

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

NADERE MEMORIE VAN ANTWOORD

Met belangstelling heb ik kennis genomen van het nader voorlopig verslag van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake bovenvermeld wetsvoorstel. De memorie van antwoord heeft voor de fracties van de PVV, SP en Groen Links aanleiding gegeven tot het stellen van nadere vragen. Met deze nadere memorie van antwoord worden deze vragen beantwoord.

1.1 PVV-fractie

Toegang en kwaliteit zorg

De leden van de PVV-fractie hebben enkele vervolgvragen over de toegang tot en de kwaliteit van de zorg. De regering geeft in eerdere beantwoording aan dat het aantal verzorgingshuisplekken gedaald is naar circa 26.000. De leden van deze fractie vinden dat een schrikbarende daling. Door het stoppen van de financiering van zorgzwaartepakketten (zzp) 1, 2 en 3 loopt dit aantal nog verder terug. De verzorgingshuizen worden opgeheven, daar zij niet vallen onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Een amendement van het lid Agema¹ om de grondslag van de Wlz te verbreden waardoor de zorgzwaarte voor de verzorgingshuizen er wel binnen vallen, is verworpen. De in de memorie van antwoord vermelde keuzevrijheid, namelijk "Cliënten kunnen kiezen of zij zorg thuis willen ontvangen of dat zij liever in een instelling wonen", is daarmee vernietigd. Als de regering wel keuzevrijheid voor ogen staat, wat gaat zij dan doen om die te bewerkstelligen voor mensen met de zorgzwaarte voor de huidige verzorgingshuizen (zzp 1 t/m 3)?

In eerdere beantwoording van vragen is aangegeven dat het aantal cliënten dat nog met een licht ZZP (VV 1 t/m 3) in een verzorgingshuis verblijft, is gedaald tot ongeveer 26.000. Dit betekent niet dat het aantal plekken in verzorgingshuizen is gedaald tot 26.000. Veel plekken in verzorgingshuizen zijn inmiddels bezet door zwaardere cliënten (ZZP VV 4 of hoger) of zijn omgevormd tot moderne woonzorgcentra, waarbij cliënten zelf hun kamer of appartement huren en zorg en ondersteuning op maat kunnen krijgen. De trend dat mensen met een lichtere zorgvraag langer thuis wonen, is overigens al lange tijd zichtbaar.

Voor cliënten die in aanmerking komen voor Wlz-zorg, geldt dat zij kunnen kiezen of zij deze zorg in een instelling willen ontvangen of (indien dit verantwoord kan) thuis met een vpt, mpt of pgb. Voor cliënten die niet in aanmerking komen voor verblijf in een instelling (bijvoorbeeld cliënten die voorheen in aanmerking zouden zijn gekomen voor ZZP VV 1 t/m 3), geldt dat zij in hun eigen woonomgeving zorg en ondersteuning op maat kunnen ontvangen vanuit de Zvw en Wmo. Deze eigen woonomgeving kan de woning zijn waar de cliënt al langere tijd woont (eventueel met het aanpassen van de woning), maar ook verhuizing naar een meer geschikte woning of een geclusterde woonomgeving is mogelijk. Een geclusterde woonomgeving kan – indien de cliënt daarvoor kiest – ook een plek in een verzorgingshuis zijn, waar mensen zelf de huur en de overige woonlasten betalen en waar ze zorg en ondersteuning op maat kunnen ontvangen. Cliënten kunnen daarbij zelf keuzes maken en zullen een afweging maken waarbij zowel de kwaliteit van de woonomgeving als een gevoel van veiligheid van zorg in de nabijheid en de mogelijkheid van sociale contacten een rol spelen. Voor cliënten die behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24-uurs nabijheid van zorg, geldt dat zij in de toekomst recht houden op een plek in een instelling

De vraag van de leden van de PVV-fractie waarom niet éérs de kwaliteit van zorg wordt geoptimaliseerd alvorens een enorme systeemwijziging door te voeren, is niet beantwoord. Zij krijgen alsnog graag antwoord op deze vraag.

