

Vergaderjaar 2013–2014

33 891

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

Nr. 12

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET NADER VERSLAG

Ontvangen 2 juli 2014

Inhoudsopgave	blz.
0. Algemeen	1
1. Inleiding	2
2. De verzekering	23
3. Kwaliteit	81
4. Betrokkenheid	93
5. Wie is waarvoor verantwoordelijk?	95
6. Samenhang tussen de Wlz en andere domeinen	97
7. Financiële houdbaarheid	106
8. Regeldruk	113
9. Fraude en oneigenlijk gebruik	117
10. Gegevensuitwisseling	118
11. Innovatie door te experimenteren	121
12. Internationaalrechtelijke aspecten	122
13. Juridisch kader en rechtsbescherming	124
14. Toekomstperspectief	124
15. Overgangssituatie, inwerkingtreding en transitie	126
16. Nota van wijziging	128
Artikelsgewijs	139

0. Algemeen

De regering is de leden van de fracties erkentelijk voor de voortvarendheid waarmee de Kamer het nader verslag inzake het wetsvoorstel Wet langdurige zorg (Wlz) heeft uitgebracht. De regering streeft naar behandeling van dit wetsvoorstel door de Tweede Kamer kort naar het zomerreces, zodat behandeling door de Eerste Kamer uiterlijk in november van dit jaar kan worden afgerond. Tijdige mondelinge agendering en vaststelling is nodig om de Wlz tegelijkertijd met Jeugdwet, de Wmo 2015 en de wijziging van het Besluit zorgverzekering op 1 januari 2015 in werking te laten treden. De genoemde wetten en het besluit vormen het samenhangend en integraal nieuw wettelijk kader waarbinnen de hervorming van de langdurige zorg zijn beslag krijgt.

De vragen die de leden van de fracties van VVD, PvdA, SP, CDA, D66, PVV, ChristenUnie, GroenLinks, SGP en 50PLUS hebben gesteld, worden in deze nota beantwoord in de structuur van het nader verslag.

De regering benoemt op verschillende momenten in de nota naar aanleiding van het verslag de stapsgewijze invoeringsstrategie, waarbij 2015 geldt als overgangsjaar. De leden van de VVD-fractie vragen of de regering schematisch kan weergeven wat deze stapsgewijze invoeringsstrategie inhoudt voor 2015, specifiek ten aanzien van de verschillende onderdelen van de invoering en ten aanzien van de betrokkenen (cliënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars)?

Op verzoek van de Kamer heeft zij over de gefaseerde invoering van de Wlz op 27 juni jl. een brief ontvangen. Hierin is toegelicht onder welke condities de bij de uitvoering betrokken partijen de langdurige zorg in 2015 verantwoord kunnen uitvoeren.

De Wlz biedt een wettelijke verankering van het persoonsgebonden budget (pgb) en het volledig pakket thuis (vpt). Hiermee ontstaat een wettelijk recht op het scheiden van wonen en zorg. De leden van de PVV-fractie vragen waarom er niet voor is gekozen om in plaats van de huidige botte bezuinigingen, in te zetten op het totaal scheiden van wonen en zorg, zoals in eerste instantie de bedoeling was? Wat zou het financieel opleveren in 2018 en structureel, als het oorspronkelijke plan van scheiden van wonen en zorg was ingevoerd met gebruikmaking van de normatieve huisvestingscomponent?

Het kabinet heeft nooit plannen gehad om wonen en zorg over de volle breedte van de AWBZ te scheiden. Het kabinet Rutte 1 had in het regeer- en gedoogakkoord een doelmatigheidswinst ingeboekt van 0,1 miljard in 2015 en structureel 0,3 miljard voor het doorvoeren van het scheiden van wonen en zorg. Bij het begrotingsakkoord 2013 zijn de plannen voor het scheiden van en zorg vervangen door het extramuraliseren van de lichtere zorgzwaartepakketten. Ook bij het extramuraliseren/langer thuis wonen is sprake van het scheiden van wonen en zorg. Cliënten blijven immers thuis wonen en betalen thuis zelf hun woonlasten.

Het scheiden van wonen en zorg biedt enerzijds meerwaarde op het moment dat de cliënt of zijn omgeving in staat is hier regie op te voeren. Een groot deel van de cliënten van de Wlz is echter zeer kwetsbaar. Anderzijds dient de koppeling tussen de huur en het gebruik van het gebouw reëel te zijn. Bij vooral zwaardere zorg heeft het gebouw specifieke eigenschappen, zoals extra behandelkamers, brede gangen en liften, aangepaste natte cellen, dat de hieraan verbonden extra kosten niet doorgerekend kunnen worden in de huur. Een aparte regeling zal dan altijd nodig zijn.

1. Inleiding

De regering geeft aan dat doordat vernieuwing wordt gestimuleerd, ook gestimuleerd wordt dat nieuwe innovatieve aanbieders kunnen toetreden. De leden van de VVD-fractie vragen of de regering in dit licht nader kan ingaan op de verbeterde mogelijkheden die zij ziet voor nieuwe innovatieve aanbieders om in de Wlz gecontracteerd te worden.

In de Wlz hebben vinden het vpt en het pgb hun wettelijke verankering. Daarmee is de mogelijkheid geschapen om vanuit de cliëntzijde innovatief aanbod te stimuleren. Ook zal in de Wlz ingezet worden op meerjarige contracten, waardoor aan zorgaanbieders meer zekerheid kan worden geboden, waardoor investeren in innovatieve zorg aantrekkelijker wordt.

Met zorgkantoren is, ook nu onder het regime van de AWBZ, afgesproken dat nieuwe aanbieders een reële kans wordt geboden op een contract. Daar staat dan wel tegenover dat zij op hun beurt overtuigend dienen aan te tonen dat er daadwerkelijk sprake is van een innovatief aanbod dat een meerwaarde heeft in relatie tot het bestaande aanbod. Overigens, ook veel bestaande aanbieders staan vanzelfsprekend niet stil en werken aan vernieuwing van hun zorgaanbod. Met de Wlz wordt ook een wettelijke basis gegeven voor een amvb die het mogelijk maakt om sterker op de inkoop en daarmee ook op die van innovatieve zorg te sturen, mocht daaraan onverhoopt door zorgkantoren onvoldoende inhoud gegeven worden. Daarnaast kent de Wlz in tegenstelling tot de AWBZ een experimenteerartikel met als doel innovatie in de langdurige zorg te stimuleren. Binnenkort zal de Tweede Kamer een brief ontvangen over de voornemens met betrekking tot de innovatie van zorg.

De leden van de VVD-fractie hebben de regering gevraagd of iedereen die toegang krijgt tot de Wlz erop kan rekenen dat hij of zij de benodigde zorg ook kan krijgen. In haar beantwoording gaat de regering in op de wettelijke mogelijkheden van het pgb en het vpt. Echter, de vraag van deze leden had betrekking op passende zorg in natura. Dit mede naar aanleiding van het feit dat in de AWBZ tot op heden nog steeds een aantal mensen niet terecht kan bij passend aanbod in natura. Genoemde leden willen graag weten of deze problematiek in de Wlz wordt opgelost. Kan de regering nogmaals antwoord geven op deze vraag, specifiek ten aanzien van zorg in natura?

In de Wlz, is er net als bij de AWBZ, recht op zorg. De Wlz-uitvoerder heeft, net als het zorgkantoor in de AWBZ, zorgplicht. Vanuit deze verantwoordelijk dient passende zorg te worden aangeboden. Als zij deze verantwoordelijkheid onvoldoende nemen worden zij hierop aangesproken. In de zorginkoop moet voldoende aandacht zijn voor nieuwe, innovatieve zorgaanbieders die bewezen hebben een meerwaarde te bieden ten opzichte van de bestaande aanbieders. In de zorginkoop 2015 hebben de zorgkantoren eisen aan de nieuwe aanbieders sterk geüniformeerd.

De leden van de VVD-fractie vragen of de regering hierbij kan betrekken dat naar schatting van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) er op dit moment jaarlijks 60 tot 70 cliënten met een complexe zorgvraag zijn die te lang moeten wachten op een plaats of waarvoor geen passende plek is. In hoeverre is er contact (geweest) met het CCE om een dergelijke situatie onder de Wlz te voorkomen?

Mede naar aanleiding van het overleg met de Kamer over cliënten met complexe zorgvragen heb ik in overleg met het veld gekeken naar de oorzaken voor het soms (te) lang moeten wachten op een passende plek voor deze groep cliënten. De belangrijkste oorzaken hiervoor zijn onvoldoende passend zorgaanbod als gevolg van een gebrek aan kennis bij hulpverleners en onvoldoende aanbod in de regio. De bekostiging van de zorg of (de wijzigingen in) het zorgstelsel speelt mijns inziens veelal geen of een ondergeschikte rol. In overleg met veldpartijen, waaronder het CCE, bekijk ik nu hoe deze knelpunten rond de complexe zorg zijn op te lossen. Ik zal de Kamer hierover zeer binnenkort nader informeren in mijn brief naar aanleiding van het verzoek van de commissie om een reactie op de recent uitgezonden documentaire over de jongen Dexter.

De regering geeft aan dat, net als in de AWBZ, een pgb-plafond wordt ingesteld. De leden van de VVD-fractie hebben hierover de volgende vragen: Wie stelt dit plafond vast? Welk deel van de beschikbare middelen wordt op deze manier «gereserveerd» voor het pgb?

Net als in de huidige situatie zal onder de Wlz het pgb-plafond worden vastgesteld door de Minister van VWS. Het pgb-plafond, als onderdeel van het totale budgettaire kader voor de Wlz, bedraagt in 2015 € 900 miljoen.

De geeft de regering aan dat onbenutte middelen voor naturazorg gebruikt kunnen worden om het pgb-plafond op te hogen. De leden van de VVD-fractie vragen of dit andersom ook mogelijk is: mogen zorgkantoren onbenutte pgb-middelen inzetten om zorg in natura te kopen? Zo nee, waarom niet? Op welk moment in de tijd / in het jaar mogen zorgkantoren besluiten middelen «over te hevelen» van zorg in natura naar het pgb? De leden van de VVD-fractie vragen hoe zorgkantoren op dat moment al kunnen weten of er sprake is van «onbenutte» middelen.

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 zorgkantorregio'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 zijn er twee momenten. Het eerste moment is op advies van de NZa. Ik heb de NZa gevraagd om mij in mei 2015 te informeren over de ontwikkelingen in de contracteerruimte 2015 en de regionale ruimtes voor het pgb. 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 de betreffende zorgkantoren. De verzoeken hiertoe dienen de zorgkantoren in bij het aanleveren van de definitieve productieafspraken over het lopende jaar. Voor het jaar 2015 is dit op 1 november 2015. 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.

In de nota naar aanleiding van het verslag lezen de leden van PvdA-fractie dat volgens de regering de ambitie om de zorg te veranderen, niet klaar is met deze wet. Met de Wlz in de hand kan volgens de regering een stap verder worden gekomen. Genoemde leden willen hierbij nogmaals hun teleurstelling benadrukken over deze koers van de regering. De hervormingen in de langdurige zorg bieden volgens deze leden inderdaad een mogelijkheid tot vernieuwing, transparantie en minder bureaucratie, maar met deze Wlz wordt de bal vervolgens bij de partijen in het veld neergelegd. De leden van de PvdA-fractie hadden echter liever gezien dat de Wlz geen ruimte zou kunnen bieden om deze mogelijkheid verder niet op te pakken, maar dat de Wlz de stok achter de deur bij de partijen in het veld zou zijn om zorginnovatie te realiseren. Kan de regering aangeven welke doelstellingen zij verwacht te behalen na het invoeren van dit voorliggende wetsvoorstel? Hoe ziet zij de vernieuwing, en daarmee de verbetering van de zorg, voor zich, die de cliënten na het eerste jaar van de invoering van de Wlz zullen ervaren? Kan de regering aangeven welke

van deze vernieuwingen door de invoering van de Wlz zullen worden bereikt, en welke vernieuwingen door het veld zullen moeten worden ingezet?

Het wetsvoorstel vormt het sluitstuk van de brede hervorming van de langdurige zorg, die tot doel heeft de kwaliteit van zorg en ondersteuning te verbeteren, de financiële houdbaarheid te vergroten en de zelf- en samenredzaamheid van burgers te versterken. Invoering van de Wlz alleen is echter niet genoeg om langere actieve participatie en een grotere zelfstandigheid en zelfredzaamheid bij burgers te bewerkstelligen. Dit vereist een cultuurverandering bij zowel cliënten als zorgverleners. Cultuurveranderingen kosten tijd. Daarnaast kies ik er met het oog op een zorgvuldige invoering voor om in de uitvoeringsstructuur van de Wlz in 2015 nog niet alle wijzigen door te voeren. Met het oog op zorgvuldigheid kies ik voor een gefaseerde invoering. Dit is toegelicht in de brief aan de Kamer van 27 juni jl.

Ik verwacht dat de Wlz op een aantal vlakken verbeteringen brengt ten opzichte van de AWBZ. De Wlz sluit beter dan de AWBZ aan bij de huidige tijdgeest. De AWBZ uit 1968 is gedateerd. De Wlz biedt – net als de huidige AWBZ – een wettelijk recht op intensieve, vaak intramurale zorg wanneer ondersteuning en/of behandeling, verpleging of verzorging in de thuissituatie niet meer volstaat. Daarnaast biedt de Wlz een wettelijke verankering van het pgb en het vpt. Hiermee ontstaat een wettelijk recht op het scheiden van wonen en zorg en krijgen cliënten de mogelijkheid om de zorg te laten aansluiten bij hun eigen wensen op het gebied van wonen, of dat nu thuis is of in een instelling. De Wlz zorgt ook voor een duidelijker verantwoordelijkheidsverdeling tussen het Rijk, de Wlz-uitvoerders en de zorgkantoren. Er is meer ruimte voor de professionals in de zorg door het duidelijke onderscheid tussen de indicatie en het zorgplan. Hierdoor wordt de te leveren zorg minder bepaald door het indicatiebesluit en meer door een gesprek over de individuele zorgbehoefte. Tot slot biedt de Wlz meer ruimte voor innovatie en experimenten doordat er een experimenteerartikel in de wet is opgenomen. De meerwaarde van de Wlz ten opzichte van de huidige AWBZ wordt door deze vijf pijlers gevormd en vormen samen de kern van het wetsvoorstel.

De Wlz is geen «stok achter de deur» maar een drager van verandering. De wet biedt ruimte maar cliënten en zorgverleners moeten deze ruimte zelf benutten. Ter illustratie: de regering reikt met de Wlz een experimenteerartikel aan. Zorgaanbieders moeten zelf een beroep doen op dit artikel. Ook is in de Wlz het zorgplan als instrument voor cliënten wettelijk verankerd. Cliënten moeten zelf in gesprek met zorgaanbieders aangeven hoe zij hun leven willen inrichten.

Tot slot merk ik nog op dat ik voornemens ben de noodzakelijke verbetering en vernieuwing waarvoor de Wlz het fundament legt, krachtig te stimuleren en waar nodig af te dwingen. Zo zal ik het initiatief nemen voor een aangepaste bekostigingssystematiek, waarmee de bekostiging meer op maat van de individuele zorgvrager wordt gesneden. Het feit dat hiervoor geen aanvullende wettelijke basis gelegd hoeft te worden, doet niets af aan mijn ambitie in dezen. Ik ben inmiddels in overleg met Actiz over het starten van pilots op dit terrein. Verder zal ik ook een pilot starten waarin zowel de verdere stappen in het reduceren van de administratieve lasten in het proces van de inkoop van langdurige zorg, de opschaling van zorgkantorregio's als de ontwikkeling van meerjarige overeenkomsten centraal staan. Ik heb zorgverzekeraar en zorgkantoor DSW daartoe bereid gevonden.

De leden van de SP-fractie hebben een vraag over de toegankelijkheid van de Wlz. De regering stelt dat mensen een levenslange zorgvraag dienen te hebben om zorg te kunnen ontvangen uit de Wlz. Echter vragen deze leden wat de regering hier nu precies beoogt. Geldt dat voor mensen die 24-uurs toezicht nodig hebben of geldt dit voor alle mensen die aangewezen zijn op levenslange zorg en ondersteuning? Kan de regering daarover duidelijkheid geven?

Het wetsvoorstel Wlz beoogt waarborgen te bieden voor behoud of verbetering van kwaliteit van leven van mensen die – ook met steun van de eigen omgeving – niet meer zelfredzaam kunnen zijn. De meest zorgbehoevenden krijgen recht op passende zorg en verblijf op grond van de Wlz. Het gaat dan om mensen die blijvend permanent toezicht nodig hebben of blijvend 24 uur per dag zorg in de nabijheid (om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen). Mensen die blijvend zijn aangewezen op zorg en ondersteuning maar waarbij zorgbehoefte niet zo zwaar is dat deze 24-uurs toezicht of permanent toezicht vereist, kunnen voor hun zorg en ondersteuning een beroep doen op de gemeenten en de zorgverzekeraar.

De leden van de SP-fractie vinden het onacceptabel dat de regering geen gegevens paraat heeft over het aantal mensen dat gedwongen moet verhuizen, doordat zorginstellingen sluiten. De regering bezuinigt fors op de toegang voor zorg in instellingen, huishoudelijke verzorging en de dagbesteding en heeft daar kennelijk geen enkel cijfer over paraat. Genoemde leden vragen de regering de gevraagde gegevens in kaart te brengen en de Kamer voor de plenaire behandeling hierover te informeren.

Ik heb bij meerdere gelegenheden vragen gekregen over het aantal mensen dat moet verhuizen als gevolg van het sluiten van zorginstellingen. Er wordt landelijk geen overzicht bijgehouden met verzorgingshuizen die sluiten of cliënten die als gevolg daarvan moeten verhuizen. Op basis van een recente enquête onder haar leden heeft ActiZ aangegeven dat er in het afgelopen jaar enkele tientallen verzorgingshuizen zijn gesloten. Overigens was ook in voorgaande jaren de trend al zichtbaar dat mensen langer thuis bleven wonen. Tussen 1980 en 2010 is het aantal verzorgingshuisplaatsen afgenomen van 150.000 naar ongeveer 84.000. Dat betekent in de afgelopen 30 jaar een afname met gemiddeld 2.200 verzorgingshuisplaatsen per jaar, hetgeen overeen komt met ongeveer 30 locaties per jaar. Ook in de komende jaren zullen er instellingen gaan sluiten. Hoeveel precies is niet op voorhand te zeggen; dat is afhankelijk van meerdere factoren zoals de mate waarin het gebouw voldoet aan veranderende wensen van de cliënten en de eisen van deze tijd.

In de transitieagenda langer zelfstandig wonen die de regering op 4 juni 2014 aan de Kamer heeft gezonden, is aangegeven dat er eind 2013 in de sector verpleging en verzorging nog ongeveer 26.000 mensen met een lichter ZZP (ZZP VV 1 t/m 3) in een instelling verbleven. Dit aantal zal in de nabije toekomst geleidelijk afnemen doordat cliënten met een licht ZZP niet meer kunnen instromen.

Dat betekent echter niet dat al de verzorgings- en verpleeghuizen waar deze mensen nu wonen per direct gaan sluiten en de mensen als gevolg daarvan moeten verhuizen. Dat zal geleidelijk gaan en een deel van de instellingen zal zich kunnen gaan richten op het verlenen van zorg aan de zwaardere doelgroepen of kan zich omvormen tot een modern woonzorgcentrum waarbij cliënten een appartement huren en extramurale zorg en ondersteuning op maat kunnen ontvangen. Het genoemde aantal cliënten in ZZP VV 1 t/m 3 kan wel dienen om een beeld te krijgen van de reikwijdte van de maatregel gericht op het extramuraliseren van de lichtere ZZP's in de ouderenzorg.

De regering heeft grote woorden over het belang van de continuïteit van zorg bij de overgang van AWBZ-zorg naar de Wmo, Zvw en de Wlz. Maar hoe gaat de regering hiervoor zorgen, zo vragen de leden van de SP-fractie. Indien dergelijke goede voorzieningen, zoals een casemanager dementie niet wordt ingezet, hoe kan de continuïteit van zorg dan gewaarborgd worden? En hoe kan een overdracht professioneel verlopen, als dergelijke belangrijke voorzieningen wegbezuinigd worden? Kan de regering dat uitleggen? Kan de regering tevens toelichten waarom de casemanager dementie geen onderdeel meer is van de Wlz? Waar krijgt deze dan een plek?

De regering deelt deze zorgen niet. Indien een persoon met dementie een indicatie krijgt voor Wlz-zorg en van huis naar een instelling verhuist of kiest voor een volledig pakket thuis, is het een kenmerk van goede zorg dat er een verantwoorde overdracht is tussen de zorgverleners die op basis van de Zvw (thuis)zorg verleenden en de zorgverleners die deze zorg op basis van de Wlz overnemen. Daarbij hoort dat een casemanager die deze persoon bijstond in de thuissituatie zorgt voor een goede overdracht aan de nieuwe zorgverleners.

De leden van de SP-fractie maken zich grote zorgen over de samenwerking tussen de verschillende professionals in de zorg. Zij nemen als voorbeeld dat de specialist ouderengeneeskunde, de geriater en de huisarts niet geborgd worden in de Wlz. Op welke wijze ziet de regering een goede samenwerking tussen deze verschillende disciplines, kan de regering daar meer duidelijkheid over geven? Hoe worden deze functies geborgd?

Kwalitatief goede zorg is vastgelegd in professionele standaarden. Het gaat hierbij om zorgstandaarden, richtlijnen en protocollen, ook multidisciplinair. Werken volgens professionele standaarden en daarmee het leveren van kwalitatief goede zorg in de Wlz omvat dus ook de samenwerking tussen verschillende disciplines. In de brief aan de Kamer van 12 juni jl. over de kwaliteit in verzorgings- en verpleeghuizen heb ik het belang onderstreept van deze interdisciplinaire samenwerking.

De regering geeft aan dat er nu een groter beroep wordt gedaan op formele zorg dan nodig is. Kan de regering dat nader toelichten, zo vragen de leden van de SP-fractie.

Sinds het ontstaan van de AWBZ in 1968 zijn er steeds meer zorgfuncties onder de AWBZ gebracht. Hierdoor hebben we in Nederland, zeker in vergelijking tot de ons omringende landen, een zeer uitgebreid pakket aan collectief gefinancierde zorg en ondersteuning. Van deze collectieve voorzieningen wordt door mensen veel gebruik gemaakt. Met de hervorming van de langdurige zorg wil de regering de zorg zo dicht mogelijk bij mensen organiseren. Als zorg dicht bij mensen wordt georganiseerd is naar verwachting minder formele zorg nodig dan nu het geval is. Problemen kunnen vaak al in eigen omgeving worden opgelost. Dit is een van de pijlers van de nieuwe Wmo.

In eerste instantie zoeken mensen die behoefte hebben aan (incidentele) ondersteuning meestal zelf naar oplossingen. Familie, buren vrienden en kennissen kunnen vaak – dat wijst de praktijk van de mantelzorg uit – heel goed bijdragen aan het voorkomen of uitstellen van een vraag om professionele hulp zonder dat het welbevinden daar onder lijdt. Neemt de behoefte aan ondersteuning of zorg toe, dan kan het zijn dat de kwaliteit van leven is gediend met aandacht van buiten de eigen kring. Dat is het moment om de gemeente of de zorgverzekeraar te vragen of in bijvoorbeeld ondersteuning, begeleiding, verpleging of verzorging kan worden

voorzien. Daarbij blijft voorop staan dat deze hulp zoveel mogelijk het informele circuit versterkt en dat niet vervangt.

De regering heeft een stelsel van langdurige zorg voor ogen waarin de rol van de overheid groter wordt naarmate mensen meer zorg nodig hebben en hun sociale netwerk minder op kan vangen. Daar waar de overheid haar verantwoordelijkheid neemt, dient echter ruimte te blijven voor de sociale omgeving. Nu in de AWBZ is het zo dat als cliënten eenmaal intramuraal verblijven de zorg op alle levensgebieden van hen wordt overgenomen. Dit gebeurt soms ook op gebieden waar dit niet nodig is omdat iemand over daarover zelf nog regie heeft of omdat er nog partners, mantelzorgers of vrijwilligers zijn die hierin een rol kunnen spelen. In de Wlz wil de regering meer ruimte bieden voor betrokkenheid van de eigen omgeving, ook als mensen in een instelling verblijven. De inzet van de omgeving is echter altijd vrijwillig en bij de indicatiestelling speelt deze geen rol (uitgezonderd de gebruikelijke zorg van ouders voor hun kinderen).

De leden van de SP-fractie constateren dat de regering geen cijfers paraat heeft van de kosten die de bureaucratie en verspilling in de zorg met zich mee brengen. Is de regering voornemens dit wel inzichtelijk te maken?

Er zijn inderdaad geen betrouwbare en valide schattingen beschikbaar over de kosten van bureaucratie en verspilling in de langdurige zorg. Het is dus niet mogelijk om dit inzichtelijk te maken. Ook internationaal is er geen goed vergelijkingsmateriaal. Meldingen die zijn gedaan bij het meldpunt verspilling in de zorg kunnen hiervoor ook niet als basis dienen. Meldingen zijn zeer divers van aard: vaak zijn het beschrijvingen van individuele ervaringen en worden er geen bedragen genoemd. Ook biedt de inhoud van de melding veelal geen aanknopingspunt voor een financiële schatting. Wel zijn op basis van meldingen concrete activiteiten gestart om verspilling aan te pakken, zoals het terugdringen van de registratielast op de werkvloer en het stimuleren van efficiëntere inkoop door zorginstellingen. We zullen goed kijken of de activiteiten tot aanvullend inzicht leiden over de opbrengst van de aanpak van verspilling op betreffende deelterreinen.

De leden van de SP-fractie vinden het niet acceptabel dat de bezoldiging van bestuurders op macroniveau niet bekend is. Waarom brengt de regering dit niet in kaart? Kan de regering dat nader toelichten?

Eind 2014 verschijnt de eerste jaarlijkse WNT-monitor van de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties over het verslagjaar 2013. Tot 2013 werden de topinkomens middels de Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (WOPT) inzichtelijk gemaakt. De WOPT werkte echter niet met het begrip bezoldiging, waardoor het niet mogelijk is om de WNT-norm op dit jaar toe te passen. Ik heb de Kamer in december 2013 een rapportage gestuurd over de topinkomens in de zorg over verslagjaar 2012¹. Deze rapportage biedt het meeste recente overzicht van de topinkomens in de zorg op macroniveau.

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat de regering onvoldoende antwoord heeft gegeven op de vraag hoe de mensen straks nog kunnen overzien voor welke zorg zij waar naartoe moeten. Hoe gaat de regering nu regelen dat mensen niet van het kastje naar de muur gestuurd gaan worden? En hoe gaat de regering voorkomen dat gemeenten en zorgverzekeraars niet naar elkaar gaan verwijzen, simpelweg om de kosten te drukken? Kan de regering daar een nadere toelichting op geven?

¹ Kamerstukken II, 30 111, nr. 66.

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 stelsels². Gemeenten worden op grond van het wetsvoorstel Wmo 2015 verantwoordelijk voor het bevorderen van de zelfredzaamheid en participatie van mensen. De zorg die verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop wordt opgenomen in het verzekerd pakket op grond van de Zvw. Alle vormen van jeugdhulp worden geconcentreerd bij gemeenten. Mensen komen in aanmerking voor langdurige zorg op grond van dit wetsvoorstel op basis van geobjectiveerde en zorginhoudelijke criteria, vastgesteld met een indicatiebesluit door het CIZ.

Het uitgangspunt is dat cliënten zo weinig mogelijk hinder ondervinden van de verschillende domeinen waaruit de zorg en ondersteuning kan worden geboden. Om die reden maken bijvoorbeeld zorgverzekeraars en gemeenten op regionaal niveau afspraken over de afstemming van zorg en ondersteuning. De gehele hervorming van de langdurige zorg en de nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling wordt uitgevoerd in samenspraak met de betrokken partijen, zoals cliëntenorganisaties, de beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden V&VN, de landelijke organisaties voor aanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars. Als onderdeel van deze werkafspraken voor de transitie is het communicatieplan «Naar een goede zorg die ons past» opgesteld³. Dit communicatieplan gaat uit van een coalitieaanpak waarbij cliëntenorganisaties, maar ook zorgverleners een belangrijke rol vervullen in het informeren van de huidige en toekomstige cliënten die zijn aangewezen op de verschillende vormen van zorg en ondersteuning.

De regering geeft in haar beantwoording aan dat zij geen reden ziet om te verwachten dat de decentralisaties op een fiasco uitdraaien. De leden van de SP-fractie vrezen daar wel voor. Hoe is de regering voornemens om ervoor te zorgen dat de overheveling van zorg vanuit de AWBZ naar de Wlz niet op een dergelijk waardeloze voorbereiding uitloopt, zoals dat momenteel wel gebeurt met de overheveling van jeugdzorgtaken naar de gemeenten? De regering heeft voor deze overheveling van de jeugdzorg inmiddels allerlei lapmiddelen ingesteld, terwijl meerdere rapportages aangeven dat gemeenten vanaf 2015 de continuïteit van zorg niet kunnen waarborgen. Wat is de regering precies voornemens om dergelijke problemen te voorkomen bij de overheveling van zorg naar de Wlz, Wmo en Zvw?

De regering hecht groot belang aan een zorgvuldige hervorming van de langdurige zorg. Om die reden heb ik samen met de cliëntenorganisaties NPCF, leder(in), landelijk platform GGZ, de organisaties voor aanbieders ActiZ, BTN, GGZ Nederland, Federatie Opvang, VGN, de landelijke koepelorganisaties ZN en VNG en de beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden V&VN werkafspraken gemaakt over een gezamenlijke aanpak van de transitie⁴. Deze werkafspraken hebben tot doel de transitie zo voorspelbaar, beheersbaar en zorgvuldig mogelijk vorm te geven.

Ik merk in mijn gesprekken met de mensen die dagelijks bij zorginstellingen, aanbieders, gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren werken aan de voorbereidingen op de invoering van dit wetsvoorstel, maar ook

² Kamerstukken II, 29 538, nr. 152.

³ Kamerstukken II, 30 597, nr. 428, bijlage 310990.

⁴ Kamerstuk, 30 597 en bijlagen.

de overheveling van delen van de zorg naar de Zvw, het wetsvoorstel Wmo 2015 en de nieuwe Jeugdwet, dat zij deze werkzaamheden met een groot verantwoordelijkheidsgevoel, een sterke betrokkenheid en veel zorgvuldigheid verrichten. Ook de transitie van de AWBZ naar de Wlz zal in 2015 op een verantwoorde wijze plaatsvinden. Met betrokken partijen is overleg gevoerd over de gewenste stapsgewijze aanpak. Op verzoek van de Kamer is hierover op 27 juni jl. een brief gestuurd.

De regering stelt dat in verband met de eigen bijdrage voor de persoonsgebonden budgetten wordt aangesloten bij de lage intramurale bijdrage conform het vpt. Zodoende krijgen de laagste inkomens een korting van € 136 en betalen zij € 20 per maand. De leden van de CDA-fractie willen graag meer inzicht in deze keuze van de regering en vragen of de lage intramurale eigen bijdrage ook rekening houdt met de situatie dat mensen die een pgb hebben een andere gezinssamenstelling hebben. Bijvoorbeeld opgroeiende kinderen in huis et cetera. Is hier rekening mee gehouden? Genoemde leden herkennen een mogelijk perverse prikkel van deze keuze van de regering namelijk dat een persoonsgebonden budget erg aantrekkelijk wordt. Ziet de regering dit ook?

Met de overhevelingen naar Zvw en Wmo verdwijnt de extramurale zorg en daarmee de extramurale eigen bijdrage. Voor pgb-houders in de Wlz betekent dit dat zal worden aangesloten op een andere eigen bijdrage systematiek. Er is voor gekozen om, conform het volledig pakket thuis, aan te sluiten op de lage intramurale eigen bijdrage en hierop € 136 pgb-af trek in mindering te brengen. Door aan te sluiten op al bestaande systematiek blijft de uitvoering van de eigen bijdrage eenvoudig. Ook wordt met de pgb-af trek er voor gezorgd dat de inkomensgevolgen voor de laagste inkomens beperkt zijn. Verder wordt bij de lage intramurale eigen bijdrage rekening gehouden met het mogelijk onderhouden van kinderen. Bovendien wordt het inkomen en vermogen van een eventuele partner meegenomen bij het bepalen van de hoogte van de eigen bijdrage. Het pgb wordt met deze maatregel niet zo zeer aantrekkelijker gemaakt dan in de huidige situatie reeds het geval is, omdat beoogd wordt de hoogte van de eigen bijdrage zo veel mogelijk gelijk te houden.

De regering stelt dat zij de premiegevolgen en de verdere gevolgen voor de burger in de brief van 4 maart 2014 heeft toegelicht.⁵ Maar hierin geeft de regering juist allerlei varianten aan, waardoor de Wlz-premie tussen de 9 en 11% kan uitkomen. Daarom stellen de leden van de CDA-fractie deze vraag opnieuw. Zij willen voor de plenaire behandeling van de Wlz weten wat de premie precies gaat doen, welke premie de burger gaat betalen en welke zorg hij daarvoor krijgt.

De Wlz-premie voor de jaren 2015, 2016 en 2017 zal worden gebaseerd op de uitgavenraming in de VWS-begroting 2015 en de actuele raming van het premieplichtig inkomen. Deze cijfers staan nog niet vast. Daarbij moet worden opgemerkt dat de raming van het premieplichtig inkomen mede afhankelijk is van de verwachte algemene economische ontwikkeling, waarover nog de nodige onzekerheid bestaat. Een nauwkeurigere indicatie dan dat de Wlz-premie naar zeer waarschijnlijk tussen de 9% en 11% uit zal komen valt op dit moment dan ook niet te geven. In het wetsvoorstel is in art. 3.1.1. geregeld welke zorg deel uitmaakt van het verzekerde pakket. Een verzekerde heeft recht op zorg voor zover hij volgens het indicatiebesluit van het CIZ daarop is aangewezen.

⁵ Kamerstukken II, 2013–2014, 30 597, nr. 424.

De leden van de CDA-fractie willen opnieuw weten waarom de regering van mening is dat er een groter beroep wordt gedaan op formele zorg dan nodig is. Zeker gezien de extramuralisering van de lagere zorgzwaartepakketten begrijpen deze leden dit standpunt van de regering niet. Zoals zij eerder stelden: niemand kiest voor zijn plezier om in een instelling te wonen. Dat doen mensen omdat het niet anders meer kan.

Sinds het ontstaan van de AWBZ in 1968 zijn er steeds meer zorgfuncties onder de AWBZ gebracht. Hierdoor hebben we in Nederland, zeker in vergelijking tot de ons omringende landen, een zeer uitgebreid pakket aan collectief gefinancierde zorg en ondersteuning. Van deze collectieve voorzieningen wordt door mensen veel gebruik gemaakt. Met de hervorming van de langdurige zorg wil de regering de zorg zo dicht mogelijk bij mensen organiseren. Als zorg dicht bij mensen wordt georganiseerd is naar verwachting minder formele zorg nodig dan nu het geval is. Problemen kunnen vaak al in eigen omgeving worden opgelost. Dit is een van de pijlers van de nieuwe Wmo.

In eerste instantie zoeken mensen die behoefte hebben aan (incidentele) ondersteuning meestal zelf naar oplossingen. Familie, buren vrienden en kennissen kunnen vaak – dat wijst de praktijk van de mantelzorg uit – heel goed bijdragen aan het voorkomen of uitstellen van een vraag om professionele hulp zonder dat het welbevinden daar onder lijdt. Neemt de behoefte aan ondersteuning of zorg toe, dan kan het zijn dat de kwaliteit van leven is gediend met aandacht van buiten de eigen kring. Dat is het moment om de gemeente of de zorgverzekeraar te vragen of in bijvoorbeeld ondersteuning, begeleiding, verpleging of verzorging kan worden voorzien. Daarbij blijft voorop staan dat deze hulp zoveel mogelijk het informele circuit versterkt en dat niet vervangt.

De regering heeft een stelsel van langdurige zorg voor ogen waarin de rol van de overheid groter wordt naarmate mensen meer zorg nodig hebben en hun sociale netwerk minder op kan vangen. Daar waar de overheid haar verantwoordelijkheid neemt, dient echter ruimte te blijven voor de sociale omgeving. Nu in de AWBZ is het zo dat als cliënten eenmaal intramuraal verblijven de zorg op alle levensgebieden van hen wordt overgenomen. Dit gebeurt ook op gebieden waar dit niet nodig is omdat iemand over daarover zelf nog regie heeft of omdat er nog partners, mantelzorgers of vrijwilligers zijn die hierin een rol kunnen spelen. In de Wlz wil de regering meer ruimte bieden voor betrokkenheid van de eigen omgeving, ook als mensen in een instelling verblijven. De inzet van de omgeving is echter altijd vrijwillig en bij de indicatiestelling speelt deze geen rol (uitgezonderd de gebruikelijke zorg van ouders voor hun kinderen).

De leden van de CDA-fractie vragen of de wens van maximaal 200.000 mensen in de intramurale zorg reëel is. Zij horen graag een nadere uitleg en concrete doelstellingen van de regering hoe zij dit doel wil bereiken.

Het getal van 200.000 mensen in de intramurale zorg is geen doel op zich, maar wel een aantal dat op basis van de gemaakte aannames reëel is. In de omvangrijke hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning houden de meest kwetsbaren in de samenleving aanspraak op intensieve zorg vanuit de Wlz. De ontwikkeling van het aantal mensen dat in de toekomst een plek zal vinden in een van de domeinen zal uitgebreid worden gemonitord en, indien noodzakelijk, zullen ook correcties van budgetten tussen diverse domeinen aan de orde kunnen zijn.

De regering geeft in de nota naar aanleiding van het verslag geen duidelijk antwoord op de vraag wat de meerwaarde van een Wlz-uitvoerder is ten opzichte van de bestaande zorgkantorenconstructie. Het oprichten van een speciale rechtspersoon hiervoor, noodzakelijk als de zorgverzekeraar geen zorgkantoorfunctie uitvoert, brengt extra administratieve lasten met zich mee, zonder dat hier kwaliteits- of andere voordelen tegenover lijken te staan. De leden van de CDA-fractie willen weten waarom een Wlz-uitvoerder dan toch nodig is. En als dat zo is: welke instrumenten heeft een Wlz-uitvoerder dan om de verantwoordelijkheid waar te maken met betrekking tot opdrachtverlening aan zorgkantoren? Deze leden vragen of het de bedoeling is dat alle taken gemandateerd worden aan de zorgkantoren.

Zoals bekend zijn de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ. De Nederlandsche Bank heeft in zijn rol van prudentieel toezichthouder op de zorgverzekeraars aangegeven het onverstandig te vinden om deze situatie binnen de Wlz te continueren. Op de redenen hiervoor is in paragraaf 2.6 van de memorie van toelichting ingegaan. Gezien het advies van De Nederlandsche Bank wordt in de Wlz de verantwoordelijkheid voor de uitvoering opgedragen aan rechtspersonen, de Wlz-uitvoerders, die niet tevens zorgverzekeraar mogen zijn (maar die wel met ten minste één zorgverzekeraar in een concern dienen te zitten). Zorgverzekeraars die op dit moment geen zorgkantoor hebben, zullen inderdaad binnen hun concern een Wlz-uitvoerder moeten (laten) oprichten indien zij de verantwoordelijkheid voor de Wlz-uitvoering van hun verzekerden binnen hun concern willen beleggen. Zij zijn echter niet verplicht om dit te doen. Artikel 2.2.1, tweede lid, van de Wlz regelt waar verzekerden zich voor de Wlz dienen in te schrijven indien hun zorgverzekeraar geen Wlz-uitvoerder binnen het concern laat oprichten.

Per regio zal een Wlz-uitvoerder worden aangewezen die in die regio ten aanzien van alle verzekerden die in die regio wonen de functie van zorgkantoor op zich neemt. Inderdaad is het de bedoeling dat de Wlz-uitvoerders die voor een bepaalde regio niet als zorgkantoor zijn aangewezen, hun uitvoeringstaken voor hun verzekerden die in die regio wonen, uitbesteden aan het zorgkantoor. Dat laat onverlet dat de Wlz-uitvoerders de eindverantwoordelijkheid voor de uitvoering van hun taken houden. In principe kunnen zij daarom in de uitbestedingsovereenkomst met het zorgkantoor beleidslijnen meegeven die dat zorgkantoor bij de uitvoering in acht neemt.

Voordeel van de nieuwe Wlz-systematiek is dat zorgkantoren de mogelijkheid hebben om onbenutte ruimte bij zorg in natura ook in te zetten voor het verhogen van het pgb-plafond. De leden van de PVV-fractie vragen hoe groot de regering die kans acht en wat gebeurt er anders met die onbenutte ruimte.

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 zijn er twee momenten. Het eerste moment is op advies van de NZa. Ik heb de NZa gevraagd om mij in mei 2015 te informeren over de ontwikkelingen in de contracteerruimte 2015 en de regionale ruimtes voor het pgb. Afhankelijk van dit advies zal ik een besluit over de contracteerruimte en het budgetplafond nemen. Een tweede mogelijkheid is het

schuiven tussen de regionale contracteeruimte en de beschikbare middelen voor pgb, op verzoek van de betreffende zorgkantoren. De verzoeken hiertoe dienen de zorgkantoren in bij het aanleveren van de definitieve productieafspraken over het lopende jaar. Voor het jaar 2015 is dit op 1 november 2015. Op dat moment weten Wlz-uitvoerders ook in hoeverre er nog middelen onbenut zijn ten aanzien van de contracteeruimte 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 contracteeruimte zorg in natura en pgb-plafond is alleen mogelijk als het binnen het totale beschikbare kader past.

De regering verwijst meerdere malen naar de ons omringende landen die minder geld uitgeven aan de langdurige zorg (onder andere OECD en SCP). Wanneer er echter naar de totale uitgaven aan zorg wordt gekeken, exclusief de kapitaallasten, geven bijvoorbeeld Nederland en Frankrijk evenveel uit aan zorg (beide 11,2 % van het bbp). De leden van de PVV-fractie vragen waarom de regering nu een ander beeld schetst dan in haar brief van 27 mei 2013.⁶

In de brief van 27 mei 2013 is op basis van cijfers van de OECD een vergelijking gemaakt van de zorguitgaven van cure en care in Nederland en Frankrijk in 2010. De in de tabel genoemde 11,2% voor Nederland en Frankrijk hebben betrekking op totale zorguitgaven van zowel curatieve zorg als langdurige zorg. In tabel 1 is een onderverdeling naar vier sectoren weergegeven, waaronder de langdurige zorg. Het beeld is dat zowel in Frankrijk als Nederland veruit het grootste deel van de genoemde 11,2% betrekking heeft op curatieve zorg, maar dat de uitgaven aan «long term care» in Nederland hoger zijn dan in Frankrijk. De OECD actualiseert deze cijfers met enige regelmaat. De database geeft als percentage voor 2011 voor Nederland 3,7% en voor Frankrijk op 1,7%. Dat zijn bijna dezelfde percentages die in de brief van 27 mei 2013 zijn genoemd.

De cijfers die zijn opgenomen in de nota naar aanleiding van het verslag, zijn een update van de cijfers die het SCP heeft gepubliceerd in tabel 2.5 van het recente rapport «Who cares in Europe». Ook deze cijfers zijn afkomstig van de OECD. Ook hieruit blijkt dat de uitgaven aan langdurige zorg in Nederland hoger zijn dan in Frankrijk. Er is wel een iets andere benadering gevolgd.

Het SCP heeft in tabel 2.5 van het rapport deze reeksen tezamen aangeduid als «long term care», maar zij omvatten meer uitgaven dan wat in de brief van 27 mei is verstaan onder «langdurige zorg». De in de tabel 2.5 van het SCP genoemde percentages bij «ambulant (home) care provisions» bedragen voor Nederland 2,2% en voor Frankrijk 3,2% en komen overeen met hetgeen in tabel 1 in de brief van 27 mei is genoemd als uitgaven exclusief kapitaallasten onder kolom «Ambulante Zorgaanbieders». De in de tabel 2.5 van het SCP genoemde percentages bij «Residential care provisions» bedragen voor Nederland 2,6% en voor Frankrijk 0,7% en komen overeen met hetgeen in tabel 1 in de brief van 27 mei jl. is genoemd als uitgaven exclusief kapitaallasten onder kolom «Verpleeg- en verzorgingshuizen».

De in tabel 1 genoemde cijfers in de brief van 27 mei jl. en de cijfers uit de Nota naar aanleiding van het verslag zijn dus met elkaar in overeenstemming, maar het cijfer van het SCP omvatte een bredere definitie. Het beeld dat Nederland meer geld uitgeeft aan langdurige zorg dan Frankrijk is niet veranderd.

⁶ Kamerstukken II, 2012–2013, 30 597, nr. 299.

Wel kan worden gesteld dat Nederland in vergelijking met de ons omringende landen een vrij laagdrempelig systeem van langdurige zorg heeft, vooral voor de verblijfszorg, zo stelt de regering. Is het niet zo, dat dit geen geval is van laagdrempelige toegang, maar het niet scheiden van wonen en zorg, zoals in ons omringende landen, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

Nederland heeft in vergelijking met de ons omringende landen een laagdrempelig systeem van langdurige zorg. Welke drempels hebben de ons omringende landen die Nederland niet heeft, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

Een laagdrempelige collectieve verzekering nodigt zowel cliënten als zorgaanbieders uit om te kiezen voor inzet van langdurige AWBZ-zorg terwijl er buiten de aansprakensfeer van de AWBZ ook alternatieve, mogelijk tijdelijke en goedkopere oplossingen mogelijk zijn om problemen op te lossen. Hoezo laagdrempelig? De leden van de PVV-fractie vragen waarom de regering toch keer op keer uitgaat van de aanname dat mensen ten onrechte aanspraak maken op de AWBZ. Denkt de regering nu echt, dat iemand voor zijn plezier in een instelling gaat wonen? Denkt de regering niet dat als het mogelijk is mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen?

De toegang tot het stelsel van langdurige zorg is verschillend geregeld in de ons omringende landen. Meerdere vergelijkende studies maken dit inzichtelijk. Recentelijk heeft het SCP het rapport «Who cares in Europe» uitgebracht. Kenmerkend voor het Nederlandse, Deense en Zweedse systeem is dat de centrale overheid veel verantwoordelijkheid heeft voor langdurige zorg, terwijl in andere landen het vooral gaat om een verantwoordelijkheid van de familie of een gedeelde verantwoordelijkheid (p.33 e.v.). Dit verklaart mede de uitkomst dat ten opzichte van andere landen verhoudingsgewijs meer cliënten met lichtere beperkingen formele zorg krijgen. Daarmee is geenszins gezegd dat mensen ten onrechte gebruik maken van het systeem. Wel kan worden gesteld dat de toegang tot de langdurige zorg in Nederland verhoudingsgewijs laagdrempelig is. Ten aanzien van de capaciteit van intramurale ouderenzorg geeft het SCP-rapport aan dat deze in vergelijking met andere landen vrij hoog is (Figuur 2.3) en het percentage ouderen dat zelfstandig woont vrij laag is (p. 16). Dit wijst erop dat in Nederland vaker dan in andere landen voor oplossingen via de collectief gefinancierde tehuizen wordt gekozen.

Al jarenlang stijgen de uitgaven aan langdurige zorg harder dan het nationaal inkomen. De betaalbaarheid van ons systeem staat dan ook onder druk. De hervorming van de langdurige zorg is gericht op het anders organiseren van de langdurige zorg: het bieden van maatwerk op lokaal niveau. Andere landen kiezen voor lage vergoedingen en hogere eigen bijdragen dan thans gebruikelijk is in de AWBZ in Nederland. De langdurige zorg in Duitsland is er bijvoorbeeld sterk op gericht dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. In Duitsland zijn vergoedingen verhoudingsgewijs laag waardoor het sterke prikkels bevat om niet te kiezen voor professionele zorg maar terug te vallen op hulp van familie of lokaal georganiseerde organisaties. De drempel voor intramurale zorg is aanzienlijk hoger dan in Nederland. Bij opname in een tehuis vergoed de Pflegeversicherung weliswaar een deel van de zorgkosten, maar de verblijfskosten zijn voor rekening van de cliënt. Doordat een opname in Duitsland gepaard gaat met forse bijbetalingen kiezen cliënten steeds vaker voor oplossingen buiten de instelling. Van de 300.000 allerzwaarste cliënten in Duitsland die in aanmerking komen voor de hoogste klasse (Stufe III) kiest ongeveer de helft voor oplossingen in de thuissituatie (Pfleigestatistik 2011, Tabel 1.1 p.9).

Ook het maatschappelijke veld onderkent dat de langdurige zorg anders moet. Zo hebben onder meer cliënten- en patiëntenorganisaties, ActiZ en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) hun toekomstvisie kenbaar gemaakt. Hoe verklaart de regering dan het collectieve «nee» van dit maatschappelijke veld, tijdens de rondetafelgesprekken over deze wet, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

Betrokken partijen hadden vooral bedenkingen bij de ambitie en het tempo van invoering van de Wlz. Omwille van een zorgvuldige transitie en een verantwoorde uitvoering van de Wlz in 2015 is overleg gevoerd met partijen die bij deze uitvoering betrokken zijn. Dit heeft geleid tot een aantal condities waaronder een verantwoorde invoering van de Wlz per 1 januari 2015 mogelijk is. Op verzoek van de Kamer is hierover op 27 juni jl. een brief gestuurd.

De regering is van mening dat de AWBZ vastloopt in steeds ingewikkeldere regelgeving. Verdere aanpassingen binnen de AWBZ zijn ontoereikend om aan die situatie een einde te maken. De genoemde regelgeving is ooit ingevoerd, dus waarom kan daar niet in geschrapt worden, zonder een heel systeem omver te werpen, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

In 2012 heeft mijn ambtsvoorganger een oproep gedaan bij instellingen om melding te maken van ingewikkelde regelgeving. Mede naar aanleiding van deze meldingen is een traject gestart om onnodige regels af te schaffen en zijn de experimenten regelarm (Erai) opgezet. Het verminderen van de regeldruk blijft een aandachtspunt ook binnen de Wlz.

In de transitieplannen zijn hierover afspraken vastgelegd. Het gaat hierbij vooral om afspraken om overbodige regels en administratieve verplichtingen te schrappen, het standaardiseren van de gegevensuitvraag, methoden van uitvraag en registratieverplichtingen en het benutten van de tussentijdse evaluatie van het experiment Regelarme instellingen en het programma Verspillig in de Zorg. Ook hebben betrokken organisaties afspraken gemaakt over het inrichten van een gezamenlijke organisatie van waaruit gestuurd wordt op een adequate informatievoorziening voor de periode vanaf 1 januari 2015 om regeldruk te verminderen.

Alleen het verminderen van de administratieve last is echter niet voldoende. Behalve het verminderen van de administratieve lasten en het vereenvoudigen van het systeem streeft de regering, meer doelstellingen na. De Wlz biedt – net als de huidige AWBZ – een wettelijk recht op intensieve, vaak intramurale, zorg wanneer ondersteuning en/of behandeling, verpleging of verzorging in de thuissituatie niet meer volstaat. Daarnaast biedt de Wlz een wettelijke verankering van het pgb en het vpt. Hiermee krijgen cliënten de mogelijkheid om de zorg te laten aansluiten bij hun eigen wensen op het gebied van wonen, of dat nu thuis is of in een instelling. De Wlz zorgt ook voor een duidelijker verantwoordelijkheidsverdeling tussen het Rijk, de Wlz-uitvoerders en de zorgkantoren. Er is meer ruimte voor de professionals in de zorg door het duidelijke onderscheid tussen de indicatie en het zorgplan. Hierdoor wordt de te leveren zorg minder bepaald door het indicatiebesluit en meer door een gesprek over de individuele zorgbehoefte. Tot slot biedt de Wlz meer ruimte voor innovatie en experimenten doordat er een experimenteerartikel in de wet is opgenomen. De meerwaarde van de Wlz ten opzichte van de huidige AWBZ wordt door deze vijf pijlers gevormd, die samen de kern van het wetsvoorstel vormen.

De concrete meldingen binnen het experiment regelarm werken hadden veelal te maken met de extramurale productindeling van de AWBZ (functies/klassen) waarop werd ingekocht, tijdgeschreven, gedeclareerd en verantwoord en die onvoldoende aansluit op de aan de cliënt te leveren zorg. Volgens de regering kan dit niet geregeld worden binnen de AWBZ. De leden van de PVV-fractie vragen dan toch, waarom een organisatie als buurtzorg dit wel kan binnen de huidige AWBZ. Is hier niet gewoon sprake van onwil en de drang om te bezuinigen?

De doelstellingen van de hervorming van de langdurige zorg zijn het tot stand brengen van meer kwaliteit, bevorderen van een meer betrokken samenleving en realiseren van financieel houdbare voorzieningen. Een van de manieren om deze doelstellingen te bereiken is het verminderen van de administratieve lasten. De vermindering van de administratieve lasten door het wegnemen van extramurale functies, tijdschrijven en daarop declareren is slechts onderdeel van het bereiken van de doelstellingen van de hervorming van de langdurige zorg. Het gaat ook over het beter organiseren van de eerste lijn (door het overhevelen van de verpleging en de verzorging naar de zorgverzekeraars) en het realiseren van integraal maatwerk binnen het sociale domein (door de decentralisatie van de begeleiding).

In het experiment regelarme instellingen van Buurtzorg wordt gewerkt met een inkoopmodel, een extramurale functie/prestatie en een tarief. Wel wordt in het experiment nog tijdgeschreven onder andere voor de eigen bedrijfsvoering. De leerervaringen uit het experiment zullen worden meegenomen bij het vervolg van de hervorming van de langdurige zorg.

Op het gebied van kwaliteit waren er diverse meldingen die betrekking hadden op regels en toezicht die verhinderden dat de cliënt «net als thuis» binnen de instelling kan wonen. Met versoepeling van deze regels is binnen de AWBZ via het experiment regelarme instellingen (ERA) verkend welke mogelijkheden bestaan om deze regeldruk weg te nemen. Waarom is hier niet op gewacht, zo vragen de leden van de PVV-fractie, in plaats van een rigoureuze stelselwijziging?

Inderdaad zijn er meerdere zorgaanbieders in het kader van het experiment regelarme instellingen doende de zorg zo veel mogelijk «net als thuis» vorm te geven voor cliënten die in instellingen wonen. De leerervaringen uit deze experimenten zijn ook bruikbaar binnen het wettelijk kader van de Wlz. De experimenten leveren echter niet het inzicht op dat de doelen van de hervorming van de langdurige zorg ook zonder wetswijziging gerealiseerd kunnen worden.

De instelling kan niet verplichten hand- en spandiensten te verrichten. Kan de regering dit garanderen, zo vragen de leden van de PVV-fractie. Er zijn al voorbeelden van zorginstellingen die dit wel doen, welke acties gaat de regering hierop nemen?

Mantelzorgers en vrijwilligers zijn belangrijk voor het welbevinden van mensen die afhankelijk zijn van zorg en ondersteuning. Dat geldt ook voor hen die zorg en ondersteuning ontvangen in een instelling. Bij familie is veel bereidheid om liefdevolle aandacht te geven, door bijvoorbeeld gezelschap houden van de groep, koken, wandelen of een spelletje doen. Dat blijkt onder andere uit de ervaringen bij instellingen als de Vierstroom in Gouda. Het gaat bij dergelijke vormen van netwerkparticipatie niet om het verplicht opleggen van taken. Een instelling kan het sociale netwerk van de bewoner niet verplichten tot het verrichten van taken. Verder geldt dat in de Wlz is geregeld dat de toegang alleen is gebaseerd op zorginhoudelijke criteria en geen rekening houdt met de eventuele inzet van mantelzorg.

De hervorming van de langdurige zorg is juist ingegeven om de solidariteit te behouden, zowel voor bestaande cliënten als voor toekomstige generaties. Kan de regering dit nader toelichten?

De regering vreest dat de uitgaven aan zorg bij ongewijzigd beleid als percentage van het bruto binnenlands product zullen verdubbelen. De solidariteit, hét fundament van ons zorgsysteem, komt zo in gevaar omdat de zorg voor de meest kwetsbare mensen dan niet meer gegarandeerd kan worden. Om de zorg voor – en de solidariteit met – de meest zorgbehoevende ouderen en gehandicapten in onze samenleving te kunnen blijven garanderen, is een ingrijpende hervorming van de langdurige zorg noodzakelijk.

Op de vraag «De leden van de PVV-fractie willen een uitgebreide berekening zien waaruit blijkt dat de uitgaven voor de langdurige zorg als percentage van het bruto binnenlands product zullen verdubbelen bij ongewijzigd beleid» hebben deze leden geen antwoord gekregen, maar alleen een grafiek. Genoemde leden willen alsnog deze uitgebreide berekening.

In antwoord op de vraag van de leden van de PVV-fractie om een uitgebreide berekening waaruit blijkt dat de uitgaven voor de langdurige zorg als percentage van het bruto binnenlands product zullen verdubbelen bij ongewijzigd beleid is een de Nota naar aanleiding van het Verslag bij de Wlz (Kamerstukken II, 2013/14, 33 891, nr. 9) een grafiek van de OECD opgenomen met daarin een internationale vergelijking van de kosten van de langdurige zorg. De leden van de PVV-fractie vragen alsnog om een uitgebreide berekening.

De verdubbeling van het aandeel van de kosten van de langdurige zorg in het bruto binnenlands product (bbp) tussen 2008 en 2050, die volgt uit de OECD-grafiek, is gebaseerd op gegevens afkomstig uit het 2009 Ageing Report van de Europese Commissie. In dit rapport worden de gevolgen van de vergrijzing voor de economie en de overheidsfinanciën van de verschillende EU-landen verkend. Verdubbeling van het aandeel van de kosten van de langdurige zorg in het bbp voor Nederland treedt in deze studie op in het scenario waarin de groei van de vraag naar langdurige zorg op dezelfde wijze wordt geaccommodeerd als in de huidige situatie.

Uit studies van onder ander het Centraal Planbureau (CPB) is bekend dat de reële groei van de uitgaven aan langdurige zorg – de groei bovenop de inflatie – de afgelopen jaren ruim 4% per jaar bedroeg. Een reële groei van het bbp van 2% per jaar wordt op de langere termijn als normaal gezien.

De Europese Commissie gaat voor Nederland uit van 3,4% als aandeel van de uitgaven aan langdurige zorg in het bbp in 2007. Het bbp bedroeg in 2007 circa € 570 miljard. Uitgaande van deze cijfers, een reële groei van de uitgaven aan langdurige zorg met 4% per jaar bij ongewijzigd beleid en een reële groei van het bbp met 2% per jaar stijgt het aandeel van de uitgaven aan langdurige zorg in het bbp tussen 2007 en 2050 van 3,4% naar 7,7%, een ruime verdubbeling. De reële uitgaven aan langdurige zorg vertonen in deze berekening een verviervoudiging in de periode 2007–2050, terwijl het bbp in deze periode in reële termen ruim twee keer zo hoog wordt.

Ook op de vraag van de leden van de PVV-fractie waarom er niet binnen de huidige AWBZ is gekeken naar alternatieven, die de kosten omlaag brengen zonder de mensen hun zorg af te pakken, is geen antwoord gegeven, dus stellen genoemde leden hierbij nogmaals deze vraag.

Het uitgangspunt van de regering is op een doelmatige wijze zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg te organiseren. De regering is ervan overtuigd dat alleen door een ingrijpende hervorming van de langdurige zorg de zorg beter bij de mogelijkheden en behoeften van de cliënt kan aansluiten. Daarmee kunnen tevens besparingen worden gerealiseerd die het stelsel van langdurige zorg houdbaar maken voor toekomstige generaties. Binnen het kader van de huidige AWBZ zijn daarvoor, naar het oordeel van de regering, onvoldoende mogelijkheden. Het afpakken van zorg is niet aan de orde. Iedereen die zorg nodig heeft kan deze ontvangen uit het domein dat daarvoor het meest geschikt is.

De regering stelt in antwoord op een vraag van de leden van de PVV-fractie dat het niet zo is dat 600.000 mensen de zorg kwijtraken die ze nu hebben. Velen zullen zorg krijgen uit een ander domein (Jeugdwet, Wmo, Zvw). Deze leden zijn van mening dat mensen de zorg die ze nu hebben dus wel kwijt raken. De «zorg» vanuit de Wmo is niet zeker, het recht op zorg is geschrapt, en die zorg is al helemaal niet te vergelijken met de huidige AWBZ-zorg, dus kan de regering nogmaals antwoord geven en dan eerlijk?

In mijn antwoord op eerder vragen van de PVV heb ik aangegeven dat het niet zo is dat 600.000 mensen de zorg kwijtraken die ze nu hebben. Ik blijf bij dat antwoord. Velen zullen zorg krijgen uit een ander domein (Jeugdwet, Wmo, Zvw) maar dat wil niet zeggen dat zij geen zorg ontvangen. In het rapport van de Algemene Rekenkamer «Hervorming AWBZ, een simulatie van de gevolgen» is aangegeven hoeveel personen die nu gebruik maken van AWBZ-zorg een beroep zouden kunnen gaan doen op zorg uit de Wlz, Wmo 2015, Zvw of het jeugddomein.

De Raad van State merkt in zijn advies op dat hij, gezien een aantal lopende wetsvoorstellen en de wens om bestaande regelgeving te actualiseren en om enkele veranderingen in het stelsel aan te brengen met het oog op de nieuwe situatie, begrijpt dat is gekozen voor een geheel nieuwe wet. De Raad begrijpt dat hiervoor gekozen is, maar heeft niet beoordeeld of er geen wijzigingen in de huidige AWBZ mogelijk zouden zijn geweest. Nogmaals de vraag van de leden van de PVV-fractie, waarop zij nu wel antwoord hopen te krijgen, waarom er niet gekeken is naar aanpassing van de huidige wet als het gaat om regelgeving, toegangscriteria et cetera.

Zoals in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel is aangegeven is de regering van mening dat de AWBZ zoals wij die nu kennen vastloopt in steeds ingewikkeldere regelgeving. Er is een groot gat ontstaan tussen de letter van de wet en de werking van de AWBZ in de praktijk. Door aanpassingen die in de wet, de lagere regelgeving en de uitvoeringspraktijk zijn doorgevoerd sinds 1968, is het systeem van de AWBZ als geheel een lappendeken geworden die niet goed meer wordt overzien. Er is behoefte aan een nieuwe volksverzekering die de huidige AWBZ uit 1968 vervangt. Een deel van de wijzigingen die met de Wlz worden beoogd zouden ook via aanpassingen van bestaande regelgeving kunnen worden bewerkstelligd. Daar is wel naar gekeken. Een groot deel van de elementen van de huidige AWBZ zijn in dit wetsvoorstel immers overeind gebleven. De AWBZ zou dan echter een lappendeken blijven en er zou geen recht worden gedaan aan de visie op de langdurige zorg en aan de wijzigingen die het stelsel van de langdurige zorg nodig heeft. Bovendien wenst de regering ook verbeteringen door te voeren die niet kunnen worden bereikt met een amvb, zoals het wettelijk regelen van de aanspraak op zorg.

De regering acht deze inbreuk op de persoonlijke levenssfeer, (dat voor de verstrekking van de medische gegevens van de verzekerde de hulpverleners aan het CIZ geen expliciete toestemming van de patiënt nodig is), van de verzekerde gerechtvaardigd. Dit op basis van wantrouwen in de mensen die zorg nodig hebben. De leden van de PVV-fractie blijven van mening dat iedere overdracht van medische gegevens alleen met toestemming van de cliënt mag plaatsvinden. Graag ontvangen zij een reactie.

Het CIZ kan haar taak als indicatiesteller alleen op een goede wijze uitvoeren als het over de benodigde informatie over de gezondheidstoestand van de verzekerde beschikt. De verzekerde zal doorgaans deze toestemming wel willen geven en de aanvraag van indicatie al zien als toestemming. Het CIZ maakt bij de indicatiestelling gebruik van reeds bestaande beoordelingen en diagnoses, om zich zo een volledig beeld te kunnen vormen van de zorgbehoefte en de persoonlijke situatie van de verzekerde. Het is vanuit het oogpunt van cliëntvriendelijkheid en administratieve lasten ook niet gewenst om de verzekerde aan additionele onderzoeken te onderwerpen. De mogelijkheid om de gegevensuitwisseling te laten plaatsvinden zonder toestemming van de betrokken verzekerde, past binnen de daarover gestelde regels in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (artikelen 7:457 en 7:464 van het Burgerlijk Wetboek), omdat wordt voorzien in een wettelijk voorschrift dat gegevensuitwisseling zonder toestemming van de betrokkene mogelijk maakt.

De leden van de D66-fractie houden ook na de beantwoording van de regering in de nota naar aanleiding van het verslag hun teleurstelling dat daadwerkelijke zorgvernieuwing en innovatie met voorliggend wetsvoorstel mogelijk uitblijft. Zij constateren dat de stap van een stelsel van een aanbodgerichte zorg naar een meer op de cliënt gerichte zorg met onderhavig wetsvoorstel slechts in beperkte mate wordt gezet. Het centraal stellen van de eigen regie van de zorgbehoevende kan bijvoorbeeld worden bereikt door een systeem van persoonsgebonden en persoonsvolgende budgetten, zoals voorgesteld door organisaties van zowel cliënten als zorgaanbieders. Deze leden vragen de regering op dit voorstel te reflecteren. Hoe kan en zal de organisatie en financiering van de zorg verbonden worden aan de indicatiestelling en wat betekent dit voor de eigen regie van mensen?

