cliënt is dan aangewezen op de Zvw en het daarbij behorende eigen risico. Er is hiermee dus onderscheid tussen een verzekerde die voor zorg in natura met verblijf kiest ten opzichte van de verzekerde die kiest voor pgb of vpt. Omdat het aanpassen van het verzekerd pakket in praktijk verstrekkinge gevolgen heeft voor onder meer de bekostiging en de organisatie van de zorg, is ervoor gekozen om het huidige onderscheid ook in de Wlz voorlopig te behouden. De cliënten die kiezen voor vpt of pgb ontvangen derhalve deze algemeen medische zorg vanuit de Zvw in plaats vanuit de Wlz. Vanuit de filosofie van de Wlz sta ik voor een integraal pakket voor alle mensen die een indicatiebesluit voor de Wlz hebben, ongeacht voor welke leveringsvorm zij kiezen; zorg in natura met verblijf, vpt of pgb. Ik zal het Zorginstituut Nederland om een uitvoeringstoets verzoeken om te bezien onder welke voorwaarden en per wanneer tot aanpassing van het verzekerd pakket kan worden overgegaan.

*De leden van de PVV-fractie vragen zich af of een cliënt met een Wlz-indicatie die niet zelfstandig gebruik kan maken van het openbaar vervoer een beroep kan doen op de gemeenten voor sociaal vervoer.*

Mensen met een Wlz-indicatie die niet zelfstandig van het openbaar vervoer gebruik kunnen maken, kunnen een beroep doen op de Wmo 2015 voor sociaal vervoer, bijvoorbeeld in de vorm van een taxivergoeding. Dit wijzigt niet ten opzichte van de huidige regelgeving. Sociaal vervoer is een algemene voorziening die voor iedereen toegankelijk is.

*De leden van de PVV-fractie vragen zich af of het niet een inperking van keuzevrijheid en de wens van de cliënt is dat meerderjarige cliënten met een Wlz-indicatie geen recht hebben op woningaanpassingen of verhuizingen. Zij vragen zich af of cliënten met een Wlz-indicatie op financiële gronden worden gedwongen te verhuizen naar een instelling waarbij de kosten hoger zijn dan de keuze voor vpt of pgb met woningaanpassing.*

Tijdens de plenaire behandeling van de Wmo 2015 in de Tweede Kamer heb ik toegezegd dat op grond van de Wlz ook woningaanpassingen voor verzekerden van achttien jaar of ouder vergoed kunnen worden. Dit wordt geregeld in de tweede nota van wijziging op de Wlz. In 2015 beoordelen gemeenten deze aanvragen voor verzekerden met een Wlz-indicatie en dragen zorg voor de uitvoering ervan. Per 2016 worden deze aanvragen door de Wlz-uitvoerder beoordeeld en uitgevoerd.

Als iemand toegang heeft tot de Wlz, dan kan hij kiezen voor het vpt, pgb of verblijf in een instelling. De regering hecht er aan dat de zorg, ook als deze in de eigen omgeving wordt geleverd en/of door de cliënt zelf wordt ingekocht (bij pgb), van goed niveau is. Bij de beoordeling van een aanvraag voor woningaanpassingen wordt per situatie een afweging gemaakt waarbij de Wlz-uitvoerder als taak heeft om zorg te dragen voor een kwalitatief verantwoorde en doelmatige zorginzet op geleide van het indicatiebesluit. Wanneer de woningaanpassingen zodanig zijn dat de samenleving per saldo duurder uit is, kan de Wlz-uitvoerder beoordelen dat opname in een instelling doelmatiger is en de aanvraag voor de woningaanpassing afwijzen.

*De leden van de PVV-fractie wijzen er op dat enkele aanspraken in de AWBZ geen onderdeel uitmaken van de Wlz, omdat ze niet passen in de Wlz. Het gaat bijvoorbeeld om neonatale hieprikscreening, vaccinatieprogramma, abortusklinieken, doventolken en kortdurend verblijf. Deze AWBZ-aanspraken worden ondergebracht bij andere domeinen. De leden vragen zich af of dit niet ook onder de huidige wet mogelijk geweest?*

Technisch gezien is het uiteraard mogelijk om die aanspraken en subsidies in de Wlz onder te brengen, maar inhoudelijk is daar geen reden voor. In de Wlz gaat het, in tegenstelling tot de AWBZ, juist over de zorg die zo zwaar is dat deze vaak in instellingen moet worden geleverd. De door de leden van de PVV-fractie genoemde aanspraken zijn van een heel andere aard en komen niet ten laste komen van het Fonds langdurige zorg. Doventolkgzorg zal met de inwerkingtreding van de Wmo 2015 naar die wet overgaan. De neonatale hieprikscreening en het vaccinatieprogramma worden ondergebracht in de Wet publieke gezondheid. In de Wlz bestaat geen afzonderlijk recht op kortdurend verblijf. Deze vorm van respijtzorg (ter ontlasting van mantelzorgers), zal geleverd worden vanuit de Wmo 2015 of de Jeugdwet. De levering van deze zorg vanuit het gemeentelijke domein is in lijn met de afbakening van de Wlz met het gemeentelijk domein. Over de subsidie aan abortusklinieken die nu nog op grond van artikel 44 van de AWBZ wordt verstrekt, wordt de Kamer in de zomer apart geïnformeerd.

*De leden van de PVV-fractie vragen de regering om toe te lichten waarom zij niet heeft overwogen de mogelijkheid om de Wlz niet door verzekeraars te laten uitvoeren.*

De regering is van mening dat de Wlz risicoloos uitgevoerd moet worden. Dat betekent dat de Wlz, anders dan de Zvw, niet kan worden uitgevoerd door privaatrechtelijke verzekeraars die zelf verzekeringsrisico dragen. Net als in de AWBZ is er daarom voor gekozen de Wlz een verzekering van rechtswege te maken, waarin de Staat het risico draagt en dus als het ware de verzekeraar is. Op zich zou het mogelijk zijn geweest om de zorgverzekeraars, net zoals in de AWBZ is gebeurd, te belasten met louter de uitvoering van de Wlz-verzekering (d.w.z. zonder dat zij het Wlz-verzekeringsrisico dragen), maar De Nederlandsche Bank had daar bezwaar tegen (zie paragraaf 2.6 van de memorie van toelichting). Om die reden is besloten om de uitvoering van de Wlz op te dragen aan Wlz-uitvoerders. Dat zijn andere rechtspersonen dan de zorgverzekeraars, maar ze dienen wel met ten minste één zorgverzekeraar een concern te vormen.

*De leden van de PVV-fractie vragen de regering of de Wlz-uitvoerder als een afgevaardigde van de zorgverzekeraar moet worden gezien, aangezien de uitvoering van de Wlz plaatsvindt in een aparte rechtspersoon die behoort tot de groep waartoe ook de zorgverzekeraar behoort.*

De regering geeft aan dat het juist is dat de Wlz-uitvoerder als een afgevaardigde van de zorgverzekeraars kan worden gezien. Dat de Staat bij de uitvoering van de Wlz risicodragend is, maakt het noodzakelijk dat de Wlz-uitvoering apart wordt geadministreerd en geen rol speelt bij het prudentieel toezicht door DNB. Bij het prudentieel toezicht gaat het enkel om de indirecte risico's van de Wlz-uitvoering op de uitvoering (operationele risico's) van de basisverzekering en aanvullende verzekering van de onder haar toezicht vallende verzekeraars. Bij haar toezicht zal DNB op groepsniveau alleen kijken naar de indirecte operationele risico's van de Wlz-uitvoering op de uitvoering van de basisverzekering en de aanvullende verzekering van de onder haar toezicht vallende verzekeraars.

*De leden van de PVV-fractie geven aan dat cliënten met een goed pensioen of een spaarpotje met dit systeem drie keer zoveel gaan betalen voor dezelfde gehaktbal. Zij vragen zich af of de solidariteit niet onder druk komt te staan.*

Met de invoering van de Wlz wordt aangesloten op de reeds bestaande systematiek van eigen bijdrage. In dit systeem geldt dat de eigen bijdrage wordt vastgesteld op basis van de draagkracht van de cliënt. Hierbij wordt zowel het inkomen als het vermogen van de cliënt meegewogen. Bovendien wordt, bij het bepalen van de maximale eigen bijdrage, rekening gehouden met onder andere uitgaven aan Zvw-premie en de zogenaamde zak- en kleedgeld grens.

*De leden van de D66-fractie tonen zich verheugd dat met de afspraken uit het akkoord tussen de vijf partijen van 17 april 2014 zeker is gesteld dat ouderen en verstandelijk gehandicapten waar thuis wonen echt niet langer gaat, op basis van de Wlz een plaats in een zorginstelling kunnen krijgen. Zij vragen zich wel af of deze afspraken nog gevolgen hebben voor de toelatingscriteria voor de Wlz. Kan de regering een toelichting geven op de precieze positie in 2015 van bestaande en nieuwe cliënten met – in huidige termen – een ZP VV4 of VG3? Betekent dit bijvoorbeeld dat de zorginhoudelijke criteria die het CIZ voor de Wlz gaat ontwikkelen voor deze groep cliënten voor 2015 toegankelijk tot de Wlz bieden?*

Het zijn zorginhoudelijke toegangscriteria die op individueel cliëntniveau bepalen of cliënten in aanmerking komen voor Wlz-zorg. Bepalend daarbij is de behoefte aan permanent toezicht of zorg die voortdurend in de nabijheid geleverd kan worden. Op 17 april 2014 is de Kamer over de uitkomsten van het begrotingsoverleg geïnformeerd (Kamerstukken II, 2013–2014, 30 597, nr. 435). In het begrotingsoverleg zijn afspraken gemaakt over extra middelen die structureel beschikbaar zijn voor zorg in een instelling. Door vanaf 2015 structureel meer middelen beschikbaar te stellen, kan de huidige praktijk, waarbij ruim driekwart van de cliënten met een indicatie ZP VV 4 of VG 3 in een instelling verblijft, gecontinueerd worden. Aanpassing van de wettelijke criteria is hiervoor niet noodzakelijk, maar bij het opstellen van de beleidsregels indicatiestelling zal (via de uitwerking van de bepaling of de verzekerde is aangewezen op 24 uur zorg in de nabijheid) ermee rekening worden gehouden dat cliënten met een beperkingenbeeld en zorgbehoefte die past binnen de ZP's V&V4 en VG3 toegang hebben tot de Wlz.

Voor bestaande cliënten met een ZP VG3 of VV4 is in het wetsvoorstel al overgangsrecht opgenomen, dat inhoudt dat deze mensen onder de Wlz zullen vallen indien zij in een instelling verblijven of binnen een jaar kiezen om in een instelling te verblijven. Dit overgangsrecht zal bij nota van wijziging voor deze groepen worden aangepast zodat zij worden aangemerkt als «hoge zps's» en ook onder de Wlz komen indien zij met Wlz-zorg met een vpt of pgb thuis wensen te ontvangen.

*De leden van de D66-fractie snappen de afweging die de regering ter zake maakt. Wel tonen zij zich bezorgd of met het bij het CIZ in handen brengen c.q. houden van de indicatiestelling niet wordt voortgegaan op de «oude» weg. Daarom hebben zij de algemene vraag hoe zeker wordt gesteld dat zorgvraag van de cliënt leidend is en blijft bij de indicatiestelling en hoe wordt voorkomen dat de Wlz uitgaat van aanbod gestuurde zorg. Zullen bijvoorbeeld, en zo ja op welke wijze, huisartsen en verpleegkundigen worden betrokken bij de indicering?*

In de Wlz is het juist de bedoeling dat de wensen, behoeften en mogelijkheden van een cliënt meer centraal komen te staan. Het CIZ indiceert in de Wlz in zorgprofielen, die zijn gebaseerd op de cliëntprofielen in de AWBZ, zodat het gesprek tussen cliënt en zorgprofessional zich meer richt op de wensen van de cliënt en inhoud van de zorg en minder op de uren, wat tot meer maatwerk leidt. In het profiel komt de samenhangende zorg, behorende bij het specifieke zorgprofiel en de bij hem aanwezige Wlz-grondslag en passend bij de zorgbehoefte/-vraag van de cliënt, tot uitdrukking. Er zal dus juist minder sprake zijn van aanbodgestuurde zorg.

Het is inderdaad belangrijk dat huisartsen en wijkverpleegkundigen worden betrokken bij de indicering. Zij kennen de cliënt immers vaak al. CIZ zal in het uit te voeren onderzoek gebruikmaken van de (medische) informatie die al beschikbaar is bij hulp- en zorgverleners, zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten. In de Wlz is geregeld dat hulpverleners met een medisch beroepsgeheim het CIZ desgevraagd die gegevens dienen te verschaffen, die het CIZ nodig heeft om tot een goede indicatie te komen.

*De leden van de D66-fractie geven aan dat in de toegangscriteria van de Wlz niets is opgenomen over de rol van de sociale omgeving van de cliënt. Hierop is één uitzondering. Namelijk dat van ouders naar algemeen aanvaardbare maatstaven wordt verwacht dat zij hun kind verzorgen, opvoeden en toezicht bieden. Er is pas sprake van toegang tot de Wlz indien de zorg voor een kind qua tijd en intensiteit «substantieel» groter is dan voor een kind van dezelfde leeftijd zonder beperkingen. Op basis van voorgaande vraagt men wat in dit kader onder substantieel moet worden verstaan. Daarnaast vragen de leden zich af hoe het meewegen van gebruikelijke zorg bij de indicatiestelling zich verhoudt tot een eerdere toezegging van de regering dat thuiswonende kinderen met meervoudige of een zeer ernstige verstandelijke beperkingen die levenslang op zorg zijn aangewezen in de Wlz thuishoren en hoe geldt dit voor kinderen met enkelvoudige beperkingen? Verder vragen de leden van de D66-fractie zich af in hoeverre de normen voor en de definitie van gebruikelijke zorg afwijken van die in de huidige AWBZ. Ook vragen de leden of bij de nadere uitwerking van het begrip gebruikelijke zorg cliëntenorganisaties worden betrokken.*

Als het gaat om minderjarige kinderen zijn ouders verantwoordelijk voor hun verzorging, opvoeding en het toezicht op hen. Dit geldt ook als het gaat om een kind met een ziekte, aandoening of beperking. Als gebruikelijke zorg wordt gezien de zorg die het kind toch al zou ontvangen van zijn ouders, zoals het bieden van toezicht. In de Wlz geldt daarom, evenals als onder de AWBZ, dat het kind op deze zorg niet is aangewezen. Op het moment dat de hoeveelheid of de inhoud van de benodigde zorg ten opzichte van een kind zonder beperkingen dusdanig zwaar is dat die niet langer van de ouders kan worden gevraagd, is er aanspraak op een integraal pakket aan zorg vanuit de Wlz. Bij kinderen met een ernstig meervoudige of een zeer ernstige verstandelijke beperkingen zal de grens van wat nog tot gebruikelijke zorg kan worden gerekend eerder worden bereikt dan bij een kind met enkelvoudige beperkingen. Hoe zwaarder de zorgbehoefte van een kind, hoe eerder de grens van wat nog tot de

gebruikelijke zorg kan worden gerekend zal worden bereikt. Bij de bepaling van de toegang tot de Wlz wordt er net als bij de AWBZ, rekening gehouden met gebruikelijke zorg bij het bepalen van de toegang. De nadere uitwerking van het begrip gebruikelijke zorg vindt plaats via de Beleidsregels Indicatiestelling Wlz. Deze worden in samenwerking met het Zorginstituut Nederland en het CIZ opgesteld. Waar nodig betrek ik de cliëntenorganisaties hierbij.

*De leden van de D66-fractie constateren dat de verzekerde recht heeft op zorg als zorg nodig is om «ernstig nadeel» te voorkomen. Anders dan in het wetsvoorstel Wet zorg en dwang het geval is, is de omschrijving van ernstig nadeel in de Wlz limitatief en worden in de Wlz vier situaties genoemd die ernstig nadeel kwalificeren, waar de Wet zorg en dwang acht situaties benoemt. Deze leden vragen zich af waarom in de Wlz voor een beperktere invulling is gekozen en of nadere afstemming van beide wetsvoorstellen wenselijk nodig is.*

De regering is van mening dat een dergelijke verdere afstemming niet nodig is, omdat de wetten een ander bereik hebben en een wezenlijk ander doel dienen. De Wlz geeft recht op zorg op basis van een aanvraag van de cliënt. Zijn eigen zorgbehoefte is daarin bepalend. De Wet zorg en dwang biedt een regeling voor de rechtspositie van cliënten die te maken kunnen krijgen met onvrijwillige zorg, ongeacht de wet op grond waarvan de cliënt zorg ontvangt. Daarnaast geeft het wetsvoorstel aan welk afwegingskader zorgverleners moeten hanteren voordat zij tot onvrijwillige zorg kunnen overgaan. Onderdeel daarvan is het criterium «ernstig nadeel», dat aangeeft wanneer een cliënten tegen zijn zin mag worden opgenomen en wanneer onvrijwillige zorg mag worden verleend. Hoewel voor beide wetten het criterium van ernstig nadeel mede bepalend is voor de rechtsgevolgen (onvrijwillige zorg of een recht op Wlz-zorg), zijn de wetten dus wezenlijk anders, waardoor het begrip ernstig nadeel anders wordt gebruikt. Er ontstaan geen afbakeningsproblemen tussen deze wetten. Voor de Wlz kan bovendien worden volstaan met een criterium dat ziet op ernstig nadeel voor de cliënt zelf. Mede op grond van het advies van het College voor de Rechten van de Mens omvat het criterium ernstig nadeel niet de gevallen waarin de verzekerde de algemene veiligheid van personen of goederen bedreigt.

Aan het verzoek van de leden van de fractie van D66 om in de eerste nota van wijziging (over de langdurige ggz) in te gaan op de vraag hoe de Wlz zich straks verhoudt tot gedwongen opnames (voor en na de inwerking-treding van de wetsvoorstellen «Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten» en «Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg»<sup>7</sup>), is voldaan.

*De leden van de D66-fractie lezen dat bij het tot stand komen van een indicatiebesluit de cliënt verplicht is om de benodigde gegevens te verstrekken en om mee te werken door zich te laten onderzoeken door het CIZ of een door het CIZ aangewezen persoon. Met name dit laatste kan in sommige gevallen voor ggz-cliënten een te hoge drempel zijn. Op welke manier zal worden geborgd dat het CIZ bij de indicatiestelling rekening houdt met de specifieke problematiek van cliënten met psychiatrische problematiek?*

Voor de groep ggz-cliënten geldt dat zij, indien zij drie jaar aaneengesloten gebruik hebben gemaakt van verblijf gericht op behandeling, toegang krijgen tot de Wlz. Het CIZ neemt derhalve geen besluit over de toegang tot de Wlz, maar beperkt zich tot het vaststellen van het best passende zorgprofiel. Met het driejaarscriterium wordt zo goed als mogelijk

<sup>7</sup> Kamerstukken I 2013/14, 31 996, A, respectievelijk Kamerstukken II 2009/10, 32 399, nrs. 1–3 e.v.

aangesloten bij het uitgangspunt dat de Wlz bedoeld is voor mensen die blijvend zware zorg behoeven. 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.

*De leden van de D66-fractie merken op dat het CIZ het indicatiebesluit kan intrekken wanneer onjuiste of onvolledige informatie is verstrekt. De leden van de D66-fractie vragen of de regering het met hen eens is dat het hier dient te gaan om opzettelijk verstrekken van onjuiste of onvolledige informatie.*

Het CIZ is bevoegd om een indicatiebesluit te herzien of in te trekken, indien het besluit is afgegeven op grond van onjuiste of onvolledige gegevens die door de verzekerde of derden zijn aangeleverd. Het CIZ zal dit pas doen na zorgvuldig onderzoek naar de situatie van de cliënt. Het CIZ kan het indicatiebesluit intrekken als opzettelijk onjuiste of onvolledige gegevens zijn aangeleverd, maar ook in de situatie dat dit onopzettelijk is gebeurd. In zo'n geval zou het CIZ immers waarschijnlijk tot een andere beslissing zijn gekomen indien het de beschikking had gehad over de juiste gegevens. Afhankelijk van de situatie kan dit verschillende gevolgen hebben voor de cliënt. Het CIZ kan op basis van de juiste gegevens een herindicatie afgeven, maar als de gegevens opzettelijk onjuist of onvolledig zijn verleend (met het oog op financieel gewin) kan ook sprake zijn van een strafbaar feit en zal het CIZ hiervan aangifte doen bij het OM.

*De leden van de D66-fractie lezen dat het CIZ bij het indicatiebesluit, in geval van een positieve uitkomst, vaststelt in welk inhoudelijk zorgprofiel een cliënt het beste past. Het CIZ indiceert hiertoe in aard, inhoud en globale omvang, maar niet langer in uren. Met deze wijziging ten opzichte van de bestaande situatie in de AWBZ wil de regering bereiken dat de cliënt meer centraal komt te staan. De inhoud van de (drie?) zorgprofielen zal door het Zorginstituut Nederland nader worden uitgewerkt. Dat maakt het de hier aan het woord zijnde leden wel erg lastig om zich ter zake een goed oordeel te kunnen vormen en zij verzoeken de regering hier in de nota naar aanleiding van het verslag veel dieper op in te gaan. Zo lezen deze leden dat het indicatiebesluit Wlz in tegenstelling tot de huidige AWBZ geen uitspraken zal doen over de vraag hoe de cliënt zal gaan wonen en leven en hoeveel uur van welke zorg hij zal krijgen. Maar wat staat er dan wél in een zorgprofiel? Worden de criteria voor de te ontwikkelen zorgprofielen transparant en begrijpelijk voor cliënten weergegeven? Zal de uitwerking van de zorgprofielen (ruim) voor de voorziene inwerkingtredingdatum gereed zijn? Zullen de cliëntenorganisaties worden betrokken bij de uitwerking van de zorgprofielen door het Zorginstituut Nederland? Op welke wijze wordt het afgegeven zorgprofiel verbonden aan de financiering van de zorg? En waarop baseert de regering haar overtuiging dat deze systematiek betere waarborgen biedt dan de huidige situatie?*

In de Wlz staan de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt centraal. De professional krijgt meer ruimte om maatwerk te leveren. Daarom indiceert het CIZ niet meer in zorgzwaartepakketten maar in

zorgprofielen. Een zorgprofiel is een algemene typering van naar aard, inhoud en omvang vergelijkbare zorgbehoeften, waarbij de verzorgings-, verplegings-, begeleidings- of behandeldoelen naar aard, inhoud en omvang globaal overeenkomen.

Er ligt hiermee minder nadruk op de omvang en fixatie op uren wordt zo voorkomen. Het recht op zorg van de verzekerde wordt vastgesteld in het indicatiebesluit. In het indicatiebesluit wordt daarom aangegeven wat het best bij hem passende zorgprofiel is. De samenhangende zorg die voortvloeit uit het zorgprofiel is het recht op zorg van de verzekerde. Omdat de zorgverlener op basis van het zorgprofiel altijd de zorg op de specifieke situatie en behoeften van de verzekerde zal aanpassen, bieden de zorgprofielen aan de professional de ruimte om maatwerk te bieden. Via de bespreking van het zorgplan kunnen daar tussen de zorgaanbieder en de verzekerde ook afspraken over worden gemaakt. Zo wordt bereikt dat niet langer de bekostiging (door middel van het zorgzwaartepakket) leidend is in het maken van afspraken tussen cliënt en zorgaanbieder. Uiteraard is er nog sprake van zorginkoop afspraken tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder binnen de contracteerruimte. Dit draagt bij aan beheersing van kosten en het stimuleren van gepast gebruik.

Voor 2015 zal het aantal zorgprofielen nagenoeg hetzelfde zijn als de huidige zorgzwaartepakketten. De zorgprofielen worden opgenomen in de beleidsregels voor de indicatiestelling. Dit najaar worden deze beleidsregels in de Staatscourant gepubliceerd en aan de Kamer toegezonden. Het is het streven om vanaf 2016 het aantal zorgprofielen in te dikken. Het Zorginstituut Nederland zal de vormgeving van de zorgprofielen nader uitwerken, in samenwerking met het CIZ, VWS, de NZa, branche- en cliëntenorganisaties. Het zorgzwaartepakket blijft bestaan voor de bekostiging. Het voornemen is om de huidige zorgzwaartepakketten te koppelen aan de zorgprofielen en eventueel te komen tot clustering. Daarbij hoort ook een nieuwe tariefstructuur. Ik heb de NZa gevraagd daar advies over uit te brengen. Door het in stand houden en verder uitbouwen van de zorgzwaartepakketten in het verlengde van de zorgprofielen wordt doorgegaan op de weg van persoonsvolgende bekostiging.

*De leden van de D66-fractie vragen of de mogelijkheid blijft bestaan om het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) in te schakelen bestaan voor cliënten die niet in een profiel passen, zoals dat bijvoorbeeld thans het geval is bij mensen die gebruik kunnen maken van meerzorg.*

Ja, de mogelijkheid om het CCE in te schakelen blijft bestaan. Voor de bekostiging van zorg voor mensen met een behoefte aan substantieel meer zorg dan opgenomen in de hoogste zzp's in de gehandicaptenzorg is in de huidige AWBZ-bekostiging een regeling voor bekostiging meerzorg bovenop de hoogste zzp's opgenomen. Het CCE heeft een adviserende rol als de verzekeraar moet beoordelen of sprake is van een extreme zorgbehoefte, bij cliënten met gedragsproblemen. Ik ben vooralsnog niet voornemens deze wijze van bekostigen in de Wlz te wijzigen. Ook op grond van de Wlz is er een aanspraak op extra zorg voor mensen met een grote zorgvraag. Ik ben me wel bewust van de administratieve lasten van de huidige bekostiging van meerzorg. Daarom wil ik samen met ZN, VGN en CCE bezien op welke wijze ik gebruik kan maken van de positieve ervaringen die zijn opgedaan in het experiment regelarme instellingen met een nieuwe wijze van bekostigen van meerzorg.

*De leden van de D66-fractie begrijpen dat het CIZ in voorkomende gevallen versneld een indicatiebesluit kan afgeven. De gemeente en zorgverzekeraar zullen in gevallen met een spoedeisend karakter in eerste instantie deze zorg en ondersteuning op zich nemen waarbij tegelijkertijd een indicatie kan worden aangevraagd. Hoe ziet een dergelijke versnelde*

*indicatieprocedure eruit en binnen welke termijn dient het ClZ een dergelijk indicatiebesluit af te geven?*

Er kunnen zich situaties voordoen waarin het noodzakelijk is eerder een indicatiebesluit af te geven. Het ClZ dient in dergelijke situaties binnen twee weken te beslissen. In het Blz wordt geregeld dat een indicatiebesluit dat inhoudt dat de verzekerde op zorg van de Wlz is aangewezen, terugwerkt tot het moment van opname, zodat de kosten vanaf de datum van de spoedopname uit de Wlz kunnen worden betaald.

Is geen sprake van een Wlz-indicatiebesluit, dan hebben gemeenten en zorgverzekeraars een rol. Gemeenten kunnen op grond van de Wmo 2015 bijvoorbeeld een vorm van kortdurend verblijf inzetten indien een mantelzorger plotseling is weggevallen. Is sprake van een melding in een spoedeisend geval, dan kan het college onverwijld een passende tijdelijke maatregel nemen in afwachting van de uitkomst van het onderzoek en de aanvraag van betrokkene.

Zorgverzekeraars zijn aan zet als het gaat om de gevallen waarin noch vanuit de Wlz noch vanuit de Wmo 2015 zorg en ondersteuning ingezet wordt. Het is in de Zvw mogelijk om iemand tijdelijk op te nemen op grond van artikel 2.12 Besluit zorgverzekering. Over de mogelijkheden van kortdurend verblijf in de eerste lijn, waaronder spoedzorg, zal de Kamer zo spoedig mogelijk worden geïnformeerd.

*De leden van de D66-fractie achten het van groot belang dat de cliëntondersteuning in de Wlz, net als in de Wmo, te allen tijde onafhankelijk is en ten dienste staat aan de wensen, behoeften en zorgvraag van de cliënt. Tevens achten deze leden het van belang dat wordt geborgd dat ondersteuning ook daadwerkelijk altijd beschikbaar is en dat het zorgkantoor de cliënt actief informeert over de mogelijkheid om bij het onderzoek/de aanvraag gebruik te maken van cliëntondersteuning. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor de ondersteuning bij het voeren van een zorgplanbespreking. De leden van de D66 willen weten op welke wijze deze eisen aan de cliëntondersteuning in onderhavig wetsvoorstel worden geborgd en willen graag toelichting van de regering. De leden van de D66-fractie vragen de regering ook in te gaan op de vraag op welke wijze kan worden zorggedragen voor continuïteit in de cliëntondersteuning, nadat een cliënt is overgegaan van bijvoorbeeld de Wmo naar de Wlz. Het kan voor cliënten immers praktisch en wenselijk zijn om hun «vertrouwde» ondersteuner te behouden. Hoe zal de regering eraan bijdragen dat dit tot de mogelijkheden behoort en gemeenten en zorgkantoren ter zake afdoende afspraken maken?*

Ook de regering vindt dat cliëntondersteuning een belangrijk goed is in de Wlz. De Wlz-uitvoerder krijgt op grond van de Wlz een zorgplicht voor de bij hem ingeschreven verzekerden. De zorgplicht in de Wlz behelst dat de Wlz-uitvoerder er voor zorgt dat de cliënt de zorg die hij nodig heeft daadwerkelijk ontvangt. De Wlz-uitvoerder kan deze taak mandateren aan het zorgkantoor, maar blijft zelf verantwoordelijk voor de cliëntondersteuning. De individuele cliënt kan dus altijd een beroep doen op de Wlz-uitvoerder, of – wanneer de Wlz-uitvoerder deze taak heeft uitbesteed – op het zorgkantoor. Het kan bijvoorbeeld gaan om hulp bij het zoeken van een geschikte zorgaanbieder in de buurt (informatie en advies), het tot gelding brengen van het verzekerd pakket op zorg, bemiddeling bij onenigheid tussen de cliënt en de zorgaanbieder over de te leveren zorg of cliëntondersteuning bij de zorgplanbespreking. De regering acht het wenselijk dat de Wlz-uitvoerders de zorgbemiddelingsrol proactief oppakken en zorgen dat cliënten weten dat ze voor ondersteuning altijd bij het zorgkantoor kunnen aankloppen. Het wetsvoorstel bevat de mogelijkheid bij amvb regels te stellen aan de invulling van de zorgbemiddeling c.q. cliëntondersteuning. Dat wil zeggen



dat, mochten de zorgkantoren deze taak onvoldoende oppakken, van die mogelijkheid gebruik zal worden gemaakt.

In dit verband is verder het volgende van belang. Vaak neemt een cliënt rechtstreeks contact op met een gecontracteerde zorgaanbieder en vult de zorgaanbieder de bemiddelingstaak van het zorgkantoor in. Zolang de cliënt hiermee tevreden is, is dat prima. Maar het kan onwenselijk zijn dat het zorgkantoor de zorgbemiddeling laat verrichten door zorgaanbieders. Immers, zorgaanbieders kunnen op sommige momenten een ander (eigen) belang dienen. Daarom wordt in het Blz ervoor gezorgd dat de Wlz-uitvoerder de cliëntondersteuning en de zorgbemiddeling niet mag uitbesteden aan een zorgaanbieder. Niet direct en ook niet via het zorgkantoor.

Het is inderdaad zo dat, zodra een cliënt wordt toegelaten tot de Wlz, de verantwoordelijkheid voor zijn zorg en ondersteuning overgaat van de gemeente naar het zorgkantoor. Dit betekent dat de gemeentelijke ondersteuner niet langer een rol voor de cliënt zal vervullen. Dat kan ook niet altijd, omdat cliënten in de Wlz heel andere zorgvragen hebben dan cliënten die een beroep doen op de Wmo 2015. Wel is het zo dat de Wlz-uitvoerders en gemeenten hier moeten samenwerken om voor de cliënt de overgang tussen de domeinen zo soepel mogelijk te laten verlopen.

Ik vind het belangrijk dat de cliënt een «vertrouwd» gezicht ziet bij besprekingen over zijn zorgverlening. Daarom ook is in de Wlz opgenomen dat de cliënt zich onder meer bij de zorgplanbespreking kan laten bijstaan door een persoon die hem helpt zijn belangen te behartigen. Dit kan de cliënt zelf organiseren en hiervoor bijvoorbeeld een partner, broer of zus, een ouder, of iemand anders inschakelen. De cliënt hoeft dit niet zelf te doen, het zorgkantoor kan dit ook organiseren.

*De leden van de D66-fractie vragen of de regering zich ervan vergewist heeft dat er met het voorgestelde verzekerd pakket niemand «tussen wal en schip» valt.*

Van welke zorg de cliënt gebruik zal maken, hangt af van zijn individuele mogelijkheden, behoeften en wensen. Afspraken hierover worden vastgelegd in het zorgplan. Iedereen die toegang heeft gekregen tot de Wlz, vastgesteld door het CIZ in een indicatiebesluit, heeft recht op het verzekerd pakket. Tot het moment dat iemand een indicatie heeft gekregen van het CIZ, zijn de gemeente en zorgverzekeraar verantwoordelijk voor de ondersteuning en zorg. Deze duidelijke verantwoordelijkheden dragen er aan bij dat niemand «tussen wal en schip» zal vallen. Daarnaast draagt de regering met het geformuleerde overgangsrecht ervoor dat er voor de huidige cliënten een zorgvuldig overgangstraject is.

*De leden van de D66-fractie lezen dat cliënten met een Wlz-indicatie recht hebben op een integraal pakket aan Wlz-zorg, bij verblijf of thuis. In dit kader merken zij op dat de regering tijdens de plenaire behandeling van de Wmo 2015 in de Kamer desgevraagd heeft toegezegd om met een nota van wijziging op onderhavig wetsvoorstel te komen op basis waarvan een bijdrage ten behoeve van woningaanpassing op basis van de Wlz niet alleen mogelijk zal zijn voor cliënten tot 18 jaar, maar ook voor 18-jarigen en ouder. Wanneer kan de Kamer die nota van wijziging tegemoet zien, zo vragen deze leden.*

Dat op grond van de Wlz ook voor cliënten van achttien jaar en ouder woningaanpassingen vergoed kunnen worden, zal in de tweede nota van wijziging op de Wlz worden geregeld. Het voornemen bestaat om de Kamer deze nota van wijziging, die vooral technische wijzigingen zal bevatten, medio juni toe te zenden.

*De leden van de D66-fractie constateren dat in het bijzonder ten aanzien van de huidige functie «kortdurend verblijf» onduidelijkheid bestaat of en hoe dit in de toekomst wordt geborgd vanuit de Wlz dan wel andere wetten in het sociale domein, zoals de Wmo en Jeugdwet. De leden van de D66-fractie hebben verzocht de regering hierop uitgebreid in te gaan, en daarbij tevens te betrekken het recht – in specifieke gevallen voor meerderjarigen – op tijdelijk verblijf zoals geregeld in artikel 3.2.1, derde lid, en het recht op respijtzorg.*

Allereerst is het van belang goed onderscheid te maken tussen «respijtzorg» en «kortdurend verblijf». Respijtzorg betreft het tijdelijk overnemen van de totale zorg ter ontlasting van de mantelzorger. Dit kan door beroepskrachten of vrijwilligers. Er is een variëteit aan respijtvorzieningen waarmee vervangende zorg vorm krijgt zoals begeleiding thuis, dagopvang, logeershuis of vormen van informele zorg. Kortdurend verblijf is een vorm van respijtzorg. Het begrip «kortdurend verblijf» wordt op verschillende wijzen gebruikt. Enerzijds als breed verzamelbegrip voor alle kortdurende opnames en anderzijds om te verwijzen naar de exacte formulering van de aanspraak kortdurend verblijf in de AWBZ. Respijtzorg omvat dus veel meer dan uitsluitend kortdurend verblijf.

In de AWBZ is er geen aparte aanspraak of recht op «respijtzorg» opgenomen. Respijtzorg, het tijdelijk overnemen van zorg ter ontlasting van mantelzorgers, is in de praktijk vormgegeven onder de aanspraken begeleiding en kortdurend verblijf, zoals bijvoorbeeld overname van het toezicht in de thuissituatie (individuele begeleiding), voor dagbesteding (begeleiding in groepsverband) of voor logeren in een instelling (kortdurend verblijf).

De behoefte aan het tijdelijk overnemen van zorg van mantelzorgers met respijtzorg is zowel aan de orde in de Wlz als in de andere wetten in het sociale domein (Wmo 2015 en Jeugdwet). In de Wmo is in artikel 1.1.1. kortdurend verblijf opgenomen in de definitie van maatwerkvoorziening. Als onderdeel van de aan cliënten te verstrekken maatwerkvoorziening is geformuleerd dat deze ook omvat kortdurend verblijf in een instelling ter ontlasting van de mantelzorger. De regering heeft geregeld dat kortdurend verblijf voor minderjarigen is ondergebracht in de Jeugdwet (artikel 2.3 lid 3) waar het gaat om voorzieningen voor ouders om hun rol als verzorgers en opvoeders te blijven vervullen. Overeenkomstig de Wmo 2015 is ook hier gekozen om het kortdurend verblijf voor jeugdigen tot de leeftijd van achttien jaren niet in de vorm van een concrete voorziening in de wet op te nemen, maar om het gewenste resultaat, te weten ontlasting van de ouders, stiefouders of anderen die een jeugdige als behorend tot hun gezin verzorgen en opvoeden, als afzonderlijk onderdeel van artikel 2.3 te formuleren. Dit biedt de gemeente de mogelijkheid om ook andere voorzieningen te treffen dan alleen het kortdurend verblijf onder de AWBZ. Dit past bij de maatwerkgedachte van de Jeugdwet. Respijtzorg voor mensen met een Wlz-indicatie komt wél ten laste van de Wlz. Indien iemand een indicatie heeft voor de Wlz, kan door de mantelzorger geen beroep worden gedaan op respijtzorg op grond van de Wmo 2015 of Jeugdwet. Reden is dat cliënten in de Wlz reeds recht hebben op een integraal pakket aan zorg en ondersteuning dat in natura met verblijf, vpt of met een pgb kan worden genoten. Cliënten in de Wlz die met een vpt of pgb thuis verblijven, moeten binnen dat pakket of budget keuzes maken. Respijtzorg kan daar onderdeel vanuit maken. Indien mantelzorgers van cliënten met een Wlz toelating ook recht zouden hebben op respijtzorg vanuit Jeugdwet of Wmo 2015, zou dit tot dubbele bekostiging leiden.

De leden van de fractie van D66 vragen tevens naar de relatie van bovenstaande met artikel 3.2.1, derde lid Wlz. Genoemd artikel betreft evenwel geen kortdurend verblijf zoals hierboven genoemd maar de beperkte duur van een indicatiebesluit Wlz in geval een meerderjarige cliënt met een LVG-handicap is aangewezen op een integraal pakket van samenhangende zorg binnen een specifieke verblijfssetting. Bij deze zorg gaat het veelal om permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, gedurende een bepaalde behandelperiode. Daarom is er voor gekozen om deze indicaties een beperkte duur mee te geven. Na het verstrijken van de termijn wordt bekeken of een cliënt met een LVG-handicap blijvend is aangewezen op Wlz-zorg dan wel ondersteund kan worden vanuit de gemeenten en/of zorgverzekeraars.

*De leden van de D66-fractie vragen of het zorgkantoor ook belast wordt met een medisch-inhoudelijke afweging of een pgb danwel vpt verantwoord is. De leden van de D66-fractie vragen of deze beoordeling, bijvoorbeeld de vraag of bij een vpt de intramuraal geïndiceerde zorg wel verantwoord in de thuisituatie geleverd kan worden, niet de taak van de zorgaanbieder zou moeten en kunnen zijn.*

Bij het vpt gaat het om gecontracteerde zorg waarbij het zorgkantoor productieafspraken heeft gemaakt met de instelling die de zorg levert. In de praktijk zal het zo zijn dat de zorgaanbieder aangeeft of verantwoorde zorgverlening voor een cliënt mogelijk is. Het zorgkantoor neemt formeel de beslissing. Voor het pgb geldt dat het zorgkantoor een pgb toekent op het moment dat naar haar oordeel met het pgb ondermeer wordt voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit en dat de pgb-houder of diens vertegenwoordiger in staat is de gekozen hulpverleners op zodanige wijze aan te sturen dat sprake zal zijn van verantwoorde zorg. Het zorgkantoor heeft hierin dus de beslissende stem en baseert haar oordeel op het door de potentiële budgethouder gemaakte budgetplan met zorgbeschrijving en het gevoerde bewuste-keuzegesprek. De reden hiervoor is dat de Wlz-doelgroep kwetsbare mensen betreft en daarom extra waarborgen voor kwalitatief adequate zorg in dit wetsvoorstel zijn ingebouwd.

*De leden van de D66-fractie vragen wat de redenen zijn voor de restricties bij toegang tot het vpt. Tevens vragen zij of het vpt ook door extramurale instellingen kan worden geleverd.*

De Wlz kent geen onderscheid tussen intramurale en extramurale instellingen. Ook thuiszorgaanbieders kunnen, indien ze op een kwalitatief verantwoorde manier het vpt kunnen leveren, een contract afsluiten met het zorgkantoor.

Bij het leveren van het vpt is de aanbieder niet alleen verantwoordelijk voor de afzonderlijke zorghandelingen (zoals het onder de douche zetten van een cliënt) maar ook eten en drinken en het noodzakelijke toezicht en permanente beschikbaarheid van de zorg. Vooral deze laatste twee elementen maken dat het vpt niet overal en altijd (denk bijvoorbeeld aan een afgelegen huis) is te leveren. In de toekomst ziet de regering dat naast het wonen in een instelling, cliënten met behulp van het vpt en pgb meer zelfstandig kunnen wonen. Dit betekent echter ook dat het vpt, zoals we dat nu kennen gemoderniseerd moet worden om beter aan te sluiten bij de wensen van de cliënt.

*De leden van de D66-fractie vragen om een nadere toelichting op de precieze werkwijze van de «zorg op maat contractering», het zogenaamde Zweedse model en vragen ook wanneer de regering verwacht dat met de pilot kan worden aangevangen.*

Zweden heeft een systeem van optimale keuze voor de cliënt waarbij de inkoop van zorg voor ouderen en hulpbehoevenden thuis is neergelegd bij de gemeenten. Gemeenten worden gekwalificeerd als een aanbestedende dienst en zijn in beginsel aanbestedingsplichtig. Echter, binnen het optimale keuze systeem zijn gemeenten niet aanbestedingsplichtig. Een gemeente publiceert op een nationale website een eisendocument (normenkader) waarin vermeld staat aan welke criteria de zorgaanbieder en de zorg tenminste moet voldoen met vermelding van de maximale prijs die de gemeente voor het voorgeschreven minimale kwaliteitsniveau wil betalen. De gemeenten kunnen wel differentiëren in bijvoorbeeld de kwaliteit die ze eisen, maar tegen een vooraf vastgestelde prijs. Er is derhalve geen concurrentie op prijs mogelijk. Elke zorgaanbieder die voldoet aan de gestelde eisen krijgt een contract om zorg te leveren aan hulpbehoevenden. De zorgaanbieder wordt daarmee ook verplicht zorg te bieden als daarom verzocht wordt. De gemeente is verplicht zorgaanbieders gelijk te behandelen en niet te discrimineren (buitenlandse aanbieders mogen niet uitgesloten worden). Ook moeten de gemeenten de beginselen van transparantie, wederzijdse erkenning en proportionaliteit toepassen. Dit zijn de aanbestedingsbeginselen, hoewel geen sprake is van een aanbesteding. Het Zweedse systeem wordt toegestaan door de Europese Commissie omdat er geen limiet wordt gesteld aan het aantal zorgaanbieders waarmee een contract wordt gesloten. Beperkt een gemeente (of analoog, een Wlz-uitvoerder) het aantal zorgaanbieders waarmee zij een contract aangaat, dan moet een gemeente wel aanbesteden. Er is dan sprake van een selectie («trechtering») tot een beperkt aantal zorgaanbieders. Van optimale keuze voor cliënten is dan geen sprake meer, want de gemeente heeft een eigen selectie gemaakt waaruit cliënten dan kunnen kiezen. Zweden heeft een wet waarin dit systeem is vastgelegd. Gemeenten werken op basis van die wet.

Het Zweedse model kent echter ook nadelen. Genoemd kunnen worden dat de contracteerplicht is afgeschaft met het oog op de gewenste selectie door zorgkantoren van zorgaanbieders met de beste prijs-kwaliteitsverhouding van zorg. Het «Zweedse model» leidt tot minder selecteren en zo breed mogelijk contracteren waardoor de contacteerplicht via de achterdeur weer lijkt «binnen te sluipen». Ook is in de Wlz ingezet op het prikkelen van de Wlz-uitvoerder om doelmatiger zorg in te kopen. Die prikkel komt in een ander licht te staan, indien het Zweedse model de voorkeur heeft. In het verlengde daarvan komt de vraag op welke wezenlijke taak voor de Wlz-uitvoerder nog resteert op het moment dat hij moet contracteren met elke zorgaanbieder die aan het gestelde «normen-kader» voldoet. In het Zweedse model kan wel concurrentie (en sturing) plaatsvinden op bijvoorbeeld kwaliteit, maar minder op de prijs. In Wlz worden juist prikkels gegeven aan de Wlz-uitvoerder om zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen, ook op prijs. Tenslotte, kostenbeheersing binnen de Wlz vindt plaats langs onder andere de lijn van de contracteer ruimte. Nu worden met de uit de aanbestedingsronde geselecteerde zorgaanbieders vooraf afspraken gemaakt over de beschikbare (regionale) contracteerruimte. In het «Zweedse model» zal met elke aanbieder, die aantoonbaar aan het normenkader te kunnen voldoen, een contract gesloten moeten worden. Daarin is de kostenbeheersing niet gegarandeerd. Er is daarom gezocht naar een tussenvariant waarbij het bestaande aanbestedingsmodel en die van de vrije keuze (het «Zweedse model») met elkaar gecombineerd worden. In die variant wordt voor het grootste deel van het budget het model van de aanbesteding gevolgd, zowel voor intramuraal verblijf als het vpt. Voor een klein deel van de beschikbare budgettaire ruimte zou voor alleen het vpt de variant van de vrije keuze (het «Zweedse model») kunnen worden geïntroduceerd. Daarmee zouden de voordelen van het aanbestedingsmodel en het «Zweedse model» kunnen worden gecombineerd. Voorwaarde daarvoor is dat bij de aanbesteding heel duidelijk wordt gemaakt op welk deel van het budget

de aanbesteding betrekking heeft en dat de ruimte voor het vpt via de weg van het «Zweedse model» tevoren wordt vastgesteld en niet mag worden overschreden («op = op»). Een dergelijke harde grens kan niet gemist worden, zonder in strijd te komen met de juridische randvoorwaarden bij de hoofdkeuze voor een aanbestedingsmodel.

De regering vindt het noodzakelijk dat, alvorens een beslissing te nemen over een eventueel te starten pilot, onderzocht wordt of en zo ja, hoe juridisch kwetsbaar het is als het aanbesteding- en het optimale keuze model voor de cliënt voor alleen het vpt met elkaar worden gecombineerd, afgezet tegen de vigerende regels voor de aanbesteding en de daarop gebaseerde jurisprudentie. Over die beslissing zal de Kamer separaat worden geïnformeerd.

*De leden van de fractie van D66 en GroenLinks stellen ondermeer vragen bij de toekenningseisen die aan het pgb worden gesteld en het feit dat in de Wmo een moet-bepaling is opgenomen tav het pgb en in de Wlz een kan-bepaling.*

*De leden van de fractie van D66 constateren dat naast zorg met verblijf en het vpt, het pgb de derde leveringsvorm is binnen de Wlz. Het komt de leden van de D66-fractie voor dat de eisen voor verkrijgen van een pgb in de Wlz hoger zijn dan de eisen in de huidige AWBZ en ook in vergelijking met de Wmo 2015 en de Jeugdwet. Zo lijkt in de Wlz sprake van een kan-bepaling in plaats van een moet-bepaling en bovendien is in de wet de mogelijkheid opgenomen om bij amvb nog nadere regels te stellen. Deze leden vragen de regering op deze punten om een nadere toelichting. Wat verandert er concreet ten opzichte van het pgb in de AWBZ? Waarom heeft de regering niet – net als in de Wmo – gekozen voor een moet-bepaling? Waarom kiest de regering ervoor om, naast alle regels die in de wet zijn opgenomen, ook nog regels bij of krachtens amvb te kunnen stellen? De leden van de D66-fractie lezen in de memorie dat bij een pgb de cliënt en zijn vertegenwoordiger uiteindelijk zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit, waar in het geval van het vpt dat het zorgkantoor is. Hoe verhoudt deze stelling zich tot de bepaling dat het zorgkantoor dient te bepalen of sprake is van «verantwoorde zorg»? En hoe wordt voorkomen dat zorgkantoren een ontmoedigingsbeleid gaan voeren? De leden van de D66-fractie vragen om de gevolgen ook te schetsen aan de hand van het geval van een inwonende zoon of dochter, die zwaar gehandicapt is. Bestaat er – ongeacht de leeftijd – dan te allen tijde recht op een pgb voor alle zorg en ondersteuning, dus ook begeleiding, dagbesteding en logeer/tijdelijke verblijf.*

*De leden van de fractie van GroenLinks geven aan dat wie zorg krijgt, zoveel mogelijk zelf moet kunnen bepalen hoe deze zorg eruit ziet, wie deze levert en wanneer zij deze krijgen. GroenLinks is daarom groot voorstander van het pgb. Zij streven naar een volwaardig pgb in elke zorgwet. De toegang tot het pgb hoort in alle zorgwetten zo duidelijk en eenduidig mogelijk te zijn. De leden van de GroenLinksfractie vragen zich daarom af waarom ervoor gekozen is om in voorliggend wetsvoorstel een kan-bepaling met betrekking tot het toekennen van een pgb op te nemen. Wat is de reden om in de wetstekst op te nemen dat de Wlz-uitvoerder een pgb kan verlenen? Wat de leden van de GroenLinksfractie betreft moeten mensen die de zorg via een pgb willen regelen, deze toegekend krijgen, tenzij er redenen zijn om aan te nemen dat mensen dit niet kunnen doen. Waarom is er niet voor gekozen een zogenaamde moet-bepaling in de wetstekst op te nemen?*

Belangrijke verbetering in de Wlz voor het kabinet is dat de leveringsvormen absoluut volwaardige alternatieven zijn. Ook daarom wordt het pgb nu wettelijk verankerd. Telkens moet in overleg tussen cliënt en zorgkantoor een bewuste keuze worden gemaakt tussen naturazorg, vpt

en pgb om te bezien welke leveringsvorm het beste past bij de betreffende persoon en zijn/haar zorgvraag. De regering wil benadrukken dat het niet gaat om een ontmoedingsbeleid voor de ene of andere leveringsvorm. Naturazorg (waaronder vpt) wordt echter door het zorgkantoor en de zorgaanbieder verzorgd. Zorg via het pgb moet de cliënt zelf organiseren. Dat is ook het voorname doel van het pgb: eigen regie om, zoals de fractie van GroenLinks aangeeft, zoveel mogelijk zelf te kunnen bepalen hoe deze zorg eruit ziet, wie deze levert en wanneer. Het vereist wel dat er ook echt sprake is van de genoemde eigen regie of een betrouwbare vertegenwoordiger die de regie voert.

Juist in de Wlz is veel frequenter sprake van kwetsbare mensen die beperkte eigen regie hebben en is een vertegenwoordiger noodzakelijk. Uit de diverse rapportages over een solide en fraudebestendig pgb weten we inmiddels dat het hier geregeld mis gaat. Ook moeten zorgkantoren bij de zware zorgvragen van de Wlz goed bezien of in algemene zin sprake kan zijn van het verantwoord thuis organiseren van de zorg door vaak een mix van professionele en niet-professionele zorg. Sommige zware zorgvragen kunnen alleen worden opgepakt in een beschermde professionele intramurale setting. Ondermeer daarom zullen, overigens net als nu, bij lagere regelgeving een beperkt aantal zorgprofielen/ zorgzwaartepakketen van het pgb worden uitgesloten.

Is eenmaal vastgesteld dat iemand aan de voorwaarden van het pgb voldoet en heeft iemand een pgb toegekend gekregen, dan is de pgb-houder of diens vertegenwoordiger verantwoordelijk voor (het bewaken van) de kwaliteit van het samenhangende pakket aan zorg dat binnen de Wlz met het pgb kan worden ingekocht (verpleging, verzorging, begeleiding, dagbesteding en logeren). Periodiek moeten de cliënt, diens vertegenwoordiger, hulpverleners en het zorgkantoor ieder vanuit de eigen verantwoordelijkheid afwegen of de kwaliteit nog steeds voldoet en of het nog altijd verantwoord is thuis de zorg vorm te geven. Dit alles overwegende is het dus zaak dat in de Wlz niet zondermeer een pgb wordt toegekend. In het geval van een inwonend kind geldt het bovenstaande evenzeer. Als duidelijk is dat bijvoorbeeld de ouders de vertegenwoordiging op zich kunnen nemen, de zorg thuis verantwoord kan worden georganiseerd en aan andere vereisten voor het pgb is voldaan, kan ten allen tijde een pgb worden verkregen.

Op dit moment zijn in een ministeriële regeling onder de AWBZ alle bepalingen, regels en vereisten t.a.v. het pgb opgenomen. Het wettelijk verankeren van het pgb impliceert niet dat al deze regels op het niveau van de wet moeten worden geregeld. Dat maakt het pgb rigide omdat er lange procedures nodig zijn om zaken aan te passen. Daarom worden op het niveau van een amvb (het Blz) enkele zaken uit de wet nader uitgewerkt. Alle gedetailleerde regelgeving, waarvan een deel jaarlijks moet worden aangepast, wordt op het niveau van een ministeriële regeling vastgelegd.

*De leden van de D66-fractie vragen of het klopt dat de budgetgarantie van oude indicaties bij herindicaties pgb vervalt? Ook vragen zij of als gevolg van voorliggend wetsvoorstel wijzigingen zullen plaatsvinden in het vaststellen van de pgb-tarieven en de wijze waarop deze worden berekend.*

De budgetgarantie is een ophoging van het pgb tot een gegarandeerd bedrag. Indien het indicatiebesluit wordt herzien zal dit doorgaans tot een ander zorgprofiel leiden. Aan dat nieuwe zorgprofiel kan een pgb zijn gekoppeld dat afwijkt van het pgb dat al wordt ontvangen. Ook indien dat nieuwe bedrag wordt opgehoogd met de budgetgarantie, kan het totale pgb-bedrag lager uitvallen. Het kan echter zo zijn dat een budgetgarantie niet meer nodig is na een herindicatie. Als de herindicatie leidt tot een

zorgprofiel met een hoger budget dan waarvan sprake was met de budgetgarantie, is de budgetgarantie niet langer nodig en vervalt deze.

De hoogte van het pgb wordt onder de Wlz daadwerkelijk een afgeleide van het naturatarief dat voor een bepaald zorgzwaartepakket staat. Het naturatarief wordt daartoe opgeschoond met de component voor kapitaallasten, verblijfskosten en behandeling omdat een budgethouder in principe thuis de zorg vorm en inhoud geeft en het pgb alleen aan zorg kan worden besteed met uitzondering van behandeling. Het pgb-tarief is zo ook gelijk aan de zorgcomponent van het naturatarief. In voorkomende gevallen kan een toeslag worden toegekend bovenop het pgb of kan sprake zijn van meerzorg en dus meer budget. Het toegekende pgb moet voldoende zijn voor elke Wlz-budgethouder om de voor hem/haar passende zorg in te kopen.

In 2013 en 2014 zijn de tarieven van het pgb voor verblijfsgeïndiceerde budgethouders reeds gebaseerd op de tarieven van het vpt. Het vpt wordt op vrijwel identieke wijze afgeleid van het naturatarief zoals net beschreven voor het nieuwe pgb-tarief onder de Wlz. De invoering van de Wlz zal daardoor naar het zich nu laat aanzien vermoedelijk beperkte gevolgen hebben voor de hoogte van de budgetten. Ik zal dit nader bezien en de Kamer informeren als de tarieven onverhoopt toch afwijken. De definitieve bedragen worden gepubliceerd per ministeriele Regeling.

*De leden van de D66-fractie lezen dat de zorgzwaartepakketten als «bekostigingstaal» behouden blijven. Voor de indicatiestelling worden echter cliëntprofielen ontwikkeld en gebruikt, die aansluiten bij de zorgvraag van cliënten. Hoe, zo vragen deze leden, zal de verbinding worden gemaakt tussen zorgprofielen en zorgzwaartepakketten?*

Een zorgprofiel kan worden omschreven als een algemene typering van vergelijkbare zorgbehoeften of beperkingen op dezelfde terreinen, waarbij de verzorgings-, verplegings-, begeleidings- of behandelingsdoelen naar aard, inhoud en globale omvang overeenkomen. De zorgprofielen in de Wlz zijn gebaseerd op de cliëntprofielen in de AWBZ. De profielen zullen de zorgbehoefte en de noodzakelijke zorg duiden. Cliënten en zorgaanbieders krijgen hiermee een grotere vrijheid in de wijze waarop de zorg geleverd wordt en er komt minder nadruk te liggen op de omvang. De cliënt of zijn vertegenwoordiger maken afspraken over de zorg met de zorgaanbieder, die worden vastgelegd in het zorgplan. Uitgangspunt hierbij zijn de professionele standaarden voor goede zorg. Het zorgzwaartepakket blijft bestaan voor de bekostiging. Uiteraard moet aan de achterkant de geleverde inzet bekostigd worden. Zorgaanbieders, zorgkantoren en NZa maken prijs- en volumeafspraken over de zorginkoop, de zorgtoewijzing en declaratie. In dat gesprek staat de instelling centraal. De bedoeling is niet dat voor elke cliënt exact de een normbedrag vergoed wordt, maar om te komen tot een bedrag dat de instelling als geheel nodig heeft om verantwoorde zorg te kunnen leveren aan alle cliënten. Wat betreft een vereenvoudiging ben ik voornemens de NZa opdracht te geven om te kijken of met ingang van het jaar 2016, ZZP's kunnen worden samengevoegd. Indien van een dergelijk onderzoek de resultaten binnen zijn, zal ik de Kamer informeren.

*De leden van D66-fractie vragen de regering toe te lichten op welke wijze gekomen zal worden tot een goede bekostigingsstructuur voor exceptioneel dure cliënten.*

Voor de bekostiging van zorg voor mensen met een behoefte aan substantieel meer zorg dan opgenomen in de hoogste zzp's in de gehandicaptenzorg is in de huidige AWBZ-bekostiging een regeling voor

bekostiging meerzorg bovenop de hoogste zzp's opgenomen. Ik ben vooralsnog niet voornemens deze wijze van bekostigen te wijzigen. Ik ben me wel bewust van de administratieve lasten van de huidige bekostiging van meerzorg. Daarom wil ik samen met ZN, VGN en CCE bezien op welke wijze ik gebruik kan maken van de positieve ervaringen die zijn opgedaan in het experiment regelarme instellingen met een nieuwe wijze van bekostigen van meerzorg.

*De leden van de D66-fractie vragen naar aanleiding van de problematiek met het verlenen van zorg in natura in de AWBZ door zzp'ers via onderaanneming, of het in de Wlz wel mogelijk gemaakt wordt om als zzp'er via onderaanneming zorg in natura te verlenen. Tevens vragen deze leden of dit ook het geval is voor zorg die nu via de AWBZ is geregeld, maar in de toekomst in de Zvw of de WMO. Zij vragen ook of mogelijke belemmeringen in de wet- en regelgeving voor het inschakelen van zelfstandigen zonder personeel met onderhavig wetsvoorstel worden ondervangen? Op welke wijze wordt het zzp'ers eenvoudig(er) gemaakt om ingeschakeld te worden?*

Het vraagstuk van de zzp-ers in relatie tot mogelijke belemmeringen in de wet- en regelgeving en de fiscale aspecten daarvan, is complex. In het VAO van 21 mei is toegezegd dat op korte termijn een onderzoek start naar het bedrijfsconcept in relatie tot de duurzaamheid van de arbeidsrelatie. Resultaten komen na de zomer beschikbaar. Het kabinet is tevens van mening dat deze problematiek breder moet worden bezien en zal per direct een Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) door een ambtelijke taskforce instellen. Dit IBO zal alle aspecten die samenhangen met zzp'ers in hun onderlinge samenhang bezien, en zal ook kijken naar het al dan niet gelijke speelveld tussen zzp'ers enerzijds en werknemers anderzijds. De taskforce zal voor het einde van het jaar rapporteren. Uiteraard zal het kabinet de Kamer hier nader over informeren.

*De leden van de D66-fractie constateren dat de huidige hybride uitvoeringsstructuur van zorgverzekeraars en regionaal opererende zorgkantoren grotendeels blijft gehandhaafd. Zij vragen waarom de regering hiervoor heeft gekozen en bijvoorbeeld niet voor één landelijk opererend zorgkantoor. Daarnaast vragen de leden van de D66-fractie of de regering inzichtelijk kan maken aan wat voor termijn in haar ogen moet worden gedacht bij de opschaling van het aantal regio's.*

De regering heeft de keuze gemaakt om de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Wlz te beleggen bij de Wlz-uitvoerder voor hun eigen verzekerden. De regering is van mening dat hierdoor de Wlz-uitvoerders aanspreekbaar zijn voor de uitvoering van de Wlz en daarmee een prikkel hebben om de Wlz zo goed mogelijk uit te laten voeren. De regering heeft ervoor gekozen de regionaal opererende zorgkantoren in stand te laten, omdat zij het nodig acht om te werken met budgettaire kaders en budgettaire beheersing van de Wlz via de regionale contracteerruimte. Aangezien de omvang van de langdurige zorg nog een dusdanige omvang heeft, was het niet opportuun om nu over te gaan op één landelijk opererend zorgkantoor. Een overgang naar één landelijk opererend zorgkantoor zou daarnaast zorgen voor een extra overgang, waar het veld de komende jaren al voor een forse veranderingsopgave staat.

De regering zal de regionale opschaling nader onderzoeken. Als de verschillende voor- en nadelen van regionale opschaling in beeld zijn, zal de regering de Kamer informeren over de precieze plannen en het bijbehorende tijdpad.



*De leden van de D66-fractie vragen of het zorgkantoor niet feitelijk een tweede indicatiesteller wordt, waardoor de toegang tot de zorg bureaucratischer en subjectiever wordt. Deze leden willen weten hoe wordt voorkomen dat de toewijzing door het zorgkantoor tot overschrijding leidt van het budget van de Wlz-uitvoerder. Vervolgens vragen deze leden op welke manier de zorgtrajecten die zorgkantoren, cliëntorganisaties en zorgaanbieders voor specifieke cliëntengroepen willen realiseren, worden vorm gegeven.*

De regering hecht eraan te benadrukken dat er geen sprake is van een tweede indicatiestelling. Het is het CIZ dat beoordeelt of mensen recht hebben op Wlz- zorg, en in welke zorginhoudelijk profiel iemand valt. Wlz-uitvoerders zijn verantwoordelijk voor het doelmatig en kwalitatief goed uitvoeren van de Wlz voor de eigen verzekerden. Door uitbesteding aan het zorgkantoor, ligt het budget niet bij de Wlz uitvoerders maar bij de zorgkantoren. Het is aan hen om in het kader van een doelmatige uitvoering ervoor te zorgen dat de inkoop van zorg binnen het budget plaatsvindt. Dat zorgkantoren samen met cliëntenorganisaties en aanbieders voor specifieke cliëntgroepen zorgtrajecten gaan realiseren, vindt de regering een goede zaak. Op welke manier dit vorm gegeven kan worden is aan de genoemde partijen.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen zich af of het denkbaar is dat iemand zonder indicatie wordt opgenomen door een zorgaanbieder en dat met terugwerkende kracht een indicatie wordt afgegeven? Hoe verhoudt die (on)mogelijkheid zich tot de mogelijkheid van versnelde indicatie? Is die in alle gevallen toereikend?*

Ik heb er voor gekozen om binnen de Wlz spoedzorg als volgt vorm te geven. De termijn waarbinnen het CIZ een indicatiebesluit dient af te geven bedraagt maximaal zes weken. Er kunnen zich situaties voordoen waarbij het noodzakelijk is dat het CIZ het indicatiebesluit sneller afgeeft. Het CIZ dient in dergelijke gevallen binnen twee weken te beslissen. Ook wordt geregeld dat een indicatiebesluit, als dat inhoudt dat de cliënt op zorg van de Wlz is aangewezen, terugwerkt tot het moment van opname, zodat de kosten vanaf de datum van de spoedopname uit de Wlz kunnen worden betaald. Dit wordt geregeld in het Blz. Op deze wijze heb ik geregeld dat in die situaties waar zorg in de Wlz direct moet aanvangen, dit ook kan gebeuren.

*De leden van de ChristenUnie-fractie constateren voorts dat op grond van art. 3.2.2. lid 3 een verzekerde alle informatie aan het CIZ moet verstrekken waarvan hem redelijkerwijs duidelijk moet zijn dat die van belang kan zijn voor de beoordeling van het recht op zorg. Wat gebeurt er als de verzekerde niet alle informatie verstrekt die al wel beschikbaar is, hij geen indicatie krijgt en pas enige tijd later alsnog volledige informatie aanlevert? Kan de verzekerde dan gewoon een indicatie krijgen op dat moment? Zijn er andere (rechts)gevolgen verbonden aan het verstrekken van onjuiste of onvolledige informatie aan het CIZ ten behoeve van een indicatie?*

Het CIZ besluit in beginsel over de aanvraag op basis van de ingediende informatie. Tegen dat besluit kan bezwaar worden gemaakt. Indien de aanvrager onvoldoende informatie aanlevert, dan zal het CIZ de aanvraag afwijzen, nadat het CIZ de aanvrager in de gelegenheid heeft gesteld om de aanvraag aan te vullen. Indien in een later stadium aanvullende informatie wordt ingediend, zal in beginsel een nieuwe aanvraag moeten worden ingediend.

De leden van de ChristenUnie-fractie informeren verder naar (rechts)gevolgen verbonden aan het verstrekken van onjuiste of onvolledige informatie aan het CIZ. In de Wlz is geregeld dat het CIZ de bevoegdheid heeft om ambtshalve te herindiceren. Het gaat dan bijvoorbeeld om het geval dat de indicatie gebaseerd was op foutieve of onvolledige (medische) gegevens, zowel in de situatie dat deze opzettelijk onjuist of onvolledig zijn verstrekt als in de situatie dat deze onopzettelijk zijn verstrekt. Indien de gegevens opzettelijk onjuist of onvolledig zijn verleend, meestal met het oog op financieel gewin, zal sprake kunnen zijn van een strafbaar feit. In dat geval zal het CIZ hiervan melding maken bij het Openbaar ministerie.

*De leden van de ChristenUnie-fractie constateren bovendien dat het CIZ op grond van art. 3.2.3 een indicatiebesluit kan intrekken indien dit is gebaseerd op onjuiste of onvolledige gegevens. Zij willen weten of dat kan leiden tot aansprakelijkheid voor de – naar achteraf blijkt – onterecht gemaakte kosten? Hoe zit dat in het bijzonder met het pgb, dat in het wetsvoorstel als subsidie wordt aangemerkt? Kan intrekking of herziening van een indicatie met terugwerkende kracht gelden?*

Er dient onderscheid te worden gemaakt tussen de intrekking van een indicatiebesluit en de intrekking van een beschikking omtrent het verstrekken van een pgb. Artikel 3.2.3 betreft uitsluitend het indicatiebesluit. Of intrekking van het indicatiebesluit ertoe zou moeten leiden dat de kosten worden teruggevorderd van de op onjuiste gegevens geïndiceerde verzekerde is een beoordeling die door het CIZ zal worden gemaakt op basis van het civiele recht en de omstandigheden van het geval. Het wetsvoorstel treedt daar niet in.

Op basis van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur kan de herziening of intrekking van een indicatiebesluit slechts met terugwerkende kracht plaatsvinden, als de cliënt redelijkerwijs kon begrijpen dat hij ten onrechte een onjuist indicatiebesluit heeft ontvangen. Daarnaast ligt het voor de hand dat het CIZ de cliënt in de gelegenheid stelt de juiste gegevens aan te leveren of de onvolledige gegevens aan te vullen, alvorens het indicatiebesluit wordt herzien of ingetrokken.

Het intrekken van een indicatiebesluit zal veelal tot gevolg hebben dat ook een daarop gebaseerde beschikking voor een pgb moet worden herzien door de Wlz-uitvoerder. De regels die dat mogelijk maken, inclusief de vaststelling van het pgb op een lager bedrag dan waarvoor het is verleend en de terugvordering van te veel voorgeschoten bedragen, zijn al geregeld in de Algemene wet bestuursrecht. Het gaat hier namelijk om een subsidie.

*De leden van de ChristenUnie-fractie lezen in de memorie van toelichting dat het CIZ «ambtshalve» «kan» herindiceren indien het vermoedt dat het indicatiebesluit op basis van onjuiste gegevens is afgegeven. Tegelijkertijd wordt gesproken van een «discretionaire bevoegdheid». Is het CIZ ambtshalve verplicht om te herindiceren bij vermoedens of is zij daartoe slechts bevoegd, zo vragen deze leden.*

De Wlz voorziet in de mogelijkheid om in bepaalde gevallen de indicatie voor zorg ambtshalve te herzien of in te trekken. Het gaat hierbij om een bevoegdheid van het CIZ, niet om een verplichting. Het CIZ zal de indicatie voor zorg voor een cliënt pas herzien of intrekken na zorgvuldig onderzoek naar de situatie van de cliënt. Deze bevoegdheid van het CIZ is vooral gericht op de situatie waarin een indicatiebesluit is afgegeven op grond van onjuiste of onvolledige gegevens die door de verzekerde of derden zijn aangeleverd. In zo'n geval zou het CIZ immers waarschijnlijk tot een

andere beslissing zijn gekomen indien het de beschikking had gehad over de juiste gegevens. Als de gegevens opzettelijk onjuist of onvolledig zijn verleend, meestal met het oog op financieel gewin, zal sprake kunnen zijn van een strafbaar feit, in welk geval het CIZ aangifte zal doen bij het OM.

*De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat in artikel 3.2.1, eerste lid, van het wetsvoorstel het recht op zorg redelijk open is geformuleerd. Een verzekerde heeft volgens dit artikel recht op zorg «voor zover hij naar aard, inhoud en omvang redelijkerwijs» op die zorg is aangewezen. Deze leden vragen de regering uit te leggen waarom is gekozen voor zo'n open norm.*

Artikel 3.2.1, eerste lid, geeft de criteria op grond waarvan wordt bepaald of de verzekerde is aangewezen op Wlz-zorg. Het gaat daarbij om de situatie dat de verzekerde permanent toezicht nodig heeft (onderdeel a) of de situatie dat 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig is (onderdeel b). In het artikel is uitgewerkt wanneer hiervan sprake is. Uiteraard krijgt de verzekerde de Wlz-zorg voor zover hij naar aard, inhoud en omvang redelijkerwijs op die zorg is aangewezen. In de aanhef van het artikellid is dit, net als in artikel 9b, derde lid, van de AWBZ, tot uitdrukking gebracht. Hierdoor kan onder andere rekening worden gehouden met gebruikelijke zorg en algemeen gebruikelijke voorzieningen.

*De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat op grond van artikel 3.2.4. bij of krachtens amvb kan worden bepaald dat het recht op zorg slechts tot gelding kan worden gebracht indien de verzekerde de kosten daarvan gedeeltelijk draagt en dat aldus een eigen bijdrage mogelijk wordt gemaakt. De leden vragen zich af waarom er niet voor is gekozen om de eigen bijdrage wettelijk te begrenzen of in te kaderen.*

In artikel 3.2.4 van het wetsvoorstel wordt geregeld dat een eigen bijdrage kan worden gevraagd aan de verzekerde, die afhankelijk kan worden gesteld van het inkomen en het vermogen van de verzekerde. Tevens is bepaald dat de eigen bijdragen kunnen verschillen naar gelang de groep waartoe de verzekerde behoort en de zorg die verstrekt wordt. De regering is van mening dat hiermee op het niveau van de wet voldoende duidelijk is wat er met de eigen bijdrage wordt beoogd en waarop deze wordt bepaald. Een invulling bij of krachtens amvb biedt, anders dan een wet in formele zin, voldoende flexibiliteit om de veelal technische bepalingen te wijzigen. In de amvb onder de Wlz, het Blz, worden de eigen bijdragen nader geregeld. Deze regels zullen grotendeels gelijk zijn aan de bepalingen met betrekking tot de eigen bijdrage voor intramurale zorg onder de AWBZ, die in het Bijdragebesluit zorg zijn opgenomen.

*De leden van de ChristenUnie-fractie hechten er grote waarde aan dat cliënten keuzevrijheid houden, ook om te kiezen voor identiteitsgebonden zorg. Deze leden vragen op welke wijze dit is geborgd in de wet. Voorts willen zij weten op welke wijze is geborgd dat de infrastructuur van identiteitsgebonden zorg overeind blijft in de transitiefase.*

Met het voorliggende wetsvoorstel wil de regering bereiken dat mensen zorg ontvangen die aansluit bij hun doelen, wensen en mogelijkheden. Uitgangspunt is dus niet dat de cliënt zich moet aanpassen aan de zorgverlening, maar dat de zorg ondersteunend moet zijn aan het leven dat de cliënt nastreeft. De kwaliteit van leven van ouderen bijvoorbeeld, kan verbeterd worden als de zorg zich meer richt op het leven dat de cliënt gewend was te leiden, of gegeven zijn of haar beperkingen nu wenst te leven. Hierbij hoort het verbinden van formele en informele zorg, maar ook aandacht voor (culturele) achtergrond en levensbeschouwelijke identiteit; en dus ook de ruimte om voor zorg die op de desbetreffende

levensbeschouwelijke grondslag is gebaseerd te kunnen kiezen. Ik verwacht van zorgkantoren dat zij op die manier de zorg gaan inkopen voor hun verzekerden. Voorts wijs ik op de cliëntondersteuning waar de cliënt een beroep op kan doen voor hulp bij het zoeken naar een passende zorgaanbieder.

