

Consultatieversie Concept Wetsontwerp LIZ

HOOFDSTUK 1. Begripsbepalingen en algemene bepalingen

§1. Begripsbepalingen

Artikel 1.1.1

In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- burgerservicenummer: het burgerservicenummer, bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Wet algemene bepalingen burgerservicenummer;
- CAK: het CAK, genoemd in artikel 6.1.1;
- CIZ: het Centrum indicatiestelling zorg, genoemd in artikel 7.1.1;
- continentaal plat: de exclusieve economische zone van het Koninkrijk, bedoeld in artikel 1 van de Rijkswet instelling exclusieve economische zone, voor zover deze grenst aan de territoriale zee van Nederland;
- dossier: de schriftelijk of elektronisch vastgelegde gegevens met betrekking tot de verlening van zorg aan een cliënt;
- Fonds langdurige intensieve zorg: het fonds, genoemd in artikel 89 van de Wet financiering sociale verzekeringen;
- instelling:
 - 1°. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
 - 2°. een organisatorisch verband dat gevestigd is buiten het grondgebied van het Europese deel van Nederland en overeenkomstig de daar geldende wetgeving rechtmatig gezondheidszorg verstrekt als bedoeld bij en krachtens artikel 3.1.4;
- LIZ-uitvoerder: een rechtspersoon die geen zorgverzekeraar is, die zich overeenkomstig artikel 4.1.1 heeft aangemeld voor de uitvoering van deze wet, de met toepassing van artikel 3.2.3, eerste lid, door Onze Minister aangewezen uitvoerder daaronder begrepen;
- mantelzorger: een natuurlijke persoon die rechtstreeks voortvloeiend uit een tussen personen bestaande sociale relatie zorgt verleent en niet beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent;
- Onze Minister: Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- sociaal-fiscaalnummer: het nummer, bedoeld in artikel 2, derde lid, onderdeel k, van de Algemene wet inzake rijksbelastingen;
- solistisch werkende zorgverlener: een zorgverlener die, anders dan in dienst of onmiddellijk of middellijk in opdracht van een instelling beroepsmatig zorg verleent;
- Sociale verzekeringsbank: de Sociale verzekeringsbank, genoemd in artikel 3 van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen;
- verblijf: verblijf in een instelling als bedoeld in artikel 3.1.4, eerste lid, onder a;
- verzekeraar: een verzekeringsonderneming als bedoeld in richtlijn nr. 73/239/EEG van de Raad van de Europese Gemeenschappen van 24 juli 1973 tot coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de toegang tot het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringbranche en de uitoefening daarvan (PbEG L 228);
- vreemdeling: een vreemdeling als bedoeld in de Vreemdelingenwet 2000;
- vertegenwoordiger: een persoon als bedoeld in artikel 8.1.2;
- zorg: langdurige intensieve zorg als bedoeld in artikel 3.1.4;
- zorgaanbieder: een instelling dan wel een solistisch werkende zorgverlener;

- zorgautoriteit: de zorgautoriteit, genoemd in artikel 3 van de Wet marktordening gezondheidszorg;
- Zorginstituut: het Zorginstituut Nederland, genoemd in artikel 58, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet;
- zorgplan: schriftelijk of elektronisch als zodanig vastgelegde uitkomsten van hetgeen met de cliënt dan wel een vertegenwoordiger is besproken met betrekking tot de in artikel 8.1.1 genoemde onderwerpen;
- zorgverlener: een natuurlijke persoon die in persoon beroepsmatig zorg verleent;
- zorgverzekeraar: een zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 1.1.2

1. Voor de toepassing van deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt gelijkgesteld met:
 - a. echtgenoot: geregistreerde partner;
 - b. echtgenoten: geregistreerde partners;
 - c. gehuwd: als partner geregistreerd;
 - d. gehuwde: als partner geregistreerde.
2. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt:
 - a. als gehuwd of als echtgenoot mede aangemerkt de ongehuwde meerderjarige die met een andere ongehuwde meerderjarige een gezamenlijke huishouding voert, tenzij het betreft een bloedverwant in de eerste graad;
 - b. als ongehuwd mede aangemerkt degene die duurzaam gescheiden leeft van de persoon met wie hij gehuwd is.
3. Van een gezamenlijke huishouding is sprake indien twee personen hun hoofdverblijf in dezelfde woning hebben en zij blijk geven zorg te dragen voor elkaar door middel van het leveren van een bijdrage in de kosten van de huishouding dan wel anderszins.
4. Een gezamenlijke huishouding wordt in ieder geval aanwezig geacht indien de betrokkenen hun hoofdverblijf hebben in dezelfde woning en:
 - a. zij met elkaar gehuwd zijn geweest of eerder voor de toepassing van deze wet daarmee gelijk zijn gesteld;
 - b. uit hun relatie een kind is geboren of erkenning heeft plaatsgevonden van een kind van de een door de ander;
 - c. zij zich wederzijds verplicht hebben tot een bijdrage aan de huishouding krachtens een geldend samenlevingscontract; of
 - d. zij op grond van een registratie worden aangemerkt als een gezamenlijke huishouding die naar aard en strekking overeenkomt met de gezamenlijke huishouding, bedoeld in het derde lid.
5. Bij algemene maatregel van bestuur wordt vastgesteld welke registraties, en gedurende welk tijdvak, in aanmerking worden genomen voor de toepassing van het vierde lid, onderdeel d.
6. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van hetgeen wordt verstaan onder het blijk geven zorg te dragen voor een ander, zoals bedoeld in het derde lid.

§ 2. Algemene bepalingen

Artikel 1.2.1

Ingezetene in de zin van deze wet is degene, die in Nederland woont.

Artikel 1.2.2

1. Waar iemand woont en waar een lichaam gevestigd is, wordt naar de omstandigheden beoordeeld.
2. Voor de toepassing van het eerste lid worden schepen welke in Nederland hun thuishaven hebben, ten opzichte van de bemanning als deel van Nederland beschouwd.
3. Degene die Nederland metterwoon heeft verlaten en binnen een jaar nadien metterwoon terugkeert zonder inmiddels in Sint Maarten, Curaçao, de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius, Saba, Aruba of op het grondgebied van een andere Mogendheid te hebben gewoond, wordt ook voor de duur van zijn afwezigheid geacht in Nederland te hebben gewoond.

HOOFDSTUK 2. De verzekerden

§ 1. De kring van verzekerden

Artikel 2.1.1

1. Verzekerd overeenkomstig de bepalingen van deze wet is degene, die:
 - a. ingezetene is;
 - b. geen ingezetene is, doch ter zake van in Nederland of op het continentaal plat in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting is onderworpen.
2. In afwijking van het eerste lid zijn vreemdelingen die niet rechtmatig in Nederland verblijf genieten als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e en l, van de Vreemdelingenwet 2000, niet verzekerd.
3. In afwijking van het tweede lid zijn verzekerd:
 - a. kinderen in Nederland geboren uit een in Nederland wonende vreemdeling die rechtmatig verblijf geniet als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e of l, van de Vreemdelingenwet 2000, dan wel in het buitenland geboren uit in Nederland wonende ouders die rechtmatig verblijf genieten als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e of l, van de Vreemdelingenwet 2000;
 - b. kinderen die door in Nederland wonende personen met de Nederlandse nationaliteit dan wel met rechtmatig verblijf als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e of l, van de Vreemdelingenwet 2000, worden geadopteerd en voor wie met het oog op adoptie beginseltoestemming is verleend op grond van artikel 2, van de Wet opneming buitenlandse kinderen ter adoptie. De verzekering gaat in vanaf het moment van adoptie naar het recht van het land waar het kind zijn gewone verblijf heeft of vanaf het moment van de gezagsoverdracht van het kind met het oog op adoptie aan een echtpaar of een persoon die zijn gewone verblijf in Nederland heeft en die de procedure van opneming ter adoptie van een kind ingevolge de Wet opneming buitenlandse kinderen ter adoptie heeft gevolgd.
4. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan, in afwijking van het eerste lid, uitbreiding dan wel beperking worden gegeven aan de kring der verzekerden.
5. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan, in afwijking van het eerste en tweede lid, uitbreiding worden gegeven aan de kring der verzekerden voor zover het betreft:

- a. vreemdelingen die rechtmatig in Nederland arbeid verrichten dan wel hebben verricht;
- b. vreemdelingen die, na in Nederland rechtmatig verblijf te hebben genoten als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e en l, van de Vreemdelingenwet 2000, tijdig toelating in aansluiting op dat verblijf hebben aangevraagd, dan wel bezwaar hebben gemaakt of beroep hebben ingesteld tegen de intrekking van het besluit tot toelating, totdat op die aanvraag, dat bezwaar of dat beroep is beslist.

Artikel 2.1.2

Zo nodig in afwijking van artikel 2.1.1 en de daarop berustende bepalingen:

- a. wordt als verzekerde aangemerkt de persoon van wie de verzekering op grond van deze wet voortvloeit uit de toepassing van bepalingen van een verdrag of van een besluit van een volkenrechtelijke organisatie;
- b. wordt niet als verzekerde aangemerkt de persoon op wie op grond van een verdrag of een besluit van een volkenrechtelijke organisatie de wetgeving van een andere mogendheid van toepassing is.

Artikel 2.1.3

De Sociale Verzekeringsbank stelt ambtshalve en, desgevraagd, op aanvraag vast of een natuurlijke persoon voldoet aan de bij of krachtens de artikelen 2.1.1 of 2.1.2 vastgestelde voorwaarden voor het verzekerd zijn ingevolge deze wet.

§2. De inschrijving van verzekerden

Artikel 2.2.1

1. De verzekerde, bedoeld in artikel 1, onderdeel f, van de Zorgverzekeringswet, wordt met ingang van het tijdstip waarop de zorgverzekering ingevolge die wet ingaat, voor de toepassing van deze wet door zijn zorgverzekeraar, onder vermelding van het burgerservicenummer, ter inschrijving als verzekerde aangemeld bij de LIZ-uitvoerder die behoort tot een groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek waarvan ook die zorgverzekeraar deel uitmaakt. De LIZ-uitvoerder schrijft de verzekerde in. Indien de zorgverzekering is ingegaan binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht, bedoeld in de Zorgverzekeringswet is ontstaan, werkt de inschrijving terug tot en met de dag waarop die verzekeringsplicht ontstond.
2. Het eerste lid is van overeenkomstige toepassing indien de zorgverzekering aansluitend op de beëindiging van een eerdere zorgverzekering ingaat.
3. De verzekerde die niet op grond van het eerste lid voor de uitvoering van deze wet bij een LIZ-uitvoerder is ingeschreven, meldt zich voor de toepassing van deze wet met inachtneming van bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels ter inschrijving aan bij een LIZ-uitvoerder die werkzaam is in de gemeente waar hij woont. De LIZ-uitvoerder schrijft de verzekerde in. Een in het buitenland woonachtige verzekerde meldt zich aan bij een LIZ-uitvoerder naar eigen keuze. De LIZ-uitvoerder is verplicht hem tot dat doel in te schrijven.
4. Het is een LIZ-uitvoerder verboden een persoon als verzekerde in te schrijven of ingeschreven te doen houden, indien in verband met de toepassing van het eerste, tweede en derde lid op een andere LIZ-uitvoerder een inschrijvingsplicht rust of indien de LIZ-uitvoerder niet werkzaam is in

de gemeente waar deze persoon woont, tenzij het betreft een in het buitenland woonachtige verzekerde.

5. De natuurlijke persoon die op grond van artikel 64, eerste lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen is ontheven van de verplichtingen, opgelegd op grond van deze wet, wordt door de Sociale Verzekeringsbank ter inschrijving aangemeld bij de op grond van artikel 3.2.3, eerste lid, aangewezen LIZ-uitvoerder die werkzaam is in de gemeente waar hij woont, of, bij gebreke van een zodanige aanwijzing, bij een LIZ-uitvoerder naar evenredigheid van het aantal ingeschreven verzekerden bij elke LIZ-uitvoerder.

Artikel 2.2.2

1. De verzekerde die zich ingevolge artikel 2.2.1, derde lid, bij een LIZ-uitvoerder aanmeldt ter inschrijving, vermeldt daarbij zijn burgerservicenummer of, bij het ontbreken daarvan, zijn sociaal-fiscaalnummer.

2. De LIZ-uitvoerder stelt de identiteit van de te verzekeren persoon vast.

3. De in het tweede lid bedoelde vaststelling geschiedt aan de hand van documenten als bedoeld in artikel 1 van de Wet op de identificatieplicht, die de verzekerde hem desgevraagd ter inzage geeft.

4. De LIZ-uitvoerder neemt aard en nummer van de in het derde lid bedoelde documenten in zijn administratie op.

5. De LIZ-uitvoerder verlangt van de vreemdeling die zich ter inschrijving aanmeldt, een kopie van het document of de schriftelijke verklaring, bedoeld in artikel 9, tweede lid, van de Vreemdelingenwet 2000, dat wordt aangemerkt als een bescheid als bedoeld in artikel 4:3, tweede lid, van de Algemene wet bestuursrecht.

HOOFDSTUK 3. De inhoud van de verzekering

§1. De aanspraken

Artikel 3.1.1

1. Een verzekerde heeft aanspraak op langdurige intensieve zorg indien hij, blijkens een op zijn aanvraag door het CIZ vastgesteld indicatiebesluit, vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, een blijvende behoefte heeft aan:

a. permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel, of

b. 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 te voorkomen,

1°. door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname bij zelfzorg nodig heeft, of

2°. door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.

2. In het eerste lid wordt verstaan onder:

a. blijvend: van niet voorbijgaande aard;

b. permanent toezicht: onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende de gehele dag dat tijdig ingrijpen mogelijk maakt;

c. ernstig nadeel: nadeel voor de verzekerde, hetgeen bestaat uit het te verwachten risico dat de verzekerde:

- 1°. zich maatschappelijk te gronde richt of dreigt te richten;
- 2°. zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen;
- 3°. met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept;
- 4°. ernstig lichamelijk letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen;
- 5°. ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of dreigt te worden geschaad of dat zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder de invloed van een ander raakt;
- 6°. de algemene veiligheid van personen of goederen bedreigt;

d. zelfzorg: de uitvoering van algemene dagelijkse levensverrichtingen waaronder de persoonlijke verzorging en hygiëne en, zo nodig, de verpleegkundige zorg;

e. regieproblemen: beperkingen in het vermogen om een adequaat oordeel te vormen over dagelijks voorkomende situaties op het gebied van sociale redzaamheid, probleemgedrag, psychisch functioneren of geheugen en oriëntatie.

3. Het eerste lid is niet van toepassing met betrekking tot zorg onder verantwoordelijkheid, waaronder begrepen de financiële verantwoordelijkheid, van Onze Minister van Veiligheid en Justitie in het kader van de uitvoering van een rechterlijke uitspraak.

4. In afwijking van het eerste lid worden bij algemene maatregel van bestuur regels gesteld voor gevallen waarin het indicatiebesluit niet afgewacht kan worden.

Artikel 3.1.2

1. De verzekerde vermeldt bij de aanvraag zijn burgerservicenummer of, bij het ontbreken daarvan, zijn sociaal-fiscaalnummer.

2. Het CIZ stelt de identiteit van de aanvrager vast aan de hand van documenten als bedoeld in artikel 1 van de Wet op de identificatieplicht, die de verzekerde hem desgevraagd ter inzage geeft.

3. De verzekerde verstrekt op verzoek of uit eigen beweging alle informatie die van belang is voor de beoordeling van de aanspraak op zorg, en is verplicht mee te werken door zich te laten onderzoeken door het CIZ, door de LIZ-uitvoerder, of door daartoe door die instanties aangewezen personen.

4. In afwijking van artikel 4:5, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht besluit het CIZ de aanvraag niet te behandelen, indien de verzekerde geen toestemming heeft verleend:

- a. aan het CIZ of **PM** de LIZ-uitvoerder tot het bij derden inwinnen van persoonsgegevens, waaronder gegevens betreffende de gezondheid, die van belang zijn voor de beoordeling van de aanvraag of voor de nadere beoordeling van een reeds tot gelding gebrachte aanspraak op zorg, en
- b. aan personen op wie met betrekking tot het verstrekken van de gegevens, bedoeld onder a, een geheimhoudingsplicht rust, om die gegevens te verstrekken aan het CIZ en de LIZ-uitvoerder.

5. De in het vierde lid bedoelde toestemming geldt, voor zover nodig in afwijking van artikel 5, tweede lid, van de Wet bescherming persoonsgegevens, als een onherroepelijke toestemming.

Artikel 3.1.3

1. Het CIZ doet, gelijktijdig met de bekendmaking van het besluit op grond van artikel 3.1.1, eerste lid, waarin het CIZ aangeeft dat verzekerde een aanspraak heeft op langdurige intensieve

zorg, mededeling aan de LIZ-uitvoerder van dat besluit, en voegt bij die mededeling:

- a. de daaraan ten grondslag liggende aanvraag, en
 - b. de informatie, waaronder gegevens betreffende de gezondheid, betreffende de verzekerde waarop het CIZ het besluit, bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, heeft gebaseerd en die de LIZ-uitvoerder behoeft voor het besluit, bedoeld in het vierde lid.
2. Na het ontvangen van het besluit bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, stelt de LIZ-uitvoerder de zorgverzekeraar waarbij de verzekerde is ingeschreven en de gemeente waarin de verzekerde woont, er onverwijld van in kennis dat de verzekerde aanspraak heeft op zorg op grond van deze wet.
3. Voor de kennisgeving bedoeld in het vierde lid behoeft de LIZ-uitvoerder geen toestemming van de verzekerde.
4. Na het ontvangen van het besluit bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, besluit de LIZ-uitvoerder over de aard en omvang van de aan de verzekerde te verlenen zorg.
5. De LIZ-uitvoerder neemt het in het vierde lid bedoelde besluit binnen vier weken na de dag na die waarop het CIZ het besluit heeft bekend gemaakt.
6. Mandaat wordt niet verleend tot het nemen van besluiten ingevolge het vierde lid.

Artikel 3.1.4

1. De aanspraak op langdurige intensieve zorg omvat, voor zover de verzekerde op die zorg is aangewezen:
- a. verblijf in een instelling, met inbegrip van voorzieningen die niet ten laste van de verzekerde kunnen komen, waaronder in elk geval het verstrekken van eten en drinken en het schoonhouden van de woonruimte van de verzekerde;
 - b. persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging;
 - c. behandeling, waaronder wordt begrepen:
 - 1°. geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg;
 - 2°. geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking of handicap van de verzekerde,
 - 3°. behandeling van een psychiatrische aandoening indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van een van de in artikel 3.1.1 genoemde aandoeningen of beperkingen,
 - 4°. farmaceutische zorg,
 - 5°. hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg,
 - 6°. tandheelkundige zorg,
 - 7°. kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling,
 - 8°. het individueel gebruik van een rolstoel;
 - d. vervoer naar een plaats waar de verzekerde gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt.
2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat, nader worden geregeld, en kunnen voor het tot gelding brengen van de aanspraken voorwaarden worden gesteld.

Artikel 3.1.5

1. De verzekerde die zijn aanspraak op zorg, bedoeld in artikel 3.1.4, tot gelding wil brengen, wendt zich daartoe tot een zorgaanbieder naar eigen keuze, met wie de LIZ-uitvoerder waarbij hij is ingeschreven tot dat doel een overeenkomst als bedoeld in artikel 3.2.1, tweede lid, heeft gesloten.
2. Een aanspraak als bedoeld in artikel 3.1.4, eerste lid, onderdeel a, kan uitsluitend tot gelding worden gebracht bij een zorgaanbieder die is gevestigd binnen het grondgebied van het Europese deel van Nederland, of, indien de noodzakelijke zorg binnen dat grondgebied niet of niet tijdig kan worden verkregen en de LIZ-uitvoerder voorafgaande toestemming heeft verleend, bij een zorgaanbieder die is gevestigd binnen het grondgebied van de staten behorende tot de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte of van Zwitserland en die de zorg waarop aanspraak bestaat levert binnen het desbetreffende grondgebied.
3. Een verzekerde heeft buiten het grondgebied van het Europese deel van Nederland, maar binnen het grondgebied van de staten behorende tot de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte en Zwitserland, volgens bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels in plaats van aanspraak op zorg aanspraak op gehele of gedeeltelijke vergoeding van de voor de in artikel 3.1.4 bedoelde zorg gemaakte kosten, indien die wordt verleend door een zorgaanbieder met wie de LIZ-uitvoerder geen overeenkomst als bedoeld in artikel 3.2.1, tweede lid, heeft gesloten.
4. De in het derde lid bedoelde vergoeding wordt verminderd met de krachtens artikel 3.1.8 vastgestelde eigen bijdrage.
5. Bij algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald en kunnen regels worden gesteld:
 - a. in welke gevallen en onder welke voorwaarden de verlening van een persoonsgebonden budget als bedoeld in artikel 3.1.7 tijdelijk kan worden voortgezet buiten het grondgebied van het Europese deel van Nederland;
 - b. door wie in welke gevallen en onder welke voorwaarden werkzaamheden die zijn opgedragen aan het CIZ kunnen worden verricht in plaats van het CIZ;
 - c. met betrekking tot het vierde lid.
6. De voordracht voor een krachtens het vijfde lid, onderdeel a, vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.

Artikel 3.1.6

1. De LIZ-uitvoerder kan, op aanvraag van de verzekerde die op grond van artikel 3.1.1 aanspraak heeft op langdurige intensieve zorg, besluiten om de aanspraak op zorg, bedoeld in artikel 3.1.4, eerste lid, te leveren zonder dat de verzekerde verblijft in een instelling, behoudens voor zover het zorg betreft die kan worden bekostigd op grond van een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet.
2. De LIZ-uitvoerder neemt een besluit als bedoeld in het eerste lid slechts indien naar zijn oordeel:
 - a. de zorg op verantwoorde wijze kan worden verleend, en
 - b. de kosten van de zorg bedoeld in 3.1.4, eerste lid, niet hoger zijn dan een door de zorgautoriteit vastgesteld tarief, bedoeld in artikel 1, onderdeel j, van de Wet marktordening gezondheidszorg, dat van toepassing zou zijn op de door de zorgautoriteit vastgestelde prestatiebeschrijving indien

de aanspraak op verblijf tot gelding zou zijn gebracht, verminderd met een bij ministeriele regeling te bepalen deel van dat tarief.

3. De in het eerste lid bedoelde verzekerde heeft geen aanspraak op woningaanpassingen of andere maatregelen die bedoeld zijn om de door hem gekozen verblijfplaats geschikt te doen zijn voor de verlening van zorg.

4. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot dit artikel.

Artikel 3.1.7

1. Op aanvraag van de verzekerde die zijn aanspraak op langdurige intensieve zorg op grond van artikel 3.1.6, eerste lid, geheel of gedeeltelijk tot gelding wil brengen zonder te verblijven in een instelling, verleent de LIZ-uitvoerder hem in plaats van zorg een persoonsgebonden budget, waaruit de LIZ-uitvoerder betalingen doet voor de zorg als bedoeld in 3.1.4, eerste lid, onderdelen b en d, en voor huishoudelijke hulp die de verzekerde van derden zal betrekken.

2. Het persoonsgebonden budget wordt slechts verleend, indien:

a. wordt voldaan aan artikel 3.1.6, tweede lid, onder a;

b. de verzekerde naar het oordeel van de LIZ-uitvoerder in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, gemachtigde of zaakwaarnemer die niet in de uitoefening van een beroep of bedrijf handelt, de aan een budget verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren;

c. de verzekerde naar het oordeel van de LIZ-uitvoerder in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, gemachtigde of zaakwaarnemer die niet in de uitoefening van een beroep of bedrijf handelt, de door hem verkozen zorgaanbieders en mantelzorgers op zodanige wijze zodanige aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;

d. de verzekerde zich gemotiveerd op het standpunt stelt dat hij de zorg niet met toepassing van artikel 3.1.5, eerste lid, of artikel 3.1.6 wenst geleverd te krijgen.

3. Het persoonsgebonden budget wordt geweigerd, indien:

a. naar het oordeel van de LIZ-uitvoerder onvoldoende aannemelijk is dat met het persoonsgebonden budget zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit;

b. de verzekerde zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget niet heeft gehouden aan de opgelegde verplichtingen;

c. de verzekerde blijkens de gemeentelijke basisadministratie niet beschikt over een woonadres;

d. de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen.

4. Een persoonsgebonden budget bedraagt ten hoogste een bij of krachtens algemene maatregel van bestuur te bepalen deel van het door de zorgautoriteit vastgestelde tarief voor de prestatie die op de verzekerde van toepassing is.

5. De in het eerste lid bedoelde verzekerde heeft geen aanspraak op woningaanpassingen of andere maatregelen die bedoeld zijn om de door hem gekozen verblijfplaats geschikt te doen zijn voor de verlening van zorg.

6. Bij de toepassing van het eerste lid zijn de regels die zijn gesteld krachtens artikel 3.2.5 niet van toepassing.

7. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld over:

- a. de gevallen waarin en de voorwaarden waaronder de verzekerde aan wie een persoonsgebonden budget wordt verstrekt, de mogelijkheid heeft om zorg te betrekken van een mantelzorger of een natuurlijke persoon die niet beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, of die persoon vanuit het persoonsgebonden budget te betalen;
- b. verplichtingen die aan de verzekerde worden opgelegd met betrekking tot de overeenkomsten die de verzekerde sluit met de personen van wie hij de zorg betreft en daarvoor betaling ontvangen uit het persoonsgebonden budget;
- c. de gevallen waarin, onverminderd het tweede en derde lid, verzekerden worden uitgesloten van de verlening van een persoonsgebonden budget.

De op grond van dit lid gestelde regels kunnen voor verschillende categorieën van verzekerden verschillend worden vastgesteld.

8. De Sociale verzekeringsbank voert namens de LIZ-uitvoerders de betalingen ten laste van persoonsgebonden budgetten uit.

Artikel 3.1.8

1. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat de aanspraak op langdurige intensieve zorg slechts tot gelding kan worden gebracht indien de verzekerde de kosten daarvan geheel of gedeeltelijk draagt. De eigen bijdrage kan verschillen naar gelang de groep waartoe de verzekerde behoort en de zorg die verstrekt wordt, en kan mede afhankelijk gesteld worden van het inkomen en vermogen van de verzekerde en diens echtgenoot.
2. De voordracht voor een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in het eerste lid die betrekking heeft op het in dat lid bedoelde vermogen, wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd. Indien een der kamers der Staten-Generaal besluit niet in te stemmen met het ontwerp, wordt er geen voordracht gedaan en kan niet eerder dan zes weken na het besluit van die kamer der Staten-Generaal een nieuw ontwerp aan beide kamers der Staten-Generaal worden overgelegd.

Artikel 3.1.9

1. De verzekerde die zijn in artikel 3.1.4, eerste lid, onderdeel a, omschreven aanspraak tot gelding wil brengen, heeft aanspraak op de zorg, bedoeld in artikel 3.1.4, eerste lid, onderdelen b, c en d, voor zover:
 - a. de in artikel 3.1.4, eerste lid, onderdeel a, omschreven zorg tijdelijk niet aan de verzekerde kan worden geboden door de zorgaanbieder naar eigen keuze als bedoeld in artikel 3.1.5, eerste lid, omdat er een wachtlijst is bij die zorgaanbieder; en
 - b. de verzekerde nog niet in een instelling verblijft.
2. Bij de toepassing van het eerste lid kan de LIZ-uitvoerder besluiten dat artikel 3.1.6, tweede lid, gedurende een redelijke door de LIZ-uitvoerder te stellen termijn, niet wordt toegepast voor zover de behoefte aan zorg van de verzekerde dat vereist.
3. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot het eerste en tweede lid.

Artikel 3.1.10

1. Voor militairen in werkelijke dienst treden de aanspraken inzake langdurige intensieve zorg door

of vanwege de Militair Geneeskundige Dienst in de plaats van de aanspraken krachtens deze wet.

2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur wordt een regeling getroffen voor de verzekerden die, onder voorwaarden en regels te stellen door Onze Minister van Defensie, als gezinslid van een militair aanspraak hebben op langdurige intensieve zorg of een tegemoetkoming in de kosten daarvan jegens Onze Minister van Defensie. Bij deze algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald, dat voor de betrokken verzekerden de aanspraken, voortvloeiende uit de desbetreffende van Onze Minister van Defensie uitgaande regeling in de plaats treden van de aanspraken krachtens deze wet.

3. Bij of krachtens de in het tweede lid bedoelde algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld inzake een uitkering door het Zorginstituut aan Onze Minister van Defensie ten laste van het Fonds langdurige intensieve zorg in verband met het vervallen van de aanspraken ingevolge deze wet.

4. Al hetgeen de verdere uitvoering van dit artikel betreft wordt bij of krachtens algemene maatregel van bestuur geregeld. Daarbij kan tevens de controle worden geregeld op het verlenen van zorg ingevolge de aanspraken bedoeld in het tweede lid.

Artikel 3.1.11

De echtgenoot van een persoon met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking die op grond van artikel 3.1.1 aanspraak heeft op langdurige intensieve zorg en in een instelling verblijft, heeft aanspraak op verblijf als bedoeld in artikel 3.1.4, eerste lid, onderdeel a, in dezelfde instelling. Hij behoudt aanspraak op verblijf in die instelling na het overlijden van zijn echtgenoot dan wel na het vertrek van zijn echtgenoot naar een andere instelling.

§2. De uitvoering van de verzekering

Artikel 3.2.1

1. De LIZ-uitvoerders dragen er zorg voor dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraken op zorg tot gelding kunnen brengen.

2. LIZ-uitvoerders sluiten schriftelijke overeenkomsten met zorgaanbieders die zorg kunnen verlenen waarop ingevolge artikel 3.1.1 aanspraak bestaat.

3. De duur van een overeenkomst bedraagt maximaal vijf jaar.

4. Met zorgaanbieders die vormen van zorg verlenen als bedoeld in artikel 3.1.1, derde lid, worden wat deze vormen van zorg betreft geen overeenkomsten gesloten.

5. Indien na beëindiging van een overeenkomst voor een bepaalde vorm van zorg door een LIZ-uitvoerder geen aansluitende overeenkomst voor die vorm van zorg met dezelfde zorgaanbieder tot stand komt, behoudt de verzekerde, zolang die zorg noodzakelijk en verantwoord is, jegens de LIZ-uitvoerder aanspraak op ononderbroken voortzetting van die vorm van zorg, te verlenen door dezelfde zorgaanbieder, wanneer die zorg is aangevangen voor de datum waarop de overeenkomst met die zorgaanbieder voor die desbetreffende vorm van zorg is beëindigd.

6. Gedurende de tijdelijke voortzetting van de zorg, bedoeld in het vijfde lid, gelden tussen de LIZ-uitvoerder en de zorgaanbieder de voorwaarden van de overeenkomst waaronder de zorg aan de in het vijfde lid bedoelde verzekerde is aangevangen, behoudens voor zover bij ministeriële regeling anders wordt bepaald.

7. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald in welke gevallen, op welk tijdstip, op welke wijze en met welke frequentie de verzekerde door de LIZ-uitvoerder wordt geïnformeerd over de zorgaanbieders waarmee door de LIZ-uitvoerder overeenkomsten over de te leveren zorg zijn gesloten en over wijzigingen op dit gebied.

Artikel 3.2.2

1. De overeenkomsten bedoeld in artikel 3.2.1, tweede lid, bevatten ten minste bepalingen over:
 - a. het tijdstip waarop de overeenkomst aanvangt te werken, de duur van de overeenkomst en tussentijdse beëindiging van de overeenkomst;
 - b. de aard, de kwaliteit, de doelmatigheid en de omvang van de te verlenen zorg;
 - c. de prijs van de te verlenen zorg;
 - d. de wijze waarop de verzekerden van informatie worden voorzien;
 - e. de controle op de naleving van de overeenkomst, waaronder begrepen de controle op de te verlenen dan wel verleende zorg en op de juistheid van de daarvoor in rekening gebrachte bedragen;
 - f. de administratieve voorwaarden die partijen bij de uitvoering van de overeenkomst in acht zullen nemen.
2. De overeenkomsten bepalen dat door de zorgaanbieder verleende zorg die niet is overeengekomen, niet wordt vergoed.
3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels over de inhoud van de overeenkomsten worden gesteld.

Artikel 3.2.3

1. Onze Minister kan ten aanzien van bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen zorg voor een bij de maatregel te bepalen duur, een of meer LIZ-uitvoerders aanwijzen die namens de LIZ-uitvoerders:
 - a. in een bij de maatregel aan te wijzen gebied schriftelijke overeenkomsten als bedoeld in artikel 3.2.1 sluiten met zorgaanbieders die zorg kunnen verlenen waarop ingevolge artikel 3.1.1 aanspraak bestaat;
 - b. uitvoering geven aan artikel 3.1.3;
 - c. de administratie geheel of ten dele verrichten en die de controle geheel of ten dele uitoefenen;
 - d. zijn belast met het verrichten van betalingen aan zorgaanbieders, of het geven van opdracht daartoe als bedoeld in artikel 6.1.2, onderdeel d, aan het CAK;
 - e. optreden in wettelijke procedures en rechtsgedingen in verband met de in de onderdelen a tot en met d genoemde onderdelen.
2. De aanwijzing, bedoeld in het eerste lid, heeft tot gevolg dat aan de in dat lid genoemde hoofdstukken daarvan geen uitvoering kan worden gegeven door andere dan de aangewezen LIZ-uitvoerders.
3. De door Onze Minister aangewezen LIZ-uitvoerders doen over de uitvoering van hun taak verslag aan de LIZ-uitvoerders namens welke zij die taak vervullen.

Artikel 3.2.4

Overeenkomsten die in strijd met het bij en krachtens de artikelen 3.2.1 of 3.2.2 bepaalde zijn

gesloten, zijn nietig.

Artikel 3.2.5

Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld over de wijze waarop de LIZ-uitvoerders de zorgplicht vervullen met betrekking tot:

- a. de ondersteuning van de bij hen ingeschreven verzekerden bij het tot gelding brengen van de aanspraken op zorg, informatievoorziening over wachttijden daaronder begrepen;
- b. het sluiten van overeenkomsten als bedoeld in artikel 3.2.1, tweede lid, en de informatie waarop het sluiten van die overeenkomsten mede steunt;
- c. de kwaliteit van de zorg, waaronder de afstemming van de zorg op de behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de verzekerde en de wijze waarop bij de zorgverlening mantelzorgers en andere vrijwilligers betrokken kunnen worden.

HOOFDSTUK 4. De uitvoerders van de verzekering

§1. De aanmelding en de statuten

Artikel 4.1.1

1. Een rechtspersoon die geen zorgverzekeraar is en die deze wet ten aanzien van de verzekerden wenst uit te voeren, meldt zich daartoe als LIZ-uitvoerder aan bij de zorgautoriteit, onder vermelding van de dag met ingang waarvan hij voornemens is zulks te gaan doen.
2. Na aanmelding is de rechtspersoon verplicht te voldoen aan de voorschriften die bij of krachtens deze wet aan LIZ-uitvoerders zijn opgelegd.
3. Artikel 26 van de Zorgverzekeringswet is van overeenkomstige toepassing.
4. De in het eerste lid bedoelde rechtspersoon kan deze wet niet eerder uitvoeren dan nadat de zorgautoriteit met inachtneming van bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels heeft vastgesteld dat de rechtspersoon in voldoende mate is voorbereid op de uitvoering van de wet. De zorgautoriteit kan aan die vaststelling voorschriften of beperkingen verbinden.
5. Indien het algemeen belang dat vereist kan in afwijking van het eerste lid bij algemene maatregel van bestuur worden bepaald dat een rechtspersoon de melding, bedoeld in het eerste lid, slechts kan doen indien die rechtspersoon behoort tot een groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek waarvan ook een zorgverzekeraar deel uitmaakt.
6. De LIZ-uitvoerder draagt er zorg voor dat, en kan de melding bedoeld in het eerste lid slechts doen indien, het dagelijks beleid wordt bepaald of mede wordt bepaald door personen:
 - 1°. die deskundig zijn in verband met de uitvoering van de wettelijke taken en daaruit voortvloeiende werkzaamheden, en
 - 2°. wier betrouwbaarheid buiten twijfel staat.
7. De betrouwbaarheid van een persoon als bedoeld in het zesde lid staat buiten twijfel wanneer dat eenmaal door de zorgautoriteit voor de toepassing van deze wet is vastgesteld, zolang niet een wijziging in de relevante feiten of omstandigheden een redelijke aanleiding geeft tot een nieuwe beoordeling.

Artikel 4.1.2

1. De LIZ-uitvoerder die deze wet niet meer wenst uit te voeren, meldt het voornemen hiertoe schriftelijk aan de zorgautoriteit, onder vermelding van de dag waarop hij deze wet niet meer zal uitvoeren.
2. Indien het algemeen belang dat vereist kan bij algemene maatregel van bestuur worden bepaald dat de LIZ-uitvoerder de in het eerste lid bedoelde melding slechts kan doen, indien de zorgverzekeraar die behoort tot een groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, waartoe ook die LIZ-uitvoerder behoort, tegelijkertijd de melding doet, bedoeld in artikel 30, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet.
3. Artikel 26 van de Zorgverzekeringswet is van overeenkomstige toepassing.
4. De in het eerste lid bedoelde LIZ-uitvoerder kan door de zorgautoriteit met inachtneming van bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels worden verplicht tot het voortzetten van de uitvoering van deze wet tot is voorzien in een zodanige afwikkeling van de activiteiten van de LIZ-uitvoerder dat verzekerden en zorgaanbieders daarvan geen onevenredig nadeel ondervinden.

Artikel 4.1.3

1. De LIZ-uitvoerder verricht uitsluitend de bij of krachtens de wet opgedragen taken en de daaruit voortvloeiende werkzaamheden.
2. De LIZ-uitvoerder behoeft voor instemming met het krachtens mandaat verrichten van aan een andere LIZ-uitvoerder bij of krachtens de wet opgedragen taken en de daaruit voortvloeiende werkzaamheden de goedkeuring van onze Minister. De goedkeuring kan worden onthouden op bij ministeriële regeling te stellen gronden.

Artikel 4.1.4

De LIZ-uitvoerder is verplicht zijn werkzaamheden op een doelmatige wijze uit te voeren. Hij treft de nodige maatregelen ter voorkoming van de verstrekking van onnodige zorg en van uitgaven die hoger dan noodzakelijk zijn.

Artikel 4.1.5

De LIZ-uitvoerder voert ter zake van de uitvoering van deze wet een administratie die gescheiden is van de overige activiteiten die plaatsvinden in de groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, waartoe de LIZ-uitvoerder behoort.

Artikel 4.1.6

1. De statuten van een LIZ-uitvoerder:
 - a. voorzien in toezicht op het beleid van het bestuur en op de algemene gang van zaken in de rechtspersoon en de daarmee verbonden onderneming,
 - b. bieden waarborgen voor een redelijke mate van invloed van de verzekerden op het beleid, en
 - c. sluiten iedere verplichting van de verzekerden of gewezen verzekerden tot het doen van een bijdrage in tekorten van de rechtspersoon uit.
2. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld over de mate van invloed die verzekerden ten minste op het beleid van een LIZ-uitvoerder dienen te hebben.

§2. Verslaglegging

Artikel 4.2.1

1. Een LIZ-uitvoerder zendt voor 1 juli aan de zorgautoriteit een financieel verslag over het voorafgaande kalenderjaar. Daarin wordt onderscheid gemaakt tussen de beheerskosten en de kosten van verstrekking van zorg en vergoedingen.
2. Het financieel verslag gaat vergezeld van een verklaring omtrent de getrouwheid en rechtmatigheid, afgegeven door een accountant als bedoeld in artikel 393 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, alsmede van een verslag van zijn bevindingen over de ordelijkheid en controleerbaarheid van het gevoerde financiële beheer.
3. Bij ministeriële regeling kunnen nadere voorschriften worden gesteld omtrent de inhoud van het financieel verslag.
4. De zorgautoriteit zendt het Zorginstituut onverwijld een exemplaar van de in het eerste en tweede lid bedoelde stukken.
5. Op aanvraag van een LIZ-uitvoerder is de zorgautoriteit bevoegd voor in haar besluit aan te wijzen baten en lasten te besluiten dat het ontbreken van een overeenkomst als bedoeld in artikel 15 geen gevolgen heeft voor de inhoud van de verklaring, bedoeld in het tweede lid.

Artikel 4.2.2

1. De LIZ-uitvoerder zendt voor 1 juli aan de zorgautoriteit in tweevoud een uitvoeringsverslag waarin hij:
 - a. rapporteert over de uitvoering van deze wet in het voorafgaande kalenderjaar, en
 - b. een overzicht geeft van zijn voornemens met betrekking tot de uitvoering van deze wet in het lopende kalenderjaar en het daaropvolgende kalenderjaar.
2. Bij ministeriële regeling kunnen nadere voorschriften worden gesteld omtrent de inhoud van het uitvoeringsverslag. De voorschriften kunnen in het bijzonder betrekking hebben op naleving van een in de regeling aan te wijzen gedragscode.
3. De LIZ-uitvoerder voegt bij het uitvoeringsverslag twee exemplaren van een verslag met bevindingen van een accountant als bedoeld in artikel 393 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek over de vraag of:
 - a. het uitvoeringsverslag overeenkomstig de daarvoor geldende regels is opgesteld;
 - b. de uitvoering is geschied overeenkomstig de verplichtingen die bij of krachtens deze wet in het voorafgaande kalenderjaar op de LIZ-uitvoerder rustten.
4. Artikel 4.2.1, vierde lid, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 4.2.3

1. Indien de LIZ-uitvoerder verkeert in de toestand, dat hij heeft opgehouden te betalen, voldoet het Zorginstituut aan verzekerden en aan zorgaanbieders jegens die LIZ-uitvoerder of voormalige LIZ-uitvoerder bestaande vorderingen, ter zake van op grond van deze wet verstrekte zorg of vergoeding van daarvoor gemaakte kosten.
2. De vorderingen, bedoeld in het eerste lid, gaan bij wijze van subrogatie op het Zorginstituut over voor zover dat college deze heeft voldaan.
3. Het Rijk is tegenover het Zorginstituut aansprakelijk voor de betalingen, bedoeld in het eerste

lid.

HOOFDSTUK 5. Het Zorginstituut

§ 1. Taken

Artikel 5.1.1

1. Het Zorginstituut bevordert de rechtmatige en doelmatige uitvoering van deze wet door de LIZ-uitvoerders, het CIZ en het CAK.
2. Het Zorginstituut kan met het oog op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van deze wet beleidsregels stellen voor de LIZ-uitvoerders, voor het CIZ en voor het CAK.

Artikel 5.1.2

Het Zorginstituut geeft aan LIZ-uitvoerders, aan zorgaanbieders en aan burgers voorlichting over de aard, inhoud en omvang van de aanspraken op grond van deze wet.

Artikel 5.1.3

1. Het Zorginstituut rapporteert Onze Minister desgevraagd over voorgenomen beleid inzake aard, inhoud en omvang van de aanspraken, bedoeld in artikel 3.1.4.
2. Het Zorginstituut signaleert gevraagd en ongevraagd aan Onze Minister feitelijke ontwikkelingen die aanleiding kunnen geven tot wijzigingen van de aard, inhoud en omvang van de aanspraken op grond van deze wet.
3. Het Zorginstituut rapporteert Onze Minister gevraagd en ongevraagd omtrent de benodigde omvang van de ten laste van het Fonds langdurige intensieve zorg beschikbare middelen voor de in deze wet geregelde verzekering en van de premie, bedoeld in artikel 90, eerste lid, onderdeel a, van de Wet financiering sociale verzekeringen.

§ 2. Planning, financiering en verslaglegging

Artikel 5.2.1

1. Het Zorginstituut zendt jaarlijks voor 15 april aan Onze Minister een zoveel mogelijk met overeenkomstige toepassing van titel 9 van Boek 2 van het Burgerlijk wetboek ingericht financieel verslag uitvoeringstaken over het afgelopen kalenderjaar, met een financiële verantwoording over bij ministeriële regeling aan te wijzen, op die uitvoeringstaken betrekking hebbende geldstromen, alsmede het verslag van bevindingen, waarin per geldstroom de bevindingen worden aangegeven.
2. Het financieel verslag uitvoeringstaken gaat vergezeld van een verklaring omtrent de getrouwheid.
3. Het verslag van bevindingen geeft aan of het beheer en de organisatie voldoen aan eisen van rechtmatigheid, ordelijkheid, controleerbaarheid en doelmatigheid.
4. De verklaring omtrent getrouwheid en het verslag van bevindingen worden opgesteld door een accountant als bedoeld in artikel 393 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, die bereid is Onze Minister desgevraagd inzicht te geven in zijn controlewerkzaamheden.

Artikel 5.2.2

1. Het Zorginstituut zendt jaarlijks voor 31 december aan Onze Minister met betrekking tot het Fonds langdurige intensieve zorg een jaarrekening over het voorafgaande kalenderjaar, alsmede het verslag van bevindingen, bedoeld in het vijfde lid.
2. Het Zorginstituut legt in de jaarrekening, die zoveel mogelijk met overeenkomstige toepassing van titel 9 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek wordt ingericht, rekening en verantwoording af over:
 - a. de baten en lasten van het Fonds langdurige intensieve zorg;
 - b. de geldstromen, bedoeld in artikel 5.2.1, eerste lid;
 - c. de rechtmatigheid en doelmatigheid van het beheer van het Fonds langdurige intensieve zorg;
 - d. de toestand van het Fonds langdurige intensieve zorg per 31 december van het voorafgaande kalenderjaar.
3. De jaarrekening gaat vergezeld van een verklaring omtrent de getrouwheid, afgegeven door een accountant als bedoeld in artikel 393 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, die bereid is Onze Minister desgevraagd inzicht te geven in zijn controlewerkzaamheden.
4. De verklaring, bedoeld in het derde lid, heeft mede betrekking op de rechtmatige verkrijging en besteding van de middelen van het Fonds langdurige intensieve zorg.
5. De accountant voegt bij de verklaring, bedoeld in het derde lid, tevens een verslag van zijn bevindingen over de vraag of het beheer en de organisatie voldoen aan eisen van rechtmatigheid, ordelijkheid, controleerbaarheid en doelmatigheid.

Artikel 5.2.3

1. Het financieel verslag uitvoeringstaken, bedoeld in artikel 5.2.1, en de jaarrekening, bedoeld in artikel 5.2.2, behoeven de goedkeuring van Onze Minister.
2. Bij ministeriële regeling kunnen regels gesteld worden over de inhoud en de inrichting van:
 - a. het financieel verslag uitvoeringstaken, bedoeld in artikel 5.2.1;
 - b. de jaarrekening, bedoeld in artikel 5.2.2;
 - c. de accountantscontrole van het financieel verslag uitvoeringstaken, bedoeld in artikel 5.2.1, en van de jaarrekening, bedoeld in artikel 5.2.2;
 - d. de bij het financieel verslag uitvoeringstaken, bedoeld in artikel 5.2.1, en de jaarrekening, bedoeld in artikel 5.2.2, behorende verslagen van bevindingen.
3. Na de goedkeuring, bedoeld in het eerste lid, stelt het Zorginstituut het financieel verslag uitvoeringstaken, bedoeld in artikel 5.2.1, en de jaarrekening van het Fonds langdurige intensieve zorg algemeen verkrijgbaar.

HOOFDSTUK 6. Het CAK

§ 1. Instelling en taak

Artikel 6.1.1

1. Er is een CAK, dat rechtspersoonlijkheid bezit.
2. Het CAK is gevestigd in een door Onze Minister te bepalen plaats.
3. Het CAK bestaat uit ten hoogste drie leden, onder wie de voorzitter.

4. Het CAK wordt in en buiten rechte vertegenwoordigd door de voorzitter.
5. Benoeming vindt plaats op grond van de deskundigheid die nodig is voor de uitoefening van de taken van het CAK alsmede op grond van maatschappelijke kennis en ervaring.
6. De leden worden benoemd voor ten hoogste vier jaar. Herbenoeming kan twee maal en telkens voor ten hoogste vier jaar plaatsvinden.
7. In afwijking van artikel 15 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen worden de personeelsleden van de in het eerste lid bedoelde rechtspersoon in dienst genomen op arbeidsovereenkomst naar burgerlijk recht. De bepalingen van titel 10 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek zijn op deze overeenkomst van toepassing.

Artikel 6.1.2

Het CAK is belast met:

- a. de vaststelling en de inning van de eigen bijdragen, bedoeld in artikel 3.1.8;
- b. de vaststelling en inning van de eigen bijdragen, bedoeld in artikel 2.1.4 van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015;
- c. de vaststelling van het recht op en de verstrekking van de tegemoetkomingen, bedoeld in artikel 2, eerste en tweede lid, van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten;
- d. het namens LIZ-uitvoerder of het Zorginstituut verrichten van betalingen aan zorgaanbieders, welke de LIZ-uitvoerders, of het Zorginstituut, uit hoofde van de uitvoering van deze wet verschuldigd zijn;
- e. de vaststelling en inning van de ouderbijdrage, bedoeld in artikel 8.2.3, eerste lid van de Jeugdwet.

Artikel 6.1.3

1. Het CAK stelt een bestuursreglement vast.
2. Vergaderingen van het CAK zijn niet openbaar, behoudens voor zover in het bestuursreglement anders is bepaald.

§ 2. Planning, financiering en verslaglegging

Artikel 6.2.1

1. Het CAK zendt Onze Minister jaarlijks voor 1 november een werkprogramma en een begroting.
2. Het werkprogramma bevat een beschrijving van de activiteiten die het CAK voornemens is in het volgende kalenderjaar te verrichten. Het werkprogramma behoeft de goedkeuring van Onze Minister.
3. Onverminderd artikel 27 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen bevat de begroting een meerjarenraming van de beheerskosten voor de vier kalenderjaren, volgend op het begrotingsjaar.
4. De in de artikelen 26 en 34 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen bedoelde begroting en jaarrekening hebben betrekking op de beheerskosten van het CAK en op de tegemoetkomingen, bedoeld in artikel 2, eerste lid, van de Wet tegemoetkomingen chronisch zieken en gehandicapten.
5. Onverminderd artikel 35, vierde lid, van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen doet de accountant tevens verslag van zijn bevindingen over de vraag of het beheer en de organisatie van het CAK voldoen aan eisen van rechtmatigheid, ordelijkheid en controleerbaarheid.

Artikel 6.2.2

1. Onze Minister stelt jaarlijks voor 1 december het budget vast voor de door het CAK ter uitvoering van zijn in artikel 6.1.2 genoemde taken in het volgende kalenderjaar te maken beheerskosten alsmede voor de kosten van de tegemoetkomingen, bedoeld in artikel 2 van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten.
2. Het door Onze Minister vastgestelde budget wordt gedekt uit 's Rijks kas.
3. Indien het budget niet is vastgesteld voor 1 januari van het kalenderjaar waarop de begroting betrekking heeft, is het CAK bevoegd, teneinde zijn activiteiten gaande te houden, te beschikken over ten hoogste een derde gedeelte van het in het budget opgenomen bedrag voor beheerskosten dat laatstelijk voor hem voor een geheel jaar is vastgesteld.
4. Het CAK gaat met betrekking tot de met de uitvoering van zijn taken gepaard gaande beheerskosten geen verplichtingen aan en doet geen uitgaven die leiden tot overschrijding van het in het budget opgenomen bedrag voor de beheerskosten.
5. Onze Minister kan besluiten het in het budget opgenomen bedrag voor de beheerskosten te wijzigen.

Artikel 6.2.3

In afwijking van artikel 29 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen behoeven wijzigingen in de bedragen die in de goedgekeurde begroting zijn opgenomen voor de beheerskosten geen goedkeuring van Onze Minister, mits:

- a. de totale omvang van het in die begroting opgenomen bedrag voor beheerskosten geen wijziging ondergaat, en
- b. de wijziging per groep van kostensoorten en baten, gerekend over het desbetreffende begrotingsjaar, een bedrag van vijf procent van het in artikel 6.2.2, eerste lid, bedoelde budget, voor zover dat betrekking heeft op beheerskosten, niet te boven gaat.

Artikel 6.2.4

Na de goedkeuring, bedoeld in artikel 6.2.1, tweede lid, alsmede de goedkeuring, bedoeld in de artikelen 29, eerste lid, en 34, tweede lid, van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen, stelt het CAK het werkprogramma, de begroting, het jaarverslag en de jaarrekening algemeen verkrijgbaar.

Artikel 6.2.5

Bij ministeriële regeling kunnen regels worden gesteld over:

- a. de inhoud en inrichting van het werkprogramma, bedoeld in artikel 6.2.1, eerste lid;
- b. de inhoud en inrichting van de begroting, bedoeld in artikel 26 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen;
- c. de inhoud en inrichting van het jaarverslag en de jaarrekening, bedoeld in de artikelen 18 en 34 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen;
- d. de accountantscontrole van de jaarrekening;
- e. de omvang van de door het CAK te vormen egalisatiereserve, bedoeld in artikel 33 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen;
- f. de wijze waarop en de voorwaarden waaronder het budget, bedoeld in artikel 6.2.2, wordt

vastgesteld;

g. de gegevens die worden verstrekt ten behoeve van de vaststelling van het budget.

Artikel 6.2.6

1. Het CAK zendt voor 1 juli aan de zorgautoriteit een financieel verslag over het voorafgaande kalenderjaar. Artikel 4.2.1 is van overeenkomstige toepassing.
2. Het CAK zendt voor 1 juli aan de zorgautoriteit in tweevoud een uitvoeringsverslag. Artikel 4.2.2 is van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat de bevindingen van de accountant over de uitvoering bedoeld in het derde lid, onderdeel b, van dat artikel, betrekking hebben op de verplichtingen die op het CAK rusten.

HOOFDSTUK 7. Het CIZ

§ 1. Instelling en taak

Artikel 7.1.1

1. Er is een CIZ, dat rechtspersoonlijkheid bezit.
2. Het CIZ is gevestigd in een door Onze Minister te bepalen plaats.
3. Het CIZ bestaat uit ten hoogste drie leden, onder wie de voorzitter.
4. Het CIZ wordt in en buiten rechte vertegenwoordigd door de voorzitter.
5. Benoeming vindt plaats op grond van de deskundigheid die nodig is voor de uitoefening van de taken van het CIZ alsmede op grond van maatschappelijke kennis en ervaring.
6. De leden worden benoemd voor ten hoogste vier jaar. Herbenoeming kan twee maal en telkens voor ten hoogste vier jaar plaatsvinden.

Artikel 7.1.2

1. Het CIZ is belast met:
 - a. het op aanvraag van de verzekerde kosteloos nemen van besluiten als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid;**
 - b. het oordeel over de noodzaak van opnemings en verblijf of de voortzetting van het verblijf, bedoeld in artikel 16, eerste lid, van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten.**
2. Het CIZ is bevoegd de rechter te verzoeken een machtiging als bedoeld in artikel 19, eerste lid, van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten te verlenen.
3. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen aan het CIZ werkzaamheden worden opgedragen die verband houden met de taken die bij wet zijn opgedragen.
4. Mandaat wordt niet verleend tot het nemen van besluiten ingevolge het eerste en tweede lid.
5. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen categorieën van besluiten worden aangewezen waarvoor het verbod op mandaatverlening niet geldt.

Artikel 7.1.3

Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld over de werkwijze van het CIZ, alsmede over de inrichting en de geldigheidsduur van het indicatiebesluit.

§ 2. Planning, financiering en verslaglegging

Artikel 7.2.1

1. Het CIZ zendt Onze Minister jaarlijks voor 1 november een werkprogramma en een begroting.
2. Artikel 6.2.1, tweede tot en met vijfde lid, is van overeenkomstige toepassing op het werkprogramma en de begroting van het CIZ.

Artikel 7.2.2

1. Onze Minister stelt jaarlijks voor 1 december het budget vast voor de door het CIZ ter uitvoering van zijn in artikel 7.1.2 genoemde taken in het volgende kalenderjaar te maken beheerskosten.
2. Artikel 6.2.2 is van overeenkomstige toepassing op het budget voor de door het CIZ te maken beheerskosten.

Artikel 7.2.3

1. Artikel 6.2.5 is van overeenkomstige toepassing op het werkprogramma, de begroting, het budget, het jaarverslag, de jaarrekening en de te vormen egaliseringsreserve van het CIZ.
2. De artikelen 4.2.1 en 6.2.6, eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing op het financieel verslag van het CIZ, met uitzondering van de tweede volzin van artikel 4.2.1, eerste lid.
3. De artikelen 4.2.2 en 6.2.6, tweede lid, zijn van overeenkomstige toepassing op het uitvoeringsverslag van het CIZ, met dien verstande dat de bevindingen van de accountant over de uitvoering bedoeld in artikel 4.2.2, derde lid, onder b, betrekking hebben op de verplichtingen die op het CIZ rusten.

HOOFDSTUK 8. Kwaliteit van de zorg

§ 1. Zeggenschap van de verzekerde over zijn leven

Artikel 8.1.1

1. De verzekerde aan wie een zorgaanbieder zorg verleent, anders dan op grond van artikel 3.1.7, heeft er recht op dat de zorgaanbieder vóór, dan wel zo spoedig mogelijk na de aanvang van de zorgverlening een bespreking met hem organiseert teneinde afspraken te maken over:
 - a. de doelen die met betrekking tot de zorgverlening voor een bepaalde periode worden gesteld, en de wijze waarop de zorgaanbieder en de verzekerde de gestelde doelen trachten te bereiken;
 - b. de zorgverleners die voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk zijn, de wijze waarop afstemming tussen die zorgverleners plaatsvindt, en wie de verzekerde op die afstemming kan aanspreken;
 - c. de wijze waarop de verzekerde zijn leven wenst in te richten en de ondersteuning die de verzekerde daarbij van de zorgaanbieder zal ontvangen;
 - d. de frequentie waarmee en de omstandigheden waaronder een en ander met de verzekerde zal worden geëvalueerd en geactualiseerd.
2. Bij de bespreking van de onderwerpen, genoemd in het eerste lid, onder c, wordt in ieder geval aandacht besteed aan:

- a. zeggenschap van de verzekerde over de inrichting van zijn leven;
 - b. de mogelijkheid om dagelijks te douchen, tijdige hulp bij toiletgang en het tijdig verwisselen van incontinentiemateriaal;
 - c. voldoende en gezonde voeding en drinken;
 - d. een schone en verzorgde leefruimte;
 - e. een respectvolle bejegening, passend bij de eigenheid van de verzekerde, en een veilige en aangename sfeer;
 - f. mogelijkheden voor de verzekerde tot het beleven van en leven overeenkomstig zijn godsdienst of levensovertuiging;
 - g. een zinvolle daginvulling en beweging;
 - h. de mogelijkheid om dagelijks in de buitenlucht te verkeren;
 - i. ontwikkeling en ontplooiing van de verzekerde.
3. De zorgaanbieder respecteert een weloverwogen wens van de verzekerde met betrekking tot de wijze waarop de verzekerde zijn leven wenst in te richten, tenzij dit in redelijkheid niet van hem kan worden gevergd in verband met:
- a. beperkingen die voor de verzekerde gelden op grond van het bepaalde bij of krachtens een andere wet dan wel de lichamelijke en geestelijke mogelijkheden en beperkingen van de verzekerde;
 - b. de verplichting tot het verlenen van de zorg van een goed zorgverlener en de betrokken professionele zorgverlener daarover een andere professionele zorgverlener heeft geraadpleegd;
 - c. de rechten van andere verzekerden of een goede en ordelijke gang van zaken.
4. De zorgaanbieder is in afwijking van de aanhef van het derde lid niet gehouden tot meer dan overeenkomt met de zorg waarop de verzekerde aanspraak heeft ingevolge het besluit van de LIZ-uitvoerder, onderscheidenlijk met hetgeen door of namens de verzekerde met de zorgaanbieder is overeengekomen ter zake van de aard, inhoud en omvang van de zorg en het verblijf.
5. De verzekerde heeft er voorts recht op dat de zorgaanbieder overeenkomstig de met hem gemaakte afspraken regelmatig een bespreking met hem organiseert ter evaluatie en actualisatie van de afspraken.

Artikel 8.1.2

1. De verplichtingen op grond van de artikelen 8.1.1 en 8.1.3 worden:
- a. indien de verzekerde de leeftijd van twaalf jaren nog niet heeft bereikt, nagekomen jegens degene of degenen die het gezag over de verzekerde uitoefent respectievelijk uitoefenen;
 - b. indien de verzekerde de leeftijd van twaalf maar nog niet die van zestien jaren heeft bereikt, tevens nagekomen jegens degene of degenen die het gezag over hem uitoefent respectievelijk uitoefenen;
 - c. indien de verzekerde minderjarig is en de leeftijd van twaalf jaren heeft bereikt, maar niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, nagekomen jegens degene of degenen die het gezag over hem uitoefent respectievelijk uitoefenen;
 - d. indien een meerderjarige verzekerde die onder curatele staat of ten behoeve van wie een mentorschap is ingesteld, niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, nagekomen jegens de curator of de mentor;

e. indien een meerderjarige verzekerde die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, niet onder curatele staat of ten behoeve van hem niet een mentorschap is ingesteld, nagekomen jegens de persoon die daartoe door de verzekerde schriftelijk is gemachtigd in zijn plaats op te treden dan wel, indien zodanige persoon ontbreekt of niet optreedt, jegens de echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel van de verzekerde, tenzij deze persoon dat niet wenst, dan wel, indien ook zodanige persoon ontbreekt, een ouder, kind, broer of zuster van de verzekerde, tenzij deze persoon dat niet wenst.

2. De verplichtingen worden nagekomen jegens de in het eerste lid bedoelde personen, tenzij die nakoming niet verenigbaar is met de zorg van een goed zorgverlener en de betrokken professionele zorgverlener daarover een andere professionele zorgverlener heeft geraadpleegd.

3. De persoon jegens wie de zorgaanbieder krachtens het tweede lid gehouden is de verplichtingen na te komen die uit deze wet jegens de verzekerde voortvloeien, betracht de zorg van een goed vertegenwoordiger. Deze persoon is gehouden de verzekerde zoveel mogelijk bij de vervulling van zijn taak te betrekken.

4. Indien in een van de in het eerste lid, onder b tot en met d, genoemde gevallen tussen de verzekerde en de bedoelde andere persoon verschil van inzicht bestaat en de verzekerde weloverwogen vasthoudt aan zijn standpunt, respecteert de zorgaanbieder diens standpunt.

5. Indien een verzekerde van zestien jaar of ouder niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, respecteren de zorgaanbieder en de in het eerste lid bedoelde persoon de weigering van toestemming van de verzekerde, mits hij deze heeft vastgelegd in schriftelijke vorm toen hij nog tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat was. De zorgaanbieder kan hiervan slechts afwijken om gegronde redenen.

Artikel 8.1.3

1. De zorgaanbieder legt binnen zes weken na aanvang van de zorgverlening, onderscheidenlijk een evaluatie en actualisatie, de uitkomsten van de in artikel 8.1.1 bedoelde bespreking vast in een zorgplan en verstrekt terstond een afschrift van het zorgplan aan de verzekerde of aan een vertegenwoordiger.

2. Voor zover de zorgaanbieder heeft vastgesteld dat de verzekerde niet in staat is te achten tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van een onderdeel van de zorgverlening, legt hij dat in het zorgplan vast. In geval van toepassing van artikel 8.1.2, vijfde lid, legt de zorgaanbieder dat vast in het zorgplan.

3. Voor zover de verzekerde dan wel de vertegenwoordiger te kennen heeft gegeven geen toestemming te geven voor de zorgverlening, legt de zorgaanbieder dat in het zorgplan vast.

4. Voor zover de zorgaanbieder op grond van artikel 8.1.1, vierde of vijfde lid geen gevolg geeft aan een weloverwogen wens van de verzekerde of de vertegenwoordiger inzake de in artikel 8.1.1 genoemde onderwerpen, legt de zorgaanbieder dat in het zorgplan vast.

5. Indien de verzekerde dan wel de vertegenwoordiger niet tot de in artikel 8.1.1 bedoelde besprekingen bereid zijn, houdt de zorgaanbieder bij de vastlegging en bij de evaluatie of de actualisering van het zorgplan zoveel mogelijk rekening met de veronderstelde wensen en de bekende mogelijkheden en beperkingen van de verzekerde.

6. De zorgaanbieder verstrekt desgevraagd een afschrift van het zorgplan aan de verzekerde of aan een vertegenwoordiger.

Artikel 8.1.4

Een verzekerde of een vertegenwoordiger is bevoegd bij het Staatstoezicht op de volksgezondheid melding te doen van een inbreuk op de in artikel 8.1.1 genoemde rechten, alsmede van een inbreuk op de in het zorgplan vastgelegde afspraken, voor zover deze de fysieke of psychische gezondheid van de verzekerde schaadt of kan schaden.

§ 2. Toezicht en handhaving

Artikel 8.2.1

1. De ambtenaren van het Staatstoezicht op de volksgezondheid zijn belast met het toezicht op de naleving door zorgaanbieders van de verplichtingen die voor hen uit het bepaalde bij of krachtens dit hoofdstuk voortvloeien.
2. De in het eerste lid bedoelde ambtenaren zijn bevoegd, met medeneming van de benodigde apparatuur, een woning binnen te treden zonder toestemming van de bewoner, voor zover de woning deel uitmaakt van een bouwkundige voorziening voor het verlenen van zorg.
3. De in het eerste lid bedoelde ambtenaren zijn, voor zover dat voor de vervulling van hun taak noodzakelijk is en in afwijking van artikel 5:20, tweede lid, van de Algemene wet bestuursrecht, bevoegd tot inzage van de dossiers van verzekerden. Voor zover de betrokken zorgverlener uit hoofde van zijn beroep tot geheimhouding van het dossier verplicht is, geldt gelijke verplichting voor de betrokken ambtenaar.
4. De in het eerste lid bedoelde ambtenaren zijn bevoegd het niet naleven door een zorgaanbieder van een verplichting die voor hem uit het bepaalde bij of krachtens deze wet voortvloeit, buiten behandeling te laten, tenzij sprake is van een situatie die voor de veiligheid van verzekerden of de zorg een ernstige bedreiging kan betekenen, of het belang van goede zorg anderszins daaraan redelijkerwijs in de weg staat.

Artikel 8.2.2

1. De in artikel 8.2.1 bedoelde ambtenaren zijn belast met het onderzoeken van meldingen als bedoeld in artikel 8.1.4 teneinde vast te stellen of:
 - a. sprake is van een inbreuk op in artikel 8.1.1 genoemde rechten van een verzekerde;
 - b. een inbreuk op de in het zorgplan vastgelegde afspraken de fysieke of psychische gezondheid van de verzekerde schaadt of kan schaden en zodanig ernstig is dat dit aanleiding geeft tot het nemen van maatregelen.
2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld omtrent:
 - a. de wijze waarop een melding wordt gedaan en de gegevens, die de melding ten minste bevat;
 - b. de wijze waarop een melding wordt onderzocht, de termijnen waarbinnen aan de melder en andere betrokkenen schriftelijk wordt medegedeeld dat de melding nader wordt onderzocht dan wel niet nader wordt onderzocht dan wel wat de uitkomst van het onderzoek is;
 - c. de wijze waarop het onderzoek wordt afgesloten en daarover informatie wordt verstrekt aan de melder en andere betrokkenen.
3. Voor zover bij het onderzoeken van een melding gegevens van een verzekerde ter beschikking van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid zijn gekomen, ter zake waarvan de betrokkenen

zorgverlener uit hoofde van zijn beroep tot geheimhouding verplicht is, geldt gelijke verplichting voor de ambtenaren van het Staatstoezicht jegens anderen dan de verzekerde.

4. Indien het Staatstoezicht op de volksgezondheid vaststelt dat sprake is van een van de in het eerste lid bedoelde situaties, neemt hij passende maatregelen, het in kennis stellen van justitiële autoriteiten daaronder begrepen.

Artikel 8.2.3

1. Indien Onze Minister van oordeel is dat het bepaalde bij of krachtens de artikelen 8.1.1, 8.1.2 of 8.1.3 niet wordt nageleefd, kan hij, in voorkomend geval in overeenstemming met Onze Minister wie het mede aangaat, de zorgaanbieder een schriftelijke aanwijzing geven.

2. In de aanwijzing geeft Onze Minister met redenen omkleed aan op welke punten het bepaalde bij of krachtens de artikelen 8.1.1, 8.1.2 of 8.1.3 niet wordt nageleefd, alsmede de in verband daarmee te nemen maatregelen.

3. Een aanwijzing bevat de termijn waarbinnen de zorgaanbieder er aan moet voldoen.

4. Indien het nemen van maatregelen in verband met gevaar voor de veiligheid of de gezondheid redelijkerwijs geen uitstel kan lijden, kan de ingevolge artikel 8.2.1 met het toezicht belaste ambtenaar een schriftelijk bevel geven. In voorkomend geval wordt daarvan onverwijld mededeling gedaan aan Onze Minister wie het mede aangaat. Het bevel heeft een geldigheidsduur van zeven dagen, welke door Onze Minister, in voorkomend geval in overeenstemming met Onze Minister wie het mede aangaat, kan worden verlengd.

5. De zorgaanbieder is verplicht binnen de daarbij gestelde termijn aan de aanwijzing onderscheidenlijk onmiddellijk aan het bevel te voldoen.

6. De bevoegdheid tot het verlengen van de geldigheidsduur van een bevel wordt niet gemandateerd aan een ambtenaar van het Staatstoezicht op de volksgezondheid.

Artikel 8.2.4

1. Onze Minister is, in voorkomend geval in overeenstemming met Onze Minister wie het mede aangaat, bevoegd een last onder dwangsom op te leggen aan de zorgaanbieder en de professionele zorgverlener die geen of geen medewerking verleent aan de inzage van dossiers als bedoeld in artikel 8.2.1, derde lid.

2. Onze Minister is, in voorkomend geval in overeenstemming met Onze Minister wie het mede aangaat, bevoegd tot toepassing van bestuursdwang ter handhaving van een krachtens artikel 8.2.3 gegeven aanwijzing of bevel.

HOOFDSTUK 9. Gegevensverwerking

§ 1. Verwerking van gegevens, waaronder bijzondere persoonsgegevens

Artikel 9.1.1

1. Degene die als verzekerde zijn aanspraak op langdurige intensieve zorg geldend wil maken, verstrekt aan de zorgaanbieder tot welke hij zich wendt voor het ontvangen van de desbetreffende zorg, een identiteitsbewijs als bedoeld in artikel 1, eerste lid van de Wet op de identificatieplicht of een ander bij ministeriële regeling aan te wijzen document ter inzage waarmee zijn identiteit kan

worden vastgesteld. Indien het identiteitsbewijs niet onmiddellijk ter inzage kan worden verstrekt, kan de zorgaanbieder bepalen dat uiterlijk binnen een termijn van veertien dagen aan deze verplichting wordt voldaan.

2. De zorgaanbieder die de in het eerste lid bedoelde zorg verleent, stelt de identiteit van degene aan wie deze zorg wordt verleend vast aan de hand van het ter inzage verstrekte document.

Artikel 9.1.2

1. De LIZ-uitvoerder neemt het burgerservicenummer of, bij het ontbreken daarvan, het sociaal-fiscaalnummer van zijn verzekerden met het oog op de uitvoering van deze wet in zijn administratie op en bewaart deze gedurende zeven jaren na het einde van de inschrijving van de verzekerde.

2. De LIZ-uitvoerder stelt bij de eerste opname in zijn administratie en vervolgens indien daartoe aanleiding is het burgerservicenummer van de verzekerde vast met overeenkomstige toepassing van artikel 7 van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg. Bij het ontbreken van het burgerservicenummer verifieert de LIZ-uitvoerder het sociaal-fiscaalnummer van de verzekerde indien daartoe aanleiding is.

3. De LIZ-uitvoerder gebruikt het burgerservicenummer of, bij het ontbreken daarvan, het sociaal-fiscaalnummer van de verzekerde met het doel te waarborgen dat de in het kader van de verzekering van zorg te verwerken persoonsgegevens op die verzekerde betrekking hebben.

4. Bij gegevensuitwisseling tussen de LIZ-uitvoerders en de in de artikelen 9.1.3 tot en met 9.1.6 genoemde personen en instanties wordt voor zover die personen en instanties tot gebruik van dat nummer bevoegd zijn, het burgerservicenummer of, bij het ontbreken daarvan, het sociaal-fiscaalnummer gebruikt.

5. Het vierde lid is van overeenkomstige toepassing op de gegevensuitwisseling tussen de LIZ-uitvoerders en de zorgaanbieders, indicatieorganen en zorgverzekeraars in de zin van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg die niet in de artikelen 9.1.3 tot en met 9.1.6 zijn genoemd.

6. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot het eerste en tweede lid.

7. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald aan welke beveiligingseisen de gegevensverwerking, bedoeld in het eerste, vierde en vijfde lid, voldoet.

8. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels gesteld worden over de bij de gegevensuitwisseling, bedoeld in het vierde en vijfde lid, te verwerken feiten of gegevens met betrekking tot verzekerden van wie het vaststellen van het burgerservicenummer of het sociaal-fiscaalnummer onmogelijk blijkt of een onevenredige inspanning kost. Bij of krachtens die maatregel kan worden bepaald aan welke beveiligingseisen de verwerking van die feiten of gegevens voldoet.

9. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen vormen van zorg als bedoeld in artikel 3.1.2, alsmede categorieën van zorgverzekeraars en in de artikelen 9.1.3 tot en met 9.1.6 genoemde personen en instanties worden uitgezonderd van de toepassing van het bepaalde bij of krachtens eerste tot en met het achtste lid.

Artikel 9.1.3

1. Een LIZ-uitvoerder of een door een LIZ-uitvoerder of Onze Minister aangewezen persoon en:

- a. een zorgaanbieder,
- b. het CIZ,

verstrekken elkaar kosteloos de persoonsgegevens van de verzekerde, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van deze wet, dan wel stellen elkaar deze gegevens voor dit doel voor inzage of het nemen van afschrift ter beschikking.

2. Voor zover de verzekerde daartoe uitdrukkelijk toestemming heeft verleend, verstrekken het CIZ en een zorgaanbieder elkaar kosteloos de persoonsgegevens van de verzekerde, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens. Indien de verzekerde bij de aanvraag de toestemming heeft gegeven, bedoeld in artikel 3.1.4, derde lid, onderdeel b, treedt die toestemming in de plaats van de toestemming, bedoeld in de eerste volzin.

3. Indien een zorgaanbieder anders dan krachtens een door hem met de LIZ-uitvoerder gesloten overeenkomst aan een verzekerde zorg heeft verleend als bedoeld in deze wet, verstrekt hij de verzekerde kosteloos de persoonsgegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende zijn gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, die voor zijn LIZ-uitvoerder of voor een door die LIZ-uitvoerder of door Onze Minister aangewezen persoon noodzakelijk zijn voor de uitvoering van deze wet.

4. Personen werkzaam ten behoeve van een zorgaanbieder of het CIZ, verstrekken die zorgaanbieder of het CIZ de persoonsgegevens die zij nodig hebben om te kunnen voldoen aan hun verplichtingen, bedoeld in het eerste, tweede of derde lid.

5. Personen werkzaam bij een door een LIZ-uitvoerder of Onze Minister aangewezen persoon als bedoeld in het eerste of derde lid, voor wie niet reeds uit hoofde van ambt of beroep een geheimhoudingsplicht geldt, zijn verplicht tot geheimhouding van de gegevens als bedoeld in het eerste of derde lid, behoudens voor zover enig wettelijk voorschrift hen mededeling toestaat.

6. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald:

- a. tot welke gegevens de verplichting, bedoeld in het eerste of derde lid, zich in ieder geval uitstrekt;
- b. op welke wijze gegevens, bedoeld in het eerste, tweede of derde lid, worden verwerkt;
- c. volgens welke technische standaarden gegevensverwerking plaatsvindt;
- d. aan welke beveiligingseisen gegevensverwerking voldoet;
- e. in welke gevallen gegevens, bedoeld in het eerste of derde lid, verder worden verwerkt met het oog op de uitvoering van deze wet, een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet of een aanvullende ziektekostenverzekering, voor zover deze gegevens niet worden gebruikt voor het beoordelen en accepteren van een aspirant-verzekerde voor een aanvullende verzekering en bovendien noodzakelijk zijn voor:
 - 1°. de betaling aan een zorgaanbieder of de vergoeding van zorgkosten aan een verzekerde,
 - 2°. de vaststelling van eigen bijdragen,
 - 3°. het uitoefenen van het verhaalsrecht, of
 - 4°. het verrichten van controle of fraudeonderzoek.

