

Vergaderjaar 2014–2015

33 891

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

F

MEMORIE VAN ANTWOORD

Ontvangen 24 oktober 2014

1. Inleiding

Met bijzondere belangstelling heb ik kennisgenomen van de inbreng van de fracties met betrekking tot het wetsvoorstel Wet langdurige zorg (Wlz). De Wlz borgt dat er voor de kwetsbaarste mensen in ons land nu en in de toekomst veilige en liefdevolle zorg is. Uit het voorlopig verslag valt af te leiden dat het merendeel van de fracties dit hoofddoel van het wetsvoorstel onderschrijft. Wel zijn er bij de fracties nog vragen. Door de onderhavige memorie van antwoord beoogt het kabinet hierop een antwoord te geven.

De Wlz vormt het sluitstuk van de hervorming van de langdurige zorg. De wet is de derde pijler van ons nieuwe stelsel van langdurige zorg. De eerste pijler wordt gevormd door de Jeugdwet en de Wmo 2015, waarin de gemeenten de ondersteuning in en om het huis dichtbij de mensen kunnen gaan organiseren. De tweede pijler is de Zorgverzekeringswet, waarin de wijkverpleegkundige zorg de schakel vormt tussen het medische domein en het sociale domein. De derde pijler is de Wlz. Genoemde pijlers zijn erop gericht om in de langdurige zorg een omslag te maken, gericht op meer kwaliteit, maatwerk, zorg dichtbij, een grotere betrokkenheid en meer regie voor de cliënt. Belangrijke doelstelling van de nieuwe ordening van zorg en ondersteuning is voorts een langdurige zorg die ook structureel betaalbaar en toegankelijk blijft.

Het onderhavige wetsvoorstel is om drie redenen van belang. In de eerste plaats is een aanpassing van de AWBZ nodig, omdat belangrijke onderdelen van de huidige AWBZ in andere domeinen worden ondergebracht. In de tweede plaats bevat dit wetsvoorstel cruciale verbeteringen. Zo wordt het recht op zorg op wetsniveau verankerd. Dit geldt ook voor het recht op een persoonsgebonden budget en andere leveringsvormen dan verblijf in een instelling, zoals het volledige en het modulaire pakket thuis. Verder wordt in het wetsvoorstel onderscheid gemaakt tussen de toegang tot Wlz-zorg – de indicatie vindt plaats op inhoudelijke gronden – en de zorg die mensen krijgen. Dat geeft meer ruimte aan professionals en

cliënten om samen goede afspraken te maken over de zorg en de doelen die daarmee worden nagestreefd. De wet biedt ook meer mogelijkheden om de zorgkantoren aan te spreken op de kwaliteit van dienstverlening, de zorginkoop en de cliëntenondersteuning en -bemiddeling.

Tot slot biedt deze wet niet alleen zekerheid en verbetering, maar legt zij ook een fundament voor verdere vernieuwing. Deze vernieuwing is niet met wetsartikelen alleen te regelen, maar vraagt om actie. Het kabinet komt dan ook in het voorjaar 2015 met een brede vernieuwingsagenda voor de Wlz-zorg. Zo is de Wlz veel meer dan het logische sluitstuk van de hervorming van de langdurige zorg. De wet markeert tevens een begin van de verbetering en vernieuwing van de zorg voor de meest kwetsbare mensen in onze samenleving. Het kabinet hecht er dan ook zeer aan de Wlz met ingang van 1 januari 2015 te kunnen invoeren.

2. Specifieke vragen van de fracties

2.1 VVD-fractie

Invoering

Het is voor de leden van de VVD-fractie evident dat van veel partijen veel wordt gevraagd om ervoor te zorgen dat de ingrijpende wijzigingen die aanvaarding van dit wetsvoorstel met zich mee zullen brengen, op een adequate wijze in 2015 kunnen worden geïmplementeerd. Deze leden waarderen het vele werk dat op verschillende plaatsen wordt verzet. Het beste symbool hiervoor is wel de verantwoordelijke Staatssecretaris, die dagelijks in het land aanwezig is teneinde te luisteren naar diegenen die de nieuwe regels moeten uitvoeren dan wel er mee te maken zullen gaan krijgen. Niettemin blijven bij deze leden zorgen bestaan over de korte termijn waarop een en ander moet worden gerealiseerd. Welk beeld, zo vragen de leden van deze fractie, heeft de Staatssecretaris van VWS nu, gebaseerd op zijn vele persoonlijke gesprekken en contacten in het land? Waar zitten de grootste struikelblokken en risico's? Op welke wijze kan snel en flexibel gereageerd worden als zich ondanks alle inzet van betrokken partijen toch problemen voordoen?

Mijn beeld is dat alle betrokken partijen, de cliëntenorganisaties, de zorgaanbieders, de zorgkantoren, het CIZ en anderen zich maximaal inzetten om de noodzakelijke zorg voor cliënten die zijn aangewezen op de Wlz te borgen. Door de inzet van al deze partijen en hun onderlinge samenwerking is een zo veel mogelijk vloeiende overgang van AWBZ naar Wlz mogelijk. Ik wijs er daarbij op dat de veranderingen die voortvloeien uit de Wlz relatief beperkt zijn in vergelijking met de Wmo en de Zvw. Ook is, na consultatie van de NZa, de zorgkantoren en de zorgaanbieders, de uitvoering van de langdurige zorg voor 2015 zodanig vormgegeven dat er voor wat betreft de zorginkoop nagenoeg geen verschil is tussen de Wlz en een eventuele versmalde AWBZ in 2015. Daarmee is geborgd dat het zorginkoopproces tussen de zorgkantoren en de zorgaanbieders tijdig en voorspelbaar gestart kan worden. Uw Kamer is hierover in de brief van 27 juni jl. geïnformeerd (Kamerstukken II, 2013–2014, 33 891, nr. 13). In aanvulling hierop zijn met ZN nadere afspraken gemaakt over een verantwoorde invoering van de Wlz op 1 januari 2015. De Tweede Kamer is hierover per brief van 22 september jl. geïnformeerd (Kamerstukken II, 2013–2014, 33 891, nr. 158).

De Wlz is onderdeel van de brede hervorming van de langdurige zorg. In het voorjaar heb ik met alle betrokken partijen werkafspraken gemaakt om de hervorming te begeleiden. Het hoofddoel van de werkafspraken is voorkomen dat mensen tussen wal en schip geraken. Er zijn diverse

waarborgen vormgegeven om zo nodig snel te kunnen handelen. Al sinds het voorjaar van dit jaar komt elke twee weken een overleggroep (de «HLZ cockpit») bij elkaar waar signalen worden gedeeld. Daarnaast monitoren de cliëntenorganisaties de effecten van de hervorming op de cliënten. Zij hebben daartoe o.a. meldpunten ingesteld. Deze en andere monitorinformatie komt in de cockpit aan de orde. Voorts zijn er in alle Wmo-regio's Secretarissen ingesteld om partijen in de regio te ondersteunen bij de transitie. Ook zijn er interventieteams ingericht, o.a. op het gebied van wonen (onder leiding van de heer Norder) en de transitie (onder leiding van de heer Terpstra).

Daarenboven start medio oktober van dit jaar een tweetal oplossingsgerichte tafels waar specifiek aandacht is voor Wlz-implementatievragen. Ik zal één «werktafel Wlz» inrichten die zich richt op invoeringsvragen die leven bij zorgkantoren, zorgaanbieders en professionals. Met de cliënten ga ik op gelijke wijze in gesprek. Hierbij gaat de aandacht vooral naar de effecten voor cliënten. Ik zal hiervoor niet alleen vertegenwoordigers van budgethouders en cliëntenorganisaties uitnodigen maar bijvoorbeeld ook huisartsen, zorgaanbieders en de V&VN.

De veranderingen vragen veel inspanningen van veel partijen. Ik constateer dat er een grote bereidheid is om deze veranderingen door te voeren. Door middel van bovengenoemde monitoring en samenwerking wordt geborgd dat eventuele knelpunten in de uitvoering snel zijn op te lossen.

Gevolgen amendering

Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer is een stevig aantal amendementen aangenomen. De leden van de VVD-fractie zouden graag een overzicht willen hebben van de gevolgen van deze aangenomen amendementen, getoetst op budgettaire consequenties, personele gevolgen voor uitvoerders en toezichthouders als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Centrum indicatiestelling zorg (CIZ), en consequenties voor de administratieve lastendruk.

Inderdaad zijn tijdens de behandeling van de Wlz in de Tweede Kamer een stevig aantal amendementen aangenomen. Ik heb de amendementen in drie categorieën verdeeld, namelijk amendementen die in lagere regelgeving worden verwerkt, amendementen die ertoe leiden dat de huidige AWBZ-praktijk wordt bestendigd en amendementen waarvan de impact op budget, personeel en administratieve lastendruk afwezig of zeer beperkt is. Voor categorie 1 geldt dat nu nog niet getoetst kan worden op de door de VVD gevraagde elementen. Categorie 2 gaat om amendementen die niets veranderen ten opzichte van de huidige situatie. Derhalve is er geen sprake van gevolgen op de gevraagde elementen. Bij categorie 3 gaat het om amendementen die geen of een geringe impact hebben op de gevraagde elementen. Dit leidt tot het volgende overzicht:

1. Amendementen die in lagere regelgeving worden verwerkt:
 - Uitbreiding reikwijdte ADL-clusterwoningen (nr. 77)
 - Uitbreiding partneropname naar gehandicaptenzorg (nr. 129)
 - Vaststellen maximumkosten per module bij modulair pakket thuis (nr. 149)
 - Regelen van meerkosten voor mensen die thuis wonen (nr. 153)
 - Nadere regels over zorgplicht en zorginkoopbeleid (nr. 142)
 - Persoonsvolgende bekostiging (nr. 108)
 - Introductie meet- en weetplicht voor Wlz-uitvoerders (nr. 141)
 - Te bespreken onderwerpen bij zorgplan (nr. 30)
 - Experimenten over de domeinen heen (nr. 66)
2. Amendementen die huidige AWBZ-praktijk bestendigen:

- Verstrekken medische gegevens alleen na toestemming cliënt (nr. 50)
 - Geen inperking bevoegdheden Algemene Rekenkamer (nr. 68)
3. Amendementen waarvan de impact op budget, personeel en administratieve lastendruk afwezig of zeer beperkt is:
- Borging cliëntondersteuning (nr. 163)
 - Recht op zorg afgestemd op de verzekerde (nr. 20)
 - Cliënt wordt actief gewezen op mogelijkheid van cliëntondersteuning (nr. 162)
 - Recht op combinatie leveringsvormen (nr. 124)
 - Recht op gewenste leveringsvorm wanneer aan criteria wordt voldaan (nr. 136)
 - Wens van de cliënt is leidend bij mpt en vpt, afwijzing moet deugdelijk worden gemotiveerd (nr. 143)
 - Wlz-uitvoerder biedt actief mogelijkheid om persoonlijk plan te overleggen (nr. 44)
 - Pgb positioneren als meer gelijkwaardig aan andere leveringsvormen (nr. 74)
 - Betrokkenheid mantelzorgers en vrijwilligers wordt onderdeel contracten Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders (nr. 161)
 - Wlz-uitvoerder houdt bij contractering rekening met enkele persoonlijke kenmerken van de verzekerden (nr. 23)
 - Idem als voorgaand, aangevuld met seksuele gerichtheid (nr. 73)
 - Recht op zorgplanbespreking bij modulair pakket thuis (nr. 75)
 - Mantelzorg betrekken bij zorgplanbespreking (nr. 154)
 - Aanpassing overgangsrecht lage zzp's: na 2015 behoud keuze voor verblijf in een instelling (nr. 107)
 - Meerzorg (nr. 150)
 - Gemoedsbezwaarden (nr. 79)

Gegevensuitwisseling

Op een van de aangenomen amendementen willen deze leden nader ingaan. Het aangenomen amendement-Van Dijk en mevrouw Bergkamp¹ heeft bewerkstelligd dat zorgverleners of zorginstellingen medische persoonsgegevens alleen met toestemming van de betreffende persoon aan het CIZ mogen verstrekken. De leden van de VVD-fractie kunnen zich de overwegingen bij dit amendement op zich goed voorstellen. Wel stellen zij een reactie van de regering op prijs op de stelling van de KNMG in hun brief aan de Eerste Kamer van 10 oktober jl.², dat de «achterdeur» nog steeds openstaat doordat het CIZ deze medische persoonsgegevens vervolgens wel zonder toestemming van de betreffende persoon met andere instanties zou mogen delen. Klopt de stelling van de KNMG dat dit ook na aanvaarding van het betreffende amendement mogelijk is? Zo ja, hoe beoordeelt de regering dit? Acht zij dit niet in strijd met de bedoeling van het genoemde amendement? Ziet de regering mogelijkheden deze achterdeur te sluiten, of acht zij deze achterdeur wenselijk?

Graag wil ik vooropstellen dat het medisch beroepsgeheim, hoewel niet absoluut, een kernwaarde is in de gezondheidszorg. Ik heb daarom ook begrip voor de aandacht die de KNMG vraagt voor de privacy van de cliënt en de positie van het medisch beroepsgeheim. Ik ben het echter niet eens met de zorgen van de KNMG dat het wetsvoorstel Wlz een achterdeur bij het CIZ zou creëren waardoor het CIZ medische persoonsgegevens zonder toestemming van de betreffende persoon met andere instanties zou kunnen delen. Ik zal allereerst ingaan op de taken van het CIZ en de gegevens die het CIZ met andere organen kan delen. Daarna zal

¹ Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 50.

² Ter inzage gelegd onder griffienummer 155006.11

ik ingaan op het aangenomen amendement-Otwin van Dijk en Bergkamp, en het verband tussen dat amendement en de gegevensverstrekking door het CIZ.

De Wlz geeft, met name in de artikelen 9.1.2 en 9.1.3, precies aan tussen welke partijen gegevensuitwisselingen kunnen plaatsvinden. Daarbij vindt ook doelbinding plaats: alleen voor de in de Wlz genoemde doelen mogen de genoemde partijen gegevens uitwisselen. In de huidige AWBZ is deze doelomschrijving nog van globalere aard. Ook met betrekking tot het CIZ is in de Wlz geregeld dat er alleen gegevensuitwisselingen mogen plaatsvinden voor zover daarin is voorzien in de Wlz. Het kan en zal hierbij vaak gaan om gegevens betreffende de gezondheid. Het enkele gegeven dat iemand een Wlz-indicatie heeft kan bijvoorbeeld al worden aange-merkt als een gegeven betreffende de gezondheid van de verzekerde. Artikel 9.1.2 van het wetsvoorstel regelt de gegevensuitwisseling van de partijen die betrokken zijn bij de primaire processen van de Wlz, de «keten». Deze primaire processen zijn het indiceren van de zorgbehoefte door het CIZ, het toewijzen en het leveren van de zorg door de Wlz-uitvoerder en de zorgaanbieder en het opleggen van de eigen bijdrage door het CAK. Meer specifiek voor het CIZ houdt dit in dat het CIZ het indicatiebesluit zonder toestemming van de verzekerde aan de Wlz-uitvoerder van de verzekerde zal sturen. De Wlz-uitvoerder heeft dit besluit immers nodig om zijn zorgplicht jegens de verzekerde in te vullen. Indien de verzekerde daartoe toestemming verleent, kan het CIZ het indicatiebesluit bovendien ook aan een zorgaanbieder zenden. Hierdoor kan de zorgplanbespreking een aansluitend de zorgverlening spoedig na de indicatiestelling starten. Omdat deze gegevensuitwisseling tussen het CIZ en de aanbieder echter niet noodzakelijk is in het licht van de doelen die beschreven zijn in de Wlz, wordt hier dus vereist dat de verzekerde toestemming verleent. Artikel 9.1.3. van het wetsvoorstel regelt de gegevensuitwisseling tussen de ketenpartijen en enkele partijen buiten de Wlz-keten. Ik begrijp de opmerkingen van de KNMG zo dat dit artikel volgens de KNMG de achterdeur zou bieden waardoor het CIZ gegevens zou kunnen verstrekken aan diverse instanties waar mensen werken die geen geheimhoudingsplicht hebben. Ik ben het om verschillende redenen niet eens met de stelling van de KNMG.

In de eerste plaats wil ik er voor waken dat het woord «achterdeur» impliceert dat via het CIZ (medische) gegevens van de verzekerde ongemerkt kunnen weglekken naar andere partijen. Het CIZ wordt in artikel 9.1.3, eerste lid, inderdaad genoemd als een van de ketenpartijen die voor bepaalde doelen gegevens zou kunnen verstrekken aan partijen van buiten de Wlz-keten. Het gaat hierbij echter alleen om mogelijke verstrekkingen aan in dat artikellid *genoemde instanties*: de zorgverzekeraar (als uitvoerder van de Zvw), het Zorginstituut en de Sociale verzekeringsbank. Deze gegevensuitwisselingen zijn alleen mogelijk *voor zover dat noodzakelijk* is om een *beperkt aantal doelen* te bereiken, eveneens genoemd in artikel 9.1.3, eerste lid. De zorgverzekeraar van de verzekerde kan bijvoorbeeld gegevens betreffende de gezondheid van de verzekerde nodig hebben die noodzakelijk zijn voor de onderlinge afstemming van de Zvw-zorg en Wlz-zorg en het voorkomen van dubbele verstrekkingen. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om het indicatiebesluit of het gegeven dat de zorgverlening van de Wlz is gestart. Als de gegevens niet noodzakelijk zijn voor een in artikel 9.1.3, eerste lid, genoemd doel, is gegevensverstrekking door het CIZ niet zonder toestemming van de verzekerde mogelijk.

Voorafgaande toestemming van de verzekerde is niet vereist voor zover het gaat om de melding door het CIZ aan de gemeente *dat* de verzekerde een indicatiebesluit heeft gekregen dat hem recht geeft op Wlz-zorg. Dit wordt geregeld in artikel 4.2.5, derde lid, van de Wmo 2015, zoals dat lid

komt te luiden na wijziging middels artikel 12.1.5, onderdeel E, van het wetsvoorstel. Het CIZ mag dus alleen «dat-informatie» verschaffen en alleen aan de gemeente waarvan de verzekerde inwoner is. Deze informatie heeft de gemeente nodig om binnen haar bevoegdheden van de Wmo 2015 de voorzieningen af te stemmen op de Wlz-zorg of om bepaalde voorzieningen te kunnen weigeren. Indien de gemeente ook andere gegevens over de gezondheid van de verzekerde wil hebben, zal de verzekerde daartoe toestemming moeten verlenen.

In de tweede plaats zag het aangenomen amendement-Otwin van Dijk en Bergkamp op een andersoortige situatie, waar de beeldspraak «voor deur» en «achter deur» lijkt te impliceren dat het om soortgelijke gevallen gaat. Met het aangenomen amendement is het voorgestelde artikel 9.1.2, tweede lid, vervallen. Dat artikellid zou hebben geregeld dat medisch beroepsbeoefenaren alle relevante medische informatie over de verzekerde aan het CIZ zou moeten verstrekken. Daarbij zou aan de medisch beroepsbeoefenaar geen zelfstandige afwegingsruimte worden gelaten om alsnog te weigeren om de gegevens te verstrekken. Door het aangenomen amendement vervalt het aan de Tweede Kamer voorgestelde tweede lid van artikel 9.1.2 en geldt de situatie die al in de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) staat beschreven (art. 7:457 BW). Gegevens mogen daardoor alleen verstrekt worden indien er toestemming is van de cliënt en de persoonlijke levenssfeer van een ander niet wordt geschaad. De medisch beroepsbeoefenaar houdt de ruimte om te weigeren de gegevens te verstrekken.

In de derde plaats gaat de KNMG er onterecht vanuit dat, in het geval het CIZ medische gegevens deelt met de in artikel 9.1.3, eerste lid, genoemde instanties, de gegevens zullen worden gebruikt door mensen die geen geheimhoudingsplicht hebben. Ook medewerkers van die instanties hebben een geheimhoudingsplicht. Dat zullen uiteraard niet altijd mensen zijn die reeds op grond van hun ambt of beroep een geheimhoudingsplicht hebben (medisch beroepsbeoefenaren), maar ook voor de overige medewerkers geldt dat zij een geheimhoudingsplicht hebben, behoudens voor zover enige wettelijke voorschrift hen tot mededeling verplicht of vanuit hun taak de noodzaak tot mededeling voortvloeit. Dit is geregeld in artikel 2:5 van de Awb en artikel 9.1.2, vijfde lid van de Wlz.

Hoewel de leden van de VVD-fractie zoals gezegd begrip hebben voor de overwegingen achter het genoemde amendement, roept de aanvaarding ervan wel vragen op. Immers, het amendement is van de kant van de regering in stevige bewoordingen ontraden, omdat het CIZ medische persoonsgegevens nodig zou hebben voor een adequate bestrijding van ernstige zorgfraude. Nu de Tweede Kamer desondanks het amendement heeft aanvaard moet het CIZ dit volgens de regering noodzakelijke instrument missen, althans is zij afhankelijk van de instemming van de patiënt, instemming die bij ernstige zorgfraude – zo valt te vrezen – niet snel zal worden gegeven. Welke consequenties heeft dit voor de mogelijkheden van het CIZ rond fraudebestrijding en welke maatregelen gaat de regering nemen teneinde te voorkomen dat het CIZ niet in staat zou zijn adequaat toe te zien op een juiste besteding van de vele miljarden die omgaan in de Wlz?

Ik begin met een antwoord op het laatste deel van de vraag van de leden van de VVD. Ik neem geen maatregelen in de richting van het CIZ als het gaat om het toezien op een juiste besteding van middelen die in de Wlz omgaan. Dat is geen taak van het CIZ maar van de zorgkantoren, waar de NZa toezicht op houdt. Deze leden vroegen mij naar de mogelijkheden van het CIZ om zorgfraude te bestrijden nu het amendement op Kamerstuk 33 891 is aanvaard, hetgeen met zich brengt dat zonder

toestemming van de cliënt er geen (medische) persoonsgegevens van derden gevraagd mogen worden door het CIZ. Voorop blijft staan dat het CIZ voor het kunnen verstrekken van een indicatiebesluit moet beschikken over voldoende en relevante informatie over de verzekerde en diens (medische) omstandigheden. Het is daarom noodzakelijk dat cliënten zich realiseren dat slechte of geen (schriftelijke) informatie schadelijk is voor het welslagen van het indicatieproces. In tegenstelling tot de huidige praktijk zal er bij de indicatiestelling door CIZ in alle gevallen sprake zijn van een persoonlijk contact. Maar zonder de beschikking over de relevante (medische) data, kan het CIZ geen indicatiebesluit nemen. Indien de cliënt deze machtiging niet (goed) verstrekt en het CIZ daardoor geen adequaat onderzoek kan uitvoeren (controle van de medische informatie of opvragen van aanvullende medische informatie), zal het CIZ een negatief indicatiebesluit afgeven. Kortom, indien de cliënt niet meewerkt aan het onderzoek en weigert een machtiging te verstrekken aan het CIZ, dan kan dit vergaande consequenties hebben. Het feit dat het CIZ zelf in de beginfase alle onderzoeken en beoordelingen ten behoeve van de indicatiebesluiten uitvoert en er geen gemandateerde indicatiestelling zal zijn, temeer omdat er sprake is van nieuwe indicatiecriteria en de inwerkingtreding van een geheel nieuwe stelsel voor de langdurige zorg, draagt eraan bij dat het risico op de hoeveelheid foute of frauduleuze indicatiebesluiten zal dalen.

Bovendien wordt in de Wlz verankerd dat het CIZ bij het vermoeden dat een indicatiebesluit is gebaseerd op onjuiste of onvolledige gegevens ambtshalve kan overgaan tot het herzien of zelfs intrekken van het indicatiebesluit. Het CIZ heeft in de afgelopen jaren al een aanzienlijk aantal indicatiebesluiten van cliënten via een zogenaamd ambtshalve herindicatietraject opnieuw in onderzoek genomen. De afdeling Fraudebestrijding van het CIZ heeft in die gevallen op basis van nader onderzoek en/of screening vastgesteld, dat het op grond van feiten en omstandigheden aannemelijk is dat deze besluiten niet juist zijn. Het gaat daarbij in de meeste gevallen om besluiten van cliënten waarbij sprake is van (ernstige) vermoeden van fraude, misbruik en/of oneigenlijk gebruik. Het is daarom noodzakelijk om een ambtshalve herindicatietraject uit te voeren. Dit is een traject waarbij het CIZ eigenstandig, zonder aanvraag van de cliënt, opnieuw een indicatieonderzoek uitvoert. Bij deze herindicatietrajecten wordt de cliënt verzocht een machtiging af te geven aan het CIZ om (nadere medische) informatie te kunnen opvragen bij derden. Daarbij kan het niet verstrekken van de benodigde informatie in een uiterste geval leiden tot het intrekken van een reeds afgegeven indicatiebesluit.

Bij reeds opgemerkte gevallen van (mogelijke) fraude bestaat regelmatig een vermoeden dat behandelend artsen of cliënten zelf frauderen. Bij de afdeling Fraudebestrijding van het CIZ zijn vanaf januari tot en met mei 2014 ruim 640 meldingen binnen gekomen, waarbij in ongeveer een kwart de gevallen sprake was van een vermoeden van fraude door middel van gemanipuleerde diagnostiek door een arts of andere behandelaar. In het wetsvoorstel zoals dat naar de Tweede Kamer is gestuurd was daarom een bepaling opgenomen waarmee niet alleen zou worden geregeld dat de verzekerde geen toestemming hoeft te geven voor de uitwisseling van de benodigde gegevens, maar ook dat de medisch beroepsbeoefenaar een spreekplicht heeft. Dit artikelid is door het amendement onder nummer 33 891, nr. 50 geschrapt. Ik heb tijdens de plenaire behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer aangegeven dat ik van mening ben dat het amendement een belangrijk instrument voor fraudebestrijding zou wegnemen. Ik heb om die reden het amendement dan ook ontraden. Aan de leden van de Tweede Kamer heb ik wel toegezegd om voor de komende fraudedebatten in de rapportages aan te geven met wat voor gevallen van fraude we worden geconfronteerd en op welke wijze die

bestreden kunnen worden. Bij die gelegenheden zal ik dus weer in debat gaan met de leden van de Tweede Kamer over de instrumenten die nodig zijn voor een effectieve fraudebestrijding.

Financiële aspecten

Bij de schriftelijke voorbereiding in de Tweede Kamer zijn, zo constateren de leden van de VVD-fractie, veel vragen gesteld over de macro-uitgavencijfers voor de zorg, uitgesplitst naar cure en care; deze zijn tevens internationaal vergeleken. Begrijpelijk, want er zijn heel veel cijfers, vaak afkomstig van diverse instanties zoals het CBS, SCP, CPB en OESO, die elk hun eigen definities en methodieken hanteren. Daarnaast geeft de regering in de miljoenennotastukken, overigens steeds betere, cijfers over de macro-uitgavenontwikkeling van de diverse zorgcategorieën. Het probleem is, zoals ook blijkt uit de vele vragen aan de overzijde bij de schriftelijke voorbereiding, dat uit al deze verschillende cijfers vaak heel verschillende conclusies worden getrokken. De leden van deze fractie achten dit ongewenst. Zou de regering willen bevorderen dat er meer eenduidigheid komt in de systematiek van meting van de zorgkosten door de diverse instanties? Kan zij toezeggen dat bijvoorbeeld in de jaarlijkse Miljoenennota eenduidig en objectief cijfermateriaal beschikbaar is, op basis waarvan het politieke debat kan plaatsvinden?

De cijfers in de jaarlijkse Miljoenennota zijn eenduidig en objectief. Het is echter waar dat deze soms moeilijk te doorgronden zijn, bijvoorbeeld omdat de perspectieven van waaruit ze worden gepresenteerd verschillen. In de Zorgbalans 2014 staan in tabel 8.1 (pag. 238) in de vraag genoemde drie perspectieven naast elkaar, opdat de overeenkomsten en de verschillen in een oogopslag duidelijk zijn. Verder is het via CBS/Statline mogelijk om de perspectieven OECD/SHA respectievelijk VWS/BKZ om te zetten naar CBS/ZR en omgekeerd.

Om invulling te geven aan de brede behoefte aan betere toegankelijkheid tot actuele cijfers over de gezondheidszorg en zorgkosten, is op 19 september jl. de app «Zorgcijfers» gelanceerd. Alle cijfers in deze app zijn gebaseerd op de Monitor Langdurige Zorg, die sinds eind 2013 voor iedereen beschikbaar is. In deze app is, met het oog op de transparantie, ervoor gekozen om voor elk cijfer één bron te kiezen. De app «Zorgcijfers» is daarmee een eerste stap in het harmoniseren van begrippen, definities, bronnen en uitkomsten. De app is te downloaden via www.zorgcijfers.nl of via de appstores van Apple en Google. De app wordt twee keer per in september (bij de begroting) en mei (bij de verantwoording) in zijn geheel geactualiseerd. Via het archief blijven oudere sets beschikbaar. Op bovenstaande wijze geeft het kabinet invulling aan de terechte vraag van de leden van de VVD om tot een eenduidig en objectief cijferbeeld te komen.

De leden van de VVD-fractie blijven worstelen met de samenhang tussen enerzijds de grotere nadruk op de wensen van de zorggerechtigde en de ruimere mogelijkheden voor de dienstverlener tot maatwerk, en anderzijds de budgettaire begrenzingen voor het zorgkantoor. Hoe gaat dit, zo vragen deze leden, nou in de praktijk als de zorgverlener en zorggerechtigde een zorgplan opstellen en bij het zorgkantoor is het budgettaire plafond bereikt. Dan kan er regionaal worden verevend, maar wat gebeurt er als dit geen soelaas biedt, omdat ook bij die zorgkantoren de grenzen zijn bereikt? Kan er dan pas het jaar daarop worden ingegrepen door de regering? En kan dat zonder wetswijziging? Zij nodigen de regering uit tot een nadere beschouwing over dit spanningsveld.

Het CIZ stelt bij de indicatiestelling vast of een cliënt aan de toegangscriteria van de Wlz voldoet en in welk zorginhoudelijk profiel de cliënt het beste past. Voor de bekostiging zijn de zorgprofielen aan zzp's gekoppeld. In het zorgplan worden de afspraken vastgelegd die de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger, eventueel met hulp van zijn cliëntondersteuner, heeft gemaakt met zorginstelling over de invulling van de zorg. Het gaat daarbij om aspecten die voor iemand van wezenlijk belang zijn voor de kwaliteit van leven en om bijvoorbeeld de betrokkenheid van familie en vrienden. Deze afspraken tussen de cliënt en de zorgaanbieder moeten passen binnen de afspraken die de zorginstelling met het zorgkantoor heeft gemaakt bij de zorginkoop. De beheersingsinstrumenten zoals die in de AWBZ worden gehanteerd, blijven grotendeels hetzelfde.

Binnen het totale budgettaire kader van de Wlz zullen twee de elkaders worden gecreëerd. Een contracteerruimte voor zorg in natura en een budgetplafond voor pgb. Op grond van de historische zorgvraag worden deze middelen over de zorgkantoorregio's verdeeld. Deze kaders mogen door de zorgkantoren niet worden overschreden. Voor beide leveringsvormen zijn vooraf voldoende middelen beschikbaar. Afhankelijk van het beroep dat op beide leveringsvormen wordt gedaan kan gedurende het jaar geschoven worden tussen de contracteerruimte voor zorg in natura en het budgetplafond voor pgb. De regering maakt vooraf een zo goed mogelijke verdeling van het beschikbare macrokader over zorg in natura en pgb. Niettemin is de kans reëel dat er landelijk of regionaal sprake is van onbenutte ruimte bij zorg in natura. Andersom kan er echter ook sprake zijn van onderbenutting van het pgb-plafond. Het schuiven kan dus twee kanten op gaan. Voor het schuiven van deze middelen had de regering oorspronkelijk twee momenten voorzien, maar zij heeft de mogelijkheden hiertoe na overleg met de betrokken partijen verruimd:

- Het eerste moment waarop er geschoven kan worden is op advies van de NZa. Ik heb de NZa gevraagd om mij in mei (jaar t) te informeren over de ontwikkelingen in de contracteerruimte (jaar t) en de regionale ruimtes voor het pgb (jaar t). Afhankelijk van dit advies zal ik een besluit over de contracteerruimte en het budgetplafond nemen.
- Een tweede mogelijkheid is het schuiven tussen de regionale contracteerruimte en de beschikbare middelen voor pgb, op verzoek van het betreffende zorgkantoor. De verzoeken hiertoe dienen de zorgkantoren in bij het aanleveren van de definitieve productieafspraken over het lopende jaar. Voor het jaar t is dit op 1 november jaar t. Op dat moment weten Wlz-uitvoerders ook in hoeverre er nog middelen onbenut zijn ten aanzien van de contracteerruimte en kunnen ze op basis van de zorg die in de eerste maanden van het jaar is geleverd een inschatting maken van de benutting van het pgb-kader. De schuif tussen contracteerruimte zorg in natura en pgb-plafond is alleen mogelijk als het binnen het totale beschikbare kader past.

Na overleg met de betrokken partijen (ZN, NZa en de brancheorganisaties) heb ik besloten om specifiek voor het jaar 2015 ook na 1 november 2015 nog herverdeling van middelen mogelijk te maken (binnen de beschikbare kaders). Om de beschikbare contracteermiddelen ten volle te benutten kunnen de productieafspraken tussen de zorgkantoren en de zorgaanbieders dus, anders dan in eerdere jaren, ook na 1 november 2015 van het lopende jaar nog worden bijgesteld. De zorgkantoren en de zorgaanbieders zullen daartoe periodiek met elkaar in overleg gaan om het budget regionaal optimaal te alloceren en hierover tijdig productieafspraken te maken. Hierbij is het van belang dat aanbieders die minder zorg leveren dan verwacht tijdig melden dat zij hun budget niet vol zullen maken.

De regering is ervan overtuigd dat dankzij deze instrumenten de kans klein is dat het totale budget voor de zorgkantoren gedurende het jaar ontoereikend blijkt te zijn. De financiële beheersingssystematiek van de contracteerruimte heeft de afgelopen jaren bewezen effectief te zijn. Indien ondanks de genoemde beheersingsinstrumenten het beschikbare kader in het lopende jaar toch onvoldoende blijkt te zijn dan zal er door de regering ook in datzelfde jaar een nieuwe budgettaire afweging moeten worden gemaakt. De regering kan dus nog in het lopende jaar ingrijpen. Hiervoor is geen wetswijziging noodzakelijk.

De leden van de VVD-fractie constateren dat het wetsvoorstel veel extra taken en verantwoordelijkheden bij het CIZ en de NZa legt. De regering is tevens verantwoordelijk voor de begroting van de instanties. Acht de regering deze instanties in staat de extra taken en verantwoordelijkheden op zich te nemen en adequaat uit te voeren, zonder dat dit ten kosten gaat van hun al bestaande taken en verantwoordelijkheden? Zo ja, hoe is de regering tot deze conclusie gekomen? Zijn de NZa en het CIZ in de gelegenheid geweest hun visie ter zake te geven en hoe luidde hun standpunt? Welke extra middelen hebben de beide organisaties ontvangen ter uitvoering van hun extra taken?

Zowel het CIZ als de NZa zijn in de gelegenheid gesteld om te reageren op het wetsvoorstel. Ten aanzien van het CIZ valt het volgende op te merken. De leden van de fractie van de VVD merken op dat er veel extra taken en verantwoordelijkheden bij het CIZ zijn neergelegd. Voor het CIZ geldt dat er van extra taken feitelijk gezien geen sprake is. Op dit moment stelt het CIZ de zorgbehoefte van verzekerden vast en legt dat vast in een indicatiebesluit. Daarin komt naar de aard van de werkzaamheden geen wijziging. Ook in de Wlz is een indicatiebesluit van het CIZ nodig om aanspraak op zorg te kunnen maken. De hoeveelheid aanvragen daarentegen wijzigt aanmerkelijk. Immers, in het kader van de hervorming van de langdurige zorg gaan veel extramurale zorgvormen met ingang van 2015 vanuit andere wettelijke domeinen geleverd worden. De Wmo 2015 en de Zvw zijn tot dit doel gewijzigd. Dit heeft tot gevolg dat het CIZ naar verwachting per jaar zo'n 250.000 besluiten zal moeten gaan nemen (tegen ruim 900.000 (peiljaar 2013) onder de AWBZ). Als gevolg hiervan wordt de organisatie CIZ ook ingrijpend gereorganiseerd. Tegelijkertijd wordt de Wlz anders uitgevoerd dan de AWBZ op dit moment. Deze omstandigheden zijn uiteraard met elkaar verbonden. Het feit dat er meer persoonlijk contact zal zijn met verzekerden die in aanmerking willen komen voor een Wlz-indicatiebesluit maakt wel dat er andere competenties moeten worden ingezet. Ook het feit dat de indicatiecriteria andere zullen zijn dan thans het geval is vergt nadere opleiding van de medewerkers. Dat alles maakt niet dat er sprake is van extra taken en verantwoordelijkheden. Als deze leden zouden duiden op de inzet van het CIZ in het tegengaan van fouten en fraude in de zorg, ook die inzet wordt door het CIZ op dit moment al geleverd. Voor zover één van beide processen, waaraan nog kan worden toegevoegd de werkzaamheden in het kader van de wet BOPZ, al zou leiden tot extra taken en/of verantwoordelijkheden, dan zijn die op te vangen binnen de nieuwe personeelsformatie. Uiteraard heeft het CIZ zich kunnen uitspreken over het wetsvoorstel in de consultatieronde die is gehouden in de voorbereiding van het wetsvoorstel. Het CIZ heeft uitgesproken dat zij in staat is de Wlz uit te voeren. Bij het vaststellen van de (meerjaren)begroting van het CIZ is rekening gehouden met enerzijds de vermindering van activiteiten en anderzijds de intensivering van werkzaamheden bijvoorbeeld als gevolg van het persoonlijk contact.

Ten aanzien van de NZa is het volgende op te merken. De NZa zal, net als bij de huidige AWBZ, toezicht houden op de uitvoering van de Wlz. Deze taak van de NZa is vastgelegd in de Wmg. De NZa houdt toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz, door Wlz-uitvoerders en zorgkantoren. De regering heeft uitgebreid contact met de NZa over de gevolgen van de invoering van de Wlz voor haar taakuitoefening, zowel over haar regulerings- als toezichtstaken. De NZa heeft in haar reactie op het consultatiedocument enkele risico's benoemd. In reactie hierop zijn een aantal wijzigingen doorgevoerd bij nota van wijziging, onder andere op het gebied van de pgb's. De regering acht de NZa daarom ook na invoering van de Wlz in staat adequaat toezicht te houden. Er zijn extra middelen beschikbaar voor intensivering van het toezicht op de doelmatige uitvoering door de Wlz-uitvoerders, waaronder ook misbruik, oneigenlijk gebruik en fraude.

Tot slot vernemen de leden van de VVD-fractie graag hoe het plafond van het persoonsge-bonden budget (pgb) wordt vastgesteld. Wordt de oude regel verblijfskosten minus twintig procent gehandhaafd? Indien dit anders is geregeld, wat wordt dan het maximumbedrag?

Het plafond van het totale pgb-kader, dat binnenkort aan de Tweede Kamer bekend wordt gemaakt, wordt vastgesteld op basis van de meest recente gegevens van het aantal budgethouders en de omvang van hun pgb, de verwachte ontwikkelingen en de verwachte financiële effecten van veranderingen binnen het pgb. Het maximale pgb (vanaf 2015 in de vorm van een trekkingsrecht) is maximaal het tarief voor zorg in natura dat hoort bij het zorginhoudelijk profiel waarin de cliënt door het ClZ is geïndiceerd gecorrigeerd voor onder meer de vergoeding voor kapitaal-lasten van de instelling, de verblijfskosten (met uitzondering van een vergoeding voor huishoudelijke hulp) en behandeling. De behandeling kan niet met een pgb worden ingekocht.

2.2 PvdA-fractie

Doel en organisatie Wlz

De leden van de PvdA-fractie hebben met instemming kennisgenomen van de drie doelstellingen van de Wlz: het verbeteren van de kwaliteit van de langdurige ondersteuning en zorg, het vergroten van de betrokkenheid van de samenleving en de financiële houdbaarheid van de zorg. Hebben zij het bij het rechte eind dat de tweede doelstelling met name bereikt wordt door de lichtere, niet blijvende vormen van zorg over te hevelen naar de Wmo 2015 en de Zvw, en het in de Wlz wettelijk borgen van het persoonsgebonden budget (pgb), het volledig pakket thuis (vpt) en het modulair pakket thuis (mpt)?

De genoemde drie doelstellingen betreffen de gehele hervorming van de langdurige zorg. De regering geeft aan de tweede doelstelling inderdaad invulling door bijvoorbeeld de lichtere vormen van zorg en ondersteuning onder de verantwoordelijkheid te brengen van gemeenten en zorgverzekeraars. In een vernieuwd stelsel van de langdurige zorg staat voorop dat mensen zorg en ondersteuning krijgen die bij hun behoefte en mogelijkheden van dat moment past. Uitgangspunt is wat mensen, samen met hun naaste omgeving, zelf kunnen. Daar waar hulp en ondersteuning nodig is moet deze beschikbaar zijn en zo dichtbij mogelijk worden georganiseerd. Gemeenten en zorgverzekeraars zijn hierbij als eerste aanzet. Gemeenten zullen in het gesprek met de burger de mogelijkheden verkennen om oplossingen te vinden voor de problemen met zelfredzaamheid en participatie in het sociaal netwerk van de cliënt of door het inzetten van vrijwilligers. Is dat netwerk afwezig of wordt de zorgvraag te

zwaar, dan zal de gemeente een of meerdere maatwerkvoorzieningen verstrekken zodat iemand thuis kan blijven wonen. Wordt de zorgbehoefte dusdanig groot dat de burger een blijvende behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, dan regelt de Wlz het recht op zorg. Ook voor de Wlz geldt dat de zorg zo goed mogelijk moet aansluiten op het (normale) leven en moet zijn afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van de betrokkene. Door het vastleggen in de Wlz van de verschillende leveringsvormen van de zorg, het pgb, vpt en mpt, wordt zowel de keuzevrijheid van de cliënt versterkt als ook diens mogelijkheden om zoveel als mogelijk zelfstandig aan de samenleving deel te nemen. In die zin wordt de vraag van de PvdA-fractie dan ook bevestigend beantwoord. Aanvullend daarop kan worden gesteld dat betrokkenheid van de samenleving niet ophoudt bij de deur van de instelling. Ook dan is het van belang dat er ruimte is voor sociale contacten en deelname aan de samenleving. Vrijwilligers en mantelzorgers spelen hierbij een belangrijke rol. In het wetsvoorstel zijn ook vereisten vastgelegd voor onder andere het betrekken van mantelzorgers en vrijwilligers bij de zorginkoop en bij de bespreking van het zorgplan.

Deze leden constateren ook dat de regering uit pragmatische redenen – met name de korte implementatieperiode – de organisatie van de langdurige zorg grotendeels overneemt van de AWBZ. Zij hebben daar begrip voor, maar zij zijn desalniettemin weer eens onaangenaam onder de indruk van de hoeveelheid instanties die betrokken zullen zijn bij de uitvoering van de Wlz en zijn er van overtuigd dat dit simpeler moet kunnen. Kan de regering een overzicht leveren van de kosten die op dit moment verbonden zijn aan de uitvoering van de AWBZ? En een schatting van het aantal medewerkers dat bij CIZ, CAK, Zorgkantoren, Wlz-uitvoerders, ZIN, SVB en VWS betrokken zullen zijn bij de uitvoering van de Wlz?

In onderstaande tabel zijn de uitvoeringskosten opgenomen van het CIZ en de zorgkantoren/ Wlz-uitvoerders. De uitvoeringskosten van deze organisaties zijn eenduidig gekoppeld aan de AWBZ respectievelijk de Wlz.

Tabel: uitvoeringskosten CIZ en Zorgkantoren (bron: Ontwerpbegroting 2015 VWS)		
<i>(bedragen in miljoenen euro)</i>	2014	2015
	AWBZ	Wlz
CIZ	122	87
Zorgkantoren/ Wlz-uitvoerders	191	153

Uit de cijfers opgenomen in het overzicht valt op te maken dat voor CIZ en zorgkantoren/ Wlz-uitvoerders de invoering van de Wlz tot een aanzienlijke daling van de uitvoeringskosten leidt.

Een schatting van het aantal medewerkers dat betrokken zal zijn bij de uitvoering van de Wlz is met enige onzekerheden omgeven. Naar verwachting gaat het bij CIZ om circa 700 fte, bij CAK om circa 500 fte, bij zorgkantoren/Wlz-uitvoerder om circa 1.100 fte, bij het Zorginstituut om circa 6 fte, bij SVB om 60 fte en circa 60 fte bij VWS.

Kwaliteit van zorg

De leden van de PvdA-fractie stellen vast dat door de hervorming van de langdurige zorg de complexiteit van de doelgroep in de Wlz aanzienlijk zal toenemen. Zij vragen de regering hoe zij de kwaliteit van met name de intramurale langdurige zorg daar op af wil stemmen? Is naar de mening van de regering bijvoorbeeld het gemiddelde kennisniveau van medewerkers in de langdurige zorg toereikend voor die complexiteit? Zo nee, welke voornemens heeft de regering om de kloof tussen wens en werkelijkheid te dichten?

Dit is een terechte vraag, die ook aan de orde is geweest in het rapport van de Inspectie en mijn brief over de kwaliteit van de ouderenzorg, die op 12 juni jl. tezamen naar de Tweede Kamer zijn gestuurd (Kamerstukken II, 2013–2014, 31 765, nr. 90). De Inspectie constateert dat de kwaliteit van zorg verbetert, maar dat die verbetering te langzaam gaat. In combinatie met het feit dat meer cliënten in de Wlz een complexe zorgvraag zullen hebben, zal er daarom stevig moeten worden ingezet op de professionaliteit van medewerkers, maar ook op het luider maken van de stem van de cliënt. Beide onderdelen komen terug in de volgende vijf speerpunten waarlangs ik mijn nieuwe kwaliteitsbeleid wil vormgeven:

1. optimale samenwerking tussen cliënt, informele zorg en zorgverlener: de sleutel naar kwaliteit van leven;
2. basis op orde: veilige zorg;
3. meer ruimte voor – en kwaliteit van – professionals;
4. kwaliteit staat of valt met bestuurlijk leiderschap;
5. openheid en transparantie.

Van belang is om te benadrukken dat het uiteraard primair een verantwoordelijkheid van zorgaanbieders is om ervoor te zorgen dat de kwaliteit van zorg die zij leveren goed is, en is afgestemd op de doelgroep die zij in huis hebben. De overheid dient te zorgen voor de juiste randvoorwaarden.

Als het om verbetering van de kwaliteit van de zorg en ondersteuning van de langdurige zorg gaat, zouden de leden van de PvdA-fractie graag een nader beeld krijgen van de prestatie-indicatoren waarmee de kwaliteit zal worden gemeten. Welke zijn gericht op uitkomsten en resultaten van zorg, en welke meer op kwaliteit van het proces van zorgverlening? Is er met aanbieders van langdurige zorg consensus over de benchmarks waarmee kwaliteit van zorgaanbieders gemeten en vergeleken kan en zal gaan worden?