Daarnaast hebben mensen de mogelijkheid om zorg geleverd te krijgen door middel van een pgb, waarmee ze zorg kunnen inkopen die past bij de eigen cultuur c.q. levensbeschouwing.

Ook noem ik in dit verband dat ik de mogelijkheid onderzoek van «zorg op maat contractering». Dit is afgeleid van het zogenaamde Zweedse model, waar, op een desbetreffende vraag van de leden van de D66-fractie, een nadere toelichting op gegeven is. Het Zweedse model kent ook nadelen. Reden waarom gezocht is naar een tussenvariant waarbij het bestaande aanbestedingsmodel en die van de vrije keuze (het «Zweedse model») met elkaar gecombineerd worden. In die variant wordt voor het grootste deel van het budget het model van de aanbesteding gevolgd, zowel voor intramuraal verblijf als het vpt. Voor een klein deel van de beschikbare budgettaire ruimte zou voor alleen het vpt de variant van de vrije keuze (het «Zweedse model») kunnen worden geïntroduceerd. Daarmee zouden de voordelen van het aanbestedingsmodel en het «Zweedse model» kunnen worden gecombineerd. Voorwaarde daarvoor is dat bij de aanbesteding heel duidelijk wordt gemaakt op welk deel van het budget de aanbesteding betrekking heeft en dat de ruimte voor het vpt via de weg van het «Zweedse model» tevoren wordt vastgesteld en niet mag worden overschreden («op = op»). Een dergelijke harde grens kan niet gemist worden, zonder in strijd te komen met de juridische randvoorwaarden bij de hoofdkeuze voor een aanbestedingsmodel. De regering vindt het noodzakelijk dat, alvorens een beslissing te nemen over een eventueel te starten pilot met de genoemde tussenvariant, onderzocht wordt of en zo ja, hoe juridisch kwetsbaar het is als het aanbestedingsmodel en het optimale keuze model voor de cliënt voor alleen het vpt met elkaar worden gecombineerd, afgezet tegen de vigerende regels voor de aanbesteding en de daarop gebaseerde jurisprudentie. Over de uitkomsten van de pilot en de beslissing die op basis daarvan wordt genomen, zal de Kamer separaat worden geïnformeerd.

*De leden van de ChristenUnie-fractie willen weten waarom de regering ervoor heeft gekozen om het pgb in art. 1.1.1 te omschrijven als een subsidie en daarmee onder het subsidieregime van de Awb te brengen. Zij vragen of ook is overwogen om een specifiek op het pgb toegesneden regeling voor wijziging en terugvordering te ontwerpen, waarin beter recht kan worden gedaan aan het pgb als een specifieke financieringsvorm van (langdurige) zorg?*

Het pgb heeft inderdaad het karakter van een subsidie, waardoor afdeling 4.2.6 van de Awb van toepassing is op de verstrekking van het pgb. In de Wmo 2015 wordt titel 4.2 van de Awb en derhalve ook artikel 4.2.6 buiten toepassing verklaard. De Wlz in lijn brengen met de Wmo 2015, is op dit punt niet nodig. In de Wmo 2015 geldt namelijk, net als in de Jeugdwet, dat de gemeente de verordenende bevoegdheid kan gebruiken om regels te stellen over de intrekking en wijziging van de verstrekte pgb's. Die regels kunnen dan aanvullend gelden op de bepalingen die hierover in de wetsvoorstellen Wmo 2015 en de Jeugdwet zelf zijn opgenomen. De Wlz-uitvoerders en zorgkantoren hebben deze verordenende bevoegdheid niet. Bovendien maken de zorgkantoren reeds jaren gebruik van de subsidietitel in de Awb bij de verstrekking van pgb's. Mijn inziens zijn er op dit moment ook nog geen andere regels die beter recht zouden doen aan het pgb als specifieke financieringsvorm van de langdurige zorg.

*De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat in artikel 3.3.3 van het wetsvoorstel staat dat de Wlz-uitvoerder «kan» besluiten om een pgb te verlenen. Is de bevoegdheid van de Wlz-uitvoerder om een pgb te weigeren beperkt tot de gronden in het derde lid, zo vragen zij?*

In het tweede lid van artikel 3.3.3, waarmee het pgb wettelijk wordt verankerd, staan de voorwaarden waaronder een pgb wordt verleend. In derde lid van artikel 3.3.3 staan een aantal voorname weigeringsgronden. Aanvullende weigeringsgronden, zoals we deze nu reeds kennen in de pgb-regeling onder de AWBZ worden wederom opgenomen in lagere regelgeving (het Blz en de ministeriële regeling). Samen met relevante partijen, waaronder ook Per Saldo, zie ik welke aanvullende (uitwerking van) weigeringsgronden nodig zijn.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de regering erkent dat het in het belang van de Wlz-uitvoerder is om cliënten zoveel mogelijk de gecontracteerde zorg af te laten nemen, zodat zij met zoveel mogelijk zorgaanbieders kwaliteitsafspraken kunnen maken?*

De regering ziet een dergelijke relatie niet. Wlz-uitvoerders zijn gehouden om zorgaanbod te contracteren dat van goede kwaliteit is. Voor de kwaliteit van de pgb-gefinancierde zorg is niet de Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor maar de cliënt primair verantwoordelijk. Wel dient het zorgkantoor aan de hand van het budgetplan vast te stellen of de zorg naar verwachting van verantwoorde kwaliteit zal zijn. Gegeven deze verantwoordelijkheidsverdeling en gezien het feit dat het pgb een volwaardig alternatief is voor zorg in natura, voorziet de regering geen prikkel om zoveel mogelijk gecontracteerde zorg af te laten nemen, ten koste van het aandeel pgb.

*De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat de regering ervoor kiest de Wlz-uitvoerder te laten beoordelen of iemand in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door hem verkozen zorgaanbieders en mantelzorgers op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg. Waarom is daarvoor gekozen, zo willen zij weten?*

Het pgb heeft als doel eigen regie te bevorderen en zelf de zorg op maat te kunnen vormgeven. Het impliceert dan ook dat de betreffende persoon eigen regie heeft, weet welke zorg hij/zij moet inhuren en de verplichtingen die voortvloeien uit het budgethouderschap op zich kan nemen, waaronder het aansturen van de diverse hulpverleners. Bij uitstek in de Wlz zal het voorkomen dat er in beperkte mate of in geheel niet sprake is van eigen regie en dat gezien de aard en omvang van de gemiddelde zorgvraag in de Wlz ook sprake zal zijn van meerdere formele en informele hulpverleners. Het zal dan ook vaak nodig zijn dat een betrouwbare vertegenwoordiger de budgethouders ondersteunt of de regie overneemt. Bij nota van wijziging worden de zorgkantoren aangewezen als uitvoerder van het pgb. Het is aan de zorgkantoren om te beoordelen of iemand daadwerkelijk aan deze toekenningsvoorwaarde voldoet.

*De leden van de ChristenUnie-fractie willen weten welke rechten en middelen een cliënt heeft als hij of zij de weigering van een pgb op grond van lid 2 sub a en c van artikel 3.3.3 wil aanvechten?*

Tegen een besluit tot weigering of stopzetting van het pgb kan de verzekerde op grond van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) bezwaar maken bij de Wlz-uitvoerder (het zorgkantoor). Vervolgens is beroep

mogelijk bij de rechtbank en eventueel hoger beroep bij de Centrale Raad van Beroep. De rechtsgang onder de Wlz is daarmee dus gelijk aan de AWBZ.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen waarom de regering ervoor kiest de Wlz-uitvoerder te laten beoordelen of sprake is of zal zijn van toereikende zorg van goede kwaliteit? Welke rol heeft de cliënt bij die beoordeling willen zij weten? Hoe verhoudt dit zich tot het feit dat de wet mogelijk maakt dat pgb-budgethouders zorg van niet-professionals kunnen inkopen, waarbij zij zelf de kwaliteit beoordelen?*

Deze toekenningsvoorwaarde is ondermeer voorzien om te beoordelen of de zorg thuis in algemene zin verantwoord kan worden geleverd. In voorkomende gevallen is het alleen verantwoord en toereikend om iemand in een intramurale professionele setting te verplegen, te verzorgen en te begeleiden. In de praktijk van het Wlz-pgb zal gezien de zwaarte van de zorgvraag vrijwel altijd sprake zijn van een combinatie van professionele en niet-professionele hulpverleners. Het zorgkantoor zal het budgetplan waarin deze inzet wordt beschreven, altijd beoordelen vanuit het vertrekpunt dat de budgethouder primair verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Dit is dus een andere toets dan die het zorgkantoor aanlegt bij de inkoop van gecontracteerde zorg. Overigens geven zorgkantoren in het kader van de aanpak van pgb-fraude aan dat zij geregeld situaties tegenkomen waarbij zij zich afvragen of de zorg wel van goede kwaliteit en doelmatig is, bijvoorbeeld omdat de cliënt beperkte eigen regie heeft, niet goed weet wat in te kopen, wat een goede mix is tussen professionele en niet-professionele hulpverlening zou zijn en door een vertegenwoordiger of hulpverlener niet goed wordt bediend. Met de toekenningsvoorwaarde waar de genoemde leden naar verwijzen, hebben zorgkantoren een handvat om dergelijke situaties te voorkomen. Ook kan voorkomen worden dat budgethouders in zee gaan met malafide aanbieders en bemiddelingsbureaus. Tot slot kan al bij de start van het pgb tegengegaan worden dat budgethouders geld besteden aan zaken waaraan het pgb niet mag worden besteed. Op dit moment komt dat vaak pas aan het licht bij de verantwoording.

Het zorgkantoor zal bij nota van wijziging worden belast met de uitvoering van het pgb, alsook de toekenning en de beoordeling van deze toekenningsvoorwaarde. Uiteraard kan advies worden ingewonnen en wordt de beoordeling gedaan op basis van het door de cliënt of (met hulp van) diens vertegenwoordiger opgestelde budgetplan. Het budgetplan vormt de basis om in goed overleg vast te stellen of daadwerkelijk sprake zal zijn van toereikende zorg van goede kwaliteit met de door de zorgvrager gekozen mix van professionele en niet-professionele zorg. Deze toekenningsvoorwaarde geeft aan dat gesprek juist een impuls daar waar dit gesprek voorheen niet werd gevoerd.

*Deze leden van de ChristenUnie-fractie vragen zich voorts af waarom de regering ervoor kiest de zorgkantoren de taak te geven om de maximumvergoeding vast te stellen die niet-professionals kunnen krijgen? Verwacht de regering grote verschillen tussen de maximumtarieven die zorgkantoren vaststellen?*

Zorgkantoren hebben niet de vrijheid om bij de vaststelling van pgb's af te wijken van de landelijk vastgestelde tarieven. Zowel de bedragen die gebruikt worden om de hoogte van het pgb te bepalen als het maximale uurtarief voor niet-professionele zorg, worden door de regering vastgesteld op grond van lagere regelgeving voor de Wlz. Met de term maximumvergoeding wordt slechts tot uitdrukking gebracht dat een budgethouder ook lagere tarieven mag afspreken met zijn hulpverlener. Het is niet aan het zorgkantoor om die verlaging op te leggen.

*De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat verzekerden om gebruik te kunnen maken van een pgb een vast woonadres moeten hebben. Waarom, zo vragen zij?*

Het pgb onder de Wlz is, uitgezonderd het verblijf in een pgb-gefinancierd kleinschalig wooninitiatief, bedoeld om de zorg thuis vorm te geven. Zonder een vast adres wordt dit een lastige zaak. Ook zou het niet hebben van een vast woonadres een aanwijzing kunnen zijn dat de eigen regie in beperkte mate aanwezig is.

*De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat de SVB het budgetbeheer en de betalingen ten laste van het pgb gaat uitvoeren. Zoals bij iedere grote organisatie, zullen zich daarbij zo nu en dan fouten of vertragingen in de uitbetaling voordoen, zo verwachten deze leden. Daarom willen zij weten hoe wordt voorkomen dat kleinschalige zorgaanbieders dan geen zorg meer kunnen leveren aan de pgb-houder, omdat ze niet uitbetaald hebben gekregen?*

Momenteel wordt hard gewerkt om per 1 januari 2015 voor alle budgethouders op grond van de Wmo, de Jeugdwet en de Wlz in het systeem van trekkingsrechten onder te brengen. Cruciaal daarbij is dat er tijdig wordt betaald. De SVB heeft voor elke declaratie die zij ontvangt 5 werkdagen als richtlijn voor tijdige betaling. Bij elke betaling wordt de declaratie gecontroleerd aan de hand van de zorgovereenkomst tussen budgethouder en betreffende hulpverlener of aanbieder. Met deze redelijke termijn kunnen aanbieders rekening houden.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of iemand met een indicatie voor verblijf op enig moment ook gebruik kan maken van een pgb of vpt als leveringsvorm?*

Iedereen die nu een verblijfsindicatie heeft, uitgezonderd de lage verblijfsindicaties en de ggz-c pakketten, of straks een Wlz-indicatie heeft, kan kiezen tussen zorg in een instelling, een vpt of een pgb, mits aan de geldende voorwaarden wordt voldaan. In overleg met het zorgkantoor kan ook gewisseld worden tussen deze drie leveringsvormen.

*De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat bij een pgb onder meer het wassen van kleding onder de verantwoordelijkheid van de cliënt zelf valt, terwijl bij een vpt dergelijke zaken wel worden vergoed. Waarom maakt de regering dit onderscheid, zo willen zij weten?*

Het vpt is bedoeld als een leveringsvorm waarbij de cliënt de woonruimte zelf regelt. Gezien de doelgroep van de Wlz vindt de regering het van belang om deze groep ook de hotelmatige diensten aan te bieden die door een aanbieder in de intramurale setting geleverd zouden worden, zodat werkelijk sprake is van een volledig pakket dat thuis geleverd wordt.

Het pgb is traditioneel bedoeld om zorg te organiseren in de thuissituatie, bijvoorbeeld door ouders voor hun meervoudig gehandicapt kind. Dit gezin betaalt net als ieder ander gezin het verblijf, eten en drinken en het wassen van kleding zelf.

De regering erkent dat er inmiddels vele kleinschalige woonvormen zijn ontstaan die zowel via een vpt als een pgb geleverd kunnen worden, zonder dat er veel inhoudelijke verschillen zijn tussen beide settings. Desondanks is het verschil tussen beide leveringsvormen te rechtvaardigen, omdat zowel in de tarieven als in de eigen bijdragen met dit verschil in het geleverde pakket rekening wordt gehouden. Budgethouders betalen in dergelijke gevallen een lagere eigen bijdrage dan

cliënten met een vpt, zodat zij zelf de niet vergoede (hotelmatige) diensten kunnen organiseren.

*De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat in de huidige AWBZ voor de specialistische begeleiding ten aanzien van cliënten op wie een zorgsituatie van toepassing is waarvoor in de huidige situatie is vastgesteld dat enige ondoelmatigheid acceptabel is in functies in klassen kan worden geïndiceerd, waardoor een budget ontstaat dat het mogelijk maakt ook aan deze cliënten zorg te verlenen. De leden van de ChristenUnie-fractie willen weten of met een indicatie in functies en klassen in verband met enige ondoelmatigheid straks conform de toezeggingen van het kabinet onder de Wlz zullen vallen. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of dat ook geldt voor nieuwe gevallen. De leden vragen op grond van welk artikel uit de wet deze groep toegang tot de Wlz heeft. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of deze groep identificeerbaar is bij de indicatiestelling. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen bevestiging of de regering voornemens is deze cliënten straks onder te brengen in één van de zorgprofielen. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe aan deze bijzondere doelgroep en het bijzondere financiële arrangement dat ze nu krijgen recht gedaan bij het opstellen van de zorgprofielen. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de regering de zorg van ouders van deze minderjarige en jongvolwassen cliënten kan wegnemen, dat zij onder de Wlz in een zzp-mal worden geduwd en daardoor onvoldoende middelen ter beschikking krijgen om tot voldoende zorg te kunnen komen in de thuissituatie.*

Deze cliëntgroep betreft in de huidige AWBZ vooral minderjarige of jongvolwassen thuiswonende budgethouders met een indicatiebesluit op basis van functies en klassen. Het betreft hier over het algemeen indicatiebesluiten met een hogere urenomvang dan is opgenomen in de hoogste zorgzwaartepakketten. Om deze cliëntgroep de mogelijkheid te bieden bij hun ouders thuis te blijven wonen werd in de AWBZ «enige ondoelmatigheid» geaccepteerd en een omvangrijke indicatie in functies en klassen geïndiceerd in plaats van een zorgzwaartepakket. Deze thuiswonende cliëntgroep heeft op grond van artikel 3.2.1 toegang tot de Wlz omdat ze een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Ook nieuwe cliënten die voldoen aan deze kenmerken zullen onder de Wlz vallen. Ook met een Wlz-indicatie kunnen deze cliënten er met hun ouders voor kiezen langer thuis te blijven wonen. De regering acht het bovendien niet wenselijk om deze cliëntgroep nog langer te duiden met het label «enige ondoelmatigheid». Het sluit namelijk uitstekend aan bij mijn beleid om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen.

De zzp-systematiek gaan uit van een logische ordening en opeenvolging van zorgzwaarten en zorgprofielen op basis van stoornissen en beperkingen. Bij cliënten met een lagere zorgzwaarte waarbij de zorgzwaarte toeneemt en de indicatie niet meer passend lijkt dient een beoordeling door het CIZ plaats te vinden of een ander, hoger zorgprofiel aan de orde is. Cliënten maken dan een logische ontwikkeling door van lagere naar hogere zorgprofielen. Bij deze groep cliënten vloeit de grote zorgvraag voort uit de wens van de ouders om deze minderjarige of jongvolwassen cliënten zo lang mogelijk thuis te laten wonen. De regering wil dit blijven faciliteren omdat dit uitstekend aansluit bij het kabinetsbeleid om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen.

Voor de bekostiging van zorg voor mensen met een behoefte aan substantieel meer zorg dan opgenomen in de hoogste zzp's in de gehandicaptenzorg is in de huidige AWBZ-bekostiging een regeling voor bekostiging meerzorg bovenop de hoogste zzp's opgenomen. Bij het pgb is een mogelijkheid opgenomen dat het zorgkantoor bovenop de hoogste



zzp's in de gehandicaptenzorg extra budget kan toekennen. Het kabinet is vooralsnog niet voornemens deze wijze van bekostigen te wijzigen. De mogelijkheid van toewijzen en bekostiging van meerzorg bovenop het zzp maakt het niet meer noodzakelijk de indicatiestelling en bekostiging in functies en klassen op grond van «ondoelmatigheid» te continueren. Bovendien vind ik het niet wenselijk om deze cliëntgroep nog langer te duiden met het label «enige ondoelmatigheid».

*De leden van de ChristenUnie-fractie willen weten hoe wordt voorkomen dat het aanbod aan kortdurend verblijf in een (logeer)instelling verdwijnt, omdat de aanspraak daarop en de financiering daarvan versplinterd raakt in de decentralisatieoperatie.*

Kortdurend verblijf in een logeerinstelling is een vorm van respijtzorg om tijdelijke overname van de totale zorg ter ontlasting van de mantelzorgers mogelijk te maken. Dit kan aan de orde zijn in zowel het sociale domein (Wmo en Jeugdwet) als in de Wlz, indien cliënten met een Wlz-indicatie er niet voor kiezen in een instelling te gaan wonen. Kortdurend verblijf heeft vele verschijningsvormen. In de AWBZ-praktijk is kortdurend verblijf vaak verzilverd in de vorm van pgb. Kortdurend verblijf kan in een apart logeerhuis van een instelling of op een logeerbed in een woonvoorziening van een instelling. Er wordt bijvoorbeeld ook logeertzorg aangeboden door zorgaanbieders in huisjes in bungalowparken, op zorgboerderijen of in gastgezinnen. Het ligt niet voor de hand dat de vraag naar deze vorm van respijtzorg sterk zal verminderen. Om die reden verwacht de regering dat deze zorgvorm zowel vanuit de Wmo en de Jeugdwet als vanuit de Wlz blijvend gefinancierd zal worden. De toename van het aantal financieringsmogelijkheden verhindert dat niet.

*De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat er een groep rondzwervende mensen is, die ook in het huidige stelsel niet geïndiceerd zijn voor AWBZ-zorg, terwijl hun complexe problematiek hiertoe wel alle aanleiding geeft. Zij begeven zich op straat of in dag- en nachtopvangvoorzieningen en vinden geen plek in vormen van beschermd wonen, de reguliere verpleegzorg of VG-zorg. Vanwege de combinatie van problemen zijn zij niet eenvoudig in indicatiecriteria of zorgprofielen te vangen. Deze leden vragen of de regering deze problematiek herkent? Hoe wil de regering deze groep onderbrengen in de zorgprofielen en de Wlz, zo vragen zij? De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat voor cliënten die gedetineerd raken voor de duur van hun detentie een recht op zorg niet tot gelding kunnen brengen. Deze leden vragen hoe wordt voorkomen dat alle zorginfrastructuur rond hen wegvalt, omdat zij voor enkele weken hebben vastgezet? Raken gedetineerde cliënten bijvoorbeeld onmiddellijk hun Wlz-instellingsplek kwijt?*

De regering herkent de problematiek die de leden van de ChristenUnie signaleren. Helaas zullen er altijd mensen blijven die moeilijk een passende voorziening kunnen vinden, door bijvoorbeeld de complexiteit, de combinatie van verschillende soorten problematiek, of doordat zij zelf contact met zorg en ondersteuning mijden. De Wmo 2015 en de Wlz bieden mijns inziens echter meer mogelijkheden om ook deze mensen passende zorg en ondersteuning te bieden. De gemeenten krijgen een regiefunctie op het terrein van maatschappelijke opvang, huisvesting, inkomen, participatie, begeleiding en beschermd wonen, waarmee ze meer dan nu de mogelijkheid hebben om maatwerk te bieden. Evenals dat onder de AWBZ het geval was, wordt ook in de Wlz geregeld dat een verzekerde gedetineerde zijn Wlz-recht op zorg niet kan inroepen gedurende de periode van detentie. Na hun vrijlating herleeft de aanspraak op zorg ten laste van de Wlz. Materieel verandert er met de Wlz niets aan de situatie van gedetineerden ten opzichte van hun situatie

onder de AWBZ. Tijdens detentie draagt de directeur van de inrichting zorg voor de gedetineerde. Dit betekent dat de gedetineerde gezondheidszorg ontvangt van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). Met de komst van de Wlz blijft deze situatie gelijk.

DJI streeft bij de uitvoering van haar taken naar continuïteit van zorg. Dit betekent dat zorg een van de aandachtsgebieden is bij binnenkomst én bij reïntegratie in de samenleving. Bij binnenkomst wordt altijd gekeken naar welke zorg noodzakelijk is en waar mogelijk wordt contact gezocht met de laatst bezochte zorginstelling om de continuïteit van zorg te waarborgen. Voor het einde van de straf worden reïntegratieactiviteiten opgepakt. Afhankelijk van onder andere de zorginstelling en de duur van detentie is het soms mogelijk om iemand bij dezelfde zorginstelling terug te plaatsen. Daarover zijn door VWS met de instellingen geen vaste afspraken gemaakt. Wel kunnen justitiële inrichtingen dergelijke afspraken hebben gemaakt. In andere gevallen wordt er gezocht naar een passende oplossing.

Ook wordt voorafgaand aan de detentie bekeken of de zorg die men buiten detentie ontvangt ook binnen detentie beschikbaar is. Dit betekent dat personen die intensieve en/of complexe zorg (waar deze doelgroep onder valt) ontvangen mogelijk detentieongeschikt worden verklaard en derhalve niet in detentie komen.

*De leden van de ChristenUnie-fractie willen graag weten op welke wijze de beschikbaarheid van geestelijke verzorging in instellingen en de zorg in den brede wordt gewaarborgd en wat deze wet daaraan bij zal dragen? Erkent de regering, zo vragen deze leden, dat juist bij langdurige zorg, het werk van geestelijke verzorgers van het grootste belang is?*

*De leden van de SGP-fractie hechten zeer aan de keuzevrijheid en eigen regie van mensen om te kiezen voor zorg en ondersteuning die aansluit bij hun zorginhoudelijke, maar ook godsdienstige gezindheid, levensovertuiging en/of culturele achtergrond. De kans dat ondersteuning succesvol is, wordt namelijk aanzienlijk groter als de burger ervaart dat hij een zorgverlener kan vertrouwen en de ondersteuning aansluit bij de belevingswereld van de inwoner en diens sociale netwerk. Deze leden vinden het daarom een goede zaak dat in de wet is opgenomen dat verzekerden de mogelijkheid moeten hebben hun godsdienst of levensovertuiging te beleven. De leden van de SGP-fractie vragen of de plicht van instellingen om te zorgen voor voldoende geestelijke verzorging op precies dezelfde wijze blijft gelden als onder de AWBZ. Hoe vindt het toezicht plaats of dit ook daadwerkelijk gebeurt?*

In reactie op de vragen van de leden van de fracties van de ChristenUnie en de SGP stelt de regering geestelijke verzorging te zien als een geïntegreerd en vanzelfsprekend onderdeel van een kwalitatief hoogwaardige hulpverlening. In de langdurige zorg, waar het gaat om kwetsbare mensen in langdurige zorgsituaties is aandacht voor het geestelijk welbevinden van cliënten van groot belang; niet alleen via het werk van geestelijk verzorgers, maar ook in de inzet van de zorgmedewerkers. Met het oog hierop, en als uitwerking van de motie van het lid Wiegman-Van Meppelen Scheppink<sup>8</sup>, werkt het Zorginstituut Nederland mee aan de totstandkoming van een kwaliteitsstandaard voor het omgaan met levensvragen door zorgprofessionals in de langdurige zorg. De verantwoordelijkheid van de instelling om in geestelijke verzorging te voorzien vloeit niet voort uit het voorliggende wetsvoorstel maar uit de huidige Kwaliteitswet zorginstellingen en uit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), die momenteel in de Eerste Kamer wordt behandeld. Ten aanzien van dit onderwerp verandert na invoering van dit wetsvoorstel in principe dus niets voor cliënten met een Wlz-indicatie. De

<sup>8</sup> TK, 2010–2011, 30 597, nr. 75.

beleidslijn, zoals uiteengezet in de brief<sup>9</sup> van de toenmalige Minister van VWS d.d. 6 april 2010 over geestelijke verzorging van mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg blijft onverkort van toepassing. Conform deze beleidslijn geldt de verplichting van zorgaanbieders om geestelijke verzorging aan te bieden aan cliënten die zijn opgenomen in de instelling voor verblijf. Veronderstelling hierachter is dat door de opname in de instelling de banden van de cliënt met de eigen lokale geloofsgemeenschap worden doorbroken. Het bestuur van de verblijfsinstelling heeft de verantwoordelijkheid voor en de bevoegdheid ten aanzien van de verdere invulling van de geestelijke verzorging. De geestelijke verzorging die de verblijfsinstelling regelt, waarborgt dat de verzekerde die voor zijn dagelijks leven afhankelijk is van de zorginstelling, bij iemand terecht kan met zijn levensvragen. De IGZ ziet erop toe dat de bepalingen uit de Kwaliteitswet worden nageleefd. Indien cliënten ontevreden zijn over de beschikbaarheid van passende geestelijke verzorging kunnen zij dit bij de inspectie melden. Bij zorg op basis van het vpt blijft het zo dat de instelling verantwoordelijk is voor geestelijke verzorging in de zin van begeleiden bij de verwerking van een probleem en ondersteuning bij het een plek geven daarvan in de persoonlijke belevingswereld (coping). De cliënt kan ook met levensvragen («zaken die hem dwars zitten») bij een geestelijk verzorger terecht, los van de instelling of zorgstructuur waarvan hij afhankelijk is (het bieden van een vrijplaats). Het uiting geven aan religie en spiritualiteit behoort tot het persoonlijk domein van de verzekerde. Hulp daarbij buiten de instelling is bij zorgverlening op basis van het vpt dan ook geen onderdeel van de te leveren zorg.

Als cliënten kiezen voor het pgb is men, evenals nu, zelf verantwoordelijk om geestelijke verzorging in te roepen indien dat nodig is. Veranderingen in de beschikbaarheid van geestelijke verzorging doen zich vooral in praktische zin voor als gevolg van extramuralisering. Hierdoor is de beschikbaarheid van een geestelijk verzorger, die immers verbonden is aan een verblijfsinstelling, niet langer vanzelfsprekend. Indien er dan behoefte is aan geestelijke verzorging zijn er mogelijkheden om een beroep op de Wmo te doen. Onder maatschappelijke ondersteuning valt namelijk ook «het ondersteunen van de zelfredzaamheid en de participatie van personen met een beperking of met chronische psychische of psychosociale problemen zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving». Hier ligt overigens primair een taak voor kerken en andere geloofsgemeenschappen. In bepaalde situaties is ook inzet van een geestelijk verzorger mogelijk vanuit de Zvw. Voor meer informatie verwijs ik naar de brochure «Financiering van geestelijke verzorging voor ouderen, Mogelijkheden voor de verbreding van het werkkterrein en de inzet van geestelijk verzorgers» van het Expertisenetwerk Levensvragen en Ouderen. Deze brochure treft de Kamer aan op de website [www.vilans.nl](http://www.vilans.nl). Een lastig punt blijft dat een behoefte aan geestelijke verzorging niet altijd goed zichtbaar is en personen niet uit zichzelf de weg naar hulp weten te vinden. Het kabinet is voornemens met de beroepsgroep van geestelijke verzorgers nader overleg te voeren of het Transitiebureau hierbij een bemiddelende rol kan spelen.

*De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat de spoedzorg is verdwenen uit de Wlz. Deze leden constateren dat bij een sterk veranderde gezondheid of veranderingen in de zorgstructuur het noodzakelijk is mensen snel te kunnen opnemen. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe dat in de Wmo en Zvw gerealiseerd kan worden.*

De constatering van deze leden dat de spoedzorg is verdwenen uit de Wlz, is onjuist. Ik heb er voor gekozen om binnen de Wlz spoedzorg als volgt

<sup>9</sup> TK, 2009–2010, 25 424, nr. 101.

vorm te geven. De normale termijn waarbinnen het CIZ een indicatiebesluit dient af te geven bedraagt zes weken. Er kunnen zich situaties voordoen waarin het noodzakelijk is eerder een indicatiebesluit af te geven. Het CIZ dient in dergelijke situaties binnen twee weken te beslissen. Tevens wordt in het Blz geregeld dat een indicatiebesluit dat inhoudt dat de verzekerde op zorg van de Wlz is aangewezen, terugwerkt tot het moment van opname, zodat de kosten vanaf de datum van de spoedopname uit de Wlz kunnen worden betaald.

Is geen sprake van een Wlz-indicatiebesluit, dan hebben gemeenten en zorgverzekeraars een rol. Dit is afhankelijk van de specifieke vraag en ondersteuning. Betreft het ondersteuning dan is de gemeente verantwoordelijk. Als het gaat om zorg dan is de zorgverzekeraar verantwoordelijk. Gemeenten kunnen op grond van de Wmo 2015 bijvoorbeeld een vorm van kortdurend verblijf inzetten indien een mantelzorger plotseling is weggevallen. Is sprake van een melding in een spoedeisend geval, dan kan het college onverwijld een passende tijdelijke maatregel nemen in afwachting van de uitkomst van het onderzoek en de aanvraag van betrokkene.

Het is in de Zvw mogelijk om iemand tijdelijk op te nemen op grond van artikel 2.12 Besluit zorgverzekering. Over de mogelijkheden van kortdurend verblijf in de eerste lijn, waaronder spoedzorg, zal de Kamer zo spoedig mogelijk worden geïnformeerd.

*De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat abortussen, die worden uitgevoerd in een abortuskliniek, niet mee verhuizen naar de Wlz, maar dat de bijbehorende aanspraken worden onder gebracht bij een ander domein. Welk domein, zo willen deze leden weten? En waar komen die aanspraken vast te liggen?*

Op dit moment ben ik aan het onderzoeken wat de beste mogelijkheid is om de financiering van abortusklinieken te continueren. Ik zal de Kamer daar deze zomer over informeren.

*De leden van de GroenLinks-fractie constateren dat de vormgeving van deze zorgprofielen nog niet bekend is. Wat de GroenLinks-fractie betreft moeten deze zo ver mogelijk voor inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel bekend zijn. Wanneer verwacht de regering dat deze zorgprofielen wel bekend zullen zijn? Vormgeving van die zorgprofielen is nog niet bekend. Wanneer komt daar duidelijkheid over?*

Het Zorginstituut Nederland zal de vormgeving van de zorgprofielen nader uitwerken, in samenwerking met het CIZ, VWS, de NZa, branche- en cliëntenorganisaties. Voor 2015 zal het aantal zorgprofielen nagenoeg hetzelfde zijn als de huidige zorgzwaartepakketten. Hierover wordt de Kamer in het najaar geïnformeerd, als de beleidsregels voor de indicatiestelling zijn gepubliceerd in de Staatscourant. Het is het streven om vanaf 2016 het aantal zorgprofielen in te dikken. Ook hierover zal ik de Kamer te zijner tijd informeren.

*De leden van de GroenLinks-fractie zijn van mening dat om de zorg meer thuis mogelijk te maken, de zorg echt afgestemd moet worden op de individuele situatie en dus op de persoonlijke indicatie. In hoeverre geeft indicatiestelling via zorgprofielen daarvoor ruimte? Klopt het dat de indicatiezorgprofielen worden afgeleid van instellingszorg? Wat zijn hiervan de implicaties voor mensen die de zorg via een pgb willen krijgen? Bestaat niet het risico dat wanneer vanuit profielen gewerkt wordt, er mensen zullen zijn die een te hoog of te laag budget krijgen? Ziet de regering dat risico ook? In hoeverre doet het indicatiesysteem recht aan de individuele zorg thuis en aan de zorg in kleinschalige*

*wooninitiatieven? Bij deze vormen van zorg is immers geen of weinig ruimte om te middelen in de zorg.*

Als vanuit de Wlz thuis de zorg wordt vormgegeven, kan dat vanuit een vpt of pgb. Aan elk geïndiceerd zorgprofiel hangt, net als nu onder de AWBZ bij elk zorgzwaartepakket, een bepaald tarief dat een aanbieder van zorg in natura voor de betreffende cliënt krijgt. Omdat de bekostigingstaal onder de Wlz nog die van zorgzwaartepakketten is, betekent dit altijd een bepaald gemiddeld bedrag voor een groep mensen die een ongeveer vergelijkbare zorgvraag hebben. Met deze systematiek kunnen budgethouders passende zorg inkopen. Er is daarbij ook voldoende maatwerk mogelijk om de zorg af te stemmen op de individuele situatie. De hoogte van het pgb en vpt wordt onder de Wlz een afgeleide van de naturatarieven, dat sluit aan bij de werkwijze onder de AWBZ. Het naturatarief wordt om tot het pgb-tarief te komen opgeschoond voor de component voor kapitaallasten, verblijfskosten en behandeling. De budgethouder geeft namelijk thuis de zorg vorm en inhoud en betaalt uit het pgb uitsluitend de zorg, uitgezonderd behandeling. Het pgb-tarief moet zo voldoende zijn voor een Wlz-budgethouder om de voor hem of haar passende zorg in te kopen. Overigens kan bij het pgb een toeslag van toepassing zijn voor huishoudelijke hulp, kleinschalige wooninitiatieven en meerzorg, waardoor het budget nog meer op maat kan worden gesneden.

*De leden van de GroenLinks-fractie constateren dat de zorgzwaartepakketten wel blijven behouden voor de bekostigingstaal. De leden van de GroenLinks-fractie krijgen graag meer duidelijkheid over hoe de verbinding tussen zorgprofielen en zorgzwaartepakketten wordt gemaakt.*

Een zorgprofiel kan worden omschreven als een algemene typering van vergelijkbare zorgbehoeften of beperkingen op dezelfde terreinen, waarbij de verzorgings-, verplegings-, begeleidings- of behandelingsdoelen naar aard, inhoud en globale omvang overeenkomen. De zorgprofielen in de Wlz zijn gebaseerd op de cliëntprofielen in de AWBZ. De profielen zullen de zorgbehoefte en de noodzakelijke zorg duiden. Cliënten en zorgaanbieders krijgen hiermee een grotere vrijheid in de wijze waarop de zorg geleverd wordt en er komt minder nadruk te liggen op de omvang. De cliënt of zijn vertegenwoordiger maken afspraken over de zorg met de zorgaanbieder, die worden vastgelegd in het zorgplan. Uitgangspunt hierbij zijn de professionele standaarden voor goede zorg. Het zorgzwaartepakket blijft bestaan voor de bekostiging. Uiteraard moet aan de achterkant de geleverde inzet bekostigd worden. Zorgaanbieders, zorgkantoren en NZa maken prijs- en volumeafspraken over de zorginkoop, de zorgtoewijzing en declaratie. In dat gesprek staat de instelling centraal. De bedoeling is niet dat voor elke cliënt exact de een normbedrag vergoed wordt, maar om te komen tot een bedrag dat de instelling als geheel nodig heeft om verantwoorde zorg te kunnen leveren aan alle cliënten. Wat betreft een vereenvoudiging ben ik voornemens de NZa opdracht te geven om te kijken of met ingang van het jaar 2016, ZZP's kunnen worden samengevoegd. Indien van een dergelijk onderzoek de resultaten binnen zijn, zal ik de Kamer informeren.

*De leden van de GroenLinks-fractie willen graag meer duidelijkheid over hoe de bekostiging van de zorg van mensen met een grote zorgvraag wordt geregeld. Ook is de vraag of er een bekostiging mogelijk voor cliënten met een extreem hoge zorgvraag.*

Ook in de Wlz is er een aanspraak op extra zorg voor mensen met een grote zorgvraag. Voor de bekostiging van zorg voor mensen met een behoefte aan substantieel meer zorg dan opgenomen in de hoogste zzp's

in de gehandicaptenzorg is in de huidige AWBZ-bekostiging een regeling voor bekostiging meerzorg bovenop de hoogste zzp's opgenomen. Ik ben vooralsnog niet voornemens deze wijze van bekostigen te wijzigen. Ik ben me wel bewust van de administratieve lasten van de huidige bekostiging van meerzorg. Daarom wil ik samen met ZN, VGN en CCE bezien op welke wijze ik gebruik kan maken van de positieve ervaringen die zijn opgedaan in het experiment regelarme instellingen met een nieuwe wijze van bekostigen van meerzorg.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen graag meer duidelijkheid waarom ervoor gekozen is een meerzorgregeling alleen beschikbaar te stellen voor hogere zorgzwaarten. De leden van GroenLinks vragen of ook mensen met een lagere zorgzwaarte te maken kunnen krijgen met een stapeling van problemen vanwege combinaties van grondslagen en een niet passende indicatie. Gevraagd wordt of de regering bereid om ook voor die groepen een meerzorgregeling mogelijk te maken wanneer dit nodig blijkt te zijn.*

De zzp-systematiek gaat uit van een logische ordening en opeenvolging van zorgzwaarten en zorgprofielen op basis van stoornissen en beperkingen. Bij cliënten met een lagere zorgzwaarte waarbij de zorgzwaarte toeneemt en de indicatie niet meer passend lijkt, dient een beoordeling door het CIZ plaats te vinden of een ander, hoger zorgprofiel aan de orde is. Cliënten maken dan een logische zorgcarrière van lagere naar hogere zorgprofielen. Indien de zorgbehoefte van de verzekerde de zwaarste profielen aanzienlijk te boven gaat, is er recht op meerzorg. Ik zie vanwege deze logische ordening geen aanleiding om meerzorg mogelijk te maken voor cliënten met een lagere zorgzwaarte.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen of het ook onder het Wlz regime nog mogelijk is dat de dagbesteding in de gehandicaptenzorg apart van de verblijfszorg wordt ingekocht, zoals dat in de AWBZ ook kan?*

In 2015 blijft het ook onder het Wlz regime mogelijk om deze dagbesteding apart in te kopen.

*De leden van de GroenLinks-fractie krijgen graag meer duidelijkheid over de bekostiging van huisaanpassingen. De leden van de fractie van Groen Links vragen zich af waarom ervoor gekozen is om huisaanpassingen alleen beschikbaar te stellen voor minderjarigen thuis of in een kleinschalige pgb-voorziening. De leden vernemen graag wanneer de Tweede Kamer de wijziging van het voorliggend wetsvoorstel kan verwachten waarmee ook meerderjarigen huisaanpassingen uit de Wlz kunnen krijgen.*

In de Wlz hanteert de regering het uitgangspunt dat indien een Wlz-cliënt en zijn sociale omgeving ervoor kiezen dat de cliënt thuis blijft wonen, zij er zelf voor dienen te zorgen dat de woonruimte daarvoor geschikt is. Tijdens de plenaire behandeling van de Wmo 2015 in de Tweede Kamer heb ik toegezegd dit aan te passen en dat op grond van de Wlz ook woningaanpassingen voor verzekerden van achttien jaar of ouder vergoed kunnen worden. Dit wordt geregeld in de tweede nota van wijziging op de Wlz die medio juni aan de Tweede Kamer zal worden toegestuurd.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen wat de redenen zijn om restricties te stellen bij de toegang tot het vpt en vragen hoe strikt de beschikbaarheid van het vpt wordt geregeld. Tevens vragen zij waarom er voor gekozen is om het vpt te definiëren als zorg zonder verblijf, hetgeen volgens ActiZ tot verwarring zou kunnen leiden. De fractie van GroenLinks vraagt of ik bereid ben de Wlz hierop aan te passen.*

De Wlz biedt cliënten die niet willen verblijven in een instelling de mogelijkheid van een vpt of pgb. Zij zien dan af van feitelijk verblijf in een instelling, maar houden wel recht op een deel van de verblijfszorg. Het gaat hierbij om hotelmatige diensten die samenhangen met het verblijf zoals huishoudelijke hulp en eten en drinken. In de memorie van toelichting wordt aangegeven dat dit wel onderdeel uitmaakt van het vpt. Alleen mensen die behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uren nabijheid van zorg komen in aanmerking voor zorg vanuit de Wlz. Bij het leveren van het vpt is de instelling niet alleen verantwoordelijk voor de afzonderlijke zorghandelingen (zoals het onder de douche zetten van een cliënt) maar ook voor eten en drinken en het noodzakelijke toezicht en de permanente beschikbaarheid van de zorg. Vooral deze laatste twee elementen maken dat het vpt niet zonder voorwaarden overal en altijd (denk bijvoorbeeld aan een afgelegen huis in de polder) kan worden geleverd en er voorwaarden kunnen worden gesteld aan de levering van het vpt.

*De leden van de GroenLinks-fractie krijgen graag meer uitleg over waarom in voorliggend wetsvoorstel af te wijken van de bepalingen in de Wmo dat de keuze voor een pgb mogelijk is voor huisaanpassingen, mobiliteitshulpmiddelen en vervoersvoorzieningen in het sociale verkeer. Waarom heeft de regering er in voorliggend wetsvoorstel voor gekozen om dit in de Wlz te beperken tot een zorg in natura aanbod? Is de regering bereid de Wmo en Wlz op dit punt in overeenstemming te brengen? Zo nee, waarom niet?*

De regering erkent dat woningaanpassingen en mobiliteitshulpmiddelen niet uit het pgb Wlz kunnen worden betaald. De hoofdreden daarvoor is gelegen in het zo laag mogelijk houden van administratieve lasten en bureaucratie. Voor de vaak eenmalige kosten van huisaanpassingen en mobiliteitshulpmiddelen zou een incidentele indicatie gesteld moeten worden om het pgb op te hogen, waarna een nieuwe pgb-beschikking afgegeven zou moeten worden. Dit bezwaar geldt niet voor het vervoer naar groepsbegeleiding of dagbesteding. Deze kosten worden immer continue gemaakt. Indien geïndiceerd in combinatie met groepsbegeleiding of dagbesteding, kan vervoer dan ook uit het pgb Wlz worden betaald.

Tijdens de plenaire behandeling van de Wmo 2015 heb ik toegezegd dat op grond van de Wlz ook woningaanpassingen en hulpmiddelen voor verzekerden van achttien jaar of ouder vergoed kunnen worden. Dit wordt geregeld in een nota van wijziging op de Wlz. Omdat de zorgkantoren hebben aangegeven zich in 2015 zorgvuldig voor te bereiden op het vergoeden van woningaanpassingen en het inkopen van hulpmiddelen, zullen komend jaar de gemeenten nog verantwoordelijk blijven voor de verstrekking hiervan aan budgethouders die onder de Wlz vallen.

*De leden van de GroenLinks-fractie krijgen ook graag meer duidelijkheid over de gevolgen van de invoering van de Wlz voor bestaande budgethouders. Kan bijvoorbeeld alle huidige pgb-gefinancierde zorg voor thuiswonende meervoudig gehandicapte kinderen worden gecontinueerd? Blijven voor hen logeermogelijkheden mogelijk? Op welke manier kan de huidige logeerpraktijk voor meervoudig gehandicapte kinderen worden gecontinueerd?*

Onder de Wlz wordt het pgb-tarief afgeleid van het naturatarief. Sinds 2013 wordt het pgb-tarief al gebaseerd op het vpt-tarief, dat is afgeleid van het naturatarief. Betreft het budgethouders die voor 2013 een pgb hebben gekregen en een budgetgarantie hebben, dan is deze in recente jaren afgebouwd naar de nieuwe tarieven. In 2013 met 5%, in 2014 met 10%. Voor bepaalde budgethouders is de budgetgarantie dan nog niet

helemaal afgebouwd, hun budget wordt in 2015 ook maximaal 10% afgebouwd. Een enkele budgethouder zal in 2016 een klein restant moeten afbouwen. Deze afbouw heb ik aan de Kamer gestuurd in 2012 alsook in 2013.

Het kan dus zijn dat thuiswonende meervoudig gehandicapten kinderen het om deze reden met minder moeten zijn gaan doen over de afgelopen jaren, maar naar de huidige maatstaven die een meervoudig gehandicapt kind in de afgelopen twee jaar aan pgb zou hebben gekregen, is dat voldoende om toereikende zorg van goede kwaliteit in te kopen. Met het vervallen van functies en klassen in de Wlz is ook de functie Kortdurend Verblijf als zodanig als functie vervallen. Het is echter de bedoeling dat de huidige zorg die met pgb ingekocht kan worden ook in 2015 ingekocht kan worden, inclusief logeermogelijkheden. Ik werk dat nader uit in de lagere regelgeving en informeer de Kamer hier te zijner tijd over.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen of het in de Wlz mogelijk is om de zorg in ADL-clusterwonen met een pgb in te kopen. Daarnaast vragen deze leden aan de regering wat de definitie is van assistentie bij algemeen dagelijkse levensverrichtingen en of daaronder bijvoorbeeld ook persoonlijke verzorging en hand- en spandiensten vallen.*

De 24-uurs ADL-assistentie in en om de ADL-clusterwoning wordt binnen de Wlz geregeld via een subsidie aan de instelling die de zorg levert. Evenals in de huidige situatie is het daarmee niet mogelijk om deze zorg via pgb in te kopen. Voor de zorg buiten de woning geldt dat de cliënten deze wel via een pgb kunnen inkopen. Dit is zoals het nu in de Wlz is geregeld. In de memorie van toelichting wordt in hoofdstuk 6 bij de omschrijving van ADL-assistentie aangegeven dat dit naast de hulp bij algemeen dagelijkse levensverrichtingen ook andere hulp en diensten omvat, zoals het bijvullen van printerpapier, het smeren van een boterham, het vervangen van een batterij, het opruimen van een omgevallen glas melk of het openmaken van een fles wijn. Dat zijn dus inderdaad hand- en spandiensten.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen zich af met betrekking tot de 24 uren ADL assistentie af waarom er voor gekozen is om in de memorie van toelichting expliciet te benoemen dat het hierbij gaat om de aanbieder Fokus. Betekent dit dat dit in de toekomst niet voor eventuele andere aanbieders open staat? Worden mensen die deze zorg nodig hebben door dit voorstel niet verplicht om in een Fokuswoning te gaan wonen?*

De subsidieregeling ADL-assistentie kent – net als de huidige tijdelijke aanspraak – als begrenzing dat de zorg wordt geleverd in ADL-clusterwoningen die zijn gerealiseerd met subsidie uit de Regeling geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Dat betekent niet dat alleen Fokus deze zorg kan leveren, maar wel dat de zorg alleen geleverd kan worden in de ADL-clusterwoningen die zijn gerealiseerd met subsidie uit de Regeling geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Voor nieuwe initiatieven geldt dat deze binnen de Wlz vanuit een integraal pakket kunnen worden gerealiseerd, waarbij eventueel gebruik gemaakt kan worden van een meerzorgregeling (zowel bij zorg in natura als in het pgb).

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen om meer duidelijkheid over de wijze waarop onder de Wlz wordt gekeken naar gebruikelijke en bovengebruikelijke zorg. Dit omdat de regering in een eerdere brief over de hervormingen langdurige zorg heeft aangegeven dat thuiswonende kinderen met meervoudige beperkingen of een zeer ernstige verstande-*



*lijke beperking, die levenslang op zorg zijn aangewezen binnen de Wlz thuishoren. Men vraagt op welke manier recht aan die toezegging wordt gedaan wanneer er pas toegang is tot de Wlz wanneer de zorg qua tijd en intensiteit substantieel meer is dan bij kinderen zonder beperkingen. Verder vragen de leden van de GroenLinks-fractie of de regering kan aangeven in hoeverre de normen voor en definitie van gebruikelijke zorg afwijken van die in de huidige AWBZ.*

Als het gaat om minderjarige kinderen zijn ouders verantwoordelijk voor hun verzorging, opvoeding en het toezicht op hen. Dit geldt ook als het gaat om een kind met een ziekte, aandoening of beperking. Als gebruikelijke zorg wordt gezien de zorg die het kind toch al zou ontvangen van zijn ouders, zoals het bieden van toezicht. In de Wlz geldt daarom, evenals als onder de AWBZ, dat het kind op deze zorg niet is aangewezen. Hoe zwaarder de zorgbehoefte van een kind is hoe eerder zal de grens van wat nog tot de gebruikelijke zorg kan worden gerekend worden bereikt. Zo zal de grens van wat gebruikelijke zorg is bij een ernstig meervoudig gehandicapt kind op jongere leeftijd worden bereikt dan bij een lichamenlijk gehandicapt kind of een kind met een matige verstandelijk handicap. Bij het bepalen van de toegang tot de Wlz wordt er net als bij de AWBZ, rekening gehouden met gebruikelijke zorg bij het bepalen van de toegang.

*De leden van de SGP-fractie vragen de regering naar de gevolgen van dit wetsvoorstel voor gemoedsbezwaarden tegen verzekeringen. Gemoedsbezwaarden zien een verstrekking uit de AWBZ vaak niet als bezwaarlijk, aangezien zij de AWBZ zien als overheidsvangnet waarin onverzekerbare risico's zijn ondergebracht. De bezwaarde betaalt via een bijdragevervangende belasting een zelfde bijdrage aan de overheid als elke Nederlander. Deze bijdrage wordt niet in de spaarpot van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) gestort. Om deze reden heeft de Minister van VWS in een brief van 14 augustus 2001 verklaard, en op 20 februari 2006 herhaald, dat gemoedsbezwaarden wél aanspraak kunnen doen gelden op verstrekkingen uit de AWBZ. Kan de regering bevestigen dat gemoedsbezwaarden, zoals nu ook het geval is in de AWBZ, gebruik kunnen blijven maken van de zorg die valt onder de Wlz, zoals dat ook onder de huidige wettelijke regeling mogelijk was? In welk wetsartikel wordt dat geregeld, en op welke manier?*

De ontheffing die gemoedsbezwaarden hebben op grond van artikel 64 van de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv) in het voorliggende wetsvoorstel wijkt niet af van die onder de AWBZ. In artikel 2.2.1, lid 4, wordt bepaald dat een gemoedsbezwaarde door de Sociale Verzekeringsbank ter inschrijving wordt aangemeld bij het door de Minister van VWS aangewezen zorgkantoor of, indien geen zorgkantoor is aangewezen, bij de Wlz-uitvoerders naar rato van hun aantal verzekerden. Hierbij wordt aangesloten bij de regeling in artikel 9d, tweede lid, van de Zvw waar het betreft de inschrijving van onverzekerden.

*De leden van de SGP-fractie vragen de regering hoe gemoedsbezwaarden worden gecompenseerd voor de overheveling van de functies verpleging, verzorging en de langdurige GGZ, omdat zij door deze overheveling meer zelf moeten betalen. De SGP doet het voorstel om bij nota van wijziging te regelen dat niets aan de spaarrekening onttrokken wordt tijdens het leven van gemoedsbezwaarden, maar alleen het restant van deze spaarrekening na het overlijden van het laatste lid van het huishouden.*

In de Zvw is een uitzondering gemaakt op de verzekeringsplicht voor personen die gemoedsbezwaarden hebben tegen elke vorm van verzekeringen. Bij het inrichten van de regeling voor gemoedsbezwaarden (de

artikelen 2 en 70 van de Zvw) is gezocht naar een compromis tussen de wensen van gemoedsbezwaarden en het solidariteitsbeginsel dat aan de basis ligt van de Zvw. Dit heeft geleid tot de huidige regeling, waarbij jaarlijks de helft van het ingelegde bedrag aan vervangende Zvw-premie (minus eventuele onttrekkingen voor gemaakte zorgkosten) wordt onttrokken aan de spaarrekening ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds.

Het is lastig om te overzien welke financiële gevolgen de overheveling van de genoemde zorgfuncties precies heeft voor een gemoedsbezwaarde ten opzichte van een Zvw-verzekerde. Het voorstel ten aanzien van de afdrachtregeling zal daarom nader worden bezien.

*Onder de huidige AWBZ verloopt de indicatiestelling via zorgzwaartepakketten. Dit zal veranderen onder de Wlz, waar voor indicering via zorgprofielen is gekozen. De bekostiging blijft echter wel gebaseerd op zzp's. Het is de leden van de SGP-fractie nog niet helemaal duidelijk hoe de zorgprofielen zich precies verhouden tot de zorgzwaartepakketten, vooral omdat zzp's nog wel steeds vastgesteld zullen worden voor de financiering. Kan de regering precies aangeven wat de verschillen zijn? Maakt dit het systeem niet onnodig complex, terwijl een vereenvoudiging beoogd wordt?*

Een zorgprofiel kan worden omschreven als een algemene typering van vergelijkbare zorgbehoeften of beperkingen op dezelfde terreinen, waarbij de verzorgings-, verplegings-, begeleidings- of behandelingsdoelen naar aard, inhoud en globale omvang overeenkomen. De zorgprofielen in de Wlz zijn gebaseerd op de cliëntprofielen in de AWBZ. De profielen zullen de zorgbehoefte en de noodzakelijke zorg duiden. Cliënten en zorgaanbieders krijgen hiermee een grotere vrijheid in de wijze waarop de zorg geleverd wordt en er komt minder nadruk te liggen op de omvang. De cliënt of zijn vertegenwoordiger maken afspraken over de zorg met de zorgaanbieder, die worden vastgelegd in het zorgplan. Uitgangspunt hierbij zijn de professionele standaarden voor goede zorg. Het zorgzwaartepakket blijft bestaan voor de bekostiging. De leden van de SGP-fractie vragen zich af of dit het systeem niet complexer maakt dan nodig of vereenvoudiging in de weg staat. Het zorgzwaartepakket blijft echter noodzakelijkerwijs bestaan voor de bekostiging. Uiteraard moet aan de achterkant de geleverde inzet bekostigd worden. Zorgaanbieders, zorgkantoren en NZa maken prijs- en volumeafspraken over de zorginkoop, de zorgtoewijzing en declaratie. In dat gesprek staat de instelling centraal. De bedoeling is niet dat voor elke cliënt exact de een normbedrag vergoed wordt, maar om te komen tot een bedrag dat de instelling als geheel nodig heeft om verantwoorde zorg te kunnen leveren aan alle cliënten.

*De leden van de SGP-fractie geven aan dat in de toegangscriteria van de Wlz niets is opgenomen over de rol van de sociale omgeving van de cliënt. Uitzondering hierop zijn ouders van wie naar algemeen aanvaardbare maatstaven verwacht wordt dat zij hun kinderen verzorgen, opvoeden en toezicht bieden ook al is er sprake van een kind met een ziekte, aandoening of beperking. De leden vragen wat de regering in deze verstaat onder gebruikelijke zorg en worden ouders geacht levenslang hun kind naar algemeen aanvaardbare maatstaven op te verzorgen en op te voeden omdat de ouder-kind relatie levenslang is? Verder vragen de leden van de SGP-fractie door wie en volgens welke criteria wordt vastgesteld is of er sprake is van gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen.*

Als het gaat om minderjarige kinderen zijn ouders verantwoordelijk voor hun verzorging, opvoeding en het toezicht op hen. Dit geldt ook als het gaat om een kind met een ziekte, aandoening of beperking. Als gebruikelijke zorg wordt gezien de zorg die het kind toch al zou ontvangen van zijn ouders, zoals het bieden van toezicht. In de Wlz geldt daarom, evenals als onder de AWBZ, dat het kind op deze zorg niet is aangewezen. Op het moment dat de hoeveelheid of de inhoud van de benodigde zorg ten opzichte van een kind zonder beperkingen zodanig zwaar is dat die niet langer van de ouders kan worden gevraagd, is er aanspraak op een integraal pakket aan zorg vanuit de Wlz.

Hoe ouder het kind wordt, hoe minder zorg gebruikelijk is. Zo zal de grens van wat gebruikelijke zorg is bij een ernstig meervoudig gehandicapt kind of een kind met een zeer ernstige verstandelijke beperkingen op jongere leeftijd worden bereikt dan bij een lichamelijk gehandicapt kind of een kind met een matige verstandelijk handicap.

Het CIZ stelt op uniforme wijze bij de indicatiestelling per individuele situatie vast of er sprake is van gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen of niet. Wat gebruikelijk is in de zorg van ouders aan kinderen, wordt in samenwerking met het Zorginstituut Nederland en het CIZ in een richtlijn uitgewerkt in de Beleidsregels Indicatiestelling Wlz.

*De leden van de SGP-fractie wijzen erop dat veel mensen zo lang mogelijk en zoveel mogelijk zelfstandig in hun vertrouwde omgeving willen blijven. Voor ouders is dit veelal bij hun partner, indien zij deze nog hebben. Bij kinderen en jongeren met verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen is dit bij hun ouders. Als er geen opname is in een instelling, kan gebruik gemaakt worden van een vpt of pgb. Voorwaarde is wel dat de zorgkosten niet hoger mogen zijn dan bij verblijf in een instelling. Houdt de regering er rekening mee dat dit er voor kan zorgen dat kinderen van hun ouders worden gescheiden vanwege financiële belemmeringen? Is de regering met deze leden van mening dat dit zoveel mogelijk moet worden voorkomen zolang ouders zelf de bereidheid en de mogelijkheid hebben voor hun kind te blijven zorgen, ook al is er een zware zorgvraag.*

De regering heeft, in geval gekozen wordt voor een pgb of vpt, in de Wlz een aantal voorwaarden opgenomen opdat verzekerd is dat de zorg thuis verantwoord kan worden vormgegeven en de regie die met een pgb wordt geïmpliceerd ook waargemaakt kan worden. De algemene stelregel is dat de kosten van het pgb en vpt als afgeleide van het naturatarief per definitie niet hoger zouden kunnen zijn dan het naturatarief. Immers op het pgb en vpt zijn enkele kostencomponenten niet van toepassing die wel van toepassing zijn op het naturatarief. De regering ziet deze stelregel op zich niet als iets wat ervoor kan zorgen dat kinderen van hun ouders worden gescheiden, mocht in voorkomende gevallen de zorg eventueel toch duurder uitpakken. Het is als zodanig ook geen weigeringsgrond voor het vpt en pgb. Juist ouders die de bereidheid en de mogelijkheid hebben om bij een zware zorgvraag voor hun kind te blijven zorgen in de thuissetting met een combinatie van formele en informele zorg moeten dat kunnen doen.

*De leden van de SGP-fractie merken op dat voor de indicatiestelling het CIZ gebruik maakt van (medische) informatie. In het wetsvoorstel is geregeld dat hulpverleners met een beroepsgeheim desgevraagd gegevens dienen te verschaffen. Concreet betekent dit dat de informatieplicht voor het beroepsgeheim gaat. De leden van de SGP-fractie vragen hoe de regering dit ziet in het kader van de Wet bescherming persoonsgegevens? Hoe wordt gewaarborgd dat onder de Wlz de toegang tot de gezondheidszorg veilig blijft en de patiënten het vertrouwen houden dat*

*hun gegevens niet met anderen gedeeld worden zonder hun toestemming.*

De Wbp gaat over de verwerking van persoonsgegevens. Het medisch beroepsgeheim wordt niet geregeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, maar in de Wgbo-artikelen van Boek 7 BW en artikel 88 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. De verstrekking van de persoonsgegevens kan geschieden zonder de toestemming van de patiënt indien een wettelijk voorschrift daartoe verplicht. Artikel 9.1.2, tweede lid, van de Wlz is een dergelijk wettelijk voorschrift. Het past dus binnen de regels voor het medisch beroepsgeheim in de Wgbo-artikelen van Boek 7 BW.

Het CIZ kan de verkregen gegevens gebruiken voor de uitvoering van wettelijke voorschriften (in het uiterste geval, waarbij wel sprake is van voorwaarden), zoals de taak om indicatiebesluiten af te geven. Voor andere verwerkingen, die niet noodzakelijk zijn voor de uitvoering van een wettelijk voorschrift, geldt het verbod van artikel 16 van de Wbp om medische persoonsgegevens te verwerken. De personen die werkzaam zijn bij het CIZ en op grond van hun ambt of beroep een medisch beroepsgeheim hebben, mogen deze gegevens niet delen, behoudens voor zover enige wettelijke voorschrift hen tot mededeling verplicht. Op grond van artikel 2:5 van de Awb en artikel 21, tweede lid, van de Wbp geldt voor de overige medewerkers van het CIZ ook een geheimhoudingsplicht, voor zover enige wettelijke voorschrift hen tot mededeling verplicht of vanuit hun taak de noodzaak tot mededeling voortvloeit.

*De door de leden van de SGP-fractie gesteunde motie Keijzer/Bergkamp roept de regering op, mensen die langdurig zijn aangewezen op ggz, niet over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet. De leden van de SGP-fractie wijzen er op dat ik in mijn brief heb aangegeven aan dat cliënten met langdurige ggz-problematiek zowel vanuit de Zorgverzekeringswet als vanuit de Wmo op basis van nog vast te stellen criteria kunnen instromen in de Wlz. De leden van de SGP-fractie dringen erop aan dit goed geregeld wordt, zodat voor iedereen duidelijk is in welke situaties mensen op welke wet beroep kunnen doen, met name ook voor mensen die langdurig met de ggz te maken hebben.*

Ik ben het met de leden van de SGP-fractie eens dat dit goed geregeld moet worden, en ben voornemens daar voor te zorgen. Zoals ik in de brief waarnaar de leden van de SGP-fractie verwijzen heb aangegeven, zullen de criteria voor toegang tot de Wlz zorgvuldig worden ontwikkeld en geoperationaliseerd. Ik verzoek het Zorginstituut Nederland op korte termijn om onderzoek te verrichten naar een nieuwe manier van vaststellen of een verzekerde in het kader van de Wlz recht heeft op een integraal zorgpakket op grond van die wet. In dat kader vraag ik het Zorginstituut Nederland ook om mij te adviseren over objectieve inhoudelijke toetsingscriteria voor toegang van ggz-cliënten tot de Wlz (Wlz). Daarbij zullen ondermeer de partijen worden geconsulteerd die betrokken zijn bij de werkafspraken langdurige ggz.

Daarnaast is in de werkafspraken langdurige ggz afgesproken dat veldpartijen gezamenlijk een screeningsinstrument ontwikkelen dat kan verduidelijken in welk domein iemands vraag om zorg of ondersteuning op het terrein van de langdurige ggz het beste past, de Zvw, de Wmo, of de Wlz. Dit kan door verwijzers of begeleiders worden gebruikt in de dagelijkse praktijk van toeleiding of verwijzing naar passende zorg en ondersteuning.

*De leden van de SGP-fractie vragen zich af of de regering zich realiseert dat door het niet vergoeden van woningaanpassingen van verzekerden boven de 18 jaar mensen zich genoodzaakt zien te kiezen voor een veel duurdere opname in een instelling. De leden vragen zich af of de regering bereid is om een financiële tegemoetkoming in de wet te verankeren voor meerderjarigen met een Wlz-indicatie die voor een vpt of pgb kiezen en niet in staat zijn hun noodzakelijke woningaanpassing uit eigen middelen te bekostigen.*

Tijdens de plenaire behandeling van de Wmo 2015 in de Tweede Kamer heb ik toegezegd dat op grond van de Wlz ook woningaanpassingen voor verzekerden van achttien jaar of ouder vergoed kunnen worden. Dit wordt geregeld in de tweede nota van wijziging op de Wlz die medio juni aan de Tweede Kamer zal worden gestuurd.

*De leden van de SGP-fractie merken op dat het recht op verblijf behoort tot de zorgplicht van de Wlz-uitvoerder. Tot deze zorgplicht behoort niet het recht op verblijf in een instelling naar voorkeur. Onder de AWBZ was het mogelijk om in afwachting van een plaats in een voorkeursinstelling thuis te blijven wonen. Binnen de Wlz zal dat niet meer mogelijk zijn als dat niet helemaal meer verantwoord is of als er thuis meer zorg moet worden ontvangen. De leden van de SGP-fractie vragen of de regering kan toelichten waarom hiervoor gekozen is. Moet niet, als het maar even mogelijk is, ervoor gezorgd worden dat mensen verhuizen naar een plaats waar ze zich ook thuis voelen? Kan worden aangegeven op welke manier de overbruggingszorg van de Wlz precies verschilt van die in de AWBZ? Houden mensen wel de mogelijkheid om de zorg thuis als overbruggingszorg te blijven ontvangen, als er voldoende mantelzorgmogelijkheden zijn uit het sociale netwerk om in de periode van de overbruggingszorg toch voldoende zorg te kunnen blijven ontvangen, zodat mensen niet onnodig extra moeten verhuizen?*

Onder de AWBZ komt het voor dat cliënten met een ZP-indicatie erin slagen een opname voor langere tijd uit te stellen. Vaak heeft men dan extramurale AWBZ-zorg in aanvulling op mantelzorg. Er is in de AWBZ een uitvoeringspraktijk ontstaan waarin de zorgkantoren dan op verzoek van de cliënt extramurale AWBZ-zorg toewijzen en bekostigen. In de Wlz is dat niet meer aan de orde. Zolang er dankzij voldoende mantelzorgmogelijkheden uit het sociale netwerk nog een verantwoorde situatie is met extramurale zorg vanuit de Wmo en de Zvw heeft men geen Wlz-zorg nodig en zal men ook geen Wlz-indicatie aanvragen. De Wlz-uitvoerder heeft de taak voldoende passende Wlz-zorg in te kopen. Net als onder de AWBZ zal ook onder de Wlz de cliënt kenbaar kunnen maken welke instelling zijn voorkeur heeft. Uiteraard zal de Wlz-uitvoerder hiermee ook net als nu naar vermogen rekening houden. Terecht merken de leden van de SGP-fractie op dat het van groot belang is dat mensen opgenomen kunnen worden in een instelling waar men zich thuis voelt. Anderzijds mag van de cliënt worden verwacht dat men meewerkt aan een snelle overdracht naar de Wlz. Aangezien de cliënt is aangewezen op een volledig zorgpakket, dient dit pakket ook binnen redelijke termijn vanuit de Wlz geleverd te worden. Het is namelijk niet wenselijk dat gemeenten en verzekeraars voor langere tijd extramurale zorg blijven bekostigen in situaties waarin de cliënt Wlz-zorg heeft aangevraagd en passende zorg beschikbaar is. Binnen de Wlz zijn daarom de mogelijkheden beperkt om zorg thuis te ontvangen als een cliënt in afwachting is van een plaats in een voorkeursinstelling als er wel passende Wlz-zorg beschikbaar is. De Wlz-uitvoerder zet dan niet meer zorg in dan in een regulier vpt of pgb besloten ligt.

*De leden van 50PLUS vragen of het voor cliënten met een Wlz-indicatie mogelijk is om de keuze voor een vpt in een later stadium dit alsnog omzetten in verblijf in een instelling zonder dat zijn indicatie is veranderd.*

Ja. Cliënten met een Wlz-indicatie die kiezen voor het vpt, kunnen hun Wlz-indicatie op een later moment omzetten in verblijf in een instelling.

*De leden van de fractie van 50PLUS vragen zich af waarom er niet voor gekozen is om woningaanpassingen te vergoeden voor cliënten met een Wlz-indicatie die er expliciet voor kiezen om thuis zorg te ontvangen en waarom woningaanpassingen niet gezien worden als essentieel onderdeel van de integrale zorg die thuis wordt geleverd met als doel langer regie over het eigen leven te houden en zelfredzaamheid te bevorderen. De leden vragen zich af waarom deze aanpassingen wel deel uitmaken van het zorgpakket in een intramurale instelling en waarom mensen niet worden beloofd voor hun keuze om zorg thuis te ontvangen aangezien dit meestal goedkoper is. De leden vragen zich verder af hoe deze maatregel te rijmen is met de conclusie uit het rapport van de Raad voor de Leefomgeving dat er ca 80.000 aangepaste woningen nodig zijn, en volgens Actiz en Uneto Vini zelfs 100.000, waardoor een tekort aan aangepaste woningen kan leiden tot meer opnames in een intramurale instelling.*

Tijdens de plenaire behandeling van de Wmo 2015 in de Tweede Kamer heb ik toegezegd dat op grond van de Wlz ook woningaanpassingen voor verzekerden van achttien jaar of ouder vergoed kunnen worden. Dit wordt geregeld in de tweede nota van wijziging op de Wlz, die medio juni aan de Tweede Kamer zal worden gestuurd. Hierdoor zal het aantal aangepaste woningen de komende jaren naar verwachting toenemen.

Verder verwijs ik de Kamer naar de kabinetsreactie van 4 juni jl. op het rapport van de Raad voor de Leefomgeving en Infrastructuur. In deze reactie is ingegaan op de relatie tussen de ontwikkelingen in de langdurige zorg en ondersteuning en het wonen.

### **3. Kwaliteit**

*De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre toezicht wordt gehouden op de wettelijke verplichting van de zorgplanbespreking. Zij vragen wat er gebeurt in de situatie dat zorgaanbieder en cliënt geen overeenstemming kunnen bereiken over het zorgplan.*

De Inspectie voor de Gezondheidszorg zal toezien op de naleving van de wettelijk verplichte zorgplanbespreking. Zij zal erop toezien dat instellingen het zorgplan zorgvuldig en in nauw overleg met de cliënt en zijn verwanten opstellen, uitvoeren en regelmatig bespreken. Indien er geen overeenstemming over het zorgplan bereikt wordt tussen zorgaanbieder en cliënt kan de cliënt op grond van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) een klacht indienen. Het voorstel van wet Kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz), dat momenteel ter behandeling ligt in de Eerste Kamer, zet erop in dat klachten van cliënten laagdrempelig in een zo vroeg mogelijk stadium worden opgelost. Een goed gesprek tussen de zorgverlener en de cliënt met een klacht doet vaak al wonderen; het formaliseren van de klachtbehandeling door een uitspraak van een klachtencommissie te vragen is dan vaak niet meer nodig.

*De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre zorgplannen periodiek dienen te worden geactualiseerd. Zij vragen wat er gebeurt in de situatie dat zorgaanbieder en cliënt geen overeenstemming kunnen bereiken over*

*de actualisatie van het zorgplan, en de cliënt ook niet bereid of in staat is te verhuizen naar een andere aanbieder.*

Op grond van artikel 8.1.1, vijfde lid, van het wetsvoorstel is de aanbieder verplicht om tweemaal per jaar een bespreking met de cliënt te organiseren ter evaluatie en actualisatie van de afspraken in het zorgplan. Met het wetsvoorstel wordt een goede en volledige dialoog tussen cliënt en zorgverlener gefaciliteerd en gestimuleerd, waarbij er echt naar de wensen en behoeften van de cliënt wordt geluisterd. Bij veranderende zorgvragen en wensen van de cliënt moet de zorgaanbieder daar snel op inspelen. De zorgverlening is immers een continu proces waarbij de dialoog tussen cliënt en zorgverlener niet iets moet zijn van twee momenten in het jaar.

Indien de zorgaanbieder en cliënt geen overeenstemming bereiken over de actualisatie van het zorgplan kan de cliënt op grond van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) een klacht indienen. Het voorstel van wet Kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz), dat momenteel ter behandeling ligt in de Eerste Kamer, zet erop in dat klachten van cliënten laagdrempelig in een zo vroeg mogelijk stadium worden opgelost. Een goed gesprek tussen de zorgverlener en de cliënt met een klacht lost vaak al veel op; het formaliseren van de klachtbehandeling door een uitspraak van een klachtencommissie te vragen is dan vaak niet meer nodig.

*De leden van de PvdA-fractie vragen wanneer de Kamer de kwaliteitsagenda ontvangt? Hoe deze kwaliteitsagenda aansluit op het kwaliteitskader gehandicaptenzorg waar door vele partijen in de gehandicaptenzorg aan gewerkt is, ook om de balans te vinden tussen verantwoording aan toezichthouders en toetsing van kwaliteit van zorg? In hoeverre de kwaliteitsagenda leidt tot onnodige bureaucratische lasten en administratieve druk? Welke rol speelt het kwaliteitskader gehandicaptenzorg op de sturing van kwaliteit van zorg volgens de regering?*

Zeer binnenkort stuur ik de Kamer de brief over de kwaliteit van de langdurige zorg, die in goed overleg met veldpartijen opgesteld. De speerpunten genoemd in de brief zijn toegeschreven naar de ouderenzorg maar gelden in principe voor de gehele langdurige zorg. Later dit jaar volgt een brief specifiek over de gehandicaptenzorg waarin de speerpunten nader worden uitgewerkt. Deze brief zal ook aansluiten op lopende initiatieven vanuit het veld, zoals het kwaliteitskader gehandicaptenzorg.