Artikel 9.1.4

1. Een ieder verstrekt op verzoek aan de LIZ-uitvoerders, de zorgverzekeraars, het Zorginstituut, de zorgautoriteit, Onze Minister, de rijksbelastingdienst, het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen, de Sociale verzekeringsbank, het college van burgemeester en wethouders, Onze Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, het CIZ, het CAK, of aan een daartoe door of vanwege een van deze LIZ-uitvoerders of instanties of door Onze Minister aangewezen persoon kosteloos alle inlichtingen en gegevens, waaronder persoonsgegevens als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van deze wet.
2. De in het eerste lid bedoelde gegevens en inlichtingen worden op verzoek verstrekt in schriftelijke vorm of in een andere vorm die redelijkerwijs kan worden verlangd, binnen een termijn die schriftelijk wordt gesteld bij het in het eerste lid bedoelde verzoek.
3. Een ieder geeft op verzoek van een rechtspersoon als bedoeld in het eerste lid, inzage in alle bescheiden en andere gegevensdragers, stelt deze op verzoek ter beschikking voor het nemen van afschrift en verleent de terzake verlangde medewerking, voor zover dit noodzakelijk is voor de uitvoering van deze wet door de desbetreffende LIZ-uitvoerders of instanties.
4. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot het eerste, tweede of derde lid.

Artikel 9.1.5

1. De in artikel 9.1.4, eerste lid, bedoelde LIZ-uitvoerders, zorgverzekeraars, instanties en personen zijn bevoegd uit eigen beweging en verplicht op verzoek binnen een bij dat verzoek genoemde termijn, uit de onder hun verantwoordelijkheid gevoerde administratie, aan elkaar, aan een daartoe door of vanwege hen aangewezen persoon of aan een door Onze Minister aangewezen persoon, kosteloos, de gegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, te verstrekken die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekeringen of van deze wet, of voor de onderlinge afstemming van op grond van de zorgverzekering verzekerde zorg en zorg die is verzekerd op grond van deze wet.
2. Het eerste lid is van overeenkomstige toepassing op de verstrekking van persoonsgegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid, door zorgverzekeraars en LIZ-uitvoerders aan het college van burgemeester en wethouders, onderscheidenlijk door het college van burgemeester en wethouders aan zorgverzekeraars en LIZ-uitvoerders, voor de uitvoering van de zorgverzekeringen, van deze wet, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, of van de Jeugdwet.
3. Een zorgverzekeraar verleent op verzoek van het Zorginstituut dan wel van de zorgautoriteit aan door het desbetreffende college aangewezen personen inzage in alle bescheiden en andere gegevensdragers, stelt deze op verzoek ter beschikking voor het nemen van afschrift en verleent de ter zake verlangde medewerking, voor zover het desbetreffende college dit nodig acht voor de uitoefening van zijn taak.
4. Onze Minister is bevoegd LIZ-uitvoerders en zorgaanbieders, ter handhaving van het bepaalde bij of krachtens het eerste lid, een aanwijzing te geven betreffende de verstrekking van gegevens die het CAK voor de uitvoering van zijn taak, bedoeld in artikel 6.1.2, aanhef en onderdeel a, nodig heeft.

5. Indien een LIZ-uitvoerder of een zorgaanbieder niet binnen vier weken aan een aanwijzing als bedoeld in het vierde lid voldoet, is Onze Minister bevoegd een last onder dwangsom op te leggen.
6. Alle ambtenaren tot afgifte van uittreksels uit registers van burgerlijke stand bevoegd, zijn verplicht aan een in artikel 9.1.4, eerste lid, bedoelde LIZ-uitvoerder of instantie de door deze gevraagde uittreksels uit de registers kosteloos toe te zenden.
7. Griffiers van colleges, geheel of ten dele met rechtspraak belast, verstrekken op verzoek, kosteloos, aan een LIZ-uitvoerder, aan het Zorginstituut of aan de zorgautoriteit alle gegevens, inlichtingen en uittreksels uit of afschriften van uitspraken, registers en andere stukken, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van deze wet door de LIZ-uitvoerder of het desbetreffende college.
8. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot:
 - a. het eerste of tweede lid;
 - b. de wijze waarop en termijn waarbinnen LIZ-uitvoerders en zorgaanbidders aan het CAK de gegevens verstrekken die het CAK voor de uitvoering van zijn taak, bedoeld in artikel 6.1.2, aanhef en onderdeel a, nodig heeft.

Artikel 9.1.6

1. De zorgautoriteit, onderscheidenlijk het Zorginstituut, kan na overleg met het Zorginstituut, onderscheidenlijk de zorgautoriteit, bij regeling bepalen welke gegevens en inlichtingen regelmatig door de LIZ-uitvoerders moeten worden verstrekt.
2. De regels kunnen mede omvatten het tijdstip en de wijze waarop de gegevens en inlichtingen moeten worden verstrekt, alsmede dat een accountant als bedoeld in artikel 393 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek de juistheid van de verstrekte gegevens en inlichtingen bevestigt.
3. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald welke statistische gegevens de zorgverzekeraars verzamelen betreffende vormen van zorg.

Artikel 9.1.7

1. Het Zorginstituut en de zorgautoriteit verstrekken desgevraagd aan Onze Minister of aan het College bouw of het College sanering, genoemd in artikel 19 respectievelijk 32 van de Wet toelating zorginstellingen, de voor de uitoefening van hun taak benodigde inlichtingen en gegevens.
2. Het Zorginstituut en de zorgautoriteit verlenen aan door Onze Minister of door een bestuursorgaan, bedoeld in het eerste lid, aangewezen personen toegang tot en inzage in zakelijke gegevens en bescheiden, voor zover dat voor de vervulling van hun taak redelijkerwijs nodig is.

Artikel 9.1.8

1. Een LIZ-uitvoerder maakt voor de verstrekking of ontvangst van gegevens aan of van personen, aan te wijzen door het Zorginstituut, gebruik van een elektronische infrastructuur.
2. Het Zorginstituut kan met betrekking tot het eerste lid regels stellen over:
 - a. de aard en omvang van de gegevens en de voorschriften waaraan de verstrekking of ontvangst ten minste moet voldoen;
 - b. de wijze waarop de verstrekking of ontvangst van gegevens plaatsvindt, waaronder begrepen de aansluiting van LIZ-uitvoerders op de infrastructuur;

- c. de wijze waarop het gebruik van de infrastructuur wordt georganiseerd en beheerd, waaronder begrepen de inrichting en instandhouding van een gemeenschappelijke database;
- d. de financiering van het gebruik van de infrastructuur en de wijze waarop de kosten ervan worden verdeeld.

Artikel 9.1.9

1. Het is een ieder die uit hoofde van de toepassing van deze wet of van krachtens deze wet genomen besluiten enige taak vervult of heeft vervuld, verboden van vertrouwelijke gegevens of inlichtingen die ingevolge deze wet dan wel ingevolge titel 5.2 van de Algemene wet bestuursrecht zijn verstrekt of verkregen, verder of anders gebruik te maken of daaraan verder of anders bekendheid te geven dan voor de uitvoering van zijn taak of bij of krachtens deze wet wordt geëist.
2. In afwijking van het eerste lid kunnen de zorgautoriteit en het Zorginstituut met gebruikmaking van vertrouwelijke gegevens of inlichtingen verkregen bij de uitvoering van hun taken op grond van deze wet, mededelingen doen, indien deze niet kunnen worden herleid tot afzonderlijke personen of ondernemingen.
3. In afwijking van het eerste lid zijn de zorgautoriteit en het Zorginstituut, voor zover dat voor hun taakuitoefening noodzakelijk is, bevoegd aan elkaar en aan Onze Minister vertrouwelijk gegevens of inlichtingen omtrent afzonderlijke LIZ-uitvoerders te verschaffen.
4. Het eerste lid laat, ten aanzien van degene op wie dat lid van toepassing is, onverlet:
 - a. de toepasselijkheid van de bepalingen van het Wetboek van Strafvordering welke betrekking hebben op het als getuige of deskundige in strafzaken afleggen van een verklaring omtrent gegevens of inlichtingen verkregen bij de vervulling van de ingevolge deze wet opgedragen taak;
 - b. de toepasselijkheid van de bepalingen van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering en van artikel 66 van de Faillissementswet welke betrekking hebben op het als getuige of als partij in een comparitie van partijen dan wel als deskundige in burgerlijke zaken afleggen van een verklaring omtrent gegevens of inlichtingen verkregen bij de vervulling van zijn ingevolge deze wet opgedragen taak, voor zover het gaat om gegevens of inlichtingen omtrent een LIZ-uitvoerder die in staat van faillissement is verklaard of op grond van een rechterlijke uitspraak is ontbonden;
 - c. de bevoegdheden van de Algemene Rekenkamer ingevolge artikel 91 van de Comptabiliteitswet 2001.
5. Het vierde lid, onderdeel b, geldt niet voor gegevens of inlichtingen die betrekking hebben op LIZ-uitvoerders die betrokken zijn of zijn geweest bij een poging de desbetreffende LIZ-uitvoerder in staat te stellen zijn bedrijf voort te zetten.
6. De Algemene Rekenkamer is bij het doen van mededelingen als bedoeld in artikel 91, elfde tot en met veertiende lid, van de Comptabiliteitswet 2001, verplicht tot geheimhouding, voor zover het betreft gegevens en inlichtingen die haar ingevolge het vierde lid, onderdeel c, bekend zijn geworden.

Artikel 9.1.10

1. In gevallen waarin een persoon aanspraak maakt of heeft gemaakt op zorg ingevolge deze wet en overeenkomstig het bepaalde in artikel 3.1.2, vierde lid, onderdeel b, aan de in dat onderdeel bedoelde personen de daar genoemde onherroepelijke toestemming heeft verleend, zijn die

personen verplicht het CIZ en de LIZ-uitvoerder desgevraagd de inlichtingen, waaronder die betreffende de gezondheid, te verstrekken die zij behoeven voor de uitvoering van de taken, waarmee zij bij of krachtens deze wet zijn belast.

2. De verstrekking geschiedt zonder inachtneming van de beperkingen, bedoeld in de eerste twee volzinnen van artikel 457, eerste lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

§ 2. Beleidsinformatie

Artikel 9.2.1

1. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen in het belang van een bij de behoefte van de verzekerde aansluitende zorgverlening, de bekostiging daarvan en de afstemming op andere wettelijke voorzieningen, regels worden gesteld over de kosteloze verstrekking van informatie van beleidsmatige en beheersmatige aard:

a. door zorgaanbieders aan LIZ-uitvoerders, de zorgautoriteit en Onze Minister,

b. door LIZ-uitvoerders aan de zorgautoriteit en Onze Minister.

2. De bij of krachtens algemene maatregel van bestuur te stellen regels als bedoeld in het eerste lid, hebben geen betrekking op persoonsgegevens als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens en worden niet gesteld dan nadat met door zorgaanbieders of de LIZ-uitvoerders voorgedragen koepelorganisaties, overleg is gevoerd over de inhoud van de in het eerste lid bedoelde gegevens en standaardisering van de wijze waarop de gegevens worden verstrekt.

3. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat het overleg, bedoeld in het tweede lid, ook plaatsvindt met andere organisaties en instanties dan genoemd in het tweede lid, en kan worden bepaald dat het eerste en tweede lid ook van toepassing is ten aanzien van die organisaties en instanties.

HOOFDSTUK 10. Overige bepalingen

§ 1. Experimenten

Artikel 10.1.1

1. Bij algemene maatregel van bestuur kan bij wijze van experiment, met het oog op het onderzoeken van mogelijkheden om deze wet doeltreffender uit te voeren, worden afgeweken van het bepaalde bij of krachtens deze wet, met uitzondering van hoofdstuk 2 en van hoofdstuk 3, § 1.

2. Bij een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in het eerste lid wordt geregeld op welke wijze van welke artikelen wordt afgeweken en kunnen alleen regels worden gesteld:

a. ter verbetering van de samenwerking tussen LIZ-uitvoerders, zorgaanbieders, gemeenten, het CAK, het CIZ en de zorgautoriteit;

b. ter verbetering van de innovatieve ontwikkeling en kwaliteit van de langdurige intensieve zorg;

c. over de verantwoording van de uitgaven ten laste van het Fonds langdurige intensieve zorg;

d. over het verstrekken van inlichtingen over de resultaten van het experiment;

e. hoe wordt vastgesteld of het met het experiment nagestreefde doel is behaald;

- f. over de voorwaarden die tijdens de gelding van het experiment van toepassing zijn op personen of instanties die in het experiment een rol vervullen;
 - g. over de omstandigheden waaronder het experiment tussentijds kan worden ingetrokken op grond van een daartoe strekkende aanwijzing van Onze Minister.
3. De voordracht voor een krachtens dit artikel vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.
4. Onze Minister zendt drie maanden voor het einde van de geldingsduur van een experiment aan de Staten-Generaal een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van het experiment in de praktijk, alsmede een standpunt inzake de voortzetting van ervan, anders dan als experiment.
5. Een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in het eerste lid vervalt binnen drie jaar na de inwerkingtreding, tenzij:
- a. in de maatregel van bestuur is bepaald dat deze eerder vervalt;
 - b. binnen drie jaar een voorstel van wet is ingediend bij de Staten-Generaal om het experiment om te zetten in een wettelijke regeling.
6. Indien het in het vijfde lid, onderdeel b, bedoelde voorstel van wet wordt ingetrokken of indien een van de beide Kamers der Staten-Generaal besluit het voorstel niet aan te nemen, wordt de algemene maatregel van bestuur onverwijld ingetrokken. Wordt het voorstel tot wet verheven, dan wordt de algemene maatregel van bestuur ingetrokken op het tijdstip van inwerkingtreding van die wet.

§. 2 De invloed van de verzekering op het burgerlijk recht

Artikel 10.2.1

1. Een overeenkomst met betrekking tot de verzekering van geneeskundige verzorging of de kosten daarvan vervalt met ingang van de dag waarop en voor zover voor een verzekerde uit deze wet aanspraken voortvloeien gelijkwaardig aan die, welke aan genoemde overeenkomst kunnen worden ontleend.
2. Een verzekeraar verlaagt voor alle verzekerden in gelijke mate en naar rato van het vervallen gedeelte van de in het eerste lid bedoelde overeenkomsten de tarieven van gesloten en nieuw af te sluiten ziektekostenverzekeringsovereenkomsten.
3. De premie, welke degene wiens verzekering krachtens het bepaalde in het eerste lid geheel of gedeeltelijk is vervallen, heeft vooruitbetaald, wordt door de verzekeraar al naar gelang van het vervallen gedeelte der overeenkomst terugbetaald, onder aftrek van ten hoogste 25 percent van het terug te betalen bedrag voor administratiekosten.

Artikel 10.2.2

Bij de vaststelling van de schadevergoeding, waarop de verzekerde naar burgerlijk recht aanspraak kan maken ter zake van een feit, dat aanleiding geeft tot het verlenen van zorg, bedoeld in artikel 3.1.2, dan wel zorg die is bekostigd ingevolge artikel 3.1.6 houdt de rechter rekening met de aanspraken, die de verzekerde krachtens deze wet heeft.

Artikel 10.2.3

1. Behoudens toepassing van het derde lid, eerste volzin, heeft een LIZ-uitvoerder voor de krachtens deze wet gemaakte kosten verhaal op degene, die in verband met het in artikel 10.2.2 bedoelde feit jegens de verzekerde naar burgerlijk recht tot schadevergoeding is verplicht, doch ten hoogste tot het bedrag, waarvoor deze bij het ontbreken van de aanspraken krachtens deze wet naar burgerlijk recht aansprakelijk zou zijn, verminderd met een bedrag, gelijk aan dat van de schadevergoeding tot betaling waarvan de aansprakelijke persoon jegens de verzekerde naar burgerlijk recht is gehouden.
2. Voor zover de geldswaarde van de in het eerste lid bedoelde verleende zorg niet kan worden vastgesteld, wordt deze bepaald op een geschat bedrag. Onze Minister kan hieromtrent nadere regels stellen.
3. Het Zorginstituut kan met verzekeraars een overeenkomst sluiten inhoudende een door die verzekeraars aan het Zorginstituut te betalen afkoopsom voor de voor de komende periode te verwachten schadelast tengevolge van de schadelast van diens verzekerden ingevolge het eerste lid. De overeenkomst heeft geen betrekking op de schadelast van een LIZ-uitvoerder die voor de aanvang van de onderhandelingen over de bedoelde overeenkomst aan het Zorginstituut te kennen heeft gegeven van zijn bevoegdheid in het eerste lid gebruik te maken. Het Zorginstituut stelt voor aanvang van de periode waarvoor een afkoopsom is overeengekomen, LIZ-uitvoerders op de hoogte van de totstandkoming van bedoelde overeenkomst.

Artikel 10.2.4

1. Indien de verzekerde in dienstbetrekking werkzaam is, geldt artikel 10.2.3, ten aanzien van de naar burgerlijk recht tot schadevergoeding verplichte werkgever van de verzekerde, onderscheidenlijk ten aanzien van de naar burgerlijk recht tot schadevergoeding verplichte persoon, die in dienstbetrekking staat tot dezelfde werkgever als de verzekerde jegens wie naar burgerlijk recht verplichting tot schadevergoeding bestaat, slechts indien het feit als genoemd in artikel 10.2.2 is te wijten aan opzet of bewuste roekeloosheid van die werkgever onderscheidenlijk persoon.
2. Voor de toepassing van het eerste lid wordt mede als werkgever beschouwd de inlener, bedoeld in artikel 34 van de Invorderingswet 1990.

Artikel 10.2.5

1. Een LIZ-uitvoerder kan van hem, die, zonder daartoe gerechtigd te zijn, opzettelijk aanspraken als verzekerde bij hem doet gelden onderscheidenlijk deed gelden, alsmede van hem, die daaraan opzettelijk zijn medewerking verleent onderscheidenlijk heeft verleend, geheel of gedeeltelijk het bedrag vorderen van de zorg of van de vergoedingen die hem te veel of ten onrechte zijn verleend. Voor zover de geldswaarde van de in de eerste volzin bedoelde zorg niet vaststaat, kan deze worden vastgesteld op een geschat bedrag.
2. Het besluit tot terugvordering levert een executoriale titel op in de zin van het Tweede Boek van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering.
3. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld betreffende de in het eerste lid bedoelde terugvordering.

§ 3. Bezwaar en beroep

Artikel 10.3.1

1. Een beslissing van een LIZ-uitvoerder of het CIZ, op bezwaar inzake een aanspraak op zorg of op een vergoeding ingevolge deze wet wordt niet genomen dan nadat daaromtrent door het Zorginstituut op verzoek van het bestuursorgaan advies is uitgebracht.
2. Het eerste lid is niet van toepassing voor zover het bezwaarschrift betrekking heeft op een ingevolge het bepaalde krachtens deze wet verschuldigde bijdrage, waarvan de hoogte niet afhankelijk is van een medisch oordeel.
3. Het eerste lid is niet van toepassing indien:
 - a. het bezwaar kennelijk niet-ontvankelijk is,
 - b. aan het bezwaar volledig tegemoet wordt gekomen, of
 - c. het Zorginstituut geen advies heeft uitgebracht binnen de in het vierde lid genoemde termijn of heeft medegedeeld geen advies te zullen uitbrengen.
4. Het Zorginstituut brengt een advies als bedoeld in het eerste lid uit binnen tien weken na ontvangst van alle gegevens en bescheiden die voor de beoordeling van het verzoek noodzakelijk zijn, en zendt gelijktijdig afschrift daarvan aan de belanghebbende.
5. Indien het Zorginstituut is verzocht advies uit te brengen, wordt de beslissing op bezwaar in afwijking van artikel 7:10, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht genomen binnen eenentwintig weken gerekend vanaf de dag na die waarop de termijn voor het indienen van het bezwaarschrift is verstreken.

Artikel 10.3.2

Het beroep en het hoger beroep inzake een geschil van uitsluitend geneeskundige aard wordt behandeld met toepassing van afdeling 8.2.3 van de Algemene wet bestuursrecht.

Artikel 10.3.3

1. Tegen uitspraken van de Centrale Raad van Beroep kan ieder der partijen beroep in cassatie instellen ter zake van schending of verkeerde toepassing van het bepaalde bij of krachtens een der artikelen 1.1.2, eerste lid, 1.2.1, 1.2.2, en 2.1.1.
2. Op dit beroep zijn de voorschriften betreffende het beroep in cassatie tegen uitspraken van de gerechtshoven inzake beroepen in belastingzaken van overeenkomstige toepassing, waarbij de Centrale Raad van Beroep de plaats inneemt van een gerechtshof.

§ 4. Overig

Artikel 10.4.1

De Kaderwet zelfstandige bestuursorganen is niet van toepassing op de LIZ-uitvoerders.

HOOFDSTUK 11. Strafbepalingen

Artikel 11.1

Hij die niet voldoet aan een der verplichtingen, bedoeld in artikel 9.1.4, derde lid, wordt gestraft met hechtenis van ten hoogste zes maanden of geldboete van de derde categorie.

Artikel 11.2

Overtreding van artikel 2.2.1, vierde lid, wordt gestraft met hechtenis van ten hoogste zes maanden of geldboete van de derde categorie.

Artikel 11.3

Overtreding van het bepaalde bij of krachtens een algemene maatregel van bestuur, strekkende tot uitvoering van deze wet, wordt gestraft met hechtenis van ten hoogste drie maanden of geldboete van de tweede categorie, indien en voor zover deze overtreding bij die algemene maatregel als strafbaar feit is aangeduid.

Artikel 11.4

1. Met de opsporing van feiten die zijn strafbaar gesteld bij of krachtens deze wet, alsmede, voor zover het feit voor de toepassing van deze wet van belang is, van de feiten omschreven in de artikelen 225 tot en met 227b, 447c en 447d van het Wetboek van Strafrecht zijn, onverminderd artikel 141 van het Wetboek van Strafvordering, belast de ambtenaren, aangewezen bij besluit van Onze Minister en Onze Minister van Justitie. Deze ambtenaren zijn tevens belast met de opsporing van feiten, strafbaar gesteld in de artikelen 179 tot en met 182 en 184 van het Wetboek van Strafrecht, voor zover deze feiten betrekking hebben op een bevel, vordering of handeling, gedaan of ondernomen door henzelf.

2. Van een besluit als bedoeld in het eerste lid wordt mededeling gedaan door plaatsing in de Staatscourant.

Artikel 11.5

Bij het opsporen van een bij of krachtens deze wet strafbaar gesteld feit hebben de in artikel 11.4, eerste lid, bedoelde personen toegang tot elke plaats, voor zover dat redelijkerwijs voor de vervulling van hun taak nodig is.

Artikel 11.6

De in de artikelen 11.1, 11.2 en 11.3 bedoelde strafbare feiten zijn overtredingen.

HOOFDSTUK 12. Wijziging van andere wetten

Artikel 12.1

De **Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg** wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel b, onder 1°, wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.
2. In onderdeel b, onder 2°, wordt "op grond van artikel 44 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: op grond van artikel 3.1.7, eerste lid, van de Wet langdurige intensieve zorg.
3. Aan onderdeel c wordt toegevoegd:

3°. zorgaanbieder als bedoeld in de Wet langdurige intensieve zorg;

4. Onderdeel d komt te luiden:

d. indicatieorgaan: het CIZ, genoemd in artikel 7.1.1, eerste lid, van de Wet langdurige intensieve zorg;.

5. Onderdeel e, onder 1°, komt te luiden:

1°. LIZ-uitvoerder als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige intensieve zorg;.

6. In onderdeel e, onder 3°, wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

B

In artikel 17, derde lid, wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

C

In artikel 17, tweede lid, aanhef, wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.2

De **Wet marktordening gezondheidszorg** wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1, eerste lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel b, onder 1°, wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

2. Onderdeel e komt te luiden:

e. LIZ-uitvoerder: de rechtspersoon als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige intensieve zorg;.

3. In onderdeel f, onder 2°, wordt "een AWBZ-verzekeraar" vervangen door: een LIZ-uitvoerder.

4. In onderdeel g wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

5. Onderdeel r komt te luiden:

r. het CAK: het CAK, genoemd in artikel 6.1.1, eerste lid, van de Wet langdurige intensieve zorg;.

B

In artikel 16, onderdeel d, wordt "de AWBZ-verzekeraars, het CAK en de rechtspersonen, bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, van hetgeen bij of krachtens die wet" vervangen door: de LIZ-uitvoerders en het CAK, van hetgeen bij of krachtens de Wet langdurige intensieve zorg.

C

Het opschrift van paragraaf 3.3. komt te luiden:

Paragraaf 3.3. Toezicht Wet langdurige intensieve zorg.

D

In artikel 28, eerste lid, wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door "de Wet langdurige intensieve zorg" en wordt "AWBZ-verzekeraars, het CAK en de rechtspersonen, bedoeld in artikel 40 van die wet," vervangen door: LIZ-uitvoerders en het CAK,.

E

In artikel 29, tweede lid, wordt "De AWBZ-verzekeraars en het CAK" vervangen door: De AWBZ-verzekeraars, het CAK en de rechtspersonen, bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: De LIZ-uitvoerders en het CAK.

F

Artikel 30 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt "bij AWBZ-verzekeraars, het CAK en rechtspersonen, bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: bij LIZ-uitvoerders en het CAK.
2. In het tweede lid wordt "De AWBZ-verzekeraars en het CAK" vervangen door: De AWBZ-verzekeraars, het CAK en de rechtspersonen, bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: bij de LIZ-uitvoerders en het CAK.

G

Artikel 31 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onderdeel a komt te luiden:
 - a. de controle door de LIZ-uitvoerders en, voor zover betrekking hebbend op de uitvoering van de in artikel 6.1.2 van de Wet langdurige intensieve zorg bedoelde taken, door het CAK.
2. In onderdeel b wordt "het accountantsverslag, bedoeld in artikel 36 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten," vervangen door: het accountantsverslag, bedoeld in artikel 4.2.1 van de Wet langdurige intensieve zorg,.

H

In paragraaf 3.3 wordt na artikel 31 een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 31a

Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld met betrekking tot de wijze waarop wordt vastgesteld of de betrouwbaarheid van een persoon als bedoeld in artikel 4.1.1, zesde lid, van de Wet langdurige intensieve zorg, buiten twijfel staat en welke feiten en omstandigheden daarbij in aanmerking worden genomen.

I

Artikel 36 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het derde lid, onderdeel b, wordt "AWBZ-verzekeraars" vervangen door "LIZ-uitvoerders" en wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.
2. In het vierde lid wordt ", AWBZ-verzekeraars of de rechtspersonen bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten," vervangen door: en LIZ-uitvoerders.

J

In artikel 39 wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten," vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg,.

K

In artikel 40, derde lid, wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten," vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg,.

L

In artikel 56a, eerste lid, wordt "het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: het Fonds langdurige intensieve zorg.

M

Artikel 58, vierde lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel c wordt "artikel 12, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet of 15 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: artikel 12, eerste tot en met derde lid, van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.2.2 van de Wet langdurige intensieve zorg.
2. Onder vervanging van de puntkomma aan het slot van onderdeel c door een punt, vervalt onderdeel d.

N

In artikel 68a, derde lid, wordt "bij een door Onze Minister aangewezen persoon als bedoeld in artikel 53, eerste of derde lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: bij een door Onze Minister aangewezen persoon als bedoeld in artikel 9.1.3, eerste of derde lid, van de Wet langdurige intensieve zorg.

O

1. In artikel 76, eerste lid, wordt na "de artikelen 23, 25, tweede lid, 27,": ingevoegd: 31,.
2. In artikel 76, tweede lid, wordt "het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: het Fonds langdurige intensieve zorg.

P

In artikel 78, eerste lid, wordt "een AWBZ-verzekeraar, het CAK of een rechtspersoon, als bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, die niet voldoet aan het bepaalde bij of krachtens die wet" vervangen door: een LIZ-uitvoerder die, of het CAK dat, niet voldoet aan het bepaalde bij of krachtens de Wet langdurige intensieve zorg.

Q

In artikel 80 wordt het eerste lid als volgt gewijzigd:

1. In de aanhef wordt "het CAK dan wel een AWBZ-verzekeraar," vervangen door: het CAK dan wel een LIZ-uitvoerder,.

2. In onderdeel b, onder 2°, wordt na "zorgverzekeraar" ingevoegd "dan wel de LIZ-uitvoerder" en wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

R

In artikel 82 wordt na "de artikelen 25, tweede lid," ingevoegd: 31,.

S

In artikel 104, eerste en vierde lid, wordt "het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten" telkens vervangen door: het Fonds langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.3

De **Zorgverzekeringswet** wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onderdeel s komt te luiden:

s. LIZ-uitvoerder: de rechtspersoon bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige intensieve zorg;.

2. Onderdeel w komt te luiden:

w. het CAK: het CAK, genoemd in artikel 6.1.1, eerste lid, van de Wet langdurige intensieve zorg;.

B

In artikel 2, eerste lid, en tweede lid, onder b, wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" telkens vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

C

In artikel 10, onderdeel h, wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

D

Aan artikel 25 wordt een lid toegevoegd, luidende:

4. Indien het algemeen belang dat vereist kan in afwijking van het eerste lid bij algemene maatregel van bestuur worden bepaald dat een verzekeraar de melding, bedoeld in het eerste lid, slechts kan doen indien die verzekeraar behoort tot een groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek waarvan ook een LIZ-uitvoerder deel uitmaakt.

E

Onder vernummering van het tweede lid tot derde lid wordt aan artikel 30 een lid toegevoegd, luidende:

2. Indien het algemeen belang dat vereist kan bij algemene maatregel van bestuur worden bepaald dat de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde melding slechts kan doen, indien de LIZ-uitvoerder die behoort tot een groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk

Wetboek, waartoe ook die zorgverzekeraar behoort, tegelijkertijd de melding doet, bedoeld in artikel 4.1.2, eerste lid, van de Wet langdurige intensieve zorg.

F

In artikel 39, tweede lid, onder k, wordt "het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: het Fonds langdurige intensieve zorg.

G

In artikel 57, tweede lid, wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten," vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg,.

H

In artikel 67, onderdeel a, wordt "de algemene verzekering bijzondere ziektekosten," vervangen door: de verzekering langdurige intensieve zorg,.

I

Artikel 89, eerste lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. Na "De in artikel 88, eerste lid, bedoelde zorgverzekeraars en instanties" wordt ingevoegd: , alsmede de LIZ uitvoerders,.
2. De zinsnede "die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekeringen of van deze wet" wordt vervangen door: die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekeringen of van deze wet, of voor de onderlinge afstemming van op grond van de zorgverzekering verzekerde zorg en zorg die is verzekerd op grond van de Wet langdurige intensieve zorg.

J

Artikel 118a wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid, onderdeel b, wordt "die in een instelling als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten verblijven," vervangen door: die in een instelling als bedoeld in de Wet langdurige intensieve zorg verblijven,.
2. In het derde lid wordt na "Zorgverzekeraars" ingevoegd: en LIZ-uitvoerders.

K

In artikel 122a, tweede lid, wordt "of in artikel 6 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten," vervangen door: of in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige intensieve zorg,.

Artikel 12.4

De **Jeugdwet** wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 1.1 wordt het onderdeel "- CAK: het CAK, genoemd in artikel 48, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;" vervangen door:

- CAK: het CAK, genoemd in artikel 6.1.1, eerste lid, van de Wet langdurige intensieve zorg;.

B

Artikel 1.2 wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel a wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.
2. In het tweede lid wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.
3. Na het derde lid wordt een lid toegevoegd, luidende:
4. Het college kan een voorziening weigeren indien het college gegronde redenen heeft om aan te nemen dat de cliënt aanspraak kan doen gelden op verblijf in een instelling op grond van de Wet langdurige intensieve zorg, dan wel en weigert mee te werken aan het verkrijgen van een besluit dienaangaande.

Artikel 12.5

De **Wet toelating zorginstellingen** wordt als volgt gewijzigd:

1. Artikel 1, onderdeel e, komt te luiden:
e. Fonds langdurige intensieve zorg: het Fonds langdurige intensieve zorg, genoemd in artikel 89 van de Wet financiering sociale verzekeringen;
2. In artikel 5 wordt "ingevolge artikel 6 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: ingevolge artikel 3.1.1 van de Wet langdurige intensieve zorg.
3. In artikel 17, zevende en achtste lid, wordt "het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten" telkens vervangen door: het Fonds langdurige intensieve zorg.
4. In artikel 18, tweede lid, wordt "het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: het Fonds langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.6

De **Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten** wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd

1. In onderdeel c wordt "het bevoegde indicatieorgaan op grond van artikel 9b van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: het CIZ.
2. Onderdeel d komt te luiden:
d. het CIZ, genoemd in artikel 7.1.1 van de Wet langdurige intensieve zorg;
3. In het vierde lid wordt "zorg als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: zorg als omschreven bij of krachtens de Wet langdurige intensieve zorg.

B

In artikel 4, tweede lid, wordt "het indicatieorgaan" vervangen door: het CIZ.

C

Artikel 16 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt "een indicatieorgaan" vervangen door: het CIZ.

2. In het tweede lid wordt "Het indicatieorgaan" vervangen door: Het CIZ.
3. In het vierde lid wordt "het indicatieorgaan" vervangen door: het CIZ.

D

Artikel 17 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het tweede lid komt te luiden:
2. De aanvraag, bedoeld in het eerste lid, wordt ingediend bij het CIZ.
2. In het vierde en zesde lid wordt "Het indicatieorgaan" telkens vervangen door: Het CIZ.
3. In het negende lid wordt "het indicatieorgaan" telkens vervangen door "het CIZ" en wordt "Het indicatieorgaan" telkens vervangen door: Het CIZ.
4. In het tiende en elfde lid wordt "het indicatieorgaan" telkens vervangen door: het CIZ.

E

In artikel 19, derde lid, wordt "een indicatieorgaan" vervangen door: het CIZ.

F

Artikel 20 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt "het indicatieorgaan" vervangen door: het CIZ.
2. In het tweede lid wordt "het indicatieorgaan" telkens vervangen door: het CIZ.

G

Artikel 21 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt "Het indicatieorgaan" vervangen door "Het CIZ" en wordt "het indicatieorgaan" vervangen door: het CIZ.
2. In het tweede lid wordt "Het indicatieorgaan" vervangen door: Het CIZ.
3. In het derde en vierde lid wordt "het indicatieorgaan" telkens vervangen door: het CIZ.
4. In het vijfde lid wordt "Het indicatieorgaan" vervangen door "Het CIZ" en wordt "het bevoegde indicatieorgaan op grond van artikel 9b van de van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: het CIZ.
5. In het zesde lid wordt "het indicatieorgaan" vervangen door: het CIZ.
6. In het achtste lid wordt "Het indicatieorgaan" vervangen door: Het CIZ.

H

In artikel 23, eerste en tweede lid, wordt "Het indicatieorgaan" telkens vervangen door: Het CIZ.

I

In artikel 24, vierde lid, wordt "het indicatieorgaan" telkens vervangen door: het CIZ.

J

Artikel 30 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt "het indicatieorgaan" vervangen door: het CIZ.
2. In het tweede lid wordt "het in het eerste lid bedoelde indicatieorgaan," vervangen door: het CIZ.

K

In artikel 32, eerste en tweede lid, wordt "het indicatieorgaan" telkens vervangen door: het CIZ.

L

In artikel 33, tiende lid, wordt "het indicatieorgaan" vervangen door: het CIZ.

M

In artikel 34, eerste en derde lid, wordt "het indicatieorgaan" telkens vervangen door: het CIZ.

N

Artikel 36, eerste lid, onderdeel g, komt te luiden:

g. het CIZ, en.

O

In artikel 37, onderdeel e, wordt "het indicatieorgaan" vervangen door: het CIZ.

P

In artikel 39, tweede lid, wordt "het indicatieorgaan" vervangen door: het CIZ.

Q

In artikel 48c, derde lid, onder b, wordt "het indicatieorgaan" vervangen door: het CIZ.

R

In artikel 51, eerste lid, wordt "een indicatieorgaan" vervangen door: het CIZ.

Artikel 12.7

De **Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg** wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt het onderdeel "- AWBZ-zorg: zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;" vervangen door:
- LIZ-zorg: zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Wet langdurige intensieve zorg;
2. In artikel 1, eerste lid, wordt "AWBZ-zorg" telkens vervangen door: LIZ-zorg.
3. In het tweede lid wordt "op grond van artikel 44 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: op grond van artikel 3.1.7, eerste lid, van de Wet langdurige intensieve zorg.
4. In het derde lid wordt "of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: of de Wet langdurige intensieve zorg.
5. In het zevende lid wordt "of artikel 1 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: of artikel 1 van de Wet langdurige intensieve zorg.

B

In artikel 6, onderdeel b, wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten," vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg,.

C

Artikel 47 vervalt.

Artikel 12.7a

De **Wet maatschappelijke ondersteuning 2015** wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 1.1.1 wordt het onderdeel "- CAK: het CAK, genoemd in artikel 48, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;" vervangen door:

- CAK: het CAK, genoemd in artikel 6.1.1, eerste lid, van de Wet langdurige intensieve zorg;.

B

In artikel 2.3.5, zesde lid, wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten," vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg,.

Artikel 12.8

In artikel 90 van de **Geneesmiddelenwet** wordt "een nationaal vaccinatieprogramma waarop aanspraak bestaat krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: een nationaal vaccinatieprogramma waarop aanspraak bestaat krachtens de Wet **PM**.

Artikel 12.9

In artikel 20, vierde lid, van de **Wet uitkeringen burger-oorlogsslachtoffers 1940-1945** wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.10

In artikel 14, vijfde lid, van de **Wet uitkeringen vervolgingsslachtoffers** wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.11

In artikel 1:6, eerste lid, van de **Wet op het financieel toezicht** wordt na onderdeel e een onderdeel toegevoegd, luidende:

f. de LIZ-uitvoerders, bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.12

De **Wet inkomstenbelasting 2001** wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 3.104, onderdeel a komt te luiden:

a. uitkeringen en verstrekkingen op grond van de Wet langdurige intensieve zorg;

B

Artikel 6.18 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onderdeel c komt te luiden:

c. de krachtens de Wet langdurige intensieve zorg verschuldigde bijdragen;

2. Onderdeel i komt te luiden:

i. uitgaven als bedoeld in de Wet langdurige intensieve zorg of de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 voor zover een bijdrage is verschuldigd ter verkrijging van een subsidie of tegemoetkoming als bedoeld in de Wet langdurige intensieve zorg of de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 ter bekostiging van die uitgaven;

C

In artikel 8.1, onderdelen c en d, wordt "de algemene verzekering bijzondere ziektekosten" telkens vervangen door: de verzekering langdurige intensieve zorg.

D

Artikel 8.6 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het opschrift komt te luiden:

Artikel 8.6. Berekening heffingskorting voor de verzekering langdurige intensieve zorg

2. De zinsnede "de algemene verzekering bijzondere ziektekosten" wordt telkens vervangen door: de verzekering langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.13

In artikel 2, derde lid, van de **Wet brutering overhevelingstoeslag lonen** wordt "de algemene verzekering bijzondere ziektekosten" vervangen door: de verzekering langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.14

In artikel 21, onderdeel b, van de **Wet op de loonbelasting 1964** wordt "de algemene verzekering bijzondere ziektekosten" vervangen door: de verzekering langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.15

Artikel 11, eerste lid, van de **Wet op de omzetbelasting 1968** wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel g, onder 2°, wordt "de diensten, bedoeld in artikel 2, eerste lid, onderdelen a tot en met e, en h, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, verleend aan personen ten behoeve van wie in een indicatiebesluit op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is vastgelegd dat ze op de in die onderdelen bedoelde zorg zijn aangewezen," vervangen door: de diensten, bedoeld in artikel 3.1.4, eerste lid, onder a, b en d van de Wet langdurige intensieve zorg, verleend aan personen ten behoeve van wie in een indicatiebesluit op grond van die wet is vastgelegd dat ze op de in die onderdelen bedoelde zorg zijn aangewezen,.

2. In onderdeel g, onder 3°, onder a, wordt "een instelling als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel d, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: een instelling als bedoeld in artikel 1 van de Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.16

In de bijlage bij artikel 1, eerste lid, onderdeel p, van de **Wet toezicht accountantsorganisaties** wordt het onderdeel “– artikelen 36, tweede lid, en 45, derde lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;” vervangen door:

– de artikelen 4.2.1, tweede lid, en 5.2.2, derde lid, van de Wet langdurige intensieve zorg;.

Artikel 12.17

De **Wet financiering sociale verzekeringen** wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1, onderdeel i, komt te luiden:

i. Fonds langdurige intensieve zorg: het Fonds langdurige intensieve zorg, genoemd in artikel 89;.

B

In artikel 2, onderdeel a, wordt “de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten” vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

C

Artikel 4, onderdeel c, komt te luiden:

c. verzekering langdurige intensieve zorg: de verzekering, bedoeld in hoofdstuk 3 van de Wet langdurige intensieve zorg.

D

Artikel 5 vervalst.

E

In artikel 11, derde lid, wordt “de algemene verzekering bijzondere ziektekosten” vervangen door: de verzekering langdurige intensieve zorg.

F

In artikel 12, eerste lid, onderdeel c, wordt “de algemene verzekering bijzondere ziektekosten:” telkens vervangen door: de verzekering langdurige intensieve zorg:.

G

Artikel 14 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het opschrift wordt “Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten” vervangen door: Fonds langdurige intensieve zorg.
2. In het tweede lid wordt “het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten” vervangen door: het Fonds langdurige intensieve zorg.

H

In artikel 15 wordt “het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten” vervangen door: het Fonds langdurige intensieve zorg.

I

Artikel 61 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het derde lid, onder a, wordt "de algemene verzekering bijzondere ziektekosten" vervangen door: de verzekering langdurige intensieve zorg.
2. In het vijfde lid, onder a, wordt "de algemene verzekering bijzondere ziektekosten" vervangen door: de verzekering langdurige intensieve zorg.

J

Het opschrift van hoofdstuk 7, afdeling 2, paragraaf 2, komt te luiden:

§ 2. Wet langdurige intensieve zorg

K

Artikel 89 komt te luiden:

Artikel 89 Fonds langdurige intensieve zorg

Het Zorginstituut beheert en administreert afzonderlijk een Fonds langdurige intensieve zorg.

L

Artikel 90 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het opschrift komt te luiden:

Artikel 90. Inkomsten en uitgaven Fonds langdurige intensieve zorg

2. Het eerste lid wordt als volgt gewijzigd:

a. De aanhef komt te luiden:

1. Ten gunste van het Fonds langdurige intensieve zorg komen:

b. In de onderdelen a en b wordt "de algemene verzekering bijzondere ziektekosten" telkens vervangen door: de verzekering langdurige intensieve zorg.

c. In onderdeel c wordt "op grond van artikel 6, vierde lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: artikel 3.1.8 van de Wet langdurige intensieve zorg.

3. Het tweede lid wordt als volgt gewijzigd:

a. De aanhef komt te luiden:

2. Uit het Fonds langdurige intensieve zorg worden betaald:

b. In onderdeel a wordt "de algemene verzekering bijzondere ziektekosten" vervangen door: de verzekering langdurige intensieve zorg.

c. In onderdeel c wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

e. In onderdeel d wordt "artikel 6, vijfde lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: artikel 3.1.1, vierde lid, van de Wet langdurige intensieve zorg.

e. In onderdeel e wordt "artikel 7, derde lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: artikel 3.1.10, derde lid, van de Wet langdurige intensieve zorg.

f. Onderdeel f vervalt.

4. In het derde lid wordt "het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: het Fonds langdurige intensieve zorg.

5. Het vierde lid vervalt, waarna het vijfde lid wordt vernummerd tot het vierde lid.

M

Artikel 91 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het opschrift komt te luiden:

Artikel 91. Dekking uitgaven Fonds langdurige intensieve zorg

2. Het eerste lid wordt als volgt gewijzigd:

a. de zinsnede "het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten" wordt vervangen door "het Fonds langdurige intensieve zorg" en de zinsnede "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" wordt vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

b. Aan het eerste lid wordt een volzin toegevoegd, luidende:

De in de vorige zin bedoelde bij of krachtens algemene maatregel van bestuur te stellen regelen kunnen mede inhouden in welke mate, op welke wijze en onder welke voorwaarden reserves waarover de LIZ-uitvoerder beschikt worden betrokken bij de vaststelling van de jaarlijkse uitkeringen.

3. In het tweede lid wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

N

In artikel 123 wordt "de algemene verzekering bijzondere ziektekosten," vervangen door: de verzekering langdurige intensieve zorg,.

O

In artikel 124 wordt "de algemene verzekering bijzondere ziektekosten," vervangen door: de verzekering langdurige intensieve zorg,.

P

In de inhoudsopgave wordt "§ 2 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: § 2 Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.18

De **Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen** wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 1, onderdeel j, wordt "Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: Wet langdurige intensieve zorg.

B

Artikel 34 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het derde lid, onder a, wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

2. In het vierde lid wordt "een zorgverzekeraar" vervangen door "een zorgverzekeraar, de LIZ-uitvoerder bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige intensieve zorg," en wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

C

In artikel 54, derde lid, onderdeel d, wordt "of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: , en de LIZ-uitvoerders bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.19

De **Werkloosheidswet** wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 39, eerste lid, wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

B

In artikel 42a, derde lid, "die is gegrond op artikel 44, eerste lid, onderdeel b, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: die is gegrond op artikel 3.1.7, eerste lid, van de Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.20

De **Wet inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte gewezen zelfstandigen** wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 45, eerste lid, onderdeel d, wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

B

In artikel 48, eerste lid, onderdeel d, wordt "en de zorgverzekeraars in de zin van de artikelen 1, onderdeel b, van de Zorgverzekeringwet of van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, voor de uitvoering van de Zorgverzekeringwet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;" vervangen door: , de zorgverzekeraars in de zin van de artikel 1, onderdeel b, van de Zorgverzekeringwet, voor de uitvoering van de Zorgverzekeringwet of de LIZ-uitvoerder, bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige intensieve zorg, voor de uitvoering van de Wet langdurige intensieve zorg;.

Artikel 12.21

De **Wet inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte werkloze werknemers** wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 45, eerste lid, onderdeel d, wordt "van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

B

In artikel 48, eerste lid, onderdeel d, wordt “de zorgverzekeraars in de zin van de artikelen 1, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet of van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;” vervangen door: , de zorgverzekeraars in de zin van de artikel 1, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet, voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet of de LIZ-uitvoerder, bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige intensieve zorg, voor de uitvoering van de Wet langdurige intensieve zorg;.

Artikel 12.22

De **Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten** wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 2:55, eerste lid, wordt “de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten” vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

B

In artikel 3:47, eerste lid, wordt “de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten” vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.23

De **Wet werk en bijstand** wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 64, eerste lid, onderdeel d, wordt “de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten” vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

B

In artikel 67, eerste lid, onderdeel d, wordt “en de zorgverzekeraars in de zin van de artikelen 1, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet of van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;” vervangen door: , de zorgverzekeraars in de zin van de artikel 1, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet, voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet of de LIZ-uitvoerder, bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige intensieve zorg, voor de uitvoering van de Wet langdurige intensieve zorg;.

Artikel 12.24

De **Wet Werk en inkomen naar arbeidsvermogen** wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 15, zesde lid, “die is gegrond op artikel 44, eerste lid, onderdeel b, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ” vervangen door: die is gegrond op artikel 3.1.7, eerste lid, van de Wet langdurige intensieve zorg.

B

In artikel 71, eerste lid, wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.25

De **Ziektewet** wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 29f, zesde lid, "die is gegrond op artikel 44, eerste lid, onderdeel b, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: die is gegrond op artikel 3.1.7, eerste lid, van de Wet langdurige intensieve zorg.

B

In artikel 40, eerste lid, wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.26

In artikel 57, eerste lid, van de **Algemene nabestaandenwet** wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.27

In artikel 20, eerste lid, van de **Algemene Ouderdomswet** wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.28

In artikel 3, eerste lid, van de **Toeslagwet Indonesische pensioenen 1956** wordt "de artikelen 6 en 13 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: artikel 3.1.8, eerste lid, van de Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.29

In artikel 57, eerste lid, van de **Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen** wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.30

In artikel 30, eerste lid, van de **Wet inkomensvoorziening oudere werklozen** wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.31

Artikel 46 van de **Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden** wordt als volgt gewijzigd:

1. In het tweede lid wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.
2. In het derde lid wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.32

In artikel 197, eerste lid, onder a, van **Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek** wordt "artikel 65b van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: artikel 10.2.3 van de Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.33

In artikel 734a, vierde lid, van **Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek** wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.34

In artikel 415, vijfde lid, van het **Wetboek van Koophandel** wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.35

De **Algemene wet bestuursrecht** wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 1 van bijlage 2 bij de Algemene wet bestuursrecht wordt toegevoegd:

Wet langdurige intensieve zorg:

- a. artikel 3.2.1, tweede en derde lid
- b. artikel 3.2.2

B

In artikel 2 van bijlage 2 bij de Algemene wet bestuursrecht wordt het onderdeel "Algemene wet bijzondere ziektekosten, voor zover het betreft een besluit van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport of van het College zorgverzekeringen" vervangen door:

Wet langdurige intensieve zorg, voor zover het betreft een besluit van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport of van het Zorginstituut.

C

In artikel 7 van bijlage 2 bij de Algemene wet bestuursrecht wordt in de alfabetische rangschikking ingevoegd:

Wet langdurige intramurale zorg: hoofdstuk 8.

D

In artikel 9 van bijlage 2 bij de Algemene wet bestuursrecht wordt het onderdeel "Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, met uitzondering van een besluit van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport of van het College zorgverzekeringen" vervangen door:

Wet langdurige intensieve zorg, met uitzondering van een besluit van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport of van het Zorginstituut.

E

In artikel 2 van bijlage 3 bij de Algemene wet bestuursrecht wordt het onderdeel "Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, met uitzondering van een besluit van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport of van het College zorgverzekeringen" vervangen door:
Wet langdurige intensieve zorg, met uitzondering van een besluit van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport of van het Zorginstituut.

Artikel 12.36

In artikel 1, onder 4^o, van de **Wet op de economische delicten** wordt het onderdeel "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, artikel 65, tweede lid;" vervangen door:
de Wet langdurige intensieve zorg, artikel 10.2.1 tweede lid;.

Artikel 12.37

In artikel 119, tweede lid, van de **Algemene pensioenwet politieke ambtsdragers** wordt "de artikelen 6 en 13 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: artikel 3.1.8, eerste lid, van de Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.38

Artikel 2, eerste lid, van de **Ambtenarenwet** wordt als volgt gewijzigd:

1. Het onderdeel "– de voorzitter en de leden van het CAK, genoemd in artikel 48, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten." wordt vervangen door:
 - de voorzitter en de leden van het CAK, genoemd in artikel 6.1.1, eerste lid, van de Wet langdurige intensieve zorg;
2. Aan de opsomming wordt een onderdeel toegevoegd, luidende:
 - de voorzitter en de leden van het CIZ, genoemd in 7.1.1, eerste lid, van de Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.39

In artikel 27a, eerste lid, van de **Wet aanpassingen pensioenvoorzieningen Bijstandskorps** wordt "de artikelen 6 en 13 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: artikel 3.1.8, eerste lid, van de Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.40

In bijlage 3 bij **de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector** wordt "of artikel 33 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: of artikel 4.1.1 van de Wet langdurige intensieve zorg.

HOOFDSTUK 13. Invoerings-, overgangs- en slotbepalingen

§ 1. Invoeringsbepalingen met betrekking tot het CIZ

Artikel 13.1.1

1. De personen die op het tijdstip van inwerkingtreding van deze wet krachtens een arbeidsovereenkomst naar burgerlijk recht behoren tot het personeel van de stichting Centrum indicatiestelling zorg, en van wie naam en functie zijn vermeld op een door Onze Minister vastgestelde lijst, zijn op dat tijdstip van rechtswege ontslagen en aangesteld in dienst van het CIZ.
2. In afwijking van artikel 15 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen worden de personeelsleden van de in het eerste lid bedoelde rechtspersoon in dienst genomen op arbeidsovereenkomst naar burgerlijk recht. De bepalingen van titel 10 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek zijn op deze overeenkomst van toepassing.
3. De overgang van de in het eerste lid bedoelde personeelsleden vindt plaats met een rechtspositie die als geheel ten minste gelijkwaardig is aan die welke voor elk van hen gold bij de stichting Centrum indicatiestelling zorg.

Artikel 13.1.2

1. Alle vermogensbestanddelen van de stichting Centrum indicatiestelling zorg gaan onder algemene titel om niet over op het CIZ zonder dat een besluit, akte of mededeling is vereist.
2. Ter zake van de overgang van vermogensbestanddelen blijft heffing van overdrachtsbelasting achterwege.

Artikel 13.1.3

Archiefbescheiden van de stichting Centrum indicatiestelling zorg betreffende zaken die op het tijdstip van inwerkingtreding van deze wet nog niet zijn afgedaan, worden overgedragen aan het CIZ, voor zover zij niet overeenkomstig de Archiefwet 1995 zijn overgebracht naar een archiefbewaarplaats.

Artikel 13.1.4

1. Aanvragen gedaan bij en besluiten genomen door de stichting Centrum indicatiestelling zorg met betrekking tot de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, voor zover de uitvoering van die wet op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van deze wet aan de stichting Centrum indicatiestelling zorg was opgedragen, gelden na de inwerkingtreding van deze wet als aanvragen gedaan bij en besluiten genomen door het CIZ.
2. In wettelijke procedures en rechtsgedingen, waarbij de stichting Centrum indicatiestelling zorg is betrokken, treedt op het tijdstip van inwerkingtreding van deze wet het CIZ in de plaats van de stichting Centrum indicatiestelling zorg.
3. In zaken waarin voor het tijdstip van inwerkingtreding van deze wet aan de Nationale ombudsman is verzocht een onderzoek te doen dan wel de Nationale ombudsman een onderzoek heeft ingesteld naar een gedraging die kan worden toegerekend aan de stichting Centrum indicatiestelling zorg, treedt het CIZ op dat tijdstip als bestuursorgaan in de zin van de Wet Nationale ombudsman in de plaats van de stichting Centrum indicatiestelling zorg.

§ 2. Invoeringsbepalingen in verband met de intrekking van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten en hoofdstuk 8

Artikel 13.2.1

Op het tijdstip dat artikel XIII van de wet houdende afschaffing van de algemene tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten, de compensatie voor het verplicht eigen risico, de fiscale aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten en de tegemoetkoming specifieke zorgkosten en wijziging van de grondslag van de tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten (Kamerstukken **PM**) in werking treedt, wordt deze wet als volgt gewijzigd:

1. In artikel 3.2.3, eerste lid, onderdeel e, wordt "artikel 6.1.2, onderdeel d" vervangen door: artikel 6.1.2, onderdeel c.
2. In artikel 6.1.2 vervalt onderdeel c en worden de onderdelen d en e geletterd c en d.
3. In artikel 6.2.1, vierde lid, vervalt "en op de tegemoetkomingen, bedoeld in artikel 2, eerste lid, van de Wet tegemoetkomingen chronisch zieken en gehandicapten".
4. In artikel 6.2.2, eerste lid, vervalt "alsmede voor de kosten van de tegemoetkomingen, bedoeld in artikel 2 van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten".

Artikel 13.2.2

Indien deze wet in werking treedt op hetzelfde of een later tijdstip dan artikel XIII van de wet houdende afschaffing van de algemene tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten, de compensatie voor het verplicht eigen risico, de fiscale aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten en de tegemoetkoming specifieke zorgkosten en wijziging van de grondslag van de tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten (Kamerstukken **PM**), wordt deze wet met ingang van het tijdstip van inwerkingtreding als volgt gewijzigd:

1. In artikel 3.2.3, eerste lid, onderdeel e, wordt "artikel 6.1.2, onderdeel d" vervangen door: artikel 6.1.2, onderdeel c.
2. In artikel 6.1.2 vervalt onderdeel c en worden de onderdelen d en e geletterd c en d.
3. In artikel 6.2.1, vierde lid, vervalt "en op de tegemoetkomingen, bedoeld in artikel 2, eerste lid, van de Wet tegemoetkomingen chronisch zieken en gehandicapten".
4. In artikel 6.2.2, eerste lid, vervalt "alsmede voor de kosten van de tegemoetkomingen, bedoeld in artikel 2 van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten".

Artikel 13.2.3

In aanvulling op artikel 6.2.1 heeft de jaarrekening, bedoeld in artikel 34 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen, die het CAK, bedoeld in artikel 6.1.1, eerste lid, in 2016 indient bij Onze Minister, mede betrekking op de tegemoetkomingen die het CAK op grond van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten heeft verleend.

§ 3. Invoerings- en overgangsbepalingen LIZ-uitvoerders

Artikel 13.3.1

Een LIZ-uitvoerder die behoort tot een groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek waarvan ook een zorgverzekeraar deel uitmaakt die op de dag voor de inwerkingtreding van artikel 13.5.1 de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten uitvoerde, kan door de zorgautoriteit op zijn verzoek voor een periode van ten hoogste 12 maanden na de dag van de inwerkingtreding van artikel 13.5.1, onder bij ministeriële regeling te stellen regels en

voorwaarden, bij de melding bedoeld in artikel 4.1.1, eerste lid, worden ontheven van de verplichtingen in het vierde, zesde en zevende lid van dat artikel.

Artikel 13.3.2

1. In dit artikel wordt verstaan onder zorgverzekeraar: de zorgverzekeraar bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel c, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, zoals dat onderdeel luidde op de dag voor de inwerkingtreding van artikel 13.5.1.
2. Ten aanzien van rechten en verplichtingen van zorgverzekeraars en van door Onze Minister krachtens artikel 40, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, zoals dat artikel luidde voor de inwerkingtreding van artikel 13.5.1, aangewezen rechtspersonen, welke bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zijn ontstaan voor het tijdstip van de inwerkingtreding van 13.5.1, dan wel na dat tijdstip zijn ontstaan ter zake van de afwikkeling van die rechten en verplichtingen, blijft het recht van toepassing zoals dat gold voorafgaand aan dat tijdstip, behoudens voor zover ter zake bij of krachtens deze wet afwijkende regels zijn gesteld.
3. De in het tweede lid bedoelde rechten en verplichtingen van de zorgverzekeraars gaan van rechtswege over op de LIZ-uitvoerder bij welke de verzekerde is ingeschreven ingevolge artikel 2.2.1.
4. De in het tweede lid bedoelde rechten en verplichtingen van de aangewezen rechtspersonen die zijn ontstaan krachtens artikel 40 en artikel 44 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, gaan van rechtswege over op de LIZ-uitvoerder die door Onze Minister is aangewezen krachtens artikel 3.2.3, eerste lid, in de plaats waar de verzekerde woont, of bij gebreke van een zodanige aanwijzing, op de LIZ-uitvoerder bij welke de verzekerde is ingeschreven ingevolge artikel 2.2.1.
5. Rechten en verplichtingen van zorgverzekeraars in welks uitoefening en naleving voor de inwerkingtreding van artikel 13.5.1 krachtens volmacht en mandaat werd voorzien door de door Onze Minister krachtens artikel 40, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, aangewezen rechtspersonen, en die verband houden met de taken, genoemd in artikel 3.2.3, eerste lid, onderdelen a tot en met e, gaan van rechtswege over op de krachtens laatstgenoemd artikel aangewezen LIZ-uitvoerders, of bij gebreke van een zodanige aanwijzing, op de LIZ-uitvoerder bij welke de verzekerde is ingeschreven ingevolge artikel 2.2.1.
6. Aanvragen en besluiten krachtens artikel 44 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten die voor het tijdstip waarop artikel 13.5.1 van deze wet in werking treedt, zijn gedaan bij, onderscheidenlijk zijn genomen door, de rechtspersonen, aangewezen krachtens artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, gelden na dat tijdstip als aanvragen gedaan bij en besluiten genomen door de LIZ-uitvoerder die in de plaats waar de verzekerde woont door Onze Minister is aangewezen krachtens artikel 3.2.3, eerste lid, of bij gebreke van een zodanige aanwijzing, als aanvragen gedaan bij en besluiten genomen de LIZ-uitvoerder bij welke de verzekerde is ingeschreven ingevolge artikel 2.2.1.
7. In wettelijke procedures en rechtsgedingen, waarbij een zorgverzekeraar of een krachtens artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten aangewezen rechtspersoon is betrokken, treedt met ingang van het tijdstip waarop artikel 13.5.1 in werking treedt, voor die zorgverzekeraar of die rechtspersoon in de plaats:
 - a. de LIZ-uitvoerder op welke op grond van het derde lid de rechten en verplichtingen van de zorgverzekeraar zijn overgegaan;

- b. de krachtens artikel 3.2.3, eerste lid, door Onze Minister aangewezen LIZ-uitvoerder op welke op grond van het vierde lid de krachtens artikel 40 en artikel 44 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ontstane rechten en verplichtingen zijn overgegaan;
- c. de krachtens artikel 3.2.3, eerste lid, door Onze Minister aangewezen LIZ-uitvoerder die is belast met de in onderdeel f van dat lid genoemde taak.
8. Indien Onze Minister krachtens artikel 3.2.3, eerste lid, een andere LIZ-uitvoerder aanwijst, gaan de rechten en verplichtingen van de eerst aangewezen LIZ-uitvoerder van rechtswege over op de nieuw aangewezen LIZ-uitvoerder.
9. Op het tijdstip waarop een krachtens artikel 3.2.3, eerste lid, gegeven aanwijzing vervalt gaan de rechten en verplichtingen van de door Onze Minister krachtens dat artikel aangewezen LIZ-uitvoerders, die als gevolg van die aanwijzing en het bepaalde in dit artikel zijn ontstaan van rechtswege over op de LIZ-uitvoerder waarbij de verzekerde is ingeschreven ingevolge artikel 2.2.1.
10. In zaken waarin voor het tijdstip van inwerkingtreding van artikel 13.5.1 van deze wet aan de Nationale ombudsman is verzocht een onderzoek te doen, dan wel de Nationale ombudsman een onderzoek heeft ingesteld naar een gedraging die kan worden toegerekend aan een zorgverzekeraar of die krachtens artikel 44 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten kan worden toegerekend aan een rechtspersoon die is aangewezen krachtens artikel 40, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, treedt met ingang van het tijdstip waarop artikel 13.5.1 van deze wet in werking treedt, de LIZ-uitvoerder op welke ingevolge dit artikel de rechten en verplichtingen van de zorgverzekeraar of die rechtspersoon zijn overgegaan, in de plaats van die zorgverzekeraar of die rechtspersoon.
11. De archiefbescheiden van zorgverzekeraars en rechtspersonen, aangewezen krachtens artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, die betrekking hebben op de voor de inwerkingtreding van artikel 13.5.1 bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten door hen uitgevoerde taken, worden zonder dat daarvoor de toestemming van de verzekerden is vereist door die zorgverzekeraars overgedragen aan de LIZ-uitvoerder bij welke de verzekerde is ingeschreven ingevolge artikel 2.2.1, onderscheidenlijk door die aangewezen rechtspersonen overgedragen aan de door Onze Minister krachtens artikel 3.2.3, eerste lid, aangewezen LIZ-uitvoerders, voor zover zij niet overeenkomstig de Archiefwet 1995 zijn overgebracht naar een archiefbewaarplaats.
12. Bij ministeriële regeling kunnen regels worden gesteld die noodzakelijk zijn voor een goede uitvoering van dit artikel.

§ 4. Overgangsrecht verzekerden

Artikel 13.4.1

PM

§ 5. Overgangsrecht Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

Artikel 13.5.1

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten wordt ingetrokken.

Artikel 13.5.2

1. Ten aanzien van aanspraken, rechten en verplichtingen welke bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zijn ontstaan voor het tijdstip van intrekking van die wet, dan wel na dat tijdstip zijn ontstaan ter zake van de afwikkeling van die wet, blijft het recht van toepassing zoals dat gold voorafgaand aan dat tijdstip, behoudens voor zover ter zake in deze wet afwijkende regels zijn gesteld.
2. Ten aanzien van bezwaar en beroep tegen een besluit op grond van het bepaalde bij of krachtens deze paragraaf, is het recht zoals dat gold voorafgaand aan het tijdstip van intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten van toepassing.
3. Een LIZ-uitvoerder op welke op grond van artikel 13.3.2 de rechten en verplichtingen zijn overgegaan van een zorgverzekeraar welke voorafgaand aan het tijdstip van intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten werkzaam was als uitvoerder van die wet, heeft de hoedanigheid van zorgverzekeraar ter zake van de afwikkeling van die wet.
4. De bestuursorganen die op grond van het bepaalde bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten een taak hebben bij de uitvoering van die wet, dragen overeenkomstig de bepalingen van deze wet zorg voor een zorgvuldige afwikkeling van die taak.

Artikel 13.5.3

1. Personen en instellingen die ter zake van krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten verzekerde en verleende zorg een vordering hebben op een zorgverzekeraar of een verzekerde die op grond van die wet aanspraak heeft op gehele of gedeeltelijke vergoeding van de kosten van die zorg door een zorgverzekeraar, zenden, op straffe van verval van hun vorderingsrecht, uiterlijk twee jaar na de inwerkingtreding van artikel 13.5.1 een nota aan de LIZ-uitvoerder of de verzekerde.
2. De aanspraak van een verzekerde jegens een zorgverzekeraar op vergoeding van de kosten van zorg, bedoeld in het eerste lid, vervalt, indien het verzoek om vergoeding niet is gedaan voor twee jaar en drie maanden zijn verstreken na de inwerkingtreding van artikel 13.5.1.
3. In dit artikel wordt verstaan onder zorgverzekeraar: de zorgverzekeraar bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel c, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, zoals dat onderdeel luidde op de dag voor de inwerkingtreding van artikel 13.5.1.

Artikel 13.5.4

1. Het Zorginstituut heeft ten behoeve van het Fonds langdurige intensieve zorg, genoemd in artikel 90, eerste lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen, een onmiddellijk opeisbare vordering op de zorgverzekeraar ten belope van de som van de reserve, bedoeld in artikel 90, derde lid, van die wet, voor zover deze door de zorgverzekeraar niet is aangewend ter dekking van zijn ten behoeve van de uitvoering van de verzekering ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten noodzakelijke uitgaven. Uitgaven waarvan de zorgautoriteit heeft vastgesteld dat deze niet verantwoord zijn, blijven daarbij buiten beschouwing, tenzij de zorgautoriteit anders heeft besloten.

2. Het eerste lid is niet van toepassing ten aanzien van een zorgverzekeraar die of zijn rechtsopvolger onder algemene titel die binnen een jaar na de inwerkingtreding van deze wet heeft voldaan aan artikel 4.1.1.

3. In geval van bedrijfsbeëindiging van de zorgverzekeraar of van de LIZ-uitvoerder wordt de vordering van het Zorginstituut, bedoeld in het derde lid, voldaan, nadat de vorderingen van alle andere schuldeisers van de zorgverzekeraar of van de LIZ-uitvoerder in overeenstemming met hun wettelijke rangorde zijn voldaan.

4. In dit artikel wordt verstaan onder zorgverzekeraar: de zorgverzekeraar bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel c, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, zoals dat onderdeel luidde op de dag voor de inwerkingtreding van artikel 13.5.1.

Artikel 13.5.5

1. Baten en lasten die het Zorginstituut na de inwerkingtreding van deze wet heeft in verband met de uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, komen ten goede aan of ten laste van het Fonds langdurige intensieve zorg, genoemd in artikel 90, eerste lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen.

2. Uit het Fonds langdurige intensieve zorg worden, onverminderd artikel 13.5.3, betaald: de in artikel 90, tweede lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen, zoals dat luidde op de dag voor de inwerkingtreding van artikel 13.5.1, genoemde kosten, uitkeringen, uitgaven, bijdragen en bedragen die betrekking hebben op de uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten voor de inwerkingtreding van artikel 13.5.1.

Artikel 13.5.6

Bij ministeriële regeling van Onze Minister kunnen zo nodig regels worden gesteld die voor een goede afwikkeling van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten noodzakelijk zijn.

§ 6. Slotbepalingen

Artikel 13.6.1

Deze wet treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld.

Artikel 13.6.2

Deze wet wordt aangehaald als: Wet langdurige intensieve zorg.

Memorie van toelichting wetsvoorstel Langdurige Intensieve Zorg

Algemeen

Hoofdstuk 0 Doelstelling van dit wetsvoorstel

Er is behoefte aan een nieuwe volksverzekering die de huidige AWBZ uit 1968 vervangt. De nieuwe wet krijgt de naam Wet Langdurige Intensieve Zorg (Wet LIZ).

De Wet Langdurige Intensieve zorg (Wet LIZ) beoogt samen met de drie andere stelselwetten (de Wmo 2015, de Jeugdwet en de Zvw) en met de bestaande zorgbrede wetten die gericht zijn op de kwaliteit en veiligheid van de zorg en de governance in de zorg, een samenhangend wettelijk kader te creëren waarbinnen zorg geleverd kan worden die gericht is op de wensen, mogelijkheden en behoeften van individuele mensen. De Wet LIZ biedt in dat stelsel van wetten een vangnet voor wie – ook met steun van de omgeving – niet (meer) zelfredzaam kan zijn. Het doel van de Wet LIZ is het bieden van waarborgen voor behoud of verbetering van kwaliteit van leven. De complexiteit van iemands zorgbehoefte is dusdanig dat zonder het integrale pakket van zorg uit de Wet LIZ iemands welbevinden onnodig achteruit zou gaan.

Basisprincipes die in de LIZ voorop staan zijn is dat we uitgaan van wat mensen (nog) wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen. Kwaliteit van leven staat voorop. Ook in de wet LIZ blijven we kijken naar het eigen, sociale netwerk, en organiseren we de zorg zo dichtbij als mogelijk. Het motto van de Wet LIZ is: met professionele zorg, zo thuis mogelijk!

Hoofdstuk 1 Inleiding

De regering constateert een beperkte aansluiting tussen de sinds 1968 veranderende samenleving en de AWBZ die dat jaar van kracht werd en sindsdien ten principale niet meer is veranderd. In de samenleving wordt kwaliteit van leven steeds belangrijker, nemen verwachtingen toe, wordt de behoefte sterker het leven zelf in te richten om eigen levensdoelen te realiseren, neemt de behoefte aan maatwerk toe evenals de behoefte aan nabijheid van diegenen die er voor mensen daadwerkelijk toe doen. Daartegenover staat de AWBZ als partieel systeem, waarbij “het sociale, psychische en medische” gescheiden zijn, het medisch perspectief dominant is (met een primaire gerichtheid op - het repareren van - datgene wat mensen niet meer kunnen en op het zoveel mogelijk wegnemen van de daarmee samenhangend negatieve consequenties). De verbinding tussen de AWBZ en andere beleidsterreinen respectievelijk de verbinding tussen (mensen in) de AWBZ en (mensen in) de andere onderdelen van de maatschappij is zwak. Er ligt een grote nadruk op productie en een focus op het aanbod. Dit moet veranderen als we tevreden cliënten, medewerkers en belasting- en premiebetalers willen houden.

Dit wetsvoorstel strekt ertoe een nieuwe volksverzekering in het leven te roepen, die waarborgen biedt voor behoud of verbetering van kwaliteit van leven aan mensen die – ook met steun van de eigen omgeving – niet meer zelfredzaam kunnen zijn. De beoogde invoeringsdatum van deze wet is 1 januari 2015. Het doel van deze wet is ervoor te zorgen dat de meest kwetsbare mensen met

beperkte mogelijkheden passende, (kwalitatief) verantwoorde en gecoördineerde zorg krijgen met aandacht voor het individueel welzijn. Deze wet maakt onderdeel uit van een samenhangend systeem van (ver)nieuw(d)e wetten die beogen de kwaliteit van leven van hen die zorg en ondersteuning nodig hebben te vergroten, waarbij het appel op de eigen verantwoordelijkheid om daaraan naar vermogen zelf bij te dragen sterker is dan voorheen.

Het verschil tussen de Wmo, de Zvw en de Wet LIZ is primair gelegen in de doelgroep cliënten die er aanspraak op maakt en de zorgbehoefte die zij hebben. Met het oog op het huidige zorglandschap en de grote hervormingen die al zijn aangekondigd op het vlak van de decentralisatie en de overheveling naar de Zorgverzekeringswet is de regering van mening dat de verantwoordelijkheid voor de meest kwetsbare mensen van onze maatschappij op dit moment het beste centraal kan worden belegd.

1.1 Aanleiding

In het regeerakkoord "Bruggen slaan"¹ dat op 29 oktober 2012 is gepubliceerd, is aangekondigd dat de regering in de langdurige zorg een omslag wil maken naar meer maatwerk, meer zorg in de buurt, meer samenwerking tussen de verschillende aanbieders, maar ook naar houdbaar gefinancierde voorzieningen, zodat ook latere generaties er gebruik van kunnen maken. De hervorming is niet door de huidige economische situatie veroorzaakt maar heeft hierdoor wel een extra impuls door gekregen.

De regering heeft aangekondigd dat gemeenten verantwoordelijk worden voor activiteiten op het gebied van ondersteuning, begeleiding en verzorging die onderdeel uitmaakten van de AWBZ. Ook wordt de jeugdzorg gedecentraliseerd naar gemeenten. Daarnaast is aangekondigd dat de extramurale verpleging en de geestelijke gezondheidszorg worden ondergebracht in de Zvw. Tot slot is het voornemen aangekondigd dat de huidige AWBZ wordt omgevormd tot een nieuwe landelijke voorziening waarin de zware intramurale ouderen- en gehandicaptenzorg landelijk wordt georganiseerd.

In de brief "hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst", die de staatssecretaris van VWS op 25 april 2013 aan de Tweede Kamer heeft aangeboden (HLZ-brief), zijn bovengenoemde voornemens verder uitgewerkt.² In deze brief zijn de contouren van die Wet LIZ, toen nog kern-AWBZ genoemd, geschetst op het gebied van het karakter van de wet, de indicatiestelling, kwaliteit, het persoonsgebonden budget, de uitvoering, de eigen bijdrage en de financiële houdbaarheid.

¹ Rutte, Samsom (2012), Bruggen slaan, regeerakkoord VVD-PvdA, 29 oktober 2012

² Kamerstuk 30597, nr.296

1.2 Noodzaak tot hervormen van de AWBZ

De regering heeft drie motieven om het stelsel van langdurige zorg te herzien: het verbeteren van de kwaliteit van ondersteuning en zorg, het vergroten van de betrokkenheid van de samenleving (meer voor elkaar zorgen) en de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg.

Betere kwaliteit van zorg

De eisen die mensen stellen aan de langdurige zorg zijn toegenomen. Ondanks de inzet van professionals, mantelzorgers en vrijwilligers is de ontwikkeling van de kwaliteit en organisatie van de langdurige zorg achtergebleven bij de ontwikkeling van de welvaart. Dit komt gedeeltelijk omdat de AWBZ niet meer goed aansluit bij de huidige tijd. De verzekerden en hun vertegenwoordigers zijn andere eisen gaan stellen aan de zorg en ondersteuning die hen geboden wordt. Andere eisen aan kwaliteit, maatwerk en regie en zeggenschap. Cliënten willen niet in een keurslijf worden gedrongen. Men wil maatwerk, keuzevrijheid en zeggenschap. Door de uitbreiding van de AWBZ zijn veel taken en werkzaamheden onder de noemer zware en onverzekerbare zorg komen te vallen. Daarmee werd het medisch perspectief (te) dominant en zijn welzijn, informele zorg en ondersteuning naar de achtergrond geschoven. De verbinding tussen de AWBZ en andere beleidsterreinen respectievelijk de verbinding tussen (mensen in) de AWBZ en (mensen in) de andere onderdelen van de maatschappij is zwak. De persoon, zijn welbevinden en zijn maatschappelijk leven moeten meer centraal komen te staan in plaats van primair het repareren en compenseren van de negatieve kanten van zijn of haar beperkingen. De meeste mensen willen zo lang mogelijk zelfstandig en in hun vertrouwde omgeving blijven. Aanbieders en uitvoerders die hier binnen de huidige AWBZ in hun zorgaanbod bij willen aansluiten ervaren de AWBZ als beperkend. Zonder aanpassing van de onderliggende waarden van het huidige zorgstelsel dreigt het gevaar van inhoudelijke vervreemding met als uiteindelijk resultaat: ontevreden burgers en ontevreden zorgverleners.