In reactie op eerdere vragen is reeds aangegeven dat in de huidige AWBZ diverse persoonsvolgende elementen kent.

- Een indicatie met verblijf van een cliënt is verbonden aan een zorgzwaartepakket en wordt op basis van de NZa-tarieven een vergoeding per ZZP vastgesteld.
- De invloed van de cliënt is afhankelijk van de leveringsvorm. Bij zorg in natura in een instelling kan de cliënt een keuze maken uit de gecontracteerde instellingen. Deze keuze is ook aanwezig bij het vpt.
- Bij het pgb kan de cliënt eventueel ook niet -door het zorgkantoor-geselecteerde aanbieders zelf contracteren.
- Bij de invulling van het zorgplan vindt plaats in dialoog tussen de cliënt en de zorgaanbieder.

In de Wlz wordt dit proces op een aantal punten verbeterd:

- het pgb wordt wettelijk verankerd;
- het vpt krijgt een volwaardig karakter (ook met het oog op vernieuwing van het zorgaanbod);
- de functies en klassen komen op termijn te vervallen en worden zzp's omgevormd tot zorgprofielen, waardoor de aanbieder meer ruimte krijgt om zelf het zorgpakket in te vullen.

De gevolgen voor aanbieders, de zorgmedewerkers en de cliënten zijn dat cliënten meer bestedingsmacht krijgen over de wijze waarop de zorgaanbieders de beschikbare middelen inzet. Deze bestedingsmacht zullen de cliënten veelal samen met de professionals inhoud gaan geven. Uit voorstellen van Actiz blijkt ook dat hierdoor een belangrijke vernieuwing van het zorgaanbod kan plaats vinden.

De leden van de D66-fractie lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat de zorgplanbespreking en het opstellen van het zorgplan een cruciaal onderdeel is van de Wlz. Op welke wijze wordt geborgd dat dit ook daadwerkelijk wordt gerealiseerd, zo vragen deze leden. Zij merken daarbij op dat in de praktijk van alledag zorgverleners geen of slechts zeer beperkt de tijd krijgen om het zorgplan bij te houden en het te bespreken.

Uit het rapport van de Inspectie «Verbeteren van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam» (juni 2014) blijkt dat niet het opstellen of bespreken van het zorgplan in de praktijk niet tot stand komt, maar het methodisch en systematisch omgaan met het zorgplan. Om die reden worden er op korte termijn acties ingezet om dat te verbeteren. Allereerst door de branche-organisatie zelf. ActiZ heeft voor haar leden het Zorgleefplanmodel ontwikkeld en recentelijk doorontwikkeld. In het vervolgotraject, onder meer ondersteund via leernetwerken en het Zorgverbeter Kennisplein VVT (V&VN, Vilans, ZonMw), wordt expliciet aandacht besteed aan het cyclisch werken met zorgplannen. Ten tweede wil de regering koplopers als voorbeeld gaan gebruiken. Er zal nog dit najaar nader onderzoek worden gedaan naar de wijze waarop zorgaanbieders die een goed voorbeeld zijn hun bedrijfsvoering, organisatie en kwaliteitssysteem hebben ingericht en in balans met elkaar hebben gebracht. Immers, wanneer de bedrijfsvoering en organisatie goed zijn ingericht, wordt maximaal tijd vrijgespeeld om aan de cliënt te besteden. Zo wordt de beste zorg de norm.

De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit van zorg. Daarbij hoort toezicht op de wijze waarop een zorgaanbieder omgaat met zorgplannen. Ook het zorgkantoor zal zich er bij de zorginkoop van vergewissen dat cliënten tevreden zijn over de wijze waarop de zorgplanbespreking wordt ingevuld. Het zorgkantoor kan daarnaast op grond van de Wlz vanuit zijn verantwoordelijkheid zorgen voor cliëntondersteuning bij de zorgplanbespreking. Daarnaast kan een cliënt of zijn vertegenwoordiger op grond van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector een klacht indienen als hij van mening is dat in de zorgplanbespreking onvoldoende tegemoet wordt gekomen aan zijn wensen. Het voorstel van Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), dat momenteel ter behandeling ligt in de Eerste Kamer, zet in op het in een zo vroeg mogelijk stadium wegnemen van de onvrede bij cliënten door middel van het voeren van een goed gesprek, en daarmee onnodige juridisering of procedurele behandeling van klachten te voorkomen. Dat sluit goed aan bij de belevingswereld van cliënten in de langdurige zorg.

De leden van de D66-fractie constateren dat in de Wlz wordt geïndiceerd in een zorgprofiel. Dit geeft meer ruimte voor maatwerk voor zowel cliënt als professional. Het zorgzwaartepakket (zpz) blijft vooralsnog bestaan voor de bekostiging. Voor 2015 zal het aantal zorgprofielen nagenoeg hetzelfde zijn als de huidige zorgzwaartepakketten. Het kabinet streeft ernaar om vanaf 2016 het aantal zorgprofielen te beperken. Genoemde leden merken naar aanleiding hiervan op dat in de huidige zpz-systematiek sprake is van een dominante grondslag, zoals een verstandelijke beperking. Komt er in de nieuwe profielen meer aandacht voor comorbiditeit/meervoudige beperkingen? En hoe wordt maatwerk gegarandeerd bij een beperkter aantal profielen?

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 meervoudige beperkingen en co-morbiditeit. De regering is van mening dat een beperkter aantal zorgprofielen geen afbreuk aan het maatwerk dat in de Wlz centraal staat. De zorgprofielen waarin het CIZ indiceert bieden het uitgangspunt van waaruit de professional de ruimte heeft om maatwerk te leveren. In het indicatiebesluit wordt aangegeven wat het best bij de cliënt passende zorgprofiel is. De samenhangende zorg die voortvloeit uit het zorgprofiel is het recht op zorg van de verzekerde. Het maatwerk komt tot uitdrukking in de zorg die op basis van het zorgprofiel door de zorgverlener op de specifieke situatie en behoeften van de verzekerde wordt aangepast en waarover in de zorgplanbespreking tussen de zorgaanbieder en de verzekerde afspraken worden gemaakt.

De regering geeft aan dat er de komende tijd wordt geëxperimenteerd met persoonsvolgende bekostiging, zo constateren de leden van de ChristenUnie-fractie. Kan de regering de Kamer een overzicht doen toekomen van deze experimenten? Wat is de looptijd van deze experimenten en wanneer worden deze geëvalueerd? Wanneer verwacht de regering naar aanleiding van deze experimenten beleidsconclusies te kunnen trekken?

Actiz heeft voorgesteld met vormen van persoonsvolgende bekostiging te experimenteren met facilitering vanuit «InVoorZorg!». Het betreft vier experimenten.

- Hilverzorg: wil cliënten bestedingsmacht geven over een deel van de middelen die met hun zorg samenhangen.
- WoonDroomZorg: wil de interne regeldruk verminderen en de professionele kwaliteit van de zorg verhogen door zogeheten operationele normen in te voeren.
- Beweging 3.0: wil het beheer van het budget (in eerste instantie eten, drinken, activiteiten, inrichting, en indien mogelijk later ook voor zorg) neerleggen bij de cliënten, hun naasten en het zorgteam.
- Vivium: Wil het instellingsbudget verdelen in «punten», en die punten aan de cliënten geven om in te zetten voor diensten en zorg die de aanbieder moet leveren. Dit wil Vivium zowel voor cliënten die intramuraal wonen doen, als voor cliënten die straks thuis wonen via een vpt.

De gevolgen voor aanbieders, de zorgmedewerkers en de cliënten zijn dat cliënten meer bestedingsmacht krijgen over de wijze waarop de zorgaanbieders de beschikbare middelen inzet. Deze bestedingsmacht zullen de cliënten veelal samen met de professionals inhoud gaan geven. Uit voorstellen van Actiz blijkt ook dat hierdoor een belangrijke vernieuwing van het zorgaanbod kan plaats vinden.

ActiZ, CSO, Ieder(in), Landelijk Platform GGz, LOC, LSR, MEE Nederland en Per Saldo hebben een brief aan de Kamer geschreven, zo constateren genoemde leden, waarin ze de Wlz een gemiste kans noemen. De leden van de ChristenUnie-fractie zouden graag zien dat er scherper wordt gekozen voor eigen regie door de cliënt. Wat is de reactie van de regering op de zorgen van deze organisaties?

Met de schrijvers van bedoelde brief ben ik van mening dat niet het volgen van regels maar het realiseren van goede zorg het uitgangspunt van de Wlz moet zijn. Tegelijkertijd is een kenmerk van de Wlz dat deze verzekerde zorg voor mensen betreft met een grote zorgvraag; het gaat om mensen die blijvend 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of

permanent toezicht nodig hebben. Goede zorg betekent ook dat deze zorg veilig is en dat mensen met een omvangrijke zorgbehoefte zeker zijn van een veilige omgeving. In de Wlz gaat het om het vinden van de juiste balans tussen eigen regie voor de cliënt en veiligheid en professionaliteit. De Wlz bevordert de eigen regie van de cliënt door het creëren van een wettelijk recht op een pgb en vpt, de wettelijke verankering van de zorgplanbespreking en de verplichte cliëntondersteuning voor cliënten die dit nodig hebben. Daarnaast streeft de regering ernaar de komende tijd in samenspraak met het veld de bekostiging zodanig te veranderen dat deze beter aansluit bij de zorg die de cliënt nodig heeft.

De leden van de ChristenUnie-fractie vraagt of de regering de mening van deze leden deelt dat persoonsvolgende financiering kan bijdragen aan de gewenste omslag in de zorg, waarbij de zorgvraag van cliënten en de kwaliteit van zorg centraal staan. In het verslag vroegen de leden van de fractie van de ChristenUnie al naar de wijze waarop de Wlz bijdraagt aan de omslag naar een persoonsvolgende financiering. Kan de regering deze vraag alsnog beantwoorden vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

Ik deel de mening van de ChristenUnie dat persoonsvolgende financiering kan bijdragen aan de gewenste omslag in de zorg, waarbij de zorgvraag van cliënten en de kwaliteit van zorg centraal staan. Ik ga hier in samenspraak met betrokken partijen mee aan de slag. Dit zal echter in verband met de vereiste zorgvuldigheid niet in 2015 kunnen worden ingevoerd. In reactie op eerdere vragen is reeds aangegeven dat in de huidige AWBZ diverse persoonsvolgende elementen kent.

- Een indicatie met verblijf van een cliënt is verbonden aan een zorgzwaartepakket en wordt op basis van de NZa-tarieven een vergoeding per ZZP vastgesteld.
- Een invloed van de cliënt is afhankelijk van de leveringsvorm. Bij zorg in natura in een instelling kan de cliënt een keuze maken uit de gecontracteerde instellingen. Deze keuze is ook aanwezig bij het vpt.
- Bij het pgb kan de cliënt eventueel ook niet -door het zorgkantoor-geselecteerde aanbieders zelf contracteren.
- Bij de invulling van het zorgplan vindt plaats in dialoog tussen de cliënt en de zorgaanbieder.

In de Wlz wordt dit proces op een aantal punten verbeterd:

- het pgb wordt wettelijk verankerd;
- het vpt krijgt een volwaardig karakter (ook met het oog op vernieuwing van het zorgaanbod)
- de functies en klassen komen op termijn te vervallen en worden zzp's omgevormd tot zorgprofielen, waardoor de aanbieder meer ruimte krijgt om zelf het zorgpakket in te vullen.

In de eerdere antwoorden is ook aangegeven dat Actiz met haar leden een groep heeft gevormd om te gaan experimenteren met de verschillende vormen van persoonsvolgende bekostiging. Actiz heeft gevraagd om ondersteuning via «InVoorZorg!» bij deze experimenten. Doelstelling is om inzicht te krijgen in de gevolgen van de verschillende vormen van persoonsvolgendheid.

De gevolgen voor aanbieders, de zorgmedewerkers en de cliënten zijn dat cliënten meer bestedingsmacht krijgen over de wijze waarop de zorgaanbieders de beschikbare middelen inzet. Deze bestedingsmacht zullen de cliënten veelal samen met de professionals inhoud gaan geven. Uit voorstellen van Actiz blijkt ook dat hierdoor een belangrijke vernieuwing van het zorgaanbod kan plaatsvinden.

In antwoord op een vraag van leden van de GroenLinks-fractie wordt in de nota naar aanleiding van het verslag gesteld dat met partijen gekeken wordt naar de gevolgen van een mogelijk uitstel van invoering van de Wlz naar 2016, ook gezien het parlementaire traject dat nog gevolgd moet worden. Het lid van de fractie van 50PLUS/Baay vraagt met welke partijen gekeken wordt naar uitstel. Welke overwegingen passeren daarbij? Wat zou de doorslag geven om de beslissing tot uitstel te nemen? Wanneer wordt duidelijk of er daadwerkelijk uitstel gaat plaatsvinden of niet? Waarom wordt hier pas nu over nagedacht?

Op verzoek van de Kamer is hierover op 27 juni jl. een brief gestuurd. Hierin is toegelicht onder welke condities betrokken partijen (NZa, Zorginstituut Nederland, ZN, CAK, Actiz, VGN, GGZ-Nederland en BTN) de langdurige zorg in 2015 verantwoord kunnen uitvoeren.

2. De verzekering

De regering geeft aan dat eventuele overschotten in zorgkosten worden afgeroomd. De leden van de VVD-fractie vragen welke prikkel Wlz-uitvoerders in dat geval hebben om doelmatigheid te bevorderen en slim in te kopen, als eventuele voordelen daarvan worden afgeroomd.

Het klopt dat eventuele overschotten in de zorgkosten worden afgeroomd. Immers, de Wlz wordt niet risicodragend uitgevoerd: er bestaat een systeem van budgettering waarbij vooraf een financieel kader wordt vastgesteld. Hoewel er dus niet in die zin een (financiële) prikkel voor de Wlz-uitvoerders bestaat om scherp in te kopen, zijn er andere instrumenten die de Wlz-uitvoerder prikkelen om doelmatigheid te bevorderen en slim in te kopen. De intrinsieke motivatie van betrokken Wlz-uitvoerders om zich in het belang van hun eigen verzekerden in te spannen voor een doeltreffende uitvoering is het uitgangspunt. Daarnaast is er ten eerste het toezicht van de NZa op doel- en rechtmatigheid. Ten tweede zijn er in de Wlz diverse delegatiebepalingen opgenomen, waarmee de Minister de bevoegdheid krijgt om bij amvb en ministeriële regelingen nadere regels te stellen aan de Wlz-uitvoerder. Indien nodig, kunnen deze nadere regels worden ingesteld en de Wlz-uitvoerders worden bijgestuurd als de uitvoering van de Wlz niet tot de gewenste zorg en doelmatigheid leidt.

Daarnaast geldt het afkomen van overschotten niet bij de beheerskosten. Bij de beheerskosten mogen de zorgkantoren namelijk een reserve aanhouden en mogen de niet-bestede beheerskosten naar een volgend kalenderjaar worden meegenomen. Ook dat kan doelmatigheid van de uitvoering bevorderen.

Ten aanzien van verschillende, specifieke vormen van zorg geeft de regering aan op korte termijn met een nadere uitwerking te komen, bijvoorbeeld de zorg voor mensen die tijdelijk niet thuis kunnen zijn. De leden van de VVD-fractie vragen of de regering een overzicht kan geven van al deze punten die op dit moment nog nader worden uitgewerkt, inclusief een indicatie van het moment waarop zij de Kamer hierover verwacht te informeren?

Bij de introductie van nieuwe wetgeving betracht het kabinet grote zorgvuldigheid. Op 7 maart 2014 heeft de Kamer het wetsvoorstel ontvangen (Kamerstukken 33 891, nr. 1–4). Op 28 mei 2014 en 5 juni 2014 heeft de Kamer respectievelijk het ontwerpbesluit houdende regels inzake de langdurige zorg (Blz) en een eerste nota van wijziging van de Wlz ontvangen.

Uiterlijk begin september 2014 ontvangt de Kamer een tweede nota van wijziging van de Wlz. Deze nota bevat, naast technische aanpassingen van het wetsvoorstel, een aantal inhoudelijke wijzigingen die al eerder zijn aangekondigd. Zo zal worden geregeld dat niet de landelijk werkende Wlz-uitvoerders maar de zorgkantoren verantwoordelijk zijn voor het verstrekken van het pgb. Ook wordt geregeld dat woningaanpassingen niet alleen voor minderjarige, maar ook voor meerderjarige Wlz-cliënten op grond van die wet vergoed kunnen worden. Tevens wordt geregeld dat Wlz-uitvoerders in 2015 worden vrijgesteld van de taak om mobiliteits-hulpmiddelen, woonvoorzieningen en woningaanpassingen te verstrekken. Dit blijft voor dat jaar een verantwoordelijkheid van gemeenten. Tot slot wordt via de nota van wijziging een grondslag gecreëerd voor de verlening van tijdelijke subsidies voor zorginfrastructuur en kapitaallasten.

Zoals is aangekondigd in de brief aan de Kamer van 27 juni jl. zal in deze tweede nota van wijziging tevens worden geregeld dat het in 2015 mogelijk blijft om met een verblijfsindicatie thuis zorg in functies en klassen te ontvangen. In de bijlage bij die brief is een verduidelijking gegeven van de positionering van specifieke vormen van zorg, zoals palliatieve terminale zorg, intensieve kindzorg, spoedzorg en tijdelijke opnames.

De regering spreekt over het moderniseren van het vpt (flexibiliseren) waarmee de huidige nadelen kunnen worden aangepakt. De leden van de VVD-fractie vragen of de regering kan aangeven op welke manier het vpt wordt gemoderniseerd en op welke wijze hiermee de huidige nadelen worden aangepakt?

Het nadeel van het huidige vpt zit vooral in het feit dat het weinig flexibel is en dat er automatisch allerlei onderdelen in zitten waar cliënten in de thuissituatie niet in alle gevallen behoefte aan hebben (zoals het eten en drinken, maar ook vormen van zorg en ondersteuning die mensen thuis ook vanuit hun netwerk kunnen ontvangen). In de brief over de uitvoering van de langdurige zorg in 2015 van 27 juni jl. is aangegeven dat het in 2015 mogelijk blijft om Wlz-zorg thuis te kunnen bieden en te bekostigen via functies en klassen. Wlz-zorg in functies en klassen kan passend zijn voor cliënten die weliswaar voldoen aan de objectieve criteria voor toegang tot de Wlz, maar bijvoorbeeld vanwege goede informele zorg niet zijn aangewezen op het volledige zorgpakket thuis. Zij kunnen ervoor kiezen alleen die onderdelen van Wlz-zorg thuis af te nemen, waaraan zij behoefte hebben.

De leden van PvdA-fractie lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat de uitwerking van het afwegingskader plaatsvindt in de «Beleidsregels indicatiestelling Wlz». In deze beleidsregels worden belangrijke voorwaarden uitgewerkt die van groot belang zijn voor de toelating tot de Wlz-zorg, en daarmee voor de werking van de Wlz. Genoemde leden zien deze beleidsregels graag zo spoedig mogelijk tegemoet. Op welke termijn kunnen zij deze «Beleidsregels indicatiestelling Wlz» verwachten? De beleidsregels worden opgesteld in samenwerking met het Zorginstituut Nederland en het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Deze leden zijn benieuwd of andere partijen zoals cliëntenorganisaties ook worden betrokken bij dit proces. Zo nee, waarom is ervoor gekozen hen niet bij deze totstandkoming te betrekken?

De beleidsregels indicatiestelling Wlz worden in het najaar gepubliceerd in de Staatscourant en aan de Kamer toegezonden. De beleidsregels komen tot stand in nauwe afstemming met het Zorginstituut Nederland en het CIZ. Deze organisaties gebruiken hierbij de reeds beschikbare

informatie en kennis uit het veld. Daar waar nodig zullen relevante veldpartijen, zoals cliëntenorganisaties, worden geraadpleegd voor een juiste onderbouwing van de beleidsregels. Ook bij de vormgeving van de nieuwe zorgprofielen zullen de cliëntenorganisaties worden betrokken.

Binnen de Wmo 2015 dient het voor de cliënt duidelijk te zijn dat de cliëntondersteuning onafhankelijk is en in het belang van de cliënt handelt. De leden van de PvdA-fractie zien deze onafhankelijke cliëntondersteuning ook graag terug in de Wlz. Waarom heeft de regering ervoor gekozen om deze onafhankelijkheid niet op te nemen in de Wet langdurige zorg? Is de regering bereid dit te wijzigen, zodat de cliënt er zeker van kan zijn dat degene die de cliëntondersteuning biedt, niet degene is die de uiteindelijke beslissing maakt over het indicatiebesluit?

Het indicatiebesluit wordt afgegeven door het CIZ. Dit is een onafhankelijk proces waar noch de gemeenten noch het zorgkantoor invloed op hebben. Tot het afgeven van het indicatiebesluit is de gemeente verantwoordelijk voor het organiseren van de cliëntondersteuning. Hier hoort ook bij het zorgen voor cliëntondersteuning bij de indicatiestelling door het CIZ. Op het moment dat een indicatiebesluit is afgegeven is de Wlz-uitvoerder verantwoordelijk voor de organisatie van de cliëntondersteuning bij bijvoorbeeld de zorgplanbespreking. De cliëntondersteuning valt onder de zorgplicht van het zorgkantoor en daarmee heeft het zorgkantoor de verplichting om dit goed te organiseren voor de cliënt. Onderdeel hiervan is bijvoorbeeld de ondersteuning van de cliënt bij de zorgplanbespreking of bemiddeling bij onenigheid tussen de cliënt en de zorgaanbieder. Doordat het zorgkantoor verantwoordelijk is voor de cliëntondersteuning, kan de ondersteuning onafhankelijk van de zorgaanbieder plaatsvinden. Zo nodig kunnen hieraan bij amvb nadere regels worden gesteld.

De leden van de PvdA-fractie zijn zeer verontrust bij het lezen van de gang van zaken rondom het aanvragen van medische gegevens door het CIZ. Deze leden hebben in hun eerdere inbreng over de Wlz al hun zorgen geuit over de privacy van de verzekerden met betrekking tot de medische gegevens die door het CIZ kunnen worden opgevraagd. Welke geheimhoudingsplicht kent de persoon die de informatie kan opvragen? Op welke manier worden deze gegevens bewaard en opgeslagen? Het CIZ moet nagaan of de verzekerde toestemming geeft tot het raadplegen van behandelende beroepsbeoefenaren en hun gegevens. Genoemde leden vragen zich de waarde hiervan af, wanneer bij een weigering van deze toestemming door de verzekerde, het CIZ deze alsnog kan opvragen. Het feit dat de medische gegevens in dat geval zonder toestemming en eventueel met een doorbreking van het beroepsgeheim aan het CIZ kunnen worden vertrekt, baart deze leden veel zorgen en zij vragen op welke manier de verzekerde hiertegen bezwaar kan maken. De leden van de PvdA-fractie erkennen het belang van het voorkomen van de zorgfraude aan het begin van de zorgketen, maar zij vinden dat de verzekerden met deze doorbreking van het beroepsgeheim hier een hoge prijs voor betalen. Welke invloed denkt de regering dat deze mogelijkheid heeft op de vertrouwensrelatie tussen de arts en de patiënt? Bestaan er geen alternatieven voor deze informatie-uitwisseling? Bestaat er geen andere manier van zorgtoewijzing?

Werknemers van het CIZ die voor de indicatiestelling gebruik kunnen maken van medische gegevens van verzekerden en deze zo nodig zonder toestemming van de verzekerde kunnen krijgen hebben ook een geheimhoudingsplicht. Een deel van deze werknemers zal op grond van hun ambt of beroep reeds een geheimhoudingsplicht hebben (dit geldt bijvoorbeeld voor artsen die bij het CIZ werken). Op grond van artikel 2:5 van de Awb geldt voor de overige medewerkers van het CIZ, die dus niet

reeds op grond van hun ambt of beroep onder de reikwijdte van het medisch beroepsgeheim vallen, toch een geheimhoudingsplicht. Deze geheimhoudingsplicht geldt behoudens voor zover enig wettelijke voorschrift hen tot mededeling verplicht of vanuit hun taak de noodzaak tot mededeling voortvloeit.

Het bewaren en opslaan van deze gegevens zal ook gebeuren met inachtneming van de regels van laatstgenoemde wet. De (medische) gegevens worden opgeslagen in het beveiligde interne informatiesysteem van het CIZ. Op basis van een zogenaamde autorisatiematrix zijn diverse «rollen» gedefinieerd van functionarissen van CIZ die toegang hebben tot dit systeem. Hiermee wordt gewaarborgd dat alleen zij die dat uit hoofde van hun functie nodig hebben toegang hebben tot deze gegevens. Daarnaast tekenen alle CIZ-medewerkers een gedragscode, waarvan de omgang met medische gegevens onderdeel uitmaakt.

De regering is van oordeel dat bevoegdheden die een ingrijpen in rechten van verzekerden, in dit geval in de vorm van een inbreuk op de persoonlijke levenssfeer, alleen gebruikt dienen te worden als dat nodig is. Ook moet het gebruik plaatsvinden op een wijze die proportioneel is. Het is daarom zeker van waarde om de verzekerde eerst om toestemming te laten vragen voor het opvragen van de benodigde medische gegevens. In het Besluit langdurige zorg worden bovendien voorwaarden gesteld aan de bevoegdheid om zonder toestemming van de verzekerde gegevens op te vragen. Deze zorgen er voor dat het CIZ de bevoegdheid alleen zal gebruiken voor zover dat nodig is voor een deugdelijke indicatiestelling en dus niet kan worden volstaan met de reeds beschikbare gegevens.

Indien de verzekerde het niet eens is met de verwerking van gegevens, kan hij daartegen in verweer komen als hij van mening is dat de zorgverlener onterecht met doorbreking van zijn medisch beroepsgeheim medische gegevens van de verzekerde heeft gedeeld met het CIZ. Als de verzekerde van mening is dat de doorbreking van het beroepsgeheim heeft plaatsgevonden zonder dat is voldaan aan de eisen van (artikel 9.1.2) van de wet, is het mogelijk om een tuchtrechtelijke of civielrechtelijke procedure te starten. In een uiterst geval is zelfs een strafrechtelijke zaak mogelijk. Op basis van artikel 272 van het Wetboek van Strafrecht is schending van geheimhoudingsplicht die niet binnen kaders van de Wlz valt een strafbaar feit.

Bezwaar maken (in de zin van de Algemene wet bestuursrecht) tegen het verstrekken van gegevens aan het CIZ is echter niet mogelijk, omdat het niet gaat om het besluit van een bestuursorgaan.

De regering is van mening dat er geen grote invloed zal zijn op de vertrouwensrelatie tussen de medisch beroepsbeoefenaren en de cliënt. De mogelijke doorbreking van het medisch beroepsgeheim doet volgens de regering geen afbreuk aan de onbelemmerde toegang tot gezondheidszorg. De ratio achter de doorbrekingsgrond houdt juist sterk verband met het waarborgen van de toegang tot zorg. Indien het CIZ voor de indicatiestelling onvoldoende gebruik kan maken van de benodigde gegevens, wordt de toegang tot een premiegefinancierde volksverzekering voor mensen die langdurig zorg behoeven (op termijn) immers belemmerd omdat de betaalbaarheid van de zorg verder onder druk zal komen te staan. De toegang van de Wlz moet op een betrouwbare wijze worden beperkt tot de mensen die daadwerkelijk op Wlz-zorg zijn aangewezen, zodat het stelsel ook in de toekomst financieel beheersbaar blijft. Het bestrijden van zorgfraude is dus een voorwaarde om een doelmatig en beheersbaar zorgstelsel te houden. Indien het CIZ gegevens moet opvragen die nodig zijn en alleen met doorbreking van het medisch

beroepsgeheim kunnen worden verkregen, is de afwijking van het medisch beroepsgeheim volgens de regering gerechtvaardigd.

Het CIZ kan alleen medische persoonsgegevens met doorbreking van het medisch beroepsgeheim, dus zonder toestemming van de verzekerde verkrijgen, indien het CIZ die nodig heeft voor de indicatiestelling en niet met de gegevens die op andere wijze kunnen worden gegeven kan volstaan. De regering ziet verder geen alternatieven voor de uitwisseling van gegevens die nodig zijn voor de indicatiestelling.

Een andere wijze voor zorgtoewijzing is er niet. Het CIZ is een onafhankelijk bestuursorgaan dat gespecialiseerd is in het beoordelen van de zorgbehoeften van verzekerden en het stellen van zorgindicaties. Het CIZ werkt op een wijze die zorgt voor een landelijk uniforme beoordeling van de toegang tot zorg. De indicatiestelling is enkel gebaseerd op de zorgbehoefte van de verzekerden. Om een onafhankelijke indicatiestelling te waarborgen is ervoor gekozen om geen indicatiestelling via zorginstellingen (via taakmandaat of standaard indicatiëprotocollen) te laten plaatsvinden.

Het CIZ zal indicaties afgeven voor een onbepaalde tijd. De leden van de PvdA-fractie vinden dit in principe een cliëntvriendelijke wijze. Ondanks het feit dat zij beseffen dat iedereen die in aanmerking komt voor Wlz-zorg, een cliënt is die een blijvende behoefte heeft aan zorg, willen genoemde leden wel het belang benadrukken van zelfzorg, revalidatie en een eventuele afbouw van de zorg wanneer dit nodig is. Hoe brengt men het revaliderend karakter terug in de zorg zodat de cliënten die hierbij baat zouden hebben, gestimuleerd worden te revalideren en zelfzorg toe te passen? Bestaat er voor de zorgaanbieders binnen de wet een prikkel hierop te letten? Hoe zou deze (financiële) prikkel kunnen worden ingebouwd binnen de wet waardoor het voor zorgaanbieders aantrekkelijk wordt het revaliderend karakter in de Wlz-zorg te bevorderen?

De regering is het met de leden van de PvdA-fractie eens dat mensen die hun zorg vanuit de Wlz ontvangen binnen hun eigen mogelijkheden zo zelfredzaam mogelijk moeten kunnen zijn. Immers wat men zelf nog kan, verhoogt de eigenwaarde van de cliënt en vergroot zijn welbevinden. De cliënten in de Wlz vormen een kwetsbare groep die levenslang op zware zorg is aangewezen en doorgaans geen realistisch perspectief op substantiële verbetering heeft. De ondersteuning van de lichtere groepen wordt immers vanuit de WMO geleverd en de zorg die echt op revalidatie is gericht wordt vanuit de Zvw geleverd. Dit neemt echter niet weg dat ook in de Wlz het streven zou moeten zijn achteruitgang zo veel mogelijk te voorkomen en daar waar er mogelijkheden zijn, zelfs het bereiken van een verbetering die tot minder gebruik van zorg kan leiden. De zorgplanbespreking is het geëigende middel voor de cliënt en de zorgaanbieder om te bespreken wat de te bereiken doelen zijn met betrekking tot de zorgverlening. De regering streeft ernaar om de huidige ZZP-bekostiging in de komende jaren om te vormen tot een bekostigingssystematiek waarbij de individuele zorgbehoefte van de cliënt, zoals vastgelegd in het zorgplan, meer centraal komt te staan. Hiermee kan voor zorgverleners een prikkel ontstaan om meer in te zetten op het vergroten van de zelfredzaamheid.

De leden van de PvdA-fractie lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat de regering stelt dat LVG-ers (licht verstandelijk gehandicapten) niet aan het criterium «blijvend» voldoen, en dat daarom het indicatiebesluit voor LVG-ers een maximale geldigheidsduur heeft van drie jaar. Deze leden hebben in hun eerdere schriftelijke inbreng over de Wlz aan de regering een nadere toelichting op deze kortlopende indicaties

gevraagd, alsook op de eventuele rechtsongelijkheid die een dergelijke kortlopende indicatie mogelijk met zich meebrengt. Genoemde leden lezen in het antwoord hierop dat naar de mening van de regering dit geen rechtsongelijkheid met zich meebrengt, maar dat dit volgens de regering juist raakt aan verschillende behoeften van cliënten. De leden van de PvdA-fractie kunnen zich echter niet aan de indruk onttrekken dat een kortlopende indicatie voor LVG-ers bijdraagt aan een zekere mate van rechtsongelijkheid, daar na de behandelperiode opnieuw wordt gezien of iemand in aanmerking komt voor de zorg vanuit de Wlz, of dat de cliënt ook ondersteund kan worden door de gemeente en/of zorgverzekeraar. Genoemde leden erkennen zeker het belang van een mogelijkheid voor zorg uit de Wmo en/of de Zvw na de behandelperiode vanuit de Wlz, maar hechten ook groot belang aan de zekerheid van de cliënt. Graag ontvangen zij hierop nogmaals een toelichting van de regering.

Zoals in de nota naar aanleiding van het verslag is beschreven, hecht de regering er inderdaad aan dat mensen die zich in hun eigen omgeving kunnen redden met ondersteuning vanuit de Wmo 2015 en/of Zvw, hen dit perspectief niet moet worden ontnomen. De leden van de PvdA veronderstellen dat het voor de cliënt het meeste zekerheid verschaft als op voorhand al duidelijk is dat hij of zij blijvend Wlz-zorg kan ontvangen. De regering is daarentegen van mening dat de zekerheid voor de cliënt ook daaruit kan bestaan, dat hij of zij na afloop van de LVG-indicatie altijd de meest passende zorg zal ontvangen. Het behoud van perspectief in combinatie met deze zekerheid komt volgens de regering het meest tegemoet aan de behoefte van deze cliënten in de desbetreffende levensfase.

Voorts is belangrijk dat de cliënt nauw betrokken wordt bij het verloop van zijn behandeling. Bij de opname in een LVG-behandelingsstelling worden met de cliënt de behandeldoelen besproken c.q. het perspectief na afloop van de behandeling. Gedurende de behandelperiode zullen de doelen en het perspectief onderwerp van gesprek blijven met de cliënt. Als aan het einde van de behandelperiode blijkt dat de cliënt zich weer in zijn eigen omgeving kan redden, al dan niet met ondersteuning vanuit de Wmo 2015 en/of de Zvw, dan wordt hier met de cliënt naar toegewerkt en zal hij zijn benodigde ondersteuning en zorg vanuit deze domeinen krijgen. Als aan het einde van de behandelperiode blijkt dat de cliënt blijvend op Wlz-zorg in aangewezen, dan wordt met de cliënt naar dit perspectief toegewerkt en krijgt de cliënt via een indicatie van het CIZ het bij hem passend zorgprofiel. Het formuleren van een maximale geldigheidsduur sluit aan bij de praktijk waaruit naar voren komt dat de behandeling van deze jeugdigen in een LVG-instelling veelal in drie jaar is afgerond en deze cliënten uitstromen uit deze behandelsetting.

De leden van de PvdA-fractie hebben enkele vragen over de gebruikelijke zorg. Onder gebruikelijke zorg valt volgens de regering de verzorging, opvoeding en het bieden van toezicht welke redelijkerwijs door ouders aan kinderen wordt geboden. Genoemde leden vinden dit vrij brede termen en zij willen graag meer duidelijkheid over de invulling van deze termen. Wat houdt dit volgens de regering precies in? Worden deze termen verder nog concreet uitgewerkt met het CIZ? Wat gebeurt er bij onduidelijkheid over deze, redelijkerwijs geboden, gebruikelijke zorg?

Als het gaat om minderjarige kinderen zijn ouders verantwoordelijk voor hun verzorging, opvoeding en het bieden van toezicht aan hun kind. Dit geldt ook als het gaat om een kind met een ziekte, aandoening of beperking. Per individuele situatie zal worden gezien of de aard van de zorg, de omvang die hiermee gemoeid gaat en de frequentie dat deze zorg moet worden geboden, wel of niet afwijkt van de zorg die ouders aan kinderen van dezelfde leeftijd bieden. Op het moment dat de hoeveelheid

of de inhoud van de benodigde zorg ten opzichte van een kind van dezelfde leeftijd zonder beperkingen zodanig zwaar is dat die niet langer van de ouders kan worden gevraagd, is er aanspraak op een integraal pakket aan zorg vanuit de Wlz. Dit is bijvoorbeeld het geval bij een meervoudig complex gehandicapt kind dat niet zelf kan eten en drinken, verschoond moet worden, zichzelf niet kan verplaatsen en op onverwachte momenten met spoed medicatie nodig heeft tegen epilepsie.

Het ClZ stelt op uniforme wijze bij de indicatiestelling per individuele situatie vast of er sprake is van gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen of niet. Wat gebruikelijk is in de zorg van ouders aan kinderen, wordt in samenwerking met het Zorginstituut Nederland en het ClZ in een richtlijn uitgewerkt in de Beleidsregels Indicatiestelling Wlz. Waar nodig worden de cliëntenorganisaties hierbij betrokken. Deze beleidsregels worden later dit jaar aan de Kamer gestuurd en gepubliceerd in de Staatscourant. Hoe ouder het kind wordt, hoe minder zorg gebruikelijk is. Zo zal de grens van wat gebruikelijke zorg is bij een ernstig meervoudig gehandicapt kind of een kind met een zeer ernstige verstandelijke beperking op jongere leeftijd worden bereikt dan bij een lichamenlijk gehandicapt kind of een kind met een matige verstandelijke handicap.

Indien het ClZ vaststelt dat een kind geen toegang heeft tot de Wlz, omdat er (nog) sprake is van gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen en de ouders kunnen zich niet vinden in dit besluit, dan kunnen de ouders bezwaar aantekenen tegen het indicatiebesluit. Het Zorginstituut adviseert op individueel niveau over de conceptbeschikkingen van bezwaar en brengt daar waar aan de orde standpunten uit, waarin in specifieke gevallen nader wordt uitgelegd of de zorg wel of niet verzekerd is.

De leden van de PvdA-fractie kregen in de nota naar aanleiding van het verslag antwoord op hun vragen over de mogelijkheid tot een combinatie van zorg in natura en een persoonsgebonden budget. De regering heeft hierin aangegeven dat binnen de Wlz de combinatie niet mogelijk is, aangezien uit kwaliteitsoverwegingen wordt vereist dat één aanbieder verantwoordelijk is voor het gehele pakket aan zorg in natura. De argumenten van de regering overtuigen genoemde leden echter niet. Kan de regering aangeven wat deze kwaliteitsoverwegingen inhouden en op welke manier deze in gevaar zouden komen bij zorg die zowel uit zorg in natura als een pgb zou worden geleverd? Waarom is de combinatie niet mogelijk? Hoeveel mensen maken nu gebruik van de combinatie van zorg in natura en een persoonsgebonden budget? Wat gebeurt er met het budgetrecht van deze cliënten wanneer de combinatie niet meer mogelijk is? Waarom kiest de regering er niet voor om door een combinatie van zorg in natura en een pgb, de scheiding van wonen en zorg te stimuleren? Acht de regering deze scheiding niet ook als een van de prikkels tot innovatie?

De leden van de fractie van de PvdA, D66, CU, Groenlinks en SGP hebben allen vragen over de (on)mogelijkheid naturazorg en pgb te combineren. De leden van de fractie van de PvdA kregen in de nota naar aanleiding van het verslag antwoord op hun vragen over de mogelijkheid tot een combinatie van zorg in natura en een pgb. De leden geven aan dat de regering hierin heeft aangegeven dat binnen de Wlz de combinatie niet mogelijk is, aangezien uit kwaliteitsoverwegingen wordt vereist dat één aanbieder verantwoordelijk is voor het gehele pakket aan zorg in natura. De argumenten overtuigen de fractieleden van de PvdA niet. Zij vragen of de regering kan aangeven wat deze kwaliteitsoverwegingen inhouden en op welke wijze deze in gevaar zouden komen bij zorg in natura als een pgb zou worden geleverd? Waarom is een combinatie niet mogelijk? Hoeveel mensen maken nu gebruik van de combinatie? Wat gebeurt er met het budgetrecht van deze cliënten wanneer de combinatie niet meer

mogelijk is? Waarom kiest de regering er niet voor om door een combinatie van zorg in natura en een pgb, de scheiding van wonen en zorg te stimuleren? Acht de regering deze scheiding niet ook als een van de prikkels tot innovatie?

Ook de leden van de fractie van D66 lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat kiezen voor én naturazorg én pgb niet meer aan de orde is onder de Wlz. In de huidige situatie is het zo dat veel ouders kiezen voor dagbesteding in natura, de rest in de vorm van een pgb. Wat betekent de Wlz voor de huidige praktijk? Zal dit er niet toe leiden dat er in de praktijk gekozen zal worden voor een vpt, met voor de thuissituatie ambulante zorg vanuit de zorgaanbieder? Wat betekent dat voor van de eigen regie en vrije keuze voor zorgverleners thuis? En wat betekent deze aanpassingen, in geval een pgb, voor de huidige budgetgarantie?

De leden van de fractie van de ChristenUnie willen ook weten waarom het niet mogelijk is voor deze groep om een deel van de zorg in natura en een deel via een pgb in te kopen? Dat was onder de AWBZ wel mogelijk. Wat is de reden om de keuzevrijheid op dit punt te verkleinen?

De leden van de fractie van GroenLinks begrijpen ook uit de nota naar aanleiding van het nader verslag dat de zorg vanuit de Wlz straks niet meer deels in natura en voor het andere deel via het pgb geregeld kan worden. Zij zien hierin meer bevestiging dat niet de zorg die mensen nodig hebben en hoe zij die willen regelen centraal staat, maar dat het systeem voorop staat. GroenLinks vindt dit een onnodige inperking van de eigen regie, die bovendien belemmert dat instellingen echt de wens van de cliënt voorop gaan stellen. Waarom zouden mensen in een instelling, die bijvoorbeeld zelf de dagbesteding willen regelen, dat niet via een pgb mogen doen, wanneer zij de instellingszorg via zorg in natura krijgen?

De leden van de fractie van GroenLinks krijgen graag meer duidelijkheid over de toekomst van kleinschalige wooninitiatieven en de mensen die nu budgetgarantie hebben. Klopt het dat mensen die nu een pgb hebben, maar hun dagbesteding via zorg in natura regelen, hun budgetgarantie verliezen, wanneer het straks niet meer mogelijk is een pgb en zorg in natura te combineren? Is de Staatssecretaris het met de GroenLinksfractie eens dat dit een onwenselijk gevolg van deze wet zou zijn? Daarnaast vraagt de GroenLinksfractie aandacht voor wooninitiatieven waar mensen de zorg niet regelen met een pgb, maar met zorg in natura. Klopt het dat de uitzondering niet geldt voor mensen met een laag zzp, die in een wooninitiatief wonen en de zorg in natura krijgen?

De leden van de SGP-fractie vragen hoe de stelling dat zorg in natura onverenigbaar is met het PGB te verenigen is met de voorbeelden die door de regering worden gegeven. De regering benoemt onder andere de mogelijkheid van opname in een instelling in combinatie met verblijf thuis gedurende vakantie of weekenden, waarbij de keuzes in het budgetplan worden vastgelegd. Graag vernemen zij waarom deze combinatie van een budgetplan met verblijf in een instelling niet als een combinatie van PGB met zorg in natura gezien moet worden.

De leden van de SGP-fractie vragen verder of het klopt dat cliënten met budgetgarantie aanmerkelijk beter af zijn wanneer zij alle zorg vanuit het PGB ontvangen ten opzichte van degenen die de zorg zowel in natura als vanuit het PGB ontvangen. Zo ja, waarom vindt de regering het acceptabel dat de laatste categorie cliënten er aanmerkelijk op achteruit gaat door het wetsvoorstel, terwijl de gevolgen van hun keuze bij deze cliënten niet bekend waren?

De Wlz is bedoeld voor cliënten met een zware, intensieve zorgvraag. Voor deze cliënten is het belangrijk dat de zorg waarop zij zijn aangewezen in beginsel zo integraal mogelijk wordt aangeboden. Zorginhoudelijke criteria bepalen de toegang tot de Wlz. De eventuele inzet van mantelzorg wordt daarbij, anders dan in de AWBZ, niet meegewogen. Niet voor alle

cliënten zal het nodig zijn het gehele pakket aan zorg af te nemen, omdat mantelzorg aanwezig is en bereid is in de thuissituatie ondersteuning te bieden. Met het in 2015 voortzetten van functies en klassen in de Wlz wordt mogelijk gemaakt dat dit samenspel tussen van formele en informele zorgverlening ook in de Wlz vorm krijgt. In de brief van 27 juni jl. is de Kamer hierover geïnformeerd. Mede naar aanleiding van de inbreng van de Kamer wordt in het verlengde daarvan met de tweede nota van wijziging van de Wlz geregeld dat het in 2015 mogelijk blijft een deel van de geïndiceerde zorg in natura en een deel via een pgb af te nemen. In het budgetplan wordt vastgelegd welk totaalpakket aan zorg er wordt geleverd, zodat het zorgkantoor kan beoordelen of de zorg op verantwoorde wijze kan worden verleend.

Hiernaast wordt de toegang tot een pgb bij de Wlz anders geformuleerd dan binnen de Wmo. De leden van de PvdA-fractie geven echter de voorkeur aan dezelfde terminologie als die wordt gebruikt binnen de Wmo 2015. Deze terminologie is tijdens de behandeling van de Wmo 2015 door het amendement Voortman c.s. gewijzigd (mede ondertekend door een lid van de PvdA-fractie).⁷ Door dit amendement wordt de keuzevrijheid van de cliënt gewaarborgd en is er sprake van een gelijkwaardige toegang tot het persoonsgebonden budget. Kan de regering aangeven waarom er niet voor deze terminologie is gekozen, waarmee er tegelijkertijd is gekozen om de toegang tot het pgb niet gelijkwaardig te stellen aan dat van zorg in natura? Ook zouden genoemde leden het op prijs stellen wanneer een meer uitgebreide omschrijving kan worden gegeven van de bepaling waarmee de keuze voor het pgb in de Wlz komt te staan. Betreft de pgb-bepaling een kan- of een moet-bepaling? Graag ontvangen deze leden een uitgebreide toelichting van de regering.

Na indiening van het wetsvoorstel Wlz is bij de behandeling van de Wmo amendement nr. 103 ingediend en aanvaard. Het kabinet wijst er op dat er goede redenen zijn waarom de Wmo en de Wlz op sommige punten verschillen. Het overgrote deel van de doelgroep van de Wlz is gezien hun behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid en de zware zorgvraag die daaruit voortvloeit, aangewezen op verblijf in een instelling. Daarom is in artikel 3.3.3, eerste lid, onderdeel d, geformuleerd dat de verzekerde zich gemotiveerd op het standpunt dient te stellen dat hij de zorg niet met zorg in natura geleverd wenst te krijgen. De verzekerde wordt niet gevraagd om een hard bewijs, maar wel om een gemotiveerde keuze waarom het verblijf in een instelling niet passend is en de zorg ondanks de zware zorgvraag buiten een instelling kan worden ingevuld met een pgb. Het zorgkantoor krijgt dan ook nadrukkelijk een rol in beoordelen of een pgb de geschikte leveringsvorm is. Gegeven de zorgplicht voor een verantwoorde zorg juist bij zeer kwetsbare mensen vindt de regering dit passend.

De Wlz verankert het pgb als wettelijk recht. Aan dit recht zijn echter voorwaarden verbonden, die erop gericht zijn zoveel mogelijk te waarborgen dat met het pgb zorg van goede kwaliteit wordt ingekocht en waarbij de kans op fraude of oneigenlijk gebruik zo klein mogelijk wordt gehouden. De doelgroep van de Wlz bestaat voor een zeer groot deel uit cliënten die het pgb niet zelf zullen kunnen beheren. Deze cliënten zijn daarmee extra kwetsbaar voor potentiële fraudeurs. Dit vergt nadere eisen aan degenen die de budgethouder vertegenwoordigen. De regering is voornemens om in lagere regelgeving nader uit te werken welke rechten en plichten zijn verbonden aan budgethouders en hun vertegenwoordigers. De regering benadrukt dat deze regels niet bedoeld zijn om afbreuk te doen aan het recht op een pgb (dat immers op wetsniveau

⁷ Kamerstukken II, 2013–2014, 33 841, nr. 103.

wordt verankerd), maar om fraude en misbruik tegen te gaan zodat het pgb houdbaar blijft voor cliënten die via dit instrument eigen regie willen voeren op hun zorgvraag.

De leden van de PvdA-fractie hebben na het lezen van de antwoorden van de regering in de nota naar aanleiding van het verslag nog enkele vragen over de overbruggingszorg. Genoemde leden hebben in hun eerste inbreng gevraagd waarop de regering het vertrouwen baseert dat er voldoende diversiteit gaat ontstaan in het gecontracteerde aanbod. De regering gaf aan dat zij dit verwacht van de zorgkantoren en dat deze hiertoe worden geprikkeld omdat de regering met nadere regels ingrijpt indien de zorgkantoren hier te weinig werk van maken. Deze leden zien graag een toelichting op deze nadere regels tegemoet. Wat houden deze regels in? Waarom is ervoor gekozen om in te grijpen wanneer zorgkantoren hier te weinig werk van maken, in plaats van vooraf regelgeving met een sturende werking op te stellen, waardoor zorgkantoren hiertoe worden gedwongen?

De Wlz-uitvoerders hebben, evenals nu onder het regime van de AWBZ de zorgkantoren, zorgplicht en dienen, rekening houdend met de geïndiceerde zorgbehoefte van de cliënt, kwalitatief goede zorg tegen de beste prijs in te kopen. Door bij de zorginkoop meer het oordeel van cliënt(vertegenwoordigers) te betrekken en de focus meer te leggen op de kwaliteit van de geleverde zorg is dit beter geborgd. Ik ben in overleg met Zorgverzekeraars Nederland over de opstelling van de landelijke inkoopleidraad. Daarnaast hebben in de Wlz straks het vpt en het pgb hun wettelijke verankering gevonden. Daarmee is de mogelijkheid geschapen om ook vanuit de cliëntzijde gediversificeerd aanbod te stimuleren. De regering vertrouwt er op dat de Wlz-uitvoerders hun verantwoordelijkheid zullen nemen om te komen tot substantiële verbeteringen in de zorginkoop. In de brief van 27 juni jl. over de uitvoering van de langdurige zorg in 2015 is de Kamer geïnformeerd over de stappen die de zorgkantoren, vooruitlopend op de inwerkingtreding van de Wlz, op dit punt reeds hebben gezet. Daarom kies ik er voor om hiervoor nu nog geen nadere regels op te stellen. Mochten blijken dat de Wlz-uitvoerders onvoldoende hun verantwoordelijkheid nemen dan zal de regering niet schromen dit alsnog te doen.

Hiernaast merken de leden van de PvdA-fractie op dat zij het betreuen dat de mogelijkheden van de overbruggingszorg worden ingeperkt ten opzichte van de huidige mogelijkheden in de AWBZ. Passen de huidige mogelijkheden zoals men die nu kent niet veel beter binnen het systeem waarbij de scheidslijnen tussen de curatieve en de langdurige zorg steeds meer vervagen? Genoemde leden vernemen op dit punt graag een visie van de regering.

Cliënten die niet onder het overgangsrecht van de Wlz vallen komen onder verantwoordelijkheid van gemeenten en verzekeraars. Gemeenten worden hiervan via de gegevensoverdracht de hoogte gesteld. Op basis van onderzoek naar het langer thuis wonen gaat de regering er vanuit dat mensen er zelf de voorkeur aan geven om zo lang mogelijk zoveel mogelijk in de maatschappij te participeren en de zorg zo dicht mogelijk in de eigen omgeving te ontvangen. De Wmo is hiervoor het meest passend. De regering gaat er vanuit dat cliënten kiezen voor het regime dat het meest passend is om in hun zorgbehoefte te voorzien.

Om te zorgen dat de Wlz bestemd blijft voor die cliënten waarvoor deze is bedoeld is er de onafhankelijke indicatiestelling. De regering stelt hoge eisen aan de indicatiestelling. Het is de toegangspoort tot de Wlz. Om druk op de Wlz tegen te gaan moet deze objectief en professioneel zijn.

Van een vacuüm waarin gemeenten de zorg niet willen leveren en het CIZ geen toegang afgeeft tot de Wlz kan geen sprake zijn. Cliënten die geen toegang krijgen tot de Wlz, omdat zij niet aan de toegangscriteria voldoen, vallen automatisch onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Immers, de ondergrens van de toegang tot de Wlz is de bovengrens van de verantwoordelijkheid van de gemeenten.

Een andere zaak waarbij de scheidslijn tussen de curatieve en de langdurige zorg een rol speelt, is de intramurale Wlz-behandeling. De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom er niet voor is gekozen om deze behandeling onder te brengen bij de Zorgverzekeringswet. Genoemde leden vragen of dit niet logischer is, aangezien dit immers ook bij het pgb en het vpt geldt, en het om curatieve zorg gaat.

Ik heb de vraag van de leden van de PvdA-fractie opgevat als doelend op de algemeen medische zorg, aangezien die zorg bij het pgb en het vpt uit de Zvw wordt geleverd, zoals in de vraag wordt genoemd, en de Wlz-behandeling niet. De regering wil, conform het advies van Zorginstituut Nederland, het onderscheid tussen Wlz-behandeling en algemene medische zorg laten vervallen. Het onderscheid is vanuit de AWBZ historisch te verklaren, maar leidt in de praktijk tot afbakeningsdiscussies. Vanuit de filosofie van de Wlz staat de regering voor een integraal pakket samenhangende zorg voor alle mensen die een indicatiebesluit voor Wlz-zorg hebben, ongeacht voor welke leveringsvorm zij kiezen (zorg in natura met verblijf, zorg in natura in de vorm van een vpt of een pgb) en kiest er derhalve niet voor om de algemeen medische zorg onder te brengen bij de Zvw. Immers de behandeling is integraal onderdeel van de gehele zorgverlening en dient daarop goed aan te sluiten. Omdat het aanpassen van het verzekerd pakket in de praktijk verstrekkende gevolgen heeft voor onder meer de bekostiging en de organisatie van de zorg, zal de regering binnen de Wlz vooralsnog het onderscheid behouden tussen enerzijds de verzekerde die zorg in natura kiest in een instelling met Wlz-behandeling en anderzijds de verzekerden die kiezen voor zorg in natura in de vorm van een vpt of een pgb. De cliënten die kiezen voor een vpt of pgb ontvangen derhalve de algemeen medische zorg vanuit de Zvw in plaats van uit de Wlz. De Minister van VWS zal Zorginstituut Nederland vragen hierover een uitvoeringstoets uit te brengen, waarbij de vraag zal worden meegenomen of de algemeen medische zorg voor alle verzekerden het beste uit de Wlz kan worden geleverd en zo ja, onder welke voorwaarden en op welke termijn.

De leden van de PvdA-fractie hebben enkele resterende vragen omtrent de bekostiging en de bekostigingssystematiek. Volgens deze leden valt op dit gebied nog veel te behalen wat betreft de versimpeling van het systeem. Hoe verhouden de zorgprofielen, waarbij de toegang tot de Wlz en de indicatie een rol spelen, en de zzp's, die worden gebruikt om de bekostiging aan te duiden, zich tot elkaar? Hiernaast speelt het zorgplan én het uiteindelijke indicatiebesluit ook een rol. Is dit niet wat vier-dubbelop? Draagt deze werkwijze volgens de regering bij aan een overzichtelijk en helder overzicht van de te ontvangen zorg voor de cliënt? Bestaat een alternatief voor dit web van zorgprofielen, zorgzwaartepakketten, zorgindicaties, en zorgplannen? De leden van de PvdA-fractie vragen of het niet mogelijk is dat het zorgplan leidend is voor zowel de indicatiestelling, als het contract, als de bekostiging? Biedt een dergelijk meeromvattend zorgplan niet meer mogelijkheden om de zorgvraag van een cliënt vast te stellen, zonder deze tegelijkertijd aan vaste, gevestigde zorgzwaartepakketten te verbinden? Genoemde leden zouden op deze manier veel meer ruimte zien ontstaan voor meer en beter cliëntgericht maatwerk. Is de regering dit met hen eens?

Het onderscheid heeft te maken met de verschillende stappen in het proces van indicatiestelling, zorgplan, zorglevering en declaratie en de verschillende taken van partijen. In de eerste stap stelt het CIZ vast of de cliënt recht heeft op zorg op basis van de Wlz en welke zorg dat is. Het indicatiebesluit vermeldt het zorgprofiel en dat beschrijft in grote lijnen waaruit de zorg zou kunnen worden opgebouwd. Deze informatie gebruikt het zorgkantoor ten behoeve van de cliënt en informeert hem/haar waar deze zijn/haar zorg kan afnemen.

De cliënt bespreekt met de instelling van zijn/haar keuze vervolgens de invulling van de zorg en dat staat vermeld in het zorgplan, waarin afspraken zijn vastgelegd over de te ontvangen zorg. Overigens merkt de regering op dat er sprake is van een wisselwerking tussen het zorgplan en de indicatie. Indien het zorgplan zodanig anders is dan op grond van de indicatie en bijbehorend profiel kon worden verwacht, kan de indicatie worden gewijzigd via een nieuwe beoordeling door het CIZ.

De regering deelt het streven van de leden van de PvdA-fractie om het zorgplan een grotere rol te laten spelen bij het beantwoorden van de zorgvraag van cliënten. Met de invoering van de Wlz wordt een eerste stap gezet in het globaler maken van de indicatie en het verschuiven van het zwaartepunt van de invulling van de zorg naar de zorgplanbespreking. Het gaat er daarbij niet om dat het zorgplan de indicatie bepaalt, maar in het zorgplan wordt de indicatie nader ingevuld en op maat van de cliënt gesneden. De regering streeft ernaar om in een verantwoord tempo indicatiestelling en bekostiging binnen de Wlz te transformeren naar een systeem dat meer rekening houdt met de individuele wensen en behoeften van de cliënt. De Wlz biedt daarvoor de noodzakelijke wettelijke basis, waarop de komende jaren voortgebouwd zal worden. Na inwerking-treding van de Wlz is voor vervolgstappen geen nieuw of aangescherpt wettelijk kader nodig maar een zorgvuldig voorbereid traject met de NZa, Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders. Een ingrijpende wijziging van de bekostiging is per 2015 nog niet haalbaar.

De leden van de fractie van de PvdA vragen of er al meer zicht is op de definitieve uitwerking van de nieuwe zorgprofielen. Kan er al meer worden gezegd over het tijdstip waarop deze uitwerking afgerond is? Welke instanties worden bij deze uitwerking op dit moment betrokken? In de nota naar aanleiding van het verslag heeft de regering aangegeven het signaal van genoemde leden, met betrekking tot cliënten die mogelijk niet goed in een profiel passen, onder de aandacht te brengen van het Zorginstituut Nederland. Wat heeft dit tot nu toe opgeleverd? In hoeverre is de verwachting dat sommige mensen niet in een zorgprofiel passen? Heeft de regering hier oplossingen voor achter de hand? Blijft voor de cliënten met een hogere urenindicatie dan het hoogste zorgzwaartepakket de meerzorgprocedure mogelijk? Wordt de meerzorgprocedure, zoals men die nu kent, onderdeel van de nieuwe zorgprofielen? Kunnen de functies en klassen worden gehandhaafd voor de zorg thuis? Op die manier kan passende zorg en toereikend budget worden gegarandeerd voor mensen met meervoudige beperkingen. In hoeverre zal de groep cliënten die van meerzorg gebruik zal maken, worden geïnformeerd over deze mogelijkheid? Zal ondersteuning worden geboden bij het proces omtrent het aanvragen van meerzorg? In de nota naar aanleiding van het verslag heeft de Staatssecretaris aangegeven het signaal van de leden van de fractie van de Partij van de Arbeid, met betrekking tot cliënten die mogelijk niet goed in een profiel passen, onder de aandacht te brengen van het Zorginstituut Nederland. Wat heeft dit tot nu toe opgeleverd? In hoeverre is de verwachting dat sommige mensen niet in een zorgprofiel passen? Heeft de regering hier oplossingen voor achter de hand? Blijft voor de cliënten met een hogere urenindicatie dan het hoogste zorgzwaar-

tepakket de meerzorgprocedure mogelijk? Wordt de meerzorgprocedure, zoals wij die nu kennen, onderdeel van de nieuwe zorgprofielen? Kunnen de functies en klassen worden gehandhaafd voor de zorg thuis? Op die manier kan passende zorg en toereikend budget worden gegarandeerd voor mensen met meervoudige beperkingen. In hoeverre zal de groep cliënten die van meerzorg gebruik zal maken, worden geïnformeerd over deze mogelijkheid? Zal ondersteuning worden geboden bij het proces omtrent het aanvragen van meerzorg?

Voor 2015 zal het aantal zorgprofielen nagenoeg hetzelfde zijn als de huidige zorgzwaartepakketten. Het is het streven om vanaf 2016 het aantal zorgprofielen te beperken. Het Zorginstituut Nederland zal de vormgeving van deze zorgprofielen nader uitwerken, in samenwerking met het CIZ, VWS, de NZa, branche- en cliëntenorganisaties. Zodra de zorgprofielen nader zijn uitgewerkt, informeer ik de Kamer hierover.

Het is de verwachting dat er cliënten zullen zijn die meer zorg nodig hebben dan in de hoogste zorgprofielen is opgenomen. Die verwachting is gebaseerd op de huidige situatie in de AWBZ. In de AWBZ zijn er ruim 2600 cliënten in de gehandicaptenzorg die gebruikmaken van meerzorg bovenop een ZZP. De zzp-systematiek in de AWBZ gaat uit van een logische ordening en opeenvolging van zorgzwaarten en zorgprofielen op basis van stoornissen en beperkingen. Cliënten maken doorgaans een ontwikkeling door van lagere naar hogere zorgprofielen. Als de zorgbehoefte van de verzekerde de zwaarste profielen aanzienlijk te boven gaat, is er recht op meerzorg. Met de komst van de Wlz wordt deze regeling niet gewijzigd. Bij de totstandkoming van de zorgprofielen zal bij de huidige situatie met meerzorg in de AWBZ worden aangesloten. Daarbij zal moeten worden gezien of de meerzorgprocedure onderdeel kan worden van de nieuwe zorgprofielen. De meeste cliënten met meerzorg hebben meerzorg bovenop een zorgzwaartepakket ZZP VG7. In het kader van het jaarlijkse zzp-onderhoud is gezien of er nog een extra zwaar zorgzwaartepakket kon worden gemaakt voor de cliëntgroep met zeer complexe problematiek. De spreiding van de zorgbehoefte (in uren) van deze cliëntgroep was echter dusdanig dat er geen sprake was van voldoende kostenhomogeniteit om nog een extra zorgzwaartepakket te kunnen introduceren. Ik verwacht dan ook dat er altijd een specifieke regeling nodig is voor de meest zwaardere cliënten met complexe gedragsproblematiek.

Zoals vermeld in de brief van 27 juni jl. over de uitvoering van de langdurige zorg in 2015, handhaaf ik in dat jaar functies en klassen. Daarnaast lijkt de PvdA hier te doelen op de doelgroep die in de huidige AWBZ een indicatiebesluit heeft op basis van functies en klassen met een zodanige omvang dat dit overeen komt met een zzp. Deze cliëntgroep betreft in de huidige AWBZ vooral minderjarige of jongvolwassen thuiswonende budgethouders die over het algemeen een indicatiebesluit hebben met een hogere urenomvang dan is opgenomen in de hoogste zzp's. Om deze cliëntgroep de mogelijkheid te bieden bij hun ouders thuis te blijven wonen werd in de AWBZ «enige ondoelmatigheid» geaccepteerd en een omvangrijke indicatie in functies en klassen geïndiceerd in plaats van een zzp. Deze thuiswonende cliëntgroep heeft op grond van artikel 3.2.1 toegang tot de Wlz omdat ze een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Ook nieuwe cliënten die voldoen aan deze kenmerken zullen onder de Wlz vallen. Ook met een Wlz-indicatie kunnen deze cliënten er met hun ouders voor kiezen langer thuis te blijven wonen. Het sluit uitstekend aan bij mijn beleid om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen.

Hiernaast hebben de leden van de PvdA-fractie aanvullende vragen over het bekostigingsmodel. Klopt het dat het «Zweeds model» bij de langdurige zorg lijkt op het «Zeeuws Wmo-model», waarbij er niet op prijs geconcentreerd wordt maar op kwaliteit? Wanneer dit het geval is, vragen deze leden of de afweging kan worden gemaakt om dit bekostigingsmodel in te voeren bij de Wet langdurige zorg. Welke voor- en nadelen ziet de regering in dit bekostigingsmodel? Op welke manier zou de regering willen stimuleren op kwaliteit in te kopen? Hoe wordt ervoor gezorgd dat nieuwe en innovatieve aanbieders een kans krijgen om toe te treden? De leden van de PvdA-fractie lezen in de memorie van toelichting dat nader (juridisch) onderzoek nodig was om te onderzoeken of het Zweeds model juridisch haal- en houdbaar is. Zijn hier de resultaten al van bekend? Is de pilot al gestart, en wat zijn hiervan de bevindingen tot nu toe? Zal de pilot worden verbreed naar zorg met verblijf?

In het zogenaamde «Zeeuwse model» wordt door een opdrachtgever een minimumniveau aan kwaliteitseisen vastgesteld voor de levering van een voorziening met een bijbehorende vaste prijs. Elke aanbieder die tegen deze door de opdrachtgever gestelde voorwaarden de voorziening wil leveren wordt gecontracteerd. Het «Zeeuwse model» heeft derhalve overeenkomsten met het «Zweedse model». Net als het Zweedse model is ook het Zeeuwse model gericht op keuzevrijheid voor de cliënt. Aandachtspunt van dit model is dat het zich minder goed leent voor cliënten met een complexe zorgbehoefte, omdat het voor een opdrachtgever bij een complexe zorgbehoefte moeilijker is om een goede vaste prijs vast te stellen. Het vaststellen van een tarief, zoals gemeenten die het «Zeeuws model» hanteren om in het kader van de Wmo eenvoudige huishoudelijke hulp te organiseren, zal bij de Wlz lastiger toepasbaar zijn. Ook leidt het contracteren met meerdere aanbieders tot intensiever contractmanagement door de opdrachtgever, hetgeen geen bijdrage levert aan de gewenste reductie van de administratieve lasten.