*De leden van de PvdA-fractie stellen een aantal vragen over de zorgplanbespreking en het opstellen van het zorgplan. Zij vragen hoe geborgd wordt en van de grond komt dat het perspectief, de drijfveren en de mogelijkheden van de cliënt het uitgangspunt zijn voor het gesprek over de wijze waarop de zorg daarbij kan aansluiten. Zij benoemen hierbij de aspecten cultuuromslag, de controle hierop, de juiste prikkels, de opleidingen en scholing van personeel, het borgen van evaluaties van het zorgplan met de cliënt of zijn vertegenwoordiger aan tafel, het borgen van de juiste bejegening en benadering van cliënten, de infrastructuur en middelen van de zorgaanbieders en het overnemen van goede voorbeelden in de sector.*

De regering is ervan overtuigd dat werkenden in de zorg het hart op de goede plaats hebben en dat zij zich enorm inzetten om goede afspraken te maken binnen de grenzen van het mogelijke en om afspraken na te komen. Zij verdienen steun, zodat zij hun werk goed kunnen doen. Dit wetsvoorstel biedt hen die steun bij het voeren van het gesprek met de cliënt en met hun leidinggevende. Het vermindert hun handelingsverlegenheid. Daarnaast speelt mee dat er een ingesloten cultuur in Nederland is dat, als je van thuis naar een AWBZ-instelling verhuist, de instelling

vervolgens alles verzorgt, inclusief de regie over je eigen leven. Met dit wetsvoorstel wil ik de mensen die in de zorg werken en de mensen die zorg ontvangen de steun bieden die zij nodig hebben om goede afspraken met elkaar te maken over de zorgverlening en om te zorgen dat de afspraken ook waargemaakt worden.

De kwaliteitsverbeteringen kunnen niet alleen via regelgeving worden gerealiseerd, daar zijn ook cultuurveranderingen voor nodig. In de brief over de kwaliteit van de langdurige zorg geef ik aan langs welke lijnen ik die cultuurveranderingen wil vormgeven. Om de gewenste kwaliteitsverbetering te bereiken, gaan de Wlz en de keuzes en maatregelen in de brief over de kwaliteit van de langdurige zorg dus hand in hand. Hiermee wil ik borgen dat het perspectief, de drijfveren en mogelijkheden van de cliënt het uitgangspunt worden in de zorgverlening en dus ook het zorgplan. De IGZ zal gaan toezien op de naleving van de wettelijk verankerde zorgplanbespreking. Dat betekent dat zij erop toeziet dat instellingen het zorgplan zorgvuldig en in nauw overleg met de cliënt en zijn verwanten opstellen en uitvoeren. Het versterken van de professionaliteit van zorgverleners is van belang bij de uitvoering van de Wlz. Zo moet de professional in staat zijn om cliënten te kunnen ondersteunen in het voeren van de eigen regie en in het maken van eigen keuzes, rekening houdend met alle aspecten van het leven. Het versterken van de professionaliteit van de zorgverlener is daarom ook een onderdeel van de Kwaliteitsbrief.

Het wetsvoorstel betekent voor managers dat zij hun medewerkers in meerdere opzichten in staat moeten stellen om een goed gesprek te voeren met de cliënt en met hun verwanten, om goede afspraken te maken en om die afspraken na te leven. Scholing voor medewerkers is daarbij cruciaal. Door middel van het programma In voor Zorg! worden inmiddels veel zorginstellingen ondersteund bij veranderingen gericht op de toekomst. Het gaat hierbij om het implementeren van nieuwe technologieën, ketenzorg, bedrijfsvoering, maar ook veranderingen gericht op de relatie tussen cliënten, professionals en bestuur in instellingen. Inmiddels zijn er veel aansprekende voorbeelden waarbij instellingen er in zijn geslaagd om een cultuurverandering te realiseren, waarbij de vraag van de cliënt centraal staat. Ik zal ervoor zorg dragen dat deze goede voorbeelden verspreid blijven worden.

*De leden van de PvdA fractie vragen hoe er voor wordt gezorgd dat het opleidingsniveau van de medewerkers in de Wlz beter aangepast wordt op de zorgvragen van cliënten in de Wlz? Hoe komen hogere eisen die gesteld worden aan personeel met de wijzigingen in de Wlz op de werkvloer daadwerkelijk tot stand?*

Het versterken van de professionaliteit van medewerkers is een van de speerpunten in de brief over de kwaliteit van de langdurige zorg, die zeer binnenkort aan de Kamer wordt aangeboden. In de brief ligt de nadruk op de ouderenzorg. Het realiseren van het gewenste opleidingsniveau van medewerkers in de zorg is hierbij een apart aandachtspunt.

*De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de regering kleinschaligheid gaat stimuleren en waarom het scheiden van wonen en zorg via pgb en het vpt niet als uitgangspunt worden genomen en de zorg in natura binnen instellingen als een uitzondering. Zij wijzen daarbij op het voorbeeld van Opella. Tevens vragen de leden van PvdA-fractie hoe de regering er voor kan zorgen dat nietszeggende protocollen zoals HACCP en HKZ-certificering die niet passen bij het «normale leven thuis» kunnen worden losgelaten.*



Een belangrijke verbetering in de Wlz is dat er een wettelijk recht op een vpt en een pgb is verankerd. Hiermee is de keuze voluit aan de cliënt om binnen de gewenste schaalgrootte een passende combinatie van wonen en zorg te vinden. De Wlz richt zich op kwetsbare mensen die permanent toezicht nodig hebben of zijn aangewezen op zorg die voortdurend in de nabijheid is. In veel gevallen zal verblijf in een instelling de beste keuze zijn gezien de behoefte en de kenmerken van de cliënt. Dat moet dus goed geregeld worden en dat bevordert de regering met een individueel recht, waarbij niet op voorhand een keuze is ingevuld. Voorts wijst de regering erop dat met het gelijkstellen van pgb, vpt en opname in een instelling kleinschaligheid op veel manieren is te organiseren. Door middel van deze voorzieningen kan de zorg beter in de buurt worden georganiseerd en kan spreiding van de benodigde capaciteit plaatsvinden. Het scheiden van wonen en zorg wordt voor de lichtere doelgroepen gerealiseerd doordat mensen minder snel aanspraak maken op een zorgzwaartepakket. Zij worden daardoor langer ondersteund binnen hun eigen omgeving, waarmee wonen en zorg gescheiden blijven en waarmee ook een aantal regels zoals deze bij de zorg in een instelling gelden niet langer van toepassing zijn. Dat geldt bijvoorbeeld dan ook voor de normen van de HACCP. De zorg(verlener) komt in een dergelijk geval bij de cliënt op bezoek in plaats van dat de cliënt het gevoel heeft dat deze bij de instelling op bezoek is.

*De leden van de PvdA-fractie vinden dat als het streven is om het gewone leven leidend te laten zijn, normen als de HACCP of de HKZ-certificering hier niet bij passen. Deze leden vragen de regering schoon schip te maken met dergelijke nietszeggende protocollen. Voorts vragen zij welke visie de regering heeft op dergelijke normen en protocollen nu de norm het «normale leven thuis» wordt.*

Ook in het «normale leven thuis» zijn regels nodig. Die vormen de kaders waarbinnen het «huiselijk verkeer» plaatsvindt, maar staan het «normale leven» niet in de weg. Denk aan het kijken naar de uiterste houdbaarheidsdatum van voedingsmiddelen of het hygiënisch omgaan met snijplanken in de keuken. In de visie van de regering moeten instellingen voor langdurige zorg naar die situatie terug. Enerzijds zijn bepaalde regels wel degelijk nodig: net als thuis dragen deze bij aan een gezonde en veilige leefomgeving, en met het oog op de kwetsbare groep cliënten zijn ze zelfs belangrijker dan voor de gemiddelde persoon thuis. Momenteel lijken normen en protocollen de kwaliteit van leven van cliënten binnen zorginstellingen soms echter in de weg te staan. Uit de ervaringen met het experiment regelarme instellingen blijkt dat het niet altijd gaat om concrete hinderende regels, maar dat er ook een veel misverstand zijn die bijdragen aan de beleving van overdreven regels. Ik heb daarom, in aanvulling op het experiment regelarme instellingen, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie gevraagd te onderzoeken welke al dan niet bestaande regels volgens cliënten/mantelzorgers, verzorgenden en managers van verpleeghuizen de eigen regie en kwaliteit van leven van cliënten in de weg staan. Dit vormt de basis voor het gesprek dat ik met genoemde partijen wil voeren over nut en noodzaak van die (vermeende) hinderende regelgeving. Ook als de HACCP-regels niet als zodanig genoemd worden, wil het kabinet zal ik nog eens nadrukkelijk kijken naar de mogelijk hinderende werking ervan. Ten aanzien van de door deze leden genoemde HKZ-certificering merk ik op dat deze niet verplicht is op grond van wetgeving. Een zorgaanbieder is wettelijk gehouden tot het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Een kwaliteitskeurmerk als bijvoorbeeld HKZ kan dienen als bewijs van erkenning dat dit binnen de zorginstelling ook daadwerkelijk gebeurt, maar aan zorginstelling kan ook op andere wijze aan deze wettelijke eis voldoen.

*De leden van de PvdA-, de D66- en GroenLinks-fractie vragen een uitgebreide toelichting op het systeem van persoonvolgende bekostiging. Daarbij noemen de leden van de PvdA-fractie de volgende elementen:*

- *meer cliëntgericht en minder instellingsgericht;*
- *gevolgen voor aanbieders;*
- *gevolgen voor cliënten;*
- *vernieuwing van het zorgaanbod;*
- *continuïteit van zorg.*

*De leden van de D66-fractie vragen naar de voor- en nadelen van persoonvolgende bekostiging.*

*De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen hoe breed de wens wordt gedragen om te komen tot persoonvolgende bekostiging*

In de huidige AWBZ is reeds een groot aantal persoonvolgende elementen opgenomen. Zo is de indicatie met verblijf van een cliënt verbonden aan een zorgzwaartepakket en wordt op basis van de NZa-tarieven een vergoeding per ZZP vastgesteld. De invloed van de cliënt is afhankelijk van de leveringsvorm. Bij zorg in natura in een instelling kan de cliënt een keuze maken uit de gecontracteerde instellingen. Deze keuze is ook aanwezig bij het vpt. Bij het pgb kan de cliënt eventueel ook niet -door het zorgkantoor- geselecteerde aanbieders zelf contracteren. Indien de cliënt met een verblijfsindicatie thuis zorg krijgt in functies en klassen is de invloed van de cliënt soms beperkter. Weliswaar is het aantal aanbieders groter maar in dat geval heeft het zorgkantoor een aantal aanbieders niet geselecteerd, waarbij de cliënt de zorg zou willen afnemen. Overigens komt de invloed van de cliënt niet alleen tot uiting bij de keuze van de zorgaanbieder, maar ook bij de invulling van het zorgplan en in het overleg tussen cliëntenraden en zorgkantoren over het jaarlijkse zorginkoopplan.

In de Wlz wordt dit proces op een aantal punten verbeterd. Zo wordt het pgb wettelijk verankerd. Krijgt het vpt krijgt een volwaardig karakter, waarbij ook de vernieuwing van het zorgaanbod kan doorklinken. Daarnaast komen functies en klassen op termijn te vervallen en worden zzp's omgevormd tot zorgprofielen, waardoor de aanbieder meer ruimte krijgt om zelf het zorgpakket in te vullen.

Zowel de cliëntenorganisaties als de zorgaanbieders hebben aangegeven het pad van persoonvolgende bekostiging verder te willen verkennen. Actiz heeft met haar leden een groep gevormd om te gaan experimenteren met de verschillende vormen van persoonvolgende bekostiging. Actiz heeft gevraagd om ondersteuning via «InVoorZorg!» bij deze experimenten. Doelstelling is om inzicht te krijgen in de gevolgen van de verschillende vormen van persoonvolgendheid. Deze leerervaringen kunnen dan bij de verdere beleidsvorming worden meegenomen. Gewaarborgd moet echter zijn dat de continuïteit van de zorg niet in het gedrang komt.

*De leden van de PvdA-fractie vragen zich af hoe het hospitaliseren van cliënten, eigen netwerken en zorgmedewerkers wordt voorkomen, zodat we toe kunnen naar een systeem van eigen regie, zeggenschap en gezond verstand.*

De wens van de leden van de PvdA-fractie sluit volledig aan bij de visie van de regering. In die visie op de langdurige zorg staat centraal dat wordt uitgegaan van wat mensen nog wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen. Mensen zoeken allereerst zelf naar oplossingen als zij ondersteuning nodig hebben. Neemt de behoefte aan zorg en ondersteuning toe dan kan een beroep op de gemeente en/of zorgverzekeraar worden gedaan. Daarbij staat voorop dat deze hulp de informele hulp versterkt en

ondervangt. Het eigen netwerk blijft hierdoor van groot belang en er wordt voorkomen dat onnodig beroep wordt gedaan op professionals. Er kan een moment komen dat zelfs met alle inzet die er is de kwaliteit van bestaan onder druk komt te staan. Er kan bijvoorbeeld sprake zijn dat er gevaar ontstaat voor de gezondheid en welzijn van de cliënt. Deze mensen hebben dan recht op passende zorg en ondersteuning vanuit de Wlz. Op het moment dat de cliënt recht heeft op Wlz-zorg houdt de zeggenschap en de verantwoordelijkheid van de cliënt en zijn omgeving niet op. Ieder mens heeft wensen en behoeften en moet de mogelijkheid krijgen deze wensen en behoeften kenbaar te maken. In de Wlz staan de mogelijkheden van cliënten voorop en behoudt de cliënt zoveel mogelijk eigen regie. Doordat in de Wlz ook het pgb en vpt mogelijk zijn en wettelijk zijn verankerd, kunnen cliënten er in de Wlz ook voor kiezen langer thuis te blijven wonen. Zo behouden zij hun regie zoveel mogelijk. Met deze uitgangspunten in de Wlz staan eigen regie en zeggenschap zo veel mogelijk voorop. In mijn brief over de kwaliteit van de langdurige zorg wordt hier meer uitgebreid op ingegaan.

*In het wetsvoorstel is aandacht voor de ondersteuning van de cliënt. In principe is de Wlz-uitvoerder verantwoordelijk voor deze ondersteuning, tenzij een cliënt nog geen toelating tot de Wlz heeft en bij het aanvragen van een indicatie bij het CIZ ondersteuning nodig heeft. In dat geval moet de gemeente ondersteuning bieden. Het ontgaat de leden van de PvdA-fractie wat hier specifiek de bedoeling van is. De leden vragen of een cliënt zich ten aller tijde eerst moet melden bij de gemeente met een zorgvraag. Hoe wordt de financiering van cliëntondersteuning dusdanig geregeld dat wanneer een cliënt eerst via de gemeente cliëntondersteuning heeft, vervolgens onder de Wlz valt en via de Wlz ondersteuning krijgt, niet afhankelijk is van een andere ondersteuning na de overgang van het ene naar het andere systeem? Hoe wordt continuïteit van ondersteuning geborgd? De leden van de Groenlinks-fractie zijn van mening dat onafhankelijke cliëntondersteuning beschikbaar moet zijn voor mensen die een beroep doen op de Wlz en dat de toegang tot de onafhankelijke cliëntondersteuning in elke zorgwet gelijkwaardig moet zijn. Zij vragen zich af of mensen bij de overgang van de Wmo naar de Wlz hun vertrouwde cliëntondersteuner kwijt kunnen raken, aangezien in de Wlz de uitvoerder van de Wlz verantwoordelijk is voor de cliëntondersteuning, in tegenstelling tot de Wmo. Ziet de regering mogelijkheden om gemeenten en uitvoerders van de Wlz goede afspraken te laten maken over het beschikbaar stellen van integrale cliëntondersteuning? Is de regering bereid op die afspraken aan te dringen?*

In de Wmo is geregeld dat de thuiswonende cliënt een beroep kan doen op cliëntondersteuning tot en met de toegangspoort van de Wlz, het CIZ. Vervolgens is de Wlz-uitvoerder verantwoordelijk voor het leveren van cliëntondersteuning. De gemeente is verantwoordelijk voor cliëntondersteuning voor de thuiswonende cliënt tot en met de toegangspoort van de Wlz, het CIZ. De cliëntondersteuning is onafhankelijk, gratis en laagdrempelig beschikbaar; er is dus geen besluit of onderzoek nodig vanuit de gemeente. Vaak zullen overigens mensen al gebruik hebben gemaakt van gemeentelijke voorzieningen (waaronder cliëntondersteuning) alvorens een beroep wordt gedaan op de Wlz. De middelen voor cliëntondersteuning voor ouderen en ggz-cliënten maken al deel uit van het gemeentefonds. De MEE-middelen worden per 2015 toegevoegd aan het deelfonds sociaal domein in het gemeentefonds, en dit betreft tevens de ondersteuning van mensen met een handicap bij de aanvraag bij het CIZ. Zodra een cliënt een Wlz-indicatie heeft is de Wlz-uitvoerder verantwoordelijk voor de beschikbaarheid en financiering van cliëntondersteuning. Overigens wijs ik de Kamer er op dat een cliëntondersteuner in de Wlz andere specifieke kennis nodig heeft in vergelijking met een cliëntonder-

steuner in de Wmo. Het kan dus ook in het belang van de cliënt zijn dat deze na de overgang van de Wmo naar de Wlz een beroep kan doen op een andere cliëntondersteuner. Hiermee zal in de afspraken rekening moeten worden gehouden.

*De leden van de fractie van de PvdA lezen dat zorgkantoren cliënten betrekken bij de inkoop van zorg in de AWBZ en gebruik maken van de meting van cliëntervaringen over de geleverde zorg. Zij vragen de regering aan te geven hoe dit gebeurt en wat de frequentie hiervan is.*

Cliëntenorganisaties vervullen een katalyserende rol bij het borgen van de belangen van de cliënt en in het bijzonder daarbij de positie van kwetsbare groepen. De regering heeft deze mogelijkheden willen faciliteren door in het wetsvoorstel te voorzien in het versterken van de invloed van de verzekerde op het beleid van de Wlz-uitvoerder bij de uitvoering van de Wlz. Hiervoor is in de Wlz, conform de Zvw, bepaald dat de statuten van de Wlz-uitvoerders waarborgen moeten bieden voor invloed van de verzekerden op het beleid. Overigens kunnen ook in de huidige AWBZ, waarin de invloed van verzekerden nog niet verplicht statutair is geborgd, cliënten al invloed uitoefenen op het beleid van de zorgkantoren. Cliëntenorganisaties/cliëntenraden bespreken onder andere met zorgkantoren wat zij belangrijk vinden in de zorgverlening in het algemeen en voor specifieke ziektes (bijvoorbeeld Huntington). Dit loopt in veel gevallen via de periodieke overleggen met de regionale zorgbelangenorganisaties. Zorgkantoren betrekken ook cliënten, cliëntenvertegenwoordigers en -organen bij de zorginkoop in de AWBZ en maken gebruik van de uitkomsten van cliëntervaringen over de geleverde zorg. Met die informatie spreken zorgkantoren zorgaanbieders gericht aan op verbeterpunten. De regering vindt deze ontwikkeling van groot belang en wil deze invloed van consumenten in de Wlz een wettelijke basis bieden. Met het oog op de Wlz hebben zorgkantoren overigens al nadrukkelijk aangegeven hun zorginkoop samen met cliëntenorganisaties te willen blijven invullen.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering kan aangeven hoe groot de omvang van de bureaucratie in de AWBZ is en op welke wijze deze bureaucratie in de Wlz wordt verminderd?*

Het is staand kabinetsbeleid dat bij wijzigingen in wet- en regelgeving de effecten voor regeldruk inzichtelijk worden gemaakt. Bij zowel de Jeugdwet als de hervorming van de langdurige zorg is dit ook gebeurd. Hierbij is gekeken naar de regeldruk in de huidige situatie en is een doorkijk gemaakt naar de effecten voor regeldruk in de toekomstige situatie. Het rapport hierover laat zien dat de regeldruk van de AWBZ in de huidige situatie circa € 112 miljoen bedraagt. Uit onderzoek blijkt dat er door de decentralisaties een vermindering van regeldruk plaats zal vinden van circa € 20 mln. voor alle transitie (dus inclusief Jeugdzorg). Specifiek voor de Wlz/Wmo betreft het ruim € 15 mln. Dit is de Kamer in de brief van 11 april jl. gemeld (Tweede Kamer, 2013–2014, 30 597, nr. 431).

Oorzaken van de vermindering van regeldruk zijn:

- vereenvoudiging aanvraagprocedure Wmo 2015: integraal gesprek;
- bewust beleid Wmo 2015: inzetten op algemene voorzieningen en sociaal netwerk;
- laagdrempelige algemene voorzieningen;
- afsluiten van meerjarencontracten met zorgaanbieders;
- trekkingsrechten pgb bij SV;
- minder indicaties Wlz;
- onbepaalde geldigheidsduur indicaties Wlz;
- verdwijnen van de gemandateerde indicatiestelling;
- eenvoudiger berekening eigen bijdrage CAK door overheveling extramurale zorg.

*De leden van de SP-fractie hebben gevraagd of de regering kan toelichten hoeveel bestuurders van zorginstellingen in het kader van de AWBZ (straks Wlz) meer verdienen dan de zogenaamde WNT-norm? Gevraagd is tevens of de regering bereid om de Kamer een overzicht te verstrekken van deze bestuurders en zo neem, waarom niet.*

De bezoldigingsgegevens van topfunctionarissen in publieke en semipublieke sector worden aan de Kamer gerapporteerd door de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Publicatie van de rapportage over verslagjaar 2013 staat gepland voor december 2014.

*De leden van de SP-fractie vragen wat de regering een wenselijk salaris acht voor medewerker van zorginstellingen? Kan de regering per functie hierover een toelichting geven?*

De regeling van de arbeidsvoorwaarden is een zaak van sociale partners. Zij sluiten samen cao's af. In die cao's staan ook salarisafspraken. Daarbij is meestal het uitgangspunt dat het salaris wordt bepaald door de zwaarte van de functie die wordt uitgeoefend. Om die functiezwarte en het daarbij behorende salaris objectief te kunnen bepalen, wordt meestal een systeem van functiewaardering gehanteerd, in de zorg is dit de FWG: functiewaardering gezondheidszorg. De regering kan deze vraag dus niet beantwoorden. In de diverse cao's is na te gaan welk salaris sociale partners voor welke functies wenselijk hebben geacht.

*De leden van de SP-fractie vragen welke doelstellingen de regering heeft als het gaat om de kwaliteit van zorg en waarop de Kamer de regering kan afrekenen als het gaat om de kwaliteit?*

De regering wil bereiken dat mensen zorg ontvangen die aansluit bij hun doelen, wensen en mogelijkheden. Het gaat er dus om dat de cliënt zich niet moet aanpassen aan de zorgverlening, maar dat de zorg moet ondersteunend is aan het leven dat de cliënt nastreeft. Het gaat hierbij om het begrip kwaliteit van leven. Niet de beperkingen maar de mogelijkheden van iemand met een zorgvraag moeten centraal staan. Belangrijke aspecten om dit te bewerkstelligen zijn het leveren van maatwerk, betrokkenheid van informele zorgverleners, meer ruimte voor de professional en minder bureaucratie. Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het leveren van kwaliteitszorg. VWS is verantwoordelijk voor het creëren van geschikte randvoorwaarden zodat kwalitatief goede zorg geleverd kan worden of kan worden gestimuleerd. Voorbeelden van deze randvoorwaarden zijn wet- en regelgeving, toezicht van de IGZ, onderzoeks- en stimuleringsprogramma's zoals «In voor zorg» waarmee goede praktijkvoorbeelden verspreid worden, het Nationaal Programma Ouderenzorg en het voorgenomen nationaal programma gehandicapten. Ook met de brief over de kwaliteit van de langdurige zorg wil ik een impuls geven aan de kwaliteitsverbeteringen in de langdurige zorg. De Kamer kan mij aanspreken op deze randvoorwaarden.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering kan aangeven wat de onderliggende wet doet met het aantal banen in de langdurige zorg? Hoeveel werknemers verliezen hun dienstbetrekking vanwege de forse bezuinigingen die worden doorgevoerd? Vindt de regering de beschikbaar gestelde € 100 miljoen voor omscholing van mensen in de zorg ook niet een schijntje?*

De effecten van de hervormingen van de langdurige zorg worden gemeten door middel van de Arbeidsmarkt Effect Rapportage (AER). Periodiek wordt de Kamer geïnformeerd over de uitkomsten van deze

monitor. De eerste monitor is aangeboden met de arbeidsmarktbrief van 25 oktober 2013 (TK, 2013–2014, 29 282, nr. 181). Hierin zijn voorspellingen aangegeven van de verwachte werkgelegenheidsontwikkeling per branche en verschuivingen tussen de verschillende branches. Hierin is aangegeven dat voor de gehele zorg de werkgelegenheid in 2015 op basis van dit nulscenario naar verwachting ongeveer 27 duizend fte (ongeveer 54 duizend personen) lager ligt dan in 2013. Na 2015 loopt het werkgelegenheidsverlies terug naar ongeveer 23 duizend fte (ongeveer 46 duizend personen) in 2017. Als gevolg van extramuraliseren en overhevelingen verschuift er ongeveer 139 duizend fte (229 duizend personen) uit de AWBZ en komt er werkgelegenheid bij in de Zvw (+26 duizend fte, 45 duizend personen), de WMO (+66 duizend fte, 93 duizend personen) en de jeugdzorg (+20 duizend fte, 28 duizend personen). Dit betekent niet dat deze mensen ook allemaal van baan zullen wisselen. Neem bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige in dienst van een thuiszorgorganisatie die extramurale AWBZ zorg levert. Op dit moment wordt deze instelling vanuit de AWBZ betaald. Inkoopers (gemeenten en verzekeraars) kunnen de zorg bij dezelfde thuiszorgorganisatie blijven inkopen. In dat geval kan de wijkverpleegkundige in dienst blijven bij de thuiszorgorganisatie. Voor nadere gegevens over de arbeidsmarkt ik de Kamer naar de arbeidsmarktbrief. Met de beschikbaar gestelde € 100 miljoen wordt een impuls gegeven aan de arbeidsmarkt in de zorg om er voor te zorgen dat de effecten van de hervormingen van de langdurige zorg zo goed mogelijk zijn op te vangen.

*De leden van de SP-fractie vragen zich af wat onderliggend wetsvoorstel betekent voor het vastgoed van zorginstellingen in Nederland? Kan de regering hiervan een overzicht geven en de kosten die gepaard gaan met de afbouw van verzorgingshuizen in beeld brengen? Kan de regering inzicht verschaffen in de extra rentekosten door een risico-opslag van de banken nu de kapitaallasten zijn geprivatiseerd. Kan de regering een reële schatting aan de Kamer doen toekomen. Wat is het oordeel van de regering over deze extra kosten die wegvloeien naar de banken in plaats van dat deze middelen ten goede komen aan de zorg?*

Het wetsvoorstel heeft vooral betekenis voor het vastgoed vanwege de beperking van de aanspraken en het feit dat lichte, onder de AWBZ intramurale zorg en ondersteuning, overgaat naar het gemeentelijk domein. Een inschatting van de risico's is meegenomen in de brief aan de Kamer van 4 juni jl. in reactie op het advies van de Raad van de Leefomgeving en Infrastructuur. Jaarlijks voert het CBS voor het ministerie een onderzoek uit naar de renteontwikkelingen bij de AWBZ zorginstellingen, laatstelijk gepubliceerd als «Rente ontwikkelingen AWBZ zorginstellingen 1987–2012». In het voorjaar van 2005 zijn zogenaamde integrale tarieven in de zorg aangekondigd. Dat wil zeggen dat het productierisico op dat moment is aangekondigd. Sinds die tijd is de mediane rente uit jaarrekeningen 2012 van de sectoren en de kapitaalmarktrente licht gestegen, zonder dat eenduidig gezegd kan worden wat daarvan de oorzaak is. Wat met name opvalt, zijn de grote verschillen waartegen zorgaanbieders hun langlopende rentes afsluiten, zonder dat met sector, schaalgrootte of solvabiliteit een verband kan worden gelegd.

*De leden van de fractie van het CDA zijn positief gestemd over het feit dat het pgb een volwaardige leveringsvorm wordt naast de Zorg In Natura en de huidige subsidievorm wordt opgeheven. Deze leden vragen zich af of middelen die hiermee gemoeid zijn worden «geparkeerd» bij de SVB of verdeeld over de regionale zorgkantoren? Kan de Minister zorgkantoren aanwijzingen geven en welke procedure geldt hiervoor?*

Ik bereid een nota van wijziging voor waarmee geregeld wordt dat, net als nu, het zorgkantoor (en niet de Wlz-uitvoerder) verantwoordelijk wordt voor het toekennen van pgb's. Per zorgkantoor wordt op basis van het verleden geraamd en bekend gemaakt hoeveel beschikbaar is voor zorg in natura en voor pgb. Het zorgkantoor houdt bij of de verplichtingen die voor het pgb moeten worden aangegaan, binnen het beschikbare bedrag blijven. De zorgkantoren geven het verplichtingenniveau door aan de NZa, die mij informeert of binnen elk regionaal kader en het totale kader wordt gebleven. De Minister kan de Wlz-uitvoerder/zorgkantoren geen aanwijzing geven, maar bij en krachtens het Besluit langdurige zorg kan en zal wel nader geregeld worden welke regels de zorgkantoren bij het verstrekken van pgb's in acht moeten nemen. Houden de zorgkantoren zich daar niet aan, dan kan de NZa een aanwijzing geven. De inrichting van de feitelijk geldstroom voor het pgb van het Fonds langdurige zorg naar de SVB om declaraties van budgethouders ten behoeve van de hulpverleners te kunnen betalen wordt momenteel nog nader uitgewerkt.

*De leden van de CDA-fractie hebben vragen gesteld rondom nieuwe beroepsprofielen omdat de Wlz om mensen gaat met de meest zware zorgaanvraag. De leden lijkt dit te leiden tot onnodige administratieve druk. Zij geven hierbij aan dat ook in de huidige wet de grootste groep toch mensen is met de meest zware zorgvraag? Deze leden gaan er toch vanuit dat deze groep geholpen wordt door gekwalificeerd hoger personeel en dat wij die nu niet ineens moeten gaan opleiden?*

De veronderstelling klopt dat ook in de huidige wet de grootste groep cliënten een intensieve zorgvraag heeft en aan deze vraag wordt voldaan door hoger gekwalificeerd personeel. Het klopt ook dat als gevolg van de invoering van de Wlz er niet extra personeel dient te worden opgeleid om aan deze vraag te voldoen. Wel is het zo dat de doelgroep binnen de Wlz beperkter en geconcentreerder is dan onder de AWBZ. Hierbij komt de focus van de zorgverlening nog minder te liggen op genezen, maar op het bereiken van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Door deze concentratie van de doelgroep kan het noodzakelijk zijn om de beroepsprofielen te actualiseren of nieuwe beroepsprofielen op te stellen. Het is aan de beroepsgroepen om hier invulling aan te geven.

*De leden van de PVV-fractie vragen of een zorgstandaard het gewenste maatwerk in de weg staat.*

De inzet van dit wetsvoorstel is dat er maatwerk komt, waarbij de wensen en mogelijkheden van de cliënt en zijn omgeving centraal staan. Zorgstandaarden beschrijven wat goede zorg is vanuit het perspectief van de cliënt. Zij geven, samen met richtlijnen en protocollen, aan aan welke kwaliteitseisen de zorg moet voldoen. Zij geven aan wat goede zorg is, maar schrijven niet dwingend voor hoe die moet worden geleverd. Een voorbeeld: een zorgstandaard voor het aantrekken van steunkousen staat niet in de weg dat de zorgverlener, op verzoek van de cliënt, de cliënt leert om zelf zijn steunkousen aan te trekken. Zorgstandaarden en maatwerk gaan dus hand in hand.

*De leden van de PVV-fractie noemen de mogelijkheid die de wet biedt om bij amvb nadere regels te stellen aan de zorginkoop. Zij vragen waarom er geen regels zijn opgenomen in de wet, en wat er mis is met het expliciet vastleggen van regels.*

Zoals de leden van de fractie van de PVV terecht opmerken, biedt de wet de mogelijkheid tot het stellen van nadere regels. Met de diverse delegatiebepalingen die in de Wlz zijn opgenomen, krijgt de Minister de bevoegdheid om bij amvb en ministeriële regelingen nadere regels te

stellen aan de Wlz-uitvoerder. Zo kan de Minister ten aanzien van de taken van de Wlz-uitvoerder (paragraaf 4.2) nadere regels stellen over de wijze waarop de overeenkomsten tot stand komen, kan zij nadere regels stellen die gehanteerd moeten worden bij de zorginkoop en kunnen er regels gesteld worden aan de uitbesteding van taken door de Wlz-uitvoerders. De regering is terughoudend in het direct stellen van nadere regels, maar heeft in de Wlz wel de mogelijkheid geschapen om indien de uitvoering van de Wlz niet tot de gewenste doelstellingen leidt, de Wlz-uitvoerders bij te sturen.

*De leden van de PVV-fractie vragen of de regering kan garanderen dat bij de inwerkingtreding van deze wet, de zorgorganisaties in staat zullen zijn om kwalitatief goede zorg te leveren. Zij vragen hoe lang het flankerend beleid mag gaan duren.*

De desbetreffende zorgorganisaties moeten nu al kwalitatief goede zorg leveren op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen en het Besluit zorgplanbespreking. Het flankerend beleid is erop gericht om een kwaliteitsimpuls te geven aan de zorg. Onderdeel daarvan zal zijn dat zorgaanbieders – meer dan nu het geval is – zich laten leiden door de wensen en mogelijkheden van de cliënt en zijn omgeving. Dit vraagt om een cultuurverandering. Eerder heb ik daarover een aparte Kwaliteitsagenda aangekondigd. Daaraan geeft ik zeer binnenkort invulling met een kwaliteitsbrief over de ouderenzorg. Later dit jaar zal ik specifiek ingaan op de kwaliteit in de gehandicaptenzorg. In beide brieven geef ik aan langs welke lijnen ik die kwaliteitsimpuls en cultuurverandering wil vormgeven. Het verbeteren van de kwaliteit is geen kortdurend proces; het gaat om het maken van een agenda voor de toekomst, die erop gericht is de komende jaren een impuls te geven aan kwaliteitsverbeteringen.

*De leden van de D66-fractie tonen zich bezorgd over de administratieve lastendruk voor zorgaanbieders en de ruimte die aan zorgprofessionals wordt geboden. Zij achten het zeer ongelukkig om de bepalingen uit artikel 8.1.1 op te nemen in onderhavig wetsvoorstel, aangezien het hier gaat om een systeemwet. Zij vragen de regering waarom de regering gekozen heeft voor vastlegging op wetsniveau aangezien dit het niet eenvoudig maakt om de bepalingen op dit terrein snel aan te kunnen passen aan de veranderende eisen van de tijd. Zij vragen waarom geen aansluiting wordt gezocht bij bestaande ontwikkelingen in diverse sectoren, zoals het kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Zij vragen wat er dient te worden verstaan onder de professionele standaard van goede zorg. Zij vragen door wie wordt toegezien op de uitvoering van de bepalingen uit hoofdstuk 8.1. Tot slot vragen zij of artikel 8.1.1 moet worden geïnterpreteerd: als «recht op zorg» of als «recht op bespreking».*

De regering is van mening dat deze bepaling niet tot meer administratieve lasten zal leiden. Vanzelfsprekend moeten de afspraken genoteerd worden in het zorgplan, maar dat zou eigenlijk al gebruikelijk moeten zijn. Het is immers de basis voor de zorgverlening waarop alle zorgprofessionals zich moeten baseren en aan de hand waarvan kan worden gezien of de gestelde doelen worden bereikt. Zorgvuldige bespreking van deze zaken is van wezenlijk belang om de verzekerde in staat te stellen maximaal zeggenschap uit te oefenen over het eigen leven. Met deze wet wordt een goede en volledige dialoog tussen cliënt en zorgverlener gestimuleerd en gefaciliteerd. Met deze wet krijgt de cliënt een steun in de rug om te zorgen dat er ook echt naar hem wordt geluisterd.



De regering heeft gekozen voor een regeling op wetsniveau omdat het hier in feite gaat om het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt. Voor de curatieve zorg (Wgbo) is dit zelfbeschikkingsrecht ook op wetsniveau geregeld. De dringende wens om de kwaliteit van leven, zelfbeschikkingsrecht en de eigen regie goed te waarborgen voor de meest kwetsbare cliënten die van zorg afhankelijk zijn, rechtvaardigt een goede verankering van deze rechten van de cliënt in de wet.

De bepalingen in artikel 8.1.1. over de te bespreken onderwerpen leiden niet tot minder ruimte voor de zorgprofessional. Het gaat om essentiële onderwerpen waarvan het in de rede ligt dat zij aan de orde komen als een gesprek wordt gevoerd over de zorg aan cliënten uit de Wlz-doelgroep. Daarnaast staat dit wetsvoorstel niet in de weg dat een zorgverlener en cliënt extra punten in de zorgplanbespreking meenemen, die niet in hoofdstuk 8.1 zijn benoemd. Het blijft dus mogelijk om flexibel in te spelen op veranderende eisen in de tijd. De Wlz zoekt aansluiting bij bestaande ontwikkelingen in diverse sectoren, zoals het kwaliteitskader gehandicaptenzorg. De uitgangspunten van dit kader zijn «kwaliteit van bestaan» en «regie over eigen leven» van cliënten. Deze uitgangspunten sluiten aan bij de Wlz en hebben onder andere een uitwerking gekregen in hoofdstuk 8.1.

In antwoord op de vraag over de professionele standaard van goede zorg kan de regering het volgende melden. Het is sinds 1996 al zo dat de kwaliteitswetten in de zorg het mogelijk maakten om normen voor goede zorg flexibel in te vullen. Deze wetgeving sluit daarom aan bij de normen die zich in de praktijk ontwikkelden. In 1996 is het begrip «verantwoorde zorg» opgenomen in de Nederlandse wetgeving (artikel 2 Kwaliteitswet, artikel 40 Wet BIG); sinds die tijd vormt het begrip «verantwoorde zorg» de kwaliteitsnorm voor de zorgverlening door personen en instellingen. Er zijn de afgelopen jaren al veel standaarden, richtlijnen en meetinstrumenten ontwikkeld door verschillende veldpartijen en organisaties. Zij hebben zelf overzichten hiervan gepubliceerd. Dat geldt bijvoorbeeld voor zorgstandaarden (Coördinatieplatform Zorgstandaarden), richtlijnen voor medisch-specialistische zorg (de Kwaliteitskoepel van de Orde van Medisch Specialisten), de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap, de indicatoren die in het kader van Zichtbare Zorg zijn ontwikkeld en CQ-instrumenten.

Op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG hebben cliënten recht op verantwoorde zorg. Op grond van hoofdstuk 8.1 van dit wetsvoorstel hebben cliënten recht op een zorgplanbespreking waarin hun wensen en mogelijkheden en de wensen en mogelijkheden van mensen in de omgeving van de cliënt centraal staan. Deze zorgplanbespreking draagt bij aan het gewenste eindresultaat: goede zorg die goed aansluit bij de wensen en mogelijkheden van de cliënt en zijn omgeving.

*De leden van de fracties van D66 en GL hebben geconstateerd dat verzekerden krachtens het wetsvoorstel invloed dienen te krijgen op het beleid van de Wlz-uitvoerder. Zij vragen waarom niet tevens geregeld is dat de gebruikers van de Wlz-zorg invloed op dat beleid dienen te krijgen. De leden van de fractie van de CU willen weten of de regering van plan is op korte termijn bij amvb regels te stellen over de wijze waarop verzekerden invloed kunnen uitoefenen op de Wlz-uitvoerder en de zorgkantoren? Zo ja, dan zouden zij graag weten wat de regering betreft de contouren van een dergelijke regeling moeten zijn. Zo nee, dan willen zij vragen op welke andere wijze de invloed en inspraak van verzekerden op de uitvoering van de langdurige zorg is gewaarborgd. Ook bij de leden van de GL-fractie leven dergelijke vragen.*

Zoals in de toelichting op artikel 4.1.2 is aangegeven, voldoen we met de opdracht aan de Wlz-uitvoerder om ervoor te zorgen dat zijn verzekerden een redelijke mate van invloed op zijn beleid hebben (en dit in zijn statuten neer te leggen) aan diverse verdragsverplichtingen. De verzekerden waar het hier om gaat, kunnen zeker ook gebruikers van Wlz-zorg zijn. Het gaat mij te ver om naast de verplichting van artikel 4.1.2, eerste lid, onderdeel c, ook nog eens afzonderlijk te regelen dat de zorggebruikers voldoende invloed op het beleid moeten hebben. Ik heb daarbij laten meewegen dat cliëntenraden, zorgaanbieders en zorgkantoren in de praktijk jaarlijks overleggen over het landelijke zorginkoopkader. Ook bij de regionale invulling daarvan door de zorgkantoren worden de cliënten betrokken. Daarnaast worden cliënten door zorgkantoren soms geraadpleegd over de ervaringen met bepaalde zorgaanbieders. Ik heb geen signalen dat dit onder de Wlz anders zal worden, maar mocht de invloed die cliëntenraden op dit punt onder de Wlz krijgen toch te klein worden, dan kan in het Blz worden geregeld dat de Wlz-uitvoerders/zorgkantoren ervoor moeten zorgen dat de cliëntenraden (of ander groepen gebruikers) voldoende bij de zorginkoop betrokken worden (zie art. 4.2.2, zesde lid, onderdeel a).

Inderdaad ben ik pas van plan om (op grond van art. 4.1.2, tweede lid, Wlz) regels te stellen over de mate van invloed die verzekerden ten minste op het beleid van de verzekeraar uit moeten kunnen oefenen, nadat de noodzaak daartoe is vastgesteld. Vooralsnog ga ik er derhalve van uit dat de Wlz-uitvoerders een en ander zelf voldoende vormgeven. Een gelijklopende invloed-bepaling is opgenomen in artikel 28 van de Zvw. Ook daar is het nog niet nodig gebleken om bij amvb te regelen hoeveel invloed verzekerden ten minste dienen te krijgen.

*De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen welke verbeteringen ten opzichte van de huidige AWBZ de regering heeft aangebracht in de vertegenwoordiging van cliënten bij aanbieders, uitvoerders en marktmeesters en de versterking van de positie van cliënt in het algemeen.*

In het voorstel van wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, dat momenteel ter behandeling ligt in de Eerste Kamer, wordt de positie van de cliënt ten opzichte van de zorgaanbieder versterkt. Hierbij gaat het om:

- een voor de cliënt laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling, gericht op het in een zo vroeg mogelijk stadium oplossen van onvrede bij cliënten;
- ook solistisch werkende zorgaanbieders moeten zich houden aan de verplichtingen ten opzichte van cliënten uit de Wkkgz;
- veiligheid en bejegening van cliënten zijn expliciet onderdeel van de definitie van goede zorg;
- de zorgaanbieder moet over incidenten openheid betrachten richting de cliënt;
- de zorgaanbieder moet naast calamiteiten en seksueel misbruik, ook overig geweld in de zorgrelatie en ontslag van een zorgverlener wegens ernstig disfunctioneren, melden aan de IGZ.

In de Wlz is de zorgplanbespreking op wetsniveau geregeld omdat het hier in feite gaat om het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt. Voor de curatieve zorg (Wgbo) is dit zelfbeschikkingsrecht ook op wetsniveau geregeld. De dringende wens om de kwaliteit van leven, zelfbeschikkingsrecht en de eigen regie goed te waarborgen voor de meest kwetsbare cliënten die van zorg afhankelijk zijn, rechtvaardigt een goede verankering van deze rechten van de cliënt in de wet.

In de brief aan de Kamer van 19 september 2013 (Tweede Kamer, 2013–2014, 32 012, nr. 15) wordt benadrukt dat het bij uitstek in de zorg van belang is dat cliënten en hun vertegenwoordigers goed worden

betrokken bij besluiten van een zorgaanbieder. Dit gezien de afhankelijke positie waarin zij zich kunnen bevinden en de directe gevolgen die beslissingen kunnen hebben voor het dagelijks leven en daarmee voor de zelfbeschikkingmogelijkheden van cliënten. Naar aanleiding van Kamervragen over deze brief zal in de beantwoording nader worden ingaan op de verbeteringen op het gebied van medezeggenschap.

*De leden van ChristenUnie-fractie vragen of de regering onderschrijft dat patiënten- en cliëntenorganisaties belangrijk werk doen om de stem van verzekerden te laten klinken bij alle betrokkenen in de zorg en in het bijzonder ook op het zorgkantoor en straks bij de Wlz-uitvoerder. Zij vragen hoe die ondersteunende rol van landelijke én regionale patiëntenorganisaties wordt geborgd en hoe die rol in de toekomst wordt gefinancierd. Deze leden vragen zich af hoeveel geld daarvoor de komende jaren op landelijk niveau beschikbaar is en wie aanspraak kunnen maken op deze middelen. Voorts vragen zij zich af hoeveel geld daarvoor de komende jaren op provinciaal niveau beschikbaar is en wie aanspraak kunnen maken op deze middelen.*

Patiënten en gehandicapten-organisaties (pg-organisaties) vormen een sterke vertegenwoordiging van cliënten en zijn daarmee een belangrijke partij in het zorgstelsel. Zij leveren daarmee een bijdrage aan het bieden van zorg die past bij de individuele cliënt. Zij zetten zich in door te luisteren naar mensen, ze brengen ervaringen bij elkaar en maken die toegankelijk voor anderen. Pg-organisaties weten waar de patiënt of gehandicapte behoefte aan heeft, omdat zij zelf ervaringsdeskundig zijn. Zij weten wat het hebben van een aandoening of een beperking betekent en vanuit dat perspectief zijn zij in de positie om de belangen van anderen in een vergelijkbare positie te behartigen en hen zodanig toe te rusten dat zij hun leven kunnen inrichten met hun aandoening en beperking. Het is nuttig dat zij hun expertise ook inbrengen bij het zorgkantoor en straks bij de Wlz-uitvoerder.

In het beleidskader voor subsidiering van pg-organisaties (Tweede Kamer, 2011–2012, 29 214, nr. 64) heb ik vastgelegd dat ik verantwoordelijk ben voor de invulling van landelijk beleid en bestem het beschikbare budget dan ook voor landelijk georganiseerde organisaties. In mijn brief «Bundel je kracht, samen sterk» (Tweede Kamer, 2010–2011, 29 214, nr. 59) zijn de uitgangspunten voor de nieuwe subsidiesystematiek van pg-organisaties vermeld. In de begroting van 2014 van VWS (Tweede Kamer, 2013–2014, 33 750 XVI, nr. 2) staan de budgettaire gevolgen van het beleid op grond van artikel 4 vermeld. Deze subsidiesystematiek vormt de komende jaren het uitgangspunt voor de subsidiering van de pg-organisaties. Als pg-organisaties regionale en/of lokale taken willen uitvoeren of ondersteunen, zijn zij zelf verantwoordelijk voor het verwerven van financiering. Er zijn landelijke patiëntenorganisaties en samenwerkingsverbanden met een sterk ontwikkeld regionaal netwerk, zoals bijvoorbeeld de Oogvereniging en de Parkinsonvereniging.

Op het lokale niveau wordt cliëntenparticipatie geborgd in de Wmo 2015. Gemeenten moeten burgers betrekken bij de uitvoering van de Wmo en gemeenten zijn verantwoordelijk voor het voorzien van ondersteuning zodat burgers deze rol effectief kunnen vervullen. In het kader van de nieuwe Wmo is het van belang dat inspraak van ingezetenen op het lokale vlak gestalte krijgt. De gemeenten dienen te bezien waar en hoe betrokkenheid van ingezetenen, ook financieel, ondersteund moet worden. Op het regionale niveau zijn de Zorgbelangorganisaties actief. Zij behartigen de belangen van zorgvragers in de regio en zetten zich in voor de kwaliteit van de zorg. Zij zijn met elkaar en met de landelijke pg-organisaties verbonden via Zorgbelang Nederland. De organisatie Zorgbelang Nederland wordt deels door de leden gefinancierd. Overige inkomsten verkrijgt de organisatie via meerjarenprojecten. In het

bestuursakkoord Rijk- Provincies 2009–2011 zijn afspraken gemaakt over de kerntaken van provincies. Deze liggen met name in het fysieke domein en cultuur. Provincies hebben sinds 2009 dan ook geen rol meer bij zorg en ondersteuning. Het provinciefonds is destijds hiertoe reeds verlaagd.

Samenwerkende cliëntenorganisaties (waaronder Zorgbelang, NPCF, leder(in), Per Saldo, etc.) ontvangen vanuit VWS een gezamenlijke projectsubsidie van ongeveer € 1,6 mln per jaar voor een periode van vier jaar voor het programma «Aandacht voor iedereen». Dit in verband met de decentralisatie van AWBZ-zorg naar de gemeenten. In dit programma krijgen Wmo-raden en lokale en regionale belangenbehartigers, maar ook cliëntenraden van Wmo-instellingen informatie en advies van de samenwerkende landelijke patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties en de koepel van Wmo-raden. Zo kunnen lokale belangenbehartigers een stevige gesprekspartner zijn voor gemeenten en Wmo-aanbieders bij de transitie van de AWBZ-zorg naar de Wmo. Daarnaast monitort het programma de gevolgen van deze verandering voor cliënten en mantelzorgers.

*De leden van de fractie van de ChristenUnie vinden dat artikel 8.1.1 van het wetsvoorstel innovatie niet mag belemmeren. Zij vragen hoe wordt voorkomen dat dit artikel een afvinklijstje wordt.*

Met dit wetsvoorstel wordt een goede en volledige dialoog tussen cliënt en zorgverlener gestimuleerd en gefaciliteerd. Met dit wetsvoorstel krijgt de cliënt een steun in de rug om te zorgen dat er ook echt naar hem wordt geluisterd. De regering is ervan overtuigd dat werkenden in de zorg het hart op de goede plaats hebben en dat zij zich enorm inzetten om goede afspraken te maken binnen de grenzen van het mogelijke en om afspraken na te komen. Zij verdienen steun, zodat zij hun werk goed kunnen doen. Dit wetsvoorstel biedt hen die steun bij het voeren van het gesprek met de cliënt en met hun leidinggevende. Het wetsvoorstel staat verder niet in de weg dat een zorgverlener en cliënt extra punten in de zorgplanbespreking meenemen, die niet in hoofdstuk 8.1 zijn benoemd. Het blijft dus mogelijk om flexibel in te spelen op veranderende eisen in de tijd.

Het wetsvoorstel leidt naar de mening van de regering niet tot afvinklijstjes. Een afspraak over wat iemand een zinvolle daginvulling vindt of wat hij belangrijk vindt in de bejegening is niet te vatten in een simpel ja of nee. Een vinkje dat een onderwerp besproken is, is ook geen afspraak. Waar het om gaat is dat het zorgplan de dialoog tussen cliënt en professional ondersteunt en als ankerpunt dient voor de wensen van de cliënt en de doelen en invulling van de zorg.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen waarom het kabinet ervoor gekozen heeft de aanspraken en de zorgplanbespreking in de wettekst op te nemen. Zij vragen of de wijze waarop het nu in het wetsvoorstel wordt vastgelegd niet tot extra administratieve lasten zal leiden of tot verwachtingen bij cliënten die mogelijk niet waargemaakt kunnen worden. Zij vragen waarom is gekozen voor deze bepalingen en of dit het risico met zich meebrengt dat niet flexibel met deze onderwerpen kan worden omgegaan en deze bepalingen niet eenvoudig kunnen worden aangepast aan wat er in de maatschappij gebeurt.*

De regering heeft gekozen voor een regeling op wetsniveau omdat het hier in feite gaat om het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt. Voor de curatieve zorg (Wgbo) is dit zelfbeschikkingsrecht ook op wetsniveau geregeld. De dringende wens om de kwaliteit van leven, zelfbeschikkingsrecht en de eigen regie goed te waarborgen voor de meest kwetsbare

cliënten die van zorg afhankelijk zijn, rechtvaardigt een goede verankering van deze rechten van de cliënt in de wet.

De regering is van mening dat deze bepaling niet tot meer administratieve lasten zal leiden. Vanzelfsprekend moeten de afspraken genoteerd worden in het zorgplan, maar dat zou eigenlijk al gebruikelijk moeten zijn. Het is immers de basis voor de zorgverlening waarop alle zorgprofessionals zich moeten baseren en aan de hand waarvan kan worden gezien of de gestelde doelen worden bereikt. Zorgvuldige bespreking van deze zaken is van wezenlijk belang om de verzekerde in staat te stellen maximaal zeggenschap uit te oefenen over het eigen leven. Met deze wet wordt een goede en volledige dialoog tussen cliënt en zorgverlener gestimuleerd en gefaciliteerd. Met deze wet krijgt de cliënt een steun in de rug om te zorgen dat er ook echt naar hem wordt geluisterd. Als er goed naar de cliënt wordt geluisterd en de dialoog met de cliënt wordt aangegaan, de zorg op zijn wensen wordt afgestemd en de cliënt (straks op grond van de Wet Kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz)) terecht kan bij een cliëntenvertrouwenspersoon voor een gesprek over eventuele onvrede, zullen er steeds minder verwachtingen bij cliënten zijn die niet kunnen worden waargemaakt.

Er is gekozen voor deze bepalingen uit hoofdstuk 8.1 omdat een zorgvuldige bespreking van deze zaken van wezenlijk belang zijn om de verzekerde in staat te stellen maximaal zeggenschap uit te oefenen over het eigen leven. De onderwerpen expliciteren een aantal min of meer al bestaande, uit het zelfbeschikkingsrecht voortvloeiende aspecten. Eén en ander sluit ook aan bij de eis van goede zorg. Daarbij is inspiratie gezocht bij bestaande kwaliteitskaders, waarin ook verscheidene aspecten van zorg specifiek aandacht krijgen. Er wordt dus een aantal essentiële onderwerpen specifiek genoemd, maar volledigheid van te bespreken onderwerpen is niet nagestreefd om te voorkomen dat de besprekingen in het kader van het zorgplan vervormen tot het langslippen van een afvinklijst. Dit wetsvoorstel staat niet in de weg dat een zorgverlener en cliënt extra punten in de zorgplanbespreking meenemen, die niet in hoofdstuk 8.1 zijn benoemd. Het blijft dus mogelijk om flexibel in te spelen op veranderende eisen in de tijd.

*In voorliggend wetsvoorstel staat dat indien meerdere zorginstellingen de verzekerde binnen redelijke termijn de zorg kunnen verlenen waaraan hij behoefte heeft, de Wlz-uitvoerder hem in de gelegenheid stelt om uit deze instellingen te kiezen. Echter, zo stellen genoemde leden, die keuzevrijheid hangt wel af van de contractering door zorgkantoren. De leden van de Groen Links-fractie vragen of het klopt dat wanneer een instelling boven het productieplafond zit, de cliënt niet meer voor die instelling kan kiezen?*

Binnen de contracteerruimte van elk regionaal zorgkantoor is voldoende ruimte om aan de totale geïndiceerde zorgvraag te voldoen. Het zorgkantoor contracteert instellingen voor het leveren van die zorg. De zorgkantoren dienen bij hun inkoopbeleid rekening te houden met de voorkeuren van cliënten. Deze voorkeur voor een aanbieder of locatie is belangrijk. De voorkeuren en vraag van cliënten en het aanbod van zorg zullen nooit helemaal aansluiten. Het kan dus voorkomen dat een cliënt (tijdelijk) niet bij de instellingen van zijn/haar voorkeur terecht kan of dat een zorgaanbieder zorg en ondersteuning levert die uitgaat boven het afgesloten contract en daarom niet wordt vergoed. Dit vloeit voort uit de noodzaak om te beschikken over een effectief instrument om de kosten van de langdurige zorg te beheersen. Het is de taak van het zorgkantoor om met zijn contracteerbeleid (en eventuele herschikkingen in de contracten), de voorkeuren van cliënten en het aanbod van zorg bij elkaar te brengen.

*De leden van de Groenlinks-fractie vragen waarom de te bespreken onderwerpen van het zorgplan in de wet zijn opgenomen en niet in lagere regelgeving. Zij vragen of ik de zorgen van belangenorganisaties deel dat het zorgplan op deze manier een afvinklijst wordt en dat de flexibiliteit om mee te bewegen met ontwikkelingen sterk vermindert wordt.*

De regering heeft gekozen voor een regeling op wetsniveau omdat het hier in feite gaat om het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt. Voor de curatieve zorg (Wgbo) is dit zelfbeschikkingsrecht ook op wetsniveau geregeld. De dringende wens om de kwaliteit van leven, zelfbeschikkingsrecht en de eigen regie goed te waarborgen voor de meest kwetsbare cliënten die van zorg afhankelijk zijn, rechtvaardigt een goede verankering van deze rechten van de cliënt in de wet.

Het wetsvoorstel leidt naar de mening van de regering niet tot afvinklijstjes. Een afspraak over wat iemand een zinvolle daginvulling vindt of wat hij belangrijk vindt in de bejegening is niet te vatten in een simpel ja of nee. Er wordt een aantal essentiële onderwerpen specifiek genoemd, maar volledigheid van te bespreken onderwerpen is niet nagestreefd om te voorkomen dat de besprekingen in het kader van het zorgplan vervormen tot het langslopen van een afvinklijst.

Dit wetsvoorstel staat niet in de weg dat een zorgverlener en cliënt extra punten in de zorgplanbespreking meenemen, die niet in hoofdstuk 8.1 zijn benoemd. Het blijft dus mogelijk om flexibel in te spelen op veranderende eisen in de tijd.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen voor welke zaken cliëntondersteuning in elk geval beschikbaar moet zijn; beperkt dit zich tot de ondersteuning bij het zorgplan of is dit breder? Is onafhankelijke cliëntondersteuning ook beschikbaar bij bijvoorbeeld zorgbemiddeling?*

Clïëntondersteuning beperkt zich niet tot de ondersteuning bij het zorgplan. De Wlz-uitvoerder heeft een zorgplicht voor de bij hem ingeschreven verzekerden. Dit betekent dat hij verplicht is om de geïndiceerde zorg te (laten) leveren. Het is de taak van het zorgkantoor om de cliënten in zijn regio te ondersteunen bij de communicatie met het CIZ bij de indicatiestelling en bij het tot gelding brengen van hun recht op zorg. Het gaat daarbij onder meer om het verstrekken van informatie over het gecontracteerde zorgaanbod en over de verschillen tussen de gecontracteerde zorgaanbieders, wachttijden en om informatie over het vpt en pgb. Desgevraagd dient het zorgkantoor een cliënt naar een geschikte zorginstelling te bemiddelen.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen zich af op welke manier onafhankelijke cliëntondersteuning is geregeld bij de bespreking van het zorgplan. Wanneer en op welke manier worden mensen op de hoogte gebracht dat zij recht hebben op onafhankelijke cliëntondersteuning? Moeten Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders mensen actief wijzen op de mogelijkheid voor onafhankelijke cliëntondersteuning?*

Onafhankelijke cliëntondersteuning is gewaarborgd doordat de Wlz-uitvoerder, en niet de zorgaanbieder, verantwoordelijk is voor de cliëntondersteuning bij bijvoorbeeld de bespreking van het zorgplan. De regering acht het daarbij wenselijk dat zorgkantoren en zorgaanbieders cliënten actief informeren dat zij recht hebben op onafhankelijke cliëntondersteuning.

#### 4. Betrokkenheid

*De leden van de PvdA-fractie vragen waarom er voor de benaming eigen verantwoordelijkheid gekozen is. Is de regering het met de leden van de PvdA-fractie eens dat eigen verantwoordelijkheid niet helemaal een gepaste term is bij de doelgroepen die vallen onder de Wlz en dat dit wellicht een negatief frame met zich meebrengt? Waarom is er niet voor gekozen de betrokkenheid vast te leggen als zeggenschap en keuzevrijheid, zoals vervolgens de term verantwoordelijkheid in de Wlz wordt uitgelegd? Zou dit bovendien niet de doelstelling om meer zeggenschap en keuzevrijheid voor cliënten te borgen versterken? De leden van de PvdA-fractie vragen om een nadere toelichting. Daarnaast vragen de leden van de PvdA-fractie zich af hoe de regering concreet meer zeggenschap en eigenaarschap gaat bevorderen om de betrokkenheid in de langdurige zorg te vergroten. De leden van de PvdA-fractie vragen om een nadere toelichting hierop. Hoe gaat de regering bijvoorbeeld stimuleren dat cliënten en zorgmedewerkers zelf mede-eigenaar worden van hun zorgvoorziening, bijvoorbeeld via een zorgcoöperatie.*

Cliënten en hun omgeving stellen eisen aan de zorg en ondersteuning die zij ontvangen. Zij stellen eisen aan kwaliteit, medezeggenschap en maatwerk. Cliënten wensen zoveel mogelijk eigen regie te voeren. Hierbij hoort naar de mening van de regering ook eigen verantwoordelijkheid. Aan die eigen verantwoordelijkheid wordt vooral invulling gegeven door cliënten en hun omgeving keuzevrijheid en zeggenschap te geven. Zo wordt de invulling van eigen verantwoordelijkheid passend bij de doelgroepen van de Wlz ingevuld. De regering is het dan ook niet eens met de leden van de PvdA-fractie dat het wellicht een negatief frame met zich meebrengt. De doelstelling om meer zeggenschap en keuzevrijheid wordt in de Wlz inderdaad versterkt, dat hangt niet alleen af van het woord eigen verantwoordelijkheid. Cliënten wordt de mogelijkheid geboden om op verschillende niveaus in de organisatie van de zorg zeggenschap uit te oefenen. Op individueel niveau moet de verplichte zorgplanbespreking, waarbij een aantal in de wet genoemde onderwerpen moeten worden besproken, eraan bijdragen dat de zorgverlening zoveel mogelijk vanuit het perspectief van de cliënt wordt ingevuld. Ook is er de mogelijkheid om in de Wlz thuis te blijven wonen door middel van een pgb of vpt. Al naar gelang de keuze voor een leveringsvorm heeft de cliënt meer of minder eigen verantwoordelijkheid. Zo heeft een cliënt die kiest om zorg in zijn eigen huis te ontvangen, de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zijn woonomgeving. Bij de keuze voor een pgb is de cliënt bovendien ook eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. Verder wordt in het kader van de Agenda Informele Zorg en Ondersteuning met partijen uit de zorg- en welzijnketen en gemeenten een actieplan opgesteld om te komen tot een betere inzet en ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers. Thema's die daarin onder meer aan bod komen zijn het verbeteren van het samenspel van informele en formele zorg, zowel voor de situatie dat men in de eigen omgeving blijft wonen als dat men in een instelling verblijft, en het bevorderen van voldoende aanbod en ondersteuning van vrijwilligers die informele zorg en ondersteuning verlenen. Dit zal bijdragen aan meer betrokkenheid van mantelzorgers en vrijwilligers bij (langdurige) zorg en ondersteuning aan hun naasten. Over de inhoud van dit actieplan wordt de Kamer geïnformeerd in de eerstvolgende voortgangsbrief over informele zorg en ondersteuning, die in september a.s. aan de Kamer zal worden gestuurd. Daarnaast is er ook medezeggenschap op het niveau van de organisatie. In de brief van 19 september 2013<sup>10</sup> over governance in de zorgsector wordt benadrukt dat het bij uitstek in de zorg van belang is dat cliënten en

<sup>10</sup> Kamerstukken II, 2013–2014, 32 012, nr. 15.

hun vertegenwoordigers goed worden betrokken bij besluiten van een zorgaanbieder. Dit gezien de afhankelijke positie waarin zij zich kunnen bevinden en de directe gevolgen die beslissingen kunnen hebben voor het dagelijks leven en daarmee voor de zelfbeschikkingmogelijkheden van cliënten. De Kamer heeft vragen gesteld over deze brief. In de beantwoording van deze vragen zullen we nader ingaan op de verbeteringen op het gebied van medezeggenschap.

Daarnaast pakken mensen zelf ook het organiseren van zorg en ondersteuning op. Niet alleen de informele zorg, maar ook de daarop aansluitende professionele zorg, zodat de ouderen en de mensen met een beperking in het dorp of de stad kunnen blijven wonen. De voorbeelden van de zorgcoöperaties in Hoogeloon en Amsterdam laten zien dat dit niet alleen een ideaalbeeld is, maar reeds werkelijkheid. Inmiddels worden ook gesprekken gevoerd met verschillende andere zorgcoöperaties verenigd onder het platform zorgcoöperatieven om hun initiatieven verder te brengen.

*De leden van de fractie van de PvdA delen de mening van de regering dat mantelzorgers een hele belangrijke bijdrage leveren aan het welzijn van de cliënt en dat de rol van mantelzorgers juist ook voor cliënten in de Wlz geborgd moet worden. In het zorgplan en de zorgplanbespreking moet er aandacht besteed worden aan de betrokkenheid van mantelzorgers. Wordt gestimuleerd dat mantelzorgers aan tafel moeten zitten bij het opstellen van het zorgplan met de cliënt en aanbieder en bij de evaluatie en zorgplanbespreking? Hoe wordt dit gestimuleerd? Het is bij wet geregeld dat bij amvb regels kunnen worden gesteld over de wijze waarop mantelzorgers en vrijwilligers daadwerkelijk bij de zorgverlening betrokken kunnen worden. Wanneer en hoe wordt geëvalueerd of mantelzorgers daadwerkelijk betrokken worden? Wanneer vindt de regering het nodig per amvb regels op te stellen? Aan welke regels denkt de regering?*

In algemene zin vind ik dat de positie van mantelzorgers in de instelling versterkt kan en moet worden door een stimulerende, steunende en faciliterende opstelling van de instelling, die aansluit bij de motivatie van de mantelzorgers. En door structurele aandacht voor het afstemmen en samenwerken met mantelzorgers. Betrokkenheid bij de zorgplanbespreking is een belangrijk onderdeel. Wanneer de cliënt of zijn vertegenwoordiger aangeeft ondersteund te willen worden door een mantelzorger, is het aan de instelling om de mantelzorger in de gelegenheid te stellen aan te schuiven bij de zorgplanbespreking en de evaluatie van het zorgplan. Als de instelling de bepalingen rond de zorgplanbespreking niet nakomt en de cliënt en de instelling er samen niet uitkomen, bemiddelt de Wlz-uitvoerder desgevraagd.

De Wlz-uitvoerder zal bij de uitvoering van zijn taak constateren of de door de cliënt of zijn vertegenwoordiger gewenste betrokkenheid van mantelzorgers bij de daadwerkelijke zorgverlening wordt gerealiseerd en zal daar actie op ondernemen als dat niet of in onvoldoende mate het geval blijkt te zijn. Ik vertrouw erop dat de instellingen en de Wlz-uitvoerders zich naar behoren van hun taak zullen kwijten en het niet op nadere regelgeving willen laten aankomen.

*De leden van de PvdA-fractie constateren dat in hoofdstuk 2 van de memorie van toelichting is toegelicht dat het pgb ook kan worden gebruikt om niet-professionals uit het sociale netwerk van de betrokkene financieel voor hun diensten te belonen, omdat dit bijdraagt aan de ondersteuning van mantelzorgers van Wlz-gerechtigden. De leden van de fractie van de PvdA zijn hier tevreden mee. Het zorgkantoor hanteert dan een maximumbedrag dat de budgethouder aan deze niet-professionals mag uitbetalen. De leden van de PvdA vragen of er een nadere toelichting*



*gegeven kan worden over hoe de hoogte van het pgb voor een niet-professionals bepaald wordt? Hoe wordt geborgd dat cliënten ook met een pgb waarmee niet-professionele hulp wordt ingekocht goede en voldoende zorg kunnen inkopen? Deze leden denken hierbij bijvoorbeeld aan ouders die voor hun ernstig meervoudig gehandicapte kind zorgen en zelf een groot deel van de verpleging, verzorging en begeleiding op zich nemen, maar daarnaast ook deels professionele hulp inschakelen. Hoe wordt als iemand mantelzorg verleent bepaald wanneer iemand dusdanig veel zorg verleent dat een pgb aangewezen en/of noodzakelijk is? Kan hier een nadere toelichting op gegeven worden? Waar kunnen cliënten terecht wanneer ze onenigheid met het zorgkantoor hebben over de hoogte van het pgb bij mantelzorg?*

Gebruikelijke zorg is alleen van toepassing op zorg van ouders aan kinderen. Bij het bepalen van de toegang tot de Wlz wordt bij het indicatieonderzoek gekeken of de zorgvraag groter is dan de gebruikelijke zorg die we van ouders mogen verwachten. Daarvoor bestaat een norm. Als een kind toegang heeft tot de Wlz, dan indiceert het CIZ hier tevens het best passend cliëntprofiel. Vervolgens is het de keuze van de verzekerde (of diens vertegenwoordiger) om de indicatie te verzilveren in naturazorg of pgb. De budgethouder of diens vertegenwoordiger gaat zelf over de kwaliteit van de zorg en kiest zelf de juiste combinatie van professionele en niet-professionele hulpverleners die betaald worden uit het pgb, waaronder de directe familie waarvan we ook de gebruikelijke zorg verwachten. Aan de hand van een budgetplan en in een bewustkeuze-gesprek wordt wel nu van tevoren door het zorgkantoor gekeken of de plannen van de budgethouder verantwoord zijn.

Om de monetarisering van mantelzorg en andere niet-professionele/informele hulp en ondersteuning tegen te gaan is in 2014 een tarief van 20 euro geïntroduceerd dat nieuwe budgethouders maximaal kunnen afspreken en betalen voor zij die niet tot professionals gerekend kunnen worden. Door het maximale uurtarief van 20 euro zullen budgethouders meer pgb overhouden dat of elders kan worden ingezet of terug kan worden betaald. Voor de maatregel is dan ook een beperkte besparing voorzien.

De 20 euro is onder meer in goed overleg met belangenvereniging Per Saldo overeengekomen en door mij vastgelegd in de pgb-regeling. Het is een vast bedrag dat niet door budgethouders kan worden overschreden. In die zin kan er dan ook geen onenigheid zijn tussen budgethouder en zorgkantoor over de hoogte van het bedrag voor uit het pgb betaalde zorg gegeven door directe familie of het sociale netwerk. Op termijn is het de bedoeling dit maximumtarief voor niet-professionele zorg ook voor bestaande budgethouders te introduceren, maar eerst zal bij nieuwe budgethouders, die in 2014 of 2015 een pgb krijgen toegekend, worden gezien of deze maatregel goed werkt.

*De leden van de PvdA-fractie merken op dat aan Wlz-uitvoerders de opdracht wordt gegeven om bij de zorginkoop rekening te houden met regels voor de wijze waarop mantelzorgers en vrijwilligers bij de zorgverlening worden betrokken. Zij vragen waarom er niet voor gekozen is om dit steviger te verankeren in de wet. Tevens wijzen zij op de mogelijkheid om per amvb nadere regels te stellen bij de inkoop van zorg door zorgkantoren en vragen waarom de regering dit niet vooraf doet en gelijk niet al nadere regels stelt rondom de zorgplicht van het zorgkantoor, zodat de regel: «samen met professionals bijdragen aan een hoger welbevinden van de cliënt» ook wettelijk geborgd wordt.*

Met de inwerkingtreding van de Wlz wordt een grondslag gegeven voor de totstandkoming van een amvb, waarin de regering regels kan stellen over het zorginkoopproces en de inhoud van de zorgovereenkomsten. Hiermee wordt vorm en inhoud gegeven aan de door de leden van de PvdA-fractie gevraagde wettelijke verankering. De regering gaat er vooralsnog vanuit dat zorgkantoren hun verantwoordelijkheid zullen nemen en bij de inkoop van langdurige zorg goede afspraken zullen maken met zorgaanbieders over de betrokkenheid van mantelzorgers en vrijwilligers bij de zorgverlening. Indien onverhoopt in het inkoopkader van ZN en zorgkantoren niet of onvoldoende tegemoet wordt gekomen aan de doelstellingen die de regering nastreeft bij de inkoop van langdurige zorg, zal zij niet schromen de genoemde amvb daartoe op te stellen.

*De leden van de PvdA-fractie geven aan dat de regering als derde doel heeft gesteld dat het belangrijk is om meer integratie te realiseren tussen de zorg en het dagelijks leven van mensen die geen of minder zorg nodig hebben. Kan de regering aangeven hoe de inclusieve samenleving nu concreet met dit wetsvoorstel gestimuleerd wordt? Hoe zorgt de regering dat ook kwetsbare mensen bij de samenleving betrokken worden en niet apart worden gezet? Hoe zorgt de regering dat met de Wlz de inclusieve samenleving ook voor deze mensen een grote stap dichterbij komt? Deze leden zien graag een uitgebreide toelichting van de regering. De leden van deze fractie vragen of de regering het met hen eens is dat de zorg in de Wlz zo goed mogelijk aan moet sluiten op het normale leven, zodat cliënten een zo normaal mogelijk leven kunnen leiden ondanks hun beperking of aandoening? Deze leden vinden immers dat mensen die gebruik maken van Wlz er net zo goed bij horen als ieder ander mens. Hoe zal maatschappelijke deelname van mensen die aangewezen zijn op Wlz-zorg worden bevorderd? Er zijn mooie voorbeelden van mensen met een verstandelijke beperking die ouderen in een verpleeghuis helpen door een ommetje met ze te maken of een spelletje te doen. Welke prikkels kent de Wlz om deze interactie te stimuleren? De leden van de PvdA-fractie geven aan dat de regering denkt aan een inclusieve samenleving waarbij er verbindingen zijn tussen de organisaties die zorg aanbieden op grond van de Wlz, Wmo 2015 en de Zvw. Deze leden vragen hoe afwenteling wordt voorkomen.*

Met de ratificatie door Nederland van het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van personen met een handicap wil het kabinet een impuls geven aan de inclusieve samenleving: ook voor mensen die Wlz-zorg ontvangen. Voor de zomer zal ik de Kamer de voor ratificatie benodigde wetsvoorstellen toezenden. De Wlz is gebaseerd op de visie dat de samenleving mensen meer mogelijkheden biedt om verantwoorde-lijkheid te nemen voor hun eigen leven. Meer gelijke deelname en meer eigen regie staan daarbij voorop. Onder andere in de zorgplanbespreking waarin afspraken worden gemaakt over de zeggenschap van de cliënt over de inrichting van zijn leven. Onderdeel hiervan is de zeggenschap over een zinvolle dagbesteding. Om het samenspel van maatschappelijke betrokkenheid en professionele zorg en ondersteuning optimaal te laten verlopen is duidelijkheid over verwachtingen en verantwoordelijkheden een vereiste. Het wetsvoorstel biedt daar in samenhang met de andere wetsvoorstellen in het kader van de hervorming van de langdurige zorg helderheid over. De Wlz regelt het recht op intensieve verblijfszorg en schept daarmee ook duidelijkheid over het moment waarop niet meer van mantelzorgers en vrijwilligers kan worden verwacht dat zij een groot deel van de verantwoordelijkheid voor de zorg op zich (blijven) nemen.