De Wet LIZ beoogt samen met de drie andere stelselwetten (de Wmo 2015, de Jeugdwet en de Zvw) en met de bestaande zorgbrede wetten die gericht zijn op de kwaliteit en veiligheid van de zorg en de governance in de zorg een samenhangend wettelijk kader te creëren waarbinnen zorg geleverd kan worden die gericht is op de wensen, mogelijkheden en behoeften van individuele mensen. De Wet LIZ biedt een vangnet voor wie – ook met steun van de omgeving en / of gemeente – niet (meer) zelfredzaam kan zijn.

Meer voor elkaar zorgen

De langdurige zorg is te veel geïnstitutionaliseerd, wat wil zeggen dat een te groot deel van de zorgverlening in handen is gekomen van partijen die formele zorg verlenen. De (financiële) mogelijkheden van mensen zelf en hun sociale omgeving zijn hierdoor in steeds grotere mate op de achtergrond gekomen. Solidariteit is nu grotendeels financieel ingevuld en leunt nu vooral op premieoverdracht en algemene belastingen. Er wordt naar de mening van de regering een groter beroep gedaan op formele zorg dan nodig is. Bovendien worden de mogelijkheden om het welbevinden van mensen te verbeteren niet ten volle benut. Mantelzorgers en vrijwilligers kunnen bijvoorbeeld zowel binnen als buiten een instelling een belangrijke extra impuls geven aan dat

welbevinden onder meer door eenzaamheid tegen te gaan. Het is daarom ongewenst dat de betrokkenheid van mantelzorgers en vrijwilligers nu vaak sterk lijkt te verminderen zodra iemand zijn eigen omgeving verlaat om in een meer beschermde omgeving zoals een instelling te gaan wonen. De regering heeft een stelsel van langdurige zorg voor ogen waarin de rol van de overheid groter wordt naarmate mensen meer zorg nodig hebben, minder inkomen hebben en hun sociale netwerk minder op kan vangen. Daar waar de overheid haar rol neemt, dient echter ruimte te blijven voor iemand sociale omgeving. Solidariteit komt daardoor meer tot stand via een betrokken samenleving in plaats van via een 'verzekeringsmaatschappij'.

Financiële houdbaarheid

Sinds zijn ontstaan in 1968 heeft de AWBZ een stormachtige ontwikkeling doorgemaakt. Bij de indiening van het wetsvoorstel werd er vanuit gegaan dat het aantal gebruikers beperkt zou blijven tot 70.000 op een bevolking van circa 12 miljoen personen, oftewel 0,6% van de bevolking.³ Daarbij werd verwacht dat het zou gaan om 9.000 personen in de leeftijdscategorie van nul tot en met vijftienjarigen, 39.000 zestien tot en met vierenzestigjarigen en 22.000 vijfenzestigplussers. Ook als rekening zou worden gehouden met een te verwachten aanzuigende werking van de nieuwe verzekering voor zware geneeskundige risico's, werd verwacht dat het aantal verpleegden in verhouding tot de totale bevolking betrekkelijk laag zou blijven. Wel werd een groeiende behoefte aan een verzekering voor zware geneeskundige risico's voorzien in de toekomst, vanwege het toenemend aantal bejaarden. Er werd geraamd dat in de eerste instantie een premie nodig was van 1,6% ter dekking van de kosten, te betalen door het deel van de verzekerden dat tussen de vijftien en 65 jaar oud was.

Inmiddels is het aantal mensen met recht op zorg op grond van de AWBZ opgelopen tot ruim 800.000. Dat is meer dan tien keer zoveel als bij de invoering van de wet werd beoogd. Uiteraard is er sinds de invoering ook sprake geweest van een sterke bevolkingsgroei, namelijk van twaalf miljoen naar bijna zeventien miljoen mensen. Maar dan nog is de stijging enorm. Inmiddels heeft bijna vijf procent van de bevolking recht op zorg op grond van de AWBZ, tegenover de slechts 0,6% die werd beoogd. Slechts een klein deel van deze stijging is gelegen in de toename van de levensverwachting en de vergrijzing van de Nederlandse samenleving die daarvan het gevolg is. Belangrijkste factor die heeft bijgedragen aan de groei is dat de groep mensen die voor AWBZ-zorg in aanmerking komt mede als gevolg van politieke besluitvorming door de jaren heen steeds verder is uitgebreid. Een belangrijk voorbeeld van de AWBZ is de onderbrenging van de verzorgingshuizen onder de AWBZ. Dit heeft ook consequenties voor de leeftijdsverdeling van de AWBZ-gebruikers. Waar bij de invoering werd verwacht dat iets minder dan een derde van de gebruikers 65-plusser zou zijn, is dat inmiddels ruim twee derde. Bovendien verblijft een grote meerderheid van de mensen met recht op AWBZ zorg niet meer in een instelling (de mensen met een extramurale indicatie en een kwart van de verblijfsgeïndiceerden).

Onder invloed van mondiale en maatschappij brede trends, zoals de medicalisering, het tweeverdienermodel, de institutionele vormgeving van het systeem, de prikkelwerking binnen de

³ Kamerstukken 1965/66, 8457, nr.3 memorie van toelichting bij algemene wet zware geneeskundige risico's

AWBZ en bovengenoemde groei van de groep gebruikers is het budgettaire beslag van de AWBZ flink gestegen. Van 275 miljoen euro in 1968 naar ruim 27 miljard euro in 2013. De regering vreest dat bij ongewijzigd beleid de uitgaven als percentage van het bruto binnenlands product verdubbelen⁴. De solidariteit komt zo in gevaar. Solidariteit is hét fundament van ons zorgsysteem. Als daaraan getornd wordt trekken de meest kwetsbaren aan het kortste eind. Dat is niet de samenleving die wij voor ogen hebben. Om ook toekomstige generaties goede langdurige zorg te kunnen garanderen, zijn nu duidelijke keuzes nodig om de groei van de uitgaven af te vlakken. Dit besef van de regering dat de huidige AWBZ zowel financieel als voor wat betreft het verzekerde pakket niet houdbaar is wordt breed gedeeld. De afgelopen jaren zijn er dan ook tal van rapporten geschreven waarin wordt gewezen op de noodzaak tot hervorming van de langdurige zorg⁵. Een aanbeveling die in veel van deze rapporten terugkomt, is dat de AWBZ moet worden teruggebracht tot de kern door grote delen van de langdurige zorg te decentraliseren naar gemeenten en andere delen over te hevelen naar de Zvw. Met de voorgestelde hervormingsplannen voorziet de regering hierin.

1.3 Een nieuw stelsel van langdurige zorg

Op basis van bovenstaande drie overwegingen komt de regering tot de conclusie dat het stelsel van langdurige zorg moet worden herzien. Uitgangspunten bij die herziening zijn:

1. Uitgegaan wordt van wat mensen (nog) wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen. Kwaliteit van leven (welbevinden) staat voorop.
2. Als ondersteuning nodig is, wordt allereerst gekeken naar het eigen, sociale netwerk en de financiële mogelijkheden van betrokkenen en wordt de hulp dichtbij georganiseerd.
3. Voor wie – ook met steun van de omgeving – niet (meer) zelfredzaam kan zijn, is er altijd (op participatie gerichte) ondersteuning en/of passende zorg.
4. De meest kwetsbare mensen krijgen recht op passende zorg en verblijf in een nieuwe volksverzekering.

Voor de eerste behoefte aan (incidentele) ondersteuning gaan mensen zelf op zoek naar oplossingen daarvoor. 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. Ook het inroepen van de mogelijkheden die de eigen woonomgeving biedt hoort bij het verantwoordelijkheid dragen voor het eigen welbevinden. 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 te vragen of in ondersteuning, begeleiding of verzorging kan worden voorzien.

Daarbij blijft voorop staan dat deze ondersteuning zoveel mogelijk het informele circuit versterkt en dat niet vervangt. Bovendien blijft de cliënt zelf de regie voeren en draagt zelf

⁴ CPB. omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg. Den Haag 2011.

⁵ OECD, Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, Parijs, mei 2011, Sociaal-Economische Raad, Langdurige zorg verzekerd: over de toekomst van de AWBZ (Den Haag, 2008), Raad voor Volksgezondheid & Zorg, Beter zonder AWBZ? (Den Haag 2008) en Taskforce beheersing zorguitgaven, Naar beter betaalbare zorg (Den Haag 2012).

verantwoordelijkheid voor aanvragen, coördineren en ontvangen van ondersteuning en zorg. In de Jeugdwet en Wmo 2015 is vastgelegd wat de gemeenten kunnen bieden. De samenhang tussen de gemeentelijke verantwoordelijkheid en de Wet LIZ wordt nader uitgewerkt in hoofdstuk 6 over de samenhang tussen de Wet LIZ en andere domeinen.

Er kan echter een moment komen dat de kwaliteit van iemands bestaan zelfs met al deze inzet onder druk komt te staan, dat de intensiteit van iemands zorgbehoefte zodanig wordt dat zonder inzet van de Wet LIZ iemands welbevinden wordt geschaad.

Als de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger niet langer in staat is om de verantwoordelijkheid te dragen voor de organisatie van de noodzakelijke zorg, ontstaat er gevaar voor de gezondheid en/of het welzijn van de cliënt of dat van anderen in zijn omgeving. Bovendien is soms de hoeveelheid of de inhoud van de benodigde zorg dusdanig dat die niet langer van het sociale netwerk kan worden gevraagd of doelmatig uit allerlei samenstellende delen kan worden opgebouwd. Voor deze mensen mag er geen enkele twijfel bestaan dat zij de zorg krijgen die zij nodig hebben. Zij behouden daarom een verzekerd recht op zorg. Op deze groep is de nieuwe volksverzekering gericht, met als doel de meest kwetsbare mensen passende en verantwoorde zorg te bieden. Het gaat vaak om complexe, specialistische zorg, bijvoorbeeld voor zwaar dementerende ouderen of zwaar verstandelijk en/of lichamelijk gehandicapten. Het is de specialist ouderengeneeskunde of gehandicaptenzorg die zorg draagt voor en eindverantwoordelijk is voor alle voor de betreffende cliënt benodigde zorg. De zorgaanbieder neemt de organisatie en een groot deel van de regie van zorg van de verzekerde over. De doelgroep waarvoor dit nodig is, is beperkt. De regering verwacht dat het om minder dan 200.000 mensen zal gaan.

De nieuwe wet sluit aan bij de in de maatschappij heersende principia. Met de nieuwe wet wil de regering een bijdrage leveren aan de omslag in het denken en het handelen van onder andere zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Wanneer de AWBZ ophoudt te bestaan, vraagt dat om heroriëntatie van partijen op de rol die zij willen vervullen in de nieuwe wet. Op die manier stimuleert deze tot innovatie.

Op dit moment kiest de regering ervoor deze zorg onder te brengen in een separaat domein, naast de Wmo 2015, de Jeugdwet en de Zvw. In de eerdergenoemde HLZ-brief is aangekondigd dat op termijn wordt bezien of verdere verbetering van de doelmatigheid mogelijk is, bijvoorbeeld door de zorg risicodragend door verzekeraars uit te laten voeren voor eigen verzekerden. Op deze wijze worden verzekeraars verder aangemoedigd integraal zorg in te kopen voor verzekerden. In de vormgeving ligt overheveling naar de Zvw het meest voor de hand, omdat dan gebruik kan worden gemaakt van de bestaande infrastructuur. Met het oog op de kwetsbaarheid van de doelgroep waar het in de Wet LIZ om gaat kiest de regering er voor om niet te veel in één keer te veranderen. Voor overheveling naar de Zvw geldt een aantal voorwaarden waar nu nog niet aan kan worden voldaan. Meer over dit toekomstperspectief is beschreven in hoofdstuk 14.

1.4 Waarom een nieuwe wet?

De regering is van mening dat de zorg zoals wij die nu kennen vastloopt in steeds ingewikkeldere regelgeving. Het huidige systeem biedt geen uitweg uit deze beknellende situatie. We lossen dit niet op met nog meer wijzigingen in de AWBZ. Ook niet met alleen maar een kostenbesparing. Om de problemen structureel aan te pakken is de regering van mening dat we terug moeten naar de tekentafel. Er is behoefte aan een nieuwe volksverzekering die de huidige AWBZ uit 1968 vervangt. De nieuwe wet krijgt de naam Wet Langdurige Intensieve Zorg (Wet LIZ). Het is een nieuwe wet, met nieuwe uitgangspunten en een eigen doelgroep, waar de vormgeving op is afgestemd. Een nieuwe wet markeert een fundamentele trendbreuk met het verleden. Dit past bij de ambities die de regering heeft voor de meest kwetsbaren. Met een wetsvoorstel kunnen verbeteringen worden doorgevoerd die niet kunnen worden bereikt met een algemene maatregel van bestuur.

De regering kiest bewust voor een nieuwe en niet voor wijzigingswet of voor aanpassing van het huidige systeem via lagere wet- en regelgeving. Zij is van mening dat de hervorming van de wet en zienswijze ingrijpend is en dat zij volledige verantwoording af moet leggen en recht moet doen aan de positie van beide Kamers der Staten-Generaal. Met een integraal nieuw wetsvoorstel wordt recht gedaan aan wijzigingen die het stelsel van langdurige zorg in zijn geheel ondergaat en kan het debat over de onderdelen in samenhang en over de volle breedte worden gevoerd.

Hoofdstuk 2 De verzekering

In dit hoofdstuk wordt uiteengezet hoe de nieuwe volksverzekering eruit komt te zien.

2.1 Waarom een verzekerd recht op zorg?

De Wet LIZ voorziet net als de AWBZ een publiekrechtelijke sociale verzekering. Dit betekent dat mensen van rechtswege verzekerd zijn en de verzekering niet voortvloeit uit een overeenkomst tussen de verzekerde en de verzekeraar. Het verzekeringsrisico ligt bij de overheid. Daarom is er geen sprake van een schadeverzekering in de zin van het Burgerlijk Wetboek. De regering is van mening dat er, gegeven de zware zorgbehoefte van mensen die aangewezen zijn op zorg op grond van de Wet LIZ, geen enkele twijfel over mag bestaan dat zij de zorg krijgen die zij nodig hebben. De uitvoerders van de wet krijgen een zorgplicht voor de mensen die toegang krijgen tot de Wet LIZ. Dit sluit ook aan bij een breed gedeelde wens van cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de Tweede Kamer.⁶ Het is op korte termijn niet mogelijk om de langdurige intensieve ouderen- en gehandicaptenzorg risicodragend uit te laten voeren door privaatrechtelijke verzekeraars voor eigen verzekerden, onder andere vanwege het ontbreken van een adequaat risicovereveningsmodel voor deze zorg. Daarom heeft de regering vooralsnog gekozen voor een volksverzekering.

In het verlengde van de keuze voor een verzekering ligt de keuze over de uitvoering van de wet. De uitvoering van de Wet LIZ wordt – net als de uitvoering van de AWBZ – belegd bij zorgverzekeraars. Op een aantal punten wijkt de uitvoering echter af van de wijze waarop de

⁶ Zoals onder andere verwoord in het persbericht "NPCF, Actiz, ZN: ouderenzorg moet verzekerd recht blijven" van 28 augustus 2012

AWBZ wordt uitgevoerd. Dit wordt toegelicht in paragraaf 5.5. Hier wordt volstaan met een korte toelichting, die nodig is voor het lezen van het vervolg van dit hoofdstuk. De uitvoering van de Wet LIZ vindt plaats in een aparte rechtspersoon, die behoort tot de groep waar toe ook de Zvw-verzekeraar behoort. Deze rechtspersoon wordt de LIZ-uitvoerder genoemd en is verantwoordelijk voor de uitvoering van de wet voor eigen verzekerden. De regering acht het echter met het oog op de budgettaire beheersbaarheid nodig om – net als in de AWBZ – te werken met regionale contracteerruimtes en dus regionale uitvoeringskantoren. Daarom voorziet dit wetsvoorstel in een bevoegdheid van de Minister om in een regio een LIZ-uitvoerder aan te wijzen die *namens* alle andere LIZ-uitvoerders in die regio de taken uitvoeren op het gebied van administratie en controle, zorginkoop en pgb. Deze aangewezen LIZ-uitvoerder wordt in het vervolg van deze toelichting de representant genoemd.

Door LIZ-uitvoerders verantwoordelijk te maken voor de uitvoering van de Wet LIZ voor eigen verzekerden wordt, conform het toekomstperspectief van de regering zoals beschreven in hoofdstuk 14 van deze toelichting, de mogelijkheid open gehouden om zorg die nu onder de Wet LIZ valt op termijn risicodragend door verzekeraars voor eigen verzekerden uit te laten voeren. In die zin is het door de regering beoogde eindperspectief ook van belang voor de vormgeving van de Wet LIZ op korte termijn.

De kring van verzekerden bestaat uit iedereen die in Nederland woont of buiten Nederland woont, maar in Nederland werkt en aan de loonbelasting onderworpen is. Iemand die daartoe behoort, is automatisch verzekerd, ongeacht of die verzekerde dat wil of niet. Hierop gelden enkele uitzonderingen zoals buitenlandse diplomaten en ambtenaren en personeel van volkenrechtelijke organisaties. Andersom zijn er personen die in het buitenland wonen en toch onder de Nederlandse wetgeving vallen, zoals Nederlandse ambtenaren in het buitenland en tijdelijk buiten Nederland studerende. Verder zijn vreemdelingen die illegaal in Nederland verblijven en vreemdelingen zonder verblijfsvergunning uitgesloten van de AWBZ-verzekering. De ontheffing die gemoedsbezwaren hebben op grond van artikel 64 van de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv) wijkt in de Wet LIZ niet af van de AWBZ. Gemoedsbezwaarden hoeven zich niet zelf in te schrijven. Ook de uitzondering voor militairen die via Defensie zijn verzekerd, wordt in de Wet LIZ op dezelfde wijze geregeld als in de AWBZ.

De keuze voor een verzekering betekent dat de aanspraken helder moeten worden gedefinieerd en er een duidelijke afbakening moet zijn ten opzichte van de andere domeinen. Dit wordt toegelicht in paragraaf 2.2 en 2.3.

2.2 Indicatiestelling: wie krijgt LIZ-zorg?

Onafhankelijke, objectieve en landelijk uniforme indicatiestelling door het CIZ

De regering vindt het belangrijk dat onafhankelijk, objectief en zoveel mogelijk op een landelijk uniforme manier wordt bepaald wie er toegang heeft tot zorg op grond van de Wet LIZ. Juist om de zorg voor – en de solidariteit met – de meest kwetsbare mensen in onze samenleving te kunnen blijven garanderen, moeten we duidelijk zijn bij het bewaken van de toegang tot de Wet LIZ.

Wanneer de Wet LIZ uit zou groeien met groepen mensen die ook door hun eigen sociale omgeving of uit andere domeinen ondersteund zouden kunnen worden, zet dat de solidariteit met de meest kwetsbaren onder druk. Het risico bestaat dat de houdbaarheid van het stelsel onder druk komt te staan als mensen die niet aan de wettelijke criteria voldoen toch toegang zouden krijgen tot de Wet LIZ en de kosten niet beheerst kunnen worden. De regering acht daarom een toegangspoort tot de Wet LIZ nodig die objectief en professioneel geregeld is. Dit stelt hoge eisen aan de indicatiestelling. De indicatiestelling blijft net als in de AWBZ daarom in handen van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De juridische positie van het CIZ echter wordt gewijzigd. Dit wordt toegelicht in paragraaf 5.6.

Zorginhoudelijke toegangscriteria

Bij de indicatiestelling zal het CIZ net als in de AWBZ een landelijk uniform afwegingskader hanteren. Er is gekozen om de lat wel hoger te leggen, omdat de lichtere vormen van ondersteuning en zorg uit de AWBZ, geen onderdeel uit zullen maken van de Wet LIZ. In hoofdlijnen komt het erop neer dat een cliënt aanspraak heeft op zorg ten laste van de Wet LIZ, indien hij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte heeft aan:

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

Psychiatrische aandoeningen vormen op zichzelf geen grondslag voor toegang tot de Wet LIZ. Cliënten die tot 2015 op basis van de grondslag psychiatrie aanspraak hebben op AWBZ-zorg (de langdurige GGZ), komen per 2015 voor de verantwoordelijkheid van de verzekeraars in de Zvw en gemeenten in de Wmo 2015.

Dat de zorgvraag van de cliënt blijvend moet zijn is van belang voor de afbakening tussen de Wmo 2015 en de Wet LIZ. Bij cliënten die intensieve zorg of ondersteuning nodig hebben, maar waarvan de verwachting is dat de zorgbehoefte over gaat of veel minder zal worden, blijven gemeenten en de zorgverzekeraars verantwoordelijk. Dit biedt stabiliteit voor cliënten, omdat hiermee wordt voorkomen dat mensen heen en weer moeten om telkens een beroep te doen op een ander domein. Mensen waarbij een verbetering van hun mogelijkheden wordt verwacht zoals cliënten met een zorgzwaartepakket voor licht verstandelijke gehandicapten of cliënten die na een ziekenhuisopname tijdelijk kortdurende begeleiding en (intensieve) verzorging in een beschermende woonomgeving nodig hebben kunnen daarom voor ondersteuning een beroep doen op de andere domeinen, die meer op herstel en participatie zijn gericht. In de HLZ-brief van 24 april jl. staat dat de ZZP's LVG 1-5 voor kinderen tot 18 jaar onderdeel worden van de nieuwe Jeugdwet en dat deze zorg voor volwassenen niet kan worden geëxtramuraliseerd. In de brief over het zorgakkoord van 24 april jl. staat dat de zorg voor licht verstandelijk gehandicapten vanaf 18 jaar volledig onder de kern-AWBZ valt. Aangezien het hier niet om een blijvende behoefte aan zorg gaat maar om tijdelijke zorg, ligt onderbrenging in de Wet LIZ bij nader inzien minder voor de

hand. Bovendien gaat het in de meeste gevallen om jeugdigen die al een beroep hebben gedaan op de Jeugdwet. Er is nauwelijks nieuwe instroom boven de 19 jaar. De nieuwe Jeugdwet en de doorlooptregeling bieden daarom een betere basis voor deze zorg. Uitgangspunt is namelijk dat alleen die mensen toegang krijgen tot de Wet LIZ, die daar naar verwachting een blijvend beroep op doen. Cliënten zijn er immers niet bij gebaat als zij om de paar jaar van zorgdomein moeten wisselen. De op herstelgerichte tijdelijke opname na ziekenhuisopnamen kan het beste vanuit de Zvw worden geleverd. De op herstel gerichte tijdelijke zorg na ziekenhuisopnamen past immers bij het karakter van de Zvw. Daar komt bij dat ook met ingang van 1 januari 2013 de geriatrische revalidatiezorg (ZZP VV 09a) ook is overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw.

De toegangscriteria zijn volledig gebaseerd op zorginhoudelijke criteria. De toegang tot de Wet LIZ is bijvoorbeeld niet een afgeleide van de vraag of een gemeente voldoende heeft gedaan om iemand zo lang mogelijk thuis te ondersteunen vanuit de Wmo. Een dergelijk criterium heeft onvoldoende afbakenende kracht en is naar het oordeel van de regering niet wenselijk om te bevorderen dat levering en financiering van de noodzakelijke zorg in het juiste domein plaatsvindt. De toegang tot de Wet LIZ moet onafhankelijk zijn van het ondersteuningsaanbod dat gemeenten bieden en lokale verschillen daarin. Daarnaast schuilt er een afwentelingsrisico in wanneer iemand toegang zou krijgen tot de Wet LIZ zodra gemeenten niet de noodzakelijke zorg en ondersteuning bieden. Tot slot acht de regering het niet wenselijk dat het CIZ zou moeten toetsen of gemeenten voldoende ondersteuning hebben geboden. Daarvoor dient de lokale democratie.

Ook is in de toegangscriteria niets opgenomen over de rol van de sociale omgeving van de cliënt. Uiteraard speelt deze wel een rol bij de keuze tussen de verschillende leveringsvormen, de zorgplanbespreking en de uiteindelijke zorglevering. Wanneer iemand intensief ondersteund wordt door zijn eigen sociale netwerk, kan dat bovendien invloed hebben op het moment dat iemand zich bij het CIZ meldt. Maar bij het besluit van het CIZ of iemand toegang krijgt tot de Wet LIZ speelt zijn sociale omgeving uiteindelijk geen rol.

Wettelijke verankering toegangscriteria

Dat de AWBZ in enkele decennia zo heeft kunnen groeien, komt ondermeer doordat in de wet zelf onvoldoende scherp is verankerd voor wie deze is bedoeld en waar mensen voor wie de verzekering is bedoeld recht op hebben. De indicatiecriteria en aanspraken werden in lagere regelgeving opgenomen. Daardoor waren er vaak geen wetswijzigingen nodig om doelgroep en verzekerde zorg van omvang en inhoud te wijzigen. Om de uitgaven in de Wet LIZ te kunnen beheersen en daarmee de solidariteit met de meest kwetsbaren te behouden, wordt in de Wet LIZ op wetsniveau nadrukkelijker de norm gesteld voor de toegangscriteria. Hoe het landelijke afwegingskader er en detail uitziet en wat de wijzigingen zijn ten opzichte van het kader in de AWBZ wordt uitgewerkt in de beleidsregels indicatiestelling.

Werkwijze CIZ

Het CIZ stelt bij de bepaling van de toegang vast of de zorgbehoefte van de cliënt de norm van gebruikelijke zorg ontstijgt / Dit betekent dat het CIZ rekening mag houden met de dagelijkse zorg die partners en met namen ouders van (inwonende) kinderen geacht worden om elkaar onderling te bieden (gebruikelijke zorg). Van bovengebruikelijke zorg is pas sprake indien er (chronisch) een

substantiële zorgbehoefte is die de gebruikelijke zorg te boven gaat. Het CIZ kan middels beleidsregels die door de Minister kunnen worden vastgesteld invulling geven aan de wijze waarop de indicatiestelling plaatsvindt. De weging van gebruikelijke zorg zal via de beleidsregels kunnen worden meegenomen door het CIZ. Zoals ook door de Centrale Raad van Beroep bevestigd in de uitspraak van 14 augustus 2013 (ECLI:NL:CRVB:2013:1419), gaat het hier nadrukkelijk niet om een beperking van de aanspraak op zorg.

Als helder is dat er sprake is van bovengebruikelijke zorg dan stelt het CIZ een onderzoek in om vast te stellen of iemand voldoet aan de toegangscriteria. Het onderzoek van het CIZ zal in persoon plaatsvinden. Dat kan in de woning van de aanvrager zijn, dat kan ook bij gelegenheid van een spreekuurgesprek. De AWBZ kent een aantal mogelijkheden voor zorgaanbieders om voor cliënten aanvragen in te dienen en soms snel tot zorgverlening over te kunnen gaan. Deels hielden deze mogelijkheden verband met de inzet van extramurale zorg en daarvan is in de Wet LIZ als aanspraak geen sprake meer. Ook voor verblijfszorg zijn vereenvoudiginginstrumenten ontwikkeld die geen plek meer hebben in deze wet. Standaard indicatiëprotocollen, herindicaties onder taakmandaat en indicatiemeldingen 80+ bestaan niet meer. De regering is van mening dat de indicatiestelling onafhankelijk moet plaatsvinden. Zorgaanbieders hebben er financieel belang bij om iemand toegang de Wet LIZ en daarmee een verzekerd en collectief betaald recht op verblijf te geven. De verwachting van de regering is voorts dat de regionale verschillen in indicatiestelling zullen afnemen door de voorgenomen wijze van indiceren. De toegang wordt immers minder afhankelijk van het zorgaanbod in de regio.

Bij het onderzoek dat ten grondslag ligt aan het toegangsbesluit maakt het CIZ gebruik van de (medische) informatie die al beschikbaar is bij andere hulp- en zorgverleners, zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten. Het CIZ krijgt extra bevoegdheden, die bedoeld zijn om het risico van fraude bij de indicatiestelling te verminderen. Dit wordt toegelicht in hoofdstuk 9. Onder andere is in het wetsvoorstel opgenomen dat de cliënt onherroepelijk toestemming moet verlenen aan het CIZ voor het inwinnen van medische gegevens bij behandelend artsen. Geeft de cliënt geen toestemming, dan neemt het CIZ de aanvraag niet in behandeling. Hiermee wordt bewerkstelligd dat het CIZ niet alleen de beoordeling van de aanvraag baseert op de noodzakelijke gegevens, maar ook dat die gegevens beschikbaar zijn en blijven om na het nemen van het toegangsbesluit eventueel nadere besluiten te kunnen nemen zonder dat toestemming vereist is om kennis te kunnen nemen van de gegevens die daarvoor noodzakelijk zijn.

CIZ bepaalt alleen toegang, geen zorgzwaarte

Nadat het CIZ het indicatieonderzoek heeft afgerond geeft het een toegangsbesluit af. Dit besluit is gericht aan de cliënt (en gaat in afschrift naar de LIZ-uitvoerder) en gaat over de vraag of een cliënt is aangewezen op langdurige intensieve zorg.

Een belangrijk verschil met de AWBZ is dat het CIZ niet de zorgzwaarte vaststelt. In de AWBZ indiceert het CIZ in zorgzwaartepakketten. De zorgzwaartepakketten (zzp's) zijn ingevoerd om de beschikbare middelen op een goede manier te verdelen over instellingen. Het was bedoeld als een bekostigingsinstrument. In de praktijk wordt het nu ook gebruikt bij de indicatiestelling en vormt

het zzp het uitgangspunt bij het gesprek tussen de cliënt en de zorgverlener over de te verlenen zorg. Daarvoor is het echter niet bedoeld en ook niet geschikt. Een zorgzwaartepakket kan niet voorschrijven waar een cliënt behoefte aan heeft en wat een instelling moet leveren. De regering wil dat de wensen, behoeften en mogelijkheden van een cliënt meer centraal komen te staan en de professional in de zorg de ruimte krijgt. Daarom zal het CIZ in de Wet LIZ alleen nog een toegangsbesluit nemen. In paragraaf 2.5 wordt toegelicht hoe de bekostiging vervolgens wordt vormgegeven.

Het draagt bij aan de kanteling die de regering wil bewerkstelligen met haar visie op de hervorming van de langdurige zorg. De cliënt en/of zijn vertegenwoordiger maken afspraken over de zorg met de zorgaanbieder, die worden vastgelegd in het zorgplan. Uitgangspunt hierbij zijn de normen voor verantwoorde zorg en zorgpaden. In hoofdstuk 3 wordt toegelicht hoe de zorgplanbespreking wettelijk wordt verankerd en hoe de cliëntondersteuning daarbij kan worden georganiseerd. De regering is er van overtuigd dat deze aanpak de cliënt betere waarborgen biedt, dan een recht op een bepaald aantal uren zorg.

De nieuwe wijze van indicatiestelling conform artikel 3.1.3 van de Wet, vertoont overeenkomsten met de wijze waarop de toegang tot zorg in de Zvw is geregeld. In de Zvw bestaat immers geen onafhankelijk indicatieorgaan, maar bepaalt de huisarts doorgaans in de eerste instantie welke zorg iemand nodig heeft. Als een cliënt vervolgens bij een specialist komt, wordt in overleg tussen de zorgverlener en cliënt een behandelplan opgesteld. De Zvw-verzekeraar vergoedt de behandeling. Over de aard van de te vergoeden behandeling, prijs en volume zijn vooraf afspraken gemaakt tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder. Zorgaanbieders dienen bij de afspraken die ze maken met cliënten rekening te houden met de afspraken die ze hebben gemaakt met de verzekeraar, omdat ze meerwerk niet vergoed krijgen. Vanwege de budgettaire beheersing heeft de regering er vooralsnog voor gekozen om nog wel onafhankelijk door het CIZ te laten vaststellen wie toegang krijgt tot zorg ten laste van de Wet LIZ, maar niet wat je vervolgens voor pakket aan zorg ontvangt.

Geen herindicaties

In de Wet LIZ zullen in principe geen herindicaties hoeven plaats te vinden. De regering ziet de Wet LIZ als het sluitstuk van de langdurige zorg. Daarom krijgen alleen mensen die blijvend zijn aangewezen op langdurige intensieve zorg toegang tot de Wet LIZ. Iemand behoudt zijn aanspraak op zorg (tenzij deze ten onrechte verkregen is) op grond van de Wet LIZ dus de rest van zijn leven. Consequentie daarvan is dat een toegangsbesluit voor onbepaalde tijd geldig zal zijn en dat herindiceren niet meer nodig is. In de AWBZ vonden nog herindicaties plaats vanwege het toenemen van iemand zorgbehoefte. Omdat het CIZ de zorgzwaarte niet meer vaststelt, hoeft dat niet meer. Hierdoor verminderen de administratieve lasten.

Cliëntondersteuning

Gelet op de groep kwetsbare mensen voor wie de Wet LIZ bedoeld is, kan zich de situatie voordoen dat de verzekerde geen goed beeld heeft van zijn mogelijkheden en beperkingen en evenmin de reikwijdte overziet van de zorg waarop hij is aangewezen, dan wel daarover niet goed kan

communiceren. Dit kan een belemmering zijn bij de indicatiestelling voor de Wet LIZ. Cliënten zullen in de meeste gevallen bij het indicatieproces worden ondersteund door familie of naasten. Indien die ondersteuning ontbreekt en voor aanwijzing van een mentor onvoldoende aanleiding bestaat, kan de cliënt die daaraan behoefte heeft ondersteund worden. In veel gevallen zal het gaan om mensen die bij de gemeente, die de Wmo uitvoert, bekend zijn. Op grond van de Wmo 2015 is de gemeente er verantwoordelijk voor dat ondersteuning beschikbaar is. Het kan bijvoorbeeld gaan om informatie en advies, kortdurende ondersteuning voor vraagverheldering of ondersteuning bij het schrijven van een brief. De gemeente heeft uiteraard geen invloed op het toegangsbesluit dat CIZ neemt.

2.3 Aanspraken: waar heb je recht op?

Wettelijke verankering aanspraken

In de vorige paragraaf is al toegelicht dat – anders dan in de AWBZ – op wettiveau de hoofdlijnen voor de toegangscriteria worden vastgelegd. Hetzelfde geldt voor de aanspraken. Hiermee biedt de wet meer duidelijkheid aan cliënten waarop aanspraak bestaat in de Wet LIZ. Dit draagt bij aan budgettaire stabiliteit.

Integraal pakket

In de Wet LIZ bestaat geen aanspraak op extramuraal zorg met losse functies en klassen, zoals dat in de AWBZ wel bestond. Delen van de ondersteuning en zorg die nu nog onderdeel uitmaken van de AWBZ, komen als aanspraken te vervallen. In plaats daarvan kunnen mensen met een ondersteuningsvraag, die zij niet zelf of met behulp van hun eigen sociale netwerk kunnen oplossen, terecht bij hun gemeente. Gemeenten ontvangen de middelen waarmee zij deze mensen kunnen ondersteunen in hun zelfredzaamheid.

Cliënten die aangewezen zijn op zorg uit de Wet LIZ hebben recht op een samenhangend aanbod van zorg in combinatie met verblijf. Dit samenhangende aanbod moet aansluiten bij de zorg waarop de cliënt conform de toegangscriteria is aangewezen: permanent toezicht en 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

Van welke aanspraak de cliënt gebruik zal maken hangt af van zijn individuele wensen, mogelijkheden en behoeften. Afspraken hierover worden vastgelegd in het zorgplan. De invulling van de aanspraak hangt daarom af van de omstandigheden en kan verschillen van cliënt tot cliënt. Als een cliënt gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt op een locatie die niet dezelfde is als de verblijfslocatie van de cliënt, dan kan de aanspraak tevens het vervoer van en naar die locatie omvatten. Indien de begeleiding of de behandeling niet op een externe locatie wordt geleverd dan maakt de cliënt uiteraard geen gebruik van de aanspraak op vervoer.

In totaal bestaan de aanspraken uit:

- Verblijf in een instelling
- Persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging
- Behandeling
- Vervoer voor begeleiding of behandeling

Aanspraak op verblijf in een instelling

Allereerst omvat de Wet LIZ een aanspraak op verblijf inclusief de daarbij horende voorzieningen. Indien de voorkeur van de cliënt (of zijn vertegenwoordigers) uitgaat naar een eigen (bestaande of nieuwe) woonomgeving, dan is er ruimte om daarover in overleg te treden met de LIZ-uitvoerder.

Voor mensen die niet willen verblijven in een instelling, biedt dit wetsvoorstel de mogelijkheid van een Volledig Pakket Thuis (VPT) en een persoonsgebonden budget (pgb). Zij zien dan af van daadwerkelijk verblijf (VPT) of de gehele aanspraak (pgb) maar houden voor zover daar behoefte aan is wel aanspraak op verblijfszorg. Zie tabel 2.1 voor de verschillen tussen pgb en VPT. Onder de verblijfszorg valt in ieder geval de huishoudelijke hulp. Hiervoor gelden wel voorwaarden, zoals dat de zorg verantwoord en tegen aanvaardbare kosten in de eigen woonomgeving geleverd kan worden. In de volgende paragrafen over zorglevering en bekostiging wordt hier nader op ingegaan. Wanneer een cliënt afziet van zijn aanspraak op verblijf, dient hij of zijn vertegenwoordiger er zelf voor te zorgen dat de zelf gekozen woonruimte geschikt is om de zorg in te ontvangen. Net als in de AWBZ, bestaat er geen aanspraak op woningaanpassingen of verhuizingen ten laste van de Wet LIZ. Het staat gemeenten vrij om deze kosten – net als nu – te vergoeden en zo het langer thuiswonen te stimuleren.

Wanneer een cliënt afziet van de aanspraak op verblijf, betekent dat uiteraard niet dat hij permanent zijn recht op een plaats in een instelling verliest. Het is immers denkbaar dat het op een gegeven moment niet meer mogelijk is om thuis te blijven wonen met een pgb of VPT, bijvoorbeeld omdat de partner wegvalt of de zorgbehoefte toeneemt. De zorg kan dan mogelijk niet langer verantwoord of doelmatig thuis worden geleverd. Of een cliënt kan zelf alsnog de voorkeur krijgen voor verblijf in een instelling. Het is daarom mogelijk om later alsnog de aanspraak op verblijf tot gelding te brengen. Het is echter niet mogelijk om tegelijkertijd gebruik te maken van pgb of VPT enerzijds en een plaats in een instelling anderzijds.

Overbruggingszorg

In gevallen dat een cliënt zijn aanspraak op verblijf tijdelijk (nog) niet kan verzilveren bijvoorbeeld omdat de instelling van keuze nog geen plaats heeft, dan is in de Wet LIZ geregeld dat de cliënt tijdelijk in de eigen omgeving zijn aanspraak op zorg kan genieten zonder dat hieraan dezelfde randvoorwaarden worden gesteld als die er gesteld worden aan het VPT en pgb. Overweging hierbij is dat het om een tijdelijke situatie gaat en het niet de keuze van de cliënt zelf is om (tijdelijk) af te zien van de aanspraak op daadwerkelijk verblijf. Het is de verantwoordelijkheid van de representant dat de zorg die tijdelijk in de eigen omgeving wordt geleverd verantwoord is.

Partneropname

In de AWBZ heeft de (gezonde) echtgenoot van een persoon met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking en een verblijfsindicatie, aanspraak op verblijf in dezelfde instelling. De regering wil dit behouden in de Wet LIZ, omdat zij van mening is dat echtgenoten zolang mogelijk samen moeten kunnen blijven wonen. Dit voorkomt eenzaamheid en kan bijdragen aan de kwaliteit van leven van het echtpaar. Zorginstellingen kunnen hier in hun

(nieuw)bouwplannen rekening mee houden door ook tweepersoonskamers te creëren. Wanneer de partner zelf ook zorgbehoevend wordt, maar nog niet voldoet aan de toegangscriteria van de Wet LIZ, kan hij de gemeente om ondersteuning vragen. In de AWBZ wordt overigens slechts zeer beperkt gebruik gemaakt van de mogelijkheid om samen in een instelling te gaan wonen. Het betreft een verschijnsel uit de tijd van de verzorgingshuizen, waar de lichtere vormen van zorg werden geleverd. Aangezien de Wet LIZ zich alleen nog richt op zwaardere vormen van zorg, is de verwachting van de regering dat het aantal partneropnamen zeer beperkt zal zijn.

Aanspraak op hotelmatige diensten

Wanneer iemand verblijft in een instelling is het logisch dat de instelling ook zorgt voor het verstrekken van eten en drinken en het schoonhouden van de woonruimte. Dit is dan ook een aanspraak in de Wet LIZ.

Wanneer iemand afziet van de aanspraak op verblijf en kiest voor een volledig pakket thuis, zorgt de instelling die de zorg levert, in principe ook voor het eten en drinken en het schoonhouden van de ruimte. Wanneer een cliënt dat niet wil, bijvoorbeeld omdat hij een partner heeft die deze taken kan vervullen, dan hoeft de instelling deze diensten uiteraard niet te leveren. Deze situatie is hetzelfde als in de AWBZ. Wanneer een cliënt kiest voor het pgb kan hij wel een vergoeding krijgen voor huishoudelijke hulp, maar niet voor eten en drinken. Dit laatste wordt bij pgb tot de eigen verantwoordelijkheid gerekend. Dit is hetzelfde als in de AWBZ

Aanspraak op persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging

Dat de aanspraak op zorg vanuit de Wet LIZ uit een integraal pakket bestaat en niet meer uit losse functies wil niet zeggen dat elke cliënt dezelfde zorg nodig heeft en krijgt. Omdat het soort zorg waarop iemand specifiek is aangewezen van individu tot individu kan verschillen, omvat de zorg verschillende typen zorg. De aanspraak op zorg bestaat uit een combinatie van persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging.

Cliënten hebben aanspraak op verantwoorde zorg die bij uitstek voorziet in het voeren van noodzakelijke regie op de zorgverlening en het afwenden van gevaar voor de cliënt of voor personen in diens omgeving. Het spreekt daarom voor zich dat alle zorg zoals hierboven is verwoord aan de eisen voor verantwoorde zorg moet voldoen, dat wil zeggen: zorg van hoog niveau die tijdig, veilig en doeltreffend is. Wat verantwoorde zorg is wordt net als in de AWBZ bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. De zorgstandaarden zijn per zorgsector uitgewerkt in een Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg.

Over de zorg worden door aanbieder en cliënt afspraken gemaakt in het zorgplan. De zorgbehoefte van de cliënt en zijn wensen ten aanzien van de dagelijkse invulling daarvan staan daarbij centraal. Dit wordt toegelicht in hoofdstuk 3 over kwaliteit.

Aanspraak op behandeling

Ook bestaat er aanspraak op behandeling. In de AWBZ werd bij behandeling onderscheid gemaakt tussen specifieke AWBZ behandeling, zoals gedefinieerd in artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken, en behandeling conform artikel 15 van het Bza. Dit onderscheid vervalt in de Wet LIZ. Bij behandeling in de Wet LIZ gaat het om behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard. Deze zorg is gericht op herstel of voorkoming van verergering en is specifiek in die zin dat deze samenhangt met de aard van de beperking op grond waarvan de cliënt toegang heeft tot de Wet LIZ. Daarnaast behoort ook geneeskundige zorg van algemeen medische aard en behandeling van een psychiatrische aandoening tot de aanspraken in de Wet LIZ indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de grondslag op basis waarvan de cliënt tot de Wet LIZ is toegelaten. Deze zorg, die voor cliënten die geen toegang hebben tot de Wet LIZ vanuit de Zvw wordt bekostigd (bijvoorbeeld huisartsenzorg), maakt onderdeel uit van de verzekerde aanspraak in de Wet LIZ, omdat het vanwege de complexiteit van hun zorgvraag wenselijk is een integraal pakket aan zorg te leveren. Daarnaast kan van cliënten in de Wet LIZ in alle redelijkheid niet meer verwacht worden dat zij in staat zijn om hun zorg op verantwoorde wijze over de grenzen van de verschillende domeinen heen te organiseren. De aanspraak op behandeling omvat ook – net als in de AWBZ – tandheelkundige zorg.

De aanspraak op behandeling omvat ook de farmaceutische zorg (geneesmiddelen). Wanneer iemand in een instelling verblijft of een VPT heeft, komen de geneesmiddelen ten laste van de Wet LIZ. De kosten daarvan komen ten laste van de instelling. Kiest iemand voor een pgb, dan komen de geneesmiddelen ten laste van de Zvw. Deze situatie is hetzelfde als bij de AWBZ.

Ook omvat de aanspraak op behandeling hulpmiddelen. Net als in de AWBZ, geldt dit voor hulpmiddelen voor zover die noodzakelijk zijn in verband met de in een instelling gegeven zorg (bijvoorbeeld tilliften). Persoonsgeboden medische hulpmiddelen (denk aan prothese of insulinepomp) worden momenteel verstrekt uit de Zvw. Die situatie wordt in de Wet LIZ voortgezet. Mobiliteitshulpmiddelen worden momenteel – ook voor mensen met een AWBZ indicatie - verstrekt uit de Wmo. De regering heeft er voor gekozen om deze hulpmiddelen over te hevelen naar de LIZ, zodat deze onderdeel uitmaken van het integrale pakket aan zorg.

Wanneer de cliënt afziet van op verblijf, kan dat geen consequenties hebben voor de aanspraak op zorg. Vanuit het pgb mag echter geen behandeling worden ingekocht. Ook in de AWBZ is dat het geval. Dit wordt toegelicht in de volgende paragraaf.

Vervoer voor begeleiding of behandeling

Net als in de AWBZ heeft een LIZ-client aanspraak op vervoer naar een plaats waar hij gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling volgt. Indien een cliënt in de Wet LIZ zich op grond van sociale overwegingen (denk aan een familiebezoek) wenst te verplaatsen maar hiervoor niet zelfstandig gebruik kan maken van het openbaar vervoer dan kan deze cliënt hiervoor een beroep doen op de gemeenten voor sociaal vervoer. Men kan hiervoor bijvoorbeeld een taxivergoeding krijgen.

Raakvlakken met andere wettelijke domeinen

De hervorming van de langdurige zorg over de verschillende domeinen betekent dat in de onderhavige wet een zodanige aanspraak moet worden geformuleerd dat daarmee recht wordt gedaan aan de uitgangspunten die worden gehanteerd voor alle vier domeinen. Voordat cliënten aanspraak maken op zorg vanuit de Wet LIZ hebben deze cliënten veelal zorg en of ondersteuning vanuit een of meerdere van de andere drie wettelijke domeinen, te weten de Zvw, Wmo 2015 en de Jeugdwet, ontvangen. De Wet LIZ vormt daarmee het sluitstuk van een zorgcarrière. Indien een cliënt eenmaal toegang heeft tot de Wet LIZ, liggen de verhoudingen tussen de domeinen anders. Wanneer iemand een toegangsbesluit heeft voor de Wet LIZ, valt zijn zorg en ondersteuning in principe niet meer onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Uitzonderingen hierop zijn onder meer de opvoedkundige hulp in het kader van de Jeugdwet en het sociaal vervoer in het kader van de Wmo 2015. Ook wanneer een jeugdige geïndiceerd is voor de Wet LIZ, kunnen zijn ouders dus nog opvoedkundige hulp ontvangen op grond van de Jeugdwet. Hetzelfde geldt voor sociaal vervoer. Ook wanneer een cliënt geïndiceerd is voor de wet LIZ kan deze een beroep doen op de gemeenten voor sociaal vervoer.

Wanneer een LIZ-cliënt in een instelling verblijft of kiest voor het volledig pakket thuis, ontvangt hij een integraal pakket aan zorg dat ten laste van de Wet LIZ komt. Daarnaast kan de cliënt indien nodig medisch specialistische zorg ontvangen ten laste van de Zvw (bijvoorbeeld bij een operatie in verband met een gebroken heup).

Voor een succesvolle uitvoering van alle vier de wetten door zorgverzekeraars, gemeenten, uitvoerders van de Wet LIZ is het van belang dat duidelijk is over wat er onder de Zvw, de Wmo 2015, de Jeugdwet en de Wet LIZ valt en dat de verschillende verantwoordelijke; gemeenten, verzekeraars, LIZ-uitvoerders en representanten op goede manier samenwerken. Dit wordt verder toegelicht in hoofdstuk 6.

Aanspraken uit de AWBZ die niet in de Wet LIZ passen

De grondslagen en de functiegerichte omschrijving van de zorg - zoals die bestaan in de AWBZ - blijven in de Wet LIZ gehandhaafd, met dien verstande dat de psychiatrische aandoeningen geen basis meer zijn voor toegang tot de Wet LIZ, omdat de langdurige GGZ vanaf 2015 onder verantwoordelijkheid valt van zorgverzekeraars in de Zvw en gemeenten voor de Wmo. Dat neemt niet weg dat cliënten die voldoen aan de toegangscriteria op basis van een andere grondslag, ten laste van de Wet LIZ behandeld kunnen worden voor hun psychiatrische aandoening. Denk bijvoorbeeld aan mensen met een psychogeriatrische aandoening of beperking.

Er bestaat in de Wet LIZ geen aanspraak op losse functies en klassen, zoals dat in de AWBZ wel het geval was. Alle extramurale zorg is immers ondergebracht in andere domeinen. De Wet LIZ biedt cliënten de mogelijkheid om zorg en verblijf als integraal pakket af te nemen.

Ook zijn er nog tal van aanspraken in de AWBZ, die geen onderdeel uitmaken van de Wet LIZ, omdat ze niet passen in een wet voor langdurige intensieve zorg. Het gaat bijvoorbeeld om neonatale hielprikscreening, vaccinatieprogramma, abortusklinieken, doventolken en kortdurend verblijf. Deze worden ondergebracht bij andere domeinen.

2.4 Zorglevering

Keuzevrijheid cliënt

Keuzevrijheid voor de cliënt is in de Wet LIZ een belangrijk uitgangspunt. In de visie van de regering op de langdurige zorg staat de kwaliteit van leven van cliënten centraal. Daarbij hoort dat een cliënt - binnen randvoorwaarden - kan kiezen waar hij wil wonen en op welke wijze hij de zorg ontvangt die hij nodig heeft. Daarom zijn verschillende leveringsvormen van zorg en wonen mogelijk. Nadat het CIZ een positief toegangsbesluit heeft afgegeven, kan de cliënt kiezen op welke wijze hij zijn aanspraak wil verzilveren. Gelet op de intensiteit van de zorg is verblijf een verzekerde aanspraak. Het is echter een recht en in principe geen plicht. De cliënt kan kiezen om de aanspraak op zorg te verzilveren en niet die op verblijf. De regering wil mensen die daarvoor zelf of met hun vertegenwoordigers mogelijkheden hebben, de keuze bieden om de verantwoordelijkheid te nemen om zelf in hun woning te voorzien. Uiteraard kan dit wel eisen stellen aan de wijze waarop de zorg georganiseerd is of aan de aanbieder die de zorg levert.

Onderstaande tabel biedt een overzicht van de verschillende leveringsvormen binnen de Wet LIZ. Daarna worden de verschillende leveringsvormen en voorwaarden nader toegelicht.

Tabel 2.1 Overzicht leveringsvormen

			Verblijf	Hotel- diensten / verblijfszorg	Behandeling	Overige zorg	Vervoer dagbesteding en behandeling
1	Zorg in natur a	Met verblijf	Ja	Ja	Ja	Ja, natura	Ja, natura
2		Zonder verblijf (VPT)	nee	Ja	Ja	Ja, natura	Ja, natura
3	Pgb	Zonder verblijf	nee	Alleen huishoudelijk hulp (vergoeding)	nee	Ja, vergoeding	Ja, vergoeding

1. Zorg met verblijf

De regering gaat ervan uit dat de meeste cliënten in de Wet LIZ dusdanig in hun mogelijkheden zijn beperkt dat zij het meeste baat hebben bij een integraal pakket van zorg en wonen. De cliënt kiest in dat geval uit de instellingen waarbij de representant in zijn regio zorg en verblijf heeft ingekocht. Representanten dienen bij hun inkoopbeleid diversiteit in het gecontracteerde aanbod en aansluiting bij de vraag na te streven. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan verschillende woonvormen, grootte van de instelling, culturele achtergrond of filosofie, de

dagbestedingactiviteiten etc. De regering verwacht van representanten dat zij aanbieders zorgvuldig onderling vergelijken op klanttevredenheid, kwaliteit en doelmatigheid van zorg en verwacht dat deze criteria bij de lengte en de continuering van contracten de prijzen en gunning van volumes een rol spelen. Dit is een opdracht aan de uitvoerders van de wet (zie ook paragraaf 5.5). Indien ze hier onvoldoende werk van maken, kan de regering zelf nadere regels stellen.

Zorg zonder verblijf

In de AWBZ is gebleken dat sommige mensen die voor een zorgzwaartepakket zijn geïndiceerd er niet voor kiezen om in een instelling te verblijven. In 2012 ging het om ongeveer een kwart van de verblijfsgeïndiceerden. Er is al jaren een stijging te zien. Deze trend ondersteunt de regering met haar beleid om mensen langer thuis te laten wonen. Hoewel de Wet LIZ zich alleen nog zal richten op de mensen met een zware zorgbehoefte, is de verwachting van de regering dat een deel van de cliënten en/of hun vertegenwoordigers de zorg in de eigen omgeving zal willen en kunnen vormgeven. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij zorg voor kinderen of jongvolwassenen die bij het eigen gezin blijven. De regering acht het wenselijk om mensen die hun zorg goed in eigen omgeving kunnen organiseren, daarvoor ook de ruimte te geven.

Indien de cliënt en of zijn vertegenwoordiger ervoor kiest om de aanspraak op verblijf niet te verzilveren, zijn hiervoor in de Wet LIZ twee opties, te weten volledig pakket thuis (VPT) en het pgb. Deze opties zetten de cliënt meer aan het roer en kunnen innovatie in de zorg stimuleren. Zorg in natura met verblijf, volledig pakket thuis en persoonsgebonden zijn bedoeld voor cliënten die in een oplopende mate regie kunnen voeren. Vanwege technologische vooruitgang is het denkbaar dat de regie en de mogelijkheden van cliënten in de toekomst verder toenemen en dat cliënten met een zware zorgvraag langer thuis kunnen blijven wonen.

Er geldt een aantal voorwaarden voor het afnemen van zorg zonder verblijf. Deze voorwaarden zijn ingegeven door ervaringen met het pgb in de AWBZ. Belangrijkste is dat te allen tijde verantwoorde zorg wordt geleverd en dat de kosten voor de componenten die de cliënt wel afneemt niet hoger zijn dan wanneer hij in een instelling zou verblijven. Hieronder wordt toegelicht wat de specifieke voorwaarden per leveringsvorm zijn. De representant beoordeelt bij elke leveringsvorm of aan de voorwaarden is voldaan.

2. Volledig pakket thuis

In de leveringsvorm van het VPT krijgt de cliënt regie over de huisvesting en de hoteldiensten. Hij betaalt huur voor zijn eigen woonomgeving of heeft een eigen koopwoning. Deze woonomgeving kan overigens in een geclusterde setting (instelling) zijn. Het grote verschil met zorg in natura met verblijf is dat de woning van de cliënt zelf is. De cliënt bepaalt de inrichting en wie wel of niet zijn woning betreedt. Net als bij het VPT in de AWBZ, verzorgt de zorgaanbieder naast de LIZ-zorg in principe ook de hoteldiensten, oftewel de schoonmaak en het eten en drinken. Zoals in de vorige paragraaf is toegelicht, kan een cliënt of zijn vertegenwoordiger uiteraard besluiten om van die diensten af te zien.

Net als in de AWBZ kunnen cliënten gebruik maken van het VPT bij zorgaanbieders die vooraf zijn gecontracteerd door de representant. De cliënt neemt de zorg af als een gecontracteerde aanbieder dat in zijn woonruimte kan en wil leveren. De representant beoordeelt of aan de randvoorwaarden is voldaan en blijft daarvoor verantwoordelijk. Mogelijk is een woningaanpassing of verhuizing nodig is om aan de voorwaarden te kunnen voldoen. De cliënt en/of zijn vertegenwoordiger zijn hiervoor zelf verantwoordelijk. De kosten hiervan komen niet ten laste van de Wet LIZ. Het staat gemeenten vrij om deze kosten wel te vergoeden voor LIZ-clieñten. De zorgaanbieder stelt - net als bij verblijf in een instelling - samen met de cliënt een zorgplan op.

3. Pgb

Derde leveringsmogelijkheid is het pgb. Deze leveringsvorm is vergelijkbaar met het pgb in de AWBZ, maar dan met een trekkingrecht in plaats van een bedrag op de rekening. De vormgeving van en voorwaarden voor het pgb in dit wetsvoorstel sluiten zoveel mogelijk aan bij het wetsvoorstel Wmo 2015. Verschillen in formulering komen voort uit de verschillen in de aard van de twee wetsvoorstellen en de cliëntgroepen. Het pgb verschilt op een aantal manieren van het VPT. Zo sluit de cliënt of zijn vertegenwoordiger bij het pgb zelf contracten met de zorgverleners, terwijl de representant dat doet bij het VPT. Bij VPT is sprake van een integraal pakket, terwijl bij pgb ook kan worden gekozen voor het contracteren van meerdere individuele zorgverleners. Ook zijn cliënt of vertegenwoordiger bij het pgb uiteindelijk zelf verantwoordelijk voor kwaliteit, terwijl de representant verantwoordelijk blijft bij het VPT.

Het pgb kan een belangrijke functie vervullen bij het bevorderen van innovatie in het zorgaanbod. Een pgb-houder hoeft zich immers niet te beperken tot gecontracteerde zorgaanbieders, maar kan ook bijvoorbeeld nieuwe, niet gecontracteerde aanbieders kiezen. De regering vindt het noodzakelijk om aan het pgb een aantal voorwaarden te verbinden. De representant beoordeelt of aan de voorwaarden voor een pgb is voldaan. Om voor het pgb in aanmerking te komen moet de verzekerde motiveren waarom zorg in natura niet passend is, een budgetplan opstellen en aannemelijk maken dat hij (of zijn vertegenwoordiger) het werkgeverschap kan invullen. Een pgb kan enkel worden gebruikt voor zorg, waarvoor het is bedoeld niet zijnde behandeling. Het pgb mag onder meer niet worden gebruikt voor behandeling, hotelmatige kosten (met uitzondering van huishoudelijke hulp) en verblijf. De representant mag het pgb weigeren indien de cliënt onvoldoende aannemelijk kan maken dat met het persoonsgebonden budget zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn indien het pgb zou worden gebruikt om een overbelaste mantelzorger te betalen, of om een zorgaanbieder in te schakelen die de representant juist niet heeft gecontracteerd, omdat de kwaliteit van zorg onvoldoende was. Als eenmaal is gekozen voor pgb, is de cliënt (of de vertegenwoordiger) echter verantwoordelijk voor kwaliteit van zorg in deze leveringsvorm. Een representant weigert het pgb als de cliënt zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget niet heeft gehouden aan de verplichtingen. Omdat de regering niet voornemens is voor het pgb een subsidieplafond in te stellen mag een representant het pgb niet weigeren met uitsluitend als reden dat het geld op is.

Het pgb mag ook worden gebruikt om niet-professionals uit het sociale netwerk van de betrokkene financieel voor hun diensten te belonen. In dat geval kan de representant een lager tarief hanteren. Dit wordt toegelicht in de volgende paragraaf over bekostiging.

Met het pgb kan de cliënt net als (vanaf 2014) in de AWBZ een trekkingsrecht krijgen waarmee hij zelf de zorg inkoop en dus wel werkgever wordt. De trekkingsrechten worden, net als voor de Wmo, uitgevoerd door de Sociale Verzekeringsbank. Dit verbetert de fraudebestendigheid van het pgb.

In de AWBZ kan een pgb niet worden gebruikt voor behandeling. Hiervoor zijn drie redenen. Ten eerste moet behandeling door professionele zorgaanbieders worden geleverd. Mantelzorg is hierbij niet aan de orde. Ten tweede lopen de kosten van behandeling per cliënt erg uiteen. Voor twee cliënten met min of meer dezelfde zorgzwaarte kan de behoefte aan behandeling heel erg verschillen. Indien in het pgb een gemiddelde standaard vergoeding zou worden opgenomen voor behandeling zou dit in praktijk op cliëntniveau niet goed uitpakken. Ten derde hebben budgethouders de ruimte om te schuiven tussen de verschillende functies. Hierdoor is het mogelijk dat indien er veel geld wordt besteed aan begeleiding er te weinig budget overblijft voor behandeling en budgethouders daarvoor een beroep doen op de Zvw. In dat geval wordt er dubbel voor de behandeling betaald. Om deze redenen wordt geen pgb voor behandeling verstrekt. Dit is op dezelfde manier geregeld als in de AWBZ. Omdat de Zvw voorliggend is op de Wet LIZ, geldt dat de behandeling ten laste zal komen van de Zvw, voor zover het gaat om behandeling die tot de verzekerde prestaties van de Zvw behoort. Indien het gaat om specifieke LIZ-behandeling, kan de cliënt beroep doen op de representant die hiervoor in zorg in natura aanbod moet voorzien.

Het pgb (en het VPT) kunnen uitkomst bieden voor specifieke cliëntgroepen waaronder zwaar lichamelijk gehandicapten met zelfregie en of cliënten die nu in een ADL-clusters in een eigen huurwoning zorg ontvangen. Bij pgb en VPT wordt afgezien van verblijf. Cliënten kunnen bij beide varianten dus zelf woonruimte (blijven) huren. Cliënten in ADL-clusters hebben in de huidige situatie een verzameling van drie vormen van zorg en ondersteuning, nl. vanuit AWBZ in natura ADL-assistentie in- en om de woning, vanuit AWBZ aanvullende AWBZ-zorg buiten de woning (vaak in pgb) en huishoudelijke hulp vanuit de Wmo (vaak in pgb). Het CVZ heeft in het voorjaar geadviseerd dit onderscheid tussen drie vormen van zorg en ondersteuning te vervangen door één integraal pakket om de samenhang tussen de zorg en ondersteuning te kunnen garanderen. Bij het invoeren van de Wet LIZ neem ik dit advies van het CVZ over. Vanuit de Wet LIZ krijgen deze cliënten een VPT of een pgb. Bij het VPT is er sprake van een integraal pakket van zorg waarvan ook behandeling onderdeel is. De cliënt kan zelf bepalen wie van de gecontracteerde zorgaanbieders de zorg levert. Bij het PGB heeft de cliënt nog meer vrijheid. De cliënt koopt de zorg zelf in. Er is geen sprake van een integraal pakket. Eten en drinken, wassen van kleding etc wordt bij het pgb als verantwoordelijkheid van de cliënt gezien. Huishoudelijke hulp kan vanuit het pgb worden bekostigd, behandeling niet. De behandeling voor LIZ toegelaten cliënten die een pgb genieten wordt net als nu in de AWBZ het geval is in natura verstrekt vanuit de Zvw^[4] of als het LIZ-behandeling betreft in natura vanuit de Wet LIZ.

Benchmarking inkoopbeleid representanten

Uitgangspunt van de regering is dat het gecontracteerde zorgaanbod van goede kwaliteit is, cliënttevredenheid voorop staat en doelmatig wordt ingekocht. Is de cliënt ontevreden over het gecontracteerde zorgaanbod, dan biedt het pgb een goed alternatief. Wanneer veel cliënten in een regio hiervoor kiezen, beschouwt de regering dat als een signaal dat de representant bij zijn inkoopbeleid onvoldoende rekening houdt met de wensen van de cliënten.

De representant kan daar uiteraard een les uit trekken en het jaar daarna besluiten om een aanbieder die veel via VPT of pgb wordt ingeschakeld alsnog te contracteren. Zo sluit het gecontracteerde zorgaanbod steeds beter aan op de wensen van cliënten. De NZa zal de representanten benchmarken op de inkoop van de zorg. Het is de regering opgevallen dat de prestaties van zorginstellingen zowel kwalitatief als financieel verschillen. De regering acht het wenselijk dat een zo groot mogelijk aandeel van zorg wordt ingekocht bij zorgaanbieders die op deze aspecten goed presteren.

2.5 Bekostiging: hoe wordt de zorg betaald?

De bekostiging van de zorg zal in de Wet LIZ persoonsvolgend zijn, net als in de AWBZ. In de AWBZ drukt de bekostiging op basis van zorgzwaartepakketten echter te veel een stempel op de zorg die wordt geleverd. Dat wil de regering veranderen, zodat de behoeften en wensen van de cliënt meer centraal komen te staan. Het CIZ zal daarom niet meer in zzp's indiceren en de bekostiging wordt aangepast.

Persoonsvolgende bekostiging

Cliënten en/of hun vertegenwoordigers kunnen zelf bepalen bij welke gecontracteerde zorgaanbieder zij hun aanspraken tot gelding willen brengen. Uiteraard geldt daarvoor een aantal voorwaarden, zoals beschikbaarheid. Hoeveel een zorgaanbieder uiteindelijk betaald krijgt, is mede afhankelijk van de keuzes die cliënten maken. Wanneer een cliënt kiest voor een andere aanbieder, gaat ook de bekostiging immers naar een andere aanbieder. Door deze persoonsvolgende bekostiging hebben zorgaanbieders er belang bij om rekening te houden met de wensen en behoeften van (potentiële) cliënten. Ontevreden cliënten kunnen stemmen "met de voeten" en kiezen voor een andere zorgaanbieder of andere leveringsvorm.

Representant neemt zwaarteklassebesluit

In paragraaf 2.2 is toegelicht dat het CIZ alleen nog een toegangsbesluit neemt en geen uitspraak doet over de zorgzwaarte. Voor de bekostiging en beheersingssystematiek is het wel wenselijk dat er een zwaarteklassebesluit wordt genomen. Dit doet de representant. In paragraaf 5.5 wordt dit toegelicht.

Van zzp's naar zwaarteklassen: licht, middel en zwaar

De zorgzwaartepakketten zijn in 2009 ingevoerd om de beschikbare middelen voor de AWBZ-clieënten op een meer eerlijke manier te verdelen. Instellingen werden voortaan bekostigd op basis van de relatieve zorgzwaarte van hun cliënten in plaats van een gemiddeld bedrag per cliënt en het aantal beschikbare bedden. De zorgzwaartepakketten hebben tussen NZa, aanbieders en inkopers voor de processen van zorginkoop, declaratie en verantwoording een functie als herkenbare taal.

Bij zorgkantoren in de AWBZ is hierdoor meer inzicht ontstaan over de relatie tussen de zorgvraag van de cliënt en de kosten. Het inzicht in de cliëntenmix helpt zorgaanbieders bij de inzet van geschikte medewerkers om aan de vraag tegemoet te komen. De invoering van zorgzwaartebekostiging is een belangrijke stap vooruit geweest in de AWBZ.

Toch stapt de regering in de Wet LIZ af van de zorgzwaartepakketten in de aansprakensfeer. De systematiek van de zorgzwaartepakketten is ontwikkeld als een bekostigingsinstrument. Het wordt nu echter ook gebruikt bij de indicatiestelling en het gesprek tussen zorgverlener en cliënt. Daarvoor vormt het echter geen geschikte basis. De focus verschuift dan naar het claimen van uren en het geld, terwijl de invulling van de zorgvraag centraal moet staan.

In plaats van zorgzwaartepakketten, zal in de Wet LIZ worden gewerkt met zwaarteklassen. De representant bepaalt op basis van het zorgplan of het zorgarrangement bij het profiel van een cliënt behoort. Hij hoeft daarvoor niet zelf de cliënt te onderzoeken. Hij kan ook afgaan op het oordeel van een zorgaanbieder die met de cliënt heeft gesproken. Zorgaanbieders kunnen er echter belang bij hebben dat een cliënt in een zo hoog mogelijk zwaarteklasse wordt ingedeeld, omdat zij dan meer geld kunnen krijgen voor de cliënt. Daarom is het belangrijk dat de representant de bekostigingscategorie uiteindelijk vaststelt. De zwaarteklasse vormt de basis voor de bekostiging, maar is niet normatief voor de zorg die de cliënt uiteindelijk ontvangt. Hierover worden immers afspraken gemaakt tussen de cliënt, zijn vertegenwoordiger en de zorgverlener, die worden vastgelegd in het zorgplan. De cliënt kan ook geen rechten aan ontlene aan de zwaarteklasse zoals in de AWBZ wel het geval was bij de zzp's. Iemand die toegang krijgt tot de Wet LIZ heeft aanspraak op de zorg die in deze wet verzekerd is, maar niet op een "pakket" aan zorg dat voor de bekostiging is gecreëerd.

Ook is de regering van mening dat het systeem van zorgzwaartepakketten in de AWBZ te fijnmazig is. De zzp's zijn onvoldoende onderscheidend, waardoor strategische gedrag mogelijk is. Door het ingezette beleid op langer thuis wonen wordt het aantal zzp's in de AWBZ al teruggebracht. Met dit wetsvoorstel wordt het aantal bekostigingscategorieën voor alle leveringsvormen teruggebracht tot circa drie per grondslag: laag, middel en zwaar. De verwachting is dat door indikking van het aantal zwaarteklassen de onderscheidendheid van de pakketten kan worden vergroot.

Net als in de AWBZ de zzp's, zullen de bekostigingscategorieën in de Wet LIZ worden gebruikt door zorgaanbieders en zorginkopers voor declaratie en verantwoording. Voor het vastgoed geldt een apart vergoedingsregime dat gefaseerd wordt geïntegreerd in de zzp's en bij inwerkingtreding van dit wetsvoorstel in de zwaarteklassen. Vanaf 2018 zal het volledig geïntegreerd zijn en bestaat er geen aparte vergoeding van kapitaallasten meer.

Te declareren prestaties

Net als in de aanspraken en de zorglevering wordt in de bekostiging onderscheid gemaakt tussen zorg die in natura wordt afgenomen in de vorm van een integraal pakket van zorg met verblijf en zorg waarbij de cliënt zelf in zijn woonvorm voorziet (VPT of pgb). Hiervoor stelt de NZa prestaties vast.

- *Zorg met verblijf:* Het integrale pakket van zorg met verblijf wordt bekostigd op basis van de hierboven beschreven bekostigingscategorieën. Er is sprake van een integraal pakket en niet van losse prestaties. De beleidsregels voor zorg in natura worden opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit en beschrijven wanneer en op welke wijze geld door instellingen gedeclareerd kan worden voor de geleverde prestaties, die door representant en instellingen in contracten zijn afgesproken.
- *Volledig pakket thuis:* Voor de bekostiging van het integrale pakket aan zorg dat door de aanbieder in de eigen omgeving van de cliënt wordt geleverd, stelt de NZa een aparte prestatie vast. Deze prestatiebeschrijving is hetzelfde als de prestatiebeschrijving van het Volledig pakket thuis uit de AWBZ.
- *Persoonsgebonden budget:* Voor PGB geldt dat de zorg in de meeste gevallen niet als één integraal pakket bij één aanbieder wordt afgenomen. Er kan sprake zijn van meerdere zorgverleners (waaronder mantelzorgers) die samen het samenhangend pakket aan zorg bieden dat de cliënt nodig heeft. Aanbieders die deze zorg leveren kunnen hiervoor hun eigen aandeel in de zorg declareren. In tegenstelling tot zorg met verblijf en het VPT, gebeurt dit op basis van de in de Wet LIZ gedefinieerde functies: persoonlijke verzorging, begeleiding, verpleging en behandeling.

Regulering van tarieven

Er gelden geen vrije tarieven in de Wet LIZ. Net als in de AWBZ is er sprake van tariefsregulering waarbij de NZa maximumtarieven vaststelt. De tariefsregulering moet eenvoudig en duidelijk zijn. De NZa stelt hierom op grond van de WMG tarieven vast voor de te declareren prestaties in de Wet LIZ. Dit zijn maximumtarieven. Deze verschillen uiteraard voor de verschillende bekostigingscategorieën en leveringsvormen. In tabel 2.1 in paragraaf 2.4 is weergegeven welke aanspraken worden vergoed per leveringsvorm.

Streven van de regering is om de bekostiging in de Wet LIZ zo uniform mogelijk te maken. Een veelheid aan toeslagen voor bijzondere doelgroepen past hierbij niet. Verzoek dat de regering om die reden aan de NZa heeft gedaan is te bezien of het mogelijk is om bij de herziening van de bekostiging ook de toeslagen onder de loep te nemen. Hieronder valt in ieder geval ook de toeslag voor extreme zorgzwaarte (tegenwoordige regeling meerzorg). Indien uit dit onderzoek blijkt dat toeslagen voor zorg aan cliënten met een bijzondere of complexe zorgvraag noodzakelijk zijn, vindt de regering het belangrijk dat hieraan ook kwaliteitseisen worden gesteld. Indien een zorgaanbieder zorg wenst te leveren aan verzekerden met een bijzondere zorgvraag, en daarbij een beroep wenst te doen op een toeslag bovenop de reguliere bekostiging, dient hij, alvorens op deze toeslag aanspraak te kunnen maken, te voldoen aan de professionele standaarden die voor de betreffende bijzondere zorgvragen zijn ontwikkeld. Deze standaarden zouden moeten worden opgenomen in de prestatiebeschrijving van de te declareren zorg. Taak van de representant is toe te zien op rechtmatige declaratie.

Vanwege de beperking van het aantal bekostigingscategorieën, zal de NZa tevens de maximumtarieven moeten herijken. De regering heeft de NZa daarbij verzocht om systematisch de maximumtarieven onder de loep te nemen. De ene instelling kan ruim met de tarieven uit, terwijl dat voor de andere

instellingen niet toereikend is. Gemiddeld behalen instellingen een goed rendement. Dit is voor de regering aanleiding om te veronderstellen dat de maximumtarieven in de AWBZ relatief te ruim zijn en te veel op gemiddelde instellingen gebaseerd.

Het staat representant en de aanbieder vrij om prijsafspraken te maken die lager liggen dan het maximum. In 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 bemoeilijkt de onderhandelingspositie van het zorgkantoor. Omdat de regering wil bevorderen dat de representanten scherp inkopen, heeft zij NZa verzocht om verandering aan te brengen in deze situatie en na te gaan wat een passend alternatief is.

De representant stelt vast wat het trekkingsrecht is dat een cliënt op grond van zijn budgetplan en de inzet van onder andere professionele- en mantelzorg ontvangt. Zoals in de vorige paragraaf is toegelicht mag het pgb ook worden gebruikt om niet-professionals uit het eigen sociale netwerk in te huren. In het wetsvoorstel is met artikel 3.1.7 een bepaling opgenomen die representant de mogelijkheid geeft om hiervoor een lager tarief voor te rekenen. Bij AMvB kunnen hieraan nadere regels worden gesteld. Het trekkingsrecht mag nooit meer zijn dan het maximumtarief voor het pgb.

Het maximumbudget voor het pgb wordt afgeleid van de tarieven voor zorg in natura. Hierop worden de aanspraken waarvoor geen pgb kan worden verkregen, zoals kapitaallasten, hotelmatige diensten (met uitzondering van de huishoudelijke hulp indien hieraan behoefte is) en behandeling in mindering gebracht.

Bovenstaande past bij de verankering van het pgb in deze wet als volwaardige leveringsvorm. Bovendien zullen zorg in natura en pgb onder de Wet LIZ worden gefinancierd uit één regionaal budgettair kader (zie paragraaf 7.1).