Om misverstanden te voorkomen wijst de regering er volledigheidshalve op dat in reactie op vragen in het verslag door haar in de nota naar aanleiding van het verslag is aangegeven dat het Zweedse model ook nadelen kent en dat dit de reden is, waarom de regering niet onverkort voor onderzoek naar het Zweedse model heeft gekozen. De regering heeft gezocht naar een tussenvariant waarbij het bestaande aanbestedingsmodel en dat van de vrije keuze (het «Zweedse model») met elkaar gecombineerd worden. In die variant wordt voor het grootste deel van het budget het model van de aanbesteding gevolgd, zowel voor intramuraal verblijf als het vpt. Dit ook met het oog op de budgettaire beheersing van de Wlz. Voor een klein deel van de beschikbare budgettaire ruimte zou voor alleen het vpt de variant van de vrije keuze (het «Zweedse model») kunnen worden geïntroduceerd. Het advies over de juridische haal- en houdbaarheid van de genoemde tussenvariant is recent ontvangen. Aan de hand daarvan zal nadere besluitvorming plaatsvinden, waarover de Kamer separaat geïnformeerd zal worden. Onderdeel daarvan is tevens een besluit over het al dan niet starten van een pilot en de eventuele verbreding daarvan naar de zorg met verblijf.

Zorgkantoren hanteren uniforme eisen voor wat betreft de inkoop van zorg op kwaliteit. Belangrijk element hierbij zijn de sectorale kwaliteitskaders en de bijbehorende indicatorensets. Met name waar het betreft de sector van de verpleging en verzorging (V&V) is er debat over het hanteren van het bestaande landelijk kwaliteitskader VVT. In overleg met de sector zal het Kwaliteitskader V&V worden herzien en wordt het Kwaliteitskader GZ zodanig doorontwikkeld, dat er (ver)nieuw(d)e, beperkte, sets van overzichtelijke, eenduidige en heldere kwaliteitsindicatoren beschikbaar zijn in de Wlz, die voor alle uitvragende partijen

bruikbaar zijn, zo veel mogelijk aansluit bij het primaire proces van zorgverlening en ook relevante verbeterinformatie bevat voor de zorgaanbieder zelf. De regering zal partijen oproepen zich daarbij tevens te laten leiden door de ervaringen die met betrekking tot kwaliteit zijn opgedaan in het kader van de experimenten met regelarme instellingen (ERA), waarbij ten nauwste aangesloten wordt bij de kwaliteitsbeleving van de cliënt.

In de Wlz hebben straks het vpt en het pgb hun wettelijke verankering gevonden. Daarmee is de mogelijkheid geschapen om vanuit de cliënt-zijde innovatief aanbod te stimuleren. Ook zal in de Wlz ingezet worden op meerjarige contracten, waardoor aan zorgaanbieders meer zekerheid kan worden geboden, waardoor investeren in innovatieve zorg aantrekkelijker wordt. Met zorgkantoren is, ook nu onder het regime van de AWBZ, afgesproken dat nieuwe aanbieders een reële kans wordt geboden op een contract. Daar staat dan wel tegenover dat zij op hun beurt overtuigend dienen aan te tonen dat er daadwerkelijk sprake is van een innovatief aanbod die een meerwaarde heeft in relatie tot het bestaande aanbod. Overigens, ook veel bestaande aanbieders staan vanzelfsprekend niet stil en werken aan vernieuwing van hun zorgaanbod. Met de Wlz wordt ook een wettelijke basis gegeven voor een amvb die het mogelijk maakt om sterker op de inkoop van innovatieve zorg te sturen, mocht daaraan onverhoopt door zorgkantoren onvoldoende inhoud gegeven worden. Binnenkort zal de Kamer over innovatie van zorg een brief ontvangen.

Ook zijn de leden van de fractie van de PvdA benieuwd naar de visie van de regering met betrekking tot het werken met meerjarencontracten. Dit zou een bijdrage kunnen leveren aan het verminderen van de regeldruk betreffende de zorginkoop. In hoeverre stimuleert de regering het werken van zorgkantoren met deze meerjarencontracten? Op welke manier zal het werken met deze contracten worden bevorderd?

De regering is van mening dat meerjarige contracten kunnen bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit en innovatie in de zorg. Meerjarige contracten bieden duidelijkheid voor zorgaanbieders, cliënten maar ook aan externe financiers. Daarmee maken meerjarige contracten het makkelijker en mogelijk ook goedkoper (lager rentetarief) om te investeren en om meerjarige innovatieprojecten tot uitvoering te brengen. Net als de leden van de fractie van de PvdA is de regering ervan overtuigd dat meerjarige contracten een belangrijke bijdrage leveren aan het verminderen van de administratieve lasten in het proces rond de zorginkoop. De regering is ook van mening dat in geval van bewezen slechte kwaliteit, een meerjarig contract tussentijds moet kunnen worden beëindigd. Dat kan met een beëindigingclausule. Er is ook een andere kant van meerjarige contracten, namelijk een mogelijke extra belemmering voor het toetreden van nieuwe innovatieve aanbieders.

Binnen de Wlz is het mogelijk om meerjarige contracten af te sluiten tussen zorgkantoren en zorgaanbieders. Vanwege de bovengenoemde voordelen is de regering er voorstander van dat partijen van die mogelijkheid gebruik maken. In de Wlz bestaat de mogelijkheid om de aanwijzing van zorgkantoren meerjarig te verlenen. Daarmee kan een belemmering voor het aangaan van meerjarige contracten worden weggenomen. De regering zal de meerjarige aanwijzing verder bezien, in relatie tot regionale opschaling. De regering streeft ernaar om in 2016 een eerste stap te zetten.

De leden van de PvdA-fractie hebben enkele vragen over de uitvoering van de Wet langdurige zorg. De regering heeft op eerdere vragen van genoemde leden geantwoord dat zij ervoor heeft gekozen de bestaande

uitvoeringsstructuur grotendeels te handhaven, aangezien het veld voor een forse veranderingsopgave staat. Deze leden vragen of in deze situatie een ander optreden van de regering niet meer gewenst is. Hoe rijmt de ambitie de zorg te willen vernieuwen met de keuze van de regering om de uitvoeringsstructuur grotendeels hetzelfde te houden? Zou het niet innovatiever zijn de uitvoeringsstructuur aan te passen, maar hier meer tijd voor uit te trekken zodat het veld hier naartoe kan werken?

Het uitgangspunt is dat de langdurige zorg in 2015 door betrokken partijen verantwoord wordt uitgevoerd. Dit vraagt om een stapsgewijze verandering van de uitvoeringspraktijk, die wordt toegelicht in de brief van 27 juni jl. Vooralsnog zal in 2015 de uitvoeringspraktijk beperkt veranderen. De Wlz biedt echter belangrijke aangrijpingspunten voor een vernieuwde uitvoeringspraktijk. Deze kunnen echter geleidelijk worden geïmplementeerd, waardoor de vernieuwing die de leden van de PvdA-fractie en de regering ambiëren op zorgvuldige wijze kan worden gerealiseerd. De regering hecht er aan te benadrukken dat deze vernieuwing niet via wettelijke bepalingen kan worden afgedwongen, maar vraagt om een gezamenlijke inzet van alle betrokken partijen. Overigens ben ik in overleg met DSW om een vereenvoudiging in de uitvoeringsstructuur op beperkte schaal door te voeren. Dit biedt de gelegenheid om te leren van de ervaringen.

Hiernaast vinden de leden van de fractie van de PvdA het een gemiste kans dat de regering door de huidige uitvoeringsstructuur te behouden, niet voor een systeem kiest dat bijdraagt aan een vermindering van de bureaucratie. Deze leden vragen namelijk of de uitvoeringsorganisatie met zowel zorgverzekeraars, als zorgkantoren, als Wlz-uitvoerders, niet een tikkeltje over de top is. Vanwaar deze ingewikkelde aansturingsstructuur? Wat is het voordeel van het creëren van een extra partij binnen de structuur? Wat levert deze uitbreiding concreet op, en hoe past de uitbreiding van het systeem bij de ambitie van het versimpelen van het systeem? Ook zien genoemde leden dat intramurale zorginstellingen een rol kunnen spelen in de lokale zorginfrastructuur. Hoe ziet de regering het samenspel tussen de zorgaanbieder, zorgverzekeraar, gemeente, zorgkantoor en de Wlz-uitvoering? Hoe zal dit concreet worden ingevuld door de verschillende partijen? Wat zijn de mogelijke alternatieven voor deze uitvoeringsstructuur? Zou één centraal zorgkantoor voor alle Wlz-cliënten denkbaar zijn, waarbij er zowel minder regionale verschillen kunnen voorkomen als waarbij er wordt bijgedragen aan de vermindering van regeldruk en overheadkosten?

De regering heeft ervoor gekozen om de bestaande uitvoeringsstructuur zoals deze in de AWBZ bestaat grotendeels te handhaven. Omdat de rol die de zorgverzekeraars binnen de AWBZ spelen op instigatie van De Nederlandsche Bank binnen de Wlz geheel wordt overgenomen door de Wlz-uitvoerders, is er geen sprake van een extra partij. Er is dus niet gekozen voor het creëren van een extra partij binnen de structuur van de Wlz.

Net als de leden van de PvdA-fractie onderschrijft de regering het belang van een goede lokale zorginfrastructuur. In de Wmo 2015 krijgen gemeenten de taak om hun beleid bij de verstrekking van voorzieningen af te stemmen op de wijze waarop de zorgverzekeraars voorzien in het leveren van geneeskundige zorg (en dan met name de geneeskundige zorg die thuis wordt verleend, zoals de wijkverpleging), en vice versa. Dat de Wlz-uitvoerders met de Wlz niet de taak krijgen om hun beleid af te stemmen met dat van de gemeenten (Wmo 2015) en de zorgverzekeraars (Zvw), komt vooral omdat thuiswonende verzekerden met een Wlz-indicatie de zorg die zij thuis ontvangen voor het overgrote deel voor

rekening van de Wlz komen. Aangezien zij daarnaast geen rechten zullen hebben op maatwerkvoorzieningen als bedoeld in de Wmo 2015 of op wijkverpleging op grond van de Zvw, zal lokale afstemming voor hen niet nodig zijn. Ik deel de opvatting van de leden van de PvdA-fractie dat zorginstellingen (of die nu intramurale zorg verlenen of extramurale zorg) een belangrijke kunnen rol spelen in de verbetering van de lokale infrastructuur. Met de NZa en met veldpartijen ben ik dan ook in overleg over de vraag hoe nieuwe technische innovaties voor iedereen bereikbaar kan worden gemaakt.

De regering acht het verminderen van het aantal regio's bij de zorgkantoren nodig, omdat de doelgroep en dus de totale geleverde zorg onder de Wlz kleiner wordt. De regering veronderstelt dat het overgaan tot regionale opschaling zorgt voor efficiëntere uitvoering, waaronder minder regeldruk en overheadkosten. Op dit moment acht de regering het overgaan op één centraal zorgkantoor niet opportuun. De regering kiest er bewust voor om in het eerste jaar van de Wlz het aantal zorgkantoren hetzelfde te houden. Zo kunnen de Wlz-uitvoerders de Wlz implementeren, zonder dat zij tevens rekening moeten houden met organisatorische veranderingen op het gebied van het aantal zorgkantoren.

Bij de behandeling van de Wmo 2015 is door de leden Voortman en Otwin van Dijk een amendement ingediend dat het mogelijk maakt voor betrokkenen uit de buurt, ouders of bijvoorbeeld zorgmedewerkers om samen een initiatief op te zetten.⁸ Genoemde leden zien graag de visie van de regering op deze mogelijkheid tot een «right to challenge» binnen de Wlz.

Het nemen van initiatief om als familie, buurtgenoten of zorgverleners nauwer bij de zorg betrokken te zijn of deze zelfs mede vorm te geven, juich ik toe. Een instrument analoog aan het voorgestelde «right to challenge» is naar mijn mening echter moeilijk verenigbaar met de Wlz als volksverzekering waarin de aanspraak op langdurige zorg wordt geregeld. Ik verwacht dat er met de wettelijke verankering van het VPT en het PGB voldoende mogelijkheden zijn voor de cliëntzijde om innovatief aanbod te stimuleren en het zorgkantoor «uit te dagen».

De leden van de fractie van de PvdA lezen in de memorie van toelichting dat voor cliënten met verblijf of een vpt, het mogelijk is om extra producten en diensten af te nemen, al dan niet tegen extra kosten. In hoeverre is dit ook mogelijk wanneer iemand meer, of andere zorg wenst? Hoe kan worden gezorgd dat de basis op orde is van wat een cliënt kan verwachten zonder deze eigen bijdragen? Wie ziet hierop toe? Vallen de eigen bijdragen die door cliënten worden betaald, voor bijvoorbeeld een dagje uit, onder een bepaalde anticumulatieregeling?

Het gaat hier om producten en diensten die niet onder de verzekerde zorg vallen. De zorginstelling kan die, net als nu onder de AWBZ, aanbieden. De verzekerde is vrij om die producten en diensten af te nemen. Als ze afgenomen worden, dan kan de zorginstelling daarvoor kosten in rekening brengen. De eigen bijdrage heeft alleen betrekking op de verzekerde zorg. Deze eigen bijdrage wordt vastgesteld door het CAK op basis van de regels die daarvoor op grond van de Wlz worden getroffen. De zorginstelling mag zelf geen eigen bijdrage voor de verzekerde zorg in rekening brengen. Verder vallen de kosten die de zorginstelling in rekening brengt voor de vrijwillig af te nemen producten en diensten niet onder een anticumulatieregeling. De zorginstelling moet de zorg leveren waarvoor

⁸ Kamerstukken II, 2013–2014, 33 841, nr. 158.

de verzekerde geïndiceerd is. Meer dan de geïndiceerde zorg of andere zorg is daarbij niet aan de orde.

De Wlz-uitvoerder moet toezien of de verzekerde de zorg waarvoor de verzekerde geïndiceerd op orde is. De zorginstelling moet immers haar overeenkomst met de Wlz-uitvoerder nakomen. Andere organen die een toezichthoudende taak bij de zorg hebben zijn de NZa en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

De leden van de SP-fractie hebben nog een aantal vragen over de wijze waarop partneropname in de Wlz is geregeld. Zij hebben eerder hun zorgen kenbaar gemaakt wat er gebeurt indien een gemeente weigert een partner van zorg te voorzien, indien deze persoon in een zorginstelling wil verblijven bij zijn of haar geliefde. Deze leden begrijpen niet waarom de regering niet de vrees deelt dat gemeenten deze zorg kunnen weigeren. De regering stelt er vertrouwen in dat een zorginstelling de gemeente wel op de vingers tikt, maar dat is wel heel vrijblijvend. Waar is de zorgplicht dan gebleven die gemeenten hebben, indien zij wel een partneropname weigeren op basis van de Wmo? Wie toetst daarop? Kan de regering dat nader toelichten?

De leden van de fractie van de SP vragen naar de zorg die een gemeente dient te leveren aan de niet-Wlz geïndiceerde partner die via partneropname op basis van de Wlz verblijft in een Wlz-instelling. Zij vragen verder naar de zorgplicht van de gemeente bij partneropname op basis van de Wmo. Wat dit laatste betreft, lees ik de vraag van deze leden zo, dat wordt bedoeld op de zorgplicht voor de «gezonde» partner die via partneropname op basis van de Wlz verblijft in een Wlz-instelling. Immers partneropname in de Wmo is gezien de aard van de voorziening niet aan de orde.

Indien een aanvraag voor een Wmo-voorziening wordt afgewezen, staan de mogelijkheden open voor bezwaar en beroep, zoals in de Wmo 2015 beschreven. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen zelfstandig wonende burgers en «gezonde» partners die op grond van een partnerindicatie bij hun Wlz-geïndiceerde partner in een Wlz-instelling verblijven. De mede opgenomen partner kan dus bezwaar maken bij de gemeente wanneer deze weigert hem de benodigde ondersteuning te bieden. Overigens kan de gemeente deze ondersteuning invullen met gecontracteerde aanbieders die buiten de instelling werkzaam zijn dan wel kan hij afspreken dat hij de ondersteuning inkoopt bij de Wlz-instelling waar de «gezonde» partner verblijft.

De leden van de SP-fractie hebben eerder een aantal vragen gesteld over de Wlz-uitvoerder en de rol van de zorgkantoren. Genoemde leden vinden het nog steeds onduidelijk wie de Wlz-uitvoerder is en welke taken deze Wlz-uitvoerder nu precies krijgt. Kan de regering dat nader uitleggen? Kan de regering tevens een overzicht sturen aan welke verantwoordelijkheden een Wlz-uitvoerder gehouden kan worden en aan welke eisen en voorwaarden zorgkantoren moeten voldoen?

Een Wlz-uitvoerder is een rechtspersoon die deel uitmaakt van een concern waarin ten minste één zorgverzekeraar zit. De Nederlandsche Bank staat het namelijk niet meer toe dat de zorgverzekeraars zelf de Wlz uitvoeren.

In de Wlz is geregeld dat Wlz-uitvoerders verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de Wlz voor verzekerden die een zorgverzekering hebben bij de zorgverzekeraar(s) in het concern, voor zover de uitvoering van deze wet niet bij of krachtens de wet aan anderen is opgedragen. De Wlz-uitvoerders hebben de belangrijke taak om ervoor te zorgen dat hun verzekerden die geïndiceerde zorg en overige diensten kunnen verkrijgen,

waarop zij aangewezen zijn. Dit is de zorgplicht van de Wlz-uitvoerder. Ter uitvoering van zijn zorgplicht, dient de Wlz-uitvoerder voor zijn verzekerden de volgende werkzaamheden te (laten) verrichten:

- hij sluit zorginkoopovereenkomsten met zorgaanbieders op grond waarvan die zorgaanbieders namens hem de zorg aan zijn verzekerden zullen verlenen waarop zijn verzekerden (getuige hun indicatiebesluit) zijn aangewezen. Dit gebeurt zowel voor zorg in een instelling als voor zorg die in het kader van een vpt geleverd wordt;
- hij beoordeelt of iemand in aanmerking kan komen voor een vpt;
- indien iemand voor zorg met verblijf of een vpt kiest, zorgt hij ervoor dat de benodigde zorg binnen redelijke termijn en daar waar de betrokkene woont (vpt) of wil gaan wonen (zorg met verblijf) voor de verzekerde beschikbaar is;
- hij verstrekt zijn verzekerden informatie over de (voorwaarden verbonden aan de) diverse leveringsvormen, over het gecontracteerde zorgaanbod (wie is waarvoor gecontracteerd, wat zijn de verschillen tussen de gecontracteerde zorgaanbieders, zijn er wachttijden en zo ja, hoe lang zijn deze?);
- hij bemiddelt een verzekerde die gekozen heeft voor zorg in een instelling of voor een vpt desgevraagd naar een geschikte gecontracteerde zorgaanbieder;
- desgevraagd zorgt hij voor cliëntondersteuning bij de zorgplanbesprekingen;
- hij bemiddelt indien een verzekerde die voor zorg in een instelling of voor een vpt heeft gekozen, van mening is dat de zorgaanbieder binnen de grenzen van het indicatiebesluit verkeerde of te weinig zorg levert, dan wel de bepalingen over de zorgplanbespreking en het zorgplan niet nakomt en de cliënt en de zorgaanbieder hier niet zelf uitkomen;
- de Wlz-uitvoerders zijn daarnaast verantwoordelijk voor de controle van de aan verzekerden geleverde zorg;
- ten slotte zijn de Wlz-uitvoerders verantwoordelijk voor de overige Wlz-werkzaamheden die niet bij of krachtens de wet aan anderen zijn opgedragen, zoals bijvoorbeeld het ontwikkelen van beleid op het terrein van zorginkoop.

Per regio zal een Wlz-uitvoerder als zorgkantoor worden aangewezen. Het zorgkantoor wordt bij en krachtens de Wlz belast met de wettelijke taak om voor alle verzekerden die in zijn regio wonen (dus ook voor de verzekerden van andere Wlz-uitvoerders die in die regio wonen) te zorgen voor de administratie van de zorg en – dit zal bij tweede nota van wijziging worden geregeld – voor de verstrekking van pgb's. Deze regionale uitvoering is nodig om aan te sluiten bij de wijze waarop de zorg wordt ingekocht en om de zorgkosten beheersbaar te houden. In dezen zal de uitvoering van de Wlz overigens niet afwijken van die van de AWBZ.

Omdat de verantwoordelijkheid voor de administratie van de zorg voor alle verzekerden die in de zorgkantorregio wonen bij het zorgkantoor wordt belegd, wordt verwacht dat de Wlz-uitvoerders die in een regio niet het zorgkantoor zijn, hun eigen wettelijke taken voor hun verzekerden die in die regio wonen (dat wil zeggen de taken die hierboven zijn opgesomd) uitbesteden aan het zorgkantoor. Ook dit is conform de AWBZ. Een en ander laat onverlet dat de Wlz-uitvoerders de eindverantwoordelijkheid voor de wijze waarop het zorgkantoor hun taken namens hun verricht, behouden. De wet draagt die taken immers aan hen en niet aan de zorgkantoren op. Om die reden kunnen zij de zorgkantoren in de uitbestedingsovereenkomsten richtlijnen voor de uitvoering meegeven, ontvangen de Wlz-uitvoerders de beheerskosten voor de taken die de wet aan hen opdraagt (in de uitbestedingsovereenkomsten zullen zij dat geld

dan weer als wederprestatie voor de uit te besteden werkzaamheden aan de zorgkantoren doorgeven) en zijn de Wlz-uitvoerders verantwoordingsplichtig over de taken die de Wlz aan hen opdraagt (zij zullen de zorgkantoren daartoe moeten vragen te rapporteren over het werk dat zij op uitbestedingsbasis voor hen hebben verricht).

De zorgkantoren zijn direct verantwoordelijk voor de recht- en doelmatige uitvoering van de taken die de Wlz en het Blz rechtstreeks aan hen zullen opdragen. De taken die de zorgkantoren rechtstreeks opgedragen krijgen zijn de administratietaak en de verstrekking van pgb's voor alle verzekerden die in de regio wonen. Daarnaast hebben zorgkantoren, omdat de zorgkantoren zij nu eenmaal ook Wlz-uitvoerder zijn, een zorgplicht jegens hun eigen verzekerden. Voor zover de zorgkantoren daarnaast op uitbestedingsbasis taken voor de Wlz-uitvoerders uitvoeren, hebben zorgkantoren slechts een afgeleide verantwoordelijkheid: zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor een recht- en doelmatige uitvoering voor zover dat in de uitbestedingsovereenkomsten geregeld is. De Wlz-uitvoerder blijft eindverantwoordelijkheid hebben voor een recht- en doelmatige uitvoering van zijn wettelijke taken. Wanneer de Wlz-uitvoerder deze taken uitbesteedt aan een zorgkantoor, valt te verwachten dat de Wlz-uitvoerders in de uitbestedingsovereenkomsten met de zorgkantoren opnemen dat de zorgkantoren namens hen (Wlz-uitvoerders) dienen te zorgen voor een recht- en doelmatige uitvoering van de uitbestede taken.

De leden van de SP-fractie hebben er moeite mee dat de regering ervoor kiest om de indicatiestelling te laten uitvoeren door het Centrum indicatiestelling zorg. De regering geeft in haar beantwoording aan dat om over de aspecten van de indicatiestelling te kunnen oordelen, de kennis en ervaring doorgaans niet aanwezig is, of hoeft te zijn bij professionals, zoals wijkverpleegkundigen en huisartsen. Genoemde leden vinden dit een regelrechte schoffering van deze professionals die juist alle kennis en expertise in huis hebben om te oordelen welke zorg iemand nodig heeft. Zo begrijpen deze leden ook niet waarom de regering daarmee de mandatering van indicatiestelling en de standaardindicatieprotocollen (sip's) afschaft in het huidige wetsvoorstel. Waarom kiest de regering voor de indicatiestelling door het CIZ, gezien daar in de afgelopen jaren veel problemen mee zijn geweest, als het gaat om te strenge indicaties en telefonische indicaties? Kan de regering tevens toelichten waarop het wantrouwen tegenover de kennis en expertise van professionals, zoals wijkverpleegkundigen, huisartsen en verpleeghuisartsen, gebaseerd is? Voorts vragen zij of het overzicht van de bezwaar- en beroepszaken tegen de indicatiebesluiten van het CIZ voor de plenaire wetsbehandeling naar de Kamer gestuurd kan worden.

De zienswijze van de SP-fractie dat met de keuze van de regering om de indicatiestelling in handen te leggen van het CIZ, professionals worden geschoffeerd, of worden gewantrouwd, wijst de regering ten stelligste af. De regering heeft geenszins de intentie om door de keuze voor het CIZ een diskwalificatie uit te spreken met betrekking tot de door de leden van de SP-fractie genoemde beroepsbeoefenaren.

De regering benadrukt dat zij hecht aan een onafhankelijke, deskundige en uniforme indicatiestelling door het CIZ. Het indiceren voor zorg op grond van de Wlz is een afweging die meerdere aspecten kent. De zorg die Wlz-cliënten nodig hebben is zwaar en complex, omdat in beginsel sprake is van permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid. De benodigde zorg beslaat in principe het verdere leven van de cliënt en betreft een integraal pakket dat alle levensdomeinen omvat. Ook moet bij het indiceren al rekening worden gehouden met het verdere verloop van de aandoening of beperking van de cliënt. Om al deze aspecten te kunnen beoordelen is niet alleen kennis van de aandoening of beperking nodig,

maar ook kennis en overzicht over het verloop van de aandoening of beperking en de daaruit voortvloeiende zorgbehoefte op verschillende terreinen, en kennis van wet- en regelgeving. Om te kunnen vaststellen of recht bestaat op Wlz-zorg, heeft het CIZ informatie van deze beroepsbeoefenaren nodig, én het vereist daarnaast vooral onafhankelijke en objectieve beoordeling van de zorgbehoefte, mede op basis van die verkregen informatie. Het CIZ beschikt over de deskundigheid om op basis daarvan de zorgbehoefte objectief vast te stellen.

De gekozen wijze van indiceren, alle indicatieaanvragen door het CIZ laten beoordelen en – overigens net als nu – alle besluiten door het CIZ laten nemen, is ingegeven vanuit de wens om ook in de indicatiestelling uit te gaan van meer contact van het CIZ met de cliënt (in persoon). Bovendien is de roep om het risico op upcoding (niet-frauduleus te hoge indicatiebesluiten afgeven) in te perken een belangrijk argument voor de gekozen werkwijze geweest. De Kamer zal vóór de plenaire wetsbehandeling van de Wlz een overzicht van de bezwaar- en beroepszaken tegen indicatiebesluiten van het CIZ ontvangen.

De leden van de SP-fractie constateren dat de zorgprofielen waarover de regering in het voorliggende wetsvoorstel spreekt, pas in het najaar gepubliceerd zullen worden. Waarom wordt de uitwerking van de zorgprofielen niet voor de plenaire wetsbehandeling naar de Kamer gestuurd en is de regering bereid dit alsnog te doen? Kan de regering ook toelichten of de meerzorg betrokken wordt bij de totstandkoming van de zorgprofielen? Zo ja, blijft het CCE betrokken bij deze vorm van zorg? Voorts willen deze leden vragen in hoeverre er in de zorgprofielen rekening wordt gehouden met personen die een pgb aanvragen.

Voor 2015 zal het aantal zorgprofielen nagenoeg hetzelfde zijn als de huidige zorgzwaartepakketten. De zorgprofielen worden in de «Beleidsregels Indicatiestelling WLZ» opgenomen en worden in het najaar van 2015 in de Staatscourant gepubliceerd en aan de Kamer toegezonden. Het is het streven om vanaf 2016 het aantal zorgprofielen te beperken. Het Zorginstituut Nederland zal de vormgeving van de zorgprofielen nader uitwerken, in samenwerking met het CIZ, VWS, de NZa, branche- en cliëntenorganisaties. Zodra de uitwerking beschikbaar is, informeer ik de Kamer hierover.

Voor de bekostiging van zorg voor mensen met een behoefte aan substantieel meer zorg dan opgenomen in de hoogste zzp's in de gehandicaptenzorg is in de huidige AWBZ-bekostiging een regeling voor bekostiging meerzorg bovenop de hoogste zzp's opgenomen. Het CCE heeft nu een adviserende rol als de verzekeraar moet beoordelen of sprake is van een behoefte aan meerzorg.

Met de komst van de Wlz wijzigen deze wijze van bekostigen en de rol van het CCE niet. Bij de totstandkoming van de zorgprofielen zal hierop moeten worden aangesloten. Ik ben me wel bewust van de administratieve lasten van de huidige vaststelling van meerzorg. Daarom wil ik samen met onder andere ZN, VGN en CCE bezien op welke wijze ik gebruik kan maken van de positieve ervaringen die zijn opgedaan in het experiment regelarme instellingen met de inzet van meerzorg.

Voor de zorgprofielen is de leveringsvorm van de zorg niet relevant. Pgb-houders kunnen nog altijd naar eigen inzicht de zorg vorm en inhoud geven. Het doet er hierbij niet toe of in zorgzwaartepakketten of in zorgprofielen wordt geïndiceerd.

Tevens hebben de leden van de SP-fractie een aantal vragen over de zorgzwaartepakketten. De regering erkent dat een zorgzwaartepakket niet kan voorschrijven waar iemand behoefte aan heeft en welke zorg geboden

moet worden. Waarom schaft de regering dan de zorgzwaartepakketten niet af? Kan de regering dat toelichten?

De zorgzwaartepakketten worden in de Wlz gebruikt als instrument bij de bekostiging. Diverse partijen hebben in de consultatierondes aangegeven dat de zorgzwaartepakketten een toegevoegde waarde hebben bij de bekostiging. Bij de indicatiestelling zal in de Wlz gewerkt gaan worden met zorgprofielen die globaler zijn omschreven dan de zorgzwaartepakketten. Daarmee ontstaat er meer ruimte voor zorgaanbieder, zorgkantoor en cliënt om de zorg waar de cliënt behoefte aan heeft meer op maat in te vullen.

De regering geeft in haar beantwoording aan dat de 10-uursmaatregel voor begeleiding komt te vervallen vanaf 1 januari 2015. De leden van de SP-fractie zijn verheugd dit te horen. Kan de regering tevens garanderen dat gemeenten niet de 10-uursgrens in hun verordeningen gaan opnemen, om onwenselijke gevolgen te voorkomen? Kan de regering de gemeenten daarop aanspreken? Deze leden verlangen een toelichting op dit punt.

Indien de gemeente op grond van het onderzoek vaststelt dat iemand niet op eigen kracht, met behulp van zijn sociale netwerk of door gebruik te maken van algemene voorzieningen kan participeren of zelfredzaam kan zijn, dan besluit de gemeente tot een maatwerkvoorziening op grond van de Wmo 2015. Indien iemand in aanmerking komt voor een maatwerkvoorziening en deze wenst te ontvangen in de vorm van een pgb, dan is de gemeente gehouden deze te verstrekken indien de cliënt aan een aantal in de Wmo 2015 bepaalde voorwaarden heeft gedaan. Het aantal uren ondersteuning is niet als voorwaarde in de wet opgenomen en is voor gemeenten geen grond het verzoek om een pgb af te wijzen. Het pgb in de Wmo 2015 is een onderwerp dat veelvuldig aan de orde komt op bijeenkomsten met wethouders, raadsleden en gemeenteamttenaren in het land, waarin de onmogelijkheid van het stellen van een 10-uurs grens, of vergelijkbare voorwaarden expliciet aan de orde komt. Om gemeenten te ondersteunen in hun pgb-beleid heeft het Transitiebureau ook een handreiking ontwikkeld. Ook Per Saldo benadert gemeenten actief op dit punt.

De leden van de SP-fractie zijn ontdaan over het feit dat de regering geen contracteerplicht wil instellen in de Wlz. Op welke gronden is de regering deze mening toegedaan en is het niet zo dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en professionals zelf dienen te controleren op kwaliteit en niet het zorgkantoor met als het om kwaliteit gaat onvoldoende gevalideerde inkoopregels? Kan de regering hierop reageren?

In de Wlz zijn Wlz-uitvoerders verantwoordelijk voor de inkoop van kwalitatief goede zorg voor hun eigen verzekerden. De regering verwacht dat Wlz-uitvoerders deze taak uitbesteden aan de in de regio aangewezen Wlz-uitvoerder, het zorgkantoor. De regering ziet een onderscheid tussen de verantwoordelijkheid van de professional, van de zorgkantoren en die van de Inspectie voor de Gezondheidszorg als het gaat om kwaliteit. De professional is in eerste instantie verantwoordelijk voor de kwaliteit van de door hem geleverde zorg. De regering werkt er, in overleg met partijen, naar toe dat de Inspectie zich primair richt op de veiligheidsaspecten van kwaliteit. Zorgkantoren gaan zich juist meer richten op de ervaring van de cliënt, zoals de bejegening, eten en drinken, een prettige woonomgeving, omgaan met klachten en zinvolle dagbesteding. Een contracteerplicht past naar de mening van de regering niet bij de verantwoordelijkheid van het zorgkantoor om zorg te dragen voor kwalitatief goede zorg. De regering vindt het belangrijk dat als een zorgkantoor besluit om in zijn inkoopbeleid

rekening te houden met bepaalde kwaliteitsuitkomsten, een gesprek tussen zorgaanbieder en zorgkantoor plaatsvindt over die uitkomsten. De aanbieder kan daarin inzichtelijk maken hoe hij het gesprek over kwaliteitsuitkomsten binnen zijn organisatie heeft gevoerd.

De leden van de SP-fractie zijn blij dat de regering de roerige voorgeschiedenis van het Centraal Administratie Kantoor (CAK) niet ontkent. Toch hebben genoemde leden er problemen mee dat het CAK de verantwoordelijkheid houdt voor het innen van de eigen bijdragen. Is de regering voornemens om extra maatregelen te treffen om te voorkomen dat het CAK eerder gemaakte fouten opnieuw maakt? Wil de regering hiernaar kijken? Zo nee, waarom niet?

Met de invoering van de Wlz worden geen grote wijzigingen beoogd voor de eigen bijdrage systematiek. Ik vind het belangrijk dat de overgang zo vloeiend mogelijk te laten verlopen, zodat cliënten hier zo min mogelijk hinder van ondervinden. Daarom wordt het CAK nauw betrokken bij de uitvoeringstechnische aspecten van de eigen bijdrage in de Wlz.

De leden van de SP-fractie begrijpen niet waarom mensen die een zorgzwaartepakket GGZ-C hebben, geen garantie krijgen voor een wooninitiatief. Kan de regering aangeven waarom zij hiervoor gekozen heeft en is zij bereid deze mensen wel een garantie te geven? Genoemde leden verlangen een toelichting op dit punt.

Budgethouders met een GGZ-C pakket behouden conform het overgangsrecht van de Wmo in 2015 hun indicatie, hun pgb en de hoogte van dat pgb tot het moment dat ze met de gemeente tot afspraken zijn gekomen of de indicatie is verlopen. Zij kunnen door het overgangsrecht de zorg blijven inkopen bij het wooninitiatief. In het gesprek met de gemeente dat in 2015 zal plaatsvinden kunnen zij de wens om hun zorg in het wooninitiatief te continueren, bespreken.

De leden van de SP-fractie vinden het onbegrijpelijk dat de herstelgerichte tijdelijke opname na een ziekenhuisopname niet in de Wlz geregeld wordt. Dit is tegenstrijdig met de eerder aangekondigde maatregelen van de regering, om dit wel in de AWBZ te regelen. Wanneer is de regering voornemens om de Kamer te informeren over het beleid dat zij hierop wil maken in de Zvw?

De regering heeft dit in 2014 tijdelijk onder de AWBZ geregeld. Daarbij is ook aangegeven dat hiervoor op langere termijn de oplossing in de Zvw is te zien. Voor de zomer zal de Kamer hierover worden geïnformeerd.

De regering geeft aan dat er jaarlijks 60 tot 70 mensen zijn met een complexe zorgvraag die te lang moeten wachten op een plaats of waarvoor geen passende plek gevonden kan worden. De leden van de SP-fractie hebben eerder al aangegeven dat voor jongeren zoals Brandon of Dexter passende zorg van groot belang is. Kan de regering aangeven welk beleid zij gaat hanteren in het voorliggende wetsvoorstel om te regelen dat de zorg voor deze kinderen goed geregeld gaat worden? Kan de regering tevens aangeven welke maatregelen zij treft voor voldoende passende plekken voor deze mensen? Tot slot willen genoemde leden weten waarom het de regering nog steeds niet gelukt is, voor veel mensen passende zorg of een passende plek te regelen. Kan de regering aangeven wat de oorzaak daarvan is en wat de regering van plan is daaraan te gaan doen?

Mede naar aanleiding van het overleg met de Kamer over cliënten met complexe zorgvragen heb ik overleg met het veld gekeken naar de oorzaken voor het soms (te) lang moeten wachten op een passende plek voor deze groep cliënten. De belangrijkste oorzaken hiervoor zijn onvoldoende passend zorgaanbod als gevolg van een gebrek aan kennis bij hulpverleners en onvoldoende aanbod in de regio. De bekostiging van de zorg of (de wijzigingen in) het zorgstelsel speelt mijns inziens veelal geen of een ondergeschikte rol. In overleg met veldpartijen, waaronder het CCE, bekijk ik nu hoe deze knelpunten rond de complexe zorg zijn op te lossen. Ik zal de Kamer hierover zeer binnenkort nader informeren in mijn brief naar aanleiding van het verzoek van de commissie om een reactie op de recent uitgezonden documentaire over de jongen Dexter.

De leden van de SP-fractie hebben in de vorige schriftelijke inbreng een aantal vragen gesteld over het vervoer van en naar de dagbesteding. De regering heeft deze vragen niet beantwoord, kan de regering dit alsnog doen?

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

In de eerdere inbreng hebben de leden van de CDA-fractie een vraag gesteld over het therapeutische leefklimaat als indicator. Deze vraag kunnen zij helaas niet terugvinden in de beantwoording van de regering. Daarom stellen zij deze opnieuw. De toegangscriteria voor de Wlz zijn in dit wetsvoorstel uitgewerkt en zwaarder dan in de huidige AWBZ. Centraal staat het permanent toezicht en 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Waarom is ervoor gekozen het zogenaamde therapeutische leefklimaat niet meer als indicator op te nemen?

Een therapeutisch leefklimaat is een voorwaarde bij het bieden van passende zorg aan een cliënt. De behoefte van een cliënt aan een therapeutisch leefklimaat, is niet onlosmakelijk verbonden aan de langdurige zorg en aan het zorginhoudelijke Wlz-toegangscriterium dat de behoefte hieraan blijvend moet zijn; de Wlz-doelgroep. Het feit dat het therapeutisch leefklimaat niet tot de toegangscriteria tot de Wlz behoort, wil niet zeggen dat er geen therapeutisch leefklimaat aan Wlz-cliënten moet worden geboden wanneer een cliënt hier op basis van zijn aandoening, stoornissen en/of beperkingen behoefte aan heeft. Dit is onderdeel van goede zorg.

De regering is van mening dat mensen met een Wlz-indicatie een dermate zware zorgvraag hebben, dat gestreefd moet worden naar één integraal pakket met één zorgaanbieder als eindverantwoordelijke. De regering geeft hierbij aan dat zij het Zorginstituut Nederland om een uitvoeringstoets zal vragen. De leden van de CDA-fractie willen weten of dit betekent – als alle medische zorg onder de Wlz valt – dat de zorgaanbieder verantwoordelijk zal zijn voor de organisatie van de algemene medische zorg voor alle mensen met een Wlz-indicatie. Ook bij mensen die thuis verblijven met een volledig pakket thuis of pgb?

Het is inderdaad mijn streven om vanuit de filosofie van de Wlz een integraal pakket ter beschikking te stellen voor alle mensen die een indicatiebesluit voor Wlz-zorg hebben, ongeacht voor welke leveringsvorm zij kiezen. Zoals de leden van de CDA-fractie hier beschrijven, zal de Minister van VWS het Zorginstituut vragen hierover een uitvoeringstoets uit te brengen, waarbij de vraag zal worden meegenomen of de algemeen medische zorg voor alle verzekerden het beste uit de Wlz kan worden geleverd en zo ja, onder welke voorwaarden en op welke termijn. Onder de voorwaarden wordt ook de organisatie van en de verantwoordelijkheid voor de algemeen medische zorg bij de cliënt in zijn thuissituatie verstaan.

De leden van de CDA-fractie worden graag betrokken bij de vaststelling van de zorgprofielen. Is de regering bereid om de adviesaanvraag aan het Zorginstituut aan de Kamer te sturen en de uiteindelijke advisering ter bespreking voor te leggen aan de Kamer?

Ik ben graag bereid om de Kamer te informeren over de adviesaanvraag aan het Zorginstituut Nederland over de nieuw op te stellen zorgprofielen. Naar verwachting zal deze adviesaanvraag in het najaar 2014 worden gestuurd. Daarnaast zal ik te zijner tijd het advies van Zorginstituut Nederland ter bespreking aan de Kamer voorleggen.

Begrijpen de leden van de CDA-fractie het goed dat als men een vpt heeft de laagste inkomens wel € 156 per vier weken betalen? Indien de regering hierop bevestigend antwoordt, vragen deze leden of dit voor de gebruiker een duidelijk verschil is. En maakt de regering hiermee het pgb niet financieel aantrekkelijker dan het vpt? Hoeveel mensen verwacht de regering dat er in de Wlz gebruik zullen maken van het pgb? Zij vallen ook onder de groep van 200.000 mensen. De leden van de CDA-fractie lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat het pgb onder de Wlz een afgeleide wordt van het natura-tarief. In de memorie van toelichting van het wetsvoorstel is een zinsnede opgenomen dat het natura-tarief wellicht te hoog was, omdat instellingen in de AWBZ hoge reserves hebben. Betekent dit dat het natura-tarief gaat dalen? Kan de regering aangeven met hoeveel? En blijft de verdeelsleutel van het pgb 75/100 intact?

Het klopt dat de eigen bijdrage voor de lage inkomens 156 euro per vier weken bedraagt. Deze is gebaseerd op de zogenoemde lage intramurale eigen bijdrage. In het vpt-tarief is echter ook opgenomen een vergoeding voor de verstrekking van eten en drinken. Dat vormt geen onderdeel van het pgb. Eten en drinken moet door de budgethouder thuis zelf worden betaald. Daarmee is het pgb financieel niet meer of minder aantrekkelijk dan het vpt. Ik verwacht dat de verhouding tussen pgb en zorg in natura in de Wlz ongeveer gelijk zal zijn aan de verhouding nu binnen de AWBZ voor mensen met een verblijfsindicatie (ongeveer 1:10). De verwachting is dat circa 20.000–25.000 mensen per 1 januari 2015 een Wlz-vgb hebben.

Het kabinet heeft inderdaad een aantal maatregelen genomen die kunnen ingrijpen op de ontwikkeling van de naturatarieven (en daarmee ook doorwerken in de pgb-tarieven). Het gaat om de volgende bedragen:

- in het zorgakkoord 2013 is een oplopende taakstelling op de zzp's opgenomen. Als gevolg hiervan worden de zzp-tarieven in 2015 verlaagd met een bedrag van € 40 miljoen structureel, gevolgd door een verdere verlaging met € 50 miljoen structureel vanaf 2017;
- in het begrotingsakkoord 2014 is een taakstelling opgenomen van € 30 miljoen structureel vanaf 2015 in verband met een doelmatiger inkoop van zorg;

- in het regeerakkoord is een taakstelling opgenomen in verband met de landelijke invoering van de Wlz. Deze taakstelling loopt op van € 45 miljoen in 2016 tot € 500 miljoen structureel vanaf 2017.

Het pgb-tarief is feitelijk 100% van de zorgcomponent van het naturatarief, als we de eventuele pgb-toeslagen buiten beschouwing laten. Het «opschonen» van het naturatarief naar de zorgcomponent heeft betrekking op de verblijfskosten, de kapitaallasten en de kosten voor behandeling. Deze kunnen bij elkaar ongeveer 25% van het naturatarief bedragen. Met inachtneming van het voorgaande is de verhouding tussen het pgb-tarief en het naturatarief gemiddeld dus ongeveer 75/100. Overigens kan dit verschillen afhankelijk van de functie en het zzp en of meerzorg is toegekend.

De leden van de CDA-fractie lezen dat de regering ervan uitgaat dat niet-Wlz geïndiceerde cliënten automatisch onder de verantwoordelijkheid van de gemeente vallen, en gemeenten hiervan op de hoogte zijn. Daar hebben deze leden twijfels over. Is de regering niet bang dat de druk op de Wlz zal toenemen, omdat cliënten geen zekerheden kunnen ontlenen aan de Wmo, waardoor de door de regering gewenste bezuinigingen en terugdringing van het aantal cliënten in de Wlz niet reëel zal zijn? De leden van de CDA-fractie vragen tevens of er zo niet een zorgvacuüm gaat ontstaan daar waar gemeenten de zorg niet kunnen of willen leveren en het CIZ de toegang tot de Wlz weigert.

Cliënten die niet onder het overgangsrecht van de Wlz vallen komen onder verantwoordelijkheid van gemeenten en verzekeraars. Gemeenten worden hiervan via de gegevensoverdracht de hoogte gesteld. Op basis van onderzoek naar het langer thuis wonen gaat de regering er vanuit dat mensen er zelf de voorkeur aan geven om zo lang mogelijk zoveel mogelijk in de maatschappij te participeren en de zorg zo dicht mogelijk in de eigen omgeving te ontvangen. De Wmo is hiervoor het meest passend. De regering gaat er vanuit dat cliënten kiezen voor het regime dat het meest passend is om in hun zorgbehoefte te voorzien. Om te zorgen dat de Wlz bestemd blijft voor die cliënten waarvoor deze is bedoeld is er de onafhankelijke indicatiestelling. De regering stelt hoge eisen aan de indicatiestelling. Het is de toegangspoort tot de Wlz. Om druk op de Wlz tegen te gaan moet deze objectief en professioneel zijn. De juridische positie van het CIZ wordt hiervoor versterkt. Van een vacuüm waarin gemeenten de zorg niet willen leveren en het CIZ geen toegang afgeeft tot de Wlz kan geen sprake zijn. Cliënten die geen toegang krijgen tot de Wlz omdat zij niet aan de toegangscriteria voldoen vallen automatisch onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten.

Ook op pagina 47 lezen de leden van de CDA-fractie dat de regering van gemeenten en verzekeraars verwacht dat voor intramurale opname extramurale zorg geleverd wordt, zodat de continuïteit van zorg gewaarborgd is. Het probleem dat genoemde leden zien is dat dit voor individuele burgers aangaande de Wmo en de Zvw geen afdwingbaar recht is. Deze leden zijn van mening dat er voor de cliënten onvoldoende waarborgen zijn om dit goed te regelen. Waarom is de regering van mening dat die er wel zijn, en is dit voor hen wettelijk goed geborgd?

Deze leden refereren aan het antwoord op de vraag van de leden van de fractie van de PvdA over welke verplichtingen en mogelijkheden de Wlz-uitvoerder heeft als niet direct een plaats vrij is in een intramurale instelling. De Wlz-uitvoerder is op grond van dit wetsvoorstel gehouden binnen een redelijke termijn de Wlz-zorg te leveren als voor een cliënt een volledig pakket is geïndiceerd. Van gemeenten en zorgverzekeraars verwacht de regering dat zij in de tussentijd de extramurale zorg blijven

leveren zodat de continuïteit van zorg geborgd is. Het probleem dat deze leden zien, deelt de regering niet. De gemeenten en de zorgverzekeraars zijn op grond van het wetsvoorstel Wmo 2015 en respectievelijk de Zvw gehouden aan een zorgvuldige overgang van cliënten naar een ander wettelijk kader, zoals de Wlz.

De leden van de CDA-fractie lezen op pagina 50 van de nota naar aanleiding van het verslag dat een instelling wel te zien krijgt hoeveel budget er aan de cliënt wordt toegewezen, maar de cliënt zelf niet. Op die manier wordt een onderscheid gemaakt tussen de voor- en achterkant van het systeem. Deze leden betwijfelen of een zorgplan helder genoeg maakt voor de cliënt of hij/zij de zorg krijgt waar hij/zij op basis van de bekostiging recht op heeft. Waarom maakt de regering dit onderscheid? De leden van de CDA-fractie zijn bang dat dit afbreuk doet aan de positie van de cliënt en zijn familie. Waarom kiest de regering er niet voor (in overeenstemming met het pleidooi van o.a. ActiZ, VGN en leder(in) om te komen tot een daadwerkelijk persoonsvolgende financiering? De toegang tot de Wlz blijft dan via de laag-middel-hoog-systematiek maar vervolgens wordt in het zorgplan afgesproken welke zorg een persoon nodig heeft. Dit zorgplan bepaalt dan de hoeveelheid geld die benodigd is. Zo ontstaat ook de mogelijkheid om te komen tot een flexibel vpt/pgb. Hierdoor kan bijvoorbeeld de huishoudelijke verzorging als vaste component van het vpt komen te vervallen. Hierdoor kan bijvoorbeeld ook voor een persoon met een hoog-indicatie die door de familie thuis verzorgd wordt daadwerkelijk gekomen worden tot zorg die echt nodig is, in plaats van zorg die voorgeschreven staat in het vpt. Dit alles onder de noemer «Zorgplan is realisatie». Is de regering bereid in overeenstemming met het pleidooi van de branche- en cliëntenorganisaties zoals neergelegd in de brief van 19 juni 2014 een artikel in de Wlz op te nemen dat voor de cliënt de mogelijkheid biedt tot het nemen van eigen regie in termen van persoonsvolgende bekostiging?

Het kabinet is ervan overtuigd dat in het zorgplan uitgewerkt moet worden welke zorg de cliënt zal ontvangen op grond van zijn recht op zorg dat bij de indicatie is vastgesteld. Het is niet wenselijk om het recht op zorg af te leiden van de bekostiging, aangezien het zorgvolume dat in de ZZP's als een gemiddelde voor een hele categorie cliënten is vastgelegd, geen recht doet aan de individuele zorgbehoefte van cliënten.

In mijn brief over de invoering van de Wlz heb ik aangegeven dat ik in de tweede nota van wijziging zal voorstellen om in de Wlz in 2015 Wlz-zorg thuis aan te kunnen bieden en te bekostigen op grond van functies en klassen. Wlz-zorg in functies en klassen kan passend zijn voor cliënten die weliswaar voldoen aan de objectieve criteria voor toegang tot de Wlz, maar bijvoorbeeld vanwege goede informele zorg niet zijn aangewezen op het volledige zorgpakket thuis. Zij kunnen ervoor kiezen alleen die onderdelen van Wlz-zorg thuis af te nemen, waaraan zij behoefte hebben. De cliënten kunnen hiermee meer regie krijgen over hoe zij willen wonen en zorg en ondersteuning willen ontvangen.

De regering heeft evenals de leden van de CDA-fractie meer ambities op het terrein van de persoonsvolgende bekostiging. De Wlz biedt daarvoor de noodzakelijke wettelijke basis, waarop de komende jaren voortgebouwd zal worden. Hiervoor is geen nieuw of aangescherpt wettelijk kader nodig maar een zorgvuldig voorbereid traject met de NZa, Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders, gericht op het realiseren van een bekostigingssysteem dat recht doet aan de kenmerken en wensen van de doelgroep van de Wlz. Een ingrijpende wijziging van de bekostiging is per 2015 echter niet haalbaar. Ik start met ActiZ wel een pilot bij vier instel-

lingen waarin verschillende vormen van persoonsvolgende bekostiging een rol gaan spelen.

De regering is momenteel bezig met het zo goed mogelijk vormgeven van «de eerste fase», in het kader van het risicodragend maken van zorgverzekeraars en de overdracht van de AWBZ naar de Wlz. De leden van de CDA-fractie vragen waarom er nu al wordt gesproken van twee fasen. Deze leden kijken al kritisch naar de huidige overheveling, omdat de financiële consequenties en randvoorwaarden nog niet helder zijn. Genoemde leden zijn van mening dat zware langdurige zorg niet thuishoort in de Zvw. Een zogenoemde «tweede fase» is in de ogen van de leden van de CDA-fractie niet in het belang van de cliënt, omdat deze zal komen te vallen onder een schadeverzekering in plaats van een volksverzekering. De regering gaat in haar uitleg enkel en alleen in op de voordelen, maar zegt niets over de nadelen van het risicodragend maken van zorgverzekeraars. Dit geeft volgens deze leden geen reëel beeld. Om te komen tot een compleet beeld vragen zij hier een uitgebreide toelichting op het punt dat de Wlz overgedragen wordt naar de Zvw, waarbij met name ingegaan wordt op de risicodragendheid van deze verzekering met ingang van 1 januari 2017 alsmede de financiering van deze verzekering via de werkgeverslasten en het effect daarvan op de premies.

De regering spreekt van twee fasen om aan te geven dat de regering het wenselijk vindt om na invoering van de Wlz verder te denken over mogelijke verbeteringen, waaronder de mogelijkheid van met name het overhevelen van intramurale ouderenzorg naar de Zvw. De regering heeft hierover nog geen beslissing genomen. De regering is van mening dat pas een beslissing kan worden genomen als er een compleet beeld bestaat van de consequenties van een dergelijke stap, waaronder uiteraard ook de nadelen ervan. Daartoe zal nader onderzoek moeten plaatsvinden. Het ontwikkelen en testen van een adequaat en stabiel vereveningsmodel maakt daar een belangrijk onderdeel van uit. Ook de consequenties voor de financiering heeft de regering expliciet benoemd als aandachtspunt bij overheveling.

De leden van de CDA-fractie lezen dat mantelzorgers en andere niet-professionele hulpverleners kunnen worden vergoed uit het pgb conform de maximale tarieven die aan professionals vergoed kunnen worden. Voor nieuwe budgethouders geldt sinds 2014 dat er gedifferentieerde tarieven gelden. Deze leden willen weten welk onderscheid de regering hierbij maakt tussen verschillende soorten zorg. Daarna stelt de regering te gaan onderzoeken of «deze maatregel echt effect sorteert om deze op termijn in te voeren voor alle budgethouders». Genoemde leden willen graag duidelijker horen hoe de regering dit precies wil doen en wat zij gaat onderzoeken.

Voor iedereen die sinds 1 januari 2014 budgethouder is geldt dat hij/zij niet-professionele hulpverleners maximaal 20 euro per uur kan uitbetalen. Dit tarief geldt voor alle vormen van zorg. De maatregel is bedoeld om onnodige monetaarisering van mantelzorg en andere informele en niet-professionele hulp tegen te gaan. De budgethouder moet, eventueel samen met de hulpverlener, kunnen aantonen dat wordt voldaan aan de criteria voor een zorgprofessional, zoals opgenomen in de pgb-regeling 2014. In het najaar van 2014 zal met betrokken partijen vastgesteld worden op welke wijze deze maatregel zal worden geëvalueerd. De uitkomsten hiervan zullen met uw Kamer worden gedeeld.

De regering heeft een overzicht gegeven van het aantal zzp-geïndiceerde mensen dat er niet voor kiest om in een instelling te verblijven. Daarin wordt duidelijk dat circa 85.000 mensen in 2012 met een indicatie voor langdurig verblijf niet in een instelling verbleven. De leden van de CDA-fractie merken op dat het aantal personen met de indicatie zorg met verblijf elk jaar toeneemt. Deze leden stelden eerder dat de druk op de Wlz zal toenemen, omdat cliënten geen rechten kunnen ontlenen aan de Wmo en de Zvw. Zij verwachten daarom dat dit zal leiden tot een flinke stijging van het aantal personen met een indicatie zorg met verblijf. Met de doelstelling van de regering om te werken naar een maximum van 200.000 mensen in de Wlz in het achterhoofd, ontvangen deze leden graag een uitgebreide reactie hierop van de regering.

Het is juist dat het aantal mensen met een verblijfsindicatie is toegenomen. Met name in de periode 2009 tot en met 2012 is dat het geval geweest. In het jaar 2013 is mede vanwege beleid gericht op langer zelfstandig thuis wonen sprake geweest van enige stabilisatie. Een toenemend aantal cliënten met een zzp-indicatie kiest voor een andere oplossing dan opname in een zorginstelling. Vooral het aantal cliënten met een verblijfsindicatie dat kiest voor pgb is de afgelopen periode toegenomen. Het gaat daarbij ook om cliënten met een hoog zzp die in aanmerking zullen komen voor Wlz-zorg.

Kennelijk willen ook mensen met ernstige beperkingen langer thuis kunnen blijven wonen. Mogelijk spelen ook andere factoren een rol. Ik ben van plan om een expertsessie te organiseren waar deskundigen wordt gevraagd welke verklaringen er zijn voor de verschillende waargenomen recente ontwikkelingen in zzp-indicaties en gebruik van naturazorg en pgb op basis van het zzp. Het verslag hiervan zal ik met de Kamer delen.

De regering hecht er aan te benadrukken dat zij zich niet ten doel gesteld heeft het aantal cliënten in de Wlz te maximeren op 200.000. Dit zou niet stroken met het verzekeringskarakter van de Wlz. Cliënten die voldoen aan de toegangscriteria voor de Wlz kunnen aanspraak maken op Wlz-zorg. Tevens geldt meer cliënten geholpen gaan worden in hun eigen woonomgeving met thuiszorg vanuit de Wmo en Zvw. De regering verwacht niet dat de druk op de Wlz zal toenemen, omdat mensen niet gemakkelijk kiezen voor een verhuizing naar een instelling als zij nog steeds voldoende thuis kunnen worden geholpen vanuit de Wmo en/of Zvw.

De regering stelt dat de inkomensafhankelijke premie Wlz lager zal zijn dan bij de AWBZ, en de verhoging van belastingtarieven in de 1e en 2e schijf ervoor zorgt dat er geen inkomensgevolgen zijn. De leden van de CDA-fractie constateren hier dat de regering vanuit de Wlz redeneert. Men heeft het vaak over één cliënt en één gezin. Denk hierbij aan de hogere premie van de Zorgverzekeringswet en het hogere eigen risico. Genoemde leden vragen daarom waarom de regering niet bereid is een nader onderzoek uit te voeren naar specifiek deze effecten.

In de Nota naar aanleiding van het Verslag bij de Wlz (Kamerstukken II, 2013/14, 33 891, nr. 9) heb ik aangegeven dat ik het niet opportuun acht om onderzoek te laten doen naar de inkomenseffecten met betrekking tot de eigen bijdrage voor zorg uit alle wetten, omdat deze effecten op zijn hoogst zeer beperkt zijn en het integrale koopkrachtbeeld voor verschillende huishoudtypen jaarlijks in de Rijksbegroting aan de orde komt.

In antwoord op de eerdere vragen van de leden van de CDA-fractie is in de Nota naar aanleiding van het Verslag bij de Wlz (Kamerstukken II, 2013/14, 33 891, nr. 9) ingegaan op de koopkrachteffecten van de premiegevolgen van de overhevelingen, rekening houdend met de

gevolgen voor de belastingen, het gemiddelde eigen risico dat mensen betalen en met het effect van de zorgtoeslag. Deze koopkrachteffecten zijn beperkt en geven daarom eveneens geen aanleiding om de samenloop tussen premiegevolgen en gevolgen voor de eigen bijdragen nu nader te onderzoeken.

In de nota naar aanleiding van het verslag wordt gesteld dat de regering ervoor kiest om de extramurale verpleging en verzorging onder te brengen in de Zvw, omdat deze zorg daardoor dichterbij andere zorg, zoals huisartsenzorg wordt gepositioneerd. Inmiddels hebben deze leden vernomen dat een zorgverzekeraar de Persoonlijke Verzorging en Verpleging gaat opsplitsen in zeker meer dan 10 producten. Is dit niet in strijd met het door de regering beoogde doel, namelijk ruimte aan de professionals om dicht naast de zorgbehoevende mens vast te stellen wat hij/zij nodig heeft? Vervolgens wordt aangegeven dat overheveling naar de Zvw zonder adequate risicoverevening, kan leiden tot risicoselectie. Wanneer kan volgens de regering worden gesproken van een «adequaat» functionerend risicovereveningsmodel? Is de regering het met de leden van de CDA-fractie eens dat het afbouwen van het ex-post model een prikkel kan zijn voor risicoselectie door zorgverzekeraars? En welke gevolgen voorziet de regering voor de kleine zorgverzekeraars bij een volledig risicodragende uitvoering? Daarnaast wordt erover gesproken dat zorgverzekeraars de komende tijd moeten aantonen dat deze stap leidt tot aanvullende doelmatigheid. Als dat zo is kunnen zij volgens de regering overgaan tot risicodragende uitvoering. Genoemde leden horen hier niets over de kwaliteit van zorg, en wat de gevolgen van deze politieke keuze zijn voor de patiënt/cliënt. Graag ontvangen zij meer duidelijkheid op dit punt.

De bekostiging in 2015 betreft een vereenvoudiging van de huidige prestaties in de AWBZ en Zvw. In totaal gelden nu 10 prestaties voor verpleging en verzorging in de AWBZ en 4 voor Medisch Specialistische Verpleging Thuis (MSVT) in de Zvw. In 2015 wordt er overgegaan naar in totaal 10 prestaties. Deze wijze van bekostigen en vereenvoudigen van prestaties in 2015 is in nauw overleg met veldpartijen tot stand gekomen. Vanaf 1 januari 2015 vervalt de huidige indicatiestelling voor extramurale verpleging en verzorging door het CIZ. De zorgverlener krijgt vanaf 2015 de ruimte om te kijken wat daadwerkelijk nodig is, breder dan de oorspronkelijke zorgvraag van de cliënt. De professional komt bij de cliënt thuis, kijkt wat nodig is en geeft aan wie de zorg het beste kan uitvoeren. Dit is de vereenvoudiging van de bestaande situatie in 2015. Vanaf 2016 zal sprake zijn van een beperkt aantal zorgcategorieën met een gemiddelde prijs, op basis van de intensiteit van de benodigde zorg.

Vervolgens vragen de leden van de CDA-fractie wanneer er volgens de regering gesproken kan worden van een «adequaat» functionerend risicovereveningsmodel voor extramurale verpleging en verzorging. In 2016 zal de Minister van VWS beoordelen of het ex ante risicovereveningsmodel de voorspelbare kostenverschillen van verpleging en verzorging tussen zorgverzekeraars adequaat genoeg compenseert om volledige risicodragendheid mogelijk te maken. Om dit te beoordelen maakt de Minister gebruik van de gebruikelijke objectieve maatstaven als de verklaringskracht van het model en het effect van het ex ante risicovereveningsmodel op verzekeraarniveau.

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering het met hun eens is dat het afbouwen van ex postcompensaties een prikkel kan zijn voor risicoselectie door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars moeten via het ex ante risicovereveningsmodel worden gecompenseerd voor voorspelbaar verliesgevende en winstgevende verzekerden. Als zorgverzekeraars niet

voldoende worden gecompenseerd voor voorspelbaar verliesgevende verzekerden dan wel worden overgecompenseerd waardoor er voorspelbaar winstgevende verzekerden ontstaan, dan ontstaat een prikkel tot risicoselectie. Om prikkels voor risicoselectie te voorkomen is continue aandacht voor verbetering van het risicovereveningssysteem essentieel. Daarom wordt van jaar op jaar gewerkt aan het op peil houden en waar mogelijk verbeteren van de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel, waardoor de prikkel tot indirecte risicoselectie gemitigeerd wordt. Voor het afbouwen van de ex postcompensaties is de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel leidend.

De leden van de CDA-fractie vragen welke gevolgen de regering voorziet voor kleine verzekeraars bij een volledig risicodragende uitvoering van extramurale verpleging en verzorging. Het is op voorhand niet gezegd dat kleine verzekeraars meer risico lopen dan grote verzekeraars. De Minister van VWS informeert de Tweede Kamer jaarlijks over de vormgeving van het risicovereveningssysteem voor het komende jaar. Zoals gebruikelijk bericht de Minister de Tweede Kamer in juni met een brief over de voorgenomen vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel en in september over de voorgenomen vormgeving van de ex post compensaties in het risicovereveningssysteem. In de septemberbrief zal ook worden aangegeven wat de kwaliteit van het ex ante risicovereveningssysteem is en welk effect het voorgenomen vereveningssysteem heeft op kleine zorgverzekeraars.

Daarnaast vragen de leden van de CDA-fractie wat de gevolgen zijn van de risicodragende uitvoering voor de kwaliteit van zorg en voor de patiënt/cliënt. Het is de rol van zorgverzekeraars om kwalitatief goede wijkverpleegkundige zorg in te kopen tegen een goede prijs. Zorgverzekeraars zullen zich daartoe een oordeel moeten vormen over de kwaliteit van zorg die verschillende aanbieders leveren. Zorgverzekeraars hebben een belang bij kwalitatief goede zorg thuis, zodat de druk richting bijvoorbeeld de (duurdere) medisch specialistische zorg afneemt, waar dezelfde zorgverzekeraar ook weer risicodragend voor is.

De regering stelt dat indien een mantelzorger zich onvoldoende gesteund voelt door de gemeente, hij daarover in gesprek kan gaan met zijn gemeente. Dit is volgens de regering geen reden om toegang te krijgen tot de Wlz. De leden van de CDA-fractie denken dat het voor mensen juist wel een reden is om een Wlz-indicatie te vragen. Erkent de regering dat er sprake is van een schemergebied tussen de Wmo 2015 en de Wlz, waar bepaalde mensen wellicht gebruik van gaan maken als zij zich onvoldoende gesteund voelen door de gemeente, waardoor de kosten van de Wlz zullen oplopen?