Primair ben ik van mening dat het verbeteren van kwaliteit los zou horen te staan van welk systeem dan ook. Het is altijd zaak om als zorgaanbieder goede kwaliteit te willen leveren, onder iedere omstandigheid. Enerzijds is het werken aan kwaliteit, en het willen zijn van een lerende

¹ Kamerstukken II 2014/15, 33891, nr. 118

organisatie, in veel sterkere mate afhankelijk van de cultuur van een organisatie dan van een systeem. Anderzijds biedt juist de hervorming van de langdurige zorg een kans voor kwaliteitsverbetering. Met de hervorming wordt glashelder voor welke opgave zorgaanbieders staan binnen het domein van de Wlz: complexe, zware zorg aan kwetsbare mensen. Dat stelt eisen aan deskundigheid, houding en gedrag van iedereen die betrokken is bij de zorgverlening, van verzorgende tot bestuurder, van praktijkopleider tot zorginkoper. Nu is het de juiste tijd om dat op elkaar te laten aansluiten. Bovendien geeft de Wlz, als onderdeel van de systeemwijziging, meer mogelijkheden om te sturen op kwaliteit. Ik wijs bijvoorbeeld op het wettelijk verankeren van het zorgplan, de cliëntondersteuning en de mogelijkheid om de inkoop door zorgkantoren op aan nadere regels te onderwerpen.

Met de brief van 12 juni 2014² is de Tweede Kamer geïnformeerd over de voornemens om de kwaliteit in de verzorgings- en verpleeghuizen te verbeteren. De regering noemt de verblijfsrechten voor bewoners van zorginstellingen (de vroegere Beginselenwet AWBZ-zorg) als belangrijkste speerpunt om de kwaliteit in zorginstellingen significant te verbeteren. Door het aangenomen amendement-Bergkamp en Van Dijk³ zijn deze verblijfsrechten uit het voorstel van wet geschrapt (artikel 8.1.1, tweede lid) en wordt er verwezen naar lagere regelgeving zoals een AMvB. Lagere wetgeving is gemakkelijk veranderbaar en daardoor kwetsbaar. Hoe gaat de regering bewerkstellingen dat bewoners van instellingen in lagere regelgeving verblijfsrechten krijgen op het niveau zoals aangegeven in oude artikel 8.1.1, tweede lid, zonder dat deze afgezwakt worden?

Ik deel deze vrees niet. In mijn brief van 12 juni jl. over kwaliteit van de ouderenzorg (Kamerstukken II, 2013-2014, 31 765, nr. 90) heb ik aangegeven dat een optimale samenwerking tussen cliënt, informele zorg en zorgverlener de sleutel is tot kwaliteit van leven. Daarmee is dat tevens het belangrijkste speerpunt. Het doel van het opnemen van de bepalingen in de Wlz was dat de zorgplanbespreking wordt beschreven als een terugkerend gesprek, waarin de dialoog over een zinvol leven wordt gevoerd, over jezelf mogen zijn met je eigen waarden. Maatgevend is dat cliënten aangeven een goed gesprek te hebben gevoerd over wat voor hen belangrijk is in het leven en dat hierover afspraken zijn gemaakt. Dit doel staat wat mij betreft nog steeds overeind en wordt ook bereikt door een combinatie van bepalingen op wetsniveau en op het niveau van een amvb. Zoals eerder is aangegeven, is een dergelijke werkwijze vooral afhankelijk van de cultuur in een instelling. De amvb beschrijft welke concrete onderwerpen in het dagelijks leven van een cliënt belangrijk zijn en zet daarmee een kader neer. Tegelijkertijd geeft het voldoende flexibiliteit om, indien nodig, aanpassingen te doen.

De regering meldt in de memorie van antwoord dat zij de uitkomsten van de tussenevaluatie Experimenten met Regelarme Instellingen (ERAI)⁴ - voor zover zinvol - heeft meegenomen bij de vormgeving van de herziening van het langdurig zorgstelsel. Voorbeelden hiervan zijn dat op basis van de Wmo 2015 en de Zvw de aanbieder zelf mag indiceren, aldus de regering. Met welke criteria beoordeelt de regering of de uitkomsten uit ERAI al dan niet 'zinvol' zijn? Welke afwegingen zijn er op welke onderdelen gemaakt? Kan de regering daar een overzicht van geven? Waarom is de tussenevaluatie vanaf 2 mei jl. in een la blijven liggen? Waarom werd het niet naar de Kamer gezonden zodat de Tweede Kamer het kon betrekken bij het nader verslag, het tweede nader verslag en de wetsbehandeling?