Ik ben met de leden van de PvdA-fractie eens dat de zorg in de Wlz zo goed mogelijk moet aansluiten op het (normale) leven. Met de vastlegging in de Wlz van het pgb en het volledige pakket thuis (vpt) als volwaardige leveringsvormen wordt de keuzevrijheid van de cliënt versterkt en worden ook zijn mogelijkheden om zoveel als mogelijk zelfstandig aan de samenleving deel te nemen vergroot. Indien de zorg in een instelling wordt ontvangen, zal de overgang tussen thuis en instelling zo klein mogelijk moeten zijn, vandaar het motto: professioneel zo thuis mogelijk. Van de instelling verwacht ik dat de cliënt goede zorg en ondersteuning ontvangt op een zodanige wijze dat de bewoner thuis is en zo veel als mogelijk ruimte heeft voor zijn of haar leven en sociale contacten. Hier dient aandacht voor te zijn in het zorgplan. Het door de leden van de PvdA-fractie genoemde voorbeeld van de interactie tussen mensen met verstandelijke beperkingen en ouderen in een verpleeghuis vind ik treffend. Ik ben van mening dat de Wlz de cliënt of diens vertegenwoordiger en de Wlz-uitvoerder de middelen in handen geeft om de instelling aan te sporen, bijvoorbeeld in de zorgplanbespreking, respectievelijk met de zorginkoop om participatiewensen in de praktijk te brengen.

Met het creëren van een nieuw stelsel van langdurige zorg krijgen mensen de zorg die bij hun behoefte van dat moment past waarbij de kwaliteit van het leven en welbevinden van mensen voorop staat. Uitgegaan wordt van wat mensen nog wel kunnen in plaats van wat ze niet kunnen. Allereerst wordt gekeken wat mensen en hun omgeving zelf kunnen en daar waar hulp en ondersteuning nodig is, wordt deze eerst dichtbij georganiseerd. De Wmo 2015 en de Jeugdwet zijn vanuit de brede verantwoordelijkheid binnen het sociale domein bij uitstek geschikt om lokale oplossingen te creëren voor mensen zodat zij langer in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven wonen en hun vertrouwde contacten te kunnen blijven onderhouden. Dit eventueel aangevuld met zorg vanuit verpleging in de wijk. Door de lokale samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars worden er belangrijke mogelijkheden gecreëerd om mensen zo goed mogelijk thuis te helpen en te voorkomen dat zij doorstromen naar de Wlz. Wanneer er een situatie ontstaat dat er bij de cliënt een zware zorgvraag ontstaat, dan kan de cliënt aanspraak maken op Wlz-zorg. Om te voorkomen dat de cliënt tussen de wal en het schip geraakt, voorziet de regering in een heldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen de diverse domeinen. De toelating tot de Wlz gebeurt op basis van objectieve criteria. Of er in een individueel geval aan de toelatingscriteria wordt voldaan, wordt bepaald door een onafhankelijke indicatiesteller, het CIZ. Cliënten die niet in aanmerking komen voor Wlz-zorg krijgen hun zorg vanuit de Wmo 2015/Jeugdwet en de Zvw. In die situaties dat cliënten met een zware zorgbehoefte thuis willen blijven wonen, vindt er een gesprek plaats vindt tussen de cliënt en zijn mantelzorger, de gemeente, de verzekeraar het CIZ om zo te bezien of de cliënt met ondersteuning en zorg (door het eigen netwerk en door de gemeente vanuit de Wmo en eventueel de verzekeraar vanuit de Zvw) de zorg thuis ook verantwoord is. Is dit niet zo, dan krijgt de cliënt zijn zorg in het vervolg vanuit de Wlz. Daarnaast is geregeld dat cliënten tot het indicatiebesluit van het CIZ hun zorg en ondersteuning vanuit de Zvw en Wmo 2015/Jeugdwet blijven behouden. Afwentelingsproblematiek wordt met de hierboven beschreven werkwijze voorkomen, maar belangrijker nog hiermee wordt voorkomen dat er mensen tussen de wal en het schip vallen.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering van mening is dat Nederlanders de eigen verantwoordelijkheid niet nemen en of de regering kan aangeven hoeveel Nederlanders de eigen verantwoordelijkheid niet nemen. Ook vragen de leden van de SP hoe de regering komt tot de bewering dat teveel mensen leunen op de overheid en of de regering dit kan staven met cijfers.*

In de visie van de regering op de langdurige zorg is een belangrijk uitgangspunt dat iemand zoveel mogelijk zelf regie neemt over zijn eigen leven en er alles aan doet wat in zijn mogelijkheden ligt om te participeren en zelfredzaam te zijn en daarmee het beroep op maatschappelijke ondersteuning voorkomt, beperkt of weet uit te stellen. Wat van een ingezetene op het punt van de eigen verantwoordelijkheid verwacht kan en mag worden, is per individu verschillend. Hiervoor is het ook niet mogelijk eigen verantwoordelijkheid in een cijfer of een aantal uit te drukken. Internationale vergelijkingen laten wel zien dat het Nederlandse stelsel van langdurige zorg relatief breed en omvangrijk is in vergelijking met vrijwel alle andere Europese landen. Dat verschil is mede te verklaren vanuit historische redenen: Nederland heeft al veel langer dan andere landen een stelsel van langdurige zorg, dat gedurende ruim drie decennia steeds verder gegroeid. In Nederland wordt relatief meer zorg verleend vanuit het collectieve stelsel en heeft die zorg meer een institutioneel karakter, terwijl in andere landen meer en langer zorg bij de familie thuis wordt geboden.

*De leden van de SP-fractie zien in het wetsvoorstel Wlz dat de regering de inzet van mantelzorgers niet meetelt bij het bepalen van de toegang tot de Wlz, maar dat er wel gekeken wordt naar gebruikelijke hulp en vraagt de regering om aan te geven wat kinderen in verschillende leeftijdscategorieën als gebruikelijke hulp moeten doen in het huishouden en hoe vaak. Vervolgens willen de leden weten welke nadere regels de regering voornemens is te stellen via een amvb en of de regering deze nadere regels voor de wetsbehandeling aan de Kamer kan doen toekomen.*

Gebruikelijke zorg speelt bij de toegangsbepaling van de Wlz alleen een rol als het gaat om gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen. Dit is gelijk aan het huidige beleid bij het bepalen van de toegang tot AWBZ-Verblijf. Het gaat dus niet om zorg of hulp door kinderen zelf. Er is dus ook geen sprake van «gebruikelijke hulp» door kinderen van verschillende leeftijdscategorieën in gezinnen.

De nader gestelde regels rondom gebruikelijke zorg worden uitgewerkt in de Beleidsregels Indicatiestelling Wlz. Deze beleidsregels worden later dit jaar aan de Kamer gestuurd en gepubliceerd in de Staatscourant.

*De leden van de SP-fractie lezen dat de regering bezig is met een verkenning naar het samenvoegen van het UWV en CIZ. De leden van de CDA-fractie vragen zich (af) wat de doelstelling van de regering precies is? Er staat toch een hele andere vraag centraal bij het CIZ als bij het UWV?*

In het Sociaal Akkoord met werkgevers en werknemers heeft het kabinet de volgende afspraak gemaakt: sociale partners willen dat de keuring van werknemers door een organisatie kan plaatsvinden; dit zou een samenvoeging van UWV en CIZ betekenen. Het kabinet heeft samen met sociale partners en de VNG op basis van voorgenomen beleid de meerwaarde verkend van een samenvoeging van UWV en CIZ vanwege het combineren van indicatieprocessen.

In de verkenning kwam naar voren dat het op voorhand moeilijk is om de overlap tussen de claimbeoordeling in het kader van Wajong/WIA/WAO/WAZ en de indicatiestelling in het kader van de Wlz te beoordelen. De werkprocessen van het CIZ moeten dit jaar nader worden uitgewerkt. Ook voor het UWV geldt dat ten behoeve van het claimbeoordelingsproces er nog gewerkt wordt aan het ontwikkelen van het claimcriterium voor de Wajong 2015.

Duidelijk is dat UWV en CIZ zich op andersoortige indicaties richten, dat er een andersoortige vraag centraal staat: UWV kijkt naar het arbeidsvermogen, CIZ kijkt naar de zorgbehoefte. Hoewel er enige overeenkomst

bestaat in de beoordeling van cliënten die voor beide domeinen dient plaats te vinden, leidt de afwijkende conclusie/eindbeoordeling tot aanzienlijke verschillen in de te onderscheiden werkprocessen. Conclusie van de verkenning is dat binnen de huidige beleidskaders er relatief beperkte meerwaarde is van een samenvoeging van UWV en CIZ. Als deze kaders worden verzet zal hier opnieuw een gesprek over plaatsvinden.

*De leden van de SP-fractie vragen voorts wanneer de nieuwe criteria voor de Wlz naar de Kamer worden gezonden.*

De toegangscriteria voor de Wlz worden nader ingevuld in een landelijk uniform afwegingskader ten behoeve van het CIZ, dat wordt vastgelegd in de beleidsregels voor de indicatiestelling Wlz. Deze beleidsregels worden in het najaar gepubliceerd in de Staatscourant en zullen dan ook naar de Kamer worden gestuurd.

*De leden van de PVV-fractie lezen dat vrijwilligers in sommige gevallen ook professionele zorg kunnen bieden, waarbij dat nadrukkelijk de keuze van de vrijwilliger zelf is. De leden vragen welke eisen hieraan gesteld worden? Een vrijwilliger kan dat wel willen, maar kan hij dat ook?*

Vrijwilligers die professionele zorg bieden, dienen net als zorgverleners die betaalde zorg verlenen, te voldoen aan de geldende kwaliteitseisen. Ze moeten onder andere voldoen aan de vereisten in de Wet BIG wat betreft het verrichten van voorbehouden handelingen. Dit betekent dat vrijwilligers alleen zelfstandig voorbehouden handelingen mogen verrichten als ze tot een beroepsgroep behoren die hiertoe zelfstandig bevoegd is. Zelfstandig bevoegde beroepsgroepen zijn bijvoorbeeld artsen en verpleegkundig specialisten. Ook de bepalingen over het in opdracht verrichten van voorbehouden handelingen zijn van toepassing op vrijwilligers. Zo moet een vrijwilliger bekwaam zijn als hij in opdracht een bepaalde handeling uitvoert en moet toezicht en tussenkomst geborgd zijn. In het zorgplan worden afspraken gemaakt over de zorg en wie dat op welke wijze verleent. De keuzes die daarbij voorliggen, worden in samenspraak tussen de cliënt en de betrokken formele en informele zorgverleners gemaakt.

*De leden van de 50PLUS-fractie geven aan dat op pagina 44 van de memorie van toelichting staat dat er bij het bepalen van het recht op toegang tot zorg op de grond van de Wlz de aanwezigheid van mantelzorg geen rol speelt. Desalniettemin wordt op pagina 121 aangegeven dat het CIZ middels beleidsregels invulling kan geven aan de wijze waarop de indicatiestelling plaatsvindt, en dat de weging van gebruikelijke zorg via de beleidsregels zal kunnen worden meegenomen door het CIZ. De leden van de 50PLUS-fractie vragen waarom dit überhaupt nodig is als bij de indicatiestelling alleen gekeken wordt naar de zorgvrager zelf en niet naar de aanwezigheid van mantelzorg. De leden van de 50PLUS-fractie constateren hier en daar een tegenstelling in de tekst over gebruikelijke zorg en vragen of gebruikelijke zorg nu wel of niet meegewogen bij de indicatiestelling en vragen tevens naar de invulling van gebruikelijke zorg bij de zorgplanbespreking.*

Mantelzorg verschilt naar zijn aard van gebruikelijke zorg. Bij mantelzorg gaat het om zorg en ondersteuning door familieleden, vrienden of kennissen en heeft geen verplichtend karakter waardoor deze zorg en ondersteuning niet meeweegt bij de bepaling of iemand wel of geen toegang heeft tot de Wlz. Bij gebruikelijke zorg onder de Wlz gaat het om de verzorging, opvoeding en het bieden van toezicht welke naar algemeen aanvaardbare maatstaven door ouders aan kinderen wordt geboden. Ook

als het gaat om een kind met beperkingen. Als er sprake is van gebruikelijke zorg dan heeft het kind geen toegang tot de Wlz.

Alleen bij kinderen wordt bij de toegangsbevestiging tot de Wlz gekeken of er sprake is van gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen. Bij het invullen van het zorgplan «kan» gebruikelijke zorg van huisgenoten onderling een rol spelen. Er is geen sprake van afdwingbare zorg. Echter, in die situaties waarbij het de keuze van de cliënt is om thuis te blijven wonen, is het logisch dat bepaalde vormen van zorg/activiteiten door huisgenoten worden gedaan.

## **5. Wie is verantwoordelijk?**

*De leden van de VVD-fractie vragen waarom de betaalfunctie van het CAK op termijn plaatsvindt op basis van declaraties in plaats van bevoorschotting.*

In de AWBZ en ook in de Wlz worden zorgaanbieders gefinancierd op basis van voorschotten. Om de cliëntvolgende bekostiging verder te versterken, wil de regering dat zorgaanbieders op termijn niet meer worden gefinancierd op basis van voorschotten. In de Wlz zal daarom geleidelijk worden overgestapt op betalingen op basis van declaraties van de geleverde zorg aan de cliënt. Het CAK zal de betalingen dan baseren op gecontroleerde en goedgekeurde declaraties door het zorgkantoor. Daarmee vindt op termijn de bekostiging volledig plaats op het niveau van de cliënt. Met het betalen op basis van declaraties in plaats van bevoorschotting is het mogelijk om kort na afloop van het (uitvoerings)jaar te beschikken over financiële informatie over de gerealiseerde zorgproductie. Het Zorginstituut Nederland zal (als fondsbeheerder) daarom op termijn reeds uiterlijk 1 maart een opgave van de kosten van de gerealiseerde productie van het fonds langdurige zorg in het voorafgaande jaar doen. Uiteraard zal de overgang naar een declaratiesysteem in nauw overleg met zorgaanbieders worden vormgegeven.

*Daarnaast hebben de leden van de VVD-fractie enkele praktische vragen over de overgang naar declaraties in plaats van bevoorschotting. Wanneer kan de geleverde zorg gedeclareerd worden; per jaar? Welke invloed heeft deze wijziging op de financierbaarheid van instellingen in de Wlz? Indien zij pas na afloop van een periode kunnen declareren, hoe kunnen zij dan het onderhanden werk financieren? Zijn er investeerders die bereid zijn deze financiering op zich te nemen?*

Op 28 maart jl. heeft de Kamer de werkafspraken transitie hervorming langdurige zorg ontvangen die ik met onder andere de aanbieders in de langdurige zorg heb gemaakt. In de werkafspraken is ingegaan op het voorkomen van onbedoelde effecten op liquiditeit bij zorgaanbieders. Afsproken is dat ten aanzien van de Wlz de huidige bevoorschotting in elk geval in 2015 en 2016 gehandhaafd blijft. Hierdoor is voldoende tijd om in overleg met onder andere de zorgaanbieders om vraagstukken op het gebied van declaratieverkeer uit werken.

*De leden van de fractie van de VVD vragen hoe de IGZ de kwaliteit van zorg handhaaft bij zorg die in de thuissituatie (pgb of vpt) wordt geleverd. Deze leden vragen voorts of het de IGZ is toegestaan bij deze mensen thuis te komen om toezicht te houden. Zo nee, vragen zij, hoe kan de IGZ haar taak in deze gevallen dan uitvoeren?*

De inspectie houdt risicogestuurd toezicht. Dit geldt ook voor zorg die thuis wordt verleend. Op basis van de rapportage over de geleverde kwaliteitsprestaties en (financiële) resultaten, maar ook naar aanleiding

van signalen en meldingen van onder andere patiënten/cliënten, zorgverleners of zorginstellingen, beslist de IGZ op basis van het gesignaleerde risico wanneer zij bij een organisatie langs gaat om de kwaliteit en veiligheid van geleverde zorg te beoordelen en indien noodzakelijk, handhavend op te treden. Bij inspectiebezoeken worden ook zorgplannen van cliënten ingezien. Waar mogelijk worden cliënten door de inspectie betrokken bij het bezoek. De inspectie is bevoegd om bij de cliënt thuis te komen om toezicht te houden onder de voorwaarde dat de betreffende inspecteur zich legitimeert en de bewoner zelf akkoord gaat met de inspectie in de thuissituatie.

*De leden van de VVD-fractie hebben een vraag over eenzijdig ingediende productieafspraken. Ook de leden van de PvdA-en de SP-fractie lezen dat de NZa niet meer automatisch zal uitgaan van maximumtarieven als de aanbieder en het zorgkantoor geen overeenkomst bereiken over de prijs van de te leveren prestaties. Wat betekent dat concreet in de praktijk voor zorgaanbieders en de door hen gehanteerde prijzen? En wat betekent dit voor kleine aanbieders en kleinschalige initiatieven?*

Uitgangspunt is dat zorgaanbieders en zorgkantoren overeenstemming bereiken over zowel de te leveren zorg als de vergoeding daarvoor. Op dit moment is er een beleidsregel van de NZa die bepaalt dat in geval er geen overeenstemming wordt bereikt, wordt uitgegaan van het maximumtarief. Dit is een ongewenste prikkel voor een zorgaanbieder om niet akkoord te gaan met tarieven die lager liggen dan het maximum tarief. Deze prikkel vind ik ongewenst en daarom zal ik deze in het Wlz systeem wegnemen.

*De leden van de VVD-fractie vragen waaruit de toets van de NZa op de geschiktheid en betrouwbaarheid van bestuurders van Wlz-uitvoerders zal bestaan, en wat er met het oordeel van de NZa gebeurt. Zo vragen zij of een negatief oordeel tot gevolgen leidt voor de betreffende bestuurder of Wlz-uitvoerder.*

Het is de verantwoordelijkheid van de Wlz-uitvoerder om bestuurders aan te nemen die geschikt en betrouwbaar zijn. De verplichting voor de Wlz-uitvoerder om haar dagelijkse bestuurders op deze betrouwbaarheid en geschiktheid te toetsen, is daarom ook neergelegd in artikel 4.1.1, vijfde lid van de wet. De Wlz-uitvoerder toetst haar bestuurders aan de hand van relevante gegevens en antecedenten, als neergelegd in artikel 4.1.2 van het Blz. Hierbij is aansluiting gezocht op het bepaalde in hoofdstuk 2 van het Besluit prudentiële regels Wft, dat van toepassing is op verzekeraars. Hiermee wordt bereikt dat voor Wlz-uitvoerders en zorgverzekeraars zoveel mogelijk dezelfde eisen gelden voor bestuurders. De NZa toetst daarna of de Wlz-uitvoerder er voldoende zorg voor heeft gedragen dat de geschiktheid en de betrouwbaarheid van deze personen buiten twijfel staat. Dit zal via een nota van wijziging worden verhelderd. Tevens houdt de NZa toezicht op de uitvoering van de wet door de Wlz-uitvoerders, en kan in het kader van dit toezicht optreden tegen Wlz-uitvoerders die de wet, en daarmee ook de bestuurderstoets, niet rechtmatig uitvoeren.

*De leden van de VVD-, PVV-, D66- en de PvdA-fractie vragen hoe wordt gegarandeerd dat er voldoende middelen beschikbaar zijn voor het pgb, en niet alle middelen worden besteed aan zorg in natura. De leden van de PvdA-fractie vragen aanvullend of dit onderbrengen binnen een kader van zorg in natura en pgb invloed heeft op de inkoop van zorg en de toekenning van pgb's. De leden van de D66-fractie vragen daarnaast hoe hard de plafonds zijn van de dekkaders en hoe de budgetten worden verdeeld over de regio's.*

Binnen het totale budgettaire kader van de Wlz zullen twee de elkaders worden gecreëerd. Een contracteerruimte voor zorg in natura en een budgetplafond voor pgb. Op grond van de historische zorgvraag worden deze middelen verdeeld over de zorgkantorregio's. Deze kaders mogen door de zorgkantoren niet worden overschreden. Voor beide leveringsvormen zijn vooraf voldoende middelen beschikbaar en worden niet alle middelen besteed aan zorg in natura. Gedurende het jaar kan wel tussen deze twee kaders worden geschoven afhankelijk van het beroep dat op beide leveringsvormen wordt gedaan. Op het proces van inkoop en toekenning van pgb's heeft dit ene kader geen invloed. Wel wordt het eenvoudiger om middelen te verschuiven tussen beide kaders indien gedurende het jaar de vraag naar pgb's zou toenemen en de vraag naar zorg in natura zou afnemen.

*De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de omslag naar minder bureaucratie en ingewikkeldheid van het systeem geborgd wordt wanneer het merendeel van het systeem in stand wordt gehouden.*

De Wlz beperkt zich tot cliënten met zware beperkingen. Dit betekent dat het aandachtsgebied wordt versmald. Dit biedt de mogelijkheid tot vereenvoudigen van het inkoopproces en het maken van meerjarenafspraken met zorgaanbieders. Ook het indicatieproces wordt veranderd, waarbij centraal staat of men voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz. Het gevolg zal zijn dat het aantal herbeoordelingen zal afnemen. Ook is er meer ruimte voor maatwerk, omdat de hoeveelheid te leveren zorg niet meer van tevoren vastgelegd is.

*De leden van de PvdA-fractie valt het op dat innovatie, zorgvernieuwing en verbetering van kwaliteit nergens als doelstelling genoemd wordt bij de betrokken partijen. Hoe wordt dit dan toch wettelijk en in de praktijk gestimuleerd? Worden deze zaken ook geëvalueerd en wanneer gebeurt dit?*

De reden voor het invoeren van een nieuwe wet is dat de huidige de AWBZ niet meer aansluit bij de veranderende wensen die de samenleving aan de langdurige zorg stelt. Er worden hogere eisen gesteld aan de kwaliteit van ondersteuning en zorg, er is behoefte aan het vergroten van de betrokkenheid van de samenleving bij de langdurige zorg en de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg moet worden geborgd. De nieuwe wet sluit aan bij deze veranderende eisen van de samenleving en zet in die zin aan tot vernieuwing bij alle betrokken partijen.

Meer specifiek stimuleert de nieuwe wet innovatie doordat:

- mogelijkheden worden geboden tot experimenteren via een experimenteerartikel;
- het mogelijk is om meerjarige zorginkoopcontracten overeen te komen, hetgeen een vliegwieltje kan zijn voor innovatie in de zorg;
- meer ruimte voor maatwerk en innovatie wordt gecreëerd door te indiceren in aard, inhoud en (globale) omvang van zorg (zorgprofielen) in plaats van in zorgzwaartepakketten (zzp's) waarin uren zijn opgenomen.

Integraal onderdeel van het experimenteerartikel is dat de experimenten worden geëvalueerd. Op korte termijn stuur ik samen met de Minister van VWS een brief over innovatie en e-health waarin wij nader ingaan op het monitoren van innovatie.

*De leden van de PvdA-fractie constateren dat de cliënt verantwoordelijk is voor het aangeven van wensen en behoeften in de zorgplanbespreking en voor het kiezen tussen verschillende leveringsvormen. Zij vragen hoe wordt gestimuleerd dat cliënten daadwerkelijk een keuze hebben in het*



*soort zorg dat ze willen ontvangen en de soort instelling waar ze de zorg van willen krijgen. Zij vragen hoe verscheidenheid en diversiteit in het aanbod van zorg worden gestimuleerd en hoe ervoor wordt gezorgd dat de cliënt zijn zeggenschap en keuzevrijheid daadwerkelijk kan benutten.*

Ik stimuleer dat cliënten daadwerkelijk een keuze hebben in het soort zorg en instelling door de zorgkantoren aan te spreken op voldoende diversiteit in het aanbod. De zorgkantoren dienen bij hun inkoopbeleid diversiteit in het gecontracteerde aanbod en aansluiting bij de vraag na te streven. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan verschillende woonvormen, grootte van de instelling, culturele achtergrond of filosofie, de dagbestedingactiviteiten et cetera.

De regering stimuleert de zeggenschap van de cliënt en de daadwerkelijke benutting van zijn keuzevrijheid door de zorgaanbieders te verplichten tot de bespreking van het zorgplan met de cliënt. Bij dit zorgplangesprek kan de cliënt gebruik maken van cliëntondersteuning. De Wlz verbetert de zeggenschap en keuzevrijheid van de cliënt omdat de zorg door middel van de zorgplanbespreking meer op de cliënt zal worden toegesneden en omdat het vpt en het pgb wettelijk worden verankerd. In het aanvraagformulier voor Wlz-zorg kan de cliënt aangeven hoe hij de zorg wil ontvangen: in natura of als pgb. Het zorgkantoor beoordeelt vervolgens deze aanvraag.

*Het CIZ is momenteel een privaatrechtelijk rechtspersoon, een stichting, zo lezen de leden van de fractie van de PvdA. Met het wetsvoorstel wordt het CIZ een publiekrechtelijk zbo met rechtspersoonlijkheid. Kan aangegeven worden wat de belangrijkste verschillen tussen beide juridische vormen zijn? Welke gevolgen heeft deze keuze voor het functioneren van het CIZ? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting. In het Sociaal Akkoord is afgesproken dat sociale partners streven naar één onafhankelijk indicatieorgaan dat verantwoordelijk wordt voor de keuring van de mate van arbeidsgeschiktheid. Dit zou een samenvoeging van het UWV en het CIZ betekenen. Dit wordt momenteel door het kabinet nader gezien. Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de verkenning die momenteel plaatsvindt? Hoe wordt in een dergelijke samenvoeging de specifieke kennis over de doelgroep van cliënten die onder de Wlz vallen geborgd? Is de regering het met deze leden eens dat er bij de cliënten die onder de Wlz vallen slechts zelden sprake is van enige vorm van arbeidsvermogen? Kan de regering haar antwoord toelichten? Het CIZ zal een andere wijze van indiceren gaan toepassen, bovendien zal herindicatie in steeds mindere mate gaan voorkomen. Welke gevolgen heeft dit voor het personele bestand van het CIZ?*

Het verschil tussen de huidige privaatrechtelijke situatie van de stichting CIZ (die in opdracht van gemeenten de indicatiestelling ten behoeve van de AWBZ uitvoert) en het zbo CIZ zoals dat is voorzien in het wetsvoorstel zit vooral in de sturingsrelatie. Van formele aansturing door gemeenten kan niet langer sprake zijn in verband met de steeds grotere belangenverstremming die daarvan het gevolg zou zijn gelet op de Wmo 2015. Er is gekozen voor een zboconstructie, omdat behoefte bestaat aan uniforme, regelgebonden uitvoering van de indicatiestelling zonder afhankelijkheid van welke andere organisatie dan ook. In die zin verandert er niet veel ten opzichte van de huidige werkwijze van het CIZ als uitvoerder van onafhankelijke, integrale en objectieve indicatiestelling. Het verschil zit in de aansturing van de organisatie. Bij een stichting is het de Raad van Toezicht die zorg draagt voor benoeming van leden van de Raad van Bestuur en die mee bepalend is voor de wijze van functioneren van de organisatie als geheel. In het geval van een zbo is er sprake van door de Minister van VWS benoemde leden. Deze leden, de bestuurders van de

organisatie CIZ, staan daardoor in een veel directere relatie tot het departement.

De medewerkers van het CIZ hebben en houden een privaatrechtelijke arbeidsovereenkomst. Daarin komt geen wijziging, aangezien artikel 7.1.1, zevende lid, van de Wlz bepaalt dat in afwijking van artikel 15 van de Kaderwet zbo's personeelsleden van het zbo CIZ in dienst worden genomen op arbeidsovereenkomst naar burgerlijk recht.

In het Sociaal Akkoord met werkgevers en werknemers heeft het kabinet de volgende afspraak gemaakt: sociale partners willen dat de keuring van werknemers door een organisatie kan plaatsvinden; dit zou een samenvoeging van UWV en CIZ betekenen. Het kabinet heeft samen met sociale partners en de VNG op basis van voorgenomen beleid de meerwaarde verkend van een samenvoeging van UWV en CIZ vanwege het combineren van indicatieprocessen.

In de verkenning kwam naar voren dat het op voorhand moeilijk is om de overlap tussen de claimbeoordeling in het kader van Wajong/WIA/WAO/WAZ en de indicatiestelling in het kader van de Wlz te beoordelen. De werkprocessen van het CIZ moeten dit jaar nader worden uitgewerkt. Ook voor het UWV geldt dat ten behoeve van het claimbeoordelingsproces er nog gewerkt wordt aan het ontwikkelen van het claimcriterium voor de Wajong 2015.

Duidelijk is dat UWV en CIZ zich op andersoortige indicaties richten, dat er een andersoortige vraag centraal staat: UWV kijkt naar het arbeidsvermogen, CIZ kijkt naar de zorgbehoefte. Hoewel er enige overeenkomst bestaat in de beoordeling van cliënten die voor beide domeinen dient plaats te vinden, leidt de afwijkende conclusie/eindbeoordeling tot aanzienlijke verschillen in de te onderscheiden werkprocessen.

Conclusie van de verkenning is dat binnen de huidige beleidskaders er relatief beperkte meerwaarde is van een samenvoeging van UWV en CIZ. Als deze kaders worden verzet zal hier opnieuw een gesprek over plaatsvinden.

Met het voorgenomen beleid vermindert het aantal indicatiestellingen bij UWV en CIZ, waardoor ook het aantal burgers vermindert dat met beide instanties te maken heeft. Alleen mensen die blijvend zijn aangewezen op langdurige intensieve zorg krijgen toegang tot de Wlz. Bij cliënten die intensieve zorg of ondersteuning nodig hebben, maar van wie de verwachting is dat zorgbehoefte overgaat of veel minder zal worden, blijven gemeenten en zorgverzekeraars verantwoordelijk. Deze mensen krijgen dus niet met het CIZ te maken. De populatie van het CIZ zal voor het grootste deel betrekking hebben op ouderen waarbij slechts zeer zelden sprake is van enige vorm van arbeidsvermogen. In opdracht van het Ministerie van SZW zijn de AWBZ-kenmerken van Wajong-uitkeringsgerechtigden in beeld gebracht. Op basis hiervan kan de inschatting worden gemaakt dat voor circa de helft van de Wajongers geldt dat zij tevens voor een indicatieonderzoek van het CIZ in aanmerking komen. De totale instroom van Wajongers vanaf 2015 wordt door het UWV geschat op circa 6.000 per jaar. De helft, circa 3.000 cliënten, hiervan komt volgens deze berekening in aanmerking voor zowel een indicatiestelling door UWV als CIZ.

Deze leden vragen vervolgens naar de gevolgen van de nieuwe werkwijze van het CIZ voor haar personeelsbestand. Inderdaad brengt de inwerking-treding van de Wmo 2015 en opname van wijkverpleging in de dekking van de zorgverzekering, vermindering van het aantal aanvragen voor de Wlz met zich mee. Bovendien zal het aantal herindicatie-aanvragen op Wlz-besluiten mogelijk minder zijn dan thans het aantal verzoeken om een nieuw besluit. Uiteraard kan dat niet zonder personele gevolgen voor de medewerkers van het CIZ blijven. De personeelsformatie zal lager zijn dan op dit moment. Op dit moment is het CIZ in nauwe afstemming met mij bezig nadere invulling te geven aan het nieuwe indicatieproces. Dat zal richtinggevend zijn voor verdere stappen op het pad van de reorganisatie

van de huidige organisatie die overigens al in volle gang is. De verwachting is dat pas in het late najaar 2014 een volledig beeld bestaat van de formatie van het zbo CIZ per 2015.

*De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe de inkoop van zorg nu daadwerkelijk verricht en vormgegeven zal worden, op basis van kwaliteit en keuzevrijheid van de cliënt. Zij vragen hoe daarmee overhead, bureaucratie en verspilling kunnen worden teruggedrongen en wat de cijfermatige verwachting is van de regering. Ook willen deze leden weten hoe het functioneren van de zorgkantoren wordt verbeterd.*

Uitgangspunt van de Wlz is dat zowel in de zorgverlening als in de zorginkoop wordt aangesloten bij de wensen van de verzekerde, om op die manier de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Instelling en cliënt gaan daartoe met elkaar in gesprek om een individueel zorgplan op te stellen. Voor de Wlz-uitvoerder geldt dat deze verantwoordelijk is voor een goede ondersteuning van en dienstverlening aan de verzekerde. Wanneer Wlz-uitvoerders zorgkantoren in hun naam zorg laten inkopen, betekent dit dat ook zorgkantoren in hun inkoopbeslissing de wensen van verzekerden moeten volgen. Indien een zorgkantoor slecht scoort op het doelmatig inkopen van zorg dient deze daarop aangesproken te worden door de uitvoerders van de Wlz in de desbetreffende regio. Zonodig kan de NZa de Wlz-uitvoerder daarop aanspreken die in de desbetreffende regio het zorgkantoor is en de Wlz-uitvoerders die taken aan het zorgkantoor hebben uitbesteed. Ook kunnen zij in het uiterste geval besluiten om hun taken niet meer uit te besteden aan een bepaalde zorgkantoor. De NZa ziet toe op het functioneren van de zorgkantoren middels een jaarlijkse prestatiemeting. Daarin wordt het presteren van de zorgkantoren onderzocht op een uitgebreide set prestatie-indicatoren, waaronder bijvoorbeeld «Doelmatige zorgverlening binnen de contracteerruimte», «Zorg in natura», en «Innovatie en kwaliteit zorgverlening».

De regering heeft naar aanleiding van de motie-Van Dijk c.s. onderzoek laten doen naar het verminderen van de administratieve lasten in het proces van de inkoop van langdurige zorg. Het rapport is met een begeleidende brief d.d. 27 januari 2014 (Kamerstukken II 2013/14, 29 515, nr. 351) aan de Kamer aangeboden. De verbetervoorstellen uit het onderzoeksrapport worden betrokken bij de besprekingen over de inkoop van intramurale langdurige zorg voor het jaar 2015. De Kamer zal over de uitkomsten van de besprekingen en hoe de administratieve belasting wordt gereduceerd, separaat worden geïnformeerd na afloop van de besprekingen.

In de Wlz is bovendien een grondslag gecreëerd voor de totstandkoming van een amvb, waarin regels kunnen worden gesteld over het zorginkoopproces en de inhoud van de zorgovereenkomsten. Mocht het inkoopkader van ZN en zorgkantoren niet of onvoldoende bijdragen aan de doelstellingen die de regering nastreeft bij de inkoop van langdurige zorg, dan kunnen bij amvb nadere regels stellen.

*De leden van de fractie van de PvdA merken terecht op dat het Zorginstituut Nederland een belangrijke rol gaat spelen bij het versneld (door)ontwikkelen van (her)nieuw(d)e meetinstrumenten en indicatoren waarin naast de visie van de regering op de kwaliteit van zorg, ook aandacht is voor de beleving en het welzijn van cliënten, het realiseren van zorgdoelen en maatwerk en zelf- en samenredzaamheid. Deze leden vragen wanneer deze meetinstrumenten ontwikkeld en geïmplementeerd moeten zijn. Voorts vragen deze leden hoe deze meetinstrumenten concreet worden ingezet om de mate van kwaliteit en verbetering van kwaliteit te meten, en of er gebruik wordt gemaakt van het reeds ontwikkelde kwaliteitskader in de gehandicaptenzorg, zodat recht gedaan*

*wordt aan de verschillen tussen de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg in de Wlz.*

Ik benadruk dat het (door)ontwikkelen van (her)nieuw(d)e meetinstrumenten en indicatoren wettelijk gezien primair de verantwoordelijkheid is van de zorgaanbieders en de betrokken veldpartijen. Het Zorginstituut Nederland vervult in eerste instantie de rol van aanjager. In goed overleg met het Zorginstituut Nederland wil ik, gelet op bijvoorbeeld de gewenste stroomlijning van de inkooptraak van de zorgkantoren en de afstemming met de toezichtstaak van de Inspectie, bezien hoe dit traject versneld kan worden. Uit de inbreng van de leden van de fractie van de PvdA maak ik op dat zij met mij en betrokken partijen het uitgangspunt delen dat verantwoording over kwaliteit in het verlengde ligt van het verbeteren van kwaliteit. In de komende periode zal het Zorginstituut Nederland een voorstel van een routekaart presenteren, waarin deze aspecten van transparantie worden meegenomen en waar de betrokken partijen geacht worden voortvarend mee aan de slag te gaan. Partijen willen eind van dit jaar een nieuwe set meetinstrumenten gereed hebben. Mijn ambitie is om hierbij nadrukkelijk en nauwlettend de vinger aan de pols te houden.

*De leden van de fractie van de PvdA vragen welke doelstellingen de regering verbindt aan het toegankelijk maken van informatie over kwaliteit van zorg in de Wlz. Deze leden willen weten wat de regering wenst te bereiken op het gebied van transparantie over kwaliteit van zorg en de toegankelijkheid en begrijpelijkheid van informatie voor de cliënt.*

Transparantie over kwaliteit van zorg heeft een vierledig doel: het helpt de zorgaanbieder bij het verbeteren, het ondersteunt verzekerden bij het kiezen van een zorgaanbieder, het biedt informatie voor het toezicht door de IGZ en het geeft handvatten voor de zorginkoop door de zorgkantoren. In de wet waarmee de bevoegdheden voor het Zorginstituut Nederland zijn geregeld (Wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en andere wetten in verband met de taken en bevoegdheden op het gebied van de kwaliteit van de zorg) stelt de regering dat zij primair een publieke verantwoordelijkheid ziet voor het bereiken van transparantie over kwaliteit van zorg ten behoeve van cliëntkeuzeinformatie en toezichtsinformatie. Ten aanzien hiervan wordt gestreefd naar een gezonde balans tussen het verkrijgen van een goed beeld van het handelen van de zorgaanbieder op het gebied van kwaliteit van zorg enerzijds en het voorkomen van onnodige administratieve lastendruk voor de zorgaanbieder anderzijds. In dit verband ziet de regering een belangrijke taak voor het Zorginstituut Nederland. Daarbij gaat het om drie centrale punten:

1. Het ontwikkelingsproces van kwaliteitsstandaarden moet worden gestroomlijnd. Het Zorginstituut Nederland heeft daarbij een rol in het tegengaan van versnippering, het versnellen van het proces en het vergroten van de mogelijkheden om impasses, waardoor de totstandkoming van de gewenste kwaliteitsstandaarden wordt vertraagd of tot stilstand komt, te doorbreken.
2. De regering verwacht verbetering van de kwaliteitsstandaarden. Daarbij wordt een betere aansluiting bij specifieke zorgvragen, een goede onderlinge consistentie en mogelijke toepassing van professionele standaarden als te declareren prestatiebeschrijvingen beoogd. Betere consistentie leidt ook tot minder administratieve lasten voor zorgaanbieders.
3. Met de oprichting van het Zorginstituut Nederland heeft de regering beoogd de informatievoorziening voor onder andere cliënten en zorgverzekeraars te verbeteren. De regering verwacht dat het openbare register van het Kwaliteitsinstituut de informatie over wat we gezamenlijk als goede zorg zien beter zal ontsluiten. Als belangrijke eis hierbij geldt dat deze informatie voor de cliënt begrijpelijk en toegan-

kelijk is. Hierdoor worden cliënten beter toegerust om zich te informeren over wat zij van het zorgproces en van de zorgaanbieder mogen verwachten en wordt hun positie versterkt.

Uiteindelijk moet betekenisvolle informatie beschikbaar komen die kan worden gebruikt in het gesprek tussen zorgverlener en cliënt over de benodigde zorg en ondersteuning. Het gaat daarbij vooral om wat passende zorg en ondersteuning is en door wie kan die worden geleverd.

*De leden van de fractie van de PvdA vragen op welke wijze toezicht wordt gehouden op de borging van het zorgplan en de zorgplanbespreking. Indien er geen toezicht is, zo vragen deze leden, waarom niet en hoe wordt de borging van het zorgplan dan gecontroleerd?*

De invulling van het zorgplan is de primaire verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. De Inspectie houdt toezicht op de systematiek die de zorgaanbieder hanteert bij de toepassing van het zorgplan. Dat wil zeggen: is de cliënt goed betrokken bij het zorgplan, zijn de relevante disciplines goed aangesloten, wordt het zorgplan structureel geëvalueerd en waar nodig bijgesteld? De Inspectie kijkt niet op detailniveau naar de invulling van het zorgplan, maar tijdens toezichtsbezoeken bekijkt de Inspectie doorgaans wel steekproefsgewijs enkele zorgplannen om te toetsen hoe daarmee wordt gewerkt.

*De regering wil steviger inzetten op de controle van Wlz-uitvoerders. De mogelijkheden van de NZa om zorgkantoren aan te spreken op hun verantwoordelijkheid worden verbeterd met het in voorbereiding zijnde wetsvoorstel «verbetering toezicht en opsporing Wmg.» De leden van de PvdA-fractie vragen wanneer het wetsvoorstel naar de Kamer wordt gestuurd en wanneer het de bedoeling dat dit wetsvoorstel in werking treedt? Kan er inzicht gegeven worden in de mogelijkheden die de regering wil vastleggen in het wetsvoorstel? Tevens zal de NZa de geschiktheid en betrouwbaarheid van bestuurders van Wlz-uitvoerders beoordelen. Kan aangegeven worden hoe deze beoordeling plaatsvindt?*

Het wetsvoorstel Vto Wmg wordt nog voor het zomerreces aan de Kamer verstuurd. De geplande inwerkingtreding is voorzien voor 1 januari 2015. Het wetsvoorstel voorziet (onder andere) in de verplichting voor zorgaanbieders de voor de formele en materiële controle door zorgkantoren noodzakelijke tarief- en prestatiegegevens te verstrekken aan deze zorgkantoren. Door deze verplichting worden zorgkantoren beter in staat gesteld hun controletaak uit te voeren. Het wetsvoorstel vormt onderdeel van de strategie ter bestrijding van fraude in de zorg. In de loop van het parlementaire proces zal het wetsvoorstel worden afgestemd op de Wlz en waar nodig op de Wmo 2015.

Het is de verantwoordelijkheid van de Wlz-uitvoerder om bestuurders aan te nemen die geschikt en betrouwbaar zijn. De verplichting voor de Wlz-uitvoerder om haar dagelijkse bestuurders op deze betrouwbaarheid en geschiktheid te toetsen, is daarom ook neergelegd in artikel 4.1.1, vijfde lid, van de wet. De Wlz-uitvoerder toetst haar bestuurders aan de hand van relevante gegevens en antecedenten, als neergelegd in het artikel 4.1.2 van het Blz. Hierbij is aansluiting gezocht op het bepaalde in hoofdstuk 2 van het Besluit prudentiële regels Wft, dat van toepassing is op verzekeraars. Hiermee wordt bereikt dat voor Wlz-uitvoerders en zorgverzekeraars zoveel mogelijk dezelfde eisen gelden voor bestuurders. De NZa toetst daarna of de Wlz-uitvoerder er voldoende zorg voor heeft gedragen dat de geschiktheid en de betrouwbaarheid van deze personen buiten twijfel staat. Dit zal via de tweede nota van wijziging worden verhelderd.

*De leden van de fractie van de PvdA vragen om een nadere toelichting op de gevolgen voor het vereiste solvabiliteitsmarge van het betrekken van de operationele risico's, die het wetsvoorstel met zich meebrengt, bij het geconsolideerd toezicht op verzekeraars binnen dezelfde verzekeringsgroep. Daarnaast vragen zij hoe hier op in wordt gespeeld. Tevens vragen de leden van de fractie van de SP de regering precies aan te geven welke gevolgen het wetsvoorstel heeft voor de solvabiliteit die zorgverzekeraars aan moeten houden. De leden van de fractie van de SP vragen de regering aan te geven hoe groot de kans is dat de vereiste marge stijgt en hoeveel deze stijging bedraagt. Voorts vragen de leden van de fractie van de SP de regering of de vrees dat onzekerheid ten aanzien van de vereiste solvabiliteit leidt tot premiestijging, gerechtvaardigd is.*

Net als bij de AWBZ het geval is, is bij de uitvoering van de Wlz de Staat risicodragend. Dit geldt zowel voor het verzekeringstechnische als het uitvoeringsrisico. Dit betekent dat aan de Wlz-uitvoerders geen directe solvabiliteitseisen zullen worden gesteld. Aangezien de Wlz-uitvoerder onderdeel is van een groep waartoe ook een of meerdere zorgverzekeraars behoren, zal DNB op basis van de Solvency II-richtlijn wel kijken naar de indirecte operationele risico's van de Wlz-uitvoering op de uitvoering van de basisverzekering en de aanvullende verzekering van de onder haar toezicht vallende verzekeraars. Dit wordt betrokken bij het geconsolideerd toezicht en kan een zeker effect op de vereiste solvabiliteit met betrekking tot basis- en aanvullende verzekering hebben. Deze effecten zijn nog niet door DNB in beeld gebracht. Wel mag worden aangenomen dat het om een relatief beperkt risico gaat, dat tevens een zeer beperkt effect zal hebben op de omvang van de vereiste solvabiliteit voor de groep waartoe ook Wlz-uitvoerder behoort. De vrees dat onzekerheid omtrent de vereiste solvabiliteit leidt tot een premiestijging, acht de regering niet gerechtvaardigd. Over het effect van Solvency II en de overhevelingen op de vereiste solvabiliteit vindt er regelmatig afstemming plaats tussen ZN, DNB, het Ministerie van Financiën en VWS. Er is dan ook geen reden om aan te nemen dat onzekerheid ten aanzien van de vereiste solvabiliteit leidt tot premiestijging.

*De leden van de SP-fractie stellen dat de regering aangeeft dat de Minister als ultimum remedium een uitbestedingsverbod kan opleggen aan zorgkantoren die onder de maat presteren. Zij vragen of dit de enige maatregel is die zorgkantoren opgelegd krijgen bij wanbeleid? Welke andere mogelijkheden heeft de regering om zorgkantoren tot de orde te roepen? Wat is de precieze procedure die gevolgd wordt door de Minister, zodra een zorgkantoor een wanbeleid voert? Kan de regering tevens aangeven wat de mogelijkheden binnen de huidige wetgeving zijn en of er al vaker dergelijke maatregelen zijn opgelegd in de afgelopen jaren?*

Waar nodig kan de NZa als toezichthouder thans en ook straks onder de Wlz in het geval een Wlz-uitvoerder de Wlz inadequaats uitvoert, een aantal handhavingsinstrumenten inzetten. De NZa kan handhavingsinstrumenten alleen inzetten voor zover dit betrekking heeft op taken die de regionale Wlz-uitvoerder (zorgkantoor) en de Wlz-uitvoerder krachtens de wet hebben.

De instrumenten die ingezet jegens de regionale Wlz-uitvoerder (zorgkantoor) kunnen worden ingezet, bestaan, vooruitlopend op het wetsvoorstel «Verbetering toezicht en opsporing Wet marktordening gezondheidszorg», uit het geven van een aanwijzing, het ter openbare kennis brengen van handhavingmaatregelen, en het opleggen van een last onder bestuursdwang of een dwangsom. De Minister blijft de bevoegdheid houden om per regio een Wlz-uitvoerder aan te wijzen die in de regio via het zorgkantoor de administratie en/of controle uitvoert voor alle verzekerden. In de aanwijzing kan de Minister instructies meegeven

waar de regionale Wlz-uitvoerder (zorgkantoor) zich aan moet houden bij de uitvoering van zijn taak. Indien de regionale Wlz-uitvoerder (zorgkantoor) slecht functioneert, kan de Minister een uitbestedingsverbod instellen en komt de Wlz-uitvoerder (zorgkantoor) op een «zwarte lijst» te staan. Dit gebeurt alleen nadat de NZa de Minister hierover heeft geadviseerd. Bij de advisering betreft de NZa haar bevindingen uit de meting van de prestaties van de regionale Wlz-uitvoerders (zorgkantoren). De Minister zal slechts van de bevoegdheid gebruik maken, nadat de inzet van handhavinginstrumenten door de NZa tot te weinig verbetering in het functioneren van de betreffende regionale Wlz-uitvoerder (zorgkantoor) heeft geleid. Voor het antwoord op de vraag of de NZa al vaak handhavinginstrumenten heeft ingezet de afgelopen jaren, verwijs ik de Kamer naar de samenvattende rapporten van de NZa over de uitvoering van de AWBZ, die ik de Kamer jaarlijks doe toekomen.

*De leden van de SP-fractie willen weten welke taken het Zorginstituut Nederland nu daadwerkelijk krijgt in het kader van de Wlz.*

Op pagina 56 en 57 van de memorie van toelichting is een samenvattend overzicht van de verantwoordelijkheden per organisatie aangegeven. De taken van het Zorginstituut Nederland zijn:

- bevorderen doelmatige en rechtmatige uitvoering van de wet door Wlz-uitvoerders en CAK;
- adviseren over de inhoud van het verzekerde pakket;
- beheren van het Fonds langdurige zorg (Flz);
- beheren van AZR;
- doen van betalingen aan Wlz-uitvoerders en zorgkantoren (beheerskosten) en het CAK;
- uitkeren eventuele beschikbaarheidsbijdragen aan zorgaanbieders op grond van de Wmg;
- uitvoeren van regelingen voor specifieke groepen (m.n. Wlz-buitenland voor gepensioneerden), verdragsgerechtigden, grensarbeiders) en de subsidieregeling voor ADL-assistentie;
- bevorderen van vernieuwing en verbetering van zorgberoepen en opleidingen;
- stimuleren van permanente verbetering van kwaliteit van zorg;
- vaststellen professionele standaarden/meetinstrumenten en beschikbaarstelling van kwaliteitsinformatie.

*De leden van de CDA-fractie vragen zich af of het CAK op tijd klaar kan zijn voor alle veranderingen waar zij per 1 januari 2015 voor staan. Daarnaast lezen zij dat het CAK zorgaanbieders gaat uitbetalen niet meer op voorschotten maar op basis van declaraties. De leden van de CDA-fractie vragen zich af wat dit precies betekent voor de zorgaanbieders en vragen of de regering dit kan toelichten. Zij vragen hoeveel tijd de regering uittrekt om tot een systeem van declaraties van geleverde zorg te komen?*

Er vindt nauw overleg plaats met het CAK omtrent de veranderingen in de langdurige zorg. Het CAK heeft in deze gesprekken aangegeven op tijd klaar te zijn om de veranderingen per 1 januari 2015 te kunnen uitvoeren. Op 28 maart jl. heeft de Kamer de werkafspraken transitie hervorming langdurige zorg ontvangen die ik met onder andere de aanbieders in de langdurige zorg heb gemaakt. In de werkafspraken is ingegaan op het voorkomen van onbedoelde effecten op liquiditeit bij zorgaanbieders. Afgesproken is dat ten aanzien van de Wlz de huidige bevoorschotting in elk geval in 2015 en 2016 gehandhaafd blijft. Hierdoor is voldoende tijd om in overleg met onder andere de zorgaanbieders om vraagstukken op het gebied van declaratieverkeer uit werken.

*De leden van de CDA-fractie merken op dat het Zorginstituut Nederland het nieuwe Fonds langdurige zorg gaat beheren en de Minister adviseert over de premie. Deze leden horen graag het advies dat het Zorginstituut Nederland geeft over de premie voor 2015 en verdergaande jaren. Zij vragen of het Zorginstituut Nederland ook een lange termijn advies geeft over de premie en wanneer dit advies gereed is.*

De Wlz-premie wordt bij invoering vastgesteld op een constant niveau dat lastendekkend is voor de resterende kabinetsperiode. Daarbij wordt uitgegaan van de geraamde Wlz-lasten en premiegrondslagen voor deze periode. Met het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) – de voorganger van het Zorginstituut Nederland – zijn in 2004 werkafspraken gemaakt over de onderlinge taakverdeling met betrekking tot het fondsbeheer, in het kader van de herpositionering van zbo-taken. Daarbij is afgesproken dat lastenramingen en inkomstenramingen van het AFBZ tot het domein van het Ministerie van VWS horen omdat zowel de lasten als de premie-opbrengsten mede afhankelijk zijn van beleidsvoornemens van het kabinet. Sinds de begroting 2005 heeft het CVZ daarom geen premie-advies meer uitgebracht voor de AWBZ en zal het Zorginstituut Nederland dat ook niet voor de Wlz doen. De bepaling in de AWBZ – artikel 47 – die deze CVZ-taak in het verleden regelde wordt daarom niet overgenomen in de Wlz. Het betreffende artikel in het ingediende wetsvoorstel (artikel 5.1.3., derde lid) zal bij nota van wijziging worden geschrapt.

*De leden van de CDA-fractie vragen zich af waarom het Zorginstituut Nederland verantwoordelijk wordt voor het bevorderen van vernieuwing en verbetering van zorgberoepen en opleidingen. De leden stellen dat de verantwoordelijkheid bij het veld ligt en niet bij de overheid. Zij vragen zich daarbij af waarom hiervoor gekozen wordt.*

De commissie Zorgberoepen en Opleidingen van het Zorginstituut Nederland wordt niet verantwoordelijk voor bevorderen van vernieuwing en verbetering van zorgberoepen en opleidingen. Dat is een verantwoordelijkheid van veldpartijen. Het Zorginstituut Nederland heeft als taak het Ministerie van VWS te adviseren over de gewenste ontwikkeling van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg. Hierbij baseert de commissie Zorgberoepen en Opleidingen zich op de toekomstige vraag naar zorg en op de maatschappelijke en technologische ontwikkelingen in de zorgverlening. Het doel is om voor de zorg een toekomstgerichte beroepenstructuur en een daarop afgestemd en flexibel samenhangend geheel van kernberoepen te ontwikkelen.

*De PVV-fractie stelt dat het wetsvoorstel voorziet in een rol van de sociale omgeving bij de zorgverlening aan de cliënt in de vorm van mantelzorg dat deze bijdrage positief bijdraagt aan het welbevinden van cliënten. Men vraagt of deze bijdrage door zorgaanbieders verplicht kan worden gesteld net als onder de AWBZ weleens is gebeurd.*

Mantelzorgers zorgen vaak jarenlang voor hun naasten en weten vaak beter dan de formele zorgverleners hoe hun naasten het beste geholpen kunnen worden. Met het oog op het welbevinden van de cliënt acht de regering het dan ook van groot belang dat mantelzorgers, als zij en de cliënt dit wensen, de mogelijkheid krijgen om de onderlinge vertrouwdsheid voort te zetten als er een beroep op zorg uit de Wlz wordt gedaan. Deze mogelijkheid is nu via dit wetsvoorstel vastgelegd. Voor goede zorg aan de cliënt is het essentieel dat mantelzorgers betrokken worden bij de zorgverlening, dus ook bij het opstellen van het zorgplan en de zorgplanbespreking. Tijdens de zorgplanbespreking wordt afgesproken hoe familie en naasten samen met de zorgverleners het integrale hulp- en ondersteuningspakket aan de cliënt vormgeven. Het gaat hierbij om het



vinden van goede afstemming tussen formele zorg en mantelzorg. Hierbij is er geen sprake van dat mantelzorg op de een of andere manier verplicht wordt.

De PVV veronderstelt dat het onder de AWBZ is voorgekomen dat zorgaanbieders mantelzorg verplicht stellen. Dit is een onjuiste voorstelling van zaken. Ook in de AWBZ is er geen sprake van verplichting van mantelzorg. Wel kan het zo zijn dat een zorgaanbieder een beroep doet op de familie, zoals is gebeurd bij het experiment van Vierstroom waarop de PVV waarschijnlijk doelt. In antwoorden op Kamervragen over de verplichte inzet van mantelzorg is eerder aangegeven dat van een verplichting tot de inzet van mantelzorg geen sprake kan en mag zijn. Bovendien is daarbij benadrukt dat het zorgkantoor en NZa niet akkoord gaan met een verplichting. In mijn brief aan de Tweede Kamer «Versterken, verlichten en verbinden» van 20 juli 2013 over informele zorg heb ik ook nog eens nadrukkelijk aangegeven dat mantelzorg niet kan en moet worden verplicht. Ik vind het wel bemoedigend als zorgaanbieders mantelzorgers stimuleren tot netwerkparticipatie. Bij netwerkparticipatie gaat het om het op enigerlei wijze geven van liefdevolle aandacht die het betrokken familielid of vriend kan en wil geven. In de praktijk gaat het om gezelschap houden van de groep, koken, wandelen of een spelletje doen. Dit levert een bijdrage aan het welbevinden van cliënten.

*De leden van de fractie van de PVV vragen, onder verwijzing naar de vermelding van de systeemverantwoordelijkheid van de Minister van VWS in de toelichting bij het wetsvoorstel, of de functie van de regering niet overbodig is.*

Dat in de toelichting wordt gesproken over de systeemverantwoordelijkheid van de Minister, vloeit voort uit de wijze waarop de ministeriële verantwoordelijkheid in de Grondwet is geregeld. De Grondwet maakt de Minister verantwoordelijk voor het beleidsterrein van zijn ministerie. Dat de Minister verantwoordelijk is voor alles dat het beleidsterrein van zijn ministerie aangaat, doet er niet aan af dat ook de Staatssecretaris verantwoordelijk is voor en volledig aanspreekbaar is voor het beleid en de goede werking van de wetgeving die tot het hem opgedragen beleidsterrein behoort.

*De leden van de D66-fractie constateren dat het proces van zorgvraagbeoordeling, de indicatiestelling in het kader van de Wlz, met onderhavig wetsvoorstel geheel onder de verantwoordelijkheid van het CIZ komt. De opdracht van het CIZ wordt daarmee uitgebreid ten opzichte van de huidige praktijk. Het CIZ is op dit moment een privaatrechtelijke rechtspersoon, een stichting, maar zal met dit wetsvoorstel worden omgevormd naar een publiekrechtelijk zbo met rechtspersoonlijkheid. Wat betekent de wijziging van opdracht voor het aantal medewerkers van het CIZ? Is daar rekening mee gehouden met reservering van financiële middelen? De hier aan het woord zijnde leden constateren dat het CIZ thans werkt vanuit grote regio's. Hoe verhoudt zich dat met de gedachte zorg dicht bij huis en lokaal beleid?*

De verantwoordelijkheid voor de afhandeling van aanvragen om een indicatiebesluit thans in kader van de AWBZ als ook met ingang van 1 januari 2015 in het kader van de Wlz ligt in handen van het CIZ. Daarin komt geen wijziging. De omvang van het verzekerde Wlz-pakket zal het aantal te behandelen aanvragen doen afnemen ten opzichte van de huidige aantallen aanvragen voor het veel bredere AWBZ-pakket. De wijze van indiceren zal bovendien eveneens wijzigen: waar nu nog een belangrijk deel van de aanvragen in taakmandaat door zorgaanbieders worden voorbereid (het besluit zelf en de toets of de beoordeling door de

zorgaanbieder dezelfde uitkomst oplevert als wanneer het CIZ zelf de aanvraag had afgehandeld), is daarvan geen sprake meer in de Wlz, althans voorlopig niet. Het CIZ heeft bovendien nu een taak in het kader van de BOPZ en krijgt een taak in het kader van de Wet zorg en dwang, ook in dit opzicht verandert er niets.

Het aantal te behandelen aanvragen zal beduidend lager zijn dan de huidige aantallen aanvragen. Dit leidt tot een lagere personeelsformatie dan de huidige. De voorziene nieuwe werkwijze van het CIZ, een persoonlijke benadering van degene door wie of voor wie een Wlz-indicatiebesluit wordt aangevraagd, maakt dat de personeelsformatie in ieder geval ook naar inhoud een andere zal zijn dan thans. Met deze gevolgen van de keuzes die zijn neergeslagen in dit wetsvoorstel is in financieel opzicht rekening gehouden.

De organisatie CIZ zal qua omvang minder groot zijn dan de huidige stichting CIZ. Dat kan gaan betekenen dat het aantal units zelfs nog wordt teruggebracht. Niettemin staat het CIZ een andere, meer persoonlijke benadering van de te indiceren verzekerden voor. Die verhoudt zich goed tot zorg dicht bij huis, het CIZ zal indien nodig op huisbezoek gaan, waar het kan een afspraak maken voor een persoonlijk contact op een andere locatie.

*De leden van de ChristenUnie merken op dat er een hoop organen en instituten bij de uitvoering van de Wlz betrokken zijn. De leden vragen aan de regering van alle op pagina 56 en 57 van de memorie van toelichting genoemde verantwoordelijkheden aan te geven waarom ervoor is gekozen deze bij een ander dan de Minister onder te brengen?*

De bewindspersonen van VWS zijn stelselverantwoordelijk voor deze wet. Voor de uitvoering van de Wlz en het toezicht daarop de zijn een groot aantal (uitvoerings-)organisaties betrokken.

Bij de toedeling van taken is aansluiting gezocht bij de bestaande AWBZ-taakuitvoering door de verschillende (bestaande) organisaties. Deze taakverdeling is (in het verleden) tot stand gekomen vanuit het (bestuurskundige) principe van scheiding tussen beleid, uitvoering en toezicht. Bij de verdeling is bijvoorbeeld rekening gehouden met de wens tot onafhankelijke oordeelsvorming (bijvoorbeeld bij indicatie) of het feit dat de taak puur uitvoeringstechnisch is (zoals de berekening, vaststelling en inning van de eigen bijdrage).

*De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen de regering het feitelijke onderscheid tussen de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor te verhelderen. Zij vragen de regering voorts het verschil te verhelderen tussen enerzijds de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor in het nieuwe stelsel en anderzijds de concessiehouder en het zorgkantoor in het oude stelsel. Zij vragen of de regering verwacht dat de Wlz-uitvoerders hun taken zullen delegeren aan de zorgkantoren zoals we die nu kennen. Daarnaast vragen de leden van de fractie van de ChristenUnie of de regering het wenselijk vindt dat de Wlz-uitvoerder de uitvoering van de zorg centraliseert, zoals nu veel zorgkantoren van een bepaalde concessiehouder/zorgverzekeraar al vanuit één locatie werken. Zij vragen op welke wijze in deze wet de regionale inbedding van de Wlz-uitvoerder wordt geborgd.*

De regering heeft ervoor gekozen om de bestaande uitvoeringsstructuur grotendeels te handhaven. Er is dan ook geen verschil tussen enerzijds de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor in de Wlz en de concessiehouder en het zorgkantoor in het oude stelsel. Het verschil tussen de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor is dat de Wlz-uitvoerder eindverantwoordelijk is voor de uitvoering van de Wlz voor zijn verzekerden. Het zorgkantoor is alleen verantwoordelijk voor de taken die zij direct opgedragen heeft gekregen

door de Minister. Ook wanneer de individuele Wlz-uitvoerders taken mandateren aan het zorgkantoor, dan blijft de Wlz-uitvoerder verantwoordelijk. De regering verwacht dat de Wlz-uitvoerders taken zullen delegeren aan het zorgkantoor, zoals bijvoorbeeld zorginkoop. Zo lang de Wlz-uitvoerder zijn taken goed uitvoert en voldoende bereikbaar is voor de cliënt, is de regering indifferent vanuit hoeveel of welke locatie een zorgkantoor precies werkt. Mede met het oog op regionale opschaling van het aantal zorgkantoren in de toekomst, voorziet de wet dan ook niet voor borging van de regionale inbedding.

## **6. Samenhang tussen de Wlz en andere domeinen**

*De leden van de VVD-fractie vragen wat er verandert in de mogelijkheden voor mensen in een ADL-clusterwoning als de tijdelijke aanspraak op 24-uurs ADL-assistentie wordt opgevolgd door een subsidieartikel. Tevens vragen zij of het met dit nieuwe subsidie artikel mogelijk voor nieuwe aanbieders, eventueel met nieuwe ADL-clusterwoningen – om toe te treden tot dit onderdeel van het zorgaanbod.*

Met de nieuwe subsidieregeling binnen de Wlz wordt zo veel mogelijk aangesloten bij de huidige aanspraak zoals die binnen de AWBZ bestaat en wordt er voor gezorgd dat het «Fokus»-concept ook in de toekomst mogelijk blijft. Naast de 24-uurs ADL-assistentie in- en om de woning maken de cliënten gebruik van extramurale zorg en ondersteuning buiten de woning. De subsidieregeling kent – net als de huidige tijdelijke aanspraak – als begrenzing dat de zorg wordt geleverd in ADL-clusterwoningen die zijn gerealiseerd met subsidie uit de Regeling geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Voor nieuwe initiatieven geldt dat deze binnen de Wlz vanuit een integraal pakket kunnen worden gerealiseerd, waarbij eventueel gebruik gemaakt kan worden van een meerzorgregeling (zowel bij zorg in natura als in het pgb).

*De leden van de VVD-fractie zijn het zeer eens met de regering die aangeeft te bezien of positieve prikkels kunnen worden ingebouwd om gemeenten te stimuleren om cliënten waar mogelijk en verantwoord zo lang mogelijk in het gemeentelijk domein te ondersteunen, zoals ook aangegeven tijdens de behandeling van de Wmo 2015. Kan de regering aangeven hoe hij dit punt verder wil brengen? Eerder in deze inbreng hebben de leden van de fractie van de PvdA al vragen gesteld over de afstemming tussen Wmo- en Wlz-zorg. Gemeenten worden gestimuleerd om cliënten waar mogelijk en verantwoord zo lang mogelijk in het gemeentelijk domein te ondersteunen en daarmee onnodige doorstroom van de Wmo 2015 naar de Wlz te voorkomen. Ook wordt er gekeken of naast gespreksmogelijkheden positieve prikkels kunnen worden ingebouwd. Kan hier een nadere toelichting op gegeven worden door de regering? Ze vragen daarnaast hoe deze positieve prikkels zullen worden vormgegeven?*

Evenals de leden van de VVD en de PvdA vind ik goede prikkels in de Wmo van groot belang om preventie van zwaardere zorg te voorkomen. Hierbij wil ik dat goed gedrag beloond wordt. Dit vergt nader onderzoek; verschillende factoren kunnen van invloed zijn op het gebruik van intramurale voorzieningen en er moet een aantoonbare relatie bestaan tussen het beleid of gedrag van de gemeente en het gebruik van de Wlz. Ik wil de komende maanden gebruiken om meer inzicht te krijgen op de vraag of deze relatie tussen beleid en Wlz-gebruik kan worden gekwantificeerd. Daarbij wil ik ook kijken naar andere mogelijkheden om prikkels in de Wmo te verbeteren. Ik zal daarom ook de motie Van der Staaij en Van Dijk betrekken in hoeverre prikkels kunnen worden verbeterd door

verzekeraars en gemeenten hun budgetten onderling te laten verschuiven, zodat substitutie van zorg en ondersteuning mogelijk wordt. De idee hierbij is om meer mogelijkheden te creëren om te investeren in preventief beleid, waarbij ook makkelijker de baten in een ander domein in de investeringsbeslissing meegenomen kunnen worden.

*Kan de regering ingaan op de positie van medisch kinderdagverblijven en de kinderen die tot deze doelgroep behoren?*

De leden van de VVD-fractie vragen mij in te gaan op de positie van de medische kinderdagverblijven en de kinderen die tot deze doelgroep behoren. De positie van de medische kinderdagverblijven, nu onderdeel van de Wet op de Jeugdzorg, is dat deze onderdeel worden van de Jeugdwet. Het betreft hier hulp en ondersteuning bij opgroei- en opvoedproblematiek als jonge kinderen tot ongeveer 7 jaar met een (vermoedelijk) normale intelligentie zijn achtergeraakt in hun emotionele of psychosociale ontwikkeling. Vaak is de oorzaak van hun problematiek nog onduidelijk. Denk hierbij aan kinderen die heel druk en onhandelbaar zijn, of aan kinderen die niet praten en geen contact maken met andere kinderen. Het medisch kinderdagverblijf onderzoekt wat er aan de hand is en biedt specifieke hulp in overleg met de ouders. De problematiek waar een medisch kinderdagverblijf zich op richt, onderscheidt zich daarmee van de problematiek waar een verpleegkundig kinderdagverblijf zich op richt. Deze laatste vallen onder de Zvw en bieden specifieke verpleegkundige zorg aan kinderen met een bepaalde ziekte of aangeboren afwijking. Daarnaast kent de AWBZ nog de kinderdagcentra, of kinderdienstencentra (KDC's). KDC's bieden kinderen – soms ook jong volwassenaan – met een (ernstige) verstandelijke beperking of (ernstige) meervoudige handicaps onderzoek, behandeling en begeleiding zodat zij zich waar mogelijk nog verder kunnen ontwikkelen. Bijvoorbeeld door het zelf aandoen of uitkleden te oefenen, of het zelf eten. Deze kinderen zijn levenslang aangewezen op zorg; gezien hun zorgzwaarte zullen zij merendeels in aanmerking komen voor Wlz-zorg. De KDC's zullen hiermee onder de Wlz gaan vallen.

*De leden van de PvdA-fractie vragen wat het betekent dat cliënten naast de 24-uurs ADL assistentie ook gebruik maken van zorg en ondersteuning vanuit Zvw en Wmo. Wat zijn de consequenties hiervan voor het Fokuswonen en aanverwante woonvormen. Tevens vragen zij wanneer de Kamer wordt geïnformeerd over de uitwerking van de voorwaarden die bij de indicatiestelling worden gesteld.*

Ik heb eerder toegezegd dat ik het specifieke karakter van het «fokus-concept» linksom of rechtsom ook in de toekomst mogelijk zou maken. Het specifieke van het Fokus-concept is gelegen in het feit dat in en om de woning 24 uur per dag op afroep en aanwijzing assistenten beschikbaar zijn voor de benodigde ADL-assistentie. Daarnaast maken cliënten gebruik van extramurale zorg en ondersteuning door andere zorgverleners. Met de subsidieregeling wordt nauw aangesloten op de huidige praktijk. Deze oplossingsrichting kan rekenen op de steun van Fokus en de cliëntenraad van Fokus. Het CIZ zal een besluit nemen op basis van toegangscriteria zoals deze ook in de huidige praktijk gelden. In de huidige praktijk wordt een indicatie door het CIZ pas afgegeven indien er daadwerkelijk een plek beschikbaar is in een ADL-clusterwoning en door de zorgleverancier wordt aangegeven dat de cliënt ook daadwerkelijk tot de doelgroep voor een ADL-clusterwoning behoort.

*De leden van de fractie van de PvdA vragen zich af hoe het op dit moment staat met het experiment rondom persoonlijke assistentiebudgetten. Graag krijgen zij meer duidelijkheid over de huidige situatie: voor een*

*kleine groep cliënten met een zeer complexe ondersteuningsvraag is dit erg belangrijk. Wat is de situatie van dit experiment op dit moment? Wie heeft nu de regie over dit experiment? Worden belangenorganisaties en het werkveld betrokken bij het experiment? Er ligt veel specifieke kennis bij deze organisaties over deze specifieke doelgroep. Deze fractieleden willen tevens weten of de mensen die aan de pilot deelnemen, de garantie hebben om op dezelfde wijze hun zorg te mogen organiseren wanneer het experiment een succes blijkt. Hoe zijn ervaringen van dit experiment tot nu toe, meegenomen in de uitwerking van dit wetsvoorstel?*

Er is geen pilot of experiment in voorbereiding om persoonlijke assistentie mogelijk te maken. De huidige regelgeving biedt namelijk al ruimte om de huidige meerzorgregeling toe te passen voor doelgroepen met een ZZP LG5 of LG7. Momenteel wordt hiervan vrijwel geen gebruik gemaakt. Op dit moment wordt gewerkt aan een goede procedure en een gezamenlijk afwegingskader om de ZZP-meerzorgregeling via pgb toe te passen voor de kleine groep cliënten waar het hier om gaat: mensen met een zeer ernstige lichamelijke beperking met volledig regie over het eigen leven die vanuit medisch oogpunt (veiligheid) permanent toezicht nodig hebben. Het is wenselijk dat zorgkantoren zoveel mogelijk uniforme procedures hanteren. Met uitvoerders en belangenorganisaties is overleg gevoerd over uitvoeringsaspecten. Aangezien er geen experiment is gestart zijn er ook geen ervaringen meegenomen bij de uitwerking van het wetsvoorstel. Het is de bedoeling dat de af te spreken procedure en het afwegingskader ook gebruikt worden binnen de Wlz. Deze wet biedt daarvoor de ruimte.

*De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe de samenwerking tussen aanbieders in de Wlz, zorgkantoren en gemeenten wordt gestimuleerd, bijvoorbeeld voor het delen van kennis en kunde over het inkopen van gespecialiseerde dagbesteding door gemeenten bij aanbieders die zich vooral richten op de Wlz en het organiseren van woningaanpassingen door zorgkantoren.*

Het kabinet onderschrijft het belang van een zorgvuldige uitwisseling van kennis en kunde tussen gemeenten, aanbieders van zorg en ondersteuning en zorgkantoren. De hervorming van de langdurige zorg is complexe operatie, waarbij tussen partijen grote onderlinge afhankelijkheden bestaan. Om die reden ben ik met de landelijke organisaties NPCF, leder(in), landelijk platform GGZ, ZN, VNG, BTN, Actiz, VGN, Federatie Opvang, GGZ Nederland en V&VN werkafspraken over de transitie overeengekomen voor de periode tot en met 2016<sup>11</sup>. Als onderdeel van deze landelijke werkafspraken wordt op regionaal niveau een transitie-overleg ingericht waar onder anderen vertegenwoordigers van gemeenten, zorgkantoren en aanbieders aan deelnemen. Het doel van de bijeenkomsten is het leggen van contacten en het uitwisselen van kennis en ervaring. De deelnemers stellen gezamenlijk de informatiebehoefte vast. Een voorbeeld hiervan kan zijn het organiseren van woningaanpassingen. Ook het adviseren van gemeenten over hoe dagbesteding voor mensen met dementie het beste kan worden vormgegeven, zoals verwoord in de motie Dik-Faber<sup>12</sup>, kan onderdeel uitmaken van het regionale transitieoverleg.