Gemeentelijk mantelzorgbeleid kan er aan bijdragen dat de mantelzorger zijn mantelzorgtaken kan volhouden en draagt er op die manier aan bij dat de noodzaak tot inzet van (aanvullende) formele zorg en ondersteuning er minder of niet is. Het is echter niet zo dat een (beleefde) onvoldoende steun door de gemeente aan de mantelzorger kan leiden tot een groter beroep op de Wlz. Om in aanmerking te komen voor toegang tot de Wlz is namelijk de zorgbehoefte van de zorgvrager bepalend en niet de mate waarin een mantelzorger wordt ondersteund bij zijn mantelzorgtaken door de gemeente. De Wlz is er voor mensen die een blijvende behoefte aan permanent toezicht hebben of 24 uur zorg per dag nodig hebben in de directe nabijheid. De afbakening van de Wlz met deze duidelijke criteria voorkomt dat er een schemergebied is tussen de Wmo 2015 en de Wlz.

De leden van de CDA-fractie lezen dat een kind eerst zoveel mogelijk geholpen wordt in zijn eigen omgeving vanuit de Jeugdwet, om binnen zijn mogelijkheden kansen te krijgen zich te ontwikkelen. In theorie

begrijpen deze leden dit uitgangspunt. Begrijpen de leden van de CDA-fractie goed dat een kind onder de 18 jaar, ondanks zeer intensieve kindzorg, moet rekenen op zorg via de Jeugdwet? Deze leden vragen de regering het begrip «ontwikkelperspectief» beter te duiden. Het is toch zo dat kinderen in een instelling ook ontwikkelperspectief kunnen hebben? Genoemde leden lezen het zo dat kinderen onder de 18 jaar nauwelijks in aanmerking kunnen komen voor de Wlz. Zij vrezen dat er op die manier bij ouders «het water tot aan de lippen» komt te staan.

Ook kinderen die zeer intensieve kindzorg nodig hebben, bijvoorbeeld in een instelling, kunnen inderdaad ontwikkelperspectief hebben. Dit staat los van het wettelijk kader waar iemand onder valt. De Wlz is echter, in tegenstelling tot de Jeugdwet, gericht op mensen met een langdurige, blijvende zorgbehoefte. Bij met name jonge kinderen kan in veel gevallen nog niet geconstateerd worden in hoeverre dit het geval is. Zolang dit niet duidelijk is, is het wenselijk dat de jeugdige onder de Jeugdwet blijft vallen, waar alle zorg rondom opvoed- en opgroeioprotatiek onder valt. Zo kan makkelijker maatwerk in en om het gezin worden geleverd. Dit kan ouders juist tijdig de benodigde ondersteuning en hulp bieden. Ook voorkomt het schuiven tussen wettelijke kaders in het geval dat de zorgbehoefte van een jeugdige weer afneemt (Jeugdwet > Wlz > Jeugdwet). Het neemt niet weg dat, zodra duidelijk is geworden dat een kind een blijvende zorgbehoefte heeft en «levenslang en levensbreed» zorg nodig heeft, hij of zij aanspraak maakt op de Wlz. Overigens komt specifiek intensieve kindzorg (IKZ) komt niet onder de Jeugdwet, maar onder de Zvw te vallen. De reden hiervoor is dat de persoonlijke verzorging die in dit kader wordt gegeven zeer nauw is verbonden met de verpleging die het kind ontvangt. Vaak wordt dit ook door dezelfde professional geleverd. Omdat de verpleging onder de Zvw komt te vallen, is het wenselijk dat het bijbehorende pakket met persoonlijke verzorging hier ook onder valt. Dit maakt het makkelijker om een integraal pakket aan hulp te kunnen bieden.

De leden van de CDA-fractie hebben een vraag gesteld over tijdelijke opnames in een verpleeginstelling. Zij vroegen wie vaststelt of de zorgbehoefte overgaat of minder wordt, en daarnaast of het voor de gemeente en verzekeraar volstrekt helder is dat zij dit soort zorg moeten bieden. In haar antwoord gaat de regering hier niet op in. Daarom ontvangen deze leden graag alsnog een reactie op bovengenoemde vragen.

Kortdurende intramurale zorg kan aan de orde zijn wanneer mensen met een ziekte, aandoening, stoornis of beperking vanwege een acute situatie niet thuis kunnen zijn. Voor deze mensen is dan een opname nodig. Is de opname nodig vanwege een tijdelijke zorgvraag na een ziekenhuisopname of vanwege een tijdelijke toename van de zorgbehoefte van de cliënt vanwege verergering van de ziekte, dan gaat het om medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg. Dit is mogelijk op grond van de Zvw (art. 2.12 van het Besluit zorgverzekering). Het gaat dan bijvoorbeeld om mensen met een delier. Als een cliënt niet thuis kan zijn omdat zijn mantelzorger plotseling wegvalt, kunnen gemeenten indien sprake is van een spoedeisend geval, op grond van de Wmo 2015 onverwijld een passende tijdelijke maatregel nemen in afwachting van de aanvraag van de cliënt voor een Wmo-voorziening en van de uitkomsten van het onderzoek dat hieraan voorafgaat. Het Transitiebureau Wmo informeert en ondersteunt gemeenten bij het inzetten van kortdurend verblijf, ondermeer met een handreiking.

Het is aan de huisarts, al dan niet in samenspraak met bijvoorbeeld een arts verstandelijk gehandicapt, of aan een medisch specialist om in te schatten of de zorgbehoefte overgaat of minder wordt, dan wel dat met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid kan worden gezegd dat de cliënt vanwege zijn aandoening, stoornis of beperking blijvend op Wlz-zorg zal zijn aangewezen. Is dit laatste het geval, dan kan de arts de cliënt met spoed laten opnemen in een Wlz-instelling via een versnelde indicatieprocedure van het CIZ. Het is dan aan het CIZ om vast te stellen of de cliënt blijvend zal zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Hierbij maakt het CIZ gebruik van de medische informatie die inzicht geeft in de prognose van de aandoening, stoornis of beperking van de cliënt. Als een cliënt kortdurend op intramurale zorg is aangewezen, dan kunnen de verwijzers zoals hierboven beschreven, de cliënt laten opnemen via de Zvw of Wmo 2015.

Daarbij wordt door de regering gesteld dat wanneer geen sprake is van geneeskundige zorg, mensen die «tijdelijk niet thuis kunnen zijn» een beroep kunnen doen op respijtzorg vanuit de Wmo 2015. Bij een versterking van de positie van de mantelzorger, moeten zij ook kunnen rekenen op deze ondersteuning van de gemeente. De leden van de CDA-fractie vragen of gemeenten hiervan op de hoogte zijn en welke (minimale) criteria hanteren zij voor inzet van respijtzorg. Dit om te voorkomen dat de verschillen tussen gemeenten te ver uiteenlopen en daardoor weer een grotere druk komt op de Wlz.

De Wmo 2015 stelt inhoudelijke eisen aan de aard en omvang van de te verstrekken maatwerkvoorziening. Zo is aangegeven dat de maatwerkvoorziening in elk geval een passende bijdrage dient te leveren aan het bereiken van een situatie waarin de cliënt in staat is tot zelfredzaamheid en participatie. Bij de beoordeling wat een passende bijdrage is, houdt de verplichting van de gemeente in dat daarbij expliciet dient te worden meegewogen wat de mogelijkheden en ondersteuningsbehoefte van de mantelzorger is. Daarmee wordt gewaarborgd dat de gemeente te allen tijde de situatie van de mantelzorger meeweegt en vervolgens ook de daarop afgestemde ondersteuning op maat zal bieden. De regering acht individueel maatwerk te prefereren boven centraal vast te stellen criteria voor de inzet van respijtzorg. Bovendien heeft de gemeente er zelf alle belang bij dat (dreigende) overbelasting vroegtijdig wordt gesignaleerd en wordt voorkomen dan wel bestreden, zowel door inzet van goede respijtzorg als door andere algemene maatregelen die de mantelzorger ondersteunen. Samen met de VNG is er een handreiking respijtzorg ontwikkeld voor gemeenten die november jl. is gepubliceerd. Deze handreiking geeft gemeenten inzicht in hoe ze respijtzorg kunnen vormgeven en in welke gevallen het uitkomst kan bieden. Daarmee draagt deze handreiking bij aan een grotere bewustwording bij gemeenten dat door tijdige inzet van respijtzorg overbelasting van mantelzorgers en daarmee problemen bij de cliënt die kunnen leiden tot een aanvraag voor de Wlz kunnen worden voorkomen. Daarnaast wordt gewerkt aan de aanpassing van de zogeheten basisfuncties mantelzorg. Deze functies zijn in 2009 ontwikkeld en geven gemeenten handvatten bij het invullen van het gemeentelijke mantelzorgbeleid. Samen met de VNG ga ik deze functies aanpassen aan de hervorming langdurige zorg en ondersteuning.

De leden van de CDA-fractie zijn niet tevreden over het antwoord op de vraag hoe zzp VV4 en VG3 aanspraak kunnen blijven maken op intramurale zorg via de Wlz. Het feit dat er extra geld geraamd is, snijdt totdat de regering uiteengezet heeft wat de financiële houdbaarheid van deze wet is geen hout. Daarnaast maken de leden van de CDA-fractie zich zorgen over de rechtspositie van mensen. Anders gezegd: hoe kan het dat de criteria «24-uurszorg in nabijheid» en «permanent toezicht» voordat

het begrotingsoverleg gevoerd is geen aanspraak geven op een Wlz-plek en na het begrotingsoverleg wel aanspraak geven op een Wlz-plek? De leden van de CDA-fractie lezen dat rekening gehouden gaat worden met de beperkingenbeelden en zorgbehoeften van de groepen cliënten. De vraag van deze leden is dan ook: hoe?

Het Wlz-toegangscriterium «24 uur per dag zorg in de nabijheid omdat de verzekerde zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen, (1°...) of 2°. door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft» bevat een bandbreedte in de beschrijving met betrekking tot de begrippen «ernstig nadeel voor hem zelf» en «regieproblemen» wat betreft de cliënten die tot de doelgroep van de ZZP's VV 4 en VG 3 behoren. Dit betekent dat deze bandbreedte enige ruimte laat voor interpretatie. Via deze bandbreedte is het mogelijk om deze begrippen op een zodanige wijze in de Wlz-beleidsregels uit te werken dat deze cliënten toegang kunnen krijgen tot de Wlz en tot deze zorgprofielen. Als deze beleidsregels eenmaal zijn vastgesteld, vormen zij de basis voor de landelijke uniforme indicatiestelling door het CIZ. Zoals te doen gebruikelijk, zullen de beleidsregels aan de Kamer worden gestuurd. Het afwegingskader is daarmee voor iedereen duidelijk en uniform geldend. De regering deelt dan ook de zorgen van de leden van de CDA-fractie over de rechtspositie van de cliënt niet.

De regering stelt dat «momenteel wordt bezien op welke wijze geneeskundige zorg voor mensen die tijdelijk niet thuis kunnen zijn wordt vormgegeven». De leden van de CDA-fractie horen graag of hierover al duidelijkheid is, en anders wanneer deze wordt gegeven. Tevens vernemen zij graag wat de «bijzondere omstandigheden» zijn waarin het CIZ binnen twee weken moet beslissen.

De regering is voornemens de Kamer rond de zomer duidelijkheid te geven over de wijze waarop verblijf in verband met geneeskundige zorg vanaf 2015 in de Zvw wordt vormgegeven.

Bij «bijzondere omstandigheden» gaat het om situaties waarbij cliënten per direct in een instelling moet worden opgenomen. Het gaat om cliënten die nog geen zorg uit de Wlz ontvangen, maar waarbij de verwachting is dat zij blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. De normale termijn waarbinnen het CIZ een indicatiebesluit dient af te geven bedraagt zes weken. In voornoemde situatie is het noodzakelijk dat het CIZ het indicatiebesluit sneller afgeeft. Het CIZ dient in dergelijke gevallen dan ook binnen twee weken te beslissen. Tevens wordt geregeld dat een indicatiebesluit, wanneer dat inhoudt dat de verzekerde op zorg van de Wlz is aangewezen, terugwerkt tot het moment van opname, zodat de kosten vanaf de datum van de spoedopname uit de Wlz kunnen worden betaald. Dit wordt geregeld in het Blz.

De regering stelt dat 18-plussers met een LVB-handicap net als 18-plussers met een ggz-behandeling zorgzwaartepakket een perspectief op verbetering hebben. Daarna stelt de regering dat mensen met een LVB-handicap wel tijdelijk toegang krijgen tot de Wlz, in tegenstelling tot ggz-ers. De leden van de CDA-fractie zijn het met de regering eens dat beide groepen niet volledig met elkaar te vergelijken zijn, maar zij begrijpen niet waarom een ggz-er eerst drie jaar onder een schadeverzekering moet vallen. Deze leden vinden de periode van drie jaar onder de Zvw veel te lang. Zij vragen hoe de regering erbij komt dat er pas na drie jaar intramurale ggz-behandeling met zekerheid gezegd kan worden dat

iemand blijvend is aangewezen op zware zorg uit hoofde van de Wlz. De leden van de CDA-fractie zien hierover graag een duidelijke verklaring.

Ik ben het met de leden van CDA-fractie eens dat waarschijnlijk niet in alle gevallen pas na drie jaar met zekerheid kan worden gezegd dat iemand blijvend is aangewezen op zware zorg. Mogelijk kan dat in sommige gevallen al eerder worden vastgesteld, in andere gevallen pas later. Een onderscheid op basis van inhoudelijke criteria verdient dan ook uiteindelijk de voorkeur boven een jaarsgrens. Er zijn op dit moment echter geen inhoudelijke toetsingscriteria voorhanden. Het doel van de verschuiving van de jaargrens naar drie jaar, is dat de zorg voor een groep patiënten waarbij het perspectief op (spoedig) herstel en/of een overgang naar ambulante zorg en ondersteuning vrij groot, is onder de Zvw komt te vallen. Daarmee worden aanbieders en zorgverzekeraars gestimuleerd om in te blijven zetten op herstel, participatie en ambulantisering.

De leden van de CDA-fractie lezen dat zzp's niet bedoeld zijn voor het gesprek tussen zorgverlener en cliënt over de te verlenen zorg. De regering stelt dat er, om fixatie op uren te voorkomen, geïndiceerd zal gaan worden op zorgprofiel. Het recht op zorg van de verzekerde wordt vastgelegd in het indicatiebesluit. Begrijpen deze leden dit goed dat dit te vergelijken is met de zorgplicht die zorgverzekeraars hebben? Er komt dus alleen op het indicatiebesluit te staan dat een cliënt recht op zorg heeft. Genoemde leden blijven van mening dat dit ten koste gaat van de rechtspositie van de cliënt. Deze leden willen weten welke rechten een verzekerde kan ontlenen aan het zorgprofiel, als er minder nadruk ligt op omvang en uren van zorg. Zeker gezien de conclusies van het recente inspectierapport over de verpleeghuizen waar de zorg bij sommige instellingen onder de maat is. De cliënt heeft in het door de regering voorgestelde systeem minder in handen. Wat is in dit systeem de rechtspositie van de cliënt en zijn familie wanneer de zorg ondoelmatig wordt verleend? Hebben zij het recht om inzage te hebben in de financiering door het zorgkantoor?

In het indicatiebesluit wordt niet alleen tot uitdrukking gebracht dat de verzekerde recht heeft op zorg, maar wordt ook aangegeven op welke zorg de verzekerde recht heeft. In het indicatiebesluit wordt daarom aangegeven wat het best bij hem passende zorgprofiel is. De samenhangende zorg die voortvloeit uit het zorgprofiel is het recht op zorg van de verzekerde. Een cliënt kan tegen dit zorgprofiel bezwaar maken als bedoeld in de Algemene wet bestuursrecht. De zorg in het zorgprofiel wordt in dialoog tussen cliënt, zijn vertegenwoordiger en de zorgaanbieder geconcretiseerd in het zorgplan. Dit is de zorg waar de cliënt recht op heeft. Het zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid ervoor te zorgen dat de zorgaanbieder deze zorg ook daadwerkelijk levert.

Indien een cliënt van mening is dat zijn zorgaanbieder de bepalingen over de zorgplanbespreking of het zorgplan niet (goed) nakomt, zal hij daarover wel eerst een klacht in moeten dienen bij de zorgaanbieder zelf. Doet die niets of onvoldoende, dan is in het wetsvoorstel Wkkgz (Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg) aanvullend geregeld dat de cliënt naar de geschilleninstantie kan indien de klacht niet naar behoren door de aanbieder wordt behandeld. Wanneer de klachtafhandeling door de zorginstelling niet goed verloopt kan een cliënt vanaf medio 2014 terecht bij het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ). Daarnaast kan de cliënt ook klagen bij het zorgkantoor, waarna het zorgkantoor de zorgaanbieder aanspreekt op de klacht. Onderneemt het zorgkantoor geen actie, dan kan de cliënt hiertegen bezwaar indienen bij het zorgkantoor, en vervolgens beroep instellen bij de rechtbank en in hoger beroep bij de Centrale Raad van Beroep.

Ten slotte, de cliënt heeft aan de hand van het geïndiceerde zorgprofiel inzicht in het zorgzwaartepakket op grond waarvan de zorg wordt bekostigd. De tarieven van de NZa voor de vergoeding van de zorzwaartepakketten zijn weergegeven op de website van de NZa.

De regering erkent, in antwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie, dat de zorgvraag bij huisartsen alleen maar zal toenemen. Met deze toename is rekening gehouden bij het vaststellen van de budgettaire groeiruumte voor huisartsenzorg (1,0% demografische groei plus 1,5% groei om substitutie van zorg op te vangen), zo lezen deze leden. Daarna stelt de regering dat ook de wijkverpleegkundige veel zorgvragen kan behandelen. Gezien het huidige tekort van het aantal wijkverpleegkundigen, vragen genoemde leden of er hier ook rekening mee gehouden is bij de vaststelling van de groeiruumte. Kan de regering inmiddels inzage verschaffen in het aantal wijkverpleegkundigen dat momenteel in het laatste opleidingsjaar zit en hoeveel er zij-instromen? Wanneer zijn deze wijkverpleegkundigen klaar voor de arbeidsmarkt?

Bij het vaststellen van de groeiruumte voor de wijkverpleging is net als bij de huisartsenzorg rekening gehouden met de extra toename van de zorgvraag, zodat bovenop de demografische groei in de AWBZ van 1,4 %, voor wijkverpleging ruimte is voor 1% extra groei. Naar schatting hebben in het huidige laatste jaar van de HBO-opleiding verpleegkunde ongeveer 350 tot 400 studenten gekozen voor Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ), de richting die opleidt tot wijkverpleegkundige. Zij zullen hun diploma in juli 2014 kunnen behalen. Er zijn ongeveer 75 zij-instromers in het huidige studiejaar voor MGZ. Zij kunnen hun diploma behalen in juli 2017. Overigens geldt dat alle afgestudeerden van de HBO-verpleegkunde opleiding en verpleegkundigen die in een instelling werken breed inzetbaar zijn en ook als wijkverpleegkundigen kunnen werken.

De leden van de CDA-fractie willen opmerken dat zij de uitleg van de regering omtrent de overbruggingszorg nog niet helemaal helder vinden. Moeten genoemde leden dit zo lezen dat de overbruggingszorg voordat er een indicatie Wlz is afgegeven onder de verantwoordelijkheid van de gemeente en zorgverzekeraars valt en na de indicatiestelling onder de Wlz-uitvoerder indien er geen zorg voorhanden is? Zo ja, dan is dit een heldere scheiding waar deze leden om vragen. Zo niet, dan vragen deze leden of de regering het onderscheid duidelijker kan aangeven. Wanneer zijn gemeenten en zorgverzekeraars verantwoordelijk en wanneer zorgaanbieders in de Wlz in het kader van de «overbruggingszorg» tussen verschillende systemen in? En hoeveel financiële middelen ontvangen zorgverzekeraars en gemeenten hiervoor aangezien dit tot heden uit de AWBZ wordt gefinancierd?

Zorgverzekeraars en gemeenten zijn verantwoordelijk voor de zorg en ondersteuning die (nog) niet beschikken over een Wlz-indicatie van het CIZ. Wlz-uitvoerders hebben een zorgplicht voor mensen met een indicatie voor de Wlz. In de Wlz is geregeld dat indien een cliënt met Wlz-indicatie in een instelling wil verblijven waar nog geen plek is, de Wlz-uitvoerder de verantwoordelijkheid heeft om onder voorwaarden overbruggingszorg te leveren.

Ter overbrugging van een crisissituatie geldt een spoedzorgregeling. Het gaat hierbij om cliënten die nog geen zorg uit Wlz ontvangen maar acuut zijn aangewezen op Wlz-zorg. In deze situatie dient het CIZ binnen twee weken een indicatiebesluit af te geven. Wanneer de verzekerde ingevolge dit indicatiebesluit daadwerkelijk op Wlz-zorg is aangewezen, werkt dit besluit terug tot het moment van opname. De kosten van de spoed-opname kunnen dan uit de Wlz betaald worden. In de situatie waarin geen

sprake is van een Wlz-indicatiebesluit is de gemeente en/of de zorgverzekeraar verantwoordelijk.

De regering herkent zich in het geluid van de leden van de CDA-fractie dat het vpt eigenlijk alleen in de directe nabijheid van zorgaanbieders gegeven kan worden. Daarbij geeft de regering aan dat zij dit herkent onder de huidige AWBZ. Genoemde leden vragen wat er dan gaat gebeuren onder de Wlz met deze vorm van zorg. Temeer daar de komende jaren nogal wat verzorgingshuizen sluiten van waaruit nu het vpt gegeven wordt. Denkt de regering dat er dan meer mensen gebruik kunnen maken van het vpt; hoeveel mensen zullen gebruik gaan maken van het vpt volgens de regering? Zal dit aantal gaan stijgen onder de Wlz? Of denkt de regering dat zorgaanbieders deze naturazorg thuis alleen kunnen leveren in de nabijheid van de zorginstelling? En hoe duidt de regering «in de nabijheid van» aan? Nogmaals vragen de leden van de CDA-fractie in dit licht aandacht voor persoonsvolgende financiering zoals voorgesteld door o.a. ActiZ, VGN en leder(in) en de mogelijkheid niet het volledige vpt af te hoeven nemen. Concreet vragen deze leden of een familie die vader of moeder weer thuis haalt vanuit een instelling ook combinaties van zorg kan kiezen. Nu hebben mensen combinaties van zorg in natura en soms pgb. Kan dat na invoering van de Wlz ook nog?

De regering verwacht dat het wettelijke recht om wonen en zorg te scheiden in de vorm van een vpt, voor cliënten meer mogelijkheden biedt om de zorg te laten aansluiten op hun eigen wensen in hun eigen woonomgeving. De verwachting is dat het aantal mensen dat hiervoor zal kiezen in de toekomst zal toenemen, zonder dat op voorhand een inschatting is te maken van de aantallen. Bij vpt zal het zorgkantoor bepalen of de zorg thuis op een kwalitatief verantwoorde manier is te leveren. Zij zal zich daarbij baseren op het oordeel van een gecontracteerde vpt-aanbieder. Daarbij is niet precies in regelgeving vast te leggen in welke gevallen dit wel of niet kan (en wat precies «in de nabijheid van» inhoudt), omdat een verantwoorde zorglevering thuis ook kan afhangen van de eventuele aanwezigheid van een informeel netwerk dat toezicht kan houden. In de Wlz blijft het mogelijk om zorg in natura en pgb te combineren. Dit is toegelicht in de invoeringsbrief Wlz die de Kamer op 27 juni jl. heeft ontvangen.

De regering gaat uit van de aanname dat een strenger lokaal beleid of inzet van informele zorg met een pgb er niet toe zal leiden dat meer mensen aanspraak willen maken op de Wlz. De leden van de CDA-fractie delen deze aanname van de regering niet omdat zij de afbakening tussen alle zorgwetten en de Jeugdwet momenteel niet helder genoeg vinden. Kan de regering aangeven waarom zij wel van deze aanname uitgaat? Ziet de regering niet het risico, dat de inrichting van de Wmo en de Wlz ertoe kan leiden dat mensen (eerder dan nu toe) aanspraak proberen te maken op de Wlz omdat zij bij gemeenten en zorgverzekeraars het zogenaamde «recht» niet kunnen afdwingen?

De regering gaat er vanuit dat mensen er de voorkeur aan geven om zo lang mogelijk in de maatschappij te participeren en de zorg zo dicht mogelijk in de eigen omgeving te ontvangen. De Wmo en de Zvw zijn hiervoor het meest passend. De regering gaat er vanuit dat cliënten kiezen voor het regime dat het meest passend is om in hun zorgbehoefte te voorzien.

Daarnaast heeft de regering de grenzen tussen de wetten helder neergezet. Een van de belangrijkste instrumenten hiervoor is de onafhankelijke indicatiestelling bij de Wlz. Alleen cliënten die aan de toegangsvereisten van de Wlz voldoen hebben recht op zorg vanuit de Wlz. Wanneer

het CIZ vaststelt dat cliënten geen recht hebben op de Wlz staat vast dat zij voor hun zorgbehoefte een beroep kunnen en moeten doen op de gemeente en de zorgverzekeraar.

Dan hebben de leden van de CDA-fractie nog een concrete vraag over de eigenbijdrageregeling. De regering stelt dat de eigen bijdragen in 2017 € 1,6 miljard zullen bedragen. De daling van 2016–2017 is € 100 miljoen. De leden van de CDA-fractie vragen waarop de regering deze verlaging baseert. Graag ontvangen zij een duidelijke uiteenzetting op dit punt.

De daling van de eigen bijdrage tussen 2016 en 2017 wordt veroorzaakt door het beleid van langer thuiswonen. Doordat het aantal cliënten in lage zzp's afneemt, neemt ook het aantal mensen dat in een intramurale instelling verblijft af. Doordat er minder mensen zijn die een eigen bijdrage betalen, nemen ook de totale opbrengsten eigen bijdrage onder de Wlz af.

Er moet bij het indiceren al rekening worden gehouden met het verdere verloop van de aandoening of beperking van de cliënt. Om al deze aspecten te kunnen beoordelen is niet alleen kennis van de aandoening of beperking nodig, maar ook kennis van en overzicht over het verloop van de aandoening of beperking en de daaruit voortvloeiende zorgbehoefte op verschillende terreinen, en kennis van wet- en regelgeving. Dit vereist kennis en ervaring die doorgaans niet aanwezig is (en hoeft te zijn) bij een wijkverpleegkundige of huisarts. De leden van de PVV-fractie vragen waarop deze gedachte is gebaseerd. Medewerkers van het CIZ hebben niet echt bewezen kennis van zaken te hebben, de afgelopen jaren.

De regering heeft geenszins bedoeld om te twijfelen aan de kennis en ervaring van wijkverpleegkundigen en huisartsen, of om deze professionals te diskwalificeren. De regering heeft willen aangeven dat zij hecht aan een onafhankelijke, deskundige en uniforme indicatiestelling door het CIZ. Het indiceren voor zorg op grond van de Wlz is een afweging die complex is. De zorg die Wlz-cliënten nodig hebben is zwaar en complex, omdat in beginsel sprake is van permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid. De benodigde zorg beslaat in principe het verdere leven van de cliënt en betreft een integraal pakket dat alle levensdomeinen omvat. Ook moet bij het indiceren al rekening worden gehouden met het verdere verloop van de aandoening of beperking van de cliënt. Om al deze aspecten te kunnen beoordelen is niet alleen kennis van de aandoening of beperking nodig, maar ook kennis en overzicht over het verloop van de aandoening of beperking en de daaruit voortvloeiende zorgbehoefte op verschillende terreinen, en kennis van wet- en regelgeving. Professionals zoals wijkverpleegkundigen en huisartsen hebben vooral kennis en ervaring op hun onderscheiden werkterreinen. Om te kunnen vaststellen of recht bestaat op Wlz-zorg, heeft het CIZ informatie van deze beroepsbeoefenaren nodig, én het vereist daarnaast vooral onafhankelijke en objectieve beoordeling van de zorgbehoefte, mede op basis van die verkregen informatie. Het CIZ beschikt over de deskundigheid om op basis daarvan de zorgbehoefte objectief vast te stellen. Vanaf haar start in 2005 heeft het CIZ hierin veel kennis en ervaring opgedaan, die de regering graag wil benutten, mede met het oog op het zoveel mogelijk voorkómen van afwenteling vanuit andere domeinen. De stelling van deze leden dat de medewerkers van het CIZ in de afgelopen jaren niet bewezen hebben over de noodzakelijke kennis te beschikken, onderschrijft de regering niet. Cijfers over aantallen bezwaar- en beroepszaken laat voor die stelling geen ruimte. In 2012 zijn er 5.661 bezwaarschriften ingediend op een totaal van 857.000 afgegeven indicatiebesluiten. Dat is minder dan 1%. Vervolgens zijn op uitspraken op bezwaarschriften in 2012 664 beroeps-

zaken aangetekend. Slechts 11% van de behandelde beroepen in 2012 heeft de rechtbank gegrond verklaard.

Of een beginnend dementerende cliënt die niet 24 uur per dag zorg nodig heeft, maar wel zeer regelmatig op een dag en die niet de beschikking heeft over een sociaal netwerk, aanspraak heeft op Wlz-zorg hangt ervan af of er bij deze cliënt sprake is van risico op ernstig nadeel, of hij in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen c.q. zijn behoefte aan zorg kan inschatten, en of er vaak op ongeplande momenten zorg nodig is. Komt hier het criterium «op de knop kunnen drukken» weer boven tafel? Is de regering van mening dat een medewerker van het CIZ in dezen een goede afweging kan maken, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

De beoordeling of een cliënt wel of geen toegang heeft tot de Wlz hangt af van meerdere factoren. Het gaat niet om een geïsoleerde beoordeling of iemand wel of niet op een knop kan drukken, maar om een combinatie van factoren zoals het kunnen voeren van de regie over zijn dagelijks leven en of de patiënt hulp nodig heeft bij de zelfzorg. Bij iemand met beginnende dementie gaat het er om of hij of zij als gevolg van stoornissen en beperkingen voortkomend uit de dementie nog wel of niet in staat is om zich een adequaat oordeel te vormen over dagelijks voorkomende situaties. En dat hij weet wanneer hij om hulp moet vragen bij zijn dagelijks functioneren en de invulling van de zorg. Als dit niet meer het geval is, en er is sprake van ernstig nadeel, dan komt de cliënt in aanmerking voor de Wlz.

Deze leden vragen voorts of de medewerkers van het CIZ hierin een goede afweging kunnen maken. De regering heeft er vertrouwen in dat deze medewerkers in staat zijn om te bepalen of een cliënt wel of niet in aanmerking komt voor zorg uit de Wlz. De medewerkers van het CIZ beschikken over kennis op het gebied van dementie en hebben veel ervaring met het indiceren.

De regering verwacht dat gemeenten en zorgverzekeraars en zorgkantoren in de toekomst goed met elkaar gaan afstemmen hoe goede Wmo-ondersteuning een te snel beroep op zware zorg kan voorkomen. Op welke aannames is deze verwachting gebaseerd, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

De hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning leidt voor gemeenten en zorgverzekeraars tot een uitbreiding van hun verantwoordelijkheden en wijzigt de verhouding die zij hebben tot elkaar. Een goede zorgvuldige verbinding van de eerstelijnszorg met het sociaal domein biedt voor zowel zorgverzekeraars als gemeenten nieuwe mogelijkheden om de zorgverlening en ondersteuning beter op elkaar af te stemmen, de kwaliteit van de zorgverlening en ondersteuning te verbeteren en de mensen die zijn aangewezen op zorg en ondersteuning eerder en beter te bereiken. De investeringen in de beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige biedt verdergaande mogelijkheden om kwetsbare mensen vanuit het oogpunt van preventie eerder te benaderen. De versterking van de verbinding tussen de huisarts en het sociaal domein verbetert de mogelijkheden om mensen met een sociaal en maatschappelijk vraagstuk die zich melden bij de huisarts, door te geleiden naar welzijns- of maatschappelijk werk. Andersom geldt dat vanuit het welzijnswerk de lijnen met de eerstelijnszorg worden verkort, en eenvoudig contact kan worden gelegd met de wijkverpleegkundige die bij een oudere langs kan gaan om gezondheidssituatie te beoordelen. Op basis van deze nieuwe mogelijkheden die de uitbreiding van verantwoordelijkheden voor gemeenten en zorgverzekeraars met zich meebrengt,

verwacht de regering dat zij actief investeren in de onderlinge samenwerking.

De regering ziet deze verwachting bevestigd in het toenemend aantal initiatieven van samenwerkingsafspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Deze positieve beweging geldt voor alle zorgverzekeraars. Omdat het organisatorisch ondoenlijk is om tussen alle gemeenten en alle zorgverzekeraars samenwerkingsafspraken te maken, vinden partijen elkaar op regionale schaal. Inmiddels hebben voor alle Wmo-regio's gesprekken plaats gevonden tussen de regiovertegenwoordigers van gemeenten en zorgverzekeraars en zijn voor alle regionale samenwerkingsverbanden van gemeenten regionale vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en gemeenten benoemd. In de gevallen waar de indeling van de Wmo-regio als onpraktisch wordt ervaren, zijn in goed overleg tussen gemeenten en zorgverzekeraars subregionale samenwerkingsverbanden gevormd. Daar waar het contact tussen de gemeenten en de zorgverzekeraar nog pril is, worden nadere afspraken gemaakt over de afstemming van de voorbereidingen die de gemeenten en de zorgverzekeraar treffen voor de transitie.

In samenwerking met de VNG en ZN heb ik recent de focuslijst *Verbinding wijkverpleging en sociaal domein* gepubliceerd. Deze focuslijst biedt een leidraad voor het gesprek tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Op basis van de ervaringen van wijkverpleegkundige uit de projecten van de *Zichtbare Schakel* wordt inzicht geboden in de onderwerpen waarover desgewenst afspraken kunnen worden gemaakt door gemeenten en zorgverzekeraars. Voorbeelden van deze focuspunten zijn:

- positionering wijkverpleegkundige;
- signalering;
- behoeftebepaling en mandaat;
- coördinatie van multidisciplinaire zorg en ondersteuning;
- middelen en capaciteit niet-toewijsbare wijkverpleegkundige functie;
- informatie- en kennisdeling.

De maatschappelijke opvattingen over gebruikelijke zorg kunnen veranderen en om deze reden wordt de richtlijn gebruikelijke zorg vastgelegd in de Beleidsregels Indicatiestelling Wlz. Kan het dus ook zo zijn dat er in de toekomst minder tot de gebruikelijke zorg kan worden gerekend?

Zoals de regering in de nota naar aanleiding van het verslag heeft beschreven, vindt de regering het wenselijk om het veld mede invulling te laten geven aan de op wetsniveau vastgelegde Wlz-toegangscriteria. Zo ook voor de invulling van wat gebruikelijk is bij de zorg van ouders aan kinderen. Er zijn maatschappelijke ontwikkelingen waarneembaar dat mensen, en zeker kinderen, langer thuis blijven wonen dan in het verleden en dat mensen binnen de sociale omgeving meer voor elkaar gaan zorgen in plaats van direct een beroep te doen op formele zorg. Het is op dit moment dan ook moeilijk voorstelbaar dat er in de nabije toekomst bij het bepalen of een kind toegang heeft tot Wlz-zorg minder tot de gebruikelijke zorg zal worden gerekend dan nu binnen de AWBZ het geval is.

De regering merkt op dat het beleid niet inhoudt dat mensen uit een instelling worden gezet. Iemand die nu in een instelling woont, ongeacht de hoogte van het zorgzwaartepakket, behoudt de indicatie en dus recht op een plek in een instelling. In het onverhoopte geval dat een verzorgingshuis sluit, heeft het zorgkantoor de plicht een passende oplossing te bieden. Iedereen heeft de afgelopen maanden kunnen zien wat de gevolgen zijn geweest, zo stellen de leden van de PVV-fractie. Ook vragen zij wat deze maatregel nu helemaal opgeleverd heeft en wat deze in de

toekomst zal opleveren, met al die akkoorden en compensatiemaatregelen. De antwoorden op vragen over het jaarverslag zijn ook niet afdoende beantwoord en de leden van de PVV-fractie vragen de regering dan ook nogmaals en nu via een tabel om hierover duidelijkheid te geven. Ook zien zij graag dat aangegeven wordt waar de compensatiegelden heen gaan, herfinanciering zzp 1-3 of naar gemeenten?

Maatregel/akkoord	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Wie ontvangt dit?	Wordt hiermee de financiering herstart?
Kunduz/begroting 2013								
extramuraliseren zzp 1 t/m 3	-20	-50	-100	-200	?	-400		
Begroting 2014								
RA extramuraliseren zzp 4			?	-35	-70	-110		
Begroting 2014								
compensatie extramuraliseren zzp's	18,9	68,9	31,3	45	55,6	?		
Zorgakkoord 2013								
verzachten extramuraliseren			30	130	280	300		
Begrotingsoverleg 2014:								
extra middelen zorg instelling			5	35	50	60		
Compensatie Wmo extramuraliseren zzp's	15	?	?	?	?	?		
Totaal aan opbrengst bezuiniging								
Maatregel extramuraliseren zzp's	?	?	?	?	?	?		
Totaal aan verzachtingen/compensaties e.d.	?	?	?	?	?	?		

Het kabinet heeft de tabel waarmee de leden van de PVV-fractie de financiële effecten van extramuralisering in kaart willen brengen, aangevuld. Daarbij zijn de grijs gearceerde cellen gewijzigd ten opzichte van de voorbeeldtabel. Tabel A laat aldus zien welke bedragen er op de achtereenvolgende begrotingsmomenten zijn ingeboekt. Bij de regels 1 en 2 zijn de ontbrekende bedragen aangevuld. De regels 3a, 3b en 3c hebben betrekking op de middelen die bij de ontwerpbegroting 2014 budgettair neutraal zijn overgeheveld vanuit de AWBZ naar het Gemeentefonds in verband met de compensatie van de Wmo en de huurtoeslag. De cijfers op de regels 4 en 5 zijn ongewijzigd ten opzichte van de tabel van de PVV-fractie. De regels 6 en 7 presenteren tot slot de totaal geboekte opbrengsten en verzachtingen.

Tabel A: door kabinet aangevulde tabel over extramuralisering van de leden van de PVV-fractie

Maatregel/akkoord	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Wie ontvangt dit?	Wordt hiermee de financiering herstart?
1 Begrotingsakkoord : Extramuraliseren ZP	-20	-50	-100	-200	-300	-400	AWBZ	nvt
2 Regeeraakkoord: Extramuraliseren zzp 4			0	-35	-70	-75	AWBZ	nvt
3a Begroting 2014, compensatie extramuraliseren zzp's	-18,9	-68,9	-31,3	-45	-55,6	-60,8	AWBZ	nvt
3b Compensatie Wmo extramuraliseren ZP's	15	53,7	0	0	0	0	GF	nvt
3c Compensatie huurtoeslag	3,9	15,2	31,3	45	55,6	60,8	GF	nvt
4 Zorgakkoord 2013: Verzachten extramuralisering			30	130	280	300	AWBZ	nvt
5 Zorgakkoord 2014: Verzachten extramuralisering			5	35	50	60	AWBZ	nvt
6 Totaal opbrengst bezuiniging extramuralisering (1+2)	-20	-50	-100	-235	-370	-475	AWBZ	nvt
7 Totaal aan verzachtingen/compensaties e.d. (3a+3b+3c+ 4+5)	0	0	35	165	330	360	AWBZ	nvt

Zoals ik heb aangegeven bij de beantwoording van de vragen van de Kamer bij het jaarverslag VWS 2013 heb ik ten behoeve van 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 resulteert in hogere netto-opbrengsten van extramuraliseren dan de bedragen in de begroting, zoals deze zijn opgenomen in tabel A.

Een van de redenen waarom de bedragen in tabel A niet aansluiten op het bedrag dat nu resulteert uit de actuele integrale doorrekening is, dat in de loop der tijd de uitgangspunten met betrekking tot de interactie tussen de extramuralisering en de opgelegde kortingen zijn aangepast.

Via tabel B geeft het kabinet inzicht in de opbouw van de geactualiseerde netto besparingen. Daarbij zijn de effecten opgedeeld naar domein (Wlz, Wmo, Zvw en huurtoeslag). Binnen het Wlz-domein is onderscheid gemaakt tussen het effect op de zorguitgaven (inclusief kapitaallasten) en de intramurale eigen bijdragen Wlz. De geactualiseerde ramingen zijn direct gerelateerd aan aantallen cliënten, het afgesproken tempo van extramuralisering en de kosten van intramurale respectievelijk extramurale zorg. Het betreft hierbij de verwachte cumulatieve budgettaire effecten ten opzichte van ongewijzigd beleid. De bedragen zijn afgerond op 5 miljoen.

Tabel B: Budgettaire effecten extramuralisering ten opzichte van ongewijzigd beleid

<i>bedragen in miljoenen euro</i>		2015	2016	2017	2018
1	Besparing Wlz-uitgaven	- 880	- 1.360	- 1.650	- 1.800
2	Derving intramurale eigen bijdragen Wlz	170	260	310	330
3	Compensatie Wmo	280	450	570	650
4	Compensatie Zvw	210	330	400	430
5	Compensatie huurtoeslag	30	45	55	60
6	Saldo netto besparing extramuralisering	- 190	- 275	- 315	- 330

Toelichting bij tabel B:

- Post 1 presenteert de bruto besparing op de Wlz-uitgaven als gevolg van de geleidelijke daling van het aantal mensen dat met een laag ZZP in een intramurale instelling verblijft. Van de besparing ad € 880 miljoen in 2015 is in 2014 reeds 370 miljoen gerealiseerd. In het voorlopige budgettaire kader Wlz 2015 is daarom een korting op de contracteerruimte 2015 opgenomen van € 510 miljoen (ten opzichte van de contracteerruimte AWBZ 2014).
- Post 2 presenteert de daling van de intramurale eigen bijdragen die volgt uit de geleidelijke daling van de populatie met een laag ZZP in intramurale instellingen.
- Post 3 geeft de extra middelen weer die voor gemeenten zijn gereserveerd vanwege het grotere beroep op ondersteuning via de Wmo.
- Post 4 geeft hetzelfde effect voor de Zvw.
- Post 5 bevat de reeds bij ontwerpbegroting 2014 naar het Gemeentefonds overgehevelde middelen in verband met het extra beroep op de huurtoeslag van mensen die langer thuis wonen.
- Post 6 geeft de netto besparing van extramuralisering. Dit betreft de som van de posten 1 tot en met 5.

Zoals aangegeven in de beantwoording van de vragen bij het jaarverslag 2013 VWS leidt extramuralisering op basis van de geactualiseerde en meer gedetailleerde ramingen per saldo tot een netto besparing op de zorguitgaven die geleidelijk oploopt tot ruim 300 miljoen structureel vanaf 2017. Deze meerjarige effecten zijn verwerkt in het totaal budgettaire kader van de hervorming van de langdurige zorg. Daarbij geldt dat het kabinet de ontwikkelingen op het terrein van extramuralisering nauwgezet zal monitoren. Daar zal dit najaar mee worden gestart. Indien zich afwijkingen van de ramingen voordoen die financiële consequenties hebben dan zal ik het initiatief nemen om dat met de betrokken partijen te bespreken en zo nodig de ramingen bijstellen. Dit geldt zowel voor de besparing in de Wlz als de compensatiebedragen voor de verschillende domeinen.

Het is nooit helemaal volledig uit te sluiten dat er nu cliënten zijn die op basis van fraude een indicatiebesluit voor verblijf hebben gekregen. Fraude onttrekt zich naar zijn aard immers aan de waarneming. In het verleden is achteraf gebleken dat door het niet beschikbaar stellen van medische dossiers ten onrechte aanvragen voor AWBZ-zorg zijn gehonoreerd. De leden van de PVV-fractie kunnen zich niet voorstellen dat er mensen zijn, die voor de lol een indicatie aanvragen; kan de regering dit met concrete voorbeelden en cijfers onderbouwen?

Bij de afdeling Fraudebestrijding van het CIZ zijn vanaf januari tot en met mei 2014 ruim 640 meldingen binnen gekomen. Circa een kwart van deze meldingen heeft betrekking op het vermoeden van fraude door middel van gemanipuleerde diagnostiek door een arts of andere behandelaar. Dat wil zeggen dat de bij het CIZ aangeleverde diagnostiek, zoals door de arts of behandelaar opgesteld, niet overeenkomt met de werkelijke medische situatie van de cliënt. Het CIZ heeft een aantal behandelaars (waaronder psychiaters, huisartsen en GZ-psychologen) in beeld waarbij sprake is van een ernstig vermoeden van door hen gemanipuleerde diagnostiek ter onderbouwing van de aanvraag voor een AWBZ-indicatie.

Aangezien een indicatie voor de AWBZ (en straks voor de Wlz) kan leiden tot toekenning van een pgb, wijst het kabinet nog op het volgende. De doelgroep van de Wlz bestaat voor een zeer groot deel uit kwetsbare cliënten, die vaak ook niet in staat zijn tot het voeren van regie over hun leven en die het pgb niet zelf zullen kunnen aanvragen en beheren. Deze cliënten zijn daarmee extra kwetsbaar voor potentiële fraudeurs die hen tot het aanvragen van een indicatie aanzetten, zoals helaas de praktijk ook aantoonde. Uit de huisbezoeken die zorgkantoren afleggen, is in 5% van de gevallen sprake van een vermoeden van fraude. De maatregelen ter voorkoming van fraude met het pgb zijn niet alleen bedoeld om fraude waar mogelijk tegen te gaan, maar ook om deze kwetsbare cliënten te beschermen tegen potentiële kwaadwillenden.

Onderstaand twee voorbeelden van de werkwijze van malafide zorgbureaus, behandelaars en/of cliënten:

- De behandelaar stelt tegen een financiële vergoeding een fictieve diagnose op voor de cliënt. Deze dient een aanvraag voor AWBZ-zorg in bij het CIZ en levert genoemde gemanipuleerde diagnostiek aan bij de aanvraag. Het CIZ beoordeelt de aanspraak op AWBZ-zorg op basis van de aangeleverde medische informatie en een onderzoek naar het beperkingenbeeld zoals dat door de cliënt wordt beschreven, en stelt hierop een indicatie. De indicatie kan door het zorgkantoor in de vorm van een pgb worden geleverd aan de cliënt en deze verantwoordt dan zorgactiviteiten naar het zorgkantoor die in werkelijkheid niet plaatsvinden.
- De behandelaar heeft een samenwerkingsverband met een malafide zorgbureau. De behandelaar manipuleert tegen een vergoeding de diagnostiek van een cliënt. Het zorgbureau dient samen met de cliënt een aanvraag voor AWBZ-zorg in bij het CIZ en levert daarbij de gemanipuleerde diagnostiek aan. Het CIZ stelt hierop de indicatie. Die wordt in de vorm van zorg in natura door het zorgkantoor uitgekeerd aan het zorgbureau. Deze verantwoordt vervolgens zorgactiviteiten die in werkelijkheid niet hebben plaatsgevonden. De verkregen gelden zijn voor het zorgbureau en worden soms gedeeld met de cliënt.

Er is gebleken dat in die gevallen sprake was geweest van fraude, ook door behandelend artsen van cliënten. Het gaat uiteraard in die gevallen om zaken die uiteindelijk ook tot vervolging en veroordeling hebben geleid. Om door die weigerachtige houding van behandelend artsen te kunnen breken is de huidige regeling opgenomen. Om hoeveel gevallen

gaat het hier? Zijn dat er zoveel dat dit deze drastische maatregel rechtvaardigt? Waarom de goeden straffen?

Op eerder gestelde vragen van de leden van de fractie van de PVV heeft de regering aangegeven dat er helaas in de praktijk sprake kan zijn van gemanipuleerde diagnostiek door (behandelend) artsen. In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel Wlz is op pagina 93 ook gewezen op de zogenaamde Marque-zaak. Korthedshalve wordt hier volstaan met een verwijzing daarnaar. De maatregel die de regering neemt, is noodzakelijk om duidelijk te maken dat instanties werkzaam in de zorg, zoals het CIZ, het CAK, de zorgkantoren en zorgverzekeraars, een vermoeden van zorgfraude kunnen melden en wanneer deze instanties de gegevens die ten grondslag liggen aan het vermoeden van fraude aan het OM dienen te verstrekken. Deze gegevens zijn noodzakelijk voor het OM om het vermoeden van een strafbaar feit nader te kunnen onderzoeken. Zonder deze gegevens is sprake van een «kale aangifte» waar het OM niets mee kan. Dit wetsvoorstel leidt niet tot een verdere inbreuk op het medisch beroepsgeheim van de behandelend artsen zelf. Dit wetsvoorstel maakt de inzet van medische persoonsgegevens, waarvoor reeds een inbreuk op het medisch beroepsgeheim bestaat, door genoemde instanties mogelijk in geval deze instanties kennis krijgen van een vermoeden van fraude.

In de loop van de komende maanden zal meer helderheid ontstaan over functieomschrijvingen, scholingsprogramma en aanstelling van personeel van het zelfstandig bestuursorgaan (zbo) CIZ. Is dat niet rijkelijk laat?

Het CIZ is al geruime tijd bezig de gehele transitie op tijd te realiseren. In nauwe afstemming met het Ministerie van VWS, de eigenaar van het ZBO CIZ vanaf 2015, worden alle noodzakelijke werkzaamheden uitgevoerd die er op 1 januari 2015 voor moeten zorgen dat de organisatie in staat is de Wlz uit te voeren. Dat gedurende dit jaar en vooruitlopend op de definitieve besluitvorming ten aanzien van de Wlz allerlei projecten lopen, ook die ten aanzien van het nieuwe indicatieproces, de afbouw van het huidige personeel en het scholen van de medewerkers ZBO CIZ, moet er juist voor zorgen dat er tijdig een adequate, op zijn taken toegeruste organisatie staat.

Vanuit de filosofie van de Wlz staat de regering voor een integraal pakket voor alle mensen die een indicatiebesluit voor de Wlz hebben, ongeacht voor welke leveringsvorm zij kiezen; zorg in natura met verblijf, vpt of pgb. Het Zorginstituut Nederland zal om een uitvoeringstoets verzocht worden om te bezien onder welke voorwaarden en per wanneer tot aanpassing van het verzekerd pakket kan worden overgegaan. Begrijpen de leden van de PVV-fractie het goed, dat het er hier omgaat ook mensen met een pgb en vpt medische zorg vanuit de Wlz te laten krijgen? Waarom wordt er niet een uitvoeringstoets gevraagd om het verzekerd pakket zo te wijzigen dat mensen met een Wlz-indicatie medische zorg vanuit de Zorgverzekeringswet krijgen?

De leden van de PVV-fractie interpreteren het juist dat de regering voorstaat om mensen, ongeacht voor welke leveringsvorm zij kiezen (zorg in natura met verblijf, zorg in natura in de vorm van een vpt of in functies en klassen van een pgb), een integraal pakket van samenhangende zorg vanuit de Wlz te bieden aan alle mensen die een indicatiebesluit voor Wlz-zorg hebben. Dit inclusief de algemeen medische behandeling. Het gaat hierbij om het uitgangspunt dat de zorg zoveel mogelijk in samenhang in een pakket wordt geleverd. Vanuit deze filosofie wordt er dan ook geen uitvoeringstoets gevraagd aan het Zorginstituut Nederland om te bezien of de algemeen medische zorg vanuit de Zvw kan worden geleverd.

De leden van de PVV-fractie hebben in het verslag de vraag gesteld of het uit de AWBZ halen van onder andere neonatale hielprikscreening, vaccinatieprogramma, abortusklinieken, doventolken en kortdurend verblijf, niet zonder een hele nieuwe wet had gekund. Deze leden hebben niet gevraagd om genoemde zaken ook binnen de Wlz te houden. Dus graag ontvangen genoemde leden alsnog een reactie.

In de nota naar aanleiding van het verslag heeft de regering op een vraag van de leden van de PVV-fractie aangegeven dat het technisch gezien zeker mogelijk is om aanspraken en subsidies als de neonatale hielprik, het vaccinatieprogramma, doventolken en kortdurend verblijf in de Wlz onder te brengen. Er is echter geen inhoudelijke reden voor. In de Wlz gaat het juist over de zorg die zo zwaar is dat deze vaak in instellingen moet worden geleverd. Mensen met een Wlz-indicatie hebben een relatief zware zorgbehoefte waardoor veel zorg, vaak met verblijf in een instelling, nodig hebben. De door de leden van de PVV-fractie genoemde aanspraken zijn van een heel andere aard en komen niet ten laste komen van het Fonds langdurige zorg, maar worden ondergebracht in andere wetten die passend zijn voor die aanspraken en subsidies.

De regering is van mening dat de Wlz risicoloos uitgevoerd moet worden. Dat is precies de reden waarom de leden van de PVV-fractie in het verslag gevraagd hebben of de regering wil toelichten waarom zij niet de mogelijkheid tot het niet laten uitvoeren van de Wlz door de verzekeraars in overweging neemt. De opbrengst hiervan is volgens het Centraal Planbureau (CPB) € 460 miljoen. Graag ontvangen deze leden alsnog een antwoord.

De regering heeft de mogelijkheid tot het niet laten uitvoeren van de Wlz door de verzekeraars – bijvoorbeeld in de vorm van een landelijke voorziening – wel degelijk overwogen. Echter, de regering heeft ervoor gekozen om de Wlz net als de AWBZ een publiekrechtelijke sociale verzekering te laten zijn. Een publiekrechtelijke sociale verzekering betekent dat mensen van rechtswege verzekerd zijn en de verzekering niet voortvloeit uit een overeenkomst tussen de verzekerde en de verzekeraar. Aangezien de regering heeft gekozen voor een nieuwe publiekrechtelijke sociale verzekering, acht de regering zorgverzekeraars (hier: Wlz-uitvoerders) de beste uitvoerders van de nieuwe publiekrechtelijke sociale verzekering.

De leden van de D66-fractie lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat de cliënt of zijn vertegenwoordiger afspraken maakt over de zorg met de zorgaanbieder, die worden vastgelegd in het zorgplan (het maatwerk). Komen er concretere regels waaraan het zorgplan moet voldoen? Wordt de verzekerde geholpen om zelf het zorgplan te kunnen invullen (bijvoorbeeld naar Duits voorbeeld)?

In artikel 8.1.1 van dit wetsvoorstel staan de concrete regels waaraan de zorgplanbespreking minimaal moet voldoen. In het zorgplan worden dan de uitkomsten van deze bespreking vastgelegd en wordt vastgelegd of de uitvoering van het zorgplan conform de afspraken geschiedt. De zorgverlener zal er alles aan moeten doen om de cliënt goed bij de zorgplanbespreking te betrekken. Als de cliënt er behoefte aan heeft, kan hij zich laten ondersteunen bij de zorgplanbespreking. Het zorgkantoor heeft vanuit zijn zorgplicht de verantwoordelijkheid om deze ondersteuning te bieden.

De leden van de D66-fractie merken dat er onduidelijkheid bestaat over de toegang tot de Wlz van meervoudig gehandicapte kinderen. Kan de regering inzicht bieden wanneer er toegang bestaat tot de Wlz en wanneer tot de Jeugdwet?

Jeugdigen met een ernstige meervoudige beperking hebben een combinatie van twee of meer beperkingen: op verstandelijk, lichamenlijk en vaak ook zintuiglijk gebied. De zorgbehoefte van deze groep is heel divers, maar wat overeenkomt is dat deze kinderen ondersteuning nodig hebben bij alle onderdelen van het dagelijkse leven. De kinderen zullen in verband met hun zorgzwaarte in de meeste gevallen in aanmerking van de Wlz komen, aangezien deze wet gericht is op mensen met een langdurige, blijvende zorgbehoefte. Hiervoor geldt het criterium van de Wlz dat er sprake moet zijn van een blijvende zorgbehoefte waarbij 24-uurs zorg in nabijheid nodig is en/of permanent toezicht. Met name bij jonge kinderen is dit soms nog moeilijk te bepalen. Wanneer hier twijfel over is, is de Jeugdwet voorliggend om te voorkomen dat het onduidelijk is welk wettelijk kader geldt. Doordat alle zorg rondom opvoed- en opgroei-problematiek onder de Jeugdwet valt, kan makkelijker maatwerk in en om het gezin worden geleverd. Bij de afbakening tussen Jeugdwet en Wlz is de zorgbehoefte dus leidend. Op basis hiervan wordt duidelijk of een jeugdige het meest gebaat is bij een wettelijk kader met een focus op opvoed- en opgroei-problematiek (Jeugdwet) of langdurige zorg (Wlz).

De leden van de D66-fractie lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat het begrip «gebruikelijke zorg» nader zal worden uitgewerkt. Deze leden hebben echter reeds nu behoefte aan een nadere concretisering. Hoe gaan de normen voor gebruikelijke zorg er bijvoorbeeld uit zien in de Wlz? Wat moet in de ogen van de regering worden verstaan onder «bovengebruikelijke zorg»?

Als het gaat om minderjarige kinderen zijn ouders verantwoordelijk voor hun verzorging, opvoeding en het bieden van toezicht aan hun kind. Dit geldt ook als het gaat om een kind met een ziekte, aandoening of beperking. Per individuele situatie zal worden bezien of de aard van de zorg, de omvang die hiermee gemoeid gaat en de frequentie dat deze zorg moet worden geboden, wel of niet afwijkt van de zorg die ouders aan kinderen van dezelfde leeftijd bieden. Op het moment dat de hoeveelheid of de inhoud van de benodigde zorg ten opzichte van een kind van dezelfde leeftijd zonder beperkingen zodanig zwaar is dat die niet langer van de ouders kan worden gevraagd, is er sprake van bovengebruikelijke zorg en is er aanspraak op een integraal pakket aan zorg vanuit de Wlz. Dit is bijvoorbeeld het geval bij een meervoudig complex gehandicapt kind dat niet zelf kan eten en drinken, verschoond moet worden, zichzelf niet kan verplaatsen en op onverwachte momenten met spoed medicatie nodig heeft tegen epilepsie. Wat gebruikelijk is in de zorg van ouders aan kinderen, wordt in samenwerking met het Zorginstituut Nederland en het ClZ in een richtlijn uitgewerkt in de Beleidsregels Indiciestelling Wlz. Waar nodig worden hier cliëntenorganisaties bij betrokken. Deze beleidsregels worden later dit jaar aan de Kamer gestuurd en gepubliceerd in de Staatscourant. Hoe ouder het kind wordt, hoe minder zorg gebruikelijk is. Zo zal de grens van wat gebruikelijke zorg is bij een ernstig meervoudig gehandicapt kind of een kind met een zeer ernstige verstandelijke beperking op jongere leeftijd worden bereikt dan bij een lichamenlijk gehandicapt kind of een kind met een matige verstandelijk handicap.

Blijft voor kinderen met een meervoudige handicap de meezorgregeling bestaan? Welke rol krijgt het CCE in de toekomst bij de indicatiestelling voor deze groep? Ook vragen genoemde leden op welke wijze ouders zullen worden geïnformeerd en in hoeverre zij aanspraak kunnen maken op ondersteuning bij het aanvragen van meezorg.

Op grond van de Wlz is er een aanspraak op extra zorg voor mensen met een grote zorgvraag. Indien de zorgbehoefte van de verzekerde de zwaarste profielen gehandicaptenzorg aanzienlijk te boven gaat, is er recht

op meerzorg. Dat kan ook gelden voor kinderen met een meervoudige handicap. Het CCE heeft een adviserende rol als de verzekeraar moet beoordelen of sprake is van een extreme zorgbehoefte bij cliënten met gedragsproblemen. Met de komst van de Wlz wijzigt deze rol van het CCE niet. De betrokken partijen dienen de desbetreffende (ouders van) verzekerden erop te wijzen dat extra zorg mogelijk is wanneer de zorgbehoefte van de verzekerden de zwaarste profielen aanzienlijk te boven gaat. De verzekeraar moet duidelijk communiceren over de procedure voor aanvraag van meerzorg. Bij aanvragen voor meerzorg is de zorgvraag dusdanig complex dat betrokkenheid en ondersteuning van de zorgaanbieder, een geregistreerde behandelaar en/of professionele zorgverlener noodzakelijk is om aan de verzekeraar inzichtelijk te maken binnen welke context de zorg geleverd wordt. Het betreft bijvoorbeeld inzicht in het gekozen behandelplan, methodisch werken, de groeps-grootte waarin (delen van) de zorg wordt geleverd, teamsamenstelling en begeleidingsintensiteit.

De leden van de D66-fractie vragen of zij het goed zien dat de regering ook dagbesteding als respijtzorg ziet. Kinderen die naar dagbesteding gaan, hebben vanaf hun vijfde ontheffing van de leerplicht; het regulier naar school gaan van kinderen zonder beperking is echter ook geen «respijtzorg» voor hun ouders. Genoemde leden vragen de regering op dit punt nader te reflecteren.

Respijtzorg betreft het tijdelijk overnemen van de totale ondersteuning ter ontlasting van de mantelzorger. Het gaat hier feitelijk om momenten dat de mantelzorger voor een kortere of langere periode vrij is van de zorg aan de cliënt. Respijtzorg kan geëffectueerd worden via verschillende vormen van «vervangende» «zorg», zoals thuisopvang, dagopvang, kortdurend verblijf 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.

In het zorg- of budgetplan kunnen, in dit geval ouders van kinderen die met een vpt of pgb thuis verblijven, binnen dat pakket of budget hun individuele keuzes in zorg en ondersteuning maken. Respijtzorg, bijvoorbeeld logeren in een instelling, kan daar onderdeel vanuit maken. Binnen het vpt kunnen cliënt, mantelzorger, in dit geval de ouders, en zorgaanbieder maatwerkafspraken maken over de vorm waarmee invulling aan de respijtzorg wordt gegeven. Binnen het pgb kunnen cliënt en mantelzorgers, in dit geval de ouders, zelf keuzes maken om de zorg van mantelzorgers tijdelijk over te laten nemen. Ouders kunnen zelf meewegen of de perioden vrij zijn van zorg in verband met het bezoeken van de dagbesteding van een kind of het naar school gaan van een kind een gevoel van respijt voor hen bewerkstelligt waardoor zij in het zorg- of budgetplan andere keuzes kunnen maken in de zorg en ondersteuning aan hun kind.

De leden van de D66-fractie vragen voorts of logeren, inclusief de «hotelkosten» straks nog met behulp van een pgb kan worden ingekocht, aangezien kortdurend verblijf geen onderdeel meer vormt van de aanspraken van de Wlz. Op welke wijze blijft deze belangrijke vorm van respijtzorg beschikbaar voor ouders van meervoudig gehandicapte kinderen, als de verblijfskosten niet meer uit het pgb mogen worden betaald?

De leden van de SGP-fractie vinden het belangrijk dat de regering vormen van tijdelijk verblijf binnen de Wlz mogelijk wil maken, ook voor een cliënt die thuis woont met behulp van een pgb. Klopt echter het signaal dat het pgb in deze gevallen niet aangewend zou mogen worden voor alle kosten die direct uit het verblijf voortvloeien en dat budgethouders hierover al op korte termijn zouden worden geïnformeerd, zo vragen deze leden. Deelt de regering de visie van deze leden dat mogelijkheden van respijtzorg door de Wlz in ieder geval niet beperkt, maar veeleer verruimd zouden moeten worden?

Het is inderdaad, zoals de leden van de fractie van de D66 en SGP aangegeven, van belang dat ouders, partners of anderen die een rol spelen in de thuissituatie van de budgethouder van tijd tot tijd kunnen worden ontlast en dat de budgethouder ook zelf tijdelijk elders kan verblijven. In de memorie van toelichting op het wetsvoorstel is aangegeven dat respijtzorg binnen de Wlz mogelijk blijft. Ook met een pgb. In de uitwerking van de lagere regelgeving zal ik dit meenemen.

Ook vragen de leden van de D66-fractie – mede in het licht van de motie-Bergkamp/Dik-Faber⁹ – of het vervoer van en naar kinderdagcentra wordt bekostigd uit de Wlz. Waarom is er geen sprake van een integraal pakket voor meervoudig gehandicapte kinderen, waarin ook logeren en vervoer zijn opgenomen?

Indien een cliënt een geldige indicatie heeft op grond van de WLZ, zal vervoer en dagbesteding worden bekostigd uit de WLZ. De behoefte aan vervoer en kort verblijf zijn niet noodzakelijkerwijs voor ieder meervoudig gehandicapt kind hetzelfde, zodat een integraal pakket niet voor de hand ligt. Uiteraard kan er wel sprake zijn van logeren onder de Wlz.

De leden van de D66-fractie constateren op grond van de beantwoording van de regering in de nota naar aanleiding van het verslag dat de regering het experiment met de tussenvariant van het Zweedse model beperkt tot alleen het vpt. Waarom kiest de regering voor die afbakening? Heeft zij ook overwogen om bij het experimenteren met deze tussenvariant eveneens zorg in natura te betrekken? Zo nee, waarom niet?

Het vpt is een onderdeel van de gecontracteerde zorg in natura. Niet overwogen is om deze tussenvariant over de volle breedte van de zorg in natura in te zetten, omdat we in de Wlz, evenals onder de AWBZ, geen contracteerplicht kennen en de prikkel om doelmatige zorg in te kopen hiermee zou komen te vervallen. Verder kent de regering een meerwaarde toe aan de rol van het zorgkantoor die bij deze tussenvariant in zijn geheel zou komen te vervallen. Daarnaast is kostenbeheersing niet gegarandeerd en staat het haaks op de doelstelling om de administratieve lasten te verminderen.