Eén van de redenen om te starten met ERAI was dat professionals hun vak terug moeten krijgen. De tussenevaluatie laat zien dat het experiment op dit vlak zeker zinvol is. Alleen al omdat deelname aan ERAI heeft geleid tot een reflectie op de vraag of de regels die op de werkvloer gehanteerd worden wel hun doel dienen. De ERAI aanbieders hebben kritisch gekeken naar hun eigen processen en medewerkers en cliënten meer in samenspraak de dagelijkse zorgverlening vorm laten geven. Zij hebben met passie en betrokkenheid gewerkt, hun organisatie aangepast, nieuwe zorgvormen ontwikkeld en daarmee samenhangende administratieve procedures en registraties ontwikkeld.

² Kamerstukken II 2013/14, 31765, nr. 90

³ Kamerstukken II 2013/14, 33891, nr. 30

⁴ Kamerstukken II 2014/15, 31765, nr. 95 en bijlage

Als gezegd wil ik met ERAI de zorgprofessional in zijn kracht zetten. Dit is ook een van de pijlers van de Wlz. In de Wlz zijn de voorwaarden gecreëerd om meer ruimte aan de professionals in de zorg te geven door het duidelijke onderscheid tussen de indicatie en het zorgplan. Een andere pijler van de Wlz is het creëren van ruimte voor innovatie en experimenten door de opname van een experimenteerartikel. Bovendien komt er voor de zomer van 2015 een zorgvernieuwingagenda voor de langdurige zorg. Mede op basis van de tussentijdse resultaten van ERAI wordt ten behoeve hiervan onder andere het vastleggen van outcome-criteria, het verhogen en inzichtelijk maken van de kwaliteit en het (meer) belonen op kwaliteit en uitkomsten en het (meer) persoonsvolgend maken van de financiering onderzocht en nader uitgewerkt. Dit zijn onderwerpen die ook verder uitgewerkt worden in ERAI-verband. Het project wordt verlengd tot 1 januari 2016. Kortom, het proces van het verwerken van de uitkomsten van ERAI is nog niet afgerond, het project ERAI is zelf ook nog niet afgerond. De eindresultaten en daarmee de uitkomsten van het project zijn pas op een later tijdstip bekend.

De met de instellingen afgestemde finale versie van de tussenevaluatie is in mei 2014 afgerond. Hiermee was het rapport gereed, maar voor de beleidsbrief aan uw Kamer was nadere afstemming nodig met alle stakeholders. Dit heeft ertoe geleid dat de brief niet alleen ingaat op de resultaten van de evaluatie, maar meteen ook kan dienen als voorhang voor de aanwijzing die ik op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMO) aan de NZa van plan ben te geven over de verlenging van het experiment regelarme instellingen binnen de kaders van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ, dan wel de Wlz.

Het is de regering bekend dat in de voorliggende Wlz het zelf indiceren nu juist op wetsniveau is afschaft en dat dit dus zeer moeilijk veranderbaar is vanwege het feit dat wijzigingen zowel door Tweede als Eerste Kamer aangenomen moeten worden. Waarom schrijft de regering dan: "Voorbeelden hiervan zijn dat op basis van de Wmo 2015 en de Zvw de aanbieder zelf mag indiceren"? Waarom schrapt de regering de mogelijkheid van het zelf indiceren terwijl dit nu juist in de AWBZ/Wlz een enorm succes is gebleken? Nu uit eigen onderzoek van het CIZ ('de slager die zijn eigen vlees keurt') blijkt dat slechts 2 van de 1382 instellingen fraudeerden met de indicatie, is de 'straf' van het op wettelijk niveau niet meer zelf mogen indiceren, waardoor een gigantisch administratief systeem opgetuigd blijft, toch finaal uit de bocht gevlogen? Als zelf indiceren de standaard wordt en het CIZ altijd 25 procent van de indicaties toetst, waarbij malversaties gesanctioneerd worden met het niet meer zelf mogen indiceren, is er toch een veel betere oplossing gevonden dan het op wettelijk niveau dichttimmeren van zulke gigantische administratieve last?