De indicatoren verschillen niet alleen per sector, ook is de ene sector verder in het ontwikkelen van een set indicatoren waarmee de kwaliteit goed kan worden gemeten dan de andere. Voor alle sectoren geldt echter dat de discussie erover volop plaatsvindt. Die discussie gaat zowel over de inhoud van indicatoren, de vraag of zij eenduidig en betrouwbaar de gewenste inhoud meten en over de bovenliggende vraag of alle aspecten van kwaliteit zijn weer te geven in meetbare indicatoren die leiden tot vergelijkbare gegevens. Dat betekent dat er nu nog geen landelijk vastgestelde kwaliteitscriteria zijn, waardoor het niet goed mogelijk is nu reeds regels te stellen, bijvoorbeeld ten aanzien van de zorginkoop. Ik wil voorkomen dat instellingen getoetst worden aan criteria die geen adequaat beeld geven van de geleverde kwaliteit of die geen toegevoegde waarde hebben voor hun eigen interne kwaliteitsproces. Dit verhoogt immers nodeloos de administratieve lasten. Om die reden geef ik er de voorkeur aan dat de betrokken partijen eerst deze criteria ontwikkelen, waarbij ik voldoende draagvlak essentieel vind. Daarbij is een ontwikkeling richting meer uitkomst-georiënteerde indicatoren evenwel een gewenste ontwikkeling.

De leden van de PvdA-fractie hebben gelezen dat het Zorginstituut Nederland (ZIN) werkt aan de vormgeving van zorgprofielen, die bij de indicatie van cliënten de plaats zullen innemen van de zzp's. Hoe ver is ZIN met de uitwerking van de zorgprofielen?

Een zorgprofiel kan worden omschreven als een algemene typering van vergelijkbare zorgbehoeften of beperkingen op dezelfde terreinen, waarbij de verzorgings-, verplegings-, begeleidings- of behandelingsdoelen naar aard, inhoud en globale omvang overeenkomen. Het zorgzwaartepakket blijft vooralsnog bestaan voor de bekostiging. Voor 2015 zal het aantal

zorgprofielen nagenoeg hetzelfde zijn als de huidige zorgzwaartepakketten. Het is het streven om na 2015 het aantal zorgprofielen te beperken. De regering gaat het Zorginstituut vragen om te adviseren over de vormgeving van de zorgprofielen en die uit te werken in samenwerking met het CIZ, VWS, de NZa, branche- en cliëntenorganisaties. De ontwikkeling van de zorgprofielen dient gelijk op te gaan met de nadere uitwerking van de nieuwe bekostigingssystematiek. De regering streeft er naar om verbeteringen in de bekostigingssystematiek vanaf 2017 door te voeren. Daar waar dit mogelijk is, streeft de regering er naar, in overleg met betrokken partijen reeds vanaf 2016 hier een aanvang mee te maken. *In de Wlz krijgen cliënten een nagenoeg compleet pakket aangeboden, inclusief huishoudelijke zorg en cliëntondersteuning. Kan de regering aangeven welke inspanningen de regering wil leveren om de persoonlijke continuïteit van deze vormen van ondersteuning voor cliënten zo veel mogelijk te waarborgen als een cliënt overgaat van Wmo naar Wlz? Is de regering van mening dat persoonlijke continuïteit voor cliënten van belang is?*

Ik begrijp goed dat de leden van de PvdA-fractie deze vraag stellen, immers bij de overgang van de Wmo 2015 naar de Wlz verandert er veel voor de betreffende cliënt. Het zou dan prettig zijn als mensen hun vertrouwde zorgverleners (voor bijvoorbeeld de huishoudelijke zorg) kunnen behouden. Hoe belangrijk persoonlijke continuïteit ook is, dit zal helaas niet in alle gevallen mogelijk zijn. Zo gaat de overgang naar de Wlz vaak gepaard met een verhuizing naar een zorginstelling. Continuïteit is mogelijk als de Wlz-uitvoerder ook een contract heeft met de desbetreffende aanbieder die de ondersteuning op grond van de Wmo 2015 leverde. Dan ligt het voor de hand dat als de cliënt dit wenst, de zorg door die aanbieder wordt voortgezet. Bij de keuze voor een pgb zijn er meer mogelijkheden voor persoonlijke continuïteit, dan kan de cliënt de zorg bij dezelfde aanbieder blijven inkopen. Voor de nabije toekomst ziet de regering wat dit thema betreft, vooral een rol voor zich weggelegd bij het uitwerken en vormgeven van de vernieuwingsagenda. De regering zal hierbij aandacht besteden aan het meer persoonsvolgend maken van de financiering en het versterken van de inbreng van de cliënt bij het organiseren van de zorg.

Cliëntondersteuning speelt een rol bij het versterken van de inbreng van de cliënt; om die reden zie ik in beginsel de meerwaarde om die ondersteuning ook te continueren wanneer iemand van de Wmo naar de Wlz overgaat. Daarover ga ik met de betrokken partijen in gesprek, want zij zullen dat moeten organiseren. Ik sluit echter niet uit dat de vragen waar een cliënt mee te maken krijgt in de Wlz van een andere orde zijn dan in de Wmo. Daarom kan het in het belang van de cliënt zijn uiteindelijk over te gaan naar een andere cliëntondersteuner. Zeker wanneer het om kwetsbare mensen gaat, zal die overgang natuurlijk zorgvuldig moeten gebeuren.

In de tweede nota van wijziging is geregeld dat woningaanpassingen voor meerderjarigen toch uit de Wlz vergoed kunnen worden. Is de regering van plan daar vooraf nog beperkingen in de aanspraak op aan te brengen, zo vragen de leden van deze fractie. Zo ja, welke? En geldt deze wijziging ook voor verhuizingen?

Woningaanpassingen en verhuizingen voor Wlz-cliënten zijn in 2015 nog onderdeel van de Wmo 2015. De verantwoordelijkheid voor de verstrekking daarvan blijft voor 2015 een verantwoordelijkheid van gemeenten. Vanaf 2016 zullen woningaanpassingen onderdeel uitmaken van de Wlz. De komende tijd zullen de nadere voorwaarden die hiervoor gaan gelden in de Wlz worden uitgewerkt en afgestemd met betrokken

partijen. Medio 2015 zal duidelijk worden wat deze inhouden. Het kabinet heeft daarop thans op voorhand geen beperkingen in gedachten.

In de memorie van toelichting³ wordt melding gemaakt van het feit dat bij veel instellingen voor langdurige zorg de rendementen toenemen. Daaruit concludeert de regering dat de maximumtarieven in de langdurige zorg ruim zijn. Kan de regering die veronderstelling nader onderbouwen? Zou het bijvoorbeeld ook niet kunnen, zo vragen de leden van deze fractie, dat instellingen in afwachting van de hervormingen de laatste jaren de hand op de knip houden, en al dan niet noodzakelijke investeringen in de (toekomstige) kwaliteit van zorg niet meer doen. Of reserves opbouwen om mogelijke frictiekosten op te vangen?

Er is sprake van een structurele toename van solvabiliteit en weerstandsvermogen in de periode 2007 t/m 2013 en een positief langjarig rendement op geïnvesteerd vermogen in de periode 2009–2013. Deze ontwikkeling is langdurig en structureel, zodat de regering het niet aannemelijk acht dat instellingen specifiek de laatste jaren de hand op de knip houden of reserves opbouwen.

De regering concludeert eveneens uit jaarlijks onderzoek van het Centraal bureau voor de Statistiek, zoals laatstelijk gepubliceerd in *Financiële kengetallen zorginstellingen 2012*, dat dit de gemiddelde resultaten van de sector zijn. Er is veel verschil tussen financieel beter en financieel minder presterende instellingen. Het CBS heeft op verzoek van de regering gekeken naar verklaringen voor deze afwijkingen. Daarbij is onder andere gekeken naar de productmix, maar er is nauwelijks gebleken van statistisch significante correlaties.

Gemiddelde van de sector		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
VV	Solvabiliteit	19,6%	29,1%	30,0%	30,3%	31,3%	33,6%	34,6%
	Weerstandsvermogen	16,1%	22,4%	23,4%	25,7%	27,8%	29,6%	31,0%
	Rendement ¹	–	–	6,1%	7,1%	3,7%	5,7%	4,3%
GHZ	Solvabiliteit	24,2%	28,1%	30,7%	29,0%	34,5%	37,3%	39,1%
	Weerstandsvermogen	19,0%	21,4%	24,1%	25,8%	26,1%	27,0%	29,0%
	Rendement ¹	–	–	8,6%	7,7%	8,0%	9,9%	9,2%
GGZ	Solvabiliteit	16,1%	22,4%	23,4%	25,4%	28,7%	26,3%	²
	Weerstandsvermogen	14,0%	15,1%	17,6%	18,8%	20,1%	18,8%	²
	Rendement ¹	–	–	5,6%	5,7%	18,1%	12,4%	²
Thuiszorg	Solvabiliteit	15,7%	21,1%	23,2%	28,4%	22,2%	27,2%	24,5%
	Weerstandsvermogen	10,1%	11,0%	13,9%	16,2%	16,5%	16,7%	14,2%
	Rendement ¹	–	–	9,4%	13,7%	7,7%	17,2%	9,6%

¹ Rendement op geïnvesteerd vermogen.

² de GGZ instellingen hebben uitstel van de indiening van de jaarverslagen

Bron: CBS

Voor de Wlz-uitvoerders wordt gekozen voor de privaatrechtelijke ZBO. Hoe verhoudt deze keuze zich tot de risico-aansprakelijkheid van de staat voor de Wlz? Is goede parlementaire controle over die risico-aansprakelijkheid wel mogelijk als de uitvoerders een privaatrechtelijke rechtsvorm krijgen?

Doordat de Wlz een verzekering van rechtswege is, is de Staat als het ware de verzekeraar en loopt de Staat het verzekeringsrisico. De uitvoering van de Wlz valt daarom binnen het publiekrecht, en wel het bestuursrecht. De uitvoering van de Wlz wordt opgedragen aan de Wlz-uitvoerders, die daarmee zelfstandig bestuursorgaan (zbo) worden. Inderdaad zal het hier gaan om privaatrechtelijke zbo's en niet om publiekrechtelijke zbo's. Hiervoor is vooral om praktische redenen

³ Memorie van toelichting; Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 3

gekozen. Ook de AWBZ wordt uitgevoerd door privaatrechtelijke zbo's en er was geen praktische reden om de uitvoering van de Wlz aan een of meer publiekrechtelijke zbo's op te dragen. Voor de parlementaire controle op de vervulling van de taken van het zbo en de daarmee gepaard gaande kosten maakt het geen verschil of de uitvoering van de Wlz plaatsvindt door privaatrechtelijke of publiekrechtelijke zbo's. Dit geldt eens te meer nu de Wlz-uitvoerders naast de uitvoering van de Wlz geen privaatrechtelijke werkzaamheden mogen verrichten (art. 4.2.6, tweede lid, Wlz) of winst mogen beogen en uitkeren (art. 4.1.2, eerste lid, Wlz).

Kan de regering aangeven op grond van welke criteria het presteren van zorgkantoren nu gemeten wordt? Zullen die veranderen na invoering van de Wlz? De regering geeft aan dat er nu grote kwaliteitsverschillen bestaan tussen zorgkantoren, en dat het algemeen functioneren moet worden verbeterd. Op welke aspecten van kwaliteit wil de regering dat het functioneren in algemene zin en bij specifieke achterblijvers verbetert? Wat houdt het precies in dat de NZa zorgkantoren en WLZ-uitvoerders «steviger» (blz. 40 van de memorie van toelichting) gaat aanspreken op hun kwaliteit van functioneren? Kan de regering de beleidsinstrumenten die de NZa daarbij straks kan gaan inzetten nader toelichten?

Jaarlijks wordt door de NZa onderzoek gedaan naar de uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren. Dit onderzoek wordt uitgevoerd op basis van prestatie-indicatoren die betrekking hebben op de volgende 12 velden: zorg in natura, persoonsgebonden budget, klachtenbehandeling, contracteerproces, doelmatige zorgverlening binnen de contracterruimte, innovatie en kwaliteit van zorgverlening, administratie op verzekerden-niveau voor zorg in natura, administratie op verzekerden-niveau voor pgb, monitoring continuïteit zorgverlening, materiële controle, bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik en administratieve organisatie en interne beheersing. Bij wijze van benchmarking vergelijkt de NZa de prestaties van de zorgkantoren in het jaarlijkse onderzoeksrapport onderling. Het huidige toezicht is vrij gedetailleerd en vraagt van de zorgkantoren veel verantwoordingsinformatie. Bovendien is een aantal prestatie-indicatoren veelal gericht op het proces en minder op de uitkomst. De NZa zal daarom daar waar mogelijk de lasten die voortkomen uit het toezicht verminderen en het toezicht op de Wlz meer richten op enkele kernindicatoren die het meest van belang zijn voor een doelmatige uitvoering van de Wlz en goede dienstverlening aan verzekerden.

Wlz-uitvoerders zijn verplicht om de verstrekking van onnodige zorg en uitgaven die hoger dan noodzakelijk zijn te voorkomen en de Wlz doelmatig uit te voeren. De NZa houdt hier toezicht op. Gezien het belang dat de regering hecht aan een doelmatige uitvoering van de Wlz, is de NZa gevraagd om meer gewicht toe te kennen aan deze prestatie-indicator. Daarnaast is de NZa gevraagd deze indicator jaarlijks integraal te onderzoeken, eventueel meer verdiepend doelmatigheidsonderzoek te doen en steviger op te treden indien Wlz-uitvoerders op dit onderdeel tekortschieten. De hiervoor genoemde benchmarking van zorgkantoren, die plaatsvindt bij het toezicht door de NZa, zal minder vrijblijvend worden gemaakt. Daarbij zal de NZa niet alleen de zorgkantoren aanspreken, maar ook de Wlz-uitvoerders namens welke de zorgkantoren de Wlz uitvoeren. De prestaties in de Wlz stralen daarmee meer af op de zorgverzekeraar die aan de Wlz-uitvoerder is gelieerd. Wanneer de NZa onvolkomenheden signaleert, kan het bestaande handavingsinstrumentarium worden ingezet. Dit instrumentarium bestaat bijvoorbeeld uit het kunnen geven van een aanwijzing of een last onder bestuursdwang. De NZa heeft de vrijheid zelfstandig te beoordelen welke instrumenten

wanneer ingezet moeten worden en neemt hierbij de proportionaliteit en subsidiariteit in acht.

Genoemde maatregelen zijn ingesteld om een onrechtmatige situatie te beëindigen of te voorkomen. De verplichting als gevolg van de aanwijzing of last onder bestuursdwang bestaat eruit, dat toekomstige overtredingen vermeden moeten worden en reeds opgetreden overtredingen, of de gevolgen daarvan, te beëindigen of ongedaan te maken. De NZa volgt kritisch in hoeverre de opgelegde verbeteringen worden doorgevoerd. De NZa beschikt naast genoemd instrumentarium ook over instrumenten als voorlichting en openbaarmaking. In het kader van transparantie kan de NZa op grond van artikel 40 van de Wmg Wlz-uitvoerders verplichten om informatie openbaar te maken over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten, en wel op zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Deze informatie betreft onder andere de kwaliteit van de aangeboden producten en diensten. De NZa maakt de informatie niet direct zelf openbaar maar bewerkstelligt dat de uitvoerders die openbaar maken. Indien hiertoe aanleiding is, kan de NZa dit overnemen. Het Zorginstituut draagt er op basis van artikel 47c Zorgverzekeringswet zorg voor dat kwaliteitsinformatie via kiesBeter.nl inzichtelijk wordt. Nieuw is in de Wlz dat de NZa de Minister adviseert over een uitbestedingsverbod aan zorgkantoren die ondanks inspanningen van de Wlz-uitvoerders en de NZa niet naar behoren functioneren.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de regering aankijkt tegen zorgaanbieders die de zorgbemiddelingstaak van het zorgkantoor in feite uitvoeren. Enerzijds zien deze leden dat de regering dit «een prima manier van werken» acht, zolang de cliënt er mee uit de voeten kan; anderzijds geeft de regering aan dat dit onwenselijk kan zijn omdat zorgaanbieders een ander eigenbelang kunnen hebben, en dat dit mogelijk bij AMvB verboden zal worden (blz. 41 van de memorie van toelichting). Kan de regering aangeven hoe deze twee uitgangspunten zich tot elkaar verhouden?

De regering merkt hierover op dat de Wlz-uitvoerder op grond van deze wet een zorgplicht heeft voor de bij hem ingeschreven verzekerden die volgens de indicatie van het CLZ op zorg zijn aangewezen. De zorgplicht omvat de verplichting de geïndiceerde zorg te (laten) leveren, dan wel desgewenst een pgb te verstrekken. Tevens impliceert de zorgplicht dat de Wlz-uitvoerder (in de praktijk dus: het zorgkantoor) de cliënt naar zorg bemiddelt. Op dit moment geven zorgkantoren daar beperkt invulling aan door op hun website informatie te plaatsen over het gecontracteerde zorgaanbod. Slechts in uitzonderingsgevallen vindt zorgbemiddeling op cliëntniveau plaats. Veelal neemt een cliënt rechtstreeks contact op met een gecontracteerde zorgaanbieder en is het zorgkantoor onbekend voor de cliënt. De zorgaanbieder vult dan in feite de zorgbemiddelingstaak van het zorgkantoor in. Zoals eerder in de memorie van toelichting gesteld, is dit een prima manier van werken zolang de cliënt hiermee uit de voeten kan. Indien de cliënt echter behoefte heeft aan uitgebreidere zorgbemiddeling, moet hij daarvoor te allen tijde een beroep kunnen doen op het zorgkantoor. Op basis van deze wet heeft hij daar recht op. Het zorgkantoor heeft als taak ervoor te zorgen dat de cliënt de zorg die hij nodig heeft daadwerkelijk ontvangt. De Wlz-uitvoerder en in de praktijk dus het zorgkantoor zal zich duidelijker en actiever moeten profileren op deze verplichting. Indien het Wlz-uitvoerders verboden wordt de zorgplicht uit te besteden aan zorgaanbieders, staat het een cliënt nog altijd vrij bij een zorgaanbieder informatie op te vragen over de zorgmogelijkheden. Daarnaast kan deze cliënt desgewenst ook informatie opvragen bij het zorgkantoor en het zorgkantoor vragen om te bemiddelen bij onenigheid tussen de cliënt en de zorgaanbieder of om cliënton-

dersteuning bij de zorgplanbespreking. Hoe meer het zorgkantoor zich op deze taken profileert, des te eerder zullen cliënten hiervan gebruik gaan maken.

De Minister van VWS kan een Wlz-uitvoerder die slecht presteert op een zwarte lijst plaatsen. De Wlz-uitvoerder mag dan in het hele land niet meer optreden als zorgkantoor. Waarom is niet gekozen voor een verbod om als zorgkantoor te functioneren in de regio waar slecht gepresteerd wordt? Is dat niet werkbaarder en logischer, als de regionale verschillen nu al groot zijn?

Naar verwachting zal een Wlz-uitvoerder die voor meerdere regio's als zorgkantoor is aangewezen en die in één regio slecht presteert, in al zijn regio's slecht presteren. In dat geval ligt een algeheel verbod tot uitbesteding aan die Wlz-uitvoerder en het intrekken van de aanwijzing van de Wlz-uitvoerder als zorgkantoor voor alle betrokken regio's in de rede. Voor het geval er in de toekomst toch een Wlz-uitvoerder zou kunnen zijn die als zorgkantoor in de ene regio ondermaats presteert en in de andere niet, laat de wettekst echter de mogelijkheid open om slechts de aanwijzing van de Wlz-uitvoerder voor eerstbedoelde regio in te trekken. Overigens herhaal ik hier graag wat reeds in de memorie van toelichting op het wetsvoorstel is gemeld: het intrekken van een aanwijzing zie ik als ultimum remedium. Zorgkantoren dienen zich in te spannen om de Wlz goed uit te voeren, Wlz-uitvoerders spreken hen erop aan als ze zich niet voldoende inspannen. Als dat ook niet heeft geholpen, grijpt de NZa in en geeft bijvoorbeeld een aanwijzing.

Kan de regering inzicht geven in de stand van zaken rond de Kwaliteitsagenda die de regering samen met veldpartijen wil opstellen en uitwerken? De leden van de PvdA-fractie hebben begrepen dat op basis van de Wlz bij AMvB nadere regels gesteld kunnen worden over cliëntondersteuning door het zorgkantoor. Is de regering van plan zo'n AMvB te ontwerpen? Of laat de regering dat afhangen van de (verbetering van) de prestaties van zorgkantoren op dit vlak?

In mijn brief van 12 juni jl. heb ik de speerpunten beschreven waarlangs ik het kwaliteitsbeleid wil invullen (Kamerstukken II, 2013–2014, 31 765, nr. 90). Op diverse onderdelen worden meters gemaakt. Ik zal de Tweede Kamer rond de kerst over de voortgang rapporteren. Ik constateer echter ook dat het verbeteren van de kwaliteit van zorg een zaak van lange adem is, waarin alle partijen moeten samenwerken. Snelle resultaten zijn op dit onderwerp niet over de volle breedte mogelijk. Ik zal in de brief aan de Tweede Kamer aangeven hoe ik deze gezamenlijke aanpak wil vormgeven

Cliëntondersteuning is een manier om de positie van kwetsbare cliënten te versterken. De cliëntondersteuning voor cliënten die een positief indicatiebesluit hebben voor zorg op grond van de Wlz valt onder de zorgplicht van het zorgkantoor. Het zorgkantoor heeft de verplichting dit goed te organiseren voor de cliënt. Het kan bijvoorbeeld gaan om hulp bij het zoeken van een geschikte zorgaanbieder in de buurt (informatie en advies), het tot gelding brengen van het verzekerd pakket op zorg, bemiddeling bij onenigheid tussen de cliënt en de zorgaanbieder over de te leveren zorg of cliëntondersteuning bij de zorgplanbespreking. Het wetsvoorstel bevat inderdaad de mogelijkheid bij amvb regels te stellen aan de invulling van de zorgbemiddeling c.q. de cliëntondersteuning in de Wlz. De regering zal pas van deze mogelijkheid gebruik maken als mocht blijken dat de zorgkantoren deze taak onvoldoende oppakken. Daartoe zal de regering actief monitoren hoe de zorgkantoren invulling geven aan de cliëntondersteuning.

De regering geeft aan dat zij het aantal pgb's dat in een regio wordt aangevraagd en toegekend zal opvatten als een indicator voor de kwaliteit van zorginkoop en zorgaanbod in een regio. De leden van de PvdA-fractie vragen of dat niet een oneigenlijk instrument is. Kunnen cliënten volgens de regering ook andere motieven voor het aanvragen van een pgb hebben dan ontevredenheid met de kwaliteit van bestaande inkoop en aanbod?

Cliënten hebben inderdaad allerlei overwegingen om voor een pgb te kiezen. Het merendeel kiest het pgb uit positieve beweegredenen: om regie over hun zorg te voeren, thuis te kunnen blijven wonen of om te kunnen wonen in een pgb-gefinancierd kleinschalig wooninitiatief. De praktijk wijst echter ook uit dat een behoorlijk aantal mensen voor een pgb denkt te moeten kiezen, omdat ze in zorg in natura niet altijd kunnen vinden wat ze willen of omdat ze slechte ervaringen hebben met gecontracteerde aanbieders. Het aantal pgb's is daarmee een indicatie – geen oordeel – over de kwaliteit van zorginkoop en zorgaanbod in een bepaalde regio en reden om met het betreffende zorgkantoor in gesprek te gaan.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de Inspectie de kwaliteit van zorg ook zal toetsen bij extramurale langdurige zorg.

De Inspectie houdt toezicht op alle zorg, zoals omschreven in de Wlz. Deze zorg omvat zowel de verblijfszorg als de extramurale zorg.

Toegang tot zorg

De leden van de PvdA-fractie stellen vast dat de regering overweegt om pgb-houders de eigen bijdrage zelf te laten betalen (op een brutopgb), in plaats van dat deze, zoals nu gebruikelijk is, vooraf wordt ingehouden (netto-pgb). Zij begrijpen de stimulans op kostenbewustzijn die daar van uit zou kunnen gaan, maar is dit niet ook het rondpompen van geld, dat bij cliënten tot extra bureaucratische lasten leidt? Volstaat het niet om de hoogte van de eigen bijdrage bij toekenning van een pgb te vermelden? Zou anders niet ook de indruk bij cliënten kunnen ontstaan dat de eigen bijdrage een nieuw onderdeel van de Wlz vormt, zo vragen de leden van deze fractie.

Met het wetsvoorstel Wlz wordt het pgb een gelijkwaardige leveringsvorm naast zorg in natura. Ook voor wat betreft de systematiek van de eigen bijdragen wordt aangesloten bij de geldende regels en werkwijze voor de andere leveringsvormen. De suggestie om de inhouding van de eigen bijdrage te vermelden bij de toekenning bereikt dit niet. Het zelf betalen van de eigen bijdrage stimuleert kostenbewustzijn. Dat wordt niet bereikt door het vermelden van de eigen bijdrage bij de toekenning. Bij het verlenen van een brutopgb is geen sprake van een wezenlijke additionele bureaucratische last voor de burger. De betaling van de eigen bijdrage vindt plaats door middel van een maandelijks inning door het CAK. De wijziging van de eigen bijdrage systematiek voor het pgb valt nu gelijk met de invoering van de Wlz, maar is een voornemen dat los staat van deze wet. In de communicatie naar cliënten over de nieuwe systematiek zal er benadrukt worden dat er eerder ook een eigen bijdrage bestond voor het pgb.

Er komt in overleg met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Per Saldo een set van voorwaarden op basis waarvan een pgb wordt toegekend, die indien nodig in lagere regelgeving wordt vast gelegd. De leden van de PvdA-fractie vragen of dat uit een oogpunt van rechtszekerheid van burgers niet sowieso zou moeten gebeuren?

Met ZN en Per Saldo heb ik de afgelopen tijd regelmatig overleg gevoerd over deze voorwaarden. In de Wlz staan voorwaarden genoemd voor het toekennen van een pgb. Deze voorwaarden continueren de situatie zoals die nu geldt onder de AWBZ. Voorbeelden hiervan zijn het volledig invullen van een budgetplan en het verschijnen op een bewustekeuzesprek. Maar belangrijker is nog dat een budgethouder in staat moet zijn om de aan het pgb verbonden verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren en dat hij een zorgverlener of zorgverlenende instantie zodanig aanstuurt dat werkzaamheden op elkaar worden afgestemd, zodat sprake is van verantwoorde zorg. Wanneer een budgethouder vertegenwoordigd wordt, dient de vertegenwoordiger te voldoen aan eisen die worden gesteld in lagere regelgeving. Dit ter bescherming van de budgethouder of van het waarborgen van de hulp. De bedoeling van deze eisen is een kwetsbare budgethouder te beschermen tegen een persoon of organisatie die als vertegenwoordiger of bemiddelaar optreedt en misbruik maakt van die situatie. Ik ga de wettelijke eisen aan de vertegenwoordiger nader uitwerken. De uitkomsten zullen opgenomen worden in lagere regelgeving. Hiermee wordt tegemoet gekomen aan de rechtszekerheid voor burgers.

Kan de regering inzicht geven in de stand van zaken rond een mogelijke samenvoeging van UWV en CIZ, om te komen tot één onafhankelijk indicatieorgaan voor arbeidsgeschiktheid en langdurige zorg?

In het akkoord tussen werkgevers en werknemers staat het beeld beschreven dat UWV en CIZ zullen worden samengevoegd. In het sociaal akkoord met het kabinet is afgesproken dat het kabinet dit nader zal bezien en hierbij ook de VNG zal betrekken. Deze verkenning heeft inmiddels plaatsgevonden. Hierbij stond een verkenning naar de meerwaarde van een samenvoeging van UWV en CIZ vanwege het combineren van de indicatieprocessen centraal en niet de rol voor een onafhankelijk indicatieorgaan om centraal de mate van arbeidsvermogen vast te stellen in het kader van de Participatiewet. Deze laatste discussie is in de Werkkamer, het overleg tussen VNG en de Stichting van de Arbeid, aan de orde geweest.

Voor de verkenning naar een samenvoeging van UWV en CIZ zijn de ontwikkelingen binnen het sociale domein relevant, die voorzien in de nieuwe wetgeving van de Wmo, de Wlz en de Participatiewet. In het kader van de Wlz bepaalt het CIZ alleen nog de toegang voor mensen die permanent zijn aangewezen op langdurige intensieve zorg. De populatie van het CIZ zal in het kader van de Wlz voor het grootste deel betrekking hebben op ouderen die niet meer tot de beroepsbevolking behoren. Voor de Wmo is het uitgangspunt dat op lokaal niveau maatwerk kan worden geboden door gemeenten bij de zorgtoewijzing. Niet het CIZ, maar gemeenten zullen gaan bepalen in hoeverre mensen in aanmerking komen voor algemene voorzieningen of maatwerk, zoals bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget. Met de Participatiewet is er een regeling voor mensen met arbeidsvermogen. Gemeenten en sociale partners gaan in de 35 arbeidsmarktregio's in werkbedrijven aan de slag om deze mensen aan het werk te krijgen. De verwachting is dat van deze groep het aantal mensen dat is aangewezen op langdurige intensieve zorg (in het kader van de Wlz) beperkt zal zijn. De huidige groep Wajongers wordt herbeoordeeld op arbeidsvermogen, maar blijft in de Wajong voor de Participatiewet. De Wajong2015 staat alleen open voor mensen die duurzaam en volledig arbeidsongeschikt zijn.

De overlap tussen de doelgroepen van het UWV en het CIZ zal met de ingezette wetswijzigingen voor een belangrijk deel afnemen. UWV blijft beoordelen wie in aanmerking komt voor een arbeidsongeschiktheids-

uitkering (WIA) en voor de nieuwe Wajong voor jonggehandicapten zonder arbeidsvermogen. Daarnaast zal het UWV in verband met de Participatiewet in de toekomst beoordelen of iemand behoort tot de doelgroep voor de baangarantie/quotum of tot de doelgroep voor beschut werk. Het ClZ zal in de toekomst in het kader van de Wlz beoordelen wie behoefte heeft aan langdurig intensieve zorg in de vorm van permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. De verwachting is dat de groep personen die met beide organen of indicaties te maken heeft, beperkt zal zijn. Hoewel er onmiskenbaar overlap is tussen de taken van beide organisaties (beide beoordelen de specifieke situatie van een cliënt) leiden de specifieke doelstellingen toch tot sterk afwijkende werkprocessen.

De verkenning is afgesloten met de conclusie binnen de huidige beleidskaders het samenvoegen van UWV en ClZ een relatief beperkte meerwaarde heeft. Als deze kaders worden verzet zal hier opnieuw een gesprek over plaatsvinden.

De leden van de PvdA-fractie hebben met instemming gelezen dat medewerkers van het ClZ meer face-to-face-gesprekken met cliënten gaan voeren om tot goede indicering te kunnen komen. Echter, zijn de medewerkers van het ClZ volgens de regering daar voldoende voor toegerust? Zo nee, wat zal worden gedaan om die toerusting tot stand te brengen?

Het ClZ gaat inderdaad over tot een persoonlijke benadering van verzekerden die om een indicatiebesluit vragen. Dit kan betekenen dat er ten minste een telefonisch gesprek met de verzekerde is, bijvoorbeeld ter verificatie van de inhoud van de aanvraag. Het gaat ook betekenen dat een veel groter aantal aanvragers een gesprek in persoon zal voeren met een medewerker van het ClZ. Dat kan op een (spreekuur)locatie, dat kan zijn thuis bij de aanvrager. Ook op dit moment voeren medewerkers van het ClZ gesprekken in persoon met aanvragers. Het is dus niet zo dat de daarvoor benodigde competenties op dit moment niet aanwezig zijn bij de medewerkers. Maar in het licht van de uitvoering van de Wlz zal zowel in de bemensing van de nieuwe organisatie als in het scholingsprogramma voor de medewerkers ruim aandacht zijn voor de noodzakelijke kennis, ervaring en competenties op dit vlak. Uiteraard gaat die kennis gepaard aan de kwalificaties die nodig zijn voor een inhoudelijke beoordeling van een indicatie-aanvraag.

Kan de regering inzicht geven in de stand van zaken van de regionale opschaling die plaats zal vinden in de uitvoering van de Wlz?

In 2015 zal er niets veranderen aan het aantal en de indeling van regio's. Mogelijk zal dit in de toekomst veranderen. Hoe de regio's eruit komen te zien en hoeveel zorgkantoren de regering nu precies wenselijk acht, is nog niet bekend. Voordat de regering een beslissing neemt over of, hoe en wanneer over te gaan tot regionale opschaling, wil de regering de voor- en nadelen van regionale opschaling goed in beeld brengen. Pas nadat deze in beeld zijn, kan er een beslissing worden genomen of en hoe regionale opschaling gewenst zou zijn. Dit is ook de reden waarom de regering in gesprek is over de start van een pilot op dit vlak bij twee regio's van DSW.

Wordt het Persoonlijk Assistentiebudget een gebruikelijke leveringsvorm in de Wlz, zo vragen de leden van de PvdA-fractie, of blijft dit beperkt tot een experiment. Is bij de toekenning van een pgb de gemeente altijd en overal gehouden om de gemaakte administratiekosten van een cliënt te vergoeden?

Het persoonlijk assistentiebudget is bedoeld voor cliënten die volledige regie hebben over het eigen leven, maar een zeer zware lichamelijke handicap hebben en vanuit medisch oogpunt zijn aangewezen op permanent toezicht of 24-uur per dag zorg in de nabijheid. Zoals ik heb aangegeven in antwoorden op vragen van de Tweede Kamer op 9 september 2014 (Kamerstukken II, 2013–2014, nr. 2955) zal op korte termijn een start worden gemaakt met persoonlijke assistentie. De huidige regelgeving biedt daarvoor mogelijkheden. Ook onder de Wlz is dat het geval. Daarom is niet gekozen voor een experiment.

De gemeente is niet gehouden administratiekosten te vergoeden. Onder de Wmo 2015 wordt geen bedrag meer aan de cliënt uitgekeerd waaruit de cliënt zelf betalingen kan doen. De Sociale Verzekeringsbank voert voor de cliënt, namens het college, ten laste van het verstrekte persoonsgebonden budget, de betalingen aan leveranciers uit. Dit bedrag is bedoeld voor de maatschappelijke ondersteuning waartoe de gemeente heeft besloten ten behoeve van de cliënt.

Deze leden delen de voorkeur van de regering om te komen tot meerjarige zorginkoopcontracten. Kan de regering aangeven of deze ook gerealiseerd zullen worden? Zo ja, waarop baseert de regering die veronderstelling? Zo nee, hoe kan de regering het afsluiten van meerjarige contracten stimuleren?

Naar verwachting van de regering zullen er in de Wlz meerjarige zorginkoopcontracten worden gerealiseerd. Belemmering voor het overeenkomen van meerjarige afspraken bleek het feit dat de zorgkantoren de afgelopen jaren telkens jaarlijks werden aangewezen (concessieverlening). Ook de jaarlijks wijzigende financiële kaders c.q. het beschikbare budget bleken een belemmering. De aanwijzing van de zorgkantoren voor de administratie- en/of controletaak kan in de Wlz beginsel meerjarig worden verleend. De regering zal deze meerjarige aanwijzing verder bezien in relatie tot het verminderen van het aantal zorgkantorregio's. Zij streeft daarbij naar een eerste stap per 2016. Daarmee zal dus een belangrijke belemmering zijn weggenomen. Financiële kaders zullen aan (jaarlijkse) wijzigingen onderhevig blijven. Niettemin zijn er meerjarige afspraken over een basisbudget aan productieafspraken mogelijk. Daarnaast kunnen jaarlijks aanvullende afspraken worden gemaakt over bijvoorbeeld innovatie, groei en andere mutaties.

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van het feit dat de regering haar voornemen om de intramurale geestelijke gezondheidszorg in zijn geheel over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet in de eerste nota van wijziging heeft bijgesteld. Nu zal de intramurale geestelijke gezondheidszorg voor een periode van drie jaar worden overgeheveld naar de Zvw; als een patiënt dan nog intramurale zorg nodig heeft, komt deze in de Wlz. De leden van de PvdA-fractie vragen de regering welke inhoudelijke motivering er achter deze keuze ligt? Het ziektebeeld van een patiënt is na drie jaar toch niet opeens veranderd? Kan de regering een inhoudelijke grond bedenken waarop GGZ-patiënten in het regime van de Wlz zouden passen, en mogelijk al eerder dan na drie jaar vanuit de Zvw in de Wlz zouden kunnen belanden? Zal de keus voor een knip niet leiden tot afwentelingsgedrag van verzekeraars en behandelaars? Hoe past deze keus bij hedendaagse zorginhoudelijke en wetenschappelijke inzichten, die gericht zijn op herstel en die aangeven dat langdurige intramurale GGZ voor patiënten geen meerwaarde heeft en zelfs contraproductief kan uitpakken? Was een overgangstermijn voor huidige patiënten met een historie van extreem lange opname in de GGZ niet beter geweest? Welke

gevolgen heeft deze knip voor de administratieve lastendruk van de instellingen?

De regering licht graag toe welke inhoudelijke motivering er achter de keuze ligt om de intramurale geestelijke gezondheidszorg deels in de Zvw en deels in de Wlz te positioneren. Het uitgangspunt van de regering is dat mensen met psychische problemen in ieder domein de juiste zorg en ondersteuning krijgen. Voor patiënten waarbij het perspectief op (spoedig) herstel en/of een overgang naar ambulante zorg of ondersteuning vrij groot is, is de Zvw het meest passend. Maar voor de meest kwetsbare GGZ-patiënten moet ruimte geboden worden in de Wlz. Er is inderdaad na drie jaar niet opeens een ander ziektebeeld. De grens bij drie jaar intramuraal verblijf gericht op behandeling is dan ook niet definitief, maar een tijdelijke oplossing tot de invoering van objectieve inhoudelijke toetsingscriteria voor toegang tot de Wlz. De regering kan de leden van de PvdA-fractie op dit moment nog niet laten weten op basis van welke inhoudelijke gronden GGZ-patiënten toegang zullen krijgen tot de Wlz, aangezien dergelijke criteria nog ontwikkeld moeten worden. Daarom wordt aan het Zorginstituut gevraagd om de regering te adviseren over objectieve inhoudelijke toetsingscriteria voor toegang van GGZ-cliënten tot de Wlz.

De regering is het met de leden van de PvdA-fractie eens dat afwenteling tussen domeinen zoveel mogelijk voorkomen moet worden. De regering verwacht echter niet dat de invoering van de driejaarsgrens zal leiden tot meer afwentelingsgedrag. Integendeel, ondermeer vanwege het minimaliseren van de prikkel tot afwenteling is het belangrijk om in de Zvw de huidige 365-dagen grens tussen Zvw en AWBZ te vervangen door een driejaarsgrens tussen Zvw en Wlz. 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 en behandelaars 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. Daarmee sluit het vervangen van de huidige 365-dagen grens door een driejaarsgrens, en op termijn door inhoudelijke toetsingscriteria voor toegang tot de Wlz, goed aan bij de door de leden van de PvdA-fractie genoemde inzichten over het belang van herstelgerichte zorg, waar mogelijk ambulant. De leden van de PvdA-fractie vragen zich af of het niet beter was geweest om de toegang tot de Wlz te beperken tot huidige patiënten met een historie van extreem lange opname in de GGZ. De regering ziet dat niet als een wenselijke optie. Immers, helaas blijft ook in de toekomst (zeer) langdurige opname in de intramurale GGZ waarschijnlijk in sommige gevallen noodzakelijk. Inderdaad moet voorkomen worden dat de administratieve lastendruk toeneemt. Het vervangen van de 365-dagen grens door een driejaarsgrens leidt naar verwachting niet tot grote veranderingen voor de administratieve lasten van zorgaanbieders. Zowel de langdurige GGZ in de Wlz als de langdurige GGZ die wordt overgeheveld naar de Zvw blijft in 2015 bekostigd worden op basis van zzp's. En net als nu bij de overgang van Zvw naar AWBZ, blijft het bij de overgang van Zvw naar Wlz nodig om een indicatie aan te vragen bij het CIZ. Door het verschuiven van de jaargrens zal het waarschijnlijk wel om aanzienlijk minder indicaties gaan.

De leden van de PvdA-fractie begrijpen dat het prudentieel toezicht van De Nederlandse Bank (DNB) op de zorgverzekeraars onder Solvency-II als gevolg van onderhavig wetsvoorstel uitsluitend betrekking heeft op de operationele risico's van de Wlz-uitvoerder en niet op de verzekeringstechnische risico's. Is dat geen dubbel werk ten opzichte van het toezicht van de NZa? Kan de regering een indicatie en/of een modelberekening bieden van de extra vereiste solvabiliteitsmarge als gevolg van het toezicht van DNB zoals opgenomen in het wetsvoorstel? Kan de regering een indicatie en/of modelberekening geven van wat hiervan, ceteris paribus, de doorwerking op de premies zal zijn?

Net zoals dat bij de AWBZ het geval is, is bij de uitvoering van de Wlz de Staat risicodragend. Dit geldt zowel voor het verzekeringstechnische als het uitvoeringsrisico. Dit betekent dat aan de Wlz-uitvoerders geen solvabiliteits-eisen zullen worden gesteld. Aangezien de Wlz-uitvoerder onderdeel is van een groep waartoe ook een of meerdere zorgverzekeraars behoren, zal DNB op basis van de Solvency II-richtlijn wel kijken naar de indirecte operationele risico's van de Wlz-uitvoering op de uitvoering van de basisverzekering en de aanvullende verzekering van de onder haar toezicht vallende verzekeraars. Dit wordt betrokken bij het geconsolideerd toezicht. Dit kan een effect hebben op de vereiste solvabiliteit met betrekking tot basis- en aanvullende verzekering. Het gaat hier echter om een zeer beperkt risico. Het effect op de omvang van de vereiste solvabiliteit voor de groep waartoe ook Wlz-uitvoerder behoort, zal naar verwachting zeer beperkt zijn. Ik verwacht een maximaal effect van 3% van de uitvoeringskosten zijnde € 150 miljoen, oftewel maximaal € 4,5 miljoen op macroniveau. Dit zal dan ook geen effect hebben op de hoogte van de premie. Het prudentieel toezicht van DNB is geen dubbel werk ten opzichte van het toezicht van de NZa. De DNB ziet nu ook al toe op het concern waar de Wlz-uitvoerder deel van uitmaakt. De DNB ziet niet specifiek toe op de Wlz-uitvoerder. De NZa ziet wel toe op de Wlz-uitvoerder voor wat betreft de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz.

De leden van de PvdA-fractie hebben er kennis van genomen dat in de tweede nota van wijziging is vast gelegd dat de overdracht van huishoudelijke verzorging en mobiliteitshulpmiddelen naar de Wlz om uitvoeringstechnische redenen pas in 2016 zal plaats vinden. Daar hebben zij begrip voor, maar zij vragen de regering wel om nader te motiveren waarom deze vormen van zorg en ondersteuning voor Wlz-gerechtigden ten principale onder het domein van de Wlz komen te vallen, en sociaal vervoer en mantelzorgondersteuning niet. De regering stelt dat deze laatstgenoemde vormen van ondersteuning «qua aard van de voorziening» in de Wmo thuis horen, maar is dat niet evenzo het geval voor huishoudelijke verzorging en mobiliteitshulpmiddelen? Waar trekt de regering inhoudelijk precies de grens, zo vragen de leden van deze fractie.

De Wlz richt zich op mensen met een dusdanig zware zorgvraag dat het niet (langer) verantwoord of doelmatig is die zorg uit allerlei samengestelde onderdelen op te bouwen. Voor deze mensen is integraliteit van belang: een duidelijk aanspreekpunt, continuïteit van zorg, een zorgaanbieder die de organisatie en een deel van de regie over de zorg kan overnemen van de cliënt of zijn mantelzorgers. Met deze overwegingen voor ogen, is ervoor gekozen de huishoudelijke verzorging en mobiliteitshulpmiddelen onderdeel uit te laten zijn van het verzekerd pakket op grond van de Wlz. Het sociaal vervoer is een algemene voorziening op grond van de Wmo 2015; een voorziening die voor iedereen toegankelijk is, zonder een diepgaand onderzoek en ongeacht de vraag of iemand een Wlz-indicatie heeft. De aard van deze voorziening is er bij uitstek één, die

in het wettelijk kader van de Wmo 2015 past. Bij mantelzorg voor iemand met een Wlz-indicatie ligt het genuanceerder. In de Wlz kan een cliënt ervoor kiezen thuis te blijven wonen. De mantelzorger speelt dan vaak een belangrijke rol als het gaat om de dagelijkse zorg. In dit geval valt het ontlasten van de mantelzorg (het tijdelijk overnemen van de zorg), respijtzorg, onder de Wlz. Zo kan de cliënt ervoor kiezen een dag in de week te gaan logeren ter ontlasting van de mantelzorger. In deze situatie is er dus geen beroep mogelijk op respijtzorg vanuit de Jeugdwet of Wmo 2015. Reden is dat cliënten in de Wlz reeds recht hebben op een integraal pakket aan zorg en ondersteuning dat in natura met verblijf, vpt, mpt of met een pgb kan worden genoten. Cliënten in de Wlz die met een van deze leveringsvormen thuis verblijven, moeten binnen dat pakket of budget keuzes maken. Respijtzorg kan daar onderdeel vanuit maken.

Respijtzorg kan vele vormen hebben zoals begeleiding thuis, dagopvang of logeerhuis. Indien de cliënt heeft gekozen voor verblijf in een instelling zal het zwaartepunt van de mantelzorg niet zozeer liggen op de dagelijkse zorg en ondersteuning maar meer bestaan uit liefdevolle aandacht als bijdrage aan het welbevinden van de betrokkene. Het tijdelijk overnemen van de totale zorg van de mantelzorger (respijtzorg) is dan niet aan de orde. Mantelzorgers van een cliënt met een Wlz-indicatie kunnen wel bij gemeenten een beroep doen op algemene voorzieningen. De gemeente is vrij in de keuze van de voorzieningen die zij treft, bijvoorbeeld lotgenoten-contact of praktische hulp bij het invullen van formulieren.

Deze leden hebben met instemming gelezen dat enkele AWBZ-aanspraken die niet in de systematiek van de langdurige zorg passen in de Wlz niet meer zullen voorkomen. Zo worden de neonatale hielprik en het vaccinatieprogramma overgeheveld naar de Wet Publieke Gezondheid. Maar waarom is dat slechts tot 1 januari 2018 geregeld, zo vragen deze leden? Wat gebeurt er daarna met deze vormen van zorg? En hoe wordt de bekostiging van abortusklinieken na 1 januari 2015 geregeld? Blijft het voor meisjes en vrouwen mogelijk om een abortus te ondergaan zonder dat de verrichting, de zorgverlener of de kosten bijvoorbeeld zichtbaar worden op een declaratie? De leden van de PvdA-fractie hechten er aan dat er geen onnodige drempels worden opgeworpen voor vrouwen en meisjes om te kiezen voor een veilige onderbreking van een zwangerschap, bijvoorbeeld omdat abortus onder een vorm van eigen risico of eigen bijdrage zou vallen of omdat zij niet verzekerd zijn. Is de regering dat met deze leden eens?

In de brief van 28 augustus 2014 over het borgen en organiseren van de publieke gezondheidszorg (Kamerstukken II 2013–2014, 32 620, nr. 132) is gemeld dat het vaccinatieprogramma en de hielprik vanuit de AWBZ worden overgebracht naar de Wet publieke gezondheid (Wpg). De financiering zal rechtstreeks via de begroting plaatsvinden. Hiermee worden de verschillende onderdelen van de publieke gezondheidszorg in deze wet geborgd. Medio 2015 zal voor het structureel brengen van het vaccinatieprogramma en de hielprik onder de Wpg een voorstel van wet bij de Tweede Kamer worden ingediend. Omdat dit niet gerealiseerd is voordat de AWBZ is ingetrokken, is in het onderhavige wetsvoorstel een bepaling opgenomen waarmee een tijdelijke bepaling in de Wpg wordt opgenomen om het vaccinatieprogramma en de hielprik te continueren, zoals die nu in het kader van de AWBZ zijn geregeld. Vanaf 2018 zullen het vaccinatieprogramma en de hielprik structureel zijn geborgd in de Wpg.