Voor de totstandkoming van deze regionale transitiebijeenkomsten en het stimuleren van de samenwerking tussen gemeenten, zorgkantoren en aanbieders wordt landelijke ondersteuning beschikbaar gesteld aan de regio's. Zo wordt voor iedere regio een secretaris aangesteld die zorg

<sup>11</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 30 597, nr. 428.

<sup>12</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 30 597, nr. 406.

draagt voor de informatie-uitwisseling en het intensiveren van de onderlinge contacten.

*De leden van de fractie van de PvdA lezen dat intensieve kindzorg onderdeel gaat uit maken van de functie wijkverpleging onder de Zvw. De huidige contra legem situatie wordt hiermee opgelost. Om dubbeling in aanspraken te voorkomen, in de Wlz is bepaald dat iemand die jonger is dan achttien jaar uitgesloten wordt ondanks dat diegene wel aan de Wlz-criteria voldoet. Zodra er geen sprake meer is van intensieve kindzorg of het kind achttien jaar wordt, komt het wel in aanmerking voor Wlz-zorg indien het kind aan de toegangscriteria voor de Wlz voldoet. Kan de regering nader toelichten welke overwegingen hebben geleid tot dit besluit? Welke voordelen heeft dit voor de kinderen die intensieve zorg ontvangen ten opzichte van het ontvangen van zorg uit de Wlz? Wie zijn er betrokken bij het maken van deze beslissing? Hoe wordt afwenteling voorkomen, zodat geen kind tussen wal en schip valt? Graag een nadere toelichting van de regering.*

De intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening, de zogenaamde intensieve kindzorg, heb ik onder de Zvw ondergebracht omdat de zorg primair een medisch karakter heeft. Het gaat bij deze kinderen om zorg die thuis en/of in een verpleegkundig kinderdagverblijf en/of in een kinderspice wordt geleverd op verwijzing van en onder de verantwoordelijkheid van de medisch specialist, veelal de kinderarts. Zonder deze mogelijkheden zou de zorg in het ziekenhuis moeten plaatsvinden. Gaandeweg de groei en de ontwikkeling van het kind wordt duidelijk of en zo ja het kind blijvend op zorg is aangewezen, zal voldoen aan de criteria van de Wlz of dat zorg vanuit de Zvw, eventueel aangevuld met ondersteuning vanuit de Wmo 2015 voor de jong volwassene volstaat.

De voordelen voor het kind en ouders bij deze keuze zijn dat de voor hem benodigde medische behandeling en zorg integraal en vanuit dezelfde expertise uit een domein kan worden geboden. Of het nu gaat om een behandeling in het ziekenhuis is of dat deze thuis kan plaatsvinden, zoals bijvoorbeeld infuustherapie. Voor aanvullende hulp of ondersteuning aan het kind of het gezin die geen relatie heeft met de ziekte van het kind, kan men een beroep doen op de Jeugdwet. Deze kinderen volgen onderwijs en krijgen hun verpleging en verzorging op school vanuit de Zvw. Op deze wijze krijgen deze kinderen maximaal de kans zich te ontwikkelen.

Bij mijn besluitvorming over de positionering van deze zorg is gesproken met het Zorginstituut Nederland, de specifiek op intensieve kindzorg gerichte brancheorganisaties zoals de Vereniging Gespecialiseerde Verpleegkundige Kindzorg en de kinderspiceorganisaties, ZN, Per Saldo, de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, ActiZ en de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN).

Afwenteling tussen systemen wordt voorkomen door zowel in het Besluit zorgverzekering als ook in het Blz de groep te beschrijven en af te bakenen. De uitvoerbaarheid van deze beschrijving is besproken met V&VN, die het indicatie-instrument voor de intensieve kindzorg binnen de Zvw maakt, als ook met het CIZ dat de toegangscriteria van de Wlz zal gaan hanteren.

*De leden van de PvdA-fractie stellen vast dat het zo kan zijn dat Wlz-gerechtigden te maken krijgen met een sollicitatieplicht uit de Participatiewet. Zij vragen om hoeveel cliënten dit naar verwachting zal gaan. Ook vragen zij hoe dit strookt met de functie dagbesteding uit de*

*Wlz. Tot slot vragen zij hoe wenselijk de regering herkeuring van cliënten onder de huidige AWBZ en de toekomstige Wlz vindt.*

Het precieze aantal cliënten dat te maken krijgt met de arbeidsverplichting uit de Participatiewet is niet op voorhand vast te stellen. Het ligt in de rede te veronderstellen dat cliënten in de Wlz niet (meer) in staat zijn arbeid te verrichten en dat zij door de gemeente zullen worden ontheven van de arbeidsverplichting. Dit is echter ter beoordeling aan de gemeente die daarin maatwerk in het individuele geval zal leveren. Het zittend bestand van de Wajong wordt beoordeeld op arbeidsvermogen. Wajongers die duurzaam geen arbeidsvermogen hebben, behouden hun uitkering van 75% WML. Wajongers die wel arbeidsvermogen hebben, krijgen vanaf 1 januari 2018 te maken met een verlaging van de uitkering naar 70% WML. Ook Wajongers met een AWBZ- of Wlz-indicatie worden dus beoordeeld op arbeidsvermogen. De verwachting is dat veel van hen duurzaam geen arbeidsvermogen zullen hebben. Voor alle Wajongers geldt dat zij, ook na deze beoordeling, onder de Wajong blijven vallen. De rechten en plichten die hierbij horen blijven ongewijzigd. Wajongers krijgen dus niet te maken met de sollicitatieplicht die deel uitmaakt van de Participatiewet.

*De leden van de SP-fractie hebben met betrekking tot de afstemming en samenwerking tussen de verschillende domeinen gevraagd wie tussen de verschillende domeinen doorzettingsmacht heeft, indien er onenigheid plaatsvindt.*

In hoofdstuk 2 van de nota naar aanleiding van het verslag Wmo 2015, is uitgebreid ingegaan op de samenwerking tussen gemeenten en verzoekers, ondermeer naar aanleiding van vragen over doorzettingsmacht. Korthedshalve zij verwezen naar die antwoorden.

*De leden van de fractie van de SP vragen hoe de regering gaat voorkomen dat het voorliggende wetsvoorstel een afwentelmechanisme wordt, omdat gemeenten een maatwerkvoorziening kunnen weigeren, in verband met de grote bezuinigingen waar zij mee te kampen hebben.*

Indien in het onderzoek op grond van de Wmo 2015 wordt vastgesteld dat de cliënt niet op eigen kracht, met behulp van zijn netwerk of met gebruikmaking van algemene voorzieningen maatschappelijk kan participeren of zelfredzaam kan zijn, dan wel in aanmerking komt voor opvang, dan is het college gehouden een maatwerkvoorziening te leveren. Bezuinigingen zijn geen reden om niet aan deze wettelijke plicht te voldoen. Bovendien wordt op basis van de zorgbehoefte van de client aan de hand van objectieve criteria door het CIZ vastgesteld of iemand is aangewezen op Wlz-zorg.

*De leden van de SP-fractie vragen waarom de regering ervoor heeft gekozen om de ADL-assistentie vorm te geven via een subsidieregeling. Tevens vragen de leden van de SP-fractie hoe het assistentiebudget geregeld wordt?*

De 24-uurs ADL-assistentie wordt vorm gegeven via een subsidieregeling omdat de doelgroep die woont in een ADL clusterwoning niet in zijn geheel past binnen de Wlz, Wmo of Zvw. Om die reden is gekozen voor een specifieke subsidieregeling. In de beantwoording van de vragen die zijn gesteld in het kader van het VSO ADL/Fokus ga ik nader in op de vormgeving van het assistentiebudget.

*De leden van de SP-fractie hebben vragen over mensen die de wens hebben om thuis zorg te ontvangen vanuit de Wlz. De regering geeft in het voorliggende wetsvoorstel aan dat de zorgverzekeraar bij dit gesprek aanwezig is, om mede te bepalen of de zorg dan wel doelmatig is. De leden kunnen niet begrijpen waarom de regering hiervoor kiest. Is zij niet van mening dat de indicatiestelling onafhankelijk dient te gebeuren? Hoe gaat de regering voorkomen dat financiële beslissingen worden gemaakt door zorgverzekeraars, in plaats van zorginhoudelijke beslissingen? Waarom krijgen zorgverzekeraars de taak om mede te indiceren? De leden verwachten een uitgebreide toelichting op dit punt.*

De regering heeft ervoor gekozen om de indicatiestelling voor de Wlz in handen van het CIZ te leggen. De regering hecht er met cliëntenorganisaties sterk aan dat de indicatiestelling voor de Wlz onafhankelijk, objectief, uniform en deskundig plaats vindt. Het CIZ is daarom toegerust om op basis van kennis van wet- en regelgeving en kennis van de verschillende doelgroepen binnen de Wlz te komen tot indicatiestelling die aan deze eisen voldoet. Het onderzoek van het CIZ vindt in persoon plaats. Nadat het CIZ het indicatieonderzoek heeft afgerond, geeft het een indicatiebesluit af, waarin is vastgesteld of een cliënt aan de toegangscriteria van de Wlz voldoet en/of de cliënt op basis hiervan toegang tot de Wlz heeft. Daarnaast stelt het CIZ vast in welk inhoudelijk zorgprofiel de cliënt het beste past. Het CIZ indiceert de zorgbehoefte hiertoe in aard, inhoud en (globale) omvang.

Anders dan de leden van de SP- fractie veronderstellen, hebben zorgverzekeraars bij de indicatiestelling geen rol. Wel is het zo dat als een cliënt met een Wlz-indicatie kiest voor het thuis ontvangen van Wlz-zorg met een vpt of pgb, er een rol voor de zorgverzekeraar weggelegd is. Het gaat hierbij dan niet om het indiceren, maar om het beoordelen op geleide van het indicatiebesluit of de zorg thuis op verantwoorde en doelmatige wijze geleverd kan worden in de woonomgeving van de cliënt.

*De SP-fractie vraagt de regering een overzicht te sturen van de bestaande wachtlijsten in de langdurige zorg op dit moment? De leden van de fractie willen weten hoe de regering denkt nieuwe wachtlijsten te voorkomen met het voorliggend wetsvoorstel? Hoe gaan zij wachtlijsten voorkomen, als het geld bij gemeenten op is? Tijdens de behandeling van de Wmo 2015 heeft de regering aangegeven dat als het budget bij gemeenten op is, zij zorg moeten blijven bieden. Kan de regering aangeven hoe dit geregeld is binnen de Wlz?*

Actuele wachtlijstinformatie is te vinden op de site van het Nederlands Zorginstituut Nederland: [www.zorgregistratie.nl](http://www.zorgregistratie.nl). Informatie is gespecificeerd per sector, zorgsoort en per zorgaanbieder. Gemeenten zijn op grond van de Wmo 2015 verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen die niet op eigen kracht of met behulp van hun sociale netwerk kunnen participeren of zelfredzaam zijn. Een tekort aan financiële middelen ontslaat gemeenten niet van deze verantwoordelijkheid. Het is niet aannemelijk dat de wachtlijst voor langdurige zorg zal toenemen als gevolg van het wetsvoorstel Wlz. Cliënten houden immers hun recht op zorg, omdat zij een (verblijfs)indicatie hebben, verstrekt door een onafhankelijke instantie (CIZ). Deze indicatie wordt gebaseerd op zorginhoudelijke criteria; de ondersteuning van gemeenten speelt geen daarbij geen rol.

*De leden van de SP-fractie merken op dat bij de behandeling van de Wmo 2015 de regering heeft aangegeven dat als het budget bij gemeenten op is, zij zorg moeten blijven bieden. De leden van de PVV-fractie vragen of de regering kan aangeven hoe dit geregeld is binnen de Wlz.*



In de Wlz heeft de cliënt recht op zorg. Het zorgkantoor heeft op grond van zijn zorgplicht de taak ervoor te zorgen dat de cliënt ook daadwerkelijk zorg krijgt. De zorgkantoren zullen gedurende het jaar moeten monitoren hoe het staat met de besteding van de middelen. Elk jaar in mei brengt de NZa een onderzoek uit naar de uitgavenontwikkeling. Mocht daaruit blijken dat de beschikbare middelen niet toereikend zijn, dan zal een nieuwe afweging worden gemaakt of het nodig is extra middelen ter beschikking te stellen.

*De leden van de SP-fractie vragen hoe de regering tot de stelling komt dat intensieve kindzorg op dit moment contra-legem in de AWBZ is ondergebracht en vragen wat er op tegen is om de intensieve kindzorg als aanspraak wijkverpleging in AWBZ/Wlz te houden.*

Verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg, op grond van artikel 2.11 van het Besluit zorgverzekering een aanspraak is binnen de Zvw. Bij kinderen is dit feitelijk de «intensieve kindzorg». Als er een aanspraak is op een andere wettelijke regeling dan de AWBZ of de Zvw, dan is er geen aanspraak op de AWBZ (Besluit zorgaanspraken artikel 2 lid 1). Dat betekent dat de levering van intensieve kindzorg vanuit de AWBZ op dit moment contra-legem plaatsvindt. Over deze contra-legem situatie is de Kamer door mijn voorgangers meermaals geïnformeerd<sup>13</sup>.

De regering kiest bewust voor het «terugbrengen» van deze zorg naar de Zvw, waarin deze zorg het beste past. Intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening, de zogenaamde intensieve kindzorg, heeft primair een medisch karakter. Zonder deze mogelijkheden zou de zorg in het ziekenhuis moeten plaatsvinden. Zorg aan zorgintensieve kinderen vindt plaats onder verwijzing van en in nauwe samenwerking met de kinderarts. Met het onderbrengen van deze zorg onder de Zvw heeft de regering de problematiek opgelost dat in tegenstelling tot de huidige situatie, aan deze kinderen de benodigde medische behandeling en zorg vanuit één domein en vanuit de benodigde expertise integraal kan worden verstrekt. Het maakt niet uit of dit nu een behandeling in het ziekenhuis betreft of dat deze thuis kan plaatsvinden, zoals bijvoorbeeld infuustherapie. Kindgerichte en doelmatige inzet van zorg wordt hiermee bewerkstelligd en afbakeningsproblematiek tussen de domeinen wordt voorkomen. Ook is het in de Zvw mogelijk gemaakt om deze zorg via een pgb te ontvangen.

*Als je thans een AWBZ indicatie voor verblijf hebt en in een instelling zit, dan houd je dit recht. Zit je nog niet in een instelling dan geldt een overgangsrecht van 1 jaar tot 2016. De leden van de SP-fractie vragen of het niet beter is om het recht op intramuraal verblijf ook voor mensen die thans nog extramuraal wonen maar wel een intramurale indicatie hebben dit recht onverkort te handhaven? Juist ook vanuit de gedachte dat zolang mogelijk thuis wonen het beste is?*

In het overgangsrecht van de Wlz wordt een onderscheid gemaakt tussen mensen met een hoog zvp en mensen met een laag zvp. Voor mensen met een hoog zvp geldt dat zij hun recht op zorg op grond van de Wlz behouden. Zij kunnen binnen de Wlz kiezen voor verblijf in een instelling, vpt of pgb. Als zij thuis wonen met vpt of pgb behouden zij de mogelijkheid om op een later moment alsnog te kiezen voor verblijf in een instelling.

<sup>13</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2008–2009, 29 247, nr. 93 en nr. 126  
Kamerstukken II, vergaderjaar 2012–2013, 30 597, nr. 368

Voor mensen met een laag zzp, die niet in een instelling verblijven, geldt dat zij gedurende een jaar de keuze kunnen maken om te kiezen voor zorg met verblijf vanuit de Wlz. Deze groep cliënten behoudt dus het recht om in een instelling te verblijven, mits er binnen een jaar wordt gekozen voor daadwerkelijk verblijf in een instelling. Voor hen is er geen mogelijkheid om te kiezen voor vpt of pgb omdat voor hen zorg en ondersteuning vanuit de Zvw en Wmo 2015 passend is. De regering is van mening dat mensen zo lang mogelijk thuis in de eigen omgeving zorg en ondersteuning moeten ontvangen. Deze groep cliënten heeft een lichte zorgvraag die prima past bij de taken en verantwoordelijkheden van gemeenten en zorgverzekeraars. Behoud van het recht op verblijf terwijl zij dit niet verzilveren, zou een rechtsongelijkheid scheppen met nieuwe cliënten die mogelijk een zwaardere zorgvraag hebben, maar daarmee toch niet onder de Wlz vallen. De regering heeft er daarom voor gekozen mensen met een laag zzp wel de keuze te bieden om alsnog te gaan verblijven in een instelling maar op het moment dat zij kiezen om thuis te blijven wonen hen te laten vallen onder de passende domeinen nl. de Wmo 2015 en de Zvw.

*De leden van de SP-fractie vragen zich af of de hele zaak niet in het honderd loopt als de 70.000 mensen die nu een indicatie verblijf hebben maar de zorg thuis afnemen allemaal kiezen voor intramuraal verblijf? Ook de leden van de CDA-fractie maken zich hier zorgen om en vragen of de regering voor deze groep extra middelen heeft gereserveerd?*

De mensen uit deze doelgroep die aan de Wlz criteria voldoen, kunnen de zorg thuis blijven genieten via vpt of pgb. De mensen die niet aan de Wlz criteria voldoen kunnen de zorg en ondersteuning verkrijgen via de Zvw en of Wmo. Omdat zij gewend zijn om de zorg thuis te ontvangen is niet de verwachting dat zij collectief gaan kiezen voor intramuraal verblijf. De regering heeft voor de continuering van de zorg na het overgangsrecht middelen gereserveerd voor deze groep.

*De leden van de CDA-fractie constateren dat de Minister binnen de Wlz amvb's in werking kan laten treden als bijvoorbeeld zorgkantoren geen goede zorg inkopen maar dat de Minister ten aanzien van de aanpalende wetgeving geen tot weinig middelen in handen heeft. De leden van de CDA fractie vragen om een actievere houding van de regering met betrekking tot de samenwerking tussen partijen bij het tot stand brengen van ondersteuning op maat. Tevens vragen de leden van de CDA fractie wat de consequenties zijn als er niet tot intensieve samenwerking gekomen wordt.*

Met landelijke partijen (NPCF, leder(in), landelijk platform GGZ, ZN, VNG, BTN, Actiz, VGN, Federatie Opvang, GGZ-Nederland en de V&VN) heb ik werkafspraken gemaakt met het doel om de veranderingen in de langdurige zorg zo veel mogelijk voorspelbaar, beheersbaar en zorgvuldig te laten verlopen. Voor het in samenhang verlenen van wijkverpleging enerzijds en de verschillende vormen van maatschappelijke ondersteuning anderzijds, maken gemeenten en zorgverzekeraars op regionaal niveau samenwerkingsafspraken. Het gaat met name over de inzet van de wijkverpleegkundige en de afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning. Voor de totstandkoming van deze afspraken zijn zorgverzekeraars en gemeenten op regionaal niveau met elkaar in overleg. Beide werken hierbij met een vorm van vertegenwoordiging. Gezamenlijk werken zorgverzekeraars en gemeenten aan de voorwaarden die professionals in de wijk helpen bij het doelmatig en in samenhang uitvoeren van hun taken. Deze gesprekken tussen zorgverzekeraars en gemeenten vinden op dit moment plaats. Voor het organiseren van deze gesprekken is landelijk ondersteuning beschikbaar gesteld. Tevens is in

opdracht van ZN, VNG en VWS een focuslijst «verbinding wijkverpleging en sociaal domein» ontwikkeld die onderwerpen agendeert voor de samenwerkingsafspraken. De lijst is geen landelijke blauwdruk van hoe de lokale inrichting moet worden vormgegeven, maar is een hulpmiddel voor het vormgeven van de samenwerking. Tevens is met het aangenomen amendement van de leden van Dijk c.s.<sup>14</sup> de opdracht voor gemeenten en zorgverzekeraars om de taken op grond van de het wetsvoorstel Wmo 2015 en de Zvw af te stemmen wettelijk aangescherpt. Hiermee worden zowel gemeenten als zorgverzekeraars aangespoord tot samenwerking en wordt deze vergemakkelijkt als één van de beide partijen minder bereidwillig is tot samenwerking.

*De leden van de CDA-fractie vragen zich af hoe het gaat met het in ontwikkeling zijnde assistentiebudget en de IGZ onderzoeken over het functioneren van Fokus-woonprojecten.*

*De leden van de CDA-fractie vragen of het feit dat mensen naast de zorg in een ADL-clusterwoning ook gebruik maken van zorg en ondersteuning vanuit Zvw en Wmo niet zorgt voor onduidelijkheid. Tevens vragen zij zich af wat dit betekent voor de cumulatie aan eigen bijdragen.*

In de beantwoording van de vragen die zijn gesteld in het kader van het VSO ADL/Fokus ga ik nader in op de vormgeving van het assistentiebudget en de IGZ onderzoeken over het functioneren van diverse Fokus-woonprojecten. Cliënten die in een ADL clusterwoning wonen, maken nu ook gebruik van zorg en ondersteuning buiten de woning. Dat sluit aan bij het concept waarbij de bewoners zo zelfstandig mogelijk leven en zo min mogelijk afhankelijk willen zijn van de zorgleverancier die de 24-uurs ADL-assistentie levert. Voor de 24-uurs ADL-assistentie geldt geen eigen bijdrage, waarmee er geen sprake is van cumulatie met andere eigen bijdragen.

*De leden van de PVV-fractie hebben om een toelichting gevraagd bij de mogelijke afwenteling vanuit de Wmo en de Zvw op de Wlz. Als het allemaal beter wordt, zo stellen de leden van de PVV-fractie dan moet er toch ook geen prikkel zijn om af te wentelen? Vanwaar dit wantrouwen? De leden van de CDA-fractie hebben gevraagd of er afwenteling plaatsvindt van Wmo en Zvw richting de burger. De leden van de D66-fractie hebben gevraagd op welke wijze de Wlz ook op lokaal niveau wordt afgestemd op de Zvw en Wmo, zodat cliënten geen last ervaren van de nieuwe schotten. Ook vragen deze leden hoe zal worden zorg gedragen van een soepele overgang van thuis naar een instelling en op welke wijze in de Wlz prikkels zijn ingebouwd om tot het uiterste te gaan om mensen met dementie zolang en goed mogelijk thuis te ondersteunen.*

Gemeenten en zorgverzekeraars zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de zorg en ondersteuning van cliënten, zodat mensen zolang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen. De regering is van mening dat de wens van de cliënt om thuis te blijven wonen met zorg en ondersteuning vanuit de Zvw en de Wmo 2015 zoveel en zolang mogelijk moet worden gerealiseerd door zorgverzekeraars en gemeenten. Zij zijn op grond van de Wmo 2015 en de Zvw gehouden respectievelijk ondersteuning en zorg te verlenen aan mensen die daarop zijn aangewezen.

De Wmo 2015 biedt een aantal waarborgen ten aanzien van het onderzoek en de maatwerkvoorziening voor cliënten die niet op eigen kracht, met hulp uit het sociale netwerk, dan wel met gebruikmaking van een algemene voorziening in staat zijn tot zelfredzaamheid of participatie. Deze cliënten krijgen van de gemeente passende ondersteuning zodat zij zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving kunnen blijven.

<sup>14</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 33 841, nr. 86.

Het voorliggende wetsvoorstel biedt naar mijn oordeel gemeenten voldoende financiële prikkels om door middel van het ondersteunen van de zelfredzaamheid en participatie van mensen bij te dragen aan een verschuiving van zwaardere vormen van zorg en ondersteuning naar lichtere vormen van ondersteuning en zodoende de macro budgettaire kostenbesparingen te realiseren. De regering acht een heldere verantwoordelijkheidsverdeling in wet- en regelgeving als randvoorwaardelijk voor het voorkomen van het afschuiven van verantwoordelijkheden tussen gemeenten en zorgverzekeraars.

Een cliënt komt in aanmerking voor zorg op grond van de Wlz, als hij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap een blijvende behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. De toegang tot de Wlz wordt onafhankelijk, objectief en zoveel mogelijk op een landelijk uniforme manier bepaald. De regering stelt zal hoge eisen aan de indicatiestelling ten aanzien van objectiviteit en professionaliteit, teneinde te waarborgen dat gemeenten en zorgverzekeraars hun respectievelijke verantwoordelijkheden voor ondersteuning en zorg, zo zij dit zouden willen, niet kunnen en niet zullen afwentelen naar de Wlz en naar de burger.

Wanneer iemand is aangewezen op Wlz-zorg, dan is het van groot belang dat een soepele overgang kan plaatsvinden van het gemeentelijke domein naar de Wlz. Hiervoor dient het zorg- en ondersteuningsaanbod in de gemeente en in de Wlz uiteraard wel op elkaar te zijn afgestemd. Zo moeten gemeenten indien daaraan behoefte is gespecialiseerde zorg zoals dagbesteding, kunnen inkopen bij aanbieders die zich vooral richten op de Wlz.

*Het CIZ geeft een indicatiebesluit af. Omdat gemeenten, verzekeraars en zorgaanbieders belanghebbend zijn, is het niet wenselijk dat zij hier invloed op hebben. In de Wlz is daarom vastgelegd dat het mandaat tot het nemen van indicatiebesluiten niet wordt verleend aan iemand die niet werkzaam is voor het CIZ (zoals een medewerker van een zorginstelling, gemeente of verzekeraar). Hoe strookt dit met de jubelverhalen over de inzet van wijkverpleegkundigen binnen de WMO, die zo goed zouden weten wat mensen nodig hebben, zo vragen de leden van de PVV-fractie zich af? Wil de regering nu zeggen, dat de wijkverpleegkundige niet deskundig en professioneel genoeg is om te indiceren voor de Wlz?*

De regering heeft er voor gekozen om de indicatiestelling voor de Wlz in handen van het CIZ te leggen. Het CIZ is toegerust om op basis van kennis van wet- en regelgeving en kennis van de verschillende doelgroepen binnen de Wlz te komen tot onafhankelijke indicatiestelling. Daarmee heeft het CIZ vanaf haar start in 2005 kennis en ervaring opgedaan. De regering wil daarvan graag gebruik maken voor het bepalen van het recht op zorg op grond van de Wlz, mede met het oog op het zoveel mogelijk voorkómen van afwenteling vanuit andere domeinen. Het betreft immers de meest kwetsbare groep mensen, zoals zieke ouderen en gehandicapten.

De hervorming van de langdurige zorg betekent onder meer dat de extramurale zorg uit het AWBZ-domein verschuift naar het Wmo-respectievelijk het Zvw-domein. Binnen die domeinen kunnen de lokale zorgprofessionals bij uitstek afwegen en bepalen wat cliënten in hun thuissituatie aan zorg en ondersteuning nodig hebben. Het gaat immers om arrangementen op lokaal niveau die vanuit de Wmo en Zvw worden vormgegeven, waar bij uitstek een rol voor de wijkverpleegkundige is weggelegd. Ook is belangrijk dat door de wijkverpleegkundige een verbinding wordt gelegd tussen de beide domeinen, immers veel mensen maken gebruik van zorg uit beide domeinen.

Als het gaat om het indiceren voor zorg op grond van de Wlz, wordt de afweging complexer. Het gaat hier om een landelijk afwegingskader. De zorg die deze cliënten nodig hebben is zwaarder en complexer, zal in principe het verdere leven van de cliënt beslaan en betreft een integraal pakket dat alle levensdomeinen beslaat. Ook moet bij het indiceren al rekening worden gehouden met het verdere verloop van de aandoening of beperking van de cliënt. Om al deze aspecten te kunnen beoordelen is niet alleen kennis van de aandoening of beperking nodig, maar ook kennis en overzicht over het verloop van de aandoening of beperking en de daaruit voortvloeiende zorgbehoefte op verschillende terreinen, en kennis van wet- en regelgeving. Dit vereist kennis en ervaring die doorgaans niet aanwezig is (en hoeft te zijn) bij een wijkverpleegkundige of huisarts. Het CIZ zal uiteraard wel in voorkomende gevallen gebruik maken van de kennis van deze professionals zoals. Zij hebben de cliënt immers al langere tijd in beeld, voordat deze een aanvraag indient voor de Wlz.

*Er is opgenomen dat de gemeente een maatwerkvoorziening mag weigeren indien er reden is om aan te nemen dat iemand aanspraak kan maken op verblijf en daarmee samenhangende Wlz-zorg, maar niet mee wil werken aan het verkrijgen van een indicatiebesluit van het CIZ. De leden van de PVV-fractie vragen hoe deze bepaling zich verhoudt tot het mantra van de regering dat iedereen zo lang mogelijk thuis wil en moet blijven wonen. Waarom is hier naar de mening van de regering geen mogelijkheid tot afwenteling op de Wlz? Waarom kan een cliënt, als hij dat wil en verder regelt met zijn sociale netwerk, niet met wat extra inspanning (een maatwerkvoorziening) van de gemeente en zorgverzekeraar gewoon thuis blijven wonen? Als een kind een van zijn ouders in huis wil nemen die eigenlijk in aanmerking zou komen voor een Wlz-indicatie, maar hiervoor is bijvoorbeeld een traplift nodig, kan dat dan? Zo nee, waarom niet? De gemeente kan zich in deze situaties verstaan met de cliënt, zijn mantelzorgers, het CIZ en eventueel de zorgverzekeraar om te bespreken wat in de thuissituatie mogelijk en verantwoord is. Waarom zou de gemeente dit doen als zij de kosten kan afwentelen op de Wlz?*

*De gemeente en verzekeraar beslissen uiteindelijk zelf of zij het nog doelmatig en verantwoord vinden om de benodigde zorg en ondersteuning vanuit de Wmo 2015, Jeugdwet en/of Zvw voort te zetten. De leden van de PVV-fractie vragen wie bij de gemeente en zorgverzekeraar dit gaan beslissen? Waarom zouden deze partijen zich inspannen als de kosten op de Wlz kunnen afwentelen?*

In juridische zin voert het college het onderzoek uit na de melding van een behoefte aan maatschappelijke ondersteuning en neemt daarna de beslissing op de aanvraag. Op grond van de Wmo 2015 kan het college besluiten deze bevoegdheden te mandateren. Voor wat betreft zorg op basis van de Zvw zal, afhankelijk van de situatie, een huisarts of de wijkverpleegkundige een oordeel geven over wat nodig is in de thuissituatie en over de vraag of de zorg ook thuis verantwoord geboden kan worden. Mogelijk is ook een andere arts betrokken, bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname. Partijen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor een goede afstemming tussen de stelsels. Van afwenteling naar de Wlz kan geen sprake zijn, immers de doelgroep die in aanmerking komt voor Wlz-zorg is beperkt en duidelijk afgebakend. Het CIZ oordeelt of de zorgbehoefte zodanig is, dat de Wlz het juiste kader is. Is dat niet het geval, dan is de gemeente op grond van de Wmo 2015 gehouden ondersteuning te bieden, eventueel aangevuld met zorg vanuit de Zvw. De wettelijke kaders zijn hier duidelijk in en de regering heeft geen enkele reden om aan te nemen dat partijen hun verantwoordelijken zullen ontlopen.

*De leden van de fractie van de PVV vragen of het mogelijk is dat ouders wat extra ondersteuning kunnen krijgen als zij graag zelf voor hun gehandicapte kind willen zorgen, ondanks dat die eigenlijk in aanmerking zou komen voor een Wlz indicatie. Zo nee, waarom niet? De gemeente kan zich in deze situaties verstaan met de cliënt, zijn mantelzorgers, het CIZ en eventueel de zorgverzekeraar om te bespreken wat in de thuissituatie mogelijk en verantwoord is. Waarom zou de gemeente dit doen als zij de kosten kan afwentelen op de Wlz?*

Inderdaad is het mogelijk dat een gemeente een thuiswonende cliënt blijft ondersteunen die eigenlijk in aanmerking zou komen voor een Wlz indicatie. Als in zo'n situatie door of voor de cliënt geen Wlz-indicatie wordt aangevraagd, en thuis blijven wonen met ondersteuning en zorg (door het eigen netwerk en door de gemeente vanuit de Wmo en eventueel de verzekeraar vanuit de Zvw) ook verantwoord lijkt te zijn, maakt het onderzoeken van die omstandigheden deel uit van het reguliere onderzoek van de gemeente naar de persoonlijke omstandigheden van de cliënt. Daarbij zal de gemeente zich ook verstaan met de cliënt, zijn mantelzorgers, het CIZ en eventueel de zorgverzekeraar om te bespreken wat in de thuissituatie mogelijk en verantwoord is. Doel van het gesprek is om te onderzoeken of alle betrokkenen samen mogelijk kunnen maken wat de cliënt graag wil. Het zomaar weigeren, zonder onderzoek en beslissing op het verzoek, is vanzelfsprekend niet aan de orde. Uitkomst van het gesprek kan ook zijn dat de cliënt zich alsnog laat indiceren voor de Wlz. De gemeente en verzekeraar beslissen dus uiteindelijk zelf of zij het nog doelmatig en verantwoord vinden om de benodigde zorg en ondersteuning vanuit de Wmo 2015, Jeugdwet en/of Zvw voort te zetten. Gemonitord wordt in welke mate dit soort situaties zich voortdoen, wat dat zegt over de gekozen criteria voor toelating tot de Wlz en wat de financiële gevolgen van de gesprekken grosso modo zijn.

*De leden van de PVV fractie vragen op basis waarvan de regering denkt dat zorgverzekeraars actief gaan deelnemen aan een gesprek met de cliënt indien deze mogelijk recht zou kunnen hebben op Wlz-zorg, maar zelf graag thuis wil blijven wonen met zorg en ondersteuning door zijn of haar mantelzorgers, de gemeente en de verzekeraar.*

Als een cliënt met een zware zorgbehoefte mogelijk recht heeft op Wlz-zorg, maar geen Wlz-indicatie wil aanvragen, kan het nodig zijn dat er een gesprek plaatsvindt met gemeente, mantelzorgers, het CIZ en de zorgverzekeraar om te bespreken wat in de thuissituatie mogelijk en verantwoord is. Doel van het gesprek is om te onderzoeken of alle betrokkenen samen mogelijk kunnen maken wat de cliënt graag wilt. De gemeente en de verzekeraar beslissen uiteindelijk zelf of zij het nog doelmatig vinden om de benodigde zorg en ondersteuning vanuit de Wmo 2015, de Jeugdwet en/of Zvw voort te zetten. De regering is van mening dat de zorgverzekeraar daarom ook aan dit gesprek wil deelnemen, om te bezien of het doelmatig en verantwoord is om de zorg vanuit de Zvw te continueren.

*In de Wlz is een artikel opgenomen dat het mogelijk maakt om subsidies te verstrekken aan instellingen voor het verlenen van direct oproepbare ADL-assistentie. De subsidie wordt verstrekt aan de instelling die de 24-uurs ADL-assistentie levert. De ADL-assistentie wordt op grond van artikel 1.1.1 geleverd binnen ADL-clusterwoningen die tot stand zijn gekomen met subsidies uit de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. De leden van de D66-fractie vragen of dit betekent, dat er na inwerkingtreding van de onderhavige wet geen nieuwe ADL-clusterwoningen meer bij kunnen komen.*

De subsidieregeling ADL-assistentie kent – net als de huidige tijdelijke aanspraak – als begrenzing dat de zorg wordt geleverd in ADL-clusterwoningen die zijn gerealiseerd met subsidie uit de Regeling geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Voor nieuwe initiatieven geldt dat deze binnen de Wlz vanuit een integraal pakket kunnen worden gerealiseerd, waarbij eventueel gebruik gemaakt kan worden van een meerzorgregeling (zowel bij zorg in natura als in het pgb).

*De leden van de CU-fractie willen van de regering weten in hoeverre in de Wlz rekening wordt gehouden met bestaande zorgstandaarden, zoals de Zorgstandaard Dementie. Tevens vragen de leden van CU-fractie of zorgaanbieders verplicht zijn om bestaande zorgstandaarden te gebruiken bij de uitwerking van het zorgplan.*

Een van de uitgangspunten van de Wlz is dat de zorgaanbieder kwalitatief goede zorg levert overeenkomstig de wensen en behoeften van de cliënt. Een zorgstandaard biedt tezamen met richtlijnen en protocollen een professionele standaard voor kwalitatief goede zorg. Ook vormen de zorgstandaarden en richtlijnen het kwalitatieve kader bij het opstellen van het zorgplan en bij het realiseren van de doelen in dat zorgplan. De zorgaanbieder zal dus bestaande, vastgestelde zorgstandaarden daarbij moeten gebruiken.

Voorts vragen de leden van de CU-fractie welke positie de casemanager dementie binnen de Wlz heeft. De functie casemanagement is niet opgenomen in de Wlz. Ook kunnen cliënten met een Wlz-indicatie geen beroep meer doen op de aanspraak wijkverpleging in de Zvw, waar casemanagement in is opgenomen. Reden hiervan is dat zorg op basis van de Wlz in principe door een zorgaanbieder wordt geleverd als een pakket van benodigde zorg. Coördinatie en het regelen van zorg is in dit geval niet meer aan de orde. Indien een Wlz-cliënt ondersteuning nodig heeft bij het opstellen en bespreken van zijn zorgplan, kan hij op basis van de Wlz wel deze ondersteuning krijgen.

*De leden van de fractie van de ChristenUnie verwachten dat gemeenten als dat nodig is gespecialiseerde zorg moeten inkopen (bijvoorbeeld dagbesteding) bij zorgaanbieders die zich vooral richten op de Wlz. Hoe verhoudt dit zich tot dagbesteding op basis van de Wmo, zo willen deze leden weten? Zij willen voorts weten of er verschillen zijn en zo ja, welke?*

Gemeenten worden breed verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen die niet op eigen kracht of met hulp van hun netwerk kunnen participeren of zelfredzaam zijn. Om als gemeente een passende bijdrage te leveren waar dat nodig is, zullen gemeenten een gevarieerd aanbod aan ondersteuning moeten contracteren. Voor mensen met een specifieke ondersteuningsvraag kan dat betekenen dat gemeenten de ondersteuning inkopen bij een gespecialiseerde aanbieder die ook is gecontracteerd door een zorgkantoor in het kader van de Wlz. Dit kan betekenen dat sommige mensen met een specifieke ondersteuningsvraag dezelfde dagbesteding krijgen als mensen met een Wlz indicatie.

*De CU-fractie vraagt of een cliënt een beroep kan doen op respijtzorg vanuit de Wlz bij dementie en hoe dit zich verhoudt tot respijtzorg die wordt aangeboden via de Wmo.*

Respijtzorg betreft het tijdelijk overnemen van de totale zorg ter ontlasting van de mantelzorger. Het tijdelijk overnemen van de zorg van mantelzorg kan zowel in de Wlz als in de Wmo aan de orde zijn, ook bij dementie. De afbakening is gelegen in de toegangscriteria voor de Wlz. De Wlz is toegankelijk voor verzekerden die een blijvende behoefte hebben aan

permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Bij beginnende dementie zal er nog geen sprake zijn van toegang tot de Wlz. De cliënt met beginnende dementie zal dan vaak met mantelzorg van de partner nog thuis wonen. De regering vindt het belangrijk dat mantelzorgers erop kunnen vertrouwen dat zij – als het nodig is – tijdig een beroep kunnen doen op ondersteuning voor henzelf en op zorg voor hun naasten. Een belangrijke vorm van ondersteuning kan zijn het bieden van respijtzorg, dat wil zeggen: zorg waardoor een mantelzorger tijdelijk ontlast wordt van zijn taak. Respijtzorg krijgt dan vaak de vorm van dagbesteding gedurende enkele dagdelen per week. De mantelzorger kan dan even op adem komen en de zorg volhouden.

Er komt bij dementie vaak een moment waarop opname in een verpleeghuis met een Wlz-indicatie aan de orde is. De meeste cliënten met dementie met een Wlz-indicatie ontvangen professionele zorg in een verpleeghuis waar zij verblijven met zorg. Het tijdelijk overnemen van de totale zorg van de mantelzorger (respijtzorg) is dan niet aan de orde. Er kan door de mantelzorger voor gekozen worden dat de cliënt met dementie en een Wlz-indicatie (voorlopig nog) thuis blijft wonen. Respijtzorg voor thuiswonende mensen met een Wlz-indicatie komt wèl ten laste van de Wlz. Indien iemand een indicatie heeft voor de Wlz, kan door de mantelzorger geen beroep worden gedaan op respijtzorg op grond van de Wmo. Reden is dat cliënten in de Wlz reeds recht hebben op een integraal pakket aan zorg en ondersteuning dat in natura met verblijf, vpt of met een pgb kan worden genoten. Cliënten in de Wlz die met een vpt of pgb thuis verblijven, moeten binnen dat pakket of budget keuzes maken. Respijtzorg kan daar onderdeel van uit maken. Respijtzorg kan vele vormen hebben, zoals begeleiding thuis, dagopvang of logeerhuis. Binnen vpt kunnen cliënt, mantelzorger en zorgaanbieder maatwerkafspraken maken over de vorm waarmee invulling aan de respijtzorg wordt gegeven. Doel van deze afspraken is tijdelijk overnemen van de zorg van de mantelzorger. Binnen het pgb kunnen cliënt en mantelzorgers zelf keuzes maken om de zorg van mantelzorgers tijdelijk over te nemen.

*De leden van de fractie van de ChristenUnie constateren dat de Landelijke Huisartsen Vereniging ervoor pleit dat in de nieuwe bekostiging van huisartsenzorg een apart tarief wordt opgenomen voor huisartsenzorg aan mensen met een Wlz-indicatie. Zij vragen wat de regering daarvan vindt?*

De nieuwe bekostiging van huisartsenzorg biedt ruimte om afspraken te maken met zorgverzekeraars, wanneer de tarieven die gelden voor bijvoorbeeld consulten of visites niet toereikend zouden zijn voor de zorg aan mensen met een Wlz-indicatie. De regering acht een apart tarief niet noodzakelijk.

*De leden van de fractie van de SGP constateren dat noodzakelijke hulpmiddelen niet meer kunnen worden aangeschaft via de Wmo voor mensen met een pgb of vpt, cliënten die een beroep kunnen doen op de Wlz kunnen immers geen beroep meer doen op de Wmo. De leden van de fractie vragen zich af waarom deze mensen worden uitgesloten van hulpmiddelen en woningaanpassingen en hoe dit strookt met de wens van de regering om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen en of het niet logischer is om aan te sluiten bij de normale wettelijke regels waarbij gemeenten een compensatie ontvangen voor de hulpmiddelen of aanpassingen die zij verstrekken. Daarnaast vragen zij zich af of gemeenten eerst vast moeten stellen of iemand voor een Wlz-indicatie in aanmerking komt en of gemeenten dan niet kunnen dwingen dat iemand met hogere zorgkosten in een instelling moet gaan wonen en of dit niet heel bureaucratisch wordt.*



Ten aanzien van woningaanpassingen heb ik tijdens de plenaire behandeling van de Wmo in de Kamer toegezegd dat op grond van de Wlz ook woningaanpassingen voor verzekerden van achttien jaar of ouder vergoed kunnen worden. Dit wordt geregeld in een nota van wijziging op de Wlz die ik medio juni naar de Kamer stuur.

Ten aanzien van het gebruik van noodzakelijke hulpmiddelen thuis geldt dat verzekerden vanuit de Zvw aanspraak kunnen maken op hulpmiddelen als onderdeel van de zorg zoals verbandmiddelen, persoonsgebonden hulpmiddelen zoals orthopedische schoenen en overige hulpmiddelen ter compensatie van een stoornis zoals hoortoestellen, zoals ook thans het geval is. Voor mobiliteitshulpmiddelen als een individueel aangepaste rolstoel kan een Wlz-geïndiceerde in 2015 een beroep doen op de gemeente, zoals ook thans het geval is, en vanaf 2016 op de Wlz-uitvoerder. Voor roerende woonvoorzieningen zoals een tillift kan een Wlz-geïndiceerde met een pgb in 2015 een beroep doen op de Wmo en per 2016 op de Wlz<sup>15</sup>.

De Wlz-geïndiceerde met een vpt kan hierop aanspraak maken vanuit de Wlz, zoals ook thans het geval is. Woningaanpassingen en noodzakelijke hulpmiddelen zijn toegankelijk voor verzekerden met een Wlz-indicatie. Per situatie zal de afweging worden gemaakt welke hulpmiddelen en aanpassingen noodzakelijk en verantwoord zijn.

In de Wmo 2015 is bepaald dat de gemeente een maatwerkvoorziening mag weigeren indien een cliënt beschikt over een indicatiebesluit voor de Wlz, dan wel voldoet aan de criteria van de Wlz maar – ook na een daartoe strekkend verzoek van de gemeente – niet wil meewerken aan het verkrijgen van een indicatie. In de memorie van toelichting op de Wmo 2015 is benadrukt dat van een gemeente een uiterste inspanning mag worden verwacht om bij te dragen aan de wens zo lang mogelijk thuis te wonen. Een voorziening kan niet worden geweigerd zonder een deugdelijk onderzoek en een beslissing op de aanvraag. Uiteindelijk is het wel de gemeente die de beslissing moet nemen op de vraag of de wens van een cliënt om onder de reikwijdte van de Wmo te blijven, nog reëel en verantwoord is. Indien de gemeente, de persoonlijke situatie in ogenschouw nemend, de behoefte aan zorg dermate intensief inschat, dat zij veronderstelt dat iemand zich kwalificeert voor de Wlz, dan zal zij dat met de cliënt bespreken. Gemeenten kunnen desgewenst de cliënt ondersteunen bij het indicatieproces voor de Wlz. Om bureaucratie te voorkomen, is het van belang dat gemeenten, verzekeraars en het CIZ goede afspraken maken over het proces waarbij cliënten door de gemeente worden overgedragen aan het CIZ en omgekeerd. Gemeenten en zorgverzekeraars zijn ten slotte gezamenlijk verantwoordelijk voor de zorg en ondersteuning van cliënten die niet voldoen aan de criteria van de Wlz.

*Er wordt gesproken van een groot belang van een soepele overgang van Wmo 2015 naar Wlz. Het is hierbij wel van belang dat zorg en ondersteuning goed op elkaar zijn afgestemd; gemeenten moeten hun voorzieningen kunnen inkopen bij aanbieders vooral gericht op Wlz, als die behoefte bestaat. De leden van de 50plus fractie vragen hoe dit wordt geborgd? Hoe garandeert dit dat meer gespecialiseerde voorzieningen, zoals dagbesteding voor dementerenden, voldoende beschikbaar zijn? Wat als er in dunbevolkte gebieden te weinig aanbod beschikbaar is? Hoe wordt geborgd dat er een soepele, bijna geruisloze overgang van het ene*

<sup>15</sup> Net als in de huidige situatie ontvangt de Wlz-geïndiceerde met een pgb het eventueel benodigde hoog-laag bed via de Zvw evenals de roerende woonvoorzieningen die benodigd zijn voor kortdurend gebruik.

*naar het andere regime wordt geborgd, wat immers het streven moet zijn? Is hier iets over vastgelegd?*

Gemeenten zijn op grond van de Wmo 2015 verantwoordelijk om passende ondersteuning te bieden aan mensen die niet op eigen kracht of met hulp van hun netwerk zelfredzaam zijn of kunnen participeren. Gemeenten zijn verplicht onderzoek te doen naar de persoonlijke situatie van degene die een aanvraag doet voor maatschappelijke ondersteuning en te bezien wat zijn behoefte en mogelijkheden zijn. Om passende ondersteuning te kunnen bieden zullen gemeenten ondersteuning inkopen bij aanbieders van maatschappelijke ondersteuning. Het kan voorkomen dat deze aanbieders ook worden gecontracteerd door zorgkantoren voor het leveren van Wlz zorg. Een beperkte beschikbaarheid van specialistische ondersteuning in een bepaald gebied ontslaat gemeenten niet van de taak om een passend ondersteuningsaanbod te doen. Vervoer van en naar de voorziening kan ook deel uitmaken van het aanbod. Voor mensen die dit wensen en die voldoen aan de voorwaarden verstrekt de gemeente een pgb, waarmee ze zelf passende ondersteuning kunnen contracteren bij de aanbieder naar keuze. Gemeenten en zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de ondersteuning en zorg van mensen in de thuissituatie totdat iemand toegang heeft gekregen tot de Wlz middels een ClZ-indicatie. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor een «warme overdracht» naar de Wlz. De inzet van kostenloze, onafhankelijke cliëntondersteuning door de gemeente tot na de indicatie door het ClZ kan bijdragen aan de soepele overgang waar de leden van de 50-plusfractie op doelen.

*De leden van de 50PLUS-fractie vragen waarom er niet voor is gekozen om in elk geval voor thuiswonende dementerenden die onder de Wlz vallen, casemanagement dementie op te nemen.*

Casemanagement wordt ingezet als de zorgbehoefte de inhoudelijke en organisatorische complexiteit de reguliere zorgverlening overstijgt en de regelcapaciteit van de cliënt en zijn systeem gezien de situatie te laag is. Casemanagement coördineert de zorg vanuit de behoefte van de cliënt. Indien de cliënt geen aanspraak kan maken op Wlz-zorg, dan heeft hij te maken met verschillende wettelijke regelingen en verschillende zorgaanbieders, die ieder een gedeelte van de benodigde zorg leveren. Dit vergt coördinatie en afstemming. Heeft een cliënt gekozen voor een vpt, dan wordt de zorg in principe door één aanbieder geleverd als een pakket van benodigde zorg. Coördinatie en het regelen van zorg is in dit geval niet meer aan de orde. Indien een Wlz-client ondersteuning nodig heeft bij het opstellen en bespreken van zijn zorgplan, kan hij op basis van de Wlz wel deze ondersteuning krijgen.

## **7. Financiële houdbaarheid**

*De leden van de VVD-fractie vragen waarom ten aanzien van de Wlz premie wordt gekozen om een constante premie voor een kabinetsperiode vast te stellen waarmee naar verwachting aan het eind van die periode geen tekort ontstaat, in plaats van een direct kostendekkende premie die jaarlijks wordt aangepast. Zij vragen hoe groot het risico is op – opnieuw – oplopende tekorten in het Flz, zoals ook in het AFBZ, zeker als de Wlz premie in een volgende kabinetsperiode niet wordt aangepast. Zij vragen in hoeverre is nog sprake van een lastendekkende Wlz premie.*

De Wlz-premie wordt bij invoering vastgesteld op een niveau dat lastendekkend is voor de resterende kabinetsperiode. Dat wil zeggen dat er in september een Wlz-premie wordt vastgesteld voor 2015, die constant wordt gehouden in 2016 en 2017. De hoogte van de premie wordt zodanig

bepaald dat met dit premiepercentage over de jaren 2015, 2016 en 2017 tezamen evenveel inkomsten voor het Flz worden gegenereerd als er uitgaven worden verwacht. Bij de start van een volgende kabinetsperiode kan de premie opnieuw worden gezien. Voor deze systematiek is gekozen omdat hij zorgt voor een stabiele premie terwijl er tegelijkertijd sprake is van een duidelijke relatie tussen premie en de Wlz-uitgaven in deze kabinetsperiode.

Als de uitgaven in de Wlz hoger uitvallen dan bij de vaststelling van het premiepercentage werd verwacht kan er een tekort ontstaan in het Flz. Het kabinet gaat er evenwel van uit dat de raming van de Wlz-uitgaven evenals de instrumenten voor de financiële beheersing in de komende jaren adequaat zijn en de kans op tegenvallers beperkt.

*De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de financiële beheersbaarheid is geregeld in het Wlz systeem. Ook willen zij weten hoe een wijziging van het verzekeringsrisico kan bijdragen aan betere kostenbeheersing en welke instrumenten de overheid kan inzetten om te komen tot financiële prikkels.*

In de Wlz wordt de financiële beheersbaarheid via budgettering centraal geregeld. Vooraf worden de budgettaire kaders bepaald. Nieuw is dat zowel kaders voor pgb als zorg in natura worden vastgesteld en dat die met elkaar in verbinding worden gebracht. Een financiële prikkel zit in de vergoeding van de beheerskosten. Bij de beheerskosten mogen de Wlz-uitvoerders een reserve opbouwen. In het Wlz-systeem zijn de verzekeraars niet risicodragend. Indien zij wel risicodragend zouden worden, wordt het financiële belang bij een doelmatige uitvoering vergroot en kan dit leiden tot een beperking van de zorgkosten. De regering vindt dat risicodragende uitvoering niet op korte termijn mogelijk is en wil eerste een nadere analyse uitvoeren. Een beslissing over fase 2 wordt niet voor 2017 genomen.

*De Minister van VWS heeft een stuurgroep ingesteld om de informatievoorziening voor een goede uitgavenbeheersing te verbeteren. Deze groep richt zich in eerste instantie op de curatieve zorg, maar er is afgesproken om de stuurgroep ook te betrekken bij de uitwerking van de hervormingen in de langdurige zorg. Wanneer gaat dit gebeuren? De leden van de PvdA-fractie vragen hoe en wanneer de Kamer over de resultaten van de stuurgroep wordt geïnformeerd?*

De stuurgroep informatievoorziening zorguitgaven richt zich inderdaad op de curatieve zorg. Zoals vermeld de brief van de Minister van VWS van 29 november 2012 (TK 2012–2013 29 248, nr. 243) zal de informatievoorziening in de langdurige zorg worden betrokken bij de uitwerking van de hervormingen in de AWBZ en de Wmo op basis van het regeerakkoord «Bruggen slaan». De stuurgroep wordt periodiek op de hoogte gehouden van de stand van zaken in de langdurige zorg. De Kamer is geïnformeerd over de resultaten van de stuurgroep in juli 2013 (TK 2013–2014, 29 248, nr. 254) en in december 2013 (TK 2013–2014, 29 248, nr. 265). Een volgende tussenrapportage kan de Kamer verwachten voor het zomerreces.

*In de Wlz wordt geleidelijk overgestapt van bevoorschotting op basis van productieafspraken naar betalingen op basis van declaraties van daadwerkelijk geleverde zorg. De leden van de PvdA-fractie vragen wat voor effecten dit heeft op kleine zorgaanbieders. Kunnen zij wel zonder bevoorschotting? Zijn ook deze aanbieders in staat op basis van declaraties zorg aan te bieden aan cliënten? Hoe wordt de stap gezet naar meer*

*persoonsvolgend budget? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting van de regering.*

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de gevolgen van het overstappen van bevoorschotting op declaraties in de Wlz, en naar persoonsvolgende bekostiging. Op 28 maart jl. heeft de Kamer de werkafspraken transitie hervorming langdurige zorg ontvangen die ik met onder andere de aanbieders in de langdurige zorg heb gemaakt (Tweede Kamer, 2013–2014, 30 597, nr. 428). In deze werkafspraken is ingegaan op het voorkomen van onbedoelde effecten op de liquiditeit bij zorgaanbieders. Afgesproken is dat ten aanzien van de Wlz de huidige bevoorschotting in elk geval in 2015 en 2016 gehandhaafd blijft. Hierdoor komt ook de liquiditeit van kleinere zorgaanbieders niet in gevaar. Daarenboven is hierdoor voldoende tijd om in overleg met onder andere de zorgaanbieders om vraagstukken op het gebied van declaratieverkeer uit werken zodat de declaratie meer aansluit op de daadwerkelijk geleverde zorg. Nu al is sprake van persoonsvolgendheid in de langdurige zorg; de indicatie die de cliënt ontvangt is voor hem persoonlijk en is van invloed op de hoogte van het budget van de zorgaanbieder. Voor wat betreft persoonsvolgendheid binnen het budget van de instelling heeft Actiz met haar leden een groep gevormd om met verschillende vormen te gaan experimenteren. Actiz heeft bij deze experimenten gevraagd om ondersteuning via «InVoorZorg!». Deze experimenten hebben als doel om inzicht te verkrijgen in de gevolgen van verschillende vormen van persoonsvolgendheid. Deze leerervaringen zijn dan bij de verdere beleidsvorming mee te nemen.

*De leden van de PvdA-fractie vragen hoeveel cliënten met een licht ZZP recht hebben op verblijf in een intramurale instelling. Tevens vragen ze hoe gewaarborgd wordt dat er – indien al deze cliënten besluiten hun indicatie te verzilveren – voldoende plek voor is.*

Er zijn naar schatting ongeveer 10.000 mensen met een licht ZZP die hun zorg niet verzilveren binnen een intramurale instelling. De verwachting is dat de meeste van deze cliënten niet zullen besluiten om alsnog naar een instelling te verhuizen; daarvoor hebben ze immers nu (terwijl ze daartoe wel de kans hebben) ook niet gekozen. Velen zijn tevreden over de mogelijkheden van zorg en ondersteuning die ze buiten de instelling ontvangen. Zorgkantoren moeten bij de zorginkoop rekening houden met de wensen van de cliënten. Daarbij zullen ze voorafgaand aan het jaar inschattingen moeten maken van het percentage cliënten dat met een indicatie voor een licht ZZP alsnog naar een instelling wil. Gedurende het jaar kunnen de gemaakte productieafspraken in goed overleg tussen zorgkantoor en zorgaanbieder worden aangepast.

*De leden van de fracties van PvdA, CDA en D66 lezen dat de uitgaven van de Wlz kunnen worden beperkt met een half miljard euro in 2017 door een meer doelmatige uitvoering. Waar is deze verwachting op gebaseerd? Hoe wordt de taakstelling ingevuld, zonder dat dit ten koste gaat van goede kwaliteit van zorg?*

Deze verwachting is gebaseerd op twee elementen. Het eerste element heeft betrekking op de ontwikkeling van de zorgvraag. Binnen de AWBZ is er sprake van grote regionale verschillen in de indicatiestelling, ook als wordt gecorrigeerd voor de kenmerken van de cliënten die in de verschillende regio's wonen. Door een grotere mate van uniformering van de indicatiecriteria en het indicatieproces in de Wlz is de verwachting dat de regionale verschillen en daarmee de kosten van de zorg zullen worden beperkt. Het tweede element betreft de doelmatigheid van de zorgleverantie. Door een betere stroomlijning van de zorgactiviteiten zijn de kosten

te reduceren. Relatief gezien is deze taakstelling beperkt (3%). De regering verwacht dan ook niet dat een dergelijke taakstelling ten koste zal gaan van de kwaliteit van de zorgverlening.

*De leden van de fractie van de PvdA geven aan dat de Wlz-uitvoerders en zorgkantoren wettelijk verplicht zijn een reserve aan uitvoeringskosten voor de Wlz aan te houden van 20% van het jaarbudget. Zij vragen de regering toe te lichten waar deze wettelijke verplichting op is gebaseerd, ook in het licht dat het verzekeringsrisico bij de overheid ligt.*

In de memorie van toelichting van het wetsvoorstel (op pagina 81) wordt ingegaan op de wettelijke verplichting een reserve aan uitvoeringskosten aan te houden. Er staat dat Wlz-uitvoerders en zorgkantoren wettelijk verplicht zijn een reserve aan uitvoeringskosten aan te houden en dat deze reserve niet een vooraf vastgesteld maximum (20% van het jaarbudget) mag overschrijden. Indien dat het geval is, wordt het meerdere afgeroomd en toegevoegd aan het Flz. Dit is een verschil met de constatering van de leden van de fractie van de PvdA. Er wordt namelijk niet bedoeld dat Wlz-uitvoerders en zorgkantoren wettelijk verplicht zijn een reserve aan uitvoeringskosten voor de Wlz van 20% van het jaarbudget aan te houden, maar dat deze de 20% van het jaarbudget niet mag overschrijden. De regering is van mening dat het eventueel aanhouden van een kleine uitvoeringsreserve de Wlz-uitvoerders en zorgkantoren meer armslag geeft in de uitvoering van bijvoorbeeld jaargrensoverschrijdende activiteiten en mogelijke uitvoeringsfricties kan voorkomen.

*De leden van de SP-fractie vragen de regering waarom zij ervoor kiest om in de Wlz over te stappen op betaling op basis van declaraties van de geleverde zorg in plaats van op basis van voorschotten. Leidt dit niet tot onnodige rentelasten als instellingen daardoor leningen moeten gaan afsluiten met banken. Graag een toelichting om welke financiële extra lasten het gaat voor instellingen als van voorschotten wordt afgestapt.*

Op 28 maart jl. heeft de Kamer de werkafspraken transitie hervorming langdurige zorg ontvangen, die gezamenlijk met onder andere de aanbieders in de langdurige zorg zijn opgesteld (Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 30 597, nr. 428). In deze werkafspraken is ingegaan op het voorkomen van onbedoelde effecten op liquiditeit bij zorgaanbieders. Afsproken is dat ten aanzien van de Wlz de huidige bevoorschotting in elk geval in 2015 en 2016 gehandhaafd blijft. Hierdoor is voldoende tijd om in overleg met onder andere de zorgaanbieders de vraagstukken op het gebied van declaratieverkeer uit werken.

*De leden van de SP-fractie vragen de regering tevens of dit niet het risico met zich meebrengt dat zorginstellingen «productie gaan draaien» zoals dat bijvoorbeeld in de ziekenhuiszorg zichtbaar is. Genoemde leden vragen voorts of dit risico nog groter wordt wanneer op termijn ook de kapitaallasten volledig worden geïntegreerd in het zorgtarief. Erkent de regering dat de neiging zou kunnen ontstaan om het marktaandeel te vergroten om zo het voortbestaan van de instelling te bewerkstelligen. Zij vragen hoe de regering dit in de hand denkt te kunnen houden.*

Ook in de systematiek van bevoorschotting wordt uiteindelijk afgerekend op de feitelijke zorg. Het effect van de verandering van systeem is een schuif van liquiditeit in de tijd, die echter weer beperkt is omdat tussen de tijd van declaratie en betaling een korte tijdsperiode zit. Een instelling zal altijd continuïteit van de bedrijfsvoering in het oog houden en ervoor zorgen dat er gemiddeld meer inkomsten zijn, dan lasten. Dit is onafhankelijk van de vraag via welk systeem de inkomsten binnenkomen.

Overigens krijgt een instelling die meer productie draait dan is afgesproken met het zorgkantoor, deze niet vergoed.

*De leden van de SP-fractie vragen wat de regering bedoelt met de volgende zin: «Indien zorgverzekeraars graag zien dat de zware langdurige ouderenzorg op termijn wordt overgeheveld naar de Zvw, zullen zij zich in moeten spannen om aan te tonen dat verbeteringen in de doelmatigheid mogelijk zijn.» De leden van de SP-fractie vragen de regering of dit in zal houden dat zorginstellingen te maken krijgen met allerlei extra verslaglegging bovenop de verslaglegging die nu al plaats vindt. Zij vragen de regering of dit betekent dat de zorgkantoren op dat punt zich de werkwijze van zorgverzekeraars eigen moeten maken.*

Uiteraard is het niet de bedoeling van de regering dat zorginstellingen met extra verslaglegging te maken krijgen. De regering heeft juist als doel om de administratieve lasten te verlagen, ook binnen de Wlz. De regering acht het een goede ontwikkeling wanneer het zorgkantoor en de zorgverzekeraar van elkaar leren en zo doelmatigheid behalen in de (administratieve) contacten met de zorginstellingen. Door de zorgverzekeraars via hun Wlz-uitvoerder meer verantwoordelijk te maken voor de uitvoering, kunnen zorgverzekeraars ook meer sturend optreden in de mandatering van de uitvoeringstaken aan de zorgkantoren. Hiermee kunnen zorgverzekeraars aantonen dat verbeteringen in de doelmatigheid mogelijk zijn.

*De leden van de SP-fractie vragen of het juist is dat in 2017 in de Wlz 1,1 mld wordt bezuinigd in plaats van 0,5 mld?*

Deze conclusie is onjuist. De afname van de uitgaven van de Wlz in 2017 (ten opzichte van 2015) wordt naast de taakstelling van € 0,5 mld veroorzaakt door het overgangsrecht. Ook cliënten met een lage zorgvraag behouden hun recht op verblijf net als in de AWBZ. Er stromen echter geen personen met een lage zorgvraag meer in in de Wlz waardoor deze doelgroep in de Wlz langzaam afneemt (onder meer door overlijden).

*De leden van de SP-fractie vragen de regering om aan te geven wat de beheerskosten in absolute en procentuele zin zijn in de AWBZ, Zvw, Wmo en toekomstige Wlz. Daarbij vragen zij tevens aan te geven wat de verschillen zeggen over de bureaucratie van de verschillende wetten, en of daar conclusies uit kunnen worden getrokken als het gaat om doelmatigheid en efficiency?*

In onderstaand overzicht worden beheerskosten in absolute en procentuele zin in de Zvw, AWBZ, Wlz en Wmo weergegeven. De cijfers laten zien dat de beheerskosten in de Zvw hoger liggen dan beheerskosten in de AWBZ en de toekomstige Wlz. Echter, de beheerskosten Zvw en AWBZ en Wlz zijn niet goed vergelijkbaar aangezien de taken van verzekeraars in de Zvw ruimer zijn dan de taken van zorgkantoren en Wlz-uitvoerders in respectievelijk de AWBZ en Wlz. Een belangrijk verschil is dat in de Zvw verzekeraars zelf volledig verantwoordelijk zijn voor hun verzekerdenportefeuille en dat in de AWBZ en Wlz bijvoorbeeld de kosten voor indicatie (door het CIZ) en het vaststellen en het innen van de eigen bijdragen (door het CAK) buiten beschouwing worden gelaten.

Uit het overzicht komt tevens naar voren dat de beheerskosten in de Wlz procentueel iets hoger liggen dan in de AWBZ. Achterliggende oorzaak is dat in de Wlz extra inspanningen worden gevraagd van Wlz-uitvoerders op het terrein van zorginkoop en het tegengaan van fraude.

Voor wat betreft de Wmo, bedraagt het budget dat gemeenten ter beschikking hebben voor beheerskosten huishoudelijke verzorging, als onderdeel van de integratie-uitkering Wmo, voor 2014 € 139 miljoen. De verwachte uitgaven HV van gemeenten zijn € 1.434. De regering heeft

voor de beheerskosten van de nieuwe Wmo vanaf 2015 aanvullend structureel € 42 miljoen ter beschikking gesteld. De beheerskosten die gemeenten zullen maken, zijn niet vergelijkbaar met de beheerskosten die de zorgkantoren en verzekeraars maken. Er is namelijk sprake van een ander ondersteuningsaanbod en een geheel andere aanpak. Aangezien deze beheerskosten niet vergelijkbaar zijn, kunnen uit de verschillen ook geen conclusies worden getrokken met betrekking tot doelmatigheid en efficiency.

**Beheerskosten (absoluut en procentueel) AWBZ, Zvw, Wlz, Wmo (bedragen in mln euro)**

	Zvw 2014	AWBZ 2014	Wlz 2015	Wmo 2014
Zorgkosten (Wmo: kosten HV)	42.600	28.100	17.500	1.434
Beheerskosten	1.600	178	136	139
	3,76%	0,63%	0,78%	9,7%

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering nader kan toelichten of in de Wlz weer niet nieuwe tekorten ontstaan waardoor het Flz weer snel in toenemende negatief zal worden. Zij vragen hoe de regering dit gaat voorkomen. Tevens vragen deze leden wat er verandert aan de systematiek van premieheffing en belastingheffing ten opzichte van de huidige methodiek in de WBZ.*

De financiering van de Wlz verloopt op de zelfde wijze als de huidige financiering van de AWBZ. De Wlz-premie wordt bij invoering vastgesteld op een constant niveau dat lastendekkend is voor de resterende kabinetsperiode. Als de uitgaven in de Wlz achteraf hoger uitvallen dan bij het vaststellen van het premiepercentage werd verwacht kan er een tekort ontstaan in het Flz. Het kabinet gaat er van uit dat de raming van de Wlz-uitgaven en de financiële beheersing in de komende jaren adequaat is. Bij de start van een volgende kabinetsperiode kan de premie evenwel opnieuw worden gezien, mede in het licht van de financiële positie van het Flz op dat moment.

*De leden van de SP-fractie wijzen op een uitspraak van het CVZ dat een contracteerruimte op gespannen voet staat met het verzekeringskarakter van de Wlz. Deze leden vragen hoe dan toch het verzekeringskarakter kan worden geborgd van de Wlz en of geen reële behoefteeraming nodig is van de middelen die nodig zijn om aan de totale zorgvraag te voldoen.*

Het verzekeringskarakter van de Wlz staat voorop. Iedereen die een geldige indicatie heeft, heeft recht op Wlz-zorg. De contracteerruimte en het pgb-plafond zijn gebaseerd op een raming van de middelen die nodig zijn om aan de zorgvraag te kunnen voldoen. Jaarlijks monitort de NZa de ontwikkeling van de uitgaven in relatie tot de zorgvraag door de NZa, waarbij de Minister de mogelijkheid heeft om bij te sturen. De laatste jaren heeft de NZa steeds geconstateerd dat de beschikbare middelen voldoende waren om aan de zorgvraag te voldoen. Ook met het systeem van budgettering is het verzekeringskarakter van de Wlz derhalve geborgd.

*De leden van de SP-fractie vragen om de totale zorgkosten vanaf 1997 in de cure en in de care in beeld te brengen en daarbij een onderverdeling te hanteren van deze kosten naar de sectoren ziekenhuizen en specialistenpraktijken, verstrekkers geestelijke gezondheidszorg, huisartsenpraktijken, tandartsenpraktijken, paramedische praktijken, overige verstrekkers in de*

*cure, verstrekkers van ouderenzorg, verstrekkers van gehandicaptenzorg en de overige verstrekkers van welzijnszorgspecifieke sectoren.*

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) publiceert onderling vergelijkbare cijfers in de gevraagde indeling voor de jaren 1998 tot en met 2013, als onderdeel van de Zorgrekeningen. Deze cijfers zijn in onderstaande tabellen overgenomen en afgerond op € 100 mln. De cijfers over 2012 en 2013 hebben nog een voorlopig karakter. De berekende totale zorgkosten en de procentuele onderverdeling naar gezondheids- en welzijnszorg zijn berekend door VWS op basis van de CBS-cijfers per sector.

De cijfers hebben betrekking op de totale zorgkosten in lopende prijzen zoals die door aanbieders van zorg worden gerapporteerd. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt naar de financieringsbron van de zorgkosten. Het gaat dus zowel om kosten die collectief gefinancierd worden als om private zorgkosten. Daarnaast hanteert het CBS een ruime definitie van zorg. Onder welzijnszorg wordt bijvoorbeeld ook kinderopvang verstaan. De cijfers in onderstaande tabel zijn daarom niet zonder meer vergelijkbaar met de zorguitgaven in de VWS-begroting.

**Tabel: Uitgaven aan zorg 1998–2013 in lopende prijzen (x € 1 mld), deel 1**

Jaar	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Totaal aanbieders gezondheidszorg	23,5	25,1	26,8	30,0	33,7	36,2	37,7	39,0
Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	9,9	10,5	11,0	12,6	14,2	15,0	16,0	16,6
Verstrekkers geestelijke gezondheidszorg	2,3	2,5	2,6	2,8	3,2	3,5	3,8	4,1
Huisartsenpraktijken	1,3	1,4	1,5	1,6	1,9	2,0	2,0	2,0
Tandartsenpraktijken	1,2	1,3	1,4	1,5	1,7	1,9	2,0	1,9
Paramedische praktijken	0,8	0,9	0,9	1,0	1,1	1,2	1,2	1,2
Overige verstrekkers van gezondheidszorg	8,0	8,7	9,4	10,5	11,6	12,5	12,7	13,1
Totaal aanbieders welzijnszorg	15,4	16,7	18,1	20,3	22,6	24,6	25,1	25,8
Verstrekkers van ouderenzorg	7,7	8,1	8,7	9,9	11,3	12,3	12,5	12,9
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	3,4	3,7	3,9	4,3	5,0	5,5	5,8	6,0
Overige verstrekkers van welzijnszorg	4,3	4,9	5,4	6,1	6,3	6,8	6,8	6,9
<i>Totaal gezondheidszorg en welzijnszorg</i>	<i>38,9</i>	<i>41,8</i>	<i>44,9</i>	<i>50,3</i>	<i>56,3</i>	<i>60,8</i>	<i>62,8</i>	<i>64,8</i>
Aandeel gezondheidszorg	60,4%	60,2%	59,7%	59,7%	59,8%	59,6%	60,1%	60,2%
Aandeel welzijnszorg	39,6%	39,8%	40,3%	40,3%	40,2%	40,4%	39,9%	39,8%

Bron: CBS Statline, bewerking VWS

**Tabel: Uitgaven aan zorg 1998–2013 in lopende prijzen (x € 1 mld), deel 2**

Jaar	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Totaal aanbieders gezondheidszorg	40,7	43,3	46,6	48,7	50,8	51,7	52,8	53,9
Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	17,3	18,3	20,3	21,4	22,7	22,6	23,7	24,8
Verstrekkers geestelijke gezondheidszorg	4,3	4,6	4,9	5,3	5,4	5,7	5,8	5,9
Huisartsenpraktijken	2,3	2,4	2,4	2,5	2,5	2,7	2,6	2,7
Tandartsenpraktijken	2,1	2,2	2,4	2,6	2,6	2,7	2,8	2,8
Paramedische praktijken	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9	1,9	1,9
Overige verstrekkers van gezondheidszorg	13,4	14,2	14,9	15,2	15,8	16,1	16,0	15,8
Totaal aanbieders welzijnszorg	27,0	28,3	30,2	32,2	33,5	34,4	36,7	37,0
Verstrekkers van ouderenzorg	13,6	14,0	14,8	15,2	15,8	16,5	17,8	18,2
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	6,2	6,6	7,1	7,8	8,1	8,3	9,3	9,4
Overige verstrekkers van welzijnszorg	7,3	7,7	8,3	9,2	9,6	9,6	9,6	9,4
<i>Totaal gezondheidszorg en welzijnszorg</i>	<i>67,7</i>	<i>71,6</i>	<i>76,7</i>	<i>80,9</i>	<i>84,3</i>	<i>86,1</i>	<i>89,6</i>	<i>90,9</i>
Aandeel gezondheidszorg	60%	61%	61%	60%	60%	60%	59%	59%
Aandeel welzijnszorg	40%	39%	39%	40%	40%	40%	41%	41%

Bron: CBS Statline, bewerking VWS

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering over actuele cijfers beschikt van het aantal mensen dat met hun verzekeraar een betalingsregeling heeft moeten treffen. Zij vragen daarbij een vergelijking te maken met de tien voorgaande jaren en de ontwikkeling in beeld te brengen.*



*Voorts vragen deze leden hoeveel wanbetalers op dit moment in het bestuursrechtelijk premieregime zitten.*

Zorgverzekeraars verstrekken sinds begin 2013 in het kader van de «Ketenmonitor wanbetalers» een aantal gegevens over hun activiteiten ten aanzien van wanbetaling zorgpremie. De opgave van de beginstand (2013) en ultimo het eerste kwartaal 2014 is als volgt:

**Tabel. Aantal verzekeringnemers met een betalingsachterstand bij zorgverzekeraars**

	2013 (1 januari)	2014 (1 april)
2 tot 4 maanden	188.308	165.555
4 tot 6 maanden	96.814	120.039
6 of meer maanden	248.754	368.108
totaal	533.876	653.702

De regering beschikt niet over de overige gevraagde cijfers en kan daarom ook geen meerjarige ontwikkeling in beeld brengen. Ook Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven niet over cijfers over voorgaande jaren te beschikken. Per 1 mei 2014 waren er 323.500 wanbetalers bij het Zorginstituut Nederland aangemeld als wanbetaler.