De leden van de D66-fractie vragen waarom de regering ervoor kiest ook de gehandicaptenzorg door Wlz-uitvoerders te laten uitvoeren. Wanneer voorziet de regering de regionale opschaling van zorgkantoor-regio's?

De regering kiest ervoor om zowel voor de gehandicaptenzorg als voor de zware, langdurige ouderenzorg grotendeels aan te sluiten bij de bestaande uitvoeringsstructuur van de AWBZ, om twee redenen. De regering wil nog niet voorsorteren op een mogelijk toekomstperspectief. En daarnaast maakt regering hiermee een pragmatische keuze. De hervorming van de langdurige zorg betekent een grote verandering, die veel vraagt van de uitvoering. Om de veranderingen niet teveel te

⁹ Kamerstukken II, 2012–2013, 30 597, nr. 328.

stapelen, is ervoor gekozen om de bestaande uitvoeringsstructuur grotendeels te handhaven.

Het streven van de regering is om in 2016 een eerste stap te zetten met de regionale opschaling van zorgkantoor-regio's. Eerst zal onderzocht worden hoe deze regio's er uit komen te zien. De regering zal de Kamer informeren over de precieze plannen en het bijbehorende tijdpad. Overigens ben ik in overleg met DSW om een vereenvoudiging in de uitvoeringsstructuur op beperkte schaal door te voeren. Dit biedt de gelegenheid om te leren van de ervaringen.

In artikel 10.1.3, eerste lid, van onderhavig wetsvoorstel is opgenomen dat niet-planbare zorg op momenten dat iemand lichamelijke verzorging nodig heeft kan worden toegekend door middel van een subsidie aan instellingen. In de nota naar aanleiding van het verslag lezen de leden van de D66-fractie dat het alleen gaat om de aanbieder Fokus. Door hier een algemene aanspraak van te maken wordt het clusterwonen voor de toekomst ingeperkt. De leden verzoeken de regering om een nadere toelichting op deze keuze.

De leden van de D66 lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat alleen de aanbieder Fokus in aanmerking komt voor subsidie voor het leveren van 24-uurs ADL-assistentie. Met de subsidieregeling in de Wlz voor 24-uurs ADL-assistentie wordt – conform de wens van de Tweede Kamer – rekening gehouden met de specifieke kenmerken van deze cliëntengroep en het specifieke Fokus-concept. Fokus is echter niet de enige aanbieder die dit type van zorg levert. Er zijn momenteel drie aanbieders die deze zorg leveren. Naast Fokus (verreweg de grootste) zijn dat de Osiragroep en de Stichting Wassenaarse Zorgverlening (SWZ). Voorwaarde om in aanmerking te komen voor subsidie is dat de zorg geleverd wordt in een aangewezen ADL-clusterwoning. Daarmee is in de regeling strikt genomen een koppeling aanbracht tussen de zorg en de woning waar de zorg geleverd wordt en niet met de aanbieder van zorg. De Wlz biedt daarnaast mogelijkheden voor nieuwe initiatieven. Voor nieuwe aanbieders geldt dat zij – voor zwaardere cliënten die voldoen aan de toelatingscriteria van de Wlz – zorg kunnen organiseren vanuit een integraal pakket aan Wlz-zorg (eventueel aangevuld vanuit de meerzorgregeling).

De leden van de D66-fractie tonen zich verheugd dat met de (eerste) nota van wijziging van onderhavig wetsvoorstel een grondslag voor psychische stoornissen in de Wlz wordt opgenomen. Zij tonen zich wel bezorgd of het kan voorkomen dat een ggz-cliënt in korte tijd tweemaal wordt geconfronteerd met een overgang naar een andere wet: eerst van de AWBZ naar de Zvw indien nog niet wordt voldaan aan het driejaarscriterium, en daarna van de Zvw naar de Wlz zodra dat wel het geval is. Is de regering met deze leden van mening dat dit een onwenselijke situatie is die bij voorkeur dient te worden voorkomen?

Ik ben het met de leden van de D66-fractie eens dat voorkomen moet worden dat mensen in korte tijd tweemaal van de ene naar de andere wet overgaan. In de Nota van Wijziging Wlz heb ik daarom in het overgangsrecht voor de langdurige intramurale ggz opgenomen dat cliënten die minder dan drie maanden naar de Zvw zouden gaan, direct kunnen doorstromen naar de Wlz. Hiermee beoog ik te voorkomen dat mensen voor een korte tijd (minder dan drie maanden) vanuit de AWBZ naar de Zvw gaan en daarna weer naar de Wlz. Er zit altijd minimaal drie maanden tussen de overgang van AWBZ naar Zvw en een eventuele overgang naar de Wlz. Dit geeft voldoende tijd voor de beoordeling van de behandelaar

of voortgezet verblijf noodzakelijk is, en, indien dat het geval is, voor de aanvraag en behandeling van de indicatie.

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

De leden van de ChristenUnie-fractie maken zich grote zorgen over de positie van hen voor wie nu «enige ondoelmatigheid» toelaatbaar wordt geacht. Zij zijn het met de regering eens dat die moet verdwijnen, maar zij vrezen dat ook de juiste maatwerkinstrumenten verdwijnen als de indicatie in functies en klassen voor deze groep wordt omgezet in een zorgprofiel met een kop van meerzorg er bovenop. Dat lijkt deze leden zeer onwenselijk. Is de regering dat met hen eens?

De regering waardeert dat de leden van de fractie van de ChristenUnie ook vinden dat we van de term «enige ondoelmatigheid» af moeten. Voor de bekostiging van zorg voor mensen met een behoefte aan substantieel meer zorg dan opgenomen in de hoogste zzp's in de gehandicaptenzorg is in de huidige AWBZ-bekostiging een regeling voor bekostiging meerzorg bovenop de hoogste zzp's opgenomen. Met de komst van de Wlz wordt dit niet gewijzigd. Hiermee kan een oplossing worden geboden voor de groep die voorheen met een indicatie van functies en klassen kon uitkomen. Mogelijk veronderstelt de ChristenUnie ten onrechte dat er bij «een kop van meerzorg» sprake is van een vaste toeslag bovenop de bekostiging van het zorgprofiel. Dit is niet het geval. De bekostiging van meerzorg is een maatwerkinstrument, waarbij het zorgkantoor bovenop de hoogste zzp's extra budget kan toekennen. Het betreft hier niet een vaste toeslag, maar een individuele toeslag op maat. Ik ben me wel bewust van de administratieve lasten van de huidige bekostiging van meerzorg. Daarom wil ik samen met ZN, VGN en CCE bezien op welke wijze ik gebruik kan maken van de positieve ervaringen die zijn opgedaan in het experiment regelarme instellingen met een nieuwe wijze van bekostigen van meerzorg.

Begrijpen de leden van de fractie van de ChristenUnie goed dat voor de meerzorg afspraken met het zorgkantoor moeten worden gemaakt? Waarom wordt niet ook voor de meerzorg geïndiceerd door het CIZ? Waarom is het niet mogelijk om voor deze groep op maat te indiceren en ook de omvang meerzorg onafhankelijk te laten vaststellen?

Indien de zorgbehoefte van de verzekerde de zwaarste profielen in de gehandicaptenzorg aanzienlijk te boven gaat, is er recht op meerzorg. Hiervoor moeten afspraken met het zorgkantoor worden gemaakt. Het zorgkantoor kan bovenop de hoogste zzp's extra budget toekennen. Het betreft hier niet een vaste toeslag, maar een individuele toeslag op maat. Voor verzekerden met meerzorg is er juist indicatiestelling op maat ten behoeve van het vaststellen van een individuele toeslag. Het CCE heeft daarbij als onafhankelijke partij een adviserende rol richting de verzekeraar die moet beoordelen of sprake is van een extreme zorgbehoefte. Bij meerzorg gaat het om zeer complexe zorg, waarbij vaak ernstige gedragsproblematiek aan de orde is. Het CCE heeft de kennis en expertise over deze zorg en heeft historisch een onafhankelijke, adviserende rol bij aanvragen voor deze complexe zorg.

Ik ben me wel bewust van de administratieve lasten van de huidige bekostiging van meerzorg. Daarom wil ik samen met ZN, VGN en CCE bezien op welke wijze ik gebruik kan maken van de positieve ervaringen die zijn opgedaan in het experiment regelarme instellingen met een nieuwe wijze van bekostigen van meerzorg.

De leden van de ChristenUnie-fractie willen weten of het ook mogelijk is om voor kinderen de extra zorg die nodig is te financieren via de meerzorgregeling als er geen indicatie in het hoogste zzp is.

Op grond van de Wlz is er een aanspraak op extra zorg voor mensen met een grote zorgvraag. Indien de zorgbehoefte van de verzekerde de zwaarste profielen in de gehandicaptenzorg aanzienlijk te boven gaat, is er recht op meerzorg. Dat kan ook gelden voor kinderen. De zzp-systematiek gaat uit van een logische ordening en opeenvolging van zorgzwaarten en zorgprofielen op basis van stoornissen en beperkingen. Bij cliënten met een lagere zorgzwaarte waarbij de zorgzwaarte toeneemt en de indicatie niet meer passend lijkt, dient een beoordeling door het CIZ plaats te vinden of een ander, hoger zorgprofiel aan de orde is. Cliënten maken dan een logische ontwikkeling door van lagere naar hogere zorgprofielen. Voor de bekostiging van zorg voor mensen met een behoefte aan substantieel meer zorg dan opgenomen in de hoogste zzp's in de gehandicaptenzorg is in de huidige AWBZ-bekostiging een regeling voor bekostiging meerzorg bovenop de hoogste zzp's opgenomen. Het recht op meerzorg geldt alleen voor de hoogste zzp's in de gehandicaptenzorg, namelijk op zorgzwaartepakket VG-5, VG-7, VG-8, LG-5, LG-7, ZG-3 auditief, ZG-5 visueel, LVG-4, LVG-5 of SGLVG. Ik ben niet voornemens dit in de Wlz te wijzigen en meerzorg te financieren als er geen indicatie is in een van bovengenoemde zorgprofielen.

De regering geeft in de beantwoording van vragen van de leden van de fractie van de ChristenUnie aan dat in geval van spoedzorg in twee weken een indicatie moet zijn afgegeven door het CIZ. Als blijkt dat van Wlz-zorg sprake is, dan wordt met terugwerkende kracht vergoed. Wat gebeurt er als er geen sprake is van Wlz-zorg? Hoe wordt voorkomen dat de periode tot aan de daadwerkelijke indicatiestelling waaruit blijkt dat er geen Wlz-toegang is, niet door zorgverzekeraar/gemeente wordt vergoed, omdat zij bijvoorbeeld niet betrokken waren bij de spoedopname?

De mate waarin het zich zal voordoen dat cliënten ten onrechte via de spoedprocedure bij het CIZ worden aangemeld, hangt mede af van de mogelijkheden om voor de cliënt acute zorg te regelen voor een kortdurende periode en van een goede inschatting van de zorgbehoefte door de verwijzers.

Kortdurende intramurale zorg kan aan de orde zijn wanneer mensen met een ziekte, aandoening, stoornis of beperking vanwege een acute situatie niet thuis kunnen zijn. Voor deze mensen is dan een opname nodig. Is dit nodig vanwege een tijdelijke zorgvraag, na een ziekenhuisopname of vanwege een tijdelijke toename van de zorgbehoefte van de cliënt vanwege verergering van de ziekte, die niet in de thuissituatie ingevuld kan worden, dan gaat het om medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg. Dit is mogelijk op grond van de Zvw. Over de wijze waarop verblijf in verband met geneeskundige zorg vanaf 2015 in de Zvw wordt vormgegeven, wordt de Kamer voor de zomer geïnformeerd. Als een cliënt niet thuis kan zijn omdat zijn mantelzorger plotseling wegvalt, kunnen gemeenten als sprake is van een spoedeisend geval, op grond van de Wmo 2015 onverwijld een passende tijdelijke maatregel nemen, in afwachting van de aanvraag van betrokkene voor een Wmo-voorziening en de uitkomsten van het onderzoek dat hieraan voorafgaat. Hiermee hebben de verwijzers, bijvoorbeeld huisartsen, de

ruimte om snel en optimaal tegemoet te komen aan de plotselinge tijdelijke zorgvraag van hun cliënt. Daarnaast wordt op deze wijze het perspectief tot thuiswonen van cliënten die na een verbetering van de aandoening of na het weer beschikbaar zijn van de mantelzorg niet ontnomen. Als de huisarts, al dan niet in samenspraak met bijvoorbeeld een arts verstandelijk gehandicapten of medisch specialist, met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid van oordeel is dat de cliënt vanwege zijn aandoening, stoornis of beperking blijvend op Wlz-zorg zal zijn aangewezen, kan deze de cliënt met spoed laten opnemen in een Wlz-instelling via een versnelde indicatieprocedure van het CIZ die twee weken duurt. Zoals de leden van de CU-fractie aangeven, wordt deze periode met terugwerkende kracht uit de Wlz betaald als blijkt dat de cliënt een Wlz-indicatie krijgt, maar komt het ten laste van de zorgverzekeraar en gemeente als dit niet het geval blijkt.

Ik ben van mening dat het (bij nader inzien) ten onrechte met spoed opnemen van cliënten in een Wlz-instelling sporadisch zal voorkomen, wanneer de eerdergenoemde mogelijkheden voor acute kortdurende opname goed zijn geregeld en wanneer het de verwijzers duidelijk is hoe zij een goede inschatting kunnen maken of een cliënt voor de ene dan wel de andere vorm van verblijf in aanmerking komt. Hiertoe is het van belang dat verzekeraars/Wlz-uitvoerders en gemeenten gezamenlijk regionaal afspraken maken over de beschikbaarheid van tijdelijke opvang plaatsen. Ik verwacht dat deze partijen ook op voorhand afspraken maken over hoe om te gaan met die situaties dat cliënten toch ten onrechte met spoed in een Wlz-instelling zijn opgenomen. Ik zal goed in de gaten houden hoe vaak er onjuiste verwijzingen plaatsvinden en wat de consequenties daarvan zijn voor de cliënten om wie het gaat.

De leden van de fractie van de ChristenUnie constateren dat de regeling van het pgb in de Wlz op punten verschilt met die van de Wmo. Wat is de inhoudelijke betekenis van de verschillen in de wetstekst van respectievelijk de Wmo en de Wlz?

De leden van de GroenLinks-fractie zijn van mening dat de toegang tot het persoonsgebonden budget in de verschillende zorgwetten zoveel mogelijk gelijk moet zijn. Toch wijkt voorliggend wetsvoorstel op verschillende punten nog af van het onlangs door de Tweede Kamer aangenomen wetsvoorstel Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. Is de regering voornemens een nota van wijziging in te dienen om de bepalingen met betrekking tot het persoonsgebonden budget in beide wetsvoorstellen zoveel mogelijk in overeenstemming te brengen?

Na indiening van het wetsvoorstel Wlz is bij de behandeling van de Wmo amendement nr. 103 ingediend en aanvaard. Het kabinet wijst er op dat er goede redenen zijn waarom de Wmo en de Wlz op sommige punten verschillen. Het overgrote deel van de doelgroep van de Wlz is gezien hun behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid en de zware zorgvraag die daaruit voortvloeit, aangewezen op verblijf in een instelling. Daarom is in artikel 3.3.3, eerste lid, onderdeel d, geformuleerd dat de verzekerde zich gemotiveerd op het standpunt dient te stellen dat hij de zorg niet met zorg in natura geleverd wenst te krijgen. De verzekerde wordt niet gevraagd om een hard bewijs, maar wel om een gemotiveerde keuze waarom het verblijf in een instelling niet passend is en de zorg ondanks de zware zorgvraag buiten een instelling kan worden ingevuld met een pgb. Het zorgkantoor krijgt dan ook nadrukkelijk een rol in beoordelen of een pgb de geschikte leveringsvorm is. Gegeven de zorgplicht voor een verantwoorde zorg bij zeer kwetsbare mensen acht de regering dit passend.

De Wlz verankert het pgb als wettelijk recht. Aan dit recht zijn echter voorwaarden verbonden, die erop gericht zijn zoveel mogelijk te waarborgen dat met het pgb zorg van goede kwaliteit wordt ingekocht en waarbij de kans op fraude of oneigenlijk gebruik zo klein mogelijk wordt gehouden. De doelgroep van de Wlz bestaat voor een zeer groot deel uit cliënten die het pgb niet zelf zullen kunnen beheren. Deze cliënten zijn daarmee extra kwetsbaar voor potentiële fraudeurs. Dit vergt nadere eisen aan degenen die de budgethouder vertegenwoordigen. De regering is voornemens om in lagere regelgeving nader uit te werken welke rechten en plichten zijn verbonden aan budgethouders en hun vertegenwoordigers. De regering benadrukt dat deze regels niet bedoeld zijn om afbreuk te doen aan het recht op een pgb (dat immers op wetsniveau wordt verankerd), maar om fraude en misbruik tegen te gaan zodat het pgb houdbaar blijft voor cliënten die via dit instrument eigen regie willen voeren op hun zorgvraag.

De zorgwetten horen zoveel mogelijk samenhang te vertonen, niet alleen op de toegang en voorwaarden voor het persoonsgebonden budget. De Wlz wijkt op een aantal punten af van de Wmo 2015. De leden van de GroenLinks-fractie krijgen graag meer uitleg waarom er in de Wmo wel de mogelijkheid is om huisaanpassingen via het persoonsgebonden budget te regelen, maar dat die keuze in voorliggend wetsvoorstel ontbreekt. Zou het niet beter zijn de bepalingen rondom huisaanpassingen in beide wetten gelijk te trekken?

Zoals ik de Kamer heb gemeld in mijn brief van 27 juni jl., zullen ook woningaanpassingen ten behoeve van meerderjarige cliënten op grond van de Wlz worden verstrekt. Dit zal worden geregeld in de tweede nota van wijziging van de Wlz, die ik de Kamer uiterlijk begin september van dit jaar doe toekomen. Bij deze nota van wijziging zal ik tevens aangeven via welke leveringsvormen deze nieuwe aanspraak kan worden verstrekt. In 2015 worden woningaanpassingen voor cliënten met een Wlz-indicatie nog door gemeenten verstrekt, waarbij ook de leveringsvorm van het pgb mogelijk is. De verstrekking van woningaanpassingen op grond van de Wlz zal dus pas vanaf 2016 plaatsvinden.

De leden van de GroenLinks-fractie maken zich zorgen over de wijze van indicatiestelling en de beperkingen die het indiceren in een beperkt aantal profielen met zich meebrengt. De beantwoording van de regering neemt deze zorgen niet weg, zeker wanneer het gaat om de indicatiestelling voor mensen die de zorg met een pgb willen regelen. Er is veel af te dingen op het denken in profielen, immers niet elke zorgvraag zal exact in het hokje passen. Op welke wijze wordt gegarandeerd dat het pgb toereikend is om de zorg goed te kunnen regelen?

Het kabinet beoogt met het streven om te indiceren in een beperkt aantal profielen juist te bevorderen dat niet bij de indicatiestelling maar bij de zorgplanbespreking bepaald wordt welke zorg de individuele cliënt nodig heeft. Overigens zal in 2015 nog geen beperking van het aantal zorgprofielen doorgevoerd worden, waardoor in 2015 de hoogte van het pgb op dezelfde wijze als onder de AWBZ het geval is wordt afgeleid van de hoogte van het ZZP dat aansluit op het geïndiceerde zorgprofiel. Uiteraard blijft in 2015 ook de meerzorgregeling bestaan. Te zijner tijd zal ik de Kamer informeren over de wijze waarop de beperking van het aantal zorgprofielen doorwerkt in het pgb.

De leden van de GroenLinks-fractie constateren dat voorliggend wetsvoorstel op een aantal punten belemmerend kan werken op het langer thuis kunnen blijven wonen. Bijvoorbeeld doordat kortdurend verblijf niet in voorliggend voorstel is ondergebracht. Kortdurend verblijf

is voor veel mensen een voorwaarde om de zorg goed te kunnen regelen, bijvoorbeeld ter ontlasting van de mantelzorger. Het verbaast deze leden daarom dat de zorg die wordt geboden wel wordt bekostigd, maar het verblijf (de woonlasten) niet. De woonlasten van de woning en dus van een eventuele inwonende mantelzorger lopen immers gewoon door. Wordt kortdurende verblijfszorg op die manier niet onnodig belemmerd? Het gaat immers niet om vakantie, maar om zorg die noodzakelijk is voor goede zorg op maat.

Cliënten die in aanmerking komen voor Wlz-zorg kunnen kiezen voor een zorgpakket in de thuissituatie. Zij kunnen bijvoorbeeld naar een woonzorgcentrum verhuizen waar zorg op basis van het vpt wordt geleverd. Bij het maken van afspraken over de invulling van het vpt kan ook logeeropvang worden geregeld ter ontlasting van de mantelzorger. Dit kortdurende verblijf, als onderdeel van een zzp, is dus wel degelijk onderdeel van de Wlz.

De leden van de SGP-fractie begrijpen dat veel cliënten en organisaties zich zorgen maken over de vraag of de voorgestelde zorgprofielen voldoende ruimte bieden voor meerkosten in complexe en zware gevallen, zoals meervoudige beperkingen. Deze leden ontvangen graag de reactie van de regering op genoemde zorgen.

Bij complexe en zware gevallen, zoals cliënten met meervoudige beperkingen, is gezien de omvang van de zorgbehoefte doorgaans sprake van indicatiestelling in de hoogste zorgprofielen. Voor de bekostiging van zorg voor mensen met een behoefte aan substantieel meer zorg dan opgenomen in de hoogste zzp's in de gehandicaptenzorg is in de huidige AWBZ-bekostiging een regeling voor bekostiging meerzorg bovenop de hoogste zzp's opgenomen. Met de komst van de Wlz wijzigt deze wijze van bekostigen niet. Bij de zwaarste zorgprofielen is er dus voldoende ruimte voor de bekostiging van meerkosten. Ik ben me wel bewust van de administratieve lasten verbonden aan de huidige bekostiging van meerzorg. Daarom zal ik samen met ZN, VGN en CCE bezien op welke wijze ik gebruik kan maken van de positieve ervaringen die in het experiment regelarme instellingen zijn opgedaan met een nieuwe wijze van bekostigen van meerzorg.

De regering stelt dat uit kwaliteitsoverwegingen één aanbieder integraal verantwoordelijk moet zijn voor zorg in natura. Onderkent de regering dat het enkele feit dat meer dan één aanbieder betrokken is niet per definitie een risico voor de kwaliteit hoeft te betekenen, zo vragen de leden van de SGP-fractie. Zij vragen waarom de regering niet het flexibeler uitgangspunt kiest dat meer aanbieders ingezet kunnen worden wanneer en zolang dat geen risico oplevert voor de kwaliteit of wanneer dat zelfs een stimulans voor kwaliteit kan betekenen.

De regering is het met de leden van de SGP-fractie eens dat er meer aanbieders bij de zorg voor een cliënt betrokken kunnen zijn en dat dit in voorkomende gevallen de kwaliteit van zorg aan de cliënt ten goede kan komen. Om het risico van meerdere aanbieders voor de kwaliteit van zorg te verminderen is het van belang dat er één hoofdaannemer is die te allen tijde aanspreekbaar is op de zorg die de cliënt geleverd krijgt, inclusief de zorg die door andere zorgaanbieders wordt geleverd. Dit wordt bedoeld met de eis dat één aanbieder integraal verantwoordelijk moet zijn.

De leden van de SGP-fractie ontvangen graag een nadere toelichting waarom het amendement van de leden Van der Staaij en Voortman bij de Wmo 2015¹⁰ niet toepasbaar zou zijn in de Wlz. Waarom is het onmogelijk om voor het pgb vast te stellen tot welke hoogte betalingen worden gedaan, bijvoorbeeld wanneer een vergelijking wordt gemaakt met de kosten van een volledig pakket thuis?

In de Wmo 2015 en de Jeugdwet was geregeld dat de gemeenten een verzoek voor een pgb konden weigeren als het pgb duurder was dan het gecontracteerde aanbod. Met het amendement is geregeld dat het pgb dan niet meer hoeft te worden geweigerd, maar het deel dat boven het bedrag van de gecontracteerde aanbod uitkomt door de budgethouder zelf bijgelegd kan worden. In de Wlz hoeft dit niet te worden ingepast aangezien de Wlz een dergelijke weigeringsgrond niet kent. Het Wlz-rgb is een afgeleide van het naturatarief en gelijk aan de zorgcomponent daarvan. De hoogte van het pgb zal daarmee nooit uitgaan boven het bedrag dat een natura-aanbieder zou krijgen als hij de cliënt onder zijn hoede had genomen. Uiteraard staat het de budgethouder vrij zelf aanvullende zorg in te kopen. Het in te voeren systeem van trekkingsrechten zal voor Wmo, Jeugdwet en Wlz faciliteren dat een budgethouder vrijwillige stortingen doet om meer zorg in te kopen.

De leden van de SGP-fractie vragen waarom het niet mogelijk is aanspraken op afzonderlijke functies te laten bestaan wanneer voldaan is aan het centrale criterium van de Wlz dat sprake moet zijn van permanent toezicht of 24 uur zorg. Waarom is het met het oog op de gewenste flexibiliteit niet wenselijk om bijvoorbeeld een groot deel van het volledig pakket thuis te kunnen combineren met huishoudelijke zorg op grond van het pgb?

In de brief van 27 juni jl. is aangegeven dat in 2015 Wlz-zorg thuis kan worden aangeboden en vervolgens bekostigd in functies en klassen. Daarmee wordt meer flexibiliteit geboden om zorg op maat in te vullen. Wlz-zorg in functies en klassen kan passend zijn voor cliënten die weliswaar voldoen aan de objectieve criteria voor toegang tot de Wlz, maar bijvoorbeeld vanwege goede informele zorg niet zijn aangewezen op het volledige zorgpakket thuis. In dezelfde brief is tevens aangegeven dat het mogelijk wordt om zorg in natura en pgb te combineren. Net als in de Awbz is het niet mogelijk om vpt en pgb te combineren, omdat het vpt een volledig pakket is.

De leden van de SGP-fractie lezen dat overbruggingszorg in de Wlz niet langer inhoudt het wachten op een plek in een voorkeursinstelling. Deze leden vragen wat dit betekent voor cliënten voor wie het niet langer verantwoord is om op basis van extramurale zorg thuis te verblijven, maar voor wie de voorkeursinstelling nog niet beschikbaar is. Betekent dit dat zij niet meer naar een andere instelling kunnen verhuizen, ook niet wanneer het verblijf naar verwachting nog jaren zal duren?

Het kan voorkomen dat de instelling waar de cliënt het liefst zou gaan wonen op dat moment geen plaats voor hem heeft. Er zijn dan verschillende mogelijkheden. Een cliënt kan kiezen voor opname in een andere verblijfsinstelling. Een cliënt kan daar dan, al dan niet in afwachting van het moment waarop er alsnog een plaats in zijn voorkeursinstelling open valt, gaan wonen. Maar de Wlz-uitvoerder kan ook op basis van het VPT of pgb een voorlopige oplossing realiseren. Omdat gebleken is dat in sommige situaties ook een flexibel arrangement op basis van functies en klassen wenselijk is, zal in de tweede Nota van wijziging die het kabinet

¹⁰ Kamerstukken II, 2013–2014, 33 841, nr. 23.

uiterlijk begin september aan de Tweede Kamer zal sturen het wetsvoorstel worden aangepast zodat de huidige uitvoeringspraktijk in 2015 in de Wlz kan worden voortgezet. Dit betekent dat ook in situaties waarin passende verblijfszorg beschikbaar is, de cliënt kan opteren voor een overbruggingsperiode met een flexibel arrangement zorg in de thuissituatie. Bij het realiseren van een dergelijke oplossing heeft het zorgkantoor overigens tot taak zorg te dragen voor een kwalitatief verantwoorde en doelmatige zorginzet. Dit betekent dat er dus niet een zodanig arrangement kan worden gerealiseerd dat het tot ondoelmatigheid leidt.

De leden van de SGP-fractie vragen of de regering kan aangeven waar volgens haar de verschillen zitten tussen het genoemde Zweedse model en het model dat hier te lande bekend staat als het Zeeuws model. Op welke wijze betreft de regering de ervaringen van het Zeeuwse model bij de verdere ontwikkeling met betrekking tot contracteren en de pilot dienaangaande, zo vragen deze leden.

In het zogenaamde «Zeeuwse model» wordt door een opdrachtgever een minimumniveau aan kwaliteitseisen vastgesteld voor de levering van een voorziening met een bijbehorende vaste prijs. Elke aanbieder die tegen deze door de opdrachtgever gestelde voorwaarden de voorziening wil leveren wordt gecontracteerd. Het «Zeeuwse model» heeft derhalve overeenkomsten met het «Zweedse model». Net als het Zweedse model is ook het Zeeuwse model gericht op keuzevrijheid voor de cliënt. Aandachtspunt van dit model is dat het zich minder goed leent voor cliënten met een complexe zorgbehoefte, omdat het voor een opdrachtgever bij een complexe zorgbehoefte moeilijker is om een goede vaste prijs vast te stellen voor alle aanbieders. Het vaststellen van een tarief, zoals gemeenten die het «Zeeuws model» hanteren doen om in het kader van de Wmo eenvoudige huishoudelijke hulp te organiseren, zal bij de Wlz lastiger toepasbaar zijn. Ook leidt het contracteren met meerdere aanbieders tot intensiever contractmanagement door de opdrachtgever, hetgeen geen bijdrage levert aan de gewenst reductie van de administratieve lasten.

Om misverstanden te voorkomen wijst de regering er volledigheidshalve op dat in reactie op vragen in het verslag door haar in de nota naar aanleiding van het verslag is aangegeven dat het Zweedse model ook nadelen kent en dat dit de reden is, waarom de regering niet onverkort voor onderzoek naar het Zweedse model heeft gekozen. De regering heeft gezocht naar een tussenvariant waarbij het bestaande aanbestedingsmodel en dat van de vrije keuze (het «Zweedse model») met elkaar gecombineerd worden. In die variant wordt voor het grootste deel van het budget het model van de aanbesteding gevolgd, zowel voor intramuraal verblijf als het vpt. Dit ook met het oog op de budgettaire beheersing van de Wlz. Voor een klein deel van de beschikbare budgettaire ruimte zou voor alleen het vpt de variant van de vrije keuze (het «Zweedse model») kunnen worden geïntroduceerd. Het advies van de landsadvocaat naar de juridische haal- en houdbaarheid van de genoemde tussenvariant is recent ontvangen. Aan de hand daarvan zal nadere besluitvorming plaatsvinden, waarover de Tweede Kamer separaat geïnformeerd zal worden. Onderdeel daarvan is tevens een besluit over het al dan niet starten van een pilot en de eventuele verbreding daarvan naar de zorg met verblijf.

Zorgkantoren hanteren uniforme eisen voor wat betreft de inkoop van zorg op kwaliteit. Belangrijk element hierbij zijn de sectorale kwaliteitskaders en de bijbehorende indicatorensets. Met name waar het betreft de sector van de verpleging en verzorging (V&V) is er verschil van opvatting

over het hanteren van het bestaande landelijk kwaliteitskader VVT. In overleg met de sector zal het Kwaliteitskader V&V worden herzien en wordt het Kwaliteitskader GZ zodanig doorontwikkeld, dat er (ver)nieuw(de), beperkte, sets van overzichtelijke, eenduidige en heldere kwaliteitsindicatoren beschikbaar zijn in de Wlz, die voor alle uitvragende partijen bruikbaar zijn, zo veel mogelijk aansluit bij het primaire proces van zorgverlening en ook relevante verbeterinformatie bevat voor de zorgaanbieder zelf. De regering zal partijen oproepen zich daarbij tevens te laten leiden door de ervaringen die met betrekking tot kwaliteit zijn opgedaan in het kader van de experimenten met regelarme instellingen (ERA), waarbij ten nauwste aangesloten wordt bij de kwaliteitsbeleving van de cliënt.

In de Wlz hebben straks het vpt en het pgb hun wettelijke verankering gevonden. Daarmee is de mogelijkheid geschapen om vanuit de cliëntzijde innovatief aanbod te stimuleren. Ook zal in de Wlz ingezet worden op meerjarige contracten, waardoor aan zorgaanbieders meer zekerheid kan worden geboden, waardoor investeren in innovatieve zorg aantrekkelijker wordt. Met zorgkantoren is, ook nu onder het regime van de AWBZ, afgesproken dat nieuwe aanbieders een reële kans wordt geboden op een contract. Daar staat dan wel tegenover dat zij op hun beurt overtuigend dienen aan te tonen dat er daadwerkelijk sprake is van een innovatief aanbod die een meerwaarde heeft in relatie tot het bestaande aanbod. Overigens, ook veel bestaande aanbieders staan vanzelfsprekend niet stil en werken aan vernieuwing van hun zorgaanbod. Met de Wlz wordt ook een wettelijke basis gegeven voor een amvb die het mogelijk maakt om sterker op de inkoop van innovatieve zorg te sturen, mocht daaraan onverhoopt door zorgkantoren onvoldoende inhoud gegeven worden. Binnenkort zal de Tweede Kamer een brief van de Minister van VWS en ondergetekende ontvangen over innovatie van zorg.

De leden van de SGP-fractie constateren dat de regering het verbod op uitbesteding van zorgbemiddeling in het Besluit langdurige zorg wil regelen. Genoemde leden vragen waarom een dergelijk fundamenteel beginsel volgens de regering niet in de formele wet thuishoort.

Zorgbemiddeling wordt een taak van de Wlz-uitvoerders. Voor verzekerden die wonen in de regio's waarvoor de Wlz-uitvoerder als zorgkantoor is aangewezen, zal de Wlz-uitvoerder deze taak naar verwachting zelf uitoefenen. Voor verzekerden die in andere regio's wonen, is echter te verwachten dat de Wlz-uitvoerder deze taak – net als overigens zijn andere taken, zoals met name de zorginkoop – uitbesteedt aan de zorgkantoren voor de desbetreffende regio's. Dat past bij de regionale uitvoering van de Wlz en wil ik daarom niet verbieden. Het enige dat ik wil verbieden, is dat de zorgbemiddeling wordt uitbesteed *aan zorgaanbieders*. Zorgbemiddeling door zorgaanbieders kan namelijk tot belangenverstremgeling leiden. Omdat ik geen algemeen verbod op uitbesteding van zorgbemiddeling wil regelen maar slechts een verbod op uitbesteding van zorgbemiddeling aan zorgaanbieders, is het gepaster om dit in het Besluit langdurige zorg te regelen (zie artikel 4.3.1 van dat Besluit zoals dat onlangs bij beide Kamers is voorgehangen), dan op het niveau van de Wlz zelf.

De leden van de SGP-fractie vragen of de regering kan aangeven hoe de inkomensafhankelijkheid van de eigen bijdrage voor het pgb in de toekomstige situatie zich verhoudt tot de opbouw die momenteel gehanteerd wordt.

Op dit moment wordt gebruik gemaakt van het inkomen en vermogen van de pgb-houder en eventueel dat van zijn/haar partner. Tot een bijdrageplichtig inkomen van € 16.456 (ongehuwd en pensioenleeftijd bereikt), € 23.295 (ongehuwd en pensioenleeftijd nog niet bereikt), € 22.957 (gehuwd en pensioenleeftijd bereikt) dan wel € 29.174 (gehuwd en pensioenleeftijd nog niet bereikt) geldt er een eigen bijdrage tussen de 20 en 29 euro per maand. Als het bijdrageplichtig inkomen van de cliënt hoger ligt dan deze bedragen, stijgt ook de eigen bijdrage. Van het bijdrageplichtig inkomen dat boven deze bedragen ligt, zal 15% worden meegenomen bij het bepalen van de te betalen eigen bijdrage.

Met de overhevelingen naar Zvw en Wmo verdwijnt de extramuraal zorg en daarmee de extramuraal eigen bijdrage. Voor pgb-houders in de Wlz betekent dit dat zal worden aangesloten op een andere eigen bijdrage systematiek. Er is voor gekozen om, conform het volledig pakket thuis, aan te sluiten op de lage intramuraal eigen bijdrage en hierop € 136 pgb-af trek in mindering te brengen. Met de pgb-af trek wordt er voor gezorgd dat de inkomensgevolgen voor de laagste inkomens nagenoeg nihil zijn. Door aan te sluiten op al bestaande systematiek blijft de uitvoering van de eigen bijdrage eenvoudig en inkomensafhankelijk. De eigen bijdrage wordt gebaseerd op het bijdrageplichtig inkomen en vermogen van de pgb-houder. Dit bedraagt 12,5% van zijn inkomen vermeerderd met 8% van zijn vermogen. De pgb-houder betaalt minimaal 20 euro per maand en dit kan oplopen tot 663 euro per maand. Voor 2015 zullen deze bedragen nog wel geïndexeerd worden.

De leden van de SGP-fractie vragen hoe voorkomen wordt dat de voorgestelde systematiek van eigen betaling van de eigen bijdrage door de budgethouder tot extra betalingsproblemen leidt. Wordt in ieder geval het bedrag van de te betalen eigen bijdrage als onderdeel van het pgb geblokkeerd, zo vragen zij.

Op dit moment wordt de eigen bijdrage voor pgb-houders ingehouden op het toegekende pgb. Pgb-houders merken in tegenstelling tot andere zorgvragers daardoor niet in de eigen portemonnee dat zij zorg genieten. Door (marginaal) minder zorg te gebruiken dan waar de indicatie vanuit gaat, betalen zij in het geheel geen eigen bijdrage. Voor cliënten met zorg in natura is die mogelijkheid er niet. Door de pgb-houders zelf hun eigen bijdrage te laten betalen worden zij gelijk behandeld met andere zorgvragers. De verwachting is dan ook niet dat er bij pgb-houders andere betalingsproblemen zullen ontstaan dan bij huidige cliënten. Er zal dus geen onderdeel van het pgb geblokkeerd worden. Wel zal de overzichtelijkheid voor de cliënt gewaarborgd worden doordat via het systeem van trekkingsrechten cliënten op elk moment een actueel inzicht hebben in het resterende budget en daarnaast maandelijks van het CAK een rekening krijgen om de eigen bijdrage te betalen, net als gebruikers van zorg in natura.

De leden van de SGP-fractie vinden het lovenswaardig dat de regering het kostenbewustzijn bij budgethouders wil versterken. De voorgestelde prikkels zijn volgens deze leden echter pas effectief wanneer budgethouders voordeel hebben bij het besparen van kosten. Graag vernemen zij welke voordelen budgethouders krijgen. Welke prikkels zijn er voor hen om kostenbesparende alternatieven te kiezen wanneer het netto resterende budget onverkort beschikbaar is?

In de Wlz, zal net als in de AWBZ, een eigen bijdrage gevraagd worden van verzekerden van 18 jaar en ouder, die gebruik maken van zorg. Met de introductie van het bruto pgb betalen alle gebruikers van Wlz-zorg op vergelijkbare wijze een eigen bijdrage. De motieven voor het vragen van

een eigen bijdrage aan budgethouders zijn tweeledig. Ten eerste geldt er een eigen bijdrage uit oogpunt van een medefinancieringsmotief, waarbij geldt dat de gebruiker van de zorg deels meebetaalt aan de kosten van de zorg. Ten tweede vergroot een eigen bijdrage het kostenbewustzijn van de cliënt. Dit geldt ook als de budgethouder geen direct voordeel heeft bij het besparen van kosten. Ter wille van de eenvoud in de uitvoering kiest het kabinet er namelijk niet voor om eigen bijdragen afhankelijk te maken van de zorgconsumptie van budgethouders. Tot slot merk ik op dat budgethouders een duidelijke prikkel hebben om lage tarieven te onderhandelen waardoor ze ruimte krijgen om meer zorg in te kopen.

In de nota naar aanleiding van het verslag wordt in antwoord op vragen inzake partneropname gesteld: «De Wlz-uitvoerder wordt geacht bij de toewijzing van de zorg met verblijf rekening te houden met het recht op partneropname, en derhalve op de beschikbaarheid van een echtparenkamer in de gewenste gecontracteerde zorginstelling». Het lid van de fractie van 50PLUS/Baay vraagt wat er moet worden verstaan onder «rekening houden met». Hoe dwingend is dit? Hoe wordt dit nader uitgewerkt? Er wordt immers aangegeven dat het in de rede ligt dat Wlz-uitvoerders afspraken maken met zorgaanbieders in de regio. Moeten Wlz-uitvoerders bijvoorbeeld één instelling met de mogelijkheid tot partneropname per gemeente of regio beschikbaar hebben? Op grond van dit wetsvoorstel hebben partners van een Wlz-geïndiceerde zorgvrager recht op partneropname. Hoe kan een zorgvrager dit recht afdwingen? Genoemd lid wijst er in dit kader op dat de komende jaren veel intramurale instellingen zullen sluiten, waardoor er mogelijk echtparenappartementen in de regio verdwijnen. Hoe wordt dit ondervangen? Hoe wordt geborgd dat er altijd een echtparenappartement binnen redelijke afstand beschikbaar is?

Het zorgkantoor dient op grond van zijn zorgplicht voldoende zorg voor verzekerden met een wens tot partneropname in te kopen. Het moet daarbij gaan om voldoende zorg, zodat die voor alle verzekerden binnen een redelijke afstand en binnen een redelijke termijn beschikbaar is. Tijdens het 30-ledendebat van 5 juni jl. over dit onderwerp heb ik de Kamer toegezegd met de zorgkantoren concrete afspraken te maken over de actie en de regie die ik van de zorgkantoren verwacht bij het realiseren van het recht op partneropname. Als uitwerking van de motie Keijzer¹¹ zal ik de Kamer hier vervolgens over informeren.

3. Kwaliteit

De leden van de PvdA-fractie merken tot hun spijt op dat hun vragen over de persoonsvolgende bekostiging (PVB) nauwelijks zijn beantwoord. Genoemde leden vragen nogmaals een uitgebreide toelichting op de gevolgen voor de zorginfrastructuur, de aanbieders, de zorgmedewerkers, de cliënten en de vernieuwing van het zorgaanbod. Deze leden lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat ActiZ leerervaringen gaat opdoen met vormen van persoonsvolgende bekostiging. De leden van de fractie van de PvdA zijn benieuwd naar de opzet van het experiment en naar de vormen van PVB die zij zullen verkennen. Zal het zorgplan van de cliënt de basis vormen voor de persoonsvolgende bekostiging? Graag ontvangen zij een toelichting van de regering.

In reactie op eerdere vragen is reeds aangegeven dat in de huidige AWBZ diverse persoonsvolgende elementen kent.

¹¹ TK 2013–2014, 30 597, nr. 445.

- Een indicatie met verblijf van een cliënt is verbonden aan een zorgzwaartepakket en op basis van de NZa-tarieven wordt een vergoeding per ZZP vastgesteld.
- De invloed van de cliënt is afhankelijk van de leveringsvorm. Bij zorg in natura in een instelling kan de cliënt een keuze maken uit de gecontracteerde instellingen. Deze keuze is ook aanwezig bij het vpt.
- Bij het pgb kan de cliënt eventueel ook niet -door het zorgkantoor-geselecteerde aanbieders zelf contracteren.
- Bij de invulling van het zorgplan vindt plaats in dialoog tussen de cliënt en de zorgaanbieder.

In de Wlz wordt dit proces op een aantal punten verbeterd:

- het pgb wordt wettelijk verankerd.
- het vpt wordt eveneens wettelijk verankerd. Dit stimuleert vernieuwing van het zorgaanbod en geeft cliënten een wettelijk recht op het scheiden van wonen en zorg.
- de indicatiestelling gebeurt in zorgprofielen en niet in ZZP's, waardoor de cliënt meer ruimte krijgt om in overleg met de zorgaanbieder het zorgpakket in te vullen.

De regering heeft evenals de leden van de PvdA-fractie meer ambities op het terrein van de persoonsvolgende bekostiging. De Wlz biedt daarvoor de noodzakelijke wettelijke basis, waarop de komende jaren voortgebouwd zal worden. Hiervoor is geen nieuw of aangescherpt wettelijk kader nodig maar een zorgvuldig voorbereid traject met de NZa, Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders, gericht op het realiseren van een bekostigingssysteem dat recht doet aan de kenmerken en wensen van de doelgroep van de Wlz. Een ingrijpende wijziging van de bekostiging is per 2015 echter niet haalbaar.

In de eerdere antwoorden is ook aangegeven dat Actiz met haar leden een groep heeft gevormd om te gaan experimenteren met de verschillende vormen van persoonsvolgende bekostiging. Actiz heeft gevraagd om ondersteuning via «InVoorZorg!» bij deze experimenten. Doelstelling is om inzicht te krijgen in de gevolgen van de verschillende vormen van persoonsvolgendheid.

De gevolgen van persoonsvolgende financiering voor de zorginfrastructuur, de aanbieders, de zorgmedewerkers, de cliënten en de vernieuwing van het zorgaanbod hangen af van de vorm van persoonsvolgende financiering waarvoor wordt gekozen. Dit blijkt ook uit de opties die de leden van Actiz willen verkennen. De leden van de PvdA-fractie vragen ook naar de opzet van de experimenten die Actiz heeft voorgesteld met vormen van persoonsvolgende bekostiging. Het betreft vier experimenten.

- Hilverzorg: wil cliënten bestedingsmacht geven over een deel van de middelen die met hun zorg samenhangen. Met deze middelen kunnen de cliënten kiezen waar zij diensten afnemen: van Hilverzorg of «uit de wijk».
- WoonDroomZorg: wil de interne regeldruk verminderen en de professionele kwaliteit van de zorg verhogen door zgn. operationele normen in te voeren.
- Beweging 3.0: wil het beheer van het budget (in eerste instantie eten, drinken, activiteiten, inrichting, en indien mogelijk later ook voor zorg) neerleggen bij de cliënten, hun naasten en het zorgteam.
- Vivium: Wil het instellingsbudget verdelen in «punten», en die punten aan de cliënten geven om in te zetten voor diensten en zorg die de aanbieder moet leveren. Dit wil Vivium zowel voor cliënten die intramuraal wonen doen, als voor cliënten die straks thuis wonen via een vpt.

De gevolgen voor aanbieders, de zorgmedewerkers en de cliënten zijn dat cliënten meer bestedingsmacht krijgen over de wijze waarop de zorgaanbieders de beschikbare middelen inzet. Deze bestedingsmacht zullen de cliënten veelal samen met de professionals inhoud gaan geven. Uit voorstellen van Actiz blijkt ook dat hierdoor een belangrijke vernieuwing van het zorgaanbod kan plaats vinden.

De leden van de PvdA-fractie hebben afgelopen maand kennisgenomen van de resultaten uit het rapport «Verbetering kwaliteit ouderenzorg gaat langzaam» van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Graag zien zij een visie van de regering op wat de uitkomsten van dit onderzoek betekenen voor de hervorming van de langdurige zorg. Deze leden zijn geschrokken van de resultaten; de kwaliteit is in veel instellingen onder de maat, terwijl tegelijkertijd ook blijkt dat dit niet alleen een kwestie van geld is. Genoemde leden vragen dan ook hoe het kan dat de ene zorgaanbieder het echt heel goed doet met hetzelfde geld, en de andere aanbieder deze goede kwaliteit niet kan leveren. De leden van de PvdA-fractie willen graag concrete stappen zien van de regering; het is nu niet alleen meer aan het veld om de kwaliteit te verhogen. Wat is volgens de regering haar rol nu, en op welke manier hangt dit samen met de voorgenomen hervormingen binnen de langdurige zorg? Zijn deze hervormingen voldoende om in het volgende rapport een andere conclusie te kunnen lezen over de kwaliteit in de instellingen? Graag ontvangen genoemde leden een uitgebreide toelichting.

De resultaten van het IGZ-rapport zijn voor de regering juist reden om de hervormingen van de langdurige zorg door te zetten. Meer wijkgerichte zorg, beter betrekken van de omgeving van cliënten bij de zorg en bij de zorgplanbespreking en meer rekening houden met de wensen van cliënten; dát is de inzet van de hervorming omdat dat de kwaliteit van leven voor mensen verhoogt. Tegelijkertijd is ook duidelijk dat de stelselwijziging alleen niet voldoende is. Ik zie het op dit moment als mijn rol om de aanspreekbaarheid van de diverse actoren binnen dat stelsel te verduidelijken en ervoor te zorgen dat deze actoren de juiste randvoorwaarden creëren om zorg van goede kwaliteit te kunnen leveren. Om dat te bereiken, dus zowel meer maatwerk voor de cliënt als veilige zorg, gaan de Wlz en de speerpunten en korte termijn acties uit de Kwaliteitsbrief hand in hand. Ik besef dat dit een zaak van lange adem is en ik besef ook dat dit alleen in samenwerking met de betrokken partijen kan worden gerealiseerd. Daarom ga ik samen met de partijen de speerpunten uit de brief uitwerken in nadere acties, zodat de contextfactoren die van invloed zijn op kwaliteit worden aangepakt. De Tweede Kamer ontvangt op 1 november a.s. deze nadere uitwerking.

Voor het feit dat de ene zorgaanbieder het veel beter doet dan de andere, of zelfs de ene locatie binnen één zorgaanbieder ten opzichte van een andere locatie, zijn meerdere verklaringen denkbaar. Er kan bijvoorbeeld sprake zijn van verkeerde inzet van personeel (veel laagopgeleide medewerkers en onvoldoende scholing, waardoor deze niet meegroeien met zorgzwaarte) of bijvoorbeeld van een cultuur die de cliënt niet centraal stelt of die niet is gericht op continue kwaliteitsverbetering. Duidelijk is wel dat de Raad van bestuur van een zorginstelling een bepalende rol speelt, maar ook dat er te vaak sprake is van een te geringe aandacht van de leden van de Raden van bestuur om de kwaliteit en de cyclus van kwaliteitsverbetering in de organisatie blijvend te implementeren. Zoals ik in mijn Kwaliteitsbrief heb aangegeven, wil ik dat op verschillende manieren doorbreken. Zo wordt op korte termijn binnen «InVoorZorg!» een apart onderdeel toegevoegd om de zorgaanbieders te ondersteunen bij de verbetering van kwaliteit. Daarnaast gaat ActiZ zich inspannen om parallel aan de spiegelrapportages, die samen met LOC zijn

ontwikkeld, een visitatiesysteem op te zetten om bestuurders door andere bestuurders te laten ondersteunen in het aanjagen van kwaliteitsverbetering. Ook onderzoekt ActiZ of het Accreditatieprogramma voor zorgaanbieders, dat door de NVZD wordt ontwikkeld, bestuurders kan helpen in hun rol. Dit is ook een vereiste om ondersteuning van In voor Zorg te ontvangen. Tot slot wil ik koplopers als voorbeeld gebruiken. Ik zal nog dit najaar nader onderzoek laten doen naar de wijze waarop zorgaanbieders die een goed voorbeeld zijn hun bedrijfsvoering, organisatie en kwaliteitssysteem hebben ingericht en in balans met elkaar hebben gebracht. Zo wordt de beste zorg de norm.

De leden van de PvdA-fractie hebben ten slotte nog een vraag bij dit hoofdstuk dat betrekking heeft op het productieplafond. Wat is de reden dat zal worden gewerkt met een productieplafond per instelling? De Wlz-zorg is voor iedereen die aan de toegangscriteria voldoet een verzekerd recht. Genoemde leden achten het dan ook als vanzelfsprekend dat cliënten moeten kunnen kiezen voor de door hun gewenste zorginstelling. Is het een mogelijkheid dat wanneer de door de cliënt gewenste zorginstelling aan het productieplafond zit, de productieruimte van een andere zorginstelling wordt ingezet? Graag zien deze leden een reactie op deze mogelijkheid.

De productieafspraken per instelling vloeien voort uit de noodzaak om te beschikken over een effectief instrument om de kosten van de langdurige zorg te beheersen. Het is de taak van de zorgkantoren de beschikbare middelen te alloceren bij verschillende zorgaanbieders om hiermee aan de zorgplicht te voldoen. Het zorgkantoor contracteert instellingen voor het leveren van die zorg en maakt met hen voorafgaand aan het jaar (voorlopige) productieafspraken. Het is de taak van het zorgkantoor om met zijn contracteerbeleid (en eventuele herschikkingen in de contracten), de voorkeuren van cliënten en het aanbod van zorg bij elkaar te brengen. Binnen de contracteeruimte van elk regionaal zorgkantoor is voldoende ruimte om aan de totale zorgvraag te voldoen. Als een zorgaanbieder verwacht meer te produceren dan wordt vergoed via de eerste productieafspraken, dan moet hierover de onderhandeling worden aangegaan met het zorgkantoor. De herschikkingsronde is het moment voor een zorgaanbieder om de productieafspraken op het juiste niveau te brengen en overproductie te voorkomen. Het is dan ook mogelijk om bij de definitieve productieafspraken onbenutte productieruimte bij de ene instelling in te zetten voor zorglevering bij de andere zorginstelling. Zorgkantoren moeten in hun inkoopafspraken dan wel geregeld hebben dat ze de onderproductie weg kunnen halen. Het zorgkantoor kan een dergelijk verzoek in overleg met de betrokken instellingen tot 1 november van het lopende jaar indienen bij de NZa. Voorwaarde daarbij blijft dat de totale contracteeruimte niet wordt overschreden.

De leden van de SP-fractie constateren dat de regering de regeling van arbeidsvoorwaarden nog steeds overlaat aan sociale partners. Deze leden zien echter dat veel mensen ontslagen worden en anderzijds er te veel bestuurders zijn die graaien. Kan de regering uitleggen waarom zij hiertegen geen maatregelen treft in het voorliggende wetsvoorstel en wegkijkt bij de gevolgen van enerzijds de ontslagen en anderzijds het gegraai? Kan de regering aangeven wat de kosten zijn voor de samenleving als iemand uit de zorg zijn baan verliest en in de WW of bijstand terecht komt of afhankelijk wordt van het inkomen van zijn partner? Welke zijn bijvoorbeeld de kosten gemoeid met de groei van 20.000 mensen uit de sector zorg, cultuur en welzijn die de afgelopen tijd extra in de WW zijn beland (cijfers CBS)? Genoemde leden zien dat er op dit moment veel massaontslagen aan de orde zijn. De sectorplannen van deze regering vinden zij een doekje voor het bloeden. Naar welk werk worden deze

mensen begeleid, als vele functies nu worden geschrapt in de zorg? Kan de regering dat uitleggen? Kan de regering dan meteen uitleggen hoe zij scholing in het kader van de werk naar werktrajecten ziet? De leden van de SP-fractie constateren dat het niet zo gemakkelijk is om een huishoudelijk verzorgende om te scholen naar een wijkverpleegkundige. Kan de regering een nadere toelichting hierop geven?

De regering heeft meerdere maatregelen genomen, zowel wat betreft de gevolgen van de ontslagen in de zorg als op het gebied van de topinkomens. Zo is in deze kabinetsperiode de Wet normering topinkomens (Wnt) ingevoerd en worden verdere aanscherpingen daarvan voorzien. Wat betreft de ontslagen in de zorg zijn de afgelopen periode verzachtingen doorgevoerd waardoor er substantieel minder werknemers ontslagen hoeven te worden. In april 2013 werd de taakstelling huishoudelijk hulp majeur verminderd. In december 2013 is een akkoord met de VNG gesloten, waardoor er € 200 miljoen extra beschikbaar komt voor de gemeenten. In april 2014 is met D66, CU en SGP het begrotingsakkoord 2015 afgesloten. Ook daarin zijn extra financiële middelen beschikbaar gekomen voor de langdurige zorg en de jeugdzorg. Hiernaast zijn in de Wmo 2015 en in de Jeugdwet bepalingen opgenomen omtrent de continuïteit van zorgverlening en de overname van personeel bij wijziging van aanbieder. Verder wordt met de sectorplannen ingezet op van-werk-naar-werk-trajecten en scholingstrajecten. Onlangs hebben de Minister van SZW en ondergetekende toegezegd dat voor het zomerreces een brief naar de Tweede Kamer wordt gestuurd waarin nader wordt ingegaan op de arbeidsmarktgevolgen van de hervormingen in de langdurige zorg en jeugdzorg en de maatregelen die in dit kader worden genomen. Dit in aanvulling op de maatregelen die het kabinet heeft aangekondigd in haar arbeidsmarktbrief van oktober 2013.

Het is niet mogelijk in algemene zin aan te geven wat de kosten voor de samenleving zijn als iemand uit de zorg zijn of haar baan verliest en in de WW of bijstand terecht komt. Dat is sterk afhankelijk van de persoonlijke situatie. Om die reden is ook niet aan te geven wat de kosten zijn van de groei van de WW-uitkeringen aan mensen uit de sector zorg, cultuur en welzijn.

In het kader van de sectorplannen worden 24.000 van-werk-naar-werktrajecten uitgevoerd. Daarbij gaat het zowel om begeleiding naar werk binnen de zorg als werk buiten de zorg. Dat is afhankelijk van de persoonlijke situatie en wensen van de betrokken werknemers en van de mogelijkheden die er zijn. Het is derhalve maatwerk. Als voor een huishoudelijk verzorgende de functie vervalt, zal bekeken worden wat er nodig is om deze verzorgende om te scholen naar een andere functie, gegeven zijn of haar mogelijkheden en wensen. Daarbij zal het niet snel gaan om omscholing naar wijkverpleegkundige, maar wel bijvoorbeeld naar de functie van helpende binnen de zorg of een functie buiten de zorg. Op vergelijkbare wijze kan een verpleegkundige die werkzaam is in de intramurale ouderenzorg worden bijgeschoold naar een wijkverpleegkundige.

De leden van de SP-fractie hebben in hun eerder gestelde vragen aan de regering gevraagd wat het onderliggend wetsvoorstel betekent voor het vastgoed van zorginstellingen.

Zo hebben genoemde leden gevraagd of de regering inzicht kan verschaffen in de extra rentekosten door een risico-opslag van de banken nu de kapitaallasten zijn geprivatiseerd en of de regering een reële schatting aan de Kamer kan doen toekomen. Deze leden zijn echter nog niet tevreden met de gegeven antwoorden van de regering. De leden van de SP-fractie vragen of de regering concreet kan uitleggen met welk

percentage de rente van het vastgoed in de zorg is gestegen. Kan de regering dat nader toelichten en daarbij aangeven om welke bedragen het in absolute zin precies gaat?

De leden van de SP-fractie refereren naar de aankondiging en invoering van de integrale tarieven in 2005 waarbij de lusten en de lasten van investeringen door instellingen zelf worden gedragen. De hypothese zou kunnen zijn dat op het moment van deze invoering het verschil oploopt tussen de rentepercentages op langdurige leningen waartegen de overheid leent, en de rentepercentages waartegen een instelling langlopende financiering sluit. De overheid is een van de sterkste partijen in de markt, met een gering risico.

Deze hypothese blijkt niet (eenduidig) bevestigd. Dat concludeert het kabinet uit de jaarlijkse CBS onderzoeken laatstelijk gepubliceerd als «*Rente ontwikkelingen AWBZ zorginstellingen 1987–2012*». Overigens blijkt dat de spreiding van het rentepercentage (tussen 2,5% en 5,5% in 2012) waartegen instellingen hun langlopende leningen sluiten, zonder aanwijsbare reden zeer groot is. Dit effect heeft financieel een veel groter volume dan een mogelijke risico-opslag. Het kabinet kan dan ook geen inschatting geven van de gevolgen van een veronderstelde risico-opslag.

Op pagina 132 van de nota naar aanleiding van het verslag lezen de leden van de CDA-fractie dat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zorgkantoren geen aanwijzing kan geven. Is dat in zijn algemeenheid zo of geldt dit alleen voor het pgb? Op pagina 153 staat dat de Minister de bevoegdheid heeft om per regio een zorgkantoor aan te wijzen die de administratie en/of controle uitvoert voor alle verzekerden. In de aanwijzing kan de Minister instructies meegeven waar het zorgkantoor zich aan moet houden. Deze leden vragen of deze instructies ook kunnen inhouden dat voldoende zorg ingekocht wordt. Kan de regering garanderen dat de angst van de VGN, opgeschreven in haar position paper, namelijk dat zorgkantoren instellingen onder druk gaan zetten om bestaande cliënten met een laag zzp uit te laten stromen zich niet zal voordoen? Mocht dit onverhoopt wel gebeuren, kan de regering dan ingrijpen? Daarnaast vragen de leden van de CDA-fractie of de regering kan garanderen dat de angst van VGN opgeschreven in haar position paper, namelijk dat zorgkantoren instellingen onder druk gaan zetten om bestaande cliënten met een lage ZZP uit te laten stromen zich niet zal voordoen. En wanneer dit onverhoopt wel gebeurt, de regering dan kan ingrijpen.

Het geldt in zijn algemeenheid dat de Minister zorgkantoren geen aanwijzing kan geven, maar de NZa als toezichthouder wel. De NZa kan handhavinginstrumenten inzetten – zoals een aanwijzing – voor zover dit betrekking heeft op taken die het zorgkantoor krachtens de wet heeft.

Zorgkantoren houden voorafgaand aan het jaar bij het maken van productieafspraken rekening met een geleidelijke afname van de intramurale populatie met een licht ZZP. Indien gedurende het jaar blijkt dat de verwachte uitstroom uit de instellingen anders verloopt dan van tevoren gedacht, dan kunnen de productieafspraken worden bijgesteld. Ik heb regelmatig overleg met zorgkantoren waarin ik benadruk dat zorgkantoren de rechten van bestaande cliënten moeten respecteren. Dat betekent dat zij de instellingen niet onder druk zetten om bestaande cliënten met een lage ZZP uit te laten stromen. In het periodieke overleg met de zorgkantoren volg ik de signalen hieromtrent nauwgezet.

Net als de leden van de D66-fractie hebben de leden van de CDA-fractie eerder vraagtekens gezet bij de regeldruk als gevolg van artikel 8.1.1 Wlz. Daarom hebben deze leden de volgende nadere vragen: Moeten alle

punten opgenomen worden in het persoonlijke zorgplan of kan in overleg afgesproken worden dat dit niet hoeft? Waarom kiest de regering niet voor de persoonsvolgende financiering c.q. bekostiging op basis van het zorgplan zoals afgesproken met de cliënt? Het is toch zo dat het zorgplan moet voldoen aan «verantwoorde zorg» zoals bedoeld in de Kwaliteitswet en de Wet BIG en dat daarmee geborgd is dat in het persoonlijke zorgplan alle benodigde aspecten aan de orde komen? Kan daarom niet volstaan worden met het opnemen van de bepaling dat cliënten recht hebben op bespreking van hun persoonlijke zorgplan?

Ik zie de voorgeschreven onderwerpen bij de zorgplanbespreking geenszins als regeldruk. Dat bijvoorbeeld een zorgverlener in de zorgplanbespreking met de cliënt aan de orde heeft hoe vaak de cliënt in de buitenlucht wil verkeren is mijns inziens geen regeldruk. Het is juist een gewoon onderdeel van verantwoorde zorgverlening. Het gaat immers om onderwerpen die voor veel cliënten essentieel zijn in hun dagelijks leven.

Uiteraard kan in overleg met de cliënt afgesproken worden dat bepaalde punten voor de cliënt niet relevant zijn. Dan wordt er wel kort over gesproken, maar krijgt het geen uitgebreide plek in het zorgplan. Daarnaast staat dit wetsvoorstel niet in de weg om nog aanvullende punten in de zorgplanbespreking te betrekken. Er is dus flexibiliteit genoeg.

Het klopt dat de inhoud van het zorgplan en de uitvoering daarvan moeten voldoen aan de eisen van verantwoorde zorg uit de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet Big. De eis «verantwoorde zorg» verdient in dit kader nadere uitwerking omdat zowel cliënten als zorgverleners een steun in de rug verdienen. Dit is gedaan met de bepalingen in de Wlz over het zorgplan. De cliënten zodat zij weten welke punten zij aan de orde mogen stellen tijdens de zorgplanbespreking (uit raadpleging van cliënten en hun belangenbehartigers blijkt dat cliënten vaak niet weten wat zij in het kader van een zorgplanbespreking mogen vragen). En zorgverleners zodat zij het richting hun leidinggevenden kunnen signaleren indien zij stelselmatig niet tegemoet kunnen komen aan gerechtvaardigde wensen van cliënten.

In de Kwaliteitsbrief, die op 12 juni jl. naar de Kamer is gestuurd, is aangekondigd dat de regering in het licht van de bekostiging wil onderzoeken in hoeverre een vorm van bekostiging, waarbij cliënt en budget nog meer aan elkaar zijn gekoppeld, cliënten kan ondersteunen in de regievoering. Daarbij moet voorkomen worden dat een vast budget per cliënt tot claimgedrag leidt, waarvan bij de huidige ZZP's soms sprake is.

De leden van de CDA-fractie vragen of het wijsheid is mensen met een lage intramurale indicatie ingevolge het overgangsrecht te vragen binnen één jaar te kiezen. Het is zeer denkbaar dat deze mensen dan kiezen voor een (duurdere) intramurale plek, terwijl als zij weten dat zij de toegang houden zij wellicht langer thuis blijven wonen. Het voortschrijden van de ouderdom zal er in veel gevallen toe leiden dat zij op enig moment toch in aanmerking komen voor een intramurale indicatie onder de nieuwe wet. Genoemde leden vragen de regering dan ook dit te heroverwegen.

