

Vergaderjaar 2013–2014

30 597

Toekomst AWBZ

Nr. 451

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 6 juni 2014

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 24 maart 2014 inzake Positionering langdurige intramurale ggz (Kamerstuk 30 597, nr. 427).

De op 16 mei 2014 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de Staatssecretaris bij brief van 5 juni 2014 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de Staatssecretaris	9

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de positionering van de langdurige ggz. Zij hebben nog enkele vragen en opmerkingen over de brief.

Kan de Staatssecretaris nader toelichten welke planning hij hanteert bij het opstellen van de objectieve inhoudelijke criteria voor toegang van ggz-cliënten tot de Wet langdurige zorg (Wlz)? Welke partijen worden door de Staatssecretaris geconsulteerd bij de vormgeving van deze toegangs-criteria?

Partijen ontwikkelen gezamenlijk een screeningsinstrument dat kan helpen bij de bepaling in welk domein iemands vraag om zorg en/of ondersteuning op het gebied van de langdurige intramurale ggz het beste past. Hoe staat dit screeningsinstrument in verhouding tot de objectieve inhoudelijke criteria voor toegang tot de Wlz?

Rondom de continuïteit van zorg is aangegeven dat cliënten die op 1 januari 2015 in zorg zijn op die een geldig indicatiebesluit hebben beschouwd worden als zijnde in bezit van een geldige verwijzing voor zorg op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Zij kunnen dan zorg ontvangen van dezelfde aanbieder. Hoe hangt dit aanbod door dezelfde aanbieder samen met de inkooprol van zorgverzekeraars in het kader van de Zvw?

Personen die drie jaar aaneengesloten gebruik maken van verblijf gericht op behandeling krijgen toegang tot de Wlz. Is voor deze mensen nog een aparte indicatie nodig voor de Wlz, of krijgen zij automatisch toegang tot de Wlz? Hoe groot is de groep die op basis van deze 3 jaar-grens toegang zal krijgen tot de Wlz?

Hoe groot is het afwentelrisico van zorgverzekeraars van de Zvw richting de AWBZ: in hoeverre hebben zij (ongewenste) prikkels en mogelijkheden om personen 3 jaar aaneengesloten te laten behandelen zodat ze de Wlz instromen? In hoeverre hebben en houden zorgverzekeraars prikkels om tot genezing te komen in de Zvw?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

Inleiding

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief waarin de positionering van langdurige intramurale op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg uiteen wordt gezet. Zij vinden het belangrijk dat mensen met psychische problemen de zorg en ondersteuning krijgen die zij nodig hebben, zowel in de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Niemand mag tussen wal en schip vallen en afwenteling moet worden voorkomen. Daarom vinden genoemde leden een soepele overheveling voor de patiënt van groot belang. Hoe gaat de Staatssecretaris borgen dat geen enkele patiënt die intramurale op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg nodig heeft tussen wal en schip valt? Wie draagt de verantwoordelijkheid en welke partij kan aangesproken worden als patiënten niet de benodigde zorg krijgen? Hoe gaat de Staatssecretaris voorkomen dat zorgverzekeraars bij vraag naar intramurale op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg naar

gemeenten wijzen, gemeenten naar de Wlz-aanbieders en de Wlz-aanbieders op hun beurt weer naar de zorgverzekeraars?

Motie Keijzer/Bergkamp

De leden van de PvdA-fractie hebben vernomen dat vanaf 1 januari 2015 gebruik wordt gemaakt van een tussenoplossing waarin intramurale op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg, verleent voor een aaneengesloten periode van minimaal drie jaar, onder de Wet langdurige zorg komt te vallen. Genoemde leden kunnen zich vinden in een behandelingsduur-criterium als tussenoplossing voor deze overheveling. Wel constateren zij dat het huidige criterium voor langdurige intramurale op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg van 365 dagen onafgebroken verblijf wordt vervangen door een criterium van drie jaar. Waarom is gekozen voor een strenger instroomcriterium dan voorheen gebruikelijk was?

Genoemde leden maken zich zorgen over de periode waarin het driejaarscriterium voor langdurige intramurale op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg overgaat in de objectieve inhoudelijke criteria voor toegang tot de Wlz. Hoe wordt er dan concreet gezorgd voor een soepele overgang van patiënten tussen de Wmo 2015, Zvw en de Wlz? Waaruit blijkt dat de gemaakte werkafspraken tussen partijen borgen dat patiënten niet tussen wal en schip vallen en verantwoordelijken de zorg niet op elkaar afwentelen? In hoeverre kan het omslagmoment tussen het driejaarscriterium en de objectieve inhoudelijke criteria er voor zorgen dat sommige patiënten die op basis van het driejaarscriterium ingestroomd zijn in de Wlz, weer worden teruggeplaatst naar de Zvw of Wmo 2015? Wat betekent dit voor de continuïteit van zorg en voor de relatie patiënt-zorgverlener? De leden van de PvdA-fractie gaan er eigenlijk vanuit dat patiënten die eenmaal een indicatie voor de Wlz hebben ontvangen, deze indicatie niet verliezen als de in- en uitstroomcriteria wijzigen, maar zien dit graag bevestigd. Bij wie kunnen patiënten terecht als partijen de zorg op elkaar proberen af te wentelen?

Als eindoplossing voor de positionering van langdurige intramurale op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg is gekozen voor objectieve inhoudelijke criteria voor in- en uitstroom naar de Wlz. Genoemde leden ondersteunen deze insteek. Wel maken zij zich zorgen om de toekomstige uitwerking. Zij vragen hoe het traject eruit komt te zien waarin de in- en uitstroomcriteria worden vastgelegd. Ook vragen zij hoe lang het naar verwachting zal duren totdat deze criteria zijn ontwikkeld en volledig zijn geoperationaliseerd. Welk tijdsplan heeft de Staatssecretaris voor ogen en wat zijn de financiële consequenties als de criteria niet geoperationaliseerd zijn voor de vaststelling van de begroting voor 2015 en die van 2016? Wat zijn de consequenties voor de Zvw-premie? Wat zijn de consequenties voor de eigen bijdrage Wlz?

De leden van de PvdA-fractie zijn benieuwd of de Staatssecretaris louter wetenschappelijke criteria in wil zetten om de in- en uitstroom van de Wlz voor patiënten met vraag naar intramurale op behandeling gerichte geestelijke zorg te regelen of dat zij verwacht dat andere criteria ook voldoen. Hoe verhoudt zich dit tot het geplande tijdsplan? Immers, de ontwikkeling van wetenschappelijk gevalideerde criteria is een jarenlang proces. Genoemde leden stellen dat de ervaring leert dat het opstellen van criteria door het veld in het verleden niet altijd het gewenste resultaat opleverde. Hoe zal er voor worden gezorgd dat het opstellen van de criteria in dit geval wel een succes wordt? Overweegt de Staatssecretaris om het Kwaliteitsinstituut een expliciete rol te geven bij het opstellen van de criteria? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe zal die rol eruit komen te zien? Tevens vragen genoemde leden of voor de operationalisering van de inhoudelijke in- en uitstroomcriteria van de Wlz voor patiënten met vraag naar intramurale op behandeling gerichte geestelijke zorg een nieuw

Besluit zorgverzekering noodzakelijk is om de geestelijke gezondheidszorg die niet onder de Wlz valt voor vergoeding in aanmerking te laten komen bij zorgverzekeraars. Wanneer wordt dit besluit openbaar? Hoe wordt gezorgd voor voldoende tijd voor relevante partijen om op ontwikkelingen in te spelen en aanvullende werkafspraken te maken over het overhevelen van patiënten, zodat niemand tussen wal en schip valt?

Ook vragen genoemde leden of er al zicht is op eventuele thema's dan wel onderwerpen waarop de in- en uitstroomcriteria van de Wlz voor patiënten met vraag naar intramurale op behandeling gerichte geestelijke zorg zich zullen richten. Worden er al concrete criteria beoogd of moet er vanaf nul worden begonnen met het ontwikkelingsproces? In hoeverre kan worden aangesloten bij criteria voor andere vormen van langdurige zorg die nu gebruikt worden in de Wlz of die in het buitenland gebruikt worden? Indien dit kan, hoe wordt dit aangepakt en hoe zal dit het proces van ontwikkeling en operationalisering beïnvloeden? Zullen de criteria een ja/nee-invulling krijgen of zijn er per criteria verschillende schalen mogelijk? Hoe wordt voorkomen dat criteria niet te dynamisch worden, waardoor er continue onduidelijkheid blijft bestaan voor bepaalde groepen patiënten? Hoe wordt in deze gevallen afwenteling van verantwoordelijkheden voorkomen? Kan in- en uitstroom voor de Wlz van patiënten in de intramurale op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg op continue basis of alleen per 1 januari? Indien in- en uitstroom op continue basis kan, hoe zal dit worden verrekend in de Zvw-premie en de eigen bijdrage Wlz van de patiënt? Hoe houdt de Staatssecretaris rekening met het overhevelen van financiën tussen de Wlz en Zvw?

De leden van de PvdA-fractie vragen of het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) straks gaat indiceren of aan de in- en uitstroomcriteria voor patiënten met langdurige zorgvraag naar geestelijke zorg is voldaan. Ook vragen zij of het indiceren een continue proces wordt waarbij patiënten steeds een nieuwe indicatie krijgen. Wie gaat alle verzamelde gegevens beheren en hoe wordt de privacy van de patiënt zo veel mogelijk beschermd? Mogen zorgverzekeraars en zorgkantoren patiënten en aanbieders dwingen om patiënteninformatie te verschaffen, ook al heeft de patiënt hier bezwaar tegen aangetekend? Wat kunnen patiënt en zorgaanbieder ondernemen als de zorgverzekeraars en zorgkantoren ondanks bezwaar alsnog gegevens eisen? Is, mede over dit punt, advies ingewonnen bij het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) en hoe is hier invulling aan gegeven? Hoe wordt er gezorgd voor een zo objectief mogelijk indicatiebeoordeling met zo min mogelijk administratieve lasten?

De leden van de PvdA-fractie hebben een aantal vragen over de bekostiging van de langdurige op behandeling gerichte intramurale geestelijke gezondheidszorg en de toepasbaarheid van het marcobehersinstrument. Deze vragen stellen zij in de gelijktijdige schriftelijke inbreng over de voorhangbrief die zich op deze onderwerpen richt.

De leden van de PvdA-fractie constateren dat beschermd wonen per 2015 wordt ondergebracht in het gemeentelijk domein. Een goede zaak vinden genoemde leden, want gemeenten kunnen als regisseur zorgdragen voor een verhoogde kans op herstel en maatschappelijke participatie van de patiënt. Wel vragen zij hoe de overgang naar de Wmo 2015 voor mensen die beschermd wonen met zorgzwaartepakket C concreet geregeld wordt, zodanig dat niemand tussen wal en schip valt. Welke rol gaat de robuuste overgangperiode van vijf jaar, of zolang de zorgindicatie duurt, daarin spelen? Waaruit blijkt dat deze overgangperiode en gemaakte werkafspraken voldoende waarborgen kennen voor een zachte landing? Wie gaat er ingrijpen als er mensen tussen wal en schip vallen? Tevens vragen genoemde leden hoe wordt gezorgd voor eenduidige inspectie op de kwaliteit van beschermd wonen door gemeenten. Hoe zal worden geborgd dat er eenduidige criteria komen waarmee de gemeente de inspectie zal uitvoeren, zodat de kwaliteit en veiligheid van beschermd wonen in alle gemeenten op orde is?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie staan positief tegenover het uitgangspunt dat mensen met psychische problemen de juiste zorg en ondersteuning dienen te krijgen. Zoals gezegd maken deze leden zich echter zorgen of dat uitgangspunt wel bereikt wordt met het versnipperen van de langdurige intramurale ggz over meerdere wetten. Zeker gelet op de hiermee gepaard gaande bezuinigingen. Genoemde leden verwachten een uitgebreide reactie op dit punt. Waarom kiest de Staatssecretaris er niet voor om alle mensen met een psychiatrische beperking onder één wet te laten vallen, zodat duidelijk is waar mensen terecht kunnen voor geestelijke gezondheidszorg? Welke overwegingen liggen hieraan ten grondslag? Zou dan de volksverzekering AWBZ waar in principe geen sprake is van concurrentie en marktwerking niet het meest voor de hand liggen gezien de kwetsbare situatie waarin psychiatrische patiënten verkeren?

Wlz

De leden van de SP-fractie hebben begrip voor een tussenstap gezien het feit dat toegang tot de Wlz voor ggz-cliënten per 1 januari 2015 niet haalbaar blijkt. Genoemde leden hebben echter twijfels bij het driejaarscriterium dat daarbij voorgesteld wordt. Wat is de overweging geweest om uitgerekend voor drie jaar te kiezen? Waarom niet voor 1 jaar, 2 jaar of 5 jaar? Hoeveel mensen doen langer dan drie jaar een beroep op de ggz? Deze leden vragen tevens of er ook cliënten buiten de boot vallen bij dit rigide criterium en wat hiervan de gevolgen zijn voor desbetreffende cliënten. Kunt u dit toelichten?

De leden van de SP-fractie juichen de beoogde zorgvuldigheid met betrekking tot de ontwikkeling en operationalisering van de toegangscriteria toe. Wel vragen zij op welke wijze de Staatssecretaris gaat beoordelen of toegangscriteria voldoende helder zijn bij alle betrokkenen, alvorens tot invoering overgegaan wordt. Ook ontvangen zij graag een reactie op de vraag wat voor termijn de Staatssecretaris beoogd en of hij bereid is die los te laten als dat een zorgvuldige overgang in de weg dreigt te staan.

Wmo 2015

De leden van de SP-fractie hebben grote twijfels of de kansen op participatie, herstel en ontwikkeling daadwerkelijk vergroot worden voor mensen die beschermd wonen, bij invoering van de Wmo 2015 en bijbehorende bezuinigingen. Genoemde leden vragen op welk onderzoek de Staatssecretaris zich baseert wanneer hij dit zo stelt. Voorts vragen zij bij wie de rekening voor het zogezegde «robuuste overgangsrecht» in afwachting van de ontwikkeling van overgangscriteria, komt te liggen. Komen de transitiekosten voor rekening van de gemeenten en dus bovenop de reeds voorgenomen bezuinigingen? Zo ja, dan vragen deze leden zich eens te meer af hoe de kansen op participatie, herstel en ontwikkeling daadwerkelijk vergroot worden voor mensen die beschermd wonen.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de positionering van de langdurige intramurale ggz. Deze leden verzoeken de Staatssecretaris om de vragen individueel te beantwoorden.

De Staatssecretaris geeft in de brief aan dat hij met het plan voor de overheveling van de langdurige intramurale op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg naar de Zorgverzekeringswet een goede

invulling aan de motie Keijzer/Bergkamp geeft. De leden van de CDA-fractie zijn echter een andere mening toegedaan. In het debat hebben genoemde leden aangegeven dat zij bij voorkeur de langdurige geestelijke gezondheidszorg in de Wet langdurige zorg wil behouden. Dit gebeurt met de uitvoering van deze motie niet.