Regulering van volume

Aangezien het systeem van prestatiebekostiging een systeem is met nagenoeg volledige volumegerelateerde bekostiging gaat hiervan een volumeprikkel uit. Omdat een zorgaanbieder per geleverde cliënt wordt bekostigd, betekent meer dagen meer omzet. Om deze prikkel in de bekostiging te temperen zijn er in de Wet LIZ twee instrumenten, te weten de contracteeruimte en de indicatiestelling. De omzet van een aanbieder wordt begrensd door een afspraak over het gecontracteerde volume. Productie boven de productieafpraak wordt niet vergoed. Hoe dit in zijn werk gaat is in grote lijnen vergelijkbaar met de werking in de AWBZ met als verschil dat in de Wet LIZ ook het pgb onder dezelfde financiële ruimte valt. Dit is in paragraaf 7.1 nader uitgewerkt. De indicatiestelling is nader beschreven in paragraaf 2.2. Omdat een volumerisico vanuit het perspectief van de bekostiging problematisch is wanneer zorgaanbieders direct invloed hebben op het aantal cliënten dat zorg ten laste van de Wet LIZ ontvangt, stelt de regering in de Wet LIZ een versteviging van de positie van het CIZ voor. Dit kan de volumeprikkel in belangrijke mate terugdringen.

2.6 Eigen bijdragen

Eigen bijdragesystematiek deels hetzelfde als in de AWBZ

Een deel van de zorg zal – net als in de AWBZ – gefinancierd worden uit een verplichte eigenbijdrage van de gebruikers van LIZ-zorg van achttien jaar en ouder. De AWBZ kent verschillende soorten eigen bijdragen, die deels goed aansluiten bij de leveringsvormen in de Wet LIZ. De eigen bijdrage voor extramurale zorg vevalt omdat de LIZ geen losse extramurale zorgvormen meer kent. Voor het overige treden er in de systematiek van eigen bijdrage geen grote veranderingen op.

De eigen bijdrage wordt geheven omdat het redelijk wordt geacht dat de gebruiker van zorg bijdraagt in de kosten van zorg. De gedachte die uitgaat van de eigen bijdrage sluit in die zin ook aan bij de eigen (financiële) verantwoordelijkheid die de regering in de Wet LIZ wil bevorderen. Cliënten met een hoger inkomen kunnen een groter deel van hun zorgkosten zelf dragen dan cliënten met een lager inkomen. De overheid biedt met de Wet LIZ een financieel vangnet voor kosten die cliënten die op zorg vanuit de LIZ zijn aangewezen, redelijkerwijs niet zelf kunnen betalen. Voor zorg met verblijf geldt bovendien dat de verzekerde aanzienlijk bespaart op uitgaven aan wonen, eten en drinken en andere kosten die verband houden met zelfstandig wonen. Eigen bijdragen zijn ook nodig om de Wet LIZ betaalbaar te houden.

In de Wet LIZ wordt in de eigen bijdragen onderscheid gemaakt tussen de verschillende leveringvormen.

- *Zorg met verblijf:* Voor de zorg met verblijf wordt onderscheid gemaakt tussen de zogenoemde hoge en lage eigen bijdrage. Hoofregel is dat er een hoge eigen bijdrage wordt betaald. Deze eigen bijdrage is voor de verschillende diensten die in de instelling worden geleverd, het wonen en de zorg. De lage eigen bijdrage vormt een uitzondering op de hoge bijdrage. Deze geldt onder andere voor de eerste zes maanden dat cliënten in een instelling verblijven. Na de eerste zes maanden geldt de lage eigen bijdrage voor mensen die nog een thuiswonende partner hebben. Als er sprake is van partneropname (zoals toegelicht in paragraaf 2.3), dan betaalt het echtpaar de hoge eigen bijdrage, die is berekend op basis van het gezamenlijk inkomen en vermogen.
- *Volledig pakket thuis:* Voor mensen die gebruik maken van een volledig pakket thuis geldt de lage eigen bijdrage. Zij betalen een eigen bijdrage voor zowel de verschillende diensten als voor de zorg, maar niet voor het wonen. Zij voorzien immers zelf in hun woonruime.
- *Pgb:* In de AWBZ geldt een specifieke eigen bijdrage voor mensen die gebruik maken van het pgb. Deze eigen bijdrage is qua systematiek vergelijkbaar met de extramurale eigen bijdrage uit de AWBZ. De extramurale eigen bijdragesystematiek wijkt op vele punten bijdragesystematiek voor zorg met verblijf. In de uitvoering is dit bewerkelijk en onwenselijk. Het vereist een registratie van e gerealiseerde uren en/of daadwerkelijk bestede budget. In de Wet LIZ wordt daarom voorgesteld om voor het pgb een eigen bijdrage systematiek in te voeren die vergelijkbaar is met de intramurale eigen bijdrage. Deze kan lager zijn dan de lage eigen bijdrage omdat de pgb-houder niet dezelfde aanspraak heeft (zie de tabel in paragraaf 2.4). In de uitvoering is dit eenvoudiger en eenduidiger. In de wet LIZ geldt dan nog maar één eigen bijdrage regime. Daarnaast zijn er gelijke financiële prikkels voor de cliënt, ongeacht welke variant de cliënt kiest.

Berekening eigen bijdrage

Gezien de zorgbehoefte van de cliënten die in de Wet LIZ terecht zullen komen en de kosten die met de zorg gemoeid zijn gaat de regering er vanuit dat de eigen bijdrage slechts een deel van de kosten betreft, maar dit hoeft niet het geval te zijn.

Hoofdstuk 3 Kwaliteit

Cliënten die aanspraak maken op zorg vanuit de Wet LIZ vormen een heterogene groep unieke en kwetsbare mensen. Hun mogelijkheden en zorgbehoeften lopen onderling sterk uiteen. Tegelijkertijd is de zorg die zij nodig hebben intensief, vraagt deze een hoge mate van professionaliteit en wordt op allerlei momenten van de dag verleend. De focus ligt niet op genezen, maar op het bereiken van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven.

De regering wil bereiken dat mensen zorg ontvangen die aansluit bij hun doelen, wensen en mogelijkheden. De cliënt hoeft zich dus niet primair aan te passen aan de zorgverlening, maar de zorg moet ondersteunend zijn aan het leven wat de cliënt nastreeft. De kwaliteit van leven kan verbeterd worden als de zorg zich meer richt op het leven dat de cliënt gewend was te leiden, of gegeven zijn/haar beperkingen nu wenst te leven. Hierbij hoort het verbinden van formele en informele zorg, maar ook aandacht voor (culturele) achtergrond en levensbeschouwelijke identiteit. Om de gewenste kwaliteitsverbeteringen te realiseren dienen alle betrokken partijen hun verantwoordelijkheid voor kwaliteit te nemen en dienen deze verantwoordelijkheden duidelijk belegd te zijn: De Wet LIZ beoogt hiervoor, samen met bestaande wetten (en wetsvoorstellen) die zien op de kwaliteit in de langdurige zorg, een samenhangend wettelijk kader te creëren. Dat wil zeggen dat alle verwijzingen in deze wetten naar de AWBZ worden vervangen door verwijzingen naar de Wet LIZ. Hierbij gaat het in ieder geval om:

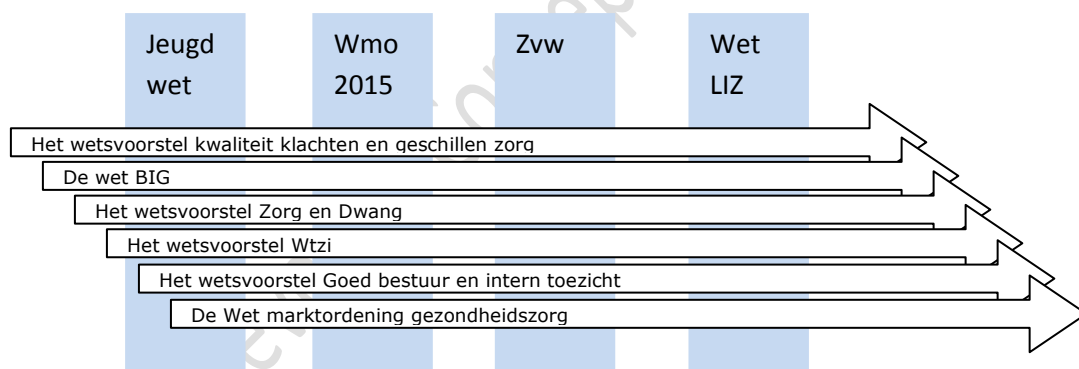
- het wetsvoorstel kwaliteit klachten en geschillen zorg. Dit wetsvoorstel bevat regels die de kwaliteit van zorg moeten bevorderen en voor patiënten een effectieve en laagdrempelige geschilbehandeling moeten waarborgen.
- de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). De Wet BIG moet de kwaliteit bevorderen van de zorg die beroepsbeoefenaren leveren. De wet is ook bedoeld om patiënten of cliënten te beschermen tegen ondeskundig of onzorgvuldig handelen van individuele zorgverleners.
- het wetsvoorstel Zorg en Dwang. Het voorstel introduceert een uniforme regeling voor het verlenen van zorg aan personen met een psychogeriatrische aandoening (dementie) of een verstandelijke handicap. Het voorstel geldt voor alle cliënten die op deze vorm van AWBZ-zorg zijn aangewezen. De zorg kan vrijwillig worden verleend, maar ook – onder voorwaarden – onvrijwillig en ongeacht de plaats waar de cliënten verblijven.
- het wetsvoorstel Wtzi. Dit wetsvoorstel dient ter begeleiding van de overgang van een stelsel van centrale aanbodsturing, waarbij de capaciteit van de zorginstellingen normatief door de centrale overheid wordt bepaald, naar een decentraal vraaggericht stelsel, waarbij die capaciteit wordt bepaald door de betrokken partijen (consumenten, instellingen en

verzekeraars). De centrale overheid beperkt zich daarbij tot het stellen van randvoorwaarden waarbinnen decentrale partijen (verzekeraars en aanbieders) moeten handelen.

- het voornemen wetsvoorstel Goed bestuur en intern toezicht. Deze wet is al een van de opgesplitste delen van het voormalige wetsvoorstel Cliëntenrechten zorg en is aangekondigd in de Tweede Kamer. De wet stelt onder andere eisen aan de hygiëne binnen raden van bestuur en raden van toezicht.
- de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Deze wet regelt de ontwikkeling, ordening en het toezicht op de markten voor gezondheidszorg. Deze wet bepaalt de instelling van de Nederlandse Zorgautoriteit als zelfstandig bestuursorgaan, dat toezicht houdt op de markten voor zorg. In de Wmg staat wat de taken en bevoegdheden van de NZa zijn en dat de NZa, bij alles wat zij doet, het belang van de consument voorop moet stellen. Doel van de wet is een doelmatig en doeltreffend zorgstelsel, het beheersen van kosten in de zorg en de bescherming en bevordering van de positie van de consument.

Bovenstaande wetten zijn domeinoverstijgend. Dat wil zeggen dat ze van toepassing zijn op de zorg in de Wmo 2015, de jeugdwet, de Zvw en de Wet LIZ. De Wet LIZ regelt hoe het systeem van de langdurige zorg werkt. De Wet LIZ is daarmee, net als de Wmo, de jeugdwet en de Zvw een systeemwet. Het karakter van de Wet LIZ in is dit opzicht vergelijkbaar met de AWBZ.

Figuur 3.1: Samenhang tussen de systeemwetten en de 'kwaliteitswetten'



Naast bovengenoemde wetgeving die van kracht blijft bevat de wet LIZ verschillende artikelen waarmee de regering beoogt de kwaliteit van zorg te bevorderen. Deze artikelen worden in onderstaande paragrafen toegelicht. Hierbij wordt ingegaan op versterking van de positie van de cliënt in relatie tot de zorgverlener, de aanbieder en de LIZ-uitvoerder. Tot slot wordt ingegaan op de relatie tussen de aanbieder en de LIZ-uitvoerder.

Naast deze driehoek is er ook de relatie tussen extern toezicht, instelling en de zorgverlener die binnen deze instelling werkzaam is, waarbinnen (de kwaliteit van) de te leveren en geleverde zorg wordt getoetst en verantwoord. Hierop wordt in hoofdstuk 5 nader ingegaan.

3.1 Cliënt – zorgaanbieder / zorgverlener

De kwaliteit van zorg komt tot stand in de relatie tussen zorgverlener en cliënt. De kwaliteit van leven van cliënten die aanspraak hebben op de Wet LIZ kan verbeterd worden als de zorg zich meer richt naar het leven dat de cliënt gewend was te leiden voordat deze een aanspraak had op de zorg uit de Wet LIZ.

In de Wet LIZ zijn een viertal instrumenten voorzien die de positie van de cliënt ten opzichte van de zorgverlener dan wel de zorgaanbieder waarborgen of verstevigen:

- het zorgplan is wettelijk verankerd in de Wet LIZ;
- er wordt meer ruimte geboden voor op de cliëntgericht maatwerk doordat er niet meer in ZZP's wordt geïndiceerd;
- cliënten kunnen uit drie leveringsvormen kiezen: zorg in natura met verblijf, volledig pakket thuis (zorg in natura thuis) en persoonsgebonden budget;
- het pgb is een volwaardige leveringsvorm en is wettelijk verankerd.

Zelfbeschikkingsrecht en zorgplan

Ieder mens heeft zelfbeschikkingsrecht. Dat verandert niet als je cliënt wordt. Toch zien we te vaak dat er wordt gesproken in termen van het 'mogen' meepraten over het zorgplan, of het 'recht' krijgen op een gesprek over een aantal zaken. Om de autonomie van de cliënt écht centraal te zetten, zijn de bepalingen uit de Beginselenwet (Bijlage bij Kamerstukken II 2012/13, 30 597 nr. 289), die in 2011 aan de Tweede Kamer is aangeboden en in september 2013 is ingetrokken, in de Wet LIZ opgenomen. Zorgaanbieders krijgen de plicht om met iedere cliënt een profiel te maken, gebaseerd op de wensen van de cliënt. Het perspectief en de mogelijkheden van een cliënt zijn het uitgangspunt, waarna het gesprek plaatsvindt over de wijze waarop de zorg daarbij kan aansluiten. De zorgplanbespreking wordt beschreven als een terugkerend gesprek (systematische evaluatie) waarin de dialoog over een zinvol leven wordt gevoerd. De regering wil qua inhoud minimaal zaken voor schrijven. De betrokkenheid van mantelzorg en informele zorg kan onderdeel zijn in de zorgplanbespreking.

Het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg is inmiddels geëvalueerd en de uitkomsten van die evaluatie zijn naar de beide Kamers der Staten-Generaal gestuurd. Het Besluit zorgplanbespreking heeft geleid tot een versterking van de positie van de cliënt, de organisatiecultuur is meer afgestemd op de wensen van de cliënten en de Inspectie houdt beter toezicht.

Om de dialoog tussen de zorgaanbieders en de mensen die zorg in een instelling ontvangen nog meer stimuleren, is besloten om de bepalingen over de zorgplanbespreking te verankeren in de Beginselenwet AWBZ-zorg (Beginselenwet). Met het oog op de invoering van de Wet LIZ is deze in september 2013 ingetrokken en zijn de bepalingen over de zorgplanbespreking integraal overgenomen in de Wet LIZ.

Doordat de bepalingen over de zorgplanbespreking zijn neergelegd in wetgeving in formele zin wordt recht gedaan aan het essentiële karakter van die bepalingen voor de zorgverlening aan deze

personen. Het primaat van de wetgever brengt met zich mee dat bepalingen die zo aan de rechtspositie van burgers raken, enkel gewijzigd kunnen worden door de wetgever in formele zin en dus met volledige betrokkenheid van de beide Kamers der Staten-Generaal.

Meer ruimte voor maatwerk

De regering wil afrekenen met het idee van een uniform aanbod en een uniforme vraag. Met de hervorming wil de regering de zorg uit haar keurslijf bevrijden en lucht en ruimte scheppen zodat patiënten en professionals samen tot gepaste oplossingen kunnen komen. De cliënt moet de ruimte krijgen om in een goed gesprek met de zorgverlener naar een professioneel en passend antwoord te zoeken op de werkelijke hulpvraag; de vraag achter de vraag. Hiervoor wordt de indicatiestelling in de Wet LIZ aangepast. Het CIZ zal in de Wet LIZ alleen nog een toegangsbesluit nemen en geen uitspraken meer doen over de zorgzwaarte van de zorgverlener, die worden vastgelegd in het zorgplan. Dit biedt zowel voor de cliënt als voor de zorgverlener ruimte voor maatwerk.

Keuzevrijheid leveringsvormen

Daar waar cliënten hiertoe in staat zijn, moeten zij ruimte krijgen zoveel mogelijk zelf verantwoordelijkheid te nemen. Keuzevrijheid speelt hierin een belangrijke rol. In paragraaf 2.4 is al toegelicht welke keuzevrijheid cliënten hebben ten aanzien van de leveringsvormen. Cliënten hebben recht op verblijf, maar zij kunnen er voor kiezen om daar geen gebruik van te maken. Wanneer cliënten wel kiezen voor verblijf, mogen zelf kiezen naar welke van de gecontracteerde zorgaanbieders zij gaan. Wanneer cliënten afzien van hun aanspraak op verblijf kunnen zij zelf kiezen waar zij willen wonen en hebben zij keuze uit het volledig pakket thuis en het pgb. Bij het volledig pakket thuis kan de cliënt een integraal pakket in zijn zelfgekozen verblijfplaats laten leveren. Bij het pgb krijgt de cliënt daarnaast de mogelijkheid om de zorg naar eigen inzicht te organiseren en zelf in te kopen.

3.2 Cliënt – LIZ-uitvoerder

De regering vindt het belangrijk dat mensen die aanspraak maken op de Wet LIZ de zorg krijgen die zij nodig hebben, dat zij betrokken worden bij de uitvoering van de Wet LIZ en dat cliënten weten bij wie ze terecht kunnen als ze hierover vragen of klachten hebben.

Om hierin te voorzien heeft de regering in de Wet LIZ een aantal instrumenten opgenomen die de positie van de cliënt in relatie tot de LIZ-uitvoerder versterken:

- de LIZ-uitvoerder heeft zorgplicht jegens zijn verzekerden en is verantwoordelijk voor goede service en zorgbemiddeling aan zijn verzekerden;
- de statuten van de LIZ-uitvoerders moeten waarborgen bieden voor invloed van verzekerden op beleid;
- bij AMvB kunnen regels worden gesteld over de wijze waarop LIZ-uitvoerders de zorgplicht vervullen met betrekking tot onder andere de kwaliteit van de zorg. Hieronder valt ook cliëntondersteuning door LIZ-uitvoerder.
- de cliënt heeft de mogelijkheid om voor een pgb te kiezen en de representant wordt verantwoordelijk voor ZIN en pgb en;

- er zijn meer waarborgen dat ook zorg die ingekocht kan worden met een pgb kwalitatief verantwoord is.

Zorgplicht en service aan verzekerden

De LIZ-uitvoerder heeft een zorgplicht. Hij moet ervoor zorgen dat de bij hem ingeschreven verzekerden hun aanspraken op zorg tot gelding kunnen brengen. Tot die taak behoort ervoor zorgen dat passende zorg daadwerkelijk aan hen wordt verleend. Deze laatste service noemen we zorgbemiddeling. Service van de LIZ-uitvoerder aan de cliënt is een belangrijk speerpunt voor de regering om de positie van de cliënten ten opzichte van de LIZ-uitvoerder te versterken. Om dit te versterken kiest de regering ervoor het accent op de uitvoering door zorgverzekeraars ten behoeve van eigen verzekerden te versterken. Hiervoor worden de dienstverlenende taken en de zorgbemiddeling die met de uitvoering van de Wet LIZ zijn gemoeid bij de 'eigen uitvoerder', belegd. Dat draagt bij aan de vorming van één loket voor de verzekerde die meer te maken krijgt met de eigen verzekeraar. In de AWBZ werd deze taak door het meer anonieme zorgkantoor uitgevoerd. In de Wet LIZ mag de LIZ-uitvoerder deze wettelijke taak niet uit besteden zonder toestemming van de minister. De administratie, zorginkoop en pgb worden wel uitgevoerd door de representant. Dit wordt nader toegelicht in paragraaf 5.5.

Invloed van verzekerden

Bij het borgen van de belangen van de cliënt en in het bijzonder daarbij de positie van kwetsbare groepen, zouden in de visie van de regering de cliëntenorganisaties een katalyserende rol kunnen vervullen. De regering heeft deze mogelijkheden willen faciliteren door in het wetsvoorstel te voorzien in een versterking van de invloed van de verzekerde op het beleid van de LIZ-uitvoerder bij de uitvoering van de Wet LIZ. Hiervoor is in de Wet LIZ, conform de Zvw, bepaald dat de statuten van de LIZ-uitvoerders waarborgen moeten bieden voor invloed van verzekerden op beleid.

Wellicht ten overvloede, cliënten oefenen ook in de huidige AWBZ, waarin de invloed van verzekerden nog niet verplicht statutair is geborgd, al invloed uit op het beleid van de zorgkantoren. Cliëntenorganisaties/cliëntenraden spreken onder ander zorgkantoren bespreken in het algemeen en voor specifieke ziektes (bv. Huntington) wat zij belangrijk vinden in de zorgverlening door een zorgaanbieder. Dit loopt in veel gevallen via de overleggen met de regionale zorgbelang organisaties. Zorgkantoren betrekken ook cliënten(vertegenwoordigers en –organen) bij de zorginkoop in de AWBZ en maken gebruik van de meting van cliëntervaringen over de geleverde zorg. Met die informatie spreken zorgkantoren zorgaanbieders gericht aan op verbeterpunten. De regering vindt deze ontwikkeling van groot belang en wil deze invloed van consumenten via artikel 4.1.6 van de wet LIZ een wettelijke basis bieden.

Met het oog op de Wet LIZ hebben zorgverzekeraars overigens al nadrukkelijk aangegeven zorginkoop ook in de Wet LIZ samen met cliëntenorganisaties te willen blijven invullen. Voor specifieke cliëntgroepen is men voornemens om samen met zorgaanbieders zorgtrajecten te realiseren die passen binnen de kwaliteitskaders verantwoorde zorg.

Cliëntondersteuning

Streven is de burger zelfstandiger en minder afhankelijk van zorg te maken. Het feit dat je als cliënt in een afhankelijkheidspositie verkeert, vergt verankering van zeggenschap van de burger en cliëntparticipatie. Omdat het zorgplan een belangrijke rol inneemt in de dialoog tussen zorgverleners en cliënten horen kwetsbare cliënten die zorg en ondersteuning nodig hebben te worden ondersteund bij het gesprek over het zorgplan. Iemand om op terug te vallen als "tolk" of als buddy op het moment dat ze dat zelf niet (meer) of onvoldoende kunnen. Daarom bevat de Wet LIZ bepalingen die cliëntondersteuning mogelijk maken. Hierbij geldt: eerst door inschakeling van familie / naasten, dan eventueel door inschakeling van ervaringsdeskundigen, dan pas door professionele ondersteuning.

Gelet op de groep kwetsbare mensen voor wie de Wet LIZ bedoeld is, kan – en zal – zich zeker de situatie voordoen dat de cliënt geen goed beeld heeft van zijn mogelijkheden en beperkingen, en evenmin niet goed de reikwijdte overziet van de zorg waarop hij is aangewezen, dan wel daarover niet goed kan communiceren. Als dat ertoe zou leiden dat de beoordeling van de situatie van de cliënt bij de opstelling van het zorgplan of de bijstelling ervan op grond van de opgedane ervaringen, dan kan dat onder omstandigheden een beletsel vormen voor het daadwerkelijk verkrijgen van passende zorg, die zo goed mogelijk op de concrete zorgbehoefte is afgestemd. In veel gevallen kan de zorgbehoevende cliënt zich laten bijstaan, of zich laten vertegenwoordigen, door een partner, ouder, broer of zus of een andere persoon die hem helpt zijn belangen te behartigen. In gevallen waarin dergelijke mogelijkheden niet beschikbaar zijn, en de betrokkene niet in staat is zijn belangen waar te nemen, kan op vordering van de officier van justitie en mentor worden benoemd die hem kan bijstaan. De mentor kan daarbij ook de belangen van de verzekerde met betrekking tot zorg behartigen.

Indien de cliënt geen ondersteuning uit de kring van familie of naasten heeft, en voor aanwijzing van een mentor geen of onvoldoende aanleiding bestaat, kan de cliënt die daaraan behoefte heeft desgevraagd ondersteund worden bij het geldend maken van zijn wettelijke aanspraak. Die ondersteuning kan de vorm aannemen van informatie, advies of betrokkenheid bij de op- of bijstelling van het zorgplan.

Voor cliënten die geïndiceerd zijn voor de Wet LIZ en behoefte hebben aan ondersteuning rond het zorgplan, is de LIZ-uitvoerder de gereede partij. Het is de taak van de LIZ-uitvoerder om de bij hun ingeschreven verzekerden te ondersteunen bij het tot gelding brengen van hun aanspraak op zorg. Op basis van artikel 3.2.5 van de Wet kan de regering hieraan bij algemene maatregel van bestuur nadere regels te stellen.

Pgb mogelijkheid

Indien de het op verantwoorde wijze kan worden vormgegeven krijgt de cliënt in de Wet LIZ de mogelijkheid om zelf zorg in te kopen in plaats van gebruik te maken van het door de representant gecontracteerd zorgaanbod in natura. Het pgb biedt in die zin uitkomst voor cliënten die niet met het door de representant gecontracteerde zorgaanbod uit de voeten kunnen en of hier ontevreden over zijn. Zoals in paragraaf 2.4 over de zorglevering is beschreven beschouwd de regering het

aantal pgb's in een regio als indicator voor de kwaliteit van de zorginkoop door de desbetreffende representant.

Daarnaast is de uitvoering van het pgb in de Wet LIZ ondergebracht bij de representant en maakt het pgb deel uit van hetzelfde financiële kader als de zorg in natura. In de AWBZ waren dit twee gescheiden kaders. Gevolg van de samenvoeging van deze twee kaders is het pgb en ZIN nu communicerende vaten zijn. Indien er in een regio meer cliënten een pgb wensen dan heeft dat gevolgen voor het volume van de te contracteren zorg in natura en vice versa.

Borging van verantwoorde zorg bij VPT en pgb

Om de kwaliteit van zorg te kunnen borgen, gelden voorwaarden voor het gebruik van het volledig pakket thuis en het pgb. Deze voorwaarden zijn strikter dan in de AWBZ. Reden hiervan is dat de regering het belangrijk vindt dat de zorg ook als deze in de eigen omgeving wordt geleverd of door de cliënt zelf wordt ingekocht (bij pgb) van goed niveau is. Dat dit in de huidige situatie niet altijd goed gaat blijkt uit de aanwijzingstrajecten die er lopen rond pgb-initiatieven waar kwaliteit ondermaats is. In het belang van de cliënt beoordeelt de representant in de Wet LIZ daarom vooraf of de zorg op verantwoorde wijze geleverd kan worden.

3.3 LIZ-uitvoerder – aanbieder

De regering vindt het van belang dat de LIZ-uitvoerder zorgvuldig invulling geeft aan zijn zorgplicht. Als de LIZ-uitvoerder niet aan zijn zorgplicht voldoet dan moeten hieraan consequenties kunnen worden verbonden. Om hierin de voorzien zijn in de Wet LIZ een nieuw instrument opgenomen:

- de wet biedt de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur regels te stellen aan de opdracht van LIZ-uitvoerder door bij algemene maatregel van bestuur regels te stellen aan bijvoorbeeld kwaliteit, afstemming zorg op behoeften cliënt, inzicht cliënttevredenheid etc. met betrekking tot de zorginkoop.

De opdracht aan de LIZ-uitvoerder

In de Wet LIZ wordt de langdurige intensieve zorg ingekocht door de representant. Deze rechtspersoon koopt de zorg namens de LIZ-uitvoerder in waarop aanspraak bestaat. Gezien deze taak, is het essentieel dat de LIZ-uitvoerder een duidelijk doordachte visie heeft op de wijze waarop hij zijn taak gaat uitvoeren.

De regering gaat er vanuit dat de LIZ-uitvoerder de representant opdracht geeft om zorg inkopen die zoveel mogelijk af is afgestemd op de behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de verzekerden, dat de kwaliteit van zorg die zij inkopen van niveau is en dat zij met zorgaanbieders in gesprek gaan en blijven om te verkennen wat er nodig is om de kwaliteit te verbeteren. De zorginkoop zou erop gericht moeten zijn dat verzekerden met betrekking tot de zorgverlening zoveel keuze- en zelfbeschikkingsmogelijkheden hebben als binnen de grenzen van deze wet redelijkerwijs mogelijk is. Daarnaast gaat de regering er vanuit dat de representant de opdracht krijgt om inzicht te verwerven en te behouden in de mate van tevredenheid van verzekerden over

de aan hen op grond van deze wet verleende zorg. Ook de wijze waarop mantelzorgers en andere vrijwilligers bij de zorgverlening worden ingeschakeld en de wijze waarop wordt voorzien in betrokkenheid van de samenleving is hierbij van belang. Via de zorginkoop dient er een op de cliënt afgestemd en gedifferentieerd aanbod van door zorgaanbieders te verlenen zorg tot stand te komen. Hiervoor dienen gemeenten, verzekeraars, LIZ-uitvoerders en representanten samen te werken.

Indien uit de resultaten van de representant blijkt dat de LIZ-uitvoerder geen duidelijk doordachte visie heeft op de wijze waarop zij hun taken uitvoeren dan wel er in de uitvoering niet voldoende van terecht komt, kunnen via algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld over de wijze waarop de representanten de zorgplicht vervult. Hiermee kan de regering invloed uitoefenen op de relatie tussen de LIZ-uitvoerder, representant en de zorgaanbieder.

3.4 Flankerend beleid

De regering beseft terdege dat kwaliteitsverbeteringen niet alleen via regelgeving kunnen worden gerealiseerd. Het vergt een omslag in het denken en een andere manier van naar de cliënt en diens zorgvraag kijken en samenwerken met familie en verwanten. Dit zijn cultuuraspecten. En cultuurveranderingen kosten tijd.

In dit verandertraject spelen opleidingen een belangrijke rol. Om hierin te voorzien is de regering van plan de curricula van zorgopleidingen te bezien op aandacht voor cliëntgerichtheid, minder medicaliseren, methodisch werken, werken met nieuwe technologieën en het betrekken van informele zorg, en die zo nodig bij te stellen. Andere instrumenten om de gewenste verandering te realiseren zijn bijvoorbeeld het regulier inbedden van periodieke intervisie en/of intercollegiale toetsing van en door teams van zorgprofessionals.

Tevens zullen in dit kader al dan niet via het Zorginstituut initiatieven /programma's worden uitgewerkt en gelanceerd zoals Zorg voor Beter 2.0 en InvoorZorg ter stimulering van meer ruimte voor de professional en meer aandacht voor methodisch werken. Daarnaast heeft de regering in de Wet LIZ een experimenteerartikel geïntroduceerd. Met dit experimenteerartikel kunnen in de Wet LIZ kunnen onder meer (kwaliteits)verbeteringstrajecten op instellingsniveau worden uitgetoetst die vervolgens, indien succesvol, landelijk kunnen worden uitgerold.

Hoofdstuk 4 Betrokkenheid

Een van de motieven van de regering voor de hervorming van de langdurige zorg is het vergroten van de betrokkenheid. Het thema betrokkenheid heeft in de Wet LIZ drie betekenissen; het gaat over eigen verantwoordelijkheid, over mantelzorg en informele zorg en het gaat over het betrekken van de samenleving. De regering wil de verbinding tussen de Wet LIZ en andere beleidsterreinen respectievelijk de verbinding tussen (mensen in) de Wet LIZ en (mensen in) de andere onderdelen van de maatschappij is en verstevigen.

4.1 Eigen verantwoordelijkheid

De regering is van mening dat ook bij cliënten in de Wet LIZ de eigen verantwoordelijkheid voorop moet staan. Uiteraard heeft eigen verantwoordelijkheid voor de doelgroep in de Wet LIZ een andere betekenis dan voor mensen die niet op de Wet LIZ zijn aangewezen.

In de Wet LIZ wordt invulling gegeven aan de eigen verantwoordelijkheid door cliënten keuzevrijheid en zeggenschap over de zorg te geven. In hoofdstuk 3 over de kwaliteit in de LIZ en in hoofdstuk 5.2 over de verantwoordelijkheid van de cliënt en zijn sociale omgeving wordt hierop dieper ingegaan. Cliënten in de Wet LIZ zijn vrij om, binnen de daar eerder voor beschreven randvoorwaarden, hun eigen zorgaanbieder te kiezen. Daarnaast kan de cliënt, tevens binnen de daarvoor gestelde randvoorwaarden, aangeven op welke wijze en waar zij hun zorg het liefst zouden willen ontvangen. Zij kunnen kiezen uit zorg met verblijf, het VPT en het pgb. Tot slot wordt invulling gegeven aan de eigen verantwoordelijkheid door de cliënt zeggenschap te geven in de zorg. Dit is niet vrijblijvend. De cliënt en diens vertegenwoordiger dienen zich ervan bewust te zijn dat het de verantwoordelijkheid van de cliënt is om zijn wensen en behoeften kenbaar te maken. Andere wijze waarop in de Wet LIZ invulling gegeven wordt aan de eigen verantwoordelijkheid is door cliënten een bijdrage te laten betalen voor de kosten van de zorg. Hiervoor geldt in de Wet LIZ een eigen bijdrage. Eigen verantwoordelijkheid heeft hier dus een financiële inkleuring.

4.2 Mantelzorg en informele zorg

Een belangrijk deel van de zorg en ondersteuning in Nederland wordt niet verleend door professionals maar door mantelzorgers. Mantelzorgers leveren hiermee naast een belangrijke maatschappelijke bijdrage een belangrijke bijdrage aan het welzijn van de cliënt. De regering wil dit bevorderen. De oplossing van de houdbaarheidsproblemen in de langdurige zorg ligt volgens de regering onder andere in het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid en eigen mogelijkheden van de burger en zijn sociale omgeving. Dit houdt niet op als een cliënt zorg ten laste van de Wet LIZ ontvangt. De regering ziet de nieuwe Wmo en de Wet LIZ daarin als een continuüm. Zowel in de Wmo als in de Wet LIZ moet het sociale netwerk worden betrokken. Mantelzorgers hebben immers vaak jaren voor hun naaste gezorgd voordat men in een voorziening op grond van de Wet LIZ werd opgenomen. Mantelzorgers weten dan ook vaak beter dan de hulpverleners hoe hun naaste het beste geholpen kan worden, ook na de overgang naar de Wet LIZ. Met het oog op het welzijn van de cliënt is dit van het grootste belang. De samenwerking tussen de cliënt, de mantelzorger en de vrijwilliger en de hulpverlener zal verbeterd moeten worden. De professional zal de mantelzorger en de vrijwilliger als gelijkwaardige partner in ondersteuning en zorg moeten zien.

De hulp en ondersteuning van de formele zorg zal verbonden moeten worden met de hulp en ondersteuning van de informele zorg om te komen tot een integraal hulp- en ondersteuningspakket. Ook zal de formele zorgverlener van de cliënt goed oog moeten hebben voor de belastbaarheid en de mogelijkheden van de mantelzorger, zodat overvraging en overbelasting wordt voorkomen.

Instrumenten in de Wet LIZ om hieraan invulling te geven zijn de zorgplanbespreking, de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur regels te kunnen stellen aan de wijze waarop

de LIZ-uitvoerder zijn opdracht uitvoert en de zorginkoop, het PGB, de cliëntondersteuning en de mogelijkheid voor partneropname

Zorgplanbespreking

Het is voor goede zorg essentieel dat mantelzorgers worden betrokken bij het opstellen van het zorgplan c.q. de zorgplanbespreking. Familieleden kunnen namelijk veel over de cliënt vertellen en weten welke zaken hij (of zij) belangrijk vindt in het leven. Zo wordt voorkómen dat belangrijke informatie wordt gemist. Tijdens deze bespreking kan tevens afgesproken worden hoe familie en naasten samen met de zorgverleners een integraal hulp- en ondersteuningspakket vorm geven. Het 'uit handen geven van de zorg aan professionals' wil de regering ook hier vervangen door 'samen met professionals bijdragen aan een hoger welbevinden van de cliënt'. Dit geldt in een instelling die bekostiging wordt op grond van de Wet LIZ niet minder dan thuis.

De opdracht aan de LIZ-uitvoerder en de zorginkoop door de representant

In paragraaf 3.3 is toegelicht dat de Wet LIZ de mogelijkheid biedt om bij algemene maatregel van bestuur regels te stellen aan de wijze waarop de LIZ-uitvoerder zijn opdracht uitvoert. Een van de elementen waaraan nadere regels gesteld kunnen worden is de wijze waarop mantelzorgers en andere vrijwilligers bij de zorgverlening worden ingeschakeld en de wijze waarop wordt voorzien in betrokkenheid van de samenleving. Op basis van deze opdracht bij het inkoopproces meegewogen of de aanbieder in het zorgproces een goede positie van de mantelzorger heeft opgenomen. Op deze wijze bevordert VWS dat representanten bij de zorginkoop aandacht hebben voor de betrokkenheid van mantelzorgers en vrijwilligers bij de zorgverlening. Dit stimuleert aanbieders van zorg met verblijf om beter na te denken over de wijze waarop zij familieparticipatie en vrijwillige inzet kunnen vergroten.

Zorg zonder verblijf

Steeds meer mensen willen liever thuis blijven wonen of thuis voor hun kind, partner of ouder zorgen dan dat ze uit de eigen omgeving weggaan. Dit geldt ook voor cliënten in de Wet LIZ. Door in de wet LIZ de mogelijkheid te creëren om de aanspraak op zorg te gebruiken zonder dat daarbij ook verblijf wordt genoten sluit de regering bij deze trend aan.

Cliëntondersteuning

Zoals in voorgaand hoofdstuk uiteen is gezet is het gelet op de groep kwetsbare mensen voor wie de Wet LIZ bedoeld is, denkbaar dat cliënten niet zich niet altijd een goed beeld kunnen vormen van hun mogelijkheden en beperkingen, ze de reikwijdte van de zorg waarop ze zijn aangewezen niet goed kunnen overzien of zich hier niet goed over kunnen uitspreken. Dit kan een beletsel zijn in de communicatie met het CIZ bij de indicatiestelling of met de zorgaanbieder over het zorgplan. Door in de Wet LIZ op te nemen dat de cliënt zich in deze gevallen kan laten bijstaan of zich kan laten vertegenwoordigen, door een partner, ouder, broer of zus of een andere persoon die hem helpt zijn belangen te behartigen wordt de positie van de mantelzorger versterkt.

4.3 Betrekken van de samenleving

Naast het betrekken van mantelzorgers vindt de regering het belangrijk dat er meer integratie plaatsvindt 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 Wet LIZ, de Zvw en de Wmo maar waarbij er ook verbindingen tussen organisaties in het zorgdomein en organisaties op andere domeinen, zowel (semi)publiek als privaat zoals scholen en horeca. Goede voorbeelden hiervan zijn er te over in de AWBZ. Denk aan Zorggroep De Vechtstreek en Habion Leerbroek (In voor Zorg.nl)

4.4 Flankerend beleid

Net als bij het bevorderen van de kwaliteit van zorg (vorige hoofdstuk) is de regering ervan overtuigd dat het stimuleren van betrokkenheid niet enkel kan geschieden vanuit de Wet LIZ. Ook ratificatie van het verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van personen met een handicap speelt hierbij bijvoorbeeld een belangrijke rol.

Daarnaast kan betrokkenheid niet alleen gestimuleerd worden via formele wetgeving. Net als bij kwaliteitsverbetering speelt verandering van cultuur hier een belangrijke rol. Volgens mantelzorgers verloopt de samenwerking met de formele zorgverleners vooral in instellingen nog niet altijd goed. Welk flankerend beleid de regering inzet om deze cultuurverandering te bewerkstelligen wordt nader uitgewerkt. De beleidsbrief 'Versterken, verlichten en verbinden' van 20 juli 2013 biedt hiervoor veel aanknopingspunten.

De regering zal een actieplan Kwaliteit en Betrokkenheid Langdurige zorg opzetten. In dit actieplan zal in iedere geval ook aandacht zijn voor de opleidingen. Aandacht in de opleidingen is het toenemende belang van afstemming tussen formele en informele zorg en de gevolgen die dat moet hebben voor de inhoud van de opleiding van zorg- en ondersteuningsprofessionals. In het verlengde daarvan is ook het ontwikkelen van een nascholingsaanbod voor de huidige zorgprofessionals van belang.

Hoofdstuk 5 Wie is waarvoor verantwoordelijk?

5.1 Overzicht

Voor een doelmatige en kwalitatief hoogwaardige uitvoering van de wet is het belangrijk dat helder is wie waarvoor verantwoordelijk wordt gehouden. Onderstaande tabel vat de verantwoordelijkheden samen die met dit wetsvoorstel worden belegd (of reeds bestaan) bij de verschillende partijen. In de volgende paragrafen wordt dit toegelicht. Naast deze verantwoordelijken zijn er natuurlijk nog andere partijen van belang voor een goede werking van het stelsel van langdurige zorg. Zo vormen de Zvw-verzekeraars en gemeenten belangrijke samenwerkingspartners, om voor de cliënt de overgang tussen de domeinen zo soepel mogelijk te laten verlopen.

Verantwoordelijke	Verantwoordelijkheid
Cliënt en zijn sociale omgeving	<ul style="list-style-type: none"> • waar mogelijk zoveel mogelijk zelfredzaamheid en samenredzaamheid betrachten. • Wensen en behoeften kenbaar maken in zorgplanbespreking • Mantelzorg verlenen • Bij afzien van verblijf: woonomgeving + woonlasten • Bij pgb: zorginkoop en kwaliteit van zorg • Financieel: eigen bijdrage
Zorgaanbieder	<ul style="list-style-type: none"> • Leveren van verantwoorde en doelmatige zorg • Zorgplan opstellen met cliënt/vertegenwoordiger en regelmatig actualiseren • Bevorderen betrokkenheid mantelzorgers en maatschappij
Minister	<ul style="list-style-type: none"> • Systeemverantwoordelijk • Aanwijzingsbevoegdheid • Vaststellen macrobudget • Stelt beleidsregels toegang vast
LIZ-uitvoerder*	<ul style="list-style-type: none"> • Doelmatige en kwalitatief verantwoorde uitvoering van de verzekering <ul style="list-style-type: none"> ○ Beoordelen zwaarteklasse ○ administratie en controle ○ zorgen voor zorg (aanspreekpunt voor verzekerden) ○ zorginkoop ○ pgb
CIZ	<ul style="list-style-type: none"> • Beoordeelt of mensen recht hebben op LIZ-zorg (toegangsbesluit richting cliënt)
Zorginstituut/CVZ	<ul style="list-style-type: none"> • Bevorderen doelmatige en rechtmatige uitvoering van de wet door LIZ-uitvoerders, CAK en CIZ • adviseren over de inhoud van het verzekerde pakket • beheren van het FLIZ • doen van betalingen aan LIZ-uitvoerders en representanten (beheerskosten) en het CAK • uitkeren eventuele beschikbaarheidsbijdragen aan zorgaanbieders op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) • uitvoeren van regelingen voor specifieke groepen (m.n. LIZ-buitenland voor pensionado's, verdragsgerechtigden, grensarbeiders) • bevorderen van vernieuwing en verbetering van zorgberoepen en opleidingen • stimuleren van permanente verbetering van kwaliteit van zorg • vaststellen zorgstandaarden/meetinstrumenten en beschikbaarstelling • kwaliteitsinformatie.
CAK	<ul style="list-style-type: none"> • Vaststellen, opleggen en innen eigen bijdragen • Betalen aan zorgaanbieders

NZa	<ul style="list-style-type: none"> • Toezicht op doelmatige en rechtmatige uitvoering van (het premiegefinancierde deel van) de wet door LIZ-uitvoerders, representanten, CAK • vaststellen prestaties/tarieven en toetsen kwaliteit en betrouwbaarheid van bestuurders LIZ-uitvoerders • Verdelen regionale contracteerruimte
IGZ	<ul style="list-style-type: none"> • Toezicht en handhaving kwaliteit
SVB	<ul style="list-style-type: none"> • Vaststellen verzekeringsstatus personen • Registreren gemoedsbezwaarden • Verrichten van betalingen voor het pgb
DNB	<ul style="list-style-type: none"> • Prudentieel toezicht op Zvw-verzekeraars (niet op LIZ-uitvoerders)

* De minister kan in een regio één LIZ-uitvoerder aanwijzen die deze taken *namens* alle andere LIZ-uitvoerders in de regio verricht. De wettelijke verantwoordelijkheid blijft echter liggen bij de LIZ-uitvoerders voor eigen verzekerden.

5.2. De cliënt en zijn sociale omgeving

In hoofdstuk 1 van deze toelichting zijn de uitgangspunten van de regering bij de herziening van het stelsel van langdurige zorg uiteengezet. Er is uitgegaan van wat mensen nog wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen. En als ondersteuning nodig is, wordt allereerst gekeken naar het sociale netwerk van de betrokkene en daarna pas naar de overheid. Eén van de doelstellingen van de regering is de kwaliteit van leven te vergroten en dat mensen meer naar elkaar gaan omzien. Voor mensen die aanspraak hebben op de Wet LIZ, geldt echter dat de zorgbehoefte zo omvangrijk is, dat maar een beperkte eigen verantwoordelijkheid bij de cliënt kan worden belegd. Ook van zijn sociale omgeving mag niet meer worden verwacht dat zij een substantieel deel van de verantwoordelijkheid voor de zorg op zich (blijven) nemen.

Dat betekent echter niet dat de verantwoordelijkheden van cliënten en hun sociale omgeving volledig ophouden te bestaan op het moment dat de cliënt aanspraak heeft op LIZ-zorg. Ieder mens heeft wensen en behoeften. Daar waar mogelijk is het wenselijk dat ook cliënten in de Wet LIZ zoveel als mogelijk is zelfstandig taken blijven uitvoeren. Zelfredzaamheid en samenredzaamheid staan ook in de Wet LIZ voorop. Het is een verantwoordelijkheid van de cliënt om zijn wensen en behoeften kenbaar te maken, zodat deze betrokken kunnen worden bij het opstellen van het zorgplan. Indien de cliënt daar niet of beperkt toe in staat is, kan iemand uit zijn sociale omgeving daarbij helpen. Zoals hierboven als geschetst heeft de sociale omgeving ook een rol bij de zorgverlening in de vorm van mantelzorg. Inzet van mantelzorgers draagt positief bij aan het welbevinden van cliënten die in een instelling verblijven.

De verantwoordelijkheid van cliënten en hun sociale omgeving verschilt tussen de verschillende leveringsvormen. Wanneer een cliënt besluit dat hij afziet van zijn aanspraak op verblijf, omdat hij bijvoorbeeld in zijn eigen woning wil blijven wonen, 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 gas water en licht en in het geval van pgb ook het eten en drinken. Deze komen niet ten laste van de Wet LIZ. Wanneer de cliënt er voor kiest om zijn zorgverleners zelf te contracteren (leveringsvorm pgb), dan is de cliënt bovendien zelf eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. Tot slot heeft de cliënt in alle leveringsvormen een financiële verantwoordelijkheid. Daarom betaalt hij een eigen bijdrage.

5.3 De zorgaanbieders

Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde en doelmatige zorg aan LIZ-cliënten. Maar de verantwoordelijkheid gaat verder dan alleen het leveren van de zorg. Zorgverleners nemen immers een (groot) deel van de regie over van mensen die niet meer in staat zijn om zelf of met behulp van hun sociale omgeving volledig regie over hun eigen leven te voeren. Hiervoor is het cruciaal dat zij in dialoog blijven met de cliënt over zijn wensen en behoeften. De zorgaanbieder is daarom verantwoordelijk voor het bespreken, opstellen en naleven van een zorgplan met de cliënt en zijn sociale omgeving. Het zorgplan dient regelmatig opnieuw te worden besproken en geactualiseerd. Bij de zorgplanbespreking wordt ook betrokken hoeveel regie de zorgaanbieder van de cliënt en zijn sociale omgeving overneemt. De regering vindt het belangrijk dat het sociale netwerk van de cliënt betrokken blijft, ook als iemand in een instelling gaat wonen. Ook vindt de regering het wenselijk dat er communicatie over en weer plaatsvindt tussen zorginstellingen en de omgeving waarin ze zijn gevestigd. Dat kan inhouden dat bewoners regelmatig deelnemen aan activiteiten in de buurt, maar ook dat mensen uit de omgeving de instelling bezoeken (bijvoorbeeld het restaurant of een winkel). Dit is toegelicht in hoofdstuk 4 over mantelzorg en maatschappelijke betrokkenheid.

Goed bestuur van zorginstellingen is van belang voor de kwaliteit van de zorg. Er zijn echter geen bepalingen over goed bestuur in dit wetsvoorstel opgenomen, omdat deze in het wetsvoorstel goed bestuur in de zorg worden opgenomen dat zowel ziet op de langdurige als curatieve zorg. Deze wet is al aangekondigd in de Tweede Kamer. Het is een van de opgesplitste delen van het voormalige wetsvoorstel Cliëntenrechten zorg.

5.4 De minister

De ministeriële verantwoordelijkheid voor de wet omvat zowel de algemene verantwoordelijkheid voor het systeem als de specifieke aan de minister toegekende (directe) verantwoordelijkheid zoals die voortvloeit uit de wet en de daarop gebaseerde wettelijke voorschriften. Om hieraan invulling te geven vergewist de minister zich ervan dat het systeem goed werkt en die resultaten oplevert die beoogd zijn. In verband daarmee rapporteert de Nederlandse Zorgautoriteit bijvoorbeeld op grond van de Wmg eenmaal per jaar aan de minister over de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Dat blijft ook bij de Wet LIZ het geval. Mede op grond van deze informatie kan de minister zich een oordeel vormen over de werking van de Wet LIZ en daarover verantwoording afleggen aan de Staten-Generaal. Het controlebereik van de Algemene Rekenkamer strekt zich ook uit over de LIZ-uitvoerders.

Met het wetsvoorstel wijzigt de bevoegdheid van de minister voor het aanwijzen van representanten ten opzichte van de AWBZ. Op dit moment kan de minister bij algemene maatregel van bestuur bepalen dat de administratie en controle voor AWBZ-zorg geheel of gedeeltelijk worden uitgevoerd door rechtspersonen (verbindingskantoren) die door de minister worden aangewezen. De aanwijzing komt tot stand op voordracht van Zorgverzekeraars Nederland, gehoord het CVZ en de NZa. Onderdeel van dit wetsvoorstel is dat de aanwijzingsbevoegdheid niet alleen betrekking heeft op de administratie en controle, maar op alle taken waarvoor LIZ-uitvoerders als gevolg van deze wet verantwoordelijk zijn. Bovendien heeft de aanwijzing van een LIZ-uitvoerder als representant – anders dan in de AWBZ - tot gevolg dat andere LIZ-uitvoerders die taken niet zelf meer uit mogen voeren voor hun eigen verzekerden in die regio. De aanwijzing vindt niet meer noodzakelijk plaats op voordracht van ZN, gehoord de NZa en het CVZ.

De minister krijgt hiermee meer regie en creëert daarmee een extra stok achter de deur voor representanten om hun taken zo goed mogelijk te verrichten. Wanneer de representant bepaalde taken niet goed uitvoert, kan de minister als ultimum remedium namelijk besluiten om de aanwijzing weer in te trekken (bij meerjarige aanwijzingen) of voor volgende jaren die LIZ-uitvoerder niet meer aan te wijzen als representant. Een representant die de Wet LIZ bijvoorbeeld ondoelmatig uitvoert of zorg van onvoldoende kwaliteit inkoopt, loopt het risico de aanwijzing kwijt te raken. Hij blijft dan wel als LIZ-uitvoerder verantwoordelijk voor zijn eigen verzekerden, maar kan geen ervaring meer op doen met de feitelijke werkzaamheden, zoals de zorginkoop. De regering realiseert zich dat dit laatste een zware ingreep is, vooral vanwege het toekomstperspectief dat zij beziet waarbij de zorg op termijn mogelijk risicodragend door verzekeraars voor de eigen verzekerden wordt uitgevoerd in de Zvw (zie hoofdstuk 14). Een LIZ-uitvoerder die niet (meer) als representant werkt, kan immers minder ervaring opdoen, die van pas komt als de zorg uit de Wet LIZ bij de Zvw wordt ondergebracht. Deze bevoegdheid voor de Minister is echter nodig als waarborg dat alle representanten zich inspinnen voor een doelmatige en kwalitatief verantwoorde uitvoering van de Wet LIZ.

5.5 De LIZ-uitvoerders

Twee fasen aanpak

In de HLZ-brief van de Staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer is toegelicht dat het kabinet voor de uitvoering een twee fasen aanpak overweegt. In de eerste fase blijft de uitvoering regionaal plaatsvinden. In de tweede instantie wordt gezien of verdere verbeteringen in de doelmatigheid mogelijk zijn, bijvoorbeeld door de zorg op termijn risicodragend door verzekeraars voor eigen verzekerden te laten uitvoeren. Op deze wijze worden verzekeraars verder aangemoedigd integraal zorg in te kopen voor hun verzekerden. In de vormgeving ligt overheveling naar de Zvw het meest voor de hand, omdat dan gebruik kan worden gemaakt van de bestaande infrastructuur. Zie verder hoofdstuk 14.

Opdracht aan de LIZ-uitvoerders

Basisprincipes die in de Wet LIZ voorop staan zijn, net als in de andere domeinen, dat wordt uitgegaan van wat mensen (nog) wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen en dat kwaliteit van

leven voorop staat door te kijken naar de wensen, mogelijkheden en beperkingen van mensen. Ook in de Wet LIZ wordt gekeken naar het eigen sociale netwerk en wordt de zorg zo dichtbij als mogelijk georganiseerd. De opdracht aan de uitvoerders van de Wet LIZ is om dit op een doelmatige en kwalitatief verantwoorde wijze uit te voeren. De uitvoerders moeten net als in de AWBZ de nodige maatregelen treffen ter voorkoming van onnodige zorg en van uitgaven die hoger zijn dan noodzakelijk. De minister van VWS kan hier via een algemene maatregel van bestuur regels over stellen. Dit moet bijdragen aan een goede kwaliteit van zorg en is in hoofdstuk 3 toegelicht.

In het kader van de opdracht moeten de LIZ-uitvoerders vijf soorten taken verrichten:

- 1) Vaststellen van het zwaarteklassebesluit
- 2) administratie en controle
- 3) zorgen voor zorg: uitvoerder heeft een zorgplicht. Hij moet ervoor zorgen dat de bij hem ingeschreven verzekerden hun aanspraken op zorg tot gelding kunnen brengen. Tot die taak behoort het beoordelen van de LIZ-aanspraken van verzekerden en het ervoor zorgen dat passende zorg daadwerkelijk aan hen wordt verleend (bemiddeling).
- 4) zorginkoop: het onderhandelen en sluiten van overeenkomsten met zorgaanbieders
- 5) uitvoeren van het pgb.

Afgezien van de eerste taak, komen deze taken op hoofdlijnen overeen met de taken die uitvoerders in de AWBZ hebben. Er zijn echter cruciale verschillen tussen de uitvoeringsconstructie in de Wet LIZ en in de AWBZ. Dit wordt hieronder toegelicht.

Afzonderlijke rechtspersoon: de LIZ-uitvoerder

Het wetsvoorstel voorziet erin dat de uitvoering van de Wet LIZ plaatsvindt in een aparte rechtspersoon die behoort tot de groep waartoe ook de Zvw-verzekeraar behoort. Deze rechtspersoon wordt de LIZ-uitvoerder genoemd. Ook in de Wet LIZ waarin de aanspraken zijn beperkt, is sprake van een enorme geldstroom. Om die reden hecht De Nederlandsche Bank er in het kader van het prudentiële toezicht op de zorgverzekeraars buitengewoon veel belang aan dat, anders dan in de AWBZ het geval is, de uitvoering van de Wet LIZ in een afzonderlijke rechtspersoon plaatsvindt. Dit is vergelijkbaar met uitvoering van de aanvullende verzekeringen. De uitvoering van de Zvw en Wet LIZ zijn aan elkaar gekoppeld. De regering acht het onder meer vanwege de samenhang in zorg niet wenselijk dat een zorgverzekeraar uitsluitend de Zvw uitvoert en niet de Wet LIZ. Overwogen is daarom zorgverzekeraars wettelijk te verplichten voor hun eigen verzekerden zowel de Zvw als de Wet LIZ uit te voeren. De regering verwacht echter dat er vrijwillig sprake zal zijn van de uitvoering van de Zvw en de Wet LIZ door twee tot dezelfde groep behorende rechtspersonen. Mocht dat onverhoopt niet het geval zijn, dan kan bij algemene maatregel van bestuur alsnog een verplichting worden opgelegd. Deze koppeling betekent dat verzekerden een keuze maken moeten voor twee aan elkaar gelieerde rechtspersonen voor de Zvw en de Wet LIZ. Voordeel is dat ze voor beide zorgverzekeringen nog maar te maken hebben met één loket.

Uitvoering van de Wet LIZ is geen verzekering volgens de definitie van de Wet financieel toezicht (Wft), aangezien de Staat de risicodragers is. De Wft is derhalve niet van toepassing. Hierdoor is er

geen sprake van toezicht door de AFM en DNB (hoewel de uitvoering van de Wet LIZ indirect wel van belang is voor het prudentiële toezicht van DNB op de Zvw-verzekeraar). Dit wordt toegelicht in paragraaf 5.12. In plaats daarvan toetst de NZa de kwaliteit en betrouwbaarheid van de bestuurders en of de uitvoerder op zijn taak is berekend. Aan- en afmelding van LIZ-uitvoerders geschiedt bij de NZa.

Minister wijst regionale representanten aan voor taken 1, 2, 4 en 5

In de AWBZ is een uitvoeringspraktijk ontstaan waarin zorgverzekeraars taken in volmacht en mandaat hebben opgedragen aan zorgkantoren. Deze is weliswaar functioneel, maar tegelijkertijd ook ondoorzichtig. Het zorgkantoor voert weliswaar allerlei taken uit, maar is niet voor al deze taken verantwoordelijk. Het zorgkantoor draagt namelijk de verantwoordelijkheid voor de administratieve taken en de uitvoering van het pgb, terwijl het zorgen voor zorg en de zorginkoop de verantwoordelijkheid zijn en blijven van de verzekeraars. Daarnaast is het zorgkantoor op grond van de Wmg samen met de NZa verantwoordelijk voor een juiste allocatie van de voor zorg in natura beschikbare middelen binnen de eigen regio en de kostenbeheersing. Met dit wetsvoorstel wordt de uitvoerder duidelijker gepositioneerd, met als doel de verantwoordelijkheid voor een doelmatige uitvoering beter te beleggen. De LIZ-uitvoerders zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van alle vijf de bovengenoemde taken voor hun eigen verzekerden.

In de vorige paragraaf is echter toegelicht dat de minister in een regio één LIZ-uitvoerder kan aanwijzen die *namens* alle andere LIZ-uitvoerders in de regio diverse taken verrichten. Deze aangewezen LIZ-uitvoerder wordt in deze toelichting aangeduid als de representant. Het aanwijzen van regionale representanten is nodig, omdat de regering er vanwege de budgettaire beheersbaarheid voor heeft gekozen om het model van regionale contracteerruimten te handhaven. Deze representanten voeren in een regio de in de aanwijzing genoemde taken uit voor alle verzekerden die in die regio wonen, ongeacht bij welke LIZ-uitvoerder zij zijn ingeschreven. Als representant kan alleen worden aangewezen een rechtspersoon die zelf ook LIZ-uitvoerder is. De wet regelt de vertegenwoordiging. De LIZ-uitvoerders kunnen er - anders dan in de AWBZ - niet toe overgaan taken, waarvoor de minister een representant heeft aangewezen, zelf uit te voeren. De LIZ-uitvoerders blijven echter wel verantwoordelijk voor de uitvoering voor hun eigen verzekerden, in die zin dat zij ervoor moeten zorgen dat het goed gebeurt door goede instructies te geven aan de representant. De representanten moeten daarom ook verslag doen en verantwoording afleggen aan de LIZ-uitvoerders namens wie zij de werkzaamheden verrichten. De LIZ-uitvoerders kunnen de representant instructies geven voor zover ze niet in strijd zijn met de aanwijzing van de minister. Wanneer een representant die werkzaamheden niet naar behoren vervult, zullen de LIZ-uitvoerders hem daarop aanspreken

De uitvoerders van de Wet LIZ krijgen er een extra taak bij ten opzichte van de AWBZ, namelijk het nemen van een zwaarteklassebesluit. Wanneer het CIZ een positief toegangsbesluit heeft genomen en een cliënt dus aanspraak kan maken op zorg ten laste van de Wet LIZ, is de representant vervolgens aan zet. Deze bepaalt op basis van het zorgplan tot welke zwaarteklasse de cliënt behoort. Hij kan daarvoor de cliënt zelf onderzoeken, maar dat hoeft niet. Hij kan ook

afgaan op het op het oordeel van een zorgaanbieder die met de cliënt heeft gesproken. Dit is toegelicht in paragraaf 2.5.

LIZ-uitvoerder aanspreekpunt voor eigen verzekerden (taak 3)

De regering kiest er bewust voor om voor taak 3 (het zorgen voor zorg) niet de mogelijkheid te creëren om een regionale representant aan te wijzen. De LIZ-uitvoerders mogen deze taak ook niet zelf aan een andere rechtspersoon mandateren, behalve met instemming van de minister. De regering is van mening dat de zorgkantoren in de AWBZ te anoniem zijn. Hierdoor is het voor verzekerden niet altijd duidelijk wie hun aanspreekpunt is, waaruit de dienstverlening door zorgkantoren bestaat en op welke wijze hun belangen worden behartigd. Om de positie van de verzekerde te versterken wil de regering het accent op uitvoering door LIZ-uitvoerder voor hun eigen verzekerden versterken. LIZ-uitvoerders hebben een zorgplicht voor hun eigen verzekerden. Zij moeten ervoor zorgen dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraken op zorg tot gelding kunnen brengen, oftewel aan zorgbemiddeling doen. Voor de verzekerde die zorg wenst te ontvangen brengt dit met zich mee dat hij slechts te maken heeft met de eigen LIZ-uitvoerder die hem zorg moet verschaffen. Door de serviceverlening aan eigen verzekerden exclusief te beleggen bij de LIZ-uitvoerder voor eigen verzekerden, wordt een belangrijke bijdrage geleverd aan de vorming van één loket voor de burger. Hij krijgt voor zowel de curatieve zorg als voor de langdurige zorg te maken met de eigen verzekeraar. In de backoffice is er weliswaar sprake van twee aparte rechtspersonen, maar in de frontoffice heeft de verzekerde één duidelijk aanspreekpunt (vergelijkbaar met de aanvullende verzekering voor de Zvw, die ook in een aparte rechtspersoon is vormgegeven). De regering verwacht dat deze nieuwe taakverdeling, vooruitlopend op de overheveling naar de Zvw, al een belangrijke verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening met zich mee brengt.

De verzekerde die gebruik wil maken van het pgb kan daarvoor inlichtingen inwinnen bij zijn eigen LIZ-uitvoerder. De uiteindelijke beslissing of het pgb wordt toegekend, wordt echter altijd genomen door de regionale representant. Daar valt niet aan te ontkomen in het model waarin de contracteerruimte en het pgb uit één regionaal budgettair kader worden gefinancierd. Omdat een verzekerde nooit tegelijk zorg in natura kan genieten en een pgb kan ontvangen, wordt de zelfde burger niet voor verschillende onderdelen met verschillende uitvoerders geconfronteerd.

LIZ-uitvoerder aanspreekpunt voor NZa

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Wet LIZ ligt bij LIZ-uitvoerders voor eigen verzekerden, ook na het overdragen van taken aan een regionale representant. Dit zal ook tot uiting komen in het toezicht van de NZa op een doelmatige en rechtmatige uitvoering van de Wet LIZ. Het toezicht van de NZa op de uitvoering van de wet richt zich zowel op de LIZ-uitvoerders voor eigen verzekerden als op de representanten die taken in een regio uitvoeren. De NZa zal naast de representant ook de LIZ-uitvoerders rechtstreeks aanspreken namens wie de representant in een regio bepaalde taken uitvoert. Om een doelmatige uitvoering te bevorderen wordt het toezicht geïntensiveerd en worden de financiële prikkels voor een doelmatige uitvoering versterkt. Dit wordt toegelicht in paragraaf 5.9.

Administratieve lastenverlichting

Het proces van zorginkoop voor de AWBZ wordt als een forse administratieve belasting ervaren door verschillende partijen, in het bijzonder door de aanbieders van zorg.⁷ Met het invoeren van deze wet zal deze ervaren administratieve belasting substantieel worden gereduceerd. Dit in lijn met de door de Tweede Kamer aanvaarde motie Van Dijk/Van 't Wout die verzoekt om te onderzoeken hoe de regeldruk bij zorgaanbieders door zorgkantoren verminderd kan worden.⁸

Met de relatief beperkte doelgroep van de Wet LIZ is het niet efficiënt dat nog langer wordt gewerkt met 32 regio's en 32 regionale contracteerruimtes. Dat vraagt immers ook om 32 financiële verantwoordingen, 32 administraties van productieafspraken met zorgaanbieders etc. Aan ZN is daarom gevraagd om een voorstel te doen voor regionale herindeling. Opschaling draagt bij aan een doelmatige uitvoering en de gewenste uniformering in de zorginkoop. Hierdoor zullen de administratieve lasten bij de regionale representanten en zorgaanbieders lager zijn dan in de AWBZ.

De reductie van administratieve lasten kan nog versterkt worden door de uniformering ook te betrekken op het proces (wanneer moeten welke gegevens aangeleverd worden) en op de inhoud van het beleid (de inkoopcriteria en de gehanteerde formats voor het aanleveren van gegevens). Ook dient zoveel mogelijk hergebruik van eerder aangeleverde gegevens plaats te vinden. Niet bijvoorbeeld aan de NZa informatie in een net iets ander format aanleveren wat grotendeels overeenkomt met de eerder ingediende offerte voor de representant. Ook het aanleveren van bewijsstukken die niet jaarlijks wijzigen, kunnen als goed voorbeeld van hergebruik van gegevens gelden.

Op grond van het voorliggende wetsvoorstel is het mogelijk om meerjarige contracten overeen te komen. Vanuit kwaliteitsoogpunt en innovatie is dit ook wenselijk. Partijen weten met een meerjarige basisafpraak over en weer waar zij aan toe zijn de komende jaren. Daarin kunnen afspraken gemaakt worden over de inhoud van zorg, de visie van de zorgaanbieder en het basisbudget gekoppeld aan de geïndiceerde zorg. Dat biedt duidelijkheid en zekerheid voor de zorgaanbieders en zijn cliënten, maar ook voor de financiers. Hierdoor kan onder andere tegen een lager rentetarief geleend worden voor investeringen, krijgen meerjarige innovatieprogramma's een betere kans van slagen, kan beter gestuurd worden op de inhoud van de zorg door met die zorgaanbieders meerjarige contracten af te sluiten die bewezen hebben kwalitatief goede zorg tegen een goede prijs te leveren (trusted partners) en kunnen betere afspraken over ketenzorg worden gemaakt. Indien partijen tot meerjarige afspraken besluiten, wordt een wezenlijke bijdrage geleverd aan de reductie van administratieve lasten. Belemmering voor het overeenkomen van meerjarige afspraken bleek de aanwijzing die de afgelopen jaren telkens jaarlijks werd verleend, maar ook de jaarlijks wijzigende financiële kaders c.q. het beschikbare budget. De aanwijzingen voor de uitvoering van het voorliggende wetsvoorstel kunnen in beginsel meerjarig worden verleend. Financiële kaders zullen aan (jaarlijkse) wijzigingen onderhevig blijven. Niettemin zijn meerjarige afspraken over een basis- c.q. een garantiebudget mogelijk en daarnaast kunnen jaarlijks aanvullende afspraken worden gemaakt over bijvoorbeeld innovatie, groei en andere

⁷ Rapport "Op weg naar minder administratieve lasten" van Casemix en bureau HHM, 29 november 2011.

⁸ Kamerstukken II 2012/13, 30 597, nr. 304.

mutaties. Overigens zal een meerjarig contract niet ongeclausuleerd zijn. Indien bijvoorbeeld de meerjarig gecontracteerde zorgaanbieder enig jaar bewezen slechte kwaliteit van zorg levert, zal dat niet zonder gevolgen blijven voor de overeenkomst en kan de representant die verbintenis onder omstandigheden verbreken.

In de gehandicaptenzorg is sprake van een stabiele populatie, die gemiddeld twintig tot dertig jaar zorg ontvangt, waarbij sprake is van een geringe in- en uitstroom en het gaat om een levenslange en levensbrede zorgvraag, die relatief goed voorspelbaar is. Enkele van de groepen zijn beperkt in volume, zoals de zintuiglijk gehandicapten visueel en vragen ook om een specifieke kennis en gespecialiseerde zorg. Voor deze cliënten heeft de zorgvraag dan ook nauwelijks een relatie met het regionale of lokale domein. De ervaren administratieve lasten in de gehandicaptenzorg kunnen substantieel worden gereduceerd door één landelijk uniform inkoopbeleid te hanteren voor de zorginkoop. Daarbij wordt tevens aangesloten bij het landelijk Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Ook de inkoop van de ouderenzorg wordt verder vereenvoudigd en geüniformeerd. De regering acht het wenselijk dat er sprake is van een bestendig inkoopbeleid. Partijen ontwikkelen voor de sector verzorging en verpleging een nieuwe set aan indicatoren voor de kwaliteit van zorg, die gebruikt kan worden door de representant voor het inkopen van kwalitatief hoogwaardige zorg. Hierbij zij ook verwezen naar de door de Tweede Kamer tijdens de behandeling van de begroting VWS aanvaarde motie Van Dijk⁹ die onder andere overweegt dat de kwaliteitseisen en normen in de V&V, GGZ en GHZ tot een enorme bureaucratische en administratieve last leiden en die daarom verzoekt om meer overzichtelijke, eenduidige en heldere kwaliteitsinzichten voor cliënten en zorgaanbieders en daarover aan de Kamer een plan van aanpak te sturen.

In de experimenten met regelarme instellingen (ERAI) wordt ook proefondervindelijk ervaring opgedaan met een andere wijze van kwaliteitsverantwoording. In de experimenten wordt het welbevinden van de cliënt als vertrekpunt genomen: wat is goede zorg is en hoe kan deze gemeten worden zodat aangesloten wordt bij de beleving van de cliënt en de zorgmedewerker. De in het experiment opgedane ervaringen zullen worden betrokken bij de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren. Datzelfde geldt voor de vereenvoudiging van de inkoop van intramurale zorg. Binnen ERAI wordt door verschillende aanbieders ook daarop geëxperimenteerd. De experimenten kennen een looptijd tot eind 2014. De ervaringen en resultaten daarvan zullen vanzelfsprekend worden gebruikt om het proces van de inkoop van langdurige intensieve zorg verder te vereenvoudigen.

5.6 Het CIZ

De indicatiestelling voor de Wet LIZ komt in handen van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het CIZ is op dit moment een privaatrechtelijke rechtspersoon, een stichting, die namens de gemeenten de indicatiestelling verricht. Het CIZ wordt met dit wetsvoorstel een publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan. Er is voor gekozen om voor de duur van deze wet geen wijziging te

⁹ Kamerstukken II 2012/13, 33 400 XVI, nr. 61.

brengen in de arbeidsrechtelijke positie van de werknemers van het CIZ. Zij worden derhalve geen ambtenaar in de zin van het ARAR.

In de brief over de Hervorming van de Langdurige Zorg (HLZ-brief) is aangegeven dat de bestaande situatie, waarin het CIZ in opdracht van gemeenten de indicatiestelling voor de AWBZ verzorgt, wordt gewijzigd. Gelet op de verantwoordelijkheid van de gemeenten voor het domein van de Wmo 2015, waarin een belangrijk deel van de voormalige extramurale functies van de AWBZ zijn ondergebracht, is voortzetting van die situatie onwenselijk. De gemeenten hebben in de afgelopen jaren een steeds grotere verantwoordelijkheid voor het verbeteren van de kwaliteit van leven van hun inwoners gekregen als het gaat om deelnemen aan het sociale leven en het behouden van zelfredzaamheid. Op basis van de Wmo en de Wmo 2015 dienen zij inwoners te ondersteunen als die tegen tekortkomingen op die terreinen aanlopen. Tekortkomingen die zij in het eigen netwerk en op eigen kracht niet meer kunnen opvangen. In het licht van de daarbij behorende financiële verantwoordelijkheden is het niet wenselijk om de verantwoordelijkheid voor de poortwachterfunctie voor de Wet langdurige intensieve zorg opnieuw in handen van de gemeenten te leggen. Het is zaak om elke zweem van mogelijke belangenverstremming weg te nemen. Die zou bijvoorbeeld kunnen ontstaan als financiële krapte in de uitvoering van de Wmo 2015 zou leiden tot opdrachten aan het CIZ om soepeler te opereren bij de beoordeling of aanspraak bestaat op zorg uit de Wet LIZ.

In de HLZ-brief is tevens aangegeven dat een objectieve en professionele indicatiestelling voor toegang nodig is. Er is behoefte aan onafhankelijke oordeelsvorming op grond van specifieke deskundigheid van het CIZ. De taak van indicatiestelling kan daarom niet onder volledige ministeriële verantwoordelijkheid worden uitgeoefend.

De SER heeft in het advies "Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ" van 2008 al geadviseerd om het CIZ van een stevige wettelijke en publieke verankering te voorzien. Een eerder voornemen om het CIZ wettelijk te verankeren is uiteindelijk niet gerealiseerd. Het wetsvoorstel waarin dit was uitgewerkt (wetsvoorstel 30 926. Zie ook Kamerstukken II 2005/06, 26 631, nr. 167 en 179) is in 2011 ingetrokken, omdat de met dat voorstel van wet beoogde tijdelijke regeling inmiddels achterhaald was, gezien de ontwikkelingen die zich hadden voorgedaan en nog zouden voordoen in de AWBZ (Kamerstukken II 2010/11, 30 926, nr. 7).

In het Sociaal Akkoord is neergelegd dat sociale partners willen dat er één onafhankelijk indicatieorgaan komt, dat verantwoordelijk wordt voor de keuring van de mate van arbeidsgeschiktheid en van de behoefte aan zorg en aan extra ondersteuning bij het aan het werk helpen van betrokkenen; dit zou een samenvoeging van UWV en CIZ betekenen. Het kabinet heeft in de kamerbrief over de resultaten van het Sociaal Akkoord aangegeven de samenvoeging van UWV en CIZ nader te bezien. Hiernaar wordt momenteel een verkenning gedaan.

In HLZ-brief is aangegeven dat juist om de zorg voor de meest kwetsbare mensen in de samenleving te blijven garanderen, een scherpe indicatiestelling plaats moet vinden bij de toegang tot de zorg op grond van de Wet langdurige intensieve zorg. Bovendien is een oogmerk van de Wet

LIZ om de verantwoordelijkheden van de bij die zorg betrokken actoren beter tot hun recht te laten komen. Het zwaartepunt in de inhoudelijke bepaling van de daadwerkelijke zorgverlening ligt in de dialoog tussen cliënt en zorgaanbieder. De representant en de in diens regio werkzame zorgaanbieders maken van te voren afspraken over de randvoorwaarden die daarbij in acht genomen moeten worden. Daarbij moet innovatie ruim baan kunnen krijgen, vooropgesteld dat cliënten daarvan de vruchten kunnen plukken.

In de afgelopen jaren is, mede door de behoefte om de indicatiestelling te vereenvoudigen en administratieve lasten tegen te gaan, steeds meer invloed aan zorgaanbieders gegeven in het indicatieproces. Daardoor is een vermenging van verantwoordelijkheden ontstaan waaraan met deze wet een halt wordt toegeroepen. Niet langer zullen zorgaanbieders in de bepaling of een verzekerde aanspraak maakt op zorg uit de Wet LIZ een rol spelen (behoudens het verstrekken van noodzakelijke informatie). Die rol is voorbehouden aan het CIZ. Het CIZ zal die bepaling in een persoonlijke beoordeling van de verzekerde laten plaatsvinden. Het besluit dat wordt verstrekt bevat de uitspraak of er al dan niet sprake is van een aanspraak. De daadwerkelijke vormgeving van de noodzakelijke zorg vindt naar aard, inhoud en omvang plaats in het gesprek tussen de cliënt en de zorgaanbieder van voorkeur.