Met de herziening van de langdurige zorg, waar het onderhavige wetsvoorstel het sluitstuk van is, wordt de (langdurige) zorg voor mensen met een relatief lichtere zorgbehoefte overgeheveld naar de Wmo 2015 en de Zvw. Die verzekerden zullen vanuit die domeinen de hulp en zorg kunnen krijgen die passend is voor hun situatie. Uitgangspunt bij de inwerkingtreding van een nieuwe wet is dat die wet onmiddellijke werking krijgt. In gevallen waarin het nodig is om bepaalde bestaande situaties te ontzien van onmiddellijke werking, kan daarvan worden afgeweken door

overgangsrecht te treffen. De leden van de CDA-fractie merken terecht op dat mensen met «lichte» zzp's die niet in een instelling wonen de keuze krijgen om binnen een jaar hun verblijfsrecht alsnog tot gelding te brengen. Met dit overgangsrecht is beoogd zo veel mogelijk recht te doen aan de herziening van de langdurige zorg door mensen met een relatief lichte zorgbehoefte over te laten gaan naar de Wmo 2015 en Zvw. Bestaande AWBZ-verzekerden met een lage zzp-indicatie hebben echter formeel gezien een recht op verblijf, ook al hebben zij die niet tot gelding gebracht met daadwerkelijk verblijf in een instelling. Deze mensen willen vaak ook (nog) niet in een instelling verblijven. Het keuzejaar geeft hen de mogelijkheid om maximaal een jaar lang te bezien of zij de zorg alsnog thuis willen blijven ontvangen (via de Wmo 2015 en de Zvw), of alsnog naar een instelling zouden willen gaan. Op deze wijze wordt deze groep cliënten niet op korte termijn geconfronteerd met een overgang naar een nieuw domein, maar kunnen zij een goed geïnformeerde keuze maken. De regering heeft de verwachting dat een groot deel van deze groep verzekerden ook zal vinden dat hulp en zorg vanuit de Wmo 2015 en de Zvw voor hen het meest passend zal zijn. Zeker bij ouderen speelt dan mee dat zij altijd op een later tijdstip, wanneer de zorgbehoefte groter is geworden, alsnog een Wlz-indicatie kunnen aanvragen.

Het door de leden geopperde alternatief om ook de mensen met een laag zzp die niet in een instelling verblijven hun verblijfsindicatie te laten houden, acht de regering niet wenselijk. Gezien hun zorgbehoefte en de feitelijke woonsituatie kunnen zij immers beter worden geholpen vanuit de Zvw en het gemeentelijk domein.

De regering vindt een heroverweging van dit overgangsrecht dan ook niet nodig, omdat het een goede afweging weergeeft tussen de rechten van bestaande AWBZ-cliënten, nieuwe cliënten en de uitgangspunten van het nieuwe stelsel.

De desbetreffende zorgorganisaties moeten nu al kwalitatief goede zorg leveren op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen en het Besluit zorgplanbespreking. Het flankerend beleid is erop gericht om een kwaliteitsimpuls te geven aan de zorg. De leden van de PVV-fractie maken de regering attent op het laatste rapport van de IGZ over de kwaliteit van zorg- en verpleeghuizen en dat was niet echt positief te noemen. Is de regering het met deze leden eens, dat eerst de kwaliteit op orde moet zijn alvorens er een nieuw stelsel op losgelaten wordt? Genoemde leden zitten niet te wachten op het antwoord dat met de nieuwe wet de zorg beter wordt, want deze hele operatie gaat gepaard met enorme bezuinigingen.

De regering is het met de leden van de PVV-fractie eens dat de kwaliteit van zorg op orde moet zijn, in welk stelsel dan ook. Daarom heb ik in de Kwaliteitsbrief van 12 juni jl. gekozen voor een vijftal speerpunten die aangrijpen op de contextfactoren die van invloed zijn op kwaliteit. Wetgeving kan daar ondersteunend aan zijn. De Wlz doet dat ook, meer dan de huidige AWBZ, door de zorg cliëntgericht te maken. De cliënt kan straks kiezen uit wettelijk verankerde leveringsvormen (zoals het PGB), er is meer ruimte voor maatwerk doordat niet meer in zzp's wordt geïndiceerd, het zorgplan wordt wettelijk verankerd, cliënten krijgen recht op cliëntondersteuning, de sturingsmogelijkheden van de overheid op de zorginkoop en het CIZ worden vergroot en ten slotte wordt innovatie gestimuleerd via een experimenteerartikel.

De leden van de D66-fractie lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat de IGZ zal gaan toezien op de naleving van de wettelijk verankerde zorgplanbespreking. Dat betekent dat de IGZ erop toeziet dat instellingen het zorgplan zorgvuldig en in nauw overleg met de cliënt en

zijn verwanten opstellen en uitvoeren. Mogen zorgaanbieders, zo vragen deze leden, ervan uitgaan dat de IGZ haar toetsingscriteria gaat publiceren? En worden deze criteria ook afgestemd met andere domeinen als de Jeugdwet en de Zvw?

De toetsingscriteria staan in artikel 8.1.1 van dit wetsvoorstel. De IGZ zal in haar toezicht bezien of zorgaanbieders de zorgplanbespreking organiseren op de in de Wlz voorgeschreven wijze. Dat wil zeggen op een wijze waarop aan de wensen van de cliënt, om zijn leven volgens zijn behoeften en wensen in te richten, zoveel mogelijk tegemoet wordt gekomen.

Bij de invulling van het hulpverleningsplan (Jeugdwet) of behandelplan (Zvw) is ook van belang dat zoveel mogelijk tegemoet gekomen wordt aan de gerechtvaardigde wensen van de cliënt. Er zijn echter wel verschillen die met de aard van de problematiek en zorg te maken hebben. Zo spelen bij jeugdhulpverlening ook mogelijke problemen in het gezin een rol en bij geneeskundige behandeling gaat het om bespreking van mogelijke behandelopties met voor- en nadelen voor de cliënt, waarbij sprake is van informed consent, dat wil zeggen dat de cliënt expliciet dient in te stemmen met de door de zorgverlener voorgestelde behandeling.

De leden van de D66-fractie lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat per zorgkantoor op basis van het verleden geraamd en bekend gemaakt zal worden hoeveel beschikbaar is voor zorg in natura en voor het pgb. Worden er – met het loslaten van de afzonderlijke plafonds – in het geheel geen verhoudingen aangegeven tussen enerzijds zorg in natura en anderzijds het pgb? Is het denkbaar dat in het geval een zorgkantoor ruim zorg in natura inkoop, er weinig tot niets overblijft om pgb-zorg te realiseren?

Onder de WLZ komen PGB en zorg in natura onder één budgettair kader. Binnen dit kader worden twee de elkaders gecreëerd. Voor elk de elkader wordt per regio een bedrag vastgesteld. De contracteerruimte voor zorg in natura wordt verdeeld op basis van de productieafspraken van de NZa en de budgetplafonds voor PGB worden gebaseerd op gegevens van ZINL. De afzonderlijke plafonds worden hiermee niet losgelaten, wel geeft het meer flexibiliteit om te schuiven tussen de kaders.

De bedoeling hiervan is dat het kader de cliëntkeuze volgt. Wanneer het voorkomt dat een zorgkantoor meer zorg inkoop dan de beschikbare contracteerruimte voor zorg in natura is het alleen mogelijk om te schuiven tussen het pgb-plafond en de contracteerruimte voor zorg in natura als er nog middelen voor pgb onbenut zijn.

Voor het schuiven van deze middelen zijn er twee momenten. Het eerste moment is op advies van de NZa. Ik heb de NZa gevraagd om mij in mei 2015 te informeren over de ontwikkelingen in de contracteerruimte 2015 en de regionale ruimtes voor het pgb. 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 de betreffende zorgkantoren. De verzoeken hiertoe dienen de zorgkantoren in bij het aanleveren voor het indienen van de definitieve productieafspraken over het jaar. Voor het jaar 2015 is dit op 1 november 2015. 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 pgb en contracteerruimte zorg in natura is alleen mogelijk als het binnen het totale beschikbare kader past.

De leden van de D66-fractie vragen waarom de regering bij de zorgplanbespreking blijft vasthouden aan de gedetailleerde bepalingen in plaats van aan te sluiten bij de acht domeinen die de uitwerking zijn van kwaliteit van bestaan binnen de gehandicaptenzorg.

De regering is, in tegenstelling tot de leden van de D66-fractie, van mening dat de bepalingen uit artikel 8.1.1 geen gedetailleerde bepalingen zijn. Het gaat zonder uitzondering om zaken die essentieel zijn in het dagelijks leven van een cliënt en daarmee zijn kwaliteit van leven bepalen. Bij de uitwerking van de verplichte onderwerpen van de zorgplanbespreking uit artikel 8.1.1 is gebruik gemaakt van de acht domeinen die de uitwerking zijn van kwaliteit van bestaan binnen de gehandicaptenzorg.

Zorgorganisaties hebben door alle veranderingen in het zorgbeleid steeds meer moeite om hun vastgoed duurzaam gefinancierd te krijgen. Wat doet de regering om aan deze problemen tegemoet te komen, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

Ik heb op 4 juni jl. samen met de Minister voor Wonen en rijksdienst de Transitieagenda langer zelfstandig wonen aan de Kamer gestuurd. De hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning zorgt er samen met de veranderende wensen van mensen voor dat voor de cliënten met een relatief lichtere zorgvraag minder intramurale capaciteit nodig is. Voor de zwaardere doelgroepen wordt met de komende vergrijzing nog wel een groei van de benodigde capaciteit voorzien. In de genoemde brief is aangegeven dat het aanjaagteam langer zelfstandig wonen concrete casussen met knelpunten die zij op lokaal of regionaal niveau tegenkomt, zal terugkoppelen naar het rijk. Aedes en Actiz hebben daarbij aandacht gevraagd voor onder andere business case/financieringsvraagstukken. Het rijk zal vervolgens nagaan welke maatregelen mogelijk zijn om de aangedragen knelpunten op te lossen.

Ook na beantwoording van de regering blijven bij de leden van de GroenLinks-fractie zorgen bestaan dat door de wijze waarop het zorgplan in de Wet langdurige zorg is ondergebracht, het zorgplan meer een afvinklijst wordt dan een instrument dat de regie van de zorgvrager centraal stelt. Genoemde leden zijn het met de regering eens dat het zorgplan een goede basis kan zijn voor goede afspraken tussen cliënt en zorgverlener over hoe de zorg ingericht wordt. Is de regering het met deze leden eens dat onafhankelijke cliëntondersteuning en goede informatievoorziening aan mensen die zorg nodig hebben minstens zo belangrijk is als het zorgplan zelf?

Ik ben het met de leden van de Groen Links-fractie eens dat onafhankelijke cliëntondersteuning en goede informatievoorziening aan mensen die zorg nodig hebben minstens zo belangrijk is als het zorgplan zelf. En ik ben blij met de steun van de leden van de Groen Links-fractie voor het zorgplan als goede basis voor afspraken. Ik deel ook het standpunt dat daarmee niet een lijstje van onderwerpen moet worden geïntroduceerd dat kan worden afgevinkt. De zorgplanbespreking is bedoeld als instrument om de dialoog tussen cliënt en zorgverlener te kunnen voeren. Om dit goed te kunnen inzetten, zal er ten eerste ruimte voor de professional moeten zijn om de dialoog ook daadwerkelijk te kunnen voeren. Het bestuur en management van een zorginstelling is er verantwoordelijk voor om die ruimte te bieden. Maatgevend is dat cliënten aangeven een goed gesprek te hebben gevoerd over wat voor hen belangrijk is in het leven en dat hierover afspraken zijn gemaakt. Op deze manier kunnen de onderwerpen die in de Wlz zijn genoemd als onderdeel van de zorgplanbespreking zowel cliënten als zorgverleners een steun in de rug geven. De cliënten zodat zij weten welke punten zij aan de orde mogen stellen tijdens de

zorgplanbespreking. Uit raadpleging van cliënten en hun belangenbehartigers blijkt dat cliënten vaak niet weten wat zij in het kader van een zorgplanbespreking mogen vragen. En zorgverleners zodat zij richting hun leidinggevendenden kunnen signaleren indien zij stelselmatig niet tegemoet kunnen komen aan gerechtvaardigde wensen van cliënten.

De leden van de GroenLinks-fractie krijgen van de regering graag meer duidelijkheid of cliëntondersteuning in de huidige opzet van de Wlz ook echt onafhankelijk is. De Wlz-uitvoerder is volgens de regering verantwoordelijk voor het waarborgen van onafhankelijke cliëntondersteuning, maar heeft zelf ook belangen bij een doelmatige uitvoering van de Wlz. Is de regering bereid onafhankelijke cliëntondersteuning beter te borgen in voorliggend wetsvoorstel, net als de onafhankelijkheid bij het wetsvoorstel Wmo 2015 ook geborgd is?

Tot op het moment dat de eerste indicatie wordt gesteld voor de Wlz, is de gemeente verantwoordelijk voor de cliëntondersteuning. De gemeenten hebben geen invloed op de indicatiestelling door het CIZ. Dit indicatiebesluit, dat ook onafhankelijk van de Wlz-uitvoerder wordt vastgesteld, vormt de basis voor de zorgplanbespreking. De Wlz-uitvoerder is verantwoordelijk voor het organiseren van de cliëntondersteuning bij de zorgplanbespreking. Dit betekent dat de cliëntondersteuning hier onafhankelijk van de zorgaanbieder kan plaatsvinden. Als de cliënt van mening is dat de cliëntondersteuning niet onafhankelijk is, dan kan hij verzoeken om een andere ondersteuning. Cliëntondersteuning door het zorgkantoor maakt onderdeel uit van zijn zorgbemiddelingstaak. Het wetsvoorstel bevat de mogelijkheid om hier bij amvb regels over te stellen. Van die mogelijkheid zal gebruik worden gemaakt indien de zorgkantoren deze taak onvoldoende invullen. Daarmee zijn er naar mijn mening voldoende randvoorwaarden ingebouwd om er voor te zorgen dat de cliënt de ondersteuning krijgt die hij behoeft.

Het lid van de fractie van 50PLUS/Baay constateert dat in het wetsvoorstel en de nota naar aanleiding van het verslag de specialist ouderengeneeskunde (SOG) niet wordt genoemd. Een SOG is gespecialiseerd in de zorg voor kwetsbare ouderen, met name bij complexe problematiek en comorbiditeit binnen deze groep. Gezien het feit dat het aantal ouderen met een dergelijke problematiek toeneemt en, belangrijker, onderhavige wet gericht is op deze ouderen, is het van belang de positie van de SOG te borgen. Hoe ziet de regering de rol van de SOG? Zou naast de algemeen medische zorg deze meer specialistische zorg aan deze groep niet geborgd moeten worden? Kan de regering haar keuze toelichten? Zou dit de kwaliteit van zorg aan deze groep niet doen stijgen? Zou hier vanuit het oogpunt van preventie niet ook veel gezondheidswinst én financiële winst te halen vallen? Waarom is ervoor gekozen deze functie niet op te nemen in de wet?

In de Wlz worden geen beroepen maar de vormen van zorg beschreven. Daarom wordt ook de specialist ouderengeneeskunde (SOG) – die inderdaad een belangrijke functie vervult – niet in de wettelijke bepalingen genoemd. Behoudens zorg via het pgb worden deze vormen van zorg door instellingen geleverd. Ook daarom wordt de SOG niet genoemd. Voor de rol van de SOG is in dit kader vooral de functie behandeling van belang. In de nota naar aanleiding van het verslag merkt de regering op dat het bij Wlz-behandeling gaat om behandeling door bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapten of een gedragswetenschapper. Met andere woorden de SOG levert daar waar relevant onderdelen van de Wlz-zorg, maar doet dat in instellingsverband. De Wlz-uitvoerder sluit overeenkomsten met instellingen die de

Wlz-zorg kan leveren. Die zorg dient verantwoord te zijn. De IGZ ziet daar op toe. Langs die weg is de positie van de SOG geborgd.

Voor cliënten die thuis wonen en hun zorg vanuit de Zvw/Wmo 2015 krijgen, blijft de mogelijkheid tot consultatie door de huisarts van een specialist ouderen geneeskunde of de vraag om medebehandeling in 2015 bestaan via een subsidieregeling onder de Wlz. Op deze wijze wordt de kwaliteit van zorg in de thuissituatie aan ouderen of deze nu wel of geen Wlz-indicatie hebben geborgd en wordt continuïteit van de positie van de specialist ouderen geneeskunde bewerkstelligd.

Deze wet kent een flinke taakstelling. Zeer recent bleek uit onderzoek dat veel zorgmedewerkers signaleren dat de kwaliteit van zorg de laatste tijd achteruitgaat door met name personeelsgebrek, maar ook regeldruk. Het lid van de fractie van 50PLUS/Baay vraagt hoe deze twee zaken zich verhouden tot elkaar, met name met het oog op de toenemende verwachte zorgzwaarte maar ook ten gevolge van regeldruk. Hoe kan kwaliteitsverlies voorkomen worden? Hoe kan voorkomen worden dat de kwaliteit van zorg aan ouderen lijdt onder de maatregelen, met (naast het menselijke aspect) als mogelijk gevolg hogere zorgkosten, bijvoorbeeld door een gebroken heup na een valpartij? Hoe kan voorkomen worden dat zorgpersoneel opbrandt door een te hoge werkdruk, waardoor zij wellicht verloren gaan voor de zorg, terwijl zij juist nu en in de toekomst zeer hard nodig zijn?

Het kabinet heeft in het kader van de Wlz een taakstelling ingeboekt van 500 miljoen. Relatief gezien gaat het hier om een taakstelling van 3%.

De ervaren werkdruk van medewerkers in de langdurige zorg is een punt van aandacht, ook in relatie tot de administratieve lasten. Het is daarom zaak dat de administratieve lasten tot een minimum worden beperkt. Hierop wordt ingezet in de Wlz, en in de Memorie van Toelichting wordt hier uitgebreid op ingegaan. Hier is aangegeven dat de administratieve lasten in de Wlz worden beperkt door vereenvoudigingen in het zorginkoopproces, het uniformeren van het aanleveren van gegevens aan de NZa, hergebruik van gegevens, de mogelijkheid tot het aangaan van meerjarige contracten en vereenvoudigingen in de indicatiestelling. In mijn brief aan de Kamer van 27 juni jl. over de uitvoering van de langdurige zorg in 2015 ben ik reeds ingegaan op de lastenverlichting uit hoofde van de inkoopvoorwaarden 2015.

In de Kwaliteitsbrief verzorgings- en verpleeghuizen die op 12 juni jl. aan de Kamer is gestuurd, wordt beschreven welk flankerend beleid de regering voor ogen heeft om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Eén van de acties die op korte termijn wordt ondernomen, is het maken van een actieplan om beter gebruik te maken van inzichten uit lopende programma's om met minder regeldruk meer ruimte voor de eigenlijke zorgtaken van de zorgprofessional te scheppen. Dit zal bijdragen aan zowel de kwaliteit van zorg als het werkplezier van de zorgprofessionals. In dit actieplan zullen de ervaringen van InvoorZorg, de analyses van de werkgroep verspilling, de evaluatie van Erai en de aanpak reductie administratieve lasten bij toezicht en verantwoording met elkaar worden verbonden tot een integrale meerjarige aanpak vermindering van regeldruk.

Voor een goede zorgverlening is het voorts van groot belang dat er voldoende en goed opgeleid personeel aanwezig is, zodat voldoende kwaliteit kan worden geleverd en de ervaren hoge werkdruk kan worden beperkt. Ik wijs erop dat de bestuurder van een zorginstelling primair verantwoordelijk is voor een goede aansluiting van de kennis en kunde

van zorgprofessionals bij de zorgvraag van cliënten. Omdat de vraag continu verandert dient hierbij voor de zittende beroepsgroep blijvend geïnvesteerd te worden in scholing, zodat kennis en competenties op peil blijven. De groep zorgverleners op de initiële opleiding moet kunnen leren in de praktijk. Daarom is er een verantwoordelijkheid voor bestuurders om te zorgen voor goede en voldoende stageplekken. In mijn Kwaliteitsbrief ben ik ingegaan op maatregelen die ik neem om de kwaliteit in de langdurige zorg te bevorderen. In overleg met alle betrokken veldpartijen werk ik die uit.

Regelmatig worden er vragen gesteld over het voldoende toegerust zijn van verzorgenden, bijvoorbeeld wanneer zij de initiële opleiding verlaten. Een professional die goed toegerust is, ervaart immers minder werkdruk. Ik wil het komende jaar dan ook, samen met V&VN en andere betrokken partijen, een fundamentele discussie starten over de ontwikkeling van het vak van verzorgende.

Specifiek op het terrein van de arbeidsmarkt heb ik de Kamer mijn arbeidsmarktbrief gestuurd (29 282, nr.181). Hierin heb ik maatregelen aangekondigd om er voor te zorgen dat de zorg een aantrekkelijke sector blijft om in te werken. Aanvullend hierop stuur ik de Kamer nog voor het zomerreces een brief waarin ik nader inga op de arbeidsmarktgevolgen van de hervormingen in de langdurige zorg en jeugdzorg en de maatregelen die daartoe genomen worden.

4. Betrokkenheid

In de inbreng voor het verslag hebben de leden van de PvdA-fractie al enkele vragen gesteld over de positie van mantelzorgers binnen de Wlz. Hierbij gaf de regering aan het belangrijk te vinden dat de positie van de mantelzorger in de instelling wordt versterkt. Genoemde leden missen echter concrete stappen hiertoe in de beantwoording van de regering. Het is volgens de regering aan de instelling om de mantelzorger in de gelegenheid te stellen om aan te schuiven bij een zorgplanbespreking. Dit is volgens deze leden echter niet voldoende. Mantelzorgers leveren een grote bijdrage aan het welzijn van de cliënt, en de leden van de fractie van de PvdA achten het niet voldoende om het aan de instellingen te laten om hen wel of niet uit te nodigen voor de zorgplanbespreking. Hoe kan worden gestimuleerd dat zorginstellingen de mantelzorger actief betrekken bij het zorgplan, de evaluatie en de zorgplanbespreking? Welke concrete acties zullen de Wlz-uitvoerders ondernemen wanneer de instellingen de mantelzorgers onvoldoende betrekken bij deze besprekingen? In hoeverre is de aandacht voor mantelzorgers nu al aan de orde binnen instellingen? De regering vertrouwt erop dat instellingen en Wlz-uitvoerders het niet op nadere regelgeving willen laten aankomen. Welke eventuele regelgeving heeft de regering hierbij in gedachten wanneer toch blijkt dat de instellingen en de Wlz-uitvoerders hun taak niet naar behoren uitvoeren? Graag lezen deze leden een uitgebreide visie op dit punt.

Ook de regering vindt dat mantelzorgers een grote bijdrage leveren aan het welzijn van de cliënt. Het is juist de bedoeling dat in de zorgplanbespreking en de evaluatie daarvan aandacht wordt besteed aan de betrokkenheid van mantelzorgers. Bij amvb kunnen regels worden gesteld over de wijze waarop mantelzorgers en vrijwilligers daadwerkelijk bij de zorgverlening betrokken kunnen worden, voor het geval de zorgkantoren hierover onvoldoende afspraken maken met de zorgaanbieders. Voor het samenspel is daarnaast van belang dat formele zorgverleners ruimte krijgen om samen te werken met de mantelzorger en dat de zorg meer gericht wordt op zorgen dat in plaats van zorgen voor. Dit thema krijgt de

aandacht van partijen uit de zorg- en welzijnketen die in werkgroepverband aanbevelingen formuleren ter verbetering van het samenspel tussen formele en informele zorg als onderdeel van de Agenda voor Informele Zorg en Ondersteuning. Over de resultaten van dit traject wordt de Kamer bericht in de voortgangsbrief over informele zorg die voorzien is voor september 2014.

Uit een enquête van ActiZ bleek deze maand dat zorgorganisaties moeite hebben om noodzakelijke investeringen gefinancierd te krijgen. Twintig procent van de organisaties heeft plannen moeten uitstellen of afblazen. Op welke manier kan worden gestimuleerd dat zorginstellingen vrijkomende woonruimtes geschikt kunnen maken om deze te verhuren? Bestaan er barrières waardoor dit nu wordt bemoeilijkt? Welke oplossingen worden hier vanuit de regering voor geboden? Bestaan er andere oplossingen zoals mede-eigenaarschap? De leden van de fractie van de PvdA zien graag dat de mogelijkheden tot zeggenschap en zelfs mede-eigenaarschap worden versterkt. Hoe gebeurt dit op dit moment? De instellingen hebben moeite met de financieringseisen van de banken. Is het mogelijk dat cliënten, ouderen en familie zelf gedeeltelijk voor deze financiering zorgen door mede-eigenaar te worden van een zorginitiatief? Kunnen dergelijke mogelijkheden worden gestimuleerd? Zorgt het mede-eigenaarschap volgens de regering tegelijkertijd ook voor een grotere betrokkenheid van het zorginitiatief bij de buurt en andersom? Zou dit een bijdrage aan een wederzijdse betrokkenheid kunnen leveren? Wat zijn andere manieren waarop deze betrokkenheid kan worden gestimuleerd? Hoe wordt een zorginitiatief een deel van de wijk of het dorp, hoe kan interactie worden bevorderd? De leden van de PvdA-fractie hechten veel belang aan deze interactie en betrokkenheid en zien graag concrete plannen hiertoe van de regering.

Voor de vragen over investeringen en verhuur verwijs ik de Kamer graag naar de brief over de Transitieagenda Langer zelfstandig wonen die ik de Kamer op 4 juni 2014 samen met de Minister voor Wonen en Rijksdienst heb toegezonden. We geven daarin onder andere aan dat we laten nagaan op welke wijze innovatieve financieringsarrangementen ertoe kunnen bijdragen dat sociale ondernemers hun lokale initiatieven op een rendabele manier van de grond kunnen krijgen en deze kennis verspreiden.

Een grotere betrokkenheid van het zorginitiatief bij de buurt en andersom vind ik erg belangrijk, mede omdat er zo meer integratie kan ontstaan tussen de zorg en het «dagelijks leven» van mensen die geen of minder zorg nodig hebben. De regering denkt hierbij aan een inclusieve samenleving waarbij er verbindingen zijn tussen de organisaties die zorg aanbieden op grond van de Wlz, de Zvw en de Wmo 2015. Er ontstaan ook verbindingen tussen organisaties in het zorgdomein en organisaties op andere domeinen, zowel (semi-)publiek als privaat zoals scholen en horeca.

De verantwoordelijkheid van cliënten en hun sociale omgeving verschilt tussen de verschillende leveringsvormen van de Wlz. Indien een cliënt in zijn eigen woning voorziet, is hij zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van die woonomgeving. Ook dient de cliënt of zijn netwerk in dat geval zelf zorg te dragen voor de zaken die direct samenhangen met het thuis wonen, zoals het betalen van gas, water en licht en in het geval van pgb ook het eten en drinken. Deze komen niet ten laste van de Wlz. Wanneer de cliënt ervoor kiest om zijn zorgverleners zelf te contracteren (leveringsvorm pgb), is de cliënt bovendien zelf eindverantwoordelijk voor het inkopen van zorg van goede kwaliteit. Aandacht verdienen ook initiatieven van collectieven om zorg te dragen voor elkaars zorg en

ondersteuning. Een rechtsvorm waarin hiervoor collectief verantwoordelijkheid kan worden gedragen is de (zorg)coöperatie.

De leden van de SP-fractie vragen de regering op welke wijze nu precies de onafhankelijke cliëntondersteuning is geregeld voor mensen die zorg nodig hebben uit de Wlz. Kan de regering dat nader toelichten?

Op grond van de Wmo 2015 is de gemeente ervoor verantwoordelijk 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 die zich voor een indicatiebesluit bij het CIZ melden. De gemeenten moeten ervoor zorgen dat de cliëntondersteuning bij de indicatiestelling door het CIZ beschikbaar is en zo wordt vormgegeven, dat het belang van de betrokken cliënt in deze ondersteuning het uitgangspunt is en dat deze onafhankelijk is. Wanneer het CIZ een positief indicatiebesluit neemt, valt de persoon voortaan onder de reikwijdte van de Wlz en draagt het zorgkantoor verantwoordelijkheid voor de eventuele cliëntondersteuning bij bijvoorbeeld de zorgplanbespreking. De cliëntondersteuning is onderdeel van de bemiddelings- en zorgplicht van het zorgkantoor en daarmee heeft het zorgkantoor de verplichting om dit goed te organiseren voor de cliënt.

Vrijwilligers die professionele zorg bieden, dienen net als zorgverleners die betaalde zorg verlenen te voldoen aan de geldende kwaliteitseisen. Ze moeten onder andere voldoen aan de vereisten in de Wet BIG wat betreft het verrichten van voorbehouden handelingen. Vindt de regering dit wenselijk, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

De leden van de D66-fractie lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat vrijwilligers die professionele zorg bieden, net als zorgverleners die betaalde zorg verlenen, dienen te voldoen aan de geldende kwaliteitseisen. Ze moeten onder andere voldoen aan de vereisten in de Wet BIG wat betreft het verrichten van voorbehouden handelingen. Dit betekent dat vrijwilligers alleen zelfstandig voorbehouden handelingen mogen verrichten als ze tot een beroepsgroep behoren die hiertoe zelfstandig bevoegd is. Leidt deze rol van vrijwilligers niet, zo vragen deze leden, tot een grotere drempel om als vrijwilliger zorg te bieden?

In het zorgplan worden afspraken gemaakt over de zorg en wie deze op welke wijze verleent. De keuzes die daarbij voorliggen, worden in samenspraak tussen de cliënt en de betrokken formele en informele zorgverleners gemaakt. Optimale ruimte voor betrokkenheid van informele zorgverleners kan in belangrijke mate bijdragen aan het welbevinden van de cliënt. Voor het borgen van de veiligheid van de zorg acht ik het echter noodzakelijk dat ook vrijwilligers die professionele zorg bieden, net als zorgverleners die betaald zorg verlenen, daarbij dienen te voldoen aan de geldende kwaliteitseisen, zeker als het gaat om het verrichten van voorbehouden handelingen. Dit thema krijgt de aandacht van partijen uit de zorg- en welzijnketen die in werkgroepverband aanbevelingen ter verbetering van het samenspel tussen formele en informele zorg als onderdeel van de Agenda voor Informele Zorg en Ondersteuning formuleren. Over de resultaten van dit traject wordt de Kamer bericht in de voortgangsbrief over informele zorg van september a.s..

5. Wie is waarvoor verantwoordelijk?

Ten aanzien van de geleidelijke overgang van bevoorschotting naar declaraties geeft de regering aan dat in overleg met onder andere zorgaanbieders vraagstukken op het gebied van declaratieverkeer worden uitgewerkt. De leden van de VVD-fractie vragen of hierbij ook partijen

worden betrokken die een rol spelen bij de daadwerkelijke financiering van de zorginstellingen. Wordt hierbij ook nagedacht over aanpassingen die mogelijkheden bieden om andere investeerders in de langdurige zorg aan te trekken?

Het vraagstuk van de overgang van bevoorschotting naar declaraties houdt primair verband het bevorderen van een daadwerkelijk cliëntgerichte sector. Immers onderdeel van daadwerkelijke cliëntgerichtheid is ook dat zorgaanbieders de kosten kennen die samenhangen met de geboden zorg en ondersteuning aan de cliënt. Er is sprake van een geleidelijke overgang met het oog op de liquiditeitspositie van de zorgaanbieders; als het declaratieverkeer niet goed verloopt, bestaat de mogelijkheid dat geleverde zorg niet (tijdig) wordt betaald.

Het aantrekken van andere investeerders in de langdurige zorg is voor de wat langere termijn een optie waarbij VWS samen met betrokken partijen zal samenwerken.

De bevoorschotting blijft in 2015 en 2016 ongewijzigd, voor de periode daarna is er nog geen besluit genomen. Wanneer verwacht de regering hierover duidelijkheid te kunnen geven? Welke stappen is de regering voornemens de komende tijd ten aanzien van dit onderwerp te zetten zo vragen de leden van de VVD-fractie.

De regering verwacht hier in de loop van 2015 duidelijkheid over te kunnen geven. Hieraan gaat vooraf dat met zorgaanbieders en Wlz-uitvoerders wordt bezien hoe het declaratieverkeer in de Wlz op een zorgvuldige wijze gestalte kan krijgen.

De leden van de PvdA-fractie lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat het maximumtarief dat wordt gehanteerd wanneer geen overeenstemming wordt bereikt tussen de zorgaanbieders en het zorgkantoor, een ongewenste prikkel betekent voor een zorgaanbieder om niet akkoord te gaan met tarieven die lager liggen dan het maximumtarief. Genoemde leden vragen op welke manier in de Wlz zal worden onderhandeld door zorgaanbieders en zorgkantoren, wanneer deze maximumtarieven verdwijnen. Op welke manier zullen de tarieven dan worden bepaald? Hoe kan een «race to the bottom» worden voorkomen?

Uitgangspunt is dat zorgaanbieders en zorgkantoren overeenstemming bereiken over zowel de te leveren zorg als de vergoeding daarvoor. In de Wlz gelden net zoals in de AWBZ nog steeds maximumtarieven. Het staat het zorgkantoor en de aanbieder vrij om prijsafspraken te maken die lager liggen dan het maximum. In de huidige systematiek van de AWBZ kent de NZa het maximumtarief toe indien een zorgkantoor en een zorgaanbieder er niet in slagen om er samen uit te komen. Dit is een ongewenste prikkel voor een zorgaanbieder om niet akkoord te gaan met tarieven die lager liggen dan het maximum en om die reden zal ik deze in de Wlz wegnemen. De regering zal de NZa advies vragen hoe dit te veranderen met het oog op het scherp inkopen van zorg. De regering verwacht niet dat dit zal leiden tot een *race to the bottom* omdat zorgkantoren er niet in zullen slagen voldoende kwalitatief verantwoorde zorg te contracteren als zij bij de prijsafspraken te ver afwijken van de maximumtarieven. Hiermee zou het zorgkantoor niet voldoen aan zijn zorgplicht en daarop door de NZa worden aangesproken.

Binnen het totale budgettaire kader van de Wlz zullen twee dealkaders worden gecreëerd. Een contracteerruimte voor zorg in natura en een budgetplafond voor pgb. De leden van de PVV-fractie vragen wat de consequenties zijn voor cliënten, wanneer het budgetplafond bereikt is.

Een andere vorm van zorg is niet voorhanden, anders komt iemand niet in aanmerking voor een pgb, dus krijgt iemand dan gewoon geen zorg?

Wanneer het PGB plafond wordt bereikt, is er een mogelijkheid voor zorgkantoren om middelen te schuiven van de contracteerruimte voor zorg in natura naar het budgetplafond voor pgb's. Wanneer de gehele contracteerruimte voor zorg in natura wordt benut is deze mogelijkheid er niet meer. Ik zal de NZa vragen te signaleren als beide kaders volledig benut worden en het pgb-plafond wordt bereikt. De NZa adviseert mij hierover altijd in mei van het uitvoeringsjaar. Ik kan dan besluiten om het plafond al dan niet te verhogen. Afgezien van het feit dat het thans niet mogelijk is voor zorgkantoren om tussen de contracteerruimte en het pgb-budgetplafond te schuiven, wijkt deze procedure in essentie niet af van de wijze waarop thans wordt omgegaan met het uitputten van beide kaders.

De leden van de D66-fractie lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat het CIZ een andere wijze van indiceren zal gaan toepassen. Zal dit al voor het jaar 2015 voor nieuwe instromers in de Wlz plaatsvinden? De medewerkers van het CIZ zullen hierop moeten worden geschoold. Hoe ziet deze bijscholing eruit en is dit haalbaar voor de uitvoering van 2015?

In mijn brief aan de Kamer over de uitvoering van de langdurige zorg in 2015 van 27 juni jl. heb ik aangegeven dat het CIZ met ingang van dat jaar met een nieuw klantbedieningsconcept zal gaan werken. Alle aanvragen voor Wlz-zorg die vanaf die datum bij het CIZ binnenkomen zullen door het CIZ op die nieuwe manier worden afgehandeld. Het scholen van de medewerkers van het ZBO CIZ, voor een deel zullen dat medewerkers zijn van het huidige CIZ, zal grotendeels in het laatste kwartaal van dit jaar plaatsvinden. Het implementeren van de nieuwe werkwijze zal op basis hiervan met ingang van 2015 kunnen worden gerealiseerd.

6. Samenhang tussen de Wlz en andere domeinen

De regering geeft aan dat nieuwe initiatieven ten aanzien van het «Fokus» concept geen plaats krijgen binnen de voorstelde nieuwe subsidieregeling. Deze nieuwe initiatieven zouden binnen de Wlz vanuit een integraal pakket moeten worden gerealiseerd, waarbij eventueel gebruik kan worden gemaakt van een meerzorgregeling. De leden van de VVD-fractie vragen waarom de regering kiest voor een andere benadering van nieuwe initiatieven op dit vlak. In hoeverre zijn nieuwe initiatieven, gegeven deze insteek van de regering, in staat om eenzelfde zorgaanbod voor dezelfde voorwaarden te creëren vergeleken met de bestaande aanbieders?

Zoals ik in mijn antwoorden op het VSO Fokus/ADL-assistentie heb aangegeven (TK 2013–2014, 30 597, nr. 449) sluit ik bij de vormgeving van de subsidieregeling in de Wlz voor 24-uurs ADL-assistentie nauw aan bij de criteria zoals die nu zijn omschreven in de tijdelijke aanspraak op 24-uurs ADL-assistentie in de AWBZ. Op die manier wordt – conform de nadrukkelijke wens van de Tweede Kamer – rekening gehouden met de specifieke kenmerken van deze cliëntengroep en het specifieke Fokus-concept. Voorwaarde is dat de zorg geleverd wordt in een aangewezen ADL-clusterwoning. Daarmee is in de regeling strikt genomen een koppeling van de zorg aan de woning waar de zorg geleverd wordt en niet aan de aanbieder van zorg. Er zijn momenteel drie aanbieders die deze zorg leveren. Naast Fokus (verreweg de grootste) zijn dat de Osiragroep en de Stichting Wassenaarse Zorgverlening (SWZ). De Wlz biedt daarnaast mogelijkheden voor nieuwe initiatieven. Voor nieuwe

aanbieders geldt dat zij – voor zwaardere cliënten die voldoen aan de toelatingscriteria van de Wlz – zorg kunnen organiseren vanuit een integraal pakket aan Wlz-zorg eventueel aangevuld vanuit de meerzorgregeling. De regering kiest er op deze manier voor om het bestaande aanbod in stand te houden en tegelijk nieuwe initiatieven conform de uitvoeringsstructuur van de Wlz te accommoderen. De wettelijke verankering van pgb en vpt in de Wlz biedt veel mogelijkheden om voor deze specifieke doelgroep aanbod te ontwikkelen en te contracteren.

De regering geeft aan dat de kinderdagcentra (KDC's) onder de Wlz gaan vallen. In hoeverre is het voor de doelgroep van de KDC's mogelijk om onderwijs te volgen? In hoeverre verschilt de doelgroep van de KDC's van de medisch kinderdagverblijven?

De doelgroep van de Kinderdagcentra (KDC's) betreft kinderen (0–18 jaar) met zowel verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen. De regering vindt het wenselijk dat deze kinderen, als zij dit aankunnen, naast dagbesteding ook een vorm van onderwijs kunnen volgen. Daarom krijgen deze kinderen de mogelijkheid om zowel gebruik te maken van dagbesteding uit de Wlz, als gebruik te maken van passend onderwijs, zoals in het onderwijsdomein geregeld. In de praktijk vraagt dit om samenwerking en afstemming tussen de uitvoerders van de Wlz en die van het passend onderwijs. Deze afstemming kan onderdeel zijn van het zorgplan en de zorgplanbespreking, in die zin dat de zorgverleners kan worden gevraagd om niet alleen de zorg af te stemmen, maar daarbij ook de onderwijsaanbieders te betrekken.

Een voorbeeld van een cliënt die behoort tot de KDC-doelgroep is een kind met het syndroom van Down met forse ontwikkelingsachterstand die ook ernstige somatische of zintuiglijke beperkingen heeft. De doelgroep van de medische kinderdagverblijven is geheel anders. Vaak gaat het om kinderen (van 0 tot 7 jaar) met een normale intelligentie die zijn achtergeeraakt in hun emotionele of psychosociale ontwikkeling. In overleg met de ouders wordt dan specifieke hulp ingezet bij opvoeden en opgroeien. De Jeugdwet is bij uitstek geschikt om het kind en zijn gezin hierbij te begeleiden. Dit zo nodig aangevuld met zorg vanuit de Zvw. Deze kinderen kunnen (passend) onderwijs volgen zoals in het onderwijsdomein geregeld.

In dit verband wil ik, wellicht ten overvloede, ook de groep kinderen vermelden die intensieve zorg ontvangen. Dit betreft medisch specialistische verpleegkundige zorg aan ernstig zieke kinderen van 0–18 jaar na behandeling in het ziekenhuis (en dus onder verantwoordelijkheid blijven vallen van een medisch specialist). Deze zorg wordt geleverd door verpleegkundig kinderdagverblijven (leeftijd 0 tot 5 jaar), kinderhospices (0–18 jaar) en (kinder)thuiszorgorganisaties en wordt vergoed vanuit de Zvw. Deze kinderen kunnen ook (passend) onderwijs volgen.

De ketenzorg dementie lijkt door de opsplitsing gedeeltelijk naar de Zvw en gedeeltelijk naar de Wlz uiteen te vallen. Zo bestaan er zorgen over de continuïteit bij de overdracht vanuit de Zvw naar de Wlz, doordat de functie casemanagement niet is opgenomen in de Wlz. Wat is de reactie van de regering op deze zorgen?

De regering deelt deze zorgen niet. Indien een persoon met dementie een indicatie krijgt voor Wlz-zorg en van huis naar een instelling verhuist of kiest voor een vpt, is het een kenmerk van goede zorg dat er een verantwoorde overdracht is tussen de zorgverleners die op basis van de Zvw (thuis)zorg verleenden en de zorgverleners die deze zorg op basis van de Wlz overnemen. Daarbij hoort dat een casemanager die deze

persoon bijstond in de thuissituatie zorgt voor een goede overdracht aan de nieuwe zorgverleners.

De leden van de SP-fractie zijn blij dat de regering duidelijk gemaakt heeft dat de zorgverzekeraar geen rol heeft in de indicatiestelling; dat was in de memorie van toelichting onduidelijk omschreven, vonden deze leden. Echter, de regering geeft wel aan dat de zorgverzekeraars een rol hebben bij de beoordeling van het indicatiebesluit als het gaat om een persoonsgebonden budget of een volledig pakket thuis. Kan de regering toelichten welke rol de zorgverzekeraar dan precies hierin heeft? Genoemde leden vinden dit onduidelijk.

De zorgkantoren spelen geen rol bij het vaststellen van de indicatie en gaan uit van het door het CIZ vastgestelde zorgprofiel. Na het vaststellen van een indicatie door het CIZ heeft het zorgkantoor – gegeven het geïndiceerde zorgprofiel – wel een rol om goede zorg in te kopen. Bij het vpt en het pgb heeft het zorgkantoor een rol in het bepalen of aan de voorwaarden voor zorglevering van vpt of pgb is voldaan. Het zorgkantoor zal beoordelen of de zorg ook op een kwalitatief verantwoorde manier via pgb of vpt in de thuissituatie geleverd kan worden. Bij het vpt gebeurt dat allereerst bij de zorginkoop en vervolgens bij de zorgtoewijzing aan cliënten die aangeven het vpt als leveringsvorm te wensen. Bij het pgb gebeurt dat bij de goedkeuring van het budgetplan en de zorgcontracten die de budgethouder met zijn hulpverlener(s) sluit.

De leden van de SP-fractie lezen in de beantwoording van de regering van hun vragen dat mensen die een laag zorgzwaartepakket hebben, een jaar de tijd krijgen om te kiezen voor zorg in een instelling. Deze leden willen weten of mensen met een zorgzwaartepakket 1,2 of 3 daarmee de keuze krijgen om naar een verzorgingshuis te gaan. Kan de regering dat nader toelichten? Genoemde leden krijgen signalen binnen dat zorgkantoren zorgaanbieders sneller aansturen op de afbouw van de intramurale capaciteit, soms sneller dan de regering beoogt. Ontvangt de regering deze signalen ook en wat is de reactie van de regering hierop? Vindt de regering het wenselijk dat zorgverzekeraars vooruitlopen in het beleid en strengere regels treffen dan de regering oplegt? De leden van de SP-fractie vragen of de regering de Kamer een overzicht kan doen toekomen, waarin aangegeven wordt welk beleid alle zorgkantoren voeren als het gaat om de inkoop van capaciteit in de intramurale zorg. Indien de regering geen overzicht wil sturen, verlangen deze leden een toelichting waarom de regering dit verzuimt.

In antwoord op de vraag van de leden van de SP-fractie kan de regering bevestigen dat mensen met een indicatie voor zorgzwaartepakket 1, 2 of 3 die nog thuis wonen een jaar de tijd krijgen om te kiezen voor zorg in een instelling. Zij krijgen daarmee de keuze om naar een verzorgingshuis te gaan.

De leden van de SP krijgen signalen binnen dat zorgkantoren zorgaanbieders sneller aansturen op de afbouw van de intramurale capaciteit, soms sneller dan de regering beoogt en vragen om een reactie hierop. In reactie hierop kan ik aangeven dat zorgkantoren voorafgaand aan het jaar bij het maken van productieafspraken rekening houden met een geleidelijke afname van de intramurale populatie met een licht ZZP. Dat is in lijn met de trend dat mensen langer thuis blijven wonen. Indien gedurende het jaar blijkt dat de verwachte uitstroom uit de instellingen anders verloopt dan van tevoren gedacht, dan kunnen de productieafspraken worden bijgesteld. Ik heb eerder aangegeven dat ik regelmatig overleg heb met zorgkantoren en daarbij benadruk dat zorgkantoren de rechten van bestaande cliënten moeten respecteren. De zorgkantoren hebben daar

bij aangegeven dat zij dat ook doen. Alle concessiehouders maken hun inkoopbeleid openbaar via internet.

Elk jaar in mei brengt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een onderzoek uit naar de uitgavenontwikkeling. Mocht daaruit blijken dat de beschikbare middelen niet toereikend zijn, dan zal een nieuwe afweging worden gemaakt of het nodig is extra middelen ter beschikking te stellen. Wordt het recht op zorg gegarandeerd, zo willen de leden van de PVV-fractie graag bevestigd zien.

Iedere cliënt die een indicatie heeft voor Wlz-zorg heeft aanspraak op zorg. Het zorgkantoor heeft de plicht de zorg in te kopen zodat cliënten hun aanspraak kunnen verzilveren. De contracteerruimte wordt op macro-niveau zodanig vastgesteld dat hiermee voldoende zorg kan worden ingekocht. Ieder jaar in mei rapporteert de NZa of zorgkantoren de geïndiceerde zorg redelijkerwijs kunnen inkopen binnen de vastgestelde contracteerruimte.

Het CIZ is toegerust om op basis van kennis van wet- en regelgeving en kennis van de verschillende doelgroepen binnen de Wlz te komen tot onafhankelijke indicatiestelling. Daarmee heeft het CIZ vanaf zijn start in 2005 kennis en ervaring opgedaan. De regering wil daarvan graag gebruik maken voor het bepalen van het recht op zorg op grond van de Wlz, mede met het oog op het zoveel mogelijk voorkómen van afwenteling vanuit andere domeinen. Kan de regering bovenstaande toelichten en onderbouwen waarom de huisarts en wijkverpleegkundige hier niet toe in staat zouden zijn? Het CIZ heeft nou niet echt bewezen zorgvuldig met indicatiebesluiten om te gaan.

In het brede kader van de hervorming van de langdurige zorg is er behoefte, ook bij cliëntenorganisaties, aan onafhankelijke, objectieve, uniforme en deskundige indicatiestelling. In deze combinatie ligt besloten dat, los van de kennis en kunde van ziektebeelden en behandelmethoden die bij verschillende professionals en beroepsbeoefenaren aanwezig is (en los van het feit dat die kennis en ervaring benut moet worden in de oordeelsvorming) . Het werkkterrein van de langdurige zorg brengt eigen ervaringsdeskundigen voort. Indiceren voor de langdurige zorg, het vaststellen of er recht bestaat op Wlz-zorg, heeft belang bij de informatie van die beroepsbeoefenaren, maar vereist vooral onafhankelijke en objectieve beoordeling van de zorgbehoefte, mede op basis van die verkregen informatie.

De stelling van deze leden dat de medewerkers van het CIZ in de afgelopen jaren niet bewezen hebben over de noodzakelijke kennis te beschikken, onderschrijf ik niet. Het percentage bezwaar (5.661)- en nieuwe beroep (644)-zaken naar rato van het aantal aangevraagde besluiten (952.000), het aantal daarop afgegeven besluiten voor zorg (857.000) over 2012 laat voor die stelling geen ruimte. Slechts 11 procent van de behandelde beroepen in 2012 werd door de rechtbank gegrond verklaard.

De leden van de PVV-fractie hebben om een toelichting gevraagd bij de mogelijke afwenteling vanuit de Wmo en de Zvw op de Wlz, maar hierop geen antwoord gekregen. Als het allemaal beter wordt, zo stellen deze leden, dan moet er toch ook geen prikkel zijn om af te wentelen? Vanwaar dit wantrouwen? Graag ontvangen zij nu wel een antwoord. De gemeente en verzekeraar beslissen uiteindelijk zelf of zij het nog doelmatig en verantwoord vinden om de benodigde zorg en ondersteuning vanuit de Wmo 2015, de Jeugdwet en/of de Zvw voort te zetten. De leden van de PVV-fractie hebben gevraagd wie bij de gemeente en

zorgverzekeraar dit gaan beslissen. Waarom zouden deze partijen zich inspannen als zij de kosten op de Wlz kunnen afwentelen? Het antwoord dat er strikte eisen aan een Wlz-indicatie worden gesteld, vinden deze leden niet voldoende. De toestand van een zorgbehoevende kan bijzonder snel achteruitgaan als er niet goed voor hem/haar gezorgd wordt. Gemakzucht van gemeente en zorgverzekeraars kan dus sneller een Wlz-opname tot gevolg hebben. Graag ontvangen deze leden een toelichting.

Een belangrijk uitgangspunt bij de hervorming van de langdurige zorg is het realiseren van de omslag van een generiek aanbod van langdurige zorg naar het verlenen van maatwerk bij zorg en ondersteuning. Het verlenen van maatwerk dat aansluit op de persoonlijke omstandigheden en behoeften van mensen is om die reden ook in het wetsvoorstel Wmo 2015 een belangrijk uitgangspunt. Het kan voorkomen dat mensen de keuze maken thuis te blijven wonen, ook al voldoen zij aan de zorginhoudelijke toegangscriteria voor de Wlz. In deze gevallen zal naar alle waarschijnlijkheid de partner, de familieleden, de mantelzorger en/of de overige leden van het sociaal netwerk een belangrijke rol vervullen in het verlenen van zorg die tegemoetkomt aan de blijvende behoefte aan permanent toezicht of voortdurende zorg in de nabijheid. In die gevallen kan de gemeente in overleg met de betrokkenen de maatschappelijke ondersteuning blijven verlenen. Het ligt in de rede dat ook de huisarts en de wijkverpleegkundige betrokken worden in de te maken afweging. Of het in deze voorkomende gevallen wenselijk is dat deze cliënt zich alsnog wendt tot het CIZ voor een beoordeling om toegang te krijgen tot de Wlz is op voorhand niet te zeggen. Deze afweging is afhankelijk van de persoonlijke situatie van de cliënt en de mogelijkheden die de partner heeft of bij zijn of haar familie of overige leden het sociaal netwerk voorhanden zijn om de zware zorgtaak voor deze cliënt op zich te nemen. De regering verwacht dat een gemeente op basis van de brede beleidsdoelstelling van het wetsvoorstel Wmo 2015 deze afweging niet alleen maakt op basis van budgettaire overwegingen, maar ook oog zal hebben voor de persoonlijke wens van mensen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen en de zorg te laten verlenen door de partner, familie of overige leden van het sociaal netwerk.

In de situatie waarin de gemeente de omstandigheden waaronder een cliënt thuis woont niet langer verantwoord acht, heeft de gemeente de verantwoordelijkheid deze cliënt te ondersteunen bij het toelatingsproces tot de Wlz. Voor deze cliënt is op grond van het wetsvoorstel Wmo 2015 kosteloos cliëntondersteuning beschikbaar.

Voor de aanspraak op grond van de Zvw geldt dat mensen een verzekerd recht hebben op verpleging en verzorging. De indicatiestelling wordt verricht door de wijkverpleegkundige. Zij stelt samen met de cliënt een zorgplan op. Wanneer de wijkverpleegkundige het vermoeden heeft, al dan niet na consultatie van de huisarts, dat het niet langer verantwoord is om zelfstandig thuis te wonen, zal de wijkverpleegkundige dit bespreken met de cliënt, en indien van toepassing de partner, de mantelzorger en/of de andere belangrijke sleutelpersonen uit het sociaal netwerk van deze cliënt. Mocht de cliënt besluiten tot het laten doen van een indicatiestelling door het CIZ voor de toelating tot de Wlz, is voor deze cliënt kosteloze cliëntondersteuning beschikbaar op grond van het wetsvoorstel Wmo 2015. De wijkverpleegkundige kan desgewenst het noodzakelijke contact hierover met de gemeente op zich nemen. Voor de zorgverzekeraar bestaat geen grond om de zorgverlening te beëindigen, zonder dat iemand het recht op zorg op grond van dit wetsvoorstel bij indicatiebesluit is vastgesteld door het CIZ en de Wlz-uitvoerder in een redelijke termijn heeft kunnen voorzien in de zorg waarop deze cliënt is aangewezen.

Als een cliënt met een zware zorgbehoefte mogelijk recht heeft op Wlz-zorg, maar geen Wlz-indicatie wil aanvragen, kan het nodig zijn dat er een gesprek plaatsvindt met gemeente, mantelzorgers, het CIZ en de zorgverzekeraar om te bespreken wat in de thuissituatie mogelijk en verantwoord is. Doel van het gesprek is om te onderzoeken of alle betrokkenen samen mogelijk kunnen maken wat de cliënt graag wil. De gemeente en de verzekeraar beslissen uiteindelijk zelf of zij het nog doelmatig vinden om de benodigde zorg en ondersteuning vanuit de Wmo 2015, de Jeugdwet en/of de Zvw voort te zetten. De leden van de PVV-fractie vragen of de regering werkelijk zo naïef is, dat zij denkt dat verzekeraars hieraan actief gaan meewerken.

Mensen hebben op grond van de aanspraak een verzekerd recht op verpleging en verzorging. De indicatiestelling wordt verricht door de wijkverpleegkundige. Zij stelt samen met de cliënt een zorgplan op. Wanneer de wijkverpleegkundige het vermoeden heeft, al dan niet na consultatie van de huisarts, dat het niet langer verantwoord is om zelfstandig thuis te wonen, zal de wijkverpleegkundige dit bespreken met de cliënt, en indien van toepassing de partner, de mantelzorger en/of de andere belangrijke sleutelpersonen uit het sociaal netwerk van deze cliënt. Mocht de cliënt besluiten tot het laten doen van een indicatiestelling door het CIZ voor de toelating tot de Wlz, is voor deze cliënt kosteloze cliëntondersteuning beschikbaar op grond van het wetsvoorstel Wmo 2015. De wijkverpleegkundige kan desgewenst het noodzakelijke contact hierover met de gemeente op zich nemen. De zorgverzekeraar kan de zorgverlening niet beëindigen voordat het recht op Wlz-zorg bij indicatiebesluit is vastgesteld door het CIZ en de Wlz-uitvoerder in een redelijke termijn heeft kunnen voorzien in de zorg waarop deze cliënt is aange-wezen. Voor het verkrijgen van een goed beeld van de mate waarin cliënten met een zware zorgbehoefte de keuze maken geen Wlz-indicatie aan te vragen, worden de uitkomsten van de gesprekken tussen deze cliënten en de gemeente, de mantelzorgers, het CIZ en de zorgverzekeraar gemonitord. Zo kan worden gevolgd in welke mate dit soort situaties zich voordoen, wat dat zegt over de gekozen criteria voor de toelichting tot de Wlz en wat de financiële gevolgen van de gesprekken zijn.

De leden van de D66-fractie tonen zich enigszins verbaasd dat het casemanagement dementie in de Wlz niet langer is geborgd. Dit terwijl de casemanager een belangrijke ondersteuning kan bieden aan aanbieders. Naar aanleiding hiervan hebben zij enkele vragen. Hoe wordt een warme overdracht geborgd als mensen overgaan van hulp gefinancierd uit de Zvw naar de Wlz, bijvoorbeeld mensen met dementie? Kunnen zij wel de casemanager dementie inzetten voor deze overdracht? En op welke manier is deze continuïteit geborgd als de casemanager niet meer ingezet mag worden in de Wlz?

De regering deelt deze zorgen niet. Indien een persoon met dementie een indicatie krijgt voor Wlz-zorg en van huis naar een instelling verhuist of kiest voor een vpt, is het een kenmerk van goede zorg dat er een verantwoorde overdracht is tussen de zorgverleners die op basis van de Zvw (thuis)zorg verleenden en de zorgverleners die deze zorg op basis van de Wlz overnemen. Daarbij hoort dat een casemanager die deze persoon bijstond in de thuissituatie zorgt voor een goede overdracht aan de nieuwe zorgverleners.

Uit de beantwoording van vragen van de ChristenUnie-fractie blijkt dat losse casemanagement dementie in de Wlz verdwijnt, omdat zorg die onder de Wlz valt wordt geleverd als een compleet pakket. Vanuit Alzheimer Nederland bestaan daar grote zorgen over, die door deze leden worden gedeeld.

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen of de regering het met de stelling van Alzheimer Nederland eens is dat niet iedere zorgaanbieder dezelfde capaciteiten en ervaringen heeft als de hbo-plus opgeleide casemanager dementie. Zo ja, waarom kunnen mensen met dementie dan geen casemanager inzetten op het moment dat zij thuis wonen met behulp van het vpt of het pgb? Hoe hangt dit samen met de continuïteit van zorg?

De regering deelt de stelling van Alzheimer Nederland niet. Een zorgaanbieder in de Wlz die intramurale zorg biedt, zal een zorgaanbieder zijn die niet als solist werkt, maar een aanbieder die personeel in dienst heeft om deze intramurale zorg te bieden. Bij de samenstelling van zijn personeelsbestand kan de zorgaanbieder personeel aannemen dat diverse competenties heeft om aan de verschillende zorgbehoeften van zijn cliënten te voldoen. In dit personeelsbestand kan HBO-plus opgeleid personeel opgenomen zijn als dat noodzakelijk is voor de personeelsopbouw waarmee in de zorgbehoefte van zijn cliënten kan worden voorzien. Dit geldt zowel voor cliënten die de zorg in een instelling ontvangen als thuis met een vpt. Een cliënt met een pgb kan zelf besluiten welke zorgverleners hij inzet om in de benodigde zorg te voorzien. De continuïteit van zorg hoeft hiermee dus niet in gevaar te komen.

De leden van de ChristenUnie-fractie willen weten hoe de overdracht is geborgd als mensen overgaan van hulp gefinancierd uit de Zvw naar de Wlz, in het bijzonder voor mensen met dementie. Kunnen zij de casemanager dementie inzetten voor deze overdracht?

Indien een patiënt met dementie een indicatie krijgt voor Wlz-zorg en van huis naar een instelling verhuist of kiest voor een vpt, is het een kenmerk van goede zorg dat er een verantwoorde overdracht is tussen de zorgverleners die op basis van de Zvw thuiszorg verleenden en de zorgverleners die deze zorg op basis van de Wlz overnemen. Daarbij hoort dat een casemanager die deze persoon bijstond in de thuissituatie, zorgt voor een goede overdracht aan de nieuwe zorgverleners.

Deze leden lezen in de nota naar aanleiding van verslag dat in het geval van dementie een nieuw indicatiebesluit aan de orde kan komen. Waarom kan in de zorgprofielen geen rekening worden gehouden met het ziekteverloop, zodat hier geen extra indicaties voor gedaan hoeven te worden?

In de nieuw te ontwikkelen zorgprofielen – door het Zorginstituut Nederland in samenwerking met VWS en het CIZ nader uit te werken – zal zoveel mogelijk rekening worden gehouden met de kennis en ervaring die in de afgelopen jaren is opgedaan over dementie. Er zijn echter veel vormen van dementie en de ziekte kent niet bij alle patiënten hetzelfde verloop. Daarom kan het in voorkomende gevallen nodig zijn dat een nieuw indicatiebesluit wordt afgegeven.

De leden van de fractie van de ChristenUnie willen weten op welke manier de samenwerking tussen de verschillende disciplines rond dementie wordt geborgd in de Wlz.

De zorg voor mensen met dementie is beschreven in de zorgstandaard dementie. Samenwerking tussen de verschillende disciplines is daarvan een onderdeel. Deze zorgstandaard biedt tezamen met richtlijnen en protocollen een professionele standaard voor kwalitatief goede zorg. Het leveren van kwalitatief goede zorg in de Wlz omvat derhalve ook de samenwerking tussen verschillende disciplines.

De regering verwacht dat het aantal aanvragers van een Wlz-indicatie zal dalen vanwege de behoefte van burgers om thuis te wonen en op basis van de Wmo en de Zvw hulp te ontvangen. Zolang er een verantwoorde situatie van extramurale zorg is op basis van de Wmo en de Zvw zal men geen Wlz-indicatie aanvragen, zo spreekt de regering uit. De leden van de SGP-fractie vragen hoe reëel die verwachting is, gezien het feit dat veel burgers die weliswaar met behulp van de Wmo en de Zvw thuis zouden kunnen wonen ook voldoen aan de criteria van de Wlz. Is het niet logischer te veronderstellen dat gemeenten – gelet op hun budgettaire uitdagingen – zullen proberen deze groep naar de Wlz te verplaatsen, ondanks het feit dat betrokkenen ook tevreden kunnen zijn met het aanbod op grond van de Wmo en de Zvw?

Een belangrijk uitgangspunt bij de hervorming van de langdurige zorg, is het realiseren van de omslag van een generiek aanbod van langdurige zorg naar het verlenen van maatwerk bij zorg en ondersteuning. Het verlenen van maatwerk dat aansluit op de persoonlijke omstandigheden en behoeften van mensen is om die reden ook in het wetsvoorstel Wmo 2015 een belangrijk uitgangspunt. Het kan voorkomen dat mensen de keuze maken thuis te blijven wonen, ook al voldoen zij aan de zorginhoudelijke toegangscriteria voor de Wlz. In deze gevallen zal naar alle waarschijnlijkheid de partner, de familieleden, de mantelzorger en/of de overige leden van het sociaal netwerk een belangrijke rol vervullen in het verlenen van zorg die tegemoetkomt aan de blijvende behoefte aan permanent toezicht of voortdurende zorg in de nabijheid. In die gevallen kan de gemeente in overleg met de betrokkenen de maatschappelijke ondersteuning blijven verlenen. Het ligt in de rede dat ook de huisarts en de wijkverpleegkundige betrokken worden in de te maken afweging. Of het in deze voorkomende gevallen wenselijk is dat deze cliënt zich alsnog wendt tot het CIZ voor een beoordeling om toegang te krijgen tot de Wlz is op voorhand niet te zeggen. Deze afweging is afhankelijk van de persoonlijke situatie van de cliënt en de mogelijkheden die de partner heeft of bij zijn of haar familie of overige leden het sociaal netwerk voorhanden zijn om de zware zorgtaak voor deze cliënt op zich te nemen. De regering verwacht dat een gemeente op basis van de brede beleidsdoelstelling van het wetsvoorstel Wmo 2015 deze afweging niet alleen maakt op basis van strikt budgettaire overwegingen, maar ook oog zal hebben voor de persoonlijke wens van mensen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen en de zorg te laten verlenen door de partner, familie of overige leden van het sociaal netwerk.

Voor het verkrijgen van een goed beeld van de mate waarin cliënten met een zware zorgbehoefte de keuze maken geen Wlz-indicatie aan te vragen, worden de uitkomsten van de gesprekken tussen deze cliënten en de gemeente, de mantelzorgers, het CIZ en de zorgverzekeraar gemonitord. Zo kan worden gevolgd in welke mate dit soort situaties zich voordoen, wat dat zegt over de gekozen criteria voor de toelichting tot de Wlz en wat de financiële gevolgen van de gesprekken zijn. Om gemeenten te stimuleren waar mogelijk en verantwoord zo lang mogelijk in het gemeentelijk domein te ondersteunen en daarmee onnodige doorstroom van de Wmo 2015 naar de Wlz te verminderen, wordt naast de beschreven gespreksmogelijkheid gezien of positieve prikkels kunnen worden ingebouwd. In dit kader is de uitvoering van de motie Van der Staaij en Van Dijk over de substitutie van zorg en ondersteuning¹² door de regering relevant. De motie roept de regering op te onderzoeken hoe zorgverzekeraars en gemeenten hun budgetten onderling kunnen verschuiven, zodat

¹² Kamerstuk, 33 841, nr. 138.

substitutie van zorg en ondersteuning mogelijk wordt. Deze verschuivingen kunnen een preventief effect hebben op het gebruik van zwaardere zorg.

De leden van de SGP-fractie vragen naar de samenloop tussen passend onderwijs en de Wlz. Wordt gedurende schoolvakanties wel vergoeding voor dagbesteding op basis van de Wlz verstrekt, zo vragen genoemde leden.