Ik ben het eens met de leden van de PvdA. Daarom heb ik in mijn brief aan de Tweede Kamer van 18 september 2014 (TK, 2014–2015, 29 214, nr. 70) besloten dat de subsidiëring van abortusklinieken met ingang van 1 januari 2015 gecontinueerd wordt op basis van de Kaderwet

VWS-subsidies. De systematiek voor het verstrekken van subsidies blijft hetzelfde als onder de Regeling subsidies AWBZ. Ook wijzigt de kring van personen die in aanmerking komt voor de gesubsidieerde behandeling niet (nu nog personen die overeenkomstig de AWBZ zijn verzekerd, vanaf 1 januari 2015 personen die overeenkomstig de Wlz zijn verzekerd). Meisjes en vrouwen die een abortus ondergaan bij een abortuskliniek hoeven dus geen declaratie in te dienen. Ik ben het er mee eens dat er geen onnodige drempels moeten zijn. Zowel in de huidige regeling als in de regeling die vanaf 1 januari 2015 ingaat, is er geen sprake van eigen risico of eigen bijdrage bij abortusklinieken, zolang het personen betreft die overeenkomstig de AWBZ respectievelijk Wlz zijn verzekerd.

2.3 CDA-fractie

Standpuntbepaling

Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer heeft de regering haar aanvankelijke opvatting over een aantal onderwerpen herzien. Dat was onder andere het geval bij de positionering van de zware, langdurige GGZ (langer dan 3 jaar), de zware ouderenzorg, de scheiding van wonen en zorg, woningaanpassingen voor cliënten ouder en jonger dan 18 jaar, en voor persoonsvolgende bekostiging. Graag vernemen de leden van de CDA-fractie wat nu het definitieve standpunt van de regering op elk van deze terreinen is, en of deze standpunten naar de mening van de regering de komende tijd nog weer heroverwogen zouden moeten worden.

Sinds verzending van de Wlz naar de Tweede Kamer heeft de regering inderdaad, zoals de leden van de CDA-fractie opmerken, haar aanvankelijke opvatting op een aantal onderwerpen herzien. Dat opvattingen op onderwerpen (na een intensieve dialoog met betrokken partijen) worden bijgesteld is bij zo'n ingrijpende hervorming zoals deze niet te vermijden. Deze grote hervorming moet zorgvuldig plaatsvinden, waarbij niet uit het oog mag worden verloren dat het gaat om mensen en niet om de systemen. Onderwerpen waarvoor dit het geval is, zijn opgenomen in de twee nota's van wijziging en in de brief die de regering heeft verzonden naar aanleiding van de ingediende moties en amendementen tijdens de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer (Kamerstukken II, 2013–2014, 33 891, nr. 113). De voornaamste herziening die bij eerste nota van wijziging is opgetreden, betreft de zorg voor mensen die voor een behandeling op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in een instelling verblijven na drie jaar voor rekening komt van de Wlz.

Een van de belangrijkste nieuwe elementen die bij tweede nota van wijziging is doorgevoerd is de introductie van het modulair pakket thuis (mpt) waardoor cliënten met een Wlz indicatie die geen pgb wensen en voor wie het VPT niet passend is, op flexibele wijze zorg thuis kunnen ontvangen. In het mpt zijn wonen en zorg net als in het pgb en het VPT gescheiden. Bij het scheiden van wonen en zorg wordt de wooncomponent niet langer vanuit de Wlz bekostigd. Tevens is in deze nota van wijziging geregeld dat naast de woningaanpassingen voor jongeren, ook de woningaanpassingen voor verzekerden van achttien jaar of ouder kunnen worden vergoed op grond van de Wlz indien de verzekerde de Wlz-zorg thuis krijgt. Dit is tijdens de plenaire behandeling van het wetsvoorstel Wmo 2015 in de Tweede Kamer toegezegd. Tot slot is bij tweede nota van wijziging geregeld dat mobiliteitshulpmiddelen en woningaanpassingen in 2015 nog door de gemeenten worden verstrekt. Reden is dat het in 2015 voor zorgkantoren nog niet haalbaar is deze taak voor Wlz-gerechtigden die thuis blijven wonen goed uit te voeren. Per 2016 valt dit wel onder de Wlz plaats.

Persoonsvolgende bekostiging is in de Wlz altijd een belangrijk onderwerp geweest. De Wlz kent reeds diverse persoonsvolgende elementen. Zo wordt het pgb wettelijk verankerd, krijgen het vpt en het mpt een volwaardig karakter (ook met het oog op vernieuwing van het zorgaanbod) en op termijn worden zzp's omgevormd tot zorgprofielen waardoor de aanbieder in samenspraak met de cliënt meer ruimte krijgt om de zorg op maat in te vullen. Daarnaast wordt er geëxperimenteerd met vormen van persoonsvolgende bekostiging. Tijdens de plenaire behandeling van de Wlz heb ik bovendien aangekondigd dat ik een vernieuwingsagenda voor de Wlz zal opstellen. Deze vernieuwingsagenda gaat onder andere over meer persoonsvolgende bekostiging, meer zeggenschap voor de cliënt, meer kleinschaligheid en minder regels. Hierover is door het lid Van Dijk c.s. tevens een motie ingediend die door de Tweede Kamer is aangenomen (Kamerstukken II, 2013–2014, 33 891, nr. 106).

Naast bovenstaande heb ik besloten om extra overgangsrecht te regelen voor de groep van 10.000 cliënten die thuis intensieve zorg en toezicht nodig hebben en voldoen aan de toegangscriteria voor de Wlz. Zij stromen per 1 januari 2015 in de Wet langdurige zorg (Wlz), mits zij dat zelf willen.

De standpunten die de regering op bovenstaande thema's heeft ingenomen zijn voor het overgrote deel vastgelegd in het wetsvoorstel zoals dat door de Tweede Kamer is aangenomen. Daarmee ligt de keuze van de regering op deze onderwerpen vast en kan uw Kamer zich hierover uitspreken.

Zorgverzekeraars

In de zorg, en ook in de langdurige zorg, is een belangrijke rol weggelegd voor zorgverzekeraars. In een stelsel dat, zoals de regering wil, meer vraaggestuurd moet worden ingericht, bundelen zij de gezamenlijke vraag van hun verzekerden en brengen die in de onderhandelingen met zorgaanbieders tot gelding. Cliënten die niet tevreden zijn met de zorg die hun verzekeraar inkoopt, zouden van verzekeraar moeten wisselen. Hoewel dit systeem in theorie aantrekkelijk lijkt, zijn er in de praktijk wel een aantal vragen bij te stellen, die zeker ook op het gebied van de langdurige zorg relevant zijn. Zorgverzekeraars hebben in het stelsel een hele sterke positie, maar de controle op hun handelen is beperkt. Weliswaar dienen zij volgens de wet in hun statuten een plaats voor inbreng van verzekerden te bieden, maar de regeling daarvan is, anders dan bij de aanbieders die een cliëntenraad dienen te hebben, vormvrij. Bovendien loopt de inkoop van zorg via twee schijven, waarop van rechtstreekse invloed van verzekerden geen sprake is: de Wlz-uitvoerder en het regionale zorgkantoor. De geringe invloed van cliënten/verzekerden is temeer een aandachtspunt, daar in de langdurige zorg de keuzevrijheid van cliënten beperkt is: op het moment dat zij van langdurige zorg afhankelijk worden, is overstappen naar een andere verzekeraar in de praktijk niet of nauwelijks mogelijk. De leden van de CDA-fractie willen graag een beschouwing van de regering over deze problematiek, waarbij de regering in het bijzonder ingaat op de mogelijkheden van verzekerden om het inkoopbeleid ten aanzien van langdurige zorg te beïnvloeden, en op de mogelijkheden voor cliënten die van langdurige zorg afhankelijk zijn, om nog van verzekeraar te wisselen.

De regering vindt het (ook) een belangrijk aandachtspunt dat cliënten/verzekerden invloed hebben op het beleid van hun Wlz-uitvoerder. Dat is de reden waarom dit wettelijk verankerd is. Dat is ook een vooruitgang ten opzichte van de AWBZ. Ik ben het niet eens met de opvatting dat de zorginkoop via twee schijven verloopt en dat er geen rechtstreekse

invloed van verzekerden op plaatsvindt. Het klopt dat de zorginkoop op twee manieren kan plaatsvinden. In de Wlz wordt deze taak wettelijk opgedragen aan de Wlz-uitvoerder. In de praktijk mag de Wlz-uitvoerder deze taak uitbesteden aan het zorgkantoor. In dat geval doet het zorgkantoor de zorginkoop. Er is dus praktisch maar één inkoper. Ik weet uit de gesprekken met het veld dat zorgkantoren en zorgaanbieders in de AWBZ cliëntenraden betrekken bij de zorginkoop. Zij zijn van plan deze inspraak in de Wlz op eenzelfde manier te organiseren. Zo nodigen meerdere zorgkantoren cliëntenraden uit om het over hun inkoopbeleid te praten. Er bestaan dus mogelijkheden voor cliënten/verzekerden om hun invloed uit te oefenen.

Ten opzichte van de mogelijkheid om over te stappen van verzekeraar: deze mogelijkheid bestaat te allen tijde. Voor de basisverzekering in de Zvw geldt een acceptatieplicht. Verzekeraars kunnen personen – ook als zij afhankelijk zijn geworden van langdurige zorg – niet weigeren voor hun basisverzekering. Hoewel de beleving van een drempel om over te stappen leeft, komt deze drempel niet overeen met de praktijk. Ook in de aanvullende verzekering zou overstappen geen probleem moeten vormen voor cliënten die afhankelijk zijn geworden van langdurige zorg. In de praktijk blijkt namelijk dat in 2014 maar vier van de vijfendertig labels (merknamen) van zorgverzekeraars voor een deel van de aanvullende verzekering aanvullende vragen stellen voorafgaand aan de toelating. De NZa duidt de toegankelijkheid van zowel de basisverzekering als aanvullende verzekering als goed aan.

Aangezien de Wlz-uitvoerder een aparte juridische entiteit van de Zvw-verzekeraar is, kan er ook worden gewisseld van Wlz-uitvoerder. Echter, dat betekent niet dat een persoon bij het wisselen van verzekeraar wisselt van zorgkantoor. Het is regionaal bepaald welk zorgkantoor de cliënt bedient. Indien de cliënt ontevreden is over het zorgkantoor, kan de cliënt terecht bij zijn Wlz-uitvoerder. De Wlz-uitvoerder blijft verantwoordelijk voor de uitvoering van de langdurige zorg (voor de uitbestede taken aan het zorgkantoor) voor zijn verzekerde en kan het zorgkantoor er dan op aanspreken.

Spreiding voorzieningen

Voor langdurige zorg is een goede spreiding van het aanbod aan voorzieningen van groot belang: dat geldt ook voor de minder dicht bevolkte delen van ons land. Zoals gesteld wordt de spreiding en beschikbaarheid van voorzieningen nu via de zorginkoop uiteindelijk door de verzekeraars bepaald. De leden van de CDA-fractie hebben al vaker aandacht gevraagd voor deze in hun ogen sterke positie, en voor de spreiding van voorzieningen.⁴ Ook in het kader van de langdurige zorg is dit een belangrijk aandachtspunt. De leden van de CDA-fractie vragen dan ook hoe deze spreiding kan worden geborgd, en of het openbaar bestuur, bijvoorbeeld via de gemeenten of provincies, niet een rol bij het bewaken van een goede spreiding van voorzieningen voor langdurige zorg over het land zouden moeten vervullen. Zij vernemen graag de reactie van de regering op hun zorgen ten aanzien van de spreiding van voorzieningen, en de voornoemde suggestie dienaangaande. Het vraagstuk van een adequate spreiding is daarenboven van belang nu andere delen van de langdurige zorg de verantwoordelijkheid van de gemeenten zijn geworden. Afstemming van het aanbod aan voorzieningen tussen gemeenten en Wlz-uitvoerders is dan ook van belang. Graag vernemen de leden van de CDA-fractie hoe de regering deze afstemming wil veilig stellen.

⁴ Zie o.m. de motie-Flierman, Kamerstukken I 2013/14, 33 253, E

Voor een goede afstemming van het aanbod aan voorzieningen in de regio is overleg tussen relevante partijen, waaronder gemeenten en Wlz-uitvoerder, van belang. De regering heeft daarom met landelijke partijen afgesproken dat er in elke regio een regiosecretaris de regie voert op het proces van de regionale overleggen. Omdat de secretaris zorgt voor regionale samenwerking kunnen partijen sneller relevante informatie uitwisselen die gemeenten en Wlz-uitvoerders kunnen betrekken bij hun zorginkoop. Het is daarbij ook van belang dat gemeenten en Wlz-uitvoerders /zorgkantoren regie nemen bij hun inkoopfunctie en rekening houden met de visie en wensen van de andere partij. Dit is met name van belang in krimpregio's waar zorglocaties worden gesloten en voorzieningen worden geconcentreerd. Ik begrijp uit signalen uit het veld dat er veel over dit soort onderwerpen wordt gesproken tussen zorgkantoren en gemeenten. De afstemming van het aanbod aan voorzieningen lijkt vooralsnog voldoende geborgd.

Een volgend aandachtspunt betreft het vastgoed van de zorgaanbieders, dat in veel gevallen in het verleden ook met publieke middelen is gefinancierd. De beslissingen van de zorgverzekeraars (c.q. Wlz-uitvoerder en zorgkantoor) hebben grote invloed op de bezetting van deze vastgoed-complexen. Nu kunnen de lasten van het vastgoed bezwaarlijk een doorslaggevende factor bij het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar zijn; anderzijds kan het naar het oordeel van de CDA-fractie ook niet de bedoeling zijn dat een zorgaanbieder die goede kwaliteit levert en in zijn omgeving een betekenisvol aanbod realiseert, in ernstige financiële problemen komt doordat hij de lasten van het vastgoed niet langer kan opbrengen.

Graag vernemen deze leden de opvatting van de regering op dit punt.

Naar de mening van de regering hoort in het oordeel van zorginkoop ook het wonen van cliënten te worden betrokken en de opvatting van cliënten over het woningaanbod. Waar de overheid in het verleden via vergunningverlening een impliciet oordeel gaf, is deze taak naar het zorgkantoor gegaan, die zich bij de zorginkoop baseert op de vraag. De kwaliteit van de zorg, maar ook de huisvesting en de vraag daarnaar van cliënten, hoort onderdeel te zijn van de totale integrale weging. Een zorgaanbieder die goede kwaliteit van zorg biedt maar in een woonvoorziening waar (te) weinig vraag (meer) naar is, zal zijn vastgoed moeten aanpassen.

Er is onderzoek gedaan door TNO, Dutch Center for Health assets, naar de actuele situatie rond het vastgoed van verzorgingshuizen en het intramurale vastgoed van de gehandicaptenzorg. Dit beeld is naar zorgkantoor-regio, Wmo-regio of Wmo-subregio beschikbaar en deze informatie voor verzorgingshuizen komt binnenkort via het internet algemeen beschikbaar. De gevolgen voor het vastgoed van de intramurale gehandicaptenzorg zijn uitgesplitst naar regio (zeer) gering en komen alleen op landelijk niveau beschikbaar. Gezien de beperkte gevolgen voor verzorgingshuizen acht de regering het niet waarschijnlijk dat er op grotere schaal ernstige financiële problemen ontstaan. Zeker niet op het moment dat er vraag is naar het aanbod. De tarieven voorzien in voldoende dekking.

Organisatie en financiële aspecten

Ook anderszins vinden de leden van de CDA-fractie de organisatie van de langdurige zorg bijzonder complex. Naast zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders en zorgkantoren hebben immers het CIZ, de CAK, en de SVB taken in de reguliere uitvoering, en de NZA, de IGZ, het Zorginstituut en DNB taken in de rol van toezichthouder. De lijst met betrokkenen en hun verantwoordelijkheden op blz. 55 van de memorie van toelichting is indrukwekkend,

in meerdere opzichten. De leden van de CDA-fractie vernemen graag of, en zo ja, waar de regering op termijn mogelijkheden tot vereenvoudiging van deze structuur ziet.

De leden van het CDA stellen terecht dat de organisatie van de AWBZ complex is. Dit wordt volgens de leden veroorzaakt door het grote aantal organisaties dat bij de AWBZ is betrokken. Deze organisaties hebben echter hun eigen verantwoordelijkheden. In de Wlz zijn deze verantwoordelijkheden, scherper dan in de huidige AWBZ benoemd. Zo is de zorgplicht belegd bij de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor en houdt de NZa toezicht op deze organisaties. Het toezicht op de kwaliteit van de zorgleverantie door zorgaanbieders is de unieke taak voor de IGZ. De indicatiestelling is eenduidige taak van het CIZ, waarbij het CIZ zijn verantwoordelijkheid beter kan waarmaken door het weghalen van delen van de indicatiestelling bij zorgaanbieders en het CIZ de status van een publiekrechtelijk ZBO te geven. Het CAK behoudt zijn taak in het kader van het betalingsverkeer richting de zorgaanbieders en in het kader van de eigen bijdrage. Het Zorginstituut is net als in de AWBZ zowel een advies- als uitvoeringsorganisatie. Zij adviseert over de inhoud en omvang van het verzekerde pakket en beheert het Fonds Langdurige zorg en zij bevordert de rechtmatige en doelmatige ketenuitvoering door de Wlz-uitvoerders, het CIZ en het CAK en heeft als taak informatie over de kwaliteit van zorg in de Wlz breed toegankelijk te maken. Op grond van die laatste taak werkt het Zorginstituut nauw samen met andere uitvoeringsorganisaties, maar de taken zijn complementair. Daarnaast is een aantal taken verlegd, zoals het beheer van het pgb dat in de Wlz bij de SVB wordt belegd. Opgemerkt dient te worden dat bijna al deze instanties hun taken uitvoeren in verschillende zorgdomeinen.

Bij de vormgeving van de Wlz is niet de inzet geweest om het aantal betrokken organisaties te beperken, maar de complexiteit van het systeem te beperken door de verantwoordelijkheidsverdeling te verhelderen. Daarnaast worden met betrokken partijen afspraken gemaakt over het stroomlijnen van informatie en gegevensuitwisseling. Voorkomen moet worden dat verschillende partijen los van elkaar dezelfde informatie uitvragen. Ook wordt ingezet op een verdere vereenvoudiging en uniformering van het proces van de inkoop van langdurige zorg. Het Rijk spant zich in om de regeldruk voor burgers en zorgaanbieders en de uitvoeringslasten/beheerskosten voor uitvoerders zoveel mogelijk te beperken. De inzet hierop zal ook na 2015 worden voortgezet. Verder zal nog de optimale regio-indeling voor zorgkantoren worden onderzocht. Ook dit draagt bij aan een vereenvoudiging van de structuur.

De financiële houdbaarheid van de AWBZ is de afgelopen decennia vooral onder druk komen te staan doordat ten laste van de AWBZ op politieke gronden voortdurend nieuwe aanspraken werden gehonoreerd. Dat leidde uiteindelijk tot veel hogere premies dan bij invoering van de AWBZ voorzien, en desondanks ook nog eens tot een negatieve reserve in het fonds bijzonder ziektekosten van zo'n € 23 mld. Ook de behandeling van de Wlz in de Tweede Kamer laat zien dat het politiek aantrekkelijk is om aanspraken van cliënten veilig te stellen via een volksverzekering, in plaats van via de voorzieningen in de Wmo, of de gewone ziektekostenverzekering. Wat zijn in dat opzicht de structurele kosten van de wijzigingen in het Wlz-pakket, zoals die uit amendering van de Tweede Kamer voortvloeien? Daarbij valt onder meer (maar niet limitatief) te denken aan amendering ten aanzien van de kosten van woningaanpassingen, aanspraken op ADL-assistentie, partneropname, het recht op thuiswonen ondanks «enige ondoelmatigheid», of in de sfeer van het overgangsrecht.

De amenderingen van de Tweede Kamer in het Wlz-pakket betreffen in hoofdzaak verduidelijkingen van de rechten van de cliënten en voorkomen een onbedoelde achteruitgang voor cliënten ten opzichte van de huidige situatie. Deze verduidelijkingen leiden naar verwachting van de regering per saldo niet tot structurele meerkosten op macro-niveau. Zo worden woningaanpassingen voor thuiswonende Wlz-cliënten thans (en bij wijze van overgangsregeling ook nog in 2015) door gemeenten geleverd. Het verruimen van de potentiële reikwijdte van de subsidieregeling ADL-assistentie leidt niet tot macro-meerkosten aangezien deze cliënten hoe dan ook op hun behoefte toegesneden zorg nodig hebben en de kosten daarvan in beginsel niet toenemen wanneer deze zorg via een subsidieregeling wordt gefinancierd in plaats van via de reguliere toegang tot Wmo, Zvw of Wlz. Verder is het niet de verwachting dat partneropname substantieel meer zal voorkomen door de verruimde toegang. Bovendien neemt bij partneropname de eigen bijdrage toe, waardoor de meerkosten deels worden gecompenseerd. Daarnaast is het recht op thuiswonen ondanks enige ondoelmatigheid nu reeds in de AWBZ geregeld. Het amendement beoogt dit voort te zetten onder de Wlz. De aanpassing van het overgangsrecht voor cliënten met een laag ZZP die thuis wonen kan er enerzijds toe leiden dat cliënten na 2015 alsnog opteren voor een plek in een instelling (waarvan de zorgkosten hoger zijn), maar anderzijds voorkomt de aanpassing dat cliënten uit voorzorg in 2015 kiezen voor verblijf om hun recht daarop niet te verliezen. Per saldo zijn daarom geen macro-meerkosten voorzien.

Beheersing van de kosten van de langdurige zorg zal ook in de toekomst van belang zijn. De leden van de CDA-fractie ontvangen graag nog een overzicht van de totale kosten die de regering nu voor de Wlz voorziet, en voor de dekking daarvan uit eigen bijdragen, premies of de Rijksbegroting. Welke mechanismen voorziet de regering om ook op langere termijn in financiële zin van een houdbaar systeem van langdurige zorg te kunnen. Welke andere doelmatigheidsprikkels zijn in de Wlz voorzien, en ziet de regering op dat vlak nog verdere mogelijkheden?

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de verwachte uitgaven in de Wlz en de financiering daarvan voor de periode 2015–2017. In 2015 wordt thans een exploitatietekort verwacht van circa 0,7 miljard euro, als gevolg van de doorwerking van de augustusbesluitvorming in de opbrengst van de Wlz-premie. Dit is circa 0,2 miljard euro meer dan oorspronkelijk werd beoogd. Een exacte raming van de opbrengst van de procentuele premie voor de jaren 2016 en 2017 is op dit moment nog niet te maken, omdat voor deze jaren geen actuele CPB-raming beschikbaar is van de macro-economische ontwikkeling. Die ontwikkeling is bepalend voor de ontwikkeling van de premiegrondslag en daarmee ook voor opbrengst van de procentuele premie. Goede ramingen voor 2016 en 2017 zijn daarom pas te maken in 2015 respectievelijk 2016. Om toch een globaal beeld te kunnen schetsen is voor de jaren 2016 en 2017 gebruik gemaakt van extrapolaties voor de premie-inkomsten.

Verwachte uitgaven en financiering Wlz (x € 1 miljard)

Jaar	2015	2016	2017
Verwachte uitgaven Wlz	19,5	19	19
Inkomsten/financiering	18,8	19	19
Wv. Opbrengst Procentuele premie	13,8	14	14
Wv. Eigen bijdragen Wlz	1,7	2	2
Wv. Rijksbijdrage in de Kosten van Kortingen (BIKK)	3,3	3	4
Saldo (uitgaven minus inkomsten)	- 0,7	0	0

De belangrijkste beheersmechanismen in de Wlz zijn gelijk aan of verbeterd ten opzichte van de AWBZ. De budgettaire beheersing is verbeterd doordat de contracteerruimte voor zorg in natura en het budgetplafond voor pgb zijn ondergebracht in een totaal macrokader voor de Wlz. Op grond van de historische zorgvraag worden deze middelen over de zorgkantoorregio's verdeeld. Deze kaders mogen door de zorgkantoren niet worden overschreden. Voor beide leveringsvormen zijn vooraf voldoende middelen beschikbaar. Afhankelijk van het beroep dat op beide leveringsvormen wordt gedaan kan gedurende het jaar geschoven worden tussen de contracteerruimte voor zorg in natura en het budgetplafond voor pgb. De schuif tussen contracteerruimte zorg in natura en pgb-plafond is alleen mogelijk als het binnen het totale beschikbare kader past. VWS stelt het macrokader vast en geeft de NZa een aanwijzing voor het vaststellen van (regionale) contracteerruimtes en de NZa stelt maximum tarieven vast. Op instellingsniveau zijn de productieafspraken leidend voor vergoeding. Overproductie wordt niet vergoed. De aanspraken zijn in de Wlz op wettelijk niveau vastgelegd. In de AWBZ was dit niet het geval.

Het CIZ wordt een steviger poortwachter. Gemandateerde indicatiestelling door aanbieders is in de Wlz in beginsel niet meer mogelijk en het CIZ wordt een publiekrechtelijk ZBO. De Minister stelt voor de Wlz jaarlijks het totaal van het macrobudgettaire kader vast, inclusief de nominale ontwikkeling, beschikbare groeimiddelen en effecten van maatregelen. Bovendien zijn de voorwaarden die gesteld worden aan het pgb in de Wlz aangescherpt. Daarnaast wordt de Wlz-uitvoerder meer in de wind gezet als het gaat om doelmatigheid en kwaliteit. De zorgplicht van Wlz-uitvoerder is in de wet gedefinieerd en de Wlz-uitvoerders zijn expliciet verantwoordelijk gemaakt voor de (onafhankelijke) cliëntondersteuning. De Minister kan met een algemene maatregel van bestuur regels stellen over de zorgbemiddeling, zorginkoop en kwaliteit. Het toezicht van de NZa wordt uitgebreid naar de Wlz-uitvoerders en wordt specifiek. Als ultimum remedium heeft de Minister de mogelijkheid om een uitbestedingsverbod op te leggen.

Met bovenstaande mechanismen is de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg voor de langere termijn verbeterd. Aanvullend start ik binnenkort een brede verkenning met betrokken partijen (vertegenwoordigers van cliënten, professionals, zorgverzekeraars en aanbieders) naar de uitgangspunten en doelstellingen van zorgvernieuwing. Hiermee beoog ik verschillende onderwerpen rond zorgvernieuwing (waaronder doelmatigheidsprikkels in de bekostiging) in samenhang te bezien. Op basis van deze verkenning verwacht ik een zorgvernieuwingsagenda voor de zomer van 2015 naar de Tweede Kamer te kunnen sturen. De financiële houdbaarheid is hierbij een belangrijk thema is. Hiervoor is door het lid Van Dijk c.s. tevens een motie ingediend die door de Tweede Kamer is aangenomen (Kamerstukken II, 2013–2014, 33 891, nr. 106).

Voor veel cliënten zal de afhankelijkheid van langdurige zorg blijvend zijn; de zorgvraag kan echter wel veranderen, en groter, kleiner of anders worden. Zorginhoudelijke, medische en technologische ontwikkelingen kunnen hierop ook van invloed zijn. Voor zover de leden van de CDA-fractie kunnen overzien is echter van periodieke herbeoordeling van de zorgvraag, anders dan eventueel op initiatief van de cliënt geen sprake. Graag vernemen de leden van deze fractie of dit juist is en hoe de regering denkt te borgen dat de geleverde zorg in overeenstemming is met de werkelijke behoefte van de cliënt, ook als er sprake is van een verminderde of gewijzigde zorgbehoefte.

De Wlz is het sluitstuk van de langdurige zorg. Mensen die in aanmerking komen voor Wlz-zorg hebben een blijvende behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Het CZ stelt bij de indicatie vast of er sprake is van een blijvende behoefte. Blijvend wil zeggen, van niet voorbijgaande aard. Daarnaast stelt het CZ het zorgprofiel vast dat past bij de individuele cliëntkenmerken en zorgbehoefte. Het indicatiebesluit is voor onbepaalde tijd geldig. Het gaat hier immers om mensen die niet of niet snel beter zullen worden. Er is daarom geen reden om hen van tijd tot tijd te herindiceren. Dit komt ook tegemoet aan een veelgehoorde opmerking van cliënten namelijk dat zij, ondanks dat hun beperking of aandoening niet is veranderd, toch weer opnieuw een indicatie moeten aanvragen. In de loop van de tijd kan de zorgbehoefte van een cliënt wel veranderen. Vaak zal er sprake zijn van een zwaardere zorgbehoefte. In zo'n geval zal allereerst overleg plaatsvinden tussen de zorgaanbieder en cliënt. Zij zoeken samen naar een andere invulling van de zorg. Indien de veranderde zorgvraag niet binnen de ruimte van het zorgprofiel van de cliënt past, kan de cliënt in overleg met de zorgaanbieder een herindicatie aanvragen. De mogelijkheid tot herbeoordelen is er dus altijd.

Net als bij de Wmo is er ook bij de behandeling van de Wlz veel aandacht voor de ondersteuning van de cliënt. In het ene geval voorziet de gemeente hierin, in het andere geval de zorgverzekeraar. Kan de regering duidelijk maken hoe wordt verzekerd dat de cliënt die enerzijds met de Wmo, anderzijds, eventueel later in de tijd, met de Wlz te maken krijgt, niet met twee verschillende ondersteuners te maken krijgt? Overigens wordt met deze wet een aantal elementen toegevoegd, die ongetwijfeld bedoeld zijn om de positie van de cliënt te versterken, zoals het zorgplan. De leden van de CDA-fractie vragen zich echter wel af, of voor de «gewone» cliënt nog begrijpelijk is hoe de hem aangeboden zorg tot stand komt. Is mede als gevolg van de Wlz niet sprake van een vergaande instrumentalisering en bureaucratisering, die de het verlenen c.q. ontvangen van zorg voor de cliënten en de werkers in de zorg steeds minder inzichtelijk maakt? Graag krijgen de leden van de CDA-fractie een reactie van de regering hierop.

De leden van de CDA-fractie zien het juist dat (ook) met de Wlz wordt beoogd de positie van kwetsbare cliënten te versterken. Cliëntondersteuning is daar één van de manieren voor. Op grond van de Wmo 2015 is de gemeente er verantwoordelijk voor dat ondersteuning beschikbaar is voor cliënten die (nog) geen toegang tot de Wlz hebben. Wanneer een cliënt een positief indicatiebesluit voor de Wlz ontvangt, valt de persoon voortaan onder de reikwijdte van de Wlz en gaat de verantwoordelijkheid voor zijn zorg en ondersteuning over van de gemeente en de zorgverzekeraar naar het zorgkantoor. Daarmee heeft het zorgkantoor de verplichting ook de cliëntondersteuning goed te organiseren. De leden van de CDA-fractie vragen of het mogelijk is dat de gemeentelijke

ondersteuner deze rol voor de cliënt kan blijven vervullen ook als deze zorg uit de Wlz ontvangt. In beginsel heeft de gemeentelijke ondersteuner op dat moment geen rol meer. Ik begrijp dat het cliënten zwaar kan vallen dat de taken van hun ondersteuner, met wie zij soms jarenlang een vertrouwensband hebben opgebouwd, door iemand anders worden overgenomen. Ik zal dan ook in overleg met betrokken partijen bezien of het mogelijk is afspraken te maken dat, na de overgang van de Wmo naar de Wlz, de cliënt een beroep kan blijven doen op dezelfde cliëntondersteuner. Ik teken daar nu wel alvast bij aan dat dit niet altijd zal kunnen. Cliënten in de Wlz hebben namelijk heel andere zorgvragen dan cliënten die een beroep doen op de Wmo 2015. Er zal dus wel rekening moeten worden gehouden met het feit dat het in het belang van de cliënt kan zijn dat deze, na de overgang van de Wmo naar de Wlz, een beroep kan doen op een andere cliëntondersteuner. Maar er dient dan wel sprake te zijn van een «warme» overdracht. Gemeenten en uitvoerders van de Wlz zullen hierover goede afspraken moeten maken. Het wetsvoorstel Wlz bevat de mogelijkheid bij amvb regels te stellen aan de invulling van de cliëntondersteuning. Als in de praktijk blijkt dat de overdracht onverhoopt niet goed verloopt, dan zal ik overwegen gebruik maken van mijn bevoegdheid bij amvb nadere regels te stellen.

De regering onderschrijft de zorg van de leden van de CDA-fractie niet. De Wlz is gericht op de cliënt door een eenvoudigere toegang tot zorg, een recht op zorg, een sterkere positie van de cliënt en mantelzorgers bij de invulling van de zorg en een wettelijk verankerde cliëntondersteuning. Daarnaast regelt de Wlz dat het zorgkantoor voldoende keuzes heeft om de zorg bij de wens van de cliënt aan te laten sluiten: volledig in eigen regie thuis (met pgb), maatwerk thuis (met mpt) of een volledig zorgarrangement thuis (met vpt). De regering beoogt met deze diversiteit aan leveringsvormen zorgkantoren in staat te stellen om beter aan te sluiten bij de uiteenlopende behoeftes en kenmerken van cliënten. Hiervoor besluit het zorgkantoor of de zorg op doelmatige en verantwoorde wijze in de thuissituatie geleverd kan worden. Deze taak had het zorgkantoor in de AWBZ impliciet ook al en dit is in de Wlz explicieter gemaakt.

Invoering

In dit kader vragen de leden van de CDA-fractie ook aandacht voor de problematiek van de invoering. De regering zag de Wlz bij voorkeur al voor de afgelopen zomervakantie aanvaard in beide Kamers van de Staten-Generaal. Dat proces is aanzienlijk vertraagd. De leden van deze fractie vernemen graag hoe de regering het invoeringstraject nu beoordeelt, uitgaande van aanvaarding van de wet in de laatste maanden van 2014. Kan er nog sprake zijn van een verantwoorde invoering van de Wlz per 1 januari 2015? Welke risico's ziet de regering, en hoe denkt ze die te kunnen beheersen?

In overleg met alle bij de uitvoering betrokken partijen (NZa, Zorginstituut Nederland, ZN, CAK, CIZ, Actiz, VGN, GGZ-Nederland en BTN) zijn vanaf begin 2014 alle activiteiten in kaart gebracht die nodig zijn voor een verantwoorde transitie van AWBZ naar Wlz per 1 januari 2015. Gezamenlijk is daarbij vastgesteld dat gekozen dient te worden gefaseerde, stapsgewijze, invoering. Deze fasering houdt in dat in het overgangsjaar 2015 geen wezenlijke veranderingen worden doorgevoerd ten aanzien van de bekostiging van zorg (zzp-bekostiging), de regionale zorgkantoorindeling (32 zorgkantoorregio's), de AZR-registratie en de zorginkoop. Op basis van een gezamenlijk opgesteld transitieplan Wlz zijn, onder voorbehoud van parlementaire aanvaarding van de Wlz, de voorbereidingen voor 2015 gestart (Kamerstukken II, 2013–2014, 30 597, nr. 428). Toen duidelijk werd dat de parlementaire behandeling van het

wetsvoorstel Wlz pas na het zomerreces kon worden afgerond, zijn in overleg met betrokken partijen de condities verduidelijkt waaronder zij de langdurige zorg in 2015 verantwoord kunnen uitvoeren. Deze condities zijn toegelicht in de brief aan de Tweede Kamer van 27 juni 2014 en gelden ongeacht het wettelijk regime in 2015: de Wlz of een voortzetting een «versmalde» AWBZ (i.c. de huidige AWBZ minus alle geplande overhevelingen en decentralisaties op 1 januari 2015) (Kamerstukken II, 2013–2014, 33 891, nr. 13). Op basis hiervan hebben partijen hun voorbereidingen voor 2015 voortgezet, waaronder het per 1 juli 2014 starten van de zorginkoop voor 2015. Gelet op deze voorbereidingen en het gegeven dat de omslag in de uitvoeringspraktijk geleidelijk zal gaan plaatsvinden acht de regering de geplande invoeringsdatum van 1 januari 2015 haalbaar en verantwoord.

De Wlz is onderdeel van de brede hervorming van de langdurige zorg. In het voorjaar heb ik met alle betrokken partijen werkafspraken gemaakt om de hervorming te begeleiden. Het hoofddoel van de werkafspraken is voorkomen dat mensen tussen wal en schip geraken. Er zijn diverse waarborgen vormgegeven om zo nodig snel te kunnen handelen. Al sinds het voorjaar van dit jaar komt elke twee weken een overleggroep (de «HLZ cockpit») bij elkaar waar signalen worden gedeeld. Daarnaast monitoren de cliëntenorganisaties de effecten van de hervorming op de cliënten. Zij hebben daartoe o.a. meldpunten ingesteld. Deze en andere monitorinformatie komt in de cockpit aan de orde. Voorts zijn er in alle Wmo-regio's Secretarissen ingesteld om partijen in de regio te ondersteunen bij de transitie. Ook zijn er interventieteams ingericht, o.a. op het gebied van wonen (onder leiding van de heer Norder) en de transitie (onder leiding van de heer Terpstra).

Medio oktober van dit jaar start een tweetal oplossingsgerichte tafels waar specifiek aandacht is voor Wlz-implementatievragen. Ik zal één «werktafel Wlz» inrichten die zich richt op invoeringsvragen die leven bij zorgkantoren, zorgaanbieders en professionals. Met de cliënten ga ik op gelijke wijze in gesprek. Hierbij gaat de aandacht vooral naar de effecten voor cliënten. Ik zal hiervoor niet alleen vertegenwoordigers van budgethouders en cliëntenorganisaties uitnodigen maar bijvoorbeeld ook huisartsen, zorgaanbieders en de V&VN. De veranderingen vragen veel inspanningen van veel partijen. Ik constateer dat er een grote bereidheid is om deze veranderingen door te voeren. Door middel van bovengenoemde monitoring en samenwerking wordt geborgd dat eventuele knelpunten in de uitvoering snel zijn op te lossen.

2.4 PVV-fractie

Toegang tot zorg

Het motto van Wlz is: met professionele zorg, zo thuis mogelijk! Gezien de grote problemen en onzekerheden die nu duidelijk worden bij de invoering van de Wmo, zoals het enorme gebrek aan passende woonruimte en zorg, merken de leden van de PVV-fractie op dat het motto voor deze wet niet meer van toepassing lijkt. Zij krijgen hierop graag een reactie van de regering.

Mensen met een toenemende zorgbehoefte willen graag zo lang mogelijk een zo normaal mogelijk leven leiden. Wat dit betekent verschilt per persoon en in hoeverre mensen hiertoe in staat zijn is mede afhankelijk van hun mogelijkheden en beperkingen. Voor cliënten die in aanmerking komen voor zorg vanuit de Wlz betekent dit dat zij hierbij veel zorg en ondersteuning nodig hebben. Zorg die gezien de zorgzwaarte van de cliëntengroep die aanspraak maakt op de Wlz, grotendeels vanuit het

professionele circuit wordt geboden en die erop gericht is om mensen een zo normaal mogelijk of «zo thuis mogelijk» leven te laten leiden. Ook als het zorg in een instelling betreft. Dat de Wlz hierop is gericht blijkt onder meer uit de bepalingen voor de zorgplanbespreking die in het Blz worden verankerd. De zorgplanbespreking geeft cliënten een instrument in handen om in overleg met de zorgaanbieder afspraken te maken over de inrichting van de zorg. Zaken die bij de zorgplanbespreking aan de orde komen hebben betrekking op het «normale leven». Daarnaast biedt de Wlz verschillende leveringsvormen die allemaal in de wet zijn vastgelegd. Cliënten kunnen kiezen of zij zorg thuis willen ontvangen of dat zij liever in een instelling wonen. Zij kunnen de zorg zelf organiseren met een pgb en mantelzorgers of vrijwilligers kunnen een bijdrage leveren aan de zorg als zij dat willen. Ook biedt de Wlz meer ruimte voor maatwerk doordat het ClZ in aard en inhoud van zorg (zorgprofielen) gaat indiceren in plaats van in uren zorg (zorgzwaartepaketten). Het motto van de Wlz (met professionele zorg, zo thuis mogelijk) is daarom zeer van toepassing.

Betere kwaliteit van zorg is een van de redenen voor deze wet. Hoe denkt de regering de kwaliteit te verbeteren met zo'n enorme bezuiniging? Is het niet zaak eerst de kwaliteit te optimaliseren alvorens een enorme systeemwijziging door te voeren?

De hervorming van de langdurige zorg dient drie doelen, die onlosmakelijk met elkaar samenhangen. Het gaat om financiële houdbaarheid, grotere betrokkenheid van burgers en een betere kwaliteit van zorg. Deze hervorming vindt plaats door een aanpassing van vier stelsels. Dat gaat integraal en moet ook integraal. Omdat een verbetering van de kwaliteit echter niet (uitsluitend) via wetgeving tot stand gebracht kan worden, is aanvullend beleid noodzakelijk. Ik heb dan ook recentelijk de Tweede Kamer in mijn brief van 12 juni jl. geïnformeerd over mijn voornemens om de kwaliteit in de verzorgings- en verpleeghuizen te verbeteren (Kamerstukken II, 2013–2014, 31 765, nr. 90).

De regering is van mening dat de AWBZ zoals wij die nu kennen, vastloopt in steeds ingewikkeldere regelgeving. Waarom heeft de regering geen gebruik gemaakt van de evaluatie Experimenten met Regelarme Instellingen (ERAi) die, zoals nu blijkt, ruim voor de behandeling van de wet in de Tweede Kamer beschikbaar was?

De regering heeft de uitkomsten van de tussenevaluatie ERAi zo veel als zinvol meegenomen bij de vormgeving van de herziening van het langdurig zorgstelsel. Voorbeelden hiervan zijn dat op basis van de Wmo 2015 en de Zvw de aanbieder zelf mag indiceren. Er is ook gebleken dat een aantal experimenten nog verder uitgewerkt moet worden om een goede bijdrage te kunnen leveren aan de vormgeving en implementatie van het langdurig zorgstelsel. Gelet hierop wordt waar dat nodig is het experiment ERAi met een jaar verlengd. Daarnaast is er een aanwijzing aan de NZa voor de verlenging van ERAi bij de Eerste en Tweede Kamer voorgehangen voor wat betreft de bekostiging onder de Zvw en de Wlz voor de duur van de overgangstermijn. In de nog op te stellen zorgvernieuwingsagenda zal gezien worden welke eindresultaten van ERAi de basis kunnen vormen voor nieuw beleid, dat nog beter aansluit bij de belevingswereld van de cliënt. Overigens is een belangrijke uitkomst van de tussenevaluatie van ERAi dat heel veel mogelijk is zonder dat daarvoor wettelijke regels in de weg staan. Het ging ERAi-zorgaanbieders niet zozeer om minder regels, maar om regels die beter aansloten op de praktijk van de zorgprofessional. De ERAi-zorgaanbieders hebben kritisch gekeken naar hun eigen processen, en medewerkers en cliënten meer in samenspraak de dagelijkse zorgverlening vorm laten geven. Het is aan het veld om in deze gevallen in onderling overleg de tussenresultaten verder

te borgen en landelijk te verspreiden. Daar waar daarbij de regering aan zet is, zullen wij het veld hierbij een steun in de rug bieden.

Mensen met een pgb mogen straks alleen nog gebruik maken van logeeropvang als die wordt aangeboden door een AWBZ-instelling. Mensen met een pgb kunnen dan geen gebruik meer maken van particuliere initiatieven, waaronder veel zorgboerderijen. Dit is zeer onwenselijk en verkleint de keuzevrijheid enorm. Graag ontvangen de leden van de PVV-fractie hierop een reactie.

Ik herken de bezwaren en wil die tegemoet komen door in het BLZ op te nemen dat de verblijfscomponent (het feitelijke logeren) alleen betaald mag worden met het pgb als het logeren plaatsvindt bij een instelling met een toelating in het kader van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Organisaties zoals bijvoorbeeld zorgboerderijen die een logeeropvang organiseren kunnen ook een toelating aanvragen in het kader van de WTZi. Het is niet nodig dat de instelling of het zorginitiatief daarna een contract afsluit met het zorgkantoor om de logeeropvang te betalen uit het pgb. Als een budgethouder ervoor kiest om te logeren bij een niet toegelaten instelling dan zijn de verblijfskosten voor eigen rekening, de zorg kan wel uit het pgb betaald worden. Met de nieuwe eis dat logeren alleen mag bij een toegelaten instelling wil ik bereiken dat de ruimte blijft bestaan om bij logeren gebruik te maken van innovatieve woonvoorzieningen en er duidelijkheid ontstaat over het kwalitatief aanwenden van zorggeld voor respijtzorg. Dit laatste vanwege de discussies die in het verleden zijn ontstaan over bijvoorbeeld reizen naar het buitenland of een weekend weg waarbij ook de verblijfskosten werden gefinancierd uit het pgb.

De nieuwe wet sluit aan bij de in de maatschappij heersende principes. De leden van deze fractie horen graag over welke principes het hier gaat.

In mijn eerste brief over de hervorming langdurige zorg van 25 april 2013 (Kamerstukken II, 2012–2013, 30 597, nr. 296), heb ik uitvoerig aangegeven waarom de hervorming van de langdurige zorg nodig is. Hierin heb ik aangegeven dat we de eisen die we stellen aan de organisatie van de langdurige zorg aan het veranderen zijn. Dat we onder andere door de resultaten van de gezondheidszorg steeds ouder worden en dat we tegelijkertijd ook andere eisen stellen aan de kwaliteit van het leven bij het ouder worden. Daar waar in de langdurige zorg vooral de nadruk lag op het repareren van medische mankementen, ligt in de hervorming de nadruk op kwaliteit van leven. Deze wordt naast medische aspecten ook bepaald door psychische en sociale aspecten. Daarbij ligt de nadruk op wat mensen wel kunnen en hoe welbevinden kan worden behouden c.q. waar meerwaarde aan welbevinden kan worden toegevoegd. Oud betekent niet per definitie dat eigen regie en eigen kracht niet mogelijk is. Het hebben van een beperking ook niet. De samenleving moet optimaal inclusief zijn voor eenieder. Tweede kernaspect betreft de verbinding tussen de zorg en de maatschappij. Daar waar dat in het verleden nadrukkelijk twee gescheiden werelden waren, worden deze door de hervorming van de langdurige zorg nadrukkelijk aan elkaar verbonden.

Mensen willen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen wonen in een omgeving die zij zelf gekozen hebben. Omringd door de mensen die er voor hen toe doen. Vaak zal ondersteuning van het eigen sociale netwerk of (gemeentelijke) thuiszorgvoorzieningen nodig zijn. En als het thuis echt niet langer gaat, moeten er goede instellingen zijn waar oog is voor het individu en de kwaliteit van leven. Ook daar: omringd door mensen die er voor hen toe doen. De eisen die mensen aan de zorg stellen worden – net als bij andere producten en diensten – ook steeds hoger. De hervorming

moet de mogelijkheid beiden om aan die eisen tegemoet te kunnen treden. Bovenal door het bieden van ruimte. Ook heb ik aangegeven dat de hervormingen nodig zijn vanwege de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg. In de afgelopen decennia is de AWBZ overbelast geraakt; teveel zaken die we ook zelf zouden kunnen regelen, worden uit de collectieve middelen betaald. Daarmee dreigt het gevaar van steeds hogere premies die het besteedbare inkomen uithollen en de solidariteit aantasten. Een houdbare langdurige zorg, die ook beschikbaar is voor toekomstige generaties, betekent dat we nu keuzes moeten maken.