Het CIZ krijgt een stevigere positie in het kader van de fraudeaanpak. Zo zal het CIZ indicatieaanvragen niet meer in behandeling nemen indien de aanvrager geen onherroepelijke toestemming verleent om medische beroepsbeoefenaren te consulteren. Ook morgen de zorgaanbieders niet meer weigeren om medische gegevens te verstrekken aan het CIZ. Dit wordt toegelicht in hoofdstuk 9 en de artikelsgewijze toelichting.

5.7 Het CVZ/Zorginstituut

Het College voor zorgverzekeringen is zowel een advies- als uitvoeringsorganisatie voor de AWBZ. Invoering van de Wet LIZ heeft beperkte gevolgen voor het CVZ. Met uitzondering van de uitvoering van de pgb-regeling behoudt het CVZ dezelfde wettelijke taken als onder de AWBZ. Wel zal een verschuiving van werkzaamheden plaatsvinden van de langdurige zorg naar het Zvw-domein.

Het CVZ heeft een belangrijk aandeel in het op peil houden van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Het CVZ bevordert de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wet LIZ door zorgverzekeraars, het CAK en de LIZ-uitvoerders. Daarnaast adviseert het CVZ over de inhoud van het verzekerde pakket. Aan deze adviezen liggen naast zorginhoudelijke ook de financiële en maatschappelijke overwegingen ten grondslag. Naast adviezen brengt het CVZ ook standpunten uit waarin zij in specifieke gevallen nader uitlegt.

Naast bovenstaande taken beheert het CVZ het Fonds Langdurige Intensieve zorg, geeft zij advies over de premie en doet betalingen aan representanten (beheerskosten) en het CAK in verband met door zorgaanbieders geleverde zorg. Het CVZ keert eventuele beschikbaarheidsbijdragen uit aan zorgaanbieders op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMO) en voert regelingen

uit voor specifieke groepen zoals de Wet LIZ-buitenland voor pensionado's, de verdragsgerechtigden, en de grensarbeiders.

Indien de Eerste Kamer het wetsvoorstel aanneemt, zal het CVZ per 2014 worden omgevormd tot het Zorginstituut Nederland. Het Zorginstituut krijgt er twee taakgebieden bij; het bevorderen van vernieuwing en verbetering van zorgberoepen en opleidingen en het stimuleren van permanente verbetering van kwaliteit van zorg. In het kader van deze laatste taken is het Zorginstituut gevraagd het initiatief te nemen in het versneld (door)ontwikkelen van (her)nieuw(d)e meetinstrumenten en indicatoren waarin indachtig de visie van de regering op de kwaliteit van zorg aandacht is voor de beleving en het welzijn van cliënten, het realiseren van zorgdoelen en maatwerk en samenredzaamheid.

De regering vindt het belangrijk dat informatie over de kwaliteit van zorg in de Wet LIZ breed toegankelijk wordt gemaakt. Dit is in de eerste plaats in het belang is voor de zorgaanbieder zelf. Deze informatie biedt immers aangrijpingspunten om de eigen goede prestaties te borgen en om eventuele tekortkomingen te verbeteren. Daarnaast is transparantie over kwaliteit ook van belang voor cliënten om gerichte keuzes te kunnen maken die aansluiten bij hun wensen en behoeften. De regering vindt het belangrijk dat cliënten inzicht kunnen hebben in informatie over kwaliteit van de zorg, maar bijvoorbeeld ook over wachttijden, en dat zij deze informatie bij de aanbieders en bij de LIZ-uitvoerder kunnen opvragen. Hierdoor krijgen cliënten de beschikking over begrijpelijke, betrouwbare en te vergelijken informatie. In het toegankelijk maken van de keuze-informatie ligt een belangrijke rol voor het Zorginstituut.

5.8 Het CAK

De taken van het Centraal Administratiekantoor zijn geregeld in de Wet LIZ. Het CAK wordt op grond van de wet gefinancierd ten laste van de VWS-begroting. Het CAK is een zbo waarop de Kaderwet zbo's van toepassing is. De NZa houdt toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wet LIZ door het CAK. De minister van VWS houdt toezicht op het functioneren van het CAK als zbo (beheerskosten, werkprogramma, begroting, benoeming bestuurders en dergelijke).

De taken van het CAK voor de Wet LIZ zijn:

- a) vaststellen, opleggen en incasseren van de wettelijk verplichte eigen bijdragen voor geleverde LIZ-zorg
- b) in opdracht van representanten doen van betalingen aan de gecontracteerde zorgaanbieders die LIZ-zorg verlenen.

Deze taken van het CAK zijn hetzelfde als in de AWBZ. Doordat het aantal LIZ-gebruikers naar verwachting echter maar een kwart bedraagt van het aantal AWBZ-gebruikers, is de omvang van het werk voor de LIZ wel fors lager. Daar staat tegenover dat het CAK meer werkzaamheden zal verrichten in het kader van de Wmo 2015.

5.9 De NZa

In de AWBZ wordt het toezicht op de uitvoering van de AWBZ uitgevoerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze taak van de zorgautoriteit is vastgelegd in de Wmg. De NZa houdt toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door de zorgverzekeraars, zorgkantoren en het CAK. Jaarlijks rapporteert de NZa hierover aan de minister van VWS. Op grond van de Wmg staan de NZa diverse handhavinginstrumenten ter beschikking, te weten het geven van een aanwijzing, het ter openbare kennis brengen van handhavingmaatregelen dan wel dat in strijd wordt gehandeld met de AWBZ, het opleggen van een last onder bestuursdwang, het opleggen van een last onder dwangsom en het opleggen van een boete.

De verantwoordelijkheid van de NZa wordt bij de Wet LIZ hetzelfde als bij de AWBZ. De NZa zal toezien op een rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wet LIZ en behoudt het handhavinginstrumentarium dat zij nu ook heeft in de AWBZ. De NZa richt zich daarbij op de LIZ-uitvoerders, de regionale representanten (dit zijn ook LIZ-uitvoerders) en het CAK. Omdat de regering er veel belang aan hecht dat de Wet LIZ doelmatig wordt uitgevoerd en dat de uitvoerders voortvarend aan de slag gaan met de gewenste kwaliteitsverbetering in de Wet LIZ, zal het toezicht door de NZa op onderdelen wel worden geïntensiveerd en anders ingericht.

NZa spreekt LIZ-uitvoerders aan

De NZa zal haar toezicht op de Wet LIZ - meer dan nu bij de AWBZ - richten op de wettelijk verantwoordelijke uitvoerders. Bij onvolkomenheden zal de NZa hen ook aanspreken op de uitvoering voor hun eigen verzekerden. Wanneer in een bepaalde regio de Wet LIZ niet goed wordt uitgevoerd, spreekt NZa dus niet slechts de regionale representant aan, maar alle LIZ-uitvoerders namens wie de representant opereert, omdat zij verzekerden hebben in die regio. Zo krijgen de LIZ-uitvoerders er meer belang bij om er op toe te zien dat de representant hun werkzaamheden naar tevredenheid uitvoert en zullen zij hem er eerder op aanspreken als dat niet het geval is. Ook zal de NZa meer publiciteit geven aan de resultaten van het jaarlijkse onderzoek. Zo kunnen verzekerden er eenvoudiger kennis van nemen of hun LIZ-uitvoerder goed presteert. Dit straalt dan ook meer dan in de AWBZ af op Zwv-verzekeraar die onderdeel is van dezelfde groep. Deze operationalisering van het toezicht vergt geen wetswijziging, maar vooral een andere werkwijze van de NZa.

Stimulans doelmatigheid en kwaliteit door benchmarking

- Het rapport waarin de NZa jaarlijks de resultaten van haar onderzoek presenteert, biedt een mooi overzicht van de prestaties van de uitvoerders en maakt deze prestaties onderling goed vergelijkbaar. Ook worden voor de verschillende prestatie-indicatoren de best practices gepresenteerd. Eén van de twaalf prestatie-indicatoren betreft een doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte. Gezien het belang dat de regering hecht aan een doelmatige uitvoering van de Wet LIZ, heeft de regering de NZa gevraagd om meer gewicht toe te kennen aan deze prestatie-indicator, deze jaarlijks integraal te onderzoeken, eventueel meer verdiepend doelmatigheidsonderzoek te doen en steviger op te treden indien LIZ-uitvoerders op dit onderdeel tekortschieten. LIZ-uitvoerders zijn verplicht om de verstrekking van onnodige

zorg en uitgaven die hoger dan noodzakelijk zijn te voorkomen. De benchmarking die plaatsvindt bij het toezicht door de NZa zal minder vrijblijvend worden gemaakt, door er meer consequenties aan te verbinden. Deze kunnen zowel positief als negatief zijn. Hierboven is al toegelicht dat de NZa niet alleen de representanten zal aanspreken, maar ook de LIZ-uitvoerders namens wie ze het werk doen. De prestaties in de Wet LIZ stralen daarmee meer af op de Zvw-verzekeraar. Ook zal de NZa jaarlijks een bonus toe kennen aan de meest doelmatig werkende representant. Deze bonus vormt onderdeel van de uitvoeringskosten. Deze bonus mag naar eigen inzicht van de uitvoerder worden besteed binnen de Wet LIZ (bijvoorbeeld voor innovatieve projecten). Op die manier krijgen representanten er vergeleken met de zorgkantoren meer financieel belang bij om doelmatig te werken en niet zomaar het hele regionale budget op te maken. Daar waar de NZa onvolkomenheden signaleert kan zij de representant en LIZ-uitvoerder een informatieverplichting opleggen of een formele aanwijzing geven. De NZa volgt kritisch in hoeverre de opgelegde verbeteringen door de representant worden doorgevoerd.

De NZa kan op grond van artikel 40 van de Wmg LIZ-uitvoerders verplichten om informatie openbaar te maken over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten op zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Deze informatie betreft onder andere de kwaliteit van de aangeboden producten en diensten. De NZa maakt de informatie op grond van artikel 40 Wmg niet direct zelf openbaar maar bewerkstelligt dat de uitvoerders die openbaar maken. Indien hiertoe aanleiding is kan de NZa dit op grond van artikel 40 van de Wmg overnemen. Daarnaast zal het Zorginstituut er voor zorgdragen dat kwaliteitsinformatie via een openbaar register inzichtelijk wordt.

Om de LIZ-uitvoerders onder de transparantieplicht te laten vallen wordt artikel 40 van de Wmg aangepast.

Minder administratieve lasten

De regering hecht veel belang aan het bestrijden van de administratieve lasten in de langdurige zorg. Daarom wil de regering de lasten die voortkomen uit het toezicht door de NZa daar waar mogelijk verminderen. Het toezicht van de NZa op de AWBZ is vrij gedetailleerd en vraagt veel verantwoordingsinformatie van de zorgkantoren. Bovendien zijn veel prestatie-indicatoren gericht op het proces en minder op de uitkomst. De NZa zal het toezicht op de Wet LIZ meer richten op enkele kernindicatoren die het meest van belang zijn voor een doelmatige uitvoering van de Wet LIZ en goede dienstverlening aan verzekerden.

5.10 De IGZ

Zoals eerder aangegeven is het primair de verantwoordelijkheid van de professionals in de zorgverlening en de besturen van zorgaanbieders om te zorgen voor kwalitatief goede en veilige zorg en daar waar nodig maatregelen te nemen indien dit in het gedrang komt. De Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) heeft niet tot taak de kwaliteit van zorg te optimaliseren of kwaliteitsnormen vast te stellen. Die verantwoordelijkheid ligt bij de zorgaanbieders zelf. Het is de

taak van de IGZ om actief toe te zien en te handhaven wanneer de zorg niet voldoet aan de minimale vereisten op gebied van veiligheid en kwaliteit.

Het toezicht op de langdurige zorg is in verschillende wetten geregeld. Dit betreft onder andere de Kwaliteitswet, de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) en de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG). Ook zijn er momenteel verschillende wetsvoorstellen in behandeling waarmee beoogd wordt om deze wetgeving uit te breiden. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het wetsvoorstel kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz), waarbij het toezicht zal worden versterkt.

De IGZ richt zich op de grootste risico's voor de patiëntveiligheid in de zorgverlening. Het gaat daarbij zowel om instellingen als individuele beroepsbeoefenaren en overige zorgverleners. Specifiek voor de Wet LIZ zal de IGZ zich richten op de positie en veiligheid van de cliënt. De zorg dient in ieder geval cliëntgericht, doelmatig en afgestemd te zijn op de behoeften van de cliënt. Ook de rechten en vrijheden van cliënten dienen gewaarborgd te zijn. Het is daarbij essentieel dat de zorgaanbieder en de cliënt met elkaar in gesprek gaan over hoe de zorgverlener het beste kan bijdragen aan het welbevinden van de cliënt. Begin 2009 is het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg tot stand gekomen. Het besluit zorgt er voor dat de plichten van de zorgaanbieder en de rechten van de cliënt worden gerespecteerd.

Het handhavinginstrumentarium dat de IGZ hierbij tot haar beschikking heeft varieert van (dwingend) adviseren tot corrigeren. Wanneer de verantwoorde zorgverlening in het geding is en sprake is van een acuut gevaar voor de patiëntveiligheid, kan de IGZ direct ingrijpen door een bevel aan een instelling op te leggen. In situaties waar geen sprake is van acuut gevaar maar waar de geëiste verbeteringen uitblijven, kan de IGZ de Minister adviseren een aanwijzing te geven. Tevens kan de IGZ (in acute en niet-acute situaties) aan individuele beroepsbeoefenaren een bevel geven en tegen BIG-geregistreerden een (spoed-)tuchtklacht indienen. Wanneer de IGZ vermoedt dat sprake is van een strafbaar feit kan zij het Openbaar Ministerie inschakelen. Hiermee is het toezicht door de IGZ een belangrijk sluitstuk op de diverse mechanismen voor borging van kwaliteit en veiligheid die het zorgveld zelf hanteert.

De administratieve lasten voor de zorgaanbieders moeten tot een minimum worden beperkt. Dubbele uitvraag door de representant en toezichthouder dient te worden voorkomen. Bij de realisatie daarvan hebben de IGZ en de representant hierin elk hun eigen taak en verantwoordelijkheid.

5.11 De SVB

De regering acht het wenselijk dat er één instantie is die vaststelt of iemand LIZ-verzekerd is. Aangezien de Sociale Verzekeringsbank (SVB) ook voor de andere volksverzekeringen de verzekeringsstatus vaststelt, is de SVB hierin gespecialiseerd. Om tot een eenduidige vaststelling te komen, is ervoor gekozen om de SVB de exclusieve bevoegdheid te geven om de LIZ-verzekeringsstatus van personen vast te stellen, op exact dezelfde wijze als dat nu voor de AWBZ gebeurt. Gemoedsbezwaarden kunnen, net als voor de AWBZ, bij de SVB een ontheffing van de verplichtingen die horen bij de verzekering. Nadat de SVB de ontheffing heeft verleend, meldt SVB de gemoedsbezwaarde aan bij een LIZ-uitvoerder.

Een nieuwe taak is dat de SVB in opdracht van representanten betalingen zal verrichten in het kader van het pgb. Op deze manier is er zowel voor de Wmo 2015 als voor de Wet LIZ één instantie die de trekkingsrechten voor het pgb uitvoert. Dit vermindert de administratieve lasten bij burgers en verkleint de kans op fraude.

5.12 DNB

De Nederlandsche Bank (DNB) vervult geen rol in het toezicht op de uitvoering van de AWBZ. Hierin wordt met het voorliggende wetsvoorstel geen wijziging gebracht, omdat de Wet LIZ net als de AWBZ een publiekrechtelijke sociale verzekering blijft. Het onderhavige wetsvoorstel voorziet niet in risicodragende uitvoering van de Wet LIZ door LIZ-uitvoerders. Dit betekent onder meer dat de LIZ-uitvoerder zelf geen verzekeringsrisico loopt (dat blijft bij de overheid), maar wel dat hij uitvoeringsrisico's loopt.

Dat neemt niet weg dat DNB wel degelijk betrokken is bij de koppeling van de uitvoering van de Wet LIZ aan de uitvoering van de Zvw, omdat DNB erop moet toezien dat de uitvoering van de Wet LIZ geen ongewenste consequenties heeft voor de wel onder zijn toezicht vallende zorgverzekeraars. De met dit wetsvoorstel beoogde uitvoering van de Wet LIZ heeft consequenties voor het door DNB uitgeoefende prudentiële toezicht op Zvw-verzekeraars, uitgaande van de Solvency II richtlijn. Deze consequenties voor het prudentiële toezicht van DNB houden in essentie het volgende in. Eén van de uitgangspunten van dit wetsvoorstel is dat de LIZ-uitvoerder onderdeel is van de groep waartoe ook de zorgverzekeraar behoort, die voor dezelfde kring van verzekerden de basisverzekering van de Zvw uitvoert. Met het wetsvoorstel wordt weliswaar niet beoogd het verzekeringstechnisch risico bij de LIZ-uitvoerder te leggen, maar dit laat onverlet dat de uitvoering van die wet voor de LIZ-uitvoerder - en op geconsolideerd niveau voor de groep als geheel - wel degelijk operationele of uitvoeringsrisico's met zich brengt. Op basis van de Solvency II richtlijn dient DNB onder meer deze operationele risico's te betrekken bij het geconsolideerd toezicht op de Zvw-verzekeraar binnen dezelfde verzekeringsgroep, ongeacht bij welke groepsentiteit deze risico's ontstaan. Dit kan uiteindelijk gevolgen hebben voor de vereiste solvabiliteitsmarge (in Solvency II-termen: het solvabiliteitskapitaalvereiste of SCR) van de onder prudentieel toezicht van DNB staande Zvw-verzekeraar. Voorts houdt DNB toezicht - zowel op het niveau van de afzonderlijke Zvw-verzekeraar als op groepsniveau - op de beheerste (en integere) bedrijfsvoering en ook hierbij wordt de beheersing van de (operationele) risico's van de LIZ-uitvoerder betrokken.

Hoofdstuk 6 Samenhang tussen de Wet LIZ en andere domeinen

De regering heeft een samenleving voor ogen die mensen meer mogelijkheden biedt om al dan niet met steun van hun sociale omgeving verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen leven, voor meer gelijke deelname en voor meer eigen regie. De wettelijke systemen zijn voorwaardenscheppend voor de doelstelling van de regering. Voor een goed functionerende langdurige zorg en ondersteuning is essentieel dat de verantwoordelijkheden van betrokken partijen, waaronder de LIZ-uitvoerders en gemeenten helder zijn, partijen elk vanuit hun eigen

verantwoordelijkheid nauw samenwerken en voor de burger helder is waar hij met zijn zorgvraag terecht kan.

Samenwerking

Om de kwaliteit van leven van verzekerden te vergroten is afstemming en samenwerking tussen domeinen noodzakelijk. Kwaliteit van leven van cliënten verbetert immers aanmerkelijk als de cliënt geen last heeft van coördinatieperikelen, van domeinstrijd, van hiaten in het zorgaanbod en van het ontbreken van ketenaanbod. De scheiding tussen de stelsels is scherp; het leven van mensen echter, is niet in stelsels op te knippen. Daarom wil de regering bevorderen dat gemeenten, zorgverzekeraars, LIZ-uitvoerders, representanten en zorgaanbieders intensief samenwerken bij het tot stand brengen van zorg en ondersteuning op maat. Indien nodig kan de regering hier conform artikel 3.2.5. van de Wet bij algemene maatregel van bestuur regels aan stellen aan de vereiste samenwerking.

Afwenteling tegengaan

Zolang we te maken hebben met verschillende, vernieuwde domeinen en (financiële) schotten daartussen is de grote uitdaging hoe we afwenteling tussen verschillende systemen voorkomen. Door het naast elkaar blijven bestaan van Zvw, Wmo en AWBZ blijft het risico op afwenteling bestaan: het verschuiven van kosten tussen systemen. In de Wet LIZ zijn een aantal instrumenten ingezet om ongewenste afwenteling vanuit en richting de Wet LIZ te beperken.

Om de toegang tot de Wet LIZ af te bakenen zijn toegangscriteria opgesteld waar cliënten objectief en door een onafhankelijk indicatieorgaan - het CIZ - aan worden getoetst. Het CIZ geeft in tegenstelling tot bij de AWBZ alleen nog een toegangsbesluit af. Omdat zorgaanbieders belanghebbend zijn, hebben zij hierop geen invloed in de zin dat de Wet LIZ geen mogelijkheid biedt om via een standaardindicatieprotocol, indicatiemelding of via taakmandaat een toegangsbesluit aan te vragen.

6.1 Wet LIZ – Wmo 2015

Met het wetsvoorstel Wmo 2015 zijn de onderdelen van de AWBZ die overwegend gericht zijn op ondersteuning en participatie onder de verantwoordelijkheid van gemeenten gebracht. Gemeenten krijgen middelen om te zorgen voor goede voorzieningen die passen bij de individuele behoeften en mogelijkheden van burgers. De brede verantwoordelijkheid van gemeenten binnen het sociale domein – want ook met de voorgenomen Participatiewet worden decentralisaties voorgesteld – biedt ruimte voor individueel maatwerk.

Uitgangspunt van de regering is hierbij dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen met behulp van hun sociale netwerk en eventuele gemeentelijke ondersteuning. Pas als dat niet meer mogelijk is en iemand bijvoorbeeld is aangewezen op intensieve zorg met 24-uurs toezicht, bestaat er aanspraak op zorg ten laste van de Wet LIZ. Indien hiervan sprake is dan is het belangrijk dat een soepele overgang kan plaatsvinden van het gemeentelijk domein naar de Wet LIZ. Dit vraagt om goede samenwerking, onder andere op het gebied van gegevensuitwisseling en een

onafhankelijke indicatiestelling op basis van objectieve zorginhoudelijke criteria. De continuïteit van zorg bij overgang van Wmo naar Wet LIZ is gewaarborgd in de Wmo 2015.

In het belang van een heldere afbakening zijn de aanspraken in de Wet LIZ helder omschreven en in de Wet LIZ zelf verankerd in plaats van in lagere regelgeving. Bij de formulering van de aanspraken is zoveel mogelijk geprobeerd te voorkomen dat er aanspraken zijn die uit meerdere zorgdomeinen genoten kunnen worden. In de Wmo 2015 is bepaald dat gemeenten geen verplichting hebben om cliënten ondersteuning te bieden voor diensten waarop betreffende cliënten ook een aanspraak hebben op grond van de Wet LIZ. Indien iemand aanspraak heeft op zorg op grond van de Wet LIZ dan is de Wet LIZ daarmee voorliggend op de Wmo 2015. Uitzondering hierop is sociaal vervoer. Momenteel kunnen mensen met een AWBZ-indicatie die niet zelfstandig van het openbaar vervoer gebruik kunnen maken, een beroep doen op de Wmo voor sociaal vervoer, bijvoorbeeld in de vorm van een taxivergoeding. Dat wil de regering handhaven. Reden is dat sociaal vervoer qua aard een voorziening is die thuishoort in de Wmo 2015 en geen aanspraak is in de Wet LIZ.

Woningaanpassingen en verhuizingen voor cliënten met een indicatie voor de LIZ worden niet vergoed uit Wet LIZ maar komen net als nu voor rekening van de cliënt of van de gemeenten. Huishoudelijke verzorging is onderdeel van de aanspraak op verblijf in de Wet LIZ. De huishoudelijke hulp in het geval van een pgb kan worden bekostigd uit het pgb. Dat is ook in de huidige AWBZ het geval. De huishoudelijke verzorging in het geval van een VPT wordt geleverd door de instelling. Cliënten in de Wet LIZ hoeven dus geen beroep te doen op de gemeenten voor huishoudelijke verzorging. Mobiliteitshulpmiddelen worden per 2015 niet langer verstrekt vanuit de Wmo maar vanuit de LIZ. Dit is een wijziging ten opzichte van de AWBZ.

Verantwoordelijkheidsverdeling tussen de gemeenten en de Wet LIZ is hiermee eenduidig en uniform geregeld.

6.2 Wet LIZ – Jeugd

Gemeenten worden met het wetsvoorstel Jeugd integraal verantwoordelijk voor de zorg aan kinderen tot 18 jaar. Aanspraken uit de AWBZ die worden ondergebracht in het jeugddomein betreffen de persoonlijke verzorging en begeleiding voor kinderen tot 18 jaar, behandeling voor (licht) verstandelijk gehandicapten tot 18 jaar en (een deel van) de aanspraak op verblijf voor kinderen tot 18 jaar. Er zijn op twee manieren raakvlakken tussen de Wet LIZ enerzijds en de Jeugdwet anderzijds.

Ten eerste is er de leeftijdsgrens. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor jeugdhulp aan kinderen tot 18 jaar. Indien na de 18^e verjaardag een passende voorziening vanuit de andere stelsels, waaronder de Wet LIZ, voorhanden is, neemt die de zorg vanaf dat moment over. Indien er geen voorziening op grond van een ander stelsel beschikbaar is, kan een deel van de jeugdhulp, te weten dat deel dat voorheen onder de noemer geïndiceerde provinciale jeugdzorg viel, tijdelijk vanuit de Jeugdwet tot de leeftijd van 23 jaar worden voortgezet.

Ten tweede geldt dat een deel van de intensieve verblijfszorg aan kinderen onder de 18 jaar direct in de Wet LIZ wordt ondergebracht. Voor deze vormen van zorg is de gemeente dan ook niet

verantwoordelijk in het kader van de jeugdwet. Indien een cliënt aanspraak heeft op zorg vanuit de Wet LIZ dan is de Wet LIZ voor deze zorg voorliggend op de Jeugdwet. Wel blijft de gemeente ook bij deze mensen verantwoordelijk voor de opvoedkundige hulp.

Tot slot zijn er nog raakvlakken tussen de wet LIZ en het onderwijs domein die relevant zijn voor jeugdigen. Het gaat hierbij om de groep zwaar gehandicapte kinderen die in de Wet LIZ terecht komen en onderwijs volgen. De regering vindt het wenselijk dat deze kinderen als zij dit aankunnen in plaats van alleen dagbesteding ook (enkele dagdelen) onderwijs kunnen volgen. Omdat er vanuit de Wet LIZ geen onderwijs of onderwijsondersteuning wordt geleverd zoals scholen die bieden kunnen deze kinderen naast de zorg uit de Wet LIZ ook gebruikmaken van deze faciliteiten uit het onderwijsdomein. Van onwenselijke afwenteling is geen sprake.

6.3 Wet LIZ – Zvw

Met de invoering van de AWBZ in 1968 naast de toenmalige ziekenfondsverzekering, werd de Nederlandse sociale ziektekostenverzekering verdeeld in twee afzonderlijke pijlers. Die verdeling werd gehandhaafd bij de invoering van de Zvw. Daarmee ontstond niettemin een zekere convergentie, omdat beide verzekeringen nu betrekking hebben op dezelfde groep van personen, te weten iedereen die in Nederland woont of werkt. Daarnaast is er uiteraard sprake van verwevenheid tussen beide verzekeringen op het zorginhoudelijke vlak. Met de overhevelingen van onderdelen van de AWBZ naar de Zvw die de regering voorstaat, verschuift de grens tussen beide verzekeringen. Zo komt de aanspraak extramurale verpleging in de AWBZ te vervallen en wordt deze via een nieuwe aanspraak thuisverpleging of wijkverpleging ondergebracht in de Zvw. Ook komt de huidige grondslag psychiatrie, waarvan nu nog sprake is in de AWBZ, niet terug in de Wet LIZ. Deze zorg maakt vanaf 2015 deel uit van de Zvw en de Wmo. Psychogeriatricie blijft wel een aanspraak onder de Wet LIZ.

De zorg die is gericht op genezing of behoud van lichamelijke en geestelijke functies is verzekerd in de Zvw. Om de samenhang van de Zvw met de andere domeinen te versterken, worden onderdelen van de AWBZ die gericht zijn op extramurale verpleging van verzekerden in de thuissituatie en persoonlijke verzorging die voor de cliënt nauw met verpleging is verbonden onder de Zvw gebracht. De meest kwetsbare mensen houden een recht op zorg dat met voorliggend wetsvoorstel wordt ondergebracht in de Wet LIZ. Zo ontstaat een situatie, waarin mensen in eerste instantie zelf en met hun sociale omgeving een oplossing zoeken voor hun behoefte aan ondersteuning, in tweede instantie een beroep kunnen doen op gemeenten en/of zorg via de zorgverzekeraar en tot slot in aanmerking kunnen komen voor zorg via de Wet LIZ.

Inhoudelijke samenhang tussen de Wet LIZ en de Zvw is vooral van belang voor de ouderen die op grond van een somatische of psychogeriatriche grondslag zorg genieten vanuit de Wet LIZ. Zorgverzekeraars zien voor deze groep kansen op gezondheidswinst en verbetering van kwaliteit van leven. Dit kan doordat de thuisverpleging onderdeel wordt van de eerstelijnszorg en er belangrijke prikkels ontstaan om mensen zo goed mogelijk thuis te helpen en te voorkomen dat zij doorstromen naar de Wet LIZ. De zorgverzekeraar kan met de juiste instrumenten, publieke

waarborgen en het solidariteitsbeginsel van de Zorgverzekeringswet bevorderen dat verzekerden één doorlopende zorglijn krijgen aangeboden waarbij het accent ligt op zelfmanagement, eigen regie en gezondheidswinst. Indien de zorg uit de Wet LIZ op termijn risicodragend door verzekeraars voor de eigen verzekerden zou worden uitgevoerd levert dat kansen op om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg verder te verbeteren.

Omdat het niet mogelijk is om de aanspraken tussen de Zvw en de Wet LIZ volledig te scheiden is afwenteling een aandachtspunt. Dit is vooral het geval bij verpleging en behandeling die beide van uit beide zorgdomeinen worden geleverd en inhoudelijke raakvlakken en overlap kennen. Daarnaast worden er op dit moment hulpmiddelen verstrekt vanuit zowel de AWBZ als de Zvw.

Om afwenteling tussen de Wet LIZ en de Zvw te voorkomen is de stelregel dat indien cliënten een aanspraak hebben op zorg uit de Wet LIZ welke ook een aanspraak is in de Zvw, de Wet LIZ voorliggend is. Concreet betekent dit dat als een cliënt een toegangsbesluit heeft voor de Wet LIZ en verpleging nodig heeft, deze verpleging net als nu het geval is in de AWBZ bij zorg met verblijf en VPT onderdeel is van het integrale pakket aan zorg dat vanuit de Wet LIZ wordt geleverd. Bij pgb kan de cliënt de verpleging zelf inkopen. Dekking komt in dat geval vanuit de wet LIZ. Hetzelfde geldt voor behandeling en geneesmiddelen. Bij behandeling kan het gaan om specialistische LIZ-behandeling maar ook om behandeling zoals die in de Zvw door de huisarts wordt geboden. Voor cliënten in de Wet LIZ geldt dat de behandeling en de geneesmiddelen indien cliënten zorg in natura afnemen (zorg met verblijf en VPT) net als in de huidige AWBZ onderdeel uitmaakt van het integrale pakket aan zorg dat vanuit de wet LIZ wordt geboden. Cliënten met een pgb kunnen wel aanspraak hebben op behandeling vanuit de Wet LIZ maar mogen dit net als nu het geval is in de AWBZ niet bekostigen vanuit het pgb. Hetzelfde geldt voor de geneesmiddelen. De behandeling en de geneesmiddelen voor LIZ toegelaten cliënten die een pgb genieten wordt in natura verstrekt vanuit de Zvw (denk aan zorg geleverd door een huisarts) of als het LIZ-behandeling betreft (denk aan behandeling geleverd door een arts verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde) in natura vanuit de Wet LIZ.

Medische specialistische zorg zoals die in de Zvw door medisch specialisten wordt geleverd is geen aanspraak in de AWBZ. Indien een cliënt die zorg geniet op grond van de Wet LIZ medisch specialistische zorg nodig heeft bijvoorbeeld door zorg geleverd door een cardioloog, dan kan de cliënt zich hiervoor tot zijn Zvw verzekeraar wenden.

Voor die prestaties die zowel in de wet LIZ als in de Zvw kunnen worden gedeclareerd geldt dat de Nederlandse zorgautoriteit er bij de vaststelling van de tarieven rekening mee dient te houden dat de tariefstelling voor vergelijkbare producten zoveel mogelijk gelijk is. Dit pleit tevens voor afstemming over de inkoop door financiers.

Hoofdstuk 7 Financiële houdbaarheid

7.1 Beheersing uitgaven

Zoals in hoofdstuk 1 van deze toelichting is geschetst, is een betere financiële beheersbaarheid één van de belangrijke overwegingen van de regering om een integraal nieuw wetsvoorstel in te

dienen. Zolang het verzekeringsrisico bij de overheid ligt, zijn de financiële prikkels tot kostenbeheersing bij de uitvoerders relatief beperkt. Daarom moeten hiervoor extra waarborgen worden ingebouwd. Dit gebeurt op diverse manieren.

Reguleren van de toegang tot zorg

De financiële beheersbaarheid van de Wet LIZ wordt in de eerste plaats geborgd door een goede regulering van de toegang tot de zorg. Daartoe wordt in dit wetsvoorstel nadrukkelijk de norm gesteld voor de toegang en aanspraken. Door dit niet te delegeren naar de lagere regelgeving, zoals het geval is in de AWBZ, wordt bevorderd dat uitbreiding van de doelgroep van de Wet LIZ alleen na gedegen afweging kan plaatsvinden. De toegang tot de Wet LIZ wordt bepaald door het CIZ op basis van objectieve zorginhoudelijke criteria. De invloed van zorgaanbieders hierop wordt beperkt en het CIZ gaat meer face-to-face gesprekken voeren om de zorgbehoefte van mensen vast te stellen. Objectieve en onafhankelijke indicatiestelling op basis van zorginhoudelijke criteria is nodig om onterechte afwenteling van zorg vanuit andere domeinen tegen te gaan. Het CIZ, dat nu nog onder de verantwoordelijkheid van gemeenten opereert, krijgt in dit wetsvoorstel de status van een publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan. Ook krijgt het CIZ extra bevoegdheden om fraude aan te pakken. In paragraaf 2.2 en 5.6 en hoofdstuk 9 van deze toelichting zijn de indicatiestelling, juridische vormgeving van het CIZ en de aanpak van fraude uitgebreid toegelicht.

Anders dan bij de AWBZ zal het CIZ niet de zorgzwaarte vaststellen. Dit is toegelicht in paragraaf 2.5. In het zorgplan worden de afspraken vastgelegd die de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger heeft gemaakt met de zorginstelling over de zorglevering. Deze afspraken moeten passen binnen de afspraken die de zorginstelling met de representant heeft gemaakt bij de zorginkoop. De beheersingsinstrumenten zoals die in de AWBZ worden gehanteerd, blijven grotendeels hetzelfde.

Macro kader, contracteerruimte zorg in natura en tariefregulering

Sinds 2005 wordt jaarlijks door de NZa de contracteerruimte vastgesteld als macrobudgettair kader voor AWBZ-zorg in natura. De NZa doet dit op aanwijzing van de minister van VWS, die jaarlijks de beleidsmatige kaders en de daarmee samenhangende financiële mutaties kenbaar maakt. Het macrobudgettair kader van de contracteerruimte kan niet overschreden worden. De NZa heeft verschillende instrumenten om het kader van de contracteerruimte als budgettair plafond te handhaven. De afgelopen jaren is dit instrument verder verbeterd door steeds meer uitgaven onder de contracteerruimte te brengen. Voor de kapitaallasten wordt vanaf 2011 geleidelijk een normatieve huisvestingscomponent in de tarieven verwerkt. In 2018 zijn de kapitaallasten volledig in de tarieven opgenomen en vallen deze volledig onder de contracteerruimte.

In de Wet LIZ wordt de contracteerruimte als financieel beheersinstrument voor zorg in natura gehandhaafd en verder versterkt. Anders dan in de AWBZ, stelt de minister in de Wet LIZ jaarlijks het totaal van het macrobudgettaire kader vast inclusief de nominale ontwikkeling, beschikbare groeimiddelen en effecten van maatregelen. Binnen dit macrobudget bestaan voor verschillende zorgvormen aparte kaders voor zorg in natura of pgb, die gedurende het jaar wel met elkaar in verbinding kunnen worden gebracht.

Ook de tariefregulering door de NZa blijft in de Wet LIZ gehandhaafd. In paragraaf 2.5 over bekostiging is al toegelicht dat de verschillen in de prestaties van instellingen voor de regering aanleiding vormen om de NZa te verzoeken systematisch de maximumtarieven onder de loep te nemen. Daarnaast zal de NZa niet meer automatisch uitgaan van de maximumtarieven als een aanbieder en representant geen overeenstemming bereiken over de prijs van de te leveren prestaties.

Voorafgaand aan het zorgjaar geeft de minister inzicht in het totale macrokader dat beschikbaar is voor zorg in natura (contracteerruimte) en pgb. De NZa verdeelt de beschikbare middelen over de regionale contracteerruimtes voor zorg in natura en het regionale budget voor pgb. Vervolgens maakt de representant in de regio afspraken met aanbieders over de zorgproductie en de tarieven. Indien de NZa constateert dat het totaal van de gemaakte productieafspraken tussen de representant en de zorgaanbieders in een bepaalde regio de regionale contracteerruimte overstijgt (voor het pgb is dan al een apart budget gereserveerd), kan zij reeds voorafgaand aan het zorgjaar een correctie toepassen die wordt omgeslagen over alle zorgaanbieders in de regio.

Lopende het zorgjaar zijn er verschillende instrumenten om de uitgaven binnen het macrokader te beheersen. Ten eerste onderzoekt de NZa medio het zorgjaar of de gehanteerde verdeling van de contracteerruimte nog steeds voldoet met het oog op de ontwikkeling van de indicatiestelling. Ten tweede bestaat de zogeheten knelpuntenprocedure waarbij de representant moet aantonen dat hij 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.

Na afloop van het jaar voert de NZa een nacalculatie uit op de gerealiseerde zorgproductie. De bovengrens voor de bekostiging van de zorgproductie wordt gevormd door de productieafspraken tussen de representant en de zorgaanbieder. Eventuele overproductie wordt niet vergoed. Overschrijdingen van het budgettaire kader van de contracteerruimte worden hiermee voorkomen.

Persoonsgebonden budget en contracteerruimte

In hoofdstuk 2 is aangegeven dat in de wet LIZ het pgb beschikbaar blijft. Het pgb wordt opgenomen in het macrokader en beschikbaar gesteld naast de (regionale) budgettaire kaders van de contracteerruimte (zorg in natura). De beheersbaarheid van het totale budgettaire kader van de Wet LIZ wordt hierdoor versterkt. Representanten zullen moeten monitoren welk deel van de middelen voor welke leveringsvorm wordt aangewend. Als er binnen een regio een groter beroep wordt gedaan op de pgb-middelen dan vooraf door is gereserveerd, komt dit – net als bij zorg in natura – tot uiting in het onderzoek van de NZa naar de uitgavenontwikkeling, dat in mei verschijnt. In tegenstelling tot de AWBZ omvat dit onderzoek ook de pgb-uitgaven. Bij het beschikbaar stellen van de herverdelingsmiddelen worden de ontwikkelingen bij zorg in natura en

pgb betrokken. Het is daarbij toegestaan dat middelen worden verschoven tussen de contracteerruimte en het pgb-budget.

De ex-ante verdeling van de middelen zal in de toekomst kunnen worden aangepast. Zo zullen de beschikbare middelen over minder regio's verdeeld worden als wordt overgaan tot een regionale opschaling (zie paragraaf 5.5).

Doelmatigheidsprikkels LIZ-uitvoerders en representanten

De LIZ-uitvoerders worden op basis van artikel 4.1.4 verplicht hun werkzaamheden op een doelmatige wijze uit te voeren. Zij dienen maatregelen te treffen ter voorkoming van onnodige zorg en van uitgaven die hoger zijn dan noodzakelijk. De contracteerruimte fungeert als het beschikbare budget en niet als normbudget dat volledig uitgegeven dient te worden. Het model van regionale contracteerruimtes wordt in de wet LIZ gehandhaafd. De minister wijst voor elke regio een LIZ-uitvoerder aan die in de regio (een deel van) de wettelijke taken namens de overige LIZ-uitvoerders uitvoert.

Deze representant vertegenwoordigt als uitvoerder de overige LIZ-uitvoerders in een regio. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de wet wordt daarmee echter niet overgedragen. Het verdient aanbeveling dat zoveel mogelijk LIZ-uitvoerders een rol op zich nemen als representant, ter voorbereiding op het toekomstperspectief waarbij de zorg mogelijk wordt ondergebracht in de Zvw en verzekeraars het risicodragend voor eigen verzekerden gaan uitvoeren.

In de AWBZ hebben verzekeraars ook de plicht om de wet doelmatig uit te voeren. Zij hebben echter geen direct financieel belang bij een doelmatige uitvoering. De doelmatigheidsprikkels zullen daarom in de Wet LIZ worden versterkt. Dit is in voorgaande hoofdstukken al toegelicht en wordt hier kort samengevat:

- De LIZ-uitvoerders worden uit de anonimiteit gehaald. De LIZ-uitvoerder is en blijft verantwoordelijk voor een doelmatige uitvoering van de Wet LIZ voor eigen verzekerden, ook na het overdragen van taken¹⁰.
- De representant krijgt meer verantwoordelijkheid bij de bekostiging, doordat het CIZ niet meer in zzp's indiceert.
- Het toezicht van de NZa op de uitvoering van de wet richt zich zowel op de LIZ-uitvoerders voor eigen verzekerden als op de representanten die bepaalde taken in een regio uitvoeren. De NZa zal naast de representant ook de LIZ-uitvoerders rechtstreeks aanspreken namens wie de representant in een regio bepaalde taken uitvoert. Het toezicht en de handhaving worden geïntensiveerd.
- In de jaarlijkse monitor van NZa komt er meer nadruk te liggen op een doelmatige uitvoering van de wet.

¹⁰ Wellicht ten overvloede: dat de LIZ-uitvoerder verantwoordelijk is wil niet zeggen dat de representant die taak namens de LIZ-uitvoerder uitvoert niet verantwoordelijk is. Ook de representant valt onder de reikwijdte van artikel 4.1.4. en is dus verplicht om maatregelen te treffen ter voorkoming onnodige uitgaven)

- Er zal meer publiciteit worden gegeven aan de resultaten van deze benchmarking. Wanneer een representant doelmatig werkt, kan dat ook positief afstralen op Zvw-verzekeraar die tot dezelfde groep behoort. Dit belang wordt versterkt door het beoogde eindperspectief waarin de aanspraken risicodragend worden overgeheveld naar de Zvw.
- NZa kent jaarlijks een bonus toe aan de meest doelmatig werkende representant als onderdeel van de uitvoeringskosten. Deze bonus mag naar eigen inzicht van de uitvoerder worden besteed binnen de Wet LIZ (bijvoorbeeld voor innovatieve projecten).
- Daar waar de NZa onvolkomenheden signaleert kan zij de representant en LIZ-uitvoerder een informatieverplichting opleggen of een formele aanwijzing geven. De NZa volgt kritisch in hoeverre de opgelegde verbeteringen door de representant worden doorgevoerd.
- Als ultimatum remedium is er de aanwijzingsbevoegdheid van de minister. Wanneer een representant de wet ondoelmatig uitvoert, loopt de betreffende LIZ-uitvoerder het risico de aanwijzing kwijt te raken.

7.2 Financieel kader

Overhevelen van zorg

Door het inzetten op langer zelfstandig thuis wonen en door de overhevelingen naar Wmo, Zvw en Jeugdwet zal het aantal cliënten en de uitgaven in de wet LIZ fors lager zijn dan in de AWBZ. Het extramuraliseren van zorg en overheveling van de AWBZ-functies begeleiding en persoonlijke verzorging leidt tot een overheveling van ruim € 5 miljard uit de AWBZ naar het gemeentelijk domein vanaf 2015. Daarnaast wordt circa € 1 miljard overgeheveld naar de gemeenten vanwege de integrale verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg. De overhevelingen naar de Zvw (langdurige GGZ, extramurale verpleging en behandeling) zorgen voor een daling van de uitgaven in de LIZ van circa € 2,5 miljard. Door deze overhevelingen dalen de uitgaven in de LIZ met ruim € 10 miljard ten opzichte van de AWBZ. Het totaal van de LIZ-uitgaven is weergegeven in de onderstaande tabel waarbij een uitsplitsing is gemaakt naar de structurele doelgroep en de cliënten die een beroep doen op de LIZ op grond van bestaande rechten.

Tabel 7.1: Uitgaven LIZ 2015-2017 (x 1 miljard)

	2014	2015	2016	2017
AWBZ	27,5			
Lichte zorgzwaarte ZIN		2,7	2,2	1,8
Lichte zorgzwaarte PGB		0,2	0,2	0,2
Hoge zorgzwaarte ZIN (structurele doelgroep)		12,3	12,6	12,6
Hoge zorgzwaarte PGB (structurele doelgroep)		0,6	0,7	0,7
Volledig pakket thuis		0,1	0,1	0,1
Overige uitgaven		1,1	1,1	1,1
TOTAAL		17,0	16,9	16,4

In de eerste jaren zullen nog cliënten met lage zorgzwaarte verblijven in de Wet LIZ (zie hoofdstuk over overgangsrecht). De uitgaven van de Wet LIZ zullen in de loop van de tijd gaan dalen omdat

deze cliënten veelal door overlijden de Wet LIZ zullen verlaten en nieuwe cliënten met lage zorgzwaarte niet de Wet LIZ instromen. De overige uitgaven bestaan onder meer uit de posten mutatiedagen, klinisch intensive behandeling en vervoerskosten.

Taakstelling

Doordat de wet LIZ alleen bedoeld is voor de zwaardere ouderen- en gehandicaptenzorg, zullen naar verwachting minder dan 200 duizend mensen gebruik maken van de LIZ-zorg. Dit betekent dat de uitvoering van de wet ook eenvoudiger en goedkoper kan. Het aantal regionale contracteerruimtes en regionale uitvoerders kan worden beperkt en de inkoop kan verbeterd worden door standaardisering. Hierdoor dalen administratieve lasten en kosten van zorgaanbieders en representanten. Uit onderzoek naar de administratieve lasten van zorgaanbieders in de AWBZ blijkt dat een forse ombuiging op administratieve lasten mogelijk is¹¹.

Daarnaast verwacht de regering dat een belangrijk deel van de ombuiging kan worden gerealiseerd door het terugdringen van de (regionale) verschillen in indicatiestelling, zorggebruik en inkooprijzen. Onderzoeken tonen immers aan dat er grote (onverklaarbare) regionale verschillen bestaan¹². Door de rol van het CIZ te versterken en de invloed van zorgaanbieders bij de indicatiestelling te verminderen, streeft de regering ernaar de regionale verschillen in indicatiestelling terug te dringen. Verder worden de verschillen in de integrale tarieven onderzocht waarbij ook de pgb-tariefstelling zal worden meegenomen. De verschillen in de prestaties van instellingen vormen voor de regering ook aanleiding om de NZa te verzoeken de (maximum)tarieven systematisch onder de loep te nemen. In de praktijk blijkt dat de ene instelling ruim met de tarieven uit kan, terwijl deze voor een andere instelling niet toereikend is. Gemiddeld behalen instellingen echter een goed rendement en neemt het weerstandsvermogen toe¹³. Dit is voor de regering aanleiding om te veronderstellen dat er nog steeds enige ruimte zit in tariefstelling. Als LIZ-uitvoerders en representanten sterker worden geprikkeld om de wet doelmatig uit te voeren, is bovendien de verwachting dat zij de prestaties van zorgaanbieders onderling ook meer tegen het licht zullen houden. Door praktijkvariatie inzichtelijk te maken, te bespreken met zorgaanbieders en hier uiteindelijk consequenties aan te verbinden bij de zorginkoop, kunnen representanten aansturen op een doelmatiger zorgverlening. Dit hoeft overigens niet alleen tot een ombuiging te leiden, maar kan ook zorgen voor kwaliteitsverbetering.

Deze maatregelen zullen bijdragen aan een doelmatige besteding van de middelen en efficiëntere uitvoering. Vanwege de grote praktijkvariatie en verschillen in doelmatigheid, heeft de regering er vertrouwen in dat de ombuiging op de Wet LIZ kan worden behaald, zonder dat dit direct ten koste gaat van de cliënten die op de zorg zijn aangewezen. Totaal zullen de maatregelen structureel moeten leiden tot een ombuiging van € 500 miljoen vanaf het jaar 2017.

Tabel 7.3 Taakstelling regeerakkoord (in € 1 miljoen)

	2013	2014	2015	2016	2017	Structur
--	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-----------------

¹¹ Op weg naar minder administratieve lasten, Onderzoek Casemix en HHM, 29 november 2011.

¹² Onder andere onderzoek van Cebeon (2007 en 2010) en Ape (2010).

¹³ Financiële kengetallen zorginstellingen 2010, CBS, 27 januari 2012.

						eel
Taakstelling BKZ			0	-45	-500	-500

Uitvoeringskosten

Door de overheveling van zorg van de AWBZ naar de gemeenten wordt - naast bovenstaande taakstelling - een deel van de uitvoeringskosten van de huidige zorgkantoren overgeheveld naar de gemeente. Het beheerskostenbudget zal daarom vanaf 2015 worden verlaagd. Hiervoor is ruimte, omdat het aantal zorggebruikers sterk afneemt. Het beschikbare budget wordt hierdoor verlaagd met € 42 mln.

Net als de zorgkantoren zullen de LIZ-uitvoerders en representanten voor de uitvoering een budget ontvangen uit macrobudget beheerskosten LIZ. Zij zijn wettelijk verplicht een reserve uitvoeringskosten LIZ aan te houden. Ieder jaar wordt het saldo van het toegekende budget en de gemaakte uitvoeringskosten verrekend met die reserve. Wanneer de reserve een vooraf vastgesteld maximum (20% van het jaarbudget) overschrijdt, wordt het meerdere afgeroomd en toegevoegd aan het FLIZ (Fonds Langdurige Intensieve Zorg). Deze reservemiddelen zijn en blijven altijd publieke middelen. Wanneer de aanwijzing van de representant afloopt wordt het saldo van de reserve verrekend met het FLIZ. De LIZ-uitvoerder is een onderneming in algemene zin. Hij is echter geen verzekeringsonderneming, want hij draagt geen verzekeringsrisico. Dat verzekeringsrisico ligt namelijk bij de verzekerende Staat. Wel draagt de LIZ-uitvoerder een uitvoeringsrisico. Zo kan zijn gebouw kan afbranden, de ICT vastlopen of kan er slecht functionerend personeel zijn ingehuurd.

Tabel 7.4 Geraamde beheerskosten AWBZ en (vanaf 2015) LIZ (in miljoenen euro's)

PM

7.3 Bekostiging

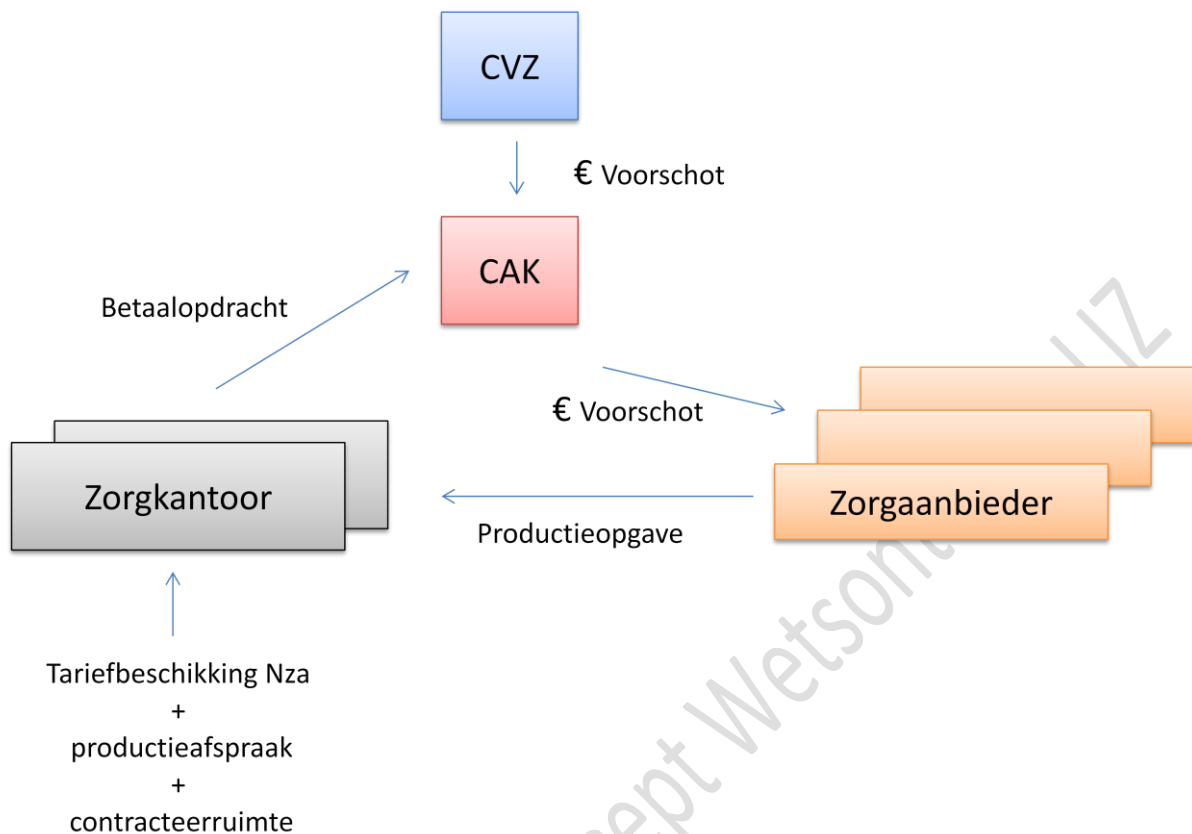
Persoonsvolgende bekostiging

De regering is van mening dat de cliënt en zijn wensen en behoeften centraal moet staan bij de zorgverlening. Cliënten en/of hun vertegenwoordigers kunnen binnen randvoorwaarden zelf kiezen bij welke gecontracteerde zorgaanbieder zij hun aanspraak tot gelding willen brengen. Daarom is de bekostiging in de Wet LIZ persoonsvolgend. In paragraaf 2.5 is dit nader toegelicht.

Geldstromen AWBZ

Het betalingsverkeer in de AWBZ loopt via het CAK. Het CAK ontvangt de middelen van het CVZ en verstrekt deze vervolgens als voorschot aan de zorgaanbieders op grond van betaalopdrachten van zorgkantoren. Deze bevoorschotting vindt maandelijks plaats op basis van de beschikbare ruimte binnen de contracteeruimte, de productieafspraken met de zorgkantoren en de tariefbeschikkingen van de NZa. Na afloop van het jaar worden de budgetten door de NZa definitief vastgesteld bij de nacalculatie.

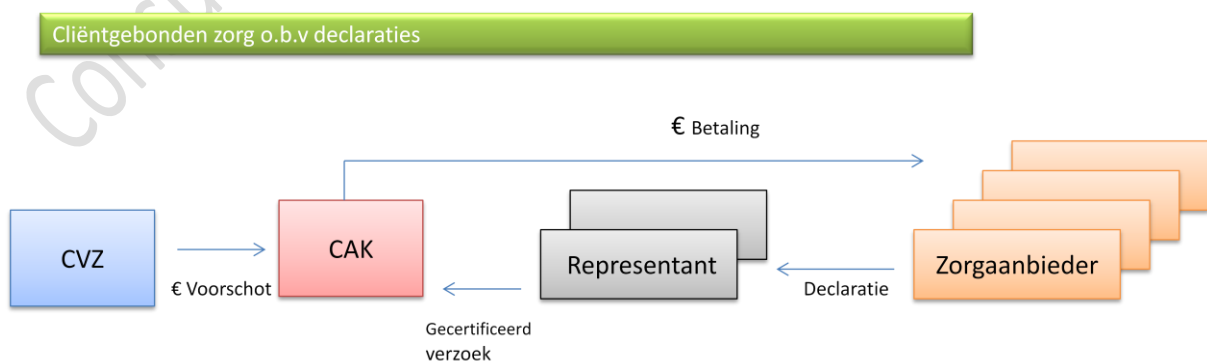
Figuur 7.1 Geldstromen AWBZ



Geldstromen Wet LIZ

In de Wet LIZ blijft het CVZ de fondsbeheerder en het CAK blijft het betaalkantoor. Om de cliëntvolgende bekostiging verder te versterken zal niet meer gefinancierd worden op basis van voorschotten. In de Wet LIZ wordt - na een noodzakelijke overgangperiode - overgestapt op betalingen op basis van declaraties van de daadwerkelijk geleverde zorg aan de cliënt. Daarmee vindt op termijn de bekostiging volledig plaats op het niveau van de cliënt. Het CAK zal de betalingen baseren op gecontroleerde en goedgekeurde declaraties van de representant.

Figuur 7.2 Geldstromen Wet LIZ



Bij de invoering van de Wet LIZ zal er nog steeds voor een deel sprake zijn van niet-cliëntgebonden kosten. Bij deze kosten is er geen directe relatie met de cliënt waardoor deze niet op cliëntniveau kunnen worden gedeclareerd. Een voorbeeld is de vergoeding van kapitaallasten die pas in 2018 volledig is geïntegreerd in het zorgtarief. Voor deze niet-cliëntgebonden kosten zullen de betalingen door het CAK nog steeds plaatsvinden op de huidige wijze via bevoorschotting. Het CVZ geeft op basis van NZa-tariefbeschikkingen en door de NZa goedgekeurde budgetformulieren betaalopdrachten aan het CAK. Het CAK voorziet de zorgaanbieders maandelijks van voorschotten die op de gebruikelijke wijze worden verrekend bij de nacalculatie door de NZa.

7.4 Financiering en koopkrachteffecten

PM

Hoofdstuk 8 Administratieve lasten

Hoofdstuk 8 Administratieve lasten

Administratieve lasten en inhoudelijke kosten van naleving vormen gezamenlijk de kosten die samenhangen met regeldruk. Onder administratieve lasten worden verstaan de lasten als gevolg van informatieverplichtingen krachtens wet- en regelgeving van de overheid voor bedrijven (aanbieders), burgers en beroepsbeoefenaren. Het gaat om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie. Inhoudelijke nalevingskosten zijn de directe kosten die samenhangen met de naleving van inhoudelijke verplichtingen. Inhoudelijke verplichtingen zijn alle wettelijke verplichtingen om direct te voldoen aan normen, standaarden, gedragscodes en alle overige eisen gericht op het borgen van publieke doelen.

De inspanning van Rijk en gemeenten is er op gericht de regeldruk voor burgers en zorgaanbieders en de uitvoeringslasten / beheerskosten voor uitvoerders zoveel mogelijk te beperken. Dit gaat immers ten koste van het primaire proces: het verlenen van zorg. Tegelijkertijd zijn er stevige waarborgen nodig voor doelmatigheid en kwaliteit, waardoor een bepaalde mate van administratieve lasten altijd zal blijven bestaan.

Per saldo is de verwachting dat de regeldruk als gevolg van dit wetsvoorstel en flankerende maatregelen daalt. In de vorige hoofdstukken is al toegelicht dat dit onder andere gebeurt door het nader uniformeren van de inkoopvoorwaarden, het verder voorkomen van dubbele gegevensuitvraag via verbeterde gegevensuitwisseling en het meer op hoofdzaken richten van het NZa-toezicht. Enkele van deze maatregelen zijn al ingezet in de AWBZ en worden in de Wet LIZ gecontinueerd. Hieronder volgt een kwalitatieve toelichting op de wijze waarop dit wetsvoorstel bijdraagt aan een vermindering van de administratieve lasten. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de regeldruk burgers en zorgaanbieders en uitvoeringslasten voor representanten.

8.1 Regeldruk voor burgers

Ook de burgers ervaren een vermindering van regeldruk. Zij zullen voor de zorgbemiddeling en andere zorgvragen op het gebied van zowel de Zvw als de Wet LIZ nog maar te maken hebben één loket, zijnde de LIZ-uitvoerder. De administratieve lasten zullen dalen door het goed regelen van de gegevensuitwisseling en hergebruik van deze gegevens. Dit loopt via het traject Informatievoorziening zorg en Ondersteuning (IZO), dat beoogt dat de cliënt toegang krijgt tot een basisset aan gegevens over de eigen situatie. Het pgb wordt vormgegeven als een trekkingsrecht en de verwerking gaat lopen via de SVB; dat biedt kansen om de administratieve lasten voor budgethouders te verlagen. De administratieve lasten bij de indicatiestelling voor burgers blijven naar verwachting per saldo gelijk. Een afname is te verwachten doordat het CIZ alleen nog een toegangsbesluit afgeeft voor onbepaalde tijd en geen herindicaties meer nodig zijn. Daar staat echter tegenover dat het CIZ wel steviger zal optreden bij de indicatiestelling om fraude en een opwaartse druk op de indicatiestelling te voorkomen. Per saldo is de verwachting dat de administratieve last bij de indicatiestelling voor de cliënt gelijk blijft.

8.2 Regeldruk voor zorgaanbieders

Hoewel het wetsvoorstel zelf beperkte gevolgen heeft voor de zorgaanbieders, zullen voor hen de administratieve lasten afnemen. Deze vloeien voort uit de flankerende maatregelen, die met dit wetsvoorstel worden getroffen. Door de regionale opschaling in de uitvoering, krijgen zorgaanbieders mogelijk te maken met minder inkopers (representanten) voor de Wet LIZ, dan waar ze nu bij de AWBZ mee te maken hebben. Voorts zullen de administratieve lasten voor zorgaanbieders dalen door het uniformeren van de inkoopvoorwaarden en het extensiveren van de rapportageverplichtingen (kwaliteitsverantwoording, productieverantwoording), waar zorgaanbieders aan moeten voldoen.

Het administratieve proces van indicatiestelling, zorgtoewijzing, declaratie en eigen bijdrage is in de AWBZ al stabiel en werkbaar. De inschatting is dat dit proces, los van de verbeteringen, in de Wet LIZ niet significant verandert.

Het standaardiseren van de inkoopvoorwaarden is al ingezet in de AWBZ en wordt in de Wet LIZ gecontinueerd. Doordat LIZ-uitvoerders en representanten te maken krijgen met een minder gedetailleerde verantwoordingsplicht tegenover de NZa, zullen zij ook minder verantwoordingsinformatie van zorgaanbieders verlangen. De experimenten met regelarme instellingen hebben laten zien dat dit mooie resultaten op kan leveren. Indien de administratieve lasten bij zorginstellingen als gevolg van het uniformeren van het zorginkoopproces onvoldoende dalen, kan de minister van VWS de LIZ-uitvoerders daarop aanspreken. Hierbij zij ook verwezen naar de door de Tweede Kamer aanvaarde motie Van Dijk/Van 't Wout.¹⁴ Tot slot worden de administratieve lasten voor zorgaanbieders verlaagd, doordat de indicatiestelling sterk wordt vereenvoudigd, er alleen nog een toegangsbesluit wordt afgegeven en er geen herindicatie meer nodig is.

8.3 Uitvoeringslasten voor LIZ-uitvoerders/representanten

Dit wetsvoorstel behelst onder andere een wijziging in de uitvoeringsstructuur ten opzichte van de AWBZ. Hoewel het voorstel een vereenvoudiging van administratieve processen beoogt, zal het in

¹⁴ Kamerstukken II 2012/13, 30 597, nr. 304

eerste instantie leiden tot een toename van de uitvoeringslasten. De wijziging in de uitvoeringsstructuur krijgt immers zijn vertaling in een wijziging van de administratieve structuur. Indien verzekeraars de uitvoering van de AWBZ nu nog niet in een afzonderlijke rechtspersoon hebben ondergebracht, zullen incidentele investeringen gedaan moeten worden voor het oprichten van een dergelijke LIZ-uitvoerder. Daarnaast hebben LIZ-uitvoerders te maken met uitvoeringslasten, omdat zij nadrukkelijk de verantwoordelijkheid krijgen om er op toe te zien dat de zorg verantwoord en doelmatig wordt verleend. Indien een cliënt ervoor kiest om de aanspraken tot gelding te brengen buiten een instelling, dient de representant immers vast te stellen dat dit op verantwoorde wijze kan gebeuren.

Tegenover deze stijgingen van de lasten, staat ook een aantal wijzigingen dat juist leidt tot een daling van de uitvoeringslasten voor LIZ-uitvoerders ten opzichte van de huidige uitvoerders van de AWBZ. Het aantal mensen dat naar verwachting aanspraak heeft op langdurige zorg in de AWBZ zal dalen van 800-naar minder dan 200 duizend in de Wet LIZ. Deze volumevermindering zal een significante daling van de uitvoeringslasten met zich meebrengen.

Ook op het vlak van het pgb zal zich een volumedaling manifesteren. Omdat het betaalproces van het pgb is geconcentreerd bij de SVB, nemen de totale uitvoeringslasten af en hebben de representanten bij het pgb te maken met minder uitvoeringslasten. Tevens hoeven de representanten met minder zorginstellingen te onderhandelen en productieafspraken te maken. In het verlengde van de regionale opschaling, die weliswaar niet wettelijk wordt verankerd, is het niet langer nodig om voor 32 regio's afzonderlijk financieel verantwoordelijkheid af te leggen. Een daling van de uitvoeringslasten is dus zeer waarschijnlijk. De mate waarin de uitvoeringslasten zullen afnemen, is afhankelijk de uiteindelijke regionale herindeling, waarover in overleg met de zorgverzekeraars zal worden besloten. Ander aspect betreft de herinrichting van het toezicht door de NZa. De extensivering van het toezicht houdt in dat de NZa zich meer concentreert op enkele kernindicatoren die belangrijk zijn voor de uitkomsten. Een voorbeeld hiervan is de herziening van de prestatiemeting op uitvoerders door de NZa. Dankzij de extensivering van het toezicht zullen de uitvoeringslasten van de Wet LIZ kunnen dalen.

Alles tegen elkaar afwegend, is de verwachting gerechtvaardigd dat de uitvoeringslasten voor LIZ-uitvoerders uiteindelijk zullen dalen. Daarom kan ook een besparing worden gerealiseerd op de beheerskosten, zoals in paragraaf 7.3 reeds is toegelicht.

8.4 Samenhang en follow-up

Met vorenstaande zijn de algemene lijnen van de gevolgen voor de regeldruk van dit wetsvoorstel in kaart gebracht. Deze analyse is kwalitatief van aard, maar in de komende tijd zal tot kwantificering worden overgegaan. Deze kwantificering bestaat uit twee onderdelen. Ten eerste wordt op basis van een was/wordt-analyse bezien wat de gevolgen voor administratieve lasten zijn door de verminderde uitvraag van rijkswege. Ten tweede worden alle activiteiten om te komen tot een gestandaardiseerde uitvraag in samenhang bezien als onderdeel van de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ) en in dat traject gekwantificeerd.

Omdat de exacte gevolgen voor de regeldruk van dit wetsvoorstel mede afhankelijk zullen zijn van de regionale uitvoering, zullen de effecten op de regeldruk ook meegenomen worden in de eerstvolgende evaluatie.

Hoofdstuk 9 Fraude

Met dit wetsvoorstel krijgt het CIZ extra bevoegdheden om fraude bij de toegang tot de Wet LIZ aan te pakken.

Aanpak fraude heeft hoge prioriteit

Het tegengaan van fraude in de zorg heeft hoge prioriteit. Het is ongewenst dat de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg mede onder druk komen te staan, doordat de beschikbare middelen op een onjuiste manier worden gebruikt. Verrijking ten koste van de premiebetaler zet voorts de solidariteit onder het zorgstelsel onnodig onder druk. De regering is daarom van oordeel dat deze vorm van criminaliteit hard dient te worden bestreden. De Minister en Staatssecretaris van VWS hebben bij brief van 15 mei 2013 de Tweede Kamer geïnformeerd over de aanpak van zorgfraude.¹⁵ In deze brief wordt onder andere ingegaan op het bestaan van fraude in de zorg, welke stappen al zijn ondernomen en wat de extra inzet zal zijn om fraude te bestrijden. Ook is in aangekondigd dat bezien zou worden of en op welke wijze het CIZ nadere handhavingbevoegdheden zou kunnen krijgen.

CIZ als sterke poortwachter voor de Wet LIZ

Met dit wetsvoorstel positioneert de regering het CIZ als sterke onafhankelijke poortwachter voor de toegang tot de Wet LIZ. Dat is van belang om afwenteling tussen domeinen te voorkomen, maar is ook cruciaal voor de aanpak van fraude. In paragraaf 3.3 en 5.6 is al toegelicht op welke wijze de regering de positie en handelswijze van het CIZ wil veranderen. Dit gebeurt onder andere door de invloed van de zorgaanbieders op de uitkomst van het indicatieproces terug te dringen, meer persoonlijk contact te laten plaatsvinden tussen indicatiesteller en potentiële LIZ-gebruikers en het vormgeven van het CIZ als publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan. Daarnaast neemt de regering met dit wetsvoorstel een aantal additionele maatregelen om de bevoegdheden van het CIZ bij de aanpak van fraude te verruimen en verduidelijken. Wanneer een zorgvrager een indicatie aanvraagt bij het CIZ, acht de regering het van belang dat het CIZ afdoende kan controleren of de indicatieaanvraag terecht is en of de verstrekte informatie waarheidsgetrouw is. Hierdoor kan aan het begin van de zorgketen fraude worden tegengegaan. Daarnaast is het van belang dat het CIZ voldoende bevoegdheden krijgt om op te treden indien het gegronde redenen heeft om aan te nemen dat een indicatie op onjuiste gronden is afgegeven. Het CIZ heeft nu te maken met een aantal beperkingen, dat een zorgvuldige indicatieprocedure en een effectieve aanpak van fraude in de weg kan staan. Dit verandert met dit wetsvoorstel.

Onherroepelijke toestemming van aanvrager

¹⁵ Kamerstukken II 2012/2013, 28828, nr. 30

In de AWBZ kan degene die een indicatie aanvraagt weigeren om het CIZ toestemming te verlenen om medische gegevens op te vragen bij behandelend artsen. In de Wet LIZ is in artikel 3.1.2 opgenomen dat het CIZ een indicatieaanvraag niet in behandeling zal nemen indien de aanvrager geen toestemming verleent om beroepsbeoefenaren te consulteren. Ook wordt geregeld dat deze toestemming onherroepelijk is, zodat het CIZ niet opnieuw om toestemming hoeft te vragen als het nadat het een indicatie heeft afgegeven alsnog gegevens bij behandelende beroepsbeoefenaren wil opvragen.

Verstrekking medische gegevens door medisch beroepsbeoefenaren

In de AWBZ is gebleken dat behandelend artsen soms weigeren om medische gegevens aan het CIZ te verstrekken, zelfs wanneer de cliënt wel toestemming heeft gegeven tot het opvragen van de medische gegevens. Zij beroepen zich op het medische beroepsgeheim ter bescherming van de cliënt. De Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) geeft de beroepsbeoefenaren ook de ruimte om te mogen weigeren. Met artikel 9.1.10 wordt in dit wetsvoorstel geregeld dat zorgaanbieders niet meer mogen weigeren om medische gegevens te verstrekken aan het CIZ.

Hoofdstuk 10 Gegevensuitwisseling

De gegevensuitwisseling ten behoeve van de Wet LIZ is grotendeels gebaseerd op de gegevensuitwisseling zoals deze onder de AWBZ plaatsvindt. Ondanks decentralisatie van taken naar gemeenten, overheveling van aanspraken naar de Zvw en een gewijzigde aanpak bij de uitvoering van de Wet LIZ ten opzichte van de AWBZ, blijven de betrokken partijen en dus de noodzakelijke gegevensuitwisseling globaal hetzelfde.

De Wet LIZ is gekoppeld aan de Zvw, zoals de AWBZ dat ook is. Verzekerden zijn in principe bij de LIZ-uitvoerder ingeschreven die behoort tot de groep waartoe ook de Zvw-verzekeraar die hij heeft gekozen behoort. Bij de uitvoering van de Zvw en de Wet LIZ is er sprake van twee afzonderlijke entiteiten, namelijk de zorgverzekeraar aan de ene kant en de LIZ-uitvoerder aan de andere kant, die elk een eigen verantwoordelijkheid dragen voor de verwerking van de persoonsgegevens van hun verzekerden. Die verantwoordelijkheid is gerelateerd aan hun taak. De zorgverzekeraar voert de Zvw uit en draagt de verantwoordelijkheid van de verwerking van persoonsgegevens die hiervoor noodzakelijk is. De LIZ-uitvoerder voert de Wet LIZ uit en is verantwoordelijk voor de verwerking van persoonsgegevens voor de uitvoering van deze wet. Een persoon kan gelijktijdig gebruik maken van Zvw en LIZ-zorg. Denk bijvoorbeeld aan een cliënt die in een instelling verblijft en zorg ontvangt (ten laste van de Wet LIZ) en gebruik maakt van medische hulpmiddelen of voor een behandeling tijdelijk in een ziekenhuis verblijft (ten laste van de Zvw). De regering vindt het wenselijk dat de cliënt zo min mogelijk merkt van de twee gescheiden financiële systemen, waarvan hij gebruik maakt. Daarom is het noodzakelijk dat de Zvw-verzekeraar en LIZ-uitvoerder persoonsgegevens (waaronder gegevens betreffende de gezondheid) van elkaar kunnen verkrijgen, die nodig zijn voor de uitvoering van hun taak. Er is sprake van niet één, maar van twee persoonsregistraties, waarvoor de verantwoordelijkheid bij twee afzonderlijke entiteiten is belegd. De verwerking van persoonsgegevens tussen deze twee entiteiten wordt beheerst door de Zvw, de Wet LIZ en de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Het wetsvoorstel voorziet in de

mogelijkheid (artikel 9.1.5, eerste lid) gegevens uit te wisselen ten behoeve van de afstemming van zorg die is verzekerd op grond van de Zvw en de Wet LIZ. Daardoor komen overigens niet meer persoonsgegevens ter beschikking dan thans het geval is.

Daarnaast is ook een goede gegevensuitwisseling tussen LIZ-uitvoerders/representanten en de gemeenten van belang vanwege de raakvlakken met de Wmo 2015 en de Jeugdwet. Veel verzekerden die aanspraak willen maken op de Wet LIZ zullen immers in het verleden reeds ondersteuning hebben ontvangen van gemeenten. Gemeenten dienen ervan op de hoogte te zijn indien een inwoner is geïndiceerd op grond van de Wet LIZ. Dit heeft immers consequenties voor de ondersteuning door de gemeente. Ook is het wenselijk dat representanten kennis kunnen nemen van de zorg en ondersteuning die een gemeente al heeft geboden, op het moment dat iemand aanspraak gaat maken op zorg ten laste van de Wet LIZ. Kosteloze en betrouwbare gegevensuitwisseling voorkomt onnodige administratieve lasten bij burgers en bevordert een soepele overgang van het ene naar het andere domein. In artikel 9.1.5, tweede lid is daarom opgenomen dat LIZ-uitvoerders, zorgverzekeraars en gemeenten elkaar persoonsgegevens moeten verstrekken die nodig zijn voor de uitvoering van de Zvw, de Wet LIZ, de Wmo 2015 en de Jeugdwet.

Gegevensuitwisseling is tevens van belang voor een effectieve aanpak van fraude. In de vorige paragraaf is al toegelicht welke wijzigingen in de gegevensuitwisseling worden doorgevoerd in het kader van de fraudebestrijding. Onder andere moet een cliënt bij een indicatieaanvraag onherroepelijk toestemming verlenen aan het CIZ en de LIZ-uitvoerder om gegevens in te winnen over zijn gezondheid. Voor een nadere toelichting wordt verwezen naar de artikelsgewijze toelichting bij artikel 3.1.4, derde lid en, 9.1.10 en 9.1.11.