*De leden van de CDA-fractie vragen wanneer de regering precies wil overgaan tot regionale opschaling en wat het doel daarvan precies is.*

De regering acht het verminderen van het aantal regio's bij de zorgkantoren nodig, omdat de doelgroep en dus de totale geleverde zorg onder de Wlz kleiner wordt. De regering veronderstelt dat het overgaan tot regionale opschaling zorgt voor meer efficiëntie uitvoering door het aantal zorgkantoren te verminderen. De regering zal de regionale opschaling nader onderzoeken. Het streven is om een eerste stap te maken per 2016.

*De leden van de fractie van het CDA geven aan dat de regering een toekomstperspectief schetst waarbij de regering stelt dat indien zorgverzekeraars de ouderenzorg risicodragend willen uitvoeren, zij zich moeten inspannen om aan te tonen dat verbeteringen in de doelmatigheid mogelijk zijn. Deze leden vragen om bij de wetbehandeling een overzicht te ontvangen van wat de regering precies van zorgverzekeraars verwacht.*

De regering wil ook na invoering van de Wlz bezien of verdere verbetering van de doelmatigheid mogelijk is. Op termijn de ouderenzorg binnen de Zvw risicodragend te laten uitvoeren is een belangrijke optie om in dat kader verder te onderzoeken. Daarbij geeft de regering nu vast aan dat dit alleen aan de orde kan zijn als zorgverzekeraars aantonen dat deze stap tot meer doelmatigheid leidt. Hoe zorgverzekeraars dit het beste kunnen aantonen, zal aan de orde komen als onderdeel van het onderzoek naar deze optie.

*De leden van de CDA-fractie vragen waar het aantal van 200.000 cliënten op gebaseerd is dat een beroep zal doen op de Wlz? Ook vragen zij hoeveel cliënten in de Wlz in 2015 een beroep doen op de Wlz met lage ZZP's en het bedrag dat daarmee samenhangt? Wat is daarvan het gevolg voor de premie van de Wlz?*

Het aantal van 200.000 cliënten is de omvang van de Wlz in 2015 indien alleen mensen die voldoen aan de Wlz-criteria worden meegeteld. In de memorie van toelichting is aangegeven dat in 2015 daarnaast nog mensen in de Wlz verblijven vanwege het overgangsrecht maar die niet voldoen aan de Wlz criteria. In tabel 7.1 van de memorie van toelichting is

dit een bedrag van ca. € 3 mld. (circa 100.000 personen). De premie wordt berekend rekening houdend met de totale uitgaven van de Wlz inclusief de kosten van het overgangsrecht.

*De leden van de CDA-fractie vragen de regering helder te maken welke solvabiliteitseisen er aan zorgverzekeraars worden gesteld die optreden als uitvoerders van de Wlz. De leden vragen zich af hoeveel de solvabiliteit zal stijgen vanwege de invoering van de Wlz en door de aanspraak wijkverpleging.*

Vooropgesteld dient te worden dat de Wlz niet zal worden uitgevoerd door de zorgverzekeraars, maar door de Wlz-uitvoerders. Dat zijn andere rechtspersonen dan de zorgverzekeraars, die echter wel deel uit moeten maken van de groep (concern) waarvan ook een of meer zorgverzekeraars deel uitmaken.

Net als bij de AWBZ het geval is, is bij de uitvoering van de Wlz de Staat risicodragend. Dit geldt zowel voor het verzekeringstechnische als het uitvoeringsrisico. Dit betekent dat aan de Wlz-uitvoerders geen directe solvabiliteitseisen zullen worden gesteld.

Aangezien de Wlz-uitvoerder onderdeel is van een groep waartoe ook een of meerdere zorgverzekeraars behoren, zal DNB op basis van de Solvency II-richtlijn wel kijken naar de indirecte operationele risico's van de Wlz-uitvoering op de uitvoering van de basisverzekering en de aanvullende verzekering van de onder haar toezicht vallende verzekeraars. Dit wordt betrokken bij het geconsolideerd toezicht en kan een zeker effect op de vereiste solvabiliteit met betrekking tot basis- en aanvullende verzekering hebben. Deze effecten zijn nog niet door DNB in beeld gebracht. Wel mag worden aangenomen dat, nu de Staat het risico op de uitvoering van de Wlz draagt, het om een relatief beperkt risico gaat dat tevens een beperkt effect zal hebben op de omvang van de vereiste solvabiliteit voor de groep waartoe ook Wlz-uitvoerder behoort.

Op basis van de huidige solvabiliteitsregelgeving, zal door de zorgverzekeraars als gevolg van de overheveling verpleging en verzorging in 2015 ongeveer € 110 miljoen extra solvabiliteit moeten worden aangehouden. Hierbij is uitgegaan van een overheveling van verpleging en verzorging van ongeveer € 3 miljard in 2015 en een vereiste solvabiliteit van 11%. Aangezien voor de vereiste solvabiliteit het gemiddelde over de afgelopen drie schadejaren wordt genomen, komt dit neer op een extra solvabiliteit van ongeveer € 110 miljoen in 2015. Overigens is de door het Ministerie van Financiën vast te stellen solvabiliteitseis 2015 nog niet bekend. Naar verwachting zal de Kamer in juli over deze beslissing worden geïnformeerd.

*De leden van het CDA vragen voorts waar de verlaging van € 42 mln. van het uitvoeringsbudget op is gebaseerd mede gezien het feit dat mensen met een licht zzp tot 2016 in de Wlz mogen terugkeren en het gesloten zorgakkoord.*

Dit bedrag heeft betrekking op de uitvoeringskosten van de zorgkantoren. Deze uitvoeringskosten zullen dalen door de overdracht van taken naar gemeenten en de zorgverzekeraars en is vastgelegd het regeerakkoord «Bruggen slaan». Dit bedrag is niet afhankelijk van overgangsrecht in de Wlz en de afspraak van dit voorjaar dat meer mensen met een ZZP VV 4 en VG 3 een plaats in een zorginstelling kunnen krijgen.

*De leden van de CDA-fractie merken op dat in de memorie van toelichting van de Wlz maar ook in de brief aan de commissie VWS d.d. 14 april 2014 wordt gesteld dat de Wlz premie nog niet vaststaat en de premie waarschijnlijk tussen 9–11% zal liggen. De premie dient lastendekkend te zijn en zal worden vastgesteld voor 2015 en constant worden gehouden in 2016 en 2017. Dit betekent dat de premie in 2015 iets boven lastendekkend niveau zal uitkomen en in 2017 onder het lastendekkend niveau zo lezen deze leden. De leden van deze fractie vragen zich af hoe de premie concreet wordt berekend en van welke financiële parameters wordt er uit gegaan. Zij vragen of die anders zijn dan bij de berekening van de huidige AWBZ-premie. Voorts merken de leden van de CDA-fractie op dat de regering een daling verwacht van 2,65% van de Wlz premie ten opzichte van de huidige AWBZ premie. Tegenover deze verlaging staat eenzelfde verhoging van de belastingtarieven. Zij merken op dat de regering dus minder Wlz premie binnen haalt en meer belasting. De leden van de CDA-fractie vragen zich af wat er met de extra belastingopbrengsten gebeurt. Verder merken zij op dat de regering stelt dat het op een lastendekkend niveau vaststellen van de Wlz-premie niet gepaard zal gaan met een lastenverzwaring, maar dat de Zvw-premie en het eigen risico echter wel stijgen door onder meer de overheveling van de verzorging en verpleging thuis. Zij vragen de regering om een totaalbeeld geven van de koopkrachteffecten van de zorgkosten.*

De Wlz-premie wordt vastgesteld op grond van de geraamde Wlz-lasten en premiegrondslagen – de inkomsten in de eerste en tweede schijf van de inkomstenbelasting – in de resterende kabinetsperiode. Dit zijn in beginsel dezelfde grondslagen waarop de AWBZ-premie is gebaseerd, met dien verstande dat de AWBZ-premie niet lastendekkend meer is omdat in het verleden is besloten om de premie constant te houden in een periode dat de AWBZ-uitgaven stegen.

De extra belastingopbrengsten die in de plaats komen van de lagere Wlz-premie zijn onderdeel van de algemene middelen. Hieruit worden onder meer de hogere WMO-uitgaven bekostigd die het gevolg zijn van de overheveling van taken uit de AWBZ naar gemeenten, en de tijdelijke rijksbijdrage aan de Zvw in verband met de overhevelingen naar de Zvw. Lastenverzwaringen of -verlichtingen hebben betrekking op het verhogen of verlagen van de inkomsten van de overheid uit belastingen en premies voor sociale verzekeringen. Het op lastendekkend niveau vaststellen van de Wlz-premie gaat niet gepaard met een lastenverzwaring of -verlichting omdat de naar verwachting lagere Wlz-premie volledig wordt gecompenseerd door hogere belastingtarieven. De stijging van het eigen risico door de overhevelingen is formeel geen lastenverzwaring omdat het eigen risico een private uitgave is en geen verplichte belasting of premie. Een hoger eigen risico heeft wel gevolgen voor de koopkracht. De premiegevolgen van de overhevelingen voor de Zvw worden in eerste instantie gecompenseerd binnen de Zvw, door de verzachting van de premiestijging via de tijdelijke aanvullende rijksbijdrage aan het Zorgverzekeringsfonds (Zvf). De lagere inkomensgroepen worden op reguliere wijze via de zorgtoeslag volledig gecompenseerd.

In onderstaande tabel zijn de – partiële – koopkrachteffecten van de overhevelingen weergegeven. Het kabinet beziet elk jaar in augustus het integrale koopkrachtplaatje. Daarbij worden ook de premiegevolgen van de overhevelingen betrokken. Op dat moment wordt via extra maatregelen gezorgd dat er per saldo een evenwichtig inkomensbeeld resulteert.

**Tabel: Koopkrachteffect in 2015 als gevolg van de overhevelingen**

Werknemer	WML	Modaal	1,5 x modaal	2 x modaal
Alleenstaand	0	- 0,2%	- 0,1%	- 0,1%
Meerpersoons	0	0	- 0,2%	- 0,1%
Gepensioneerde	AOW	AOW+€ 5.000	AOW+€ 10.000	AOW + € 20.000
Alleenstaand	0	0	- 0,1%	- 0,2%
Meerpersoons	0	0	0	- 0,1%

Bron: VWS.

*De leden van de CDA-fractie merken op dat VNO-NCW reeds heeft aangegeven dat het stijgen van het werkgeversdeel onacceptabel is. Zij vragen hoe de regering reageert op deze stellingname.*

De overheveling van zorg van de AWBZ naar de Zvw en van de Zvw naar gemeenten leidt tot een stijging van de Zvw-uitgaven. Hiervan wordt de helft gefinancierd door middel van de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB). De IAB wordt betaald door werkgevers, zelfstandigen en mensen met een aanvullend pensioen. In het regeerakkoord «Bruggen slaan» is aangegeven dat de wijzigingen in de Zvw-premie door de maatregelen in het regeerakkoord grotendeels zijn gecompenseerd. Daarnaast is in de begrotingsregels in het regeerakkoord eveneens aangegeven dat structurele stijgingen van de zorgpremies gedurende de kabinetsperiode worden gecompenseerd. Dit is ook van toepassing op de actuele overhevelingen en op de bijbehorende effecten op de IAB voor werkgevers.

*De leden van de CDA-fractie willen weten wat er gaat gebeuren als in 2016 de premie-inkomsten niet lastendekkend zijn. Zij vragen of de premie voor 2017 dan omhoog gaat, dan wel of de regering het tekort aanvult zoals dat nu voor het AFBZ fonds gebruikelijk is, dan wel of de indicatiestelling wordt verzwamd zodat er minder mensen van de Wlz gebruik mogen maken. Deze leden vragen zich af of de financiële houdbaarheid van de Wlz voor korte- en lange termijn kan worden gegarandeerd.*

De Wlz-premie wordt bij de invoering vastgesteld op een constant niveau dat lastendekkend is voor de resterende kabinetsperiode, op basis van de geraamde Wlz-lasten en premiegrondslagen. De premie blijft in beginsel constant in 2015, 2016 en 2017, ook als de uitgaven achteraf hoger uit blijken te vallen dan de premie-inkomsten. Een tekort in het fonds leidt in dat geval, net als nu, tot een hoger begrotingstekort. Hoe daarmee wordt omgegaan is onderdeel van de kabinetsbesluitvorming van dat moment over de overheidsfinanciën in den brede.

*De leden van de CDA-fractie merken op dat de regering stelt dat de afrekening van het AFBZ fonds pas in 2018 kan plaatsvinden. Deze leden begrijpen dat er pas in 2018 bekend zal worden hoeveel het negatief vermogen van het fonds zal bedragen. Zij vragen of de regering de Tweede Kamer uitgebreider dan bij de begroting op de hoogte gaat houden van de stand van zaken over de ontwikkeling van dit fonds.*

De rapportage over het AFBZ en over eventuele mee- en tegenvallers in het fonds is onderdeel van de reguliere begrotingscyclus. Dit biedt voldoende gelegenheid om de Kamer op de hoogte te houden over de afwikkeling het AFBZ.

*De leden van de CDA-fractie merken op dat de regering stelt dat de liquidatie van het AFBZ in 2018 zal plaatsvinden en dat het negatieve vermogen van het AFBZ wordt aangezuiverd via een eenmalige rijksbijdrage. Deze leden vragen zich of deze eenmalige rijksbijdrage op de begroting van VWS zal drukken en of hier al een reservering voor is of dat dit bedrag geheel drukt op de begroting van 2018. Zij vragen tevens hoe liquidatie in 2018 zich verhoudt tot de in artikel 11.2.10 van de Wet genoemde datum. Ook vragen zij waarom de regering niet eerder start met de liquidatie.*

Een negatief saldo van het AFBZ op het moment van liquidatie wordt ten laste van de begroting van het Ministerie van VWS gebracht en via deze begroting formeel verantwoord. Het fondssaldo wordt op dat moment aangezuiverd uit de algemene middelen. Dit is een technische verschuiving van middelen binnen de boekhouding van de overheid die de begrotingskaders niet belast. Ook het EMU-saldo en de EMU-schuld worden per saldo niet extra belast, omdat een tekort van het AFBZ reeds deel uitmaakt van de overheidsschuld. De liquidatie van het AFBZ leidt dus niet tot een tegenvaller op de begroting. Een reservering vooraf is daarom ook niet nodig.

De liquidatie van het AFBZ vindt naar verwachting plaats op de in het wetsvoorstel genoemde datum, naar verwachting in 2023. Voor deze termijn is gekozen om een zorgvuldige administratieve afwikkeling van de AWBZ mogelijk te maken. Gezien de ervaringen met de afwikkeling en liquidatie van de Algemene Kas van het Ziekenfonds acht het kabinet een kortere termijn niet verstandig. De datum van 2018 die is genoemd in de brief van 14 april (Kamerstukken II 2013/14, 30 597, nr. 432) is niet correct.

*Voor de leden van de CDA-fractie is de centrale vraag of de verwachtingen van de regering juist zijn dat de uitgaven van de Wlz gaan dalen en zij vragen hoeveel die daling dan zal zijn?*

Door de decentralisatie van zorg en ondersteuning naar de gemeenten, de overheveling naar de Zvw, de ingezette extramuralisering en het overgangsrecht dalen de uitgaven van de Wlz niet alleen in 2015, maar ook in de jaren daarna. Bij de huidige prognoses dalen de uitgaven van de Wlz in de periode 2015 tot met 2018 van € 18 mld naar ruim € 17 mld.

*De leden van de CDA-fractie verwachten dat het beroep op de Wlz in de toekomst weer zal gaan toenemen en vragen zich af of de onderbouwing van de huidige wet niet is gebaseerd op drijfzand?*

Het is juist dat door de vergrijzing het beroep op de Wlz zal gaan toenemen. Daarnaast zal door een afname van de doelgroep die gebruik maakt van het overgangsrecht het volume van de Wlz afnemen. Beide effecten zijn in de raming van de uitgaven van de Wlz meegenomen, die daarmee adequaat is onderbouwd.

*De leden van de CDA-fractie vragen waarom de regering van mening is dat er geen inkomenseffecten zijn door de invoering Wlz.*

Inkomenseffecten zouden kunnen ontstaan door veranderingen in eigen bijdrage en premieheffing. Op het gebied van de eigen bijdrage zal de systematiek in vergelijking met de AWBZ niet ingrijpend wijzigen. Ook op het terrein van de premieheffing heeft de introductie van de Wlz geen inkomensgevolgen. De inkomensafhankelijke premie Wlz zal lager zijn dan bij de AWBZ. Daar staat echter een overeenkomstige verhoging van de belastingtarieven in de 1e en 2e schijf tegenover. Per saldo zal het effect dus nul zijn.

*De leden van de PVV-fractie noemen een aantal alternatieven om tot kostenreductie over te gaan. Zij vragen wat de mogelijke opbrengsten zouden kunnen zijn in tijd en geld.*

*Deze onderwerpen zijn:*

- *Tariefskorting bij teveel overhead en teveel regels;*
- *Zelf indiceren door instellingen (via Sip en hit);*
- *Vermindering van overhead bij instellingen door zelf indiceren;*
- *Tegengaan van verspilling in de zorg;*
- *Medewerkers zelf verantwoordelijk voor Arbo taken in plaats van aparte afdeling;*
- *Schrappen van 75% van de interne organisatie;*
- *Uniforme informatievoorziening bij verzekeraars*

De reactie van het kabinet op de geschetste alternatieven is als volgt.

#### *Tariefskorting bij teveel overhead en teveel regels*

Intramuraal voeren zorgkantoren momenteel een tariefskorting door van ca 2% op de maximumtarieven. Indien zij dit zouden verdubbelen zou dit een extra kostenreductie van circa € 350–400 mln opleveren.

#### *Zelf indiceren door instellingen (via Sip en hit)*

Momenteel kunnen aanbieders in een aantal gevallen al zelf indiceren. Indien aanbieders alle taken zouden overnemen van het CIZ wordt een bedrag van € 50–100 mln bespaard (aan uitvoeringskosten CIZ). Het is daarbij wel de vraag of aanbieders deze taken goedkoper kunnen uitvoeren dan het CIZ en of er geen ongewenste effecten ontstaan door een toename van de zorgkosten. De belasting van aanbieders zal door dit voorstel toenemen. Bij dit onderwerp zoekt het kabinet naar een balans tussen een onafhankelijke indicatiestelling en het beperken van de administratieve lasten en het beperken van het frauderisico

#### *Vermindering van overhead bij instellingen door zelf indiceren*

De verwachting is dat de overheadkosten juist gaan toenemen als de zorginstelling zelf het indicatieproces moet overnemen van het CIZ.

#### *Tegengaan van verspilling in de zorg*

In het kader van de Wlz is een taakstelling van € 500 mln ingeboekt, die mede kan worden ingevuld door het tegengaan van verspilling in de zorg. Op dit punt heeft het kabinet een afzonderlijk actieprogramma opgesteld.

#### *Medewerkers zelf verantwoordelijk voor Arbo taken in plaats van aparte afdeling*

De verwachting is dat de kosten en de verbruikte tijd juist gaan toenemen als medewerkers zelf verantwoordelijk worden voor het naleven van de verantwoordelijkheden in het kader van de Arbowet.

#### *Schrappen van 75% van de interne organisatie*

Het generiek decimeren van de ondersteuningsfuncties binnen een organisatie zal leiden tot een ondoelmatig zorgverleningsproces. De beheerskosten zullen afnemen maar het risico bestaat dat de zorguitgaven zullen toenemen door een ondoelmatige aansturing van het zorgverleningsproces.

#### *Uniforme informatievoorziening bij verzekeraars*

Het verbeteren van de informatievoorziening is een continu vraagstuk. Daarmee kunnen ook de kosten en de tijdsinvestering worden beperkt. Het is echter onbekend in welk mate dit het geval zal zijn.

*De leden van de PVV-fractie merken op dat de indicatiecriteria in de Wlz zelf worden geregeld. Door dit niet te delegeren naar de lagere regelgeving, wordt bevorderd dat uitbreiding van de doelgroep van de Wlz alleen na gedegen afweging en met volledige betrokkenheid van het parlement kan plaatsvinden. Op basis waarvan denkt de regering dat het parlement beter in staat is te bepalen wie er wel en niet voor langdurige zorg in aanmerking komt, dan de professionals in het veld?*

Met de indicatiecriteria wordt de toegang van mensen tot de langdurige zorg geregeld. De regering is van mening dat het de taak is van de wetgever vast te stellen welke doelgroepen toegang hebben tot de Wlz. Door het vastleggen van de toegangscriteria in de wet zelf wordt helderheid en duidelijkheid geschapen richting burgers en zorgaanbieders. Hoe er vervolgens aan de hand van deze criteria in individuele gevallen wordt bepaald of mensen toegang hebben tot de Wlz, is een zaak van de onafhankelijke indicatiesteller, het CIZ.

*De invloed van de zorgaanbieders hierop vervalt en het CIZ gaat meer face-to-face gesprekken voeren om de zorgbehoefte van mensen vast te stellen. Objectieve en onafhankelijk indicatiestelling op basis van zorginhoudelijke criteria is nodig om onterechte afwenteling van cliënten en van zorg vanuit andere domeinen tegen te gaan. De leden van de PVV-fractie vragen welke kwaliteitseisen er gaan gelden voor medewerkers van het CIZ? Welke achtergrond moeten deze medewerkers hebben? Over welke medische achtergrond moeten deze medewerkers beschikken?*

De leden van de PVV-fractie stelden eerder al een vraag over het kennisniveau van de medewerkers van het CIZ om vast te kunnen stellen of verzekerden al dan niet recht hebben op Wlz-zorg en als dat zo is welk zorgprofiel passend is. Ook in antwoord op deze vraag geldt dat de medewerkers van het zbo CIZ een aanstelling zullen krijgen als is vast komen te staan dat zij beschikken over de benodigde kennis en ervaring om de indicatiewerkzaamheden naar behoren uit te voeren. Het uitgangspunt hierbij is het formatieplan waarin de taken zijn vermeld die het zbo CIZ op basis van de Wlz moet uitvoeren. De verschillende functies binnen het CIZ als ook de daarbij behorende competenties zijn daarin vastgelegd. Dat er net als nu bij de stichting CIZ medische en paramedische kennis en expertise bij het zbo CIZ aanwezig zal zijn, ligt in de lijn der verwachting. Het ligt voor de hand dat medewerkers van de stichting CIZ in aanmerking kunnen komen voor functievervulling bij het zbo CIZ. In de loop van de komende maanden zal meer helderheid ontstaan over functieomschrijvingen, scholingsprogramma en aanstelling van personeel zbo CIZ.

*De leden van de fractie van de PVV constateren dat Wlz-uitvoerders maatregelen moeten treffen ter voorkoming van onnodige zorg. Zij vragen zich af wat hiermee bedoeld wordt, aangezien zorg verleend wordt op basis van een onafhankelijke indicatie en volgens het zorgplan. Deze leden willen weten op welke wijze de Wlz-uitvoerders zich kunnen bemoeien met de invulling van de zorg.*

De zorgkantoren worden, ook straks in de Wlz, geacht de beste zorg in te kopen voor de cliënt tegen de best mogelijke prijs. Daartoe sluiten zij contracten af met zorgaanbieders in hun regio. Daarbij moeten zij niet alleen oog hebben voor het tarief, maar ook worden gekeken naar de bereikte resultaten voor de cliënt, zoals de door de aanbieder verzamelde informatie over cliëntervaringen. Ook gepast gebruik in relatie tot het indicatiebesluit van het CIZ is een belangrijk aandachtspunt. Dat is die zorg, die voor de gebruiker, op het moment van gebruik, noodzakelijk,

effectief en doelmatig is. Zo krijgt de cliënt de zorg die hij nodig heeft en worden tegelijkertijd de kosten van de zorg in de hand gehouden.

*De leden van de PVV-fractie constateren dat de totale uitgaven langdurige zorg van Wlz, Jeugdwet, Wmo en Zvw € 2 mld. lager zijn dan de huidige AWBZ-uitgaven. Zij vragen zich af waar de resterende € 2 mld. zijn gebleven.*

Het verschil wordt veroorzaakt door de taakstelling die is verbonden aan de hervorming van de langdurige zorg.

*De leden van de PVV-fractie vragen om een tabel waarin de verwachte uitgaven en taakstellingen langdurige zorg zijn opgenomen in de periode 2015–2018.*

Dit overzicht is als volgt:

**Tabel: Uitgaven langdurige zorg 2015–2018 en taakstellingen (excl. loon-prijsbijstelling)**

x 1 mld.	2015	2016	2017	2018
Wlz	17,9	17,4	17,0	17,0
Wmo (aandeel LZ; incl HH)	4,2	4,3	4,4	4,6
Zvw	3,5	3,8	3,9	4,0
Jeugd (aandeel LZ)	1,1	1,2	1,2	1,2
Verwerkte taakstelling	2,3	2,6	3,2	3,2
Taakstelling %	8%	9%	11%	11%

Ten opzichte van de gegevens die in de memorie van toelichting zijn opgenomen zijn de volgende majeure mutaties verwerkt:

- een deel van de intramurale GGZ-zorg is als nog ondergebracht in de Wlz (in plaats van Zvw);
- de Wmo-uitgaven zijn inclusief huishoudelijke verzorging.

*De leden van de PVV- en SP-fractie vragen om een tabel waarin alle taakstellingen langdurige zorg zijn opgenomen in de periode 2015–2018.*

Zoals vermeld in de nota naar aanleiding van het nader verslag Wmo (TK 2013–2014, 33 841, nr. 64) gaat het om de onderstaande reeks:

	2015	2016	2017	2018
<b>Wmo</b>				
Maatregelen begeleiding/pv	- 756	- 810	- 825	- 835
Beperken huishoudelijke hulp (40%)	- 465	- 610	- 610	- 610
Compensatie maatregelen (dec 2013)	200	200	200	200
Beperken uitgaven scootmobiel	- 15	- 25	- 50	- 50
Compensatie (voorjaar 2014)	195	165	50	40
Overdracht begeleiding	100	100	100	100
<b>Totaal Wmo</b>	<b>- 741</b>	<b>- 980</b>	<b>- 1.135</b>	<b>- 1.155</b>
<b>Wlz</b>				
Beperken intramurale zorg kern AWBZ	0	- 45	- 500	- 500
Tariefmaatregel care	- 200	- 200	- 250	- 250
Overgangsrecht wlz	125	75	70	65
Taakstelling PV/BGL overgangsrecht	- 125	- 75	- 70	- 65
<b>totaal Wlz</b>	<b>- 200</b>	<b>- 245</b>	<b>- 750</b>	<b>- 750</b>



	2015	2016	2017	2018
Overig Care				
extra middelen overgang cliënten Zvw	100	0	0	0
groeiruimte boven demo	- 100	- 410	- 410	- 410
nominaal en herschikking BKZ	- 325	135	140	145
Transitie HLZ	- 75	- 85	- 95	- 95
Doelmatige inkoop	- 30	- 30	- 30	- 30
VP naar Zvw	0	0	- 30	- 30
Eigen bijdrage AWBZ	- 40	- 50	- 50	- 50
Intensivering arbeidsmarkt zorg	0	0	100	100
Maatregel PV/BGL niet Wlz/Wmo	- 750	- 745	- 750	- 755
Extramuraliseren zzp 4	0	- 35	- 70	- 75
Verzachten extramuralisering	30	130	280	300
ILO-Care	- 215	- 315	- 245	- 250
Beleggen groeimiddelen care	0	- 10	- 160	- 180
Verzachten ZZP VV4 en VG 3	5	35	50	60
<b>totaal Overig Care</b>	<b>- 1.400</b>	<b>- 1.380</b>	<b>- 1.270</b>	<b>- 1.270</b>
<b>TOTAAL CARE</b>	<b>- 2.341</b>	<b>- 2.605</b>	<b>- 3.155</b>	<b>- 3.175</b>

*De leden van de PVV-fractie vragen of het negatieve exploitatiesaldo dat het AFBZ de afgelopen jaren kende alleen is toe te rekenen aan de AWBZ of dat hier ook de heffingskortingen meespelen.*

De oplopende tekorten in het AFBZ zijn het gevolg van de keuze om het AWBZ-premiepercentage relatief stabiel te houden in een tijd waarin de AWBZ-uitgaven fors stegen. De heffingskortingen worden verwerkt via de geïntegreerde loon- en inkomstenheffing en beperken de opbrengst van de AWBZ-premies. Het AFBZ wordt hiervoor gecompenseerd via de BIKK. De BIKK compenseert het effect van de omzetting van aftrekposten naar heffingskortingen in de belastingherziening van 2001.

*In de Wlz zal op termijn worden overgegaan op bekostiging op basis van declaraties, zo lezen de leden van de D66-fractie. Hoe wil de regering voorkomen dat bij de overgang naar bekostiging op basis van declaraties betalingsproblemen voor zorgaanbieders ontstaan, zoals bijvoorbeeld wel bij de overheveling van de ggz naar de Zvw is gebeurd? De leden van D66 vragen zich af wat de overgang van voorschotten naar declaraties betekent voor zorgaanbieders.*

Op 28 maart jl. heeft de Kamer de werkafspraken transitie hervorming langdurige zorg ontvangen die gezamenlijk met onder andere de aanbieders in de langdurige zorg zijn gemaakt (Tweede Kamer, 2013–2014, 30 597, nr. 428). In deze werkafspraken is ingegaan op het voorkomen van onbedoelde effecten op liquiditeit bij zorgaanbieders. Afsproken is dat ten aanzien van de Wlz de huidige bevoorschotting in elk geval in 2015 en 2016 gehandhaafd blijft. Hierdoor is voldoende tijd om in overleg met onder andere de zorgaanbieders om vraagstukken op het gebied van declaratieverkeer uit werken.

*De leden van de D66-fractie constateren dat de regering voornemens is het bestaande Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten op termijn te liquideren. Daarvoor in de plaats komt een nieuw Fonds Langdurige Zorg. Deze leden ontvangen graag een nadere onderbouwing van de regering op de fundamentele keuze om opnieuw te kiezen voor een fondssysteem voor de bekostiging.*

Het kabinet heeft in het wetsvoorstel expliciet gekozen voor de vormgeving van de Wlz als een verzekering en deze keuze ook toegelicht. Daarnaast kiest het kabinet ervoor om de Wlz-premie bij invoering vast te

stellen op een niveau dat lastendekkend is voor de resterende kabinetsperiode. In vergelijking met de AWBZ wordt de relatie tussen inkomsten en uitgaven in de Wlz daarmee hersteld. De verzekeringsgedachte van de Wlz en het uitgangspunt van lastendekkende premies wordt volgens het kabinet het beste bediend met een fondssystematiek.

## 8. Regeldruk

*De leden van de VVD-fractie lezen dat er een grote landelijke communicatiecampagne komt via de media en via het benaderen van cliënten door organisaties. Kan verder worden ingegaan op de doelen, verantwoordelijkheden van verschillende partijen, kosten en verdeling daarvan over partijen en het tijdpad van deze grote communicatiecampagne?*

Het doel van de communicatie is burgers en cliënten te informeren over de transitie ten aanzien van de hervorming van de langdurige zorg. Om iedereen in Nederland van de wijzigingen in de langdurige zorg en ondersteuning op de hoogte te brengen is de inzet van massamediale communicatie voorzien. De campagne wordt afgestemd met partijen in het zorgveld, zodat deze aansluit bij de belevingswereld en de taal van mensen. Het communicatieplan is als onderdeel van de werkafspraken transitie hervorming van de langdurige zorg op 28 maart jl. naar de Kamer gestuurd (Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 30 597, nr. 428). Deze partijen kunnen ook hun achterban informeren. Pas na instemming van de Senaat start VWS de campagne over de verschillende wijzigingen als gevolg van de Wmo 2015 en Wlz. Door deze onderwerpen in één campagne onder te brengen, worden de beschikbare middelen efficiënter ingezet. Naar verwachting zijn de kosten die VWS voor deze campagne zal maken circa € 1,2 miljoen.

*De leden van de VVD-fractie vragen hoe de ervaren regeldruk voor zorgaanbieders zal worden gereduceerd met het invoeren van deze wet. Zij vragen op welke punten deze wet – en niet zaken die ook onder de huidige AWBZ geregeld hadden kunnen worden – zal bijdragen aan het verminderen van de regeldruk?*

Om inzicht te krijgen in de gevolgen voor regeldruk als gevolg van de hervorming van de langdurige zorg is een extern onderzoeksbureau gevraagd dit te onderzoeken. Dit is de Kamer in de brief van 11 april jl. gemeld (Tweede Kamer, 2013–2014, 30 597, nr. 431). Conclusies zijn dat de regeldruk afneemt door de volgende factoren:

- vereenvoudiging aanvraagprocedure Wmo 2015: integraal gesprek.
- bewust beleid Wmo 2015: inzetten op algemene voorzieningen en sociaal netwerk.
- laagdrempelige algemene voorzieningen;
- het afsluiten van meerjarencontracten met zorgaanbieders;
- trekkingsrechten pgb bij SVB;
- minder indicatiestellingen Wlz;
- onbeperkte geldigheidsduur indicatiestelling Wlz;
- verdwijnen van de gemandateerde indicatiestelling;
- eenvoudigere berekening eigen bijdrage CAK door overheveling extramurale zorg;
- minder frequent inzage geven in medische gegevens van cliënten.

Een verdere verlaging in de komende jaren is een reële verwachting, omdat het beleid erop is gericht om mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen en gezien de inzet op algemeen toegankelijke voorzieningen. In de transitieplannen voor de hervorming van de langdurige zorg zijn dan ook afspraken vastgelegd, waarin een aantal van de aanbevelingen uit het onderzoek naar regeldruk zijn betrokken. Deze plannen zijn op 28 maart jl. naar de Kamer gestuurd (Tweede Kamer,

2013–2014, 30 597, nr. 428). Het gaat hierbij vooral om afspraken om overbodige regels en administratieve verplichtingen te schrappen, het standaardiseren van de gegevensuitvraag, methoden van uitvraag en registratieverplichtingen en het benutten van de tussentijdse evaluatie van het experiment Regelarme instellingen en het programma Verspilling in de Zorg. Ook hebben de betrokken organisaties afspraken gemaakt over het inrichten van een gezamenlijke organisatie waarbij gestuurd wordt op een adequate informatievoorziening voor de periode vanaf 1 januari 2015 om regeldruk te verminderen.

*De leden van de VVD-fractie vragen wat de belemmeringen zijn om op korte termijn meerjarige zorginkoopcontracten overeen te komen.*

De regering wijst erop dat de mogelijkheid voor meerjarige contractering van zorgaanbieders formeel nu reeds bestaat in de AWBZ. Van deze mogelijkheid maken zorgkantoren in de praktijk echter nauwelijks gebruik. Ook in de Wlz is deze mogelijkheid opgenomen. Belemmering voor het overeenkomen van meerjarige afspraken bleek het feit dat de zorgkantoren de afgelopen jaren telkens jaarlijks werden aangewezen (concessieverlening), maar ook de jaarlijks wijzigende financiële kaders c.q. het beschikbare budget bleken een belemmering. De aanwijzing van de zorgkantoren voor de administratie- en/of controletaak kan in de Wlz beginsel meerjarig worden verleend. De regering zal deze meerjarige aanwijzing verder bezien in relatie tot het verminderen van het aantal zorgkantorregio's. Zij streeft daarbij naar een eerste stap per 2016. Daarmee zal dus een belangrijke belemmering zijn opgelost. Financiële kaders zullen aan (jaarlijkse) wijzigingen onderhevig blijven. Niettemin zijn er meerjarige afspraken over een basisbudget aan productieafspraken mogelijk. Daarnaast kunnen jaarlijks aanvullende afspraken worden gemaakt over bijvoorbeeld innovatie, groei en andere mutaties.

*De leden van de fractie van de PvdA delen de mening van de regering dat de inspanning van het Rijk en gemeenten erop gericht moet zijn om regeldruk voor burgers en zorgaanbieders en de uitvoeringslasten voor uitvoerders zoveel mogelijk te beperken. Regeldruk en uitvoeringslasten gaan immers ten koste van het primaire proces: het verlenen van zorg. Deze leden zijn van mening dat de regering in al haar wetsvoorstellen die zij bij deze hervormingen indient zoveel mogelijk regeldruk moet zien te verlichten. In dat licht, vragen de leden van de fractie van de Partij van de Arbeid de regering om uitgebreid te motiveren hoe zij de soms schrikbarende overhead bij zorgorganisaties gaat terugdringen en wat zij hierin concreet verwacht te bereiken. Hoe gaat de regering uitvoering geven aan de toezegging aan de PvdA, verkregen tijdens de begrotingsbehandeling Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2014, om met de sector in gesprek te gaan om overhead te verminderen? Wat is de stand van zaken van dit overleg, welke partijen zijn aangesloten en welke resultaten zijn er inmiddels geboekt? Deze leden nemen aan dat er in dit overleg uitvoerig gebruik wordt gemaakt van goede voorbeelden van zorgverleningsinitiatieven die zeer goede zorg verlenen met een lage overhead en ontvangen hierop graag een bevestiging van de regering.*

Een onnodige overhead is niet wenselijk. Zorggeld is primair bedoeld voor de zorg- en ondersteuningsbehoefte van cliënten. Zoals bekend lopen op dit moment de experimenten regelarme instellingen (ERAI). Deze experimenten leveren veel informatie op over hoe het beter kan in de langdurige zorg. De Kamer ontvangt binnenkort de tussenevaluatie ERAI. Op dit moment kijk ik met zorgkantoren naar het proces van de zorginkoop om dit te vereenvoudigen. Ik verwacht dat ook meerjarige contractering een bijdrage kan leveren aan bijvoorbeeld het beperken van administratieve lasten van de jaarlijkse aanbestedingsrondes. Maar het is

regelmatig ook een kwestie van slimmer organiseren. Ook in het programma «In voor zorg» komen tal van voorbeelden van slimmer werken naar voren. Deze zullen landelijk worden verspreid. Er zijn instellingen die uitstekend financieel presteren, tegen significant lagere kosten de zorg kunnen leveren en die populair bij cliënten zijn. Zorgkantoren hebben alle ruimte om bij voorkeur met dergelijke instellingen productieafspraken te maken. Ik maak er mij ook hard voor dit zo spoedig mogelijk in de zorginkoop te realiseren.

*De leden van de PvdA-fractie merken op dat het de regering vanwege de beperktere doelgroep van de Wlz vergeleken met de AWBZ niet efficiënt lijkt om nog te werken met 32 regio's en regionale contracteerruimtes. Er is daarom aan ZN gevraagd om een voorstel te doen voor regionale herindeling voor de komende jaren. Zij vragen wanneer er uiterlijk duidelijkheid komt over dit voorstel van ZN. Daarbij informeren de leden van de PvdA-fractie naar welk aantal contracteerruimtes de regering zelf redelijk vindt. Daarbij vraagt zij hoe de regering gaat inzetten op zo min mogelijk bureaucratie bij de inkoop van zorg. Zij merken op dat de amvb rondom zorginkoop en kwaliteitscriteria de regeldruk kan laten dalen voor zorgaanbieders bij zowel de inkoop en verantwoording van geleverde zorg. Daarbij vragen zij waarom er dan toch voor is gekozen om nog geen nadere regels te stellen aan zorginkoop en kwaliteitscriteria. Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting van de regering.*

In 2015 blijven de bestaande zorgkantorregio's nog gehandhaafd. Dit beperkt de belasting van de Wlz-uitvoerders en zorgkantoren in de transitieperiode. De regering zal de herindeling van de 32 regio's na de transitiefase van de Wlz verder bezien. Zij streeft daarbij naar een eerste stap per 2016. Opschaling op termijn draagt bij aan een doelmatige uitvoering en de gewenste uniformering in de zorginkoop. Hierdoor zullen de administratieve lasten en uitvoeringskosten bij de regionale zorgkantoren en zorgaanbieders lager zijn dan in de AWBZ. De regering doet nu nog geen uitspraak over het aantal regionale contracteerruimtes dat zij zelf redelijk vindt. De regering zet met de Wlz sterk in op zo min mogelijk bureaucratie door het vereenvoudigen, het standaardiseren en het uniformeren van de inkoopregels. Met de Wlz bestaat de mogelijkheid om per amvb nadere regels per aan de zorginkoop te stellen. Deze mogelijkheid was er niet in de AWBZ. Daarmee heeft zij met de Wlz een instrument ter beschikking dat gebruikt kan worden indien de nieuwe inkoopregels 2015 van de zorgverzekeraars niet tot de gewenste vermindering aan administratieve lasten leiden.

*Met verwijzing naar de motie Otwin van Dijk (Kamerstukken II 2012/2013, 33 400 XVI, nr. 61) vragen de leden van de fractie van de PvdA hoe het geborgd is dat er bij het maken van meer overzichtelijke, eenduidige en heldere kwaliteitsindicatoren daadwerkelijk wordt aangesloten bij de landelijke kwaliteitskaders. Deze leden memoreren dat in de motie is verzocht om de overdaad aan verschillende indicatoren en metingen te bundelen om tot minder lasten en tegelijkertijd tot heldere kwaliteitsinzichten te komen. Deze leden stellen wel te lezen dat opgedane ervaringen met het ERAI experiment zullen worden betrokken bij de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren, maar vinden dat er nog veel vrijblijvendheid is wat betreft het komen tot een landelijk inkoopkader. Voorts zeggen zij te moeten constateren dat er nog steeds geen eenduidige kwaliteitscriteria zijn ontwikkeld die tevens bijdragen aan het verminderen van de lasten voor zorgaanbieders. Zij vragen welke rol de regering hier voor zichzelf ziet weggelegd, en zien dit graag nader toegelicht.*

De regering wil via diverse sporen de administratieve lasten in de langdurige zorg aanpakken, waarbij tevens de kwaliteit van de zorg verbetert. In de eerste plaats via het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren en van de bijbehorende meetinstrumenten. Dit is overigens primair de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders en de betrokken veldpartijen. De wet schrijft immers voor dat zorgaanbieders transparant moeten zijn. Ik vond en vind het een goede ontwikkeling dat de zorgaanbieders en de andere betrokken partijen – cliënten, professionals, verzekeraars en inspectie – voor de sector Gehandicaptenzorg en voor de sector Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (VVT) gezamenlijk sectorale kwaliteitskaders hebben opgesteld. Deze kaders geven een beschrijving van wat goede zorg is in de genoemde sectoren. Met de hieraan gekoppelde indicatorensets en bijbehorend meetinstrumentarium en -methodiek werd beoogd dat zorgaanbieders door een enkelvoudige uitvraag, met beperkte administratieve lasten aan alle transparantievereisten – ten behoeve van cliëntkeuzeinformatie, inspectietoezicht, zorginkoop en eigen verbeterdoelen – konden voldoen. In de Gehandicaptenzorg lijkt dit nu goed te lopen, in de VVT-sector is nog een verbetering nodig. Mede gelet op genoemde motie heb ik het Zorginstituut gevraagd om vóór september dit jaar met een voorstel te komen voor het versneld (door)ontwikkelen van (her)nieuw(d)e meetinstrumenten en indicatoren voor de ouderenzorg. Ik vind het wenselijk dat hier ook de resultaten van de experimenten regelarme zorg bij betrokken worden. De primaire verantwoordelijkheid blijft bij de zorgaanbieders en de betrokken veldpartijen. Hoewel het Zorginstituut zich op grond van haar wettelijke taak primair toelegt op publieke transparantie, zal, gelet op bijvoorbeeld de gewenste stroomlijning van de inkooptaak van de zorgkantoren en de afstemming met de toezichtstaak van de Inspectie, dit traject zich ook richten op het bereiken van transparantie ten behoeve van zorginkoop en toezicht, en op de noodzakelijke afstemming in dit verband. Hiermee wil ik een aanvullende uitvraag van kwaliteitsinformatie voorkomen, en daarmee onnodige administratieve belasting. In de tweede plaats wil de regering de administratieve lasten bij instellingen blijven aanpakken.

Vanaf 2013 zijn meer dan twintig zorginstellingen gestart met het beproeven van regelarme werkwijzen in het kader van het project Experimenten met Regelarme Instellingen (ERAI). Instellingen kijken daarbij niet alleen naar hinderende wet- en regelgeving die haar oorsprong vindt in beslissingen van de (mede)wetgever of aan haar gelieerde uitvoeringsorganisaties, maar vooral ook kritisch naar de vraag hoeveel en welke administratieve belasting zij zelf voor hun medewerkers creëren. De uitkomsten en evaluatie van de ERAI is eind van dit jaar voorzien. Binnenkort zal de Kamer de uitkomsten van de tussenevaluatie ontvangen.

Ten derde wordt, zoals hieronder in antwoord op vragen van de leden van de PvdA-fractie is aangegeven, ook ingezet op een beperking van de administratieve lasten uit hoofde van de zorginkoop. Tenslotte wordt stevig ingezet op de aanpak van verspilling in de zorg.

*De leden van de fractie van de PvdA geven aan dat zij verheugd zijn dat zorgkantoren in dit wetsvoorstel meerjarige contracten kunnen afsluiten met zorgaanbieders. Zij vragen zich daarbij af welke prikkels er zijn voor zorgkantoren en zorgaanbieders om meerjarige contracten aan te gaan en hoe er op deze prikkels gestuurd wordt. Zij vragen of de regering hier een nadere toelichting op kan geven.*

In de Wlz is het (net zoals voorheen in de AWBZ) mogelijk om meerjarige contracten af te sluiten met zorgaanbieders. De regering is van mening dat er verschillende prikkels zijn voor zorgkantoren en zorgaanbieders om hier in de Wlz daadwerkelijk invulling aan te geven. De regering is ervan

overtuigd dat meerjarige contracten een vliegwiel kan zijn voor kwaliteit en innovatie in de zorg. Partijen weten met een meerjarige basisafpraak over en weer waar zij aan toe zijn de komende jaren. Daarin kunnen afspraken gemaakt worden over de inhoud van zorg, de visie van de zorgaanbieder en het basisbudget gekoppeld aan de geïndiceerde zorg. Dat biedt duidelijkheid en zekerheid voor de zorgaanbieders en zijn cliënten, maar ook voor de financiers. Er kunnen investeringen in de toekomst worden gedaan. Ook kan onder andere tegen een lager rentetarief worden geleend voor investeringen, krijgen meerjarige innovatieprogrammas een betere kans van slagen, kan beter gestuurd worden op de inhoud van de zorg en kunnen betere afspraken over ketenzorg worden gemaakt. Indien partijen tot meerjarige afspraken besluiten, wordt een wezenlijke bijdrage geleverd aan de reductie van administratieve lasten. Daarmee is er sprake van diverse (financiële en niet-financiële) prikkels voor zorgkantoren en zorgaanbieders om meerjarige contracten af te sluiten. Overigens zal een meerjarig contract niet ongeclausuleerd zijn. Indien bijvoorbeeld de meerjarig gecontracteerde zorgaanbieder enig jaar bewezen slechte kwaliteit van zorg levert, dient dat niet zonder gevolgen blijven voor de overeenkomst. Het zorgkantoor dient voor dergelijke gevallen een beëindigingsclausule in een meerjaren zorgovereenkomst op te nemen. Daardoor blijft voor de zorgaanbieder ook de prikkel bestaan om kwalitatief goede zorg te verlenen.

*De leden van de fractie van de PvdA geven te kennen tevreden te zijn met het uitgevoerde onderzoek naar het verminderen van de administratieve lasten in het proces van de inkoop van langdurige zorg dat is uitgevoerd naar aanleiding van de motie-Van Dijk c.s. (Kamerstukken II 2012/13, 30 597, nr. 356). Zij vragen hoe de resultaten van het onderzoek worden betrokken bij het zorginkoopproces en welke maatregelen uit het onderzoek geïmplementeerd zullen worden. Ook willen zij weten hoe de regering stimuleert dat het reduceren van overhead een belangrijke pijler worden bij de zorginkoop en vragen of de regering kan beamen dat de nuttige maatregelen uit het onderzoek worden overgenomen.*

De regering heeft het rapport over het verminderen van de administratieve lasten in het proces van de inkoop van langdurige zorg met een begeleidende brief d.d. 27 januari 2014 (Kamerstukken II 2013/14, 29 515, nr. 351) aan de Tweede Kamer aangeboden. De verbetervoorstellen uit het onderzoeksrapport worden betrokken bij de besprekingen over de inkoop van intramurale langdurige zorg voor het jaar 2015. Het inkoopkader van ZN en zorgkantoren zal voor de zomer gereed zijn. De Kamer zal over de uitkomsten van de besprekingen, hoe de administratieve belasting wordt gereduceerd en hoe die hun beslag hebben gekregen in de kaders van de inkoop langdurige zorg in 2015, separaat worden geïnformeerd. Met de inwerkingtreding van de Wlz wordt een grondslag gegeven voor de totstandkoming van een amvb, waarin de regering regels kan stellen over het zorginkoopproces en de inhoud van de zorgovereenkomsten. Indien onverhoopt in het inkoopkader van ZN en zorgkantoren niet of onvoldoende tegemoet wordt gekomen aan de doelstellingen die de regering nastreeft bij de inkoop van langdurige zorg, zal zij niet schromen de genoemde amvb op te stellen. Hiermee ontwikkelt tegelijkertijd de reductie van overhead zich tot een pijler onder de zorginkoop, zoals de leden van de PvdA-fractie vragen.

*De leden van de SP-fractie willen weten op welke wijze zorgbehoevende mensen, hun vertegenwoordigers en cliëntenorganisaties worden betrokken bij de totstandkoming van de wet?*

Een concept van het wetsvoorstel is in september 2013 voor consultatie voorgelegd aan vertegenwoordigende organisaties van cliënten. Ook hebben diverse bijeenkomsten plaatsgevonden waarin het wetsvoorstel is toegelicht en waar partijen in de gelegenheid zijn gesteld om een eerste reactie te geven en vragen te stellen. De Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad), het Platform VG, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Per Saldo, de Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties, het Landelijk Platform GGZ, de Belangenorganisatie voor senioren ANBO, het Landelijk Steunpunt (mede-)zeggenschap (het LSR), LOC zeggenschap in zorg en Alzheimer Nederland hebben naar aanleiding van de consultatie van de wet een reactie uitgebracht. Deze reacties, die zijn samengevat in de memorie van roelichting, zijn betrokken bij het opstellen van het onderhavige wetsvoorstel.

*De regering heeft aangegeven dat een herindicatie niet nodig is, indien de zorgvraag niet verandert. De leden van de SP-fractie vinden dat positief, maar hoe is dat precies geregeld bij progressieve ziekten, zoals dementie? Kan de regering toelichten hoe zij dit met het voorliggend wetsvoorstel beoogt?*

Een indicatiebesluit heeft in beginsel een onbepaalde geldigheidsduur. De gedachte is om de cliënt niet meer dan nodig te belasten met een nieuw onderzoek. Niettemin kan het voorkomen dat een aanvankelijk vastgesteld zorgprofiel niet langer passend is, zoals in het geval van dementie of, bij ouderen, in het algemeen bij een verslechterende gezondheidstoestand door het ouder worden. In dat geval zal de cliënt een nieuw indicatiebesluit moeten aanvragen.

*De leden van de SP-fractie vragen de regering hoe de behandeling en zorg van de cliënt die hij op dat moment uit de Zvw krijgt wordt geregeld gedurende de periode tussen het aanvragen van een Wlz-indicatie bij het CIZ en de datum van het indicatiebesluit van het CIZ.*

De regering hecht aan een soepele overgang voor cliënten tussen de Wmo/Jeugdwet en de Zvw en de Wlz. De regering heeft dan ook geregeld dat de verantwoordelijkheid voor de behandeling, zorg en ondersteuning aan cliënten bij de Wmo/Jeugdwet en de Zvw ligt zolang een cliënt geen Wlz-indicatiebesluit van het CIZ heeft.

*De leden van de SP-fractie vragen de regering om toe te lichten hoe zij een regionale herindeling beogen en waarom dit verstandig zou zijn. Zij vragen of het niet wenselijker is dat zorgkantoren aansluiten op het werkgebied van een centrumgemeente, uit oogpunt van vermindering van regeldruk en bureaucratie.*

De regering is voornemens om het aantal regio's bij de zorgkantoren te verminderen. De veronderstelling van de regering is dat omdat de doelgroep, en dus de totale geleverde zorg onder de Wlz kleiner wordt, regionale opschaling leidt tot meer efficiëntie in de uitvoering en daarmee ook tot minder bureaucratie. De regering zal hier nader onderzoek naar doen en zal de voor- en nadelen in kaart brengen en de Kamer hierover informeren.

*De leden van de SP vragen de regering waarom Wlz-uitvoerders en zorgkantoren een minder gedetailleerde verantwoordingsplicht krijgen tegenover de NZa. Tevens willen de leden weten welke bureaucratie er vermindert voor zorgaanbieders. Kan de regering hierbij aangeven welke veranderingen dit meebrengt op de werkvloer?*

De bureaucratie voor zorgaanbieders vermindert langs twee wegen. Allereerst zijn er de systeemaanpassingen die tot een vermindering van de administratieve lasten leiden, zoals het afsluiten van meerjarencontracten met zorgaanbieders. Aanvullend kan de Kamer binnenkort de tussenevaluatie van het experiment regelarme instellingen tegemoet zien met aanvullende voorstellen om deze bureaucratie te verminderen.

*De regering stelt in de memorie van toelichting dat de inspanning van het Rijk en gemeenten erop is gericht de regeldruk voor burgers en zorgaanbieders en de uitvoeringslasten/beheerskosten zoveel mogelijk te beperken. De leden van de CDA-fractie begrijpen dit, maar vragen zich wel af wat de regering hier concreet aan gaat doen. Dit komt namelijk niet terug in het wetsvoorstel. Eerder hebben de leden van de CDA-fractie gevraagd welke regels de regering wil schrappen desnoods verbieden in de intramurale zorg. Wij denken hierbij aan (delen van) de HACCP, CQ en geschrapte regels in het kader van het project regelarme zorg.*

In de langdurige zorg is sprake van ervaren regeldruk door zowel direct werkende regels als door (mis)interpretatie, die leidt tot onnodige administratieve handelingen en inzet van personeel. De hervorming van de langdurige zorg leidt tot een betere uitvoerbaarheid, waarbij regeldruk door onderstaande factoren vermindert:

- vereenvoudiging aanvraagprocedure Wmo 2015: integraal gesprek;
- bewust beleid Wmo 2015: inzetten op algemene voorzieningen en sociaal netwerk;
- laagdrempelige algemene voorzieningen;
- afsluiten van meerjarencontracten met zorgaanbieders;
- trekkingsrechten pgb bij SVB;
- minder indicatiestellingen Wlz;
- onbeperkte geldigheidsduur indicatiestelling Wlz;
- verdwijnen van de gemandateerde indicatiestelling;
- meer eenvoudige berekening eigen bijdrage CAK door overheveling extramurale zorg;
- minder frequent inzage geven in medische gegevens van cliënten.

Dit is de Kamer gemeld in de brief van 11 april jl. (Tweede Kamer, 2013–2014, 30 597, nr. 431).

Een verdere verlaging in de komende jaren is een reële verwachting, omdat mijn beleid erop is gericht om mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen en gezien de inzet op algemeen toegankelijke voorzieningen. In de transitieplannen voor de hervorming van de langdurige zorg zijn dan ook afspraken vastgelegd, waarin een aantal van de aanbevelingen uit het onderzoek naar regeldruk zijn betrokken. Deze plannen zijn op 28 maart jl. naar de Kamer gestuurd (Tweede Kamer, 2013–2014, 30 597, nr. 428). Het gaat hierbij vooral om afspraken om overbodige regels en administratieve verplichtingen te schrappen, het standaardiseren van de gegevensuitvraag, methoden van uitvraag en registratieverplichtingen en het benutten van de tussentijdse evaluatie van het experiment Regelarme instellingen en het programma Verspilling in de Zorg. Ook hebben de betrokken organisaties afspraken gemaakt over het inrichten van een gezamenlijke organisatie van waaruit gestuurd wordt op een adequate informatievoorziening voor de periode vanaf 1 januari 2015 om regeldruk te verminderen.

Om te zorgen dat onnodige regeldruk ontstaat of bestaande ervaren regeldruk weg te nemen, is het van belang dat er meer ruchtbaarheid wordt gegeven aan goede voorbeelden, innovaties en initiatieven. Daarom wordt al vanaf 2009 via het «InVoorZorg!» programma kennis en goede voorbeelden over de langdurige zorg verzameld en verspreid. Op de website van «InVoorZorg!» zijn inmiddels circa 2.000 van deze goede voorbeelden opgenomen. Veel van deze goede voorbeelden zijn afkomstig uit het veld van de langdurige zorg, maar komen soms ook bij



kennisinstellingen e.d. vandaan. Elke maand wordt de website circa 50.000 maal bezocht. Ook helpt «InVoorZorg!» zorgaanbieders die dat willen bij de implementatie van deze kennis en goede voorbeelden. Inmiddels hebben circa 350 zorgaanbieders een beroep op «InVoorZorg!» gedaan. De komende periode zal «InVoorZorg!» beschikbaar blijven voor het veld van de langdurige zorg.

*De leden van de CDA-fractie vragen of er straks wel of geen meerderjarige contracten met aanbieders worden afgesloten. Daarbij informeren zij naar het genoemde basisbudget: Welke diensten vallen daar dan onder en over hoeveel procent van het bedrag hebben aanbieders dan zekerheid?*

Zorgkantoren hebben onder de Wlz de mogelijkheid om meerjarige contracten af te sluiten. Daarbij is de regering van mening dat het wetsvoorstel voldoende en diverse prikkels bevat voor zorgkantoren en zorgaanbieders om meerjarige contracten aan te gaan. Een basisbudget is een afspraak tussen zorgkantoor en zorgaanbieder over de productie waarvoor een meerjarig contract geldt. Zorgkantoren kunnen een (meerjarig) basisbudget baseren op een bepaald percentage van de historische productieafspraken met de betreffende zorgaanbieder. Het is aan zorgkantoren en zorgaanbieders om te onderhandelen over de hoogte van dit basisbudget.

*De leden van de CDA-fractie maken zich grote zorgen over de zzp-ers in de zorg. Hoe denkt de regering deze te behouden voor de zorg (voornamelijk de gespecialiseerde zorg) nu er zoveel problemen zijn met de belastingdienst en de VAR verklaring?*

Afgelopen periode zijn er twee (V)AO's geweest met de Kamer over de VAR en de zzp-ers. Naar aanleiding daarvan is vrijwel met onmiddellijke ingang de pilot opengesteld voor de zzp-ers van wie door de Belastingdienst onlangs de VAR is herzien of geen VAR is verstrekt. Daarmee krijgen 1.200 zzp-ers de gelegenheid om als zzp-er aan de slag te gaan. De Belastingdienst heeft vorige week alle 1.200 zzp-ers hierover een brief gestuurd. Parallel hieraan start VWS een onderzoek naar het bedrijfsconcept van de zzp-ers in relatie tot de vraag of er (fiscaal) al dan niet sprake is van duurzame arbeidsrelatie. Dit onderzoek is na de zomer afgerond.

*De leden van de fractie van het CDA vragen waarop de regering baseert dat niet alleen het volume in de Zorg In Natura in de Wlz gaat dalen, maar dat ook bij het pgb zal gebeuren?*

Conform afspraken over de kostenbeheersing in de langdurige zorg is op middenlange termijn ook op de Wlz een taakstelling voorzien die zorgt voor een daling in financieel volume. Dat kan ook omdat in de eerste jaren op basis van het overgangsrecht nog cliënten met een lichte zorgzwaarte tot de Wlz behoren. Daarnaast is er een groep die beschikt over een indicatie voor verblijf, maar op 1 januari 2015 thuis woont. Cliënten met een hoog zzp binnen deze groep behouden hun recht op zorg vanuit de Wlz. Cliënten met een laag zzp kunnen tot 1 januari 2016 alsnog kiezen voor verblijf op grond van de Wlz. De uitgaven van de Wlz zullen in de loop van de tijd gaan dalen omdat de cliënten die op basis van het overgangsrecht recht hebben op Wlz-zorg veelal door overlijden de Wlz zullen verlaten en nieuwe cliënten met lage zorgzwaarte niet de Wlz instromen. Dit gaat op voor zowel zorg in natura als pgb.

Bij het pgb moet daarnaast rekening worden gehouden dat bij een bepaalde groep de budgetgarantie wordt afgebouwd, een proces dat geleidelijk verloopt tot in 2016. Ook is er een groep die de budgetgarantie

wel heeft mogen behouden en op basis van natuurlijk verloop zal slinken. Daarvoor in de plaats komen budgethouders die met huidige tarieven de zorg zullen inkopen. Voorts is het zo dat wordt toegewerkt naar een meer solide en fraudebestendig pgb dat ook zal resulteren in een daling van de uitgaven. Tot slot worden de uitgaven zorg in natura en pgb onder een financieel kader gebracht, waardoor veel meer sprake zal zijn van substitutie tussen zorg in natura en pgb. Wat betreft substitutie tussen naturazorg en pgb merkt de regering op dat de aanzuigende werking van het pgb die in het verleden is opgetreden met name heeft gezeten aan de kant van kleinere zorgvragen die zonder het bestaan van pgb niet met zorg in natura waren opgelost, maar in de eigen sociale omgeving. Deze zorgvraag valt niet onder de Wlz.

*De leden van de CDA-fractie missen in de memorie van toelichting een doorrekening wat deze Wet betekent voor het aantal banen in de langdurige zorg. Kan de regering hier een toelichting en doorrekening op geven?*

De effecten van de hervormingen van de langdurige zorg worden gemeten door middel van de Arbeidsmarkt Effect Rapportage (AER). Periodiek wordt de Kamer geïnformeerd over de uitkomsten van deze monitor. De eerste monitor is aangeboden met de arbeidsmarktbrief van 25 oktober 2013 (Tweede Kamer, 2013–2014, 292 82, nr. 181). Hierin zijn voorspellingen aangegeven van de verwachte werkgelegenheidsontwikkeling per branche en verschuivingen tussen de verschillende branches. Hierin is aangegeven dat voor de gehele zorg de werkgelegenheid in 2015 op basis van dit nulscenario naar verwachting ongeveer 27 duizend fte (ongeveer 54 duizend personen) lager ligt dan in 2013. Na 2015 loopt het werkgelegenheidsverlies terug naar ongeveer 23 duizend fte (ongeveer 46 duizend personen) in 2017. Als gevolg van extramuraliseren en overhevelingen verschuift er ongeveer 139 duizend fte (229 duizend personen) uit de AWBZ en komt er werkgelegenheid bij in de Zvw (+26 duizend fte, 45 duizend personen), de WMO (+66 duizend fte, 93 duizend personen) en de jeugdzorg (+20 duizend fte, 28 duizend personen). Dit betekent niet dat deze mensen ook allemaal van baan zullen wisselen. Neem bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige in dienst van een thuiszorgorganisatie die extramurale AWBZ zorg levert. Op dit moment wordt deze instelling vanuit de AWBZ betaald. Inkoopers (gemeenten en verzekeraars) kunnen de zorg bij dezelfde thuiszorgorganisatie blijven inkopen. In dat geval kan de wijkverpleegkundige in dienst blijven bij de thuiszorgorganisatie. Voor nadere gegevens over de arbeidsmarkt verwijs ik de Kamer naar de arbeidsmarktbrief.

*De leden van de fractie van de PVV vragen waarom zorgaanbieders zouden investeren in kwaliteit en innovatie als er toch een meerjarig contract is afgesloten. Zij vragen ook wat gebeurt als een zorgaanbieder tussentijds niet meer aan de kwaliteitseisen voldoet. Verder vragen zij wat dan de gevolgen zijn voor de cliënten die afhankelijk zijn van die zorg.*

Meerjarig contracten zijn niet ongeclausuleerd. Indien bijvoorbeeld de meerjarig gecontracteerde zorgaanbieder tussentijds niet meer aan de kwaliteitseisen voldoet, dient dat niet zonder gevolgen te blijven voor de overeenkomst. Het zorgkantoor dient voor dergelijke gevallen een beëindigingsclausule in een meerjaren zorgovereenkomst op te nemen. Een zorgkantoor kan op deze wijze ook afspraken over innovatie in de overeenkomst opnemen. Daardoor blijft voor de zorgaanbieder de prikkel bestaan om kwalitatief goede zorg te verlenen. Mocht het zorgkantoor besluiten om het contract met de zorgaanbieder voortijdig te beëindigen, dan dient zij (net als in huidige situatie met eenjarige contractering) voor

de betreffende cliënten een nieuwe kwalitatief toereikende zorgvoorziening te contracteren.

*In de experimenten met regelarme instellingen wordt ook proefondervindelijk ervaring opgedaan met een andere wijze van kwaliteitsverantwoording. In de experimenten wordt het welbevinden van de cliënt als vertrekpunt genomen: wat is goede zorg en hoe kan deze gemeten worden zodat aangesloten wordt bij de beleving van de cliënt? De in het experiment opgedane ervaringen zullen worden betrokken bij de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren. Waarom niet doorpakken gelijk, zo vragen de leden van de PVV fractie zich af, en direct de eis van regelarm werken neerleggen als voorwaarde voor contracteren?*

Onderdeel van de Wlz is om op termijn te komen tot meer eenduidigheid in de sturing, waar mogelijk komen tot harmonisering van de inkoopvoorwaarden, meerjarige inkoopcontracten en eenduidige verantwoording. Indien de Wlz-uitvoerder en de zorgaanbieders niet zelf tot eenduidigheid komen, kan VWS hierop ingrijpen. Deze eenduidigheid zal reeds een bijdrage leveren aan het verminderen van de administratieve lasten. Daarenboven worden de ervaringen van de aanbieders die deelnemen aan het experiment regelarme instellingen geëvalueerd. Met de Kamer ben ik van mening dat de administratieve lasten in de Wlz zo beperkt mogelijk moeten zijn, en dat de ervaringen uit de experimenten regelarme instellingen belangrijk kunnen bijdragen aan het realiseren hiervan. De Kamer kan de tussenevaluatie van het experiment regelarme instellingen binnenkort tegemoet zien. De leerervaringen van het experiment zullen waar mogelijk worden geborgd in de uitvoering van de Wlz, de Wmo en de Zvw.

*De leden van de fractie van D66 komen tot de conclusie dat het wetsvoorstel op veel terreinen de mogelijkheid biedt om nadere regels te stellen bij algemene maatregel van bestuur. Zij vragen een overzicht van alle terreinen waarop deze mogelijkheid bestaat en inzichtelijk te maken wanneer de regering daadwerkelijk zal overgaan tot het stellen van nadere regels.*

Dit inzicht wordt verkregen door het inmiddels bij de Kamer voorgehangen ontwerpBlz. Zoals daaruit kan worden opgemaakt is ervoor gekozen om vooral regels te stellen waar dat voor de werking en inwerkingtreding van de Wlz noodzakelijk is. Een overzicht van de delegatiegrondslagen uit de Wlz die daarbij zijn gehanteerd is opgenomen in de considerans. Indien de indruk zou zijn ontstaan dat het wetsvoorstel veel overlaat aan lagere regelgeving, dan is dat ten onrechte. Het wetsvoorstel voorziet thans meer dan de AWBZ in regeling op het niveau van de formele wet.

*De leden van de D66-fractie constateren voorts dat de regering ervan uitgaat dat als gevolg van voorliggend wetsvoorstel slechts tijdelijk sprake zal zijn van een toename van de administratieve lastendruk. Op termijn zouden deze weer moeten dalen. Is de regering, zo vragen deze leden, bereid om de daadwerkelijke administratieve lasten als gevolg van de hervorming langdurige zorg de komende jaren te blijven monitoren en de Kamer daarover regulier te informeren?*

De regering streeft naar vermindering van de administratieve lasten. Zij zal dit voor de hervorming van de langdurige zorg blijven monitoren en de Kamer hierover informeren.

*De leden van de D66-fractie merken op dat in de huidige praktijk zorgkantoren geen meerjarencontracten met zorgaanbieders aangaan omdat zij een eenjarige concessie hebben. Zij vragen hoe de regering wil faciliteren dat de zorgkantoren meerjarenafspraken met zorgaanbieders overeenkomen, of hiermee in eerste jaren in ieder geval gaan experimenteren.*

De regering erkent dat de eenjarige concessieverlening aan zorgkantoren een belangrijke belemmering heeft gevormd voor het overeenkomen van meerjarige afspraken. In de Wlz kan de aanwijzing van de zorgkantoren in beginsel meerjarig worden verleend. De regering zal deze meerjarige aanwijzing verder bezien in relatie tot de vereenvoudiging van de uitvoeringsstructuur waaronder meerjarige overeenkomsten en minder zorgkantorregio's. Zij streeft daarbij naar een eerste stap per 2016. Daarmee zal dus een belangrijke belemmering voor het aangaan van meerjarencontracten zijn opgelost.

*De leden van de D66-fractie lezen dat de regering voornemens is in de overgangsfase veel aandacht te besteden aan de wijzigingen die de Wlz met zich meebrengt. Er zal onder andere worden gestart met een grote communicatiecampagne, zo lezen zij. Naast de Wlz zijn er echter nog meer domeinen waarin grote veranderingen plaatsvinden, zoals de Wmo en de Jeugdwet. Hoe verhouden de verschillende communicatietrajecten zich met elkaar? En op welke wijze zal de regering gefragmenteerde informatie, doordat de Wlz nog niet is aangenomen wanneer het communicatietraject over de nieuwe Wmo van start is gegaan, voorkomen?*

Uiteraard kan de communicatiecampagne pas van start gaan nadat de Eerste Kamer heeft ingestemd met de Wmo 2015 en Wlz. Als het zo ver is dan zullen de verschillende subonderwerpen die met beide wetten samenhangen worden ondergebracht in een gezamenlijke campagne. Deze wordt zo opgezet dat er enerzijds brede alomvattende boodschappen zijn over de veranderingen met informatie, die voor iedereen relevant zijn. Anderzijds kunnen onder de campagne de verschillende subonderwerpen afzonderlijk aan bod kunnen komen, die tevens meer toegespitst kunnen worden op specifieke doelgroepen en thema's

*De leden van de SGP-fractie vragen of er al zicht is op de precieze invulling van het verminderen van het aantal regio's bij de zorgkantoren. Zij vragen wat de consequenties hiervan zullen zijn voor de zorgvragers.*

De regering acht het verminderen van het aantal regio's bij de zorgkantoren nodig, omdat de doelgroep en dus de totale geleverde zorg onder de Wlz kleiner wordt. De regering veronderstelt dat het overgaan tot regionale opschaling zorgt voor meer efficiëntie uitvoering door het aantal zorgkantoren te verminderen. De regering zal de regionale opschaling nader onderzoeken. Het streven van de regering is om een eerste stap te zetten in 2016. Als de voor- en nadelen in beeld zijn, zal de regering de Kamer informeren over de precieze plannen en het bijbehorende tijdpad. Uiteraard zal de regering hierbij in het oog houden dat er zo min mogelijk ongewenste consequenties zullen zijn voor de zorgvragers.

## **9. Fraude en oneigenlijk gebruik**

*De leden van de VVD-fractie vragen wanneer de regering de uitkomsten van de tweede fraudetoets op het wetsvoorstel verwacht.*

De resultaten van de fraudetoets zijn onlangs ontvangen. De Kamer zal over de uitkomsten binnenkort worden geïnformeerd.

*De leden van de VVD-fractie vragen toe te lichten of er voldoende capaciteit beschikbaar is om fraude op te sporen en te bestraffen, ook in het licht van de wijzigingen die voorgesteld worden in voorliggend wetsvoorstel.*

De NZa voert in samenwerking met externe experts een onderzoek uit naar de witte vlekken in het systeem en de omvang van fraude in de zorg op geleide van een motie van het Tweede Kamerlid, Anne Mulder (Kamerstukken II 2012/13, 28 828, nr. 29). Een tussenrapportage van de NZa (Kamerstukken II 2013/14, 28 828, nr. 56, bijlage: Onderzoek zorgfraude – tussenrapport (up-date) is de Kamer eerder toegestuurd. Het nu lopende onderzoek betreft zowel de cure als de care. De NZa heeft al eerder extra capaciteit gekregen om het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de AWBZ en de Zvw te intensiveren. Dat geldt ook voor de Inspectie SZW. Voor beiden betreft het een bedrag van € 5 mln in 2014 en vanaf 2015 jaarlijks een bedrag van € 10 mln. In de VWS-begroting 2015 zal de Kamer worden geïnformeerd over de verdeling van deze middelen voor 2015 en verder. Daarbij zullen ook aspecten als de benodigde omvang van bijvoorbeeld de opsporingscapaciteit voor de zorgsector aan de orde komen.