Daarnaast heb ik aangegeven dat de hervorming van de langdurige zorg niet los kan worden gezien van de wijze waarop wij in Nederland samenleven. Wij moeten niet terug naar de tijd dat participatie afhankelijk was van liefdadigheid, maar tegelijkertijd willen we ook geen samenleving, waarin het tegengaan van eenzaamheid afhankelijk is van betaalde en verzekerde zorg. In overleg met veldpartijen zijn destijds principes geïdentificeerd die van belang zijn bij de hervorming van de langdurige zorg. Kernpunten die daaruit naar voren zijn gekomen en waarbij is aangesloten zijn de wenselijkheid van zelfregie voor cliënten (door de wettelijke verankering van het pgb in de Wmo 2015, Jeugdwet, Zvw en WLZ), alsmede het mpt en vpt in de WLZ), een betere ondersteuning van mantelzorgers, het breed bieden van cliëntondersteuning, de mate waarin langer thuis wonen mogelijk is, de noodzaak van een verzekerd recht in de Wlz en de wens tot geïntegreerde dienstverlening door gemeenten en zorgverzekeraars. Dit zijn enkele van de in de maatschappij heersende principes waar in de memorie van toelichting van de Wlz op wordt gedoeld.

In hoofdlijnen komt het erop neer dat een cliënt recht heeft op zorg op grond van de Wlz, indien hij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte heeft aan:

- *permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel; of*
- *24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat de cliënt, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen, door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of, door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.*

Geeft de regering de garantie dat er geen mensen tussen wal en schip gaan vallen, gezien de grote problemen van gemeenten om de zorg via de Wmo op tijd te regelen?

Zoals in de vraag terecht is weergegeven, hebben mensen die in aanmerking komen voor Wlz-zorg blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. De Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor regelt hun integrale zorg. Dit kan in een instelling of thuis op basis van een vpt, een mpt of een pgb. Mensen waarbij acuut blijvend een behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid ontstaat (bijvoorbeeld na een ongeval of ernstige ziekte) kunnen per direct zorg vanuit de Wlz ontvangen. Het CIZ zal dan binnen twee weken een indicatiebesluit afgeven dat terugwerkt tot en met de dag dat de zorg is aangevangen. Mensen die zorg en ondersteuning vanuit de Zvw, Wmo 2015 of Jeugdwet ontvangen en waarbij een dusdanige verslechtering optreedt, dat zij op Wlz-zorg raken aangewezen, blijven zolang het CIZ dit nog niet heeft vastgesteld, hun zorg en ondersteuning nog van hun zorgverzekeraar en gemeente ontvangen. Hiermee raken er geen mensen tussen de wal en het schip.

leder mens heeft zelfbeschikkingsrecht. Dat verandert niet als je cliënt wordt. Om de autonomie van de cliënt écht centraal te zetten, zijn de bepalingen over de zorgplanbespreking uit het wetsvoorstel «Beginse-lenwet AWBZ-zorg», dat in 2011 aan de Tweede Kamer is aangeboden en in september 2013 is ingetrokken, in de Wlz opgenomen. Hoe garandeert de regering het zelfbeschikkingsrecht, nu de specifieke rechten voor cliënten uit de wet zijn gesloopt?

Het zelfbeschikkingsrecht van cliënten staat of valt niet met bepalingen in deze wet; zij hebben dat automatisch op grond van wetten en verdragen zoals het Europees Verdrag voor de rechten van de mens. Wat de voorgestelde bepalingen uit de Beginselenwet, die de regering had overgenomen in artikel 8.1.1. van de Wlz, deden, was het geven van een steun in de rug door een aantal concrete onderwerpen te benoemen die in de zorgplanbespreking aan de orde moesten komen. De wens van de cliënt over de invulling van die aspecten van de zorg was daarbij leidend. In het door de Tweede Kamer aanvaarde wetsvoorstel Wlz is de mogelijkheid opgenomen om die onderwerpen in een Amvb op te nemen. De regering is voornemens dat ook te doen. In de Wlz is de mogelijkheid geëxpliciteerd om als cliënt voorafgaand aan de zorgplanbespreking ook zelf een persoonlijk plan te maken. Hiermee wordt de eigen regie van de cliënt nog eens extra onderstreept.

Financiële aspecten

Tabel 7.1 uit de memorie van toelichting⁵ geeft een overzicht van de zorguitgaven Wlz. De leden van de PVV-fractie missen hierin de post «structureel» en zouden die hierin graag opgenomen zien.

In de memorie van toelichting is de uitgavenontwikkeling van de Wlz tot en met 2017 weergegeven. In de VWS begroting 2015 zijn de actuali-seerde ramingen van de Wlz-uitgaven tot en met 2019 vermeld. De uitgaven van de Wlz worden jaarlijks beïnvloed door de ontwikkeling van de zorgvraag (vanwege de vergrijzing en effecten overgangsrecht) en de jaarlijkse indexering naar aanleiding van loon- en prijsontwikkelingen. Het is dus niet mogelijk om inzicht te geven in het structurele uitgavenniveau van de Wlz. In algemene zin kan worden opgemerkt, dat de uitgaven van de Wlz eerst zullen gaan dalen omdat de cliënten die op basis van het overgangsrecht recht hebben op Wlz-zorg veelal door overlijden de Wlz zullen verlaten en nieuwe cliënten met lage zorgzwaarte niet de Wlz instromen. Nadat deze effecten zijn uitgewerkt, zullen de uitgaven van de Wlz gaan toenemen. Elke kabinetsperiode wordt de omvang van de beschikbare groeimiddelen vooraf vastgelegd.

In de nota naar aanleiding van het nader verslag⁶ staat een tabel met een overzicht van de ombuigingen langdurige zorg (Wlz en Wmo uitgesplitst) in de jaren 2015–2018. In de nota naar aanleiding van het verslag staat dezelfde tabel⁷, maar dan met andere cijfers. Graag krijgen de leden van de PVV-fractie hierop een nadere toelichting.

⁵ Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 3, p. 79

⁶ Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 12, p. 113

⁷ Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 9, p. 216

In het nader verslag van de Wmo (blz. 113) staat de volgende tabel (samengevat):

Wmo NnvNV	2015	2016	2017	2018
Wmo	- 1.035	- 1.245	- 1.285	- 1.295
Wlz	- 200	- 245	- 750	- 750
Overig Care	- 1.405	- 1.415	- 1.320	- 1.330
Totaal	- 2.640	- 2.905	- 3.355	- 3.375

In het verslag van de Wlz (blz. 216) staat de volgende tabel (samengevat):

Wlz NnvV	2015	2016	2017	2018
Wmo	- 741	- 980	- 1.135	- 1.155
Wlz	- 200	- 245	- 750	- 750
Overig Care	- 1.400	- 1.380	- 1.270	- 1.270
Totaal	- 2.341	- 2.605	- 3.155	- 3.175

VERSCHIL	2015	2016	2017	2018
Wmo	294	265	150	140
Wlz	0	0	0	0
Overig Care	5	35	50	60
Totaal	299	300	200	200

Het verschil bij de ombuigingen Wmo wordt veroorzaakt door de aanvullende compensatie die met gemeenten is afgesproken (€ 195 mln. in 2015) en de vermindering van de ombuiging dagbesteding (€ 100 mln.). De mutatie bij overig care wordt veroorzaakt door de verzachting van de effecten van de extramuralisering.

*Wat is nu uiteindelijk structureel de opbrengst van de extramuralisering?
Wat is het totaal aan (gespecificeerde) verzachtingen?*

Zoals aangegeven in de nota naar aanleiding van het tweede nader verslag Wlz (Kamerstukken II, 2014–2015, 33 891, nr. 55, blz 26) heb ik voor de vaststelling van de kaders met betrekking tot de hervorming van de langdurige zorg de effecten van het extramuraliseringsbeleid opnieuw integraal doorgerekend. Daarbij heb ik actuele en meer gedetailleerde gegevens over aantallen cliënten en de kosten van intramurale respectievelijk extramurale zorg gebruikt. De nieuwe integrale doorrekening leidt per saldo tot een netto besparing van extramuralisering op de zorguitgaven die geleidelijk oploopt tot ruim € 300 mln. structureel vanaf 2017. Deze meerjarige effecten zijn verwerkt in het totaal budgettair kader van de hervorming van de langdurige zorg.

De nieuwe integrale doorrekening vervangt daarmee de oorspronkelijk ingeboekte netto besparingen en verzachtingen. Zoals aangegeven in tabel A van de nota naar aanleiding van het tweede nader verslag Wlz bedroeg het totaal aan ingeboekte (gespecificeerde) verzachtingen een bedrag dat opliep van € 66,3 miljoen in 2015 tot € 420,8 miljoen in 2018. Een van de redenen waarom de oorspronkelijk ingeboekte bedragen niet aansluiten op het bedrag dat nu resulteert uit de actuele integrale doorrekening is dat de raming van de effecten van de extramuralisering op verschillende tijdstippen is bijgesteld.

Wat zijn de effecten van extramuralisering op andere begrotingen naast VWS, bijvoorbeeld SZW (WW- en bijstand-uitkeringen, banenplan) en W&R (huursubsidies)?

In tabel B van de nota naar aanleiding van het nader verslag Wlz (Kamerstukken II, 2013–2014, 33 891, nr. 12) heeft de regering inzicht gegeven in de opbouw van de netto besparingen van extramuralisering. In onderstaande tabel zijn deze cijfers herschikt naar de begrotingen waarop deze effecten betrekking hebben. Dit betreft naast de begroting van VWS de begrotingen van het Gemeentefonds en de begroting van W&R. De compensatie van het Gemeentefonds (reeks 2a) betreft een toevoeging aan de integratie-uitkering Wmo in verband met het feit dat mensen die langer thuis wonen mogelijk langer een beroep doen op de Wmo. De toevoeging aan de begroting van W&R betreft de effecten op de huurtoeslag (reeks 3a), doordat mensen langer een beroep kunnen doen op huurtoeslag. De maatregel heeft geen effecten op andere onderdelen van de Rijksbegroting.

Tabel : Budgettaire effecten extramuralisering per begroting					
bedragen in miljoenen euro		2015	2016	2017	2018
1. Begroting VWS:					
1a	Besparing Wlz-uitgaven	-880	-1360	-1650	-1800
1b	Derving intramurale eigen bijdragen Wlz	170	260	310	330
1c	Compensatie Zvw	210	330	400	430
2. Begroting Gemeentefonds:					
2a	Compensatie Wmo	280	450	570	650
3. Begroting W&R:					
3a	Compensatie huurtoeslag	30	45	55	60
4	Saldo netto besparing extramuralisering	-190	-275	-315	-330

2.5 SP-fractie

Behandeling en amendering

De leden van de SP-fractie storen zich aan de snelle behandeling van onderhavig wetsvoorstel. Door het hoge tempo van de behandeling kan de Eerste Kamer onmogelijk dienstdoen als «chambre de réflexion». Door de grote veranderingen die het oorspronkelijke wetsvoorstel heeft ondergaan gedurende de behandeling in de Tweede Kamer, wordt het de Eerste Kamer bemoeilijkt om de deugdelijkheid en de uitvoerbaarheid van de veelvuldig geamendeerde wet te beoordelen. Is de regering zich bewust van het risico van deze snelle behandeling, namelijk dat er straks een wet ligt die niet «doordacht» is?

De regering realiseert zich dat tempo van de wetsbehandeling hoog is. De voorbereiding is niettemin zeer gedegen geweest. Zowel binnen het kabinet als daarbuiten door een intensieve consultatie met de betrokken veldpartijen, waaronder de patiënten- en cliëntenorganisaties, fraude-toetsen en adviezen van diverse colleges waaronder met name de Raad van State. Ik ben de leden van het parlement dan ook bijzonder erkentelijk voor de voortvarendheid waarmee zij dit wetsvoorstel hebben willen agenderen. De behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer was gedegen. Ik heb uitgebreid met de leden gediscussieerd over het wetsvoorstel en daarbij vele vragen beantwoord. Verschillende amendementen die door de leden van de Tweede Kamer zijn ingediend dragen bij aan de gedegenheid van het wetsvoorstel. Zo versterken een aantal

amendementen de positie van de cliënt en diens keuzevrijheid. Dat komt de zorgverlening en het draagvlak ten goede. Het belang van inwerking-treding van de wet per 1 januari 2015, als sluitstuk van de hervorming van de langdurige zorg, is groot. De aanpalende wijzigingen op het terrein van de Wmo 2015, Jeugdwet en de Zvw zijn immers ook al (bijna) afgerond. Daarbij heb ik gekozen voor een geleidelijke overgang naar de nieuwe situatie. De facto betekent dit een gefaseerde invoering van de gewenste veranderingen onder het regime van de Wlz. Het biedt ruimte voor de uitvoeringspraktijk om stapsgewijs naar de gewenste situatie toe te groeien en de gewenste (cultuur) omslag te realiseren. Met alle betrokken partijen worden op dit moment de voorbereidingen getroffen voor de invoering van de Wlz op 1 januari 2015. Zo zijn de voorbereidingen voor de zorginkoop al gestart. Uiteraard heb ik met alle partijen overleg gevoerd over een verantwoorde invoering van de Wlz per 1 januari 2015. Ik constateer, mede op basis van die overleggen, dat er in 2015 nog geen wezenlijke veranderingen in de zorginkoop, bekostiging en registratie plaatsvinden terwijl de nieuwe mogelijkheden die de wet biedt geleidelijk aan kunnen worden benut. Ik zie wel het gegeven dat de wet in een hoog tempo moet worden bestudeerd, al geeft de periode tussen het aannemen van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer op 25 september jl. en de behandeling in uw Kamer op 25 november a.s. ruim de gelegenheid het wetsvoorstel gedegen te bestuderen en te behandelen. Zoals ik hierboven al aangaf is het wetsvoorstel, ondanks het hoge tempo, gedegen doordacht, voorbereid en behandeld. Van een ondoordachte wet is daarom naar mijn mening geen sprake.

Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer is een groot aantal amendementen aangenomen. Er is daardoor zoveel gesleuteld aan het wetsvoorstel dat de leden van de fractie van de SP zich zorgen maken over de samenhang. Graag krijgen zij per aangenomen amendement toegelicht hoe de regering hieraan uitvoering denkt te geven en hoe zij de samenhang van het wetsvoorstel beoordeelt.

Door de leden van de Tweede Kamer is een groot aantal amendementen ingediend. Verschillende amendementen hebben tot doel de positie van de cliënt en diens keuzevrijheid versterken. Dat komt de zorgverlening en het draagvlak ten goede. De aangenomen amendementen dragen, naar de mening van de regering, bij en doen recht aan de uitgangspunten van de Wlz. Deze amendementen brengen de samenhang van het wetsvoorstel niet in gevaar. Voor alle aangenomen amendementen geldt in het algemeen dat zij, voor zover van toepassing, zijn verwerkt in de betreffende wetsartikelen van de Wlz.

Amendement	Uitvoering
Uitbreiding reikwijdte ADL-clusterwoningen (nr. 77)	Dit amendement wordt uitgewerkt in de subsidieregeling ADL-clusterwoningen.
Borging Cliëntondersteuning net als bij Wmo 2015 (nr. 163)	Dit zal gezamenlijk met cliëntenorganisaties worden uitgewerkt.
Uitbreiding partneropname naar gehandicaptenzorg (nr. 129)	Dit zal bij of krachtens amvb zodanig worden uitgewerkt dat over deze uitbreiding nadere regels kunnen worden gesteld.
Recht op zorg afgestemd op verzekerde (nr. 20)	Dit amendement beoogt vast te leggen dat het verzekerde recht op zorg inhoudt dat de zorg op maat van de verzekerde is aangepast. Door het vaststellen van het best passende zorgprofiel door het CIZ en door afspraken te maken in het zorgplan wordt hieraan uitvoering gegeven.

Amendement	Uitvoering
ClIZ geeft indicatie voor meerzorg (nr. 150) (motie 102, onderzoek implementatie maatwerkprofiel 2016)	In overleg met partijen wordt in 2015 invulling geeft aan dit amendement.
Clïënt wordt actief gewezen op mogelijkheid cliëntondersteuning door ClIZ, Wlz-uitvoerder en aanbieder (nr. 162)	Dit amendement zal worden uitgewerkt in overleg met ZN.
Recht op combinatie van leveringsvormen (nr. 124)	Dit amendement benadrukt de combinatiemogelijkheid van mpt en pgb. In de informatievoorziening aan de cliënt door de Wlz-uitvoerder zal hieraan aandacht besteed worden.
Recht op gewenste leveringsvorm wanneer wordt voldaan criteria en er geen weigeringsgrond van toepassing is (nr. 136)	Met dit amendement is geregeld dat de Wlz-uitvoerder geen mogelijkheid meer heeft om zelfstandig aanvullende criteria te hanteren bij het bepalen of iemand gebruik kan maken van pgb, vpt of mpt.
Wens cliënt bij mpt en vpt is leidend, afwijzing op basis van criteria verantwoord en doelmatig moet Wlz-uitvoerder deugdelijk motiveren (nr. 143)	De Wlz-uitvoerders moeten deugdelijk motiveren waarom zij een mpt of vpt weigeren.
Wlz-uitvoerder biedt cliënt actief de mogelijkheid aan bij keuze pgb en mpt om een persoonlijk plan te overleggen binnen 7 dagen na de aanvraag en betreft dit bij de aanvraag (nr. 44)	De Wlz-uitvoerder zal de cliënt hierover informeren. Het persoonlijk plan kan bij pgb als onderlegger worden gebruikt voor het budgetplan en bij mpt als basis voor het zorgplan.
Bij amvb kunnen voor het mpt maximumkosten per module worden vastgesteld en kan worden bepaald dat bestanddelen bij de berekening niet worden meegenomen (nr. 149)	Door in 2015 de cliënt de mogelijkheid te geven om per functie te kiezen voor pgb of zorg in natura wordt invulling gegeven aan het tweede deel van het amendement. Hierbij wordt aangesloten bij de huidige praktijk.
Pgb positioneren als meer gelijkwaardig aan andere leveringsvormen (nr. 74)	In de aanvraag/budgetplan 2015 komt de vraag te vervallen dat de cliënt zich bij zorginstellingen heeft georiënteerd. De cliënt moet motiveren waarom hij/zij een pgb wil. Hiermee wordt invulling gegeven aan dit amendement.
Bij amvb regelen van meerkosten bij mpt (nr. 153)	Dit zal worden geregeld in het Besluit langdurige zorg. Hiermee wordt invulling gegeven aan het amendement.
Bij amvb nadere regels over inkoop van zorg en zorgplicht, inclusief voorhang (nr. 142)	Bij amvb zullen regels worden vastgesteld die invulling geven aan dit amendement. Deze regels zullen in 2015 worden gemaakt.
Betrokkenheid van mantelzorgers en vrijwilligers wordt onderdeel van contracten tussen Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders en Nza ziet hierop toe (nr. 161)	Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders pakken dit op. VWS zal met hen bespreken dat dit tijdig wordt opgepakt voor de inkoop 2016.
Wlz-uitvoerder houdt bij contractering rekening met enkele persoonlijke kenmerken van de verzekerden (nr. 23)	De Wlz-uitvoerder houdt bij de contractering rekening met de godsdienstige gezindheid, de levensovertuiging en de culturele achtergrond van de verzekerden.
Idem voorgaande, aangevuld met seksuele gerichtheid (nr. 73)	De Wlz-uitvoerder houdt bij de contractering naast de godsdienstige gezindheid, de levensovertuiging en de culturele achtergrond ook rekening met de seksuele gerichtheid van de verzekerden.
Bij amvb kunnen nadere regels worden gesteld over persoonsvolgende bekostiging (nr. 108)	Dit wordt nader uitgewerkt als onderdeel van de vernieuwingsagenda.

Amendement	Uitvoering
Introductie meet- en weetplicht voor Wlz-uitvoerders nadat outcomecriteria zijn vastgesteld (nr. 141)	De uitvoering van dit amendement zal in samenspraak met veldpartijen worden opgepakt als onderdeel van de vernieuwingsagenda.
Overzicht te bespreken onderwerp bij zorgplanbespreking regelen op het niveau van een amvb (nr. 30)	Dit is verwerkt in het Besluit langdurige zorg. Hiermee is uitwerking gegeven aan het amendement.
Recht op zorgplan(bespreking) bij mpt (nr. 75)	In het jaar 2015 zal een ingroeitraject worden vormgegeven zodat per 1 januari 2016 de uitvoering van het mpt volledig operationeel is.
Mantelzorg betrekken bij zorgplanbespreking (nr. 154)	Bij de zorgplanbespreking dient de zorgaanbieder de mantelzorger te betrekken indien daarom wordt verzocht. Zorgaanbieders zullen hier dus in hun beleid rekening mee moeten houden.
Alleen verstrekken medische gegevens met toestemming van de cliënt (nr. 50)	Het CIZ zal hier naar handelen.
Geen inperking bevoegdheden Algemene Rekenkamer (nr. 68)	Dit amendement is verwerkt in de wet en behoeft geen verdere uitvoering in lagere regelgeving.
Bij AMvB inrichten van experimenten over de domeinen heen (nr. 66)	Dit zal worden uitgewerkt in de vernieuwingsagenda.
aanpassing overgangsrecht laag zzp: na 2015 behoudt keuze voor verblijf in instelling (nr. 107)	Dit amendement is uitgewerkt in het overgangsrecht. Cliënten worden hierover geïnformeerd.
Gemoedsbezwaarden (nr. 79)	VWS zal de regeling in overleg met het Zorginstituut aanpassen, zodat het Zorginstituut conform het amendement de regeling voor gemoedsbezwaren kan uitvoeren.

Regeldruk en administratieve lasten

De regering betoogt dat met de invoering van dit wetsvoorstel de regeldruk afneemt. Er zijn echter voldoende signalen waaruit te concluderen valt dat de regeldruk en bureaucratie toe zal nemen. Gemeenten laten zich uitgebreid ondersteunen door adviseurs en het aantal ambtenaren dat zich op gemeentelijk niveau bezighoudt met alle veranderingen neemt hand over hand toe. De leden van de fractie van de SP verzoeken de regering met betrekking tot dit wetsvoorstel een zogenaamde regeldruktoets uit te voeren. Zij verzoeken daarbij niet alleen het aantal regels in kaart te brengen dat door de regering aan de decentrale overheid wordt opgelegd, maar ook alle regelgeving die vanuit de gemeenten als gevolg daarvan neerdaalt op de cliënten en zorgaanbieders.

Het is voor de regering van groot belang om de regeldruk die met de transitie samenhangt zoveel mogelijk te beperken of terug te dringen. De voorbeelden die worden geschetst hebben echter betrekking op (de reikwijdte van) de Wmo, die al voor de zomer door uw Kamer is aangenomen. De regering ziet geen toegevoegde waarde om een extra toets uit te voeren naast alle toetsen die al hebben plaatsgevonden en de afspraken om de effecten voor onder meer regeldruk ook in de komende jaren te blijven monitoren. De regering zet zich met de werkafspraken rond de hervorming van de langdurige zorg in om samen met gemeenten en zorgverzekeraars/zorgkantoren te komen tot een gestandaardiseerde uitvraag en het maken van afspraken die toezien op het gebruik van

gemeenschappelijke kaders. Daarmee wordt de regeldruk verminderd. In 2014 gaat echter alle aandacht uit naar het waarborgen van continuïteit van zorg en ondersteuning.

Met betrekking tot het inzichtelijk maken van de regeldrukeffecten wijst de regering op het onderzoeksrapport dat in april 2014 naar de Tweede Kamer is verzonden en waarbij gekeken is welke effecten voor de regeldruk de hervorming van de langdurige zorg met zich meebrengt (Kamerstukken II 2013/14, 30 597, nr. 431). De conclusies hierbij is dat de regeldruk vermindert, en dat dit voornamelijk is toe te schrijven aan:

- vereenvoudiging aanvraagprocedure Wmo 2015: integraal gesprek
- bewust beleid Wmo 2015: inzetten op algemene voorzieningen en sociaal netwerk;
- laagdrempelige algemene voorzieningen;
- afsluiten van meerjarencontracten met zorgaanbieders;
- trekkingsrechten pgb bij SVB;
- minder indicatiestellingen Wlz;
- onbeperkte geldigheidsduur indicatiestelling Wlz;
- verdwijnen van de gemandateerde indicatiestelling;
- eenvoudigere berekening eigen bijdrage CAK door overheveling extramurale zorg;
- minder frequent inzage geven in medische gegevens van cliënten.

Ook wijst de regering ook nog op een onderzoek naar het reduceren van de administratieve lasten in het proces van de inkoop van langdurige zorg, waarover de Tweede Kamer in januari 2014 een rapport met een begeleidende brief heeft ontvangen (Kamerstukken II, 2013/14, 29 515, nr. 351).

Daarmee is uitvoering gegeven aan de door de Tweede Kamer aanvaarde motie-Van Dijk c.s. (Kamerstukken II 2012/13, 29 515, nr. 356). De verbetervoorstellen uit het rapport zijn ingebracht in de besprekingen ter voorbereiding van de inkoop van intramurale langdurige zorg voor het jaar 2015.

Tot slot is recentelijk afgesproken met de heer Rinnooy Kan, in zijn rol als voorzitter van de «Agenda voor de zorg», dat de regering als onderdeel van de hervormingsagenda samen met de leden van de «Agenda voor de zorg» tot een concrete aanpak zal komen om de regeldruk te verminderen. De Tweede Kamer zal daar nader over worden geïnformeerd.

Zij vragen met betrekking tot de regeldichtheid ook aandacht voor de administratieve lasten die bij betrokkenen wordt neergelegd, indien ze kiezen/in aanmerking wensen te komen voor een persoonsgebonden budget (pgb) of modulair pakket thuis (mpt). In de voorbereiding wordt zowel een behandelplan als een verantwoordingsplan per minuut gevraagd. Hoe meer verantwoordingsmomenten en regels er zijn, des te minder budget kan er over blijven voor de daadwerkelijke zorg en begeleiding van de cliënt. Is de regering bereid te kijken naar deze regeldichtheid?

Voor cliënten die kiezen voor een pgb, geldt dat zij hebben aangeven (een deel van) de regie over hun eigen zorg te willen voeren. Daarbij geldt dat er meer verplichtingen gelden dan bij intramurale zorg, waarbij de zorgverlener vrijwel alles overneemt van de cliënt. Het kabinet vindt het waarborgen van goede en doelmatige zorg van groot belang; het gaat immers binnen de Wlz om een kwetsbare doelgroep. Ook is een goede controle en verantwoording noodzakelijk vanwege het voorkomen en opsporen van misbruik en fraude. Uit de aanpak van pgb-fraude mag geconcludeerd worden dat de controle en verantwoording beperkt en/of onvoldoende waren vormgegeven. Uiteraard brengen extra controle en

verantwoording ook kosten met zich mee. De verwachting is echter dat die zich terug zullen betalen in minder fraude.

Voor het pgb geldt bovendien dat deze leveringsvorm komend jaar in de vorm van een trekkingsrecht beschikbaar komt. Trekkingsrecht betekent dat het geld niet meer op eigen rekening komt en hulpverleners worden uitbetaald door de Sociale Verzekeringsbank (SVB) in opdracht van de budgethouder. Voordat de SVB uitbetaalt is elke overeenkomst tussen budgethouder en een bepaalde hulpverlener, met daarbij een beschrijving van de zorg, goedgekeurd door zorgkantoor en SVB. De controles verschuiven daarmee naar de voorkant. Dat betekent aan de voorkant meer werk, maar dat betaalt zich uit in minder verantwoording tussentijds en achteraf.

Het is overigens onjuist dat in de Wlz per minuut een plan moet worden gemaakt of moet worden verantwoord. Met het trekkingsrecht wordt aan de voorkant in zorgovereenkomst en bijbehorende beschrijving duidelijk gemaakt om welke zorg en activiteiten het gaat die een bepaalde hulpverlener levert en hoeveel uur een bepaalde activiteit vraagt. Soms is het daarbij nodig en ook in belang van cliënt en hulpverlener om aan te geven dat het om een deel van het uur gaat. Zo is exacter te bepalen hoeveel een hulpverlener uit het trekkingsrecht betaald krijgt. De leveringsvorm van het mpt brengt slechts beperkt meer administratieve lasten voor een cliënt met zich mee dan die van zorg in natura met verblijf. Er zal bij een mpt meer contact zijn met het zorgkantoor dat zich een oordeel moet vormen over de vraag of de zorg thuis verantwoord kan worden geleverd. Deze toets door het zorgkantoor op doelmatigheid en verantwoorde zorg is van groot belang omdat het in de Wlz gaat om kwetsbare doelgroepen. Voor het deel van mpt dat met een pgb wordt ingevuld, geldt het bovengenoemde.

Zorgverzekeraars/Wlz-uitvoerders vallen niet onder een directe democratische controle. Is de regering bereid zich in te spannen om toch zo min mogelijk extra lasten bij de betrokkenen neer te leggen?

De stelling van de leden van de SP-fractie dat de zorgverzekeraars en de Wlz-uitvoerders niet onder een directe democratische controle vallen, verdient nuancering. De langdurige zorg is ingebed in een publiekrechtelijk stelsel met privaatrechtelijke elementen. De uitvoering van de Wlz verandert niet wezenlijk ten opzichte van de AWBZ. Over het functioneren van dit stelsel legt de regering verantwoording af aan het parlement. De regering heeft de wijze waarop zij de verantwoording aflegt in de memorie van toelichting nader omschreven. Om de genoemde stelselverantwoordelijkheid waar te maken, wenst de regering met betrokken partijen afspraken te maken over de monitoring van de bereikte resultaten, de uitgavenontwikkeling over het geheel van de langdurige zorg, door te meten en te benchmarken. Hierbij worden in ieder geval de zorgkantoren, de zelfstandige bestuursorganen die in deze wet een taak krijgen, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties betrokken. De monitor moet inzicht bieden in het functioneren van het stelsel en de vraag in hoeverre de doelstellingen van de hervorming van de langdurige zorg betreffende de Wlz worden bereikt. De monitoring biedt de informatie om verantwoording af te leggen aan de Eerste en Tweede Kamer over de behaalde resultaten. De eerste evaluatie vindt plaats binnen drie jaar na de inwerkingtreding van de Wlz. Daarnaast wordt via de jaarlijkse rapporten van de NZa over de uitvoering van de Zvw en het debat daarover tussen de Kamer en de regering, ook democratische controle uitgeoefend op de zorgverzekeraars. In die zin kan er naar het oordeel van de regering een adequate democratische controle worden uitgeoefend op zowel de zorgverzekeraars als de Wlz-uitvoerders.

De regering begrijpt de vraag verder zo dat gevraagd wordt of de regering bereid is zich daarnaast op uitvoeringsniveau in te spannen om zo min mogelijk extra lasten bij de zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders neer te leggen. De inspanning van Rijk en gemeenten is er op gericht de regeldruk voor burgers en zorgaanbieders en de uitvoeringslasten/beheerskosten voor uitvoerders zoveel mogelijk te beperken. Onnodige administratieve lasten gaan immers ten koste van het primaire proces: het verlenen van zorg. Het tegengaan ervan is extra belangrijk omdat de regering daarmee een deel van de aangekondigde taakstelling van de Wlz vanaf 2017 wil realiseren. Tegelijkertijd zijn er stevige waarborgen nodig voor doelmatigheid en kwaliteit, waardoor een bepaalde mate van administratieve lasten altijd zal blijven bestaan. Met het terugdringen van de administratieve lasten is bij de zorginkoop voor 2015 een start gemaakt. Hierbij zijn afspraken gemaakt over eenduidige definities en de te gebruiken kwaliteitscriteria.

Transitie

Hoe hoog schat de regering de kosten die gepaard gaan met de transitie van AWBZ naar Wlz? Wat vindt de regering een gewenst percentage als overheadnorm? Denkt de regering dat dit haalbaar is? Is de regering zich ervan bewust dat hoge kosten het toch al te krappe gemeentelijke budget alleen maar krupper maken? Het is bovendien strijdig met het uitgangspunt dat de kosten juist teruggedrongen dienen te worden.

De overgang van de AWBZ naar de Wlz zal vooral leiden tot een daling van de uitvoeringskosten in dit domein. Het gaat dan met name om de kosten van het ClZ en de zorgkantoren, die in 2014 nog circa € 310 mln. bedragen en in 2015 nog circa € 240 mln. Tegenover deze uitvoeringskosten staan relatief beperkte reorganisatiekosten, met name bij het ClZ, van € 10,1 mln. in 2014 en € 1,5 mln. in 2015. De afbouw van de huidige organisatie leidt in de jaren 2014, 2015 en 2016 tot frictiekosten door boventalligheid van medewerkers en leegstand van panden. Hiervoor zal het ClZ nog in 2014 voorzieningen moeten treffen. Over de raming van deze kosten (en bijbehorende voorzieningen) vinden momenteel gesprekken plaats. Dit bedrag aan frictiekosten wordt ruimschoots gecompenseerd door de structurele daling van de personeels- en huisvestingskosten vanaf 2015. Door de reorganisatie van het ClZ zal de kwaliteit van de dienstverlening verbeteren. Ook zonder de invoering van de Wlz zou deze kwaliteitsslag zijn ingezet. De uitvoeringskosten ten opzichte van de totale Wlz-uitgaven in 2015 van € 19,5 mld. bedragen 1,2%. De regering hanteert hierbij geen optimaal percentage als overheadnorm. De kosten zijn immers afhankelijk van de taken die de zorgkantoren en het ClZ moeten uitvoeren.

Om de transitie van de jeugdzorg naar gemeenten en de uitbreiding van taken voor gemeenten met het oog op de Wmo 2015 te ondersteunen, te monitoren en waar nodig te corrigeren, zijn al diverse commissies al dan niet als autoriteit werkzaam. Genoemd kan worden de Transitiecommissie Stelselherziening Jeugd (TSJ), de Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ) en de Transitiecommissie Sociaal Domein (TSD). De leden van de fractie van de SP zijn van mening dat ook de met dit wetsvoorstel samenhangende transitie zo goed mogelijk begeleid moet worden, zodat zo snel mogelijk aan de bel kan worden getrokken indien kwetsbare mensen tussen wal en schip dreigen te vallen. Op welke manier gaat de regering hieraan vormgeven? Hebben de al genoemde commissies daar ook een rol in en hoe wordt samengewerkt?

De Wlz is onderdeel van de brede hervorming van de langdurige zorg. In het voorjaar heb ik met alle betrokken partijen werkafspraken gemaakt om de hervorming te begeleiden. Het hoofddoel van de werkafspraken is voorkomen dat mensen tussen wal en schip geraken. Er zijn diverse waarborgen vormgegeven om zo nodig snel te kunnen handelen. Al sinds het voorjaar van dit jaar komt elke twee weken een overleggroep (de «HLZ cockpit») bij elkaar waar signalen worden gedeeld. Daarnaast monitoren de cliëntenorganisaties de effecten van de hervorming op de cliënten. Zij hebben daartoe o.a. meldpunten ingesteld. Deze en andere monitorinformatie komt in de cockpit aan de orde. Voorts zijn er in alle Wmo-regio's Secretarissen ingesteld om partijen in de regio te ondersteunen bij de transitie. Ook zijn er interventieteams ingericht, o.a. op het gebied van wonen (onder leiding van de heer Norder) en de transitie (onder leiding van de heer Terpstra). Medio oktober van dit jaar start een tweetal oplossingsgerichte tafels waar specifiek aandacht is voor Wlz-implementatievragen. Ik zal één «werktafel Wlz» inrichten die zich richt op invoeringsvragen die leven bij zorgkantoren, zorgaanbieders en professionals. Met de cliënten ga ik op gelijke wijze in gesprek. Hierbij gaat de aandacht vooral naar de effecten voor cliënten. Ik zal hiervoor niet alleen vertegenwoordigers van budgethouders en cliëntenorganisaties uitnodigen maar bijvoorbeeld ook huisartsen, zorgaanbieders en de V&VN. De veranderingen vragen veel inspanningen van veel partijen. Ik constateer dat er een grote bereidheid is om deze veranderingen door te voeren. Door middel van bovengenoemde monitoring en samenwerking wordt geborgd dat eventuele knelpunten in de uitvoering snel zijn op te lossen.

Opvallend is dat de verantwoordelijke Staatssecretaris van Rijn zich het vuur uit de sloffen loopt om als een rondreizende verkoper van goede bedoelingen bij gemeenten de stand van zaken te peilen met betrekking tot de voorgenomen decentralisaties. Hoewel zijn pogen schoon is te noemen, is het voor de leden van de SP-fractie toch de vraag hoe zinnig deze aanpak is. Het besluit te decentraliseren met de overeengekomen taakstelling, waardoor de grootste knelpunten worden veroorzaakt, is door het voltallige kabinet genomen. Zou het niet van solidariteit getuigen als dat hele kabinet verantwoordelijkheid zou nemen en met de Staatssecretaris op reis zou gaan? De leden van deze fractie zijn ervan overtuigd dat hiermee de Haagse werkelijkheid iets dichterbij de werkelijkheid van alle dag kan komen van diegenen die op langdurige zorg zijn aangewezen en van degenen die die zorg op zich nemen. Graag krijgen zij een reactie hierop.

De hervorming van de langdurige zorg is een belangrijk onderdeel van het kabinetsbeleid. Alle leden van het kabinet dragen de decentralisatieplannen uit voor zover dat op enig moment aan de orde is. De Minister van BZK, de Staatssecretaris van V&J en de Staatssecretaris van SZW hebben dan ook op mijn uitnodiging deelgenomen aan een aantal van de vijftien regionale bijeenkomsten met de wethouders Wmo en Jeugd.

Toegang tot zorg

Het aantal mensen dat gebruik maakt van de AWBZ is 800.000. Dit is ongeveer 5% van de bevolking. Oorspronkelijk was de AWBZ bedoeld voor 0,6% van de bevolking. De kosten zijn gestegen van € 275 miljoen in 1968 tot € 27 miljard in 2013. Volgens de regering komt dit omdat de AWBZ steeds verder is uitgebreid. Er waren steeds meer (groepen van) mensen die aanspraak konden maken op AWBZ-zorg. Dit is ook de belangrijkste reden waarom de AWBZ nu wordt afgeslankt en als Wlz verder gaat. Toegangscriteria zijn op wetsniveau vastgelegd en deze criteria zijn in de Wlz strenger dan in de AWBZ. De Wlz is alleen voor

mensen met zware zorgbehoeften. De leden van de SP-fractie vragen of deze criteria inderdaad voor een scherpe afbakening kunnen zorgen en krijgen graag een toelichting hierop.

In de Wlz gaat het om mensen met een zware en blijvende zorgvraag. Daarom heb ik er bewust voor gekozen om bij het bepalen van de toegang tot de Wlz alleen uit te gaan van zorginhoudelijke criteria. Bij deze mensen gaat het immers om een behoefte aan zware zorg die redelijkerwijs niet meer van de omgeving van de cliënt kan worden verwacht. Daarom weegt de inzet van de mantelzorg en/of gemeenten en zorgverzekeraars voldoende zorg en ondersteuning bieden, niet mee bij het bepalen van de toegang tot de Wlz. De in de Wlz opgenomen zorginhoudelijke criteria zijn permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid en blijvend. Dit zijn medisch objectificeerbare criteria en door de professionals van het CIZ goed vast te stellen. Dit zo nodig op basis van informatie en navraag bij de huisarts of medisch specialist. Met deze uitwerking (toegang tot de Wlz alleen op basis van zorginhoudelijke criteria) heb ik een scherpe afbakening gecreëerd tussen enerzijds de Wlz en anderzijds de Wmo 2015/Jeugdwet en de Zvw.

De indicatie zoals voorheen geregeld in allerlei vormen van pakketten vervalt en wordt omgevormd naar zorgprofielen en maatwerk. Vermeld wordt ook dat het aantal profielen zal afnemen. Maatwerk wijst op differentiëren, wat naar de mening van deze leden juist zou moeten leiden tot meer profielen. Graag krijgen zij hierover een nadere uitleg.

In het indicatiebesluit stelt het CIZ vast of een cliënt aan de toegangscriteria van de Wlz voldoet en of de cliënt op basis hiervan toegang tot de Wlz heeft. Daarnaast stelt het CIZ vast welk inhoudelijk zorgprofiel het beste past bij de cliënt. Het CIZ indiceert de zorgbehoefte hiertoe in aard, inhoud en (globale) omvang. Het CIZ indiceert niet meer in uren. Voor 2015 zal het aantal zorgprofielen nagenoeg hetzelfde zijn als de huidige zorgzwaartepakketten. Het is het streven om daarna het aantal zorgprofielen te beperken. De regering benadrukt dat het maatwerk bij de invulling van het recht op zorg plaatsvindt in het zorgplan, en niet in het zorgprofiel. Het zorgplan maakt het mogelijk om de zorg net anders – meer op de cliënt gericht – te leveren en om fluctuaties in de zorgbehoefte op te vangen. De cliënt, dan wel zijn vertegenwoordiger, maakt afspraken over de zorg met de zorgaanbieder. Deze afspraken, vastgelegd in het zorgplan, zullen leiden tot het gewenste maatwerk. Het aantal beschikbare zorgprofielen is derhalve niet bepalend of daarmee maatwerk is te realiseren.

In de afgelopen maanden is gemeld dat er verschillende groepen zijn die buiten de boot dreigen te vallen. Sommige «vergeten groepen» zijn al geïdentificeerd en kunnen alsnog in de Wlz instromen (14.000 cliënten, die een zogenaamde extramurale indicatie hebben, maar een zodanige zorgzwaarte dat ze naar alle waarschijnlijkheid een beroep kunnen doen op de Wlz⁸). Andere groepen zijn nog niet ontdekt, mogelijk omdat ze zelf niet de consequenties van de wetswijziging kunnen overzien, mogelijk omdat hun situatie zo ingewikkeld is dat ze in geen enkel kader passen. Hieronder vallen bijvoorbeeld:

Cliënten die chronisch beademd worden. Dit gebeurt deels extra en deels intramuraal. Wat betreft de intramurale setting: deze valt nu al feitelijk buiten de zzp-financiering; het wordt bekostigd op grond van extra zzp-toeslagen en aanvullende financiering die jaarlijks in overleg met het zorgkantoor wordt vastgesteld. De groep zal straks onder de Wlz vallen.

⁸ Brief 7 oktober 2014, Kamerstukken II 2014/15, 33 891, nr. 172

Onduidelijk is of de extra toeslagen kunnen blijven bestaan. Indien dit niet het geval is, dan is instandhouding van deze setting niet haalbaar. Kan de regering hierop reageren?

Het klopt dat er bovenop de zzp's toeslagen zijn voor onder meer chronische ademhalingsondersteuning. Deze toeslagen blijven vooralsnog beschikbaar in de Wlz. De functie en vormgeving van toeslagen in de bekostiging van Wlz-zorg zal ik wel betrekken in een brede verkenning die ik met betrokken partijen (vertegenwoordigingen van cliënten, professionals, zorgverzekeraars en aanbieders) op korte termijn zal starten naar de uitgangspunten en doelstellingen van zorgvernieuwing. Hiermee beoog ik verschillende onderwerpen rond zorgvernieuwing (waaronder bekostiging) in samenhang te bezien.

Van de ongeveer 3.000 cliënten die deze groep telt woont 84% thuis. Het betreft veelal progressieve ziektebeelden waarbij de hulpafhankelijkheid toeneemt. Ze zijn voor het ademen een deel van de tijd of volcontinu afhankelijk van een machine. Het is vaak noodzakelijk dat er gedurende 24 uur per dag een deskundig persoon in de nabijheid is om in te grijpen als er iets mis gaat. Een deel van deze groep zal vanuit de Wmo en de zorgverzekeringsaanspraak «Verpleging en verzorging» zorg ontvangen, een deel zal dat vanuit de Wlz moeten doen. Kan zich bij deze groep de situatie voordoen dat de zorgverzekeraar bepaalt dat de verzorging thuis en buitenshuis zo veelomvattend is dat hij de cliënt doorverwijst naar de Wlz? Is met andere woorden de zorgverzekeraar verplicht de gemeentelijke keuze te volgen?

Het is mogelijk dat de situatie zich voordoet dat de zorgverzekeraar van mening is dat de cliënt in aanmerking kan komen voor de Wlz vanwege zijn of haar intensieve zorgvraag. Het is het CIZ (en niet de zorgverzekeraar) die bepaalt of iemand voldoet aan de criteria van de Wlz. Bepalend daarbij is de behoefte aan permanent toezicht of zorg die voortdurend in de nabijheid geleverd dient te worden. Voor de zorgverzekeraar bestaat geen grond om de zorgverlening te beëindigen, voordat het CIZ het recht op zorg op grond van de Wlz heeft vastgesteld. De Wlz-uitvoerder moet tevens een redelijke termijn worden geboden om in de zorg waarop deze cliënt is aangewezen te voorzien.

Meer algemeen gesteld: het lijkt er op dat de zorgaanspraak «verpleging en verzorging» vanuit de zorgverzekeraar bepalend is voor de keuze tussen Wmo en Wlz. Hoe verhoudt zich dit tot de gemeentelijke verantwoordelijkheid? Met andere woorden, wie kan de cliënt aanspreken op inadequate zorgverlening? En wie kan hem/haar ondersteunen bij zijn hulpvraag? De gemeentelijke Wmo-cliëntondersteuner of de cliëntondersteuning die het zorgkantoor moet leveren?

Het is niet zo dat de gemeente en/of zorgverzekeraar bepaalt of iemand toegang krijgt tot de Wlz of niet. Het CIZ beoordeelt de vraag of iemand voldoet aan de criteria van de Wlz. Bij inadequate zorgverlening zijn in de Zvw de reguliere klachten- en geschillenregeling van toepassing. Dit betekent dat de verzekerde eerst een klacht indient bij zijn zorgverzekeraar, die vervolgens zijn besluit moet heroverwegen. Kan de verzekerde zich niet vinden in de beslissing van de zorgverzekeraar, dan kan de verzekerde zich wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering (SKGZ). In de Wmo zijn waarborgen opgenomen voor een passend aanbod, zoals de bepalingen over het individueel onderzoek en de beschikbaarheid van cliëntondersteuning. Tegen een besluit van de gemeente op een aanvraag voor maatschappelijke ondersteuning is bezwaar en beroep mogelijk. Tot het moment dat het CIZ een positief indicatiebesluit neemt voor toegang tot de Wlz, is de gemeente verant-

woordelijk voor de cliëntondersteuning. Zodra de persoon onder de reikwijdte van de Wlz komt, valt de cliëntondersteuning onder de zorgplicht van het zorgkantoor. Het zorgkantoor heeft de verplichting om dit voor de cliënt goed te organiseren.

Cliënten met een multiple-complexe en zware zorgvraag (mcz) worden benadeeld in de Wlz, omdat de zorgindicatie wordt gewijzigd in een zorgprofiel. Het zorgprofiel wordt gebaseerd op de meest voorliggende beperking, terwijl er bij mcz-cliënten sprake is van meerdere aandoe-ningen. De in de Tweede Kamer aangenomen motie «maatwerkprofiel» roept op tot onderzoek naar het ontwikkelen van een maatwerkprofiel, waarbij indicering plaatsvindt door het CIZ. Kan de regering een toelichting geven op de uitvoering van deze motie? Kan de regering bevestigen dat besloten is om de toekenning van zorg ter aanvulling op het standaardprofiel in handen te leggen van het Zorgkantoor? Hoe kan het Zorgkantoor op onafhankelijke wijze beslissen over de toekenning van zorg op maat aan cliënten met een multiple-complexe en zware zorgvraag? Wat zijn volgens de regering de waarborgen voor een onafhankelijk oordeel van het Zorgkantoor? Het Zorgkantoor vervult hier twee rollen, die op gespannen voet met elkaar staan: de toekenning van de soort zorg en de contractering (uitvoering). Is de regering van mening dat de taken en verantwoordelijkheden van het Zorgkantoor en het CIZ bij de indicatiestelling voldoende duidelijk zijn?