Hoofdstuk 11 Innovatie

In de Wet LIZ is een experimenteermogelijkheid opgenomen. In artikel 10.1.1 is opgenomen dat bij algemene maatregel van bestuur kan worden afgeweken van een deel van de artikelen in deze wet en dat met de algemene maatregel van bestuur wordt geregeld op welke wijze dat gebeurt. Hierdoor kunnen regels worden gesteld:

- waarmee de samenwerking tussen LIZ-uitvoerders (inclusief representanten), zorgaanbieders, gemeenten, het CAK, het CIZ en de NZa kan worden verbeterd;
- waarmee de innovatieve ontwikkeling en kwaliteit van de langdurige intensieve zorg worden verbeterd;
- over een andere verantwoording over de uitgaven van het Fonds Langdurige Intensieve Zorg;
- over inlichtingen over de resultaten van het experiment;
- hoe wordt vastgesteld of het met het experiment nagestreefde doel is behaald;
- over de voorwaarden die tijdens de gelding van het experiment van toepassing zijn op personen of instanties die in het experiment een rol vervullen; en
- over de omstandigheden waaronder het experiment tussentijds kan worden ingetrokken op grond van een daartoe strekkende aanwijzing van Onze Minister.

Bij het experiment regelarme instellingen zijn goede ervaringen opgedaan met experimenten op het gebied van indicatiestelling, kwaliteitsverantwoording en uniformering van inkoopvoorwaarden. Het experiment regelarme instellingen is gestart in 2011 en zal tot en met 2014 duren. Dit experiment is opgezet om personeel in de verpleging en verzorging minder tijd kwijt te laten zijn aan papierwerk. Daardoor blijft er meer tijd over voor de zorgverlening aan de cliënt. Het experiment richt zich op regels die misschien overbodig zijn. Indien uit de evaluatie van het experiment blijkt dat regels afgeschaft kunnen worden zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg en ook niet meer kost, dan worden die regels afgeschaft.

Het experiment heeft laten zien dat er een groeiende behoefte is om, onder bepaalde omstandigheden, van bepaalde wettelijke voorschriften af te kunnen wijken. Wetgeving bevindt zich altijd in een spanningsveld waarbij enerzijds behoefte is aan rechtszekerheid, rechtsgelijkheid en een duidelijke uitvoeringspraktijk, maar waarbij anderzijds ook innovatie gestimuleerd moet worden. Hierdoor kan wetgeving tijdig en verantwoord worden aangepast aan de maatschappelijke ontwikkelingen en veranderingen. Ook worden de effecten van al ingevoerde wetgeving vaak pas na enkele jaren zichtbaar. Om innovatie mogelijk te maken en de kennis over de effecten van wetgeving te vergroten is het nodig om onder bepaalde condities en op kleinere schaal af te kunnen wijken van wetgeving. Bij een experiment of een pilot wordt dan uitgetoetst welke interventies een bijdrage kunnen leveren aan het oplossen van een maatschappelijk probleem.

Experimenten zijn niet vreemd aan het recht en in de afgelopen jaren is beleid ontstaan over de wijze waarop experimenten moeten worden vormgegeven. Dit houdt in dat de verwachting bestaat dat een bepaalde regeling effectief zal zijn, maar de overtuiging of het directe bewijs daarvan ontbreekt. De verwachting moet daarbij bestaan dat het experiment de effecten van de voorgenomen regeling daadwerkelijk inzichtelijk kan maken. Experimenten zijn per definitie tijdelijk van aard en bevatten monitoring en evaluaties van de effecten.

Hoofdstuk 12 Internationaalrechtelijke aspecten

12.1 Langdurige intensieve zorg in een ander EU-land

In de huidige AWBZ hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid zorg te contracteren bij een zorgaanbieder in een andere EU-lidstaat. Bij de uitwerking van deze wet is overwogen contractering van zorg buiten Nederland wettelijk uit te sluiten en – in beginsel – geen aanspraak op zorg te beïden bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder. Een dergelijke uitsluiting zou echter niet in overeenstemming zijn met het Europese recht, zodat daarvan is afgezien.

Ter toelichting moge het volgende dienen. De langdurige zorg is uitgezonderd van Richtlijn 2011/24/EU betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg. Hoewel er geen Europese jurisprudentie is op het terrein van grensoverschrijdende langdurige zorg is er geen aanleiding om aan te nemen dat langdurige zorg is uitgesloten van de bepalingen in het EU-werkingsverdrag inzake het vrij verkeer.

Het Europees Hof van Justitie heeft in de zaken Kohll (C-158/96), Decker (C-120/95), Müller Fauré/Van Riet (C-385/99) en Geraets-Smits/Peerbooms (C-157/99) een lijn ontwikkeld met betrekking tot de vergoeding van grensoverschrijdende zorg die in latere arresten verder verfijnd, maar niet meer wezenlijk veranderd is. Die lijn is als volgt:

- Tegen vergoeding verleende medische zorg valt binnen de werkingssfeer van de bepalingen inzake het vrij verkeer van diensten (Kohll);
- Lidstaten zijn in beginsel vrij wat betreft de wijze waarop zij hun ziektekostenstelsel inrichten, maar ze moeten daarbij wel rekening houden met het EG-verdrag (inmiddels het EU-werkingsverdrag);
- Het stelsel mag niet dusdanig worden ingericht dat het vrij verkeer van personen, diensten en goederen wordt belemmerd;
- De vergoeding van zorg in een andere EU-lidstaat afhankelijk stellen van voorafgaande toestemming schrikt de verzekerde af om naar het buitenland te gaan en belemmert daarmee het vrij verkeer van diensten (Kohll en Decker);
- Een dergelijke belemmering van het vrij verkeer kan gerechtvaardigd worden door dwingende reden van algemeen belang, zoals het de noodzaak een financieel houdbare en voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg te garanderen (Kohll en Decker) maar die uitzonderingsgrond is bij extramurale zorg in elk geval niet aanwezig (Müller-Fauré);
- Om een belemmering van het vrij verkeer te rechtvaardigen moet er – naast een dwingende reden van algemeen belang - sprake zijn van een maatregel die niet verder gaat dan noodzakelijk en moet het resultaat niet bereikt kunnen worden door minder beperkende maatregelen (proportionaliteitsvereiste).
- Een vereiste van voorafgaande toestemming bij intramurale zorg beperkt het vrij verkeer van diensten maar deze beperking kan gerechtvaardigd zijn – want daar kunnen de financiële houdbaarheid en toegankelijkheid wel in het gedrang komen - mits de toestemming alleen op de medische gronden in het individuele geval geweigerd kan worden (zorg niet tijdig voorhanden in eigen land) (Smits-Peerbooms);

In het arrest Stamatelaki (C-444/05) lag een Griekse wettelijke regeling onder vuur die vergoeding van zorg uitsloot wanneer de zorg was genoten in een particuliere instelling – in binnen- of buitenland – waarmee geen overeenkomst was gesloten. Volgens het Hof was deze maatregel niet proportioneel om het doel van een financieel houdbare en voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg te garanderen.

Leggen we een contracteerverbod van zorginstellingen in andere EU-lidstaten naast de jurisprudentielijn van het Europees Hof van Justitie, dan lijkt een dergelijk verbod hetzelfde lot beschoren.

Ten eerste omdat er sprake is van een belemmering van het vrij verkeer van diensten. Indien de zorg bij zorgaanbieders in een andere lidstaat in beginsel niet vergoed wordt, zouden verzekerden worden belemmerd in hun mogelijkheden om zorg in te roepen bij die zorgaanbieders en worden die buitenlandse zorgaanbieders belemmerd in hun mogelijkheden om zorg te bieden aan Nederlandse verzekerden.

Weliswaar kan de belemmering worden gerechtvaardigd op grond van een dwingende reden van algemeen belang, vanwege de noodzaak een financieel houdbare en voor iedereen toegankelijke zorg te garanderen. Een complete uitsluiting gaat echter te ver, gezien het arrest Stamatelaki, omdat hetzelfde doel kan bereikt worden door de vergoeding van intramurale zorg in een andere EU-lidstaat te onderwerpen aan een vereiste van voorafgaande toestemming. Dit is uitgewerkt in artikel 3.1.5.

12.2 Aanbesteding

De op Europees recht gebaseerde regels inzake aanbesteding houden in dat de uitvoering van de Wet LIZ aanbestedingsplichtig is doordat de Wet LIZ voor meer dan 50% wordt gefinancierd uit publieke middelen. De situatie blijft daarom bestaan dat - net als de zorgkantoren in de AWBZ - de representanten aanbestedingsplichtig zijn. Op grond van jurisprudentie van het Europees Hof van Justitie geldt daarnaast dat een onderneming die voor een bepaald onderdeel van zijn bedrijfsvoering aanbestedingsplichtig is daardoor aanbestedingsplichtig wordt voor zijn gehele bedrijfsvoering. Een en ander zou ertoe leiden dat de zorgverzekeraars die de AWBZ uitvoeren binnen dezelfde rechtspersoon als de Zvw niet alleen aanbestedingsplichtig worden voor de AWBZ, maar ook voor de Zvw. Die verplichting om voor de uitvoering van de Zvw aan te besteden kan worden ervaren als een aantasting van het privaatrechtelijke karakter van de Zvw. Ook in dit opzicht is het daarom goed dat de uitvoering van de Zvw en de Wet LIZ niet binnen één en dezelfde rechtspersoon plaatsvindt, maar in afzonderlijke rechtspersonen.

12.3 Diensten van algemeen economisch belang

De zorgverzekeraar mag er voor kiezen de Wet LIZ voor zijn Zvw-verzekerden uit te voeren. Indien hij die keuze maakt, komen andere zorgverzekeraars niet meer in aanmerking om voor de desbetreffende groep verzekerden die taak uit te voeren. De zorgverzekeraar maakt deze keuze als ondernemer, vooral met het oog op de uitstralingseffecten op het Zvw-bedrijf. Aldus geeft de overheid met dit wetsvoorstel aan de zorgverzekeraar het recht om voor zijn verzekerden ook LIZ-uitvoerder te zijn. Dit recht kan worden gekwalificeerd als een bijzonder recht in de zin van artikel 106 van het Verdrag betreffende de Werking van de Europese Unie. Zorgverzekeraars zijn dan belast met het beheer van een dienst van algemeen economisch belang.

Dit roept de vraag op of deze vorm van toedeling van de uitvoering van de Wet LIZ ten aanzien van een groep Wet LIZ-verzekerden aan de zorgverzekeraar die voor deze LIZ-verzekerden verzekeraar is voor de Zvw, in overeenstemming is met de uitgangspunten van de jurisprudentie van het Europees Hof van Justitie inzake diensten van algemeen economisch belang (DAEB) en staatssteun. Indien dit niet zo zou zijn zou de taak van representant openbaar moeten worden aanbesteed in plaats van, zoals in het wetsvoorstel wordt voorzien, te worden toebedeeld.

De met de uitvoering van de Wet LIZ belaste onderneming krijgt voor zijn werkzaamheden een uitvoeringsvergoeding. Deze uitvoeringsvergoeding wordt vastgesteld aan de hand van de criteria die op grond van jurisprudentie van het Europees Hof van Justitie worden gesteld aan de vergoeding voor een dienst van algemeen economisch belang. Daarom is er geen verplichting tot

openbare aanbesteding van de LIZ-uitvoerderstaak, noch is er strijd met de Europese regels inzake staatssteun.

Hoofdstuk 13 Consultaties en adviezen

13.1 Cliëntenorganisaties

13.2 Brancheorganisaties zorgaanbieders en zorgverleners

13.3 CIZ

13.4 NZa

13.5 Zorginstituut (CVZ)

13.6 CAK

13.7 SVB

13.8 ZN

13.9 VNG

13.10 CBP

13.11 Raad voor de Rechtspraak

13.12 DNB

13.13 Algemene Rekenkamer

13.14 KNMG

13.14 privacy en fraudetoets

PM Voor fraudetoets mogelijk ook FIOD en OM

Hoofdstuk 14 Toekomstperspectief

Met dit wetsvoorstel wordt een belangrijke stap gezet naar een doelmatigere en kwalitatief betere langdurige intensieve zorg voor ouderen en gehandicapten. Het betreft een eerste stap. In de brief van 25 april 2013 aan de Tweede Kamer over de hervorming van de langdurige zorg (HLZ-brief) heeft het kabinet aangekondigd dat het een twee fasen aanpak overweegt. In de eerste fase zou de uitvoering regionaal blijven plaatsvinden. Die fase is in dit wetsvoorstel nader uitgewerkt.

In tweede fase zou worden gezien of verdere verbeteringen in de doelmatigheid mogelijk zijn, bijvoorbeeld door de langdurige intensieve zorg op termijn risicodragend door verzekeraars voor de eigen verzekerden te laten uitvoeren. Op deze wijze zouden verzekeraars verder aangemoedigd worden om integraal zorg in te kopen voor hun verzekerden. Daarbij gaf het kabinet aan bij de vormgeving de voorkeur te hebben voor overheveling naar de Zvw, omdat dan gebruik kan worden gemaakt van de bestaande infrastructuur.

Wanneer de zorg op termijn risicodragend door verzekeraars voor eigen verzekerden zou worden uitgevoerd zou een schot worden weggenomen. Dit kan niet alleen zorginhoudelijke kwaliteit bevorderen, maar ook leiden tot verdere doelmatigheidswinst. Zorgverzekeraars worden dan integraal verantwoordelijk en krijgen de mogelijkheid om te sturen op de totstandkoming van zorgketens over de grenzen van de huidige domeinen heen. Een groot deel van de mensen die zijn aangewezen op langdurige intensieve zorg, maakt tevens gebruik van curatieve zorg. Verwacht wordt dat door onderbrenging in één domein betere integrale patiëntgerichte zorgtrajecten tot stand komen. De overheveling van aanspraken naar de Zvw verstevigt ook de relatie tussen de verzekerde en zijn verzekeraar. De verzekerde heeft één duidelijk aanspreekpunt als hij verzekerde zorg nodig heeft. Daarnaast kan hij voor ondersteuning in zijn zelfredzaamheid blijven aankloppen bij de gemeente. Verzekerden kunnen via de vrije verzekeraarkeuze in het mogelijke toekomstperspectief meer invloed uitoefenen op het zorginkoopbeleid van de verzekeraar en daardoor op de kwaliteit van de zorg die zij ontvangen. Door goede afspraken te maken met zorgaanbieders, een doelmatige organisatie en goede service proberen zorgverzekeraars de beste kwaliteit tegen de meest gunstige prijs te leveren en zo de meeste klanten voor zich te winnen.

Het is op korte termijn niet mogelijk om de langdurige, intensieve ouderen- en gehandicaptenzorg risicodragend uit te laten voeren door privaatrechtelijke verzekeraars, onder andere vanwege het ontbreken van een adequaat risicovereveningsmodel dat daarvoor nodig is. Bovengenoemd toekomstperspectief wordt daarom niet met de inwerkingtreding van deze wet gerealiseerd. Overheveling van de langdurige intensieve zorg zonder adequate risicoverevening, kan leiden tot risicoselectie. Dat druist in tegen het doel van bescherming van de meest kwetsbaren. Overhevelen zonder risicodragendheid voor verzekeraars vormt daarentegen juist een budgettair risico voor de overheid. Daarom wordt als eerste stap met dit wetsvoorstel een nieuwe volksverzekering ingericht.

De tweede stap kan gezet worden zodra de zorgverzekeraars meer ervaring hebben met een doelmatige uitvoering van de Wet LIZ, overtuigend door zorgverzekeraars wordt aangetoond dat deze stap leidt tot aanvullende doelmatigheid en zij klaar zijn om deze zorg vanaf de start (volledig) risicodragend voor de eigen verzekerden uit te voeren. Hiervoor is een adequaat en stabiel vereveningsmodel vereist, dat de komende jaren wordt ontwikkeld en getest.

In de HLZ-brief is aangekondigd dat de beslissing over risicodragende uitvoering niet voor 2017 zal worden genomen, waarbij onder meer gekeken zal worden naar de doelmatige uitvoering, de beschikbaarheid van een adequaat vereveningsmodel, voorkomen van afwenteling op Wmo en

andere voorwaarden voor volledige risicodragendheid. Ook kan deze stap alleen gezet worden als de Wet LIZ een beperktere omvang heeft gekregen door het langer thuis wonen.

Hoofdstuk 15 Inwerkingtreding en overgangssituatie

PM

Wet langdurige intensieve zorg –artikelsgewijze toelichting

Ambtelijk werkdocument–10 september 2013

Bij de opstelling van dit wetsvoorstel is verondersteld dat op het moment dat het tot wet wordt verheven en in werking treedt, de volgende wetsvoorstellen die thans in behandeling zijn bij de Staten-Generaal eveneens tot wet zullen zijn verheven en in werking zullen zijn getreden:

- de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (nog geen kamernummer)
- de Jeugdwet (33 684)
- de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (33 996)
- de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (32 402)
- de wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en andere wetten in verband met de taken en bevoegdheden op het gebied van de kwaliteit van zorg (33 243)
- de Veegwet VWS 2013 (33 507)
- de Wet houdende afschaffing van de algemene tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten, de compensatie voor het verplicht eigen risico, de fiscale aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten en de tegemoetkoming specifieke zorgkosten en wijziging van de grondslag van de tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten (nog geen kamernummer)
- de Wet forensische zorg (32 398)
- de Wet verbetering toezicht en opsporing Wmg (nog geen kamernummer)
- Wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg in verband met de elektronische informatieuitwisseling in de zorg (31 466)
- Wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg, de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Zorgverzekeringswet (cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens) (33 509)
- Wijziging van de Wet op de jeugdzorg en andere wetten in verband met de verplichting tot het gebruik van het burgerservicenummer in de jeugdzorg (gebruik burgerservicenummer in de jeugdzorg) (33 674)

Artikelsgewijze toelichting

HOOFDSTUK 1

Artikel 1.1.1

Burgerservicenummer en sociaal-fiscaalnummer

Met "burgerservicenummer" wordt bedoeld het nummer als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Wet algemene bepalingen burgerservicenummer. Met het burgerservicenummer kan met behulp van een persoonsnummer een sluitend stelsel voor een doelmatig gebruik en beheer van persoonsgegevens worden gerealiseerd. Het gebruik van dit nummer vond sinds de inwerkingtreding van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg (30 380) in 2008 reeds plaats in de AWBZ.

Onder "sociaal-fiscaalnummer" wordt verstaan het nummer, bedoeld in artikel 2, derde lid, onderdeel k, van de Algemene wet inzake rijksbelastingen. Niet-ingezetenen van Nederland staan niet ingeschreven in de Gemeentelijke Basisadministratie Persoonsgegevens (GBA) en hebben na invoering van het burgerservicenummer nog enige tijd het sociaal-fiscaalnummer als aanvullend nummer moeten gebruiken.

CAK

Met de wet tot wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten, in verband met de instelling van het zelfstandig bestuursorgaan CAK is aan artikel 1 van de AWBZ een onderdeel n ingevoegd. Hierin werd het CAK omschreven met de aanduiding "CAK" als een zelfstandige aanduiding en niet als afkorting (van "centraal administratieorgaan". De omschrijving bevat een verwijzing naar het artikel in de Wet LIZ waar het CAK wordt genoemd: artikel 6.1.1.

CIZ

Met deze wet wordt het zelfstandig bestuursorgaan Centrum indicatiestelling zorg krachtens publiekrecht ingesteld. Het begrip "CIZ" is een afkorting van de naam "Centrum indicatiestelling zorg". Het CIZ is ingesteld op grond van artikel 7.1.1. De begripsomschrijving bevat daarom een verwijzing naar dat artikel.

Continentaal plat

Onder "continentaal plat" wordt verstaan de exclusieve economische zone van het Koninkrijk, bedoeld in artikel 1 van de Rijkswet instelling exclusieve economische zone, voor zover deze grenst aan de territoriale zee van Nederland. Met de Wet sociale verzekeringen continentaal plat (32 383) is deze begripsomschrijving in de AWBZ gekomen om een betere sociale zekerheidsbescherming te bieden voor werknemers die werkzaam zijn op het Nederlandse deel van het continentaal plat. De bescherming onder de Wet arbeid mijnbouw Noordzee werd te beperkt gevonden. Na inwerkingtreding van die wet zijn werknemers op het continentaal plat van rechtswege verzekerd voor onder meer de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en verplicht een verzekering te sluiten als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze situatie moet ook in de Wet LIZ worden voortgezet.

Dossier

Indien op schriftelijke of elektronische wijze gegevens met betrekking tot de verlening van zorg aan een cliënt zijn vastgelegd, is sprake van een dossier. Deze omschrijving sluit aan bij de begripomschrijving in de Wkkgz. Volgens de toelichting bij de begripsbepaling in die wet (Kamerstukken 2010/11, 32 402, nr. 7) bevat het dossier ook zaken als het zorgplan. Daarmee is in die wet de reikwijdte duidelijk van de bepalingen over inzagerecht en bewaarplicht van het dossier.

Fonds langdurige intensieve zorg

De financiering van de uitvoering van de LIZ geschiedt gedeeltelijk vanuit het Fonds langdurige intensieve zorg. Het CVZ beheert dit fonds, dat genoemd is in artikel 89 van de Wet financiering sociale verzekeringen. Nu wordt in dat artikel nog verwezen naar het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

Instelling

Het instellingsbegrip is aan de AWBZ toegevoegd met de instelling Wet toelating zorginstellingen (27 659, hierna: Wtzi). Onder 1° wordt korthedshalve verwezen naar het instellingsbegrip dat de Wtzi gebruikt, namelijk "een organisatorisch verband dat een toelating heeft als bedoeld in artikel 5, eerste, tweede of derde lid", het gaat in de Wtzi dus om krachtens die wet toegelaten instellingen. Ook een organisatorisch verband dat gevestigd is buiten het grondgebied van het Europese deel van Nederland en overeenkomstig de daar geldende wetgeving rechtmatig gezondheidszorg verstrekt als bedoeld bij en krachtens artikel 3.1.4, geldt als instelling (onder 2°). Dit laatste deel van de begripomschrijving is gewijzigd met de Wet AWBZ-zorg buitenland (32 154), mede naar aanleiding van uitspraken van het Europese Hof van Justitie in de zaak Stamatalaki (C-444/05) en zaak C-8/02 (Leichtle). Met de omschrijving onder 2° wordt geregeld dat de instelling op grond van de wettelijke regeling van het land van vestiging rechtmatig zorg dient te verlenen. In het artikel wordt verwezen naar artikel 3.1.4 van dit wetsvoorstel. Dit houdt echter niet in dat instellingen die in het buitenland zorg verlenen, specifiek de zorg zoals deze op grond van dat artikel is geregeld, dienen te geven. De in het buitenland verleende zorg moet vergelijkbaar zijn met wat in Nederland langdurige intensieve zorg is.

Mantelzorger

De verlening van langdurige intensieve zorg zal doorgaans plaatsvinden door "professionele" zorgverleners, dat wil zeggen personen die de zorg vanuit een beroep of bedrijf leveren. Deze zorgverleners geven de zorg vanuit een instelling of op zelfstandige basis. Zie de toelichting op de begrippen "zorgaanbieder", "zorgverlener" en "solistisch werkende zorgverlener". Het kan echter ook voorkomen dat een verzekerde met een pgb zorg inkoopt bij personen die de zorg niet bedrijfs- of beroepsmatig verlenen. Het kan van de omstandigheden van het geval afhangen of een persoon die vanuit een persoonsgebonden budget wordt betaald de zorg beroepsmatig verleent. Vaak zal het bij personen die uit de sociale kring van de verzekerde komen (meestal directe familieleden) zo zijn dat zij de zorg niet uit beroep of bedrijf leveren. Zij zijn dan ook geen solistisch werkende zorgverleners. Om deze groep personen te onderscheiden van de personen die

de zorg beroepsmatig verlenen, wordt de term "mantelzorger" gebruikt. Het begrip "mantelzorgers" wordt dus gebruikt in gevallen waarin een zorgverlenende persoon juist vanuit die persoon en de verzekerde bestaande sociale relatie zorg verleent, zonder tegenprestatie. In artikel 3.1.7, tweede lid, worden de mantelzorgers genoemd zodat duidelijk is dat zij moeten worden meegenomen bij de beoordeling of de verzekerde de zorgverleners voldoende aan kan sturen en dus een persoonsgebonden budget tot verantwoordende zorgverlening zal leiden.

Sociale verzekeringsbank

De Sociale verzekeringsbank wordt genoemd in artikel 3 van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen. De begripsomschrijving stond sinds inwerkingtreding van de wet van 26 februari 2011 tot wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Zorgverzekeringswet, houdende maatregelen tot opsporing en verzekering van personen die ondanks hun verzekeringsplicht geen zorgverzekering hebben en beperking van het aantal zorgverzekeringen tot één per verzekeringsplichtige (opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering) (32 150) in de AWBZ. Met die wet heeft de SVB in plaats van de zorgverzekeraars als taak te beoordelen of iemand AWBZ-verzekerd is en een verklaring van niet verzekerd zijn af kan geven. In de Wet LIZ krijgt de SVB bovendien een taak bij de uitvoering van de persoonsgebonden budgetten.

Verblijf

Met "verblijf" wordt bedoeld verblijf in een instelling als bedoeld in artikel 3.1.4, eerste lid, onder a. verblijf houdt als aanspraak dus in het daadwerkelijke "wonen" in een instelling met inbegrip van voorzieningen die bij dat verblijf horen. Deze voorzieningen worden ook nadrukkelijk genoemd in artikel 3.1.4, eerste lid, onder a. In enkele artikelen (3.1.6, eerste lid, 3.1.8, tweede lid, 3.1.9, eerste lid, 3.1.11 en 13.4.1) wordt de werkwoordsvorm "verblijft" gehanteerd. In die artikelen wordt niet verwezen naar de aanspraak "verblijf", maar op daadwerkelijk verblijf/ woonachtig zijn in een instelling.

Verzekeraar

Een verzekeraar is een verzekeringsonderneming als bedoeld in de eerste richtlijn schadeverzekering (Richtlijn nr. 73/239/EEG van de Raad van de Europese Gemeenschappen van 24 juli 1973 tot coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de toegang tot het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringbranche en de uitoefening daarvan (PbEG L 228)). Een in die richtlijn bedoelde verzekeringsonderneming mag op de Europese markt slechts schadeverzekeringen aanbieden indien zij een vergunning heeft tot het uitoefenen van het schadeverzekeringsbedrijf. In de Wet op het financieel toezicht (Wft) wordt aangegeven wat onder "schadeverzekeraar" wordt verstaan. Het uitoefenen van het schadeverzekeringbedrijf is op grond van die wet alleen mogelijk indien een vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf is verleend.

Vreemdeling

Voor het begrip "vreemdeling" wordt aangesloten bij de begripsomschrijving in de Vreemdelingenwet 2000 (die ongewijzigd is overgenomen uit de Vreemdelingenwet 1998, zie

Kamerstukken II 1998/99, 26 732, nr. 3). Een vreemdeling is ieder die de Nederlandse nationaliteit niet bezit en niet op grond van een wettelijke bepaling als Nederlander moet worden behandeld.

Vertegenwoordiger

In deze wet wordt onder het begrip "vertegenwoordiger" verstaan een persoon als bedoeld in artikel 8.1.2. In artikel 8.1.2 worden wettelijke vertegenwoordigers genoemd voor bepaalde groepen van jeugdigen en wilsonbekwamen. De bepaling van dat artikel komen in grote mate overeen met de eerste vijf leden van artikel 7:465 BW. Zie ook de toelichting bij artikel 8.1.2.

Zorg

De term "zorg" wordt gebruikt om kort te verwijzen naar de langdurige intensieve zorg als bedoeld in artikel 3.1.4. Het gaat bij langdurige intensieve zorg om een samenhangend pakket bestaande uit verschillende zorgvormen, genoemd in het eerste lid van artikel 3.1.4. In enkele artikelen van dit wetsvoorstel wordt het begrip "zorg" buiten deze context gebruikt. Uit de aard en toelichting op die artikelen is genoegzaam duidelijk dat hier een andere gebruik voor ogen wordt gestaan. Het gaat met name om artikel 3.1.1, eerste lid, onder b, waar "24 uur zorg in de nabijheid" als zelfstandig criterium wordt gebruikt. Zie ook de toelichting op dat artikel. Ook in de aanhef van artikel 3.1.4, eerste lid, wordt het woord "zorg" anders gebruikt. Daar wordt namelijk verwezen naar de verschillende zorgvormen die samen de aanspraak op langdurige intensieve zorg inhouden.

Zorgautoriteit

Sinds de inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg is de Nederlandse Zorgautoriteit de autoriteit die toeziet op de naleving van die wet. De Nederlandse Zorgautoriteit wordt genoemd in artikel 3 van de Wet marktordening gezondheidszorg.

Zorginstituut

Met het begrip "Zorginstituut" wordt aangesloten bij de omschrijving die de Zorgverzekeringswet geeft. Met de wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en andere wetten in verband met de taken en bevoegdheden op het gebied van de kwaliteit van de zorg (33 243) is de naam van het College voor Zorgverzekeringen CVZ) gewijzigd in "Nederlands Zorginstituut" (NZi). Het NZi wordt genoemd in artikel 58, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet. Door de uitbreiding van het takenpakket van het CVZ met taken op het gebied van de kwaliteit van zorg en vernieuwing van beroepen en opleidingen was naamswijziging van het CVZ noodzakelijk. Met de naam "Nederlands Zorginstituut" wordt recht gedaan aan het nieuwe werkkterrein van het instituut.

Zorgplan

Het begrip "zorgplan" is ontleend aan de Wkkgz, maar enigszins toegespitst op hetgeen met het wetsvoorstel Beginselenwet AWBZ-zorg (33 109) specifiek daarover zou worden geregeld en nu in hoofdstuk 8 van deze wet is opgenomen. Het zorgplan is de schriftelijke of elektronische weergave van al hetgeen met een cliënt is besproken over de aanpak en doeleinden van de zorgverlening en over de wijze waarop de cliënt de zeggenschap over het eigen leven invulling wenst te geven. Artikel 8.1.1 noemt de te bespreken onderwerpen.

Zorgaanbieder, zorgverlener, solistisch werkende zorgverlener

Het begrip "zorgaanbieder" speelt een centrale rol in dit wetsvoorstel. Zorgaanbieders kunnen zowel instellingen zijn als solistisch werkende zorgaanbieders. Wat onder "instelling" wordt verstaan wordt toegelicht bij dat begrip. De toevoeging van het begrip "solistisch werkende zorgverlener" is dus het onderscheidende element ten opzichte van het instellingsbegrip. Met een solistisch werkende zorgverlener wordt de persoon bedoeld die weliswaar niet in dienst of via een instelling zorg verleent, maar dat zelfstandig vanuit zijn beroep doet. Hierbij kan de vraag opkomen of een persoon die zich uit een persoonsgebonden budget laat betalen beroepsmatig zorg verleent. Aan zorgverlening vanuit een persoonsgebonden budget ligt vaak een arbeidsovereenkomst of opdracht ten grondslag. Toch is deze vraag is niet altijd op voorhand te beantwoorden en zal het afhankelijk zijn van de omstandigheden van het geval. Een relevante factor is onder meer of er sprake is van een familierelatie.

In hoofdstuk 8 van dit wetsvoorstel wordt op een aantal punten onderscheid gemaakt tussen de zorgaanbieder en de persoon die daadwerkelijk de zorg verleent. De verplichting van de zorgaanbieder vertaalt zich daar in regels waar de zorgverlener zich in de dagelijkse uitvoeringspraktijk aan zal hebben te houden. Ook zijn er regels die zich er zelfs tegen verzetten dat een ander dan de zorgverlener optreedt of, zonder expliciete wettelijke basis, kennisneemt van gegevens. Ook zijn er bepalingen die voorschrijven dat bepaalde zaken niet geschieden dan nadat de zorgaanbieder daarover heeft overlegd met een ander; ook hier gaat het natuurlijk om overleg tussen zorgverleners. Het is daarom van belang om een apart begrip te hebben voor de zorgverleners die in persoon en uit hoofde van beroep de zorg verlenen. Als zorgverlener geldt degene die persoonlijk beroepsmatig zorg verleent (dus niet als mantelzorger of vrijwilliger). Dit omvat zowel zorgverleners die als solistisch werkend zorgaanbieder zijn te beschouwen, als personen die in dienstverband of op een andere juridische basis persoonlijk in opdracht van een zorgaanbieder werken. Het begrip beperkt zich niet tot zogenoemde Big-geregistreerde beroepsbeoefenaren.

Zorgverzekeraar en LIZ-uitvoerder

In dit wetsvoorstel wordt geregeld dat de Wet langdurige intramurale zorg wordt uitgevoerd door een rechtspersoon die geen zorgverzekeraar is, en die behoort tot een groep van rechtspersonen, waarvan ook een zorgverzekeraar deel uitmaakt. Deze rechtspersoon wordt de LIZ-uitvoerder genoemd. De LIZ-uitvoerder moet rechtspersoonlijkheid bezitten om rechtsbetrekkingen te kunnen aangaan met zorgaanbieders en verzekerden en ook overigens voor de bedrijfsvoering rechtshandelingen kunnen verrichten. In de omschrijving van de LIZ-uitvoerder is geen beperking aangebracht in de in aanmerking komende vormen van rechtspersoonlijkheid, al zal bijvoorbeeld de onderlinge waarborgmaatschappij, als verschijningsvorm van de vereniging, niet in aanmerking komen. De onderlinge waarborgmaatschappij moet namelijk ingevolge artikel 2:53 BW ten doel hebben verzekeringsovereenkomsten af te sluiten met haar leden, en daarvan is bij de verzekering van rechtswege bij de AWBZ geen sprake.

HOOFDSTUK 2

Artikelen 2.1.1 tot en met 2.1.3

In deze artikel is de kring van verzekerden omschreven. Daarbij is aangesloten bij de huidige regeling in de artikelen 5, 5b en 5c van de AWBZ. Wat betreft de kring van verzekerden is geen wijziging beoogd. Ook bij de vaststelling van de algemene maatregelen van bestuur krachtens artikel 2.1.1, vierde en vijfde lid, zal worden aangesloten bij de algemene maatregelen van bestuur die thans van kracht zijn op grond van artikel 5, vierde en vijfde lid van de AWBZ.

Artikel 2.2.1

Het huidige artikel 9 AWBZ regelt dat Zvw-verzekerden bij (en door) hun zorgverzekeraar worden ingeschreven voor de uitvoering van de AWBZ. Omdat uitvoering van de Wet langdurige intramurale zorg ingevolge dit wetsvoorstel dient plaats te vinden door een andere rechtspersoon dan de zorgverzekeraar, kon dit artikel niet ongewijzigd worden overgenomen in het wetsvoorstel, maar moet het worden aangepast. De strekking van het nieuwe artikel is, vergeleken met het huidige artikel 9 AWBZ, ongewijzigd gebleven.

Het voorgestelde tweede lid voorziet erin dat de regel dat de verzekerde voor de uitvoering van deze wet is ingeschreven bij de LIZ-uitvoerder die behoort tot de groep waarvan ook een zorgverzekeraar deel uitmaakt, ook toepassing vindt na een overstap van een verzekerde naar een andere zorgverzekeraar (vergelijk artikel 5, vijfde lid, van de Zvw).

Op grond van de EU-schadeverzekeringsrichtlijnen en de Wft is het de zorgverzekeraar niet toegestaan om nevenactiviteiten uit te oefenen die te grote risico's met zich brengen voor de uitoefening van de hoofdactiviteit verzekeren. DNB houdt daarop toezicht. Om die reden wordt dwingend voorgeschreven dat deze activiteiten van elkaar moeten worden gescheiden. In het voorgestelde artikel 2.2.1, eerste lid, wordt bepaald dat de zorgverzekeraar de Zvw-verzekerde ter inschrijving (voor de Wet LIZ) aanmeldt bij een aparte rechtspersoon (de LIZ-uitvoerder) die behoort tot dezelfde groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 BW. De LIZ-uitvoerder schrijft de verzekerde in. Een groep is in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek omschreven als een "economische eenheid waarin rechtspersonen en vennootschappen organisatorisch zijn verbonden". Uit het huidige artikel 35 van de AWBZ vloeit al de verplichting voort om de uitvoering van de AWBZ gescheiden te administreren. Deze verplichting is, voor wat betreft de Wet LIZ, ook in dit wetsvoorstel opgenomen (artikel 4.1.5).

Het is niet uitgesloten dat een zorgverzekeraar ervoor zou kiezen alleen de Zvw uit te voeren, zonder zich op concernniveau te verbinden aan een rechtspersoon die de Wet LIZ uitvoert. Voor de situatie waarin de zorgverzekeraar niet behoort tot een groep met een LIZ-uitvoerder (1), voor in het buitenland woonachtige verzekerden (2) als ook voor de situatie waarin een verzekeringsplichtige zich – in strijd met diens verzekeringsplicht – niet bij een zorgverzekeraar heeft ingeschreven (3), bepaalt het derde lid dat de verzekerde zich zelf inschrijft bij een LIZ-uitvoerder. De LIZ-uitvoerder is verplicht hem in te schrijven.

De regering verwacht echter dat steeds sprake zal zijn van een uitvoering van Zvw en de Wet LIZ door tot dezelfde groep behorende rechtspersonen. Mocht dat onverhoopt niet het geval zijn, dan kan bij algemene maatregel van bestuur een verplichting daartoe worden opgelegd indien het algemeen belang dat vergt. Daartoe is voorzien in nieuwe bepalingen in zowel de Wet LIZ (artikel

4.1.1, vijfde lid, en artikel 4.1.2) als de Zvw (artikel 25, vierde lid, en artikel 30, tweede lid). Deze wijzigingen worden aldaar toegelicht.

Het vierde lid verbiedt LIZ-uitvoerders om een persoon als verzekerde in te schrijven, indien op een andere LIZ-uitvoerder een inschrijvingsplicht rust. Dit draagt ertoe bij dat verzekerden inderdaad bij één loket terecht kunnen en dat Zvw- en LIZ-zorg waar nodig op elkaar worden afgestemd. Verzekerden moeten derhalve een keuze maken voor uitvoering van Zvw en AWBZ door aan elkaar gelieerde rechtspersonen. Dit wordt toegelicht in paragraaf 5.5 van de memorie van toelichting.

In het voorgestelde vijfde lid is bepaald dat een gemoedsbezwaarde door de SVb ter inschrijving wordt aangemeld bij een (op grond van artikel 3.2.3) aangewezen regionale LIZ-uitvoerder, of, indien er geen aanwijzing is, bij de LIZ-uitvoerders naar rato van hun aantal verzekerden. Voor dit laatste is aangesloten bij de regeling in artikel 9d, tweede lid, van de Zvw waar het betreft de inschrijving van onverzekerden.

Artikel 2.2.2

Dit artikel komt overeen met artikel 9bis van de AWBZ, het bevat alleen technische aanpassingen.

HOOFDSTUK 3

Artikel 3.1.1

Dit artikel regelt wanneer aanspraak bestaat op zorg ingevolge deze wet. Daartoe geeft het artikel een zelfstandige "toegangsnorm" die gebaseerd is op de daadwerkelijke zorgbehoefte van de verzekerde. Met de zelfstandigheid van de norm wordt er op bedoeld dat toegang tot de Wet LIZ niet afhangt van de vraag of de verzekerde er in slaagt andere aanspraken, zoals zorg uit de zorgverzekering of ondersteuning door de gemeente, te verwezenlijken, maar van de vraag of de verzekerde voldoet aan de voorwaarden die in dit artikel zijn geformuleerd.

Het verlenen van aanspraken op grond van deze wet op de enkele grond dat een verzekerde niet door zijn zorgverzekeraar of door de gemeente wordt geholpen, zou die partijen een direct (ook financieel) belang geven bij het doorverwijzen naar de Wet LIZ, en daarmee een te groot risico in zich bergen op afwenteling van kosten. Ook de verzekerde is gebaat bij een heldere normstelling om te voorkomen dat hij van het kastje naar de muur wordt gestuurd.

Om die reden is ervan afgezien te regelen dat de Zvw en de Wmo 2015 voorliggende voorzieningen zijn ten opzichte van deze wet. Het is veeleer andersom: de verzekerde die voldoet aan de entree-eis van de Wet LIZ zal voor zorg die verzekerd is op grond van die wet geen beroep kunnen doen op de zorgverzekering of de Wmo 2015. Aldus sluit deze wijze van regeling op het niveau van de individuele aanspraken goed aan bij de nieuwe verantwoordelijkheidstoedeling op stelselniveau: de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde met hulp van de zorgverzekeraar, ondersteuning door de gemeente voor wie er op eigen kracht niet meer uitkomt, en een verzekerd recht op zorg op grond van de Wet LIZ voor de verzekerden die de zwaarste zorg nodig hebben.

Eerste en tweede lid

Het eerste en tweede lid bepalen wanneer de zorgbehoefte van de verzekerde zodanig is dat hij aanspraak heeft op langdurige intensieve zorg. Er gelden de volgende cumulatieve eisen:

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

Ad 1

De zogenaamde grondslagen voor het recht op zorg zijn bekend uit de AWBZ. De psychiatrische grondslag is niet opgenomen in de aanhef van artikel 3.1.1, eerste lid, en geeft dus niet langer aanspraak op zorg ten laste van deze wet. Dit houdt verband met de overheveling van de zorg die uit deze grondslag voortvloeit naar de Zvw, waarop is ingegaan in paragraaf 6.3 van de memorie van toelichting. Hieraan zij toegevoegd dat dit niet uitsluit dat ten laste van de Wet LIZ psychiatrische zorg wordt verleend aan een verzekerde die aanspraak heeft op zorg op grond van deze wet in verband met een andere grondslag.

Ad 2: de behoefte aan permanent toezicht

Het onder 2 genoemde criterium geeft aan dat het gaat om een behoefte aan zorg die zo intensief is dat die in veel gevallen alleen in een instelling verantwoord kan worden verleend. De zorg kan echter onder omstandigheden ook elders worden verleend, zoals nader wordt toegelicht bij artikel 3.1.6. Indien de zorgbehoefte is gebaseerd op (ten minste) één van de genoemde grondslagen, verlangen de onderdelen a en b dat daarbij tevens sprake is van de in de onderdelen genoemde zorg. Onderdeel a bepaalt dat de verzekerde die aangewezen is op permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel een aanspraak heeft op zorg op grond van de Wet LIZ. In het tweede lid van artikel 3.1.1 wordt met begripsbepalingen inhoudt gegeven aan de cruciale begrippen "permanent toezicht" en "ernstig nadeel".

"permanent toezicht"

Onder "permanent toezicht" wordt verstaan dat onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende de gehele dag nodig is, waarmee tijdig ingrijpen mogelijk wordt maakt. Doordat de verzekerde zorg nodig heeft op zowel te plannen data en tijdstippen als op ongeplande tijden, vaak ook in de nachtelijke uren, volstaat toezicht op afstand of een meer passieve observatie niet. Bij de personen die een behoefte aan permanent toezicht hebben kan elk moment iets (ernstig) mis gaan ("ernstig nadeel", zie hieronder). Permanent toezicht heeft verschillende functies, afhankelijk van de soort problematiek. Het kan gaan om verzekerden met cognitieve beperkingen op het gebied van onder andere regievoering en regelvermogen. Hierdoor erkent en onderkent de verzekerde niet of niet altijd de noodzaak aan zorg op de relevante momenten. Hij is dus niet in staat om zelf hulp in te roepen en hulp af te wachten. Gedragsproblematiek speelt daarbij vaak een rol. De verzekerde kan echter ook fysieke problemen hebben waardoor onverwacht "gevaar" voor hem of de omgeving optreedt, zoals bijvoorbeeld het geval kan zijn bij intensieve chronische ademhalingsondersteuning. Het bieden van fysieke zorg kan nodig zijn om tijdig ingrijpen mogelijk te maken of om complicaties bij een ziekte te voorkomen. Ook indien zorg zeer frequent en ook op

ongeregelde tijden moet worden geleverd en de verzekerde zelf niet tijdig hulp kan inroepen, kan permanent toezicht nodig zijn. Permanent toezicht houdt derhalve in dat de observatie niet alleen actief is, maar impliceert tevens dat de afstand tussen verzekerde en zorgverlener zeer beperkt is. Dat is niet alleen nodig om de zorgverlening verantwoord te laten zijn, maar ook uit het oogpunt van doelmatigheid. Hierdoor zal de verzekerde in een woonomgeving moeten verblijven die daar geschikt voor is. De afstand tussen de verzekerde en de zorgverlener speelt niet zelfstandig een rol. Ook de mogelijkheden om technische hulpmiddelen (domotica), zoals camera's, kunnen een actieve observatie en tijdige zorgverlening mogelijk maken.

"ernstig nadeel"

In de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (hierna: Wet zorg en dwang) wordt het begrip "ernstig nadeel" gebruikt in plaats van het gevaarscriterium, zoals al gebruikt in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen en de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden. Het begrip "ernstig nadeel" is op de doelgroep van die Wet zorg en dwang afgestemd en geeft voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking beter dan het begrip "gevaar" aan wanneer een inbreuk op de vrijheidsrechten gerechtvaardigd is. Bovendien werd het begrip "gevaar" vaak ingevuld als "levensgevaar", dat voor de groep psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten te beperkt is (zie ook Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3). In de Wet LIZ wordt aangesloten bij de terminologie van de Wet zorg en dwang, met name omdat de mensen met een indicatie op grond van deze wet een sterke overeenkomst kent met die van de Wet zorg en dwang. In de Wet LIZ kan het echter ook gaan om mensen die geen cognitieve beperkingen hebben en ook goed zelf regie kunnen voeren. Daarin verschilt de "doelgroep" van de Wet LIZ met de Wet zorg en dwang, maar dat maakt voor de beschreven gevallen van ernstig nadeel geen verschil. Die genoemde gevallen zijn, anders als in de Wet zorg en dwang, limitatief opgesomd. Het gaat bij "ernstig nadeel" om het nadeel dat verwacht wordt indien de verzekerde zich maatschappelijk te gronde richt of dreigt te richten, zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen, met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept, ernstig lichamelijke letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamelijke letsel toebrengt of dreigt toe te brengen, ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of dreigt te worden geschaad of dat zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder de invloed van een ander raakt, de algemene veiligheid van personen of goederen bedreigt. Het CIZ zal bij iedere indicatiestelling voor het betreffende individu kunnen onderbouwen waarom sprake is van een één of meer van deze situaties. De omschrijving van het begrip "ernstig nadeel" is dan ook zo geformuleerd dat sprake moet zijn van "een te verwachten risico" dat de verzekerde het ernstig nadeel zal overkomen. Dit wil zeggen dat het om een reëel risico moet gaan, dat gebaseerd is op onderbouwde verwachtingen. De enkele mogelijkheid dat een bepaald gevaar bestaat of dat een bepaald gevaar relatief vaak voorkomt bij mensen met een bepaalde aandoening, is op zichzelf niet genoeg. Met het criterium van het ernstig nadeel is dan ook niet beoogd een voorzorgsbeginsel in het leven te roepen waarbij een "nul-risico" wordt nagestreefd. Dat zou ook een vertekend beeld geven van de risico's die in het leven bestaan en ook bijvoorbeeld ook bij verblijf in een instelling kan bestaan, zoals het bestaan van enig valgevaar. Bovendien moet het risico op ernstig nadeel altijd worden gezien in het licht van de mogelijkheden en beperkingen van een verzekerde. Er kunnen weliswaar risico's ontstaan door de verzekerde ook in zijn mogelijkheden te ondersteunen,

maar de ondersteuning van die mogelijkheden dragen zelf ook bij aan het welzijn en welbevinden van de verzekerde. Enig risico moet dan worden afgewogen tegen de voordelen. De mogelijkheden van de verzekerde om te herstellen na een voorval kan daarbij ook meewegen.

Ad 2: de behoefte aan voortdurende zorg in de nabijheid

Onderdeel b van het tweede lid geeft aan dat de verzekerde is aangewezen op zorg indien hij een behoefte heeft aan 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 te voorkomen, door fysieke problemen voortdurend begeleiding of overname nodig heeft bij zelfzorg, of door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft. Met "24 uur zorg in de nabijheid" wordt bedoeld dat zorg en toezicht weliswaar gedurende de gehele dag in de nabijheid nodig is, maar daarbij is geen permanente actieve observatie nodig. Het gaat dus om een vorm van beschikbaarheid van zorg die voor een groot deel bestaat uit meer passief toezicht. De zorg is echter wel nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten. De verzekerde heeft bovendien behoefte aan zorg die *voortdurend* in de nabijheid is, bijvoorbeeld omdat hij zelf vaak niet de noodzaak van zijn behoefte aan de inzet van zorg kan inschatten of omdat er vaak op ongeplande momenten zorg nodig is. In onderdeel b, onder 1°, gaat het om de verzekerde die deze behoefte hebben wegens een fysiek probleem. Hierdoor bestaat een reële verwachting dat het fysieke probleem ertoe kan leiden dat de verzekerde in de situatie zal komen dat hij niet tijdig zelf hulp in kan schakelen. Hierbij is geen sprake van regieproblemen in de zin van cognitieve problemen, maar heeft de verzekerde wél een voortdurende behoefte aan begeleiding bij, of overname van, de "zelfzorg".

"zelfzorg"

Het begrip "zelfzorg" houdt in de uitvoering van algemene dagelijkse levensverrichtingen en de persoonlijke verzorging en hygiëne, met inbegrip van de basale taken met betrekking tot de zorg die eigenlijk door de verzekerde zelf moet worden geboden. Daarbij horen bij sommige verzekerden ook de verpleegkundige zorg die de verzekerde zelf moet kunnen bieden, zoals wondverzorging of het toedienen van medicatie. Het vermogen om die handelingen zelf te verrichten kan, indien relevant, immers medebepalend zijn bij de beantwoording van de vraag of de verzekerde 24 uur per dag in de nabijheid beschikbaar moet zijn. Strikt genomen is er bij volledige overname van de zelfzorg geen sprake meer van zelfzorg, omdat niet verwacht kan worden dat de verzekerde zichzelf de zorg kan bieden. Het begrip zelfzorg geeft echter richting aan de activiteiten die moeten worden meegenomen om een verlies aan zelfredzaamheid te beoordelen. De zelfredzaamheid op deze punten, in andere woorden het vermogen om deze handelingen zelf te verrichten, is bij de verzekerden die onder onderdeel b, onder 1°, vallen, zo beperkt dat die handelingen voortdurend begeleid of overgenomen moeten worden. Problemen met betrekking tot de mobiliteit, het bewegen en verplaatsen (in en rond huis) zijn feitelijk inbegrepen.

In onderdeel b, onder 2°, gaat het om de verzekerde die een behoefte aan 24 per dag zorg in de nabijheid heeft vanwege (vooral) cognitieve beperkingen, zoals gevorderde dementie, complexe niet-aangeboren hersenletsel of een ernstige verstandelijke handicap. Net als bij de toelichting op het begrip "permanent toezicht" is gedaan, moet ook hierbij worden opgemerkt dat deze

beperkingen en aandoeningen niet op zichzelf beslissend zijn om aan te nemen dat er regieproblemen zijn die 24 uur zorg in de nabijheid noodzakelijk maken om ernstig nadeel te voorkomen. Het gaat om een weging van de omstandigheden van het individuele geval, waarbij de mate van ernst van een bepaalde beperking of aandoening mede bepalend kan zijn, maar altijd in relatie tot de andere omstandigheden. Om duidelijk te maken op welke terreinen van de zelfredzaam deze regieproblemen problemen veroorzaken, is een omschrijving van het begrip "regieproblemen" opgenomen in het tweede lid.

"regieproblemen"

Met regieproblemen wordt in onderdeel b, onder 2°, bedoeld dat de verzekerde beperkingen heeft in het vermogen om een adequaat oordeel te vormen over dagelijks voorkomende situaties. Het gaat in dit onderdeel echter niet om dagelijks voorkomende situaties (ADL), maar om de zelfredzaamheid op het gebied van bepaalde gebieden: de sociale redzaamheid, probleemgedrag, psychisch functioneren of geheugen en oriëntatie. Regieproblemen kunnen zich immers voordoen op alle terreinen van de zelfredzaamheid, zoals die onder andere onderscheiden worden door de wetenschappelijk gevalideerde International Classification of Functioning (ICF). De ICF onderscheidt de volgende gebieden: het leren en toepassen van kennis, algemene taken en eisen, communicatie, mobiliteit, zelfverzorging, huishouden, tussenmenselijke interacties en relaties, belangrijke levensgebieden (opleiding, beroep en werk, economisch leven, waaronder ook vrijwilligerswerk), en maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven. Voor de beoordeling of een verzekerde aanspraak heeft op grond van onderdeel b, onder 2°, zijn echter niet al deze gebieden relevant. Begeleiding bij de belangrijke levensgebieden, gericht op maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven zijn vooral typisch voor hulp die vanuit de Wmo kan worden geboden. Het is daarom niet zinvol om de behoefte op zorg op grond van de Wet LIZ op die gebieden te baseren. Voor de regieproblemen in de zin van onderdeel b, onder 2°, gaat het om de gebieden die ook genoemd worden in artikel 6 van het in te trekken Besluit zorgaanspraken AWBZ, namelijk "sociale redzaamheid", "probleemgedrag", "psychisch functioneren" en "geheugen en oriëntatie". Het is, in aanvulling op onderdeel b, onder 1°, juist het probleem bij de regievoering op deze gebieden dat zal maken dat een verzekerde 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig heeft en waardoor hij zelf niet in staat zal zijn om op relevante momenten hulp in te schakelen.

Bij de beide gronden van onderdeel b is sprake van een noodzaak dat de afstand tussen verzekerde en zorgverlener beperkt is. Actieve observatie is weliswaar niet permanent nodig, maar de hulp moet snel beschikbaar zijn.

Ad 3

De Wet LIZ is bedoeld om te voorzien in de behoefte aan zorg van mensen die levenslang en levensbreed op intensieve zorg zijn aangewezen. In het tweede lid is dit uitgewerkt met de formulering dat het moet gaan om een zorgbehoefte die niet alleen intensief is, maar ook blijvend, van niet voorbijgaande aard, is. Aldus wordt zorg die op genezing gericht is, zoals bijvoorbeeld revalidatiezorg, buiten het bereik van de Wet LIZ gehouden. In veel gevallen zal dit criterium inhouden dat er sprake is van een langdurige zorgbehoefte, een die een jaar of langer zal bestaan. Dit zal echter niet altijd het geval zijn, zoals bij palliatief terminale zorg. In veel gevallen zal die

zorg worden verleend aan het einde van het leven van een verzekerde die al aanspraak had op zorg als bedoeld in de Wet LIZ. In dergelijke gevallen kan de bedoelde zorg uiteraard ten laste van de Wet LIZ komen. Er zullen zich echter ook situaties voordoen waarin de betrokkene nog geen zorg ontving, dan wel door de zorgverzekeraar of de gemeente werd ondersteund. Ook in dergelijke gevallen kan palliatief terminale zorg ten laste van de Wet LIZ komen.

Ad 4

Een voor het ontstaan van het recht op zorg constitutief element is dat het CIZ in een indicatiebesluit heeft vastgesteld dat de verzekerde is aangewezen op langdurige intensieve zorg. In de AWBZ speelt het indicatiebesluit dezelfde rol (vergelijk artikel 9b, eerste lid, AWBZ). In het nemen van het indicatiebesluit, bedoeld in het eerste lid, wordt alleen bepaald of de verzekerde voldoet aan de in de in het eerste en tweede lid bedoelde criteria, en mitsdien aanspraak heeft op zorg. Welke zorg passend is, en in welke omvang die is aangewezen, wordt door de LIZ-uitvoerder bepaald om grond van artikel 3.1.3, tweede lid.

Het CIZ zal bij de beoordeling, net als in de AWBZ, uitgaan van een behoefte aan bovengebruikelijke zorg. Dit betekent dat het CIZ rekening mag houden met de dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenote geacht worden om elkaar onderling te bieden (gebruikelijke zorg). Van bovengebruikelijke zorg is pas sprake indien er (chronisch) een substantiële zorgbehoefte is die de gebruikelijke zorg te boven gaat. Het CIZ kan middels beleidsregels (die in de AWBZ op grond van de artikel 10 van het Zorgindicatiebesluit en in de LIZ op grond van artikel 21 van de Kaderwet door de Minister kunnen worden vastgesteld) invulling geven aan de wijze waarop de indicatiestelling plaatsvindt. De weging van gebruikelijke zorg zal via de beleidsregels kunnen worden meegenomen door het CIZ. Zoals ook door de Centrale Raad van Beroep bevestigd in de uitspraak van 14 augustus 2013 (ECLI:NL:CRVB:2013:1419), gaat het hier nadrukkelijk niet om een beperking van de aanspraak op zorg.

Derde lid

Het bepaalde in het derde lid komt overeen met het huidige artikel 6, vijfde lid, van de AWBZ en strekt ertoe dat de verantwoordelijkheid voor zorg in het kader van de uitvoering van een rechterlijke uitspraak bij de Minister van Veiligheid en Justitie ligt. Er wordt op dit punt geen wijziging beoogd in de huidige situatie.

Vierde lid

Op grond van het eerste lid is een indicatiebesluit bepalend voor de aanspraak op langdurige intensieve zorg. Onder omstandigheden is de zorg zo spoedeisend, dat een indicatiebesluit niet worden afgewacht. Voor die gevallen kan bij algemene maatregel van bestuur worden bepaald dat ook zonder indicatiebesluit aanspraak op zorg bestaat. De voorgestelde regeling komt overeen met het bepaald in artikel 9b, tweede lid, van de AWBZ. Op grond van dat artikel is thans in het Zorgindicatiebesluit bepaald dat de zorgverzekeraar, in situaties waarin onmiddellijke verlening van zorg als redelijkerwijs noodzakelijk is, kan besluiten dat een verzekerde zijn aanspraak op zorg gedurende ten hoogste twee weken tot gelding kan brengen, zonder dat hij beschikt over een indicatiebesluit.

Artikel 3.1.2

Eerste en tweede lid

In het eerste lid van dit artikel is, net als in artikel 9b, eerste lid, van de AWBZ bepaald dat de verzekerde bij de aanvraag zijn burgerservicenummer of, bij het ontbreken daarvan, zijn sociaal-fiscaalnummer moet vermelden. In het tweede lid is bepaald dat het CIZ de identiteit van de aanvrager controleert. Aldus is gewaarborgd dat de gegevens die het CIZ beoordeelt, betrekking hebben op de te indiceren persoon.

Derde lid

Artikel 4:2, tweede lid, Awb bepaalt dat de aanvrager de gegevens en bescheiden verschaft die voor de beslissing op de aanvraag nodig zijn en waarover hij redelijkerwijs de beschikking kan krijgen. De reden dat het voorgestelde derde lid in aanvulling daarop regels stelt over de informatieverschaffing is om vast te leggen dat het meewerken aan een onderzoek door het CIZ of de LIZ-uitvoerder wordt begrepen onder het verschaffen van informatie (vergelijk bijvoorbeeld ook artikel 27, tweede lid, van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen).

Vierde en vijfde lid

De in het vierde lid opgenomen regeling wordt voorgesteld om de mogelijkheden om fraude effectief te bestrijden te vergroten. In aanvulling op het regime van de Awb – die de behandeling van de aanvraag opschort als onvoldoende gegevens worden verschaft – wordt voorgesteld dat een aanvraag buiten behandeling wordt gelaten indiene verzekerde. In afwijking van artikel 4:5 Awb bevat het vierde lid een plicht voor het CIZ om te besluiten om de aanvraag buiten behandeling te laten. Het CIZ heeft, anders bij de gronde van artikel 4:5 AWb, geen ruimte om de aanvraag tóch in behandeling te nemen indien de verzekerde geen toestemming verleent voor het inwinnen van persoonsgegevens die voor de beoordeling van de aanvraag van belang zijn. Het vijfde lid bepaalt dat een gegeven toestemming als onherroepelijk geldt. Daardoor behoudt een eenmaal gegeven toestemming om bijvoorbeeld bij de behandelend arts informatie in te winnen zijn geldigheid. In artikel 9.1.10 is bepaald dat in een dergelijk geval de arts verplicht is de noodzakelijke informatie te verschaffen, zonder dat hij dienaangaande nog een eigen afweging kan maken.

Artikel 3.1.3

Eerste en vierde lid

In de brief over de hervorming van de langdurige zorg heeft het kabinet aangegeven dat het CIZ niet meer indiceert in zzp's, maar de zorgzwaarte bepaalt. De achtergrond hiervan was dat de zzp's, die fungeren als een taal voor de bekostiging van door zorgaanbieders verleende zorg, in de praktijk werden opgevat als een aanspraak, waarin nauwkeurig is omschreven op welke zorg in welke omvang aanspraak bestaat. Ook is in regelgeving (Regeling zorgaanspraken AWBZ en Zorgindicatiebesluit) de aanspraak gekoppeld aan de zzp's. Dit leidde onbedoeld tot claims van verzekerden die meenden dat hun minder zorg werd verleend dan waarop zij volgens het zzp 'recht hadden'. De regering acht dit ongewenst, en heeft om die reden het voornemen hierin verandering te brengen.

Aan de andere kant is de behoefte aan (door de NZa vastgestelde) prestatiebeschrijvingen als bekostigingstaal onverminderd groot. Om die reden wordt in dit artikel (vierde lid) voorgesteld dat

de LIZ-uitvoerder een besluit neemt over de aard en omvang van de aan de verzekerde te verlenen zorg. Met dit besluit geeft de LIZ-uitvoerder invulling aan zijn zorgplicht. Welk tarief vervolgens wordt gekoppeld aan te zorg is afhankelijk van de privaatrechtelijke afspraken tussen de LIZ-uitvoerders en de zorgaanbieders. Deze afspraken worden op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg getoetst door NZa op het aantal prestatiebeschrijvingen en de geldende maximumtarieven.

In de verhouding van de verzekerde met de zorgaanbieder geldt het besluit over de prestatiebeschrijving weliswaar als globale aanspraak op de benodigde zorg, maar zal een concrete invulling pas worden gegeven met het op basis daarvan opgestelde of op te stellen zorgplan.

Om de LIZ-uitvoerder in staat te stellen om dit besluit te nemen, zendt het CIZ, gelijktijdig met de bekendmaking van het besluit op grond van artikel 3.1.1, eerste lid, waarin het CIZ aangeeft dat verzekerde een aanspraak heeft op langdurige intensieve zorg, een mededeling aan de LIZ-uitvoerder van dat besluit. Bij die mededeling voegt het CIZ tevens aan dat besluit ten grondslag liggende aanvraag, en de informatie, ook waaronder gegevens betreffende de gezondheid, waarop het CIZ het besluit heeft genomen (eerste lid).

Tweede lid

Omdat de aanspraak op langdurige intensieve zorg consequenties heeft voor de ondersteuning en zorg die door gemeenten en zorgverzekeraars wordt geboden, is het zowel voor de afstemming en de overdracht als het voorkomen van dubbele verstrekkingen van belang dat die partijen op de hoogte zijn van de aanspraak op grond van deze wet. Om die reden bepaalt het voorgestelde tweede lid dat de LIZ-uitvoerder de zorgverzekeraar en de gemeente onverwijld, en niet pas na verloop van tijd, informeert over de aanspraak op grond van de Wet LIZ.

Die kennisgeving markeert de overgang van de verzekerde naar de Wet LIZ. Daarbij moet echter worden onderkend dat de LIZ-uitvoerder de zorg waarop aanspraak bestaat op grond van de Wet LIZ niet steeds onmiddellijk kan verlenen. De LIZ-uitvoerder zal zich onmiddellijk na de ontvangst van het indicatiebesluit moeten inzetten om de verzekerde op de kortst mogelijke termijn de zorg te bieden waarop deze aanspraak heeft. Bij verzekerden die ervoor kiezen thuis te blijven wonen zal de LIZ-uitvoerder met de verzekerde in gesprek gaan over de wijze en tijdstippen waarop de zorg moet worden verleend, en door welke zorgaanbieder dat moet gebeuren. Denkbaar is immers dat de verzekerde behoefte heeft aan voortzetting van (delen van) de zorg die hem vertrouwd is, of juist niet, en dat de LIZ-uitvoerder enige tijd nodig heeft de benodigde arrangementen te sluiten. Om die reden zou het onwenselijk zijn als de door de gemeente en de zorgverzekeraar geboden ondersteuning en zorg onverwijld, en zonder rekening te houden met de belangen van de verzekerde, zou komen te vervallen. Om die reden biedt artikel 2.3.9 van de Wmo 2015 een handvat om de tijdstippen waarop enerzijds de ondersteuning wordt beëindigd en de zorgverlening op grond van de Wet LIZ aanvangt, op elkaar af te stemmen.

Derde lid

De gemeente en de zorgverzekeraar behoeven de in de kennisgeving vervatte informatie voor de uitvoering van de Wmo 2015 en de zorgverzekering. Het verbod op persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid te verwerken is op grond van artikel 21 van de Wet bescherming

persoonsgegevens (Wbp) niet van toepassing op de gemeente en de zorgverzekeraar voor zover dat noodzakelijk is voor de uitvoering van de wettelijke taak van de gemeenten (artikel 21, eerste lid, onderdeel f, van die wet) en de zorgverzekeraars (artikel 21, eerste lid, onderdeel b).

Artikel 8 van de Wbp bepaalt in welke gevallen gegevensverwerking (ook zonder toestemming van de betrokkene) toelaatbaar is. Om hierover voor de uitvoering optimale duidelijkheid te scheppen is in het derde lid voorgeschreven dat voor de kennisgeving geen toestemming van de verzekerde is vereist. Voor zover dat als een afwijking van artikel 8 Wbp geldt, is deze noodzakelijk en proportioneel.

Vijfde en zesde lid

Het vijfde lid bepaalt dat de LIZ-uitvoerder het vierde lid bedoelde besluit neemt binnen vier weken na de dag na die waarop het CIZ het besluit heeft bekend gemaakt.

Het zesde lid geeft een mandaatverbod voor het door de LIZ-uitvoerder te nemen besluit over de zorgzwaarte. Nu de wetgever nadrukkelijk het indicatiebesluit splitst in een toegangsbesluit en een besluit over de precieze aanspraak (zorgzwaarte) kan beargumenteerd worden dat de aard van de bevoegdheid zich in ieder geval verzet tegen mandatering aan het CIZ (artikel 10:3 van de Awb). Om enige discussie uit te sluiten en ook mandatering aan andere partijen uit te sluiten, is gekozen voor een specifiek mandaatverbod.

Artikel 3.1.4

Eerste lid

In dit lid wordt bepaald welke zorg is begrepen in de aanspraak op langdurige intensieve zorg. Uiteraard geldt daarvoor steeds de voorwaarde dat die zorg voor de betreffende verzekerde ook noodzakelijk is. De verzekerde die bij voorbeeld geen persoonlijke verzorging nodig heeft, ontleent aan het artikel ook niet het recht daarop. Dat geldt ook voor de verzekerde die zich zelfstandig met de scooter naar de dagbesteding kan begeven; uiteraard heeft deze verzekerde geen aanspraak op vervoer. De verzekerde die een indicatie heeft voor zorg op grond van de Wet LIZ, maar geen geneesmiddelen nodig heeft, ontvangt uiteraard geen farmaceutische zorg. Dit wordt in de aanhef van artikel 3.1.4 tot uitdrukking gebracht door de formulering dat de aanspraak bestaat "voor zover de verzekerde op die zorg is aangewezen".

Bij de concretisering van de in artikel 3.1.4 genoemde vormen van zorg in het zorgplan, gaat het er met andere woorden niet om dat al die vormen daarin een plaats krijgen, maar dat daarin worden opgenomen de vormen van zorg waarop de betrokkene is aangewezen. Deze concretisering in het specifieke geval verschilt van de huidige systematiek in de AWBZ en het daarop gebaseerde Besluit zorgaanspraken, dat erop steunt dat in het indicatiebesluit steeds wordt aangegeven welke vorm van zorg in welke omvang is geïndiceerd. Het indicatiebesluit op grond van de Wet LIZ bevat die gegevens niet; concretisering geschiedt in het zorgplan.

De aanspraak op zorg kan omvatten: verblijf in een instelling, persoonlijke verzorging, begeleiding verpleging, behandeling en vervoer.

Verblijf

De verzekerde die geïndiceerd is voor langdurige intensieve zorg heeft aanspraak op verblijf in een instelling. Het verblijf omvat niet alleen de woonruimte zelf, maar ook eten en drinken en het schoonhouden van de woonruimte.

Bij verblijf in een instelling krijgt de verzekerde vaak zorg die in sterke mate samenhangt met de ruimte waarin de zorg wordt geleverd. De artikelen 8.1.6 en 8.1.7 bieden echter de mogelijkheid om de zorg ook af te nemen zonder daadwerkelijk verblijf in een instelling. In die gevallen omvat de aanspraak op verblijf derhalve niet de woonruimte. Zie ook de toelichting op de artikelen 8.1.6 en 8.1.7.

Persoonlijke verzorging, begeleiding verpleging, behandeling

Hieronder wordt hetzelfde verstaan als op dit moment onder het regime van de AWBZ. De opsomming in onderdeel is ontleend aan de artikelen 8 en 15 van het huidige Besluit zorgaanspraken.

Vervoer

In onderdeel d is de aanspraak op vervoer op overeenkomstige wijze als in artikel 10 van het Besluit zorgaanspraken neergelegd.

Tweede lid

Het tweede lid komt overeen met het huidige artikel 6, tweede lid van de AWBZ, en zal ook onder de Wet LIZ de grondslag vormen voor bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels.

Artikel 3.1.5

Dit artikel strekt er in hoofdzaak toe het volgende te regelen:

1. De verzekerde die recht heeft op zorg in natura ingevolge de Wet LIZ en het verblijf afneemt, kan kiezen uit het door de LIZ-uitvoerder gecontracteerde zorgaanbieders.
2. Zorg in natura op grond van de Wet LIZ wordt alleen verleend in Nederland of binnen de EU, EER en Zwitserland. Buiten dat gebied kan een LIZ-uitvoerder geen zorgaanbieders contracteren.
3. In uitzonderingsgevallen kan de verzekerde ten laste van de Wet LIZ kosten van zorg geheel of gedeeltelijk vergoed krijgen die wordt betrokken van een niet gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland, maar binnen de EU, EER en Zwitserland.
4. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald onder welke omstandigheden een toegekend pgb buiten Nederland kan doorlopen; hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen Europa en de rest van de wereld.

Eerste lid

Dit artikel bepaalt (net als in artikel 10, eerste lid, van de AWBZ) dat de verzekerde voor het tot gelding brengen van zijn aanspraak kan kiezen uit de door de LIZ-uitvoerder gecontracteerde zorgaanbieders. De keuzevrijheid van de verzekerde die zijn aanspraak op zorg met verblijf tot gelding wil brengen, wordt begrensd door het aanbod van door de LIZ-uitvoerder gecontracteerde instellingen. De verzekerde heeft er geen aanspraak op dat de LIZ-uitvoerder een niet gecontracteerde instelling alsnog contracteert voor verblijf. Hiermee zou immers de onlangs afgeschafte verplichting voor uitvoerders om alle zorgaanbieders die dat wensen te contracteren,

worden vervangen door een verplichting om alle aanbieders te contracteren ten aanzien waarvan de verzekerde de wens daartoe te kennen geeft. Het zonder meer voorop stellen van de wens van de verzekerde in dit opzicht, zou teveel afbreuk doen aan de doelstelling om LIZ-uitvoerders te prikkelen zorg van een zo goed mogelijke kwaliteit voor een zo laag mogelijke prijs in te kopen bij zorgaanbieders.

Tweede lid

Het huidige artikel 10 van de AWBZ is geënt op de situatie dat die wet ook aanspraken biedt op extramurale zorg. In het wetsvoorstel LIZ is echter niet langer sprake van in functies en klassen ingedeelde extramurale zorg. De Wet LIZ biedt aanspraken aan verzekerden die geïndiceerd zijn voor zeer zware zorg. Aan veel mensen zal die zorg alleen adequaat intramuraal kunnen worden geboden in een instelling. Daarnaast geeft dit wetsvoorstel de ruimte om de benodigde zware zorg waar mogelijk en gewenst ook te verkrijgen zonder de aanspraak op verblijf tot gelding te brengen. Dat doet er echter niet aan af dat de zorg op grond van de Wet LIZ wezenlijk verschilt van de extramurale zorg die bekend is uit de AWBZ.

Om die reden zal de zorg op grond van de Wet LIZ praktisch gesproken alleen in Nederland geleverd kunnen worden. LIZ-uitvoerders zullen er naar de verwachting van de regering niet toe overgaan om zorg in het buitenland te contracteren. In verband met het Europese recht is het echter niet mogelijk om het contracteren van zorg in EU-landen of landen die behoren tot de EER te verbieden. Weliswaar is de Richtlijn 2011/24/EU betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg niet van toepassing op de langdurige zorg, maar het door het EU-Werkingsverdrag geborgde vrij verkeer van diensten verzet zich tegen het instellen van een dergelijk verbod. Wel laat het Europese recht toe het contracteren van EU-zorgaanbieders te binden aan de beperking dat de zorg binnen Nederland niet tijdig verkregen kan worden en dat voorafgaande toestemming is verleend.

Voor wat betreft zorg buiten de EU en de EER ziet de regering echter geen reden om er in te voorzien dat ook buiten dat gebied zorg kan worden gecontracteerd. Het tweede lid voorziet hierin. Hiermee wordt de lijn voortgezet die ten grondslag lag aan de wet AWBZ-buitenland, waarin artikel 10 AWBZ met ingang van 1 januari 2013 werd gewijzigd.

Derde lid

Dit lid geeft een regeling voor gevallen waarin een verzekerde buiten Nederland, maar binnen het genoemde Europese gebied, in plaats van zorg de kosten van in het buitenland ontvangen zorg gerestitueerd kan krijgen. Voorwaarde daarvoor is dat de verzekerde de zorg die hij behoeft in Nederland niet kan krijgen, en dat de LIZ-uitvoerder tevoren toestemming heeft verleend. In de algemene maatregel van bestuur, te stellen op grond van dit lid, zal worden bepaald dat voor zover de zorg waarop de verzekerde op grond van deze wet aanspraak heeft spoedeisend is, binnen het grondgebied van het Europese deel van Nederland niet binnen een redelijke termijn kan worden verleend en de LIZ-uitvoerder voorafgaand aan het buiten Nederland ontvangen van de zorg daarvoor toestemming heeft verleend, recht heeft op gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten, voor zover die in de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten. Op dit moment zijn dergelijke regels gesteld in artikel 20 van het Besluit zorgaanspraken.

Vierde lid

Dit lid bepaalt dat een door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage in mindering wordt gebracht op de vergoeding die hij op grond van het derde lid ontvangt. In de AWBZ is dit geregeld in artikel 12, derde lid.

Vijfde lid

Het voorgestelde vijfde lid bepaalt in onderdeel a dat bij algemene maatregel van bestuur regels kunnen worden gesteld over de gevallen waarin en voorwaarden waaronder de verlening van een persoonsgebonden budget als bedoeld in artikel 3.1.7 buiten Nederland tijdelijk kan worden voortgezet. Thans is deze grondslag te vinden in artikel 10, derde lid, onderdeel b, van de AWBZ. Anders dan in laatstgenoemd artikel, beperkt het voorgestelde nieuwe onderdeel zich tot het pgb, omdat voor zorg in natura de eerste drie leden van artikel 3.1.5 al een regeling geven. Het voorgestelde nieuwe onderdeel brengt geen beperking aan tot tijdelijke voortzetting van het pgb binnen Europa. Opmerking hierbij verdient dat het pgb niet het karakter van een vrij besteedbare uitkering heeft, maar moet worden aangemerkt als een verstrekking in 883/2004. Een dergelijke verstrekking is niet exporteerbaar. Voorts is degene die zich in een andere land vestigt niet langer een ingezetene, en niet langer verzekerd.

Het ligt in de bedoeling bij de opstelling van de algemene maatregel van bestuur de regeling op dit punt in het Besluit zorgaanspraken als uitgangspunt te nemen. Daarin is ook het aspect van de tijdelijkheid uitgewerkt. Op de op te stellen algemene maatregel van bestuur is voor zover het dit onderdeel betreft een voorhangprocedure van toepassing, net als in artikel 10, derde lid, van de AWBZ.

In onderdeel b van het voorgestelde vijfde lid wordt de mogelijkheid gecreëerd om regels te stellen gesteld over indicatiestelling in het buitenland, net als in het huidige artikel 10, derde lid, onderdeel d, van de AWBZ.