Deze leden hebben de overtuiging dat geen onderscheid dient te worden gemaakt tussen langdurige geestelijke en lichamelijke zorg.

Genoemde leden maken zich grote zorgen over het feit, dat de Staatssecretaris op dit tempo de overheveling van de langdurige intramurale op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg doorzet. De Staatssecretaris geeft zelf ook aan dat de tijd te kort schiet om objectieve inhoudelijke criteria voor toegang tot de langdurige zorg te formuleren. Daarom komt hij met het criterium van drie jaar in de langdurige zorg. Zorgverzekeraars Nederland hebben ook aangegeven dat zij uitstel van de overheveling willen tot 1 januari 2016. Dit vinden de leden van de CDA-fractie een verstandige opstelling. Zij willen graag van de Staatssecretaris weten of hij de overheveling tot 1 januari 2016 gaat uitstellen.

Daarnaast missen genoemde leden in beide brieven belangrijke informatie om inzicht te krijgen in de omvang van deze overheveling.

Onduidelijk is nu hoe groot de omvang van deze overheveling is en hoeveel patiënten/cliënten in een ander zorgsysteem terecht komen. Ook is het deze leden niet helder hoe groot de bezuiniging is die op de overheveling van de langdurige op behandeling gerichte intramurale ggz is en hoe groot de bezuiniging is op de ZZP GGZ C naar de gemeenten. Graag krijgen zij een overzicht van de Staatssecretaris met de hoeveelheid patiënten per ZZP GGZ B die overgeheveld gaat worden naar de Zorgverzekeringswet. Daarnaast willen deze leden graag weten hoe groot het bedrag van de over te hevelen zorg is per ZZP GGZ B en in totaal naar de Zorgverzekeringswet. Zij zien graag een berekening tot welke verhoging van de nominale rekenpremie gaat leiden. In welke mate moeten zorgverzekeraars ook hun reserves ophogen (solvabiliteit)? In de brief over de premiegevolgen hebben de bewindspersonen hierover nog geen duidelijkheid gegeven.

De leden van de CDA-fractie verzoeken de Staatssecretaris ook om informatie over hoeveel patiënten naar ZZP GGZ C overgaan, hoe groot de omvang van dit bedrag is.

Wat gebeurt er als gemeenten in de overgangsfase concluderen dat iemand met ZZP GGZ C toch dusdanige zware problematiek heeft, dat die patiënt in de langdurige zorg thuishoort. Bij wie kunnen gemeenten dan aankloppen? De leden van de CDA-fractie nemen aan, dat de deur tot de langdurige zorg in de overgangsfase niet op slot gaat. Kan de Staatssecretaris aangeven hoe ver het staat met de ontwikkeling van criteria om ook mensen met een GGZ C indicatie in de Wlz te laten instromen. Kan de Staatssecretaris aangeven wanneer een en ander duidelijk zal zijn? Daarnaast vragen zij van de Staatssecretaris de bevestiging dat alle patiënten met een ZZP GGZ C 24x7 zorg en verblijf behouden. De Staatssecretaris geeft aan dat de lopende ZZP C indicatie die voor een korte periode dan vijf jaar geldt tijdens de overgangsfase kan aflopen. Op basis van welke criteria kan iemand met een aflopende indicatie een nieuwe indicatie krijgen?

Er is ook een categorie patiënten die nu van ZZP GGZ C weer naar ZZP GGZ B gaan en omgekeerd. Dit hangt samen met hun ziektebeeld. Hoe gaat de Staatssecretaris in deze overgangsfase en later om met deze «draaideur-cliënten» om? Kan er ook sprake zijn van zogenoemde overbruggingszorg voor cliënten en wie wordt hier verantwoordelijk voor? De werkafspraken zullen al gelang naar het onderwerp nader worden uitgewerkt in landelijke, regionale en lokale tafels. Hoeveel verschillende tafels kunnen dit er maximaal zijn? Dit geeft de indruk dat er straks meer dan vier honderd tafels zullen zijn waarbij iedere partij het wiel opnieuw uitvindt. Genoemde leden vragen op welke wijze de Staatssecretaris de

uitwerking van de in de bijlage genoemde thema's afstemt op de vele overlegtafels in het land. Hoe vult de Staatssecretaris zijn systeemverantwoordelijkheid concreet in?

Het Ministerie van VWS zal het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) verzoeken om in 2014 aandacht te besteden aan de afbakening van de langdurige intramurale ggz in Zvw, Wlz en Wmo 2015. Deze leden willen graag weten wanneer het CVZ met het rapport komt. Daarbij vragen zij ook op welke wijze de Staatssecretaris van plan is om het rapport in de wetgeving te verwerken.

De Staatssecretaris benadrukt het belang van goede monitoring en evaluatie. De leden van de CDA-fractie verzoeken de Staatssecretaris om een nulmeting op 31 december 2014 te houden, zodat de effecten van beleid ook goed inzichtelijk worden.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie vragen waarom er niet voor gekozen is om de gehele langdurige ggz-zorg in de Wlz op te nemen. Kan de Staatssecretaris een verduidelijking geven van het begrip langdurig? Deze leden verwachten extra bureaucratie door het opstellen van allerlei complexe en inhoudelijke criteria waaraan voldaan moet worden om toegang te verkrijgen tot de Wlz. Kan de Staatssecretaris toezeggen dat hij er alles aan zal doen om te voorkomen dat er ellenlange vragenlijsten ingevuld moeten worden? Voorts zouden deze leden willen weten op welke termijn de criteria om toegang te verkrijgen tot de Wlz voorhanden zijn. De leden van de PVV-fractie vragen waarom er met de overheveling van de langdurige ggz niet gewacht kan worden totdat alle gewenste aanpassingen gereed zijn, zodat een overgangsfase met nodeloos gesleep van Wmo naar Wlz niet nodig is?

De leden van de PVV-fractie willen graag weten hoeveel cliënten er de afgelopen drie jaar, drie jaar gebruik hebben gemaakt van aaneengesloten verblijf gericht op behandeling? Kan de Staatssecretaris hierbij aangeven welke zorgzwaarten dit betreffen? Wanneer iemand drie jaar of langer intramuraal behandeld wordt, is de kans groot dat hij blijvend aangevoelen is op zware intramurale zorg. Hoe reëel is de kans dat iemand na drie jaren aaneengesloten verblijf op behandeling gericht nog uit de ggz-instelling zal komen? Hoe reëel is die kans na 2 jaar? Hoeveel van deze gevallen zijn bij u bekend?

Op 1 januari 2015 heeft een patiënt bijvoorbeeld 2,5 jaar aaneengesloten verblijf gericht op behandeling gehad. Wat gebeurt er met deze persoon op 1 januari 2015 en op 1 januari 2016?

De leden van de PVV-fractie zouden graag willen weten waarom de keuze is gemaakt om de bekostiging niet de eerste 365 dagen maar de eerste 3 jaar via de Zvw te laten lopen. Blijft deze termijn van 3 jaar gehandhaafd als de criteria om in de Wlz te komen gedefinieerd zijn?

Kunt u een aantal concrete voorbeelden noemen van objectieve inhoudelijke criteria voor toegang voor ggz-cliënten tot de Wlz? Over zo'n 8 maanden zullen mensen wel al de Wmo en Zvw instromen, zijn hiervoor al criteria bekend, zo ja welke? De PVV-fractie maakt zich zorgen over afwenteling binnen de Wmo en Wlz, inhoudelijke criteria zullen dit niet voorkomen, door wie wordt er getoetst?

Zorgverzekeraars worden vanaf 2015 op grond van de Zvw verantwoordelijk voor de eerste 3 jaar op behandeling gerichte intramurale ggz voor volwassenen, hierdoor zullen zij meer kosten maken dan voorheen. De leden van de PVV-fractie zijn benieuwd wat de consequenties zijn van deze maatregel op de hoogte van de premie. Wat betekent de verschuiving voor de doorlooptijd van de huidige DBC's? De overheveling van de langdurige ggz naar de Zvw vindt plaats terwijl er nog geen duidelijkheid is over de nieuwe productstructuur. Kan de Staatssecretaris aangeven wanneer hier meer duidelijkheid over verwacht kan worden?

De leden van de PVV-fractie denken dat het gelijk speelveld tussen de zorgverzekeraars wordt aangetast. Lopen de kleine zorgverzekeraars niet meer risico doordat de ex-ante risicoverevening nog niet optimaal is? Hoe wordt dit ondervangen?

Vanaf 1 januari 2015 zal beschermd wonen in zijn geheel ondergebracht worden in het gemeentelijk domein. Hoeveel mensen betreft dit? Welk budget is er per gemeente beschikbaar gesteld voor beschermd wonen? Hoe is dit budget tot stand gekomen? Wat is het huidige budget? Wat is het verschil tussen verblijf gericht op behandeling en beschermd wonen? De leden van de PVV-fractie zouden graag enkele voorbeelden willen van beschermd wonen. Welke zorg ontvangen bewoners van deze woonvorm zoal gedurende een week? De leden van de PVV-fractie zouden tevens enkele voorbeelden willen van zorg gericht op participatie, herstel en ontwikkeling die gemeenten gaan geven? Wie controleert of de gemeenten deze behandelingen aanbieden nu er met het vervallen van de compensatieplicht geen wettelijk recht op zorg meer is? Op welke manier wordt deze controle uitgevoerd? Aangegeven wordt dat door het beschermd wonen onder te brengen in de Wmo, voorkomen wordt dat het hele leven van iemand die geestelijke gezondheidszorg nodig heeft, wordt gemedicaliseerd. Kan de Staatssecretaris dit nader toelichten? De leden van de PVV-fractie vinden dat gemeenten een grote verantwoordelijk krijgen met de zorg voor deze groep mensen, op welke manier bereiden gemeenten zich op dit moment voor op deze zorgtaak, nu in veel gemeenten nog niet eens colleges zijn gevormd?

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie tonen zich tevreden met de wijze waarop de Staatssecretaris uitvoering heeft gegeven aan de motie-Keijzer/Bergkamp ten aanzien van de positionering van de langdurige intramurale ggz. Hiermee krijgt ook een deel van de ggz-cliënten recht op zorg in het kader van de Wet langdurige zorg en zijn psychische of psychiatrische een criterium voor toegang tot de Wlz. Zij zijn van mening dat met de door de Staatssecretaris voorgestelde «tweetrapsraket» een realistisch en haalbaar pad wordt bewandeld naar het eindperspectief waarbij ook ggz-cliënten op basis van objectieve zorginhoudelijke criteria toegang kunnen krijgen tot de Wlz. Zij hebben nog enkele vragen, die ze hierbij aan de Staatssecretaris voorleggen.

Hoewel wordt gestart met ontwikkelen en formuleren van inhoudelijke criteria voor de toegang tot de Wlz voor langdurige ggz-cliënten, zullen deze niet gereed zijn voor de door de regering voorziene inwerkingtredingsdatum voor de Wlz van 1 januari 2015. De leden van de D66-fractie hebben daarvoor begrip. Zorgvuldigheid staat ook wat hen betreft voorop. Wel vragen zij de Staatssecretaris inzichtelijk te maken wat het voorziene tijdschema is voor dit onderzoekstraject, en wat in zijn ogen wel een realistische deadline is om deze criteria gereed te hebben. Zij vragen dit omdat de periode van onzekerheid voor een kwetsbare groep cliënten, alsook voor zorgaanbieders, zo kort mogelijk dient te zijn.

Vooruitlopend op de totstandkoming van objectieve en inhoudelijke criteria zal gebruik worden gemaakt van het driejaarscriterium. De leden van de D66-fractie hebben enige vragen hoe dit criterium in de praktijk van de uitvoering zal uitpakken. Zo vragen zij of het kan voorkomen dat een ggz-cliënt in korte tijd tweemaal wordt geconfronteerd met een overgang naar een andere wet: eerst van de Awbz naar de Zvw indien nog niet wordt voldaan aan het driejaarscriterium, en daarna van de Zvw naar Wlz zodra dat wel het geval is. Zo ja, kan de Staatssecretaris een inschatting maken om hoeveel mensen het daarbij mogelijk gaat? Iets dergelijks lijkt mogelijk voor cliënten die thans beschikken over een zorgzwaartepakket ggz-C. Zij vallen met ingang van 1 januari 2015 in het kader van beschermd wonen onder de Wmo 2015 en daarmee onder de

verantwoordelijkheid van de gemeente. Echter, ook voor deze groep geldt dat zij te zijner tijd in aanmerking kunnen komen voor de Wlz indien zij voldoen aan de objectieve en zorginhoudelijke criteria. Daarmee dreigt te ontstaan dat cliënten voor de duur van de ontwikkeling van de criteria komen te vallen onder Wmo, en daarna de Wlz. Genoemde leden achten het van belang dat zoveel mogelijk wordt voorkomen dat tussen de verschillende wetten (Zvw, Wmo 2015 en Wlz) wordt «geschoven» met cliënten. Niet alleen is dat voor cliënten zelf onwenselijk, dat geldt zeker ook voor de uitvoering door zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren. Deze leden ontvangen op dit punt graag een reactie van de Staatssecretaris.

De leden van de D66-fractie hebben tot slot een aantal vragen ten aanzien van het overgangsrecht. In hoeverre kunnen cliënten erop rekenen dat zij de zorg bij hun huidige zorgaanbieder kunnen blijven betrekken, zowel tijdens als na de overgangsperiode? Op welke wijze zal worden omgegaan met cliënten die thans op een wachtlijst staan?

II. Reactie van de Staatssecretaris

Reactie op de vragen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie vragen mij nader toe te lichten welke planning ik hanteer bij het opstellen van de objectieve inhoudelijke criteria voor toegang van ggz-cliënten tot de Wet langdurige zorg (Wlz). Tevens vragen zij welke partijen door mij worden geconsulteerd bij de vormgeving van deze toegangs criteria.

Ik licht dat graag nader toe. Ik ben voornemens Zorginstituut Nederland op korte termijn onderzoek te (laten) verrichten naar een nieuwe manier van vaststellen of een verzekerde in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz) recht heeft op een integraal zorgpakket op grond van die wet. Het gaat om een onderzoek naar de factoren die maken dat iemand aan de criteria van de Wlz voldoet, naar de wijze waarop die meetbaar zijn, en naar de manier waarop de resultaten van de meting afgewogen moeten worden. In dat kader vraag ik Zorginstituut Nederland ook om mij te adviseren over objectieve inhoudelijke toetsingscriteria voor toegang van ggz-cliënten tot de Wlz. Het streven is dat dit onderzoek zo snel mogelijk start en begin 2015 wordt afgerond. Ik heb het Zorginstituut verzocht om in ieder geval de partijen die betrokken zijn bij de werkafspraken langdurige ggz hierbij te consulteren. Mede op basis van het advies van het Zorginstituut neem ik een besluit over de vaststelling en implementatie van de objectieve inhoudelijke criteria. Dat zal ook het moment zijn waarop een invoeringsdatum kan worden bepaald. Aangezien de invoering van inhoudelijke criteria voor toegang tot de Wlz aanpassingen op wetsniveau vereist, gegeven het voornemen om de driejaarsgrens ook in de Wlz vast te leggen, zal de invoeringsdatum niet vóór 1 januari 2016 liggen. De leden van de VVD-fractie geven daarnaast aan dat partijen gezamenlijk een screeningsinstrument ontwikkelen dat kan helpen bij de bepaling in welk domein iemands vraag om zorg en/of ondersteuning op het gebied van de langdurige intramurale ggz het beste past. Zij vragen hoe dit screeningsinstrument in verhouding staat tot de objectieve inhoudelijke criteria voor toegang tot de Wlz.