De leden van de fracties van SP, D66, GroenLinks en ChristenUnie hebben vragen gesteld over de indicatie van meerzorg, de ontwikkeling van een maatwerkprofiel voor indicatiestelling en de meerzorgprocedure. Daarbij is door de leden van de ChristenUnie gevraagd specifiek in te gaan op de uitwerking van het aangenomen amendement-Dik-Faber cs (33 891 nr. 150) en door de leden van de SP en D66 naar de invulling van de aangenomen motie van het lid Bergkamp (33 891 nr. 102). Door zowel de fracties van de SP, D66, GroenLinks en ChristenUnie zijn vragen gesteld over de verdeling van verantwoordelijkheden tussen CIZ en Wlz-uitvoerder/zorgkantoor. SP, D66 en GroenLinks vragen naar de onafhankelijkheid van de beoordeling over de toekenning van zorg op maat. Ik heb er voor gekozen deze vragen in samenhang te beantwoorden. Ik zal de Tweede Kamer over de invulling van het amendement-Dik-Faber en motie-Bergkamp uiteraard nog nader informeren.

Het amendement-Dik-Faber bewerkstelligt dat het CIZ op aanvraag van een verzekerde een passende indicatie vaststelt, waarin wordt voorzien in alle benodigde zorg. In artikel 3.2.3, eerste lid, is daartoe opgenomen dat het recht op zorg dat wordt opgenomen in het indicatiebesluit aansluit bij de behoefte van de verzekerde. De motie-Bergkamp vraagt om onderzoek hoe vanaf 2016 de mogelijkheid van een maatwerkprofiel voor de indicatiestelling kan worden vormgegeven.

In de AWBZ indiceert het CIZ bij de systematiek van zorgzwaartepakketten uitsluitend in de vorm van zzp's. Het vaststellen van de behoefte aan meer zorg voor mensen die meer zorg nodig hebben dan in het meest passende zzp besloten ligt, is in de AWBZ niet de bevoegdheid van het CIZ. Dit is als uitzondering vastgelegd in het Zorgindicatiebesluit. Het amendement-Dik-Faber cs (33 891 nr. 150) zorgt voor een uitbreiding van de taken van het CIZ ten opzichte van de AWBZ en beoogt daarmee de rechtszekerheid van de verzekerde te vergroten. Uit de toelichting op het amendement blijkt dat het beoogt te regelen dat het CIZ, indien iemand niet past binnen het zorgprofiel, direct in het indicatiebesluit aangeeft dat het zorgkantoor de meerzorgprocedure moet starten.

Dit sluit aan bij verdeling van verantwoordelijkheden die ik voorsta in de Wlz. De uitgangspunten van de Wlz daarbij zijn eenmalige toegangsbeoordeling door het CIZ, zorgplicht van de Wlz-uitvoerder en zorg op maat in

het zorgplan of budgetplan. Hieronder beschrijf ik de verantwoordelijkheden van CIZ en Wlz-uitvoerder/zorgkantoor voor cliënten die niet in het zorgprofiel passen. Zoals ook de toelichting op het amendement zegt, zal een en ander in de lagere regelgeving worden uitgewerkt.

1. Toegangsbeoordeling door het CIZ en meerzorgprocedure starten

De Wlz kent een recht op zorg. Eerste waarborg voor de cliënt is dat de toegang tot de zorg wordt vastgesteld door het CIZ. Op grond van zorgbehoefte wordt op onafhankelijke en uniforme wijze door het CIZ beoordeeld of een verzekerde aan het indicatiecriterium van de Wlz voldoet en zo ja, welk zorgprofiel het meest passend is. Daarnaast wordt in de Wlz door het amendement-Dik-Faber c.s. een nieuwe taak opgedragen aan het CIZ voor cliënten die meer zorg nodig hebben dan de zorg die behoort bij het meest passende zorgprofiel. Het CIZ zal van deze cliënten niet alleen het meest passende zorgprofiel indiceren, maar daarnaast in het indicatiebesluit kenmerken opnemen op grond waarvan de verzekerde mogelijk is aangewezen op meer zorg dan de zorg die behoort bij het geïndiceerde zorgprofiel. De Wlz-uitvoerder/het zorgkantoor dient dan vervolgens na te gaan hoe hierin moet worden voorzien. De motie Bergkamp geeft richting aan deze nieuwe taak voor het CIZ en geeft ruimte om dit zorgvuldig te implementeren per 1 januari 2016. Ze verzoekt te onderzoeken hoe vanaf 2016 een maatwerkprofiel voor de indicatiestelling door het CIZ kan worden vormgegeven. Maatwerk is in ieder geval nodig bij zorg in verband met invasieve beademing, met non-invasieve beademing, zorg in verband met complexe niet (goed) behandelbare epilepsie en zorg in verband met met complexe gedragproblematiek. Met het CIZ zal dit nader onderzocht en uitgewerkt worden gericht op operationalisering per 1 januari 2016. Hiermee geef ik invulling aan de motie-Bergkamp. Met de motie-Bergkamp kan ik het amendement-Dik-Faber per 2016 operationaliseren. Ik zal de Tweede Kamer hierover voor de zomer van 2015 informeren.

2. Zorgplicht door de Wlz-uitvoerder/het zorgkantoor: een zorgvuldige meerzorgprocedure

Tweede waarborg in het wetsvoorstel voor de cliënt is dat het recht op zorg geborgd wordt door de zorgplicht die de Wlz-uitvoerder heeft. Naast rechtszekerheid voor de cliënt enerzijds – waar heb ik recht op? – dient er ruimte te zijn voor de Wlz-uitvoerder/het zorgkantoor om bij de invulling van dat recht zorg op maat te kunnen aanbieden. Indien het CIZ in het indicatiebesluit kenmerken heeft opgenomen die er mogelijk toe leiden dat de zorg die in het geïndiceerde zorgprofiel besloten ligt niet volstaat, heeft de verzekerde er recht op dat de Wlz-uitvoerder/het zorgkantoor nagaat hoeveel extra zorg nodig is en welk type zorg dit betreft. De invulling van de onafhankelijk vastgestelde zorgbehoefte is afhankelijk van de fysieke, sociale en organisatiecontext waarin de zorg wordt geleverd en kan fluctueren in de tijd. Dat geldt zeker bij de meerzorgprocedure. De Wlz-uitvoerder dient de context waarin de onafhankelijk vastgestelde zorgbehoefte zijn invulling krijgt te beoordelen. Er spelen dan aspecten als personeelssamenstelling (opleidingsniveau, ziekteverzuim), groepssamenstelling, behandelmethodieken, ontwikkelingsperspectief en huisvesting. De Wlz-uitvoerder dient daarbij te kijken of er sprake is van doelmatige en verantwoorde zorg. Dat wordt mede bepaald door de stand van wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Met de meerzorg in zorg in natura hebben zorgkantoren al jarenlang ervaring. Bij meerzorg gaat het om zeer complexe zorg, waarbij vaak ernstige gedragsproblematiek aan de orde is. Voor de beoordeling van wat als verantwoorde en adequate zorg en diensten geldt wordt onafhankelijk advies ingewonnen bij het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). Het CCE heeft de kennis en expertise over deze zorg en heeft historisch een onafhankelijke, adviserende rol bij aanvragen voor deze complexe zorg. Voor cliënten met pgb doen zorgkantoren sinds dit jaar ervaring op met beoordelingen van meerzorg. Bij de weging van de vraag of sprake is van verantwoorde en doelmatige zorg wordt door zorgkantoren aansluiting gezocht bij de jarenlange ervaringen in de naturazorg. Voor het mpt geldt dat zorgkantoren deze ervaring ook moeten gaan opdoen. Met ZN wil ik afspraken maken over een zorgvuldige meerzorg-procedure bij mpt en pgb en specifiek of een intensivering van expertise bij zorgkantoren is vereist. Ik wil daarbij ook nadrukkelijk Per Saldo, leder(in), CCE en VGN betrekken. Ik zal de Tweede Kamer hierover voor de zomer van 2015 informeren.

Ten aanzien van de groep met een multiple-complexe en zware zorgvraag hebben de leden van deze fractie nog de aanvullende vraag wat de regering verstaat onder respijtzorg. Uit de antwoorden aan de Tweede Kamer valt op te maken dat zij hiertoe zowel logeren in een gastgezin of opvanghuis voor een aantal nachten/week als ontlasting voor de ouders, als dagbesteding voor het kind zelf rekent. Respijtzorg is iets voor ouders; dagbesteding is iets voor het kind, in feite een vorm van onderwijs waar elk kind recht op heeft. Graag vernemen de leden van de SP-fractie het commentaar van de regering hierop.

Respijtzorg betreft het tijdelijk overnemen van de totale ondersteuning ter ontlasting van de mantelzorger en kan op verschillende manier geëffectueerd worden. Het gaat feitelijk om momenten dat de mantelzorger voor een kortere of langere periode vrij is van de zorg aan de cliënt. Er zijn verschillende vormen van «vervangende» «zorg», zoals thuisopvang, dagopvang, kortdurend verblijf zoals logeeropvang in een instelling of inzet van informele zorg. Het naar de dagbesteding gaan van een kind heeft niet als primair doel de mantelzorger te ontlasten, maar kan wel als bijkomend effect hebben dat de afwezigheid van het kind thuis door de mantelzorger wordt ervaren als respijt. De mantelzorger is dan immers een aaneengesloten periode «vrij van zorg» aan de verzekerde. Ook schoolbezoek door een kind kan bij de mantelzorger het gevoel van respijt als bijkomend effect hebben.

Is respijtzorg een aparte verstrekking onder de Wlz? Zo nee, waarom niet?

In de Wlz is opgenomen dat bij het logeren in een instelling door mensen die thuis wonen, tweemaal etmalen per week zowel de te bieden zorg als de huisvestingscomponent kan worden gedeclareerd. Overigens kunnen deze tweemaal etmalen per week ook «opgespaard» worden voor een langere aaneengesloten periode.

Ten aanzien van cliënten die in 2015 voor kortdurend eerstelijns verblijf in aanmerking komen, was het de bedoeling dat de kosten van dit verblijf voor rekening van de Zvw zouden komen. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat dit onmogelijk is per 2015, omdat deze zorg zowel qua inhoud (afbakening van de zorg, vertaling naar prestaties) als qua uitgaven (verwachte totale uitgaven, volume en kosten per verzekerde) niet op tijd in kaart is te brengen. Is het correct aan te nemen dat deze zorg in ieder geval in 2015 nog deel blijft uitmaken van de Wlz?

Dit is correct. Tijdens de behandeling van de Wlz in de Tweede Kamer is een amendement⁹ op de wet ingediend, waarmee wordt beoogd dat het kortdurend eerstelijns verblijf¹⁰ in 2015 door middel van een subsidie op grond van de Wlz wordt gefinancierd. Dit amendement is aangenomen. Hiermee zal, na aanvaarding van de Wlz in de Eerste Kamer, kortdurend eerstelijns verblijf in 2015 via een subsidieregeling onder de Wlz¹¹ bekostigd gaan worden. Uitvoering van kortdurend eerstelijns verblijf bekostigd vanuit de Zvw wordt – zo is het streven – op 1 januari 2016 ingevoerd.

Aansluitend de vraag of de regering met de zorgverzekeraars van mening is dat deze onuitvoerbaarheid in de Zvw ook zal gelden voor andere «nieuw» geïdentificeerde vormen van zorg die momenteel nog niet in een wettelijk financieel en/of beleidsmatig kader is geplaatst.

Er is duidelijkheid over de positionering van de zorg onder de verschillende wetten. De zorg en ondersteuning die in de nieuwe domeinen zijn ondergebracht zijn voorzien van een financieel en beleidsmatig kader. Met ZN is akkoord bereikt over een verantwoorde uitvoering van de Wlz per 1 januari 2015. Voor een nadere toelichting verwijs ik u naar de brief aan de Tweede Kamer van 22 september jl. (Kamerstukken II, 2013–2014, 33 891, nr. 158).

Langdurige – op behandeling gerichte – intramurale GGZ valt na 3 jaar Zvw-behandeling onder de Wlz. Hoe gaat de regering de zorginhoudelijke criteria die de toegang moeten bepalen, vormgeven? De grens van 3 jaar geldt als voorlopig. Wat wordt daarmee bedoeld? Geldt deze grens alleen voor hen die al intramuraal zijn opgenomen, of ook voor nieuwe «gevallen»?

Het Zorginstituut verricht op verzoek van de regering 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. 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 vraagt de regering het Zorginstituut ook om haar te adviseren over objectieve inhoudelijke toetsingscriteria voor toegang van GGZ-cliënten tot de Wlz. Het streven is dit onderzoek in het eerste kwartaal van 2015 af te ronden. Mede op basis van het advies van het Zorginstituut neemt de regering een besluit over de vaststelling en implementatie van de objectieve inhoudelijke criteria. De grens van drie jaar is ingesteld om in afwachting van de invoering van de objectieve toetsingscriteria al toegang tot de Wlz te bieden aan de meest kwetsbare GGZ-cliënten. Het gaat om een voorlopige grens, omdat deze zal komen te vervallen wanneer de objectieve toetsingscriteria worden ingevoerd. In het overgangsrecht is geregeld dat iedere volwassene die op 31 december 2014 al GGZ-verblijf gericht op behandeling heeft in de AWBZ, direct kan doorstromen naar de Wlz. De grens van drie jaar geldt alleen voor nieuwe gevallen, dat wil zeggen voor mensen van wie de zorg op dit moment nog onder de Zvw valt. Daarbij maakt het niet uit of zij op dit moment zijn opgenomen of niet, de telling voor de driejaarsgrens begint bij de eerste dag van opname.

⁹ Kamerstuk 33 891, nr. 132.

¹⁰ Dit kortdurend eerstelijns verblijf omvat «medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg».

¹¹ Artikel 11.1.5 van de Wet langdurige zorg.

Bij welk loket kunnen cliënten terecht die het vermoeden dan wel de zekerheid hebben dat ze een vergeten groep zijn? Wie trekt zich hun lot aan en waar kunnen ze een klacht indienen?

Het Wlz-overgangsrecht is bedoeld voor mensen met een extramurale AWBZ-indicatie die voldoen aan de criteria van de Wlz, maar er niet automatisch in komen omdat zij in 2014 geen indicatie voor een zorgzwaartepakket hebben. Op basis van bestaande indicaties zijn zes groepen onderscheiden die voor het overgangsrecht in aanmerking komen. Het ClZ zal de circa 14.000 cliënten een brief sturen met een antwoordkaart. Zodra cliënten die kaart terugsturen krijgen zij van het ClZ een bevestiging. Het is mogelijk dat cliënten geen brief krijgen en toch van mening zijn dat zij tot de doelgroep behoren. Zij kunnen dan contact opnemen met het informatiepunt Wlz-overgangsrecht van Per Saldo/ leder(in). Het informatiepunt is op werkdagen van 10.00 tot 17.00 uur bereikbaar via telefoonnummer: 030- 7897878. Een medewerker zal de cliënt dan verder helpen. Cliënten die niet onder het overgangsrecht vallen, maar toch denken in aanmerking te komen voor Wlz-zorg, kunnen bij het ClZ een reguliere aanvraag voor Wlz-zorg doen.

Wat zijn de financiële consequenties voor gemeenten en zorgverzekeraars als blijkt dat meerdere groepen cliënten (waaronder de al genoemde 14000) alsnog onder de Wlz vallen? Worden ze beide in budget gekort en stijgt de budgettaire omvang van de Wlz navenant? En hoe wordt dat dan verdisconteerd? Graag krijgen de leden van de SP-fractie een overzicht van de hiermee gepaard gaande financiële stromen. Hoe zullen gemeenten reageren als ze alsnog (minder dan 3 maanden voor de daadwerkelijke invoering van de Jeugdwet en de Wmo 2015) minder budget ter beschikking krijgen? Dienen hun veelal toch al laat tot stand gekomen plannen en de daarmee gepaard gaande inkoop van zorg weer aangepast te worden? Wat zijn de gevolgen voor de cliënt, die heen en weer geslingerd wordt tussen Zvw, Wmo, Jeugdwet en Wlz?

De regering heeft op grond van de indicatiegegevens van de cliënten de beschikbare zorgmiddelen over de verschillende domeinen verdeeld. De ontwikkeling van het aantal mensen dat in de toekomst een plek zal vinden in één van de domeinen zal worden gemonitord en, indien noodzakelijk, zullen ook correcties van budgetten tussen diverse domeinen aan de orde kunnen zijn. Zoals aangekondigd in mijn brief van 9 oktober (EK 2013–2014, 33 891, nr. D) zal ik het budgettaire kader van de Wlz voor de uitbreiding van het overgangsrecht aanpassen voor de groep van 14.000 Wlz-indiceerbaren. In de binnenkort te versturen kaderbrief over het macro-budget van de langdurige zorg in 2015 worden de budgettaire consequenties toegelicht.

Is de regering van plan om een vangnet te scheppen voor de groepen die inderdaad tussen wal en schip vallen? Wie gaat dat beoordelen? Vormt de Wlz als sluitstuk van de hervorming van de langdurige zorg de voorziening die uiteindelijk als «stofzuiger» zal fungeren? Is er een noodscenario beschikbaar?

Alle betrokken partijen (de cliëntenorganisaties, de zorgaanbieders, de zorgkantoren, het ClZ en anderen) zetten zich maximaal in om de noodzakelijke zorg voor cliënten die zijn aangewezen op de Wlz te borgen. Door de inzet van al deze partijen en hun onderlinge samenwerking is een zo veel mogelijk vloeiende overgang van AWBZ naar Wlz mogelijk. Daarenboven start medio oktober van dit jaar een tweetal overleg tafels waar sec aandacht is voor Wlz vragen. Een tafel betreft vraagstukken die de cliënt betreffen, de andere tafel betreft de meer technische implementatievraagstukken. De overlegtafel die betrekking heeft op cliëntaspecten

heeft als doelstelling om daar waar een groep cliënten niet de noodzakelijke zorg (dreigt) te krijgen, daarvoor snel een oplossing te vinden.

Financiële aspecten

De Wlz gaat gepaard met een forse taakstelling. Het is de bedoeling dat door aanscherping van de toegangscriteria veel minder mensen aanspraak kunnen maken op de Wlz dan binnen de AWBZ het geval is. Echter, aangezien de AWBZ ook opgaat in de Zvw, de Wmo en de Jeugdwet is vooraf moeilijk te bepalen of de aanscherping zal resulteren in een daling van de uitgaven aan de langdurige zorg. Hoe schat de regering dit in? Kan zij met zekerheid stellen dat de uitgaven aan de langdurige zorg daadwerkelijk dalen? En zo ja, hoe dan en waardoor? Het kan toch niet alleen liggen aan de te ruime criteria die de toegang tot de oude AWBZ bepaalden, dat de kosten de afgelopen jaren zo gestegen zijn? Waar zijn de onderliggende stukken te vinden die van belang zijn voor de beoordeling en evaluatie van de oorzaken van de stijging van de kosten van de langdurige zorg? Op grond van welke argumenten rechtvaardigt de regering de stelselwijziging?

Met de overgang van de AWBZ naar de Wlz, Jeugdwet, Wmo 2015 en Zvw is een taakstelling gepaard die in 2015 € 2,2 mld. bedraagt en oploopt naar € 3,2 mld. in 2018. Daarmee zijn de uitgaven in de nieuwe wetten gezamenlijk lager dan de AWBZ-uitgaven geweest zouden zijn bij ongewijzigd beleid. Deze ombuigingen betreffen onder meer een beperking van de uitgaven huishoudelijk hulp, begeleiding en persoonlijk verzorging. Ook is de groei ruimte in 2015 en 2016 verlaagd tot het niveau van de demografische groei. Het gaat dus niet alleen om de nieuwe toegangscriteria van de Wlz.

De uitgaven van de Wlz zijn daarnaast lager dan de AWBZ-uitgaven door overheveling van taken naar de Wmo, Jeugdwet en de Zvw mede als gevolg van de extramuralisering. Overigens is de verwachting dat door de toenemende zorgvraag en de loon- en prijsbijstellingen de uitgaven van de langdurige zorg 2017 ongeveer gelijk zullen zijn aan het uitgavenniveau 2013.

In de memorie van toelichting is een aantal onderzoeken vermeld waarin de uitgavenontwikkeling is geschetst (onder meer CPB (2011): «Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg»; OECD (2011) «Help wanted» en SER (2008) «Langdurige zorg verzekerd»). In de memorie van het wetsvoorstel is ook aangegeven dat de belangrijkste redenen voor de nu voorgestelde stelselwijziging zijn gelegen in het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, het verbeteren van de balans tussen formele en informele zorg (meer voor elkaar zorgen) en de financiële houdbaarheid.

Recent is veel commotie ontstaan over de 10.000 «wenswachtenden». Deze mensen hebben recht op zorg, maar kunnen niet terecht in een verzorgingstehuis, vanwege de lange wachtlijsten. Uit onderzoek van Berenschot blijkt dat ongeveer 800 van de 2.000 verzorgingstehuizen hun deuren moeten sluiten. Door de forse bezuinigingen die gepaard gaan met onderhavig wetsvoorstel, zijn zorgaanbieders gedwongen keuzes te maken met betrekking tot de exploitatie. Zorgaanbieders kunnen niet meer alle kamers verhuren (terwijl die wel beschikbaar zijn), omdat hier geen geld meer voor is. Er zijn echter nog wel wachtlijsten. Heeft de regering een plan van aanpak om dit probleem op te lossen?

De wens van mensen om langer thuis te blijven wonen is al vele jaren zichtbaar. Tussen 1980 en 2010 is het aantal plekken in een verzorgingshuis afgenomen van ongeveer 150.000 plaatsen naar ongeveer

84.000 plaatsen, terwijl het aantal 80-plussers in dezelfde periode meer dan verdubbeld is. Bij de hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning wordt aangesloten bij deze trend; zorg wordt meer in de eigen omgeving georganiseerd. Veel cliënten die op een wachtlijst staan, wachten op een plek van hun voorkeur. In een Algemeen Overleg met de Tweede Kamer op 3 september 2014 over de wenswachtenden is gesproken over schrijnende gevallen. Wanneer bij cliënten sprake van een urgente zorgvraag, is het van belang dat zij geplaatst worden bij een instelling waar zij passende zorg krijgen. Normaal gesproken kunnen cliënten terecht bij de instelling van voorkeur, maar dat kan niet worden gegarandeerd. Samen met ZN heb ik een traject in gang gezet om nauwgezet te verifiëren om welke gevallen het gaat en deze cliënten zo snel mogelijk te plaatsen dan wel perspectief te bieden op plaatsing. De resultaten van deze verificatieslag worden momenteel verzameld. In november zal ik de Tweede Kamer informeren over de uitkomsten van deze operatie.

Een eerdere raming van Berenschot dat mogelijk 800 van de 2.000 verzorgingshuizen hun deuren zouden moeten sluiten, komt nog vaak terug. Ik ben echter van mening dat een veel geringer aantal locaties daadwerkelijk besluit om de deuren te sluiten. Verzorgingshuizen kunnen zich richten op zwaardere doelgroepen of hun kamers verhuren gecombineerd met het leveren van extramurale zorg en ondersteuning. In recente jaren is tussen 2010 en 2013 het aantal mensen dat in een instelling verbleef met ZZP VV 1 t/m 3 met bijvoorbeeld met ongeveer 20.000 afgenomen, terwijl in dezelfde periode het aantal bezette plaatsen in de sector verpleging en verzorging slechts met 3.000 is afgenomen. Veel van de verzorgingshuisplaatsen zijn dus inmiddels al bezet door mensen met een hogere zorgvraag. Eind 2013 waren er nog ongeveer 26.000 mensen die in een instelling verbleven met ZZP VV 1 t/m 3. Omgerekend naar een aantal locaties betreft dat ongeveer 350 locaties. Deze locaties hoeven echter niet allemaal te worden gesloten. Ik heb in een overleg met de Tweede Kamer de inschatting gemaakt dat ongeveer 180 locaties gaan sluiten. Dat lijkt me een realistischer aantal dan de genoemde 800 locaties. Ik vind het vooral van belang dat lokaal en regionaal goed wordt gekeken naar het aanbod van wonen, zorg en welzijn.

Bij het scheiden van wonen en zorg moeten huren voor kamers in tehuizen worden betaald die flink hoger liggen dan in een reguliere huursituatie. Deze hoge prijzen zijn voor veel mensen niet op te brengen. Kunnen deze mensen in aanmerking komen voor huursubsidie? Wat vindt de regering van de gedwongen verhuizingen? Ziet de regering in dat het wegvallen van verzorgingstehuizen in kleine gemeente de leefbaarheid van kleine dorpen ernstig bedreigt?

Indien zorginstellingen besluiten om kamers/appartementen in de instelling te gaan verhuren, dan krijgen ze te maken met de regels die gelden bij (ver)huur. Bij het verhuren van kamers door zorginstellingen, gelden de regels van het woningwaarderingsstelsel voor het bepalen van de maximale huur die instellingen aan huur mogen vragen. Voor kamers en appartementen die vallen onder de zogenoemde huurtoeslaggrens kunnen mensen net als in de reguliere huursector (afhankelijk van hun inkomen) in aanmerking komen voor huursubsidie. Ik zie overigens voorbeelden van zorgaanbieders die ook relatief kleine kamers verhuren en daarvoor een lage huur vragen die goed betaalbaar is voor mensen met lage inkomens. Bij het realiseren van nieuwe initiatieven moeten woningcorporaties en zorgaanbieders rekening houden met de betaalbaarheid van de woningen. In een brief van 4 juni 2014 (Kamerstukken II, 2013–2014, 32 847, nr. 121) ga ik samen met de Minister voor Wonen en Rijksdienst in op het langer zelfstandig wonen en de rol van de rijks-

overheid daarbij, bijvoorbeeld in het oplossen van eventueel knellende regelgeving.

Een verhuizing is vaak een zeer ingrijpende gebeurtenis. Dat geldt zeker voor kwetsbare mensen. Zorginstellingen zullen gedwongen verhuizingen zoveel als mogelijk is, willen voorkomen. Zorginstellingen kunnen zich gaan richten op zwaardere doelgroepen of op het verhuren van kamers en appartementen (aangevuld met het leveren van extramurale zorg en ondersteuning op maat). In een aantal gevallen zal sluiting van een locatie de enige reële optie zijn, omdat het gebouw niet meer voldoet aan de veranderde eisen van de tijd en de wens van de mensen om langer thuis te blijven wonen. In het geval van een sluiting van een locatie is het van groot belang dat zorginstellingen hierover zorgvuldig communiceren met cliënten (en hun vertegenwoordigers) en met het personeel. In kleine gemeenten kan sluiting van een verzorgingshuis ingrijpend zijn indien er geen alternatieven voor wonen, zorg en welzijn voor handen zijn. Daar staat tegenover dat juist in kleine gemeenschappen gemeente, woningcorporaties, zorginstellingen en ook de burgers gezamenlijk op zoek gaan naar toekomstbestendige alternatieven waarbij rekening wordt gehouden met de specifieke wensen die zijn afgestemd op de lokale situatie. In een gezamenlijke brief met de Minister voor Wonen en Rijksdienst van 4 juni 2014 (TK 2013–2014, 32 847, nr. 121) geef ik aan dat samenwerking vooral op regionaal en lokaal niveau moet plaatsvinden. Daartoe heb ik onder andere regionale overlegtafels georganiseerd en samen met de Minister voor Wonen en Rijksdienst ook een aanjaagteam langer zelfstandig wonen in het leven geroepen om daar waar het overleg onvoldoende tot stand komt, te kunnen ondersteunen.

Indicatiestelling

De indicatiestelling voor de Wlz uitgedrukt in zorgprofielen vindt plaats door het CIZ, dat hiermee nieuw leven wordt ingeblazen. Het krijgt de positie van een zelfstandig bestuursorgaan, waarmee de onafhankelijkheid gewaarborgd zou zijn. Waar kunnen cliënten en zorgaanbieders terecht met klachten over de indicatie en handelwijze? Getuige de gebleken verstrengeling van belangen van het Ministerie van VWS en de NZa is de vraag opportuun waar de onafhankelijkheid uit blijkt. Komt er een ministeriële regeling waarin dat is vastgelegd? Is die al in te zien? Worden er kwaliteitseisen gesteld aan de medewerkers? Hoe zit de organisatie in elkaar? Hoeveel regio's, congruent met zorgkantoorregio's, komen er? Worden de daar werkzame artsen er speciaal voor opgeleid? Hoe werkt het CIZ samen met de Wmo-loketten van de gemeenten? Wordt naar elkaar verwezen? Worden de indicaties over en weer gerespecteerd?

Zorgprofielen maken ook in de AWBZ reeds onderdeel uit van de zogeheten zorgwaartepakketten. Ze zijn derhalve niet nieuw voor de Wlz. Het Zorginstituut heeft opdracht gekregen om nieuwe profielen te ontwikkelen, die passen bij de doelgroepen van de Wlz. Het CIZ wordt in de Wlz ook geen nieuw leven ingeblazen.

Het CIZ hanteert een klachtenprocedure voor cliënten inzake kwesties van bejegening en professioneel gedrag. Deze klachtenprocedure is gebaseerd op de Algemene wet bestuursrecht. Het bestaan van deze klachtenregeling wordt door de daarvoor bestemde kanalen onder de aandacht van de cliënt gebracht. Daarnaast is er uiteraard de mogelijkheid van het maken van bezwaar en beroep tegen besluiten van het CIZ. Het Zorginstituut en de rechter vormen zich in tweede instantie (beroep is slechts mogelijk op een beslissing op bezwaar bij het bestuursorgaan zelf) een oordeel over de indicatiestelling door het CIZ.

Juist het feit dat gekozen is voor een zelfstandig bestuursorgaan dat regelgebonden op uniforme wijze voor alle verzekerden die in aanmerking wensen te komen voor Wlz-zorg de noodzaak daarvan onderzoekt zonder dat het in die beoordeling wordt gestuurd door zaken die niet de persoon van de cliënt betreffen (zoals bijvoorbeeld financiële middelen, druk vanuit andere wettelijke domeinen, politieke druk), maakt dat er sprake is van een onafhankelijke claimbeoordeling. Voor 2015 stelt het ministerie nog, in nauw overleg met het CIZ, beleidsregels indicatiestelling op die in het najaar ter informatie naar de Tweede Kamer worden gezonden. Vanaf het jaar 2016 stelt het CIZ de beleidsregels zelf vast.

De medewerkers van het CIZ worden uiteraard geselecteerd op basis van kernprofielen die zijn opgesteld voor en door de organisatie CIZ die de Wlz gaat uitvoeren. Kennis en ervaring met indicatiestelling, met de zorg in den brede, maar competenties die hen in staat stellen op een goede manier persoonlijke gesprekken te voeren zijn daarvoor uiteraard van belang. Net als de indicatiestellers worden de artsen van het CIZ speciaal opgeleid. Deze opleiding richt zich met name op het toepassen van relevante wet- en regelgeving en het bijscholen op nieuwe medische ontwikkelingen. Het CIZ zal gaan werken vanuit 4 regiokantoren, aangevuld met meerdere spreekuurlocaties. In Driebergen is het hoofdkantoor gevestigd. Veel indicatiestellers zullen vanuit huis gaan werken, omdat hun werkgebied groter wordt en er wordt uitgegaan van persoonlijk contact.

Om gemeenten in staat te stellen om ten aanzien van hun inwoners te beoordelen of die in het bezit zijn van een indicatiebesluit van het CIZ, wordt een register ontwikkeld waarin deze basisinformatie is ondergebracht. Het gaat om hierbij om «dat-informatie» (= is er een indicatiebesluit aan deze persoon verstrekt). De gemeente komt verder niets te weten over de inhoud van het besluit. Toch is de gemeente op basis van deze informatie in staat te besluiten zelf een ondersteuningsarrangement aan te bieden of om de inwoner te verwijzen naar de Wlz-uitvoerder, een zorgaanbieder of het CIZ. Bovendien zal het CIZ op haar site beleidsinformatie beschikbaar stellen voor cliënten, voor aanbieders en voor andere betrokkenen in de langdurige zorg. Daarnaast zullen de medewerkers van het CIZ verzekerden, indien nodig, doorverwijzen naar gemeenten of naar de door gemeenten te organiseren cliëntondersteuning. Deze ondersteuning kan worden ingezet voor de ondersteuning van burgers in hun contacten met het CIZ. Ten slotte, er wordt een speciaal «loket» (waarvan de naam nog niet bekend is) in het leven geroepen, waar verwijzers/zorgverleners (huisartsen, sociale wijkteams, wijkverpleegkundigen) in de aanpalende domeinen (Zvw, Wmo 2015 en de Jeugdwet) met CIZ medewerkers/ indicatiestellers kunnen overleggen over moeilijke casuïstiek om onnodige verwijzing te voorkomen.

Het indicatiebesluit heeft in beginsel een onbeperkte geldigheidsduur. Wat bepaalt dat een besluit kan worden herzien? En wie bepaalt dat? Is er ook de mogelijkheid tot spoedindicatie of valt dat niet te verwachten gezien de doelgroep? Denkt de regering wel aan tijdelijke indicaties?

Mensen die in aanmerking komen voor Wlz-zorg hebben een blijvende behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Het CIZ stelt bij de indicatie vast of er sprake is van een blijvende behoefte. Blijvend wil zeggen, van niet voorbijgaande aard. Daarnaast stelt het CIZ het zorgprofiel vast dat past bij de individuele cliëntkenmerken en zorgbehoefte. Het indicatiebesluit is voor onbepaalde tijd geldig. Het gaat hier immers om mensen die niet of niet snel beter zullen worden. Eventuele functionele verbeteringen zullen bij deze mensen waarschijnlijk niet zodanig optreden dat de behoefte aan

permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid vervalt. Er is daarom geen reden hen van tijd tot tijd te herindiceren. In de loop van de tijd kan de zorgbehoefte van een cliënt wel zwaarder worden. In zo'n geval zal allereerst overleg plaatsvinden tussen de zorgaanbieder en cliënt. Zij zoeken samen naar een andere invulling van de zorg. Indien de veranderde zorgvraag niet binnen de ruimte van het zorgprofiel van de cliënt past, kan de cliënt in overleg met de zorgaanbieder een herindicatie aanvragen. De mogelijkheid tot herbeoordelen is er dus altijd.

De Wlz kent wel de mogelijkheid van spoedindicaties. Voor mensen waarbij acuut blijvend een behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid ontstaat, bijvoorbeeld na een ongeval of ernstige ziekte, heeft de regering geregeld dat deze mensen per direct zorg vanuit de Wlz kunnen ontvangen. Het ClIZ zal in deze (spoed)situaties dan binnen twee weken een indicatiebesluit afgeven dat terugwerkt tot en met de dag dat de zorg is aangevangen.

In de Wlz hebben indicaties een onbeperkte geldigheidsduur. Er zijn hier de volgende uitzonderingen op namelijk als het gaat om een verzekerde die is aangewezen op een zorgprofiel dat overeenkomt met integrale behandelzorg met verblijf (grovweg vergelijkbaar met de zzp's lvg 1 t/m 5 of zzp sglvg). Bij deze groep is niet in alle gevallen sprake van een blijvende behoefte aan zorg die vanuit de Wlz moet worden geleverd. Deze groep krijgt een tijdelijke indicatie met een maximale duur van drie jaar. Dit geldt ook voor de zzp's ggz-B en revalidatie (zzp 9b).

Bij de indicatiestelling weegt de context niet mee bij het oordeel van de toegang tot zorg. Het speelt wel een rol bij de keuze en mogelijkheden van de leveringsvorm. Wordt bij deze keuze ook het advies de mening van de huisarts betrokken? Er zijn situaties te benoemen waarin de geïndiceerde de wens heeft thuis de zorg te ontvangen, terwijl dat eigenlijk medisch gezien niet verantwoord is. De complexiteit van de zorgvraag of gevraagde ondersteuning van de huisarts kunnen het de huisarts onmogelijk maken om de verantwoordelijkheid voor de medische zorg thuis op zich te nemen. Is het in deze gevallen denkbaar dat bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde, dan wel een andere medische specialist, deze zorg thuis biedt (en er ook verantwoordelijkheid voor neemt, inclusief de ANW-zorg)?

Cliënten die kiezen om thuis te blijven wonen dienen bij het zorgkantoor hiertoe een zorg- of budgetplan in. Het zorgkantoor (als opdrachtnemer van de Wlz-uitvoerder) voert met de cliënt of zijn vertegenwoordiger in geval van een mpt of een pgb een bewustkeuzegesprek. Het zorgkantoor stelt op basis hiervan vast of de invulling van het mpt of pgb zal leiden tot verantwoorde en doelmatige zorg. In de praktijk zullen de zorgverleners contact hebben met de huisarts als zij signaleren dat het niet langer verantwoord is dat de cliënt thuis blijft wonen. De huisarts zal dan met de cliënt, en indien van toepassing de partner, de mantelzorger en/of de andere belangrijke sleutelpersonen uit het sociaal netwerk van deze cliënt bespreken of thuiswonen niet langer verantwoord is en of opname in een instelling is geboden. Huisartsen kunnen daarbij een specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten consulteren.

Het zorgkantoor stelt bij de invulling van het mpt, vpt of pgb via een zorg- of budgetplan vast of de zorg thuis zal leiden tot verantwoorde en doelmatige zorg. Als het zorgkantoor constateert dat dit niet het geval is, kan zij de verstrekking van het mpt, vpt of pgb weigeren. In de praktijk zullen de zorgverleners contact hebben met de huisarts als zij signaleren dat zij het niet langer verantwoord is om thuis te wonen. De huisarts zal dan met de cliënt, en indien van toepassing de partner, de mantelzorger

en/of de andere belangrijke sleutelpersonen uit het sociaal netwerk van deze cliënt bespreken dat thuiswonen niet langer verantwoord is en dat opname in een instelling is geboden.

Voor mensen die via het zorgprofiel Wlz-behandeling geïndiceerd hebben gekregen en waar het verantwoord is om thuis te blijven wonen danwel in een instelling waar geen behandeling wordt gegeven, valt de algemeen medische zorg onder de Zvw. Deze mensen behouden hun huisarts. De huisarts kan bij vragen over de aanpak van een medisch probleem de verpleeghuisarts of arts verstandelijk gehandicapten betrekken bij de behandeling. Naast de algemeen medische zorg onder de Zvw is in deze gevallen ook extramurale behandeling aan de orde onder de Wlz. Deze wordt geleverd door onder andere de specialist ouderengeneeskunde. Dit omvat onder andere behandeling gericht op herstel of gericht op voorkomen van verergering en de eerder genoemde consultatie of medebehandeling ten behoeve van de huisarts en of medisch specialist. De huisarts behoudt de regie over de medische zorg thuis. Bovenvernoemde verdeling is gelijk aan zoals deze nu onder de AWBZ wordt gehanteerd.

Wat is überhaupt de positie van de specialist ouderengeneeskunde in de Wlz, zowel intramuraal als extramuraal? Overweegt de regering ook een positie voor deze specialisten, waaraan in de toekomst gezien de extramuralisering, de veroudering en het complexer worden van de hulpvraag door multimorbiditeit veel behoefte zal zijn, binnen de Zvw?

De Wlz kent geen positie toe aan specifieke zorgprofessionals. De specialist ouderengeneeskunde is een zorgverlener die in dienst van of in opdracht van de Wlz-aanbieder zowel intramuraal als extramuraal zorg kan verlenen. Dit kan vanuit het integrale Wlz-zorgprofiel, maar ook vanuit de subsidieregeling extramurale behandeling voor die cliënten die nog niet op de Wlz zijn aangewezen en hun zorg en ondersteuning krijgen van zorgverzekeraars en gemeenten. De taken en verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde komen ook aan bod in de uitvoeringstoets die ik aan het Zorginstituut zal vragen over de positionering van de extramurale behandeling. Deze zorg is nu tijdelijk ondergebracht in de subsidieregeling extramurale behandeling.

Cliëntondersteuning

Cliëntondersteuning is erg belangrijk voor mensen die op zoek zijn naar geschikte en passende zorg. Graag krijgen de leden van de SP-fractie toegelicht hoe de regering het belang ervan duidt en wat de samenhang is tussen ondersteuning vanuit de gemeente (keukentafelgesprek) en vanuit de Wlz-uitvoerder (ondersteuning bij het maken van een keuze en het bewuste-keuzegesprek bij pgb en mpt)? Kan de regering toelichten wat de stand van zaken is bij de inkoop van de cliëntondersteuning door de gemeenten? MEE Nederland geeft per brief¹² aan dat er nog steeds vele knelpunten zijn, waardoor de onafhankelijkheid (toch het uitgangspunt?) in het geding is. Hetzelfde zal (zo vrezen de leden van deze fractie) gaan gelden voor de ondersteuning die de Wlz-uitvoerder moet inkopen en leveren.

Eén van de belangrijkste aspecten van de visie van de regering op langdurige zorg is dat de zorg op maat is voor de cliënt en aansluit bij zijn wensen. Voor een aantal groepen cliënten kan het van belang zijn iemand te hebben die hem kan ondersteunen in het formuleren van zijn wensen.

¹² Brief van 2 oktober 2014 over de voortgang Wmo 2015 (ter inzage gelegd onder griffinummer 155980).

Net zoals cliëntondersteuning in de Wmo wettelijk is geregeld, is het daarom logisch deze functie in de Wlz een plek te geven. Dat is een belangrijke verbetering voor kwetsbare cliënten ten opzichte van de AWBZ. De samenhang tussen cliëntondersteuning vanuit de gemeente en vanuit de Wlz-uitvoerder is als volgt. Op grond van de Wmo 2015 is de gemeente er verantwoordelijk voor dat ondersteuning beschikbaar is voor cliënten die (nog) geen toegang tot de Wlz hebben. Hieronder vallen ook de mensen van wie het vermoeden bestaat dat zij zorg op grond van de Wlz nodig hebben en zich voor een indicatiebesluit bij het CIZ melden. De gemeenten moeten er voor zorgen dat de cliënt tijdens het proces van indicatiestelling door het CIZ ondersteund wordt. Deze ondersteuning moet zo worden vormgegeven dat het belang van de betrokken cliënt het uitgangspunt is en zodanig dat deze onafhankelijk is. Wanneer een cliënt een positief indicatiebesluit voor de Wlz ontvangt, valt de persoon voortaan onder de reikwijdte van de Wlz en gaat de verantwoordelijkheid voor zijn zorg en ondersteuning over van de gemeente naar het zorgkantoor. Daarmee heeft het zorgkantoor de verplichting dit goed te organiseren voor de cliënt. Het kan bijvoorbeeld gaan om hulp bij het vinden van een geschikte zorgaanbieder in de buurt (informatie en advies), het tot gelding brengen van het verzekerd pakket op zorg, bemiddeling bij onenigheid tussen de cliënt en de zorgaanbieder over de te leveren zorg of cliëntondersteuning bij de zorgplanbespreking. Dit betekent dat de gemeentelijke ondersteuner in beginsel niet langer een rol voor de cliënt zal vervullen. Dat kan ook niet altijd, omdat cliënten in de Wlz heel andere zorgvragen hebben dan cliënten die een beroep doen op de Wmo 2015. Het is wel belangrijk dat er sprake is van een «warme overdracht». Daarom zal, in overleg met betrokken partijen, worden bezien of het mogelijk is afspraken te maken zodat de cliënt, na de overgang van de Wmo naar de Wlz, een beroep kan blijven doen op dezelfde cliëntondersteuner. Daarbij zal dan wel rekening moeten worden gehouden met het feit dat het in het belang van de cliënt kan zijn dat deze na de overgang van de Wmo naar de Wlz een beroep kan doen op een andere cliëntondersteuner.

De voortgang van de transitie van de cliëntondersteuning wordt zowel gevolgd via het Transitievolgsysteem als de interne monitor van MEE Nederland. Volgens de monitor van MEE Nederland zijn per 1 oktober in nagenoeg alle gemeenten ambtelijke afspraken met de MEE-organisaties gemaakt. In 84% van de gemeenten zijn die afspraken ook op college-niveau afgerond. De MEE-organisaties hebben daarmee een beeld van de voornemens van de gemeente, waaronder het bedrag dat bij de MEE-organisatie zal worden besteed. Het Transitievolgsysteem laat in hoofdlijnen hetzelfde beeld zien. De volgende stap voor gemeenten is het omzetten van deze afspraken in definitieve afspraken in de vorm van een subsidiebeschikking of een contract. Hiervan is het beeld dat de datum van 1 oktober vaak niet wordt gehaald, maar dat dit in oktober snel zal oplopen. Gemeenten zijn op dit moment bezig de onafhankelijke cliëntondersteuning conform de wettelijke eisen in te richten. Ik heb op dit moment geen aanleiding om te veronderstellen dat gemeenten hun verantwoordelijkheid voor cliëntondersteuning niet of onvoldoende zullen nemen.

Kan de regering toelichten wat de samenhang, dan wel het verschil is tussen de cliëntondersteuning volgens de Wmo en de Wlz en de cliëntvertrouwenspersoon, zoals die wordt voorgesteld in het voorstel Wet zorg en dwang¹³?

¹³ Kamerstukdossier 31 996.

De cliëntvertrouwenspersoon zoals die wordt voorgesteld in het wetsvoorstel Zorg en dwang, dat ter behandeling in uw Kamer ligt, is vooral gericht op het bewaken van de rechtspositie van de cliënt. Dat is belangrijk omdat wordt ingegrepen op de persoonlijke levenssfeer van de cliënt. De cliëntvertrouwenspersoon bewaakt dat de zorgaanbieder daarbij zorgvuldig handelt, regels volgt en zich aan wettelijke termijnen houdt. Hij kan namens de cliënt klachten indienen en heeft ook een algemene, signalerende functie als de instelling de rechtspositie van cliënten schaadt. Het is een juridisch georiënteerde functie. In de Wlz is de functie van cliëntondersteuning geïntroduceerd. De cliëntondersteuner helpt de cliënt vooral om zijn weg in het systeem te vinden, om zijn zorgvraag te formuleren en te bereiken dat de zorg aansluit bij zijn leven.

Wie stelt het zorgplan op, dat wettelijk is verankerd voor zorg in natura met verblijf en bij het volledig pakket thuis? Wie is eindverantwoordelijke? Gaat er een vast format voor gelden?

Onderdeel van het leveren van zorg van goede kwaliteit is het werken met een zorgplan. Daarin staan de doelen van de zorg beschreven, de wijze waarop die doelen worden bereikt en wie er voor de uitvoering verantwoordelijk is. De zorgaanbieder is degene die moet zorgen voor een zorgplan. Dat laat onverlet dat cliënten en hun naasten zelf ook een persoonlijk plan kunnen opstellen, waarin zij hun wensen aangeven. Om de administratieve lasten zo laag mogelijk te houden, en zorgaanbieders de ruimte te geven te kiezen voor een vorm die past bij hun organisatie, is er geen format voor het zorgplan voorgeschreven.

Gegevensuitwisseling

Over de privacy en gegevensbescherming bestaan bij de leden van de fractie van de SP wederom grote zorg. Eerder is gewezen op het tekortschietend kader en de teleurstellende notitie van de Minister van Binnenlandse zaken «Zorgvuldig en bewust: gegevensverwerking en Privacy in een gedecentraliseerd sociaal domein» (d.d. 27 mei 2014)¹⁴. Het bewustzijn van gemeenten ten aanzien van de privacybescherming is onvoldoende. De zorgen gelden ook voor de bescherming van gegevens die in het kader van de Wlz moeten worden uitgewisseld. Met name de veiligheid van bijzondere gegevens de gezondheid betreffende en vallend onder het medisch beroepsgeheim staat onder druk. KNMG en LHV wijzen hierop.¹⁵ Het CIZ heeft voor het opvragen van medische gegevens altijd expliciete toestemming van de cliënt nodig. Dit is in de Wlz verankerd met amendement-Van Dijk en Bergkamp.¹⁶ Echter, de Wlz verplicht het CIZ (medische) persoonsgegevens uit te wisselen met uitvoerende organen zoals gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, CAK en SVB. Daarom leggen de leden van de SP-fractie hierover de volgende vragen voor:

Het CIZ mag uitsluitend met toestemming van de betrokkene medische gegevens bij de behandelaars opvragen. Is het de betrokkene daarbij voldoende duidelijk wat zijn/haar rechten daarbij zijn? De leden van deze fractie doelen daarbij op recht op inzage, correctie en afschrift.