De voorgestelde regeling verschilt daarmee op de volgende punten van artikel 10, derde lid, van de AWBZ:

1. Onderdeel a van dat lid is niet overgenomen in artikel 3.1.5. Dit onderdeel bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald wanneer een verzekerde zijn aanspraak op zorg tot gelding kan brengen bij een niet gecontracteerde aanbieder. Voor zover het gaat om verblijf kunnen verzekerden hun aanspraak slechts tot gelding brengen bij gecontracteerde aanbieders. Voor zover het gaat om de overige vormen van zorg die zijn genoemd in artikel 3.1.4, kunnen al regels worden gesteld op grond van artikel 3.1.6, vierde lid. Om die reden is dit onderdeel niet opgenomen in artikel 3.1.5, vijfde lid.
2. Onderdeel c van dat lid is evenmin overgenomen in artikel. De reden daarvoor is dat het derde lid van artikel 3.1.5 al de grondslag geeft voor bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels.
3. In het vijfde lid is als onderdeel c opgenomen de mogelijkheid bij algemene maatregel van bestuur regels te stellen over de op grond van het derde lid op de vergoeding in mindering te brengen eigen bijdrage. De AWBZ biedt daarvoor thans de grondslag in artikel 12, vijfde lid.

Artikel 3.1.6

Eerste lid

Zoals in paragraaf 2.4 van de memorie van toelichting is uiteengezet, kan zorg ingevolge de Wet LIZ ook buiten een intramurale instelling worden ontvangen. Dit draagt bij aan de keuzemogelijkheden van de verzekerde. Dit uitgangspunt, dat is neergelegd in artikel 3.1.6, geldt echter niet onverkort. Ook met zorg die op een andere plaats dan in een instelling wordt verleend, zijn aanzienlijke kosten gemoeid. De middelen daarvoor moeten besteed worden aan passende en adequate zorg. Het is met andere woorden naar het oordeel van de regering niet aanvaardbaar als zorg zonder verblijf wordt gefinancierd, indien om zorginhoudelijke redenen de kwaliteit van de zorg tekortschiet. De alternatieve 'leveringsvormen' staan in de artikelen 3.1.6 en 3.1.7. Kenmerkend voor beide alternatieve leveringsvormen is weliswaar dat er geen sprake is van daadwerkelijk verblijf in een instelling.

De leveringsvorm die nu in de AWBZ al bekend staat het "volledig pakket thuis" (VPT) is geregeld in artikel 3.1.6. Hoewel de verzekerde niet daadwerkelijk in een instelling verblijft, maar de zorg buiten de instelling "thuis" ontvangt, heeft hij op grond van het artikel 3.1.6 wel degelijk aanspraak op "verblijf" als bedoeld in artikel 3.1.4, eerste lid, onder a. Dat er geen sprake is van verblijf in een instelling doet hier niet aan af, de aanspraak op de zorg die onderdeel uitmaakt van verblijf krijgt de verzekerde dus buiten de instelling geleverd, dus met uitzondering van de woonruimte. Ook in het huidige Besluit zorgaanspraken AWBZ (artikel 14) wordt de term "verblijf" bij deze constructie niet verlaten. Het eerste lid van artikel 3.1.6 regelt dat ten aanzien van een verzekerde die een aanvraag doet om zorg zonder daadwerkelijk verblijf in een instelling te verkrijgen, de LIZ-uitvoerder kan besluiten dat de verzekerde die aanspraak op zorg tot gelding kan brengen buiten de instelling (ten huize van de verzekerde). De verzekerde doet de aanvraag ingevolge artikel 3.1.6 bij de representerende LIZ-uitvoerder. Of de aanvraag kan worden gehonoreerd is afhankelijk van de vraag of wordt voldaan aan de vereisten die in die het tweede lid zijn gesteld. Om die reden bepaalt het eerste lid van artikel 3.1.6 dat de LIZ-uitvoerder *kan* besluiten de aanvraag in te willigen. Daarmee is echter niet bedoeld aan te geven dat het een LIZ-uitvoerder bij de toepassing van artikel 3.1.6 vrij staat andere afwegingen te betrekken dan de criteria die zijn genoemd in het tweede lid.

Tweede lid

Het voorgestelde tweede lid bepaalt dat er twee gronden zijn op grond waarvan de LIZ-uitvoerder kan besluiten dat de zorg niet zonder daadwerkelijk verblijf in een instelling kan worden geboden. De eerste grond is dat de LIZ-uitvoerder op zorginhoudelijke overwegingen tot het oordeel komt dat de zorg niet op verantwoorde wijze kan worden verleend op de door de verzekerde beoogde wijze. Daarvan kan bijvoorbeeld sprake zijn als de zorg dermate complex of intensief is, dat die alleen verantwoord kan worden geboden in een setting waar gespecialiseerde zorgverleners doorlopend beschikbaar zijn of bijzondere en kostbare voorzieningen zoals een snoezelruimte of apparatuur aanwezig zijn (onderdeel a).

De tweede grond is dat de kosten van de zorg op de gekozen locatie hoger zijn dan wat die zorg zou hebben gekost indien die zou worden verleend aan een verzekerde die in een instelling verblijft. Om die vergelijking te kunnen maken wordt het zzp-tarief vergeleken met de kosten van de zorg op de beoogde locatie. Het budget wordt zal worden bepaald op basis van een

“opgeschoond” zzp-tarief, waarbij kosten die niet zien op het zorgcomponent in mindering worden gebracht. Het tweede lid biedt daarom een grondslag op bij ministeriele regeling delen van het tarief (het zzp) in mindering te brengen, waaronder de kapitaallasten. De omstandigheid dat de verzekerde eventueel genoeg zou willen nemen met minder zorg dan passend is te achten, om zodoende binnen deze norm te blijven, vormt geen aanleiding om aan een eventuele zodanige wens tegemoet te komen. Het is niet aanvaardbaar om willens en wetens ten laste van de Wet LIZ zorg te bekostigen die tekortschiet, ook niet als de verzekerde daar een voorkeur voor heeft.

Derde lid

In het derde lid wordt voorgesteld te bepalen dat aanpassingen om woonruimte geschikt te maken voor verblijf buiten een instelling, niet kunnen worden bekostigd uit de Wet LIZ.

Vierde lid

In het vierde lid is bepaald dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot dit artikel.

Artikel 3.1.7

Eerste lid

De verzekerde die de voorkeur geeft aan de inschakeling van zorgverleners die niet door LIZ-uitvoerders gecontracteerd zijn, kan die uitvoerder vragen om in plaats van zorg in natura een pgb te ontvangen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als de verzekerde wil dat personen uit de eigen sociale kring de zorg (deels) verlenen.

Anders dan bij het VPT is het bij een pgb niet mogelijk om het “verblijf” in de zin van artikel 3.1.4, eerste lid, onder a, tot gelding te brengen. Het eerste lid van artikel 3.1.7 noemt echter nadrukkelijk de mogelijkheid om het pgb te gebruiken voor huishoudelijke hulp dat een onderdeel vormt van die aanspraak op verblijf. Sinds 2009 is het op grond van de Regeling subsidies AWBZ ook al mogelijk om met een pgb huishoudelijke hulp in te kopen. Uiteraard zal de LIZ-uitvoerder, bij de bepaling van de hoogte van het benodigde budget, bezien in welke mate de verzekerde is aangewezen op de huishoudelijke hulp. Indien de gezinssituatie van de verzekerde zo is dat de huishoudelijke hulp van rekening van familie of huisgenoten moet komen, maakt huishoudelijke hulp geen deel uit van de aanspraak op grond van artikel 3.1.1, eerste lid.

Op grond van de AWBZ en de Regeling subsidies AWBZ is het voor verzekerden niet mogelijk om de aanspraak “behandeling” vanuit het persoonsgebonden budget zelf in te kopen. De inkoop van “behandeling” blijft niet mogelijk met een pgb, om de volgende redenen. De behoefte aan behandeling, zowel de specifieke behandeling als de algemene medische behandeling, is zeer slecht op voorhand in te schatten en kan enorm variëren van persoon tot persoon of bij een en dezelfde persoon in de tijd. De verstandelijk gehandicapte verzekerde kan bijvoorbeeld een belangrijke persoonlijke levensgebeurtenis (“life event”) meemaken, of in een periode komen waarin veel gezondheidsproblemen tegelijk bestaan. Het is onwenselijk dat de verzekerde dan volstaat met minder dan de noodzakelijke behandeling omdat het budget niet toereikend is. Daar komt bij dat behandeling geen zorg is die in de regels door een ander dan een professional met bepaalde vaardigheden kan worden verleend. Behandeling blijft derhalve geen onderdeel uitmaken van zorg

die met een persoonsgebonden budget ingekocht kan worden, en zal altijd als zorg in natura moet worden geboden.

Het pgb wordt aan de verzekerde in de vorm van een trekkingsrecht verleend. De verzekerde krijgt niet langer een bedrag op zijn rekening overgemaakt waaruit hij de zorgverleners zelf betaalt, maar een 'tegoed' aan zorg dat wordt beheerd door de Sociale verzekeringsbank en waaruit de zorgverleners op aangeven van de verzekerde worden betaald. De verzekerde sluit, net als in het huidige pgb, zelf overeenkomsten met de zorgverleners. Zie ook de toelichting op het achtste lid.

Tweede lid

Uit een aantal uitspraken van rechtbanken en de Centrale raad van Beroep (hierna: CRvB) is gebleken dat aan het zorgkantoor op grond van artikel 4:35, eerste lid, aanhef en onder b en c, van de Awb, niet de bevoegdheid toekwam om, ter voorkoming van oneigenlijk gebruik en fraude, een persoonsgebonden budget op voorhand te weigeren in de situatie dat de verzekerde niet in staat werd geacht om voldoende regie over de zorg en het budget te kunnen voeren (zie onder andere Rechtbank Rotterdam van 26 april 2012, LJN: BW4961). De Regeling subsidies AWBZ kende deze weigeringsgrond niet. Uit de toelichting bij artikel 4:35 van de Awb blijkt dat de aan een subsidie verbonden verplichtingen zekere capaciteiten en bekwaamheden bij de subsidieontvanger veronderstellen. In bepaalde gevallen kan het bovendien zo kan zijn dat aangenomen mag worden dat een verzekerde deze capaciteiten mist. Dit mag echter volgens de rechtspraak niet betekenen dat op voorhand wordt aangenomen dat de verzekerde het gebrek aan regie niet zou kunnen compenseren door middel van hulp van derden. De CRvB heeft in hoger beroep in die zaak bovendien aangegeven dat de kring van derden die hulp kan verlenen niet beperkt mag worden tot wettelijk vertegenwoordigers, partners of inwonende kinderen. Van belang is of de betrokken derde de capaciteiten heeft om de hulp te bieden. (CRvB 10 juli 2013, ECLI:NL:CRVB:2013:784). Het tweede lid, onder b, bepaalt dat de LIZ-uitvoerder het persoonsgebonden budget alleen verleent indien de verzekerde naar het oordeel van de LIZ-uitvoerder in staat is op eigen kracht, of met behulp van een vertegenwoordiger, gemachtigde of zaakwaarnemer, de aan het budget verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Hiermee is voor de LIZ-uitvoerder duidelijker dat het oordeel met betrekking tot de eigen regie niet alleen gebaseerd kan zijn op de capaciteiten van de verzekerde zelf, indien deze over een zaakwaarnemer beschikt.

Voorts is in het tweede lid (onderdeel c) bepaald dat de verzekerde in staat dient te zijn de functie te vervullen van 'spin in het web' rond de zorg die aan hem verleend wordt. Bij zorg in natura rust de verantwoordelijkheid voor een goede coördinatie in sterkere mate op de LIZ-uitvoerder en de zorgverleners, bij het persoonsgebonden budget is dit aan de verzekerde zelf, al dan niet met hulp van de vertegenwoordiger, gemachtigde of zaakwaarnemer. Ten slotte wordt het persoonsgebonden budget slechts verleend indien de verzekerde kan motiveren dat hij de zorg niet in natura geleverd wenst te krijgen (tweede lid, onderdeel d). Hierdoor heeft het zorgkantoor de mogelijkheid om geen pgb te verlenen als de verzekerde onvoldoende blijkt kunnen geven van zijn voorkeur voor een pgb boven de gecontracteerde zorg in natura, al dan niet via een VPT. Het gaat er om dat de verzekerde een goed geïnformeerd een beslissing kan nemen, zich heeft georiënteerd op de beschikbare zorg in natura, en daarna een weloverwogen beslissing neemt. Het

zorgkantoor kan constateren dat er geen sprake is van een motivering. Het is echter niet zo dat de LIZ-uitvoerder zich een oordeel zal vormen over de voorkeur voor een pgb, de wens van de verzekerde staat voorop. De LIZ-uitvoerder moet er enkel op toezien dat de verzekerde een bewuste keuze maakt voor een pgb (bijvoorbeeld door een bewuste keuze gesprek) en de verzekerde niet afziet van zorg in natura zonder de consequenties te onderkennen of onvoldoende geïnformeerd te zijn.

Het persoonsgebonden budget houdt ook in de Wet LIZ het karakter van een subsidie, zodat de subsidieparagraaf van de Awb van toepassing is. Dit houdt onder meer in dat ook, net als in de geldende Regeling subsidies AWBZ, de mogelijkheid bestaat om een subsidieplafond in te stellen. Dit voornemen is er niet, omdat met het onderbrengen van het persoonsgebonden budget en zorg in natura in hetzelfde budgettair kader juist wordt beoogd de prikkel bij de LIZ-uitvoerders te leggen om de pgb-kosten te beheersen, net als bij zorg in natura. Mochten evenwel toch onaanvaardbare overschrijdingen van het beschikbare budget ontstaan, dan is de instelling van een subsidieplafond als noodrem mogelijk. Het persoonsgebonden budget zou dan ook bij overschrijding van dat plafond (voor nieuwe pgb-houders) kunnen worden geweigerd.

Derde lid

Artikel 3.1.7, derde lid, geeft aan de LIZ-uitvoerder de bevoegdheid om een persoonsgebonden budget te weigeren op vier gronden. De eerste, onder a genoemde, weigeringsgrond is aan de orde, indien de LIZ-uitvoerder van oordeel is dat onvoldoende aannemelijk is dat met het persoonsgebonden budget zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. De tweede weigeringsgrond (onderdeel b) is van toepassing indien de verzekerde zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget niet heeft gehouden aan de opgelegde taken verplichtingen én de LIZ-uitvoerder van oordeel is dat de verzekerde op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, gemachtigde of zaakwaarnemer ook niet in staat zal zijn om te voldoen aan de aan het budget verbonden verplichtingen. Indien de verzekerde blijkt de gemeentelijke basisadministratie niet beschikt over een woonadres of hem rechtens zijn vrijheid is ontnomen, wordt hem eveneens een persoonsgebonden budget geweigerd (onderdelen c en d). Het gaat bij deze gronden niet om een discretionaire bevoegdheid zoals bij de weigeringsgronden van artikel 4:35 van de Awb. In enkele uitspraken van rechtbanken met betrekking tot het persoonsgebonden budget is geoordeeld dat het inperken van de discretionaire bevoegdheid die de Awb aan het subsidieverlenende bestuursorgaan biedt, zoals de bevoegdheid om het persoonsgebonden budget in bepaalde gevallen te weigeren, lager vast te stellen of terug te vorderen (de artikelen 4:35, 4:46 en 4:57 Awb), niet in lagere regelgeving tot gebonden bevoegdheden gemaakt mogen worden. De bepalingen in de Regeling subsidies AWBZ die doelbewust een dergelijke inperking van de bevoegdheden beoogden, zijn in die uitspraken niet verbindend verklaard. Ook de Centrale Raad van Beroep heeft in uitspraken van 30 januari 2008 (LJN: BC4321), 14 februari 2008 (zaaknummer 06-2863 AWBZ) en 22 september 2012 (LJN: BK5767) geoordeeld dat de in de Awb geregelde discretionaire bevoegdheid om een subsidie lager vast te stellen en terug te vorderen, niet bij ministeriële regeling tot een verplichting gemaakt mogen worden. De bepalingen in de Regeling subsidies AWBZ die de verplichtingen voorschreven waren daarom niet verbindend volgens de CRvB.

De Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State (verder: ABRvS) heeft in vergelijkbare subsidiezaken daarentegen geoordeeld dat een door de Awb geboden discretionaire bevoegdheid weliswaar inhoudt dat daar een belangenafweging aan ten grondslag dient te liggen, maar dat die belangenafweging kan worden begrensd door de desbetreffende bijzondere subsidieregeling. In een dergelijke regeling kan immers zijn bepaald dat het bestuursorgaan in bepaalde gevallen een gebonden bevoegdheid heeft. In die gevallen is voor een (aanvullende) belangenafweging geen plaats meer.

De regering stelt vast dat de met de regeling subsidies AWBZ beoogde invoering van een gebonden bevoegdheid van de uitvoerder niet het beoogde effect heeft gehad. Om die reden wordt er thans voor gekozen om de belangenafweging op het niveau van de wet zelve te beperken zodat er gebonden bevoegdheden ontstaan bij de toepassing van artikel 3.1.7, derde lid.

De in het derde lid voorgestelde specifieke regeling komt echter niet in de plaats van de regeling in artikel 4:35 van de Awb. Weliswaar wordt met de voorgestelde regeling beoogd af te wijken van het regime van de Awb op het punt van de discretionariteit, maar de voorgestelde regeling beoogt overigens slechts aan te vullen op de weigeringsgronden van de Awb. Het gaat in artikel 3.1.7, tweede lid, dus niet om een limitatieve opsomming van situaties waarin de subsidie geweigerd mag worden. Indien een weigering van een persoonsgebonden budget niet gebaseerd kan worden op artikel 3.1.7, tweede lid, maar wel een van de weigeringsgronden van artikel 4:35 van de Awb van toepassing is, kan de LIZ-uitvoerder in voorkomend geval een persoonsgebonden budget weigeren met toepassing van dat artikel.

Vierde lid

In de brief over de hervorming van de langdurige zorg van 25 april 2013 heeft het kabinet aangegeven dat een van de voorwaarden waaronder een persoonsgebonden budget mogelijk moet blijven, is dat aan het persoonsgebonden budget lagere kosten zijn verbonden dan aan zorg in natura. In dit lid wordt bepaald dat het persoonsgebonden budget ten hoogste een deel van de zorgcomponent uit een zzp bedraagt, volgens bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels.

Vijfde lid

Ook indien de verzekerde de zorg inkoop met een pgb kan de hij geen aanspraak maken op aanpassingen om woonruimte geschikt te maken voor verblijf buiten een instelling.

Zesde lid

Op grond van artikel 3.2.5 kunnen bij algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld over de wijze waarop de LIZ-uitvoerders hun zorgplicht vervullen. Die regels hebben ten doel de kwaliteit van de aan de verzekerde te leveren zorg te bewaken en te verbeteren. Waar de verzekerde zelf het persoonsgebonden budget aanwendt en de zorg niet afneemt van de LIZ-uitvoerder, zijn deze regels niet van toepassing. Weliswaar bepaalt het voorgestelde derde lid van dit artikel dat het persoonsgebonden budget wordt geweigerd indien onvoldoende aannemelijk is dat met het persoonsgebonden budget zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit, maar deze mogelijkheid heeft vooral het karakter van een noodrem waaraan de LIZ-uitvoerder kan trekken. Deze toets gaat niet zover dat de LIZ-uitvoerder voor de kwaliteit van de in te schakelen zorgverleners zou moeten kunnen instaan.

Zevende lid

Artikel 4:37 van de Awb biedt het bestuursorgaan dat de subsidie verleent de mogelijkheid om aan de subsidieontvanger verplichtingen op te leggen met betrekking in dat artikel genoemde onderwerpen. Artikel 4:38 bepaalt dat ook andere verplichtingen opgelegd kunnen worden die strekken tot verwezenlijking van het doel van de subsidie. In aanvulling op die bepalingen geeft het zevende lid van artikel 3.1.7 een grondslag om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels te stellen over:

- a. de gevallen waarin en de voorwaarden waaronder de verzekerde aan wie een persoonsgebonden budget wordt verstrekt, de mogelijkheid heeft om zorg te betrekken van een mantelzorger of een natuurlijke persoon die niet beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, of die persoon vanuit het persoonsgebonden budget te betalen;
- b) verplichtingen die aan de verzekerde worden opgelegd met betrekking tot taken van de verzekerde als werkgever of opdrachtgever die voortvloeien uit de besteding van het persoonsgebonden budget, of
- c) de gevallen waarin, onverminderd het tweede en derde lid, verzekerden worden uitgesloten van de verlening van een persoonsgebonden budget.

De op grond van dit lid gestelde regels kunnen voor verschillende categorieën van verzekerden verschillend worden vastgesteld.

Onderdeel a van het zevende lid maakt het mogelijk om voorwaarden te stellen aan de mogelijkheid om met een persoonsgebonden budget zorg te ontvangen van een mantelzorger of "niet-professionele" zorgverlener. Hierdoor is het bijvoorbeeld mogelijk om duidelijke kwaliteitseisen te stellen aan "niet-professionele" zorgverleners of om een verdere monetarisering van de mantelzorg tegen te gaan. Onderdeel b geeft een grondslag voor regels over de taken die een budgethouder krijgt in de hoedanigheid van werkgever of opdrachtgever. Met onderdeel c kunnen gevallen worden aangewezen waarin verzekerden geen persoonsgebonden budget kunnen ontvangen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij bepaalde groepen verzekerden met een intensieve zorgvraag voor wie alleen zorg in natura bij specifieke instellingen beschikbaar is en voor wie geen kwalitatief verantwoorde zorg thuis kan worden geboden. Het betreft voornamelijk verzekerden die een behoefte hebben aan een integraal zorgpakket waarbij behandeling een relatief groot en ook onlosmakelijk onderdeel vormt van de overige zorg. In de huidige Regeling subsidies AWBZ zijn bepaalde cliëntengroepen reeds uitgesloten van een persoonsgebonden budget.

Achtste lid

Om redenen van uniformiteit en doelmatigheid en ter voorkoming van fraude is ervoor gekozen de betaling van de door de LIZ-uitvoerders verleende budgetten centraal te doen plaatsvinden door de Sociale Verzekeringsbank. Dit brengt met zich dat LIZ-uitvoerders de SVB informatie zullen moeten verstrekken omtrent de verleende budgetten en dat de SVB aan de LIZ-uitvoerders rekenschap zal moeten afleggen over de uitvoering. Het achtste lid regelt deze centrale uitvoering.

Artikel 3.1.8

Eerste en derde lid

Het huidige artikel 6, vierde lid, van de AWBZ bepaalt dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat de aanspraak op zorg slechts tot gelding kan worden gebracht indien de verzekerde bijdraagt in de kosten daarvan, en dat de bijdrage kan verschillen naar gelang de groep waartoe de verzekerde behoort en de zorg die verstrekt wordt, en mede afhankelijk kan worden gesteld van het inkomen en het vermogen van de verzekerde en diens echtgenoot. In het voorgestelde eerste lid van artikel 3.1.8 is deze regeling overgenomen, met dien verstande dat een formulering wordt voorgesteld die buiten twijfel stelt dat de eigen bijdrage het totaal van de zorgkosten kan belopen. Dit biedt de mogelijkheid om, indien 's lands financiën dat vereisen, kostendekkende eigen bijdragen te vragen van verzekerden die over toereikende financiële middelen beschikken om dat te kunnen opbrengen. De regering is overigens op dit moment voornemens de in het Bijdragebesluit zorg opgenomen regels als uitgangspunt te hanteren bij de opstelling van de algemene maatregel van bestuur. Op deze algemene maatregel van bestuur zal, net als in de AWBZ (artikel 6, zesde lid) een voorhangprocedure van toepassing zijn.

Aldus biedt de Wet LIZ dekking tegen het risico dat een verzekerde is aangewezen op de kosten van langdurige intensieve zorg, in de mate waarin hij de kosten volgens bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels niet zelf kan dragen. Deze vormgeving verzet zich niet tegen het karakter van de Wet LIZ als volksverzekering waarin risico's collectief worden gedekt en waarvoor een inkomensafhankelijke premie wordt geheven van alle ingezetenen. Ook de verzekerde die op enig moment over de middelen beschikt om de kosten van de aanspraak op zorg zelf te betalen, kan in de situatie komen dat hij dat niet langer kan.

Doordat wordt aangegeven dat de hoogte van de eigen bijdrage kan verschillen afhankelijk van de zorg die wordt verstrekt, kan de eigen bijdrage niet alleen verschillen naar aard en omvang van de zorg, maar ook naar leveringsvorm. Hierdoor is het mogelijk om de eigen bijdrage voor zorg in natura te laten verschillen van de eigen bijdrage voor een VPT of voor een pgb.

Artikel 3.1.9

In dit lid wordt een regeling voor tijdelijke overbruggingszorg voorgesteld voor verzekerden die geïndiceerd zijn voor de Wet LIZ en nog thuis wonen, maar intramuraal verblijf wensen, en voor wie dat verblijf echter nog niet beschikbaar is omdat de betreffende zorgaanbieder een wachtlijst heeft. De verzekerde kan in dit geval de zorg thuis geleverd krijgen. De LIZ-uitvoerder heeft op grond van het voorgestelde tweede lid de ruimte om gedurende een redelijke termijn soepelheid te betrachten, indien de reguliere toepassing van artikel 3.1.6 tot de conclusie zou leiden dat goede zorg thuis niet mogelijk is, of slechts tegen hogere kosten.

Bij ministeriële regeling kunnen hier nadere regels over worden gesteld.

Artikel 3.1.10

Dit artikel komt overeen met het huidige artikel 7 van de AWBZ. Voor de in dit artikel genoemde personen wordt geen wijziging voorgesteld.

Artikel 3.1.11

Dit artikel komt in grote mate overeen met het huidige artikel 9, derde lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Het eerste lid geeft de echtgenoot en de personen die daarmee zijn gelijkgesteld krachtens artikel 1.1.2, het recht om met de partner met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking mee te verhuizen naar een instelling, ondanks het feit dat deze persoon zelf geen aanspraak heeft op langdurige intensieve zorg. Hierdoor wordt voorkomen dat gehuwden en partners gescheiden van elkaar moeten gaan leven om het enkele feit dat één van hen naar een instelling moet verhuizen om de benodigde zorg te krijgen. De aanspraak blijft voor de meeverhuizende persoon beperkt tot het verblijf en omvangt dus niet de daarmee samenhangende zorg.

In artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ wordt bepaald dat de echtgenoot zijn aanspraak op verblijf in die instelling behoudt in het geval de echtgenoot met een indicatiebesluit komt te overlijden of naar een andere instelling verhuist. Deze aanspraak blijft ook ongewijzigd.

Artikel 3.2.1

Dit artikel komt voor een belangrijk deel overeen met hetgeen geregeld is in artikel 6, derde lid, en artikel 15 van de AWBZ.

Eerste lid

Het eerste lid draagt LIZ-uitvoerders op ervoor te zorgen dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraken op zorg tot gelding kunnen brengen. Zij doen dat door zorg in te kopen ten behoeve van hun verzekerden.

Het is de taak van LIZ-uitvoerders om binnen de door de overheid vastgestelde financiële kaders te voorzien in de zorgvraag van hun verzekerden door hen zorg te bieden van goede kwaliteit voor een daarbij aansluitende prijs. Daarbij past niet dat op LIZ-uitvoerders de verplichting zou blijven rusten om te contracteren met alle zorgaanbieders die de wens daartoe te kennen geven.

Omgekeerd is het dan ook niet langer aangewezen om zorgaanbieders te verplichten met alle LIZ-uitvoerders die daarom verzoeken een contract af te sluiten. Om die reden zijn de artikelen 16b en artikel 16c van de AWBZ, waarin de zogenaamde contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht waren geregeld, niet overgenomen in dit wetsvoorstel. Uiteraard laat dit de verplichting van de LIZ-uitvoerder om op grond van artikel 15 zorg te contracteren, onverlet; de keuze welke zorgaanbieders worden gecontracteerd is echter vrij.

Tweede lid

In het tweede lid, gelijk aan artikel 15, eerste lid, van de AWBZ, geregeld dat de LIZ-uitvoerder overeenkomsten moet sluiten met zorgaanbieders. Voor een overeenkomst zijn ten minste twee partijen nodig: de verplichting om een overeenkomst af te sluiten indien aan de voorwaarden van dat artikel is voldaan, richt zich uiteraard alleen tot de LIZ-uitvoerder en niet tot de zorgaanbieder.

Derde lid

In het voorgestelde derde lid wordt bepaald dat een overeenkomst een maximale duur van vijf jaar heeft, net als is bepaald in artikel 15, tweede lid van de AWBZ.

Vierde en vijfde lid

Deze leden komen overeen met het huidige derde en vierde lid van artikel 15 van de AWBZ.

Zesde lid

Het vijfde lid bepaalt dat de verzekerde aanspraak behoudt op ononderbroken voortzetting van de gecontracteerde zorg, indien de betreffende zorgaanbieder niet opnieuw wordt gecontracteerd. Deze bepaling is met name van grote betekenis voor verzekerden die intramuraal in een instelling verblijven, dan wel jarenlang extramurale zorg hebben ontvangen van een zorgaanbieder die tevoren was gecontracteerd door de LIZ-uitvoerder. Het zesde lid regelt, anders dan artikel 15, vijfde lid, van de AWBZ dat bij voortzetting van de zorg op grond van het zesde lid bij ministeriële regeling kan worden bepaald onder welke voorwaarden die voortzetting geschiedt. Het is mogelijk dat de aard, omvang of de prijs van de zorg zodanig verandert, dat het handhaven van de oorspronkelijke voorwaarden van de overeenkomst niet langer in het belang van de verzekerde zou zijn en dat toch enige bijstelling noodzakelijk is. Het zesde lid geeft daarvoor een wettelijke grondslag.

Zevende lid

Op grond van dit lid kunnen ministeriële regels worden gesteld die erop gericht zijn dat de LIZ-uitvoerder de verzekerde informeert over de gecontracteerde zorgaanbieders. Dit geeft verzekerden een aanknopingspunt om invloed uit te oefenen op het beleid van de LIZ-uitvoerder (zoals ook artikel 4.1.6, eerste lid, onderdeel b beoogt).

Artikel 3.2.2

Het eerste en derde lid van dit artikel komen overeen met artikel 16 van de AWBZ.

Het tweede lid bepaalt dat de overeenkomsten tevens bepalen dat door de zorgaanbieder verleende zorg die niet is overeengekomen, niet wordt vergoed. Ook dit is in de praktijk usance. Dit dempt de prikkel tot meer productie. Deze praktijk is een belangrijk onderdeel van het in de praktijk gegroeide model van kostenbeheersing via de regionale contracteerruimte. Om die reden wordt voorgesteld dit in de wet te verankeren.

Artikel 3.2.3

Eerste lid

Het voorgestelde lid regelt dat de minister voor bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen zorg voor een bij die maatregel te bepalen duur LIZ-uitvoerders, representanten, kan aanwijzen die de overige LIZ-uitvoerders vertegenwoordigen bij de uitvoering van de wet. Deze bepaling bestendigt de bestaande praktijk waarin op regionaal niveau zorg wordt ingekocht binnen de door de NZa vastgestelde regionale contracteerruimte.

De aanwijzing door de minister van LIZ-uitvoerders als 'representant' op grond van artikel 3.2.3 voor de in dit artikel genoemde taken, is tijdelijk van karakter. Het artikel laat toe dat van de aanwijzingsbevoegdheid in dit artikel geen gebruik wordt gemaakt. Uitgangspunt van de regering is echter dat het wel nodig zal zijn om de aanwijzingsbevoegdheid te gebruiken, omdat het systeem van regionale contracteerruimtes dat vereist en het dus nodig is voor de budgettaire beheersing.

In elke regio zal één representant worden aangewezen. De representant bindt niet zichzelf jegens de zorgaanbieders, maar de LIZ-uitvoerders die in de regio door hem vertegenwoordigd worden. De Minister stelt vast waar de regiogrenzen lopen.

De aan de representant opgedragen taken beperken zich niet tot zorginkoop, maar hebben tevens betrekking op de vaststelling van de aard en omvang van de te verlenen zorg, alsmede de administratie en controle, (laten) doen van betalingen en het optreden in juridische procedures. Ook uit artikel 13.3.2 vloeien verplichtingen voort voor de representant.

Wat betreft het opdracht geven tot betalingen nog het volgende. LIZ-uitvoerders zijn rechtspersonen die een bij of krachtens de wet geregelde taak uitoefenen en daartoe geheel of gedeeltelijk worden bekostigd uit de opbrengst van bij of krachtens de wet ingestelde heffingen, als bedoeld in artikel 91, eerste lid, onderdeel d van de Comptabiliteitswet 2001. Artikel 45, eerste lid, van de Comptabiliteitswet 2001 maakt het mogelijk dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur LIZ-uitvoerders worden aangewezen die ten behoeve van een doelmatig en risico-arm kasbeheer hun liquide middelen rentedragend aanhouden in 's Rijks schatkist ('schatkistbankieren').

De algemene maatregel van bestuur die op grond van dit artikel is vastgesteld, is het Aanwijzingsbesluit rechtspersonen met een beperkte kasbeheerfunctie. Op grond van artikel 4, eerste lid, van dit besluit kunnen LIZ-uitvoerders worden aangewezen die schatkistbankieren. Van deze bevoegdheid zal in de toekomst gebruik worden gemaakt door het treffen van een besluit van de minister van Financiën in overleg met de staatsecretaris van VWS.

Tweede lid

Na de aanwijzing door de minister van een representant, kan de LIZ-uitvoerder waarbij de verzekerde is ingeschreven, niet meer zelf uitvoering geven aan de taken die aan de representant zijn opgedragen. Hiermee vervult de representant een rol die vergelijkbaar is met die van het huidige zorgkantoor. Anders dan nu, zijn echter niet langer door zorgverzekeraars aan de zorgkantoren gegeven volmacht en mandaat voor nodig.

Derde lid

De aangewezen LIZ-uitvoerder voert de in het eerste lid genoemde taken uit namens de LIZ-uitvoerders bij welke de verzekerden zijn ingeschreven. Om die reden is in het derde lid bepaald dat de representant aan de LIZ-uitvoerders verslag doet over de uitvoering. Bij het verslag verantwoordt de representant zich jegens de LIZ-uitvoerders.

Artikel 3.2.4

Dit artikel komt overeen met artikel 16a van de AWBZ.

Artikel 3.2.5

Dit artikel geeft de grondslag om bij algemene maatregel van bestuur regels te kunnen stellen over de wijze waarop de LIZ-uitvoerders de op hen rustende zorgplicht vervullen. Die regels kunnen betrekking hebben op:

a. ondersteuning van verzekerden en zorgbemiddeling,

- b. zorginkoop, en
- c. kwaliteit van zorg.

De regering acht het van belang dat LIZ-uitvoerders meer als een adequaat en herkenbaar aanspreekpunt gaan fungeren voor hun verzekerden. Wat betreft de onderdelen a en b ligt het voornamelijk niet in de bedoeling om gebruik te maken van de bevoegdheid tot het stellen van regels.

Onderdeel a

Wat betreft onderdeel a, de ondersteuning van verzekerden, wordt opgemerkt dat die taak is belegd bij de LIZ-uitvoerder bij welke de verzekerde is ingeschreven, en niet bij de ingevolge artikel 3.2.3 aangewezen representant.

Gelet op de groep kwetsbare mensen voor wie deze wet bedoeld is, kan – en zal – zich de situatie voordoen dat de verzekerde gelet op zijn beperkingen geen goed beeld heeft van zijn mogelijkheden en beperkingen, en evenmin goed de reikwijdte kan overzien van de zorg waarop hij is aangewezen. Het is evenzeer denkbaar dat de verzekerde daarover niet goed kan communiceren.

Zowel bij de indicatiestelling voor aanspraken op grond van deze wet, of bij de opstelling van het zorgplan of de bijstelling ervan op grond van de opgedane ervaringen, kan de verzekerde onder omstandigheden behoefte hebben aan ondersteuning die eraan bijdraagt dat hij daadwerkelijk passende zorg verkrijgt, die zo goed mogelijk op de concrete zorgbehoefte is afgestemd.

In veel gevallen laat de verzekerde zich bijstaan, of zich vertegenwoordigen, door een partner, ouder, broer of zus of een andere persoon die hem helpt zijn belangen te behartigen. In gevallen waarin dergelijke mogelijkheden niet beschikbaar zijn, en de betrokkene niet in staat is zijn belangen zelf adequaat waar te nemen, kan de rechter op vordering van de officier van justitie een mentor benoemen die hem kan bijstaan. De vertegenwoordiger of zaakwaarnemer kan daarbij ook de belangen van de verzekerde met betrekking tot zorg behartigen.

Indien de cliënt geen ondersteuning uit de kring van familie of naasten heeft, en voor aanwijzing van een wettelijke vertegenwoordiger geen of onvoldoende aanleiding bestaat, kan de cliënt die daaraan behoefte heeft desgevraagd ondersteund worden bij het geldend maken van zijn wettelijke aanspraak. Die ondersteuning kan de vorm aannemen van informatie, advies of betrokkenheid bij de indicatieprocedure en de op- of bijstelling van het zorgplan.

Bij de vraag welke partij die ondersteuning het beste zou kunnen geven, wordt onderscheid gemaakt tussen de indicatiestelling en de verlening van zorg waarop ingevolge de wet aanspraak bestaat.

Indien een cliënt nog niet geïndiceerd is voor zorg op grond van deze wet, staat nog niet vast dat de LIZ-uitvoerder zorg zal leveren. Op zichzelf kan bijstand aan de cliënt bij de indicatiestelling, aangezien dat onderzoek noodzakelijkerwijs vooraf moet gaan aan het aanspraak maken op zorg, worden beschouwd als ondersteuning bij het tot gelding maken van de aanspraak op zorg.

In veel gevallen zal het gaan om mensen die bij de gemeente, die de Wmo uitvoert, bekend zijn. Op grond van artikel 2.2.2 van de Wmo is de gemeente er verantwoordelijk voor dat bijstand beschikbaar is in de vorm van informatie en advies. Indien er ten aanzien van een Wmo-cliënt indicaties zijn dat deze niet meer door de gemeente kan worden geholpen, maar is aangewezen op

verblijf in een intramurale instelling, ligt het voor de hand dat eventuele ondersteuning rond de indicatie voor intramuraal verblijf wordt geleverd door de gemeente.

Indien het gaat om mensen die al geïndiceerd zijn voor intramurale zorg, en behoefte hebben aan ondersteuning rond de opstelling van het zorgplan, is de LIZ-uitvoerder de gerede partij.

De regering is vooralsnog niet voornemens hierover bij algemene maatregel van bestuur regels te stellen, omdat er voldoende instrumenten zijn om zonder aanvullende regelgeving in de behoefte van betrokkenen te voorzien.

Onderdeel b

Ook wat betreft onderdeel b, de zorginkoop, is er op dit moment geen voornemen tot regeling. De regering heeft geconstateerd dat zich in regio's verschillen van betekenis voordoen bij de zorginkoop. Een optimale inzet van de financiële middelen vergt dat er meer uniformering en standaardisering wordt bereikt bij het contracteerbeleid. Dat maakt een verbetering van de prestaties van LIZ-uitvoerders mogelijk, en geeft ook meer handvatten voor vergelijking tussen die uitvoerders en de ontwikkeling van best practices.

Onderdeel c

De LIZ-uitvoerders zijn op het terrein van de kwaliteit van zorg actief in de relatie met zowel de zorgaanbieders als met de verzekerden. Waar het om gaat is dat de LIZ-uitvoerder in het belang van de verzekerden kan beoordelen welke kwaliteitsaspecten voor de verzekerden het zwaarst wegen. Kwaliteitsaspecten kunnen onder meer zijn dat de zorg wordt afgestemd op de behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de verzekerde en de wijze waarop bij de zorgverlening mantelzorgers en andere vrijwilligers betrokken kunnen worden. Het ligt daarbij voor de hand dat de LIZ-uitvoerders inzicht verwerven en behouden in de mate van tevredenheid van verzekerden over de aan hen op grond van deze wet verleende zorg. Tevens kan het van belang zijn dat wordt gestimuleerd dat een gedifferentieerd aanbod van door zorgaanbieders te verlenen zorg tot stand komt. Ook daar kunnen regels over worden gesteld. Pas als de uitvoerder dat weet, is hij in staat om met de zorgaanbieders goede afspraken te maken die aan de behoefte van de verzekerden tegemoet komen, en daarin te kunnen differentiëren. Om hierin voortgang te kunnen boeken wordt overwogen op hoofdlijnen richtinggevende regels te stellen.

HOOFDSTUK 4

Artikel 4.1.1

Eerste, tweede, derde en vierde lid

De eerste drie leden van dit artikel zijn ontleend aan artikel 33 van de AWBZ. In de huidige AWBZ vindt de uitvoering van de wet plaats door een zorgverzekeraar die zich aanmeldt voor de uitvoering. De zich aanmeldende zorgverzekeraar is onderworpen aan toezicht op grond van de Wft. Dit wetsvoorstel wijzigt die situatie. De rechtspersoon die zich aanmeldt voor de uitvoering van de Wet LIZ is immers geen zorgverzekeraar, maar een andere rechtspersoon. Daaruit vloeit voort dat de beoordeling dat die rechtspersoon op zijn taak is berekend (anders dan in de huidige situatie) nog niet heeft plaatsgevonden in het kader van de Wft. Deze beoordeling, die het karakter heeft van een toelatingsbeslissing, dient derhalve alsnog te geschieden. De rechtspersoon die zich

aanmeldt, kan de Wet LIZ niet eerder uitvoeren dan nadat de NZa heeft vastgesteld dat de rechtspersoon in voldoende mate is voorbereid op de uitvoering van de wet. Voor die beoordeling door de NZa zullen bij algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld.

Vijfde lid

De voorgestelde artikelen 4.1.1, vijfde lid, 4.1.2, tweede lid en de artikelen 25, vierde lid, en 30, tweede lid, van de Zvw (artikel 12.3, onderdelen D en E) geven de mogelijkheid bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dat – kort gezegd – een zorgverzekeraar alleen zorgverzekeringen kan aanbieden als hij in een groep zit met een LIZ-uitvoerder, en – omgekeerd – een LIZ-uitvoerder alleen de Wet LIZ kan uitvoeren als deze in een groep zit met een zorgverzekeraar. Deze algemene maatregel van bestuur kan en zal alleen worden vastgesteld indien het algemeen belang dat vereist. Een verplichting van zorgverzekeraars om tot een groep te behoren waarvan ook een LIZ-uitvoerder deel uitmaakt, beperkt de vrijheid van vestiging en het vrij verkeer van diensten. Een dergelijke beperking is op grond van de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen alleen aanvaardbaar, indien het algemeen belang dat vergt en de betreffende voorschriften noodzakelijk en proportioneel zijn.

De regering verwacht niet dat het stellen van dergelijke voorschriften noodzakelijk zal zijn, maar acht het wel aangewezen dat daartoe zo nodig kan worden overgegaan.

Zesde en zevende lid

Het voorgestelde zesde en zevende lid van artikel 4.1.1 regelen dat beleidsbepalende personen (bestuurders en sleutelfunctionarissen) deskundig en betrouwbaar moeten zijn. De tekst van deze leden, en van het voorgestelde artikel 31a van de Wmg, is in belangrijke mate afgestemd op de artikelen 2:31, 3:8 en 3:9 van de Wft. DNB houdt toezicht op de naleving van de Wft door zorgverzekeraars. Omdat de Wft niet van toepassing is op LIZ-uitvoerders, is voorzien in vergelijkbare eisen. Ook onder het regime van de Ziekenfondswet (Zfw), die tot 1 januari 2006 van kracht was, werden eisen gesteld aan de deskundigheid en betrouwbaarheid van de beleidsbepalende personen.

Anders dan in het systeem van de Zfw, waar een ziekenfonds alleen werd toegelaten als de deskundigheid en betrouwbaarheid naar het oordeel van het CVZ waren gewaarborgd, en anders dan in het systeem van de Wft, waar het oordeel van DNB over de deskundigheid en betrouwbaarheid van belang is voor de afgifte van een vergunning, kende de AWBZ geen toelatingsbeslissing. Hierin komt thans wijziging.

De rechtspersoon die de AWBZ wil uitvoeren is op grond van artikel 4.1.1 gehouden daarvan een melding te doen aan de NZa. Deze melding kan de LIZ-uitvoerder alleen doen als hij ervoor heeft zorg gedragen dat de te benoemen personen aan de geldende eisen voldoen. Deze verplichting blijft ook na de melding van toepassing bij nieuwe benoemingen.

De NZa houdt toezicht op de naleving van de wet door LIZ-uitvoerders. De naleving van artikel 4.1.1 maakt daarvan uiteraard onverkort deel uit. Artikel 78 Wmg maakt het mogelijk dat de NZa een aanwijzing geeft aan een LIZ-uitvoerder die niet voldoet aan het bepaalde bij of krachtens deze wet. Bij niet naleving van de aanwijzing beschikt de NZa over verdergaande mogelijkheden tot handhaving (artikelen 80 en 84 Wmg), waaronder het opleggen van een last onder dwangsom. Op grond van het voorgestelde artikel 31a van de Wmg zullen bij algemene maatregel van bestuur

regels worden gesteld over de wijze waarop de betrouwbaarheid van de betrokken personen wordt vastgesteld. Het ligt in de bedoeling de in deze algemene maatregel van bestuur op te nemen regels te enten op het bepaalde in Hoofdstuk 2 van het Besluit prudentiële regels Wft. Aldus wordt bereikt dat in dit opzicht voor zorgverzekeraar en LIZ-uitvoerders dezelfde eisen gelden.

Artikel 4.1.2

Dit artikel is de tegenhanger van artikel 4.1.1. waar artikel 4.1.1 regels stelt over de toelating van een LIZ-uitvoerder, heeft artikel 4.1.2 betrekking op de beëindiging van de uitvoering van de Wet LIZ op verzoek van de uitvoerder.

Eerste en vierde lid

In het eerste lid is geregeld dat de LIZ-uitvoerder de uitvoering van de wet niet rauwelijks kan staken, maar het voornemen tot beëindiging van de uitvoering aan de NZa moet melden. Dit geeft de mogelijkheid tot het treffen van de nodige maatregelen om in de zorg van de bij de LIZ-uitvoerder ingeschreven verzekerden te kunnen blijven voorzien. Op grond van het vierde lid kan de LIZ-uitvoerder met inachtneming van bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels worden verplicht de uitvoering te continueren zolang las voor een goede afwikkeling nodig is.

Tweede lid

Voor de toelichting bij dit lid wordt verwezen naar de toelichting bij artikel 4.1.1, vijfde lid.

Derde lid

In dit lid is geregeld dat de (procedurele) verplichtingen die op de aanmelding van toepassing zijn, eveneens van (overeenkomstige) toepassing zijn bij de afmelding.

Artikel 4.1.3

De LIZ-uitvoerder heeft de hoedanigheid van een (privaatrechtelijk) zelfstandig bestuursorgaan. Artikel 4.1.3 bepaalt dat de LIZ-uitvoerder geen andere taken verricht dan de bij of krachtens de wet opgedragen taken. Het is om reden van transparantie en financiële inzichtelijkheid ongewenst dat de uitvoering van de wettelijke taak van de LIZ-uitvoerder en de daarmee gemoeide geldstromen vermengd worden met bijvoorbeeld de uitvoering van de Zvw of de aanvullende verzekering, die in andere rechtspersonen binnen de groep plaatsvindt. Het is de LIZ-uitvoerder dan ook niet toegestaan in mandaat andere taken te verrichten. Op grond van het tweede lid kan Onze Minister goedkeuren dat een LIZ-uitvoerder in mandaat taken van een andere LIZ-uitvoerder verricht. Bij ministeriële regeling zal worden bepaald op welke gronden de goedkeuring kan worden onthouden.

Artikel 4.1.4

Dit artikel komt overeen met artikel 34 van de AWBZ. In paragraaf 7.1 van de memorie van toelichting wordt aandacht besteed aan de mogelijkheden om de doelmatigheid van de uitvoering te verbeteren.

Artikel 4.1.5

Het voorgestelde artikel bepaalt dat de LIZ-uitvoerder ter zake van de uitvoering van deze wet een administratie voert die gescheiden is van de overige activiteiten die plaatsvinden in de groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, waartoe de LIZ-uitvoerder behoort. De reden van deze wijziging ten opzichte van het huidige artikel 35 AWBZ is, dat laatstgenoemd artikel ervan uitgaat dat de zorgverzekeraar zowel zorgverzekeringen aanbiedt als de AWBZ uitvoert. Omdat de uitvoering van Zvw en Wet langdurige intramurale zorg als gevolg van het onderhavige wetsvoorstel in verschillende rechtspersonen dient plaats te vinden, is dit niet langer aan de orde.

Artikel 4.1.6

Met dit artikel wordt aan de invloed van verzekerden op het beleid op dezelfde wijze invulling gegeven als in artikel 28 van de Zorgverzekeringswet. Invloed van verzekerden op het beleid bij de uitvoering van de verzekering, is een belangrijk uitgangspunt van de sociale verzekering. Dit uitgangspunt is neergelegd in verscheidene door Nederland geratificeerde internationale verdragen die normen stellen over de vorm en inhoud van de sociale verzekering. Het betreft de ILO-verdragen nrs. 102 (Verdrag betreffende minimumnormen van sociale zekerheid), 121 (Verdrag betreffende uitkeringen bij bedrijfsongevallen en beroepsziekten) en 130 (Verdrag betreffende de geneeskundige verzorging en uitkeringen bij ziekte) en de Europese Code inzake sociale zekerheid van de Raad van Europa.

Voor de huidige zorgverzekeraars is dit uitgangspunt verwoord in de Zvw door het voorschrift dat zorgverzekeraars in de statuten waarborgen bieden voor een redelijke mate van invloed van de verzekerden op het beleid. Dit wetsvoorstel voorziet erin dat ook in de AWBZ voor de realisering van dit uitgangspunt een bepaling wordt opgenomen.

Artikelen 4.2.1 en 4.2.2

Deze artikelen komen overeen met de huidige artikelen 36 en 37 van de AWBZ. Op grond van artikel 3.2.3, eerste lid, onderdeel a, is de aangewezen LIZ-uitvoerder de rechtspersoon die tot naleving is verplicht.

Artikel 4.2.3

Aangezien de activiteiten van de LIZ-uitvoerder niet kunnen worden aangemerkt als verzekeren in de zin van de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen, en de LIZ-uitvoerder geen schadeverzekeraar is, is de Wft niet van toepassing. Daarom luidt het voorgestelde artikel anders dan artikel 39 van de AWBZ. Het voorgestelde eerste lid van artikel 4.2.3 komt overeen met de tekst van artikel 49 van de AWBZ, zoals dat voor de inwerkingtreding van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 luidde.

Het toezicht is erop gericht te voorkomen, dat een LIZ-uitvoerder niet aan zijn verplichtingen kan voldoen. Desalniettemin kan een faillissement van een LIZ-uitvoerder nooit helemaal worden uitgesloten. Het sociale karakter van de LIZ komt onder meer hierin naar voren, dat artikel 4.2.3 bepaalt dat in dit soort gevallen het Zorginstituut de vorderingen die de verzekerden op de LIZ-uitvoerder heeft, volledig voldoet. Dit geldt ook voor de vorderingen die zorgaanbieders op de LIZ-uitvoerder hebben. De reden hiervoor is, dat de LIZ-uitvoerders hun verzekerden zorg laten

leveren door door die LIZ-uitvoerders gecontracteerde zorgaanbieders en dat die zorgaanbieders hun rekeningen direct aan de LIZ-uitvoerder zenden. In dat licht bezien is het logisch, dat als de LIZ-uitvoerder niet meer bij machte is te betalen, de vorderingen van de zorgaanbieders alsnog door het Zorginstituut worden voldaan.

HOOFDSTUK 5

Artikelen 5.1.1, 5.1.2 en 5.1.3

Deze artikelen over de taken van het Zorginstituut komen overeen met de artikelen 41, 42, 43 en 47 van de AWBZ. Een wijziging wordt niet beoogd.

Artikelen 5.2.1, 5.2.2 en 5.3.3

Deze artikelen over de planning, financiering en verslaglegging van en door het Zorginstituut komen overeen met de artikelen 45 en 46 van de AWBZ, met dien verstande dat daarin de wijzigingen zijn verwerkt die de Veegwet VWS 2012 in deze artikelen aanbrengt. Tot die wijzigingen behoort een nieuw artikel 44a AWBZ. Dat artikel is opgenomen als artikel 5.1.1.

HOOFDSTUK 6

Dit hoofdstuk komt overeen met Hoofdstuk VII van de AWBZ, dat met ingang van 1 januari 2013 in werking is getreden.

In artikel 6.1.2 is in combinatie met de artikelen 13.2.1 tot en met 13.2.3 rekening gehouden met het vervallen van de tegemoetkomingen en uitkeringen, bedoeld in artikel 49, onderdelen d en e, van de AWBZ. In artikel 6.1.2 is ten opzichte van de AWBZ ook een taak toegevoegd, namelijk de vaststelling en inning van de ouderbijdrage op grond van de Jeugdwet.

In artikel 6.2.6 worden op het CAK dezelfde verplichtingen tot het opstellen van een financieel verslag en een uitvoeringsverslag gelegd, die ook op LIZ-uitvoerders van toepassing zijn. Ook deze wijziging vloeit voort uit de wijziging van artikel 37 van de AWBZ in de Veegwet VWS 2012.

HOOFDSTUK 7

Artikel 7.1.1

Het CIZ bezit rechtspersoonlijkheid en kan dus aan het civielrechtelijke rechtsverkeer deelnemen. Hierdoor kan het CIZ onder meer ook zelfstandig personeel aannemen en bezittingen en schulden hebben. Artikel 7.1.1, eerste lid, bepaalt dat het CIZ rechtspersoonlijkheid heeft, zodat het CIZ een publiekrechtelijk zbo is. Het tweede lid geeft een bevoegdheid aan de Minister van VWS om de vestigingsplaats te bepalen. Dit maakt het mogelijk om de vestigingsplaats van het CIZ eventueel ook zonder wetswijziging te wijzigen. Momenteel is het CIZ gevestigd in Driebergen. Momenteel bestaat geen aanleiding om de vestigingsplaats van het CIZ te wijzigen.

Hoofdstuk 2 van de Kaderwet zbo's geeft enkele bepalingen omtrent de vormgeving van publiekrechtelijke zbo's zoals het CIZ. Het onderhavige wetsvoorstel bevat hierdoor zelf geen bepalingen over onder meer benoeming en ontslag van leden of over hun nevenfuncties. De Minister van VWS heeft reeds op grond van artikel 12 van de Kaderwet de bevoegdheid en taak om

leden van het CIZ te benoemen en eventueel te schorsen en te ontslaan. De minister is hierdoor in staat om de kwaliteit van het bestuur van het CIZ te beïnvloeden. Artikel 13 van de Kaderwet bepaalt bovendien dat een lid van een publiekrechtelijk zbo geen nevenfuncties mag vervullen die ongewenst zijn met het oog op een goede vervulling van zijn functie of de handhaving van zijn onafhankelijkheid of van het vertrouwen daarin. Hoewel het vervullen van andere functies door CIZ-leden niet per definitie ongewenst is, moet vermeden worden dat een andere, tegelijkertijd beklede (neven)functie in de weg staat aan een goede functie vervulling bij het CIZ. Het hebben of aanvaarden dergelijke functies moet daarom ook bij de minister worden gemeld, zodat ook voldaan kan worden aan de verplichte openbaarheid van de nevenfuncties. De leden van het CIZ kunnen in ieder geval geen lidmaatschap hebben van het Zorginstituut, van de Nederlandse Zorgautoriteit, van het bestuur van een zorg- of LIZ-uitvoerder-, of van het bestuur van een gemeente. In het derde tot en met zesde lid worden, in aanvulling op de bepalingen van hoofdstuk 2 van de Kaderwet zbo's, enkele eisen gesteld aan de vormgeving van het CIZ. Dit betekent dat het CIZ, net als het CAK, uit ten hoogste drie leden kan bestaan, onder wie in ieder geval een voorzitter. De voorzitter van het CIZ zal het CIZ in en buiten rechte vertegenwoordigen. De bestuursleden van het CIZ worden benoemd op grond van de deskundigheid die nodig is voor de uitoefening van de taken van het CIZ alsmede op grond van maatschappelijke kennis en ervaring. Zij zullen derhalve in ieder geval voldoende deskundigheid moeten hebben van de (langdurige) zorg en de bestuurlijke omgeving waarin het CIZ zich bevindt. De leden van het CIZ worden, wederom in lijn met de leden van het CAK, benoemd voor ten hoogste vier jaar. Omdat het ongewenst is om een onbeperkte herbenoeming van de CIZ-leden mogelijk te maken, kan een eventuele herbenoeming ten hoogste twee maal en telkens voor ten hoogste vier jaar plaatsvinden.

Artikel 7.1.2

Zelfstandige bestuursorganen hebben als kenmerk dat zij niet onder volledige politieke verantwoordelijkheid werkzaam zijn. Om die reden hebben zij een gesloten huishouding, hetgeen inhoudt dat hun taken en bevoegdheden zijn beperkt tot die taken en bevoegdheden waarvoor het betreffende zbo is ingesteld. Het CIZ verricht dus geen andere taken dan bij of krachtens wet opgedragen taken. In het geval een zbo een (neven)activiteit wenst uit te oefenen die niet onmiddellijk voortvloeit uit de wettelijke taak en daar ook niet onlosmakelijk mee is verbonden, is het uitgangspunt dat de betreffende activiteit ten minste de goedkeuring of instemming van de minister behoeft. Artikel 8 van de Kaderwet biedt daar enige ruimte voor, omdat dat artikel het aanvaarden van een mandaat met de goedkeuring van de betrokken minister mogelijk maakt. De minister kan de goedkeuring onthouden wegens strijd met het recht of op de grond dat de te mandateren bevoegdheid naar het oordeel van de minister een goede taakuitoefening door het zelfstandig bestuursorgaan kan belemmeren. Artikel 32 van de Kaderwet geeft bovendien aan dat in voor bepaalde beslissingen de voorafgaande instemming van de betrokken minister nodig is, waaronder het door dat zelfstandig bestuursorgaan oprichten van dan wel deelnemen in een rechtspersoon. Hiermee kan worden voorkomen dat het CIZ activiteiten gaat ontplooiën die niet behoren tot de terreinen waarop het CIZ taken heeft.

Artikel 7.1.2, eerste lid, bepaalt dat het CIZ de taak heeft om op onafhankelijke wijze de indicatiebesluiten te nemen als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid. Het CIZ doet dit op aanvraag door of namens de verzekerde, zonder daar kosten voor in rekening te brengen.

Naast de taken die het CIZ heeft bij de uitvoering van deze wet, is het CIZ ook belast met taken in het kader van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (31 996, hierna: Wet zorg en dwang). De Wet zorg en dwang biedt een uniforme regeling voor het verlenen van zorg aan mensen met een psychogeriatrische aandoening, zoals dementie, of een verstandelijke beperking, ook als zij daar niet mee instemmen. De Wet zorg en dwang voorziet in een uitgebreide procedure die moet worden gevolgd voordat dwang of onvrijwillige zorg kan worden toegepast. De Wet zorg en dwang geeft nadrukkelijk taken en bevoegdheden aan een onafhankelijk orgaan dat een goed beeld heeft van de zorgbehoefte van een cliënt. Omdat het CIZ deze zorgbehoefte ook bij de AWBZ-indicatie afgeeft, is in de Wet zorg en dwang aangesloten bij het CIZ als AWBZ-indicatiesteller. De vraag of een cliënt in een ernstig nadelige situatie kan komen als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, kan immers het beste door het CIZ worden beantwoord (Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3). Met het onderhavige wetsvoorstel blijven de taken en bevoegdheden in het kader van de Wet zorg en dwang ook bij het CIZ. In het kader van die wet gaat het om twee verschillende beslissingen. In de eerste plaats kan het CIZ een besluit tot opname en verblijf zonder rechterlijke machtiging geven als bedoeld in artikel 16, eerste lid, van de Wet zorg en dwang. Het gaat hierbij om de situatie waarin een persoon niet wilens en wetens kan instemmen met opname, maar zich daar ook niet tegen verzet. In de tweede plaats speelt het CIZ een in de procedure die gevolgd moet worden als een cliënt zich wél verzet tegen opname. In deze gevallen kan die verzekerde uitsluitend via de rechter of – in een crisissituatie – via een inbewaringstelling door de burgemeester worden opgenomen. Het CIZ heeft hier de bevoegdheid om de rechter om een machtiging tot opname en verblijf te verzoeken (artikel 19, eerste lid, van de Wet zorg en dwang).

Het derde lid van artikel 7.1.2 bepaalt, in aanvulling op de rechtstreeks op grond van het eerste lid aan het CIZ toebedeeld taken, dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur aan het CIZ werkzaamheden kunnen worden opgedragen die verband houden met de taken die bij wet zijn opgedragen.

Ingevolge artikel 10:3 van de Algemene wet bestuursrecht kan een bestuursorgaan mandaat verlenen, tenzij bij wettelijk voorschrift anders is bepaald of de aard van de bevoegdheid zich tegen de mandaatverlening verzet. Met het vierde lid van artikel 7.2.1 wordt bepaald dat geen mandaat kan worden verleend met betrekking tot het nemen van het indicatiebesluit en het geven van het advies als bedoeld in artikel 3.1.6, derde lid. Het vijfde lid voorziet in een grondslag om bij algemene maatregel van bestuur categorieën van besluiten aan te wijzen waarvoor het verbod op mandaatverlening niet geldt.

Artikel 7.1.3

Dit artikel biedt een grondslag om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels te stellen over de werkwijze van het CIZ, almede over de inrichting en de geldigheidsduur van het indicatiebesluit. Deze grondslag blijft noodzakelijk om de werkwijze rond de indicatiestelling te normeren, zoals tot op heden is gedaan in het Zorgindicatiebesluit (Zib). Doordat deze regels bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen worden gesteld, wordt enerzijds voldaan aan de eisen van kenbaarheid van de meer specifieke eisen die aan het indicatieproces worden gesteld, maar is het anderzijds mogelijk om een bepaalde flexibiliteit te faciliteren met betrekking tot deze vereisten. De regels die zullen worden gesteld zullen in ieder geval zien op de procedure van

aanvraag van een indicatiebesluit, het onderzoek dat daaraan ten grondslag ligt, alsmede de inhoud en vormgeving van het indicatiebesluit. Het artikel geeft nadrukkelijk aan dat ook regels gesteld worden over de geldigheidsduur van het indicatiebesluit, waarmee de wenselijkheid tot uiting wordt gebracht om indicatiebesluiten te kunnen herzien.

Op grond van artikel 21 van de Kaderwet komt aan de Minister van VWS de bevoegdheid toe om beleidsregels te stellen over de wijze waarop het zbo CIZ zijn activiteiten uitvoert. Deze beleidsregels zullen een nadere uitwerking geven van de wijze waarop de indicatiestelling plaatsvindt. Met ingang van 1 januari 2007 wordt door de minister reeds gebruik gemaakt van deze bevoegdheid met de op grond van artikel 11 van het Zib gestelde Beleidsregels indicatiestelling. In die beleidsregels staan onder meer de specifieke wegingskaders die van belang zijn voor de indicatiestelling.

Artikel 7.2.1

Hoofdstuk 3 van de Kaderwet voorziet in enkele algemene bepalingen over de informatievoorziening en de sturing en toezicht. Meer specifiek worden algemene bepalingen gegeven over het werkprogramma, de begroting, het jaarverslag, de jaarrekening en het budget van zbo's. Die bepalingen zijn rechtstreeks van toepassing op het CIZ als publiekrechtelijk zbo. In aanvulling daarop staan in paragraaf 7.2 enkele artikelen die specifiek betrekking hebben op het van het CIZ. Daarbij is zoveel mogelijk aangesloten bij de bepalingen over het CAK omdat ook CAK een publiekrechtelijk zbo is dat op grond van dit wetsvoorstel wordt ingesteld.

Dit houdt onder meer in dat het CIZ jaarlijks vóór 1 november een werkprogramma en een begroting aan de Minister van VWS stuurt. Over het werkprogramma zijn in de Kaderwet geen bepalingen opgenomen. Artikelen 6.2.1, tweede tot en met vijfde lid, dat betrekking heeft op het werkprogramma en de begroting van het CAK, wordt met artikel 7.2.1, tweede lid, van overeenkomstige toepassing verklaard op het CIZ. Het werkprogramma van het CIZ behoeft derhalve de goedkeuring van de minister en bevat een omschrijving van de activiteiten die het CIZ wil gaan verrichten. Zoals reeds is vermeld in paragraaf 5.6 is het werkprogramma voor de minister van belang vanuit de politieke en budgettaire verantwoordelijkheid van de minister voor het goed functioneren van het zbo, in dit geval het CIZ. Het werkprogramma bevat een omschrijving van alle werkzaamheden die het CIZ in het volgende kalenderjaar wil verrichten, zodat de minister daar een volledig beeld van heeft. Het gaat dus niet alleen om een omschrijving van de taken die rechtstreeks uit artikel 7.1.2 voortvloeien, maar ook van de taken die via mandaat bij het CIZ zijn belegd.

Net als het CAK moet ook het CIZ op grond van artikel 26 van de Kaderwet jaarlijks aan de minister een begroting moet toezenden. De artikelen 27 en 28 van de Kaderwet geven aan wat de inhoud en vormgeving van de begroting moet zijn. Artikel 6.2.1, vierde lid, is uiteraard alleen van overeenkomstige toepassing voor zover het de beheerskosten van het CIZ betreft. Het CIZ heeft immers geen taak op grond van de Wtcg. De beheerskosten die betrekking hebben op eventuele activiteiten die in mandaat worden uitgevoerd, maken logischerwijs wél onderdeel uit van de bedoelde beheerskosten.

Artikel 7.2.2

Het CIZ maakt kosten voor de uitvoering van zijn wettelijke taken. Vanuit 's Rijks kas ontvangt het

CIZ daarom een bedrag voor de beheerskosten die onder andere gemaakt worden voor de huisvesting, het personeel en ICT. Net als bij de beheerskosten van het CAK controleert de minister de beheerskosten, omdat ook deze kosten afkomstig zijn uit de begroting.

Artikel 7.2.2 bepaalt dat de minister het budget voor beheerskosten vaststelt vóór 1 december van het jaar, voorafgaand aan het jaar waarop het budget betrekking heeft. Het werkprogramma en de begroting van het CIZ worden derhalve eerder aan de minister gestuurd (artikel 7.2.1, eerste lid).

Artikel 6.2.2 is van overeenkomstige toepassing op het budget voor de door het CIZ te maken beheerskosten. Dit houdt in dat het budget voor beheerskosten wordt gedekt uit 's Rijks kas (artikel 6.2.2, tweede lid) en dat het CIZ over ten hoogste een derde gedeelte van het in het budget opgenomen bedrag voor beheerskosten dat laatstelijk voor hem voor een geheel jaar is vastgesteld, in het geval het budget niet is vastgesteld voor 1 januari van het kalenderjaar waarop de begroting betrekking heeft (artikel 6.2.2, derde lid). Het CIZ mag bovendien met betrekking tot de beheerskosten geen verplichtingen aangaan of uitgaven doen die leiden tot overschrijding van het in het budget opgenomen bedrag voor de beheerskosten (artikel 6.2.2, vierde lid). Aan de minister komt, doordat artikel 6.2.2, vijfde lid van overeenkomstige toepassing wordt verklaard, de bevoegdheid het in het budget opgenomen bedrag voor de beheerskosten te wijzigen.

Artikel 7.2.3

De artikelen 6.2.5 en 6.2.6 stellen regels met betrekking tot het werkprogramma, de begroting, het budget, het jaarverslag, de jaarrekening en de te vormen egalisatiereserve van het CAK. Deze artikelen hoeven niet te worden herhaald voor wat betreft het CIZ, maar worden van overeenkomstige toepassing verklaard op het CIZ. In het eerste lid van artikel 7.2.3 wordt artikel 6.2.5 van overeenkomstige toepassing verklaard op het werkprogramma, de begroting, het budget, het jaarverslag, de jaarrekening en de te vormen egalisatiereserve van het CIZ. Het tweede lid bepaalt dat de artikelen 4.2.1 en 6.2.6, eerste lid, van overeenkomstige toepassing zijn op het financieel verslag van het CIZ. Hierbij wordt echter een uitzondering gemaakt voor de tweede volzin van artikel 4.2.1, eerste lid, omdat in het financieel verslag geen sprake zal zijn van een onderscheid tussen de beheerskosten en de kosten van verstrekking van zorg en vergoedingen. Het derde lid van artikel 7.2.3 verklaart de artikelen 4.2.2 en 6.2.6, tweede lid, van overeenkomstige toepassing op het uitvoeringsverslag van het CIZ. De bevindingen van de accountant over de uitvoering bedoeld in artikel 4.2.2, derde lid, onder b, hebben in relatie tot het CIZ uiteraard betrekking op de verplichtingen die op het CIZ berusten.

HOOFDSTUK 8

Artikel 8.1.1 en 8.1.3

De artikelen 8.1.1. en 8.1.3 bepalen welke rechten de verzekerde heeft om hem zo veel mogelijk zeggenschap te geven over zijn leven als hij is aangewezen op langdurige intensieve zorg. Artikel 8.1.1 waarborgt de zeggenschap van de verzekerde door de zorgaanbieder te verplichten om afspraken te maken over de zorgverlening. Ook de wijze waarop dit moeten worden geëvalueerd en geactualiseerd moet worden besproken (artikel 8.1.1, eerste lid). De dialoog tussen de verzekerde en de zorgverlener wordt versterkt doordat de verzekerde recht heeft op een bespreking om afspraken te maken over:

- a. de doelen die met betrekking tot de zorgverlening voor een bepaalde periode worden gesteld, en de wijze waarop de zorgaanbieder en de verzekerde de gestelde doelen trachten te bereiken;
- b. de zorgverlener of zorgverleners die voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk zijn, de wijze waarop afstemming tussen zorgverleners plaatsvindt, en wie de verzekerde op die afstemming kan aanspreken;
- c. de wijze waarop de verzekerde zijn leven wenst in te richten en de ondersteuning die de verzekerde daarbij van de zorgaanbieder zal ontvangen;
- d. de frequentie waarmee en de omstandigheden waaronder een en ander met de verzekerde zal worden geëvalueerd en geactualiseerd.

Met deze formulering wordt bedoeld op bespreking en vastlegging van een aantal onderwerpen die betrekking hebben op de regie over het eigen leven. Dat geldt voor verzekerden die verblijfszorg ontvangen. Hiervan is zowel sprake in de situatie dat daadwerkelijk in een instelling wordt verbleven, als in de situatie dat die zorg als volledig pakket thuis wordt geleverd. Zorgvuldige bespreking van deze zaken is van wezenlijk belang om de verzekerde in staat te stellen maximaal zeggenschap uit te oefenen over het eigen leven. De onderwerpen expliciteren een aantal min of meer al bestaande, uit het zelfbeschikkingsrecht voortvloeiende aspecten. Een en ander sluit ook aan bij de eis van goede zorg. Daaronder wordt immers verstaan zorg die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de verzekerde. De bespreking van het zorgplan met de verzekerde, welke in beginsel voorafgaand aan de zorgverlening, maar in elk geval zo snel mogelijk na het begin van de zorgverlening moet plaatsvinden, is een belangrijk instrument voor de verzekerde om zijn wensen en voorkeuren te laten vastleggen en afspraken te maken over de ondersteuning die de zorgaanbieder hem daarbij zal bieden. Daarbij gaat het van oudsher om bespreking van de doeleinden die met de zorgverlening worden nagestreefd. Dat is een verplichting die de zorgaanbieder ook moet nakomen om goede zorg te kunnen leveren. De verzekerde heeft er recht op dat hij (tenzij sprake is van een specifieke wettelijke grondslag voor het geven van "onvrijwillige" zorg) geen zorg ontvangt waarmee hij niet heeft ingestemd. Daarom moet de zorgaanbieder om goede zorg te kunnen leveren zonder meer met de verzekerde overleggen over de zorginhoudelijke aspecten. Met dit wetsvoorstel wordt dat een afdwingbaar recht voor de verzekerde en worden daaraan andere onderwerpen toegevoegd.

In het tweede lid zijn de toegevoegde gespreksonderwerpen, die betrekking hebben op het inrichten van het eigen leven, en die cruciaal zijn voor de kwaliteit van bestaan als verplicht gespreksonderwerp vastgelegd. Daarbij is inspiratie gezocht bij de eerder genoemde kwaliteitskaders. In het Kwaliteitskader voor de gehandicaptenzorg worden acht domeinen onderscheiden: lichamelijk welbevinden, psychisch welbevinden, interpersoonlijke relaties, deelname aan de samenleving, persoonlijke ontwikkeling, materieel welzijn, zelfbepaling en belangenbehartiging. Daarnaast zijn er vier randvoorwaarden: zorgafspraken en ondersteuningsplan, cliëntveiligheid, kwaliteit van medewerkers en organisatie en samenhang in zorg en ondersteuning. In het Kwaliteitskader voor de ouderenzorg worden vier aspecten van kwaliteit van leven onderscheiden: lichamelijk welbevinden en gezondheid, mentaal welbevinden, woon- en leefsituatie en participatie. Daarnaast is er aandacht voor de kwaliteit van de

zorgverleners, de kwaliteit van de zorgorganisatie en de zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid. Volledigheid van te bespreken onderwerpen is niet nagestreefd, de besprekingen in het kader van het zorgplan mogen niet vervormen tot het langslopen van een afvinklijst. De bewoners van instellingen zijn, doordat zij zijn aangewezen op hun verblijf in die instelling, in combinatie met hun eigen beperkingen, in hoge mate van de zorgaanbieder afhankelijk wat betreft de mogelijkheden om hun leven zoveel mogelijk naar eigen inzicht in te richten, ongeacht of het gaat om verblijf in bijvoorbeeld een traditionele verpleeghuisafdeling, verblijf in een kleinschalige woonvorm, of levering van de zorg met een volledig pakket thuis.

De in het tweede lid genoemde onderwerpen worden hieronder nader toegelicht.

Zeggenschap van de verzekerde over de inrichting van zijn leven

De verzekerde moet – binnen de grenzen van redelijkheid en billijkheid – zelf kunnen bepalen hoe zijn dagindeling en leefomgeving eruit zien. Wat en wie hij belangrijk vindt in het leven en wat dat betekent voor het leven van elke dag. Er is niet gekozen voor de term “regie voeren”, omdat niet alle verzekerden zelf de regie kunnen voeren. De regie kan ook gevoerd worden door een familielid of een verzorgende die vraagt hoe laat de verzekerde wil opstaan, wat hij die dag van de week wil doen en met wie en of hij bij de voor- of achternaam wil worden aangesproken. Die vraagt wat de verzekerde zelf kan en waar hij hulp bij nodig heeft. Heeft hij in zijn omgeving mensen die die hulp kunnen geven, of is professionele ondersteuning noodzakelijk? Het gaat erom dat de verzekerde of, als het niet anders kan, zijn vertegenwoordiger, de keuzes maakt. Zeggenschap over de inrichting van het leven is een overkoepelend begrip dat de overige onderwerpen deels omvat, maar ook een bredere betekenis heeft. Naast de overige genoemde onderwerpen kan het onderwerp zeggenschap een belangrijke kapstokfunctie vervullen voor aspecten van de inrichting van het leven die in de overige onderwerpen mogelijk niet zijn vervat.

De mogelijkheid om dagelijks te douchen, tijdige hulp bij toiletgang en het tijdig verwisselen van incontinentiemateriaal

Als de verzekerde dat wil, moet hij dagelijks kunnen douchen, ook als hij daarbij vanwege zijn beperking hulp nodig heeft. De wens van de verzekerde staat hierbij centraal. Dagelijks douchen is voor de verzekerde vanzelfsprekend geen plicht. Het gaat erom dat er afspraken over gemaakt worden. Als de verzekerde dat liever heeft, kan hij ook hulp krijgen bij het op een andere manier wassen. Als de verzekerde naar het toilet moet, moet hij niet op een toiletronde hoeven te wachten, maar moet hij snel geholpen worden als hij het niet alleen kan. Ook moet incontinentiemateriaal tijdig verwisseld worden. Met “tijdig” wordt bedoeld, tijdig voor de individuele verzekerde in zijn specifieke situatie.