Zoals in de werkafspraken langdurige ggz is benoemd zijn ook in de dagelijkse praktijk van toeleiding of verwijzing naar passende zorg en ondersteuning hulpmiddelen nodig om te voorkomen dat mensen tussen wal en schip vallen. Het te ontwikkelen screeningsinstrument wordt een dergelijk hulpmiddel. De objectieve inhoudelijke criteria die worden ontwikkeld door het Zorginstituut vormen de basis voor het bepalen van toegang tot de Wlz, het screeningsinstrument kan verwijzers, toeleiders

tot zorg, begeleiders en cliëntondersteuners helpen bij de bepaling in welk domein iemands vraag om zorg en/of ondersteuning op het gebied van de langdurig intramurale ggz het beste past. Dit hulpmiddel wordt dus voorafgaand aan eventuele indicatiestelling door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) gebruikt. Afgesproken is dat er nauwe afstemming zal plaatsvinden tussen de opstellers van het screeningsinstrument en het Zorginstituut en het CIZ, om ervoor te zorgen dat het screeningsinstrument zo goed mogelijk aansluit bij in de wet- en regelgeving van de verschillende domeinen vastgelegde toegangscriteria en aanspraken.

De leden van de VVD-fractie wijzen er op dat rondom de continuïteit van zorg is aangegeven dat cliënten die op 1 januari 2015 in zorg zijn en op die datum een geldig indicatiebesluit hebben beschouwd worden als zijnde in bezit van een geldige verwijzing voor zorg op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Zij kunnen dan zorg ontvangen van dezelfde aanbieder. Hoe hangt dit aanbod door dezelfde aanbieder samen met de inkooprol van zorgverzekeraars in het kader van de Zvw?

De zorginkoop voor het tweede en derde jaar intramuraal verblijf wordt vanaf 2015 onderdeel van de zorginkoop voor de curatieve ggz. Zorgverzekeraars contracteren daarbij op individuele basis bij zorgaanbieders. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders zullen er in de contractering rekening mee moeten houden dat cliënten die op 1 januari 2015 in zorg zijn en op die datum een geldig indicatiebesluit hebben van dezelfde aanbieder zorg kunnen ontvangen. Het betreft hier namelijk lopende behandelingen. Deze situatie is dan ook vergelijkbaar met casus waarin een verzekeraar besluit een zorgaanbieder niet meer te contracteren. Ook dan kan de verzekerde bij die behandelaar zijn behandeling afronden. Zowel ZN als de koepels van zorgaanbieders ondersteunen overigens deze overgangsafspraak.

De leden van de VVD-fractie vragen of personen die drie jaar aaneengesloten gebruik maken van verblijf gericht op behandeling, toegang krijgen tot de Wlz. Is voor deze mensen nog een aparte indicatie nodig voor de Wlz, of krijgen zij automatisch toegang tot de Wlz?

Voor mensen die op 1-1-2015 al drie of meer jaar intramuraal behandeld worden, geldt dat zij op grond van het overgangsrecht in de Wlz automatisch overgaan naar de Wlz. Er is geen sprake van een apart indicatietraject. Voor mensen die na 1-1-2015 de driejaarsgrens bereiken, geldt dat de behandelaar wanneer de driejaarsgrens dichtbij komt, beoordeelt of voortgezet verblijf onder de Wlz voor de betreffende cliënt aan de orde is. Als dit oordeel positief is, zal het CIZ nagaan of inderdaad gedurende een onafgebroken periode van drie jaar intramurale ggz ten laste van de zorgverzekering is genoten. In dat geval zal het CIZ een indicatiebesluit afgeven en daarmee het recht op zorg op grond van de Wlz vaststellen. Ook zal het CIZ vaststellen welk zorgprofiel het meest passend is voor de betreffende cliënt.

Verder vragen de leden van de VVD-fractie hoe groot de groep is die op basis van deze 3 jaargrens toegang zal krijgen tot de Wlz.

Op basis van gegevens van VEKTIS over 2013 kan een globale inschatting gemaakt worden van het aantal mensen dat per 1-1-2015 toegang zal krijgen tot de Wlz omdat zij langer dan drie jaar intramuraal verblijven. Het gaat om zo'n vierduizend personen. Eveneens op basis van gegevens van VEKTIS is de inschatting dat totdat de objectieve inhoudelijke criteria worden ingevoerd, vervolgens jaarlijks enkele honderden mensen vanwege de driejaarsgrens vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) in de Wlz zullen instromen. Overigens is dit aantal dit sterk afhankelijk van de mate

waarin aanbieders en verzekeraars erin zullen slagen de opnameduur te verkorten en succesvol te ambulantisieren. Wanneer aanbieders en verzekeraars hierin slagen zal het aantal mensen dat jaarlijks de driejaarsgrens bereikt afnemen.

Tot slot vragen de leden van de VVD-fractie hoe groot het afwentelrisico van zorgverzekeraars van de Zvw richting de AWBZ is: in hoeverre hebben zij (ongewenste) prikkels en mogelijkheden om personen 3 jaar aaneengesloten te laten behandelen zodat ze de Wlz instromen? In hoeverre hebben en houden zorgverzekeraars prikkels om tot genezing te komen in de Zvw?

Ik ben het met de leden van de VVD-fractie eens dat afwenteling tussen domeinen zoveel mogelijk voorkomen moet worden. Ondermeer vanwege het minimaliseren van de prikkel tot afwenteling is het belangrijk om in de Zvw de huidige 365-dagen grens tussen Zvw en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) te vervangen door een driejaarsgrens. Zorgverzekeraars hebben vanaf 2015 niet langer het perspectief dat veel «dure» mensen al 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. De verwachting is dan ook dat zorgverzekeraars zorgaanbieders nog meer dan nu zullen stimuleren om in te zetten op ambulantisering en herstel, omdat dit zowel op de korte als langere termijn doelmatiger is, ook voor de zorgverzekeraar.

Reactie op de vragen van de PvdA-fractie

Inleiding

De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe het kabinet gaat borgen dat geen enkele patiënt die intramurale op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg nodig heeft tussen wal en schip valt, wie de verantwoordelijkheid draagt en welke partij kan worden aangesproken als patiënten niet de benodigde zorg krijgen. Zij vragen hoe het kabinet gaat voorkomen dat zorgverzekeraars bij vraag naar intramurale op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg naar gemeenten wijzen, gemeenten naar de Wlz-aanbieders en de Wlz-aanbieders op hun beurt weer naar de zorgverzekeraars.

Juist om te voorkomen dat cliënten tussen wal en schip vallen zet het kabinet in op een zorgvuldige transitie. In de eerste plaats is een robuust overgangsrecht vormgegeven, zoals ook in de brief toegelicht. Mensen behouden nog geruime tijd de aan hun indicatie verbonden rechten. Daarnaast wijs ik op de werkafspraken transitie langdurige ggz. Daarin gaat het onder meer over de samenwerking tussen partijen en continuïteit van zorg. Partijen zijn ervan overtuigd dat deze werkafspraken de basis kunnen vormen voor een goede landing van de langdurige ggz in het nieuwe stelsel. Afspraken over de overgang van cliënten tussen de verschillende systemen dienen op regionaal niveau te worden gemaakt tussen gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren op zodanige wijze dat cliënten hiervan geen hinder ondervinden. Ook cliëntenorganisaties, aanbieders en woningcorporaties kunnen bij het maken van deze afspraken worden betrokken. In beginsel zijn de financiers van de zorg de eerstverantwoordelijke partijen om te voorzien in de behoefte aan zorg en ondersteuning van hun cliënten en kunnen zij daarop worden aange-

sproken. Dat laat onverlet dat ook ik vanuit mijn verantwoordelijkheid er op zal toezien dat zoveel mogelijk voorkomen wordt dat cliënten tussen wal en schip komen.

Motie Keijzer/Bergkamp

De leden van de PvdA-fractie constateren dat het huidige criterium voor langdurige intramurale op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg van 365 dagen onafgebroken verblijf wordt vervangen door een criterium van drie jaar. Zij vragen waarom is gekozen voor een strenger instroomcriterium dan voorheen gebruikelijk was.

Ik licht de leden van de PvdA fractie graag toe waarom is gekozen voor een criterium van drie jaar. Zoals ik in mijn brief over de positionering van de langdurige intramurale ggz heb aangegeven, is het uitgangspunt dat mensen met psychische problemen de juiste zorg en ondersteuning kunnen krijgen in zowel de Zvw, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015, als de Wlz. In de Zvw komt de intramurale zorg voor de groep patiënten waarbij het perspectief op herstel of een overgang naar ambulante zorg en ondersteuning vrij groot is. Zoals ik al antwoordde op vragen van de leden van de VVD-fractie worden zorgverzekeraars daarmee meer dan voorheen verantwoordelijk voor het gehele behandelingstraject, zowel klinisch als ambulant. Hiermee wil ik zoals gezegd aanbieders en zorgverzekeraars stimuleren om ook voor deze groep mensen in te blijven zetten op herstel, participatie en ambulantisering. Overigens blijft net als nu het oordeel van de behandelaar leidend bij de beslissing of (voortgezet) klinisch verblijf noodzakelijk is, zowel in Zvw als Wlz. In die zin is er dus geen sprake van een strengere criteria dan in de huidige situatie.

De leden van de PvdA-fractie geven aan zich zorgen te maken over de periode waarin het driejaarscriterium voor langdurige intramurale op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg overgaat in de objectieve inhoudelijke criteria voor toegang tot de Wlz. Hoe wordt er dan concreet gezorgd voor een soepele overgang van patiënten tussen de Wmo 2015, Zvw en de Wlz?

Ik ben het met de leden van de PvdA fractie eens dat de overgang naar objectieve inhoudelijke toetsingscriteria voor toegang tot de Wlz voor patiënten soepel moet verlopen. Dit heeft mijn volste aandacht. Ik zet daarom in op een heldere afbakening door het Zorginstituut Nederland, stevig overgangsrecht, en nauwe afstemming met aanbiedersorganisaties, het Landelijk Platform GGZ, ZN en de VNG over een zorgvuldige transitie. Daarnaast zullen deze partijen een screeningsinstrument ontwikkelen, om in de dagelijkse praktijk van toeleiding of verwijzing naar passende zorg en ondersteuning te voorkomen dat mensen tussen wal en schip vallen.

De leden van de PvdA-fractie vragen waaruit blijkt dat de gemaakte werkafspraken tussen partijen borgen dat patiënten niet tussen wal en schip vallen, en verantwoordelijken de zorg niet op elkaar afwentelen, en bij wie patiënten terecht kunnen als partijen de zorg op elkaar proberen af te wentelen? De leden van de PvdA-fractie vragen hoe wordt gezorgd voor voldoende tijd voor relevante partijen om op ontwikkelingen in te spelen en aanvullende werkafspraken te maken over het overhevelen van patiënten, zodat niemand tussen wal en schip valt.

Deze vraag sluit aan bij de eerdere vraag van de leden van de PvdA-fractie. Ik heb gewezen op het overgangsrecht, en de werkafspraken met ggz-partijen. De afspraken op regionaal niveau zullen ook nut hebben

op het moment dat toegang tot de Wlz mogelijk wordt op basis van objectieve, inhoudelijke criteria. Gemeenten, zorgkantoren en verzekeraars zullen op dat moment moeten zorgen dat de verandering van financieringsbron voor de zorg aan cliënten soepel verloopt. Een geleidelijke instroom in de Wlz op basis van objectieve, inhoudelijke criteria is daarbij behulpzaam. Zo zal op dat moment het overgangsrecht beschermd wonen in de Wmo 2015 in stand blijven, zodat cliënten beschermd wonen die voor de Wlz in aanmerking komen niet worden gedwongen om direct van die toegang gebruik te maken. Wanneer de toegang tot de Wlz op basis van objectieve, inhoudelijke criteria mogelijk wordt zal dit overigens ruim van tevoren bekend worden gelet op het feit dat deze aanpassing moet worden opgenomen in wet- en regelgeving. Dit biedt de ruimte om zo nodig aanvullende werkafspraken te maken over de nieuwe situatie die dan ontstaat.

De leden van de PvdA-fractie vragen daarnaast in hoeverre het omslagmoment tussen het driejaarscriterium en de objectieve inhoudelijke criteria er voor kan zorgen dat sommige patiënten die op basis van het driejaarscriterium ingestroomd zijn in de Wlz, weer worden teruggeplaatst naar de Zvw of Wmo 2015? Wat betekent dit voor de continuïteit van zorg en voor de relatie patiënt-zorgverlener? De leden van de PvdA-fractie gaan er eigenlijk vanuit dat patiënten die eenmaal een indicatie voor de Wlz hebben ontvangen, deze indicatie niet verliezen als de in- en uitstroomcriteria wijzigen, maar zien dit graag bevestigd.

De indicatiebesluiten die het CIZ vanaf 1 januari 2015 afgeeft voor de langdurige ggz in de Wlz, zullen een geldingsduur hebben van drie jaar. Ik ben voornemens om het overgangsrecht zo vorm te geven dat mensen die vanwege het bereiken van de driejaarsgrens al zijn toegelaten tot de Wlz, hun indicatie houden wanneer de toegang op basis van inhoudelijke criteria wordt ingevoerd. Pas na afloop van de geldingsduur van drie jaar zal de eventuele verlenging van de Wlz-indicatie van deze mensen gebaseerd worden op de objectieve inhoudelijke criteria. Indien er op dat moment nog wel een zorg- of ondersteuningsvraag is, maar deze vraag niet past binnen het domein van de Wlz, mag van de zorgverlener verwacht worden dat hij dit al ruim voor het verlopen van de indicatietermijn kan inschatten, en de cliënt ondersteunt bij de toeleiding naar Zvw of Wmo 2015, en zorgt voor een «warme overdracht» in het geval deze zorg of ondersteuning door een andere zorgverlener geleverd wordt. Zo kunnen de relatie patiënt-zorgverlener en de continuïteit van zorg geborgd worden. Overigens kan het te ontwikkelen screeningsinstrument de zorgverlener helpen om een inschatting te maken in welk domein iemands vraag om zorg of ondersteuning het beste past.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe het traject eruit komt te zien waarin de in- en uitstroomcriteria worden vastgelegd. Zij vragen verder hoe lang het naar verwachting zal duren totdat deze criteria zijn ontwikkeld en volledig zijn geoperationaliseerd. Zij willen weten welk tijdspad ik voor ogen heb, en wat zijn de financiële consequenties zijn als de criteria niet geoperationaliseerd zijn voor de vaststelling van de begroting voor 2015 en die van 2016? Wat zijn de consequenties voor de Zvw-premie? Wat zijn de consequenties voor de eigen bijdrage Wlz? Ik licht graag toe hoe het traject van invoering van inhoudelijke toegangs criteria er uit komt te zien. Zorginstituut Nederland zal op korte termijn onderzoek 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 ook om mij te adviseren over objectieve inhoudelijke toetsingscriteria voor toegang van ggz-cliënten tot de Wlz. Het streven is dat dit onderzoek begin 2015 wordt afgerond. Mede op basis van het advies van het Zorginstituut neem ik een

besluit over de vaststelling en implementatie van de objectieve inhoudelijke toetsingscriteria. Dat zal ook het moment zijn waarop een invoeringsdatum voor deze toetsingscriteria kan worden bepaald. Aangezien de invoering van inhoudelijke criteria voor toegang tot de Wlz aanpassingen op wetsniveau vereist, gegeven het voornemen om de driejaarsgrens ook in de Wlz vast te leggen, zal de invoeringsdatum niet vóór 1 januari 2016 liggen. Bij de vaststelling van de begroting wordt uitgegaan van de situatie die ontstaat door invoering van de driejaarsgrens. Zodra de inhoudelijke criteria worden vastgesteld en geoperationaliseerd, zal bezien worden welke gevolgen dit voor de begroting en de premie heeft. De eigen bijdrage Wlz is een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Voor de hoogte van deze eigen bijdrage maakt het dan ook niet uit of de toegang tot Wlz geschiedt op basis van de driejaarsgrens of op basis van inhoudelijke criteria.