De leden van de PVV-fractie menen dat het niet langer in mandaat indiceren door zorgaanbieders - waarmee inderdaad wordt gestart op 1 januari 2015 - alleen door een wetswijziging kan worden geïntroduceerd. Hier is sprake van een misverstand. Bij amvb kan op een daarvoor geëigend moment opnieuw het indiceren in mandaat worden toegestaan (zie artikel 3.2.2. vierde lid). Er is evenmin sprake van een uitbreiding van de administratieve lasten. Niet alleen neemt het aantal indicatiebesluiten aanmerkelijk af als resultante van de hervorming van de langdurige zorg (uitbreiding verzekerd pakket Zvw en uitbreiding pakket ondersteuning Wmo 2015), ook de manier van indiceren verandert. Zowel de klantbediening door het CIZ wijzigt als ook de wijzen van toegangsbeoordeling. Het is belangrijk eerst gedegen ervaring op te doen met die nieuwe manier van werken voordat breed aan zorgaanbieders kan worden toegestaan om zelf indicatiebesluiten voor te bereiden. Het is niet uitgesloten dat er in de toekomst opnieuw in mandaat zal worden geïndiceerd. Maar het is van belang eerst ervaring op te doen met de nieuwe grenzen aan de zorg binnen de nieuwe domeinen alsmede met de verschillende manieren van vaststellen van behoefte aan ondersteuning en zorg binnen de verschillende wettelijke kaders. Tegen die tijd zal ik me uiteraard ook buigen over de vraag hoe in mandaat voorbereide indicatiebesluiten moeten worden getoetst. Ik ben het met de leden van de PVV eens als zij naar voren brengen dat de omvang van de geconstateerde upcoding en/of fraude, die overigens wel op grotere schaal plaatsvindt dan deze leden melden, geen aanleiding kan zijn voor het voor eens en altijd afschaffen van mandaat, maar daarvan is dan ook geen sprake.

Met de nieuwe eis dat logeren alleen mag bij een toegelaten instelling wil de regering bereiken dat de ruimte blijft bestaan om bij logeren gebruik te maken van innovatieve woonvoorzieningen en er duidelijkheid ontstaat over het kwalitatief aanwenden van zorggeld voor respijtzorg. De regering wijst in dit verband op de discussies die in het verleden zijn ontstaan over bijvoorbeeld reizen naar het buitenland of een weekend weg waarbij ook de verblijfkosten werden gefinancierd uit het persoonsgebonden budget (pgb). De leden van de PVV-fractie vinden (verre) reizen naar het buitenland die betaald worden met een pgb ook ongewenst, maar zij vinden de oplossing van de regering veel en veel te rigoureuus. De goeden lijden onder de kwaden. Het gaat de leden van deze fractie namelijk om het logeren in eigen land voor (met name) gehandicapte kinderen, ter ontlasting van de ouders. Dit hoeft dus helemaal geen instelling te betreffen. Heeft de regering een oplossing die wel de mogelijkheid voor de buitenlandse reizen, maar niet het logeren in eigen land bij particulieren, afsnijdt?

Net als in de huidige situatie kunnen budgethouders overal gaan logeren waar ze willen en hun zorg op die locatie regelen en krijgen. Daarin verandert niets. In de lagere regelgeving zijn goede tarieven opgenomen die een budgethouder kan afspreken met degene die tijdens het logeren in de zorg voorziet. Waar het de regering om gaat is of de kosten van het overnachten, naast de kosten van de aldaar geleverde zorg, ook altijd uit het pgb moeten worden betaald. De regering vindt het onwenselijk dat, naast de zorg, ook de kosten van de overnachting van het logeren bij familieleden, in een bungalowpark of in het buitenland uit een pgb worden bekostigd. Om deze soms perverse situaties te voorkomen is gezocht naar een passende maatregel. Andere mensen betalen ook de hotelkamer, het bungalowpark en overnachten om niet bij opa en oma. Het gaat erom dat zorg aldaar beschikbaar is en uit het pgb kan worden betaald. De kosten van het overnachten moeten in de genoemde voorbeelden logischerwijs voor eigen rekening zijn. De kosten van het overnachten kunnen wel ook uit het pgb worden betaald als de budgethouder verblijft (logeert) bij een (WTZi) toegelaten aanbieder. Een WTZi-toelating brengt naar mening van de regering een beperkt aantal zaken met zich mee die goed verdedigbaar zijn. Een WTZi-toelating vereist dat een instelling beschikt over een cliëntenraad, een onafhankelijke regeling van intern toezicht die is vastgelegd in de statuten, een ordentelijke en controleerbare bedrijfsvoering en een jaarlijks verslag over de manier waarop de instelling geld heeft besteed.