*De leden van de VVD-fractie missen de rol van de cliënt bij het opsporen van fraude en oneigenlijk gebruik en vragen wanneer er sprake is van transparantie, zodat de cliënt kan zien welke zorg de aanbieder declareert en deze signalen kan afgeven wanneer de gedeclareerde zorg onjuist is.*

Het verhogen van het kostenbewustzijn en het verbeteren van de inzichtelijkheid van de zorgnota is belangrijk om misstanden met declaraties en verspilling tegen te gaan. In de sector van de cure wordt met zorgverzekeraars, zorgaanbieders, de betrokken branchepartijen en de NPCF gewerkt aan maatregelen die het kostenbewustzijn moeten vergroten. De inspanningen zijn er op gericht om te zorgen dat de cliënten in de loop van 2014 een duidelijke rekening krijgen en zij zelf kunnen controleren of die rekening klopt.

In de langdurige zorg is ook straks, net als nu onder de AWBZ, een eigen bijdrage verschuldigd. Een cliënt, waarvan door het CIZ is vastgesteld dat hij permanent toezicht behoeft en 24 uur zorg in de nabijheid, krijgt door het CAK een rekening voor een eigen bijdrage opgelegd. Op basis van die rekening kan de cliënt zelf beoordelen of de geleverde zorg op een juiste manier in rekening is gebracht. Bij de aanpak van pgb-fraude speelt de cliënt nu reeds een hoofdrol. De budgethouder is nu de enige die daadwerkelijk zicht heeft op de betalingen die ten laste van zijn budget plaatsvinden en daarmee degene die fraude kan constateren. Veel van de pgb-fraude wordt echter gepleegd door bemiddelingsbureaus, die de cliënt aanzetten tot het aanvragen van een pgb, dat voor hem beheren en niet de benodigde zorg leveren. De aanpak van pgb-fraude betreft voor een belangrijk deel het beschermen van kwetsbare cliënten tegen deze bureaus.

Onderdeel hiervan is dat voor het pgb wordt gewerkt aan de introductie van zogenaamde trekkingsrechten. De budgethouder heeft daarbij zeggenschap over zijn pgb, maar krijgt het geld niet meer contant gestort op zijn rekening. De budgethouder laat door het zorgkantoor voorafgaand aan de ingangsdatum van het zorgcontract een toets uitvoeren op de rechtmatigheid van de zorg genoemd in het contract. Het contract wordt vervolgens bij de SVB gecontroleerd op arbeidsrechtelijke aspecten. Indien beiden akkoord zijn, kan er gestart worden met declareren op het contract. Op de ingediende declaraties door de zorgverlener dient de budgethouder een akkoord te geven voordat de SVB een uitbetaling doet aan de zorgverlener. Hierdoor wordt het pgb minder aantrekkelijk voor fraudeurs.

*De NZa is zeer kritisch ten aanzien van de frauderisico's bij het concept-wetsvoorstel. In hoeverre zijn de punten die de NZa opbrengt onderwerpen in het voorliggende wetsvoorstel, zo vragen de leden van de VVD-fractie.*

Het wetsvoorstel is nog een keer voor een fraudetoets voorgelegd aan de betrokken organisaties, waaronder de NZa. De resultaten van de fraude-toets zijn onlangs ontvangen. De Kamer zal over de uitkomsten binnenkort worden geïnformeerd.

*De leden van de PvdA-fractie wijzen op het belang van het evenwicht tussen controle en het verlagen van de administratieve lasten en of en hoe die ultieme balans in het wetsvoorstel is gevonden en verzoeken om een nadere toelichting.*

De regering is het met de leden van de PvdA-fractie eens dat er een goede balans gevonden moet worden tussen (strenge) regels en de controle en handhaving daarvan aan de ene kant en het voorkomen van onnodige administratieve lasten aan de andere kant. Oneigenlijk gebruik en fraude moeten zoveel mogelijk voorkomen worden, maar tegelijkertijd moet de werker in de zorg voldoende vrijheid en ruimte houden om zijn werk naar zijn professioneel inzicht te kunnen invullen. Preventie speelt een belangrijke rol in het tegengaan van oneigenlijk gebruik en fraude. Zo is bijvoorbeeld besloten om de indicatiestelling voor de Wlz te laten uitvoeren door het ClZ en niet meer over te laten aan de zorgaanbieders zelf. Het wetsvoorstel is nog een keer voor een fraudetoets voorgelegd aan de betrokken organisaties. Binnenkort zal ik de Kamer informeren over de uitkomsten daarvan.

*Bij de inspectie SZW is een aparte eenheid ingericht om fraude met pgb's op te sporen. De leden van de PvdA-fractie hebben eerder signalen ontvangen dat niet alle zaken die aan het licht komen bij de inspectie en het fraudeteam pgb-inspectie nader onderzocht worden of leiden tot vervolging. Kan aangegeven worden of in alle zaken overgegaan wordt tot strafvervolging van de daders? Kan aangegeven worden waarom niet, als dit niet het geval is? Hoe worden fraudeurs met het pgb geregistreerd?*

In het begrotingsakkoord 2013 zijn aparte middelen beschikbaar gesteld voor de intensivering van de pgb-fraude aanpak. Onderdeel hiervan was het opzetten van opsporingsteams bij de inspectie SZW die zich specifiek richtten op pgb-fraude. De inspectie SZW ontvangt inmiddels veel signalen van vermoedens van fraude. Aangezien het aantal signalen van vermoedens van pgb fraude groter is dan de beschikbare capaciteit, is het niet mogelijk alle zaken op te pakken maar richt de inspectie SZW zich op de meest ernstige zaken. Indien blijkt dat sprake is van onregelmatigheden wordt het pgb uiteraard gestopt door het zorgkantoor. De opsporingsonderzoeken van de inspectie SZW hoeven niet altijd te leiden tot strafrechtelijke vervolging. Het is ook mogelijk dat de geconstateerde overtreding in het bestuursrecht wordt afgehandeld. Verder leidt ook niet ieder opsporingsonderzoek tot voldoende bewijs om een strafrechtelijke vervolging te rechtvaardigen. Er is nu geen aparte aparte registratie van fraudeurs. Na invoering van trekkingsrechten kunnen geconstateerde fraudes binnen de regels van de privacy beter worden bijgehouden.

*De leden van de SP-fractie vragen een overzicht te sturen van alle meldingen en handhaving daarvan van de Expertise Zorgfraude Bestrijding. Ook vragen deze leden aan te geven hoe de aangegeven instanties fraudebestrijding gaan versterken. Hoeveel meldingen zijn de afgelopen jaren binnen gekomen bij alle genoemde organisaties en bij het*

*ministerie? Kan de regering daarvan een overzicht sturen en zo nee, waarom niet?*

Het Expertisecentrum Zorgfraude Bestrijding (EZB), waarin gedurende de proefperiode tot eind 2014 de deelnemende partners samen meervoudige fraudezaken aanpakken, richt zich op fraudezaken met betrekking tot medisch-specialistische zorg, curatieve GGZ en bestuurders in de zorg. Er zijn door het EZB tot nu toe 18 meldingen ontvangen. Er bestaat in Nederland geen centraal punt om vermoedens van fraude te melden. Om toch een zo compleet mogelijk overzicht van fraudemeldingen te krijgen, is op 15 februari 2013 bij de NZa het verzamelpunt fraude gestart. Tot op heden zijn de volgende organisaties daarbij aangesloten: CIZ, FIOD, IGZ, inspectie SZW, NZa en ZN. Er vinden nog gesprekken plaats met andere organisaties zoals de Nationale Politie om aan dit verzamelpunt te gaan deelnemen.

Uit de tweede rapportage Verzamelpunt Zorgfraude van de NZa blijkt dat het totaal aantal aangeleverde unieke signalen van de deelnemende organisaties tussen 15 februari 2013 en 15 februari 2014 1.048 bedraagt.<sup>16</sup> Per partner ziet het beeld er als volgt uit:

Partner	Signalen
CIZ <sup>1</sup>	21
FIOD	2
IGZ	52
iSZW	65
NZa	858
ZN <sup>2</sup>	50
Totaal	1048

<sup>1</sup> Het CIZ is in september 2013 tot het verzamelpunt toegetreden.

<sup>2</sup> Zorgkantoren melden alleen afgeronde onderzoeken aan waarbij fraude is bewezen.

Volledigheidshalve zij opgemerkt dat het verzamelpunt niet verantwoordelijk is voor de beoordeling, opvolging en afhandeling van de signalen; dit is aan de aangesloten partners. Signalen zijn in de regel nog niet onderzocht voordat ze in het verzamelpunt terecht komen. Dit heeft tot gevolg dat niet mag worden aangenomen dat alle signalen in het verzamelpunt uiteindelijk ook daadwerkelijk een overtreding betreffen. Eén van de doelen van het verzamelpunt is om informatie in een vroeg stadium al te kunnen delen met de partners zodat signalen terecht komen bij de organisatie die de best passende bevoegdheden heeft om het signaal op te nemen. Daarmee wordt een bijdrage geleverd aan een integrale aanpak via ketensamenwerking.

*De leden van de SP-fractie vragen de regering aan te geven waarom het Fraudeteam pgb Inspectie een aparte eenheid is bij de Inspectie. Waarom behoort dit niet onder de Inspectie voor de Gezondheidszorg?*

De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit in de zorg en is niet geëquipeerd voor de aanpak van pgb-fraude. Aangezien de ISZW reeds enige ervaring had met de aanpak van pgb-fraude is derhalve het fraudeteam pgb bij de opsporingseenheid van ISZW ondergebracht.

*De leden van de SP-fractie geven aan dat het CIZ een stevigere positie krijgt in het kader van de fraudeaanpak. Zo zullen hulpverleners met een beroepsgeheim het CIZ desgevraagd gegevens over hun patiënten dienen*

<sup>16</sup> Bron: <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/Toezicht-en-Handhaving/Nieuws/Tweede-rapportage-verzamelpunt-zorgfraude/>

*te verstrekken indien die patiënten een indicatie voor de Wlz hebben aangevraagd of indien sprake is van een mogelijke herindicatie. De leden vragen of dit een onaanvaardbare aantasting van het beroepsgeheim is en vragen ook naar het oordeel van de artsorganisatie KNMG en het oordeel van het College Bescherming Persoonsgegevens over deze mogelijkheid.*

Om risico's op onjuist gebruik van de Wlz weg te nemen, dan wel te verkleinen is het van belang dat het CIZ afdoende kan controleren of de indicatieaanvraag terecht is en of de verstrekte informatie waarheidsgetrouw is. Hierdoor kan aan het begin van de zorgketen fraude worden voorkomen, dan wel de kans hierop worden verkleind. Daarnaast is het van belang dat het CIZ voldoende bevoegdheden krijgt om, indien er na het afgeven van het indicatiebesluit bij het CIZ gegronde redenen zijn om aan te nemen dat een indicatie op onjuiste gronden is afgegeven, ook daadwerkelijk hiertegen op kunnen treden. Versterking van de bevoegdheden van het CIZ vóór de indicatiestelling en daarna zijn noodzakelijk om de zorg ten goede te laten komen van die mensen die volgens de wet recht hebben

Enkele bij de KNMG aangesloten organisaties (NVA, KAMG-VIA, Verenso) en het CBP hebben gereageerd op de consultatieversie van het wetsvoorstel. Onderdeel van dat concept was een constructie van onherroepelijke toestemming. Het CBP adviseerde om, in plaats van die constructie, een artikel op te nemen op grond waarvan derden, op verzoek van het CIZ, verplicht zijn het CIZ die (medische) persoonsgegevens te verstrekken, is eveneens opgevolgd. Met artikel 9.1.2, derde lid, wordt dit geregeld. De bij de KNMG aangesloten organisaties hebben geen oordeel gegeven over de constructie van onherroepelijke toestemming of de doorbreking van het beroepsgeheim.

*De leden van de PVV-fractie vragen zich af wat bedoeld wordt met oneigenlijk gebruik van zorg en vragen ook om concrete cijfers en voorbeelden.*

Om recht te hebben op langdurige zorg vanuit de Wlz dient de cliënt te beschikken over een geldig indicatiebesluit van het CIZ. «Zorg aanvragen en krijgen, terwijl dat niet nodig is», zoals de leden van de PVV-fractie terecht aangeven, is in de Wlz dan ook niet aan de orde. Nadat echter het indicatiebesluit is afgegeven zal over de daadwerkelijke invulling van de zorg overleg moeten plaatsvinden tussen cliënt en zorgaanbieder. In dat gesprek moet uitgegaan worden van gepaste zorg voor de cliënt. Dat is die zorg, die voor de gebruiker, op het moment van gebruik, noodzakelijk, effectief en doelmatig is. Zo krijgt de cliënt de zorg die hij nodig heeft en worden tegelijkertijd de kosten van de zorg in de hand gehouden.

De NZa heeft in de tussenrapportage naar de omvang van zorgfraude (Kamerstukken II 2013/14, 28 828, nr. 56, bijlage: Onderzoek zorgfraude – tussenrapport (up-date)) voor alle sectoren in de zorg, waaronder de AWBZ, een kwalitatieve analyse gemaakt van de mogelijk risico's op fraude. De NZa zal in de eindrapportage van dit onderzoek ook een kwantitatieve analyse maken van de omvang van de fraude in de onderscheiden sectoren.

*De leden van de PVV-fractie vragen of onder verrijking ook het graaien van de zorgbobo's wordt verstaan.*

Verrijking ten koste van de premiebetaler zet de solidariteit onder het zorgstelsel onnodig onder druk. De recent tot stand gekomen Wet normering topinkomens stelt regels voor het maximale inkomen van onder meer directeuren en bestuurders in de zorg. Dit voorkomt dat de



solidariteit onder het zorgstelsel onder druk komt te staan door onverantwoord hoge topinkomens van directeuren en bestuurders in de zorg.

*De leden van de PVV-fractie vragen zich af welke gegevens in het kader van de Wlz uitgewisseld worden, op welke wijze dit zal plaatsvinden en welke veiligheidseisen hieraan gesteld worden. In de Wlz is de afbakening tussen de domeinen zo scherp mogelijk vormgegeven maar er blijft altijd een schaduwgebied. Er zal daarom gegevensuitwisseling nodig zijn tussen verschillende uitvoerders, zoals gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, het CIZ et cetera. De leden van de PVV vragen zich af over welke concrete gegevens het hier gaat? En op welke manier deze gegevensuitwisseling plaats zal gaan vinden? Welke veiligheidseisen worden hieraan gesteld?*

De gegevensuitwisseling tussen de ketenpartijen van de Wlz wordt geregeld in artikel 9.1.2. In dit artikel worden de partijen benoemd die gegevens uitwisselen en de doelen waarvoor deze gegevens worden uitgewisseld. De gegevensuitwisseling wordt, net zoals nu het geval is, volgens berichten via zogenaamde AZR-standaarden gewisseld. AZR staat voor «AWBZ-brede zorgregistratie». Het gaat om informatie over de verzekerde en de zorgvraag, zoals het indiceren, het toewijzen, de aanvang van de zorglevering die ketenpartners van elkaar nodig hebben voor het uitvoeren van hun wettelijke taken. De gegevens die nodig zijn voor deze primaire processen worden elektronisch uitgewisseld. Voor een beeld van de gegevens waar het om gaat verwijst ik de Kamer naar [www.zorgregistratie.nl](http://www.zorgregistratie.nl). De gegevensuitwisseling in het kader van de Wlz zal uiteraard beperkter zijn gelet op de decentralisaties naar de Wmo 2015 en de Jeugdwet en de overheveling naar de Zvw.

Het Zorginstituut Nederland heeft de verantwoordelijkheid voor het tactisch beheer en het releasebeheer van de AZR-systematiek. Het Zorginstituut Nederland spreekt samen met de betrokken ketenpartijen standaarden af voor de gegevensuitwisseling en de daarbij behorende autorisatie en logging. Deze praktijk kan worden voortgezet.

In artikel 9.1.3. Wlz wordt de gegevensuitwisseling geregeld met onder andere verzekeraars en het Zorginstituut Nederland. Uitwisseling kan nodig zijn bij overgang van het ene naar het andere domein. Afstemming met andere uitvoerders en andere aanbieders is dan nodig. Ook in dit artikel zijn de doelen van de gegevensuitwisseling zo concreet mogelijk beschreven. Deze afstemming van de zorg werkt tweeledig: de verzekerde krijgt een goed pakket op elkaar afgestemde zorg en dubbele verstrekkingen kunnen worden voorkomen.

*De leden van de PVV-fractie vragen naar de gegevensuitwisseling over de Wlz-indicatie ten behoeve van het afstemmen van zorg en het voorkomen van dubbele bekostiging. Stel bijvoorbeeld dat iemand een indicatie aanvraagt bij het CIZ en dat het CIZ een positief indicatiebesluit afgeeft waarmee deze persoon recht op zorg krijgt op grond van de Wlz. Dan is het belangrijk dat het zorgkantoor weet dat het een zorgplicht heeft voor die persoon en dat de gemeente en zorgverzekeraar weten dat zij binnenkort niet meer verantwoordelijk zijn voor (een deel van) de zorg en ondersteuning voor deze persoon. Door gegevens bij elkaar te brengen en uit te wisselen kan eventuele fraude worden opgespoord. De leden van de PVV vragen zich af of het in deze casus niet gewoon voldoende is dat er een melding naar gemeente en zorgverzekeraar gaat dat de indicatie is afgegeven? Waarom moeten hier gegevens bij elkaar gebracht en uitgewisseld worden?*

De uitwisseling van indicatiegegevens tussen het CIZ en gemeenten is geregeld in zowel artikel 9.1.2, derde lid, van het wetsvoorstel Wlz als in artikel 5.2.5, derde lid, Wmo 2015, dat met artikel 12.1.5, onderdeel E, van

de Wlz wordt gewijzigd. Alleen in het geval sprake is van zorgverlening vanuit zowel het gemeentelijk domein als vanuit de Wlz, zal afstemming nodig zijn om de verzekerde goed afgestemde zorg te kunnen verlenen en om dubbele bekostiging te voorkomen.

Vaak zal een gemeente inderdaad alleen hoeven te weten of een verzekerde recht heeft op Wlz-zorg. Als de verzekerde een Wlz-indicatie heeft gekregen, kan de gemeente immers weigeren om Wmo-voorzieningen te leveren, of de hulpverlening aanpassen (artikel 2.3.5, zesde lid, van de Wmo 2015). Om dubbele verstrekkingen te voorkomen en recht te doen aan de afbakening tussen de stelsels, is het CIZ bevoegd uit eigen beweging en verplicht op verzoek van de van de gemeente, zonder toestemming van de verzekerde, aan de gemeente mededeling te doen van het feit dat een Wlz-indicatie is afgegeven.

*De toegang tot de Wlz wordt minder fraudegevoelig, doordat het CIZ de indicatie zelf stelt in plaats van dit aan zorgaanbieders uit te besteden. De leden van de fractie van de PVV vragen of de regering hiermee zegt dat alle zorgaanbieders hebben gefraudeerd met indicaties? Zo nee, waarom is er dan niet voor gekozen om frauderende zorgaanbieders keihard aan te pakken en goede zorgaanbieders gewoon hun werk te laten doen? Is dit niet de goede onder de kwade laten lijden?*

Zeker niet alle zorgaanbieders hebben gefraudeerd met indicatiestellen. De regering heeft ervoor gekozen om vooralsnog geen enkele vorm van indicatiestelling in mandaat te hanteren. De gekozen wijze van indiceren, vooralsnog alle indicatieaanvragen door het CIZ laten beoordelen en – overigens net als nu – alle besluiten door het CIZ laten nemen, is ingegeven vanuit de wens om ook in de indicatiestelling uit te gaan van meer contact van het CIZ met de cliënt (in persoon). Bovendien is de roep om de mogelijkheden van upcoding (niet frauduleus te hoge indicatiebesluiten afgeven) in te perken een belangrijk argument voor de gekozen werkwijze geweest. Daar komt bij dat in de eerste periode dat de verschillende wettelijke regelingen in werking treden voorkomen moet worden dat abusievelijk noch opzettelijk toegang wordt verkregen tot verkeerde vormen van zorg en ondersteuning. Hoe eerder en hoe sneller iedereen in de nieuwe constellatie is gewend aan nieuwe taken en bevoegdheden, aan nieuwe spelers in het zorgveld, aan andere criteria ter bepaling of sprake is van recht op langdurige zorg, des te sneller werkt het totale systeem als beoogd. In die situatie van hervonden nieuw evenwicht is het helemaal niet uitgesloten dat bepaalde typen besluiten in mandaat kunnen worden genomen, de wet laat daarvoor ruimte. Dat door deze keuze ook geen sprake zal zijn van opzettelijk verkeerde indicatiebesluiten is een feit. Maar de laatste cijfers van het CIZ op basis van het door hen gevoerde toezicht op indicatiestelling in mandaat laten ook niet een beeld zien van opzettelijke verkeerde indicatiebesluiten. Er is nog wel sprake van abusievelijk te hoge indicatiebesluiten (upcoding), maar ook dat percentage is aanmerkelijk gedaald ten opzichte van het onderzoek van september vorig jaar waarover de Kamer is geïnformeerd. Ik sluit daarom niet uit dat op termijn opnieuw indicatiebesluiten in mandaat genomen kunnen gaan worden.

*Het versterken van de positie en handelwijze van het CIZ als poortwachter van de Wlz gebeurt onder andere door de invloed van de zorgaanbieders op de uitkomst van het indicatieproces terug te dringen, meer persoonlijk contact te laten plaatsvinden tussen indicatiesteller en potentiële Wlz-gebruikers en het vormgeven van het CIZ als publiekrechtelijk zbo. Hoezo «meer» persoonlijk contact? Moet er niet voor ieder indicatiebesluit persoonlijk contact zijn geweest? Is het weer de bedoeling dat er zaal vol telefonistes afvink lijstjes via de telefoon gaat invullen? Is dat wat de regering bedoelt met objectieve en professionele indicatiestelling?*

Op dit moment wordt de indicatiestelling in de AWBZ veelal gezien als een administratieve hobbel om zorg te krijgen. Vooral in een extramurale setting leidt dit vaak tot frustratie. Dit wijzigt met de hervorming langdurige zorg. In de toekomstige situatie, waarbij de Wlz voor de meest kwetsbare personen is bedoeld, is indicatiestelling een stap in de zorgverlening die enerzijds toegang geeft tot een recht op zorg en anderzijds de cliënt en zorgverleners een stap op weg moet helpen door een gedegen onderzoek, waarbij gebruik gemaakt wordt van verkregen inzichten door zorgverleners.

Immers, voordat door het CIZ een indicatiebesluit kan worden genomen, zal een onderzoek naar de relevante feiten en omstandigheden noodzakelijk zijn ter bepaling van de noodzaak van permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid zoals vastgelegd in de Wlz. Dit onderzoek vindt in ieder geval in persoon plaats. Dat kan zijn bij de verzekerde thuis, in of bij een zorginstelling waar de verzekerde al dan niet reeds verblijft, op een andere, gezamenlijk overeen te komen plaats of bij het CIZ. Aanvullend op het eigen onderzoek door het CIZ kan het aangewezen zijn in de oordeelsvorming de informatie te betrekken die bij anderen aanwezig is en die relevant is voor de beoordeling of een verzekerde recht heeft op Wlz-zorg.

Van «afvinklijstjes» zoals de PVV-fractie dit noemt, is dus juist geen sprake bij de indicatiestelling door het CIZ. Niettemin zal worden gestreefd naar een voor cliënten zo min mogelijk belastende wijze van werken die snel en adequaat leidt tot een gedegen beeld van iemands omstandigheden.

*Uit onderzoek van het CIZ naar de omvang van upcoding bij deze gemandateerde vormen van indicatiestelling in de AWBZ, blijkt dat instellingen die zelf, via taakmandaat, hun cliënten indiceren vaker zwaardere zorg (of hogere zorgzwaartepakketten) indiceren dan strikt noodzakelijk (upcoding). De leden van de PVV-fractie vragen of het niet raar is dat de regering een onderzoek naar upcoding laat doen door een instantie die er voor zijn bestaansrecht bij gebaat is dat het gemandateerde indiceren wordt gestopt? Is het niet de zorgverlener zelf die het beste kan inschatten of er een zwaardere vorm van zorg nodig is? Is het niet logisch dat cliënten na verloop van tijd een zwaardere zorgbehoefte krijgen, soms zelfs al kort na opname?*

Bij gemandateerde indicatiestelling blijft het CIZ verantwoordelijk voor de activiteiten die de zorgaanbieders onder mandaat uitvoeren. Ook is het CIZ de partij die uiteindelijk, op grond van zijn wettelijke taak, de indicatiebesluiten neemt. Om die reden heeft het CIZ de mogelijkheid om de in mandaat gestelde indicaties te toetsen. Juist vanwege het belang dat een instelling kan hebben bij hogere indicaties, is een onafhankelijke toets door het CIZ noodzakelijk.

Het is inderdaad denkbaar dat een cliënt kort na opname een zwaardere zorgbehoefte krijgt. Het in mandaat ophogen van de indicatie bij een toegenomen zorgzwaarte valt dan ook niet onder de definitie van upcoding. Daarvan is pas sprake als de instelling een hogere zorgzwaarte indiceert dan waar het CIZ bij toepassing van de geldende beleidsregels op uit zou zijn gekomen.

*De leden van de PVV-fractie wijzen er op dat het medisch beroepsgeheim een groot goed is en moet blijven. Het medisch beroepsgeheim gaat uit van de volledige integriteit van alle zorgaanbieders, terwijl de praktijk laat zien dat ook zij partij kunnen zijn bij het veroorzaken of in stand houden van oneigenlijk gebruik of zelfs frauduleus handelen in de zorg. In dat verband willen de leden van de PVV-fractie graag namen en rugnummers van artsen die zijn betrapt op frauduleus handelen en willen weten of deze artsen gestraft zijn en zo ja, op welke manier. Zij vragen ook waarom gekozen is voor het over een kam scheren van een hele groep, terwijl de*

*fraudeplegers aangepakt moeten worden. Waarom worden de patiënten gestraft voor het gedrag van artsen, want het zijn tenslotte hun gegevens die nu te grabbel worden gegooid.*

De regering onderschrijft de stelling van de leden van de PVV-fractie dat het medisch beroepsgeheim een groot goed is en dat moet blijven. Zoals deze leden aangeven gaat het medisch beroepsgeheim uit van de volledige integriteit van alle zorgaanbieders en dat is helaas niet in alle gevallen aan de orde. Daarom moet voor zeer specifieke situaties waarin de integriteit van een zorgaanbieder in het geding is en dit ten koste gaat van middelen die bestemd zijn voor het in stand houden van een goed en doelmatig zorgstelsel opgetreden kunnen worden. Om die reden is er een wetsvoorstel in voorbereiding waarin de verplichting voor de personen werkzaam bij het CIZ, het CAK, zorgkantoren of zorgverzekeraars om bij een aangifte op grond van artikel 162 van het Wetboek van Strafvordering de benodigde (medische) persoonsgegevens aan het Openbaar ministerie te verstrekken wordt opgenomen. Hiermee beoogt dit wetsvoorstel de bestrijding van dergelijke fraude door het OM te verbeteren en te versterken. Verwezen zij ook naar de antwoorden van 27 maart 2014 op de vragen uit de Kamer inzake de Eerste voortgangsrapportage fraudebestrijding: plan van aanpak bestrijding fraude in de zorg (Tweede Kamer, 2013/14, 28 828, nr. 50). Er wordt niet bijgehouden welke artsen tuchtrechtelijk zijn veroordeeld voor fraude. In het BIG-register en op de online lijst met maatregelen Wet BIG, wordt vermeld aan welke beroepsbeoefenaren een maatregel is opgelegd door het medisch tuchtcollege en om welke reden(en) dat is gebeurd.

*De leden van de PVV-fractie merken op dat de gegevens die noodzakelijk zijn voor (her)indicaties op aanvraag, alsmede gegevens die noodzakelijk zijn om te komen tot een ambtshalve herindicatie in gevallen waarin het CIZ vermoedt dat er sprake is van onregelmatigheden, door het CIZ medische gegevens kunnen worden opgevraagd. De leden vragen of dit betekent dat het CIZ in principe altijd van iedereen de gegevens kan opeisen, zien de leden dit goed?*

Het wetsvoorstel biedt niet de mogelijkheid dat het CIZ altijd van iedereen gegevens kan verkrijgen. Het CIZ vraagt de gegevens op als er een aanvraag is voor een nieuwe indicatie, of als er gegronde reden is om een herindicatie te gaan nemen. De hoofdregel zal hierbij nog steeds zijn dat het CIZ moet proberen of het CIZ de gegevens met toestemming van de verzekerde kan verkrijgen van de zorgverlener of instelling. Bij de aanvraag zal de verzekerde moeten motiveren wat zijn zorgvraag/zorgbehoefte is en waarom hij denkt Wlz-zorg nodig te hebben. De verzekerde zal dan al een beoordeling of diagnose van een huisarts of een behandeld arts hebben gekregen. Dit zal de verzekerde, net als nu in de AWBZ, bij de aanvraag moeten vermelden. De bevoegde medewerkers van het CIZ kunnen dan de voor de indicatiestelling noodzakelijke gegevens opvragen.

## **10. Gegevensuitwisseling**

*De leden van de fractie van de PvdA zijn tevreden over het feit dat er veel aandacht is voor de uitwisseling van gegevens van cliënten in de Wlz. In het wetsvoorstel is geregeld dat hulpverleners met een medisch beroepsgeheim het CIZ desgevraagd die gegevens dienen te verschaffen, als het CIZ deze nodig heeft om tot een goede (her)indicatie te komen. Over dit punt hebben deze leden enkele vragen. Hoe verhoudt dit zich tot de regels wat betreft het medisch beroepsgeheim? Bestaat er een mogelijkheid dat de verzekerde bezwaar kan maken tegen uitwisseling van zijn gegevens? Welke (medische) gegevens worden bedoeld bij deze uitwisseling? Gaat*

*het over de gegevens die betrekking hebben tot de indicatie en de Wlz-behandeling, of kunnen meerdere gegevens worden uitgewisseld? Wordt geregistreerd naar welke organen en personen de gegevens zijn gestuurd? Wat is er tot nu toe aan eisen gesteld aan de manier waarop organen en personen om moeten gaan met de gegevens die zij van de zorgaanbieders hebben ontvangen? Bestaat er voor hen iets als een beroepsgeheim? Welke regels bestaan er over de aanvraag van de gegevens van een persoon? Kan elke «partij» dit over iedere persoon opvragen, of bestaan hier duidelijke criteria voor? Wat is er met de adviezen van het CBP gedaan? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting van de regering.*

De mogelijkheid tot doorbreking van het medisch beroepsgeheim past binnen de daarover gestelde regels in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst, te weten de artikelen 7:457 en 7:464 van het Burgerlijk Wetboek. Het medisch beroepsgeheim houdt in dat de medische beroepsbeoefenaren de medische persoonsgegevens van de patiënt alleen met zijn toestemming aan derden mogen verstrekken. Het verstrekken van persoonsgegevens kan geschieden zonder de toestemming van de patiënt indien een wettelijk voorschrift daartoe verplicht. Artikel 9.1.2, tweede lid, van de Wlz is een dergelijk wettelijk voorschrift.

De leden van de fractie van de PvdA vragen of er een mogelijkheid bestaat dat de verzekerde bezwaar kan maken tegen uitwisseling van zijn gegevens. De Wet bescherming persoonsgegevens biedt een aantal rechten aan de verzekerde in het geval de verzekerde het niet eens is met de verwerking van gegevens. Zo is er de mogelijkheid om correctie aan te brengen en kan een verzoek om inzage worden gedaan. Bezwaar maken tegen het verstrekken van gegevens aan het CIZ is echter niet mogelijk. Het betreft hier namelijk een wettelijke verplichting van de medisch beroepsbeoefenaar. De verzekerde kan wel daartegen in het verweer komen, als hij van mening is dat de zorgverlener onterecht met doorbreking van zijn medisch beroepsgeheim medische gegevens van de verzekerde heeft gedeeld met het CIZ. Het doorbreken van het beroepsgeheim moet immers voldoen aan het noodzakelijkheidvereiste van artikel 9.1.2 van het wetsvoorstel. Het is mogelijk om een tuchtrechtelijke of civielrechtelijke procedure te starten. In een uiterst geval is zelfs een strafrechtelijke zaak mogelijk.

Artikel 9.1.2, derde lid, van het wetsvoorstel ziet op de gegevens die het CIZ nodig heeft voor de indicatiestelling. Aan de indicatiestelling ligt een onderzoek ten grondslag betreffende de gezondheid en de behoeften van de verzekerde. Het gaat dus om de gegevens die door het CIZ kunnen worden gebruikt die een juist beeld geven van de zorgbehoefte van de cliënt. Niet alle bestaande medische gegevens hoeven daarvoor te worden opgevraagd, maar de huisarts en behandelde artsen zullen worden geraadpleegd. In de aanvraag van een indicatiebesluit zal de verzekerde aan moeten geven op welke grondslag zijn zorgbehoefte is gebaseerd. De verzekerde is verplicht om bij de aanvraag alle relevante informatie te verschaffen die voor de indicatiestelling nodig kan zijn. De leden van de PvdA-fractie vragen ook of wordt geregistreerd naar welke organen en personen de gegevens zijn gestuurd. Het gaat om gegevens van medisch beroepsbeoefenaren die aan het CIZ worden verstrekt. Bij het CIZ en uiteraard bij de medisch beroepsbeoefenaren die de gegevens hebben verstrekt, zal worden bijgehouden welke gegeven zijn verstrekt.

Wat is er tot nu toe aan eisen gesteld aan de manier waarop organen en personen om moeten gaan met de gegevens die zij van de zorgaanbieders hebben ontvangen, vragen de leden van de PvdA-fractie. Bestaat er voor hen iets als een beroepsgeheim? Hier moet onderscheid worden gemaakt tussen personen die op grond van hun ambt of beroep reeds een

geheimhoudingsplicht hebben en personen die niet reeds een dergelijke plicht hebben. De personen die werkzaam zijn bij het CIZ die wel onder het beroepsgeheim vallen hebben dat dus op grond van hun beroep. Op grond van artikel 2:5 van de Awb geldt voor de overige medewerkers van het CIZ, die dus niet reeds op grond van hun ambt of beroep onder de reikwijdte van het medisch beroepsgeheim vallen, toch een geheimhoudingsplicht. Deze geheimhoudingsplicht geldt behoudens voor zover enige wettelijke voorschrift hen tot mededeling verplicht of vanuit hun taak de noodzaak tot mededeling voortvloeit.

Het CIZ kan niet zomaar alle gegevens over de persoon opvragen. Artikel 9.1.2, tweede lid, bepaalt dat het CIZ alleen de gegevens kan opvragen of vorderen indien en voor zover die noodzakelijk zijn voor de indicatiestelling. Het is ook niet voor elke persoon mogelijk om gegevens op te vragen. Alleen de bevoegde medewerkers van het CIZ, die betrokken zijn bij de indicatiestelling kunnen, voor zover nodig, aan hulpverleners de gegevens vragen die nodig zijn om het indicatieonderzoek te verrichten. Dit onderzoek wordt in beginsel op verzoek van de verzekerde verricht, omdat de verzekerde een aanvraag doet voor een indicatie voor de Wlz. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe is omgegaan met de adviezen van het CBP. Naar aanleiding van het advies van het CBP (en opmerkingen van de Afdeling advisering van de Raad van State) zijn de artikelen in het wetsvoorstel over gegevensuitwisseling gewijzigd. In lijn met het advies van het CPB is het hoofdstuk met de bepalingen over de gegevensverstrekking herzien. Ten opzichte van de AWBZ is de doelomschrijving van de gegevensuitwisseling tussen actoren nader gepreciseerd, waardoor de gegevensuitwisseling in de Wlz voldoende specifiek en transparant zal zijn. In de artikelen 9.1.2 en 9.1.3 wordt per actor zo concreet en nauwkeurig mogelijk omschreven voor welke specifieke taken gegevensverwerking en -verstrekking is toegestaan. Het advies van het CBP om, in plaats van een constructie van (onherroepelijke) toestemming te introduceren, een artikel op te nemen op grond waarvan derden, op verzoek van het CIZ, verplicht zijn het CIZ die (medische) persoonsgegevens te verstrekken, is eveneens opgevolgd. Met artikel 9.1.2, derde lid, wordt dit geregeld.

*Vanwege de voor een goede uitvoering van het wetsvoorstel noodzakelijke verwerking van persoonsgegevens is het noodzakelijk de gegevensverwerking in het wetsvoorstel zorgvuldig te normeren en te reguleren teneinde een te grote inbreuk op de persoonlijke levenssfeer en risico's voor de bescherming van die gegevens te voorkomen. De in deze wet voorgestelde bepalingen omtrent de gegevensuitwisselingen tussen uitvoerende organen vormen de uitkomst van een belangenafweging tussen deze belangen. Kunnen de leden van de PVV hieruit de conclusie trekken, dat in dit geval het belang van het stelsel dus zwaarder weegt dan het belang van de burgers, die ernstig in hun persoonlijke levenssfeer worden aangetast?*

De leden van de PVV-fractie vragen naar de belangenafweging die heeft plaatsgevonden bij het vormgeven van de bepalingen over gegevensuitwisseling. Mede naar aanleiding van de adviezen van de Raad van State zijn de bepalingen over de gegevensuitwisselingen aangescherpt ten opzichte van de AWBZ. Hierdoor is in de Wlz transparanter en duidelijker vastgelegd tussen welke uitvoerende partijen gegevens worden uitgewisseld en voor welke doelen dit mogelijk is. Nieuw is bijvoorbeeld de mogelijkheid om gegevens te delen voor een goede afstemming van zorg als deze vanuit verschillende domeinen wordt geleverd. Een goede uitvoering van de wet maakt deze gegevensstromen dan ook noodzakelijk en proportioneel. De regering heeft bij het vormgeven van de gegevensuitwisseling uiteraard gezocht naar een balans tussen enerzijds de uitvoerbaarheid van de wet, het gebruiksgemak voor uitvoerende partijen

en verzekerden zelf, en anderzijds de privacy van verzekerde. Van de door de leden van de PVV-fractie gesuggereerde ernstige aantasting van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerden, is volgens de regering geen sprake, aangezien de gegevensuitwisseling wordt beperkt tot de genoemde partijen en doelen voor uitwisseling.

*De leden van de PVV-fractie geven aan dat een inmenging in de persoonlijke levenssfeer volgens artikel 8 EVRM bij wet moet zijn voorzien en noodzakelijk zijn in een democratische samenleving en een legitiem doel nastreven. Volgens de leden van de PVV-fractie is dit feitelijk onjuist: het legitieme doel is hier de zorgkosten beteugelen op basis van de aanname dat cliënten, zorgorganisaties en artsen de hele boel bij elkaar frauderen. De leden vragen zich af op welke manier de gezondheid van de burger wordt beschermd, door het op grote schaal uitwisselen van gegevens. Waarom wordt er niet een onafhankelijke keuringsarts ingezet bij de totstandkoming van de indicatie?*

De regering is van mening dat de gegevensuitwisselingen in de Wlz noodzakelijk zijn in een democratische samenleving, in het belang van het economisch welzijn van Nederland. Een goede en doelmatige uitvoering is onmogelijk zonder de noodzakelijke gegevensuitwisseling. Hierdoor draagt de gegevensuitwisseling bij aan de financiële houdbaarheid van het stelsel van langdurige zorg. Bijvoorbeeld: de toegang tot het stelsel wordt beperkt tot de mensen die het echt nodig hebben. Een goede indicatiestelling is daarvoor een vereiste. De inmenging in het priveleven voldoet dan ook aan de eisen van artikel 8 EVRM.

Het CIZ is een onafhankelijke partij die op basis van de behoefte van de verzekerde vaststelt of die persoon Wlz-zorg nodig heeft. Het CIZ maakt bij de indicatiestelling gebruik van reeds bestaande beoordelingen en diagnoses, om zich zo een volledig beeld te kunnen vormen van de zorgbehoefte en de persoonlijke situatie van de verzekerde. Het is vanuit het oogpunt van cliëntvriendelijkheid en administratieve lasten niet gewenst om de verzekerde aan additionele onderzoeken te onderwerpen met het oog op de beoordeling of de persoon is aangewezen op Wlz-zorg.

*De leden van de PVV-fractie wijzen erop dat het verzamelen van persoonsgegevens daadwerkelijk noodzakelijk zijn voor het bereiken van het doel en in verhouding staan tot dat doel. Zij vragen zich af welke doelen hier worden bedoeld en hoe de gegevensverzameling in verhouding tot dat doel staat.*

In de artikelen 9.1.2 en 9.1.3 is voor de uitvoerende partijen gespecificeerd voor welke doelen, afhankelijk van hun specifieke taken, zij gegevens kunnen uitwisselen. Bij artikel 9.1.2 gaat het over de partijen binnen de Wlz-keten: het CIZ, de zorgverzekeraar, de Wlz-uitvoerder, de zorgaanbieder en het CAK. Bij artikel 9.1.3. gaat het om gegevensverstrekking met partijen die niet tot de Wlz-keten zelf behoren, maar waarbij gegevensuitwisseling noodzakelijk is. Hierbij gaat het onder meer om de gemeente die gegevens nodig kan hebben voor een goede afstemming met de Wmo 2015. Mede naar aanleiding van het advies van het CBP is de gegevensuitwisseling in de Wlz, in verhouding tot de AWBZ, specifieker voor wat betreft de instanties die gegevens mogen uitwisselen alsmede de doelen van die uitwisseling.

*De leden van de PVV-fractie geven aan dat artikel 21 van de Wbp specifieke uitzonderingen op het verbod van artikel 16 bevat voor zover het gaat om persoonsgegevens betreffende de gezondheid. De bepaling geeft in onderdeel a van het eerste lid hulpverleners, instellingen of voorzieningen voor gezondheidszorg of maatschappelijke dienstverlening het recht om gezondheidsgegevens van iemand te verwerken, voor zover*

*dat noodzakelijk is voor een goede behandeling of verzorging van de betrokkene dan wel voor het beheer van de betreffende instelling of beroepspraktijk noodzakelijk is. Onderdeel f van het eerste lid geeft bestuursorganen of instellingen die te hunnen behoeve werkzaam zijn dat recht, voor zover dat noodzakelijk is voor een goede uitvoering van wettelijke voorschriften die voorzien in een verzekerd pakket dat afhankelijk is van de gezondheidstoestand van de betrokkene. Dit artikel geeft genoemde groepen het recht om gegevens te verwerken en niet de plicht is. De leden vragen of de regering het met de leden eens dat nogal een verschil is?*

Er is voor de uitvoerende partijen een wettelijke verplichting in de artikel 9.1.2 ev. om onderling de noodzakelijke gegevens uit te wisselen en te verwerken voor de uitvoering van de wet. Zij hebben wettelijke taken om de wet uit te voeren. De Wbp verplicht nooit tot gegevensverwerking, maar biedt wel bevoegdheden, zoals aan bestuursorganen die wettelijke taken hebben. De gegevensverwerkingen binnen de Wlz passen dus ook binnen de Wbp.

Het verwerkingsverbod van die gegevens (artikel 16 Wbp) wordt uitgezonderd in artikel 21 Wbp. Hierdoor is er voor zorgaanbieders en zorgverleners (artikel 21, eerste lid, onderdeel a) en voor bestuursorganen als het CIZ, het CAK, en de Wlz-uitvoerders/zorgkantoren (onderdeel f) een wettelijke basis om gegevens betreffende de gezondheid te verwerken voor de uitvoering van de Wlz.

*De leden van de fracties van D66 en GroenLinks constateren dat in de wet een verplichting is opgenomen voor de uitwisseling van gegevens tussen zorgaanbieders en het CIZ, de Wlz-uitvoerder en het CAK. Uitwisseling van gegevens is verplicht, en kan dus met doorbreking van de geheimhoudingsplicht geschieden, voor zover het gegevens betreft die «noodzakelijk» zijn door de in de wet genoemde doelen. In de wet is echter niet geregeld, zo constateren deze leden, wie bepaalt of verstrekking van bepaalde gegevens «noodzakelijk» is. Evenmin is geregeld welke partij daarover beslist bij verschil van mening. Zij verzoeken de regering daarom op dit punt in te gaan.*

Het CIZ bepaalt of de gegevens noodzakelijk zijn voor de indicatiestelling. Het CIZ zal moeten motiveren waarom de opgevraagde gegevens noodzakelijk zijn om een verantwoorde beslissing op de indicatieaanvraag te nemen. Bij de aanvraag zal de verzekerde zelf ook moeten aangeven wat zijn zorgvraag/zorgbehoefte is en waarom hij denkt Wlz-zorg nodig te hebben. De verzekerde meldt bij de aanvraag welke medisch beroepsbeoefenaren, zoals de huisarts e.d., relevante informatie voor de indicatiestelling hebben. In het Blz zal worden geregeld dat het CIZ altijd eerst met toestemming van de verzekerde de gegevens tracht op te vragen.

*De leden van de D66-fractie vragen op onderhavig wetsvoorstel een privacy impact assessment heeft plaatsgevonden. Zo nee, waarom niet? Zo ja, kan de regering de Kamer over de uitkomsten daarvan informeren?*

Een beoordeling van de gevolgen die het wetsvoorstel heeft voor de privacy heeft plaatsgevonden. De gevolgen voor de privacy zijn bij de voorbereiding van het wetsvoorstel meegenomen en aan de orde gekomen in advisering door het College bescherming persoonsgegevens. Dat heeft mede naar aanleiding van het advies van de Raad van State geleid tot een forse verandering van hoofdstuk 9 van het wetsvoorstel. Met name de doelen van de gegevensverstrekking hebben daardoor meer profiel gekregen, waar een beperkende werking van uitgaat. De aandacht is voorts in het bijzonder gericht op die onderdelen van het wetsvoorstel die niet reeds op basis van de AWBZ een vaste praktijk waren en waar de



privacy met name in het geding kan zijn. Daarom wordt op dit moment nog een afzonderlijke privacy impact assessment uitgevoerd voor de trekkingsrechten van het pgb. Deze is op dit moment nog niet volledig gereed. In het bijzonder is thans nog de vraag aan de orde naar de mate waarin het noodzakelijk is voor de Sociale verzekeringsbank om medische gegevens te verwerken bij de uitvoering van diens taken voor de trekkingsrechten van het pgb. Waar nodig zal dit onderwerp in de uitvoeringsregelgeving onder de Wlz nader worden geregeld.

*De leden van de GroenLinks-fractie merken op dat privacygevoelige informatie volgens het wetsvoorstel met het CIZ zonder toestemming van de verzekerde, zo nodig met doorbreking van het beroepsgeheim. De leden van de GroenLinks-fractie zien graag nader onderbouwd op welke gronden het CIZ gegevens bij de zorgaanbieder kan opvragen en hoe zich dit verhoudt tot het medisch beroepsgeheim.*

Het CIZ bepaalt of de gegevens noodzakelijk zijn voor de indicatiestelling. Het CIZ zal moeten motiveren waarom de opgevraagde gegevens noodzakelijk zijn om een verantwoorde beslissing op de indicatieaanvraag te nemen. Indien het CIZ de gegevens niet zonder toestemming van de verzekerde kan verkrijgen, kan het CIZ deze gegevens vorderen. De medisch beroepsbeoefenaar moet aan deze vordering gehoor geven. Het verstrekken van de persoonsgegevens kan geschieden zonder de toestemming van de patiënt indien een wettelijk voorschrift daartoe verplicht. Artikel 9.1.2, tweede lid, van de Wlz is een dergelijk wettelijk voorschrift. Het past dus binnen de regels voor het medisch beroepsgeheim in de Wgbo-artikelen van Boek 7 BW.

## **11. Innovatie door te experimenteren**

*De leden van de VVD-fractie vragen naar aanleiding van het experimenteerartikel of door alle betrokkenen kan worden afgeweken van de betreffende artikelen, of dat deze mogelijkheid alleen geldt voor een af te bakenen groep betrokkenen? Ook vragen zij naar enkele voorbeelden van mogelijkheden die hij voor ogen heeft met dit experimenteerartikel?*

Per experiment kan door tussenkomst van de lagere regelgever de reikwijdte worden bepaald en wordt eveneens bepaald voor welke betrokkenen wordt afgeweken van daarbij bepaalde artikelen uit de wet. Aangezien het toekomstige experimenten betreft is het op voorhand moeilijk te bepalen waar behoefte aan zal zijn in het veld, maar er kan gedacht worden aan experimenten waarbij wordt gekeken naar andere vormen van indicatiestelling, nieuwe leveringsvormen of technische innovaties.

*De leden van de VVD-fractie vragen of het experiment regelarme instellingen ook na 2014 zal worden voortgezet? Zo nee, waarom niet?*

Het experiment regelarme instellingen is in 2011 gestart met een oproep aan zorgaanbieders om deel te nemen. De voorbereidingen van de uitvoering hebben in 2012 plaatsgevonden. De daadwerkelijke uitvoering vindt plaats in 2013 en 2014. Voorzien is dat de Kamer binnenkort de tussenevaluatie ontvangt. De leerervaringen van het experiment zullen waar mogelijk worden geborgd in de uitvoering van de Wlz, de Wmo en de Zvw. Deze verhinderen de wijze van werken zoals bij het experiment regelarme instellingen niet. Bij de evaluatie wil ik bezien of voortzetting gewenst is dan wel kan worden volstaan met de experimentbepaling.

*De leden van de fractie van de Partij van de Arbeid zijn zeer tevreden met het feit dat er met het ERAI experiment goede ervaringen opgedaan zijn met experimenten op het gebied van indicatiestelling, kwaliteitsverantwoording en uniformering van inkoopvoorwaarden. Het is voor deze leden van groot belang dat onnodige bureaucratie, protocollen en administratie verbannen worden uit de langdurige zorg en dat er ruimte komt voor gezond verstand van de zorgmedewerker. Het experiment laat tot nu toe zien dat er een groeiende behoefte is in het veld om af te wijken van bepaalde wettelijke voorschriften. Hoe worden goede resultaten van deze experimenten geïmplementeerd in de langdurige zorg? Hoe wordt er nu concreet geleerd van deze experimenten? Deze leden missen nog concrete vervolgstappen van de regering en ontvangen graag een nadere toelichting.*

De administratieve lasten in de Wlz moeten tot het minimale worden beperkt. De zorgaanbieders die deelnemen aan het experiment regelarme instellingen laten zien dat de cliëntgerichtheid, de kwaliteit en de doelmatigheid toenemen door de regeldruk te verminderen. Voorzien is dat de Kamer binnenkort de tussenevaluatie van het experiment regelarme instellingen ontvangt.

*De leden van de PvdA-fractie hebben vragen gesteld naar aanleiding van het experimenteerartikel in de Wlz. Zij vragen op welke gebieden de regering van plan is om af te wijken van de wet? Welke afwijkingen volgens de regering wenselijk zijn? Waarom er niet voor gekozen is om direct wettelijk deze afwijkingen te borgen? En waarom er niet gekozen is voor een zwaarder experimentartikel, waardoor zorgaanbieders vrijer de ruimte krijgen om te experimenteren en zo min mogelijk worden gedwarsboemd door geldende regelgeving? De leden constateren dat experimenten nog steeds als afwijking worden gezien. Kunnen aanbieders binnen de huidige experimenteermogelijkheid experimenteren zonder dat zij eerst de beschikking moeten hebben over een verkregen experimenteertitel? De leden ontvangen graag een reactie van de regering, waarin zij vooral ingaat op de ruimte die er nu is voor experimenten, hoe er geleerd kan worden van goede voorbeelden en waarom de regering verwacht dat deze ruimte toereikend is om echte innovatie te stimuleren. Het experiment regelarme instellingen heeft tot dusverre laten zien dat er een groeiende behoefte is om, onder bepaalde omstandigheden, van bepaalde wettelijke voorschriften af te kunnen wijken. De leden van de PVV-fractie waarom dit niet direct in deze wet is verankerd.*

In de wet zijn verschillende maatregelen opgenomen die innovatie stimuleren, waaronder:

- Het vpt en het pgb zijn wettelijk verankerd waardoor de cliënt meer aan het roer staat en zo vanuit de cliënt innovatie in de zorg wordt gestimuleerd;
- Het is mogelijk om meerjarige zorginkoopcontracten overeen te komen, hetgeen een vliegwiel kan zijn voor innovatie in de zorg;
- Meer ruimte voor maatwerk en innovatie wordt gecreëerd door te indiceren in aard, inhoud en (globale) omvang van zorg (zorgprofielen) in plaats van in zorgzwaartepakketten (zzp's) waarin uren zijn opgenomen;

Met deze maatregelen wordt ruimte geboden om te komen tot een innovatief en vernieuwend aanbod. Voor het stimuleren van innovatie door middel van experimenten, zal het niet altijd nodig zijn om regels te stellen. Partijen kunnen binnen de grenzen van de wet vaak goed uit te voeten met vernieuwende ideeën. Het kan echter zo zijn dat er een behoefte ontstaat om via een experiment te ondervinden of een vernieuwende wijze van uitvoering beter werkt. De wet faciliteert dit door een

dergelijk experiment bij amvb mogelijk te maken en, anders dan in de AWBZ, ook de mogelijkheid te bieden om van de wet zelf af te wijken. De mogelijkheid om bij lagere regelgeving voorschriften aan te wijzen in de formele wet is op zichzelf al een vrij zwaar middel. Dit biedt voldoende ruimte en flexibiliteit om geconditioneerd experimenten mogelijk te maken, waardoor ook recht kan worden gedaan aan de beginselen van rechtszekerheid en rechtsgelijkheid. Aangezien het toekomstige experimenten betreft is het op voorhand moeilijk te bepalen waar behoefte aan zal zijn in het veld, maar er kan gedacht worden aan experimenten waarbij wordt gekeken naar andere vormen van indicatiestelling, nieuwe leveringsvormen of technische innovaties.

*De leden van de D66-fractie vragen de regering inzichtelijk te maken hoe voorliggend wetsvoorstel zal bijdragen aan het realiseren van zorgvernieuwing? Hoe komt de innovatie ook echt van de grond? Op welke wijze zorgt de regering ervoor dat nieuwe en innoverende woonvoorzieningen mogelijk blijven?*

De reden voor het invoeren van een nieuwe wet is omdat de huidige de AWBZ niet meer aansluit bij de veranderende wensen die de samenleving aan de langdurige zorg stelt. Er worden hogere eisen gesteld aan de kwaliteit van ondersteuning en zorg, er is behoefte aan het vergroten van de betrokkenheid van de samenleving bij de langdurige zorg en de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg moet worden geborgd. De nieuwe wet sluit aan bij deze veranderende eisen van de samenleving en zet in die zin aan tot vernieuwing bij alle betrokken partijen.

Meer specifiek wordt innovatie in de Wlz op een aantal manieren gestimuleerd:

- Mogelijkheden worden geboden tot experimenteren via een experimenteerartikel;
- Hetvpt en het pgb zijn wettelijk verankerd waardoor de cliënt meer aan het roer staat en er zo vanuit de cliënt innovatie in de zorg wordt gestimuleerd;
- Het mogelijk om meerjarige zorginkoopcontracten overeen te komen, hetgeen een vliegwiel kan zijn voor innovatie in de zorg;
- Meer ruimte voor maatwerk en innovatie wordt gecreëerd door te indiceren in aard, inhoud en (globale) omvang van zorg (zorgprofielen) in plaats van in zorgzwaartepakketten (zzp's) waarin uren zijn opgenomen.

Specifiek het tweede punt is van belang om er voor te zorgen dat er ook innoverende woonvoorzieningen mogelijk blijven. Door middel van het pgb kunnen cliënten zelf zorg inkopen bij een innovatieve woonvoorziening die aansluit bij hun specifieke behoefte.

## **12. Internationaalrechtelijke aspecten**

*De leden van de SP-fractie vragen naar aanleiding van de bespreking van het advies van het College voor de Rechten van de Mens waarom de bezuinigingsagenda belangrijker is dan de rechten van mensen, terwijl de leden van de CDA-fractie vragen om nog eens in te gaan op de mening van dat College, dat de rechten van de mens met de herziening van de langdurige zorg verslechteren. De leden van de PVV-fractie hebben uit paragraaf 12.1 van de memorie van toelichting geconcludeerd dat de regering poogt een in de Wlz besloten liggende schending van de mensenrechten te rechtvaardigen met het argument dat anders de solidariteit wegvalt. Zij vragen dit nader toe te lichten.*

Met betrekking tot de reactie van het College voor de Rechten van de Mens op de consultatieversie merk ik het volgende op. Het College is van mening dat er sprake is van verslechtering van rechten, die daarin gelegen is dat sommige vormen van zorg waarop ingevolge de AWBZ recht bestaat worden overgeheveld naar de Wmo 2015. Zoals ook in de memorie van toelichting aangegeven, is de regering van mening dat de voorgestelde wijzigingen vallen binnen hetgeen artikel 4 van het Internationale verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (IVESCR) de verdragspartijen toestaat. Voorts is in de memorie van toelichting aangegeven dat het overhevelen van vormen van zorg naar de Wmo 2015 past bij de maatschappelijke trend dat ouderen zo lang mogelijk thuis willen wonen en bij de ook uit het internationale Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap voortvloeiende wens om dergelijke personen te helpen deel te nemen aan de maatschappij.

*De leden van de SP-fractie vragen de regering om een overzicht te sturen met daarin de verschillen hoe de AWBZ nu geregeld is in het buitenland en hoe dat in de toekomst zou worden.*

#### **AWBZ**

Onder de AWBZ heeft een verzekerde recht op gecontracteerde (intra- en extramurale) zorg binnen Nederland en binnen de EU, de EER en Zwitserland (hierna aangeduid als «Europa»). Buiten dat gebied is er geen aanspraak op gecontracteerde zorg.

Extramurale zorg buiten Nederland, maar binnen Europa kan vrij worden ingeroepen.

Niet-gecontracteerde intramurale zorg binnen Europa en niet-gecontracteerde intra- en extramurale zorg buiten Europa kan alleen worden ingeroepen in de in artikel 20 van het Besluit zorgaanspraken bedoelde gevallen.

#### **Wlz**

Onder de Wlz heeft een verzekerde ook recht op gecontracteerde zorg binnen Nederland, maar moet als die zorg binnen Nederland niet of niet tijdig kan worden verkregen, voor gecontracteerde zorg binnen Europa toestemming worden gevraagd aan de Wlz-uitvoerder. Daarmee wordt bereikt dat zorg zoveel mogelijk binnen Nederland wordt verleend, en in gevallen waarin dat door gebrek aan zorgaanbod niet mogelijk is, kan toch gebruik worden gemaakt van gecontracteerde zorgaanbieders binnen Europa, met wie tevoren in het kader van de contractering al afspraken zijn gemaakt over kwaliteit, zorgverlening en prijs. Buiten Europa is geen aanspraak op gecontracteerde zorg. Contracteren zal dan achterwege blijven. Het toestemmingsvereiste voor gecontracteerde zorg binnen Europa is dus nieuw.

Toestemming moet ook gevraagd worden voor gecontracteerde Wlz-zorg buiten Nederland en binnen Europa, indien deze buiten de instelling wordt verleend. Ook dat is nieuw, omdat extramurale zorg binnen Europa onder de AWBZ vrij toegankelijk is.

Niet-gecontracteerde zorg buiten Nederland kan alleen in de bij amvbte regelen gevallen worden ingeroepen. Dat geldt dus ook voor niet-gecontracteerde extramurale zorg binnen Europa. Dat is nieuw ten opzichte van de huidige AWBZ.

#### **AWBZ en Wlz**

De aanspraak op zorg in het buitenland die wordt verleend in andere dan de in de AWBZ, respectievelijk Wlz geregelde omstandigheden, wordt voor de AWBZ geregeld in artikel 20 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ en voor de Wlz in het Blz, beide gelijkloidend.

#### Recapitulerend

Aan een verzekerde wordt een vergoeding verstrekt voor kosten van – niet-gecontracteerde – zorg, indien die zorg buiten Nederland wordt verleend als deze is verkregen als gevolg van de naar aanleiding navolgende omstandigheden:

- a. voortzetting van reeds in Nederland aangevangen zorg: een verzekerde aan wie zorg wordt verleend, behoudt dit recht gedurende ten hoogste dertien weken per kalenderjaar buiten Nederland. In dat geval worden de in rekening gebrachte kosten vergoed tot ten hoogste de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten;
- b. voortzetten palliatief terminale zorg: in afwijking van het bepaalde in onderdeel a geldt een periode van ten hoogste één jaar wanneer het palliatief terminale zorg betreft;
- c. onvoldoende binnenlands zorgaanbod: een verzekerde kan met voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar gedurende een periode van ten hoogste één jaar zorg buiten Nederland inroepen, indien, gezien de gezondheidstoestand van betrokkene en het te verwachten verloop daarvan, de noodzakelijke zorg binnen Nederland niet of niet tijdig genoeg kan worden verkregen;
- d. verblijf buiten Nederland wegens uitoefening van bedrijf of beroep of uitsluitend wegens studieredenen: een verzekerde die in verband met de uitoefening van bedrijf of beroep al dan niet in dienstbetrekking of uitsluitend wegens studieredenen buiten Nederland verblijft kan zolang deze omstandigheid voortduurt en de betrokkene ingevolge de Wlz verzekerd blijft, buiten Nederland zorg inroepen. In dat geval worden de in rekening gebrachte kosten vergoed, tot ten hoogste de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten. Datzelfde geldt voor de (verzekerde) gezinsleden van deze persoon, die met de verzekerde, bedoeld in dat onderdeel, deel uitmaakt van een gezamenlijke huishouding;
- e. spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf buiten Nederland gedurende ten hoogste dertien weken. Deze termijn kan door de Wlz-uitvoerder worden verlengd indien de verzekerde om medische redenen niet gerepatrieerd kan worden.

In de onder d en e bedoelde gevallen kan het CIZ niet indiceren. De indicatiestelling wordt dan door een onafhankelijke arts gedaan.

*De leden van de SP-fractie vragen voorts of er met vergoeding zorg in het buitenland sprake is van een restitutiestelsel waarbij slechts een deel van de zorg wordt vergoed en zo ja, welk deel, dan wel dient er sprake te zijn van een contract met het zorgkantoor alvorens Wlz zorg wordt vergoed?*

Het uitgangspunt van de regering is, dat men gecontracteerde zorg inroept. Die zorg wordt in natura verleend, er is dan geen sprake van restitutie. Niet-gecontracteerde zorg wordt vergoed tot maximaal het in Nederland gebruikelijke tarief, behalve als het gaat om niet-gecontracteerde zorg die in het buitenland wordt verleend omdat de Wlz-uitvoerder niet aan zijn zorgplicht kan voldoen. In dat geval bestaat in beginsel aanspraak op volledige vergoeding. Voor zover deze kosten die welke in de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten overschrijden, wordt het meerdere vergoed voor zover deze naar het oordeel van de Wlz-uitvoerder in redelijkheid in rekening zijn gebracht.

De eigenbijdrageregeling is overigens ook van toepassing. De verschuldigde eigen bijdragen worden op de vergoeding in mindering gebracht.

*De leden van de SP-fractie hebben gevraagd om een nadere toelichting op de in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel opgenomen passage waarin wordt vermeld dat niet valt uit te sluiten dat bepaalde onderdelen van de Wlz onder de Dienstenrichtlijn kunnen vallen.*

Zoals in de memorie van toelichting is vermeld, gaat het dan om andere dan zorgactiviteiten die worden aangeboden door een aanbieder voor wie die andere activiteiten de hoofdactiviteit is. Als voorbeeld is genoemd het vervoer van verzekerden door een personenvervoerder (anders dan door een ambulance). Het is lastig andere voorbeelden te noemen, nu dit naar verwachting zelden aan de orde zal zijn. De passage is in de memorie van toelichting opgenomen omdat de Raad van State in zijn advies heeft gevraagd naar de betekenis van het Fermabel-arrest voor de Wlz. De passage in de toelichting strekt ertoe duidelijk te maken dat die betekenis te verwaarlozen is.

*De leden van de CDA-fractie vragen welke garanties er zijn dat de uitgaven van de langdurige zorg weer beheersbaar worden?*

De beheersbaarheid van de uitgaven van de langdurige zorg is het uitgangspunt van de maatregelen van de hervorming van de langdurige zorg. Deze zullen leiden tot een gematigde groei van de uitgaven, die in lijn ligt met de economische groei. Hierdoor zullen de zorguitgaven niet andere noodzakelijke uitgaven gaan verdringen. Met de maatregelen die de regering nu inzet is de verwachting dat deze gematigde groei kan worden gerealiseerd.

*De leden van de fractie van het CDA vragen naar aanleiding van de stelling dat de Wmo 2015 zal voorzien in ondersteuning van diegenen die dit echt nodig hebben wie degenen zijn die de ondersteuning echt nodig hebben.*

De Wmo 2015 verplicht gemeenten tot het volgen van een zorgvuldig proces, waaronder het doen van gedegen onderzoek naar de persoonlijke situatie van de cliënt, om vast te stellen of iemand in aanmerking komt voor een maatwerkvoorziening. Indien iemand niet op eigen kracht, met behulp van het sociale netwerk of door gebruik te maken van algemene voorzieningen in staat is maatschappelijk te participeren of zelfredzaam te zijn, dan wel behoefte heeft aan opvang, is de gemeente gehouden een passend bijdrage te leveren in de vorm van een maatwerkvoorziening. Degenen die een beroep doen op maatschappelijke ondersteuning door de gemeente en gebruik maken van een algemene voorziening, dan wel een maatwerkvoorziening zijn cliënten in de zin van de Wmo 2015.

*De leden van de CDA-fractie hebben gevraagd of verpleging, verzorging en ondersteuning, die door de hervorming langdurige zorg onder de Zvw en de Wmo 2015 worden gebracht economische activiteiten zijn.*

Het is van belang onderscheid te maken tussen het leveren van de zorg ter uitvoering van een wettelijke taak, zoals in de Wlz door de Wlz-uitvoerders geschiedt, en het feitelijk verrichten van die zorg door zorgaanbieders. Deze vraag is mogelijk opgekomen omdat in de laatste alinea van Hoofdstuk 12 van het algemeen deel van de memorie van toelichting de zinsnede is opgenomen dat «het aanbieden van die zorg geen economische activiteit» is. Daarmee is bedoeld de levering van zorg door de Wlz-uitvoerders. Deze passage beoogde geen oordeel te vellen over de vraag of het aanbieden van verpleging, verzorging en ondersteuning door zorgaanbieders onder de Zvw of de Wmo, economische activiteiten zijn. Overigens zal daarvoor doorgaans juist wel sprake zijn, nu deze zorg wordt ingekocht bij ondernemingen.

### **13. Juridisch kader en rechtsbescherming**

*De leden van de SP-fractie hebben een vraag over de beschikkingen gericht aan de verzekerden, zoals de regering dat omschrijft. Zij stellen dat de Wlz-uitvoerder/zorgkantoor over de leveringsvorm van zorg beslist. Volgens de leden moet uitgaande van het kader voorgestaan door deze regering dat de taak zijn van het CIZ en niet van de Wlz-uitvoerder of van het zorgkantoor. Kan de regering toelichten hoe de indicatieprocedure nu precies verloopt en wie wat beslist?*

De regering heeft in de Wlz het CIZ verantwoordelijk gemaakt om te bepalen of een cliënt voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz. Het onderzoek dat het CIZ daartoe verricht, vindt in persoon plaats. Nadat het CIZ het indicatieonderzoek heeft afgerond, geeft het een indicatiebesluit af. In het indicatiebesluit stelt het CIZ vast of een cliënt aan de toegangscriteria van de Wlz voldoet en of de cliënt op basis hiervan toegang tot de Wlz heeft. Daarnaast stelt het CIZ vast welk inhoudelijk zorgprofiel het beste past bij de cliënt. Het CIZ indiceert de zorgbehoefte hiertoe in aard, inhoud en (globale) omvang. Het CIZ vermeldt bij het indicatiebesluit de gewenste leveringsvorm en indien het zorg in natura betreft, de voorkeur van de cliënt voor een bepaalde zorgaanbieder.

De Wlz-uitvoerder heeft de belangrijke taak om ervoor te zorgen dat de cliënt de geïndiceerde zorg ontvangt. De regering noemt dit de zorgplicht van de Wlz-uitvoerder. Ter uitvoering van zijn zorgplicht, sluit de Wlz-uitvoerder (onder meer) zorginkoopovereenkomsten met zorgaanbieders op grond waarvan die zorgaanbieders de zorg aan cliënten zullen verlenen. Dit gebeurt zowel voor zorg in een instelling als voor zorg die in het kader van een vpt geleverd wordt. Daarnaast beoordeelt de Wlz-uitvoerder op geleide van het indicatiebesluit of de zorg aan de cliënt op verantwoorde en doelmatige wijze geleverd kan worden op basis van vpt of pgb, als de cliënt de zorg in één van deze leveringsvormen wil ontvangen.

*De leden van de D66-fractie vragen of het klopt dat de burger alleen bij het de indicatiestelling (wel of niet) recht heeft op bezwaar en beroep conform de Awb. Zijn de rechten van de cliënt daardoor niet veel beperkter dan bij de huidige aanspraak van zorg, omdat in de huidige situatie ook bij wijziging van de zorg zwaarte bezwaar en beroep mogelijk is?*

Een aanvankelijk vastgesteld zorgprofiel kan op enig moment niet langer meer passend blijken te zijn. In dat geval zal om een nieuw indicatiebesluit moeten worden gevraagd. Tegen dat nieuwe besluit staat bezwaar en beroep open.

### **14. Consultatie en adviezen**

*De leden van de CDA-fractie begrijpen uit de reacties op het conceptwetsvoorstel dat cliëntenorganisaties, brancheorganisaties en toezichthouders een aantal dezelfde problemen signaleren. Het gaat daarbij om de afbakening met de andere wetgeving, Wmo en Zvw en de invoeringsdatum van 1 januari 2015. Ook zouden er averechts prikkels in het systeem ontstaan tussen Wmo, Zvw, Jeugdwet en Wlz. Het toezicht op de Wlz wordt als een groot risico gezien door de NZa. De DNB stelt dat zij niet kunnen overzien wat dit betekent voor de aanvullende solvabiliteits-eisen die hieruit kunnen voortvloeien. Het College voor rechten van de mens stelt dat de rechten van de burgers verslechteren. Het CBP stelt dat de basis voor de gegevensverstrekking te algemeen is en wil dat de regering specificereet welke instantie welke soort gegevens mag verwerken en met elkaar mag of moet uitwisselen. En Actal vindt dat dit wetsvoorstel*

*niet zo dient te worden ingediend bij de Kamer. De leden van deze fractie merken op dat dit wel is gebeurd en vragen zich af of de regering van mening is dat zij een weloverwogen en weldoordacht wetsvoorstel hebben ingediend waarbij alle randvoorwaarden duidelijk geregeld zijn. De leden ontvangen graag een diepgaandere reactie op de adviezen van genoemde organisaties dan vermeld in de memorie van toelichting.*

Voor wat betreft de afbakening en prikkels in het systeem zij gewezen op het volgende. Gemeenten en zorgverzekeraars krijgen met de hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning belangrijke, nieuwe verantwoordelijkheden toebedeeld. Gemeenten worden verantwoordelijk voor het treffen van voorzieningen op het gebied van maatschappelijke ondersteuning ter ondersteuning van de zelfredzaamheid en participatie van mensen. Zorgverzekeraars krijgen nieuwe verantwoordelijkheden voor het verlenen zorg op basis van een verzekerd recht op lijfsgebonden zorg, gericht op genezing, behandeling en verpleging. Hoewel deze verantwoordelijkheden voor het bieden van maatschappelijke ondersteuning en zorg in aard en eigenschappen van elkaar verschillen, kunnen deze niet los van elkaar worden gezien. Zorg en maatschappelijk dienstverlening gaan in veel gevallen samen. Belangrijk is dan dat deze zorg en maatschappelijke ondersteuning op elkaar zijn afgestemd en in samenhang worden verleend. Voor het mogelijk maken van deze samenhangende zorg en ondersteuning en zo integraal mogelijke dienstverlening vraagt de regering aan zorgverzekeraars en gemeenten afspraken te maken over de onderlinge afstemming van zorg en ondersteuning. Om deze samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten niet-vrijblijvend te laten zijn, stelt de regering eisen aan de wijze waarop zorgverzekeraars en gemeenten zorg en ondersteuning verlenen aan mensen, en gelden waarborgen voor de afstemming daarvan op andere vormen van zorg of hulp die de cliënt ontvangt. Zowel de zorgverzekeraar als de gemeenten hebben mogelijkheden – en daarmee een prikkel – om zware zorg en ondersteuning zoveel mogelijk te voorkomen. De Wmo 2015 biedt gemeenten voldoende financiële prikkels om door middel van het ondersteunen van de zelfredzaamheid en participatie van mensen bij te dragen aan een verschuiving van zwaardere vormen van zorg en ondersteuning naar lichtere vormen van ondersteuning en zodoende de macro budgettaire kostenbesparingen te realiseren. De regering acht een heldere verantwoordelijkheidsverdeling in wet- en regelgeving als randvoorwaardelijk voor het voorkomen van het afschuiven van verantwoordelijkheden tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Het risico van afwenteling naar de Wlz wordt uitgesloten nu de toegang tot de Wlz plaatsvindt op basis van geobjectiverde, zorginhoudelijke criteria. Voor wat betreft de beoogde invoeringsdatum van 1 januari 2015 merk ik het volgende op. Met alle betrokken partijen worden, conform het transitieplan Wlz, op dit moment de voorbereidingen getroffen voor een verantwoorde invoering van de Wlz per genoemde datum. Het gaat hierbij om de zbo's (NZa, Zorginstituut Nederland, CAK), beoogde zbo (CIZ), zorgaanbieders (Actiz, VGN en GGZ-Nederland) en ZN. De zorginkoop is hierbij een cruciaal proces. Om de Wlz op 1 januari 2015 te kunnen invoeren is al vanaf april met de voorbereidingen van deze zorginkoop gestart. Uitgangspunt hierbij is het voorliggende wetsvoorstel. Deze voorbereidingen lopen daarmee parallel aan de parlementaire behandeling van Wlz en Wmo 2015 en vinden plaats onder voorbehoud van parlementaire goedkeuring. Om de overgang naar de Wlz per 2015 mogelijk te maken vinden in 2015 nog geen wezenlijke veranderingen in de bekostiging en registratie plaats. Met betrekking tot het toezicht van de Wlz op de NZa kan ik de Kamer het volgende melden. De door de NZa gesignaleerde risico's zien op de consultatieversie van de Wlz en hebben betrekking op het toezichtsdomein (in casu de verantwoordelijkheidsverdeling Wlz-uitvoerder en



zorgkantoor) en de daarmee samenhangende verantwoordingsstructuur en het normenkader (objectieve bepaling van de zorgzwaarte). Naar aanleiding van ondermeer deze reactie van de NZa is de consultatieversie van de wet op onderdelen fundamenteel gewijzigd. Zo is de in de consultatieversie gekozen verantwoordelijkheidsverdeling tussen Wlz-uitvoerder en zorgkantoor gewijzigd. Net als in de AWBZ zullen zorgkantoren in de praktijk het werk doen en het aanspreekpunt vormen voor zorgaanbieders en cliënten. Voorts is, anders dan in de consultatieversie van de wet, de vaststelling van de zorgzwaarte niet langer toebedeeld aan de Wlz-uitvoerder. De in de consultatieversie gekozen werkwijze, waarbij het CIZ wel over de toegang tot de Wlz beslist maar geen uitspraak doet over de zorgbehoefte, is daarmee komen te vervallen.