Overigens kan er voor een individuele cliënt die per 1 januari 2015 door de invoering van het driejaarscriterium overgaat van de intramurale ggz in de AWBZ naar de op behandeling gerichte intramurale ggz in de Zvw, uiteraard wel een wijziging in de eigen bijdrage optreden. In de Zvw geldt geen inkomensafhankelijke eigen bijdrage, maar het verplicht eigen risico. Ook de op behandeling gerichte intramurale ggz valt daaronder.

De leden van de PvdA-fractie zijn benieuwd of ik louter wetenschappelijke criteria in wil zetten om de in- en uitstroom van de Wlz voor patiënten met vraag naar intramurale op behandeling gerichte geestelijke zorg te regelen of dat zij verwacht dat andere criteria ook voldoen. Hoe verhoudt zich dit tot het geplande tijdspad? Immers, de ontwikkeling van wetenschappelijk gevalideerde criteria is een jarenlang proces. Genoemde leden stellen dat de ervaring leert dat het opstellen van criteria door het veld in het verleden niet altijd het gewenste resultaat opleverde. Hoe zal er voor worden gezorgd dat het opstellen van de criteria in dit geval wel een succes wordt?

Ik acht het van belang dat Zorginstituut Nederland zich bij haar advisering over de objectieve inhoudelijke toegangscriteria baseert op de huidige stand van wetenschap en praktijk. Dat wil echter niet zeggen dat het Zorginstituut Nederland zelf wetenschappelijk onderzoek zal uitvoeren. Ik heb niet de verwachting dat de advisering door Zorginstituut Nederland jaren in beslag zal nemen, de verwachting is dat het onderzoek van Zorginstituut Nederland begin 2015 kan worden afgerond.

Ik verwacht van het Zorginstituut dat zij het veld consulteert bij haar advisering. Wat veldpartijen ook zullen opstellen is een screeningsinstrument dat kan worden gebruikt voor de dagelijkse praktijk van toeleiding of verwijzing naar passende zorg en ondersteuning. Veldpartijen nemen deze taak voortvarend ter hand, en ik heb er alle vertrouwen in dat zij in staat zijn een bruikbaar instrument op te stellen.

De leden van PvdA-fractie vragen verder of ik overweeg om het Kwaliteitsinstituut een expliciete rol te geven bij het opstellen van de criteria? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe zal die rol eruit komen te zien?

Zoals ik hierboven al aangaf krijgt het Zorginstituut inderdaad een belangrijke rol bij het opstellen van de criteria. Ik vraag het Zorginstituut om de advisering over objectieve inhoudelijke toetsingscriteria voor toegang van ggz-cliënten tot de Wlz mee te nemen in haar onderzoek 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. Ik vraag het Zorginstituut om daarbij in ieder geval de partijen die betrokken zijn bij de werkafspraken langdurige ggz te consulteren.

Tevens vragen genoemde leden of voor de operationalisering van de inhoudelijke in- en uitstroomcriteria van de Wlz voor patiënten met vraag naar intramurale op behandeling gerichte geestelijke zorg een nieuw Besluit zorgverzekering noodzakelijk is om de geestelijke gezondheidszorg die niet onder de Wlz valt voor vergoeding in aanmerking te laten komen bij zorgverzekeraars. Wanneer wordt dit besluit openbaar?

Inderdaad zal het Besluit zorgverzekering moeten worden gewijzigd als de driejaarsgrens wordt vervangen door inhoudelijke criteria. Deze wijziging zal meelopen in de jaarlijkse pakket-amvb die, net als elk jaar, begin juni van het jaar voorafgaande aan de invoering van de wijzigingen voor het komende jaar (in dit geval de invoering van de inhoudelijke criteria) aan beide Kamers zal worden overgelegd. De beoogde wijziging van het Besluit zorgverzekering wordt daarmee openbaar.

Ook vragen genoemde leden of er al zicht is op eventuele thema's dan wel onderwerpen waarop de in- en uitstroomcriteria van de Wlz voor patiënten met vraag naar intramurale op behandeling gerichte geestelijke zorg zich zullen richten. Worden er al concrete criteria beoogd of moet er vanaf nul worden begonnen met het ontwikkelingsproces? In hoeverre kan worden aangesloten bij criteria voor andere vormen van langdurige zorg die nu gebruikt worden in de Wlz of die in het buitenland gebruikt worden? Indien dit kan, hoe wordt dit aangepakt en hoe zal dit het proces van ontwikkeling en operationalisering beïnvloeden? Zullen de criteria een ja/nee-invulling krijgen of zijn er per criteria verschillende schalen mogelijk? Hoe wordt voorkomen dat criteria niet te dynamisch worden, waardoor er continue onduidelijkheid blijft bestaan voor bepaalde groepen patiënten? Hoe wordt in deze gevallen afwenteling van verantwoordelijkheden voorkomen?

Zoals ik al aangegeven heb zal ik binnenkort het Zorginstituut verzoeken om mij te adviseren over de inhoudelijke criteria. Vanzelfsprekend zal het Zorginstituut daarbij niet bij nul beginnen, maar bezien welke aanknopingspunten er zijn in de Wlz, in de wetenschap, en in de praktijk van de langdurige zorg. Ik laat het aan het Zorginstituut over om te bezien in hoeverre het zinvol is om hierin ook buitenlandse voorbeelden te betrekken. Het doel is uiteraard om te komen tot heldere, bruikbare criteria. Zoals ik in mijn brief aangaf weeg ik daarbij het belang van een zorgvuldige invoering, waarborgen voor de positie van de cliënt, de vastgestelde financiële kaders, het voorkomen van afwenteling, en beperking van de administratieve lasten voor aanbieders mee. Ik kan in dit stadium niet verder vooruitlopen op de advisering door het Zorginstituut.

De leden van de PvdA-fractie vragen daarnaast of de in- en uitstroom voor de Wlz van patiënten in de intramurale op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg op continue basis kan, of alleen per 1 januari? Indien in- en uitstroom op continue basis kan, hoe zal dit worden verrekend in de Zvw-premie en de eigen bijdrage Wlz van de patiënt? Deze leden vragen verder hoe ik rekening houd met het overhevelen van financiën tussen de Wlz en Zvw.

De in- en uitstroom voor de Wlz kan inderdaad vanaf 1 januari 2015 op continue basis. Wanneer iemand in de Zvw de grens van drie jaar intramuraal op behandeling gericht verblijf bereikt, kan hij doorstromen naar de Wlz. Dit wijkt niet af van situatie met de huidige grens van 365 dagen in de Zvw; ook nu gaan cliënten niet uitsluitend per 1 januari over van Zvw naar AWBZ maar vindt deze overgang door het jaar gespreid plaats, namelijk zodra 365 dagen onafgebroken intramurale behandeling heeft plaatsgevonden. Wanneer iemand in de Wlz niet langer intramuraal op behandeling gericht verblijf nodig heeft, kan hij uitstromen, bijvoor-

beeld naar ambulante zorg in de Zvw, of naar Beschermd Wonen in het gemeentelijk domein. Voor de financiën in Wlz en Zvw betekent dit dat er per 1 januari 2015 eenmalig budget wordt overgeheld van AWBZ naar Zvw, aangezien er geen sprake is van extramuralisering in de vorm van indicaties die niet meer verstrekt worden, vindt er niet zoals in andere domeinen in de Wlz een geleidelijke in groei plaats. Wel is met veldpartijen afgesproken dat, indien de noodzaak daartoe wordt aangetoond door een objectieve en inhoudelijke evaluatie en monitor, een herschikking van de budgetten plaats moet kunnen vinden. Echter, vooralsnog is er geen verrekening in de Zvw-premie noodzakelijk. Hierboven heb ik al aangegeven dat het voor de hoogte van de eigen bijdrage in de Wlz niet uitmaakt of toegang plaatsvindt op basis van de driejaarsgrens of op basis van inhoudelijke criteria.

De leden van de PvdA-fractie vragen of het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) straks gaat indiceren of aan de in- en uitstroomcriteria voor patiënten met langdurige zorgvraag naar geestelijke zorg is voldaan. Ook vragen zij of het indiceren een continue proces wordt waarbij patiënten steeds een nieuwe indicatie krijgen.

Ik kan aan de leden van de PvdA-fractie bevestigen dat het CIZ de indicatiestelling voor toegang tot de Wlz zal blijven doen. In beginsel zal een indicatiebesluit in de Wlz een onbepaalde geldingsduur hebben, voor de langdurige intramurale ggz geldt echter met ingang van 1 januari 2015 een geldingsduur van drie jaar. Wat de geldingsduur zal worden wanneer de toegang van ggz-cliënten op basis van de objectieve inhoudelijke toetsingscriteria wordt ingevoerd, zal ik besluiten mede op basis van het advies van Zorginstituut Nederland over die toetsingscriteria.

De leden van de PvdA-fractie vragen wie alle verzamelde gegevens gaat beheeren en hoe de privacy van de patiënt zo veel mogelijk beschermd wordt. Mogen zorgverzekeraars en zorgkantoren patiënten en aanbieders dwingen om patiënteninformatie te verschaffen, ook al heeft de patiënt hier bezwaar tegen aangetekend? Wat kunnen patiënt en zorgaanbieder ondernemen als de zorgverzekeraars en zorgkantoren ondanks bezwaar alsnog gegevens eisen? Is, mede over dit punt, advies ingewonnen bij het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) en hoe is hier invulling aan gegeven?

Alle partijen die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de langdurige ggz zijn verplicht zich te houden aan de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) waar het CBP toeziet op de naleving. Deze wet voorziet ook in de privacybescherming van de individuele patiënten en hoeft niet apart te worden voorgelegd. De uitvoering van de langdurige ggz en het daarmee samenhangende beheer en verzamelen van gegevens zal met name bij de zorgverzekeraars plaatsvinden. De zorgverzekeraars hebben al voor de uitvoering van de Zvw conform Wbp maatregelen genomen die voorzien in een adequate beveiliging van gegevens voor de verwerking en het beheer van declaratiegegevens in de eigen organisatie. Daar komt met de overheveling van de langdurige ggz geen verandering in.

Zorgverzekeraars kunnen zorgaanbieders niet dwingen om in het declaratieverkeer diagnosegegevens te verstrekken indien een patiënt daar bezwaar tegen heeft aangetekend. Sinds maart 2012 bestaat in de curatieve ggz de mogelijkheid voor patiënten om zorgaanbieders geen diagnose informatie aan de zorgverzekeraars te laten verstrekken bij de declaratie van specialistische ggz behandelingen. Dat kan door gebruik te maken van de privacyregeling ggz. De bepaling houdt in dat patiënten en zorgverleners samen kunnen aangeven dat zij geen naar de diagnose

herleidbare informatie op de factuur en in het DBC Informatie Systeem (DIS) opnemen. Hiertoe moeten zij een privacyverklaring ondertekenen. De stichting KDVP heeft destijds beroep bij het College van beroep voor het bedrijfsleven (CBb) aangetekend tegen de rechtmatigheid van de privacyregeling. Het CBb achtte het beroep ongegrond en vond de manier waarop de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de privacyregeling als onderdeel van haar beleid had vormgegeven redelijk.

Daarnaast vragen de leden van de PvdA-fractie hoe er gezorgd wordt voor een zo objectief mogelijk indicatiebeoordeling met zo min mogelijk administratieve lasten.

Ik ben het eens met de leden van de PvdA-fractie dat indicaties zo objectief mogelijk moeten worden vastgesteld, en dat we moeten streven naar zo min mogelijk administratieve lasten. De te ontwikkelen objectieve inhoudelijke toetsingscriteria zullen zeker bijdragen aan een objectieve indicatiebeoordeling. Ik zal het Zorginstituut verzoeken om mij te adviseren over heldere en eenduidige criteria. Zoals gezegd acht ik het van belang dat Zorginstituut Nederland zich bij haar advisering over de objectieve inhoudelijke toetsingscriteria voor toegang tot de Wlz baseert op de huidige stand van wetenschap en praktijk. Daarnaast verzoek ik het Zorginstituut om in ieder geval de partijen te consulteren die betrokken zijn bij de werkafspraken langdurige ggz. In mijn brief heb ik al aangegeven dat ik de beperking van de administratieve lasten zal meewegen bij de ontwikkeling en operationalisering van de inhoudelijke criteria.

De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe de overgang naar de Wmo 2015 voor mensen die beschermd wonen met zorgzwaartepakket C concreet geregeld wordt, zodanig dat niemand tussen wal en schip valt. Zij willen weten welke rol de robuuste overgangperiode van vijf jaar, of zolang de zorgindicatie duurt, daarin gaat spelen en waaruit blijkt dat deze overgangperiode en de gemaakte werkafspraken voldoende waarborgen kennen voor een zachte landing. Voorts vragen zij wie er gaat ingrijpen als mensen tussen wal en schip vallen.