Het klopt dat het CIZ toestemming van de verzekerde nodig heeft om de voor de indicatiestelling benodigde gegevens te ontvangen van de medisch beroepsbeoefenaren en de verzekerde. In het aanvraagformulier voor een indicatiebesluit wordt expliciet om toestemming van de cliënt

¹⁴ Kamerstukken II 2013/14, 32 761, nr. 62.

¹⁵ Reacties KNMG en LHV, ter inzage gelegd onder respectievelijk griffienummer 155006.11 en 155006.03.

¹⁶ Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 50

gevraagd om diens gegevens te verstrekken aan ketenpartners, bijvoorbeeld Wlz-uitvoerders. Het ClZ past uiteraard de vigerende wetgeving toe als het gaat om inzage van dossiers, verwijderen of aanvullen daarvan.

Is het de betrokkenen ook duidelijk wat er daarna met zijn (bijzondere) gegevens gebeurt? Het ClZ is verplicht gegevens uit te wisselen. Over welke gegevens gaat het dan? Ook de bijzondere, de gezondheid betreffende? Wordt voor deze uitwisseling apart toestemming gevraagd? Kan de betrokken cliënt overzien wie zijn gegevens allemaal in (kunnen/mogen?) zien?

Het ClZ moet in bepaalde gevallen gegevens over de verzekerde, waaronder die betreffende de gezondheid, delen met andere partijen, ook zonder toestemming van de verzekerde. Dit geldt echter alleen voor gegevens die noodzakelijk zijn voor bepaalde doelen die in de wet zijn bepaald en voor verstrekkingen aan instanties die in de wet zijn genoemd. De zorgverzekeraar van de verzekerde kan bijvoorbeeld gegevens betreffende de gezondheid van de verzekerde nodig hebben die noodzakelijk zijn voor de onderlinge afstemming van de Zvw-zorg en Wlz-zorg en het voorkomen van dubbele verstrekkingen. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om het indicatiebesluit of het gegeven dat de zorgverlening van de Wlz is gestart. Het ClZ zal verder aan de gemeente waarin de verzekerde woont een melding doen van het feit dat de verzekerde recht heeft op Wlz-zorg. In dit geval gaat het dus alleen om «dat-informatie», omdat de gemeenten hiermee voldoende weet voor de uitoefening van zijn taken in het kader van de Wmo 2015.

De leden van de SP-fractie vragen ook of de betrokken cliënt kan overzien wie zijn gegevens allemaal kunnen of mogen inzien. Het ClZ heeft op dit moment cliëntfolders waarin deze informatie is opgenomen. Bovendien kan via het klantcontactcentrum desgevraagd extra informatie worden verkregen. Voor de Wlz zal uiteraard al het bestaande informatiemateriaal (folders, website, ed.) worden geactualiseerd en daarin zal ook dit onderwerp worden betrokken.

Op welke wijze wordt gewaarborgd dat (medewerkers) van organisaties als gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en het CAK de (medische) persoonsgegevens niet gebruiken voor andere doeleinden dan die waarvoor ze door de persoon met het medisch beroepsgeheim zijn verstrekt?

Zoals hierboven aangegeven zijn de bepalingen over de gegevensverstrekking in de Wlz ten opzichte gespecificeerd met doelomschrijvingen en beperkt tot de genoemde instanties. Aan de technische kant van de gegevensuitwisseling worden waarborgen ingebouwd in het systeem van de elektronische gegevensuitwisseling. Net als nu in de AWBZ het geval is, zal het berichtenverkeer tussen de ketenpartijen vooral plaatsvinden met gebruik van standaarden die zijn ontwikkeld voor de «AWBZ-brede zorgregistratie» (AZR). Op www.istandaarden.nl is te zien om welke gegevensstromen en wat voor soort gegevens het gaat. Het Zorginstituut heeft de verantwoordelijkheid voor het tactisch beheer en het release-beheer van de AZR-systematiek. Het Zorginstituut spreekt samen met de betrokken ketenpartijen standaarden af voor de gegevensuitwisseling. Daarnaast heeft elk van de ketenpartijen zelf de verantwoordelijkheid om organisatorische en technische maatregelen te nemen om te waarborgen dat alleen die werknemers die dat uit hoofde van hun functie nodig hebben toegang hebben tot deze gegevens. Indien het wetsvoorstel Wlz wordt aangenomen en in werking treedt, zal dit berichtensysteem voor de uitvoering van de Wlz door de ketenpartijen worden voortgezet. Voor alle medewerkers van het ClZ geldt overigens dat zijn een geheimhoudings-

plicht hebben. Met artikel 9.1.7 van het wetsvoorstel wordt bovendien bepaald dat het eenieder is verboden om gegevens uit te wisselen om andere redenen dan die in de Wlz zijn genoemd. Gezien de beschreven waarborgen zie ik geen reden om aan te nemen dat gegevens uitgewisseld gaan worden tussen partijen waartoe geen noodzaak bestaat.

Welke redenen kan de regering aanvoeren om niet in de wet vast te leggen dat gegevens van patiënten alleen uitgewisseld kunnen worden tussen zorgverleners met een medisch beroepsgeheim?

Er zijn hiervoor twee hoofdzakelijke redenen. In de eerste plaats zou er een onwerkbare situatie ontstaan als alleen (de al betrokken) zorgverleners de medische gegevens aan elkaar zouden mogen verschaffen. De uitvoering van de Wlz vindt immers plaats door het CIZ, Wlz-uitvoerders, zorgaanbieders en het CAK. Zij moeten in het kader van hun wettelijke taken kunnen beschikken over informatie over de verzekerde, waaronder gegevens over zijn gezondheid. Bij deze instanties zijn niet alleen betrokken hulpverleners werkzaam. In de tweede plaats zou dit geen meerwaarde betekenen waar het gaat om de geheimhoudingsplicht betreffende medische gegevens. Op medewerkers van het CIZ, de Wlz-uitvoerders, de zorgaanbieders en het CAK rust immers ook een geheimhoudingsplicht op grond van hun ambt of beroep of op grond van artikel 2:5 van de Awb of op grond van artikel 9.1.2, vijfde lid, van de Wlz.

Kan de regering toelichten wat zij het belang vindt van een zogenaamde Chinese muur bij zorgverzekeraars tussen de verwerking van persoonsgegevens voor de uitvoering van de Zvw, de uitvoering van de Wlz en de uitvoering van de aanvullende ziektekostenverzekering? Op welke wijze vindt verantwoording plaats en op welke wijze wordt er op toegezien en vindt handhaving plaats?

De regering acht zogenaamde Chinese muren bij zorgverzekeraars tussen de verwerking van persoonsgegevens van belang, omdat zij van oordeel is dat verzekerden niet het risico mogen lopen dat een koppeling van gegevens, verkregen bij de uitvoering Zvw of de Wlz, een (negatieve) rol kan spelen bij uitvoering van die wetten. Met name moet voorkomen worden dat de kennis over in principe onverzekerbare risico's wordt gebruikt bij de aanvullende verzekeringen, waarvoor geen acceptatieplicht geldt.

De artikelen 68a, derde lid, van de Wmg, 87, vijfde lid, van de Zvw en het huidige artikel 53 van de AWBZ bevatten verboden om persoonsgegevens uit te wisselen ten behoeve van andere ziektekostenverzekeringen (chinese walls). Met het wetsvoorstel Wlz zal artikel 53 van de AWBZ op dit punt worden vervangen door artikel 9.1.2 van de Wlz. Die artikelen bieden allen de mogelijkheid om bij ministeriële regeling onder voorwaarden de doorbreking van die muren toe te staan. Zie onder andere artikel 7.11 van de Regeling zorgverzekeringen. De zorgverzekeraars hebben dit zelf uitgewerkt in de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars. Toezicht en handhaving ligt bij College Bescherming Persoonsgegevens.

Invoering

Per brief van 9 september 2014 aan de Tweede Kamer stelt Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de volgende zorgelijke punten aan de orde:

- *ZN wil dat de Wlz een jaar uitgesteld wordt, want de zorgverzekeraars redden het niet. Zorgkantoren kunnen het modulair pakket thuis niet onder de huidige condities per 1 januari 2015 operationeel hebben.*

- *Gezien de late besluitvorming kunnen zorgkantoren, indien de Staatssecretaris toch besluit tot invoering op 1 januari 2015, geen volwaardige uitvoeringsstructuur inrichten conform de wettelijke eisen die in de Wlz worden gesteld.*
- *ZN pleit er daarom voor dat VWS in 2015 het AWBZ-toezichtkader hanteert.*
- *De zorgkantoren worden geconfronteerd met een flink aantal extra opdrachten en taken vanuit VWS. Om de druk op de zorgkantoren in 2015 te verlichten pleit ZN ervoor om geen overhaaste stappen te nemen in de herinrichting van de regio-indeling van de zorgkantoren en extra ruimte te geven voor extra beheerskosten.*
- *Zorgverzekeraars snappen de wens tot het introduceren van het modulair pakket thuis (mpt), zoals staat vermeld in de recente tweede nota van wijziging. Het mpt vergroot de keuzemogelijkheid voor de cliënt en kan doelmatige zorg bevorderen. Echter, ZN concludeert dat zorgkantoren het mpt onder de huidige condities per 1 januari 2015 niet operationeel kunnen hebben. Zorgverzekeraars stellen vraagtekens bij de wijze waarop het mpt nu in de wettekst staat beschreven. Bovendien dreigt de regeling een administratieve tijger te worden.*
- *Om te (blijven) voldoen aan alle toezeggingen van de Staatssecretaris dat continuïteit van zorg gewaarborgd is en dat cliënten de zorg behouden die zij nu krijgen hebben ook zorgkantoren het comfort nodig dat de financiële middelen toereikend zijn en blijven.*

De leden van de SP-fractie vragen de regering om commentaar op alle genoemde punten.

Over deze punten is in mijn brief van 22 september jl. de Tweede Kamer als volgt geïnformeerd (Kamerstukken II, vergaderjaar 2014–2015, 33 891, nr. 158):

«Over deze brief is recent met ZN constructief overleg gevoerd. Op verzoek van uw Kamer informeer ik u over de uitkomsten van dit overleg waarin aanvullende afspraken zijn gemaakt over de uitvoering van de Wlz in 2015. Op basis hiervan hebben we gezamenlijk geconstateerd dat de Wlz in 2015 verantwoord is in te voeren.

Gezamenlijk is nogmaals vastgesteld dat 2015 moet worden gezien als een transitiejaar, waarin veel van alle betrokken partijen zal worden gevraagd. Het is dan ook belangrijk om de invoering samen nauwlettend te volgen. Hierover zijn al afspraken gemaakt. Over de aandachtspunten van ZN is het volgende afgesproken

• *Toezicht*

ZN stelt voor om de Wlz-uitvoerder en de zorgkantoren in 2015 nog onder het AWBZ-toezichtkader te laten vallen. Formeel is dit niet mogelijk wanneer de Wlz in werking treedt. Zorgverzekeraars hebben dan geen rol meer in de uitvoering, maar Wlz-uitvoerders. Zij kunnen hun taken uitbesteden aan een zorgkantoor, maar niet de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze taken. Daarnaast wijkt de Wlz op een aantal onderdelen af van de AWBZ. De Wlz-uitvoerders en de zorgkantoren zullen, zeker daar waar de Wlz de verzekerde meer rechten geeft dan de AWBZ, aan de nieuwe regels moeten voldoen. Tegelijkertijd zie ik dat de Wlz-uitvoerders hun systemen en inkoop nog niet direct volledig volgens de Wlz kunnen hebben ingericht per 1 januari 2015. Zij zullen dus ook in 2015 nog de tijd nodig hebben om systemen aan te passen. De NZa is bekend met deze problematiek en heeft mij laten weten hier rekening mee te willen houden.

- *Modulair pakket thuis (mpt)*

ZN geeft aan dat het vanaf 1 januari 2015 nog niet onmiddellijk mogelijk is het mpt volgens de nieuwe condities voor de volledige 100% operationeel te hebben, omdat dit andere werkprocessen en expertise bij zorgkantoren vereist. Ik begrijp dat het invoeren, bijvoorbeeld van de bewuste keuzegeprekken, tijd kost. Daarom heb ik met ZN afgesproken na te gaan hoe voor de uitvoering van het mpt in 2015 een ingroeitraject kan worden vormgegeven dat er toe moet leiden dat uiterlijk vanaf 1 januari 2016 de uitvoering van het mpt volledig operationeel is. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan het in eerste instantie beperken van het aantal bewuste keuzegeprekken tot degenen die aangeven daar behoefte aan te hebben. Zoals gemeld in de brief van 27 juni jl. geldt dat vanaf 1 januari 2015 een mpt wordt afgegeven volgens de huidige systematiek (in functies en klassen).

- *Regionale opschaling*

Om tegemoet te komen aan de hoge werkdruk van zorgkantoren, die ondermeer wordt veroorzaakt door de transitie van de AWBZ naar de Wlz, verzoekt ZN in 2015 nog geen overhaaste stappen te zetten naar een nieuwe regio-indeling. Ik deel deze opvatting. Zoals eerder afgesproken blijft in 2015 de regionale indeling hetzelfde. Wel zal in 2015 samen met zorgverzekeraar DSW een pilot worden uitgevoerd waarbij zij de werkzaamheden voor hun beide regio's samenvoegen. Vervolgstappen ten aanzien van een nieuwe regio-indeling zullen nadrukkelijk worden gekoppeld aan de vernieuwingsagenda langdurige zorg die ik uw Kamer heb toegezegd. Hierbij wordt ook betrokken dat de verschillende cliëntgroepen in de Wlz vragen om een andere schaalgrootte.

- *Financieel kader*

ZN maakt zich zorgen over het financiële Wlz-kader. Hierbij geldt, zoals eerder aangegeven, dat ook in 2015 samen met gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren zal worden bezien of de budgettaire kaders adequaat zijn en of eventuele herverdeling noodzakelijk is, omdat bijvoorbeeld er gedragseffecten kunnen optreden. Specifiek ten aanzien van de beheerskosten is afgesproken dat op basis van actuele inzichten over het takenpakket in 2015 een actuele raming voor de beheerskosten voor dat jaar zal worden gemaakt. 2015 is een overgangsjaar. In 2015 zal voorts een actuele raming van de structurele beheerskosten worden opgesteld in het licht van de nieuwe taken van de zorgkantoren/Wlz-uitvoerders.»

Overig

Onder zowel de Zvw, de Wmo 2015, de Wlz als de Jeugdwet bestaat de mogelijkheid te kiezen voor een pgb. Wat zijn de overeenkomsten en wat zijn de verschillen, met betrekking tot aanvraag, eigen bijdrage, uitkering, voorwaarden et cetera?

Uitgangspunt is dat de pgb's in de vier domeinen zoveel als mogelijk op elkaar aansluiten. Dat geldt in het bijzonder voor de Wmo 2015 en de Jeugdwet, omdat beide door de gemeenten worden uitgevoerd. Ook is een vergelijkbaar pgb van belang omdat sommige cliënten zowel een pgb kunnen krijgen vanuit de gemeente (Wmo 2015 of Jeugdwet) als de verzekeraar (Zvw-rgb). De verschillende wettelijke domeinen kennen echter ook enkele karakterologische en terminologische verschillen. Ook daarmee is rekening gehouden in de vormgeving van het instrument binnen de verschillende domeinen, zodat het instrument past binnen het grotere geheel van de wijze waarop de zorg onder de betreffende wet is georganiseerd. Met mijn brief van 25 maart 2014 over de verankering van

het pgb Zvw heb ik de Tweede Kamer een vergelijking van de diverse pgb's op diverse aspecten doen toekomen (Kamerstukken II, 2013–2014, 25 657, nr. 1). Als bijlage bij dit verslag is een geactualiseerd overzicht¹⁷ toegevoegd, waarin de aanpassingen als gevolg van de behandeling van de verschillende wetten zijn verwerkt.

Hoe groot is de groep van cliënten die vanaf 1 maart (ingang van het besluit Zvw) verzorging en verpleging krijgen vanuit de Zvw?

De aanspraak wijkverpleging (waarin de extramurale verpleging en verzorging opgaan) gaat per 1 januari 2015 van kracht. Er kunnen daarom geen cijfers worden gegeven die laten zien wat de toekomstige gebruikers zullen zijn. Er zijn wel cijfers beschikbaar over het huidige aantal cliënten met een extramurale AWBZ-indicatie. Over het aantal cliënten dat gebruik maakt van persoonlijke verzorging en verpleging publiceert het CBS cijfers op de website van de Monitor Langdurige zorg. Uit onderstaande tabel blijkt dat in op 1 april 2014 circa 280.000 unieke cliënten ouder dan 18 jaar een indicatie hebben voor extramurale persoonlijke verzorging in natura. Voor verpleging zijn dat er 95.000.

Van de cliënten met een indicatie voor persoonlijke verzorging zijn er bij benadering 266.000 die een aanspraak zouden kunnen krijgen op grond van de Zvw. Daarnaast zouden circa 90.000 cliënten verpleging kunnen krijgen via de Zvw. De aantallen kunnen niet zonder meer worden opgeteld: cliënten kunnen immers zowel persoonlijke verzorging als verpleging hebben.

	Totaal	18-	18+
Totaal persoonlijke verzorging	280.000	14.000	266.000
Totaal verpleging	95.000	5.000	90.000

Bron: Monitor Langdurige Zorg (bewerking VWS).

Hoe zit het met de indicaties die de wijkverpleging afgeeft? De wijkverpleging wordt ingekocht door de zorgverzekeraar. Is de wijkverpleging hiermee nog in staat onafhankelijk te indiceren? Is hier niet het risico van targets van de zorgverzekeraar aan verbonden?

Het is aan de verpleegkundige om de behoefte aan verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de cliënt te bepalen. Dat wil zeggen dat zij een verpleegkundige diagnose kan stellen, bepalen welke verpleegkundige/verzorgende handelingen verricht moeten worden en hoeveel de cliënt nog zelf kan. Voor de zorgverlening door de wijkverpleegkundige heeft de beroepsvereniging V&VN een onafhankelijk normenkader ontwikkeld. In het onderhandelingsresultaat verpleging en verzorging¹⁸ hebben de landelijke koepelorganisaties voor zorgverzekeraars en aanbieders het belang van een dergelijk onafhankelijk indicatie-instrument onderschreven. Het zelfstandig en onafhankelijk opereren van de wijkverpleegkundige wordt op deze wijze geborgd. De aansturing van de wijkverpleegkundige vindt plaats door de werkgever, die op zijn beurt wordt gecontracteerd door de zorgverzekeraar.

Welke garanties zijn er dat noch de gemeente, noch de zorgverzekeraar zich mogen onthouden van zorg, wanneer zowel de gemeenten als de zorgverzekeraar naar elkaar wijzen? Is het voor gemeenten én zorgverze-

¹⁷ Ter inzage gelegd op de afdeling Inhoudelijke ondersteuning onder griffie nr. 155006.21.

¹⁸ Kamerstuk 30 597, nr. 428, bijlage 310978.

keraars nu niet erg gemakkelijk om «onderzorg» te gaan leveren? Bij verslechtering valt iemand immers onder de Wlz en betaalt het Rijk?

Gemeenten en zorgverzekeraars zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de zorg en ondersteuning van cliënten, zodat mensen zolang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen. De regering is van mening dat de wens van de cliënt om thuis te blijven wonen met zorg en ondersteuning vanuit de Zvw en de Wmo 2015 zoveel en zolang mogelijk moet worden gerealiseerd door zorgverzekeraars en gemeenten. Ik onderschrijf het belang dat afwenteling tussen domeinen wordt voorkomen. De helderheid over de verantwoordelijkheidsverdeling ligt besloten in de verschillende voorstellen voor de wijziging van de wet- en regelgeving. De afbakening tussen dit wetsvoorstel, het wetsvoorstel Wmo 2015, het Besluit zorgverzekering en de Jeugdwet is scherp en biedt geen ruimte voor afwenteling tussen de verschillende stelsels (Kamerstukken II, 2013–2014, 29 538, nr. 152). Daarnaast moet om toegang te krijgen tot de Wlz aan specifieke zorginhoudelijke criteria worden voldaan en vindt onafhankelijke indicatiestelling door het CIZ plaats. Zorgverzekeraars en gemeenten kunnen dus geen cliënten afwentelen op de Wlz als deze cliënten niet voldoen aan de criteria. Indien een cliënt niet voldoet aan de criteria van de Wlz, dan zijn gemeenten en zorgverzekeraars verantwoordelijk voor het bieden van zorg en ondersteuning opdat de cliënt zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen.

Kan de regering uitleggen waarom gekozen is voor de organisatie van een derde financieringsstroom in de thuiszorg? Nu ligt huishoudelijke verzorging en begeleiding bij de gemeenten. Voor alle mensen die ook verpleging krijgen, wordt de persoonlijke verzorging via de zorgverzekeraar (95%) geregeld. Voor 5% van de mensen echter, die geen verpleging hebben, maar alleen persoonlijke verzorging in combinatie met de gemeente, mag de gemeenten het wél regelen. Waarom geldt daar het recht op zorg dan niet (meer)?

De positionering van de verpleging en verzorging in de Zvw en de persoonlijke verzorging in de Wmo 2015 is geregeld in het kader van de Wmo 2015 en de Zvw. De Wlz is hierop niet van invloed. Voor een nadere toelichting op de positionering van deze zorg verwijs ik uw Kamer naar de brief aan de Tweede Kamer van 6 november 2013 over de herziening van de langdurige zorg (Kamerstukken II, 2013–2014, 30 597, nr. 380).

Mobiliteitshulpmiddelen en woningaanpassingen vallen tot 2016 onder de gemeenten. Nadien behoren zij tot het onder de Wlz verzekerde pakket. Hoe vindt controle van afschuifgedrag door gemeenten plaats? Kan de regering de garantie geven dat door gemeenten gefinancierde mobiliteitsmiddelen, die in veel gevallen op maat zijn gemaakt voor de (gehandicapte) cliënt na 1 januari 2016 niet worden ingenomen door de gemeenten, maar soepel over kunnen gaan naar de Wlz-financiering, waarbij voorstelbaar is dat de Wlz-uitvoerder de gemeente compenseert voor de gemaakte kosten? Dezelfde vraag zien de leden van deze fractie graag beantwoord indien het een woningaanpassing betreft.

Aanvragen van mensen voor mobiliteitshulpmiddelen en woningaanpassingen met een Wlz indicatie worden in 2015 door de gemeente beoordeeld binnen het wettelijke kader van de Wmo 2015. Dit wettelijke kader is niet vrijblijvend. Gemeenten kunnen hun deuren niet sluiten voor mensen met een ondersteuningsbehoefte, ook niet wanneer het gaat om mensen met een Wlz-indicatie die in 2015 een beroep doen op gemeenten. Daarnaast zijn gemeenten gehouden aan de afhandeltermijnen die wettelijk zijn vastgelegd, waardoor gemeenten ondersteuning niet kunnen doorschuiven naar 2016. De Wmo 2015 waarborgt dat beslissingen van

colleges over de maatschappelijke ondersteuning van cliënten op inhoudelijke en niet op financiële gronden genomen blijven worden. Indien een gemeente niet voldoet aan haar wettelijke opdracht, kan het Rijk ingrijpen op basis van het generieke toezichtsinstrumentarium uit de Gemeentewet. De ondersteuning in de vorm van hulpmiddelen en woningaanpassingen voor mensen met een Wlz indicatie wordt in de huidige situatie ook reeds door gemeenten uitgevoerd. Het budget dat hiermee samenhangt blijft in 2015 ongewijzigd in het gemeentefonds.

In de Wlz is opgenomen dat bij ministeriële regeling wordt bepaald in welke gevallen en onder welke voorwaarden een verzekerde het gebruik van een hulpmiddel waarop hij krachtens de Wmo 2015 recht had, kan voortzetten op grond van de Wlz. De voorwaarden worden gedurende de totstandkoming afgestemd met betrokkenen en zullen medio 2015 beschikbaar zijn. Eerder is aan de Tweede Kamer gecommuniceerd dat de regeling in het najaar van 2014 beschikbaar zou zijn. Aangezien woningaanpassingen en hulpmiddelen in 2015 nog onderdeel van de Wmo uitmaken, is er nu voor gekozen meer tijd te nemen voor een zorgvuldige uitwerking van deze voorwaarden. Deze zullen daarom pas later worden opgenomen in de betreffende ministeriële regeling en zullen pas in werking treden per 2016, wanneer woningaanpassingen en hulpmiddelen onderdeel zijn van de Wlz.

Onder de Wmo 2015 geldt dat er voor rolstoelen geen eigen bijdrage gevraagd mag worden. Hoe zit dat als mobiliteitshulpmiddelen per 2016 onder de Wlz vallen?

Afhankelijk van de wijze waarop de overgang van mobiliteitshulpmiddelen van de Wmo naar de Wlz wordt vormgegeven, worden de financiële consequenties ten aanzien van bijvoorbeeld eigen betalingen bekeken. In overleg met VNG en ZN zal rekening worden gehouden met een zorgvuldige overgang in 2016.

Graag krijgen de leden van de SP-fractie een toelichting op de tot nu toe gevoerde route met betrekking tot de ADL-assistentie (van subsidieregeling naar tijdelijke aanspraak en vice versa). Wat is de reden om het Zorg Instituut Nederland te vragen zorg te dragen voor de uitvoering? Hoe groot is het budget en hoe vindt toedeling plaats? Blijft iedereen die nu in aanmerking komt voor ADL-assistentie verzekerd van deze zorg?

Tot 1 januari 2012 werd ADL-assistentie bekostigd via een subsidie aan de drie aanbieders van ADL-assistentie. De overgang naar AWBZ-bekostiging per 1 januari 2012 vloeide voort uit een kabinetsbeslissing van 2004. Het toenmalige kabinet heeft besloten het aantal subsidieregelingen in de zorg drastisch terug te brengen. In 2008 is in de Regeling Subsidies AWBZ vastgelegd dat de subsidieparagraaf ADL-assistentie per 1 januari 2012 zal vervallen. Gekozen is voor een zorgvuldige overgang naar AWBZ-bekostiging. In het nieuwe stelsel zal het ADL-concept mogelijk blijven. Hetgeen specifiek is aan de zorgverlening, namelijk de 24-uurs ADL-assistentie in en om de ADL-woning, wordt per 1 januari 2015 bekostigd via een subsidie onder de Wlz. Hiervoor is gekozen, omdat de doelgroep niet (in zijn geheel) past binnen Wlz, Wmo of Zvw. Een subsidieregeling verhoudt zich het beste met het specifieke karakter van deze zorg. De subsidieregeling binnen de Wlz is bedoeld als een permanente vervanging van de tijdelijke aanspraak op 24-uurs ADL-assistentie, zoals deze nu geldt in de AWBZ. De bepalingen in de subsidieregeling sluiten aan bij de bepalingen van de tijdelijke aanspraak. Het Zorginstituut zal de regeling uitvoeren. Alle cliënten die woonachtig zijn in een ADL-woning kunnen de ADL-assistentie blijven oproepen die zij gewend waren te vragen. Het

budget voor ADL-assistentie bedraagt voor 2015 circa € 85 miljoen. De toedeling vindt plaats op basis van de bepalingen in de subsidieregeling.

Zorgverleners worden op het moment massaal ontslagen. Duizenden medewerkers zijn al ontslagen in de thuiszorg en in de verzorgings-tehuizen. Dit zijn geschoolde medewerkers die niet kunnen worden vervangen door mantelzorgers en vrijwillige krachten. Hoe garandeert de regering de kwaliteit van de zorg nu zoveel professionele werknemers het veld hebben moeten ruimen voor vrijwilligers?

Voor objectieve informatie over de arbeidsmarkt in de langdurige zorg verwijs ik graag naar de meest recente Arbeidsmarkteffectrapportage (AER) (Kamerstukken II, 2014–2015, 29 282, nr. 206). In het kader van de AER wordt ook in kaart gebracht hoeveel mensen hun baan verliezen als gevolg van de transitie. Om de gevolgen daarvan zoveel mogelijk te beperken zijn een aantal trajecten in gang gezet: extra investeringen in het kader van de huishoudelijke hulp toelage, interventieteam hervorming langdurige zorg en aanvullende dienstverlening UWV (Kamerstukken II, 2014–2015, 29 282, nr. 205). Met de hervormingen in de langdurige zorg streven we naar een goede balans tussen informele ondersteuning en zorg, wat mensen voor elkaar doen, en formele zorg en ondersteuning. Wanneer formele zorg nodig is, moet die beschikbaar zijn. Het is nadrukkelijk niet zo dat mantelzorgers en vrijwilligers verplicht voor lijfsgebonden zorg worden ingezet. Deze blijft ook vanaf 2015 in handen van mensen die daarvoor zijn gekwalificeerd en deze kunnen uitvoeren volgens professionele standaarden (Kamerstukken II, 2013–2014, 30 169, nr. 28.). Daarbij staat de veiligheid en gezondheid van de cliënt voorop. Het is niet acceptabel als mensen handelingen moeten verrichten waarvoor ze niet bekwaam zijn. De veiligheid en gezondheid van cliënten kunnen dan in het gedrang komen. Als cliënten klachten hebben, kunnen zij deze in eerste instantie melden bij de betreffende zorgaanbieder. Het is uiteindelijk aan de Inspectie om toe te zien op de kwaliteit van zorg door instellingen. De inzet van zorgverleners maakt onderdeel uit van deze kwaliteit. De Inspectie toetst of er sprake is van verantwoorde zorg door gekwalificeerde zorgverleners.

Per 1 oktober 2014 start het Interventieteam hervorming langdurige zorg. Een van de taken is het beperken van onnodige ontslagen. Hoe definieert de regering onnodige ontslagen? Kan de regering garanties geven dat er geen onnodige ontslagen zullen plaatsvinden? Hoe draagt het interventieteam hieraan bij?

In mijn brief van 25 juli jl. over de arbeidsmarkt in de zorg onderscheid ik de volgende groepen (Kamerstukken II, 2013–2014, 29 282, nr. 199):

1. Ontslagaanvragen die voortvloeien uit onzekerheid bij instellingen en hoger zijn dan strikt noodzakelijk.
2. Ontslagen als gevolg van het verlies van een aanbestedingstraject.
3. Ontslagen als gevolg van het verdwijnen of verplaatsen van zorgactiviteiten (beperking huishoudelijke hulp, verplaatsing van intramurale zorg naar extramurale zorg).
4. Tijdelijke contractanten waarvan het dienstverband niet voortgezet wordt.

De eerste groep moet zoveel mogelijk voorkomen worden. Het Interventieteam levert daarbij een belangrijke bijdrage door in actie te komen als het proces rond de inkoop van zorg en ondersteuning in de regio stopt. Daarnaast kan het interventieteam bij onenigheid tussen partijen een bemiddelende en adviserende rol spelen om de sociale gevolgen voor medewerkers te minimaliseren. Voor wat betreft de tweede groep is in de Wmo 2015 opgenomen dat continuïteit van zorg gewaarborgd moet

worden. Het Interventieteam Hervorming Langdurige Zorg zal dan ook nadrukkelijk aandacht hebben voor het verloop van de gesprekken over de overname van personeel in geval van wisseling van zorgaanbieder. Voor alle groepen moet daarnaast alles in het werk gesteld worden om de gevolgen voor de betreffende werknemers terug te dringen. Relevante maatregelen daartoe zijn met name de sectorplannen, de aanvullende dienstverlening van het UWV en de extra middelen in het kader van de huishoudelijke hulp toelage (Zie ook: Kamerstukken II, 2014–2015, 29 282, nr. 205).

2.6 D66-fractie

Toegang tot zorg

De leden van de fractie van D66 merken op dat kort voor en ook na de stemming over dit wetsvoorstel in de Tweede Kamer mede naar aanleiding van berichten in de media met de Tweede Kamer nog een schriftelijke uitwisseling is geweest over nog een aantal knelpunten. Nadien hebben ook andere belanghebbenden zich gewend tot de vaste Kamercommissie van VWS in de Eerste Kamer met hun zorgen en vragen over de wetstoepassing. Dit leidt tot de eerste vraag: zijn de veranderingen ten opzichte van elke specifieke zorgvragende groep in hun specifieke omstandigheden goed geborgd? Door de fragmentarische behandeling van het wetsvoorstel en ook door de aangenomen amendementen is het lastig het totale terrein goed te overzien. De leden van de D66-fractie hebben daarom behoefte aan een schematisch overzicht waarin alle specifieke zorgvragende doelgroepen worden genoemd met vermelding van het loket waar zij met hun vraag terecht kunnen, welke dekking er is, hetzij onder de Wet langdurige zorg (Wlz), hetzij onder de Zorgverzekeringswet (Zvw), en hoe hun positie bij weigering van de gevraagde zorg is geregeld. Kan de regering een dergelijk overzicht geven?

Het terrein van de hervorming van de langdurige zorg is inderdaad breed. Ik heb zeker begrip voor de behoefte van deze leden aan overzicht. De wijzigingen die in het wetsvoorstel zijn aangebracht als gevolg van de amendementen zijn talrijk. Ik kom hierbij graag tegemoet aan de vraag van deze leden naar de «toedeling» van specifiek zorgvragende doelgroepen, maar plaats daarbij zeer nadrukkelijk een kanttekening. Het stelsel is niet ingedeeld naar doelgroep of aard van de beperking. De essentie van de hervorming is nu juist dat de aard van de zorg en/of ondersteuning persoonlijk is in de zin dat deze afhankelijk is van én de complexiteit van iemands zorgbehoefte (van zeer laag tot zeer hoog) én de weerbaarheid van iemand. Het is in die zin opgebouwd dat eerst een beroep wordt gedaan op wat mensen en hun sociale omgeving zelf kunnen. Is er geen sociaal netwerk of is de zorg te zwaar dan kan een beroep worden gedaan op de gemeenten en/of de zorgverzekeraar. Zij bieden in het kader van de Wmo 2015, Jeugdwet en de Zvw zorg en ondersteuning waarbij zij zo goed mogelijk rekening moeten houden met de specifieke zorg- en ondersteuningsvraag en zo veel mogelijk maatwerk moeten bieden. Wordt de zorgbehoefte zo zwaar, dat sprake is van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, dan borgt de Wlz, ongeacht de aard van de beperking, het recht op zorg. In onderstaand schema is, voor zover mogelijk, per specifiek zorgvragende doelgroep het van toepassing zijnde wettelijke kader weergegeven.

Specifieke groep/vormen van zorg	Domein(en)
Kortdurend verblijf (respijtzorg)	Jeugdwet en Wmo 2015. Voor mensen die een Wlz-indicatie hebben en thuis blijven wonen, is in de Wlz de aanspraak logeeropvang opgenomen.
Intensieve kindzorg	Zvw
Palliatief terminale zorg	Zvw Wlz voor mensen met een Wlz-indicatie.
ADL-assistentie	Subsidieregeling op grond van de Wlz.
Eerstelijnsverblijf	Subsidieregeling op grond van de Wlz (tijdelijk) daarna Zvw.
Behandeling extramuraal	Voor verstandelijk gehandicapten 18-: Jeugdwet. Somatiek, lg, en vg 18+: subsidieregeling op grond van de Wlz (tijdelijk) daarna Zvw. Voor zintuiglijk gehandicapten: Zvw.
Zintuiglijk gehandicapten	Behandeling: Zvw Begeleiding: Wmo 2015 of Jeugdwet. Doventolkzorg: Wmo 2015.
Verstandelijke beperking en gedragsproblematiek	Wlz mits voldaan wordt aan toegangscriteria, anders: Begeleiding vg in Jeugdwet en Wmo 2015. Behandeling vg 18- in Jeugdwet. Behandeling vg 18+ in subsidieregeling op grond van de Wlz (tijdelijk) daarna Zvw.
Autisme	Jeugdwet, Wmo 2015, Zvw
Licht Verstandelijke Beperking en gedragsproblematiek	18-: Jeugdwet 18+: Wlz
Niet aangeboren hersenletsel	Wmo 2015, evt. in combinatie met Zvw wanneer er sprake is van behandeling. Wlz voor mensen met een Wlz-indicatie.
Psychiatrische aandoening met behandeling	18-: Jeugdwet 18+: Zvw en na drie jaar behandeling met verblijf overgang naar Wlz.
Psychiatrische aandoening zonder behandeling	18-: Jeugdwet 18+: Wmo 2015 (beschermd wonen)
Multiprobleemgezinnen met intensieve thuisbegeleiding	Wmo 2015
Maatschappelijke opvang, vrouwenopvang, zwervjongeren	Wmo 2015
Inloop GGZ	Wmo 2015
Wlz-indiceerbaren (groep van 14.000 cliënten)	Wlz

Voor wat betreft de vraag hoe de positie van cliënten is geregeld bij weigering van de gevraagde zorg, merk ik het volgende op. Voor zover een beslissing wordt genomen door een bestuursorgaan zoals het CIZ of de gemeente, gelden de beginselen en waarborgen van de Algemene wet bestuursrecht. Een beslissing kan derhalve in bezwaar en beroep worden aangevochten. Oordeelt het CIZ dat iemand niet voldoet aan de voorwaarden voor Wlz-zorg, dan kan iemand zich per ommegaande melden bij de gemeente met een beroep op de Wmo 2015. Het domein van de Zorgverzekeringswet heeft een civielrechtelijk karakter. Is een verzekerde het niet eens met een beslissing van de zorgverzekeraar, dan kan deze zich wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverze-

keringen (SKGZ). Dit is een onafhankelijke en onpartijdige organisatie die tot doel heeft problemen op te lossen tussen een verzekerde en diens zorgverzekeraar. Dat kan door bemiddeling van de Ombudsman Zorgverzekeringen of door een bindende uitspraak van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

Zo is bijvoorbeeld de afgelopen maand veel gesproken over de «vergeten groep» van 10.000 gehandicapte kinderen en volwassenen die thuis of in een gezinsvervangend tehuis wonen en voortdurend toezicht nodig hebben. De leden van de D66-fractie hebben met instemming kennis genomen van het feit dat de zorg voor deze mensen alsnog onder de Wlz komt te vallen en hoopt dat de grote onzekerheid hieromtrent bij deze groep ouders en cliënten is weggenomen. Tegelijkertijd bestaat de zorg bij deze leden dat er specifieke doelgroepen naar voren zullen blijven komen die tussen wal en schip dreigen te vallen door implementatie van het voorliggend wetsvoorstel. Heeft de regering voldoende overzicht van alle (vergeten) doelgroepen en van de effecten van het beleid op die groepen? Kan de regering toezeggen dat er een (of meerdere) breed toegankelijk en voldoende kenbaar meldpunt ingericht wordt voor groepen die hier vragen over hebben en aan de alarmbel willen trekken?

De Wlz is onderdeel van de brede hervorming van de langdurige zorg. In het voorjaar heb ik met alle betrokken partijen werkafspraken gemaakt om de hervorming te begeleiden. Het hoofddoel van de werkafspraken is voorkomen dat mensen tussen wal en schip geraken. Er zijn diverse waarborgen vormgegeven om zo nodig snel te kunnen handelen. Al sinds het voorjaar van dit jaar komt elke twee weken een overleggroep (de «HLZ cockpit») bij elkaar waar signalen worden gedeeld. Daarnaast monitoren de cliëntenorganisaties de effecten van de hervorming op de cliënten; zij hebben daartoe o.a. meldpunten ingesteld. Deze en andere monitorinformatie komt in de cockpit aan de orde.

Daarenboven start medio oktober van dit jaar een tweetal oplossingsgerichte tafels waar specifiek aandacht is voor Wlz-implementatievragen. Ik zal één «werktafel Wlz» inrichten die zich richt op invoeringsvragen die leven bij zorgkantoren, zorgaanbieders en professionals. Met de cliënten ga ik op gelijke wijze in gesprek. Hierbij gaat de aandacht vooral naar de effecten voor cliënten. Ik zal hiervoor niet alleen vertegenwoordigers van budgethouders en cliëntenorganisaties uitnodigen maar bijvoorbeeld ook huisartsen, zorgaanbieders en de V&VN. Apart zal ik een gesprekstafel organiseren over trekkingsrechten. Zo houd ik «10 vingers aan de pols» inzake de implementatie, waarbij ik uiteraard breder dan alleen de Wlz zal kijken.

De leden van de D66-fractie hebben ook kennisgenomen van de zorgwekkende positie van mensen met een multiple-complexe en zware zorgvraag (mcz). Deze groep volwassenen en kinderen met een stapeling van met elkaar interfererende ernstige (verstandelijke) beperkingen zal onder de Wlz vallen, maar desalniettemin bestaan er veel zorgen over hun positie onder de nieuwe wet. Zo ontvangt deze groep in de huidige AWBZ zorg door middel van een zorgindicatie op maat, waardoor de zorg toegesneden op de persoon ingevuld kan worden. In de Wlz wordt dit echter vervangen door een zorgprofiel dat gebaseerd is op de «meest voorliggende beperking» en geen rekening houdt met andere beperkingen. De leden van de D66-fractie menen met de Tweede Kamer dat, wanneer iemand niet in één van de drie zorgprofielen uit de Wlz past, alleen een maatwerkprofiel de oplossing zou kunnen bieden. Zij vernemen van de regering graag hoe zij uitvoering zal geven aan motie-Bergkamp¹⁹ waarin de regering wordt verzocht om mogelijkheden te onderzoeken voor de

¹⁹ Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 102

vormgeving van een maatwerkprofiel voor de indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Een ander punt van zorg voor deze groep is het persoonsgebonden budget (pgb) in de Wlz. In theorie is het pgb een volwaardige leveringsvorm van zorg naast de overige leveringsvormen. Desondanks hebben deze leden berichten ontvangen dat nog onvoldoende gewaarborgd zou zijn dat dat daadwerkelijk het geval is, voornamelijk vanwege het feit dat de pgb-tarieven in veel gevallen niet kostendekkend zullen zijn. Als voorbeeld wordt genoemd het pgb-tarief voor dagbesteding met intensieve verzorging en begeleiding voor mcz. Kan de regering toelichten hoe het pgb in de dagelijkse praktijk een gelijkwaardige leveringsvorm van zorg voor mcz gaat zijn? Tevens horen deze leden graag hoe in de uitvoering van de Wlz de zorgbehoevende mensen en niet de systemen centraal komen te staan, zodat de uitvoeringsregels van de Wlz beter aansluiten op de zorg voor deze cliënten met een multiple-complexe en zware zorgvraag en deze groep niet over het hoofd wordt gezien.

De leden van de D66-fractie geven aan dat, wanneer iemand niet in één van de drie zorgprofielen uit de Wlz past, alleen een maatwerkprofiel de oplossing zou kunnen bieden. Ik wil het misverstand wegnemen dat in 2015 sprake is van drie zorgprofielen. Voor 2015 zal het aantal zorgprofielen nagenoeg hetzelfde zijn als de huidige zorgzwaartepakketten. Het is het streven om daarna het aantal zorgprofielen te beperken. De ontwikkeling van de zorgprofielen dient gelijk op te gaan met de nadere uitwerking van de nieuwe bekostigingssystematiek. Het Zorginstituut zal de vormgeving van de zorgprofielen nader uitwerken, in samenwerking met het CIZ, VWS, de NZa, branche- en cliëntenorganisaties. In de nieuwe zorgprofielen zal de kennis en ervaring die in de afgelopen jaren over de langdurige zorg, zoals het verloop van bepaalde ziekten, is opgedaan, zo veel mogelijk worden meegenomen. Hierbij zal ook betrokken worden hoe het beste kan worden omgegaan met interfererende ernstige (verstandelijke) beperkingen.

De leden van de D66-fractie vragen een toelichting op de uitvoering van de aangenomen motie- Bergkamp (33 891 nr. 102) over onderzoek om vanaf 2016 een maatwerkprofiel voor de indicatiestelling bij het CIZ vorm te geven. Ik verwijs naar de uitvoerige algemene toelichting in het antwoord op de vragen van de SP-fractie over deze motie en de samenhang met het aangenomen amendement-Dik-Faber (33 891 nr. 150) waarin het mogelijk wordt gemaakt dat CIZ direct in het indicatiebesluit aangeeft dat het zorgkantoor de meerzorgprocedure start (zie pagina 39).

Net als in de AWBZ wordt onder de Wlz bij het bepalen van de hoogte van het pgb geen rekening gehouden met de kosten van verblijf. In die zin verandert er niets. Het pgb is onder de Wlz gelijk aan de zorgcomponent van het naturatarief dat voor een bepaald zorgprofiel/ZZP staat. De kapitaallasten, verblijfscomponent en component voor eten en drinken zijn daartoe uit het natura-tarief gehaald. Ook worden dezelfde maximale tarieven gehanteerd die budgethouders met hulpverleners kunnen afspreken. Wel komt het voor en zal het voorkomen, dat de aanbieder van dagbesteding de cliënt een tarief berekend waar ook bepaalde kosten van verblijf in zijn meegenomen terwijl daar geen rekening mee is gehouden in het vaststellen van de hoogte van pgb. Een budgethouder heeft de ruimte om te onderhandelen over tarieven, zeker met niet-professionele hulpverleners, en kan het dus (elders) compenseren. Of de budgethouder kan de dagbesteding, buiten het pgb, in natura laten verzorgen. Dat laatste komt mede hierom veelvuldig voor en is door de introductie van het mpt ook weer mogelijk gemaakt.

De samenleving is veranderd, maar de manier van organiseren van de langdurige zorg sloot daar niet meer bij aan. De samenleving heeft nu andere wensen als het gaat om de langdurige zorg; zo willen mensen zo lang mogelijk thuis, in de vertrouwde omgeving, blijven wonen. Hierdoor worden ook andere eisen gesteld aan de kwaliteit van de zorg. De Wlz biedt een nieuw kader voor de zorgverlening aan de meest kwetsbare cliënten. In de Wlz ligt de nadruk op zorg als onderdeel van het leven en welzijn van de cliënt en de cliënt en zijn naasten daarop zeggenschap te geven. Door het verzekerd pakket en de zorginhoudelijke toegangscriteria vast te leggen op wetsniveau krijgen cliënten meer rechtszekerheid. In de wet is er een volwaardige keuze tussen zorg met verblijf of zorg thuis. Dit wordt bereikt door het pgb, vpt en mpt als volwaardige leveringsvormen in de wet vast te leggen. Daarnaast is het wettelijk vastleggen van het recht op bespreking van het zorgplan een belangrijk instrument om te zorgen dat de (kwetsbare) cliënt centraal staat en niet het systeem.

In de Tweede Kamer is een aantal amendementen aangenomen die de positie van de cliënt en de zorgverlening ten goede komen. Zo wordt het recht op onafhankelijke cliëntondersteuning in de wet geborgd, dient de cliënt actief op de mogelijkheid van cliëntondersteuning te worden gewezen en is vastgelegd dat het verzekerde recht op zorg inhoudt dat de zorg op maat van de verzekerde is aangepast. Ook de amendementen die gaan over meerzorg, meerkosten, het leidend zijn van de wens van de cliënt bij mpt en vpt dragen bij aan het centraal stellen van de cliënt en niet het systeem.

In de Wlz gaat het om kwetsbare mensen met een zware zorgvraag, soms zelfs zeer complex vanwege een combinatie van beperkingen. Met de Wlz zoals die nu voorligt zijn er vele waarborgen dat voor deze mensen aandacht is en zij zelf voldoende mogelijkheden hebben hierop zelf regie te voeren. Niettemin heeft dit onderwerp bij de implementatie mijn volle aandacht. Zo ga ik in gesprek met zorgkantoren, zorgaanbieders en professionals over invoeringsvragen en ga ik ook in gesprek met de cliënten over hun signalen.