Op het moment dat een kwetsbare budgethouder de nacht doorbrengt op een andere plek dan thuis, dan acht de regering dit geen onredelijke eisen en waarborgen. Via een cliëntenraad kan de budgethouder (of diens vertegenwoordiger) inspraak hebben. Dat vanuit een instelling een Raad van Toezicht vinger aan de pols houdt is ook een waarborg voor verantwoorde zorg. Vanuit deze beide perspectieven, en met een jaarlijks verslag, wordt onafhankelijk gereflecteerd op het handelen van de instelling waar de budgethouder de nacht doorbrengt. Overigens mogen kleinere zorgaanbieders volstaan met een beperktere accountantsverklaring (een samenstellingsverklaring of een beoordelingsverklaring).

Een instelling (bijvoorbeeld een zorgboerderij met dagbesteding) die al AWBZ-zorg levert, moet ook overigens nu, zonder WTZi-toelating, al aan de eisen van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector voldoen. Dit zijn eisen, zoals het zorgen voor verantwoorde zorg, het bespreken van het zorgplan met de cliënt, het beschikken over een klachtenregeling en het jaarlijks verslag doen van het gevoerde beleid en de kwaliteit van zorg. Bovenstaande geldt niet voor solistisch werkende zorgverleners.

Kortom, een budgethouder kan overal logeren. Bij een WTZi-toegelaten aanbieder mogen ook de kosten van de overnachting worden betaald uit het pgb. De eisen die deze toelating met zich meebrengt zijn goed verdedigbaar en zorgen voor een extra waarborg op de kwaliteit en bescherming van de budgethouder.

De leden van de PVV vragen specifiek naar logeeropvang bij particulieren. Als de particulier er niet voor kiest een WTZi aanvraag te doen kan hij nog steeds een goed uurtarief met de budgethouder afspreken voor de verleende zorg tijdens het logeren. Het gaat alleen om de kosten van het logeren zelf die dan niet vergoed worden vanuit het pgb.

De regering realiseert zich dat niet iedere aanbieder op 1 januari 2015 een toelating heeft kunnen regelen, zodat haar budgethouders naast de zorgkosten ook de kosten van de overnachting bij de SVB kunnen declareren. Daarom is met zorgkantoren afgesproken dat het voldoende is dat een budgethouder op 1 januari 2015 een verklaring van de aanbieder kan laten zien waaruit blijkt dat de aanbieder een aanvraag in werking heeft gezet of zal laten zetten. Met die verklaring kunnen naast de zorgkosten ook de kosten van de overnachting bij de SVB worden gedeclareerd. Uiterlijk 1 mei 2015 moet de budgethouder laten zien dat de toelating door de aanbieder daadwerkelijk is geregeld.

Op de vraag van de leden van de PVV-fractie hoe de regering het zelfbeschikkingsrecht garandeert nu de specifieke rechten voor cliënten uit de wet zijn gesloopt, meldt de regering dat zij met de voorgestelde bepalingen uit de Beginselenwet, die waren overgenomen in artikel 8.1.1. van de Wlz, een steun in de rug wilde geven door een aantal concrete onderwerpen te benoemen die in de zorgplanbespreking aan de orde moesten komen. De wens van de cliënt over de invulling van die aspecten van de zorg was daarbij leidend. In het door de Tweede Kamer aanvaarde wetsvoorstel Wlz is de mogelijkheid opgenomen om die onderwerpen in een AMvB op te nemen. De regering zegt voornemens te zijn dat ook te doen. In de Wlz is de mogelijkheid geëxpliciteerd om als cliënt voorafgaand aan de zorgplanbespreking ook zelf een persoonlijk plan te maken. Hiermee wordt de eigen regie van de cliënt nog eens extra onderstreept. De leden van PVV-fractie merken naar aanleiding hiervan op dat in een zorgplan de afspraken met de cliënt staan en niet de wensen van de cliënt gebaseerd op diens verblijfsrechten. Dat is nogal een verschil. Als het gaat om douchen staan bijvoorbeeld de dagen van de week opgesomd waarna een huis maandag tot en met zaterdag kan doorhalen en kan zeggen: 'bij ons wordt alleen op zondag gedoucht'. In het geval van de wettelijk verankerde verblijfsrechten geeft de cliënt aan wanneer en hoe vaak hij wil douchen. De leden van deze fractie krijgen de indruk dat de regering wel heel gemakkelijk afstapt van de wenselijkheid van in de wet vastgelegde verblijfsrechten, te meer omdat de regering deze verblijfsrechten in haar kwaliteitsbrief benoemt als belangrijkste speerpunt om de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen te verbeteren. Hoe gaat de regering de kwaliteit in verpleeghuizen nu naar een hoger niveau brengen? En, zoals hierboven eerder ook gevraagd, hoe gaat de regering ervoor zorgen dat de verblijfsrechten zoals eerder in artikel 8.1.1 genoemd, niet worden afgezwakt in een AMvB? Kan de regering per verblijfsrecht aangeven welke verzwakking zij acceptabel vindt?