Ik hecht aan een zorgvuldige transitie van de langdurige ggz. Vanaf 2015 wordt beschermd wonen in de Wmo 2015 ondergebracht, hetgeen betekent dat gemeenten verantwoordelijk worden voor deze voorziening. De financiering van beschermd wonen zal vanaf dan vanuit gemeentelijk budget plaatsvinden en niet langer door het zorgkantoor. Gemeenten worden door het TransitieBureau ondersteund bij hun voorbereidingen en ontvangen op meerdere momenten beleidsinformatie over hun nieuwe doelgroepen. Na publicatie van het wetsvoorstel Wmo 2015 ontvangen gemeenten bijvoorbeeld op cliëntniveau de gegevens. Zij weten dan dus voor welke cliënten zij vanaf 2015 verantwoordelijk zijn en zullen vervolgens de ondersteuning voor deze mensen inkopen. Het overgangsrecht zorgt ervoor dat cliënten gedurende vijf jaar, of korter als de indicatie eerder eindigt, in aanmerking kunnen komen voor een vergelijkbaar pakket als nu in de AWBZ. De gemeente is gehouden die aanspraak te honoreren, maar kan wel beoordelen of dat op een andere plaats zal worden ingevuld. Naar verwachting zal de gemeente echter, zeker in de eerste jaren, inzetten op continuïteit, zodat de cliënt op 1 januari 2015 weinig van de overgang naar een ander wettelijk stelsel merkt. Ik verwacht dan ook niet dat cliënten als gevolg van de overgang naar de Wmo 2015 tussen wal en schip vallen. De werkafspraken zijn hieraan ondersteunend en bevatten onder andere procesafspraken over zorgvuldige monitoring van deze transitie. Daarnaast zorgt de uitvoering van de werkafspraken ervoor dat de meest betrokken partijen, waaronder aanbieders en cliëntenorganisaties, nauw

contact met elkaar hebben en eventuele risico's kunnen signaleren en daarop vervolgens acteren.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe wordt gezorgd voor eenduidige inspectie op de kwaliteit van beschermd wonen door gemeenten en hoe zal worden geborgd dat er eenduidige criteria komen waarmee de gemeente de inspectie zal uitvoeren, zodat de kwaliteit en veiligheid van beschermd wonen in alle gemeenten op orde is?

Met de decentralisatie van verantwoordelijkheden worden de gemeenten verantwoordelijk voor de kwaliteit en de continuïteit van de maatschappelijke ondersteuning, de handhaving en het toezicht. Het wetsvoorstel Wmo 2015 geeft de kaders waarbinnen de gemeenten hun beleid moeten bepalen. In het Transitieplan (bij brief van 28 maart 2014 aan uw Kamer toegezonden, Kamerstuk 30 597, nr. 428) is opgenomen dat onder trekkerschap van de VNG op landelijk niveau gemeenten in overleg met organisaties van cliënten, aanbieders, professionals en zorgverzekeraars bezien voor welke cliënttypen en voorzieningen landelijke kwaliteitsstandaarden een goede uitvoering van deze wet kunnen bevorderen. De veldpartijen zijn hier nu mee aan de slag. Bij het stellen van eisen aan kwaliteit van voorzieningen kunnen gemeenten steunen op te ontwikkelen landelijke kwaliteitsstandaarden voor aanbieders en deze uitwerken en aanvullen met lokale kwaliteitseisen. Aanvullend zij erop gewezen dat in de werkafspraken GGZ is afgesproken dat er op korte termijn een handreiking kwaliteitsbeleid wordt opgesteld (door het TransitieBureau). Voorts is in de werkafspraken overeengekomen dat alle betrokken partijen voor 1 juli 2014 een kwaliteitsagenda voor de langdurige ggz zullen opstellen.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het inrichten van adequaat toezicht op de naleving van de gestelde kwaliteitseisen in de wet en de contracten. Het is aan gemeenten om de wijze waarop zij dat vormgeven te organiseren.

Reactie op de vragen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie staan positief tegenover het uitgangspunt dat mensen met psychische problemen de juiste zorg en ondersteuning dienen te krijgen. Zoals gezegd maken deze leden zich echter zorgen of dat uitgangspunt wel bereikt wordt met het versnipperen van de langdurige intramurale ggz over meerdere wetten. Zeker gelet op de hiermee gepaard gaande bezuinigingen. Genoemde leden verwachten een uitgebreide reactie op dit punt. Zij vragen waarom ik er niet voor kies om alle mensen met een psychiatrische beperking onder één wet te laten vallen, zodat duidelijk is waar mensen terecht kunnen voor geestelijke gezondheidszorg? Welke overwegingen liggen hieraan ten grondslag? Zou dan de volksverzekering AWBZ waar in principe geen sprake is van concurrentie en marktwerking niet het meest voor de hand liggen gezien de kwetsbare situatie waarin psychiatrische patiënten verkeren?

Allereerst, er is geen sprake van een bezuiniging op de langdurige intramurale ggz. Het budget van de langdurige intramurale ggz gaat zonder korting over naar Zvw, Wlz en Wmo 2015. Inderdaad is mijn uitgangspunt dat mensen met psychische problemen de juiste zorg en ondersteuning dienen te krijgen. Welke zorg of ondersteuning dat is, kan sterk verschillen. Een klinische opname om een crisis te de-escaleren is van een heel andere aard dan een beschermende woonomgeving met structuur en begeleiding, bedoeld om iemand die als gevolg van zijn psychische aandoening chronische beperkingen heeft meer kwaliteit van leven te bieden, en in staat te stellen deel te nemen aan de maatschappij. Daarmee verschilt ook het aangewezen domein van zorg. De Zvw is

primair gericht op behandeling en herstel, de Wlz is er voor intensieve intramurale zorg aan de meest kwetsbare mensen, de Wmo 2015 is onder andere bedoeld voor ondersteuning en begeleiding op bijvoorbeeld het gebied van wonen. Ik kies er dus voor om niet alle ongelijksoortige vormen van zorg en ondersteuning die tezamen de geestelijke gezondheidszorg vormen in één wet onder te brengen, maar de zorg- en ondersteuningsvraag van de cliënt centraal te stellen bij de vraag vanuit welk domein de zorg of ondersteuning geleverd dient te worden.

In zijn algemeenheid kan ik ten aanzien van de impliciete vraag van de leden van de SP-fractie om de AWBZ te handhaven het volgende melden. De regering is van mening dat de Wlz binnen de hervorming van de langdurige zorg van groot belang is. Met de Wlz wordt een nieuw stelsel geïntroduceerd, 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. Daarmee verandert het speelveld substantieel. 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 gelijkstelling van 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 staan en de cliënt zelf kan kiezen hoe zijn of haar woonomgeving het beste daarop aansluit.

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 belangrijk bij 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 de gedetailleerde indicatiestelling afgeschaft en ten slotte wordt het zorgplan, waarin maatwerk voorop staat en de inzet van naasten een gelijkwaardige plek moet krijgen in de bespreking van de juiste ondersteuning, belangrijker.

Wlz

De leden van de SP-fractie hebben begrip voor een tussenstap gezien het feit dat toegang tot de Wlz voor ggz-cliënten per 1 januari 2015 niet haalbaar blijkt. Genoemde leden hebben echter twijfels bij het driejaarscriterium dat daarbij voorgesteld wordt. Wat is de overweging geweest om uitgerekend voor drie jaar te kiezen? Waarom niet voor 1 jaar, 2 jaar of 5 jaar? Hoeveel mensen doen langer dan drie jaar een beroep op de ggz? Deze leden vragen tevens of er ook cliënten buiten de boot vallen bij dit rigide criterium en wat hiervan de gevolgen zijn voor desbetreffende cliënten. De genoemde leden vragen of ik dit kan toelichten.

Ik licht dit graag toe aan de leden van de SP-fractie. Uiteraard verdient een onderscheid op basis van inhoudelijke criteria uiteindelijk de voorkeur boven een (drie)jaar(s)grens. Inhoudelijke criteria zijn echter op dit moment nog niet voorhanden. Het doel van de verschuiving van de jaargrens naar drie jaar, is dat de zorg voor een groep patiënten waarbij het perspectief op (spoedig) herstel en/of een overgang naar ambulante zorg en ondersteuning vrij groot is onder de Zvw komt te vallen. 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. Zoals ik hierboven al heb aangegeven, maken zo'n vierduizend personen langer dan drie jaar gebruik van intramuraal ggz-verblijf gericht op behandeling.

Ik verwacht niet dat mensen buiten de boot zullen vallen. Allereerst blijft het oordeel van de behandelaar bepalend voor de vraag of (voortzetting van) intramuraal verblijf gericht op behandeling noodzakelijk is, zowel in Zvw als Wlz. Verder is er voor zittende cliënten een stevig overgangsrecht geregeld, met als uitgangspunt dat wie nu gebruik maakt van intramurale ggz-zorg, daar na 1 januari 2015 ook een beroep op kan doen. Tot slot zijn in de werkafspraken langdurige ggz goede afspraken gemaakt om te voorkomen dat mensen tussen wal en schil vallen.

De leden van de SP-fractie juichen de beoogde zorgvuldigheid met betrekking tot de ontwikkeling en operationalisering van de toegangscriteria toe. Wel vragen zij op welke wijze de ik ga beoordelen of toegangscriteria voldoende helder zijn bij alle betrokkenen, alvorens tot invoering over gegaan wordt.

Ik kan de leden van de SP-fractie verzekeren dat ik helderheid van de toegangscriteria zeer belangrijk acht. Ik ben daarom voornemens Zorginstituut Nederland te vragen ggz-partijen, inclusief de patiëntenkoepel Landelijk Platform GGZ, te consulteren bij haar advies over de ontwikkeling van de toegangscriteria. Ook bij de operationalisering van de toegangscriteria zullen de ggz-partijen betrokken worden. Het screeningsinstrument dat veldpartijen zelf in nauwe afstemming met het Zorginstituut gaan ontwikkelen om te helpen bij de bepaling in welk domein een zorgvraag thuishoort, kan overigens bijdragen aan de verheldering van de toegangscriteria bij betrokkenen.

Ook ontvangen de leden van de SP-fractie graag een reactie op de vraag wat voor termijn ik beoog en of ik bereid ben die los te laten als dat een zorgvuldige overgang in de weg dreigt te staan.

Ik zal mede op basis van het advies van het Zorginstituut een besluit nemen over de vaststelling en implementatie van de objectieve inhoudelijke criteria. Dat zal ook het moment zijn waarop ik de invoeringsdatum kan bepalen. Aangezien de invoering van inhoudelijke criteria voor toegang tot de Wlz aanpassingen op wetsniveau vereist, gegeven het voornemen om de driejaarsgrens ook in de Wlz vast te leggen, zal de invoeringsdatum niet vóór 1 januari 2016 liggen. Bij het bepalen van de invoeringsdatum weeg ik onder meer het belang van een zorgvuldige invoering mee.

Wmo 2015

De leden van de SP-fractie hebben grote twijfels of de kansen op participatie, herstel en ontwikkeling daadwerkelijk vergroot worden voor mensen die beschermd wonen, bij invoering van de Wmo 2015 en bijbehorende bezuinigingen. Genoemde leden vragen op welk onderzoek ik mij baseer wanneer ik dit zo stelt.

Een specifiek onderzoek naar dit onderwerp ligt hieraan niet ten grondslag. Te verwachten valt echter dat een versterkte regierol van de gemeente voordelen voor de cliënt oplevert, aangezien een meer integrale aanpak mogelijk is. Eerdere ervaringen met de centrumgemeenten sterken het kabinet bovendien in de opvatting die door de SP-fractie in twijfel wordt getrokken. Zo hebben centrumgemeenten met de Stedelijke Kompassen en het Plan van Aanpak G4 voor de maatschappelijke opvang, zo blijkt uit jaarlijkse rapportages van het Trimbos instituut, bewezen

goede resultaten te kunnen boeken en hebben zij daadwerkelijk de participatie van mensen die dakloos waren vergroot. Ik herken de twijfels van deze leden dan ook niet. Opgemerkt dient overigens te worden dat het budget voor beschermd wonen zonder budgettaire korting wordt overgedragen aan de centrumgemeenten.

De leden van de SP-fractie vragen bij wie de rekening voor het zogezegde «robuuste overgangsrecht» in afwachting van de ontwikkeling van overgangscriteria, komt te liggen. Zij vragen of de transitiekosten voor rekening van de gemeenten komen en dus bovenop de reeds voorgenomen bezuinigingen. Indien dat het geval is, vragen deze leden zich af hoe de kansen op participatie, herstel en ontwikkeling daadwerkelijk vergroot worden voor mensen die beschermd wonen.

Het is van belang om op te merken dat van bezuinigingen op beschermd wonen geen sprake is, maar dat het budget voor beschermd wonen zonder korting wordt overgedragen aan de centrumgemeenten. Daarmee worden zij in staat gesteld om aan de verplichtingen van het overgangsrecht te voldoen en waar te maken dat cliënten hun aanspraak gedurende vijf jaar, of korter als de indicatie eerder eindigt, kunnen blijven verzilveren. Om een adequate voorbereiding op deze nieuwe taak mogelijk te maken en te komen tot goede afstemming met regiogemeenten en (veld)partijen heeft elke centrumgemeente in 2013 € 70.000 en in 2014 € 30.000 ontvangen (aangekondigd via de decembercirculaire 2013 resp. de meicirculaire 2014 van het Gemeentefonds).

Reactie op de vragen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie maken zich grote zorgen over het feit, dat ik op dit tempo de overheveling van de langdurige intramurale op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg doorzet. Ze stellen dat ik zelf ook aangeef dat de tijd te kort schiet om objectieve inhoudelijke criteria voor toegang tot de langdurige zorg te formuleren, en dat ik daarom kom met een criterium van drie jaar in de langdurige zorg. Zorgverzekeraars Nederland hebben ook aangegeven dat zij uitstel van de overheveling willen tot 1 januari 2016. Dit vinden de leden van de CDA-fractie een verstandige opstelling. Zij willen graag van mij weten of ik de overheveling tot 1 januari 2016 gaat uitstellen.

Ik ben het met de leden van de CDA-fractie eens dat de overgang zorgvuldig moet gebeuren. Daarom kies ik er voor om in twee stappen toe te werken naar de eindsituatie. Met de eerste stap, die in 2015 worden gezet, wordt de gewenste eindsituatie (stap twee) zo dicht mogelijk benaderd. Intramuraal ggz-verblijf gericht op behandeling en herstel komt in de Zvw, de zorg voor mensen waarvan de kans groot is dat zij blijvend zullen zijn aangewezen op zware intramurale zorg komen in de Wlz, de op begeleiding en een beschermende woonomgeving gerichte zorg komt in de Wmo.

Ik ben mij ervan bewust dat Zorgverzekeraars Nederland pleit voor uitstel van de overheveling. Ik kan hun pleidooi echter niet onderschrijven. Niet alleen is tijdig duidelijk welk deel van de langdurige ggz onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars komt te vallen en hoe het overgangsrecht er uitziet, ook de manier waarop de bekostiging wordt geregeld en de omvang van het over te hevelen budget zijn tijdig bekend. Daarmee zijn de randvoorwaarden gerealiseerd voor de zorginkoop en het opzetten van het declaratieverkeer. Ik merk hierbij verder op dat ik bij mijn keuze voor het bekostigingsmodel in de overgangsfase vanaf 2015 het advies van de NZa heb opgevolgd om ZZP's te hanteren. Dat betekent dat de ZZP's zoals zij in 2014 gedeclareerd worden door zorgaanbieders bij zorgkantoren, voor de langdurige ggz worden gecontinueerd in 2015.

Bovendien blijft het mogelijk voor zorgaanbieders om maandelijks te declareren, zoals zij gewend zijn in 2014.

Ik ben dan ook niet voornemens om de overheveling uit te stellen.