De regering hecht er aan dat kinderen die vanwege hun zware handicap hun zorg vanuit de Wlz krijgen als zij dit aankunnen naast de dagbesteding vanuit de Wlz ook onderwijs kunnen volgen. Daarom is in de Wlz geregeld dat kinderen altijd een indicatie krijgen voor dagbesteding, ook al kunnen ze op de een of andere wijze gebruik maken van passend onderwijs zoals in het onderwijsdomein geregeld. Hiermee is het mogelijk dat kinderen op de momenten dat zij geen onderwijs volgen, hun dagbesteding vanuit de Wlz kunnen ontvangen. Dit geldt ook gedurende de schoolvakanties. In de praktijk vraagt dit om samenwerking en afstemming tussen de uitvoerders van de Wlz en die van het passend onderwijs. Deze afstemming kan onderdeel zijn van het zorgplan en de zorgplanbespreking, in die zin dat de zorgverleners kan worden gevraagd om niet alleen de zorg af te stemmen, maar daarbij ook de onderwijsaanbieders te betrekken.

De leden van de SGP-fractie hebben in de transitieagenda langer zelfstandig wonen ondanks de aankondiging een reactie gemist op het onderzoek van het Netwerk notarissen dat gemeenten onvoldoende voorbereid zijn op de behoefte aan mantelzorg. Deze leden wijzen bijvoorbeeld op de extra lasten die bij het creëren van een mantelzorgwoning kunnen ontstaan door eisen aan woningsplitsing. Welke inspanningen pleegt de regering om deze knelpunten op korte termijn te verhelpen, zo vragen zij.

De regering gaat thans na in hoeverre de door het Netwerk notarissen gesignaleerde knelpunten- wat betreft het splitsen van woningen en het voeren van aparte huisnummers voor mantelzorgwoningen – zich in de uitvoeringspraktijk voordoen en zo ja, welke oplossingen hiervoor mogelijk zijn. Verder zal het Rijk met de VNG voorzien in tijdige voorlichting aan gemeenten wat betreft de toekomstige versoepeling van de regels omtrent het vergunningvrij bouwen van mantelzorgwoningen op het achtererf betekent voor de uitvoeringspraktijk.

Het lid van de fractie van 50PLUS/Baay leest in de nota naar aanleiding van het verslag «Een beperkte beschikbaarheid van specialistische ondersteuning in een bepaald gebied ontslaat gemeenten niet van de taak om een passend ondersteuningsaanbod te doen. Vervoer van en naar de voorziening kan ook deel uitmaken van het aanbod.» Dat gemeenten daarvoor verantwoordelijk worden gemaakt moge duidelijk zijn. Genoemd lid vraagt echter hoe de afstemming gerealiseerd wordt. Het aantal intramurale zorginstellingen zal immers afnemen, waarmee bovendien op lokaal niveau voorzieningen als dagbesteding verdwijnen. Er zijn dan op korte afstand geen Wlz-aanbieders meer beschikbaar. In steden is hier veel makkelijker op in te spelen dan in dunbevolkte gebieden. Hoe is een soepele overgang tussen de Wmo en de Wlz dan realiseerbaar?

Zolang iemand niet voldoet aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz zijn zorgverzekeraars en gemeenten verantwoordelijk voor de zorg en ondersteuning in de eigen omgeving op grond van de Zvw en de Wmo 2015. Gemeenten zijn gehouden hiertoe voldoende en passende maatschappelijke ondersteuning te contracteren, zoals individuele

begeleiding voor cliënten om regie te krijgen op het eigen leven of vormen van dagbesteding om cliënten een dagritme eigen te maken of eenzaamheid te voorkomen. Deze ondersteuning hoeft niet te worden ingekocht bij Wlz aanbieders, maar bij aanbieders van maatschappelijke ondersteuning die actief zijn in de eigen gemeente of regio. Afstemming met de Wlz is pas aan de orde als de situatie van de cliënt zodanig is verslechterd dat hij in voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz. Op dat moment mag de gemeente de ondersteuning niet zondermeer beëindigen, maar is de gemeente gehouden de cliënt te ondersteunen bij het verwerven van een Wlz indicatie. Om een warme overdracht naar de Wlz te realiseren kan de gemeente afspraken maken met het CIZ en cliënten ondersteunen met kostenloze cliëntondersteuning.

In de nota naar aanleiding van het verslag wordt voorts op pagina 169 aangegeven dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor een «warme overdracht» naar de Wlz. De inzet van onafhankelijke cliëntondersteuning zou hieraan moeten bijdragen. De Wlz-uitvoerder wordt verantwoordelijk voor cliëntondersteuning. Het lid van de fractie van 50PLUS/Baay vraagt waarom er niet gekozen is voor onafhankelijke cliëntondersteuning over de wetten heen. Is dat niet de beste manier om breed te kunnen kijken welke behoefte aan zorg en/of ondersteuning iemand nodig heeft en daar adequaat bij te kunnen ondersteunen? Graag ontvangt dit lid hierop een reactie.

Het feit dat er verschillende partijen verantwoordelijk zijn voor de cliëntondersteuning wil niet zonder meer zeggen dat iemand schotten zal ervaren of dat er niet breed gekeken zal worden naar de ondersteuningsbehoefte van een cliënt. Het gaat er om dat de cliëntondersteuning vanuit de verschillende wetten op elkaar aansluit en past bij de behoefte van de cliënt. Dat is ook de reden waarom een gemeente verantwoordelijk blijft voor de cliëntondersteuning tot en met het moment dat er een indicatie is vastgesteld voor de Wlz. Door op deze manier te zorgen voor een warme overdracht zal integraal worden gekeken naar de behoeften van een cliënt tot het moment dat zijn zorgvraag dusdanig is dat hij niet meer zelfredzaam kan zijn. Op dat moment veranderen ook de uitgangspunten voor de zorgverlening.

7. Financiële houdbaarheid

De regering gaat er vanuit dat de raming van de Wlz-uitgaven en de instrumenten voor financiële beheersing in de komende jaren adequaat zijn, wat de kans op tegenvallers beperkt. De leden van de VVD-fractie vragen of de regering exact kan aangeven waarop deze verwachting is gebaseerd.

Net zoals de ramingen voor de AWBZ, baseert het kabinet haar ramingen voor de Wlz-uitgaven op actuele uitvoeringsgegevens, de afgesproken beleidsmatige mutaties en de beschikbare groeimiddelen voor de komende jaren. De contracteerruimte blijft als financieel beheersinstrument voor zorg in natura gehandhaafd en wordt verder versterkt. Anders dan in de AWBZ, stelt de Minister voor de Wlz jaarlijks het totaal van het macrobudgettaire kader vast. Anders dan in de huidige AWBZ is dit een totaalkader voor zorg in natura en pgb.

Lopende het zorgjaar zijn er verschillende instrumenten om de uitgaven binnen dit makro-kader te beheersen. Ten eerste onderzoekt de NZa medio het zorgjaar of de gehanteerde verdeling van het beschikbare macro-budget over de regio's nog steeds voldoet met het oog op de ontwikkeling van de indicatiestelling. Ten tweede bestaat de zogeheten knelpuntenprocedure, waarbij het zorgkantoor moet aantonen dat het onvoldoende zorg

kan contracteren om problematische wachtlijsten te voorkomen. De NZa toetst objectief of er aanleiding is om meer middelen in een bepaalde regio beschikbaar te stellen. Op basis van het onderzoek naar de uitgavenontwikkeling adviseert de NZa de Minister over de eventuele inzet van de herverdelingsmiddelen en de verdeling daarvan over de regio's. Deze herverdelingsmiddelen worden vooraf binnen het macrokader gereserveerd en kunnen na instemming van de Minister worden ingezet. Tot slot voert de NZa na afloop van het jaar een nacalculatie uit op de gerealiseerde zorgproductie. De bovengrens voor de bekostiging van de zorgproductie wordt gevormd door de productieafspraken tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder. Het beschreven stelsel van financiële beheersing verkleint aldus de kans op tegenvallers in de komende jaren.

Daarnaast is het aan een volgend kabinet of het de premie van de Wlz aanpast. Mocht dit niet het geval zijn, of mocht de gemaakte raming niet overeenkomen met de daadwerkelijke realisatie, dan kan een tekort in het Wlz-fonds ontstaan. Op welke manier wordt met een dergelijk tekort omgegaan? Welke gevolgen heeft een tekort in het Wlz-fonds, zo vragen de leden van de VVD-fractie. De leden van de VVD-fractie vragen hoe met een eventueel tekort in het Fonds langdurige zorg (Flz) wordt omgegaan en wat de gevolgen zijn van een tekort.

De Wlz-premie wordt bij invoering vastgesteld op een constant niveau dat lastendeckend is voor de resterende kabinetsperiode, op basis van de geraamde Wlz-lasten en premiegrondslagen. De premie blijft in beginsel constant in 2015, 2016 en 2017, ook als de uitgaven achteraf hoger uit blijken te vallen dan de premie-inkomsten. Dit kan inderdaad leiden tot een tekort in het Flz. Hoe met een eventueel tekort in het fonds aan het einde van deze kabinetsperiode wordt omgegaan moet alsdan worden besloten. Een tekort in het fonds leidt, net als nu, tot een hoger begrotingstekort. Hoe daarmee wordt omgegaan is onderdeel van de kabinetsbesluitvorming van dat moment over de overheidsfinanciën in den brede.

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over de enorme stijging tussen 2013 en 2014 van het aantal mensen dat een betalingsregeling heeft getroffen bij de zorgverzekeraars. Zij vragen de regering wat hun verklaring is voor deze stijging.

Het aantal mensen met een betalingsachterstand van twee of meer maanden zorgpremie is toegenomen van 534.000 in januari 2013 naar 629.000 in januari 2014 (Bron: CVZ/ Zorginstituut). Dit is overigens inclusief het aantal mensen dat op dat moment onder het bestuursrechtelijk regime viel (320.000). Hoewel de stijging van het aantal mensen met een betalingsachterstand vermoedelijk ook samenhangt met de huidige economische crisis is er al langer een tendens dat huishoudens meer schulden maken. De toename van de schuldenproblematiek kent derhalve ook een gedragsaspect. Niet altijd lijken mensen een zorgvuldige afweging te maken van de financiële risico's bij het aangaan van verplichtingen en ook sturen mensen hun uitgaven patroon niet altijd bij wanneer er financiële tegenslag is.

Ik vind dit verontrustend. De stijging is in lijn met de bij mij bekende signalen van zorgverzekeraars over het stijgend aantal mensen dat een betalingsregeling heeft getroffen. Ik zie het als ondersteuning van mijn beleid dat zorgverzekeraars vaker betalingsregelingen aanbieden aan verzekerden. In algemene zin kan namelijk verwacht worden dat mensen met een betalingsregeling minder snel als wanbetaler in het bestuursrechtelijke regime terecht komen. Zij hebben immers al afspraken gemaakt met de verzekeraar over het oplossen van hun betalingsachterstand.

De leden van de CDA-fractie zijn van mening dat de financiële onderbouwing van dit wetsvoorstel te veel op aannames en hoop is gebaseerd in plaats van op reële cijfers en ervaringen uit het verleden. Deze leden hopen ook dat de ramingen kloppen, dat de middelen voor de financiële beheersing in de komende jaren adequaat zijn en de kans op tegenvallers wordt beperkt, maar zij vinden dit nog te weinig concreet gemaakt door de regering. Daarom de vraag of de regering meer dan in de nota naar aanleiding van het verslag de financiële randvoorwaarden helder uiteen kan zetten. Ook de uitleg van hoe er € 0,5 miljard bespaard kan worden op de Wlz vinden deze leden niet helder gemaakt door de regering. Welke cijfers liggen er ten grondslag aan het feit dat de regering stelt dat door uniforme indicatiestelling de kosten zullen gaan dalen. Hoeveel gaat deze maatregel concreet opleveren? Dan lezen de leden van de CDA-fractie nog een tweede aanname, namelijk de doelmatigheid van de zorgleverantie. Hoeveel gaat die maatregel concreet opleveren?

Net zoals de ramingen voor de AWBZ baseert het kabinet haar ramingen voor de Wlz-uitgaven op actuele uitvoeringsgegevens, de afgesproken beleidsmatige mutaties en de beschikbare groeimiddelen voor de komende jaren. Daarmee zijn de financiële randvoorwaarden voor de Wlz bepaald. De contracteerruimte blijft als financieel beheersinstrument voor zorg in natura gehandhaafd en wordt verder versterkt. In mijn brief van 27 juni jl. over de uitvoering van de langdurige zorg in 2015 heb ik de Kamer geïnformeerd over het budgettaire kader 2015. Anders dan in de AWBZ, stelt de Minister voor de Wlz jaarlijks het totaal van het macrobudgettaire kader vast. Anders dan in de huidige AWBZ is dit een totaalkader voor zorg in natura en pgb.

Het kabinet heeft in het kader van de Wlz een taakstelling ingeboekt van € 500 miljoen. Relatief gezien gaat het hier om een taakstelling van 3% en is daarmee vergelijkbaar met een efficiency-korting cq. het reduceren van verspilling. Een dergelijke taakstelling hoeft niet ten koste te gaan van de kwaliteit van de zorgverlening. Deze taakstelling kan namelijk deels worden ingevuld door een grotere mate van uniformering van de indicatiecriteria en het indicatieproces in de Wlz. Uit cijfers van het CIZ blijkt namelijk dat er binnen de AWBZ sprake is van grote regionale verschillen in de indicatiestelling, ook als wordt gecorrigeerd voor de kenmerken van de cliënten die in de verschillende regio's wonen. De verwachting is dat bij verdergaande uniformering de regionale verschillen en daarmee de kosten van de zorg zullen worden beperkt. Het kabinet heeft niet vooraf bepaald welk deel van de taakstelling van 500 miljoen via deze aanpak wordt gerealiseerd. Dat geldt ook voor de maatregelen op het terrein van zorgleverantie. Door een betere stroomlijning van de zorgactiviteiten zijn de kosten te reduceren en is eveneens een deel van de taakstelling in te vullen.

Op pagina 177 lezen de leden van de CDA-fractie dat er € 110 miljoen nodig is voor extra solvabiliteit. In de brief van de Minister en Staatssecretaris van VWS d.d. 14 april 2014 stond dat de overhevelingen van de AWBZ naar de Zvw en de overhevelingen van de Zvw naar gemeenten in het kader van de Jeugdwet per saldo leiden tot een toename van de minimaal vereiste solvabiliteit met circa € 350 miljoen.¹³ Waarom wordt in de nota naar aanleiding van het verslag een ander bedrag genoteerd? Is bij beide bedragen reeds rekening gehouden met Solvency II?

Het bedrag van € 350 mln, zoals genoemd in de brief van 14 april (Kamerstukken II, 2013/14, 30 597, nr. 432) heeft betrekking op de structurele toename van de minimaal vereiste solvabiliteit in verband met de overhevelingen.

¹³ Kamerstukken II, 2013–2014, 30 597, nr. 432.

Het bedrag van € 110 mln dat is genoemd in de Nota naar aanleiding van het verslag heeft betrekking op de stijging van de minimaal vereiste solvabiliteit in 2015. Aangezien bij de bepaling van de minimaal vereiste solvabiliteit onder Solvency I wordt gekeken naar de gemiddelde uitgaven over de laatste drie jaar, ligt de stijging van de minimaal vereiste solvabiliteit in 2015 nog niet op het structurele niveau. In deze bedragen is uitgegaan van de solvabiliteitsvereisten onder Solvency I dat voor 2015 nog steeds van kracht is. Er is hier geen rekening gehouden met de invoering van Solvency II.

De regering stelt dat de Wlz-premie constant blijft in de komende jaren en dat als de uitgaven hoger zijn dan verwacht de regering hier dan verantwoordelijk voor is. Dat betekent dat naast het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) met een negatief saldo van € 20 miljard er een nieuw fonds kan ontstaan met wederom een negatief vermogen; klopt dit, zo vragen deze leden. De regering stelt ook dat zij niet in 2018 het oude AFBZ wil afschrijven maar dat zij dit wil uitstellen tot 2023. Graag horen de leden van de CDA-fractie waarom de regering dit vijf jaar later wil doen dan in de eerdere brief werd aangegeven. En waarom begint de regering daar niet stapsgewijs vanaf 2017 mee?

De Wlz-premie wordt bij invoering vastgesteld op een constant niveau dat lastendekkend is voor de resterende kabinetsperiode, op basis van de geraamde Wlz-lasten en premiegrondslagen. De premie blijft in beginsel constant in 2015, 2016 en 2017, ook als de uitgaven achteraf hoger uit blijken te vallen dan de premie-inkomsten. In dat geval kan dit inderdaad leiden tot een tekort in het Flz. Hoe met een eventueel tekort in het fonds aan het einde van deze kabinetsperiode wordt omgegaan moet alsdan worden besloten.

De liquidatie van het AFBZ – dat wil zeggen het daadwerkelijk opheffen van het fonds – vindt naar verwachting plaats in 2023. De financiële en administratieve afwikkeling van het AFBZ start echter al op het moment dat de AWBZ wordt ingetrokken, in 2015. Het gaat daarbij onder meer om de afhandeling van nota's van zorgaanbieders voor zorg die nog onder de AWBZ geleverd is, om het opleggen van eigen bijdragen op basis van definitieve inkomensgegevens van de Belastingdienst en om de definitieve vaststelling van de premie-inkomsten van het AFBZ. De uitvoerders van de AWBZ moeten uiterlijk na 6 jaar een (financieel) eindverslag van de afwikkeling van de AWBZ indienen bij de Nederlands Zorgautoriteit (NZa), die vervolgens een jaar de tijd heeft om de eindverslagen te beoordelen. Hierna wordt het AFBZ pas geliquideerd. Deze termijnen zijn gebaseerd op de ervaringen met de afwikkeling en liquidatie van de Algemene Kas van het Ziekenfonds.

De datum van 2018 die is genoemd in de brief van 14 april 2014 (Kamerstukken II 2013/14, 30 597, nr. 432) had alleen betrekking op de termijn waarop de definitieve premie-inkomsten van het AFBZ naar verwachting bekend zijn.

Intramuraal voeren zorgkantoren momenteel een tariefskorting door van circa 2% op de maximumtarieven. Indien zij dit zouden verdubbelen bij te veel overhead/regels zou dit een extra kostenreductie van circa € 350–400 miljoen opleveren. De leden van de PVV-fractie vragen waarom de regering hier niet voor gekozen heeft.

Het kabinet heeft in het kader van de Wlz reeds een taakstelling ingeboekt van 500 miljoen (vanaf 2017) die zal leiden tot lagere tarieven. Deze taakstelling vormt een stimulans voor de doelmatige levering van zorg en het tegengaan van verspilling.

Momenteel kunnen aanbieders in een aantal gevallen al zelf indiceren. Indien aanbieders alle taken zouden overnemen van het CIZ wordt een bedrag van € 50–100 miljoen bespaard (aan uitvoeringskosten CIZ). Het is daarbij wel de vraag of aanbieders deze taken goedkoper kunnen uitvoeren dan het CIZ en of er geen ongewenste effecten ontstaan door een toename van de zorgkosten. De leden van de PVV-fractie vragen waarop deze aannname is gebaseerd en of de vele fouten die het CIZ zoal maakt zo'n besluit niet zouden rechtvaardigen.

Die aannahme dat € 50–100 miljoen aan uitvoeringskosten van het CIZ kan worden bespaard in het – hypothetische – geval dat de zorginstellingen de indicatiestelling van het CIZ zouden overnemen, is gebaseerd op de afname van het aantal CIZ-taken die hiervan het gevolg zou zijn. Hierbij moet overigens worden opgemerkt. Hierbij moet overigens worden opgemerkt dat het de vraag is of aanbieders deze taken goedkoper kunnen uitvoeren dan het CIZ en of er geen ongewenste effecten ontstaan door een toename van de zorgkosten en fraude. De belasting van zorgaanbieders zal door deze extra taken immers toenemen.

De leden van de PVV-fractie vragen of de vele fouten die er bij het CIZ worden gemaakt niet de rechtvaardiging zou zijn voor het besluit om zorgaanbieders zelf de indicatiestelling te laten verzorgen. De regering deelt die stelling niet. Het percentage bezwaar- (5.661) en nieuwe beroepzaken (644) in 2012 naar rato van het aantal daarop afgegeven besluiten voor zorg (857.000) laat voor die stelling geen ruimte. Slechts 11% van de behandelde beroepen in 2012 werd door de rechtbank gegrond verklaard.

De verwachting is dat de overheadkosten juist gaan toenemen als de zorginstelling zelf het indicatieproces moet overnemen van het CIZ. De leden van de PVV-fractie willen hierop graag een toelichting.

In het hypothetische geval dat zorginstellingen de indicatiestelling van het CIZ zouden overnemen, nemen de overheadkosten van instellingen toe. Alle instellingen dienen in dat geval immers te beschikken over daarvoor opgeleid personeel en een adequate bezwaar- en beroepsprocedure. Ook dient er in dat geval een nieuw of ingrijpend gewijzigd systeem voor de registratie van de zorgketen komen om het besluit van de instelling op uniforme wijze bekend te kunnen maken bij de zorgkantoren. Thans kan dat alleen via het CIZ.

In het kader van de Wlz is een taakstelling van € 500 miljoen ingeboekt, die mede kan worden ingevuld door het tegengaan van verspilling in de zorg. Op dit punt heeft de regering een afzonderlijk actieprogramma opgesteld. Deze leden vinden dit nogal naïef van de regering, daar zij ervan overtuigd zijn dat, gebaseerd op ervaringen uit het verleden, die taakstelling behaald zal gaan worden door te beknipten op de zorg en het zorgpersoneel. Zie de vele ontslagen die nu al aangekondigd zijn. Graag ontvangen genoemde leden een toelichting en zij stellen nogmaals de vraag waarom er niet specifiek wordt ingezet op het tegengaan van verspilling met afzonderlijke maatregelen zoals regelmatig wordt voorgesteld door leden van de PVV-fractie.

We pakken verspilling in de langdurige zorg niet alleen aan door de stelselherforming, die is gericht op een meer maatwerkbenadering. Er is tevens sprake van bijstelling van lopend beleid (bijvoorbeeld de aanpassingen in het pgb), benutting van de lessen van de Experimenten Regelarme Instellingen (waarover de Kamer zeer binnenkort een tussenevaluatie ontvangt) en door gezamenlijke nieuwe acties die in samenwerking met het veld worden vormgegeven in het Programma

Aanpak verspilling. In die zin gaan we verspilling ook tegen met afzonderlijke maatregelen. Hiermee worden de zorginstellingen ondersteund om de taakstelling op een goede wijze te kunnen opvangen, ondermeer via de acties rond het terugdringen van registratielast en het gezamenlijk werken aan efficiëntere inkoop. Met het aanpakken van verspilling worden partijen beter in staat gesteld efficiënter te werken en doelmatiger zorg te verlenen, zodat de groei binnen de afgesproken percentages blijft terwijl goede zorgverlening overeind blijft.

De verwachting is dat de kosten en de verbruikte tijd juist gaan toenemen als medewerkers zelf verantwoordelijk worden voor het naleven van de verantwoordelijkheden in het kader van de Arbowet. De leden van de PVV-fractie merken op dat het hier weer gaat om een verwachting en zij zouden hierop graag een toelichting krijgen.

De werkgever heeft op grond van de Arbowet tal van verantwoordelijkheden en verplichtingen. Instellingen zijn verantwoordelijk voor goede arbeidsomstandigheden en dienen daar gericht beleid op te voeren, onder andere op basis van een risico- en evaluatieanalyse. Daarvoor is vaak specialistische kennis nodig. Ook zijn specifieke vaardigheden vereist. De overheid heeft de verantwoordelijkheid daarvoor primair gelegd bij de werkgever om de gezondheid van de werknemer te beschermen. De werkgever is ervoor aansprakelijk wanneer zaken verkeerd lopen. Het is niet mogelijk en efficiënt om medewerkers zelf verantwoordelijk te maken voor het naleven van de verantwoordelijkheden in het kader van de Arbo-wet.

Het generiek decimeren van de ondersteuningsfuncties binnen een organisatie zal leiden tot een ondoelmatig zorgverleningsproces. Zal leiden tot? Waarop is dit gebaseerd, daar er ook instellingen zijn die hier met groot succes wel in geslaagd zijn zonder dat het zorgverleningsproces ondoelmatig is geworden?

De beheerskosten zullen afnemen maar het risico bestaat dat de zorguitgaven zullen toenemen door een ondoelmatige aansturing van het zorgverleningsproces. Gaarne ontvangen de leden van de PVV-fractie een toelichting op dit antwoord.

Het is juist dat sommige zorginstellingen erin slagen de kosten van de overhead fors te reduceren. Dit begint echter met een andere visie op zorgverlening en vraagt om een cultuuromslag. Zonder die elementen is een generieke decimering van ondersteuningsfuncties risicovol. Als een zorginstelling voor hetzelfde geld meer mensen wil helpen zonder concessies te doen aan de kwaliteit, zal men anders moeten werken. De zorginstelling zal de organisatie en werkprocessen grondig moeten doorlichten. Dit vraagt niet alleen een specifieke inzet van de instelling maar ook zorgvuldig bestuur omdat het de rechtstreeks de belangen raakt van de medewerkers. Daarbij zal steeds de vraag gesteld moeten worden in hoeverre de activiteiten van medewerkers bijdragen aan het primair proces en daadwerkelijk in het belang zijn van de cliënt. Zorginstellingen kunnen bij de vernieuwing worden ondersteund via het programma «In voor zorg». Ook mag van zorginkopers worden verwacht dat zij zorginstellingen aanmoedigen tot vernieuwing en de resultaten hiervan volgen. Vernieuwing kost echter tijd, maar bij sommige ERAI-experimenten worden resultaten hiervan nu zichtbaar. Het «generiek decimeren van ondersteuningsfuncties» of «het schrappen van 75% van de interne organisatie» via een financiële taakstelling alleen geeft geen garantie dat geen afwenteling plaatsvindt op het zorgverleningsproces zelf.

Het verbeteren van de informatievoorziening is een continu vraagstuk. Daarmee kunnen ook de kosten en de tijdsinvestering worden beperkt. Het is echter onbekend in welk mate dit het geval zal zijn. Deze leden vragen de regering dit toch uit te zoeken en te berekenen.

De leden van de PVV-fractie stellen voor om over te gaan tot een uniforme informatievoorziening bij verzekeraars om kostenbesparingen te realiseren. In dit kader wijst de regering naar 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 ontvangen¹⁴. Daarmee is uitvoering gegeven aan de door de Tweede Kamer aanvaarde motie-Van Dijk c.s.¹⁵ De verbetervoorstellen uit het rapport zijn ingebracht in de besprekingen ter voorbereiding van de inkoop van intramurale langdurige zorg voor het jaar 2015. De Tweede Kamer is toegezegd dat hij na afloop over de uitkomsten daarvan wordt geïnformeerd. In mijn brief aan de Kamer van 27 juni jl. over de uitvoering van de langdurige zorg in 2015 is die toezegging gestand gedaan. Korthedshalve zij op deze plaats daarnaar verwezen.

De leden van de PVV-fractie hebben geconstateerd dat de totale uitgaven langdurige zorg van de Wlz, Jeugdwet, Wmo en Zvw € 2 miljard lager zijn dan de huidige AWBZ-uitgaven. Zij vragen waar de resterende € 2 miljard zijn gebleven. In haar antwoord geeft de regering aan dat het verschil wordt veroorzaakt door de taakstelling die is verbonden aan de hervorming van de langdurige zorg. Bedoelt de regering hier echt te beamen, dat er een taakstelling van € 2 miljard op de langdurige zorg is losgelaten?

Het verschil wordt inderdaad veroorzaakt door de taakstelling die is verbonden aan de hervorming van de langdurige zorg in zijn geheel, dus een deel Wmo 2015, Zvw en Wlz.

De leden van de PVV-fractie hebben in het verslag gevraagd om de volgende tabel in en aan te vullen, maar kregen tot hun grote schrik een aangepaste tabel ingevuld retour, waarbij een complete regel was weggelaten. Deze leden vragen daarom nog een keer om onderstaande tabel in zijn geheel in en aan te vullen.

	2015	2016	2017	2018
AWBZ	30	31	33	?
Wlz	17,5	16,9	16,4	?
Wmo	3	?	?	?
Jeugd	1	?	?	?
Zvw	4	?	?	?
Minder AWBZ/Wlz percentage	4,5 15%	?	?	?

In de tabel wordt een vergelijking gemaakt tussen de totale AWBZ-uitgaven 2015–2017, zoals weergegeven in de VWS-begroting 2013 (TK 33 400 XVI, nr. 2, pag. 161) en het indicatieve beeld van de verwachte Wlz-uitgaven in de periode 2015–2017 alsmede de bedragen die overgeheveld worden naar de Wmo, de Zvw en de Jeugdwet, zoals vermeld in de memorie van toelichting op de Wlz (TK 33 891, nr. 3, pag. 79). Het verschil tussen beide totaalbedragen wordt niet alleen bepaald door de verwerkte taakstellingen, maar ook door andere factoren. Zo zijn de

¹⁴ Kamerstukken II 2013/14, 29 515, nr. 351.

¹⁵ Kamerstukken II 2012/13, 29 515, nr. 356.

AWBZ-uitgaven in lopende prijzen (dus inclusief de verwachte loon- en prijsontwikkeling voor het betreffende jaar), terwijl de Wlz-reeks in constante prijzen luidt (in prijspeil 2013). Daarnaast zijn in de AWBZ-reeks ook de uitvoeringskosten AWBZ, de uitgaven in het kader van het rijksvaccinatieprogramma en de persoonsgebonden hulpmiddelen in AWBZ-instellingen opgenomen. Deze posten zijn niet opgenomen in het Wlz-bedrag in de memorie van toelichting. Tot slot zijn de bedragen in de memorie van toelichting niet gebaseerd op de stand ontwerpbegroting 2013, maar zijn daarin actuelere cijfers verwerkt.

Om deze reden heeft de regering er bij de beantwoording van de vraag van de PVV-fractie voor gekozen een actueel inzicht te geven in de totale taakstelling die gemoeid is met de zorguitgaven die vanuit de AWBZ worden overgeheveld naar de Wmo (incl. huishoudelijke hulp), de Zvw, de Jeugdwet en de Wlz.

Dit leidt tot de volgende tabel die ook in de nota naar aanleiding van het verslag is opgenomen. Hierbij is voor de volledigheid ook de regel «totaal uitgaven AWBZ» opgenomen zoals deze, conform de uniforme definities, zou zijn geweest bij ongewijzigd beleid.

Tabel 1: Uitgaven langdurige zorg 2015–2018 en taakstellingen (excl. loon-prijsbijstelling)

x 1 mld	2015	2016	2017	2018
AWBZ uitgaven	29,0	29,3	29,7	30,0
Wlz	17,9	17,4	17,0	17,0
Wmo (aandeel LZ; incl HV)	4,2	4,3	4,4	4,6
Zvw	3,5	3,8	3,9	4,0
Jeugd (aandeel LZ)	1,1	1,2	1,2	1,2
Verwerkte taakstelling	2,3	2,6	3,2	3,2
Taakstelling %	8%	9%	11%	11%

Ten opzichte van de gegevens die in de memorie van toelichting zijn opgenomen zijn de volgende majeure mutaties verwerkt:

- een deel van de intramurale GGZ-zorg is als nog ondergebracht in de Wlz (in plaats van Zvw);
- de Wmo-uitgaven zijn inclusief huishoudelijke verzorging.

Zoals reeds vermeld in de memorie van toelichting op de Wlz wordt de Kamer via de reguliere begrotingsvoorbereiding periodiek geïnformeerd over actuele cijfers. Een aansluiting tussen de AWBZ-uitgaven, zoals vermeld in de begroting 2013 en de begroting 2014 is opgenomen in de begroting 2014 (TK 33 750 XVI, nr. 2, pag. 183).

8. Regeldruk

Het is de leden van de PvdA-fractie opgevallen dat het terugdringen van de regeldruk en overhead veel tekst kent in de memorie van toelichting en de nota naar aanleiding van het verslag, maar dat het weinig concrete doelstellingen en maatregelen bevat. Het komt tot zover weinig ambitieus over op genoemde leden. Deze leden vragen de regering dan ook om een hogere ambitie van de regering met een concreet actieplan.

Er is mij er veel aan gelegen om de regeldruk in de langdurige zorg zoveel mogelijk te beperken of terug te dringen. Ik ben hierbij ten dele afhankelijk van de keuzes die gemeenten hierbij maken, maar zet mij in om samen met hen te komen tot gestandaardiseerde uitvraag of het maken van afspraken, die toezien op het gebruik van gemeenschappelijke kaders, die zorgen voor een vermindering van regeldruk.

Ook heb ik recentelijk met de heer Rinnooy Kan, in zijn rol als voorzitter van de «Agenda voor de zorg», afgesproken dat ik 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. Bij deze aanpak wil ik de ervaringen en activiteiten van Invoorzorg, de experimenten regelarme instellingen, het Programma Aanpak Verspilling in de Zorg en de aanbevelingen rondom de vermindering van inkooplasten¹⁶ bundelen en samen met de veldpartijen zorgen voor een daadwerkelijke vermindering van regeldruk. Op dit moment werk ik met de veldpartijen aan concrete invulling van de afspraken. De Tweede Kamer zal daar nader over worden geïnformeerd.

De leden van de fractie van de PvdA zijn benieuwd naar de manier waarop de ervaringen en conclusies uit de experimenten met regelarme instellingen worden gebruikt in de uitwerking van de Wlz. Waarom is de hervorming van de langdurige zorg niet aangegrepen als mogelijkheid om naar aanleiding van de ERAI-ervaringen een norm op te stellen? Hiernaast heeft het project «Voorkomen verspilling zorg» plaatsgevonden. Deze leden zijn benieuwd naar de uitwerking van deze ervaringen in de Wet langdurige zorg. Welke opdracht krijgen zorgkantoren hierbij bij de zorginkoop? Ook willen genoemde leden weten welke opdracht de zorgkantoren krijgen bij de inkoop met betrekking tot de overhead. Hoe staat het nu met de gesprekken met zorgkantoren en aanbieders, naar aanleiding van de toezegging aan de leden van de PvdA-fractie dat de overhead moet worden teruggebracht?

De «lessons learned» vanuit de nog lopende experimenten met regelarme instellingen (ERAI) zullen zoveel mogelijk betrokken worden bij de verdere uitwerking van de Wlz. Onlangs is een tussenevaluatie gehouden naar de uitkomsten van de ERAI over het eerste jaar van experimenteren. Binnenkort zal de Tweede Kamer daarover met een begeleidende brief worden geïnformeerd.

Over het programma Aanpak verspilling in de zorg en de voortgang daarvan is de Tweede Kamer eerder per brief geïnformeerd.¹⁷ Vanzelfsprekend zal de regering bij het gezamenlijk aanpakken van verspilling in het programma Aanpak verspilling in de zorg rekening houden met de hervormingsplannen, zodat ook binnen de nieuwe realiteit onnodige kosten tegengegaan kunnen worden (bijvoorbeeld door nieuwe vormen van registratielasten te voorkomen of te beperken).

Over een onderzoek naar het reduceren van de administratieve lasten in het proces van de inkoop van langdurige zorg heeft de Tweede Kamer in januari 2014 een rapport met een begeleidende brief ontvangen.¹⁸ Daarmee is uitvoering gegeven aan de door de Tweede Kamer aanvaarde motie-Van Dijk c.s.¹⁹ De verbetervoorstellen uit het rapport zijn ingebracht in de besprekingen ter voorbereiding van de inkoop van intramurale langdurige zorg voor het jaar 2015. De Tweede Kamer is toegezegd na afloop over de uitkomsten geïnformeerd te worden. In mijn brief aan de Kamer van 27 juni jl. over de uitvoering van de langdurige zorg in 2015 is die toezegging gestand gedaan. Korthedshalve zij op deze plaats daarnaar verwezen.

¹⁶ Kamerstukken II 2013/14, 29 515, nr. 351.

¹⁷ Kamerstukken II 2014/15, 33 654, nr. 7.

¹⁸ Kamerstukken II 2013/14, 29 515, nr. 351.

¹⁹ Kamerstukken II 2012/13, 29 515, nr. 356.

De regering kent de wens van de leden van de fractie van de PvdA om te komen tot een overheadnorm. In de door deze leden daartoe opgestelde motie²⁰, wordt de regering verzocht «er met de zorginkopers en de sector voor te zorgen dat deze overheadnorm betrokken wordt bij de inkoop van de zorg per 1 januari 2016». De eerste besprekingen over de inkoop van langdurige zorg voor het jaar 2016 zullen in het najaar worden opgestart. De uitvoering van de motie zal meegenomen worden in die gesprekken met alle betrokken partijen. Vanzelfsprekend zal de Tweede Kamer over de uitkomsten daarvan worden geïnformeerd.

De leden van de PvdA-fractie hebben gelezen over het experimenteerartikel in de wet waardoor innovatie wettelijk wordt gestimuleerd. Genoemde leden zijn tevreden over dit experimenteerartikel, echter resteren nog enkele vragen hierover bij deze leden. Wie beslist wanneer van de Wlz mag worden afgeweken? In het geval dat hier toestemming toe wordt gegeven, mag dan van alle voorschriften worden afgeweken?

In artikel 10.1.1. van de Wlz is gesteld dat bij algemene maatregel van bestuur bij wijze van experiment kan worden afgeweken van het bepaalde bij of krachtens de Wlz, met uitzondering van hoofdstuk 2 (kring van verzekerden) en van hoofdstuk 3, paragraaf 1 (aanspraken). Er mag dus niet van alle voorschriften worden afgeweken. Per experiment kan de reikwijdte worden bepaald conform hetgeen gesteld in artikel 10.1.1. Als ten behoeve van een experiment een algemene maatregel van bestuur wordt opgesteld, zal het ontwerp eerst aan beide Kamers der Staten-Generaal worden gezonden (voorhang), voordat aan de Afdeling advisering van de Raad van State advies zal worden gevraagd .

De regering zegt in haar beantwoording dat zij voornemens is om het aantal regio's met zorgkantoren te verminderen. De leden van de SP-fractie zijn benieuwd waarom de regering kiest voor deze schaalvergroting; is het juist niet verstandiger om te kijken naar schaalverkleining? Deze leden verwachten een toelichting op dit punt. Tevens vragen zij of de regering bereid is om het aantal zorgkantoren te koppelen aan het aantal centrumgemeenten. Is dit niet een veel logischere maat zodat de zorg waarvoor de gemeenten verantwoordelijk zijn beter kan worden afgestemd met de zorg waarvoor het zorgkantoor verantwoordelijk is? Kan de regering daarop antwoorden? Verder willen de leden van de SP-fractie weten wanneer de Kamer hierover geïnformeerd wordt.

De veronderstelling van de regering is dat, omdat de doelgroep en de totale geleverde zorg onder de Wlz kleiner wordt, regionale opschaling leidt tot meer efficiëntie in de uitvoering en daarmee ook tot minder bureaucratie. Het is denkbaar dat in dezen nog differentiatie tussen de ouderenzorg en gehandicaptenzorg opportuun kan zijn. Het streven van de regering is om een eerste stap te zetten in 2016. Hoe deze regio's eruit komen te zien, en in welke mate er aangesloten kan worden bij de indeling van centrumgemeenten, moet nog onderzocht worden. Als de voor- en nadelen integraal in beeld zijn, zal de regering de Kamer informeren over de precieze plannen en het bijbehorende tijdpad. Overigens ben ik in overleg met DSW om een vereenvoudiging in de uitvoeringsstructuur op beperkte schaal door te voeren. Dit biedt de gelegenheid om te leren van de ervaringen.

De leden van de PVV-fractie willen weten wanneer de Kamer de tussen-evaluatie experiment regelarme instellingen kan verwachten, waarin de regering met voorstellen komt om de bureaucratie te verminderen.

²⁰ Kamerstukken II 2013/14, 33 750 XVI, nr. 27.

De planning is om de tussenevaluatie van het experiment regelarme instellingen in de zomer aan de Tweede Kamer toe te sturen, zodat deze conform eerdere toezegging bij de behandeling van de Wlz beschikbaar is.

De in het experiment regelarme instellingen opgedane ervaringen zullen worden betrokken bij de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren. Begrijpen de leden van de PVV-fractie hieruit goed, dat de kwaliteitsindicatoren pas worden ontwikkeld na de evaluatie van het experiment? Dat gebeurt namelijk bij andere onderdelen uit het experiment ook. Is dat niet veel te laat? Is het niet van groot belang, dat juist bij het ingaan van deze enorme stelselherziening de kwaliteit op zijn minst gewaarborgd moet zijn?

De regering is het met de leden van de PVV-fractie eens dat de kwaliteit van zorg gewaarborgd moet zijn, los van welk stelsel dan ook. Daarom zijn in de sectoren van de langdurige zorg al sets van kwaliteitsindicatoren en instrumenten ontwikkeld, waarmee ervaringen van cliënten worden gemeten en verantwoordingsinformatie wordt gegenereerd. We beginnen dus niet bij nul. Het gaat er nu om een slag te maken naar verantwoordingsinformatie die meer een afgeleide is van interne verbeterinformatie. Daarmee zal deze informatie beter aansluiten bij het primaire zorgproces, een beter beeld geven van de actuele stand van de kwaliteit in de organisatie en minder onnodige administratieve belasting genereren. De ervaringen uit het experiment regelarme instellingen zullen naar verwachting nuttig zijn bij de noodzakelijke verbetering op de huidige kwaliteitsindicatoren/instrumenten.

De leden van de D66-fractie lezen dat de mogelijkheid voor meerjarige contracteren van zorgaanbieders formeel nu reeds bestaat in de AWBZ. Van deze mogelijkheid maken zorgkantoren in de praktijk echter nauwelijks gebruik. Waar ligt dat aan, zo vragen deze leden. Zullen de jaarlijks wijzigende financiële kaders c.q. het beschikbare budget in de toekomst naar verwachting van de regering geen belemmering meer vormen? En op welke wijze wordt geborgd dat zorgkantoren ook in 2015 al (selectief) meerjarenafspraken gaan maken?

Het is juist dat ook onder het regime van de AWBZ de mogelijkheid bestaat voor zorgkantoren om meerjarige contracten met zorgaanbieders te sluiten. Tijdens de parlementaire discussie over de toekomst van de AWBZ in de afgelopen jaren is regelmatig gesproken over de positie van de zorgkantoren. Met het oog op de daardoor voortdurende onzekerheid over het voortbestaan van de zorgkantoren werden ook concessies voor telkens een jaar verleend aan de concessiehouders, die op hun beurt ook eenjarige overeenkomsten aangingen met de zorgaanbieders. Door de zekerheid die de Wlz biedt voor de positie van Wlz-uitvoerders en zorgkantoren wordt die belemmering weggenomen. De regering steunt de totstandkoming van meerjarige overeenkomsten. Met het oog op het bieden van meer zekerheid aan partijen, hetgeen ook bijvoorbeeld de innovatie van zorg stimuleert en tegelijkertijd een wezenlijke bijdrage levert aan de reductie van de administratieve lasten in het proces van de inkoop van langdurige zorg. Jaarlijks zullen financiële kaders blijven wijzigen, maar dat vormt geen belemmering om binnen nader te bepalen bandbreedtes meerjarige afspraken te maken.

De leden van de D66-fractie constateren dat er een groep cliënten is die beschikt over een indicatie voor verblijf, maar op 1 januari 2015 thuis woont. Cliënten met een hoog zzp binnen deze groep behouden hun recht op zorg vanuit de Wlz. Cliënten met een laag zzp kunnen tot 1 januari 2016 alsnog kiezen voor verblijf op grond van de Wlz, zo lezen deze leden. Bij ouderen is een laag zzp VV doorgaans een begin van een doorlooperperiode

naar zwaardere zorg. Worden deze cliënten nu niet onnodig bang gemaakt dat ze hun zorg gaan verliezen? Is het mogelijk dat cliënten met een zzp in de ouderenzorg dit overgangsrecht langer behouden of gezien worden door het CIZ voordat hun recht in 2016 vervalt?

De regering regelt met het overgangsrecht dat mensen ondersteuning of zorg kunnen blijven ontvangen. Of dit nu vanuit de Wlz is of vanuit de Wmo 2015 en de Zvw. Als ouderen met een laag ZZP er in 2015 voor kiezen om nog thuis te blijven wonen, krijgen zij de voor hen benodigde zorg en ondersteuning vanuit de Zvw/Wmo 2015. Het is uiteraard altijd mogelijk wanneer de beperkingen van de oudere zijn toegenomen ten opzichte van het indicatiebesluit voor een laag ZZP, dat men het CIZ kan vragen om een herindicatie om de actuele zorgbehoefte van de cliënt vast te stellen en het hierbij bijbehorende Wlz-zorgprofiel. Als een cliënt met een laag ZZP een keuze heeft gemaakt om thuis te blijven wonen en zijn beperkingen nemen dusdanige vormen aan waardoor men is aangewezen op de Wlz, kan men op dat moment een Wlz-indicatie aanvragen bij het CIZ. Cliënten verliezen niet de zorg en ondersteuning die zij nodig hebben op het keuzemoment of op een later moment wanneer de beperkingen toenemen. De regering zal dit via communicatie ook zo uitdragen naar de burgers.

9. Fraude en oneigenlijk gebruik

De leden van de PvdA-fractie zijn benieuwd naar de uitslagen van de fraudetoets die door de NZa is uitgevoerd. Wanneer kunnen deze leden de uitkomsten van deze toets verwachten? Gaat de regering naar aanleiding van de resultaten van deze fraudetoets nog veranderingen doorvoeren in de concept-Wlz om deze fraudebestendiger te maken? Graag ontvangen genoemde leden op deze vragen een reactie van de regering.

De resultaten van de fraudetoets zijn onlangs ontvangen. De Tweede Kamer zal over de uitkomsten binnenkort worden geïnformeerd. Het kabinet zal daarbij ook aangeven hoe het wil omgaan met de uitkomsten van de fraudetoets.

Een eerdere versie van het wetsvoorstel Wet langdurige zorg is door diverse externe partijen gezien op risico's op oneigenlijk gebruik en fraude. Het wetsvoorstel, zoals uiteindelijk bij de Tweede Kamer is ingediend, heeft ondertussen wijzigingen ondergaan ten opzichte van de eerder getoetste versie. Reden waarom het wetsvoorstel aan een nieuwe toets wordt onderworpen. De Kamer zal over de uitkomsten binnenkort worden geïnformeerd. Is het niet een beetje vreemd, zo vragen de leden van de PVV-fractie, om een wet te behandelen, waarvan de uitkomsten van de fraudetoets nog niet bekend is?

De resultaten van de fraudetoets zijn onlangs ontvangen. De Tweede Kamer zal over de uitkomsten binnenkort worden geïnformeerd. Het kabinet zal daarbij ook aangeven hoe het wil omgaan met de uitkomsten van de fraudetoets. De Tweede Kamer kan deze informatie en de reactie van het kabinet vanzelfsprekend bij de behandeling van het wetsvoorstel betrekken.

De NZa heeft in de tussenrapportage naar de omvang van zorgfraude voor alle sectoren in de zorg, waaronder de AWBZ, een kwalitatieve analyse gemaakt van de mogelijke risico's op fraude.²¹ De NZa zal in de eindrapportage van dit onderzoek ook een kwantitatieve analyse maken

²¹ Kamerstukken II, 2013–2014, 28 828, nr. 56, bijlage: Onderzoek zorgfraude-tussenrapport (update).

van de omvang van de fraude in de onderscheiden sectoren. Genoemde leden vragen wat deze rapportage nog waard is, gezien de laatste ontwikkelingen binnen de NZa.

Het analyseren van de omvang van zorgfraude is methodologisch een complexe materie. Dergelijk onderzoek dient valide en betrouwbaar te zijn. Daarvoor zijn adequate waarborgen ingebouwd conform de regels van methoden en technieken van onderzoek.

Over de ontwikkelingen rondom de NZa is de Kamer geïnformeerd in de brief van 17 juni jl.

Verrijking ten koste van de premiebetaler zet de solidariteit onder het zorgstelsel onnodig onder druk. De recent tot stand gekomen Wet normering topinkomens stelt regels voor het maximale inkomen van onder meer directeuren en bestuurders in de zorg. Dit voorkomt dat de solidariteit onder het zorgstelsel onder druk komt te staan door onverantwoord hoge topinkomens van directeuren en bestuurders in de zorg. Moet deze wet niet fors aangescherpt worden, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

De regeringspartijen zijn bij het opstellen van het regeerakkoord «Bruggen Slaan» al tot de conclusie gekomen dat de WNT-norm verlaagd moet worden van 130% naar 100% van een ministersalaris. De Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties zal de Kamer hiertoe een wetsvoorstel aanbieden.

Uitwisseling van gegevens kan nodig zijn bij overgang van het ene naar het andere domein. Afstemming met andere uitvoerders en andere aanbieders is dan nodig. Deze afstemming van de zorg werkt tweeledig: de verzekerde krijgt een goed pakket op elkaar afgestemde zorg en dubbele verstrekkingen kunnen worden voorkomen. De leden van de PVV-fractie denken dat deze afstemming drieledig is: namelijk het «all over the place» verspreiden van gegevens. Klopt dit?

Nee. In de artikelen 9.1.2 en 9.1.3 Wlz staat welke partijen voor welk doel gegevens mogen uitwisselen. De partijen die (medische) gegevens mogen uitwisselen en de doelen waarvoor zij dat mogen doen zijn, anders dan in de AWBZ, gelimiteerd. Zij mogen hun bevoegdheden ook alleen gebruiken voor zover dat noodzakelijk is om de beschreven doelen te bereiken. Het is niet toegestaan noch de bedoeling dat gegevens «all over the place» verspreid worden. Dit blijkt ook uit artikel 9.1.7 Wlz. Het eerste lid van dit artikel bevat een verbod om vertrouwelijke gegevens te verspreiden voor andere doelen of aan andere partijen dan op basis van deze wet wordt geëist.

10. Gegevensuitwisseling

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over het medisch beroepsgeheim. Vele organisaties zoals het ClZ, maar ook het CAK krijgen inzage in medische gegevens. Hoe gaat de regering voorkomen dat medische gegevens niet voor andere doeleinden gebruikt worden, dan waarvoor zij bedoeld zijn? Wie ziet hier precies op toe en welke procedure geldt hiervoor?

Ten opzichte van de AWBZ is de doelomschrijving van de gegevensuitwisseling tussen actoren nader gepreciseerd, waardoor de gegevensuitwisseling in de Wlz voldoende specifiek en transparant is. Er is geen reden om aan te nemen dat gegevens uitgewisseld gaan worden tussen partijen waartoe geen noodzaak bestaat. De gegevens die bijvoorbeeld het CAK en

CIZ nodig hebben voor de uitoefening van hun taken kunnen zij op grond van de Wlz krijgen. In artikel 9.1.7 wordt het een ieder bovendien verboden om gegevens uit te wisselen om andere redenen dan die in de Wlz zijn genoemd. De Minister ziet binnen de kaders van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen toe op het CAK en het CIZ.

Kan de regering tevens aangeven welke sancties ingezet kunnen worden indien het medisch beroepsgeheim geschonden wordt door een organisatie?

De verzekerde kan in het verweer komen tegen de gegevensuitwisseling als hij van mening is dat de zorgverlener onterecht met doorbreking van zijn medisch beroepsgeheim medische gegevens van de verzekerde heeft gedeeld met het CIZ. Het doorbreken van het beroepsgeheim moet immers voldoen aan het noodzakelijkheidvereiste van artikel 9.1.2 van het wetsvoorstel. Het is mogelijk om een tuchtrechtelijke of civielrechtelijke procedure te starten. In een uiterst geval is zelfs een strafrechtelijke zaak mogelijk. Bij overtreding van artikel 9.1.7 van de Wlz of van de geheimhoudingsplicht die op grond van artikel 2:5 van de Awb geldt voor een ieder die als onderdeel van een bestuursorgaan met vertrouwelijke gegevens werkt, kan een sanctie worden opgelegd in de vorm gevangenisstraf of een boete. Artikel 272 van het Wetboek van Strafrecht sanctioneert deze overtreding.

Is niet altijd toestemming van de patiënt nodig om als hulpverlener medische gegevens uit te wisselen voor niet-behandelingsdoeleinden?

Nee, toestemming van de verzekerde is niet altijd nodig. Er zijn verschillende gronden die een doorbreking van het beroepsgeheim rechtvaardigen. Zo biedt het wetsvoorstel de mogelijkheid tot doorbreking van het medisch beroepsgeheim omdat artikel 9.1.2, tweede lid, van de Wlz een wettelijk voorschrift is dat daartoe verplicht. Dit past binnen de over het medisch beroepsgeheim gestelde regels in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (artikelen 7:457 en 7:464 van het Burgerlijk Wetboek). Het verstrekken van persoonsgegevens kan dus geschieden zonder de toestemming van de verzekerde.

De regering is van mening dat de gegevensuitwisselingen in de Wlz noodzakelijk zijn in een democratische samenleving, in het belang van het economisch welzijn van Nederland. Welk economisch welzijn, zo vragen de leden van de PVV-fractie, en hoe verhoudt dit zich tot het welzijn van de burgers van Nederland als het om hun privacy gaat?

De Wlz moet op een goede en doelmatige wijze worden uitgevoerd. Dit is ook voor de financiële houdbaarheid van groot belang. Een goede en doelmatige uitvoering van de wet is onmogelijk zonder betrouwbare beoordeling van de toegang tot de Wlz-zorg. Indien dat niet het geval is, zal dit tot gevolg hebben dat de betaalbaarheid van de zorg verder onder druk zal komen te staan. Het CIZ zal voor de indicatiestelling gebruik moeten kunnen maken van de benodigde gegevens om die toegang te waarborgen voor mensen die echt zijn aangewezen op Wlz-zorg. Hierdoor draagt de gegevensuitwisseling bij aan de financiële houdbaarheid van het stelsel van langdurige zorg. Het is onvermijdbaar dat de gegevensuitwisseling zal leiden tot een inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van verzekerden. De regering is echter van mening dat de inbreuk beperkt blijft tot de gevallen waarin dat echt nodig is en bovendien gerechtvaardigd is gezien het belang van een houdbare Wlz en een toegankelijke zorg in het algemeen.

De leden van de D66-fractie lezen dat hulpverleners met een medisch beroepsgeheim het CIZ desgevraagd gegevens dienen te verschaffen, als het CIZ deze nodig heeft om tot een goede (her)indicatie te komen. Hoe verhoudt dit zich tot de regels wat betreft het medisch beroepsgeheim? Bestaat er een mogelijkheid dat de verzekerde bezwaar kan maken tegen uitwisseling van zijn gegevens? Waarom is de toestemming voor altijd en iedereen bij het CIZ een noodzaak? Vallen bevoegde medewerkers van het CIZ die betrokken zijn bij de indicatiestelling ook onder de geheimhoudingsplicht? De leden van de D66-fractie vragen of de bevoegde medewerkers van het CIZ die betrokken zijn bij de indicatiestelling ook onder de geheimhoudingsplicht kunnen vallen.

Het medisch beroepsgeheim houdt in dat de medische beroepsbeoefenaren de medische persoonsgegevens van de patiënt alleen met zijn toestemming aan derden mogen verstrekken. Zij kunnen de verstrekking echter ook weigeren vanwege het belang van een vrije toegankelijkheid tot voorzieningen van gezondheidszorg. Het medisch beroepsgeheim is echter niet onbeperkt en kan worden doorbroken. Indien bijvoorbeeld een wettelijk voorschrift daartoe verplicht, zullen de gegevens moeten worden verstrekt met eventuele doorbreking van het beroepsgeheim op grond van de regels voor het medisch beroepsgeheim (de artikelen 7:457 en 7:464 van het Burgerlijk Wetboek). Artikel 9.1.2, tweede lid, van de Wlz is een dergelijk wettelijk voorschrift op grond waarvan het vereiste van de toestemming van de verzekerde niet geldt. De mogelijkheid tot doorbreking van het medisch beroepsgeheim past dus binnen de daarover gestelde regels in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst.

Bezwaar maken (in de zin van de Algemene wet bestuursrecht) tegen de geregelde gegevensuitwisselingen is niet mogelijk. Het gaat immers om uitwisselingen die worden toegestaan voor in het wetsvoorstel genoemde doelen. De verzekerde kan wel daartegen in het verweer komen, als hij van mening is dat de zorgverlener onterecht met doorbreking van zijn medisch beroepsgeheim medische gegevens van de verzekerde heeft gedeeld met het CIZ. Het doorbreken van het beroepsgeheim moet immers voldoen aan het noodzakelijkheidvereiste van artikel 9.1.2 van het wetsvoorstel. Het is mogelijk om een tuchtrechtelijke of civielrechtelijke procedure te starten. In een uiterst geval is zelfs een strafrechtelijke zaak mogelijk vanwege schending van artikel 272 van het Wetboek van Strafrecht.

Ik begrijp de vraag van de leden van de D66-fractie zo dat zij willen weten of het CIZ altijd zonder toestemming van de verzekerde aan het CIZ zullen worden verschaft. Dat is niet zo. Het CIZ zal altijd moeten nagaan of de gegevens noodzakelijk zijn voor de indicatiestelling en of de verzekerde toestemming geeft tot het raadplegen van behandelende beroepsbeoefenaren. Het kan echter zo zijn dat het CIZ gegevens nodig heeft waarvoor de verzekerde geen toestemming wil geven. Ook kan het voorkomen dat de medisch beroepsbeoefenaar weigert om de benodigde gegevens te verschaffen terwijl de verzekerde zelf wel toestemming heeft gegeven. In het belang van een betrouwbare en solide indicatiestelling is het in dergelijke gevallen noodzakelijk dat het medisch beroepsgeheim kan worden doorbroken. Dit moet uiteraard plaatsvinden op een wijze die proportioneel is. De verzekerde zal daarom eerst om toestemming worden gevraagd. Ook zal het CIZ de bevoegdheid alleen gebruiken voor zover dat nodig is voor een deugdelijke indicatiestelling en dus niet kan worden volstaan met de reeds beschikbare gegevens. Dit wordt uitgewerkt in het Besluit langdurige zorg.

Medewerkers van het CIZ vallen onder het beroepsgeheim. Bij het CIZ zijn mensen werkzaam die reeds op grond van hun ambt of beroep een geheimhoudingsplicht hebben (medisch beroepsbeoefenaren). Ook voor de overige medewerkers van het CIZ, die dus niet reeds op grond van hun ambt of beroep onder de reikwijdte van het medisch beroepsgeheim vallen, geldt dat zij een geheimhoudingsplicht hebben. Dit is geregeld in artikel 2:5 van de Awb, waarin ook wordt aangegeven dat deze geheimhoudingsplicht geldt behoudens voor zover enige wettelijke voorschrift hen tot mededeling verplicht of vanuit hun taak de noodzaak tot mededeling voortvloeit.

De vertrouwensband tussen zorgverlener en cliënt is noodzakelijk voor goede zorg. De leden van de GroenLinks-fractie maken zich daarom zorgen over de wijze waarop de privacy in voorliggend wetsvoorstel is geborgd. In hoeverre is voorliggend wetsvoorstel strijdig met het (medisch) beroepsgeheim? Is de regering bereid met betrokken beroepsgroepen de informatiebepalingen in voorliggend wetsvoorstel nader tegen het licht te houden en deze nader te preciseren?

Het medisch beroepsgeheim houdt in dat de medische beroepsbeoefenaren de medische persoonsgegevens van de patiënt alleen met zijn toestemming aan derden mogen verstrekken. Zij kunnen de verstrekking echter ook weigeren vanwege het belang van een vrije toegankelijkheid tot voorzieningen van gezondheidszorg. Het medisch beroepsgeheim is echter niet onbeperkt en kan worden doorbroken. Indien bijvoorbeeld een wettelijk voorschrift daartoe verplicht, zullen de gegevens moeten worden verstrekt op grond van de regels voor het medisch beroepsgeheim (de artikelen 7:457 en 7:464 van het Burgerlijk Wetboek). Artikel 9.1.2, tweede lid, van de Wlz is een dergelijk wettelijk voorschrift. De mogelijkheid tot doorbreking van het medisch beroepsgeheim past dus binnen de daarover gestelde regels in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst.

Het wetsvoorstel biedt, in lijn met de adviezen van het CBP en van de Afdeling advisering van de Raad van State, bepalingen over de gegevensuitwisselingen waarin is gespecificeerd welke actoren gegevens mogen uitwisselen en voor welke doelen. In de huidige AWBZ bestaan veel ruimere bepalingen die zien op de gegevensuitwisseling. De regering is dan ook van oordeel dat de gegevensuitwisseling in de Wlz voldoende specifiek en transparant is en ziet overigens geen ruimte voor nadere precisering.

11. Innovatie door te experimenteren

Het experiment regelarme instellingen heeft tot dusverre laten zien dat er een groeiende behoefte is om, onder bepaalde omstandigheden, van bepaalde wettelijke voorschriften af te kunnen wijken. De leden van de PVV-fractie vragen nog maar een keer waarom dit niet direct in deze wet is verankerd omdat zij daarop in eerste instantie geen antwoord hebben gehad.

De «experimenten regelarm» laten zien dat in de meeste gevallen niet wettelijke bepalingen in de weg staan, maar een veel te gecompliceerde uitvoeringspraktijk het probleem is. Het in de wet opnemen van de mogelijkheid om de wet desgewenst niet te volgen, ligt niet voor de hand. Wel is in de Wlz de mogelijkheid opgenomen om door middel van een Ambv vernieuwende experimenten vorm te geven. Daarnaast zullen de positieve ervaringen van de experimenten regelarme instellingen breed worden verspreid.

12. Internationaalrechtelijke aspecten

Zoals eerder genoemd zijn de leden van de SP-fractie het zeer eens met uitspraken van het College voor de Rechten van de Mens, dat aangegeven heeft dat er sprake is van een verslechtering van rechten. Genoemde leden willen weten waarom de regering in het voorliggende wetsvoorstel er zo prat op gaat dat het recht op zorg behouden blijft, maar dit ondertussen heeft afgeschaft in de Wmo. Voorts willen deze leden weten waarom de regering de uitspraken van het College zo gemakkelijk aan de kant schuift. Hecht de regering niet aan de uitspraken van dit College?

In paragraaf 12.1 van de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel Wmo is inhoudelijk ingegaan op het advies van het College van de Rechten van de Mens. Van gemakkelijk negeren van het advies is derhalve geen sprake. In de genoemde paragraaf staat onder meer dat de regering om redenen van houdbaarheid van het zorgstelsel besloten heeft om bepaalde onderdelen van het AWBZ-pakket naar de Wmo 2015 over te hevelen. Juist daardoor zal het mogelijk zijn om het recht op langdurige zorg, zoals in het wetsvoorstel Wlz is geregeld, aan iedere verzekerde te blijven garanderen.

De leden van de SP-fractie hadden eerder een aantal vragen gesteld over de Wlz-zorg in het buitenland. Zij constateren dat de Wlz-uitvoerder bepaalt of iemand zorg kan krijgen in het buitenland. Waarom heeft de regering hiervoor gekozen en welke verschillen heeft dit met de wijze waarop dit nu in de AWBZ is geregeld? Tevens willen deze leden weten wie oordeelt over de beslissing van de Wlz-uitvoerder, als het gaat om zorgtoewijzing in het buitenland.

De regering heeft ervoor gekozen de aanspraken op Wlz-zorg in het buitenland op dezelfde manier vorm te geven als in de AWBZ. Onder de AWBZ geeft het CIZ geen indicaties af voor AWBZ-zorg die in het buitenland noodzakelijk wordt. Het gaat daarbij om zorg die wordt ingeroepen door verzekerden in het buitenland die voorafgaand aan hun vertrek nog niet door het CIZ waren geïndiceerd (spoedeisende zorg en zorg voor verzekerden die in verband met werk of studie in het buitenland verblijven). De AWBZ regelde dat de CIZ-indicatie, afhankelijk van de woonplaats van betrokkene, gemeentelijk werd georganiseerd. Bij gebreke van een gemeentelijke woonplaats was er ook geen CIZ dat bevoegd was te indiceren. Het Besluit zorgaanspraken AWBZ regelde daarom dat de indicatiestelling door een onafhankelijk arts ter plaatse diende te geschieden.

Onder de Wlz bepaalt het CIZ de toewijzing voor zorg in natura. De in het buitenland verleende Wlz-zorg betreft, evenals dat onder de AWBZ het geval was, veelal geen gecontracteerde natura-zorg. De verleende zorg wordt op basis van de ingediende rekening door de Wlz-uitvoerder vergoed. Voor de toepassing van de «buitenlandregeling» is het ook in het kader van de Wlz praktischer de zorgbehoefte door een onafhankelijk arts ter plaatse te doen vaststellen. Het is dan aan de Wlz-uitvoerder om te beoordelen of sprake is van voor vergoeding in aanmerking komende zorg.

Op besluiten van de Wlz-uitvoerder is de bezwaar- en beroepsprocedure van toepassing voorzien in paragraaf 3 van de Wlz.

Met betrekking tot de reactie van het College voor de Rechten van de Mens op de consultatieversie wordt het volgende opgemerkt. Het College is van mening dat er sprake is van verslechtering van rechten, die daarin gelegen is dat sommige vormen van zorg waarop ingevolge de AWBZ

recht bestaat worden overgeheveld naar de Wmo 2015. Zoals ook in de memorie van toelichting aangegeven, is de regering van mening dat de voorgestelde wijzigingen vallen binnen hetgeen artikel 4 van het Internationale verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (IVESCR) de verdragspartijen toestaat. Voorts is in de memorie van toelichting aangegeven, dat het overhevelen van vormen van zorg naar de Wmo 2015 past bij de maatschappelijke trend dat ouderen zo lang mogelijk thuis willen wonen. Dit geldt ook voor de uit het Internationale verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (IVRPH) voortvloeiende wens om dergelijke personen te helpen deel te nemen aan de maatschappij. Waarom zou deze maatschappelijke trend, zoals hier steeds benoemd, in strijd zijn met het wettelijk recht op zorg? De leden van de PVV-fractie vragen wat het afschaffen van het wettelijk recht op zorg te maken heeft met deze trend. Kunnen mensen niet langer thuis wonen met een wettelijk recht op zorg? Deze leden denken dat het zelfs beter en langer mogelijk is met een wettelijk recht op zorg. Graag ontvangen zij een toelichting.