Naast de mensen in «vergeten groepen» zijn er ook cliënten die – ongewild – op de grens laveren tussen de verschillende zorgwetten. Zijn de scheidslijnen tussen de Wmo, de Wlz, de Zvw en de Jeugdwet wel écht voldoende afgebakend, zodat die afbakening ook in de praktijk werkbaar en helder is? Meer specifiek wijst de VSCA (Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning) in een brief²⁰ op de situatie dat een deel van hun cliënten zorg ontvangt vanuit de Wlz en een ander deel uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de zorgverzekeringsaanspraak «verpleging en verzorging». Op grond van de Wmo is de gemeente verplicht om een passend maatwerkpakket op te stellen, maar kan dit ook aanbieden aan mensen die in potentie Wlz-indiceerbaar zijn wegens een zware zorgvraag. Kan een zorgverzekeraar in de situatie dat de verzorging buitenshuis zo omvattend is een cliënt doorverwijzen naar de Wlz, waardoor in feite dus een kans op «afwenteling» naar de Wlz bestaat? Ook de Raad van State heeft dit punt in haar advies aangestipt. De genoemde zorgaanspraak «verpleging en verzorging» is dan van groot belang voor het bepalen van de van toepassing zijnde wet, te weten de Wmo of de Wlz. Hoe beoordeelt de regering dergelijke gevallen in het licht van haar systeemverantwoordelijkheid? De leden van de fractie van D66 ontvangen ook op dit punt graag een reactie.

De Jeugdwet, de Wmo 2015, de Zvw en de Wlz kennen elk een eigen sturingsmechanisme, uitvoeringsmethodiek en informatiestroom en zijn

²⁰ Ter inzage gelegd onder griffienummer 155006.06

vooral aanvullend op elkaar. Het is van groot belang dat burgers en cliënten weten waar zij met hun vraag naar zorg en ondersteuning terecht kunnen. Tevens is van belang dat afwenteling tussen domeinen wordt voorkomen en cliënten niet tussen wal en schip geraken. Om dit te bereiken voorzien genoemde stelselwetten in heldere aanspraken, een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling en onderling afbakening. Gemeenten en zorgverzekeraars krijgen belangrijke, nieuwe verantwoordelijkheden toebedeeld. Gemeenten worden verantwoordelijk voor het treffen van voorzieningen op het gebied van maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp. Zorgverzekeraars krijgen nieuwe verantwoordelijkheden voor het verlenen lijfsgebonden zorg, gericht op genezing, behandeling en verpleging. Het bieden van maatschappelijke ondersteuning en genoemde vormen van zorg zijn voldoende onderscheidend. Dit neemt niet weg dat deze zorg en ondersteuning in veel gevallen samen gaan, op elkaar moeten zijn afgestemd en in samenhang moeten worden verleend. Gemeenten en zorgverzekeraars maken hiertoe praktische samenwerkingsafspraken. De afbakening tussen genoemde domeinen en de Wlz is helder nu de toegang tot de Wlz plaatsvindt op basis van geobjectiveerde, zorginhoudelijke criteria. Of er in een individueel geval aan de toelatingscriteria wordt voldaan, wordt bepaald door een onafhankelijke indicatiesteller, het CIZ.

De Wlz is in veel gevallen feitelijk voorliggend op de Wmo 2015 en Zvw wanneer een cliënt voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz. Kort gezegd heeft de cliënt aanspraak op Wlz-zorg voor zover hij daar naar aard, inhoud en omvang redelijkerwijs op is aangewezen. Er gelden de volgende cumulatieve eisen:

de zorgbehoefte vloeit voort uit een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap;

1. de verzekerde behoeft permanent toezicht of voortdurende zorg in de nabijheid;
2. de zorgbehoefte is blijvend, en
3. het CIZ heeft in een op aanvraag van de verzekerde genomen indicatiebesluit vastgesteld dat aan de eerste 3 eisen is voldaan.

Cliënten die niet in aanmerking komen voor Wlz-zorg kunnen een beroep doen op de overige domeinen.

Het is mogelijk dat de situatie zich voordoet dat de zorgverzekeraar van mening is dat de cliënt in aanmerking kan komen voor de Wlz vanwege zijn of haar intensieve zorgvraag. Uiteindelijk bepaalt niet de zorgverzekeraar, maar het CIZ of iemand voldoet aan de criteria van de Wlz. Bepalend daarbij is de behoefte aan permanent toezicht of zorg die voortdurend in de nabijheid geleverd dient te worden. Voor de zorgverzekeraar bestaat geen grond om de zorgverlening te beëindigen, voordat het CIZ het recht op zorg op grond van de Wlz heeft vastgesteld. De Wlz-uitvoerder moet tevens een redelijke termijn worden geboden om in de zorg waarop deze cliënt is aangewezen te voorzien.

Ook de rol en positie van het zorgkantoor is een onderwerp van zorg. Ten eerste lezen deze leden in de Handelingen van de Tweede Kamer dat de zorgplicht in beginsel bij de zorgkantoren ligt, maar dat de Wlz-uitvoerders (de zorgverzekeraars) makkelijker rechtstreeks aanspreekbaar zijn in geval van discussies over de wijze waarop de zorgplicht wordt uitgeoefend. Ondanks de toelichting hierop door de Staatssecretaris tijdens de plenaire behandeling in de Tweede Kamer bestaat er bij deze leden nog enige onduidelijkheid over deze constructie en over de zorgplicht. Kan de regering deze toezichtconstructie van de Wlz-uitvoerder ten opzichte van het zorgkantoor verhelderen, daarbij de zorgplicht in ogenschouw nemend? Een tweede punt betreft de rol van de

zorgkantoren bij de indicatiestelling voor zogenaamde «meerzorg». Bij de meerzorgregeling gaat het zorgkantoor de zorgvraag beoordelen. Waarom kiest de regering, ondanks herhaalde verzoeken uit vele kampen, er niet voor om de indicatiestelling hiervoor bij het onafhankelijke ClZ onder te brengen, waardoor de indicatiestelling tevens op een meer integrale wijze plaats zal vinden? In de Tweede Kamer is terecht opgemerkt dat vraagtekens kunnen worden gesteld bij de onafhankelijkheid van de zorgkantoren, die in theorie indicatiestellingen zouden kunnen beoordelen met in hun achterhoofd het eigen budget. Zou de regering nogmaals in kunnen gaan op dit vraagstuk? Tenslotte gaan de zorgkantoren op basis van de Wlz beoordelen of een modulair of volledig pakket thuis wordt toegekend en kunnen de zorgkantoren dat weigeren als de zorg niet verantwoord of doelmatig thuis kan worden geleverd. Op vragen of de zorgkantoren de expertise wel in huis hebben om te beoordelen wat verantwoord of doelmatig is heeft de Staatssecretaris geantwoord dat zorgkantoren inderdaad vaak terug zullen moeten vallen op de expertises van de zorgaanbieders. Verwacht de regering dat de zorgkantoren zich voldoende bewust zijn van (mogelijk) gebrek aan expertise op deze gebieden en verwacht zij dat ze tijdig aankloppen bij de zorgaanbieders voor assistentie, zodat deze besluiten wel overwogen tot stand komen en de cliënten gewaarborgd zijn van de juiste en passende zorg?

De Wlz-uitvoerder heeft op basis van deze wet een zorgplicht en is verantwoordelijk voor de uitvoering daarvan voor de bij hem ingeschreven verzekerden (tenzij het gaat om werkzaamheden die op basis van de wet aan andere rechtspersonen zijn opgedragen). Per regio wijst de Minister een Wlz-uitvoerder aan als zorgkantoor. De Wlz-uitvoerder kan zijn taken, de zorgplicht, uitbesteden aan een aldus aangewezen zorgkantoor. Indien die taak door Wlz-uitvoerders aan een zorgkantoor is uitbesteed, oefent dat zorgkantoor zijn taak op het gebied van de zorgplicht uit binnen de wettelijk kaders en binnen de door de Wlz-uitvoerder gestelde voorwaarden. Het zorgkantoor dat deze taken uitvoert in een bepaalde regio, is over deze taakuitoefening verantwoordelijk verschuldigd aan alle Wlz-uitvoerders die verzekerden hebben in die regio. De Wlz-uitvoerder is uiteindelijk verantwoordelijk en aanspreekbaar over de wijze waarop zorgkantoren inhoud geven aan de aan hen uitbesteede taak.

Zoals gezegd heeft de Wlz-uitvoerder een zorgplicht en is daarvoor verantwoordelijk tenzij de Wlz de werkzaamheden aan andere rechtspersonen heeft opgedragen. Met de werkzaamheden die aan andere rechtspersonen zijn opgedragen wordt bedoeld op de werkzaamheden die rechtstreeks aan zorgkantoren zijn opgedragen. De zorgkantoren hebben als eigen taak het verstrekken pgb's en het zorgen voor de administratie daaromheen. Voor de uitoefening van deze taak zijn de verschillende zorgkantoren direct verantwoordelijk verschuldigd aan de NZa. De NZa spreekt zorgkantoren rechtstreeks aan indien zij onderdelen van deze taak niet naar behoren uitvoeren.

Over meerzorg zijn door meerdere fracties vragen gesteld. De vragen zijn in onderlinge samenhang beantwoord op pagina 39.

In mijn brief van 22 september jl. aan de Tweede Kamer (Kamerstukken II, 2014–2015, 33 891, nr. 158) heb ik aangegeven dat ik in overleg met ZN na zal gaan hoe in 2015 een ingroei-traject kan worden vormgegeven dat er toe moet leiden dat uiterlijk 1 januari 2016 de uitvoering van het mpt volledig operationeel is. In 2015 zal het mpt (inclusief de combinatie met het pgb) nog worden vormgegeven volgens de huidige systematiek (in functies en klassen). In de huidige praktijk is het vooral de zorgaanbieder die aangeeft of zorgverlening verantwoord is. Dat zal in 2015 (maar ook in

de jaren daarna) niet anders zijn. Formeel komt de beslissingsbevoegdheid daarover bij de zorgkantoren te liggen, die zich mede baseren op het oordeel van de zorgaanbieder. Ik verwacht dat het niet nodig is dat de zorgkantoren voor assistentie aan de bel trekken bij de zorgaanbieders. Zorgaanbieders hebben de plicht om aan het zorgkantoor te melden indien de zorg thuis niet langer verantwoord is. Samen met cliënt, zorgaanbieder en zorgkantoor moet dan worden gezocht naar een passende oplossing.

Ook willen de leden van de fractie van D66 graag een toelichting op de zorgvernieuwing. Particuliere initiatieven en innoverende woonvoorzieningen zijn voor de ontwikkeling van nieuwe initiatieven van grote waarde. Deze kunnen leiden tot meer maatwerk. In de nota naar aanleiding van het verslag geeft de regering aan dat cliënten door middel van het pgb zelf zorg kunnen inkopen bij een innovatieve woonvoorziening die aansluit bij de specifieke behoefte.²¹ De organisatie leder(in) heeft echter aan de alarmbel getrokken²² en aangegeven dat mensen met een pgb straks alleen gebruik mogen maken van een logeeropvang als die wordt aangeboden door een AWBZ-instelling. Dit zal tot gevolg hebben dat deze groep geen gebruik meer kan maken van particuliere initiatieven, zoals vele zorgboerderijen. Hoe rijmt de regering deze tegengestelde berichten met elkaar? Graag krijgen de leden van deze fractie hierop een reactie.

Met het pgb kan zorg overal en altijd ingekocht worden waardoor er ruimte is voor innovatieve wijzen van zorgverlening. De door leder(in) genoemde logeeropvang bevat een verblijfscomponent. Immers de budgethouder verblijft op een andere locatie waardoor de betreffende hulpverlener of aanbieder naast kosten voor zorg ook kosten voor verblijf maakt. Om aan de bezwaren van leder(in) en Per Saldo tegemoet te komen wil ik in het Blz opnemen dat de verblijfscomponent (het feitelijke logeren) alleen betaald mag worden met het pgb als het logeren plaatsvindt bij een toegelaten instelling. Organisaties zoals zorgboerderijen die een logeeropvang organiseren kunnen ook een toelating aanvragen in het kader van de Wet Toelating Zorginstellingen. Dit is een relatief eenvoudige aangelegenheid voor de betrokken instellingen. Het is niet nodig dat de instelling of het zorginitiatief daarna een contract afsluit met het zorgkantoor om de logeeropvang te betalen uit het pgb. Als een budgethouder ervoor kiest om te logeren bij een niet toegelaten instelling dan zijn de verblijfskosten voor eigen rekening, de zorg kan wel uit het pgb betaald worden.

Met de nieuwe eis dat logeren alleen mag bij een toegelaten instelling wil ik bereiken dat de ruimte blijft bestaan om bij logeren gebruik te maken van innovatieve woonvoorzieningen en er duidelijkheid ontstaat over het kwalitatief aanwenden van zorggeld voor respijtzorg. Dit laatste vanwege de discussies die in het verleden zijn ontstaan over bijvoorbeeld reizen naar het buitenland of een weekend weg waarbij ook de verblijfskosten werden gefinancierd uit het pgb.

Tevens horen de leden van de D66-fractie graag waarom de leveringsvorm modulair pakket thuis (mpt) gemaximeerd is. De Staatssecretaris heeft in de Tweede Kamer gezegd dat hij het van belang acht dat iedereen een leveringsvorm van zorg kan kiezen op grond van wens en noodzaak, en niet op grond van het feit dat het ene stukje wat meer budgetrecht heeft dan het andere. Maar waarom, zo vragen deze leden, heeft de regering dan toch het mpt gemaximeerd? Is deze leveringsvorm

²¹ Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 9, p. 243.

²² Ter inzage gelegd onder griffienummer 155006.04.

zo wel bruikbaar in de praktijk? Graag ontvangen deze leden een verheldering op dit punt. En hoe beoordeelt de regering het bericht van de zorgverzekeraars dat zij het mpt naar alle waarschijnlijkheid niet operationeel krijgen per 2015?

De prijs van het mpt is, evenals die van alle andere leveringsvormen, gemaximeerd. De bekostiging van de zorgcomponent van het mpt en het pgb is afgeleid van de kosten van de zorgcomponent zoals die bij een bepaald zorgprofiel/zzp gelden. Daarmee worden mpt, vpt en zzp in de bekostiging van de zorgcomponent gelijk behandeld. Aanvullend hierop kan zowel bij zzp, vpt als mpt sprake zijn van meerzorg indien het zorgprofiel niet passend is. In bepaalde omstandigheden wordt een uitzondering gemaakt op het uitgangspunt dat zorg thuis niet duurder mag zijn dan zorg in een instelling. Daarmee wordt voorkomen dat kinderen, jongvolwassenen en mensen in andere specifieke situaties verplicht in een intramurale instelling moeten gaan verblijven omdat hun zorg thuis duurder is dan verblijf in een instelling. In 2015 zal het mpt (inclusief de combinatie met het pgb) nog worden vormgegeven volgens de huidige systematiek (in functies en klassen). In de huidige praktijk zijn er ongeveer 40.000 mensen die een zzp-indicatie hebben, maar de zorg geleverd krijgen in de vorm van functies en klassen. Daarmee is voor mij aangetoond dat deze leveringsvorm (ook nu al) bruikbaar is. Cliënten die ondanks hun zzp-indicatie thuis blijven wonen en zorg ontvangen in functies en klassen nemen gemiddeld genomen minder zorg af dan ze in een instelling zouden ontvangen. Dit komt doordat ze – vaak mogelijk gemaakt door ondersteuning van mantelzorgers, partners en anderen – zelf kunnen voorzien in een deel van de behoefte aan zorg en ondersteuning. Doordat de bekostiging van de zorg in het mpt wordt gelijkgesteld met de omvang van de zorg in een instelling verwacht ik dat deze leveringsvorm zeker bruikbaar is in de praktijk. Gezamenlijk met alle betrokken partijen heb ik vastgesteld dat 2015 moet worden gezien als een transitiejaar, waarin veel van betrokken partijen zal worden gevraagd. Het is dan ook van belang om de invoering samen nauwlettend te volgen en daarover heb ik ook afspraken gemaakt. In mijn brief van 22 september jl. aan de Tweede Kamer (Kamerstukken II, 2014–2015, 33 891, nr. 158) heb ik aangegeven dat ik in overleg met ZN na zal gaan hoe in 2015 een ingroeitraject kan worden vormgegeven dat er toe moet leiden dat uiterlijk 1 januari 2016 de uitvoering van het mpt volledig operationeel is. Zoals gemeld zal in 2015 het mpt de zelfde vorm krijgen als in de huidige systematiek (in functies en klassen).

Regeldruk en administratieve lasten

De volgende vraag borduurt in feite verder op de vernieuwing en verbetering van de (langdurige) zorg. Minder bureaucratie en minder regeldichtheid zal de uitvoering van de wetgeving betreffende de langdurige zorg naar de mening van deze leden alleen maar ten goede komen. Momenteel staat in het voorliggend wetsvoorstel dat het zorgplan twee keer per jaar dient te worden geëvalueerd. Ieder(in) geeft aan dat dat een onnodige bureaucratische werking kan hebben, vanwege het feit dat vaak kan worden volstaan met één evaluatie per jaar. Wanneer de wet bepaalt dat minimaal éénmaal per jaar (en zo nodig vaker) dient te worden geëvalueerd kan dat enige regeldruk verminderen. Hoe kijkt de regering tegen dit voorstel aan? Graag ontvangen de leden van D66-fractie een toelichting hierop. Ook op het gebied van de zogenaamde regeldichtheid is nog terrein te winnen, zo menen deze leden. De aanvraagprocedure van het pgb en de voorbereiding van het modulair pakket thuis (mpt) betekenen in de praktijk enorme hoofdbrekkende en ingewikkelde administratieve procedures. De leden van de D66-fractie verwachten dat dit alleen maar ten koste van goede en toegankelijke zorg

kan gaan. Kan de regering ingaan op de maatregelen die hij wil nemen om de regeldichtheid van het wetsvoorstel te verminderen?

In dit verband wijs ik erop dat in de langdurige zorg inmiddels niet zozeer het opstellen van een zorgplan een aandachtspunt is, maar met name het cyclisch werken met het zorgplan. Ervan uitgaande dat het zorgplan de doelen van de zorg beschrijft, en ook hoe die doelen bereikt gaan worden, is het naar mijn mening geen blijk van overdreven bureaucratie om twee maal per jaar met de betrokken disciplines te praten over de vraag of de gestelde doelen dichterbij zijn gekomen en over de vraag of de zorgverlening nog aansluit bij het leven en de wensen van een cliënt. Dat gebeurt ook in andere onderdelen van publieke dienstverlening en is juist bij deze doelgroep opportuun. Dat draagt enorm bij aan het op gang brengen van een methodische en systematische werkwijze en verhoogt op die manier de kwaliteit van zorg. Het gaat hier immers om kwetsbare mensen met een complexe zorgvraag. Wanneer er in de situatie van een cliënt helemaal niets is veranderd, is dat ook goed om vast te stellen. De evaluatie hoeft dan niet onnodig ingewikkeld te worden gemaakt. Met betrekking tot het inzichtelijk maken van de regeldrukeffecten wijst de regering op het onderzoeksrapport dat in april 2014 naar de Tweede Kamer is verzonden (Kamerstukken II 2013–2014, 30 597, nr. 431) en waarbij gekeken is welke effecten voor de regeldruk de hervorming van de langdurige zorg met zich meebrengt. De conclusies hierbij is dat de regeldruk vermindert. Ook wijst de regering ook nog op een onderzoek naar het reduceren van de administratieve lasten in het proces van de inkoop van langdurige zorg, waarover de Tweede Kamer in januari 2014 een rapport met een begeleidende brief heeft ontvangen (Kamerstukken II 2013–2014, 29 515, nr. 351). Daarmee is uitvoering gegeven aan de door de Tweede Kamer aanvaarde motie-Van Dijk c.s. (Kamerstukken II, 2012–2013, 29 515, nr. 356). De verbetervoorstellen uit het rapport zijn ingebracht in de besprekingen ter voorbereiding van de inkoop van intramurale langdurige zorg voor het jaar 2015. Tot slot is recentelijk afgesproken met de heer Rinnooy Kan, in zijn rol als voorzitter van de «Agenda voor de zorg», dat de regering als onderdeel van de hervormingsagenda samen met de leden van de «Agenda voor de zorg» tot een concrete aanpak zal komen om de regeldruk te verminderen. De Tweede Kamer zal daar nader over worden geïnformeerd.

Voor cliënten die kiezen voor een mpt of pgb, geldt dat zij hebben aangeven (een deel van) de regie over hun eigen zorg te willen voeren. Bij het voeren van deze eigen regie horen iets meer administratieve lasten dan bij intramurale zorg, waarbij de zorgverlener vrijwel alles overneemt van de cliënt. Het kabinet vindt het waarborgen van goede en doelmatige zorg van groot belang; het gaat immers binnen de Wlz om een kwetsbare doelgroep. Ook is enige mate van controle en verantwoording noodzakelijk vanwege voorkomen en opsporen van misbruik en fraude. Uit de aanpak van pgb-fraude mag geconcludeerd worden dat de controle en verantwoording beperkt en/of onvoldoende waren vormgegeven. Dat houdt echter niet in dat de controle en verantwoording door moeten slaan.

De regering zal zich te allen tijde inspannen om samen met de zorgkantoren/wlz-uitvoerders continue te blijven zoeken naar een goede balans tussen enerzijds administratieve lasten en anderzijds de beoordeling of zorg in de thuissituatie op een verantwoorde manier plaats vindt of kan vinden alsmede dat geen sprake is of zal zijn van misbruik of fraude. Dat geldt voor het mpt, dat verder vorm wordt gegeven het komend jaar en dit jaar werkt via de huidige systematiek met functies en klassen. Dat geldt ook voor het pgb, dat bovendien komend jaar in de vorm van trekkingsrecht beschikbaar komt. Trekkingsrecht betekent dat het geld niet meer op eigen rekening komt en hulpverleners worden

uitbetaald door de Sociale Verzekeringsbank (SVB) in opdracht van de budgethouder. Voordat de SVB uitbetaalt is elke overeenkomst tussen budgethouder en hulpverlener goedgekeurd door zorgkantoor en SVB. De controles verschuiven daarmee naar de voorkant. Dat betekent aan de voorkant meer werk, maar dat betaalt zich uit in minder verantwoording tussentijds en achteraf. De Tweede Kamer heeft mij bovendien verzocht Actal een onderzoek te laten uitvoeren naar de administratieve last in het pgb. Aan dit verzoek kom ik tegemoet.

Gegevensuitwisseling

Deze leden hebben ook een vraag over de privacy van de cliënt en het beroepsgeheim van de arts. In de Tweede Kamer is al meermalen gesproken over het te gemakkelijk opvragen van hele medische dossiers en de verplichting in de wet om gegevens uit te wisselen tussen zorgaanbieders, de Wlz-uitvoerder, het CIZ en het CAK (Centraal Administratie Kantoor). Ook de Raad van State heeft zich kritisch uitgelaten over het onderwerp en de leden van de D66-fractie hebben met instemming gelezen dat veel van de opmerkingen van de Raad omtrent de verwerking van persoonsgegevens zijn overgenomen door de regering. Toch bestaan er nog zorgen bij deze leden met betrekking tot deze kwestie. Ook de KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) en de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) hebben recentelijk wederom in een brief aangegeven dat de privacy van de patiënt en het beroepsgeheim van de arts onder druk staat. Hoewel zij aangeven dat de rechten en plichten van patiënt en arts door het amendement-Van Dijk/Bergkamp aan de «voor deur» nu goed zijn gewaarborgd, doordat gegevens alleen verstrekt mogen worden met toestemming van de cliënt en de persoonlijke levenssfeer van een ander niet wordt geschaad, is datzelfde niet het geval bij de «achter deur». Het CIZ kan gegevens, die vallen onder het medisch beroepsgeheim, zonder toestemming van de patiënt delen met andere instanties waar ook mensen werkzaam zijn zonder medisch beroepsgeheim. De leden van de fractie van D66 delen deze zorgen. Graag vernemen zij welke instanties cliëntgegevens in handen kunnen krijgen van het CIZ. Is de regering voornemens te voorzien in aanvullende waarborgen ten aanzien van de bescherming van het medisch beroepsgeheim en in het verlengde daarvan de privacy en gezondheid van de patiënt?

De artikelen 9.1.2 en 9.1.3 geven aan het CIZ gedetailleerde grondslagen voor gegevensverstrekking aan andere instanties. Het kan hierbij ook gaan om gegevens betreffende de gezondheid. Bij deze gegevensuitwisselingen is sprake van doelbinding: alleen indien het noodzakelijk is voor de in de Wlz genoemde doelen mogen de genoemde partijen gegevens uitwisselen. Artikel 9.1.2 van het wetsvoorstel regelt de gegevensuitwisseling van de ketenpartijen in de Wlz. Deze partijen zijn betrokken bij de primaire processen van de Wlz. Het is het CIZ hierdoor toegestaan om het indicatiebesluit aan de Wlz-uitvoerder van de verzekerde te sturen. De Wlz-uitvoerder kan zijn zorgplicht jegens de verzekerde alleen waarmaken indien hij over deze gegevens beschikt. Indien de verzekerde daartoe toestemming verleent, kan het CIZ het indicatiebesluit bovendien ook aan een zorgaanbieder zenden. Hierdoor kan de zorgplanbespreking en aansluitend de zorgverlening spoedig na de indicatiestelling starten. Omdat deze gegevensuitwisseling tussen het CIZ en de aanbieder echter niet noodzakelijk is in het licht van de doelen die beschreven zijn in de Wlz, wordt hier dus vereist dat de verzekerde toestemming verleent. Artikel 9.1.3. van het wetsvoorstel regelt de gegevensuitwisseling tussen de ketenpartijen en enkele partijen buiten de Wlz-keten. Het gaat hierbij echter alleen om mogelijke verstrekkingen aan in dat artikel genoemde instanties: de zorgverzekeraar (als uitvoerder van de Zvw), het ZorGIN-

stituut en de Sociale verzekeringsbank of de gemeente. Deze gegevensuitwisselingen zijn alleen mogelijk voor zover dat noodzakelijk is om een beperkt aantal doelen te bereiken, eveneens genoemd in artikel 9.1.3. Het ClIZ zal overigens aan de gemeente alleen laten weten dat de verzekerde een indicatiebesluit heeft gekregen dat hem recht geeft op Wlz-zorg. Deze informatie heeft de gemeente nodig om binnen haar bevoegdheden van de Wmo 2015 de voorzieningen af te stemmen op de Wlz-zorg of bepaalde voorzieningen te kunnen weigeren. Indien de gemeente ook andere gegevens over de gezondheid van de verzekerde wil hebben, zal de verzekerde daartoe toestemming moeten verlenen. Het wetsvoorstel voorziet aldus, in lijn met onder andere het advies van het College Bescherming Persoonsgegevens, in een specifieke regeling voor gegevensuitwisseling, waarbij duidelijk wordt bepaald welke instanties met elkaar gegevens mogen wisselen en met welk doel. Doordat daarbij een noodzakelijkheidvereiste geldt en op de medewerkers van deze instanties geheimhoudingsplichten rusten, ben ik van mening dat er geen reden is om in verdere waarborgen te voorzien.

Seniorenhuisvesting

Deze leden hebben tevens vragen ten aanzien van de huisvesting voor senioren. De (langdurige) zorgsector is en wordt ingrijpend herzien. Ook op het gebied van de combinatie wonen en zorg doen zich grote veranderingen voor. In een rapport van de Kamer van Koophandel is aangetoond dat, zoals bekend en verwacht, de vraag naar passende woningen toeneemt door de vergrijzing.²³ Het rapport noemt onderzoek dat heeft geconcludeerd dat er op landelijk niveau een tekort bestaat in passende huisvesting voor senioren en dat dit tekort de komende decennia snel toeneemt, waarbij als uitgangspunt is genomen dat er voldoende substitutiemogelijkheden zijn voor lichte intramurale en zwaardere intramurale zorgplaatsen enerzijds en woningen voor Verzorgd wonen anderzijds. Hoewel de vraag naar huisvesting in de categorie intramuraal licht weg valt, stijgt de vraag snel in de categorie intramuraal zwaar, zo stelt het onderzoek. Door de vergrijzing en het scheiden van wonen en zorg stijgt de vraag naar Verzorgd Wonen en Geschikt Wonen in rap tempo. De toenemende vraag naar passende huisvesting voor senioren vraagt om investeringen in de komende decennia. Ook komt de verantwoordelijkheid voor voldoende zorg en ondersteuning meer lokaal te liggen door de decentralisaties. Graag ontvangen de leden van de D66-fractie een toelichting op de gevolgen van de Wlz voor het gebied van seniorenhuisvesting. Kan de regering de fractie informeren op welke manier zij de zorg, ondersteuning en huisvesting voor ouderen op een goede en zorgvuldige wijze gaat organiseren? Welke rol ziet de regering weggelegd voor innovaties en samenwerking op het gebied van wonen en zorg voor ouderen?

In de brief «Transitieagenda langer zelfstandig wonen» (Kamerstukken II, 2013–2014, 32 847, nr. 121) ben ik samen met de Minister voor Wonen en Rijksdienst uitvoerig ingegaan op de huisvesting voor mensen met beperkingen. Vanaf 1980 zien we al dat er minder ouderen in een verzorgings- of verpleeghuis wonen. Met de extramuralisering van zzp 1–3 is bij deze trend aangesloten. De Wlz heeft geen directe gevolgen voor de seniorenhuisvesting; de toegang tot de Wlz sluit aan bij de grens van zzp 3. Door de vergrijzing en de extramuralisering neemt het aantal mensen dat met een beperking thuis wil blijven wonen toe. De hervorming van de langdurige zorg is erop gericht om mensen hierbij te ondersteunen en daarom wordt de zorg dichter bij de mensen georganiseerd. Door wijkverpleging bij de Zvw onder te brengen wordt de eerste lijn versterkt

²³ Kamer van Koophandel, Seniorenhuisvesting vormt brandstof voor economie.

en komt bijvoorbeeld een betere verbinding tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen tot stand. Hierdoor kunnen mensen met chronische ziekten en beperkingen beter worden gevolgd. Met de decentralisatie van begeleiding en dagbesteding wordt het ook beter mogelijk om mensen maatwerk aan te bieden om te zorgen voor welzijn en het voorkomen van eenzaamheid.

Voor een deel is het ook een ontwikkeltraject. Zorgaanbieders zullen nieuwe arrangementen tot stand willen brengen; hierbij kan bijvoorbeeld de gemeente een belangrijke rol spelen bij het voorkomen van eenzaamheid en het geven van dagbesteding. Om de samenwerking op het regionale niveau te ondersteunen en te stimuleren worden er regionale overleggen georganiseerd. Met deze regionale overleggen kunnen partijen bijvoorbeeld met elkaar in gesprek gaan over toekomstige vraag en aanbod ten aanzien van wonen en zorg. Een belangrijke rol bij de innovaties is ook weggelegd voor private partijen; mensen hebben nog een beperkt zicht op de mogelijkheden van domotica en allerlei producten die een verblijf thuis met beperkingen eenvoudiger kunnen maken. Het gaat er hierbij ook om dat mensen zich er tijdig van bewust zijn dat ze later in het leven kunnen worden geconfronteerd met beperkingen, zodat op het moment dat zij verbouwen hier al rekening mee houden.

Toekomstig beleid en financiële aspecten

Dan lezen de leden van de fractie van D66 dat de regering, na de voltooiing van de transitie van AWBZ naar Wlz mogelijkheden gaat onderzoeken voor het op termijn, «in de tweede fase», risicodragend overhevelen van de ouderenzorg naar de Zvw en het onderbrengen van gehandicaptenzorg in «een ander domein». Als de Wlz zich van volksverzekering naar voorzieningenstelsel zou ontwikkelen zou dat principiële vragen doen rijzen. De leden van de D66-fractie horen graag wat de visie van de regering op deze ontwikkeling is. Kan zij tevens toelichten wanneer naar haar mening de zogenaamde eerste fase is afgerond? Deelt de regering de mening van deze leden dat de invoering van deze wet pas het begin zou zijn, en dat er nog veel tijd over heen zal gaan voordat de gehele machine goed functioneert en alle zorgbehoevenden passende en goede zorg ontvangen? Wat is de kijk van de regering op deze genoemde eerste en tweede termijn? Ziet de regering de Wlz als een tussenwet? Graag ontvangen deze leden een verduidelijking op dit gebied.

De regering wil benadrukken dat zij de Wlz niet ziet als een tussenwet, maar als een zelfstandige wet waarmee de noodzakelijke en wenselijke herziening van de langdurige zorg tot stand komt.

De wet beoogt de langdurige zorg voor de cliënt beter te maken, de mogelijkheden om langer thuis te blijven te vergroten en de beheersbaarheid uit de AWBZ te behouden en op punten te verbeteren. De meerwaarde van de Wlz ten opzichte van de AWBZ bestaat uit vijf pijlers: een wettelijk recht op intensieve zorg; een wettelijke verankering van het pgb en het vpt; een duidelijker verantwoordelijkheidsverdeling tussen het Rijk, de Wlz-uitvoerders en de zorgkantoren; meer ruimte voor de professionals in de zorg door het duidelijke onderscheid tussen de indicatie en het zorgplan; en tot slot, ruimte voor innovatie en experimenten doordat er een experimenteerartikel in de wet is opgenomen.

De regering vindt dat er ook na de stap die met de invoering van de Wlz wordt gezet, moet worden gekeken naar mogelijkheden om de doelmatigheid verder te verbeteren. Andere uitvoeringsmodellen voor de gehandicaptenzorg en ouderenzorg behoren daarbij tot de mogelijkheden. De regering merkt op dat er op dit moment nog geen sprake is van een specifiek toekomstbeeld. Als de transitie van AWBZ naar Wlz voltooid is, komt er ruimte om de mogelijke verbeteringen die in de tweede fase

kunnen plaatsvinden te onderzoeken. De regering heeft geen tijdspad bepaald voor fase twee. Leidend zijn de voorwaarden waaraan voldaan moet worden om over te kunnen gaan naar een andere uitvoeringsstructuur. Besluitvorming over fase twee is pas aan de orde als aan die voorwaarden wordt voldaan.

Op dit moment ligt de prioriteit bij het zo goed mogelijk implementeren van alle transities. Het streven van de regering is dat bij implementatie van de Wlz cliënten direct passende en goede zorg ontvangen. De regering let daarbij op signalen uit het veld en zal ingrijpen om problemen op te lossen of hindernissen weg te nemen waar dat kan en nodig is. Het is het doel van de regering – om in de taal van D66 te spreken – dat de «machine» geen jaren nodig heeft om goed te functioneren. Hoewel 2015 nog in het teken zal staan van de implementatie van alle hervormingen, zijn alle voorbereidingen van de regering en veldpartijen erop gericht dat zorgbehoevenden ook in 2015 passende en goede zorg zullen ontvangen en dat hier geen tijd voor overheer hoeft te gaan.

De leden van de D66-fractie vragen de regering ook om een nadere uiteenzetting op het gebied van de bekostiging. Is voor de overheveling van de medisch georiënteerde persoonlijke verzorging voldoende budget beschikbaar voor de zorgverzekeraars? Wat is het te verwachten gevolg voor de premieheffing, zowel wat betreft de premie voor de zorgverzekeringspolis en de inkomens gerelateerde zorgbijdrage als de werknemersbijdrage voor de AWBZ wanneer deze verandert in Wlz? Daarnaast heeft de Staatssecretaris in de Tweede Kamer gezegd dat hij over de bekostiging in de toekomst een open debat wil voeren en alternatieven voor het huidige aanbodgerichte bekostigingssysteem wil onderzoeken. Deze leden vernemen graag hoe de regering, met de door haar beoogde inwerking-treding van 1 januari 2015 in het achterhoofd, dit onderzoek en open debat over de bekostiging – een fundamenteel onderdeel van de Wlz – wil vormgeven en op welke termijn dat gaat gebeuren.

Het kabinet gaat er vooralsnog van uit dat de geraamde kosten van de zorg die naar de Zvw wordt overgeheveld correct zijn. Indien zorgverzekeraars een andere inschatting maken van de uitgaven aan de overgeheveldde zorg dan het Ministerie van VWS, dan kunnen zij dit opvangen uit hun financiële buffers, uit uitgavenmeevallers elders of via de nominale premie die zij vragen. Het veranderen van de AWBZ in de Wlz heeft op zichzelf geen gevolgen voor de premieheffing. De premies veranderen weliswaar door de overheveling van zorguitgaven van de AWBZ naar de Zvw en gemeenten, maar deze overhevelingen vinden niet hun beslag in de Wlz. Deze overhevelingen zijn vastgelegd in de reeds behandelde en aangenomen Wmo 2015, in de Jeugdwet en in het besluit zorgpakket Zvw 2015. De premiegevolgen van de overhevelingen worden toegelicht in het Financieel Beeld Zorg in de begroting van het Ministerie van VWS voor 2015 (Kamerstukken II, 2014–2015, 34 000 XVI, nr. 2, paragraaf 4.3, bladzijde 182–191).

In reactie op de motie-Van Dijk c.s. (Kamerstukken II, 2014–2015, 33 891, nr. 106) heb ik aangegeven een plan van aanpak voor zorgvernieuwing op te stellen. Over een aantal van de in deze motie genoemde onderwerpen heb ik reeds brieven aan de Tweede Kamer gestuurd (bijvoorbeeld de innovatiebrief, de arbeidsmarktbrief en de kwaliteitsbrief). De zaken die in deze motie zijn genoemd als onderdeel van de zorgvernieuwingsagenda zal ik in samenhang bezien. Dat betekent ook dat ik met betrokken partijen (vertegenwoordigingen van cliënten, professionals, zorgverzekeraars en aanbieders) op korte termijn een verkenning zal starten naar de uitgangspunten en doelstellingen van zorgvernieuwing. Alternatieven voor de huidige wijze van bekostiging, die overigens niet sec is gebaseerd op de

Wlz, zullen daarin worden meegenomen. Op basis van deze verkenning verwacht ik de gevraagde zorgvernieuwingagenda voor de zomer van 2015 naar de Tweede Kamer toe te kunnen sturen. Ondertussen zal ik voortgaan met het uitvoeren van de voornemens uit de eerder gestuurde brieven.

2.7 GroenLinks-fractie

Invoering

Wat zou volgens de regering een wenselijke invoeringstermijn zijn die de veldpartijen en betrokken zorggebruikers in staat zouden stellen zich adequaat voor te bereiden op de nieuwe situatie? Indien dat langer is dan de enkele maand die nu waarschijnlijk nog resteert, waarom is die invoeringstermijn hier dan niet gerespecteerd, bijvoorbeeld door dit wetsvoorstel eerder aan te bieden of de invoeringsdatum naar achteren te schuiven, zo willen de leden van de fractie van GroenLinks graag weten. Geeft de gefaseerde invoering van de transformatie-aspecten, zoals verwoord in de brief aan de Tweede Kamer van 27 juni²⁴ niet aan dat het niet realistisch is per 1 januari 2015 het stelsel Wlz werkelijk om te vormen? Hoe kijkt de regering terug op haar brief aan de Tweede Kamer van 24 maart 2014 waarin zij schrijft: «Ook voor de Wlz en de AMvB Wlz – die grotendeels volgen uit de Wmo 2015 en het gewijzigd Besluit Zorgverzekeringen – is het hoogst wenselijk dat deze voor het zomerreces van dit jaar gepubliceerd zijn in het Staatsblad»?²⁵ Hoe staan de verzekeraars, die zich eerder uitspraken voor uitstel, momenteel tegenover de voorgestelde invoeringstermijnen? Kan het veld deze aanpassing er ook nog bij hebben nu alle zeilen moeten worden bijgezet om de andere decentra-lisaties goed te accommoderen?

De regering acht de geplande invoeringsdatum van 1 januari 2015 haalbaar en verantwoord, omdat vanaf begin 2014 met alle bij de uitvoering betrokken partijen (NZa, Zorginstituut Nederland, ZN, CAK, CIZ, ActiZ, VGN, GGZ-Nederland en BTN) de voorbereidingen zijn gestart en op verzoek van partijen tijdig de condities voor de uitvoering zijn verduidelijkt. Gezamenlijk is ook geconstateerd dat een verantwoorde invoering van de Wlz op 1 januari 2015 alleen mogelijk is bij een geleidelijke omslag in de uitvoeringspraktijk. Gelet op deze keuze biedt een eventueel uitstel van de Wlz geen voordelen, maar biedt invoering in 2015 wel mogelijkheden om de gewenste verbeteringen al in te zetten. Het meest wenselijke scenario is, zoals aangegeven in de brief aan de Tweede Kamer van 24 maart jl., in een vroegtijdig stadium duidelijkheid over het wettelijk regime in 2015. Toen duidelijk werd dat de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel Wlz pas na het zomerreces kan worden afgerond, zijn in overleg met de uitvoering van betrokken partijen de condities voor 2015 verhelderd. Ik verwijs hiervoor naar de brief aan de Tweede Kamer van 27 juni jl. (Kamerstukken II, 2013–2014, 33 891, nr. 13). Door deze verheldering konden partijen hun voorbereidingen voor 2015, zoals de zorginkoop, voortzetten. In een brief van 9 september jl. heeft ZN gewezen op een aantal zaken die een zorgvuldige invoering van de Wlz in 2015 in de weg zouden kunnen staan. Over deze brief is met ZN constructief overleg gevoerd. Dit overleg heeft ertoe geleid dat gezamenlijk aanvullende afspraken zijn gemaakt over de uitvoering van de Wlz in 2015. Op basis hiervan is gezamenlijk geconstateerd dat de Wlz in 2015 verantwoord is in te voeren. Voor de uitkomsten van dit overleg verwijs ik naar mijn brief aan de Tweede Kamer van 22 september jl. (Kamerstukken II, vergaderjaar 2014–2015, 33 891, nr. 158).

²⁴ Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 13

²⁵ Kamerstukken II 2013/14 33 891, nr. 5, p. 2

De regering hanteert als terugvaloptie bij eventueel niet tijdig aannemen van de Wlz een voorlopige regeling om te voorkomen dat per 1 januari 2015 overlappingsen of kloven ontstaan. Behelst deze terugvaloptie enkel formele aanpassingen om genoemde overlappingsen of kloven te voorkomen, of grijpt zij ook reeds vooruit op materiële wijzigingen die in de Wlz voorzien zijn?

In de brief van 27 juni 2014 (Kamerstukken II, 2014–2014, 33 891, nr. 13) is ingegaan op de gefaseerde invoering van de Wlz vanaf 1 januari 2015. Daarbij is aangegeven dat in 2015 geen wezenlijke veranderingen in bekostiging van zorg (zfp-bekostiging), de regionale zorgkantoorindeling (32 zorgkantoorregio's), de AZR-registratie en de zorginkoop zouden plaatsvinden. In de brief is ook ingegaan op wat intussen de terugvaloptie is gaan heten voor het geval de Wlz onverhoopt niet op 1 januari 2015 in werking zou kunnen treden. In die terugvaloptie zouden natuurlijk de AWBZ-amvb's (het Besluit zorgaanspraken, het Zorgindicatiebesluit en het Bijdragebesluit zorg) alsnog in zuiver technische zin worden aangepast in verband met de reeds geaccordeerde overhevelingen naar de Zvw en de decentralisaties naar gemeenten, wat de leden van de fractie van GroenLinks aanduiden als formele aanpassingen om overlappingsen of kloven te voorkomen. Daarnaast zouden echter de AWBZ-amvb's, uiteraard met inachtneming van de wettelijke (delegatie)bepalingen van de AWBZ, ook worden aangepast om de versmalde AWBZ en het wetsvoorstel Wlz, op voor de uitvoering essentiële onderdelen, te stroomlijnen, d.w.z. inhoudelijk zó aan te passen dat de Wlz-situatie zoveel mogelijk zou worden benaderd: aangepaste zorgaanspraken (inclusief schrap zfp 3), regeling van leveringsvormen volledig en modulair pakket thuis, omzetten van aanspraak op ADL en extramurale behandeling (behalve voor zintuiglijk gehandicapten) naar subsidie, wijziging van indicatiestelling (zorgprofielen, geen indicatiemeldingen meer, indicatie voor onbepaalde tijd) en aanpassing van eigen bijdragen in verband met het modulair pakket.

Toegang tot zorg

De noodkreet die in de laatste weken geklonken heeft inzake de zorg voor 10.000 mensen met een zeer zware beperking die extramurale zorg ontvangen, heeft er toe geleid dat zij nu alsnog onder de Wlz zullen vallen. Hoe beoordeelt de regering het gegeven dat zij op 9 september jl.²⁶ aan de Tweede Kamer schreef dat zij onder de Wmo zouden vallen, dat amendement-Keijzer²⁷ ter zake op 24 september²⁸ door de regering werd ontraden en successievelijk door de Tweede Kamer verworpen, en dat de regering op 9 oktober²⁹ een brief schreef dat deze groep toch onder het overgangsrecht Wlz zal kunnen vallen? Deelt de regering de taxatie van deze leden dat dit gerommel grote onzekerheid veroorzaakt bij kwetsbare groepen in de samenleving en afbreuk doet aan het vertrouwen dat mensen in de overheid zouden moeten kunnen hebben?

Een van de uitgangspunten van de hervorming van de langdurige zorg is dat cliënten die geen verblijfsindicatie hebben voor hun zorg terecht kunnen bij de Wmo 2015, de Jeugdwet of de Zorgverzekeringswet. Cliënten die zijn aangewezen op permanent toezicht en zorg 24 uur per dag in de nabijheid komen in aanmerking voor de Wlz-zorg. In de brief van 27 juni jl. is aangegeven dat een uitzondering gemaakt zal worden voor cliënten die nu qua zorgzwaarte zijn aangewezen op verblijf, maar

²⁶ Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 67

²⁷ Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 159

²⁸ Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 171

²⁹ Kamerstukken I 2014/15, 33 891, D

vanwege zogenoemde «enige ondoelmatigheid» een indicatie voor extramurale zorg hebben, vanaf 1 januari 2015 toegang kunnen krijgen tot zorg op grond de Wlz (Kamerstukken II, 2014–2015, 33 891, nr. 13). Bij Tweede nota van wijziging op de Wlz is extra overgangsrecht opgenomen voor nader te bepalen groepen cliënten. Voorzien was dat het hier om een relatief kleine groep kinderen zou gaan, maar gaandeweg is gebleken dat de groep cliënten die zeer waarschijnlijk een Wlz-profiel heeft, in omvang groter was. Er is de noodzakelijke tijd genomen om te bezien of voor degenen die daadwerkelijk een Wlz-profiel hebben, een zorgvuldige maar gefaseerde overgang naar de Wlz mogelijk was zonder toepassing van het extra overgangsrecht. Tijdens de wetsbehandeling is aangegeven welke randvoorwaarden daarvoor, vanuit perspectief van de cliënten, wenselijk zouden zijn. Om hierop niet vooruit te lopen is de Tweede Kamer gevraagd om enige tijd om een gezamenlijke analyse uit te voeren, vandaar dat het amendement op dat moment is ontraden. Mede op basis van de bevindingen van de werkgroep is gekomen tot nadere besluitvorming, waarover beide Kamers zijn geïnformeerd. Gesteld kan worden dat bij de besluitvorming een voor cliënten soepele overgang naar de Wlz steeds voorop stond. De gemaakte keuzes geven de cliënt nu duidelijkheid.

Hoewel de leden van de GroenLinks-fractie de koerswijziging van de regering ten aanzien van deze 10.000 mensen inhoudelijk steunen, vragen zij hoe dit wetstechnisch wordt gerepareerd nu het amendement ter zake (op grond van het advies van de regering) is verworpen. Daarnaast willen zij weten wat de financiële consequenties zijn voor gemeenten als het budget van deze groep uit de Wmo wordt overgeheveld naar de Wlz. Acht de regering het een toonbeeld van goed bestuur om tot het laatste moment de budgetten van gemeenten te blijven wijzigen? Hoe kunnen gemeenten hun beleid ontwikkelen als het «haastige spoed»-beleid van de rijksoverheid ertoe leidt dat de sturingsinformatie steeds verandert? Is de regering bereid om deze consequentie van de zeer late ontwikkeling van het wetsvoorstel voor haar eigen rekening te nemen en af te zien van de met de overheveling gepaard gaande korting op het budget Wmo?