De leden van de CDA-fractie missen daarnaast in beide brieven belangrijke informatie om inzicht te krijgen in de omvang van deze overheveling. Onduidelijk is nu hoe groot de omvang van deze overheveling is en hoeveel patiënten/cliënten in een ander zorgsysteem terecht komen. Ook is het deze leden niet helder hoe groot de bezuiniging is die op de overheveling van de langdurige op behandeling gerichte intramurale ggz is en hoe groot de bezuiniging is op de ZZZ GGZ C naar de gemeenten. Graag krijgen zij een overzicht van de Staatssecretaris met de hoeveelheid patiënten per ZZZ GGZ B die overgeheveld gaat worden naar de Zorgverzekeringswet. Daarnaast willen deze leden graag weten hoe groot het bedrag van de over te hevelen zorg is per ZZZ GGZ B en in totaal naar de Zorgverzekeringswet.

Ik geef de leden van de CDA-fractie graag nadere informatie om inzicht te verschaffen in de omvang van de overheveling. Allereerst wil ik nogmaals benoemen dat er geen sprake is van een bezuiniging op de langdurige intramurale ggz. Dit geldt zowel voor de overheveling van de langdurige op behandeling gerichte ggz naar de Zvw, als voor de decentralisatie van beschermd wonen naar het gemeentelijk domein.

Op basis van gegevens van VEKTIS ontstaat een goed beeld van hoeveel mensen de overheveling van het tweede en derde jaar intramuraal verblijf naar de Zvw betreft. Op peildatum december 2013 maakten zo'n 7.300 mensen gebruik van zorg op basis van een ZZZ B-indicatie. Van deze groep maakten zo'n 3.100 mensen op dat moment korter dan drie jaar gebruik van intramuraal verblijf gericht op behandeling. Zo'n 4.200 mensen maakten daar drie jaar of langer gebruik van. Op basis hiervan is mijn inschatting dat per 1 januari 2015 de zorg voor ruim 3.000 mensen overgaan naar de Zvw. Hiermee is in totaal een bedrag van 310 mln euro gemoeid. Volledigheidshalve wil ik nog opmerken dat voor de zorg voor mensen die langer dan drie jaar gebruik maken van intramuraal verblijf gericht op behandeling 430 mln euro overgaat van de AWBZ naar de Wlz.

De leden van de CDA-fractie zien graag een berekening tot welke verhoging van de nominale rekenpremie het kabinetsbesluit om zorgverzekeraars vanaf 2015 verantwoordelijk te maken voor de eerste drie jaar op behandeling gerichte intramurale GGZ voor volwassenen gaat leiden. In welke mate moeten zorgverzekeraars ook hun reserves ophogen (solvabiliteit)?

In de brief van 4 maart 2014 over de premiegevolgen van de overhevelingen (Kamerstuk 30 597, nr. 432) en het daaropvolgende schriftelijk overleg met uw Kamer is uitgebreid ingegaan op de premiegevolgen voor de Zvw en Wlz. Daarbij is uitgegaan van de situatie waarbij de volledige intramurale ggz zou worden overgeheveld naar de Zvw. Nu deze overheveling beperkt blijft tot de eerste drie jaar valt de stijging van de nominale Zvw-premie in 2015 door de overhevelingen naar verwachting € 2 lager uit, en blijft daarmee nog steeds beperkt tot maximaal € 20.

Ten aanzien van de gevolgen voor de reserves van zorgverzekeraars heb ik reeds eerder aangegeven dat dit aan de verzekeraars is, dat zij de afgelopen jaren reeds hebben geanticipeerd op de overhevelingen en dat ik daarom verwacht dat zij hun bestaande reserves inzetten alvorens zij overgaan tot een premieopslag. De herpositionering van de intramurale ggz brengt daar geen verandering in.

Als voorlopige schatting van de Wlz-premie is eerder uitgegaan van een premie van 10%, met een marge in de raming van 9–11% die met name veroorzaakt wordt door de onzekerheid over de ontwikkeling van de grondslagen waarover de premie geheven wordt. Het achterblijven van een deel van de intramurale ggz in de Wlz leidt ten opzichte van de eerdere schatting van 10% tot een hogere Wlz-premie in de orde van grootte van 0,2%-punt. Dit ligt echter nog steeds ruim binnen de eerder aangegeven betrouwbaarheidsmarge van de raming.

De leden van de CDA-fractie verzoeken mij ook om informatie over hoeveel patiënten naar ZZP GGZ C overgaan, hoe groot de omvang van dit bedrag is.

Volgens het CIZ waren er op 1 juli 2013 36.900 mensen met een indicatie GGZ C (1–6). Deze mensen kunnen op basis van het overgangsrecht vanaf 2015 een beroep doen op beschermd wonen bij de gemeente. Overigens verblijven niet al deze mensen in een instelling: indicaties worden ook verzilverd via een pgb of omgezet naar extramuraal pakketten. Daarnaast komt het voor dat indicaties (die vaak zijn afgegeven met een looptijd van vijftien jaar) niet (langer) worden verzilverd (bijvoorbeeld omdat de cliënt is overleden). Aan de gemeenten wordt voor beschermd wonen een bedrag van € 1.382 mln overgeheveld, waarvan € 134 mln voor kapitaal-lasten.

De leden van de CDA-fractie vragen wat er gebeurt als gemeenten in de overgangsfase concluderen dat iemand met ZZP GGZ C toch dusdanige zware problematiek heeft, dat die patiënt in de langdurige zorg thuis hoort en bij wie gemeenten dan kunnen aankloppen?

Gemeenten zijn vanaf 2015 verantwoordelijk voor beschermd wonen, ongeacht de intensiteit van ondersteuning en zorg. De Wmo 2015 kent cliënten die een ZZP GGZ C-indicatie hebben een overgangsrecht van 5 jaar toe, of korter als de indicatie eerder eindigt. Toegang tot de Wlz voor cliënten die een ZZP GGZ C-indicatie hebben wordt mogelijk zodra de inhoudelijke, objectieve criteria ontwikkeld en operationeel zijn. Overigens zij er op gewezen dat cliënten in beschermd wonen net als andere burgers gebruik kunnen maken van (ambulante) behandeling op grond van de Zvw en in geval van crisis ook kunnen worden opgenomen in een kliniek. Dit is niet anders dan nu.

De leden van de CDA-fractie nemen aan, dat de deur tot de langdurige zorg in de overgangsfase niet op slot gaat. Zij vragen of ik kan aangeven hoe ver het staat met de ontwikkeling van criteria om ook mensen met een GGZ C indicatie in de Wlz te laten instromen, en of ik kan aangeven wanneer een en ander duidelijk zal zijn.

Ik kan aan de leden van de CDA-fractie bevestigen dat de deur tot de langdurige zorg in de overgangsfase niet op slot gaat. Op basis van de driejaarsgrens blijft instroom mogelijk. Zoals gezegd vraag ik het Zorginstituut om mij te adviseren over objectieve inhoudelijke criteria voor toegang van ggz-cliënten tot de Wlz. Het streven is dat dit onderzoek in februari 2015 wordt afgerond. Mede op basis van het advies van het Zorginstituut neem ik een besluit over de vaststelling en implementatie van de objectieve inhoudelijke criteria. Dat zal ook het moment zijn waarop een invoeringsdatum kan worden bepaald. Aangezien de invoering van inhoudelijke criteria voor toegang tot de Wlz aanpassingen op wetsniveau vereist, gegeven het voornemen om de driejaarsgrens ook in de Wlz vast te leggen, zal de invoeringsdatum niet vóór 1 januari 2016 liggen.

De leden van de fractie van het CDA vragen de bevestiging dat alle patiënten met een ZZP GGZ C 24x7 zorg en verblijf behouden. Zij constateren dat de lopende ZZP C indicatie die voor een kortere periode dan vijf jaar geldt tijdens de overgangsfase kan aflopen en vragen op basis van welke criteria iemand met een aflopende indicatie een nieuwe indicatie kan krijgen.

De door de leden van de CDA-fractie gevraagde bevestiging kan ik geven: het overgangsrecht zorgt ervoor dat cliënten gedurende vijf jaar, of korter als de indicatie eerder eindigt, in aanmerking komen voor een vergelijkbaar pakket als nu in de AWBZ. Op het moment dat de huidige indicatie (binnen de vijfjaarsperiode) is afgelopen geldt het regime van de Wmo 2015, waarbij niet langer sprake is van indicatiestelling door het CIZ. Na de melding bij de gemeente zal de gemeente in overleg met de cliënt (zo nodig ondersteund door bijvoorbeeld een familielid of een hulpverlener) onderzoek doen naar de meest passende maatwerkoplossing. Daarbij is het kader zoals opgenomen in de Wmo 2015, inclusief de criteria die daarin zijn genoemd, leidend. Een en ander is uiteraard ook afhankelijk van de vraag of op dat moment toegang tot de Wlz mogelijk is op basis objectieve, inhoudelijke criteria.

De leden van de fractie van het CDA merken op dat er ook een categorie patiënten is die nu van ZZP GGZ C weer naar ZZP GGZ B gaan en omgekeerd. Dit hangt samen met hun ziektebeeld. Deze leden vragen hoe ik in deze overgangsfase en later om met deze «draaideur-cliënten» omgaat, of er ook sprake kan zijn van zogenoemde overbruggingszorg voor cliënten en wie hiervoor verantwoordelijk wordt.

De door deze leden geschetste beweging van ZZP GGZ C naar ZZP GGZ B komt in de praktijk niet voor. Wat wel voorkomt is dat cliënten die in een beschermende woonvorm verblijven als gevolg van hun ziektebeeld soms in een crisis raken en voor behandeling moeten worden opgenomen in een kliniek. Deze behandeling wordt vergoed vanuit de Zvw. Ook zullen mensen vanuit klinisch verblijf in Zvw of Wlz wanneer intramurale behandeling niet langer noodzakelijk is in sommige gevallen uitstromen naar beschermende woonvormen. Beide bewegingen komen in de huidige situatie voor en zullen ook in de toekomstige situatie voorkomen. Dit vraagt om goede afspraken tussen verzekeraars en gemeenten om te bewerkstelligen dat er in beide richtingen een soepele aansluiting is. De werkafspraken die regionaal worden ingevuld zijn onder meer hierop gericht. Bij voorkeur dienen zodanige afspraken te worden gemaakt dat op- en afschalen van zorg naadloos gebeurt en wordt voorkomen dat overbruggingszorg nodig is. Van gemeenten vraagt dat ook om afspraken te maken met de instellingen over hoe lang een beschermd wonen-plek wordt «bezet» gehouden als een cliënt tijdelijk voor behandeling moet worden opgenomen vanwege een crisis.

De werkafspraken zullen al naar gelang het onderwerp nader worden uitgewerkt in landelijke, regionale en lokale tafels, zo constateren de leden van de fractie van het CDA. Zij vragen hoeveel verschillende tafels dit maximaal kunnen zijn en merken op dat dit de indruk geeft dat er straks meer dan vier honderd tafels zullen zijn waarbij iedere partij het wiel opnieuw uitvindt. Genoemde leden vragen op welke wijze de Staatssecretaris de uitwerking van de in de bijlage genoemde thema's afstemt op de vele overlegtafels in het land en zijn systeemverantwoordelijkheid concreet invult?

De 43 centrumgemeenten maatschappelijke opvang zullen de regierol en uitvoering van beschermd wonen ter hand nemen en zullen ook de middelen voor beschermd wonen ontvangen. Zij zullen per centrumge-

meente een beleidsplan moeten opstellen en afspraken moeten maken met betrokken partijen, waaronder ook regiogemeenten en bijvoorbeeld woningcorporaties. Het zwaartepunt van het overleg vindt dus plaats op het niveau van de 43 centrumgemeenten. Gemeenten worden landelijk ondersteund vanuit het TransitieBureau met bijvoorbeeld factsheets of handreikingen. Daarmee wordt voorkomen dat overal opnieuw het wiel moet worden uitgevonden. Daarnaast vindt op landelijk niveau overleg plaats over bijvoorbeeld het screeningsinstrument en innovatie. Zoals ik in mijn brief heb aangegeven zet ik mij in voor een goede uitwerking van de in de bijlage bij de brief genoemde thema's. Deze komen ter sprake in het genoemde overleg op landelijk niveau. Daarnaast zal ik de centrumgemeenten per brief uitnodigen om op hoofdlijnen over de genoemde thema's prestatieafspraken te maken. Deze werkwijze is in lijn met het Plan van Aanpak maatschappelijke opvang/Stedelijke Kompassen.

De leden van de CDA-fractie constateren dat het Ministerie van VWS het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) zal verzoeken om in 2014 aandacht te besteden aan de afbakening van de langdurige intramurale ggz in Zvw, Wlz en Wmo 2015. Deze leden willen graag weten wanneer het CVZ met het rapport komt. Daarbij vragen zij ook op welke wijze de Staatssecretaris van plan is om het rapport in de wetgeving te verwerken.

VWS is op dit moment in overleg met het Zorginstituut over de wijze waarop het Zorginstituut deze afbakeningsvraag in kan vullen. Afhankelijk van de uitkomsten van de werkzaamheden van het Zorginstituut zal bezien moeten worden of het noodzakelijk is om aanpassingen aan te brengen in wet- of regelgeving. Daar kan ik nu nog niet op vooruitlopen. In het geval die noodzaak bestaat zullen daarvoor de gebruikelijke routes gevolgd worden.

De leden van de CDA-fractie constateren verder dat ik het belang van goede monitoring en evaluatie benadruk. De leden van de CDA-fractie verzoeken mij om een nulmeting op 31 december 2014 te houden, zodat de effecten van beleid ook goed inzichtelijk worden.

In de werkafspraken langdurige ggz is afgesproken dat VWS de verantwoordelijkheid neemt voor de monitoring van deze transitie. In dat kader zal ik met veldpartijen bespreken hoe de effecten van het beleid het best in beeld gebracht kunnen worden, en op welke wijze de monitor wordt ingericht. Daarbij wordt ook gekeken naar de mogelijkheden van een nulmeting.

Reactie op de vragen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie vragen waarom er niet voor gekozen is om de gehele langdurige ggz-zorg in de Wlz op te nemen.

Mijn uitgangspunt is dat mensen met psychische problemen de juiste zorg en ondersteuning dienen te krijgen. Welke zorg of ondersteuning dat is, kan sterk verschillen. Een klinische opname om een crisis te de-escaleren is van een heel andere aard dan een beschermende woonomgeving met structuur en begeleiding, bedoeld om iemand die als gevolg van zijn psychische aandoening chronische beperkingen heeft meer kwaliteit van leven te bieden, en in staat te stellen deel te nemen aan de maatschappij. Daarmee verschilt ook het aangewezen domein van zorg. De Zvw is primair gericht op behandeling en herstel, de Wlz is er voor intensieve intramurale zorg aan de meest kwetsbare mensen, de Wmo 2015 is onder andere bedoeld voor ondersteuning en begeleiding op bijvoorbeeld het gebied van wonen. Ik kies er dus voor om niet alle ongelijksoortige

vormen van zorg en ondersteuning die tezamen de geestelijke gezondheidszorg vormen in één wet onder te brengen, maar de zorg- en ondersteuningsvraag van de cliënt centraal te stellen bij de vraag vanuit welk domein de zorg of ondersteuning geleverd dient te worden.