Anders dan de leden van de PVV-fractie lijken aan te nemen, staat in de nota naar aanleiding van het verslag niet dat langer thuis wonen niet samengaat met een wettelijk recht op zorg.

Met de hervorming van de langdurige zorg wil het kabinet het stelsel van langdurige zorg en ondersteuning beter laten aansluiten bij de ontwikkelingen en eisen van deze tijd. Zowel in de ouderenzorg, de geestelijke gezondheidszorg als in de gehandicaptenzorg is een trend waarneembaar van langere actieve participatie en een grotere zelfstandigheid en zelfredzaamheid, wat ondermeer tot uitdrukking komt in woonvormen die beter passen bij de individuele wensen en mogelijkheden van cliënten.

De veranderde behoefte aan passende zorg en ondersteuning vraagt om een multidisciplinair aanbod vanuit een medische, sociale en psychische invalshoek en om meer coördinatie, samenhang en lokaal maatwerk. Met de hervorming wordt beoogd fragmentatie en versnippering van zorg en ondersteuning tegen te gaan door de (soms meervoudige) zorgbehoefte van mensen meer integraal te benaderen. Door de nieuwe ordening van zorg en ondersteuning ontstaat meer ruimte voor lokaal individueel maatwerk en ontstaan er meer mogelijkheden voor de noodzakelijke verbinding tussen het medische en het sociale domein. Om deze doelstelling te bereiken, worden de taken en verantwoordelijkheden van gemeenten en zorgverzekeraars uitgebreid. Zorg die verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop wordt opgenomen in het basispakket van de Zvw. Dit geldt voor de extramurale verpleging en verzorging (wijkverpleging) en de extramurale behandeling van mensen met een zintuiglijke beperking. Ondersteuningsactiviteiten die primair gericht op zijn participatie in brede zin worden onder verantwoordelijkheid van gemeenten gebracht (Wmo 2015). Voor wie – ook met steun van de omgeving – niet (meer) zelfredzaam kan zijn, is er altijd (op participatie gerichte) ondersteuning en/of passende zorg. De meest kwetsbare mensen krijgen recht op passende zorg op grond van een nieuwe volksverzekering, de Wlz. Cliënten hebben daarbij de keuze deze zorg in een instelling of thuis met een pgb of vpt te ontvangen.

De hervorming van de langdurige zorg leidt tot betere zorg en ondersteuning voor burgers, die recht doet aan de wil (en verantwoordelijkheid) om het leven naar eigen wensen in te richten, deel te nemen aan het maatschappelijke leven en elkaar daarin naar vermogen bij te staan.

Het lid van de fractie van 50PLUS/Baay leest in de nota naar aanleiding van het verslag dat het wettelijk verstrekkingspakket van het woonland ten laste komt van Nederland. Betekent dat dat deze zorg volledig wordt vergoed? Of betekent dit dat de kosten worden vergoed volgens Nederlandse marktomstandigheden, zoals het geval is bij in Nederland aangevangen zorg?

Het gaat hier om zorg die wordt vergoed in overeenstemming met de bepalingen van de Europese sociale zekerheidsverordening of in overeenstemming met bepalingen van verdragen inzake sociale zekerheid, waarbij Nederland partij is. De wijze waarop de vergoeding van zorg die op grond van die regelingen aan Nederlandse verdragsgerechtigden wordt verleend, is geregeld in die internationale regelingen. Het gaat dan in beginsel om een afrekening van de zorg op basis van de gemiddelde kosten van een verzekerde van het desbetreffende land, berekend per maand en vermenigvuldigd met het aantal maanden dat iemand in een jaar verdragsgerechtigd is. De betrokken landen kunnen ook onderling afwijkende regels overeenkomen. Zo kan desgewenst ook op basis van werkelijk gemaakte kosten (volgens de tarieven die gelden in het buitenland) worden afgerekend.

13. Juridisch kader en rechtsbescherming

De regering geeft aan dat de Wlz-uitvoerder een zorgplicht heeft. De leden van de SP-fractie vragen de regering of zij kan toelichten of de zorgplicht tevens blijft gelden voor de zorgverzekeraars.

De zorgverzekeraars spelen bij de uitvoering van de Wlz geen rol. Daarom krijgen zij in de Wlz ook geen zorgplicht. Wel behouden zij uiteraard de in de Zvw bedoelde zorgplicht jegens hun verzekerden. Die zorgplicht ziet echter op de in de Zvw geregelde curatieve zorg en niet op de in de Wlz te regelen langdurige zorg. Terecht merken de leden van de SP-fractie op dat in de Wlz de zorgplicht voor de langdurige zorg aan de Wlz-uitvoerders wordt opgedragen.

14. Toekomstperspectief

Hoewel de regering aangeeft dat er op dit moment nog geen sprake is van een specifiek toekomstbeeld, constateren de leden van de SP-fractie dat de Wlz eigenlijk een tussenwet is, zodat de stap van de langdurige zorg naar de Zvw kleiner gemaakt wordt. Kan de regering haar visie op deze mogelijke overheveling nader toelichten?

De regering ziet de Wlz niet 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.

Tegelijkertijd is de regering van mening dat in een volgende fase gezien zou moeten worden of verdere verbeteringen mogelijk zijn door overheveling van delen van de Wlz naar andere domeinen zoals de Zvw. Daarbij

maakt de regering onderscheid tussen de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg. Voor de gehandicaptenzorg, met een kleine groep cliënten met levenslange zorgvraag waar de zorg relatief voorspelbaar en geconcentreerd is, zijn verschillende modellen denkbaar. De integrale zorg voor de relatief kleine groep gehandicapten kan mogelijk via een verder geconcentreerde inkoop plaatsvinden.

Voor de intramurale ouderenzorg geldt dat het om meer mensen gaat, met een veel hogere doorstroom, die doorgaans ook (veel) gebruik maken van curatieve zorg. Voor deze groep ziet de regering dat samenwerking en afstemming tussen uitvoerders van de Wlz en de Zvw belangrijk is. De regering onderzoekt de mogelijkheid om op termijn de ouderenzorg risicodragend over te hevelen naar de Zvw.

Op korte termijn zijn deze stappen niet wenselijk en mogelijk. Voor bijvoorbeeld de overheveling van de zware ouderenzorg of naar de Zvw geldt dat daarvoor een adequaat risicovereveningsmodel nodig is dat nu nog ontbreekt. Ook de wijze van financiering van de Zvw vormt een aandachtspunt indien omvangrijke delen van de zware langdurige zorg zouden worden overgeheveld naar de Zvw. Voor beslissingen in een volgende fase is onder meer van belang aan welke voorwaarden moet worden voldaan om naar een andere uitvoeringsstructuur te gaan.

De leden van de CDA-fractie lezen dat de regering vindt dat na invoering van de Wlz gezien moet worden of verdere verbeteringen nodig zijn. Dit uitgangspunt delen genoemde leden met de regering, maar dit vroegen deze leden niet. De leden van de CDA-fractie vinden dit van een andere orde dan het feit dat de regering nu al spreekt over een lange termijnvisie waarin de Wlz in delen (doelgroepen) wordt overgeheveld naar de Zvw als zorgverzekeraars aan bepaalde eisen voldoen. Dus daarom stellen genoemde leden nogmaals de vraag: waarom heeft de regering dit opgenomen in de wet? Moeten deze leden dit zien als een tussenwet omdat de regering van mening is dat de Wlz-zorg uiteindelijk (en dat kan lang of kort duren) onderbracht moet worden in de Zvw?

De regering hecht eraan te benadrukken dat de Wlz geen tussenwet is, maar als een zelfstandige wet waarmee de noodzakelijke en wenselijke herziening van de langdurige zorg tot stand komt. Deze herziening, en daarmee 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 heeft beoogd in de paragraaf over het toekomstperspectief te laten zien dat op termijn overheveling van delen van de Wlz naar de Zvw zou kunnen bijdragen aan het verder verbeteren van zware, langdurige zorg. De regering ziet verdere overhevelingen niet als mogelijk of wenselijk op de korte termijn, maar hecht eraan om in de Memorie van Toelichting wel een doorkijk te schetsen naar de mogelijkheden in deze richting op de (middel)lange termijn en de potentiële voordelen daarvan. De regering maakt daarbij een onderscheid tussen de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg.

Voor de gehandicaptenzorg, met een kleine groep cliënten met levenslange zorgvraag waar de zorg relatief voorspelbaar en geconcentreerd is, ziet de regering verschillende mogelijke modellen. Overheveling naar de Zvw, mits een goed vereveningsmodel beschikbaar is, is één mogelijk

model. Maar er zijn meer denkbare modellen. Mogelijk kan de zorg voor de relatief kleine groep gehandicapten via een verdere geconcentreerde inkoop plaatsvinden.

Voor de intramurale ouderenzorg, met meer mensen en een hogere doorstroom, waarbij meer gebruik wordt gemaakt van de curatieve zorg, verwacht de regering dat overheveling naar de Zvw een aantal belangrijke voordelen heeft. Samenwerking en afstemming tussen uitvoerders van de Wlz en de Zvw is voor deze groep heel belangrijk. De regering onderzoekt daarom ook de mogelijkheid om op termijn de ouderenzorg risicodragend over te hevelen naar de Zvw. Voor de regering is niet het tijdpad leidend, maar aan welke voorwaarden moet worden voldaan om naar een andere uitvoeringsstructuur over te kunnen gaan.

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering inmiddels in staat is om duidelijkheid te verschaffen welke onderdelen van de Wlz zij daadwerkelijk in werking wil laten treden op 1 januari 2015 en welke niet? Is het geen wijsheid de wet een jaar later in werking te laten treden zodat voldoende tijd genomen kan worden voor een zorgvuldige voorbereiding?

Het streven is om de gehele Wlz op 1 januari 2015 in werking te laten treden, waarbij de uitvoering door betrokken partijen op een verantwoorde wijze blijft plaatsvinden. Met betrokken partijen is overleg gevoerd over de condities waaronder dit mogelijk is. Korthedshalve verwijs ik naar mijn brief aan de Kamer van 27 juni jl. over de uitvoering van de langdurige zorg in 2015.

15. Overgangssituatie, inwerkingtreding en transitie

De leden van de PvdA-fractie hebben enkele vragen over het overgangsrecht. Zij lezen dat mensen die «te licht» zullen zijn voor een Wlz-indicatie, en die een indicatie hebben voor een verblijf, maar nog extramurale zorg ontvangen, de mogelijkheid krijgen om alsnog te kiezen voor een verblijf in een instelling. Genoemde leden vragen op welke manier met de cliënten zal worden gecommuniceerd over deze mogelijkheid. Op welke termijn zullen deze cliënten hierover worden geïnformeerd? Deze leden zouden het spijtig vinden als cliënten pas van deze mogelijkheid vernemen wanneer het «keuzejaar» voorbij is. Kan de regering een inschatting maken van het aantal cliënten dat bij deze keuzemogelijkheid alsnog zal kiezen voor intramurale zorg? Is het aantal intramurale instellingsplekken op dit moment voldoende om deze eventuele verhoging van de instroom op te vangen? De leden van de PvdA-fractie begrijpen dat de regering een gefaseerde invoering van de bepalingen van de Wlz voor zich ziet. Kan de regering toelichten hoe dat praktisch vorm krijgt?

Veel cliënten met een licht zcp hebben voor hun zorgvraag alternatieven gevonden voor verblijf in een AWBZ-instelling. In de praktijk kiezen de meesten van hen ervoor om thuis zorg te ontvangen in natura. Deze extramurale zorg zal vanuit het overgangsrecht in 2015 worden voortgezet. Gedurende dat jaar kan men de AWBZ-verblijfsindicatie alsnog verzilveren. Als men duurzaam kiest voor een oplossing met thuiszorg in natura kan men opteren voor een maatwerkvoorziening vanuit de Wmo en Zvw-zorg. Uit onderzoek blijkt dat veel van deze cliënten hun opname uitstellen omdat zij gehecht zijn aan hun zelfstandigheid en de eigen woonomgeving (HHM, ZCP via extramurale functies/klassen, overleggingen van cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren, juli 2012). Het gaat dus om een bewuste keuze. Daarom is niet te verwachten dat velen na het

jaar overgangsrecht alsnog zullen kiezen voor een opname als die niet strikt noodzakelijk is. De regering verwacht dan ook niet dat er sprake zal zijn van een verhoogde instroom. De gefaseerde invoering van de Wlz is toegelicht in de brief aan de Kamer van 27 juni jl. over de uitvoering van de langdurige zorg in 2015.

De leden van de D66-fractie lezen dat voor mensen met een hoog zzp die thuis wonen er vanaf 2015 geen mogelijkheid is om de zorg te verzilveren in functies en klassen. Zij moeten vóór 1 januari 2015 de keuze maken voor een vpt, een pgb of alsnog verblijf in een instelling. Is dit nog realistisch voor 2015, zo vragen deze leden. Wordt hiermee niet onder grote tijdsdruk een keuze neergelegd bij cliënten en hun mantelzorgers?

Omwille van een zorgvuldige overgang van AWBZ naar Wlz heb ik, mede na een raadpleging van bij de langdurige zorg betrokken veldpartijen, besloten in 2015 de mogelijkheid te handhaven om thuis een verblijfsindicatie in functies en klassen af te nemen. Dit is verder toegelicht in een brief die de Kamer op 27 juni jl. heeft ontvangen. Met deze aanpassing hoeven deze cliënten met een hoog zzp niet meer voor 1 januari 2015 een keuze te maken.

De leden van de SGP-fractie vragen of de cliënten die in 2015 alsnog gebruik willen maken van hun indicatie voor verblijf in 2015 die mogelijkheid ook daadwerkelijk bij de bestaande aanbieder kunnen verzilveren. Kunnen deze aanbieders aanspraak maken op de vergoeding voor verblijf, zo vragen zij.

De cliënten die in 2015 alsnog gebruik willen maken van hun indicatie voor verblijf kunnen kiezen uit het beschikbare zorgaanbod dat de Wlz-uitvoerder heeft gecontracteerd. Het gaat dan om de cliënten met een laag ZP die kiezen voor opname in de Wlz-instelling. Deze cliënten hebben nu vaak thuiszorg van een zorgaanbieder. Mogelijk biedt deze zorgaanbieder ook Wlz-verblijf. Ongetwijfeld zal de Wlz-uitvoerder een eventuele wens om te zijner tijd te worden opgenomen bij een locatie van deze zorgaanbieder naar vermogen respecteren. De Wlz-uitvoerder heeft immers de plicht passende zorg in te kopen en zal de cliënt zo goed mogelijk aan een passend aanbod helpen. De zorgaanbieder zal de zorg leveren tegen de daarvoor afgesproken tarieven. Als een opname bij de betreffende zorginstelling niet realiseerbaar is, kan de cliënt niet van de Wlz-uitvoerder eisen voor hem toch een opname bij deze zorgaanbieder te realiseren.

In antwoord op vragen van diverse partijen geeft de regering aan dat er middelen zijn gereserveerd voor mensen met een laag zzp die gebruikmaken van het overgangsrecht. Het lid van de fractie van 50PLUS/Baay gaat uit van de middelen genoemd in tabel 7.1 van de memorie van toelichting. Is er een inschatting gemaakt welk percentage van de rechthebbenden hier daadwerkelijk gebruik van gaat maken? Is de hoeveelheid aan middelen hierop gebaseerd? Zo niet, waar is dit dan op gebaseerd? Hoe wordt gerealiseerd dat er voldoende plaatsingscapaciteit is, nu het aantal beschikbare plaatsen in een instelling wordt verminderd door zowel regeringsbeleid als door zorgkantoren, die het aantal beschikbare plaatsen versneld afbouwen? Binnen welke concrete termijn moet iemand, die aangeeft van het overgangsrecht gebruik te willen maken, een plek toegewezen krijgen? Is hier een deadline aan verbonden?

Veel cliënten met een licht ZP hebben voor hun zorgvraag alternatieven gevonden voor verblijf in een AWBZ-instelling. In de praktijk kiezen de meesten van hen er voor om in hun eigen woning zorg in natura te

ontvangen. Deze extramurale zorg zal vanuit het overgangsrecht worden voortgezet. Gedurende dat jaar kan men de AWBZ-verblijfsindicatie alsnog verzilveren. Als men duurzaam kiest voor een oplossing met thuiszorg in natura kan men opteren voor een maatwerkvoorziening vanuit de Wmo en Zvw-zorg. Uit onderzoek blijkt dat velen hun opname uitstellen omdat zij gehecht zijn aan hun zelfstandigheid en de eigen woonomgeving (HHM, ZZP via extramurale functies/klassen, overwegingen van cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren, juli 2012). Het gaat dus om een bewuste keuze. Daarom is niet te verwachten dat velen na het jaar overgangsrecht alsnog zullen kiezen voor een opname als die niet strikt noodzakelijk is. Ook de hoeveelheid middelen is gebaseerd op deze aanname. De regering verwacht dan ook dat er voldoende capaciteit in instellingen beschikbaar zal zijn, waardoor ook plaatsing in een instelling binnen redelijke termijnen (Treeknorm) mogelijk zal zijn.

16. Nota van wijziging

De leden van de VVD-fractie vragen of de regering kan bevestigen dat ook in de Wlz een perspectief op genezing of verbetering van de situatie gehanteerd wordt. Zo nee, waarom niet? Zo ja, kan de regering dit nader onderbouwen?

In de Zvw zijn de prikkels voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders zoveel mogelijk op herstel en ambulantisering gericht, terwijl de Wlz juist ook bedoeld is om de stabiliteit van langdurig verblijf te bieden. Dat neemt niet weg dat in de langdurige ggz ook de zorg voor cliënten die onder het regime van de Wlz vallen, waar mogelijk gericht moet zijn op herstel en ambulantisering. De initiatieven in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ en de transitieafspraken langdurige ggz, geven blijk van de wil in het veld om te investeren in de verbetering van de langdurige ggz. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het Plan van Aanpak voor EPA-zorg en aan het voorstel om een landelijk innovatieprogramma voor de langdurige ggz op te zetten.

De leden van de VVD-fractie constateren verder dat de uitgaven Zvw structureel met € 310 miljoen stijgen en dat daarnaast € 430 miljoen van de huidige AWBZ-middelen voor de Wlz worden bestemd. Genoemde leden vragen of nader kan worden toegelicht hoe deze twee bedragen zijn opgebouwd, inclusief een jaarlijks overzicht van 2015–2017. Kan deze passage nader worden toegelicht, waarbij ingegaan wordt op de verhouding tussen deze twee bedragen en waarom er naast het bedrag van € 310 miljoen ook sprake is van een bedrag van € 430 miljoen?

De regering licht graag nader toe hoe deze bedragen zijn opgebouwd. Uit realisatiegegevens van de NZa blijkt dat de totale uitgaven aan GGZ-B in 2013 € 717 miljoen bedroegen. Hiervan had € 565 miljoen betrekking op ZZP's GGZ-B, 112 miljoen op kapitaallasten en 39 miljoen op klinisch intensieve behandeling voor GGZ-B-cliënten. Om te bepalen welk deel van de GGZ-B-middelen overgaat naar de Zvw respectievelijk de Wlz heeft de regering gebruik gemaakt van gegevens van VEKTIS. Op peildatum 31 december 2013 maakten circa 7.300 mensen gebruik van zorg op basis van een ZZP B-indicatie. Het aandeel in de totale uitgaven van GGZ-B cliënten dat korter dan drie jaar gebruik maakt van intramuraal verblijf gericht op behandeling bedraagt circa 42%. Het aandeel in de totale uitgaven van cliënten dat drie jaar of langer gebruik maakt van intramuraal verblijf gericht op behandeling bedraagt circa 58%. Op basis van deze aandelen zijn de totale GGZ-B-uitgaven verdeeld over Zvw en Wlz. Onderstaande tabel geeft een overzicht voor de periode 2015–2017. Voor deze jaren is uitgegaan van groeimiddelen conform de demografische ontwikkeling (1,4%).

Tabel: verdeling middelen GGZ-B over Zvw en Wlz

<i>bedragen in mln eur</i>	2015	2016	2017
Zvw (42%)	310	315	320
Wlz (58%)	430	435	440
Totaal	740	750	760

Zorginstituut Nederland zal binnenkort opdracht krijgen om een voorstel te doen voor objectieve inhoudelijke toetsingscriteria voor toegang van ggz-cliënten tot de Wlz. Hoe verhouden deze nog op te stellen toegangs-criteria zich tot de algemene objectieve toegangs-criteria voor de Wlz? De leden van de VVD-fractie vragen of er verschillen zijn tussen de algemene criteria en de criteria voor de ggz-doelgroep. Zo ja, waarom?

De toegangs-criteria zoals die in de Wlz reeds vastliggen, zijn voor alle cliënten hetzelfde (de toegangs-criteria voor de Wlz zijn: een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid), op dit moment nog met uitzondering van ggz-cliënten, voor wie de driejaarstermijn geldt. Het te ontwikkelen objectieve inhoudelijke toetsingskader zal de vraag beantwoorden of sprake is van toegang tot de Wlz. Per cliëntengroep zal de uitwerking van het toetsingskader verschillen. Om te kunnen beoordelen of een cliënt aan deze toegangs-criteria voldoet, zal een nadere, geobjectieerde afweging plaatsvinden. De regering acht het prematuur om een uitspraak te doen over de uitkomsten van het advies van het Zorginstituut Nederland.

De leden van de SP-fractie vragen de regering waarom gekozen wordt voor een periode van drie jaar, voordat mensen kunnen doorstromen naar de Wlz. Kan de regering dat nader toelichten? Kan de regering tevens aangeven wat de uitstroom van mensen in de langdurige ggz in het eerste jaar en in het tweede jaar precies is? Kan de regering dat concretiseren in aantallen en percentages?

Het doel van de verschuiving van de jaargrens naar drie jaar, is dat de zorg voor een groep patiënten waarbij het perspectief op (spoedig) herstel en/of een overgang naar ambulante zorg en ondersteuning vrij groot is onder de Zvw komt te vallen. Daarmee worden aanbieders en zorgverzekeraars gestimuleerd om ook voor deze groep in te blijven zetten op herstel, participatie en ambulantisering. Zeker kan de regering nader ingaan op de uitstroom van mensen met een ZZP B. Bij Vektis zijn gegevens opgevraagd om de uitstroom van mensen met een ZZP B in kaart te kunnen brengen. Daartoe is door Vektis voor alle mensen die tussen 1-1-2010 en 1-11-2011 een ggz dbc met verblijf hadden, in beeld gebracht of zij in januari 2012 een ZZP GGZ B hadden, en of zij die in januari 2013 en november 2013 nog steeds hadden. Onderstaande tabel geeft de resultaten van deze uitvraag weer.

	Jan 2012	Jan 2012 tot jan 2013	Jan 2012 tot nov 2013
Totaal aantal personen met een ggz dbc met verblijf in 2011, en een ZZP B in genoemde periode	1.367	640	424
Uitstroom ten opzichte van januari 2012; aantal personen	0	727	943
Uitstroom ten opzichte van januari 2012; percentages	0	53%	69%

De gebruikte gegevensset van Vektis heeft enige beperkingen, waardoor niet precies in beeld kan worden gebracht hoeveel mensen met een ZZP B uitstromen. Zo komen mensen die in 2011 instroomden in de AWBZ, maar in datzelfde jaar alweer uitstroomden, niet in beeld. De werkelijke instroom in de AWBZ was in 2011 dus groter dan het genoemde aantal van 1367 personen. Uit de tabel kan dan ook worden afgeleid dat van de mensen die in 2011 met een ZZP B instroomden in de AWBZ, na twee tot drie jaar intramuraal verblijf *minimaal* 53% weer uitstroomde. Na 3 tot (bijna) 4 jaar was dat *minimaal* 69%. Na twee tot drie jaar is dus meer dan de helft van de groep uitgestroomd. Deze uitstroomt lijkt vervolgens af te vlakken. Uitstroom kan wijzen op herstel, of op een overgang naar ambulante zorg.

De regering geeft in haar toelichting aan dat op dit moment criteria ontbreken die beoordelen of iemand die voor een ggz-behandeling in een instelling wordt opgenomen daar blijvend op zal zijn aangewezen. De leden van de SP-fractie willen weten waarom dergelijke criteria op dit moment ontbreken. Kan de regering dat nader toelichten?

Voor de toegang tot de langdurige ggz in de AWBZ was tot op heden de vraag of een cliënt blijvend op deze zorg was aangewezen niet relevant. Bij het beoordelen van een verzoek om een ZZP B indicatie volstond het feit dat iemand 365 dagen onafgebroken opgenomen was in een psychiatrisch ziekenhuis voor toegang tot de AWBZ. De Tweede Kamer heeft mij verzocht om de Wlz open te stellen voor ggz patiënten. Ik beoog de toegang in de Wlz plaats te laten vinden op basis van objectieve inhoudelijke criteria. Toegang kan dan plaatsvinden ongeacht de vraag of iemand op het moment van aanvraag zorg en ondersteuning krijgt vanuit de Zvw of de Wmo: wanneer iemand aangewezen lijkt op Wlz-zorg, kan daar direct een indicatie voor worden aangevraagd. Voordat het zover is, moet echter nog het een en ander gebeuren. In mijn brief van 6 november 2013 over de nadere uitwerking van de brief Hervorming Langdurige Zorg gaf ik al aan dat experts en brancheorganisatie het er over eens zijn dat het lastig is om vooraf te bepalen of iemand blijvend zal zijn aangewezen op (intramurale) zorg. Door de geraadpleegde experts werd gesteld dat de ernst van de aandoening, de duur van de behandeling of de diagnose alleen geen goede voorspellers zijn voor de behoefte aan zorg op de langere termijn. Om die reden vraag ik het Zorginstituut om mij te adviseren over objectieve inhoudelijke toetsingscriteria voor toegang van ggz-cliënten tot de Wlz.

Voorts zijn genoemde leden benieuwd waarom de regering ervoor kiest om indicatiebesluiten in de Wlz elke keer met drie jaar te verlengen. Kan de regering daar nader op ingaan?

Het in de Wlz laten instromen van cliënten die drie jaar opgenomen zijn geweest, is een tijdelijke oplossing in afwachting van de ontwikkeling van objectieve inhoudelijke toetsingscriteria voor toegang voor ggz-cliënten tot de Wlz. Om die reden hebben de indicatiebesluiten voor de langdurige ggz geen onbeperkte geldingsduur. Het is namelijk wenselijk dat ook voor mensen die nu op basis van de driejaarsgrens instromen in de Wlz, bezien wordt of Wlz-zorg het meest passend is. Het is namelijk goed mogelijk dat in deze groep mensen zitten voor wie bij toetsing aan de inhoudelijke toegangscriteria zou blijken dat zorg of ondersteuning vanuit een ander domein, bijvoorbeeld een beschermende woonomgeving in gemeentelijk domein, of Zvw-verblijf gericht op behandeling, meer passend is. Tegelijkertijd is het niet wenselijk om de indicatietermijn af te laten hangen van het moment waarop de inhoudelijke toetsingscriteria ingaan. Daarom is gekozen voor een geldigheidsduur van drie jaar. Dit biedt voldoende zekerheid aan cliënten, maar biedt tevens de mogelijkheid voor

toetsing aan de inhoudelijke toegangscriteria zodra deze zijn ingevoerd. De regering streeft er overigens naar de inhoudelijke toetsingscriteria zo snel mogelijk in te voeren, dus in de praktijk zal er zal waarschijnlijk geen sprake zijn van het «elke drie jaar verlengen» van het indicatiebesluit.

Verder vragen de leden van de SP-fractie een nadere toelichting waarom de regering het advies van het Zorginstituut niet heeft overgenomen, waarin wordt voorgesteld om bij de afschaffing van de AWBZ, iedereen met een ggz-behandeling voor verblijf in te laten stromen in de Wlz. Hoe gaat de regering regelen dat mensen geen problemen krijgen met verschillende eigen betalingen en overdrachten van dossiers tussen uitvoeringsorganen? Hoewel de regering aangeeft dat zij geen problemen met de financieringssystematiek verwacht, zijn genoemde leden wel benieuwd wat de regering gaat doen als dat wel het geval blijkt te zijn. Is er dan een (nood)scenario voorhanden?

Door mensen die nog geen drie jaar zijn opgenomen onder te brengen in de Zvw, wordt voorkomen dat mensen die nog een reëel perspectief op uitstroom en herstel hebben, in de Wlz komen. Zorgverzekeraars worden meer dan voorheen verantwoordelijk voor het gehele behandelingstraject, zowel klinisch als ambulante. Daarmee worden aanbieders en zorgverzekeraars gestimuleerd om in te blijven zetten op herstel, participatie en ambulantisering.

Een aanzienlijk deel van de mensen die op 1 januari 2015 korter dan twee jaar en negen maanden een ZZP B hebben en die ingevolge de nota van wijziging derhalve naar het Zvw-domein overgaan, zal waarschijnlijk uitstromen naar ambulante zorg of een beschermende woonvorm. De veronderstelling van het Zorginstituut dat mensen na een aantal jaar weer door stromen naar de Wlz, geldt dan ook waarschijnlijk maar voor een beperkt deel van deze groep. Mede vanwege het advies van het Zorginstituut is er wel voor gekozen om mensen die mogelijk al na minder dan drie maanden door zouden stromen naar de Wlz, direct in de Wlz te laten instromen. Zo wordt voorkomen dat mensen binnen zeer korte tijd tweemaal te maken krijgen met een verandering van financieringssystematiek, en is er voldoende tijd voor de indicatiestelling.

Uiteraard wil de regering voorkomen dat mensen problemen krijgen met de verschillende eigen betalingen en de overdrachten van dossiers. De effecten van de veranderingen in de hoogte van eigen betalingen zullen echter meestal beperkt zijn, daar verwacht de regering dan ook geen grote problemen. Op het gebied van dossieroverdracht is van belang dat zorgverzekeraars en zorgkantoren vanwege de eerdere overhevelingen van zorg vanuit de AWBZ naar de Zvw voldoende ervaring met onderlinge gegevensoverdracht hebben om dit goed te laten verlopen. Dossieroverdracht tussen CAK en zorgverzekeraars op het gebied van de eigen betalingen is niet nodig, omdat anders dan in de AWBZ (en straks in de Wlz) in de Zvw geen sprake is van een inkomensafhankelijke eigen bijdrage.

De regering ziet dan ook geen aanleiding tot het opstellen van een (nood)scenario. Tegelijkertijd is niet te voorkomen dat iedere transitie toch vragen en onduidelijkheden oproept. Daarom is voor én na 1 januari 2015 goede communicatie over de veranderingen essentieel. Ook op het gebied van de langdurige ggz investeer ik in goede informatievoorziening. Zo is op rijksoverheid.nl/hlz onlangs een factsheet gepubliceerd over de veranderingen in de langdurige ggz. Daarin wordt ook uitdrukkelijk aandacht besteed aan de veranderingen op het gebied van de eigen betalingen. Deze factsheet en de informatie daaruit wordt ook actief onder de aandacht gebracht via de deelnemers aan de transitieafspraken voor

de langdurige ggz, zodat ook behandelaars, begeleiders, en andere hulpbronnen van patiënten goed geïnformeerd zijn. Daarnaast is in de transitieafspraken langdurige ggz afgesproken dat VWS geld reserveert voor onder andere initiatieven op het gebied van cliëntcommunicatie en -ondersteuning. Het Landelijk Platform GGZ heeft hierin het voortouw.

De leden van de SP-fractie vragen de regering waarom mensen die de periode van drie jaar onderbroken hebben, niet terug kunnen keren voor ggz-zorg in de Wlz? Wat als om een of andere reden dit niet haalbaar is voor een persoon, zodra bijvoorbeeld ziekteverschijnselen terugkomen? Waarom wordt er niet voor gekozen om deze mensen bij terugkeer in de Wlz te plaatsen, als blijkt dat de psychische aandoening langdurig is? Hoewel de regering een periode van 90 dagen heeft ingesteld, bepaalt de regering alsnog een limiet voor terugkeer in de Wlz. Waarom wordt er precies voor 90 dagen gekozen, kan de regering dat nader toelichten?

Het recht op Wlz-zorg vervalt indien onafgebroken verblijf niet langer noodzakelijk is. Waar in de Zvw en in de AWBZ een onderbreking van dertig dagen niet als onderbreking geldt (wanneer de opname langer dan dertig dagen onderbroken wordt, wordt de zorg voortgezet in de Zvw en begint de telling voor de jaarsgrens opnieuw), is in de Wlz bewust gekozen voor een langere onderbreking voordat het recht op Wlz-zorg vervalt. Het is namelijk aannemelijk dat, zeker bij langdurige zorgtrajecten, in veel gevallen pas enige weken of maanden na ontslag blijkt of het ontslag succesvol is, of dat de ziekteverschijnselen klinische terugkeren en klinische behandeling noodzaken. Door een onderbreking korter dan negentig dagen niet als onderbreking te beschouwen, wordt zoveel mogelijk voorkomen wat de leden van de SP-fractie vrezen, namelijk dat iemand na een onsuccesvol gebleken ontslag weer voor drie jaar een beroep moet doen op de Zvw, alvorens toegang tot de Wlz mogelijk is.

De leden van de CDA-fractie lezen dat met verblijf gepaard gaande algemene behandeling slechts onder het verzekerd pakket valt indien de betrokkene ook Wlz-specifieke behandeling ontvangt en de algemene behandeling door of namens de verblijfsinstelling wordt verleend. Welke behandeling zou hier niet onder kunnen vallen?

Het antwoord op deze vraag is tweeledig. Allereerst worden de vormen van behandeling die in het door de leden van de CDA-fractie genoemde geval verzekerd zijn, opgesomd in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel d, van de Wlz. Vormen van behandeling die hier niet onder vallen, zijn derhalve nooit op grond van de Wlz verzekerd, ook niet voor mensen die in een instelling verblijven en daar Wlz-specifieke behandeling ontvangen. Te denken valt in ieder geval aan medisch-specialistische behandeling van lichamelijke klachten (zo zijn de kosten van een ziekenhuisoperatie niet voor rekening van de Wlz) alsmede aan paramedische behandelingen en behandelingen in het kader van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) voor zover deze niet te zien zijn als Wlz-specifieke behandelingen of, als het gaat om ggz-behandelingen, integraal onderdeel uitmaken van een behandeling van een in artikel 3.2.1 genoemde aandoening of beperking. Daarnaast is de door deze leden bedoelde «algemene» behandeling niet verzekerd indien deze niet door of namens de verblijfsinstelling wordt geleverd. Indien iemand die in een instelling verblijft derhalve zelfstandig contact opneemt met een behandelaar die geen banden heeft met zijn verblijfsinstelling, zullen de kosten van de behandeling niet voor rekening van de Wlz kunnen worden gebracht. Overigens zullen de kosten van «algemene» behandeling die niet op grond van de Wlz is verzekerd, doorgaans (dat wil zeggen voor zover zij in basispakket Zvw zitten) voor rekening van de zorgverzekering van betrokkene kunnen worden gebracht.

De grondslag psychiatrie is niet opgenomen in de teksten waarin staat wie recht heeft op Wlz-zorg. Dat zal moeten worden aangepast, omdat is besloten om ook mensen met de grondslag psychiatrie, die aangewezen zijn op 24-uurs toezicht, een aanspraak te geven op Wlz-zorg. Deze toevoeging maakt het wettelijk ook mogelijk om mensen met een huidig hoog zorgzwaartepakket GGZ C in de nieuwe Wlz te houden en van daaruit te onderzoeken wie er wel en wie er niet in de Wlz kan blijven. De regering heeft al ingestemd tijdens de behandeling van de Wmo 2015 met de opname van mensen in de Wlz die de grondslag psychiatrie hebben en 24/7 toezicht nog hebben. De leden van de CDA-fractie willen daarom weten of de mensen met een huidig hoog zorgzwaartepakket GGZ C in de nieuwe Wlz gehouden kunnen worden en van daaruit te onderzoeken wie er wel en wie er niet in de Wlz kan blijven of te zorgen voor een andere oplossing, dat de mensen de garantie krijgen dat hun zorg doorloopt totdat ze zijn getoetst voor de Wlz.

De regering heeft inderdaad meermaals aangegeven, in lijn met de motie-Keijzer/Bergkamp²², dat in de Wlz ook plaats zal moeten zijn voor de meest kwetsbare GGZ-cliënten. Met de Nota van Wijziging Wlz wordt inderdaad de grondslag psychiatrie opgenomen in de Wlz. Het is niet juist dat daarmee mensen met een hoog zorgzwaartepakket C in de Wlz kunnen blijven. In de brief over de positionering van de langdurige GGZ (30 597, nr. 427) is aangegeven dat het eindperspectief is, dat GGZ-cliënten op basis van objectieve inhoudelijke criteria toegang krijgen tot de Wlz. Omdat deze criteria nog moeten worden ontwikkeld, is toegang tot de Wlz op basis van inhoudelijke criteria niet haalbaar per 1 januari 2015. De regering heeft ervoor gekozen dat tot het moment dat er toegang tot de Wlz is op basis van objectieve criteria, gemeenten de verantwoordelijkheid dragen voor de ondersteuning aan alle mensen met een GGZ-C indicatie. De Wmo 2015 biedt daarbij een ruim overgangsrecht: mensen met een GGZ-C indicatie behouden hun recht op beschermd wonen gedurende ten minste vijf jaar of, indien de lopende indicatie voor een kortere periode geldt, voor de nog resterende duur van die indicatie. Dit robuuste overgangsrecht geeft samen met de gemaakte werkafspraken met veldpartijen over de transitie voldoende waarborgen dat de zorg en ondersteuning doorloopt voor mensen tot het moment dat ze in aanmerking kunnen komen voor de Wlz. De regering wil er nadrukkelijk op wijzen dat gemeenten geen vrijblijvende opdracht meekrijgen, maar op basis van de Wmo 2015 beschermd wonen moeten aanbieden aan iedereen die daarvoor in aanmerking komt.

Op dit moment ontbreken de criteria aan de hand waarvan beoordeeld kan worden of iemand die voor ggz-behandeling in een instelling wordt opgenomen, daar blijvend op zal zijn aangewezen. Deze criteria zullen zo snel mogelijk worden ontwikkeld. Tot het moment waarop deze zullen kunnen worden toegepast, zullen de eerste drie jaren gedurende welke iemand ggz-behandeling met verblijf nodig heeft, ten laste van de zorgverzekering komen. Wanneer zullen deze criteria kunnen worden toegepast, zo vragen de leden van de CDA-fractie. Wat gebeurt er in de tussentijd met iemand die korter dan drie jaar ggz-zorg vanuit de Zvw ontvangt wanneer door de behandelaar besloten wordt dat er geen sprake meer is van medische behandeling en de patiënt dus niet meer voldoet aan de criteria van de Zvw? Dit lijkt voort te vloeien uit het gevoerde schriftelijke overleg inzake de voorgenomen aanwijzing over bekostiging van de langdurige intramurale ggz. Betekent het dan dat deze persoon zich moet melden bij de betreffende gemeente?

²² Kamerstuk, 30 597, nr. 397.

De regering kan op dit moment nog niet zeggen wanneer de objectieve inhoudelijk toetsingscriteria zullen worden ingevoerd. De regering zal het Zorginstituut Nederland vragen om haar te adviseren over deze criteria. Het streven is dat dit onderzoek in februari 2015 wordt afgerond. Mede op basis van het advies van het Zorginstituut wordt een besluit genomen over de vaststelling en implementatie van de objectieve inhoudelijke criteria. Dat zal ook het moment zijn waarop een invoeringsdatum kan worden bepaald. Aangezien de invoering van inhoudelijke criteria voor toegang tot de Wlz aanpassingen op wetsniveau vereist, nu de driejaarsgrens bij Nota van Wijziging in de Wlz wordt vastgelegd, zal de invoeringsdatum niet vóór 1 januari 2016 liggen. Indien in de tussenliggende periode een behandelaar oordeelt dat behandeling en daarmee verband houdend verblijf voor iemand niet meer noodzakelijk is, zal iemand uit de instelling ontslagen worden. Of iemand zich daarna moet melden bij het gemeentelijk loket, is afhankelijk van de vraag of er nog wel zorg of ondersteuning vanuit het gemeentelijk domein noodzakelijk is, bijvoorbeeld in het geval iemand een beschermende woonomgeving nodig heeft. Van de behandelaar mag worden verwacht dat het ontslag zorgvuldig en in overleg met de patiënt plaatsvindt, en dat, in het geval van voortzetting van de ondersteuning vanuit het gemeentelijk domein, samen met de gemeente wordt gezorgd voor een vloeiende overgang.

De leden van de CDA-fractie zijn niet overtuigd waarom de huidige termijn van een jaar overgezet wordt naar een termijn van drie jaar. Zij vragen de regering wetenschappelijk onderbouwd aan te geven waarom deze termijn van drie jaar voor toegang naar de Wlz te verkiezen is boven de huidige termijn van een jaar. In een ander onderdeel van het verslag herhalen de leden van de CDA-fractie deze vraag.

Voor de driejaarsgrens is gekozen omdat uit cijfers van Vektis blijkt dat een aanzienlijk deel van de mensen die met een ZZP B instroomt in de AWBZ, in het tweede en derde jaar van opname nog uitstroomt. Het gaat hier dus om een op de praktijk gebaseerd criterium en een tussenoplossing tot op het moment dat de inhoudelijke toetsingscriteria worden ingevoerd. De regering acht het wel van belang dat Zorginstituut Nederland zich bij haar advisering over de objectieve inhoudelijke toegangscriteria baseert op de huidige stand van wetenschap en praktijk.

De cliënten met indicatie zpz GGZ 6c wonen nu beschermd met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging. Deze worden een verantwoordelijkheid van de gemeenten. Zitten de kosten hiervan in de overheveling van middelen? Is het mogelijk dat deze groep cliënten in aanmerking gaat komen voor een Wlz-indicatie? Heeft de regering zicht op de zwaarte van hun zorgbehoefte? Anders gezegd: hoeveel jaar verblijven deze mensen al in hun beschermde woonomgeving? Analoog aan het criterium van drie jaar dat de regering gekozen heeft voor de GGZ B-pakketten is de vraag gerechtvaardigd of deze cliënten niet in aanmerking zouden moeten komen voor Wlz-financiering. Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie een reactie hierop van de regering.

Bij de middelen die aan gemeenten zullen worden uitgekeerd in verband met hun nieuwe taak voor beschermd wonen wordt aangesloten bij de budgetten zoals die er nu zijn voor beschermd wonen (GGZ ZZP-C) in de AWBZ. Deze middelen worden zonder korting overgeheveld en zijn bedoeld voor het wonen en de zorg en ondersteuning. Of cliënten met een indicatie GGZ-6C in aanmerking zullen komen voor de Wlz (op basis van de nog te ontwikkelen objectieve inhoudelijke criteria) valt nu nog niet te zeggen, aangezien die criteria er nog niet zijn. In algemene zin valt echter te verwachten dat cliënten met een hoog zorgzwaartepakket eerder in

aanmerking zullen komen voor de Wlz dan cliënten met een laag zorgzwaartepakket. Het zicht op hun zorgbehoefte bestaat op dit moment uit de wetenschap dat deze mensen bij het ClZ een indicatie voor een ZZP GGZ 6-C hebben gekregen, wat betekent dat zij volgens de indicatiestellers behoefte hebben aan beschermd wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging. Niet bekend is hoe lang mensen met deze indicatie in hun beschermde woonomgeving verblijven. Bij beschermd wonen ligt de nadruk echter meer op wonen (in een beschermende omgeving) dan op zorg (die overigens wel gewoon ambulante beschikbaar is) en is het dus veel minder ongebruikelijk dat het verblijf van lange duur is, ongeacht de intensiteit van ondersteuning en zorg. De regering ziet een driejaarscriterium voor de toegang tot de Wlz, analoog aan de GGZ-B-pakketten, voor beschermd wonen dus niet als wenselijk. Wanneer daarentegen iemand drie jaar of langer intramuraal *behandeld* wordt (GGZ ZZP-B), is de kans groot dat hij blijvend is aangewezen op zware intramurale zorg uit hoofde van de Wlz. Gedurende de eerste drie jaar intramurale behandeling vindt nog veel uitstroom plaats. Vandaar dat voor die groep al wel eerder toegang tot de Wlz mogelijk wordt. De regering wijst er overigens op dat ook wanneer iemand voor een langere periode of zelfs levenslang een beroep doet op een beschermende woonomgeving, daarin goed kan worden voorzien vanuit de doelstellingen van de Wmo 2015.

Wanneer een cliënt niet tevreden is over de zorg en behandeling die hij ontvangt ingevolge de Zvw en hij wil geplaatst worden in een Wlz-gefinancierde instelling kan hij daar dus niet in komen totdat de nieuwe criteria gelden en de Wlz overeenkomstig is aangepast. Klopt deze stelling, zo vragen deze leden van de CDA-fractie.

De stelling van de leden van de CDA-fractie gaat ervan uit dat er in de ggz een onderscheid is tussen Zvw- en Wlz gefinancierde instellingen. Voor verblijf gericht op behandeling (ZZP GGZ B) is dat onderscheid er op dit moment niet. ZZP GGZ B wordt alleen aangeboden door instellingen die ook klinisch verblijf op grond van de Zvw aanbieden. Wanneer een patiënt over zou willen stappen naar een andere instelling omdat hij ontevreden is over de zorg en behandeling in zijn huidige instelling, is het ontbreken van een Wlz-indicatie dus geen belemmering. Belangrijker is of de zorg die de betreffende instelling biedt aansluit op de hulpvraag van de cliënt.

De af te geven indicaties gelden voor drie jaar, zo lezen de leden van de CDA-fractie. Waarom is er voor ggz-patiënten gekozen voor een duur van drie jaar en voor andere Wlz-gerechtigden voor een indicatie met onbepaalde termijn? Of is de regering voornemens om wanneer de indicatiecriteria bekend zijn, het algemene regime van de Wlz voor de duur van de indicaties ook te laten gelden voor ggz-indicaties? Zo nee, waarom niet?

Het in de Wlz laten instromen van cliënten die drie jaar opgenomen zijn geweest, is een tijdelijke oplossing in afwachting van de ontwikkeling van objectieve inhoudelijke toetsingscriteria voor toegang voor ggz-cliënten tot de Wlz. Om die reden hebben de indicatiebesluiten voor de langdurige ggz geen onbeperkte geldingsduur. Het is wenselijk dat ook voor mensen die nu op basis van de driejaarsgrens instromen in de Wlz, bezien wordt of Wlz-zorg het meest passend is. Het is namelijk goed mogelijk dat in deze groep mensen zitten voor wie bij toetsing aan de inhoudelijke toegangscriteria zou blijken dat zorg of ondersteuning vanuit een ander domein, bijvoorbeeld een beschermende woonomgeving in gemeentelijk domein, of Zvw-verblijf gericht op behandeling, meer passend is. Tegelijkertijd is het niet wenselijk om de indicatietermijn af te laten hangen van het moment waarop de inhoudelijke toetsingscriteria ingaan,

al was het maar nog niet vaststaat wanneer die criteria zullen kunnen worden ingevoerd. Daarom is gekozen voor een geldingsduur van drie jaar. Dit biedt voldoende zekerheid aan cliënten, maar biedt tevens de mogelijkheid voor toetsing aan de inhoudelijke toegangscriteria zodra deze zijn ingevoerd. Alsdan zullen cliënten, als ze aan de criteria voldoen, naar verwachting een indicatie voor onbepaalde duur kunnen krijgen.

Cliënten die op de dag waarop de Wlz in werking treedt wel al een jaar ggz-behandeling met verblijf ten laste van hun zorgverzekering hebben gehad maar nog geen twee jaar ggz-behandeling met verblijf ten laste van de AWBZ hebben gehad, gaan op dat moment over naar de Zvw. Reden hiervoor is dat de kans op verbetering van hun gezondheid onder de Zvw groter is dan onder de Wlz. De leden van de CDA-fractie vragen de regering te onderbouwen waarop dit gebaseerd is. Indien dit cijfermatig en wetenschappelijk te onderbouwen is, vragen de leden van de CDA-fractie of dit niet een zeer negatieve waardering is van de zorg die in intramurale ggz-instellingen gegeven wordt. En als dat zo is, vragen deze leden de regering hoe tot verbetering van deze zorg gekomen kan worden. Immers, ook binnen de Wlz-zorg moet men erop gericht blijven het intramuraal verblijven niet langer te laten duren dan noodzakelijk.

Voor de driejaarsgrens is gekozen omdat uit cijfers van Vektis blijkt dat een aanzienlijk deel van de mensen die met een ZZP B instroomt in de AWBZ, in het tweede en derde jaar van opname nog uitstroomt. Het doel van de verschuiving van de jaargrens naar drie jaar, is dat de zorg voor een groep patiënten waarbij het perspectief op (spoedig) herstel en/of een overgang naar ambulante zorg en ondersteuning vrij groot is onder de Zvw komt te vallen. Daarmee worden aanbieders en zorgverzekeraars gestimuleerd om ook voor deze groep in te blijven zetten op herstel, participatie en ambulantisering. In de Zvw zijn de prikkels voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders daar zoveel mogelijk op gericht, terwijl de Wlz juist bedoeld is om de stabiliteit van langdurig verblijf te bieden. Daarmee is natuurlijk niet gezegd dat behandelaars in de intramurale ggz bij patiënten die in de AWBZ (of straks in Wlz) zitten niet streven naar herstel en ambulantisering. De regering is het met de leden van de CDA-fractie eens dat men ook binnen de Wlz-zorg gericht moet blijven op ambulantisering, en het is zeker niet de bedoeling van de regering om een negatieve waardering van de zorg in intramurale ggz instellingen te geven. Daarbij wil de regering opmerken dat de initiatieven in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ en de transitieafspraken langdurige ggz juist blijken geven van de wil van het veld om te investeren in de verbetering van de langdurige ggz. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het Plan van Aanpak voor EPA-zorg en aan het voorstel om een landelijk innovatieprogramma voor de langdurige ggz op te zetten.

Voor de groep ouderen met ggz-problematiek met een intramurale indicatie (al dan niet intramuraal verblijvend) vragen de leden van de CDA-fractie meer duidelijkheid over het overgangsrecht. Gaat deze groep indien zij op 1 januari 2015 nog niet drie jaar intramuraal verblijven over naar de Zvw? Zo ja, is het dan geen wijsheid deze cliënten direct onder de Wlz te brengen? De verwachting is ook hier dat met het voortschrijden van de jaren eerder wel dan niet een verzwaring van de zorgvraag zich voor zal doen.

Volwassenen met een ZZP GGZ B gaan, ongeacht hun leeftijd, per 1 januari 2015 over naar de Zvw indien zij nog geen twee jaar en negen maanden intramuraal verblijven. Indien ouderen met psychische problemen echter een intramurale indicatie hebben met een andere grondslag, bijvoorbeeld vanwege een psychogeriatrische aandoening, stromen zij door naar de Wlz. En indien aan de ouderdom gerelateerde

problematiek in de loop der tijd naar de voorgrond schuift, en intramuraal verblijf gericht op ggz-behandeling niet meer passend is, is het natuurlijk mogelijk om een indicatie aan te vragen voor Wlz-zorg met een andere grondslag. Het is dus niet nodig om hier onderscheid te maken tussen ouderen en andere mensen met een ZZZP GGZ B indicatie.

Studenten met autisme die in een wooninitiatief van Stumass wonen hebben een zzzp GGZ 2c of zzzp GGZ 3c indicatie. Hun indicaties zijn meestal voor een relatief korte periode (1 tot 3 jaar) afgegeven, omdat de zorgvraag van mensen met autisme sterk kan toe- of afnemen in deze levensfase (18 tot 27 jaar). Van ongeveer de helft van de cliënten van deze organisatie verloopt hun zzzp GGZ indicatie in de eerste helft van 2015. Zoals de plannen nu voorliggen, moeten zij bij het aflopen van hun zzzp-indicatie naar het Wmo-loket van de centrumgemeente voor een Wmo-maatwerkvoorziening. De meeste centrumgemeenten hebben echter nog geen concreet plan van aanpak over hoe de toegang van het beschermd wonen georganiseerd gaat worden en op basis van welke criteria een aanvraag beoordeeld gaat worden. Voor een grote groep cliënten van Stumass die nu naar tevredenheid specialistische zorg georganiseerd hebben in het wooninitiatief en succesvol studeren aan een universiteit of hbo, breekt hierdoor nu al een periode van grote onzekerheid aan. Het is voor deze cliënten onzeker of zij hun zorg in het wooninitiatief kunnen behouden en hun studie kunnen voortzetten. Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie een reactie hoe te voorkomen dat deze cliënten tussen wal en schip vallen.

Op basis van de Wmo 2015 krijgen gemeenten de opdracht om vanaf 2015 een maatwerkvoorziening beschermd wonen te bieden aan mensen die daarvoor in aanmerking komen. Om dat te kunnen bepalen is de gemeente gehouden om na een melding een onderzoek uit te voeren, waaraan in de wet diverse eisen zijn verbonden. Er zal dus sprake zijn van een zorgvuldige procedure. Via de Wmo 2015 is dus geregeld dat mensen die beschermd wonen nodig hebben dat ook in 2015 zullen ontvangen. Bovendien biedt de Wmo 2015 de mogelijkheid voor het gebruik van een pgb. Er is daarom dus geen sprake van cliënten die tussen wal en schip vallen. Dat laat onverlet dat de regering begrip heeft voor gevoelens van onzekerheid die het gevolg zijn van de veranderingen in beleid. De regering heeft er echter vertrouwen in dat gemeenten hun nieuwe taak per 2015 op adequate wijze zullen vervullen. Op dit moment wordt door gemeenten hard gewerkt aan de voorbereidingen op de nieuwe taken, ook die van beschermd wonen. Daar waar nodig ondersteunt de regering gemeenten daarin.

Door de eerste drie jaar van ggz-behandeling met verblijf voor rekening van de Zvw te laten komen stijgen de uitgaven van de Zvw structureel met € 310 miljoen. Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie de consequenties hiervan voor de premie en het eigen risico, alsmede de werkgeverslasten en de solvabiliteit. In dit nader verslag zijn deze leden hier ook uitgebreid op ingegaan. Genoemde leden zien een geactualiseerd overzicht tegemoet.

In de brief van 4 maart 2014 over de premiegevolgen van de overhevelingen (Kamerstukken II 2013/14, 30 597, nr. 424) en het daaropvolgende schriftelijk overleg met de Kamer (Kamerstukken II 2013/14, 30 597, nr. 432) is uitgebreid ingegaan op de gevolgen van de overhevelingen voor de Zvw-premie, het eigen risico, de werkgeverslasten en de solvabiliteit van verzekeraars. Daarbij is uitgegaan van het oorspronkelijke voornemen om de volledige intramurale GGZ over te hevelen naar de Zvw.

Nu de overheveling van de intramurale GGZ beperkt blijft tot de eerste drie jaar van de behandeling, valt de stijging van de nominale Zvw-premie door de overhevelingen lager uit dan waar eerder van werd uitgegaan. De tijdelijke rijksbijdrage aan de Zvw – die is gekoppeld aan de omvang van de overhevelingen – valt hierdoor eveneens lager uit. Per saldo blijft de stijging van de nominale premie door de overhevelingen in 2015 hierdoor beperkt tot maximaal € 20 op jaarbasis. De stijging van de inkomensafhankelijke bijdrage door de overhevelingen, die wordt betaald door werkgevers, zelfstandigen en mensen met een aanvullend pensioen, blijft eveneens beperkt tot circa 0,1%-punt in 2015.

De stijging van de minimaal vereiste solvabiliteit voor zorgverzekeraars valt door de beperktere overheveling van de intramurale GGZ lager uit. Ten aanzien van de gevolgen voor de reserves van zorgverzekeraars heb ik eerder aangegeven dat dit aan de verzekeraars is, dat zij de afgelopen jaren reeds hebben geanticipeerd op de overhevelingen en dat ik daarom verwacht dat zij hun bestaande reserves inzetten alvorens zij overgaan tot een premieopslag. De herpositionering van de intramurale GGZ en de bijbehorende gevolgen voor de Zvw-uitgaven brengt daar geen verandering in.

De beperktere omvang van de overheveling van de intramurale GGZ naar de Zvw heeft op zichzelf geen gevolgen voor de indexering van het verplicht eigen risico. Door de wijze waarop het eigen risico geïndexeerd wordt – in stappen van € 5 – leidt een stijging of daling van de geraamde Zvw-uitgaven in het algemeen pas tot een hoger of lager eigen risico als de omvang ruim € 0,5 miljard bedraagt. Het effect van de herpositionering van de intramurale GGZ op de geraamde Zvw-uitgaven ligt onder deze drempel. In combinatie met de nadere inzichten over de omvang van de overhevelingen op de overige terreinen waarop zorg wordt overgeheveld van en naar de Zvw is er echter wel sprake van een beperktere stijging van het verplicht eigen risico door de overhevelingen dan de € 30 waarvan tot nu toe werd uitgegaan.

In de nota naar aanleiding van het verslag is nog aangekondigd dat artikel 5.1.3, derde lid, alsmede artikel 4.2.2, zevende lid, van de Wlz geschrapt worden. Wanneer ontvangt de Kamer de desbetreffende nota van wijziging? En mogen de leden van de CDA-fractie ervan uitgaan dat deze nota geen andere wijzigingen bevat dan deze? Genoemde leden houden de mogelijkheid open dat hierover nog een nadere inbreng noodzakelijk zal blijken te zijn. De op pagina 132 van de nota naar aanleiding van het verslag aangekondigde nota van wijziging waarin de bevoegdheden van het zorgkantoor vastgesteld gaan worden kan hiertoe aanleiding geven.

De regering is voornemens de tweede nota van wijziging uiterlijk begin september naar de Kamer te zenden. In de nota van wijziging zullen allereerst wijzigingen worden opgenomen die de regering al eerder heeft aangekondigd. Zo zullen de zorgkantoren verantwoordelijk worden gemaakt voor de verstrekking van de pgb's, zal geregeld worden dat hulpmiddelen en woningaanpassingen in 2015 niet onder de dekking van de Wlz vallen (via de Invoeringswet Jeugdwet wordt geregeld dat hulpmiddelen en woningaanpassingen voor Wlz-geïndiceerden in dat jaar nog door gemeenten worden gefinancierd), zal geregeld worden dat woningaanpassingen (vanaf 2016) ook voor volwassenen onder dekking van de Wlz vallen, en zullen delegatiebepalingen worden opgenomen op grond waarvan subsidies voor het in stand houden van de infrastructuur voor extramurale zorg en kapitaallasten kunnen worden verstrekt aan zorgaanbieders die daar ook nu gelden voor ontvangen maar deze ten gevolge van de extramuralisering van zorg kunnen verliezen. Daarnaast

zal de nota van wijziging een aanzienlijk aantal technische reparaties bevatten, zoals het schrappen van de twee door de leden van de CDA-fractie genoemde bepalingen en het verbeteren van type-, spel- en verwijzingsfouten. Tot slot zullen in de nota van wijziging enkele aanpassingen worden opgenomen die de Wlz in ieder geval voor het jaar 2015 doen lijken op de AWBZ. Dit is noodzakelijk nu pas in het najaar duidelijk zal worden of de Wlz met ingang van 1 januari 2015 in werking kan treden terwijl de uitvoeringsorganisatie al in 2014 de langdurige zorg voor het jaar 2015 in moet kopen, of de AWBZ nu nog een jaar blijft bestaan of niet. In de brief over de uitvoering van de langdurige zorg, die ik de Kamer op 27 juni jl heb toegezonden, is nader ingegaan op laatstbedoelde wijzigingen.

ARTIKELSGEWIJS

Artikel 8.1.2

De leden van de SGP-fractie vragen of de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) van toepassing is op de relatie tussen cliënt en aanbieder in de Wlz en of de vertegenwoordiging van wilsonbekwamen in genoemde wetten en de Wet zorg en dwang eenduidig geregeld is.

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO; de artikelen 7:446 tot en met 7:468 van het Burgerlijk Wetboek (BW)) is van (overeenkomstige) toepassing op de relatie tussen de cliënt en de Wlz-zorgaanbieder voor zover die zorgaanbieder handelingen op het gebied van de geneeskunst verricht. Het maken van afspraken over de (wijze van) zorgverlening en het neerleggen daarvan in een zorgplan, zoals geregeld in de artikelen 8.1.1 en 8.1.3 Wlz, zijn geen handelingen op het gebied van de geneeskunst in de zin van de WGBO. In artikel 7:465, eerste tot en met vijfde lid, van het BW staat jegens wie de in de WGBO neergelegde verplichtingen moeten worden nagekomen indien de patiënt jonger dan twaalf jaar of wilsonbekwaam is. De regering is van mening de inhoud van deze artikelleden ook van toepassingen dient te zijn op verplichtingen die in de artikelen 8.1.1. en 8.1.3 Wlz zijn geregeld. Om die reden is de inhoud van artikel 7:465, eerste tot en met vijfde lid, BW – zij het in iets andere bewoordingen – overgenomen in artikel 8.1.2 Wlz.

De bepalingen die het wetsvoorstel «Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten» (Kamerstukken I 2013/14, 31 996, A) over het opstellen van het zorgplan bevat, dienen jegens de cliënt of «de vertegenwoordiger» nagekomen te worden. In artikel 1 van laatstgenoemd wetsvoorstel wordt het begrip «vertegenwoordiger» gedefinieerd als de wettelijke vertegenwoordiger van de cliënt, of, bij ontstentenis daarvan, degene die de cliënt schriftelijk heeft gemachtigd in zijn plaats te treden of, bij ontstentenis ook daarvan of indien zo'n gemachtigde niet optreedt, de echtgenoot, de geregistreerd partner of andere levensgezel of, indien deze ontbreekt of niet wenst op te treden, een ouder, kind, broer of zus van de cliënt. In dezen komen de vertegenwoordigers in de zin van het wetsvoorstel «Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten» derhalve overeen met degenen jegens wie ingevolge artikel 7:465 BW respectievelijk artikel 8.1.2 Wlz de WGBO-verplichtingen respectievelijk de verplichtingen van de artikelen 8.1.1 en 8.1.3 Wlz dienen te worden nagekomen indien een patiënt of cliënt jonger dan twaalf jaar of wilsonbekwaam is.

Artikel 11.1.1

De leden van de VVD-fractie vragen waarom er bij het overgangsrecht voor verzekerden met een «laag» zzp die wonen in een kleinschalig wooninitiatief sprake is van een onderscheid tussen wooninitiatieven met pgb-gefinancierde zorg en wooninitiatieven waarin de bewoners zorg in natura ontvangen maar niet onder toegelaten instellingen vallen?

Het artikel waar leden van de VVD-fractie naar vragen ziet op het overgangsrecht voor bestaande AWBZ-cliënten. Bij dit overgangsrecht is allereerst van belang welke indicatie de verzekerde heeft gekregen. Vervolgens is voor de verzekerden met een genoemd «laag zzp» van belang op welke wijze zij de zorg ontvangen. Indien een verzekerde met een «laag zzp» in een instelling met een Wtzi-toelating verblijft of daar binnen een jaar voor kiest, valt hij onder de Wlz. Kleinschalige wooninitiatieven waarbij zorg in natura wordt verleend zijn ook toegelaten instellingen. Pgb-gefinancierde kleinschalig wooninitiatieven zijn echter geen toegelaten instellingen, zodat voor de bewoners van een dergelijk initiatief is geregeld dat zij ook recht hebben op Wlz-zorg, hoewel zij een «laag zzp» hebben. Deze kleinschalige wooninitiatieven worden daardoor, voor wat betreft dit overgangsrecht, gelijkgesteld met toegelaten instellingen.

De leden van de SGP-fractie vragen op grond van welke overwegingen de regering tot de stelling komt dat kleinschalige wooninitiatieven waarbij zorg in natura wordt verleend altijd toegelaten instellingen zijn. Hoe verklaart de regering dat er kleinschalige initiatieven zijn die geen toegelaten instelling zijn noch daarvan juridisch of fysiek onderdeel uitmaken en waarbij de zorg niet op basis van een pgb maar in natura geleverd wordt? Bovendien vragen deze leden of de regering hun visie deelt dat de wijze waarop de zorg wordt gefinancierd bij kleinschalige initiatieven niet tot uiteenlopende aanspraken dient te leiden, zodat kleinschalige initiatieven met pgb of zorg in natura gelijke kansen hebben.

Kleinschalige wooninitiatieven die worden bekostigd met pgb's hebben geen Wtzi-toelating nodig. Kleinschalige wooninitiatieven waarbij zorg in natura wordt verleend zijn toegelaten instellingen. Het komt echter ook voor dat een kleinschalig wooninitiatief zorg in natura levert en als onderaannemer van een Wtzi-toegelaten instelling werkt. Een dergelijk initiatief hoeft dan zelf geen toelating te hebben. Kleinschalige wooninitiatieven die zorg in natura leveren als hoofdaannemer en geen Wtzi-toelating hebben zijn in overtreding van de bepalingen uit de Wtzi. De IGZ kan dit handhaven, door middel van een last onder bestuursdwang. Het feit dat een cliënt kan kiezen voor zorg in natura of voor een pgb heeft geen gevolgen voor de aanspraken van de cliënt, zodat er dus geen sprake is van uiteenlopende aanspraken door de wijze van financiering.

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