Ik ben het volledig eens met de leden van de fractie van de PVV wanneer zij stellen dat in een zorgplan de afspraken met de cliënt horen te staan. Uitgangspunt voor het maken van die afspraken is de wens van de cliënt, en dat vloeit voort uit het zelfbeschikkingsrecht dat hij van rechtswege heeft. Het kan dus niet zo zijn dat een cliënt de bepalingen uit de Beginselenwet nodig heeft voordat een zorgaanbieder hem tegemoet moet komen in zijn wens om dagelijks te douchen. Wanneer een cliënt dat graag wil, omdat het voor hem een belangrijk onderdeel van zijn waardigheid is, zal een zorgaanbieder zijn uiterste best moeten doen om hierbij te ondersteunen. Ik wijs er daarnaast op dat bepalingen uit een amvb net zoveel rechtskracht hebben als bepalingen op het niveau van een wet wanneer een cliënt zich daarop wil beroepen. Van een afzwakking is derhalve geen sprake.

Financiële aspecten

Op het verzoek van de leden van de PVV-fractie om in het overzicht van de zorguitgaven (tabel 7.1 uit de memorie van toelichting) de post 'structureel' op te nemen, meldt de regering dat het niet mogelijk is inzicht te geven in het structurele uitgavenniveau van de Wlz. De leden van de PVV-fractie merken naar aanleiding hiervan op dat het hoogst ongebruikelijk is dat de regering de Kamer niet informeert over structurele verwachtingen als het om uitgaven gaat. De Kamer heeft een recht op informatie. Zij wensen deze informatie dan ook alsnog te ontvangen en zien graag de kolom 'structureel' toegevoegd aan alle tabellen in de kamerstukken betreffende de Wlz, waar deze kolom door de regering is weggelaten. Het lijkt deze leden immers vanzelfsprekend dat de eerste twee rijen uit genoemde tabel 7.1 uiteindelijk uit de begroting lopen en dus terugkomen in de kolom 'structureel' en dat in die kolom de opbrengst van de sluiting van de verzorgingshuizen geen 330 maar 3000 miljoen is, een gigantisch bedrag dat de regering liever niet afgedrukt ziet. Zij verlangen echter wel een open en eerlijke communicatie met de Kamer, die naast een recht op

informatie ook een controlerende taak heeft, en vragen daarom nadrukkelijk om het toevoegen en afdrucken van de kolommen 'structureel' aan de financiële tabellen.

Anders dan de leden van de PVV-fractie in hun vragen aangeven, heeft de regering bij de presentatie van de verwachte ontwikkeling van de zorguitgaven Wlz in tabel 7.1 van de memorie van toelichting Wlz niet bewust een kolom 'structureel' weggelaten. Het kabinet heeft de structurele netto effecten van extramuralisering onder meer helder benoemd in de nota naar aanleiding van het nader verslag Wlz (TK 2013–2014, 33 891, nr. 12, blz 64). Daarbij heeft zij ook gedetailleerd inzichtelijk gemaakt hoe de netto besparingen zijn opgebouwd voor de periode 2015-2018. In tabel 7.1 van de memorie van toelichting Wlz is de kolom 'structureel' echter weggelaten omdat, zoals aangegeven in de memorie van antwoord Wlz (EK 2014-2014, 33891, F), de zorguitgaven jaarlijks voor loon- en prijsontwikkelingen zullen worden aangepast.