De leden van de PVV-fractie vragen mij verder om een verduidelijking te geven van het begrip langdurig.

In de context van de brief «positionering langdurige intramurale ggz» bedoel ik met «langdurige intramurale ggz» de intramurale ggz zorg waarop in de huidige situatie aanspraak kan worden gemaakt op basis van een ZZP GGZ B of ZZP GGZ C indicatie van het CIZ. In het geval van verblijf gericht op behandeling is er dus op dit moment sprake van «langdurige intramurale ggz» na 365 dagen intramuraal verblijf, in het geval van beschermd wonen vanaf het moment dat de indicatie voor beschermd wonen van kracht wordt.

Deze leden verwachten extra bureaucratie door het opstellen van allerlei complexe en inhoudelijke criteria waaraan voldaan moet worden om toegang te verkrijgen tot de Wlz. Zij vragen of ik kan toezeggen dat ik er alles aan zal doen om te voorkomen dat er ellenlange vragenlijsten ingevuld moeten worden.

Ik ben het met de leden van de PVV-fractie eens dat we extra bureaucratie moeten voorkomen. Inhoudelijke criteria hoeven mijns inziens niet complex te zijn. Ik zal het Zorginstituut verzoeken om mij te adviseren over heldere en eenduidige criteria. Zoals u weet streef ik er inderdaad naar om de administratieve lasten voor patiënten en zorgaanbieders zoveel mogelijk te beperken. In mijn brief heb ik al aangegeven dat ik dit zal meewegen bij de ontwikkeling en operationalisering van de inhoudelijke toegangscriteria.

Voorts zouden de leden van de PVV-fractie willen weten op welke termijn de criteria om toegang te verkrijgen tot de Wlz voorhanden zijn. Ik vraag Zorginstituut Nederland om mij te adviseren over objectieve inhoudelijke criteria voor toegang van ggz-cliënten tot de Wlz. Het streven is dat dit onderzoek in februari 2015 wordt afgerond. Mede op basis van het advies van het Zorginstituut neem ik een besluit over de vaststelling en implementatie van de objectieve inhoudelijke criteria. Dat zal ook het moment zijn waarop een invoeringsdatum kan worden bepaald. Aangezien de invoering van inhoudelijke criteria voor toegang tot de Wlz aanpassingen op wetsniveau vereist, gegeven het voornemen om de driejaarsgrens ook in de Wlz vast te leggen, zal de invoeringsdatum niet vóór 1 januari 2016 liggen.

De leden van de PVV-fractie vragen waarom er met de overheveling van de langdurige ggz niet gewacht kan worden totdat alle gewenste aanpassingen gereed zijn, zodat een overgangsfase met nodeloos gesleep van Wmo naar Wlz niet nodig is?

Met de stappen die in 2015 worden gezet wordt de gewenste eindsituatie zo dicht mogelijk benaderd. Intramuraal ggz-verblijf gericht op behandeling en herstel komt in de Zvw, de zorg voor mensen waarvan de kans groot is dat zij blijvend zullen zijn aangewezen op zware intramurale zorg komen in de Wlz, de op begeleiding en een beschermende woonomgeving gerichte zorg komt in de Wmo 2015. Door het ruime overgangsrecht dat in de Wmo is geregeld voor beschermd wonen kunnen mensen zolang als hun ZZP GGZ C indicatie geldig is, tot een maximum van vijf jaar, een beroep doen op intramurale zorg conform het door het CIZ vastgestelde zorgzwaartepakket. Hoewel mensen bij invoering van de

objectieve inhoudelijke criteria natuurlijk meteen een indicatie kunnen (laten) aanvragen voor Wlz-zorg, is dit niet noodzakelijk totdat vanwege het aflopen van genoemd overgangsrecht het beroep dat zij op basis van hun CIZ indicatie op hun gemeente kunnen doen vervalt.

De leden van de PVV-fractie willen graag weten hoeveel cliënten er de afgelopen drie jaar, drie jaar gebruik hebben gemaakt van aaneengesloten verblijf gericht op behandeling? Kan de Staatssecretaris hierbij aangeven welke zorgzwaarten dit betreffen?

Ik geef de leden van de PVV-fractie graag nadere gegevens hierover. Op peildatum december 2013 maakten zo'n 7.300 mensen gebruik van zorg op basis van een ZZP B-indicatie. Van deze groep maakten zo'n 3.100 mensen op dat moment korter dan drie jaar gebruik van intramuraal verblijf gericht op behandeling. Zo'n 4.200 mensen maakten daar drie jaar of langer gebruik van. Het betreft hier ZZP's GGZ B1 t/m B7. Overigens zijn ZZP GGZ B 1 per 1 januari 2013 ge-extramuraliseerd, dat wil zeggen dat deze indicaties per die datum niet meer zijn verstrekt. Mensen die op 1 januari 2015 nog zorg gebruiken op basis van een ZZP B1 of B2 indicatie, zullen dus in alle gevallen doorstromen naar de Wlz aangezien zij al langer dan drie jaar intramuraal verblijven.

Verder stellen de leden van de PVV-fractie dat wanneer iemand drie jaar of langer intramuraal behandeld wordt, de kans groot is dat hij blijvend aangewezen is op zware intramurale zorg. Hoe reëel is de kans dat iemand na drie jaren aaneengesloten verblijf op behandeling gericht nog uit de ggz-instelling zal komen? Hoe reëel is die kans na 2 jaar? Zij vragen hoeveel van deze gevallen bij mij bekend.

Uit gegevens van Vektis blijkt dat ook na twee jaar nog mensen uitstromen uit verblijf gericht op behandeling. Dit kan betekenen dat de behandeling ambulante wordt voortgezet, dat iemand overgaat naar een beschermende woonvorm, of dat iemand geheel uit zorg gaat. De kans dat iemand na twee jaar nog uit een ggz-instelling komt is dus reëel. Dit heeft ook te maken met de aard van psychische stoornissen, die vaak een episodisch verloop hebben, en waarbij ook naar een langere periode nog herstel of stabilisatie kan optreden. Mij is niet bekend hoeveel mensen na drie jaar intramuraal verblijf nog uitstromen. Wel geldt ook deze mensen dat, gezien het verloop van psychische stoornissen, perspectief op (enige mate van) herstel of stabilisatie aanwezig blijft. De kans neemt echter toe dat zij langdurig of blijvend zullen zijn aangewezen op langdurige intramurale zorg.

De leden van de PVV-fractie vragen mij om een reactie op het volgende voorbeeld: op 1 januari 2015 heeft een patiënt bijvoorbeeld 2,5 jaar aaneengesloten verblijf gericht op behandeling gehad. Wat gebeurt er met deze persoon op 1 januari 2015 en op 1 januari 2016?

Deze patiënt gaat op 1 januari 2015 over naar de Zvw. Wat er op 1 januari 2016 gebeurt hangt sterk af van het verloop van de behandeling van deze patiënt. Indien deze patiënt in de periode tot het bereiken van de driejaarsgrens met ontslag gaat, kan zijn (ambulante) behandeling indien nodig worden voortgezet op basis van de Zvw. Indien de behandelaar daarentegen in aanloop naar het bereiken van deze grens van oordeel is dat klinisch verblijf gericht op behandeling nog steeds noodzakelijk is, kan een aanvraag worden gedaan voor toegang tot de Wlz. Het CIZ verleent in dat geval een indicatie met een geldingsduur van drie jaar. Dat betekent dat er in de daaropvolgende drie jaar geen wisseling van domein hoeft plaats te vinden, tenzij de behandelaar van oordeel is dat verblijf gericht op behandeling niet meer noodzakelijk is, bijvoorbeeld omdat zodanige

stabilisatie is opgetreden dat iemand kan verhuizen naar een beschermende woonvorm.

De leden van de PVV-fractie zouden graag willen weten waarom de keuze is gemaakt om de bekostiging niet de eerste 365 dagen maar de eerste 3 jaar via de Zvw te laten lopen. Blijft deze termijn van 3 jaar gehandhaafd als de criteria om in de Wlz te komen gedefinieerd zijn?

Dit licht ik graag toe. Het doel van de verschuiving van de jaargrens naar drie jaar, is dat de zorg voor een groep patiënten waarbij het perspectief op (spoedig) herstel en/of een overgang naar ambulante zorg en ondersteuning vrij groot is onder de Zvw komt te vallen. Zorgverzekeraars worden meer dan voorheen verantwoordelijk voor het gehele behandelingstraject, zowel klinisch als ambulant. Daarmee worden aanbieders en zorgverzekeraars gestimuleerd om in te blijven zetten op herstel, participatie en ambulantisering. In hoeverre een tijdsgrens onderdeel uit zal maken van de toegangscriteria tot de Wlz kan ik op dit moment nog niet beoordelen.

De leden van de PVV-fractie vragen verder of ik een aantal concrete voorbeelden kan noemen van objectieve inhoudelijke criteria voor toegang voor ggz-cliënten tot de Wlz?

De objectieve inhoudelijke criteria voor toegang voor ggz-cliënten zijn nog niet ontwikkeld. Ik ben voornemens Zorginstituut Nederland op korte termijn te verzoeken deze te ontwikkelen. Het streven is dat het onderzoek van Zorginstituut Nederland in februari 2015 wordt afgerond. Het lijkt mij niet verstandig om in dit stadium te speculeren over wat die objectieve inhoudelijke criteria zouden kunnen zijn. Ik wacht de advisering door Zorginstituut Nederland af.

De leden van de PVV-fractie constateren dat over zo'n 8 maanden mensen wel al de Wmo en Zvw in zullen stromen. Zij vragen of hiervoor al criteria bekend zijn, en zo ja welke? De PVV-fractie maakt zich zorgen over afwenteling binnen de Wmo en Wlz, inhoudelijke criteria zullen dit niet voorkomen, door wie wordt er getoetst?

Voor de Zvw geldt dat de instroom niet verandert ten opzichte van nu. In het geval een huisarts ggz-behandeling noodzakelijk acht, kan hij verwijzen naar de generalistische basis-ggz of de gespecialiseerde ggz. Deze zorg valt onder het basispakket. Voor de Wmo 2015 geldt dat de gemeente na een melding in overleg met de cliënt (zo nodig ondersteund door bijvoorbeeld een familielid of een hulpverlener) onderzoek doet naar de meest passende maatwerkoplossing. Daarbij zijn de in de Wmo 2015 genoemde criteria (zoals problemen bij het handhaven in de samenleving bij psychische problemen, niet op te lossen op eigen kracht etc.) leidend. Om ervoor te zorgen dat cliënten geen hinder ondervinden van de overgang tussen de verschillende systemen worden op regionaal niveau afspraken gemaakt tussen gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren. Ook cliëntenorganisaties, aanbieders en woningcorporaties kunnen bij het maken van deze afspraken worden betrokken. In beginsel zijn de financiers van de zorg de eerstverantwoordelijke partijen om te voorzien in de behoefte aan zorg en ondersteuning van hun cliënten en kunnen zij daarop worden aangesproken. Dat laat onverlet dat ook ik vanuit mijn verantwoordelijkheid er op zal toezien dat zoveel mogelijk voorkomen wordt dat cliënten tussen wal en schip komen.

De leden van de PVV fractie merken op dat zorgverzekeraars vanaf 2015 op grond van de Zvw verantwoordelijk worden voor de eerste 3 jaar op behandeling gerichte intramurale ggz voor volwassenen, en dat zij

hierdoor meer kosten zullen maken dan voorheen. De leden van de PVV-fractie zijn benieuwd wat de consequenties zijn van deze maatregel op de hoogte van de premie.

In de brief van 4 maart 2014 over de premiegevolgen van de overhevelingen (Kamerstuk 30 597, nr. 432) en het daaropvolgende schriftelijk overleg met uw Kamer is uitgebreid ingegaan op de premiegevolgen voor de Zvw en Wlz. Daarbij is uitgegaan van de situatie waarbij de volledige intramurale ggz zou worden overgeheveld naar de Zvw. Nu deze overheveling beperkt blijft tot de eerste drie jaar valt de stijging van de nominale Zvw-premie in 2015 door de overhevelingen naar verwachting € 2 lager uit, en blijft daarmee nog steeds beperkt tot maximaal € 20.

Als voorlopige schatting van de Wlz-premie is eerder uitgegaan van een premie van 10%, met een marge in de raming van 9–11% die met name veroorzaakt wordt door de onzekerheid over de ontwikkeling van de grondslagen waarover de premie geheven wordt. Het achterblijven van een deel van de intramurale ggz in de Wlz leidt ten opzichte van de eerdere schatting van 10% tot een hogere Wlz-premie in de orde van grootte van 0,2%-punt. Dit ligt echter nog steeds ruim binnen de eerder aangegeven betrouwbaarheidsmarge van de raming.

De leden van de PVV-fractie vragen verder wat de verschuiving voor de doorlooptijd van de huidige DBC's betekent.

De overheveling naar de Zvw heeft geen gevolgen voor de doorlooptijd van de huidige dbc's. Zoals de Minister heeft aangegeven in haar brief van 24 maart 2014 inzake de voorgenomen aanwijzing over bekostiging langdurige intramurale op behandeling gerichte ggz en de toepasbaarheid van het macrobeheersinstrument (Kamerstuk 30 597, nr. 426) blijven voor het tweede en derde jaar intramuraal verblijf de ZZP B's voorlopig gehandhaafd.

De leden van de PVV-fractie merken op dat de overheveling van de langdurige ggz naar de Zvw plaatsvindt terwijl er nog geen duidelijkheid is over de nieuwe productstructuur. Zij vragen of ik kan aangeven wanneer hier meer duidelijkheid over verwacht kan worden.

De NZa heeft in 2014 een begin gemaakt met de aanpassing van de productstructuur. Bij het ontwikkelen van die nieuwe structuur werkt de NZa inhoudelijk samen met de sector. Brancheorganisaties van zorgaanbieders, beroepsverenigingen en zorgverzekeraars hebben afgesproken om in 2014 te onderzoeken of in de gespecialiseerde ggz voor de groepen «Angst» en «Depressie» een alternatieve productstructuur mogelijk is. In die structuur moet niet alleen de diagnose maar ook het verloop van de stoornis, ook wel de stagering genoemd, een plaats krijgen. Op basis van het onderzoek zal de NZa het tijdpad voor de verdere doorontwikkeling nauwkeuriger kunnen vaststellen.

De leden van de PVV-fractie denken dat het gelijk speelveld tussen de zorgverzekeraars wordt aangetast door de overheveling van de eerste drie jaar op behandeling gerichte intramurale ggz voor volwassenen. Ze vragen zich af of kleine zorgverzekeraars niet meer risico lopen doordat de ex ante risicoverevening voor de langdurige intramurale ggz nog niet optimaal is en vragen zich af hoe dit wordt ondervangen.