Voor wat betreft eventuele aanvullende solvabiliteitseisen wijs ik de Kamer op het volgende. De Staat is bij de uitvoering van de Wlz risico-drager. Dit geldt zowel voor het verzekeringstechnische als het uitvoeringsrisico. Dit betekent dat aan de Wlz-uitvoerders geen directe solvabiliteitseisen zullen worden gesteld. Aangezien de Wlz-uitvoerder onderdeel is van een groep waartoe ook een of meerdere zorgverzekeraars behoren, zal DNB op basis van de Solvency II-richtlijn wel kijken naar de indirecte operationele risico's van de Wlz-uitvoering op de uitvoering van de basisverzekering en de aanvullende verzekering van de onder haar toezicht vallende zorgverzekeraars. Dit wordt betrokken bij het geconsolideerd toezicht en kan een zeker effect op de vereiste solvabiliteit met betrekking tot basis- en aanvullende verzekering hebben. Deze effecten zijn nog niet door DNB in beeld gebracht. Wel mag worden aangenomen dat het om een relatief beperkt risico gaat dat een beperkt effect zal hebben op de omvang van de vereiste solvabiliteit voor de groep waartoe ook Wlz-uitvoerder behoort.

Met betrekking tot de reactie van het College voor de Rechten van de Mens op de consultatieversie merk ik het volgende op. Het College is van mening dat er sprake is van verslechtering van rechten, die daarin gelegen is dat sommige vormen van zorg waarop ingevolge de AWBZ recht bestaat worden overgeheveld naar de Wmo 2015. Zoals ook in de memorie van toelichting aangegeven, is de regering van mening dat de voorgestelde wijzigingen vallen binnen hetgeen artikel 4 van het Internationale verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (IVESCR) de verdragspartijen toestaat. Voorts is in de memorie van toelichting aangegeven dat het overhevelen van vormen van zorg naar de Wmo 2015 past bij de maatschappelijke trend dat ouderen zo lang mogelijk thuis willen wonen en bij de ook uit het internationale Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap voortvloeiende wens om dergelijke personen te helpen deel te nemen aan de maatschappij.

Met betrekking tot het advies van het CBP inzake de gegevensuitwisseling en -verwerking merk ik het volgende op. Naar aanleiding van ondermeer de reactie van het CPB op de consultatieversie van het wetsvoorstel zijn de artikelen in het wetsvoorstel over gegevensuitwisseling gewijzigd. In lijn met het advies van het CPB is het hoofdstuk met de bepalingen over de gegevensverstrekking herzien. Ten opzichte van de AWBZ is de doelomschrijving van de gegevensuitwisseling tussen actoren nader gepreciseerd, waardoor de gegevensuitwisseling in de Wlz voldoende specifiek en transparant zal zijn. In de artikelen 9.1.2 en 9.1.3 is per actor zo concreet en nauwkeurig mogelijk omschreven voor welke specifieke taken gegevensverwerking en -verstrekking is toegestaan. Het advies van het CBP om, in plaats van een constructie van (onherroepelijke) toestemming te introduceren, een artikel op te nemen op grond waarvan derden, op verzoek van het CIZ, verplicht zijn het CIZ die (medische) persoonsgegevens te verstrekken, is eveneens opgevolgd.

Met betrekking tot de reactie van Actal op de consultatieversie van de wet kan ik de Kamer het volgende melden. De door Actal en een aantal overige partijen gemaakte opmerkingen over de regeldruk hebben geleid tot een verduidelijking van hoofdstuk 8 van de memorie van toelichting. Nader toegelicht is wat de eenmalige en structurele kwalitatieve gevolgen zijn van het wetsvoorstel voor de regeldruk voor burgers, zorgaanbieders en Wlz-uitvoerders.

## **15. Toekomstperspectief**

*De leden van de PvdA-fractie vragen om een toelichting op de verschillende modellen die worden overwogen voor de gehandicaptenzorg, om de voor- en nadelen van die modellen en de visie van de regering op die modellen.*

Het onderzoeken van mogelijke modellen, met hun voor- en nadelen, zal de komende jaren plaatsvinden. Dit moet zorgvuldig gebeuren. Op dit moment is van belang om eerst de veranderingen die de eerste fase met zich mee brengt te realiseren, en het zo goed mogelijk vormgeven van de transitie van AWBZ naar Wlz. In het kader van de tweede fase zal de regering terugkomen op dit onderwerp. De regering merkt daarbij op dat niet het tijdpad leidend is, maar aan welke voorwaarden moet worden voldaan om in fase twee naar een andere uitvoeringsstructuur over te kunnen gaan. Alleen als aan deze voorwaarden wordt voldaan, kan een beslissing genomen worden over fase twee.

*De leden van de fractie van de PvdA refereren aan de mogelijkheden die de regering gaat onderzoeken om de ouderenzorg risicodragend te laten uitvoeren door privaatrechtelijke verzekeraars en de gehandicaptenzorg in een ander domein onder te brengen. Zij vragen of de Tweede Kamer over dit onderzoek kan worden geïnformeerd, en zo ja, hoe en wanneer dit kan.*

De mogelijkheid tot het risicodragend overhevelen van de ouderenzorg naar de Zvw en het onderbrengen van de gehandicaptenzorg in een ander domein is onderdeel van fase twee. De Kamer zal hier te zijner tijd zeker over worden geïnformeerd. De regering heeft geen tijdpad bepaald voor fase twee. Leidend voor de regering zijn de voorwaarden waaraan voldaan moet worden om over te kunnen gaan naar een andere uitvoeringsstructuur. Besluitvorming over fase twee is pas aan de orde als aan die voorwaarden wordt voldaan. Een beslissing zal niet voor 2017 worden genomen. De Kamer zal over de plannen, afwegingen en tijdpad worden geïnformeerd.

*De leden van de fractie van de SP hebben zorgen dat in het toekomstbeeld van de regering het lijkt dat zowel de gehandicaptenzorg als de ouderenzorg naar de markt worden gebracht. Zij vragen of de regering voorkeur heeft voor uitvoering door private zorgverzekeraars, als in de ogen van de regering het vereveningsmodel voldoende goed is. Ook vragen de leden van de fractie van de SP of de regering erkent dat het risicovereveningsmodel verre van perfect is, en dat zorgverzekeraars ondanks het bestaan ervan de risico's die zij op groepen verzekerden lopen, kunnen voorspellen. Deze leden willen weten waarom de regering de mogelijkheid om deze zorg in de Zvw onder te brengen niet bij voorbaat uit sluit.*

De regering merkt op dat er op dit moment nog geen sprake is van een specifiek toekomstbeeld van de regering. Wel stelt de regering dat er ook na de stap die met de invoering van de Wlz wordt gezet, moet worden gekeken naar mogelijkheden om de doelmatigheid verder te verbeteren. De regering ziet het op termijn risicodragend overhevelen van de

ouderenzorg naar de Zvw als één van de mogelijkheden die onderzocht zou moeten worden. En de regering onderschrijft daarbij het belang van een voldoende goed werkend risicovereveningsmodel, dat is ook één van de voorwaarden. Op dit moment ligt de prioriteit bij het zo goed mogelijk realiseren van de eerste fase. Als de transitie van AWBZ naar Wlz voltooid is, komt er ruimte om de mogelijke verbeteringen die in de tweede fase kunnen plaatsvinden te onderzoeken.

*De leden van de fractie van de SP verwijzen naar de mogelijkheid tot overheveling van de ouderenzorg naar de Zvw, en vragen of het verstevigen van de relatie tussen de verzekerde en zijn verzekering de eerste zorg is van mensen die ouderenzorg nodig hebben. Deze leden wijzen de regering erop dat deze ouderen weinig tot geen keuzevrijheid hebben waar het gaat om een zorgverzekering, omdat zorgverzekeraars ouderen een hogere premie voor hun aanvullende verzekering vragen en het aanvullende pakket zo samen stellen dat deze voor hen minder aantrekkelijk wordt. Zij vragen de regering hierop te reageren. Ook vragen de leden van de fractie van de SP de regering of ouderen werkelijk zoveel heil te verwachten hebben van zorgverzekeraars als de regering lijkt te veronderstellen. Zij vragen of de regering de vrees deelt dat zorgverzekeraars als zij verantwoordelijk worden voor de uitvoering van de ouderenzorg, nog meer prikkels ervaren ouderen proberen te weren uit de zorgverzekering. Daarnaast vragen genoemde leden of de regering kan uitsluiten dat zorgverzekeraars ook meer mogelijkheden krijgen om deze zelfde groep ouderen te weren. De leden van de fractie van de SP zetten vraagtekens bij de verwachting van de regering dat zorgverzekeraars zullen proberen de beste kwaliteit tegen een gunstige prijs te bieden. Zij vragen of de regering ook het risico ziet dat zorgverzekeraars ouderen uit de door hen aangeboden verzekering proberen te houden en er helemaal niet voor kiezen om goede kwaliteit zorg aan te bieden. De leden van de fractie van de SP vinden het vertrouwen in de risicoverevening misplaatst, en het op termijn overhevelen van de ouderenzorg naar de Zvw principieel onjuist en onverantwoord. Zij vragen waarom de regering hier desondanks voor kiest. Voorts vragen zij de regering heel precies aan te geven waaraan het vereveningssysteem moet voldoen wil de regering over gaan tot overheveling van de ouderenzorg naar de Zvw.*

De regering ziet na invoering van onderhavig wetsvoorstel, dat als de eerste fase kan worden gezien, een tweede fase voor zich waarin gekeken zal worden naar verdere verbeteringen. Eén van de mogelijkheden die zal worden onderzocht betreft het op termijn risicodragend overhevelen van de ouderenzorg naar de Zvw. De regering ziet hier verschillende potentiële voordelen van. Een belangrijk voordeel naar de mening van de regering is dat in dat geval een schot wordt weggenomen, dat nu bestaat tussen Wlz-uitvoerder en zorgverzekeraar op grond van de Zvw. Juist omdat mensen die gebruik maken van ouderenzorg vaak ook gebruik maakt van curatieve zorg, kan het wegnemen van een schot tot verbeteringen van kwaliteit van zorg en doelmatigheid leiden. Een verstevigde relatie tussen de verzekerde en zijn verzekeraar, en het feit dat dat de verzekerde voor de verzekerde zorg één aanspreekpunt heeft ziet de regering als aanvullende voordelen hiervan.

De regering is van mening dat de keuzevrijheid tussen zorgverzekeraars voor alle verzekerden een cruciaal onderdeel is van het Nederlandse zorgstelsel. Voor de basisverzekering wordt de keuzevrijheid en toeganke-lijkheid geborgd door onder meer een acceptatieplicht, een verbod op premiedifferentiatie, een zorgplicht en een risicovereveningssysteem tussen zorgverzekeraars. Voor de aanvullende verzekering geldt dit niet, het al dan niet aanbieden van een aanvullende verzekering is aan de desbetreffende verzekeraar. Tegelijkertijd constateert de regering op basis

van onderzoek van de NZa dat in de afgelopen jaren in geval van weigering voor een aanvullende verzekering nagenoeg altijd een alternatief wordt geboden. Ook zijn er op dit moment volgens de NZa nog ruim voldoende aanvullende verzekeringen waarvoor geen toelatingseisen worden gesteld. De regering deelt daarom niet de opvatting van de leden van de fractie van de SP dat ouderen weinig tot geen keuzevrijheid hebben als het gaat om hun zorgverzekering.

Voor de regering is bij de besluitvorming over de mogelijkheid om op termijn de ouderenzorg risicodragend over te hevelen naar de Zvw van belang, dat aan de voorwaarden die nodig zijn om te komen tot kwalitatief goede en doelmatige zorg, wordt voldaan. Een adequaat en stabiel risicovereveningsmodel is één van die voorwaarden, juist om de verkeerde prikkels waar de leden van de fractie van de SP voor vrezen, te voorkomen. In dat kader zal de komende jaren moeten worden uitgewerkt waaraan het risicovereveningsmodel precies moet voldoen en dient er vertrouwen te zijn in de kwaliteit van het risicovereveningssysteem, in het bijzonder in de mate waarin het vereveningssysteem in staat is om verzekeraars te compenseren voor de kosten van ouderen. Alleen dan kan vanuit het perspectief van de risicoverevening, een gelijk speelveld en het wegnemen van prikkels tot risicoselectie worden besloten om eventueel over te gaan tot risicodragend overhevelen van de ouderenzorg naar de Zvw.

*De leden van de fractie van het CDA vragen op basis van het 15<sup>e</sup> hoofdstuk of de regering zelf niet gelooft in deze Wet, of dat zij de Tweede Kamer een korte en een lange termijnvisie wil presenteren.*

De regering benadrukt dat voorliggend wetsvoorstel een dragend wetsvoorstel is, waarmee de langdurige zorg toekomstbesteding wordt gemaakt. Met de invoering van de Wlz worden belangrijke stappen gezet ten aanzien van de kwaliteit van ondersteuning en zorg, het vergroten van de betrokkenheid van de samenleving en op het terrein van de financiële houdbaarheid. Tegelijkertijd meent de regering dat na invoering van de Wlz bezien moet worden of verdere verbeteringen mogelijk zijn.

*De leden van de fractie van de PVV vragen of het doel van het op termijn risicodragend overhevelen van de ouderenzorg naar de Zvw is om verder te bezuinigen. Ook de leden van de fractie van de SP vragen of de regering voornemens is grote bezuinigingen door te voeren indien de gehandicaptenzorg- en ouderenzorg zou worden overgeheveld naar de Zvw.*

De regering ziet het realiseren van bezuinigingen niet als de doelstelling van de geschetste mogelijkheid om op termijn delen van de Wlz over te hevelen naar andere domeinen, zoals de Zvw. De regering is van mening dat met de invoering van de Wlz grote stappen worden gezet, op het terrein van het verbeteren van de kwaliteit, het vergroten van betrokkenheid en het verbeteren van de financiële houdbaarheid. Tegelijkertijd vindt de regering het wenselijk om ook na invoering van de Wlz te bezien of verdere verbeteringen in de doelmatigheid mogelijk zijn. In dat kader zal de regering de mogelijkheden onderzoeken om delen van de Wlz risicodragend te laten uitvoeren binnen de Zvw. Voor de regering is daarbij leidend aan welke voorwaarden moet worden voldaan om in fase twee naar een andere uitvoeringsstructuur over te gaan.

*De leden van de fractie van D66 constateren dat met voorliggend wetsvoorstel een eerste stap wordt gezet naar een doelmatiger en kwalitatief betere langdurige zorg. En dat in een tweede stap zal worden gekeken of verdere verbeteringen in de doelmatigheid mogelijk zijn, waarbij mogelijk is om delen van de Wlz over te hevelen naar andere*

*domeinen, zoals de Zvw, en daarbij onderscheid te maken tussen gehandicaptenzorg en ouderenzorg. Deze leden vragen of de regering reeds in het kader van onderhavig wetsvoorstel deze discussie wil voeren met cliënten, partijen in de zorg en ook de beide Kamers der Staten-Generaal.*

De regering wenst in het kader van de tweede fase de mogelijkheid tot overheveling van delen van de Wlz naar de Zvw zorgvuldig te onderzoeken en zal in dat kader met alle betrokkenen uitgebreid in gesprek gaan over de voor- en nadelen van de verschillende mogelijkheden. Op dit moment ligt de prioriteit echter bij de aanpassingen die met dit wetsvoorstel worden geregeld: de transitie van AWBZ naar Wlz.

*De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom het verzekeringsrisico bij de overheid wordt belegd, welke alternatieven mogelijk zijn en wat de voor- en nadelen daarvan zijn.*

De Wlz is, net zoals de AWBZ dat was, een publiekrechtelijke sociale verzekering, met als kenmerk dat het verzekeringsrisico bij de overheid ligt. De doelgroep van de Wlz betreft ouderen met een blijvende somatische of psychogeriatrische beperking en mensen met blijvende verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen. Het gaat om een kwetsbare groep met een zware zorgbehoefte. De regering kiest er daarom voor om het model van een publiekrechtelijke sociale verzekering in stand te houden. Aan de randvoorwaarden voor een verzekering waarbij het verzekeringsrisico wordt overgedragen aan de uitvoerder, kan in 2015 niet worden voldaan. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de introductie van een adequaat vereveningssysteem. Er zijn verschillende alternatieve modellen denkbaar. Het is mogelijk om de verzekering voor langdurige zorg ook risicodragend door private verzekeraars te laten uitvoeren. In dat geval ligt het verzekeringsrisico bij private verzekeraars. Een alternatief waarin het verzekeringsrisico bij de overheid ligt, is een voorziening te creëren die door een landelijk uitvoeringsorgaan wordt uitgevoerd. Een compleet overzicht van de voor- en nadelen van elk stelsel is complex, en hangt onder meer af van de kenmerken van de zorg(sector) en de aansluiting met andere zorgdomeinen. De regering ziet in de toekomst een tweede fase voor zich voor de uitvoering van de langdurige zorg. Hiertoe zullen in de komende jaren alternatieve modellen die tot verdere verbeteringen in de doelmatigheid kunnen leiden, zorgvuldig worden onderzocht. In dat kader zullen de voor- en nadelen van die modellen aan de orde komen, evenals de voorwaarden waaraan in dat geval voldaan moet worden om tot kwalitatief goede en doelmatige zorg te komen.

## **16. Toekomstperspectief**

*De leden van de fractie van de PvdA zijn tevreden met het feit dat mensen die nu een indicatie met verblijf hebben en die daadwerkelijk in een instelling verblijven, recht houden op deze plek in een instelling onder de Wlz. Wel lezen zij dat er door de regering een uitzondering gemaakt is voor meerderjarige LVG-cliënten. Kan aangegeven worden waarom gekozen is voor deze uitzondering? Welke partijen zijn betrokken geweest bij het maken van deze beslissing? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting van de regering.*

Meerderjarige LVG-cliënten die nu een indicatie met verblijf hebben voor integrale behandelzorg (ZZP LVG) houden recht op deze plek in een instelling voor de duur van hun huidige indicatie. De regering heeft hiertoe besloten, mede na overleg met betrokken veldpartijen, omdat de zorgvorm waarop deze cliënten zijn aangewezen (ZZP LVG) immers van zichzelf een bepaalde duur kent. Na afloop daarvan kan voor deze veelal

jong-volwassen cliënten alsnog bepaald worden of zij in aanmerking komen voor de Wlz dan wel ondersteund kunnen worden door de gemeente en zorgverzekeraar.

*De leden van de fractie van de PvdA constateren dat cliënten die in de AWBZ een vpt of pgb hadden en die hun vpt of pgb in 2015 in de Wlz willen behouden, per 2015 aan de nieuwe leveringsvoorwaarden moeten voldoen. Wanneer dit niet het geval is, moeten cliënt en zorgkantoor maatregelen treffen om te zorgen dat dit wel mogelijk is. Deze leden van de fractie van de PvdA ontvangen hier graag een nadere toelichting op van de regering. Hoe worden cliënten in de gelegenheid gesteld om tijdig aan de nieuwe leveringsvoorwaarden te voldoen? Hoe worden zorgkantoren in de gelegenheid gesteld de voorwaarden tijdig te controleren? Wat gebeurt er wanneer niet tijdig aan de voorwaarden voldaan wordt? Raakt iemand dan zijn pgb of vpt kwijt? En hoe wordt de continuïteit van zorg dan geborgd? Graag een toelichting van de regering op dit punt.*

De regering heeft geconstateerd op basis van diverse rapportages over pgb-fraude dat het nodig is om de toekenningsvoorwaarden, weigeringsgronden en intrekingsgronden van het pgb aan te scherpen, zodat oneigenlijk gebruik, misbruik en fraude beter bestreden kan worden. Bij het leveren van het vpt is de instelling niet alleen verantwoordelijk voor de zorghandelingen (zoals het onder de douche zetten van een cliënt of het injecteren), maar ook eten en drinken en het noodzakelijke toezicht en permanente beschikbaarheid van de zorg. Vooral deze laatste twee elementen maken dat het vpt niet zonder voorwaarden overal en altijd (denk bijvoorbeeld aan een afgelegen huis) kan worden geleverd. In de toekomst ziet de regering dat naast het wonen in een instelling (onder voorwaarden), cliënten met behulp van het vpt en pgb meer zelfstandig kunnen wonen. Dit betekent echter ook dat het vpt, zoals we dat nu kennen gemoderniseerd moet worden om beter aan te sluiten bij de wensen van de cliënt. Als deze namelijk een partner of een naaste heeft die wilt koken dan moet dat mogelijk zijn. Bij deze flexibilisering van het vpt kunnen we de huidige nadelen aanpakken.

Er moet uiteraard voldoende tijd worden ingeruimd voor cliënt, vertegenwoordiger en zorgkantoor om aan de nieuwe eisen te voldoen. Lukt het uiteindelijk niet om aan de nieuwe voorwaarden te voldoen, bijvoorbeeld omdat de zorg in de thuissetting niet verantwoord kan worden georganiseerd, dan kan het pgb of vpt pas worden ingetrokken als overbruggingszorg of nieuwe zorg is georganiseerd via het door zorgkantoren gecontracteerde zorgaanbod. Mocht een cliënt het hiermee absoluut oneens zijn als het gaat om het pgb, dan kan deze tegen een besluit tot weigering of stopzetting van in het pgb op grond van de Algemene wet bestuursrecht bezwaar maken bij de Wlz-uitvoerder/zorgkantoor. Vervolgens is beroep mogelijk bij de rechtbank en eventueel hoger beroep bij de Centrale Raad van Beroep.

*De leden van de fractie van de PvdA constateren dat cliënten met een pgb door de wijziging in tariefstelling te maken kunnen krijgen met een direct effect op het pgb en dus ook op de geleverde zorg. De leden van de fractie van de PvdA vragen of cliënten tijdig worden geïnformeerd over de wijzigingen in de tarieven van de pgb's indien dit nog niet gebeurd is? Hoe wordt geborgd dat cliënten met een pgb voldoende budget overhouden om de benodigde zorg te kunnen blijven financieren?*

De hoogte van het pgb is onder de Wlz een afgeleide van het naturatarief dat voor een bepaald zorgzwaartepakket staat. Het naturatarief wordt daartoe opgeschoond met de component voor kapitaallasten, verblijfskosten en behandeling omdat een budgethouder in principe thuis de zorg vorm en inhoud geeft en het pgb alleen aan zorg kan worden besteed met

uitzondering van behandeling. Het pgb-tarief is zo ook gelijk aan de zorgcomponent van het naturatarief. In voorkomende gevallen kan een toeslag worden toegekend bovenop het pgb of kan sprake zijn van meerzorg en dus meer budget. Het toegekende pgb moet voldoende zijn voor elke Wlz-budgethouder om de voor hem/haar passende zorg in te kopen.

In 2013 en 2014 zijn de tarieven van het pgb voor zzp-geïndiceerde budgethouders reeds op een vergelijkbare wijze als de hierboven beschreven manier afgeleid van het naturatarief. De Invoering van de Wlz zal daardoor maar beperkte gevolgen hebben voor de hoogte van de budgetten.

De exacte rekenbedragen worden vervolgens, net als nu, in het najaar per ministeriële regeling bekend gemaakt. Op basis van de nieuwe rekenbedragen krijgen budgethouders net als elk jaar voor het nieuwe jaar een beschikking waarin het exacte pgb bekend wordt. Daarbij wordt de afbouw van budgetgaranties zoals die in het verleden is ingezet in 2015 conform het destijds vastgelegde afbouwtraject voortgezet.

*De leden van de PvdA-fractie krijgen signalen uit de branche dat zorgkantoren instellingen tegen werkt om zorg te gaan leveren aan zwaarder doelgroepen. Zij vragen of het kabinet deze signalen ook ervaren heeft en zo ja wat de regering hieraan gaat doen.*

Door het langer thuis wonen zal het budget dat beschikbaar is voor de Wlz afnemen. De zorgkantoren zullen dus op basis van nieuwe prognoses van de regionale zorgvraag en het zorgaanbod moeten nagaan hoeveel zorg er gecontracteerd kan worden. Daarbij speelt ook de verwachte toename van de zorgvraag naar meer intensieve zorgvormen een rol. Bij dit overleg worden ook de regionale zorgaanbieders betrokken. Dit betekent ook dat niet aan alle zorgaanbieders onbeperkte vrijheid kan worden geboden om de capaciteit uit te breiden. Met name deze aanbieders voelen zich tegengewerkt door de zorgkantoren. Het kabinet hecht veel waarde aan dit regionale overleg en zal stimuleren dat dit overleg tot stand komt.

*De leden van de D66-fractie constateren dat de regering voornemens is voorliggend wetsvoorstel op 1 januari 2015 in werking te laten treden. Deze leden vragen zich af in hoeverre de regering deze datum realistisch gezien haalbaar acht. Zorgkantoren en zorgaanbieders zullen ruim voordat de parlementaire behandeling van onderhavig wetsvoorstel is afgerond met elkaar in overleg moeten treden over het zorgaanbod dat in 2015 beschikbaar zal zijn. Daarbij rijst de vraag of de regering verwacht dat zorgkantoren en zorgaanbieders hun onderhandelingen zullen baseren op de thans vigerende wetgeving, danwel op onderhavig wetsvoorstel, in de wetenschap dat die laatste nog aan onzekerheid onderhevig is. Hoe wordt in dat laatste geval voorkomen dat zorgkantoren een eigen, mogelijke striktere, interpretatie geven van het voorgenomen beleid? Deze leden vragen de regering hierop te reflecteren.*

De zorginkoop is inderdaad een cruciaal proces in de voorbereidingen naar de Wlz. De voorbereidingen hiervoor zijn inmiddels gestart onder voorbehoud van parlementaire goedkeuring van de Wlz en Wmo 2015 door de Staten-Generaal en instemming met de positionering van de nieuwe aanspraak wijkverpleging en de behandeling voor zintuiglijk gehandicapten onder de Zvw. De zorginkoop zal van start gaan op basis van de vigerende wet- en regelgeving. Daarbij is als uitgangspunt genomen dat de geplande overhevelingen en decentralisaties naar Jeugdzorg, Wmo 2015 en de Zvw op 1 januari 2015 zullen gaan plaatsvinden. Daarmee worden deze vormen van zorg en ondersteuning niet meer onder het AWBZ-regime ingekocht. De zorginkoop zal de facto gaan

plaatsvinden op basis van een «versmalde» AWBZ. Geregeld is dat bij de invoering van de Wlz de rechten en plichten van zorgkantoren worden overgenomen door de Wlz-uitvoerders. In overleg met de zorgkantoren is een gezamenlijk traject gestart dat moet leiden tot vereenvoudiging, standaardisering en uniformering van (het proces van) de zorginkoop. Deze inkoop zal worden gemonitord. Gelet op deze voorbereidingen en het gegeven dat de omslag in de uitvoeringspraktijk geleidelijk zal gaan plaatsvinden acht de regering de geplande invoeringsdatum van 1 januari 2015 haalbaar.

*Mensen met een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg gaan per 1 januari 2015 over naar Wmo 2015 en/of Zvw, of de Jeugdwet. De leden van de PVV-fractie vragen waarom er geen reden is voor overgangsrecht voor deze groep. Dat kan het zo maar zijn dat iemand met ingang van 1 januari 2015 zijn extramurale zorg kwijtraakt?*

Voor mensen met een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg is in de Wmo 2015 en de Jeugdwet overgangsrecht geregeld. In beide wetten geldt overgangsrecht van maximaal één jaar, tot 1 januari 2016. Voor zorg die overgaat naar de Zvw is het als volgt geregeld. Om de continuïteit van zorg voor cliënten te borgen beschouwen verzekeraars cliënten die op 31 december 2014 een geldig indicatiebesluit voor verpleging of verzorging in de AWBZ hebben, en waarvan de geldigheidsduur nog niet is verstreken of die in zorg zijn, op 1 januari 2015 als zijnde in het bezit van een geldige verwijzing voor wijkverpleging op grond van de Zvw. Dit betekent dat alle cliënten die in zorg zijn op 1 januari 2015 zorg kunnen ontvangen van dezelfde aanbieder. Het overgangsrecht is dus niet in de Wlz geregeld maar in de wetten van de ontvangende domeinen. Het is dus niet zo dat mensen met ingang van 1 januari 2015 hun extramurale zorg kwijtraken.

*De leden van de PVV-fractie vragen of het klopt dat cliënten (met een laag zvp) van een verzorgingshuis dat omvalt wel recht blijven houden op een intramurale plaats? Zo ja, hoe gaat de regering dit faciliteren?*

Cliënten met een laag zvp die in een instelling verblijven houden op grond van het overgangsrecht hun recht op een intramurale plaats. Dit is eerder benoemd als «hebben is houden». Zij behouden dit recht ook op het moment dat een verzorgingshuis (deels) gesloten wordt, bijvoorbeeld bij renovatie. Het zorgkantoor zal dan samen met de zorgaanbieder naar een oplossing zoeken, zodat cliënten er of kunnen blijven wonen (instelling wordt overgenomen) of kunnen verhuizen naar een andere instelling.

*De leden van de PVV-fractie vragen hoe de regering het wettelijk mogelijk gaat maken dat zorginstellingen een deel van hun gebouw dat niet meer wordt gebruikt, verhuren.*

Er is geen belemmering in wet- en regelgeving voor zorginstellingen om een deel van hun gebouw te verhuren. Daarbij is soms wel meewerking nodig van andere partijen, bijvoorbeeld wanneer het gaat om toestemming van de eigenaar bij onderverhuur of de inpassing binnen gemeentelijke bestemmingsplannen. Ook is voor zorginstellingen toestemming nodig van het College Sanering Zorginstellingen. Het is echter niet zo dat er in algemene zin belemmeringen zijn om kamers of appartementen te verhuren binnen een zorginstelling.

*De regering streeft naar inwerkingtreding van de WLz per 1 januari 2015. De leden van de PVV-fractie vragen zich af waarom de regering volhardt in dit streven, ook nadat tijdens de hoorzittingen is gebleken dat niemand invoering per 1 januari 2015 ziet zitten?*



De Wlz geeft het kader voor een nieuwe uitvoeringspraktijk. Daarbij is gekozen voor een groeimodel, waarbij de weg van de geleidelijkheid wordt bewandeld. Volgend jaar zullen in deze uitvoeringspraktijk nog geen ingrijpende wijzigingen gaan plaatsvinden, zodat het veld de overgang ook kan realiseren. Momenteel wordt met alle betrokken partijen gesproken over de voorwaarden waaronder de invoering van de Wlz op 1 januari 2015 mogelijk is.

*De leden van de D66-fractie vragen of bestaande indicaties te allen tijde zullen worden geëerbiedigd, zelfs als sprake is van indicaties met een zeer lange looptijd. Tevens vragen de leden van de D66-fractie of cliënten die in de Wlz blijven in 2015 nog de zorg in extramurale functies afnemen en binnen welke termijn moeten voor deze cliënten de zorg zijn omgezet? En is het nodig dat voor deze cliënten een besluit moet worden genomen door de Wlz-uitvoerder op grond van artikel 3.3.2 (vpt) respectievelijk artikel 3.3.3?*

Cliënten met een hoog zzp behouden levenslang hun recht op zorg op grond van de Wlz. Dit is dus ongeacht de looptijd van hun AWBZ-indicatiebesluit. Cliënten met een laag zzp die verblijven in een instelling op het moment van inwerkingtreding van de Wlz of in het keuzejaar voor verblijf kiezen behouden eveneens levenslang recht op zorg vanuit de Wlz. Een uitzondering hierop zijn mensen die een indicatie hebben voor een LVG-pakket. Zij behouden recht op Wlz-zorg tot het moment dat de duur van het AWBZ-indicatiebesluit is verstreken. Mensen met een laag zzp die gedurende het keuzejaar kiezen voor thuis blijven wonen, vallen niet meer onder de Wlz maar kunnen zorg en ondersteuning krijgen vanuit de Wmo 2015 en/of Zvw. Op dat moment is hun overgangsrecht op grond van de Wlz afgelopen, ongeacht de duur van het AWBZ-indicatiebesluit. Voor mensen met een hoog zzp die thuis wonen is er vanaf 2015 geen mogelijkheid om de zorg te verzilveren in functies en klassen. Zij moeten vóór 1 januari 2015 de keuze maken voor een vpt, een pgb of alsnog verblijf in een instelling. De Wlz-uitvoerder dient een besluit te nemen of een volledig pakket of pgb aan de cliënt kan worden toegekend. Voor mensen met een laag zzp is 2015 het keuzejaar. Zij kunnen de zorg gedurende dit jaar afnemen zoals zij dat al onder de AWBZ gewend waren, dus ook in functies en klassen.

*De leden van de D66-fractie vragen voorts of de continuïteit van zorg specifiek voor ggz-cliënten in de overgangssituatie wel voldoende wordt gewaarborgd. Zij vragen dit omdat de specifieke afbakening voor de Wlz voor deze groep nog niet is afgerond. Voorkomen dient te worden dat er mensen tussen wal en schip vallen.*

Ik ben het eens met de leden van de D66-fractie dat voorkomen dient te worden dat mensen tussen wal en schip vallen. Continuïteit van zorg heeft dan ook mijn volste aandacht. Ook in de langdurige ggz is hiertoe een helder en ruim overgangsrecht opgesteld, met als uitgangspunt dat mensen die nu een indicatie voor intramurale ggz zorg hebben, vanaf 1 januari 2015 ook een beroep op intramurale zorg kunnen doen. Dit overgangsrecht is uitgewerkt in de Wmo 2015 (maximaal 5 jaar) en in de nota van wijziging Wlz. Daarnaast is in de aanloop naar het kabinetsbesluit over de positionering van de langdurige ggz intensief overleg gevoerd met aanbiederskoepels, de ggz-patiëntenkoepel, ZN en VNG. Dit heeft, in aanvulling op het overgangsrecht, geleid tot goede werkafspraken over ondermeer het borgen van de continuïteit van zorg, het voorkomen dat mensen tussen wal en schip vallen. Deze werkafspraken zijn aan de Kamer verzonden als bijlage bij de brief van 24 maart 2014 inzake de Positionering langdurige intramurale ggz aan de Kamer (Kamerstukken II, 30 597, nr. 427). Het gaat hierbij ondermeer om

afspraken over cliëntondersteuning, over een screeningsinstrument om te helpen bij de bepaling in welk domein een zorgvraag thuishoort en over samenwerking op landelijk en regionaal niveau.

## **17. Monitoring en evaluatie**

*De leden van de PvdA-fractie zijn tevreden te lezen dat de regering met betrokken partijen afspraken wil maken over de monitoring van de bereikte resultaten, de uitgavenontwikkeling en over het geheel van de langdurige zorg, door te meten en benchmarken. De beide Kamers zullen over deze monitor geïnformeerd worden. Ook wordt de werking van het wetsvoorstel periodiek geëvalueerd door een onafhankelijke partij. Is duidelijk aan welke partij gedacht wordt? Graag ontvangen deze leden hier een nadere toelichting op. Zeker aangezien deze evaluatie mede de basis kan vormen voor besluitvorming over het toekomstperspectief voor de ouderen- en gehandicaptenzorg.*

De evaluatie van de werking van de Wlz zal diverse aspecten betreffen. De evaluatie zal onder andere het de werking van de wet moeten laten zien voor wat betreft de maatschappelijke effecten, de kwaliteit, de cliëntgerichtheid, de doelmatige uitvoering, de mate van kostenbeheersing en de relatie van met de aanpalende wetten. Er zijn meerdere partijen denkbaar die een dergelijke evaluatie zouden kunnen uitvoeren. Ook is het denkbaar dat de verschillende onderdelen door verschillende (meer gespecialiseerde partijen) worden geëvalueerd. Het is nog te vroeg om hier nu reeds een beslissing over te nemen. Uiteraard zal de opzet van de evaluatie en de te kiezen onafhankelijke partij(en) aan de Kamer worden gerapporteerd. Ook zal het kabinet vanaf 2015, als de betreffende transitie zijn afgerond, met gemeenten monitoren wat de regeldrukeffecten van deze decentralisaties zijn en welke inspanningen moeten worden geleverd om eventuele negatieve effecten te verminderen. Op dit moment is het Ministerie van BZK in overleg met de ministeries van VWS, VenJ, EZ en SZW aan het bekijken op welke manier de gevolgen voor regeldruk door de decentralisaties te monitoren zijn.

*De eerste evaluatie van de wet vindt plaats binnen drie jaar na de inwerkingtreding van de Wlz. De leden van de PVV-fractie vragen of drie jaar niet te lang is. Zij zien de evaluatie bij voorkeur na 1 jaar. De Minister zal daarna telkens na vijf jaar een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van de Wlz in de praktijk aan de Eerste en Tweede Kamer overleggen. Ook hier maken de leden bezwaar tegen de termijn van vijf jaar, zij zien die evaluatie bij voorkeur om de twee jaar.*

De periode van drie jaar voor het evalueren van de invoering van de Wlz houdt verband met de periode die nodig is voor partijen die met de wet te maken hebben, er enige ervaring mee te kunnen opdoen. Een periode van drie jaar is in dat opzicht overzichtelijk. Om tegelijkertijd aan de behoefte aan informatie over de effecten van de wet te voorzien, zal ook een monitor worden vormgegeven.

Naast de evaluatie voorziet de Wlz in een monitor. De monitor moet inzicht bieden in het functioneren van de wet en de vraag in hoeverre de doelstellingen van de hervorming van de langdurige zorg betreffende de Wlz worden bereikt. De monitoring biedt bovendien de informatie om verantwoording af te leggen aan de Eerste en Tweede Kamer over de behaalde resultaten. Door monitoring kunnen de effecten jaarlijks in beeld worden gebracht. Door jaarlijks een monitor uit te brengen lijkt een tweejaarlijkse evaluatie een te zwaar instrument.

## **Artikelsgewijs**

### **Artikel 1.1.1**

*De leden van de D66-fractie hebben geconstateerd dat het gebruik van het burgerservicenummer (bsn) voor het gegevensverkeer tussen nogal wat instanties die de Wlz uitvoeren, alsmede tussen die instanties en de zorgaanbieders, verplicht wordt gesteld. Zij vragen wat dit betekent cliënten in opvanginstellingen indien zij geen bsn hebben, hun bsn niet bekend is of hun bsn om dringende veiligheidsredenen beter niet bekend kan worden gemaakt. Hoe wordt de zorg voor deze groep cliënten veilig gesteld?*

Cliënten in opvanginstellingen die geen bsn hebben, kunnen dit verkrijgen door zich in te schrijven bij een gemeente, en cliënten die die hun bsn zijn vergeten kunnen dit onder andere in hun paspoort, identiteitskaart of rijbewijs vinden. Hebben zij dergelijke documenten niet, dan kunnen ze hun bsn opvragen bij de gemeente waar zij zijn ingeschreven. De zorg die is geleverd aan cliënten die zo zwaar bedreigd worden, dat hun zorg in volstrekte anonimiteit moet worden geleverd, kan op grond van artikel 10.1.2 Wlz nadat de daar bedoelde ministeriële regeling is opgesteld door het Zorginstituut Nederland worden vergoed. Voor een verdere discussie over de mogelijkheden van dit artikel verwijs ik de leden van de fractie van D66 graag naar de discussie die plaatsvindt in het kader van de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel tot «Wijziging van de Zvw, de AWBZ en enkele andere wetten teneinde de bekostiging van anonieme e-mental health structureel te regelen en de anonieme financiering van zorg aan ernstig bedreigde cliënten mogelijk te maken» (Kamerstukken II 2012/13, 33 675, nrs. 1–3 e.v.). Artikel 10.1.2 Wlz is vrijwel gelijk aan het artikel dat met laatstbedoeld wetsvoorstel in de Zvw (en, totdat de Wlz in werking zal zijn getreden, de AWBZ) zal worden opgenomen.

### **Artikel 1.1.1**

*In de definitiebepaling van persoonlijke verzorging is opgenomen dat de ondersteuning bij of het overnemen van deze activiteiten gericht moeten zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid. De leden van de CDA-fractie vragen zich af of niet beter gesproken kan worden van «zoveel als mogelijk opheffen» van dit tekort, omdat er mensen zijn waarvoor het volledig opheffen van het tekort aan zelfredzaamheid te hoog gegrepen is. De leden van de CDA-fractie vragen zich tevens af waarom de definitiebepaling van het CAK en CIZ niet zijn verduidelijkt met omschrijvingen waar deze afkortingen voor staan. De leden van de SGP-fractie vragen naar het begrip solistisch werkende zorgverlener. Waarom is hier niet gekozen voor het begrip zelfstandig werkende zorgverlener? Is er naar het oordeel van de regering verschil tussen beide begrippen? De leden van de SGP-fractie vragen naar het begrip solistisch werkende zorgverlener. Waarom is hier niet gekozen voor het begrip zelfstandig werkende zorgverlener? Is er naar het oordeel van de regering verschil tussen beide begrippen?*

De regering is het eens met de leden van de CDA-fractie dat er helaas niet altijd sprake kan zijn van het volledig opheffen van het tekort. De inspanningen zullen vaak inderdaad gericht zijn op het zoveel opheffen van het tekort als mogelijk is. Bij overname van activiteiten van persoonlijke verzorging kan vooral worden gesproken van het opheffen van het tekort aan zelfredzaamheid, ook al zal van het volledig opheffen van het tekort op het gebied van de persoonlijke verzorging niet in alle gevallen sprake kunnen zijn.

De afkortingen CAK en CIZ worden in de praktijk al geruime tijd gebruikt als zelfstandige aanduidingen. In de wijziging van de AWBZ waarmee het

CAK als publiekrechtelijk zbo is ingesteld, is daarom gekozen voor het gebruik van de afkorting CAK als eigennaam. In lijn hiermee is ervoor gekozen ook in de Wlz de afkortingen CAK en CIZ als zelfstandige aanduidingen te hanteren.

Het begrip solistisch werkende zorgverlener is ontleend aan het wetsvoorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Het begrip solistisch werkende zorgverlener wordt gebruikt om de zorgverleners die, anders dan in dienst of onmiddellijk of middellijk in opdracht van een instelling beroepsmatig zorg verlenen, te onderscheiden van de zorgverleners die vanuit een instelling werken. Ook zelfstandigen / zzp'ers, zoals medisch specialisten, zijn werkzaam in opdracht van een instelling en worden dus niet als solistisch werkende zorgverlener aangemerkt.

### **Artikel 3.2.1**

*De leden van de CDA-fractie vragen wat in het eerste lid van artikel 3.2.1 wordt verstaan onder de zinsnede «uit oogpunt van doelmatige zorgverlening» en onder «redelijkerwijs». Zij vragen ook of het Protocol Gebruikelijke zorg van toepassing blijft. De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen of er inhoudelijk verschil is tussen de definitie van zelfzorg in art. 3.2.1. lid 2 sub d en de definitie die wordt gebruikt in paragraaf 2.1 van bijlage 1 van de Beleidsregels Indiciestelling AWBZ 2014? Zo ja, wat is daarvan de betekenis?*

De term «uit oogpunt van doelmatige zorgverlening» is aan het eerste lid van artikel 3.2.1 toegevoegd om expliciet tot uitdrukking te brengen dat de verzekerde alleen aanspraak heeft op de zorg die voor hem doelmatig is. Zowel Wlz-uitvoerders als zorgaanbieders zijn gehouden aan een doelmatige zorgverlening. Het CIZ moet bij zijn indicatiebesluit ook rekening houden met doelmatige zorg. Dit criterium gold in de AWBZ ook al bij de indicatiestelling.

Met de term «redelijkerwijs» wordt bedoeld dat de zorg nodig moet zijn gezien de behoefte en de reeds aanwezige middelen om de verzekerde te voorzien in zijn behoefte. Hieronder valt onder meer de gebruikelijke zorg, zoals die in het Blz zal worden uitgewerkt. Gebruikelijke zorg zal in de Wlz alleen zal zien op hulp die ouders aan inwonende kinderen bieden. Het oude Protocol Gebruikelijke Zorg wordt in de AWBZ al niet meer gebruikt. De Beleidsregels indicatiestelling AWBZ, die ook onder de Wlz zullen worden vastgesteld, zullen nadere invulling geven aan de gebruikelijke zorg.

Er is geen inhoudelijk verschil tussen het begrip zelfzorg binnen de Wlz en de AWBZ. De essentie bij beiden is dat het bij zelfzorg oftewel zelfverzorging, gaat om het voor zichzelf zorgen zoals zich wassen en afdrogen, zich aankleden, eten en drinken, de toiletgang, het innemen van medicijnen en het verzorgen van een wond. Daarnaast gaat het ook om het zorgdragen voor eigen gezondheid en het behouden van de eigen gezondheid zoals goed eten en fit zijn.

### **Artikel 3.2.4**

*De leden van de CDA-fractie vragen wat de regering bedoelt met de zinsnede in het eerste lid dat bij amvb kan worden bepaald dat men een eigen bijdrage moet betalen die kan verschillen naar gelang de groep waartoe men behoort.*

Deze zinsnede geeft onder meer de ruimte om de eigen bijdragen te laten verschillen naar gelang de woonsituatie van de verzekerde en diens echtgenoot. Het komt bijvoorbeeld vaak voor dat de verzekerde een partner heeft die niet in een instelling zal gaan wonen, maar zelfstandige

huisvesting heeft. In dit geval zal niet de reguliere intramurale eigen bijdrage, maar de lage intramurale eigen bijdrage gelden.

### **Artikel 3.3.3**

*De leden van de CDA-fractie vragen t.a.v. artikel 3.3.3, tweede lid onderdeel a wie de kwaliteit bepaalt. Kan de regering zich voorstellen dat de bij een pgb er een andere duiding aan het begrip kwaliteit kan of moet worden gegeven dan bij zorg in natura.*

Artikel 3.3.3. regelt dat het zorgkantoor de taak heeft om te beoordelen of het pgb zodanig besteed zal worden, dat er voldoende kwaliteit aan zorg wordt ingekocht en de zorg verantwoord kan worden verleend. De zorgkantoren moeten, in het licht van hun zorgplicht, voor hun rekening willen nemen dat een pgb wordt gebruikt in plaats van dat zorg in natura (het door het zorgkantoor ingekochte aanbod). Zeker gezien de zware zorgbehoefte van Wlz-gerechtigden moeten daarbij kwaliteitseisen voor zorg in acht worden genomen, al kan, meer dan bij zorg in natura, rekening worden gehouden met de voorkeuren van de cliënt (beleving van kwaliteit) en gebruik worden gemaakt van niet-professionele of informele zorgverleners. Het ligt in de rede dat een zorgkantoor bij de zorginkoop zorg van een (nog) hogere kwaliteit zal en wil inkopen. Bij de beoordeling of een pgb een voldoende adequaat alternatief is voor de beschikbare zorg in natura zal het zorgkantoor vooral kijken of het pgb verantwoord ingezet zal worden. Wordt bijvoorbeeld voldoende zorg ingekocht en van de juiste aard? Is de woonomgeving voldoende geschikt (te maken) voor zorgverlening thuis? De wensen en belevingen van de cliënt spelen daar een directere rol dan bij de zorginkoop door het zorgkantoor.

*De leden van de ChristenUnie-fractie merken op dat het lijkt alsof er in artikel 3.3.3., tweede lid onderdeel c te veel het woord «zodanig» staat.*

Deze constatering klopt. Deze verschrijving zal worden gecorrigeerd bij nota van wijziging.

### **Artikel 3.3.4.**

*De leden van de 50PLUS-fractie merken op dat de memorie van toelichting aangeeft dat zorg op grond van de Wlz praktisch gesproken alleen in Nederland geleverd kan worden, omdat de zorg die geleverd wordt op grond van de Wlz wezenlijk verschilt van de extramurale zorg in de huidige AWBZ. De zorg zou alleen geleverd kunnen worden in een instelling. Deze leden vragen waar dit wezenlijke verschil in zit. Ook de zeer zware Wlz-zorg kan in Nederland immers thuis of anderszins buiten de muren van een instelling geleverd worden. Voorts merken deze leden op dat in de memorie van toelichting de verwachting wordt uitgesproken dat Wlz-uitvoerders er niet toe zullen overgaan om die zorg te contracteren met zorgaanbieders die gevestigd zijn buiten het Nederlandse grondgebied. Deze leden vragen zich af hoe zich dat verhoudt met het Europees recht en de daarin vastgelegde zorgplicht? Voorts vragen de leden van de 50PLUS waarom, zoals in de memorie van toelichting is gesteld, is overwogen een verbod tot contracteren van zorg in EU-landen of landen die behoren tot de EER in de Wlz op te nemen. De leden van 50PLUS vragen waarom er hier überhaupt gesproken wordt van een verbod. Waarom wordt een dergelijk verbod overwogen? Waar is de verwachting op gebaseerd? Waarom is er niet voor gekozen om de beperking dat de zorg in Nederland niet tijdig verkregen kan worden uit te zonderen, ook met het oog op de bepaling in het tweede lid dat er na toestemming van de uitvoerder een restitutie van de kosten van in het*

*buitenland gemaakte zorgkosten kan plaatsvinden/, zo vragen deze leden. Voorts vragen deze leden of dit niet tot gevolg heeft dat Nederlanders die al jaren in het buitenland wonen, in het uiterste geval terug naar Nederland moeten terugkeren om Wlz-zorg te ontvangen? Verder vragen deze leden of de regering kan aangeven hoeveel Nederlanders er op dit moment AWBZ-zorg in het buitenland ontvangen?*

De regering hanteert als uitgangspunt dat zorg ten laste van de Wlz bij voorkeur moet worden verleend en de schaarse middelen moeten worden aangewend, daar waar de verzekerden wonen, in Nederland dus.

Daarbuiten in beginsel alleen dan als het Europees recht of een verdragsregeling inzake sociale zekerheid, daartoe verplicht. In verband met dat uitgangspunt heeft de regering inderdaad overwogen contracteren buiten Nederland, maar binnen de EU te verbieden. Contracteren buiten de EU kan sinds 1 januari 2013 op grond van de Wet AWBZ-zorg buitenland al niet meer. De regering heeft van de invoering van een dergelijk verbod afgezien omdat zij voorzag dat een dergelijk verbod Europeesrechtelijk (het vrije verkeer van diensten is in het geding) niet houdbaar zou blijken te zijn.

Het invoeren van Wlz-zorg buiten Nederland is daarom nog steeds mogelijk, maar – voor niet-gecontracteerde zorg – onder voorwaarden. In het Blz wordt voorzien in de vergoedingsmodaliteiten van de zorg die buiten Nederland wordt ingeroepen. Deze komen overeen met de voorwaarden die thans geregeld zijn in artikel 20 van het Besluit zorgaanpak AWBZ. Daartoe hoort ook de mogelijkheid dat de zorgverzekeraar toestemming geeft in gevallen waarin binnen Nederland niet tijdig aan de zorgplicht kan worden voldaan. De regering verwijst in dit kader naar de beantwoording van het verzoek van de leden van de fractie van de SP om een overzicht van de verschillen tussen de regeling voor het buitenland ingevolge de AWBZ nu en de Wlz straks.

Ten aanzien van Nederlanders die al jaren in het buitenland wonen, merkt de regering op dat deze Nederlanders niet verzekerd zijn ingevolge de AWBZ, voor zover zij althans geen arbeidsrelatie met Nederland hebben. Zij worden ook niet verzekerd onder de Wlz. Zij hebben dus in hun woonland ook geen recht op vergoeding van de Wlz-zorg ten laste van de Wlz. Wel hebben deze Nederlanders, als zij een Nederlands pensioen of uitkering hebben, ingevolge de Europese socialezekerheidsverordening in hun woonland recht op zorg volgens het wettelijk verstrekkingspakket van het woonland, ten laste van de Nederland (verdragsrecht). Daarnaast kunnen zij op grond van de Verordening in Nederland ook Wlz-zorg invoeren. Echter, opneming in een Wlz-instelling heeft – tenzij men tijdelijk in Nederland is in verband met bijvoorbeeld familiebezoek – in beginsel een permanent karakter. Zodra men zich permanent laat opnemen wordt men geacht weer in Nederland te wonen, vervalt het verdragsrecht en herleeft de verzekeringsplicht ingevolge de Wlz.

Er zijn geen gegevens bekend over het totaal aantal Nederlanders die op grond van de bestaande «buitenlandregelingen AWBZ» zorg ten laste van de AWBZ krijgen. Er zijn wel gegevens over het gebruik van de zogeheten «Overgangsregeling AWBZ». Deze is getroffen ten tijde van de Zvw. Omdat indertijd voor iedereen die met een Nederlands pensioen in het buitenland woonde een verdragsrecht op zorg ontstond, en de regering ten aanzien van het verzekeringsbeleid voor de volksverzekeringen vond (en vindt) dat deze zijn bedoeld voor de ingezetenen van Nederland tenzij op grond van een internationale socialezekerheidsregeling anders bepaald, is de tot dan bestaande verplichte AWBZ (voor ziekenfondsverzekerde pensioengerechtigden in het buitenland) en de vrijwillige AWBZ (voor niet-ziekenfondsverzekerde pensioengerechtigden in het buitenland) beëindigd. Voor degenen die op 31 december 2005 al een aanspraak ten laste van de AWBZ hadden, is geregeld dat deze kon worden voortgezet. Deze overgangsregeling heeft nu nog betrekking op zo'n 350 mensen.

#### **Artikel 4.1.2**

*De leden van de SP-fractie ondersteunen het verbod op het beogen of uitkeren van winst, dat in het wetsvoorstel aan de Wlz-uitvoerders wordt opgelegd. Zij vragen of de regering voornemens is om ook de zorgverzekeraars te verbieden winst te maken.*

Zoals de leden van de SP-fractie weten, worden de in de Zvw bedoelde zorgverzekeringen aangeboden en uitgevoerd door privaatrechtelijke zorgverzekeraars. De gedachte achter de Zvw is dat deze privaatrechtelijke zorgverzekeraars op grond van de kwaliteit van de door hen ingekochte zorg, hun eigen klantvriendelijkheid en de premies voor hun zorgpolissen, met elkaar concurreren om de gunst van verzekeringsplichtigen. Naar de mening van de regering wordt een goede concurrentie tussen verzekeraars bevorderd door de mogelijkheid om winst uit te keren aan de financiers van die zorgverzekeraars. De regering is dan ook niet van plan om dit te gaan verbieden. Bovendien zou het alsnog in de Zvw opnemen van een verbod op het hebben van winstoogmerk of het doen van winstuitkeringen in strijd komen met de Europese richtlijnen inzake het schadeverzekeringsbedrijf/Solvency II.

*De leden van de SP-fractie vragen waarom zorginkoop niet in de Wlz zelf wordt aangemerkt als dienst van algemeen economische belang.*

Deze vraag is niet te beantwoorden zonder eerst te erkennen dat de algemene toelichting in paragraaf 12.3.2 van het wetsvoorstel niet strookt met de artikelsgewijze toelichting op artikel 4.2.2, zevende lid. Deze laatste toelichting vormde een vervolg op het nader rapport, waarin naar aanleiding van een opmerking van de Raad van State werd aangekondigd dat in de Wlz een bepaling zou worden opgenomen op grond waarvan de inkoop van zorg waarmee de Wlz-uitvoerders in de Wlz worden belast, zou worden aangemerkt als een dienst van algemeen economisch belang (zie Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 4, p. 22). Aldus is in artikel 4.2.2, zevende lid, Wlz geschied, met dien verstande dat de bepaling, met het oog op mogelijke andere economische activiteiten, de werkelijke aanwijzing delegeerde naar amvb-niveau. Pas daarna is echter duidelijk geworden dat dit niet nodig is, aangezien de zorginkoop als bedoeld in de Wlz geen economische activiteit bleek te zijn. Dit is wel uitgebreid verwoord in paragraaf 12.3.2, maar heeft ten onrechte niet geleid tot wijziging van de toelichting op artikel 4.2.2, zevende lid. Het antwoord op de vraag van de leden van de SP-fractie is derhalve, dat het niet nodig is om zorginkoop als een dienst van algemeen economisch belang aan te merken omdat dat slechts zinnig kan zijn voor economische activiteiten, terwijl de zorginkoop voor de Wlz geen economische activiteit is.

Inmiddels is het inzicht nog verder voortgeschreden in die zin, dat bij een nota van wijziging op de Wlz artikel 4.2.2, zevende lid, Wlz geschrapt zal worden. Anders dan paragraaf 12.3.2 van de algemene toelichting impliceert, is de kans dat Wlz-uitvoerders in de verdere toekomst wél met economische activiteiten zullen worden belast namelijk verwaarloosbaar. Dit zou immers niet goed bij het voor de Wlz gekozen systeem passen van een verzekering van rechtswege die buiten concurrentie en risicoloos door zbo's wordt uitgevoerd.

#### **Artikel 4.2.4**

*De leden van de fractie van het CDA vragen waarom in artikel 4.2.4 Wlz niet is opgenomen dat de Wlz-uitvoerder de kosten van onnodig verleende zorg en van andere uitgaven die hoger dan noodzakelijk zijn voor eigen rekening neemt.*

Artikel 4.2.4 Wlz verplicht de Wlz-uitvoerder onder meer om maatregelen te treffen ter voorkoming van verstrekking van onnodige zorg en van uitgaven die hoger zijn dan noodzakelijk. Inderdaad is niet geregeld dat onnodig verstrekte zorg door de Wlz-uitvoerder zelf moet worden betaald. Het zal voor een Wlz-uitvoerder namelijk lastig zijn om vast te stellen of onnodige zorg verstrekt is indien dat in beperkte mate het geval is. De hoeveelheid zorg wordt straks immers in overleg tussen een zorgaanbieder en een cliënt bepaald. Indien binnen de grenzen van de CIZ-indicatie en het bijbehorende zorgprofiel aan een verzekerde iets meer zorg wordt verstrekt dan noodzakelijk, zal een Wlz-uitvoerder daar niet gemakkelijk achter kunnen komen. Het is overigens ook, zolang men binnen het zorgprofiel blijft, niet verboden om de ene cliënt wat meer te geven en de ander wat minder. Zorgprofielen geven immers een bandbreedte aan. Een zorgaanbieder die ieder van zijn cliënten teveel zorg geeft, zal overigens in de problemen komen omdat hij niet meer mag declareren dan zijn productieafspraken toestaan.

Indien de leden van de CDA-fractie echter beogen te vragen wat er gebeurt indien er sprake is geweest van fraude in de zin van evident verstrekken van zorg die niet geïndiceerd is of boven het zorgprofiel uitgaat (dan wel van het declareren van zorg die helemaal niet geleverd is), dan is het antwoord daarop dat in dat geval van de Wlz-uitvoerder actie wordt verwacht. Dat volgt al uit de hiervoor geciteerde bewoordingen van artikel 4.2.4. De NZa ziet erop toe dat de Wlz-uitvoerder een adequaat fraudebeleid voert.

Ik wijs de leden van de CDA-fractie er ten slotte nog op dat de NZa op grond van artikel 91, tweede lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen de kosten die de Wlz-uitvoerders (en derhalve ook van de zorgkantoren) zelf maken voor de uitvoering van de Wlz als niet verantwoord kan betitelen. In dat geval zal de Wlz-uitvoerder deze onverantwoorde kosten niet uit het Fonds langdurige zorg vergoed krijgen.

#### **Artikel 8.1.1**

*De leden van het CDA vragen aan de regering waarom in artikel 8.1.1, tweede lid, als eerste onderdeel a wordt genoemd bij de bespreking van het zorgplan. Deze volgorde zou niet in lijn met de memorie van toelichting zijn. In paragraaf 3.1 van de toelichting worden de onderdelen waar afspraken over moeten worden gemaakt in het zorgplan toegelicht. In de toelichting bij artikel 8.1.1 worden vervolgens de onderwerpen waar daarbij in ieder geval op moet worden ingegaan (genoemd in het tweede lid), nader toegelicht. De onderdelen van het tweede lid worden toegelicht in de volgorde van het artikel. Indien dit in een andere volgorde zou zijn toegelicht, zou dit overigens geen juridische gevolgen hebben. De volgorde van het artikellid is bovendien niet dwingend voor de inrichting of bespreking van het zorgplan. De regering geeft aan dat als mensen dat willen dagelijks moeten kunnen douchen en regelmatig naar buiten moeten kunnen. De leden van de SP-fractie merken op dat de regering dit van de oorspronkelijke Beginselenwet AWBZ heeft overgenomen. De leden vinden dit een goed uitgangspunt maar vragen zich af of dit geen loze woorden zijn van de regering. Hoe kunnen zij beloven dat mensen elke dag kunnen douchen of naar buiten kunnen, als er niet voldoende personeel is, om dit te kunnen organiseren. Hoe kan de regering een goede kwaliteit van zorg waarborgen, als nu al het personeel ontslagen wordt? De leden van de SP-fractie vragen de regering hierop in te gaan. De leden van de fractie van de ChristenUnie constateren dat met het «tijdig» verwisselen van incontinentiemateriaal, zoals genoemd in art. 8.1.1. lid 2 sub b, volgens de memorie van toelichting wordt bedoeld*



«tijdig voor de individuele verzekerde in zijn specifieke situatie». Deze leden vragen wat hier mee wordt bedoeld, en wie dit beoordeelt.

Het bedrag dat een zorgaanbieder ontvangt voor het leveren van zorg aan een cliënt met bijvoorbeeld een ZZP 5 ligt rond de 70.000 euro. Kijkend naar het bedrag vindt de regering dat dit geen belemmering moet zijn voor het leveren van kwalitatief goede zorg die aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënt. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om op het juiste moment voldoende en deskundig personeel in te zetten afgestemd op de zorgvragen van de cliënten. De ontslagen waar de leden van de SP-fractie naar verwijzen hangen samen met andere ontwikkelingen. Namelijk de extramuralisering van de zorg waardoor een verschuiving van het zorgaanbod plaatsvindt. Ik zie geen koppeling tussen ontslagen die samenhangen met extramuralisering en de uitvoering van de artikelen die zijn overgenomen vanuit de oorspronkelijke Beginselenwet. Omdat deze ontslagen samenhangen met de verschuiving van het zorgaanbod blijft er dus voldoende personeel over in de intramurale zorg om kwalitatief goede zorg te leveren die aansluit bij de wensen en behoeftes van de cliënt.

De leden van de SP-fractie verzoeken de regering tevens een overzicht sturen welke artikelen wel- en niet van de oorspronkelijke Beginselenwet AWBZ zijn overgenomen. Dit overzicht wordt hieronder weergegeven.

Artikel Beginselenwet AWBZ	Artikel Wlz (of Blz)	Artikel Wkkgz
1: begripsbepalingen	Artikel 8.1.1	Artikel 1
<i>Paragraaf 2, artikelen 2 tot en met 5 (zeggenschap van de cliënt over zijn leven)</i>	<i>Artikelen 8.1.1 tot en met 8.1.3 (zeggenschap van de verzekerde over zijn leven)</i>	–
– artikel 2	– artikel 8.1.1	
– artikel 3	– artikel 8.1.2	
– artikel 4	– artikel 8.1.3	
– artikel 5	– niet overgenomen	
<i>Paragraaf 3, artikelen 6 tot en met 8 (bescherming tegen geweld in de zorgrelatie)</i>	–	–
– artikel 6		– artikel 4
– artikel 7		– artikel 9
– artikel 8		– artikel 11
<i>Paragraaf 4 (toezicht en handhaving)</i>	–	–
– artikel 9, eerste, derde en vierde lid.	– Artikel 10.4.1	– artikel 24
– artikel 9, tweede lid	Niet overgenomen	– artikel 24, derde lid
– artikel 10	Niet overgenomen	– artikel 25
– Artikel 11	– Artikel 10.4.2	– artikel 27
– Artikel 12	–	– artikel 30
– Artikel 13	– artikel 10.4.3	– artikel 29
<i>Paragraaf 5 (Overgangs- en slotbepalingen)</i>	–	–
– Artikel 14	Artikel 12.4.5	–
– Artikel 19 (vervallen Besluit zorgplanbespreking)	Artikel 10.1.4 Blz	–
– Artikel 20 (vog)	–	– Artikel 4
– Artikel 21 (inwerkingtreding)	Niet van toepassing	Niet van toepassing
– Artikel 22 (citeertitel)	Niet van toepassing	Niet van toepassing

De regering heeft het thema van het tijdig verwisselen van incontinentiemateriaal als één van de specifieke onderwerpen benoemd waarover de zorgaanbieder het gesprek voert met de verzekerde, indien deze vanwege zijn zorgvraag op het gebruik van incontinentiemateriaal is aangewezen. Dit is belangrijk omdat het hier immers om waardigheid van die persoon gaat. De regering vindt het onwenselijk als verzekerden die vanwege hun zorgvraag op het gebruik van incontinentiemateriaal zijn aangewezen, nodeloos lang en in een ontluisterende situatie moeten wachten op

verschoning, maar anderzijds is het ook onwenselijk wanneer het materiaal te vaak verwisseld wordt en dit door de verzekerde als te belastend wordt ervaren. De afspraken over deze zorg moeten, evenals andere afspraken over de zorg, tot stand komen in goed overleg tussen zorgaanbieder en cliënt.

### **Artikel 8.1.2**

*De leden van de fracties van het CDA en de SGP merken op dat artikel 8.1.2, vierde lid Wlz voorziet in een bepaling die ertoe strekt het weloverwogen standpunt van een verzekerde te laten prevaleren boven het standpunt van diens vertegenwoordiger. De leden van de SGP-fractie vragen zich af hoe iemand die niet in staat wordt geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen toch een weloverwogen standpunt in kan nemen en hoe deze begrippen zich tot elkaar verhouden. Zij vragen tevens hoe de hulpverlener kan vaststellen dat er sprake is van een weloverwogen standpunt, dat voorrang moet krijgen en of de mogelijkheid aan de zorgaanbieder worden geboden om op goede grond af te wijken.*

De gevallen waarin de cliënt door een ander wordt vertegenwoordigd, genoemd in artikel 8.1.2, eerste lid, onder a tot en met e, van het wetsvoorstel, zien niet allemaal op gevallen waarin de cliënt zelf niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen. Vaak zal daar in ieder geval niet in absolute zin sprake van zijn. Een minderjarige van de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar, kan vaak wel degelijk redelijke waardering geven van zijn belangen en zijn redelijke wensen met betrekking tot zijn zorg kenbaar maken. Maar ook bij cliënten die zelf niet in staat zijn tot een redelijke waardering van hun belangen, zoals een dementerende oudere, is het niet altijd zo dat de vertegenwoordiger het altijd beter weet dan die cliënt. Deze oudere kan vaak nog steeds voorkeuren aangeven en daarover praten. Ook in gevallen waarin de cliënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen, kan zo veel mogelijk aan de wensen van de cliënt worden tegemoetgekomen. Ook dat kan bijdragen aan een goede kwaliteit van de zorg. Dit kan bijvoorbeeld inhouden dat in ieder geval geen afspraken worden gemaakt die haaks staan op de wensen van de cliënt. Een en ander geldt uiteraard voor zover de wensen een verantwoorde zorgverlening niet in de weg staan.

### **Artikel 11.1.1**

*De leden van de SGP-fractie merken op dat het overgangsrecht van het wetsvoorstel regelt dat een cliënt met een «laag zzp» die ervoor kiest om thuis te blijven wonen, onder de Wlz zal vallen. Indien de verzekerden met een laag zzp al in een instelling wonen, kunnen zij, ongeacht het zzp, naar de Wlz. Hier wordt onderscheid gemaakt tussen kleinschalige wooninitiatieven die worden bekostigd met pgb's en kleinschalige wooninitiatieven waarbij de zorg in natura geschiedt, aldus de leden, omdat de eerste categorie onder de uitzondering valt, maar de tweede categorie niet. De leden vragen of het vanuit het oogpunt van kostenbeheersing niet efficiënter is om deze kleinschalige wooninitiatieven waarbij zorg in natura geschiedt te stimuleren? Acht de regering het daarom wenselijk om deze kleinschalige wooninitiatieven aan de uitzondering toe te voegen?*

Het artikel waar leden van de SGP-fractie naar vragen ziet op het overgangsrecht voor bestaande AWBZ-cliënten. Bij dit overgangsrecht is allereerst van belang welke indicatie de verzekerde heeft gekregen. Vervolgens is voor de verzekerden met een genoemd «laag zzp» van belang op welke wijze zij de zorg ontvangen. Indien een verzekerde met een «laag zzp» in een instelling met een Wtzi-toelating verblijft of daar

binnen een jaar voor kiest, valt hij onder de Wlz. Kleinschalige wooninitiatieven waarbij zorg in natura wordt verleend zijn ook toegelaten instellingen. Pgb-gefinancierde kleinschalig wooninitiatieven zijn echter geen toegelaten instellingen, zodat voor de bewoners van een dergelijk initiatief is geregeld dat zij ook recht hebben op Wlz-zorg, hoewel zij een «laag zzp» hebben. Deze kleinschalige wooninitiatieven worden daardoor, voor wat betreft dit overgangsrecht, gelijkgesteld met toegelaten instellingen.

#### **Artikel 11.2.5**

*De leden van de SP-fractie hebben in de memorie van toelichting gelezen dat er een opzegtermijn van twee maanden geldt voor overeenkomsten die de zorgkantoren (namens de zorgverzekeraars) met aanbieders van AWBZ-zorg hebben gesloten. Zij vragen of dat niet te kort is. En wat is het gevolg van een opzegging voor het personeel van de zorgaanbieder? Geldt «personeel volgt werk?» Voorts vragen de leden van de SP-fractie naar aanleiding van artikel 11.2.5, vijfde en zesde lid, Wlz, of het juist is dat een hulpverlener tot zes maanden moet wachten op zijn geld. Is dat niet veel te lang?*

Een opzegtermijn van twee maanden voor overeenkomsten die onder de AWBZ tussen zorgkantoren en zorgaanbieders zijn gesloten, kan inderdaad te kort zijn. In artikel 11.2.5, eerste lid, Wlz is dan ook opgenomen dat deze *ten minste* twee maanden bedraagt. In de toelichting op het eerste lid ontbreekt ten onrechte dat «ten minste». Voor de termijn van ten minste twee maanden is overigens aangesloten bij hetgeen bij de invoering van de Zvw in artikel 2.1.6, eerste lid, in de Invoerings- en aanpassingswet Zvw was geregeld. Voor zover mij bekend heeft de termijn van ten minste twee maanden voor het opzeggen van contracten tussen ziekenfondsen en zorgaanbieders daar nooit tot problemen geleid. De regering heeft geen reden om aan te nemen dat dit bij het opzeggen van AWBZ-zorgcontracten wel het geval zou zijn.

Indien een AWBZ-zorgcontract op grond van artikel 11.2.5, eerste lid, Wlz door een zorgkantoor wordt opgezegd omdat de zorg die krachtens dat contract geleverd zou worden op grond van de Wlz niet verzekerd is, is het gezien het in de Wmo 2015 opgenomen overgangsrecht en de overgangsafspraken die in het kader van de Zvw met de zorgverzekeraars zijn gemaakt aannemelijk dat desbetreffende zorgaanbieder vervolgens contracten kan sluiten met de gemeenten of de zorgverzekeraars. Krachtens dat recht respectievelijk die afspraken hebben verzekerd die voor 1 januari 2015 recht hadden op AWBZ-zorg die naar de Wmo 2015 of de zorgverzekering gaat immers nog enige tijd recht op voortzetting van die zorg, voor rekening van de gemeenten respectievelijk de zorgverzekeraars. Te verwachten is derhalve dat per 2015 het hele personeel van zo'n zorgaanbieder dan wel – want voor nieuwe cliënten geldt geen eerbiedigende werking – een aanzienlijk deel daarvan gewoon bij hem in dienst zal kunnen blijven.

Wat betreft de termijnen, bedoeld in het vijfde en zesde lid van artikel 11.2.5 Wlz: dit zijn deadlines. Uiteraard is het gewenst als de Wlz-uitvoerder een nota eerder dan binnen drie maanden na ontvangst ervan naar het CAK doorzendt (vijfde lid) en het CAK de nota vervolgens eerder dan binnen weer drie maanden betaalt (zesde lid). Het is echter mogelijk dat er met een nota «iets aan de hand is» waardoor deze niet snel ter betaling aan het CAK kan worden doorgezonden of het CAK deze

niet snel kan betalen. Het vijfde en zesde lid van artikel 11.2.5 zorgen er dan voor dat er in ieder geval enige vaart wordt gemaakt met het oplossen van dergelijke problemen.

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