Voldoende en gezonde voeding en drinken

Het uitgangspunt is dat de verzekerde genoeg te eten en te drinken krijgt. Als hij niet zelf kan eten en drinken, moet de hulp zodanig zijn dat hij de gelegenheid en tijd krijgt om voldoende voeding en vocht binnen te krijgen. Eten dat smakelijk is, zullen verzekerden met meer smaak en dus beter op eten. Het eten moet gezond zijn volgens de gangbare normen en het ligt in de rede dat de

maaltijden voldoende gespreid zijn over de dag. Het spreekt vanzelf dat uitdroging en ondervoeding worden voorkomen en op de houdbaarheidsdatum van eten en drinken wordt gelet.

Een schone en verzorgde leefruimte

De instelling is het thuis van de verzekerden. De verzekerden moeten zich er dan ook daadwerkelijk thuis voelen. Een verzorgde leefruimte, zowel de eigen kamer, als de gemeenschappelijke ruimten, is daarbij een belangrijk aspect. De kamer, het sanitair en de gemeenschappelijke leefruimte moeten schoon zijn en er verzorgd uitzien. Er moet ruimte zijn voor bezoek; de verzekerde moet zich thuisvoelen met de medewerkers en met medebewoners.

Respectvolle bejegening, passend bij de eigenheid van de verzekerde, en veilige en aangename sfeer

Een verzorgde leefruimte en een aangename en veilige sfeer zijn onderdeel van het domein woon- en leefsituatie in de termen van de kwaliteitskaders. De zorgverleners hebben aandacht voor hoe het met de verzekerde gaat, geven antwoord op zijn vragen en zijn beleefd. Er moet een sfeer zijn waarin verzekerden het durven te zeggen als iets niet naar hun zin gaat. Mensen hebben respect en aandacht voor elkaar in al hun verscheidenheid, ook als het gaat om verschillen in kleur, levensovertuiging of seksuele geaardheid. Respectvolle en passende bejegening en het hierna volgende beleven van godsdienst of levensovertuiging behoren tot het domein van het mentaal welbevinden. Met de formulering "passend bij de eigenheid van de verzekerde" wordt bedoeld op de noodzaak dat ook rekening gehouden wordt met diens seksuele geaardheid.

Beleven van godsdienst of levensovertuiging

Verzekerden moeten de mogelijkheid hebben hun godsdienst of levensovertuiging te beleven. Op grond artikel 6 van de Wkkgz is het voor zorgaanbieders die verblijfszorg leveren verplicht om geestelijke verzorging aan te bieden. Het kunnen beleven van godsdienst of levensovertuiging is ruimer. Het geeft bewoners van instellingen de mogelijkheid om te bidden voor het eten, een hoofddoekje of keppeltje te dragen of feesten te vieren. Bij de zorg en bijvoorbeeld de voeding zal zoveel mogelijk met de godsdienst of de levensovertuiging rekening moeten worden gehouden.

Een zinvolle daginvulling en beweging

Wie liever helpt bij het koffie schenken dan bingo speelt, moet in principe die gelegenheid krijgen. Er zijn voldoende activiteiten en verzekerden en familieleden worden daarover geïnformeerd. Mensen die dat willen, krijgen hulp bij een actieve deelname aan de samenleving. Mensen worden gestimuleerd om te (blijven) bewegen. Wie nog kan lopen, hoeft niet in een rolstoel naar de activiteiten te worden gebracht. De zeggenschap over de dagindeling, de daginvulling en aandacht voor ontwikkeling (hierna) maken deel uit van het domein participatie (ouderenzorg) dan wel zelfbepaling, deelname aan de samenleving en persoonlijke ontwikkeling (gehandicaptenzorg).

De mogelijkheid om dagelijks in de buitenlucht te verkeren

De verzekerde die daar behoefte aan heeft, moet regelmatig naar buiten kunnen, bijvoorbeeld om een wandelingetje te maken, een kopje koffie drinken in het dorp of even een luchtje scheppen op de binnenplaats. Het is mogelijk om een zinvolle daginvulling, beweging en buitenlucht op die

manier met elkaar te combineren. Het is niet de bedoeling is dat een verzekerde slechts één keer per maand of één keer per week buiten kan zijn, terwijl diegene vaker in de buitenlucht zou willen zijn. De verzekerde die veilig alleen naar buiten kan gaan, kan dat doen zo vaak als hij wil. Uiteraard moet in goed overleg tussen verzekerde en zorgaanbieder bezien worden hoe het beste aan de wens van de verzekerde tegemoet gekomen kan worden indien hij vanwege zijn beperking hulp nodig heeft bij het naar buiten gaan: kan een zorgverlener met hem gaan wandelen of kan een mantelzorger of vrijwilliger dat doen? Of kan de verzekerde met een groep verzekerden en begeleiders naar het park of kan de verzekerde in de binnentuin een poosje alleen buiten zijn? De conditie van de verzekerde en weersomstandigheden nopen uiteraard tot een flexibele omgang met de afspraken op dit punt.

Ontwikkeling en ontplooiing

Aandacht voor ontwikkeling en ontplooiing is vooral van belang in de gehandicaptenzorg. Dit onderwerp is nauw verwant aan dat van een zinvolle daginvulling. Mensen die zich willen en kunnen ontwikkelen, moeten daar de gelegenheid voor krijgen in hun werkzaamheden en activiteiten van alledag.

De uitkomsten van de besprekingen tussen de verzekerde (of diens vertegenwoordiger) en de zorgaanbieder moeten binnen zes weken worden vastgelegd in het zorgplan. De zorgaanbieder moet, zodra het zorgzorgplan is vastgesteld, terstond een afschrift van het zorgplan aan de verzekerde of aan diens vertegenwoordiger verstrekken. Aan dit vereiste wordt voldaan indien de zorgaanbieder het origineel van het zorgplan bij de verzekerde thuis bewaart. Bovendien moet de zorgaanbieder op verzoek van de verzekerde of diens vertegenwoordiger een afschrift verstrekken van het zorgplan. Deze verplichtingen zijn neergelegd in artikel 8.1.3, eerste en zesde lid, en zorgen er voor dat de verzekerde altijd de beschikking heeft over de tekst van het zorgplan. Hierdoor is de verzekerde ook in staat om familie of vrienden in de gelegenheid te stellen om het afschrift in te zien of om daarover te beschikken.

Het zal voorkomen dat de zorgaanbieder de verzekerde niet in staat acht om zelf tot een redelijke waardering van zijn belangen in verband met de zorgverlening te komen. Als de zorgaanbieder vindt dat daar sprake van is, legt hij in het zorgplan vast op welke punten en in welke mate de verzekerde niet zelf een verantwoorde afweging kan maken. De zorgaanbieder zal daarbij tevens aangeven welke persoon betrokken wordt bij het zorgplan, zodat de belangen van de verzekerde voldoende worden behartigd. Artikel 8.1.3 geeft aan wie in welke gevallen de vertegenwoordiger van de verzekerde betrokken is. In het geval dat rekening gehouden moet worden met een schriftelijke wilsverklaring van een inmiddels wilsonbekwame verzekerde als bedoeld in artikel 8.1.2, vijfde lid, moet dit ook in het zorgplan worden vastgelegd. Het kan ook voorkomen dat de verzekerde of diens vertegenwoordiger geen toestemming geeft voor de zorgverlening. Het derde lid van artikel 8.1.3 bepaalt dat de zorgaanbieder deze wilsuiting ook weergeeft in het zorgplan. Omgekeerd is denkbaar dat de zorgaanbieder niet in staat is met alle wensen van de verzekerde rekening te houden. Dat zal hij dan in de bespreking aan de verzekerde moeten laten weten om te bezien welke alternatieven er zijn. Ook dit zal in het zorgplan moeten worden vastgelegd (artikel 8.1.3, vierde lid). Het vijfde lid van artikel 8.1.3 bepaalt bovendien dat, ook als de verzekerde niet

bereid is met de zorgaanbieder te overleggen, de zorgaanbieder toch in een zorgplan moet vastleggen welke inhoudelijke doelen hij met de zorgverlening in een bepaalde periode wil bereiken en op welke wijze hij zoveel mogelijk rekening houdt met wat de wensen van de verzekerde zouden kunnen zijn. Ook in dat geval maken de beschreven doelen deel uit van het zorgplan. Aan de wensen van de verzekerde die in een instelling verblijft moet zoveel mogelijk tegemoet worden gekomen. De zorgaanbieder moet de weloverwogen wensen van de verzekerde respecteren, tenzij dat in redelijkheid niet van de zorgaanbieder verlangd kan worden. De wensen van de verzekerden vinden dus wel een grens in wat redelijk is gezien de mogelijkheden van de verzekerde, de eisen van goed zorgverlenerschap en van de rechten van andere verzekerden of een goede en ordentelijke gang van zaken binnen de instelling (artikel 8.1.1, derde lid). Het vierde lid van artikel 8.1.1 maakt bovendien duidelijk dat de zeggenschap van de verzekerde over zijn eigen leven niet in kan houden dat de verzekerde aanspraak kan maken op meer zorg dan waarop hij redelijkerwijs is toegewezen. De daadwerkelijke behoefte aan zorg en welzijnsaspecten van de aanspraak blijft leidend.

Artikel 8.1.2

Dit artikel geeft aan dat de verplichtingen van de aanbieder die voortvloeien uit de artikelen 8.1.1 en 8.1.3 in verschillende gevallen moeten worden nagekomen jegens andere personen dan de verzekerde. Artikel 8.1.2 stelt regels over de betrokkenheid van de wettelijke vertegenwoordigers bij het tot gelding brengen van rechten jegens de zorgaanbieder door of voor bepaalde groepen van jeugdigen en wilsonbekwamen. In deze bepaling zijn, in iets andere bewoordingen, de eerste vijf leden van artikel 7:465 BW overgenomen, die aangeven in welke gevallen de zorgaanbieder de verplichtingen jegens een ander moet nakomen in plaats van de verzekerde, of naast hem bij de uitvoering van deze artikelen wordt betrokken. De regering heeft aangekondigd dat het voornemens is de rechten betreffende informatie, toestemming, dossier en bescherming van de persoonlijke levenssfeer nog deze kabinetsperiode haar beslag te laten krijgen in een afzonderlijke wijziging van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO). Dat wetsvoorstel zou er toe kunnen leiden dat artikel 8.1.2 aanpassing behoeft of overbodig zal worden (Kamerstukken II 2012/13, 30 402, nr. 12).

Het eerste lid regelt dat bij de bespreking van het zorgplan van personen die niet volwassen zijn of die niet in staat zijn te achten tot een redelijke waardering van hun belang, ook andere personen moeten worden betrokken. In de onderdelen tot en met e zijn vijf verschillende situaties uitgewerkt. Zo is in onderdeel b vastgelegd dat, indien een verzekerde tussen de twaalf en zestien jaar is, niet alleen met hem moet worden gesproken, maar ook met zijn ouders of voogd. De zorgaanbieder moet in beginsel beide ouders bij de zorgplanbespreking betrekken. Indien één van de ouders niet aanwezig is, zal het afhangen van de omstandigheden van het geval welke inspanning de zorgaanbieder moet leveren om met de ontbrekende ouder in contact te treden. Bij ingrijpende vraagstukken zal deze inspanning groter moeten zijn dan bij niet ingrijpende zaken. Ingevolge artikel 8.1.2 moet de zorgaanbieder zijn verplichtingen jegens minderjarigen jonger dan twaalf jaar of jegens wilsonbekwame ouderen nakomen jegens de ouders, voogd, mentor, etc. Dat de verzekerde in voorkomend geval niet in staat wordt geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen inzake een bepaalde kwestie, hoeft er echter niet aan in de weg te staan dat de

verzekerde toch zoveel mogelijk bij de bespreking wordt betrokken. Het is zelfs wenselijk de verzekerde maximaal de gelegenheid te geven zich uit te spreken. Dat doet niet af aan de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder en de vertegenwoordiger om tot een verantwoorde afweging te komen. Op dit punt gaat zal de Wet LIZ de betrokkenheid van de verzekerde dan het huidige Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg, dat het mogelijk maakt ook zonder de verzekerde met de vertegenwoordiger te spreken.

Artikel 8.1.2 is zodanig geformuleerd dat het zorgplan slechts met een vertegenwoordiger naast of in plaats van de verzekerde mag worden besproken, indien de verzekerde ter zake van de concreet aan de orde zijnde zaak niet in staat is te achten tot een redelijke waardering van zijn belangen. Dat kan derhalve per onderdeel van het zorgplan verschillend uitpakken. Net als bij artikel 7:456 van het Burgerlijk Wetboek wordt rekening gehouden met de mogelijkheid dat een patiënt ten aanzien van sommige zaken wel en ten aanzien van andere zaken niet de reikwijdte van een te nemen beslissing inzake een verrichting kan overzien. De zorgaanbieder is bij patiënten vanaf 16 jaar slechts gehouden zijn verplichtingen na te komen jegens een ander dan de patiënt zelf, als de patiënt ter zake van de verplichting waar het in concreto over gaat, niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen. In een dergelijk geval is er dus op grond van artikel 8.1.2, eerste lid, onder c en e, van dit wetsvoorstel is, voor 16- tot 18-jarigen, geen vertegenwoordigingsrol weggelegd voor de ouders of voogd en evenmin, voor meerderjarige patiënten, voor de curator of mentor dan wel een van de andere aangewezen vertegenwoordigers. De toelichting bij artikel 1653u BW (het huidige artikel 7:465 BW), dat materieel gelijk is aan artikel 8.1.2, zegt daarover expliciet dat het feit dat een patiënt onder curatele staat, nog niet hoeft te betekenen dat hij elk inzicht in zijn eigen situatie mist en vervolgt met "Indien de betrokkene in een concreet geval, bij voorbeeld ten aanzien van de vraag of een bepaalde verrichting dient plaats te vinden, wel tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat kan worden geacht, zal hij zelf kunnen optreden".

Het tweede lid maakt een uitzondering op het betrekken van de vertegenwoordiger van de verzekerde voor het geval dat niet verenigbaar zou zijn met de zorg van een goed zorgverlener. Het derde lid houdt in dat de vertegenwoordiger zich als een goed vertegenwoordiger moet opstellen. Hij zal daarom zoveel mogelijk hebben te handelen naar de veronderstelde wensen, voorkeuren, mogelijkheden en beperkingen van de verzekerde.

De zorgaanbieder moet goede zorg verlenen. Dit kan onder omstandigheden zelfs betekenen dat de zorgaanbieder de mening van de minderjarige verzekerde zwaarder laat wegen dan die van diens vertegenwoordiger. In het vierde lid is daarom vastgelegd dat de zorgaanbieder het standpunt van een verzekerde, ouder dan elf jaar, indien dat anders is dan het standpunt van zijn vertegenwoordiger en de verzekerde daaraan weloverwogen vasthoudt, moet respecteren. Dat betekent dat hij in elk geval geen afspraken maakt die niet met dat standpunt zijn te verenigen. Het vijfde lid van artikel 8.1.2 bepaalt dat indien een wilsonbekwame verzekerde van zestien jaar of ouder eerder, toen van wilsonbekwaamheid nog geen sprake was, schriftelijk heeft vastgelegd wat zijn wensen onder de gegeven omstandigheden zouden zijn, de vrijheid van de zorgaanbieder om van die wensen af te wijken kleiner is. Hij mag slechts om gegronde redenen daarvan afwijken.

Artikel 8.1.4

In artikel 8.1.4 is tot uitdrukking gebracht dat verzekerden en personen die ingevolge artikel 8.1.2 naast of in plaats van de verzekerde kunnen optreden, het recht hebben zich tot de IGZ te wenden in gevallen waarin naar hun oordeel sprake is van een inbreuk op de rechten van de verzekerde, zoals die uit artikel 8.1.1 voortvloeien. Ook als de zorgaanbieder zich niet houdt aan hetgeen in het zorgplan is afgesproken, en dit de fysieke of psychische gezondheid van de verzekerde schaadt of kan schaden, kan de verzekerde zich tot de IGZ wenden. Hiermee is tot uitdrukking gebracht dat de overheid nadrukkelijk een verantwoordelijkheid en taak heeft waar het gaat om het onderzoeken en zo nodig optreden tegen dergelijke ernstige inbreuken op de rechten van de categorie zorgafhankelijke verzekerden. In artikel 8.2.1 is uitgewerkt op welke wijze de IGZ met dergelijke meldingen moet omgaan. Als er naar het oordeel van de IGZ sprake is van een ernstige inbreuk op de rechten van de verzekerde, kan en moet de IGZ zo nodig maatregelen nemen. De formulering van artikel 8.1.4 impliceert dat het verlenen van AWBZ-zorg met verblijf zonder dat de in artikel 8.1.1 voorgeschreven onderwerpen met de verzekerde zijn besproken en daarover afspraken zijn gemaakt, kan worden gezien als een ernstige schending van zijn rechten.

Artikel 8.2.1

Het toezicht op de naleving van hoofdstuk 8 van deze wet wordt op grond van artikel 8.2.1 gelegd bij het Staatstoezicht op de volksgezondheid (hierna: IGZ). De handhavingsinstrumenten van de IG zijn in grote mate gelijk aan de maatregelen die de IGZ op grond van hoofdstuk 4 van de Wkkgz kan gebruiken. Voor zover de IGZ als vervolg op de behandeling van een melding (zie artikel 8.2.2, vierde lid) passende maatregelen wenst te nemen, staan haar dan ook, behoudens de bestuurlijke boete, dezelfde instrumenten als de Wkkgz kent ten dienste (artikel 8.2.3). De IGZ is er voor het algemene belang van goede zorg. De IGZ mag daarom incidenten buiten behandeling laten. In het vierde lid is verwoord dat de IGZ niet verplicht is handhavend op te treden als geen sprake is van een situatie die voor de veiligheid van verzekerden of de zorg een ernstige bedreiging kan betekenen, of wanneer niet anderszins het belang van goede zorg vereist dat wordt opgetreden (vgl. artikel 24, vijfde lid, Wkkgz).

Artikel 8.2.2

Met artikel 8.2.2 wordt bepaald waaruit de taak van de IGZ bestaat als het gaat om de meldingen van artikel 8.1.4 (inbreuk op de in artikel 8.1.1 verankerde rechten van de verzekerde of op de in het zorgplan neergelegde afspraken). Geregeld is dat de IGZ moet zorgen voor een behoorlijke behandeling van meldingen over inbreuken op de rechten van de verzekerde deze zorgvuldig te onderzoeken. Dat onderzoek is er in eerste instantie op gericht vast te stellen of er inderdaad sprake is van een ernstige inbreuk op rechten van de verzekerde. Dergelijke meldingen van een verzekerde of zijn vertegenwoordiger moeten dus steeds door de IGZ onderzocht worden. In het tweede lid is bepaald dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld over de wijze waarop meldingen moeten worden gedaan en over de gegevens die bij een melding worden gevoegd (onder a). Ook voor meldingen van verzekerden over ernstige inbreuken op hun rechten is het zinvol te regelen wat daarbij moet worden aangeleverd, omdat anders geen goed onderzoek mogelijk is. Het ligt in de rede dat de melder in elk geval zijn naam en adres en de

naam en het adres van de zorgaanbieder moet vermelden. Doet hij dat niet, dan zal in elk geval ook niet met hem kunnen worden gecommuniceerd over de uitkomsten van de behandeling van zijn melding. Indien nodig, kunnen op basis van het tweede lid, onder a, ook andere noodzakelijk bij een melding te verstrekken gegevens worden aangewezen. Verder zullen regels worden gesteld omtrent de behandeling van een melding (onder b). Een belangrijk aspect daarbij is dat de termijnen zullen worden geregeld waarbinnen aan de indiener van de melding, alsmede aan betrokken anderen, schriftelijk moet worden medegedeeld of de melding nader wordt onderzocht dan wel niet nader wordt onderzocht dan wel wat de uitkomst van het onderzoek is. Het is van belang dat tevoren duidelijk is hoe het onderzoek wordt afgesloten en op welke wijze daarover informatie wordt verstrekt aan de indiener van de melding en andere betrokkenen. Daarover zullen eveneens regels worden gesteld (onder c). Dat voorkomt dat klachten ontstaan over de wijze waarop deze afhandeling plaatsvindt. Dat geregeld zal worden op welke wijze terugkoppeling plaatsvindt naar de indiener van de melding en andere betrokkenen, laat onverlet dat het eindrapport van de IGZ omtrent een melding openbaar is op grond van de Wet openbaarheid van bestuur. Het nader onderzoek van een melding door de IGZ wordt afgesloten met een openbare rapportage, die het mogelijk maakt het functioneren van de IGZ in dit kader te beoordelen. Om te waarborgen dat in elk geval met betrekking tot de tot het beroepsgeheim van de zorgverlener behorende gegevens over een verzekerde, die in het kader van een melding in het bezit van de IGZ zijn gekomen, ook voor de IGZ een geheimhoudingsplicht geldt, is in het derde lid een expliciete bepaling dienaangaande opgenomen. Daarmee is uitputtend geregeld dat de informatie die aan zorgverleners onder beroepsgeheim wordt verstrekt, ook altijd onder de geheimhoudingsplicht van de IGZ valt. De regeling van de geheimhoudingsplicht beschermt de privacy van de verzekerde en geeft de zorgverleners de zekerheid dat de gemelde gegevens die vallen onder het beroepsgeheim, niet onder ogen van derden komen en slechts gebruikt zullen kunnen worden voor de beoordeling en het onderzoek van de melding door de IGZ.

Het vierde lid bepaalt nadrukkelijk dat de IGZ ook gebruik moet maken van haar handhavingsmogelijkheden indien zij tot de conclusie komt dat sprake was van een in het eerste lid bedoelde situatie, dat wil zeggen: van een inbreuk op de in artikel 8.1.1 geregelde rechten van de verzekerde of een ernstige schending van de afspraken in het zorgplan die schade voor de gezondheid van de verzekerde tot gevolg heeft of kan hebben of van mishandeling. Het arsenaal van de IGZ bestaat uit het geven van een bevel, het (doen) geven van een aanwijzing door de minister, het aanbrengen van een tuchtrechtelijke klacht en het doen van aangifte bij het Openbaar Ministerie.

Artikel 8.2.3 en 8.2.4

Indien de bepalingen van deze wet niet worden nageleefd, moet daartegen kunnen worden opgetreden. Daarom is analoog aan de Wkkgz bepaald dat de minister een aanwijzing of de IGZ een bevel kan geven, indien de artikelen 8.1.1, 8.1.2 of 8.1.3 niet worden nageleefd. In artikel 8.2.4, tweede lid, is geregeld dat de minister bestuursdwang kan toepassen als een aanwijzing niet wordt opgevolgd. Artikel 8.2.4, eerste lid, maakt het mogelijk dat de minister met bestuursdwang optreedt tegen een zorgaanbieder of een zorgverlener die de IGZ niet de vereiste inzage in stukken geeft.

HOOFDSTUK 9

Dit hoofdstuk heeft betrekking op gegevensverwerking. Voor het overgrote deel komt dit hoofdstuk overeen met het huidige hoofdstuk VIII van de AWBZ. Op grond van dat hoofdstuk zijn diverse uitvoeringsregelingen vastgesteld; het ligt in het voornemen dat ook krachtens de nieuwe wet te doen. De huidige AWBZ-bepalingen hebben zich in de loop van de jaren 'bewezen', zodat daarbij thans wordt aangesloten.

Artikel 9.1.1

Dit artikel is gebaseerd op artikel 10a van de AWBZ. Zorg kan zowel worden verleend door instellingen als door al dan niet solistisch werkende zorgverleners, die beide in de definitie van zorgaanbieder in artikel 1.1.1 zijn begrepen. Voor alle situaties geldt de identificatieplicht. De zorgaanbieder behoeft het identiteitsdocument bovendien met het oog op het gebruik van het bsn bij de betaling voor de verleende zorg. Om die reden is ook de definitie van het begrip zorgaanbieder in artikel 1 van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg aangepast (artikel 12.1, onderdeel A).

Artikelen 9.1.2 tot en met 9.1.9.

Deze artikelen komen overeen met de artikelen 52 tot en met 57b van de AWBZ. Waar zich verschillen voordoen worden die hierna toegelicht.

Artikel 9.1.5

Eerste lid

In het voorgestelde eerste lid, is de strekking gevolgd van het advies dat het CBP uitbracht bij de voorbereiding van het (niet ingediende) wetsvoorstel UAZ om expliciet in de wet op te nemen dat tussen LIZ-uitvoerder en zorgverzekeraar gegevens van verzekerden kunnen worden uitgewisseld als dat noodzakelijk is voor de afstemming van de Zvw-zorg op zorg ingevolge deze wet. Op zichzelf kan dit verwerkingsdoel reeds worden begrepen onder de bestaande formulering, maar gelet op het uitdrukkelijke advies van het Cbp is dit gevolgd. De pendant van dit artikel is het eveneens gewijzigde artikel 89 van de Zvw.

Tweede lid

Op grond van het eerste lid van dit artikel is gegevensuitwisseling geregeld voor zover die ten dienste staat aan de uitvoering van de zorgverzekeringen of van de Wet LIZ. Het tweede lid voegt daar een verwerkingsdoel aan toe: de uitvoering en afstemming van de zorgverzekering, de Wet LIZ, de Wmo 2015 en de Jeugdwet. Gemeenten dienen ervan op de hoogte te zijn indien een verzekerde is geïndiceerd op grond van deze wet, omdat dit gevolgen heeft voor het recht op ondersteuning ingevolge de Wmo. De verstrekking van gegevens is in dergelijke gevallen niet afhankelijk van voorafgaande toestemming van de verzekerde.

Achtste lid

In vergelijking met artikel 55 van de AWBZ is artikel 9.1.5, achtste lid, uitgebreid met een onderdeel b. Hierdoor kunnen bij ministeriële regeling regels worden gesteld over de wijze en het tijdstip van aanlevering door ketenpartijen aan het CAK, conform het huidige artikel 5, negende lid van de Wtcg.

Artikel 9.1.9

Dit artikel is geënt op het bestaande artikel 57b van de AWBZ. De onderdelen van dat artikel die de toepasselijkheid van de Wft veronderstelden, zijn in gewijzigde vorm overgenomen in artikel 9.1.9. De Wft is immers niet van toepassing op deze wet. Het betreft het eerste, derde, vierde en vijfde lid.

Artikel 9.1.10

In artikel 3.1.2 wordt bepaald dat de verzekerde die aanspraak maakt, of heeft gemaakt, op prestaties ingevolge de Wet LIZ, die prestaties alleen maar kan krijgen, als hij medewerking verleent aan het beschikbaar komen van de persoonsgegevens, waaronder die betreffende de gezondheid, die noodzakelijk zijn voor de beoordeling van de aanspraak. Voorts is in dat artikel geregeld dat de verzekerde in dit verband toestemming verleent tot het opvragen van informatie bij derden, zoals artsen, en dat die toestemming niet kan worden herroepen. De bedoeling daarvan is dat in voorkomend geval medische persoonsgegevens bij de beoordeling van de aanspraak kunnen worden betrokken en dat daarbij ook de gegevens kunnen worden betrokken, die bij derden berusten.

De huidige regeling in artikel 457, eerste lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (BW) brengt met zich mee, dat de derde bij wie die gegevens berusten vervolgens nog kan besluiten de betreffende gegevens niet te verstrekken, ondanks de gegeven toestemming. Dit kan er in de praktijk toe leiden dat gegevens toch niet beschikbaar komen, ook in gevallen waarin de zorgverlener zelf voorwerp van onderzoek is. Het laten voortduren van die situatie is met het oog op een juiste allocatie van de schaarse financiële middelen ongewenst. Misbruik en fraude dienen zoveel mogelijk voorkomen te worden.

Om die reden bepaalt het voorgestelde artikel 9.1.10 dat in een dergelijk geval de zorgverlener geen eigen, zelfstandige afwegingsruimte toekomt, om bij een gegeven toestemming toch inlichtingen te verstrekken. De derde volzin van artikel 457, eerste lid, van Boek 7 van het BW bepaalt reeds dat gegevens kunnen worden verstrekt zonder toestemming, of zonder toets op de persoonlijke levenssfeer van een ander, indien het bij of krachtens de wet bepaalde daartoe verplicht. Het thans voorgestelde artikel 9.1.10 is een dergelijke wettelijke verplichting. Hierdoor wordt gewaarborgd dat gegevens die noodzakelijk zijn voor de beoordeling van de aanspraak op prestaties ingevolge de Wet LIZ altijd beschikbaar kunnen zijn, en de beoordeling van die aanspraak niet afhankelijk is van de vraag welke gegevens de verzekerde of de zorgverlener wel of niet wenst te verstrekken.

Zoals bij artikel 3.1.2 is toegelicht, staat het de verzekerde vrij geen toestemming te verlenen, zij het dat in dat geval de aanvraag buiten behandeling kan worden gelaten. Is de aanspraak eenmaal gehonoreerd, dan gaat het niet aan dat – indien bijvoorbeeld nieuwe of andere gegevens betreffende de verzekerde beschikbaar komen – de verzekerde of diens zorgverlener een

onderzoek naar de rechtmatigheid van reeds genoten prestaties zou kunnen frustreren met een beroep op een wettelijke weigeringsgrond voor de verstrekking.

De regering acht deze inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde gerechtvaardigd.

Bij deze afweging betreft de regering de volgende aspecten:

- de verstrekking beperkt zich tot gegevens die noodzakelijk zijn voor de beoordeling van een wettelijke aanspraak die (mede) afhankelijk is van de gezondheidstoestand van de verzekerde;
- alleen verzekerden die voldoen aan de wettelijke voorwaarden behoren in aanmerking te komen voor prestaties op grond van de wet; zowel de schaarse financiële middelen als de noodzaak om het draagvlak voor deze volksverzekering te behouden vergen een adequate aanpak van misbruik en fraude;
- het belang van een juiste allocatie van de beschikbare middelen is zo groot, dat het proportioneel is aan de voorgestelde inbreuk op de persoonlijke levenssfeer;
- het hiervoor genoemde belang kan niet op een andere wijze, die het recht op de persoonlijke levenssfeer minder belast, worden gerealiseerd.

HOOFDSTUK 10

Artikel 10.1.1

Eerste lid

In dit artikel wordt de mogelijkheid geboden om bij algemene maatregel van bestuur bij wijze van experiment tijdelijk af te wijken van de Wet LIZ, om daarmee een doeltreffender uitvoering te bereiken. De afwijkingsmogelijkheid heeft geen betrekking op de kring van verzekerden en de aanspraken. Deze elementen vormen de kern van de Wet LIZ. Voor afwijking daarvan acht de regering regeling in een wet in formele zin aangewezen.

Tweede lid

In dit lid wordt de mogelijkheid van de wet af te wijken geregeld en begrensd. De voorgestelde regeling laat toe dat het experiment wordt beperkt tot een of meer regio's of een of meer specifieke zorgaanbieders of groepen van verzekerden. Inherent aan experimenteren is dat ervan geleerd wordt. Om die reden is het cruciaal dat de doelen van het experiment helder worden bepaald en dat wordt vastgesteld of het beoogde doel is behaald.

Derde, vierde, vijfde en zesde lid

In het voorgestelde derde lid wordt een voorhangprocedure voorgeschreven voor de algemene maatregel van bestuur die betrekking heeft het experiment. Hiermee is parlementaire betrokkenheid gewaarborgd. Op grond van het vierde lid wordt het experiment geëvalueerd en neemt de minister een standpunt in over de voortzetting ervan. Gelet op het uitgangspunt dat afwijking van de wet in lagere regelgeving alleen tijdelijk aangewezen kan worden geacht, is bepaald dat voortzetting niet kan plaatsvinden in de vorm van een experiment. De algemene maatregel van bestuur die de wettelijke basis vormt voor het experiment vervalt binnen drie jaar na inwerkingtreding, tenzij binnen die termijn een wetsvoorstel is ingediend om het experiment om

te zetten in een wettelijke regeling. Als dat wetsvoorstel wordt ingetrokken of verworpen, wordt de algemene maatregel van bestuur onverwijld ingetrokken.

Artikelen 10.2.1 tot en met 10.2.5

Deze artikelen komen overeen met de artikelen 65 tot en met 65d van de AWBZ. De wijzigingen zijn redactioneel van aard.

Artikelen 10.3.1 tot en met 10.3.3

Deze artikelen komen overeen met de artikelen 58, 59, 61 en 64 van de AWBZ. De wijzigingen zijn redactioneel van aard.

Artikel 10.4.1

In dit onderdeel worden de LIZ-uitvoerders uitgezonderd van de werkingssfeer van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen (Kaderwet zbo's). De LIZ-uitvoerder heeft, voor zo ver publiekrechtelijke taken worden uitgevoerd, de hoedanigheid van een (privaatrechtelijk) zelfstandig bestuursorgaan, net als de zorgkantoren die de huidige AWBZ uitvoeren. De Kaderwet zbo's is bij inwerkingtreding niet van toepassing geworden op de bestaande zorgkantoren.

De NZa vervult als toezichthouder op grond van de Wmg een belangrijke rol bij het toezicht op zorgverzekeraars en LIZ-uitvoerders.

Zonder nadere regeling zou op de LIZ-uitvoerder het bepaalde in Hoofdstuk 4, Afdeling 3, van de Kaderwet zbo's van toepassing zijn geworden. Artikel 37 van de Kaderwet bepaalt dat de artikelen 26 tot en met 35 van toepassing zijn indien een zelfstandig bestuursorgaan uitsluitend de opgedragen wettelijke taken en daaruit onmiddellijk voortvloeiende werkzaamheden uitvoert.

De genoemde artikelen hebben betrekking op de verantwoordelijkheid van de minister bij begroting, het beheer en verantwoording, en regelen aangelegenheden als het goedkeuren en vaststellen van de begroting van het zelfstandig bestuursorgaan, de opstelling van het jaarverslag enz. Deze onderwerpen vinden echter al sinds jaar en dag een gelijkwaardig equivalent in regels die zijn gesteld bij of krachtens de AWBZ, de Wmg, de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv) en het daarop gebaseerde Besluit Wfsv. Die regels worden uitgevoerd door de NZa en het Zorginstituut. Deze sectorspecifieke regels zijn – op vergelijkbare wijze als in de huidige AWBZ – afgestemd op de positie die LIZ-uitvoerders ingevolge dit wetsvoorstel in het zorgstelsel zullen innemen, en met de uitvoering ervan is ruime ervaring opgedaan.

Tegen die achtergrond is het ongewenst om de uitvoeringspraktijk en de verantwoordelijkheidstoedeling in dit opzicht te wijzigen, door er het regime van de Kaderwet zbo's voor in de plaats te stellen. Het voorgestelde artikel impliceert dat de bestaande sectorspecifieke wetgeving van toepassing blijft, in plaats van het bepaalde in de artikelen 26 tot en met 35 van de Kaderwet zbo's. In materieel opzicht is de sectorspecifieke wetgeving gelijkwaardig aan het regime van de Kaderwet zbo's.

HOOFDSTUK 11

De artikelen 11.1 tot en met 11.6 komen overeen met de artikelen 68, 68a, 71, 73, 74 en 76 van de AWBZ. Deze artikelen zijn alleen technisch aangepast.

HOOFDSTUK 12

Veel van de in dit hoofdstuk voorgestelde wijzigingen strekken ertoe om in andere wetten verwijzingen naar de AWBZ, respectievelijk de zorgverzekeraar, te vervangen door een verwijzing naar de Wet langdurige intensieve zorg, respectievelijk de LIZ-uitvoerder.

Hierna zal bij de voorgestelde wijzigingen alleen een toelichting worden gegeven bij voorstellen die niet louter technisch van aard zijn, dan wel voor een goed begrip nadere toelichting vereisen.

Artikel 12.1 (Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg)

Onderdeel A

In onderdeel A, is bij de definitie van LIZ-uitvoerder aangesloten bij het begrip, zoals omschreven in de Wet langdurige intensieve zorg.

Onderdeel c van artikel 1 is aangepast om te bewerkstelligen dat onder de zorgaanbieder in de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg zowel wordt verstaan de zorgaanbieder in de zin van de wet langdurige intensieve zorg (een instelling of een al dan niet professionele zorgverlener).

Hierdoor wordt het mogelijk om ook bij de betaling van zorg die is verleend door niet professionals het bsn te gebruiken, op grond van artikel 3 van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg. Aan deze mogelijkheid bestaat in de praktijk behoefte ten behoeve van het declaratieverkeer.

Onderdeel d van artikel 1 van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg bevat verwijzingen naar het CIZ en het Bureau jeugdzorg. Het onderdeel wordt gewijzigd door een verwijzing naar het CIZ, genoemd in genoemd in artikel 7.1.1 van de Wet langdurige intensieve zorg. Hoewel hiermee wordt aangegeven dat het CIZ het enige indicatieorgaan in de zin van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg is, wordt in de rest van de wet de meervoudsvorm "indicatieorganen" gehandhaafd. Het gaat daarbij onder andere om de bepalingen met betrekking tot het register van indicatieorganen. Dit heeft het voordeel, dat in het geval dat een indicatieorgaan zou worden toegevoegd aan onderdeel d, de wet op andere punten niet opnieuw hoeft te worden aangepast.

Artikel 12.2 (Wet marktordening gezondheidszorg)

De wijzigingen in dit artikel hebben een technisch karakter en brengen de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) op een tweetal punten in overeenstemming met de Wet langdurige intramurale zorg.

Ten eerste wordt in de Wmg het begrip AWBZ-verzekeraar steeds vervangen door LIZ-uitvoerder. Ten tweede wordt het in de Wmg op tal van plaatsen gehanteerde begrip "rechtspersoon, bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" geschrapt. De Wmg verwijst thans nog op diverse plaatsen naar rechtspersonen, bedoeld in artikel 40 van de AWBZ. Dat artikel vormt de grondslag voor het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering, waarin de verbindingkantoren geregeld zijn. Door het vervallen van de AWBZ en het niet 'terugkeren' van dit artikel in het wetsvoorstel, hoeft de Wmg niet langer rekening te houden met uitvoering door verbindingkantoren en het toezicht daarop.

Onderdeel A, onder 2

Er zij op gewezen door de verwijzing in artikel 1, eerste lid, onderdeel e, van de Wmg naar het voorgestelde artikel 1.1.1 van de Wet langdurige intensieve zorg, onder de LIZ-uitvoerder tevens wordt begrepen de LIZ-uitvoerder (de representant) die door de minister ingevolge artikel 3.2.3, eerste lid, kan worden aangewezen.

Dit betekent onder meer dat de zorgautoriteit de haar toegekende bevoegdheden jegens LIZ-uitvoerders mede kan uitoefenen ten aanzien van de representanten. Waar is voorzien in de bevoegdheid van de zorgautoriteit om regels te stellen die op de LIZ-uitvoerders van toepassing zijn, impliceert dit de bevoegdheid om de zo nodig regelstelling toe te spitsen op de specifieke taak die een representant verricht. De zorgautoriteit kan derhalve zowel regels stellen waaraan alle LIZ-uitvoerders zijn gebonden, als (nadere of aanvullende) regels waaraan LIZ-uitvoerders (slechts) in hun hoedanigheid van representant moeten voldoen.

Onderdeel B

In artikel 16, onderdeel d, worden verwijzingen naar de AWBZ-verzekeraars en de verbindings/zorgkantoren gewijzigd. De verwijzing naar de AWBZ-verzekeraars wordt vervangen door een verwijzing naar de LIZ-uitvoerders. De verwijzing naar de verbindings/zorgkantoren, bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, kan komen te vervallen.

Onderdeel G, onder 2

Onderdeel b van artikel 31 Wmg verwijst naar het accountantsverslag, bedoeld in artikel 36 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Artikel 4.2.1 van de Wet langdurige intensieve zorg komt materieel overeen met artikel 36 van de AWBZ.

Onderdeel H

De NZa houdt toezicht op de naleving van de Wet langdurige intensieve zorg door LIZ-uitvoerders. De naleving van artikel 4.1.1 maakt daarvan uiteraard onverkort deel uit. Artikel 78 Wmg maakt het mogelijk dat de NZa een aanwijzing geeft aan een LIZ-uitvoerder die niet voldoet aan het bepaalde bij of krachtens de Wet langdurige intensieve zorg. Bij niet naleving van de aanwijzing beschikt de NZa over verdergaande handhavingsmogelijkheden (artikelen 80 en 84 Wmg), waaronder het opleggen van een last onder dwangsom. Op grond van het voorgestelde artikel 31a van de Wmg zullen bij algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld over de wijze waarop de betrouwbaarheid van de betrokken personen wordt vastgesteld. Het ligt in de bedoeling de in deze algemene maatregel van bestuur op te nemen regels te enten op het bepaalde in Hoofdstuk 2 van het Besluit prudentiële regels Wft. Aldus wordt bereikt dat in dit opzicht voor zorgverzekeraar en LIZ-uitvoerders dezelfde eisen gelden.

Onderdeel M

Onderdeel d van artikel 58, vierde lid, kan vervallen, omdat het onderdeel verwijst naar de contracteerplichten van de artikelen 16b, eerste lid, en 16c, eerste lid, van de AWBZ welke zijn komen te vervallen. Overigens was de contracteerplicht vanaf 1 januari 2012 reeds afgeschaft met een wijziging van artikel 21 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Staatsblad 2011, nr. 665). Bij dat besluit is aangekondigd dat bij een volgende gelegenheid de AWBZ daarop zou worden

aangepast. In de Wet LIZ komen de contracteerplichten dan ook niet terug. De verwijzingen naar artikel 12, tweede en derde lid, in onderdeel d van artikel 58, vierde lid, zijn opgenomen in onderdeel c.

Onderdeel O, onder 1, en R

De artikelen 76 en 82 van de Wmg hebben betrekking op de bevoegdheid van de zorgautoriteit om een aanwijzing te geven, onderscheidenlijk een last onder bestuursdwang dan wel een last onder dwangsom op te leggen. Het is wenselijk dat de in deze artikelen geregelde instrumenten tevens kunnen worden ingezet ter handhaving van regels die door de zorgautoriteit zijn gesteld met betrekking tot de controle door zorgverzekeraars en verantwoordingsdocumenten (artikel 31 Wmg). Om die reden is artikel 31 opgenomen in de artikelen 76 en 82.

Artikel 12.3 (Zorgverzekeringswet)

Onderdeel A

In artikel 1 van de Zvw is de in het wetsvoorstel langdurige intensieve zorg voorgestelde definitie van een LIZ-uitvoerder opgenomen op de plaats van het uitgewerkte onderdeel s.

In onderdeel w is de verwijzing naar het VAK aangepast. In de Wet LIZ wordt het CAK genoemd in artikel 6.1.1, eerste lid.

Onderdelen D en E

Deze onderdelen B en C zijn toegelicht bij de artikelen 4.1.1 en 4.1.2.

Onderdeel I

De eerste in dit onderdeel voorgestelde wijziging van artikel 89, eerste lid, voorziet erin dat ook LIZ-uitvoerders verplicht zijn de zorgverzekeraars informatie te verschaffen indien dat noodzakelijk is voor de uitvoering van de zorgverzekering of van de Zvw.

Voor de tweede wijziging wordt verwezen naar de toelichting bij artikel 9.1.5, eerste lid.

Artikel 12.4 (Jeugdwet)

Onderdeel B

Het college kan een voorziening weigeren indien de cliënt aanspraak heeft op verblijf in een instelling op grond van de Wet langdurige intensieve zorg, dan wel er gegronde redenen zijn om aan te nemen dat de cliënt daarop aanspraak kan doen gelden en weigert mee te werken aan het verkrijgen van een besluit dienaangaande.

Artikel 12.7 (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg)

De onderdelen A en B bevatten enkele technische wijzigingen. De verwijzingen naar de in te trekken Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en het persoonsgebonden budget op grond van die wet worden vervangen door verwijzingen naar de Wet langdurige intensieve zorg.

Met de derde en vierde nota van wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg is artikel 47 aan die wet toegevoegd. Dat artikel bepaalde dat, indien het wetsvoorstel Beginselenwet AWBZ-zorg (33 109) tot wet zou zijn verheven en in werking zou zijn getreden, de Beginselenwet AWBZ-zorg zou worden gewijzigd. Nu het wetsvoorstel Beginselenwet AWBZ-zorg bij **PM** is ingetrokken, kan artikel 47 geen werking meer krijgen. Met onderdeel C komt dat artikel dan ook te vervallen.

Artikel 12.7a (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)

Dit artikel bevat enkel technische wijzigingen die verband houden met verwijzingen naar de in te trekken Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en het CAK.

Artikel 12.8 (Geneesmiddelenwet)

Technische wijziging (verwijzing nationaal vaccinatieprogramma)

Artikel 12.11 (Wet op het financieel toezicht)

De LIZ-uitvoerder is geen schadeverzekeraar als bedoeld in de Europese Verzekeringsrichtlijn (paragraaf 5.5 van het algemeen deel van de toelichting). Om die reden is de Wft niet van toepassing op de LIZ-uitvoerder. Door de LIZ-uitvoerder toe te voegen aan de in artikel 1:6 van de Wft genoemde organisaties waarop de Wft niet van toepassing is, is dit expliciet bepaald. Ten aanzien van organisaties als de Sociale Verzekeringsbank, het UWV en de ziekenfondsen van weleer, is dit reeds in artikel 1.6 van de Wft bepaald.

Artikel 12.16 (Wet toezicht accountantsorganisaties)

In artikel 1, eerste lid, onderdeel p, van de Wet toezicht accountantsorganisaties wordt aangegeven wat in het kader van die wet onder het begrip "wettelijke controle" wordt verstaan. In de bijlage bij die bepaling wordt verwezen naar de controle van een financiële verantwoording die verplicht is gesteld op grond van de AWBZ. Met dit artikel wordt de verwijzing naar de bepalingen van de AWBZ aangepast zodat verwezen wordt naar de relevante bepalingen uit de Wet langdurige intensieve zorg. Het gaat om de artikelen 4.2.1, tweede lid, en 5.2.2, derde lid, van de Wet langdurige intensieve zorg, welke bepaling voor zover relevant materieel gelijk zijn aan de artikelen 36, tweede lid, en 45, derde lid, van de AWBZ.

Artikel 12.17 (Wet financiering sociale verzekeringen)

Onderdelen A, B, C, E, F, I, L, N en O

In artikel 2, onderdeel a, van de Wfsv worden de volksverzekeringen aangewezen. Met de wijziging in onderdeel B van dit artikel wordt de Wet langdurige intensieve zorg als volksverzekering aangewezen in plaats van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. In onderdeel A wordt de naam van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten met het oog hierop omgezet in het Fonds langdurige intensieve zorg. Met onderdeel C wordt aangegeven dat, voor de toepassing van hoofdstuk 1 en afdeling 2 van hoofdstuk 7 van de Wfsv, onder de verzekering langdurige intensieve zorg wordt verstaan de verzekering, bedoeld in hoofdstuk 3 van de Wet langdurige intensieve zorg. Ook in de artikelen 11, 12, 61, 90, 123 en 124 van de Wet financiering sociale verzekeringen wordt

de term "Algemene verzekering bijzondere zorg vervangen door de term verzekering langdurige intensieve zorg" (onderdelen E, F, I, L, N en O).

Onderdeel D

In de Wet langdurige intensieve zorg wordt geen mogelijkheid opgenomen om een nominale premie te innen, zoals dat nog mogelijk is op grond van artikel 17 van de AWBZ. Nu dat artikel vervalt en ook materieel niet terugkomt in de Wet langdurige intensieve zorg, kan artikel 5 van de Wet financiering sociale verzekeringen komen te vervallen (onderdeel D).

Onderdeel L

onder 2, onder c

In artikel 90 van de Wet financiering sociale verzekeringen wordt bepaald dat eigen bijdrage die verschuldigd is op grond van de Wet langdurige intensieve zorg (artikel 3.1.8) ten gunste komt van het Fonds langdurige intensieve zorg. Het gaat zowel om de eigen bijdrage bij zorg in natura als om de eigen bijdrage die verschuldigd is bij het verzilveren van de aanspraak door middel van een persoonsgebonden budget. De regering heeft het voornemen om de eigen bijdrage bij het pgb, net als bij zorg in natura, te laten vaststellen en innen door het CAK. Op dit moment wordt deze taak nog verricht door de zorgkantoren, die de vastgestelde eigen bijdrage in mindering brengen op het bruto pgb en vervolgens het netto pgb uitkeren. De vaststelling en inning door het CAK leidt ertoe dat de aangewezen LIZ-uitvoerder de eigen bijdrage niet in mindering brengt op het trekkingsrecht; het CAK int de eigen bijdrage die vervolgens in het fonds vloeit.

onder 2, onder f

Op grond van de Wet langdurige intensieve zorg zal het persoonsgebonden budget als subsidie blijven bestaan. In artikel 90, tweede lid, onderdeel f, kan de verwijzing naar het persoonsgebonden budget echter vervallen, omdat het persoonsgebonden budget onder artikel 90, tweede lid, onderdeel a, van de Wfsv valt. Ook de kosten van het persoonsgebonden budget worden immers gemaakt ten behoeve van de uitvoering van de Wet langdurige intensieve zorg en vallen onder de omschrijving van onderdeel a.

Onderdeel f wordt geschrapt, waardoor de uitgaven ten behoeve van subsidies verstrekt voor zwangerschapsafbrekingen in de zin van de Wet afbreking zwangerschap niet langer ten laste van het fonds kunnen komen. Voortaan komen deze kosten ten laste van de begroting. In verband hiermee is ook het vierde lid van artikel 90 geschrapt.

Onderdeel M

Artikel 90, derde lid, van de Wfsv bepaalt dat uit het Fonds langdurige intramurale zorg middelen kunnen worden gebruikt voor het vormen en in stand houden van een reserve. Aan artikel 91, eerste lid, wordt een volzin toegevoegd op grond waarvan bij algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat LIZ-uitvoerders een reserve kunnen vormen, waarmee rekening wordt gehouden bij de vaststelling van de jaarlijkse uitkering. Hierdoor krijgen LIZ-uitvoerders een prikkel om de wet doelmatig uit te voeren. Bij de bedoelde maatregel zullen regels worden gesteld over de bestemming van de reserve, de (maximale) omvang ervan, en de voorwaarden waaronder

de reserve mag worden aangehouden. Uitgangspunt is dat de gevormde reserve moet worden ingezet voor de uitvoering van de Wet langdurige intensieve zorg.

Artikel 12.18 (Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen)

Onderdeel B, onder 2, en C

Artikel 34, vierde lid, wordt zo aangepast dat de LIZ-uitvoerder nadrukkelijk wordt genoemd. Hiermee kan ook de LIZ-uitvoerder de Sociale verzekeringsbank kan verzoeken om informatie over de verzekeringsstatus van de verzekerde te verstrekken voor zover deze informatie noodzakelijk is voor de uitvoering van de Wet langdurige intensieve zorg. Het gaat hier om een technische wijziging omdat onder de AWBZ de verzekeraar dezelfde positie heeft. Ook in artikel 54 wordt de LIZ-uitvoerder als zodanig ingevoegd (onderdeel C).

Artikel 12.25 (Ziektewet)

Artikel 29f, eerste lid, van de Ziektewet bevat een verwijzing naar het persoonsgebonden budget op grond van de AWBZ en de Wmo. De verwijzing naar het persoonsgebonden budget op grond van de AWBZ is gewijzigd.

Artikel 12.35 (Algemene wet bestuursrecht)

Onderdeel A

Dit onderdeel voorziet in een wijziging van de zogenaamde negatieve lijst bij de Algemene wet bestuursrecht (Awb). Artikel 8.5 van de Awb bepaalt dat geen beroep kan worden ingesteld tegen een besluit dat is opgenomen in de bijlage bij die wet. Tegen zo'n besluit kan op grond van artikel 7.1 ook geen bezwaar worden ingesteld.

LIZ-uitvoerders hebben op grond van artikel 3.2.1 een zorgplicht voor hun verzekerden. Deze zorgplicht is publiekrechtelijk van aard en LIZ-uitvoerders zijn op de nakoming ervan als bestuursorgaan aanspreekbaar door de verzekerden. Om aan de zorgplicht invulling te geven kopen LIZ-uitvoerders zorg in bij zorgaanbieders. Zij sluiten daartoe op grond van artikel 3.2.1, tweede lid, van de wet langdurige intensieve zorg schriftelijke overeenkomsten met zorgaanbieders. Deze overeenkomsten zijn privaatrechtelijk van aard. Bij geschillen daaromtrent is de burgerrechtelijke rechter bevoegd. Rechtshandelingen van LIZ-uitvoerders op dit vlak hebben derhalve niet het karakter van besluiten in de zin van de Awb. Zo gezien is het derhalve niet noodzakelijk artikel 3.2.1, tweede lid, op de negatieve lijst te plaatsen. Om mogelijke misverstanden hieromtrent, mede in het licht van het publiekrechtelijke karakter van de zorgplicht, te voorkomen is artikel 3.2.1, tweede en derde lid, alsmede artikel 3.2.2 (dat betrekking heeft op de inhoud van de overeenkomsten) toch op de bijlage geplaatst.

B tot en met E

In de artikelen 2 en 9 van bijlage 2 en artikel 2 van bijlage 3 bij de Awb wordt de Wet langdurige intensieve zorg in plaats van de AWBZ opgenomen in de opsomming. Materieel brengt dit geen wijziging in de thans bestaande situatie.

In artikel 7 van bijlage 2 bij de Algemene wet bestuursrecht (Bevoegdheidsregeling bestuursrechtspraak) wordt geregeld dat tegen een besluit, genomen op grond van een in dat artikel genoemd voorschrift of anderszins in dat artikel omschreven, beroep kan worden ingesteld bij de rechtbank Rotterdam. Met onderdeel C wordt hoofdstuk 8 van de Wet langdurige intensieve

zorg (in de alfabetische rangschikking opgenomen. De rechtbank Rotterdam wordt hiermee bevoegd kennis te nemen van beroepen tegen besluiten op grond van hoofdstuk 8 van die wet.

Artikel 12.38 (Ambtenarenwet)

Artikel 2 van de Ambtenarenwet geeft aan op wie titel III van die wet niet van toepassing is. Dat artikel is technisch gewijzigd zodat naar de juiste grondslag van het publiekrechtelijk zbo het CAK wordt verwezen. Bovendien worden de voorzitter en de leden van het CIZ aan het artikel toegevoegd, zodat titel III van de Ambtenarenwet ook op hen niet van toepassing is.

Het personeel van het CIZ blijft op grond van artikel 13.1.1, tweede lid, in dienst van het CIZ op arbeidsovereenkomst naar burgerlijk recht. Hiermee verkeert het personeel in dit opzicht in dezelfde positie als het personeel van het CAK.

Artikel 12.40 (Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector)

Dit betreft een technische wijziging. Artikel 33 van de AWBZ wordt vervangen door artikel 4.1.1 van de Wet langdurige intensieve zorg (aanmelden als uitvoerder van die wetten).

HOOFDSTUK 13

Artikel 13.1.1

In artikel 13.1.1 wordt bepaald dat er een overgang van personeel van de Stichting CIZ naar de zbo CIZ plaatsvindt. Het personeel van het publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan CIZ vallen, in afwijking van artikel 15 van de Kaderwet niet als rijksambtenaren onder ARAR/BBRA. Het personeel van het CIZ zal hun privaatrechterlijke arbeidsovereenkomst behouden en geen ambtenarenstatus krijgen. Deze afwijking van het de Kaderwet is eerder ook al toegepast op het CAK, de UWV, en de SVB. De bepalingen van titel 10 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek betreffende de arbeidsovereenkomst zijn op de overeenkomst van toepassing.

Het derde lid van artikel 13.1.1 bepaalt dat de overgang van de in het eerste lid bedoelde personeelsleden plaatsvindt met een rechtspositie die als geheel ten minste gelijkwaardig is aan die welke voor elk van hen gold bij de stichting Centrum indicatiestelling zorg.

Artikel 13.1.2

Dit artikel bepaalt dat er een rechtsovergang onder algemene titel om niet plaatsvindt van de vermogensbestanddelen van de stichting CIZ naar de zbo CIZ, zonder dat een besluit, akte of mededeling is vereist. Dit voorkomt dat er aparte overeenkomsten moeten worden gesloten tussen de stichting, het zbo CIZ en de Minister van VWS over de overname van vermogensbestanddelen. Omdat de overname onder algemene titel plaatsvindt zet de zbo CIZ de volledige rechtspositie van de stichting CIZ voort. Ook de verplichtingen van de stichting gaan mee over. Bij de overgang van vermogensbestanddelen van de stichting CIZ naar de zbo CIZ blijft heffing van overdrachtsbelasting achterwege, aldus het tweede lid.

Artikel 13.1.3

Archiefbescheiden met betrekking tot zaken die bij de instelling van het zbo CIZ nog niet zijn afgedaan door de stichting CIZ, worden overgedragen aan het zbo CIZ om die zaken af te doen. De

overdracht van de archiefbescheiden maakt het voor het zbo CIZ bovendien mogelijk om historisch onderzoek te doen betreffende zaken die bij de instelling van het zbo CIZ al zijn afgedaan.

Artikel 13.1.4

In dit artikel wordt bepaald dat de, op het moment van instelling van het zbo CIZ lopende wettelijke procedures en rechtsgedingen, respectievelijk de onderzoeken door de Nationale ombudsman die lopen bij de stichting CIZ, worden afgehandeld door het zbo CIZ.

Artikelen 13.2.1 tot en met 13.2.3

Het voorstel van wet houdende afschaffing van de algemene tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten, de compensatie voor het verplicht eigen risico, de fiscale aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten en de tegemoetkoming specifieke zorgkosten en wijziging van de grondslag van de tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten (Kamerstukken **PM**) voorziet, voor zover hier van belang, in aanpassing van de taken die het CAK heeft bij de uitvoering van de AWBZ (artikel III van genoemd wetsvoorstel) door wijziging van de AWBZ. Omdat de AWBZ bij de inwerkingtreding van de Wet langdurige intramurale zorg wordt ingetrokken, moet worden voorzien in een 'vertaling' van de beoogde wijzigingen in de AWBZ in de nieuwe wet. Indien, zoals beoogd, de Wet langdurige intramurale zorg in werking treedt op 1 januari 2015, hebben de wijzigingen van de AWBZ immers geen effect meer.

De wijzigingen behelzen het vervallen van de volgende taken van het CAK:

1. het vaststellen van het recht op tegemoetkomingen ingevolge artikel 11a van de Zorgverzekeringswet (GGZ-zorg) en het verstrekken ervan (artikel 49, onderdeel d AWBZ);
2. het vaststellen van het recht op uitkeringen ingevolge artikel 118a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet (compensatie eigen risico) en het verstrekken ervan (artikel 49, onderdeel e AWBZ) voor kalenderjaren die aanvangen na 31 december 2013;
3. het vaststellen van het recht op tegemoetkomingen ingevolge de Wtcg en het verstrekken van die tegemoetkomingen (artikel 49, onderdeel c AWBZ) die betrekking hebben op kalenderjaren die voorafgaan aan 2014;
4. het vaststellen en verstrekken van bedragen als bedoeld in artikel 90, tweede lid, onderdeel f, van de Wfsv (artikel 49, onderdeel b AWBZ).

Het genoemde wetsvoorstel regelt in artikel XVI het tijdstip van inwerkingtreding van deze wijzigingen. Het recht op de tegemoetkoming onder 1 wordt met ingang van 1 januari 2014 uit de Zvw geschrapt. Het recht op de uitkering onder 2 wordt met ingang van 1 januari 2015 uit de Zvw geschrapt. Om die reden zijn in artikel 6.1.2 van het wetsvoorstel langdurige intramurale zorg, dat de taken van het CAK regelt (en dus vergelijkbaar is met het huidige artikel 49 van de AWBZ) en niet in werking zal treden voor 1 januari 2015, de onder 1 en 2 genoemde taken niet langer opgenomen. Dat geldt ook voor de onder 4 bedoelde taak, aangezien onderdeel f van artikel 90, tweede lid, van de Wfsv op 1 januari 2015 komt te vervallen.

De onder 3 genoemde taak komt te vervallen omdat de Wtcg op 1 januari 2016 wordt ingetrokken. Omdat het CAK in het jaar 2015 nog werk zal hebben aan de uitvoering van de Wtcg, kan die taak niet eerder dan 1 januari 2016 geschrapt worden. Om die reden voorziet artikel 13.2.1 erin dat de

Wet langdurige intramurale zorg met ingang van 1 januari 2016 wordt gewijzigd. Vanaf de intrekking van de Wtcg op 1 januari 2016 worden de taken van het CAK die aan de Wtcg gerelateerd zijn, geschrapt. Artikel 13.2.2 wordt voorgesteld voor het geval de Wet langdurige intramurale zorg op 1 januari 2016 of op een later tijdstip in werking zou treden, in welk geval artikel 13.2.1 geen toepassing kan vinden.

Artikel 13.2.3 geeft een aanvulling op de regeling in artikel 6.2.1 van de wetsvoorstel langdurige intramurale zorg. Het vierde lid van dat artikel regelt onder meer dat de jaarrekening van het CAK betrekking moet hebben op de Wtcg-tegemoetkomingen. Dit element van het vierde lid komt op grond van artikel 13.2.1 op 1 januari 2016 te vervallen. Niettemin is het wel noodzakelijk dat de in 2016 in te dienen jaarrekening (over de voorafgaande periode) over de uitvoering van de Wtcg een verantwoording bevat. Dit wordt in artikel 13.2.3 bepaald. Omdat dit artikel alleen betekenis heeft voor het jaar 2016 is ervan afgezien om de regeling als zesde lid aan artikel 6.2.1 toe te voegen.

Artikel 13.3.1

In artikel 1, onderdeel c van de AWBZ is bepaald dat die wet wordt uitgevoerd door een zorgverzekeraar als bedoeld in de Zvw, die zich overeenkomstig artikel 33 van de AWBZ heeft aangemeld voor de uitvoering van de AWBZ. Zorgverzekeraars dienen op grond van de Wft te beschikken over een vergunning voor de uitvoering van het schadeverzekeringsbedrijf. De zorgverzekeraar die de AWBZ wenst uit te voeren, is op grond van artikel 33 van de AWBZ verplicht zich daartoe bij de NZa aan te melden. Voor deze melding golden geen nadere eisen. Met dit wetsvoorstel wordt de uitvoering niet langer opgedragen aan de zorgverzekeraar, maar aan de LIZ-uitvoerder. Dat is een van de zorgverzekeraar te onderscheiden rechtspersoon. De LIZ-uitvoerder die de Wet LIZ wil uitvoeren heeft niet de hoedanigheid van zorgverzekeraar, en beschikt niet over een Wft-vergunning, en behoeft daarover ook niet te beschikken omdat de Wft niet op de LIZ-uitvoerder van toepassing is.

In verband hiermee voorziet het wetsvoorstel in het vierde, zesde en zevende lid van artikel 4.1.1 in regels (en de krachtens het vierde lid te stellen regels) waaraan bij de melding moet worden voldaan. Dat betekent dat bij de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel de LIZ-uitvoerder moet voldoen aan eisen waaraan de zorgverzekeraars in hun hoedanigheid van uitvoerder van de AWBZ thans nog niet behoeven te voldoen.

Omdat met de voldoening aan deze eisen door de LIZ-uitvoerder en de toetsing door de NZa enige tijd gemoeid kan zijn, bepaalt dit artikel dat een rechtspersoon die zich heeft aangemeld voor de uitvoering van de Wet LIZ, maximaal 12 maanden door de NZa kan worden ontheven van de nieuwe vereisten voor de melding in de Wet LIZ. De inzet is erop gericht dat van deze mogelijkheid geen gebruik behoeft te worden gemaakt door de zorgverzekeraars en LIZ-uitvoerders voorafgaand aan de inwerkingtreding van de Wet LIZ ruim voldoende tijd te beiden om daarop te anticiperen. Voor het geval de aan de melding verbonden procedure niet is afgerond, het het hier voorgestelde artikel uitkomst bieden.

Artikel 13.3.2

Dit artikel regelt het overgangsrecht in verband met:

1. het toepasselijke recht (tweede lid);

2. de overgang van de uitvoering van de AWBZ van zorgverzekeraars naar uitvoering van de Wet LIZ door LIZ-uitvoerders (derde lid);
3. de overgang van taken waarvan de uitvoering bij of krachtens artikel 40 (administratie en controle) en artikel 44 (persoonsgebonden budget) van de AWBZ was opgedragen aan verbindingkantoren, naar de door de minister ingevolge artikel 3.2.2, eerste lid, aangewezen LIZ-uitvoerders (de representanten vierde lid);
4. de overgang van taken die krachtens volmacht en mandaat door de zorgkantoren werden verricht naar de representanten (vijfde lid)
5. het afwikkelen van lopende zaken (zesde lid), voeren van lopende wettelijke procedures en rechtsgedingen (zevende lid), en lopende onderzoeken van de Nationale ombudsman (tiende lid), en archieven (elfde lid);
6. de overgang van taken van de bij vervanging van een representant door een andere representant (achtste lid).
7. de overgang van taken van de representanten naar LIZ-uitvoerders bij het vervallen van de aanwijzing als representant (negende lid).

Eerste lid

Het eerste lid definieert het begrip zorgverzekeraar voor de toepassing van dit overgangsartikel. Hierdoor behoeft dit begrip in de volgende leden niet steeds uitgeschreven te worden, en wordt de leesbaarheid van dit artikel vergroot.

De zorgverzekeraar is de rechtspersoon die zich op grond van artikel 33, eerste lid, van de AWBZ had gemeld voor de uitvoering van die wet. In het onderhavige wetsvoorstel heeft het begrip zorgverzekeraar een andere betekenis. Omdat het overgangsrecht ziet op de zorgverzekeraar als uitvoerder van de AWBZ in de 'oude' situatie, heeft het begrip zorgverzekeraar in dit artikel dezelfde betekenis die het in de AWBZ heeft.

Tweede lid

In dit lid wordt geregeld dat de bij of krachtens de AWBZ gestelde regels, die op zorgverzekeraars en zorgkantoren van toepassing waren voor het tijdstip waarop de AWBZ wordt ingetrokken, ook na dat tijdstip van toepassing blijven op de afwikkeling van de taken die zij voor dat tijdstip verrichtten.

De voorgestelde regeling strekt er aldus bijvoorbeeld toe dat de rechten en verplichtingen die uit het Administratiebesluit BZ voortvloeiden voor zorgkantoren, ook na het vervallen van dat besluit van toepassing blijven ter zake van de afwikkeling. Hetzelfde geldt voor de rechten en verplichtingen die uit anderen hoofde (bijvoorbeeld krachtens artikel 44 van de AWBZ) op de zorgkantoren rustten. Op welke partij die rechten en verplichtingen vervolgens overgaan, wordt geregeld in de volgende leden.

Derde lid

Dit wetsvoorstel draagt de uitvoering van de AWBZ op aan LIZ-uitvoerders, waar de huidige AWBZ de zorgverzekeraars met deze taak belast. Daarom wordt in dit lid geregeld dat de rechten en verplichtingen van de zorgverzekeraars van rechtswege overgaan op de LIZ-uitvoerders. Bij deze

overgang gaat het alleen om de rechten en verplichtingen van de zorgverzekeraar als uitvoerder van de AWBZ. Dat volgt uit de definitie van zorgverzekeraar in het eerste lid.

Vierde lid

In dit lid wordt geregeld welke rechten en verplichtingen van de aangewezen verbindings-/zorgkantoren overgaan op de aangewezen representanten. Voor de overgang op de representant geldt de voorwaarde dat het moet gaan om rechten en verplichtingen die zijn ontstaan krachtens artikel 40 of artikel 44 van de (huidige) AWBZ.

Het hierbij gaat om rechten en verplichtingen die, zoals het tweede lid bepaalt, rechtstreeks bij of krachtens de wet aan zorgkantoren zijn toegedeeld. Het betreft rechten en verplichtingen die krachtens

- artikel 40 van de AWBZ (Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering) of
- artikel 44 (persoonsgebonden budget) rechtstreeks op het zorgkantoor zelf van toepassing waren.

De eerstgenoemde taak verricht het verbindingkantoor thans op grond van het Administratiebesluit. Het verbindingkantoor heeft op grond van artikel 8 van dat besluit de administratieve taak om het contact tussen zorgaanbieders en het CAK te bevorderen, en zorgverzekeraars te adviseren over de beoordeling van de aanspraken van verzekerden. Voorts wordt de gegevensuitwisseling geregeld. Op het verbindingkantoor zijn op grond van artikel 10 van het Administratiebesluit BZ ook de artikelen 36 (financieel verslag aan NZa), 37 (uitvoeringsverslag aan NZa), en 55/56 (informatieverplichtingen) van de AWBZ van toepassing. De verbindingkantoren zijn verantwoordelijk voor en zelfstandig aanspreekbaar op de naleving van deze verplichtingen.

De als tweede genoemde taak is neergelegd in de Regeling subsidies AWBZ en behelst het verlenen van persoonsgebonden budgetten aan verzekerden. Het CVZ verleent ten behoeve daarvan subsidie aan het zorgkantoor (zo aangeduid in die regeling). Voor deze taak is het zorgkantoor zelfstandig drager van rechten en verplichtingen. Voor zover het de uit artikel 44 van de AWBZ voortvloeiende rechtsverhouding van het zorgkantoor met het CVZ betreft, gaat deze over op de representant die in de betreffende regio is aangewezen. Hiermee wordt de continuïteit in het verantwoordingsproces gewaarborgd.

Taken die door zorgverzekeraars door middel van volmacht en mandaat aan de zorgkantoren zijn toebedeeld, vallen niet onder het vierde lid. De overgang van die taken wordt geregeld in het vijfde lid.

Er is geen overgangsrecht noodzakelijk voor het geven van een bestemming aan de beheerskostenreserves waarover de zorgkantoren kunnen beschikken. Bij het inwerkingtreden van het wetsvoorstel vervalt artikel 40 AWBZ, en vervalt de wettelijke grondslag voor de aanwijzing van de zorgkantoren. Hierdoor eindigt ook de aanwijzing. Artikel 4.5, zevende lid, van het Besluit Wfsv, bepaalt voor dit geval reeds dat de rechtspersoon de resterende beheerskostenreserve binnen vier weken in het AFBZ stort.

Vijfde lid

De taken die het zorgkantoor verrichtte krachtens volmacht gaan over op de LIZ-uitvoerders die de volmacht en het mandaat hebben verleend. Aangezien echter artikel 3.2.3, eerste lid, voorziet in

de mogelijkheid LIZ-uitvoerders aan te wijzen die namens de LIZ-uitvoerders de in dat artikel genoemde taken verrichten, gaan die taken (en de daarmee verband houdende bestaande rechten en verplichtingen) van het zorgkantoor over op de aan te wijzen representant.

Zesde lid

Door de in dit lid voorgestelde regeling hebben verzekerden die een aanvraag voor een pgb of een vergoeding hebben gedaan bij het zorgkantoor, of een besluit van het zorgkantoor hebben ontvangen, voor de afwikkeling daarvan te maken met de representant. Dit betekent bijvoorbeeld dat op een pgb-aanvraag die kort voor de wetswijziging nog is ingediend bij het zorgkantoor, moet worden beslist door de representant. Het tiende lid voorziet daartoe in een overdracht van archiefbescheiden.

Zevende lid

In dit lid wordt geregeld welke partij in lopende wettelijke procedures en rechtsgedingen in de plaats treedt van de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. Hierbij moet onderscheid worden gemaakt naar de aard van de lopende procedures. Hierbij kunnen vier categorieën worden onderscheiden:

1. procedures waarbij de zorgverzekeraar (als uitvoerder van de AWBZ) was betrokken.
2. procedures tussen zorgkantoor en verzekerden rond de pgb- en vergoedingsregeling.
3. procedures tussen zorgkantoor en CVZ over de uitvoering van de pgb-regeling in het kader van de door het CVZ aan het zorgkantoor verleende subsidie.
4. procedures waarbij het zorgkantoor anders dan uit hoofde van de uitvoering van de pgb- en vergoedingsregeling is betrokken. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan verantwoording van AWBZ-gelden in het kader van rapportageverplichtingen, het beheerskostenbudget enzovoorts. De voorgaande leden leiden er toe dat indien een representant is aangewezen, de bestaande rechten en verplichtingen overgaan op die aangewezen LIZ-uitvoerder. De representant neemt ook in wettelijke procedures en rechtsgedingen de plaats van het zorgkantoor over. Aldus sluit de regeling van het in de plaats treden van een andere partij, aan bij de overgang van de in de voorgaande leden geregelde rechten en verplichtingen.

Achtste lid

Artikel 3.2.3 van de Wet LIZ, waarop de aanwijzing van representanten door de minister is gebaseerd, voorziet erin dat die aanwijzing tijdelijk is. Dit lid voorziet in de overgang van op de representanten rustende rechten en verplichtingen op andere rechtspersonen, na het vervallen van de krachtens artikel 3.2.3 gegeven aanwijzing. Indien de ene representant wordt vervangen door een andere, gaan de rechten en verplichtingen over op die andere, de nieuwe, representant.

Negende lid

Vervalt de aanwijzing, of wordt die ingetrokken zonder dat een nieuwe representant wordt aangewezen, dan gaan de rechten en verplichtingen over naar de LIZ-uitvoerder bij welke de verzekerde is ingeschreven.

De representant is ingevolge artikel 3.2.3 van de Wet LIZ een aangewezen LIZ-uitvoerder. Een aangewezen LIZ-uitvoerder heeft dus naast de hoedanigheid van LIZ-uitvoerder voor de eigen

verzekerden, de hoedanigheid van representant. Deze twee hoedanigheden worden in één en dezelfde rechtspersoon verenigd. De LIZ-uitvoerder die tevens representant is, zal derhalve zowel aan wettelijke regels dienen te voldoen die op hem rusten in zijn hoedanigheid van LIZ-uitvoerder, als aan regels die in zijn hoedanigheid van representant op hem van toepassing zijn. Verplichtingen van de representant rusten derhalve op de rechtspersoon LIZ-uitvoerder. Het negende lid strekt ertoe te bewerkstelligen dat de op de LIZ-uitvoerder als gevolg van de aanwijzing als representant rustende verplichtingen, overgaan naar de LIZ-uitvoerder waarbij de verzekerde is ingeschreven.

Tiende lid

Dit lid regelt dat in zaken waarin de Nationale ombudsman een gedraging van een zorgverzekeraar of een zorgkantoor (persoonsgebonden budget) als bestuursorgaan AWBZ onderzoekt, de LIZ-uitvoerder dan wel de representant in de plaats treedt van de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. De LIZ-uitvoerder is immers de opvolger van de zorgverzekeraar als uitvoerder van de AWBZ, en de representant is de opvolger van het zorgkantoor als uitvoerder van het persoonsgebonden budget.

Elfde lid

In dit lid is geregeld dat de LIZ-uitvoerder of de representant die in de plaats treedt van de zorgverzekeraar of het zorgkantoor, van die zorgverzekeraar of dat zorgkantoor de archiefbescheiden ontvangt, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de taak van de LIZ-uitvoerder of de representant. Deze bepaling is bijvoorbeeld van belang voor de overdracht door het zorgkantoor aan de representant van persoonsgegevens betreffende verzekerden die van belang zijn voor de uitvoering van het persoonsgebonden budget en de vergoedingsregeling. Deze regeling voldoet aan de eisen die vanuit bescherming van de privacy van de burger gesteld moeten worden. De overdracht is immers noodzakelijk en proportioneel. Hierbij verdient nog opmerking dat de verzekerden hier doorgaans weinig van zullen merken, omdat de overdracht tussen het zorgkantoor en de representant er alleen toe strekt de juiste rechtspersoon van de noodzakelijke gegevens te voorzien. In de praktijk verandert er niets.

Twaalfde lid

Dit lid biedt de mogelijkheid bij ministeriële regeling zo nodig regels te stellen die noodzakelijk zijn voor een goede uitvoering van het in dit artikel opgenomen overgangsrecht. Op dit moment bestaat geen voornemen tot het stellen dergelijke regels. Met het oog op onvoorziene omstandigheden is het echter wenselijk dat regels zo nodig wel gesteld kunnen worden.

§ 4. Overgangsrecht verzekerden

Artikel 13.4.1

PM