In de tweede nota van wijziging was reeds een mogelijkheid gecreëerd om cliënten met een extramurale indicatie toegang te geven tot de Wlz. Daarvoor was geen wijziging van het wetsvoorstel meer noodzakelijk, evenmin is een reparatie aan de orde. Op grond van artikel 11.1.1, zesde lid, zal namelijk per ministeriële regeling de doelgroep worden aangegeven die met een extramurale AWBZ-indicatie kan kiezen voor zorg vanuit de Wlz. Op dit moment is deze ministeriële regeling in voorbereiding. De regeling zal worden gepubliceerd in de Staatscourant.

In de binnenkort te versturen kaderbrief over het macro-budget van de langdurige zorg in 2015 worden de budgettaire consequenties toegelicht.

Leden van de Tweede Kamer hebben aangedrongen op het direct tot de Wlz toegang geven van de gehele groep van 14.000. Met de beslissing om hiertoe over te gaan is de regering toegemoet gekomen aan de uitdrukkelijke wens van de Tweede Kamer. Ook veldpartijen hebben hierop zeer positief gereageerd. Onvermijdelijk gevolg hiervan is echter dat verrekening plaatsvindt van vrijvallende ruimte bij gemeenten en verzekeraars. In goed overleg met partijen zal worden nagegaan op welke wijze deze verrekening in het voorjaar het best kan plaatsvinden.

Welke andere groepen of individuen kunnen nog tussen wal en schip raken en welk vangnet of reparatie-instrument heeft de regering daarvoor voorzien? Wordt de omzetting naar de Wlz ook onder de bevoegdheden gebracht van de Transitiecommissie Sociaal Domein of is hier een andere

vorm gekozen om invulling te geven aan de regierol en stelselverantwoordelijkheid van de rijksoverheid?

Mijn beeld is dat alle betrokken partijen (de cliëntenorganisaties, de zorgaanbieders, de zorgkantoren, het ClZ en anderen) zich maximaal inzetten om de noodzakelijke zorg voor cliënten die zijn aangewezen op de Wlz te borgen. Door de inzet van al deze partijen en hun onderlinge samenwerking is een zo veel mogelijk vloeiende overgang van AWBZ naar Wlz mogelijk.

De Wlz is onderdeel van de brede hervorming van de langdurige zorg. In het voorjaar heb ik met alle betrokken partijen werkafspraken gemaakt om de hervorming te begeleiden. Het hoofddoel van de werkafspraken is voorkomen dat mensen tussen wal en schip belanden. Er zijn diverse waarborgen vormgegeven om zo nodig snel te kunnen handelen. Al sinds het voorjaar van dit jaar komt elke twee weken een overleggroep (de «HLZ cockpit») bij elkaar waar signalen worden gedeeld. Daarnaast monitoren de cliëntenorganisaties de effecten van de hervorming op de cliënten; zij hebben daartoe o.a. meldpunten ingesteld. Deze en andere monitorinformatie komt in de cockpit aan de orde. Voorts zijn er in alle Wmo-regio's Secretarissen ingesteld om partijen in de regio te ondersteunen bij de transitie. Ook zijn er interventieteams ingericht, o.a. op het gebied van wonen (o.l.v. de heer Nordor) en de transitie (o.l.v. de heer Terpstra). Daarenboven start medio oktober van dit jaar een tweetal oplossingsgerichte tafels waar specifiek aandacht is voor Wlz-implementatievragen. Ik zal één «werktafel Wlz» inrichten die zich richt op invoeringsvragen die leven bij zorgkantoren, zorgaanbieders en professionals. Met de cliënten ga ik op gelijke wijze in gesprek. Hierbij gaat de aandacht vooral naar de effecten voor cliënten. Ik zal hiervoor niet alleen vertegenwoordigers van budgethouders en cliëntenorganisaties uitnodigen maar bijvoorbeeld ook huisartsen, zorgaanbieders en de V&VN. De veranderingen vragen veel inspanningen van veel partijen. Ik constateer dat er een grote bereidheid is om deze veranderingen door te voeren. Door middel van bovengenoemde monitoring en samenwerking wordt geborgd dat eventuele knelpunten in de uitvoering snel zijn op te lossen.

Zorggebruikers kunnen kiezen tussen verschillende opties, waaronder zorg in natura (vpt, mpt) of pgb. Klopt de interpretatie van deze leden dat de keuze van de zorggebruiker daarbij leidend is en dat het zorgkantoor enkel toetst op formele criteria als de opstelling van het zorgplan? Of heeft het zorgkantoor ook materieel invloed op de invulling van het zorgplan? Anders gezegd: is de vrije keuze voor een pgb gegarandeerd? Wat gebeurt er als het plafond voor het inzetten van pgb's is bereikt en hoe wordt dan deze vrije keuze van de zorggebruiker gerealiseerd? Heeft in dit kader de werkwijze van uitbetaling via trekkingsrechten implicaties voor de rechten en de keuzevrijheid van de pgb-houder of is het enkel een administratieve structuur? En waarom vindt de indicatiestelling bij de meerzorgregeling plaats door het zorgkantoor en niet door het ClZ, waarmee de onafhankelijkheid van de indicatiestelling meer geborgd zou zijn?

De vrije keuze voor een pgb (en mpt) is gegarandeerd door de wettelijke verankering. Aan toekenning van het pgb waren en zijn echter wel voorwaarden verbonden. Ten eerste voorwaarden zoals het feit dat het verplicht is een budgetplan op te stellen. Ook zijn de algemene voorwaarden zoals die aan elke subsidie conform de Algemene Wet Bestuursrecht zijn verbonden van toepassing. Verder beoordeelt het zorgkantoor of er daadwerkelijk sprake is van eigen regie, of een budgethouder in staat is om hulpverleners aan te sturen en of op hoofdlijnen er sprake is van doelmatige en kwalitatief goede zorg. Wordt aan deze voorwaarden niet voldaan, dan kan het zorgkantoor op dat

moment het pgb weigeren. Omdat in de Wlz sprake is van zeer kwetsbare mensen (zoals dementerenden en verstandelijk gehandicapten) zal het geregeld het geval zijn dat de eigen regie ontbreekt. Een vertegenwoordiger kan dan het pgb namens de budgethouder beheren. Cliënten met specifieke zorgprofielen zullen verplicht een vertegenwoordiger moeten hebben omdat per definitie geen sprake zal zijn van eigen regie. Het is mogelijk om bij lagere regelgeving ook eisen aan deze vertegenwoordiger te stellen. Dit is mede ingegeven door het feit dat vaak de vertegenwoordiger (een individu of organisatie) gebruik of misbruik maakt van (het pgb van) een kwetsbare budgethouder.

In het verleden bestond de mogelijkheid om een pgb-stop af te kondigen als het totale pgb-kader zou worden overschreden en er geen financiële ruimte was om het kader op te hogen. Dat gebeurt zeer zelden en is in 2010 voor het laatst toegepast. In theorie is voor de beheersbaarheid van het budgettaire kader van de Wlz een pgb-stop mogelijk, echter omdat er tussen de kaders voor zorg in natura en pgb geschoven kan worden ligt het niet in de rede dat een pgb-stop wordt ingesteld indien nog middelen voor zorg in natura beschikbaar zijn.

Het trekkingsrecht heeft geen enkele invloed op het wel/niet toekennen van een pgb. Als eenmaal een pgb in de vorm van trekkingsrecht is toegekend, geldt wel de eis dat een budgethouder met elke hulpverlener een zorgovereenkomst en zorgbeschrijving opstelt. Deze moeten door zorgkantoor (zorginhoudelijk) en SVB (arbeidsrechtelijk) worden goedgekeurd voordat een budgethouder aan de SVB de opdracht kan geven een hulpverlener uit te betalen. Er is een aantal zaken uitgesloten waaraan het pgb kan worden besteed. Het zorgkantoor doet de zorginhoudelijke controle nu aan het eind van het budgetjaar. De niet toegestane zorg was dan al geleverd en betaald. Met de invoering van trekkingsrecht verschuift de controle op de inkoop van rechtmatige zorg naar de voorkant.

De leden van de fractie van GroenLinks vragen naar de indicatiestelling bij de meerzorgregeling. Bij de meerzorgregeling hebben zowel het ClZ als het zorgkantoor een rol. Hier past zowel een toelichting op het aangenomen amendement-Dik-Faber c.s. (Kamerstukken II, 2014–2015, 33 891 nr. 150) als op de aangenomen motie-Bergkamp (Kamerstukken II, 2014–2015, 33 891 nr. 102). Het amendement-Dik-Faber c.s. beoogt te regelen dat het ClZ, indien iemand niet past binnen het zorgprofiel, direct in het indicatiebesluit aangeeft dat het zorgkantoor de meerzorgprocedure moet starten. De motie van het lid Bergkamp gaat in op onderzoek om vanaf 2016 een maatwerkprofiel voor de indicatiestelling bij het ClZ vorm te geven. Ik verwijs naar de uitvoerige algemene toelichting in het antwoord op de vragen van de SP-fractie voor de uitwerking van dit amendement en de motie (zie pagina 39).

In de memorie van toelichting schrijft de regering op p. 43: «Het voornemen is om een bruto pgb uit te keren en de cliënt vanwege onder meer kostenbewustzijn en remmende werking zelf de eigen bijdragen te laten betalen. Nu wordt de eigen bijdrage van tevoren ingehouden en krijgt een cliënt een netto pgb. Dit voornemen behoeft verdere uitwerking en voor het pgb zal daarmee nog moeten worden bekeken wat de adequate wijze van het vaststellen en heffen van een eigen bijdrage wordt.» Deze leden vragen of dit voornemen inmiddels is uitgewerkt. Waar kunnen zorggebruikers met een pgb op rekenen in 2015?

In 2015 wordt het pgb in de Wlz inderdaad bruto verleend. Voor de pgb-houder geldt de zogenoemde lage intramurale eigen bijdrage. De lage intramurale eigen bijdrage in 2015 bedraagt ten minste € 158,60 en niet meer dan € 832,60 per maand. De hoogte is afhankelijk van inkomen,

vermogen, leeftijd en gezinsamenstelling. Hierop wordt voor de pgb-houder standaard € 136 per maand in mindering gebracht. Voor lage inkomens zal de eigen bijdrage bij een pgb dus ongeveer uitkomen op € 23 per maand. De betaling van de eigen bijdrage vindt plaats door middel van een maandelijks inning door het CAK.

Zoals recent op schrijnende wijze via de media is bekend geworden, kunnen zorggebruikers die opteren voor zorg met verblijf in zorginstellingen worden geconfronteerd met gedwongen verhuizing door opheffing of samenvoeging van de zorginstelling. Op welke wijze zijn hierin de rechten van zorggebruikers gewaarborgd, die immers gegeven het karakter van «zorg met verblijf» niet alleen zorg maar ook verblijf genieten? In welke zin is hierin sprake van analogie met de bescherming van huurders?

Cliënten die met een verblijfsindicatie in een instelling verblijven houden recht op verblijf in een instelling. Dat is vanaf het begin altijd het uitgangspunt geweest bij het extramuraliseren van de lichtere zorgzwaartepakketten. Het extramuraliseren van de lichtere zorgzwaartepakketten heeft betrekking op nieuwe cliënten. Indien een instelling besluit om een locatie te sluiten omdat deze onvoldoende voldoet aan veranderende wensen van deze tijd en de veranderende wensen van mensen om langer thuis te blijven wonen, kan dat betekenen dat de huidige bewoners van de instelling moeten verhuizen naar een andere plek. Zij blijven echter recht houden op een plek in een instelling, maar dat kan op een andere locatie zijn. Het is van belang dat in dat geval in goed overleg met de cliënt wordt gezocht naar een passend alternatief. Net als bij huurbescherming houdt betrokkene dus het recht op verblijf.

De transitie in de zorg van formele naar informele zorg roept bij deze leden de vraag op wat er wordt gedaan om mantelzorgers te ondersteunen. Klopt het dat de gevolgde denkrichting – zelfs bij de formulering van «gebruikelijke zorg» – is dat de overheid die mensen helpt die geen hulp uit hun sociale netwerk kunnen ontvangen? Is dat dan niet een perverse prikkel die ertoe leidt dat mensen er belang bij zullen (denken te) hebben om de mogelijke bijdrage uit dat netwerk te minimaliseren? Op welke wijze wordt er ingezet om steun uit het netwerk te faciliteren? Volgens de memorie van toelichting (p. 12) speelt het netwerk geen rol bij het bepalen van de toegang tot de Wlz, maar alleen bij de invulling van het zorgplan. Aangezien daar de zorg concreet wordt gemaakt, is het netwerk toch wel degelijk een factor bij het bepalen van de te leveren zorg?

De leden van de fractie van GroenLinks vragen of de regering de denkrichting volgt, dat die mensen worden geholpen die geen hulp uit hun sociale netwerk kunnen ontvangen, waardoor mensen er (denken) belang bij (te) hebben de mogelijke bijdrage uit dat netwerk te minimaliseren. Ik kan de leden van de fractie van GroenLinks antwoorden dat dit niet de gevolgde denkrichting is. De regering gaat namelijk uit van een ander vertrekpunt: de toegang tot de Wlz hangt niet samen met het sociale netwerk. De toegangscriteria zijn zorginhoudelijk en volledig verbonden aan de cliënt (uitgezonderd de gebruikelijke zorg van ouders voor hun kinderen). In de Wlz gaat het om mensen met een behoefte aan zorg die dusdanig omvangrijk en zwaar is, dat deze niet (langer) van de omgeving hoeft te worden gevraagd. De vraag of de cliënt hulp uit het sociale netwerk kan ontvangen, komt inderdaad in de zorgplanbespreking aan de orde, maar niet vanuit oogpunt van vervanging van zorg door zorgprofessionals. Betrokkenheid van mantelzorgers bij de zorg en ondersteuning kan namelijk de kwaliteit van leven van de cliënt bevorderen. Mantelzorg komt in aanvulling op, nooit in plaats van professionele

zorg. Mantelzorg is dan ook niet verplicht, maar wordt verleend op basis van de relatie tussen de mensen die het betreft. Tijdens de zorgplanbespreking kan worden afgesproken hoe familie en naasten samen met de zorgverleners een integraal hulp- en ondersteuningspakket vormgeven.

Het is zaak dat in de samenwerking tussen formele en informele zorg goed rekening wordt gehouden met de mogelijkheden en de (ondersteunings)behoefte van de mantelzorger. De ondersteuning van de mantelzorger vindt plaats op basis van de Wlz. Bij de (periodieke) bespreking van het zorgplan moet dan ook aandacht worden besteed aan de mantelzorger, waarbij de inzet er tijdig op moet zijn gericht dat zorg- en ondersteuningstaken de draagkracht van de mantelzorger niet overschrijden. Voor Wlz-gerechtigden die thuis wonen, kan respijtzorg worden afgesproken als onderdeel van het zorgplan bij de leveringsvorm vpt, het mpt, dan wel als onderdeel van het budgetplan bij het pgb. Zo zal een Wlz-gerechtigde die thuis woont met bijvoorbeeld zijn partner of ouders en een vpt, mpt of pgb heeft, af en toe (een dag of een week) in een Wlz-toegelaten instelling kunnen logeren. Dat kan nodig zijn om de mantelzorger even te verlichten. Ook zal een Wlz-gerechtigde kortstondig in een instelling kunnen worden opgenomen als de mantelzorger tijdelijk niet in staat is om dezelfde hoeveelheid mantelzorg te verlenen. Naast de ondersteuning vanuit de Wlz kan de mantelzorger van een Wlz-gerechtigde als ingezetene van een gemeente ook gebruik maken van daar bestaande algemene voorzieningen.

De memorie van toelichting vermeldt dat de anticumulatieregeling voor de eigen bijdrage vervalt omdat het niet mogelijk is tegelijk gebruik te maken van Wlz en Wmo. Om dezelfde reden blijft er wel een anticumulatieregeling voor partners bestaan. Kan de regering uitleggen of en hoe deze anticumulatieregeling functioneert in gezinnen waarin verschillende gezinsleden (bijvoorbeeld kinderen) zorg ontvangen die onder verschillende wetten met een eigen bijdrage-regime vallen?

Binnen een gezin kan samenloop voorkomen, bijvoorbeeld een van de partners verblijft in een Wlz-instelling en de andere in beschermd wonen of ontvangt een andere maatwerkvoorziening, een pgb, mpt of vpt. Ten einde ongewenste culminatie van eigen bijdragen te voorkomen, is geregeld dat als er binnen een gezin de inkomens- en vermogensafhankelijk gemaximeerde eigen bijdrage voor Wlz verblijf en/of voor beschermd wonen betaald wordt, er geen eigen bijdrage voor extra-murale zorg of een maatwerkvoorziening Wmo 2015, anders dan beschermd wonen, betaald hoeft te worden. Is er binnen gezin slechts sprake van een mpt én een maatwerkvoorziening Wmo 2015, anders dan beschermd wonen, dan geldt net als nu voor het gezin één inkomen- en vermogensafhankelijk maximum en wordt er dus niet meer opgelegd aan eigen bijdragen dan dat inkomens- en vermogensafhankelijke maximum.

Kan de regering toelichten waarom woningaanpassing of verhuizing voor meerderjarigen niet wordt gedekt onder de Wlz? Als het de bedoeling is dat mensen langer thuis blijven wonen en daar ook door middel van vpt of pgb de benodigde zorg voor kunnen ontvangen, ligt het dan niet in de rede om ook woningaanpassingen of verhuizingen die dit mogelijk maken te vergoeden en zo te faciliteren dat mensen niet gedwongen zijn tot de duurdere keuze van zorg met verblijf?

Tijdens de plenaire behandeling van de Wmo 2015 in de Tweede Kamer heb ik toegezegd dat op grond van de Wlz ook woningaanpassingen voor verzekerden van achttien jaar of ouder vergoed kunnen worden per 2016. Dit is geregeld in de tweede nota van wijziging op de Wlz. In 2015 worden woningaanpassingen en verhuizingen voor cliënten met een Wlz-indicatie

om praktische redenen van uitvoeringstechnische aard, nog door gemeenten verstrekt en blijft deze vorm van ondersteuning dus beschikbaar

Toekomstig beleid

De regering schetst als toekomstbeeld dat ouderenzorg zou kunnen worden ondergebracht bij de Zvw. Hoewel dat nu nog niet aan de orde is, vragen de leden van deze fractie hoe dit toekomstbeeld zich verhoudt tot de kerngedachte dat het bij de Zvw primair om op herstel gerichte zorg gaat en bij de Wlz niet. Is de regering van oordeel dat deze ouderenzorg naar haar aard past bij de kerngedachte van de Zvw? Deelt zij de mening van deze leden dat de vaak zware ouderenzorg feitelijk onverzekerbaar is en om die reden niet in een private verzekering dient te vallen? Wat zouden de consequenties zijn van deze eventuele overheveling voor de betaalbaarheid van het Zvw-stelsel? Ligt het in de rede dat dat gerepareerd zal gaan worden door verhoging van de zorgpremie of verkleining van het pakket? Is de regering van zins met een fundamentele analyse op dit punt te komen alvorens een dergelijk toekomstbeeld te propageren?

De regering vindt dat er ook na de invoering van de Wlz moet worden gekeken naar mogelijkheden om de zorg verder te verbeteren. Daarbij heeft de regering de overheveling van de ouderenzorg naar de Zvw als mogelijk toekomstbeeld geschetst. Zoals in hoofdstuk vijftien van de memorie van toelichting is aangegeven acht ook de regering de wijze van financiering van de Zvw een aandachtspunt indien in budgettair opzicht omvangrijke delen van de zware langdurige zorg zouden worden overgeheveld naar de Zvw. Zoals aangegeven zal een beslissing over overheveling van (delen van) zorg niet voor 2017 worden genomen. De regering doet dan ook geen uitspraken over hoe de consequenties van de overheveling voor de betaalbaarheid zullen zijn of dienen te worden gecompenseerd.

Gegevensuitwisseling

In de wetsbehandeling heeft aandacht voor privacy-aspecten ertoe geleid dat expliciete toestemming van de patiënt nodig is voor de uitwisseling van gezondheidsgegevens tussen zorgverlener en CIZ vanwege de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en het medisch beroepsgeheim. Is daarmee definitief geborgd dat het CIZ deze gezondheidsgegevens alleen mag gebruiken voor het beoordelen van een beroep op de Wlz en niet mag uitwisselen met gemeente, zorgkantoor, GAK, SVB en andere partijen?

Dat is niet het geval. Het CIZ kan op grond van de artikelen 9.1.2 en 9.1.3 gegevens van de verzekerde, ook betreffende de gezondheid, verstrekken aan een van de andere ketenpartijen binnen de Wlz (de Wlz-uitvoerder, het CAK, of zorgaanbieder), of met genoemde partijen buiten de Wlz-keten. Het gaat hier echter om gegevensuitwisselingen die alleen voor in de wet omschreven doelen mogen plaatsvinden en alleen voor zover ze noodzakelijk zijn om die doelen te bereiken. Hierdoor kan de zorgverzekeraar in het kader van de uitvoering van de Zvw beschikken over gegevens betreffende de gezondheid van de verzekerde die noodzakelijk zijn voor de onderlinge afstemming van de Zvw-zorg en Wlz-zorg en het voorkomen van dubbele verstrekkingen. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om het indicatiebesluit of het gegeven dat de zorgverlening van de Wlz is gestart. Als de gegevens niet noodzakelijk zijn voor een in artikel 9.1.3, eerst lid, genoemd doel, is gegevensverstrekking door het CIZ niet zonder toestemming van de verzekerde mogelijk. Het CIZ kan ook de gemeente informeren over het feit dat een bepaalde inwoner van die gemeenten een

recht kan doen gelden op Wlz-zorg omdat aan die verzekerde een indicatiebesluit is afgegeven. In dit geval mag het CIZ dus alleen «dat-informatie» aan de gemeente verstrekken. Ik wil graag nogmaals benadrukken dat het onderhavige wetsvoorstel ten opzichte van de huidige AWBZ veel specifiekere bepaalt in welke gevallen gegevensuitwisseling kan plaatsvinden. Ik ben daarom van mening dat het wetsvoorstel de positie van de verzekerde op dit punt versterkt.

2.8 ChristenUnie-fractie

Toegang tot zorg

Het kan op de instemming van de leden van de ChristenUnie-fractie rekenen dat de regering met dit wetsvoorstel de autonomie en keuzevrijheid van de patiënt tracht te vergroten. Hoe is dat in dit wetsvoorstel gewaarborgd voor cliënten die niet of verminderd in staat zijn eigen regie te voeren? Hoe wordt in dergelijke gevallen het belang van de patiënt in de wet geborgd? En welke waarborgen zijn er voor de betrokkenheid van familieleden en mantelzorgers? Hoe is dit in het bijzonder voor de zorgplanbespreking geregeld?

Een van de centrale thema's in de Wlz is het versterken van de eigen regie van cliënten. Dat geldt ook wanneer iemand die regie uit zichzelf minder kan voeren. Juist voor hen is in het wetsvoorstel de cliëntondersteuning geïntroduceerd, met als doel de stem van de cliënt beter tot zijn recht te laten komen. Dat is expliciet aan de orde bij de zorgplanbespreking. Hoewel ik in overleg met de zorgkantoren en de cliëntenorganisaties nog nader kom te spreken over de invulling van deze functie, kan ik al wel aangeven het van belang te vinden dat het er niet om gaat de regie over te nemen, maar daar samen met de cliënt invulling aan te geven. Via methodes als shared decision making is daar al veel ervaring mee opgedaan. Vanzelfsprekend zijn er ook veel cliënten die kunnen terugvallen op een naaste om met hen, of namens hen, beslissingen te nemen. Zij treden op als vertegenwoordiger, onder meer bij de zorgplanbespreking.

De regering heeft een oplossing gevonden voor wat wel de «vergeten groep» is genoemd en verwijst daarnaar in de brief aan de Eerste Kamer van 9 oktober 2014. De leden van de fractie van de ChristenUnie zijn daar blij mee. Is te verwachten dat er nog meer groepen of personen zijn voor wie het mogelijk onwenselijke gevolgen heeft om via de Wmo 2015 zorg te ontvangen? Wat betekent de brief van 9 oktober 2014 over de «vergeten groep» voor de financiële positie van gemeenten? Welke gemeenten hebben binnen de Wmo 2015 al zorg ingekocht voor deze groep? Verwacht de regering financiële schade als gevolg daarvan? Hoe wordt omgegaan met de gemeenten die dit betreft?

Met de groep van 14.000 zijn naar huidig inzicht alle cliënten met een extramurale indicatie en Wlz-profiel getraceerd die op voorhand zijn te herkennen. Het is echter niet uitgesloten dat er nog andere cliënten zijn met een extramurale indicatie die denken te voldoen aan de Wlz-criteria. Het kan zijn dat ook zij er belang bij zouden kunnen hebben als de samenhangende zorg met het daarbij noodzakelijke toezicht vanuit een domein kan worden geleverd. In dat geval kunnen zij een aanvraag doen voor Wlz-zorg. Zoals aangekondigd in mijn brief van 7 oktober betekent het aanpassen van het budgettaire kader van de Wlz een verschuiving van middelen waarbij de vermindering van budgetten voor gemeenten en verzekeraars wordt gevolgd door minder cliënten die een beroep doen op de Wmo 2015, Jeugdwet en Zvw.

In de binnenkort te versturen kaderbrief over het macro-budget van de langdurige zorg in 2015 worden de budgettaire consequenties toegelicht.

Met de VNG en een aantal gemeenten vindt tevens overleg plaats over de juridische en/of financiële consequenties voor reeds afgesloten contracten. Er wordt gezamenlijk opgetrokken om niet alleen de cliënten, maar ook gemeenten en aanbieders te informeren. Het Rijk zal gemeenten maximaal faciliteren om de gevolgen te kunnen opvangen.

Veel gestelde vragen en nadere informatie zijn momenteel al beschikbaar op www.hoeverandertmijnzorg.nl, www.invoeringwmo.nl en de site van de VNG. Er is ook een informatiepunt ingesteld over het Wlz-overgangsrecht van Per Saldo en ieder(in) dat zowel telefonisch als per mail bereikbaar is. Ik zal in de decembercirculaire van het Gemeentefonds gemeenten nader informeren over de wijze waarop de bijstelling van het budget voor gemeenten volgend jaar zal plaatsvinden.

Voorts hebben deze leden een enkele vraag over de meerzorg in de Wlz. Bij de behandeling van dit wetsvoorstel in de Tweede Kamer is hierover een amendement aangenomen³⁰ dat regelt dat wanneer een cliënt niet in een bepaald kostenprofiel past, het CIZ direct in het indicatiebesluit kan aangeven dat het zorgkantoor de meerzorgprocedure start. De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen wat de status zal worden van deze beslissing van het CIZ ten opzichte van het zorgkantoor. Is het mogelijk dat het zorgkantoor hiervan afwijkt of bezwaar aantekent? Wie heeft hier het laatste woord? En wat is de status van de meerzorg voor de cliënt? Kan deze bijvoorbeeld bezwaar aantekenen tegen het CIZ-besluit géén meerzorgprocedure te adviseren aan het zorgkantoor? Kan de regering ook ingaan op de financiële dekking van de meerzorg, onder meer in verband met het pgb-budgetplafond in dit wetsvoorstel? Kan het zo zijn dat een cliënt met een zeer zware zorgvraag op een gegeven moment zijn of haar meerzorg verliest als gevolg van het bereiken van een budgetplafond?

Door meerdere fracties zijn vragen gesteld over meerzorg. Voor het antwoord op de vragen van de leden van de ChristenUnie-fractie verwijs ik naar de uitvoerige algemene toelichting in het antwoord op de vragen van de SP-fractie (zie pagina 73).

Bij het berekenen van het budgetplafond onder de Wlz, dat binnenkort aan de Tweede Kamer bekend wordt gemaakt, is rekening gehouden met het budget van bestaande budgethouders die straks onder de Wlz komen, inclusief hun meerzorg. Daarnaast wordt bij het berekenen van het budgetplafond op basis van ervaringen in de afgelopen jaren geraamd wie met welke zorgvraag een beroep zal doen op het pgb. Het is niet mogelijk dat een bestaande budgethouder zijn of haar pgb en/of meerzorg verliest vanwege het bereiken van het budgetplafond. Een pgb-stop voor nieuwe cliënten blijft theoretisch wel tot de mogelijkheden behoren, maar omdat er in de Wlz tussen de kaders voor zorg in natura en pgb geschoven kan worden ligt het niet in de rede dat een pgb-stop wordt ingesteld indien nog middelen voor zorg in natura beschikbaar zijn.

Bij de bespreking van dit wetsvoorstel zegt de regering te verwachten dat er in 2015 280.000 mensen in de Wlz zullen zitten, een aantal dat naar verwachting van de regering op termijn zal dalen tot 200.000 mensen. Klopt dat aantal nog na de recente bijstellingen van de reikwijdte van de wet? De regering wijst voor de onderbouwing van deze verwachte daling

³⁰ Amendement-Dik-Faber; Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 150

naar de demografie. Zijn er nog andere redenen voor de daling? Zo nee, kan de regering de demografische onderbouwing daarbij aangeven?

Rond de behandeling van het wetsvoorstel was nog de veronderstelling dat het aantal cliënten dat in 2015 toegang tot de Wlz zal krijgen circa 280.000 zou bedragen. Recentelijk is besloten dat 14.000 cliënten met een extramurale indicatie en een Wlz-profiel via een soepele procedure toegang krijgen tot de Wlz. Hierover heb ik u geïnformeerd per brief van 7 oktober jl. (Kamerstukken II, 2014–2015, 33 891, nr. 172). Ervan uitgaande dat deze cliënten kiezen voor de Wlz komt het aantal Wlz-cliënten op circa 294.000.

Naar verwachting zal het aantal Wlz-cliënten na verloop van tijd afnemen omdat er geen cliënten meer instromen met een laag ZZP. Op dit moment is geen raming beschikbaar van het aantal Wlz-cliënten op langere termijn. Bekend is wel dat de groeiontwikkelingen tussen de sectoren sterk verschilt. Het SCP heeft in 2012 de groei in de sector verpleging en verzorging geraamd (VeVeRa-IV. Actualisatie en aanpassing ramingsmodel verpleging en verzorging 2009 – 2030). Uit dit rapport bleek dat de groei van sector minder is dan te verwachten op basis demografische ontwikkelingen. Bij deze relatief lage groei speelt mee dat ouderen steeds langer in goede gezondheid verkeren en het opleidings- en inkomensniveau van ouderen toeneemt. Vermoedelijk zal in de toekomst ook het beleid van extramuralisering bijdragen aan een lagere instroom in verpleeghuizen. Voor de gehandicaptenzorg en langdurige GGZ is bekend is dat de stijging van de vraag naar intramurale zorg sterker is dan verklaard kan worden op basis van demografie. Hier spelen maatschappelijke ontwikkelingen mee. Het SCP zal in december van dit jaar een rapport uitbrengen over de verklaringen van de groei van de zorgvraag van cliënten met een verstandelijke beperking.

In de motivatie voor dit wetsvoorstel stelt de regering dat de uitvoeringspraktijk van de AWBZ niet meer spoort met de praktijk. Hoe gaat de regering ervoor zorgen dat de Wlz op de lange termijn blijft beantwoorden aan de (uitvoerings-)praktijk? En hoe geeft de regering invulling aan haar systeemverantwoordelijkheid voor de samenhang van deze wet met de Wmo 2015 en de Zorgverzekeringswet?

In de motivatie voor het wetsvoorstel is aangegeven dat de wet en de uitvoeringspraktijk uit elkaar zijn gegroeid. Dat komt omdat de AWBZ zich in de praktijk verder heeft ontwikkeld heeft. De Wlz geeft, in geeft vergelijking tot de AWBZ, op belangrijke punten beter aan hoe de volksverzekering uitgevoerd wordt. Bestaande praktijk en wet zijn dus met elkaar in lijn gebracht.

In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel is aangegeven dat de regering de bereikte resultaten van de wet zal monitoren. Om de stelselverantwoordelijkheid waar te maken worden afspraken gemaakt met betrokken partijen over monitoring, de uitgavenontwikkeling en het geheel van de langdurige zorg. Bij de monitoring worden in ieder geval de zorgkantoren, de zelfstandige bestuursorganen die in deze wet een taak hebben, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties betrokken. De monitor moet inzicht bieden in het functioneren van het stelsel en in de vraag in hoeverre de doelstellingen van de hervorming van de langdurige zorg betreffende de Wlz worden bereikt. De werking van het wetsvoorstel wordt ook periodiek geëvalueerd door een onafhankelijke partij. Hiervoor is in de wet een evaluatiebepaling opgenomen die bepaalt dat de wet binnen drie jaar na inwerkingtreding, en vervolgens telkens na vijf jaar, wordt geëvalueerd. Deze evaluaties gaan in op de doeltreffendheid en de effecten van de wet in de praktijk. In

de evaluatie krijgt ook de samenhang tussen de wetten een plek. Hierdoor kan onder meer worden bekeken in welke mate de doelstellingen van de wet zijn verwezenlijkt, welke neveneffecten optreden, en of de wet goed en eenduidig uitgevoerd wordt of kan worden. De evaluaties zullen aan de beide Kamers der Staten-Generaal gezonden.

De leden van de ChristenUnie-fractie hechten zeer veel waarde aan de liefdevolle inzet van de talloze mantelzorgers in Nederland. Hoe verhoudt het beroep dat in de langdurige zorg op mantelzorgers wordt gedaan zich tot de verwachte inzet van mantelzorgers in de Wmo 2015? Hoe worden mantelzorgers de komende tijd ondersteund in alles wat van hen gevraagd wordt?

De Eerste Kamer heeft de Wmo 2015 op 8 juli 2014 aangenomen. Met de ChristenUnie hecht ik veel waarde aan de inzet van mantelzorgers. Deze inzet vind ik van wezenlijke betekenis voor de kwaliteit van leven van mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben. Om die reden wordt in de Wmo 2015 meer aandacht besteed aan de positie van de mantelzorger. Bij de beoordeling van een behoefte aan maatschappelijke ondersteuning dient de gemeente – in samenspraak met de cliënt – integraal te kijken naar de situatie van de cliënt en de mantelzorger. Dit stelt de gemeente in staat om voor zover nodig en mogelijk ondersteuning op maat aan de cliënt te bieden en ook om de mantelzorger goed toe te rusten zodat deze zijn informele zorgtaken kan volhouden. Het voorkomen van overbelasting van mantelzorgers is hierbij een belangrijk aandachtspunt. In de Wmo 2015 is derhalve aangegeven dat kortdurend verblijf in een instelling, ter ontlasting van de mantelzorger, onderdeel kan uitmaken van de aan een cliënt te verstrekken maatwerkvoorziening. Tevens dient de gemeenten in het beleidsplan aandacht te besteden aan de wijze waarop mantelzorgers worden ondersteund en ter uitvoering van het plan algemene maatregelen te treffen. Hierbij kan gedacht worden aan het organiseren van lotgenotencontact voor mantelzorgers of het inrichten van een steunpunt. Daarnaast dient de gemeente jaarlijks zorg te dragen voor een blik van waardering van mantelzorgers van cliënten in hun gemeente. Ten slotte zullen gemeenten vanaf 2015, als uitvloeisel van het begrotingsakkoord van vorig jaar, structureel € 11 miljoen extra middelen voor de ondersteuning van mantelzorgers ontvangen. Ik verwacht dat deze en de bestaande middelen gemeenten in staat stellen mantelzorgers waar nodig op maat te ondersteunen.

Over het algemeen zal er sprake zijn van volgtijdelijkheid in de mantelzorg voor de cliënt die eerst thuis zorg en ondersteuning ontvangt op grond van de Wmo 2015 (en de Zvw) en daarna op grond van de Wlz. In de Wlz gaat het om mensen met een behoefte aan zorg die dusdanig omvangrijk en zwaar is, dat deze niet (langer) van de omgeving kan worden gevraagd. De vraag of de cliënt hulp uit het sociale netwerk kan ontvangen, komt dan in de zorgplanbespreking aan de orde uit oogpunt van kwaliteit van leven van de cliënt. Mantelzorg is niet verplicht maar wordt verleend op basis van de relatie tussen de mensen die het betreft. Als tot mantelzorg wordt besloten, is het zaak dat in de samenwerking tussen formele zorg en de mantelzorg rekening wordt gehouden met de mogelijkheden en de (ondersteunings)behoefte van de mantelzorger. De ondersteuning van de mantelzorger vindt plaats op basis van de Wlz. Bij de (periodieke) bespreking van het zorgplan moet ook aandacht worden besteed aan de mantelzorger zelf, waarbij de inzet er tijdig op moet zijn gericht dat zorgen en ondersteuningstaken de draagkracht van de mantelzorger niet overschrijden. Voor Wlz-gerechtigden die thuis wonen, kan respijtzorg worden afgesproken als onderdeel van het zorgplan bij de leveringsvorm vpt, mpt, dan wel als onderdeel van het budgetplan bij de leveringsvorm pgb. Zo zal een Wlz-gerechtigde die thuis woont met bijvoorbeeld zijn

partner of ouders en een vpt, mpt of pgb heeft, af en toe (een dag of een week) kunnen gaan logeren. Dat kan nodig zijn om de mantelzorger even te ontlasten. Naast de ondersteuning van uit de Wlz kan de mantelzorger van een Wlz-gerechtigde als ingezetene van een gemeente ook gebruik maken van daar bestaande algemene voorzieningen. Zoals ik heb aangegeven in de beleidsbrief «Versterken, verlichten en verbinden» van 20 juli 2013 staat naast het versterken van de mantelzorger, in mijn beleid ook het verlichten van de mantelzorger en het beter verbinden van de inzet van de mantelzorger met die van de professionele zorg en ondersteuning centraal. Als onderdeel daarvan is in 2014 € 4 miljoen – van de vorig jaar tijdens de begrotingsbehandeling € 11 miljoen voor 2014 beschikbaar gestelde extra middelen ten behoeve van de uitvoering van de motie-Van der Staaij, Rutte, Otwin van Dijk, Bergkamp en Dik-Faber (Kamerstukken II, 2014–2015, 37 750-XVI, nr. 43) toegekend aan het programma «In voor Mantelzorg». Het programma, waaraan 80 zorgaanbieders in de ouderen- en gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuizen en revalidatiecentra, thuiszorg en crossectorale eerstelijns samenwerkingsverbanden deelnemen, richt zich in 2014 en 2015 op het verbeteren van de samenwerking tussen beroepskrachten en mantelzorgers. Daarnaast vormt een belangrijk onderdeel van voornoemde drie actielijnen de op 18 september jl. door partijen in de zorg- en welzijnketen en gemeenten tot stand gebrachte Agenda Informele Zorg en Ondersteuning. De komende periode worden de door partijen geformuleerde agendapunten, die bijdragen aan een hoogwaardige ondersteuning van mantelzorgers van cliënten en Wlz-gerechtigden, doorontwikkeld en vervolgens toegepast op de werkvloer.

De leden van deze fractie zijn ingenomen met de in het wetsvoorstel opgenomen experimenteerbepaling, die onder meer tot doel heeft te experimenteren met vormen van persoonsvolgende bekostiging. Kan de regering aangeven op welke schaal zij verwacht daarmee te (laten) experimenteren? Wat is de ambitie van de regering met betrekking tot de invoering van persoonsvolgende bekostiging op een meer structurele wijze? Aan welke andere experimenten denkt de regering te kunnen werken op grond van deze bepaling? Kan de regering tevens aangeven hoe binnen deze experimenteerbepaling het belang van de patiënt blijvend gewaarborgd is?

Ik heb reeds toegezegd om in het voorjaar van 2015 met een zogeheten vernieuwingsagenda te zullen komen. Daarin zal persoonsvolgende bekostiging een onderwerp zijn. Door ActiZ is voorgesteld dat vier zorgaanbieders nog dit jaar een experiment starten met verschillende vormen van persoonsvolgendheid. Zij worden daarbij ondersteund door «InVoorZorg!». Doel is inzicht te verkrijgen op welke wijze persoonsvolgendheid de kwaliteit van leven van kwetsbare mensen kan vergroten. Andere experimenten kunnen in de loop der jaren over meerdere thema's gaan, zoals kwaliteit van leven, ruimte voor de professional, beheersbaarheid en lagere administratieve lasten.

Om reden van een soepele invoering van de Wlz, zal een deel van de Wlz-zorg in 2015 nog worden uitgevoerd vanuit de nieuwe Wmo, dus door gemeenten. Dit is het geval bij bijvoorbeeld het verstrekken van mobiliteitshulpmiddelen en woningaanpassingen. Hier is echter geen sprake van een plicht voor de gemeenten. Kan de regering ingaan op de verhouding tussen de (uitvoering van de) Wlz en de lokale democratie ten aanzien van het «overgangsjaar» 2015? Hoe kan de regering erop toezien dat gemeenten hun verantwoordelijkheid niet ontlopen, door bijvoorbeeld noodzakelijke investeringen in een woning voor een Wlz-geïndiceerde in 2015 uit te stellen tot na dit jaar, waardoor ze er geen geld aan kwijt zijn?

Aanvragen van mensen met een Wlz indicatie worden in 2015 door de gemeente beoordeeld binnen het wettelijke kader van de Wmo 2015. Dit wettelijke kader is niet vrijblijvend. Gemeenten kunnen hun deuren niet sluiten voor mensen met een ondersteuningsbehoefte, ook niet wanneer het gaat om mensen met een Wlz-indicatie die in 2015 een beroep doen op gemeenten. Daarnaast zijn gemeenten gehouden aan de afhandelmijnen die wettelijk zijn vastgelegd, waardoor gemeenten ondersteuning niet kunnen doorschuiven naar 2016. De Wmo 2015 waarborgt dat beslissingen van colleges over de maatschappelijke ondersteuning van cliënten op inhoudelijke en niet op financiële gronden genomen blijven worden. Indien een gemeente niet voldoet aan haar wettelijke opdracht, kan het Rijk ingrijpen op basis van het generieke toezichtsinstrumentarium uit de Gemeentewet. De ondersteuning in de vorm van hulpmiddelen en woningaanpassingen voor mensen met een Wlz indicatie wordt in de huidige situatie ook reeds door gemeenten uitgevoerd. Het budget dat hiermee samenhangt blijft in 2015 ongewijzigd in het gemeentefonds.

Toekomstig beleid

De regering spreekt in de memorie van toelichting (hoofdstuk 15) onder andere over het onderzoek naar de mogelijkheid om op termijn de ouderenzorg risicodragend over te hevelen naar de Zvw. Daar plaatsen de leden van deze fractie vraagtekens bij. Kan de regering aangeven of zij het wetsvoorstel Wlz ziet als een stap in die richting?

De regering wil benadrukken dat zij de Wlz ziet als een zelfstandige wet die verbeteringen in de langdurige zorg teweeg brengt ten opzichte van de AWBZ. De regering heeft in de memorie van toelichting aangegeven dat zij zal bekijken of er nog verdere mogelijkheden zijn om de uitvoering van de langdurige zorg te verbeteren. Daarbij heeft de regering mogelijke toekomstige scenario's geschetst.

De invoering van de Wlz is onderdeel van een grotere herschikking van verantwoordelijkheden in de zorg, waarbij veel zorgtaken naar de gemeenten gaan. Is met de situatie per 1 januari 2015 op hoofdlijnen een duurzame herschikking bereikt of zijn aanvullende herschikkingen nodig naar de mening van de regering?

De invoering van de Wlz is, zoals de ChristenUnie, terecht stelt onderdeel van een grotere herschikking van verantwoordelijkheden in de zorg. De AWBZ wordt vervangen door de Wlz. Hier vanuit wordt zorg geleverd aan cliënten die 24 uur per dag zorg en ondersteuning of permanent toezicht nodig hebben en aan cliënten die vallen onder de langdurige GGZ. De Wmo 2015 biedt ondersteuning bij zelfredzaamheid en participatie, beschermd wonen en opvang, ondersteuning van mantelzorgers en cliëntondersteuning. Hiervoor zijn gemeenten verantwoordelijk. Daarnaast hebben gemeenten in het kader van de Jeugdwet een jeugdhulpplicht. Zorg in het kader van de wijkverpleegkundige functie, persoonlijke verzorging, extramurale palliatieve zorg en intensieve kindzorg vallen per 1 januari 2015 onder de Zvw. Met deze verdeling is de langdurige zorg naar mijn mening op duurzame wijze integraal en samenhangend hervormd volgens de voornemens uit het Regeerakkoord. De komende jaren zullen in het teken staan van het uitwerken van de nadere regeling, zoals enkele tijdelijke subsidieregelingen, onder andere voor de extramurale behandeling, ADL en kortdurend verblijf die nu tijdelijk in de Wlz zijn ondergebracht en het daadwerkelijk denken en doen in lijn met de gedachte achter de hervorming. Naast de transitie dient de komende jaren derhalve te worden gewerkt aan de transformatie.

Uit de begroting van het Ministerie van VWS begrijpen de leden van de ChristenUnie-fractie dat de financiering van de Wlz uit het Fonds Langdurige Zorg in 2015 al kampt met een verwacht tekort van 625 miljoen euro. De regering stelt dat er over een termijn van enkele jaren naar evenwicht tussen uitgaven en inkomsten wordt gestreefd. Welke aanvullende maatregelen heeft de regering in gedachten om dit evenwicht in de jaren na 2015 te bereiken?

In augustus van dit jaar is op basis van de toen beschikbare CPB-cijfers voor 2015 een inschatting gemaakt van het Wlz-premiepercentage dat nodig zou zijn om de Wlz-uitgaven tot en met 2017 te dekken. Een belangrijk aandachtspunt daarbij was dat het CPB geen actuele ramingen kent voor de jaren na 2015. Aangenomen is dat de opbrengst van de Wlz-premie bij een gelijkblijvend premiepercentage van jaar op jaar groeit vanwege de groeiende premiegrondslag. Omdat de Wlz-uitgaven in 2016 en 2017 lager zijn dan de uitgaven in 2015 is in augustus aangenomen dat het Fonds Langdurige Zorg in 2015 een beperkt tekort zou mogen hebben, dat dan vervolgens in latere jaren zou worden ingelopen. Beoogd was een tekort in 2015 van circa 0,5 miljard euro. Een aandachtspunt was, dat op dat moment niet duidelijk was wat het gevolg zou zijn van de augustusbesluitvorming op de Wlz-premie-inkomsten. Dat effect bleek groter dan gedacht, waardoor de Wlz-premie jaarlijks circa 0,2 miljard euro minder oplevert dan in augustus was ingeschat. Het tekort in het Fonds Langdurige Zorg komt hierdoor in 2015 uit op circa 0,7 miljard euro in plaats van 0,5 miljard euro. Door de verlaagde raming van de premie-inkomsten wordt dit tekort volgens de huidige inzichten niet meer ingelopen in de jaren 2016 en 2017. Naar huidige inschatting wordt per ultimo 2017 een negatief vermogen in het fonds wordt voorzien tussen de 0,5 en 1 miljard euro. Het is niet de bedoeling om via aanvullende maatregelen dit thans voorziene tekort weg te werken. Het is goed mogelijk dat dit tekort verdwijnt als er een nieuwe integrale doorrekening van de premiegrondslag van het CPB beschikbaar is. Beoogd is dat een volgend kabinet bij zijn aantreden op basis van de dan beschikbare raming van de uitgaven en het vermogen van het fonds de premie zodanig kan vaststellen dat aan het eind van die volgende kabinetsperiode een vermogen in het fonds ontstaat van nul.

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