Ten aanzien van de risicodragendheid van de naar de Zvw over te hevelen langdurige ggz geldt voor het kabinet dat de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel leidend is. Het kabinet streeft naar volledig risicodragende uitvoering van deze zorg door zorgverzekeraars ultimo 2017; in

2017 zal hierover definitief worden besloten. Ik informeer uw Kamer jaarlijks over de vormgeving van het risicovereveningssysteem voor het komende jaar. Zoals gebruikelijk zal ik in juni 2014 in een brief uw Kamer berichten over de voorgenomen vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel 2015 en in september 2014 over de voorgenomen vormgeving van de ex post compensaties in het risicovereveningssysteem 2015. In deze brieven zal ik aangeven hoe de langdurige intramurale ggz in 2015 ingepast zal worden in het risicovereveningssysteem 2015. In de septemberbrief zal ik ook aangeven welk effect het voorgenomen vereveningssysteem 2015 heeft op kleine zorgverzekeraars, wat de kwaliteit van het ex ante risicovereveningssysteem is en hoe onvolkomenheden door de inzet van ex post compensatie worden ondervangen. Het is overigens op voorhand niet gezegd dat kleine verzekeraars meer risico lopen dan grote verzekeraars.

De leden van de PVV-fractie stellen vast dat beschermd wonen in zijn geheel ondergebracht zal worden in het gemeentelijk domein en vragen hoeveel mensen dit betreft, welk budget per gemeente beschikbaar wordt gesteld voor beschermd wonen, hoe dit budget tot stand is gekomen en wat het huidige budget is.

Deze leden willen weten wat het verschil is tussen verblijf gericht op behandeling en beschermd wonen en zien graag enkele voorbeelden van beschermd wonen, zodat duidelijk wordt welke zorg bewoners van deze woonvorm zoal gedurende een week ontvangen. Zij zouden tevens enkele voorbeelden willen van zorg gericht op participatie, herstel en ontwikkeling die gemeenten gaan geven en vragen door wie en op welke manier wordt gecontroleerd of de gemeenten deze behandelingen aanbieden nu er met het vervallen van de compensatieplicht geen wettelijk recht op zorg meer is. Genoemde leden merken op dat wordt aangegeven dat door het beschermd wonen onder te brengen in de Wmo, voorkomen wordt dat het hele leven van iemand die geestelijke gezondheidszorg nodig heeft, wordt gemedicaliseerd. Zij vragen om een nadere toelichting hierop en vinden dat gemeenten een grote verantwoordelijkheid krijgen met de zorg voor deze groep mensen. De vraag is dan ook op welke manier gemeenten zich op dit moment voorbereiden op deze zorgtaak, nu in veel gemeenten nog niet eens colleges zijn gevormd.

Volgens het ClZ waren er op 1 juli 2013 36.900 mensen met een indicatie GGZ C (1–6). Deze mensen kunnen zich op basis van het overgangsrecht vanaf 2015 met hun indicatie melden bij de gemeente. Overigens verblijven niet al deze mensen in een instelling: indicaties worden ook verzilverd via een pgb of omgezet naar extramurale pakketten. Daarnaast komt het voor dat indicaties (die vaak zijn afgegeven met een looptijd van 15 jaar) niet (langer) worden verzilverd (bijvoorbeeld omdat de cliënt is overleden). Naar de gemeenten wordt voor beschermd wonen een bedrag van € 1.382 mln overgeheveld, waarvan € 134 mln voor kapitaallasten. Op dit budget is geen budgettaire korting van toepassing. Het budget wordt in 2015 volledig verdeeld op basis van historie (met 2013 als peiljaar). De verdeling over de centrumgemeenten is mede tot stand gekomen op basis van een uitvraag bij instellingen van realisatiecijfers 2013. Over de verdeling is gecommuniceerd in de meicirculaire 2014 van het Gemeentefonds.

Anders dan bij verblijf gericht op behandeling (waar intramurale zorg nodig is vanwege de behandeling) ligt bij beschermd wonen de nadruk meer op wonen (in een beschermende omgeving) dan op zorg (die overigens wel gewoon ambulante beschikbaar is). Het zou dan ook niet logisch zijn om beschermd wonen onder te brengen in een zorgwet, waardoor iemand «woont in de Zvw of de Wlz» en voor al zijn voorzieningen van een zorgwet afhankelijk is. Dat is bedoeld met de passage over medicalisering.

De meeste cliënten die beschermd wonen hebben een lange voorgeschiedenis in de zorg. Er is vaak sprake van meerdere diagnoses: psychiatrische diagnose en daarnaast verslaving, verstandelijke beperking en/of somatische problematiek ten gevolge van de psychiatrische problematiek. Gevolg van hun ziekte is dat ze op meerdere levensdomeinen problemen ervaren. Bijna alle cliënten worden ambulantly behandeld, door de huisarts (soms ondersteund door de POH ggz), in de generalistische basis ggz, of in de gespecialiseerde ggz. Deze zorg wordt net als bij andere burgers vergoed uit de Zvw. De mate van intensiteit van de behandeling verschilt. Begeleiding in een beschermende woonomgeving is bedoeld voor mensen die ten gevolge van hun psychiatrische aandoening of combinatie van aandoeningen (nog) niet zelfstandig kunnen wonen. De begeleiding bestaat bijvoorbeeld uit toezicht voor veiligheid (misbruik), dagstructuur, medicijngebruik en hygiëne. Cliënten worden gemotiveerd voor behandeling, krijgen praktische ondersteuning, hulp bij het leggen van contacten, begeleiding bij hun administratie etc. Gemeenten zullen deze ondersteuning op een vergelijkbare manier voortzetten, maar kunnen daarbij meer dan nu regie voeren op een integrale aanpak. Zo valt te verwachten dat sterkere verbinding worden gelegd met het participatiebeleid.

In de Wmo 2015 wordt compensatie gerealiseerd door de maatwerkvoorziening. Van een wettelijk recht op zorg in de Wmo was overigens geen sprake. Het verstrekken van een maatwerkvoorziening is geen vrijblijvendheid, maar een wettelijke plicht als aan de voorwaarden wordt voldaan (art. 2.3.5 wetsvoorstel Wmo 2015). Het college van B&W legt verantwoording af aan de gemeenteraad. Het is ook de gemeenteraad die het beleidsplan van de gemeente, waarin wordt ingegaan op de wijze waarop maatschappelijke ondersteuning wordt georganiseerd, moet goedkeuren. Terecht wijst de PVV-fractie er op dat gemeenten een grote verantwoordelijkheid krijgen. Een goede voorbereiding hierop en zorgvuldige transitie zijn dan ook van belang. Gemeenten zijn daar dan ook druk mee bezig (en waren dat in veel gevallen al voordat de gemeenteraadsverkiezingen plaatsvonden). Zij trekken samen op met aanbieders. Gemeenten worden ondersteund door het TransitieBureau met bijvoorbeeld handreikingen en factsheets.

Reactie op de vragen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie vragen mij inzichtelijk te maken wat het voorziene tijdschema is voor dit onderzoekstraject, en wat in mijn ogen een realistische deadline is om deze criteria gereed te hebben. Zij vragen dit omdat de periode van onzekerheid voor een kwetsbare groep cliënten, alsook voor zorgaanbieders, zo kort mogelijk dient te zijn. Ik ben het eens met de leden van de D66-fractie dat de tussenfase zo kort mogelijk moet duren, zowel voor zorgaanbieders als voor patiënten. Daar staat tegenover dat we de tijd moeten nemen voor een zorgvuldig proces. Ik ben voornemens Zorginstituut Nederland op korte termijn onderzoek te (laten) 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. Het gaat om een onderzoek naar de factoren die maken dat iemand aan de criteria van de Wlz voldoet, naar de wijze waarop die meetbaar zijn, en naar de manier waarop de resultaten van de meting afgewogen moeten worden. In dat kader zal ik Zorginstituut Nederland vragen om hem ook te adviseren over objectieve inhoudelijke toetsingscriteria voor toegang van ggz-cliënten tot de -Wlz. Het onderzoek wordt zo snel mogelijk gestart, het streven is dat dit onderzoek begin 2015 wordt afgerond. Ik verzoek Zorginstituut Nederland om in ieder geval de partijen die betrokken zijn bij de werkafspraken langdurige ggz hierbij te consulteren. Mede op basis van het advies van Zorginstituut Nederland zal ik een besluit nemen over de vaststelling en implementatie van de

objectieve inhoudelijke toetsingscriteria. Dat zal ook het moment zijn waarop een invoeringsdatum kan worden bepaald. Aangezien de invoering van inhoudelijke criteria voor toegang tot de Wlz aanpassingen op wetsniveau vereist, gegeven het voornemen om de driejaarsgrens ook in de Wlz vast te leggen, zal de invoeringsdatum niet vóór 1 januari 2016 liggen.

Verder vragen de leden van de D66-fractie of het kan voorkomen dat een ggz-cliënt in korte tijd tweemaal wordt geconfronteerd met een overgang naar een andere wet: eerst van de Awbz naar de Zvw indien nog niet wordt voldaan aan het driejaarscriterium, en daarna van de Zvw naar Wlz zodra dat wel het geval is. Zij vragen of ik een inschatting kan maken om hoeveel mensen het daarbij mogelijk gaat.

Ik ben voornemens door middel van de Nota van Wijziging Wlz in het overgangsrecht op te nemen dat cliënten die minder dan drie maanden naar de Zvw zouden gaan, direct kunnen doorstromen naar de Wlz. Zo voorkom ik dat mensen voor een korte tijd (minder dan drie maanden) vanuit de AWBZ naar de Zvw gaan en daarna weer naar de Wlz. Er zit altijd minimaal drie maanden tussen de overgang van AWBZ naar Zvw en een eventuele overgang naar de Wlz. Dit geeft voldoende tijd voor de beoordeling van de behandelaar of voortgezet verblijf noodzakelijk is, en, indien dat het geval is, voor de aanvraag en behandeling van de indicatie.

Voor mensen die wel een periode naar de Zvw gaan, verandert er overigens weinig wanneer de driejaarsgrens wordt bereikt. Indien de behandelaar inschat dat klinisch verblijf nog steeds noodzakelijk is, kan de klinische behandeling gewoon voortgezet worden op basis van de Wlz. Het voornaamste verschil voor hen is dat er gedurende de periode in de Zvw geen inkomensafhankelijke eigen bijdrage geldt; de in deze periode verleende zorg valt wel onder het verplicht eigen risico.

De leden van de D66-fractie constateren dat mensen met een ZZP GGZ C met ingang van 1 januari 2015 onder de Wmo 2015 vallen en daarmee onder de verantwoordelijkheid van de gemeente, maar dat ook voor deze mensen geldt dat zij te zijner tijd in aanmerking kunnen komen voor de Wlz indien zij voldoen aan de objectieve en zorginhoudelijke criteria. Daarmee dreigt volgens de leden van de D66-fractie te ontstaan dat cliënten voor de duur van de ontwikkeling van de criteria komen te vallen onder Wmo, en daarna de Wlz. Genoemde leden achten het van belang dat zoveel mogelijk wordt voorkomen dat tussen de verschillende wetten (Zvw, Wmo 2015 en Wlz) wordt «geschoven» met cliënten, omdat dat niet alleen voor cliënten zelf onwenselijk is, maar zeker ook voor de uitvoering door zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren. Deze leden ontvangen op dit punt graag een reactie van de Staatssecretaris.

Inderdaad zullen in de toekomst de mensen met een ZZP GGZ C, die voldoen aan de objectieve, inhoudelijke criteria, in aanmerking komen voor de Wlz. Onbekend is nog hoe groot de groep is die dat betreft. Deze groep zal op dat moment opnieuw met een ander wettelijk stelsel te maken krijgen. Ik acht het van belang dat mensen zo min mogelijk negatieve gevolgen ervaren van de overgang tussen systemen en vind de aandacht van de D66-fractie voor dit onderwerp dan ook terecht. Vanwege dit belang heeft het kabinet voor de groep mensen met een ZZP GGZ C een robuust overgangsrecht in de Wmo 2015 voorgesteld en zet ik in op een zorgvuldige transitie.

De eerste verandering vindt plaats in 2015. De financiering van beschermd wonen zal dan vanuit gemeentelijk budget plaatsvinden en niet langer door het zorgkantoor. Het overgangsrecht zorgt ervoor dat cliënten

gedurende vijf jaar, of korter als de indicatie eerder eindigt, in aanmerking kunnen komen voor een vergelijkbaar pakket als nu in de AWBZ. De gemeente is gehouden die aanspraak te honoreren. Naar verwachting zal de gemeente, zeker in de eerste jaren, inzetten op continuïteit, zodat de cliënt op 1 januari 2015 weinig van de overgang naar een ander wettelijk stelsel merkt. Ik zal mij er voor inzetten dat ook een toekomstige, tweede verandering soepel verloopt. Een geleidelijke instroom in de Wlz op basis van objectieve, inhoudelijke criteria is daarbij behulpzaam. Op het moment dat toegang tot de Wlz op basis van die criteria mogelijk is, zal het overgangsrecht beschermd wonen in de Wmo 2015 in stand blijven, zodat cliënten die beschermd wonen wanneer zij voor de Wlz in aanmerking komen niet worden gedwongen om direct van de Wlz-toegang gebruik te maken. Wanneer de toegang tot de Wlz op basis van objectieve, inhoudelijke criteria mogelijk wordt zal dit overigens ruim van tevoren bekend worden gelet op het feit dat deze aanpassing moet worden opgenomen in wet- en regelgeving. Dit biedt de ruimte om zo nodig aanvullende werkafspraken te maken over de nieuwe situatie die op dat moment ontstaat. Daarbij zal ik nadrukkelijk ook de uitvoeringsaspecten voor gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren betrekken.

De leden van de D66-fractie hebben tot slot een aantal vragen ten aanzien van het overgangsrecht. In hoeverre kunnen cliënten erop rekenen dat zij de zorg bij hun huidige zorgaanbieder kunnen blijven betrekken, zowel tijdens als na de overgangsperiode? Op welke wijze zal worden omgegaan met cliënten die thans op een wachtlijst staan?

Het overgangsrecht zorgt ervoor dat cliënten gedurende vijf jaar, of korter als de indicatie eerder eindigt, in aanmerking kunnen komen voor een vergelijkbaar pakket als nu in de AWBZ. De gemeente is gehouden die aanspraak te honoreren, maar kan wel beoordelen of dat op een andere plaats zal worden ingevuld. Er is dus geen garantie dat cliënten hun zorg en ondersteuning bij dezelfde aanbieder (en op dezelfde plek) kunnen blijven betrekken. Die garantie is er momenteel in de AWBZ ook niet. Naar verwachting zal de gemeente echter, zeker in de eerste jaren, inzetten op continuïteit en in ieder geval met de bestaande aanbieders afspraken maken. Het ligt ook niet in de rede dat gemeenten al op korte termijn afscheid zullen nemen van huidige aanbieders, Het feit dat er wachtlijsten zijn maakt dat gemeenten naar verwachting in ieder geval op korte termijn bestaande capaciteit nodig zullen hebben. Voor mensen die een indicatie hebben voor beschermd wonen en op dit moment op een wachtlijst staan geldt eveneens het overgangsrecht. Zij dienen zich vanaf 2015 tot de gemeente te richten voor beschermd wonen. In veel gevallen ontvangen mensen die op de wachtlijst staan (extramurale) overbruggingszorg. Omdat de indicatie leidend is, maken de hiermee gemoeide financiële middelen onderdeel uit van budget GGZ C voor de centrumgemeenten.