Zoals bekend maakt het CPB voorafgaand aan een kabinetsperiode een middenlange termijnraming (MLT). In de formatie maken partijen een afspraak over intensiveringen/ombuigingen afgezet tegen deze MLT-raming. Formeel kan er dus voor de zorguitgaven Wlz, inclusief loon- en prijsontwikkelingen en inclusief groeimiddelen geen structureel niveau worden bepaald. Het kabinet kan wel aangeven dat de structurele Wlz-uitgaven aan lage zzp's (naar verwachting vanaf 2016) nihil zullen zijn, vanwege de geleidelijke uitstroom van cliënten op deze plekken. Onderstaande tabel licht de structurele uitgavenontwikkeling toe, exclusief de loon- en prijsontwikkelingen na 2017 en exclusief de groeimiddelen.

Tabel 7.1 uit MvT Wlz "Zorguitgaven Wlz 2015-2017 (inclusief loon- en prijsontwikkeling en inclusief groeimiddelen)" , aangevuld structureel uitgavenniveau EXCLUSIEF loon- en prijsontwikkelingen en EXCLUSIEF groeimiddelen

| | 2015 | 2016 | 2017 | struct |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Lichte zorgzwaarte in natura (V&V 1-4, GHZ 1-3) | 2,8 | 2,2 | 1,8 | 0 |
| Lichte zorgzwaarte pgb | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0 |
| Verblijfsgeïndiceerden extramuraal | 0,7 | 0,4 | 0,4 | 0,4 |
| Hoge zorgzwaarte in natura (structurele doelgroep) | 12,1 | 12,2 | 12,1 | 12,1 |
| Hoge zorgzwaarte pgb (structurele doelgroep) | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 |
| Volledig pakket thuis | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| Overige uitgaven | 1 | 1 | 1,1 | 1,1 |
| TOTAAL | 17,5 | 16,9 | 16,4 | 14,4 |

De regering heeft, zoals aangegeven, de structurele netto-effecten van extramuralisering helder benoemd in de nota naar aanleiding van het nader verslag Wlz (TK 2013–2014, 33 891, nr. 12, blz 64). Daarbij heeft zij ook inzichtelijk gemaakt hoe de netto besparingen zijn opgebouwd voor de periode 2015-2018. Ten opzichte van tabel 7.1 uit de memorie van toelichting Wlz is daarbij rekening gehouden met geactualiseerde cijfers over aantallen cliënten en met de verzachtingen uit het zorgakkoord van april 2014 op terrein van VV4 en VG3. Het kabinet heeft daarbij aangegeven dat de bruto besparing op de Wlz-uitgaven oplopen naar 1,8 miljard in 2018, waar tegenover extra kostenposten staan doordat mensen langer thuis wonen. Rekening houdend met de derving aan intramurale eigen bijdragen en de compensatie voor Wmo, Zvw en huurtoeslag is in 2018 een netto-besparing te verwachten van € 330 miljoen. In onderstaande tabel heeft het kabinet de kolom 'structureel' toegevoegd aan de eerder gepresenteerde tabel B uit de nota naar aanleiding van het nader verslag Wlz. Daarin is te zien dat de structurele besparing op de Wlz-uitgaven oploopt van € 1.800 miljoen in 2018 naar € 2.040 miljoen vanaf 2026. Deze bruto besparing ligt lager dan het bedrag voor lage zzp's dat is opgenomen in tabel 7.1 (€ 2,8 miljard), omdat in tabel B rekening is gehouden met de verzachtingsmaatregel voor VV4 en VG3. De netto besparing loopt op van € 330 miljoen in 2018 naar € 360 miljoen structureel vanaf 2026.

Tabel B : Budgettaire effecten extramuralisering, aangevuld met kolom structureel (vanaf 2026), exclusief loon- en prijsontwikkeling

| <i>bedragen in miljoenen euro</i> | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | structureel |
|-----------------------------------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| 1 | Besparing Wlz-uitgaven | -880 | -1.360 | -1.650 | -1.800 | -2.040 |
| 2 | Derving intramurale eigen bijdragen Wlz | 170 | 260 | 310 | 330 | 370 |
| | | | | | | |
| 3 | Compensatie Wmo | 280 | 450 | 570 | 650 | 800 |
| 4 | Compensatie Zvw | 210 | 330 | 400 | 430 | 450 |
| 5 | Compensatie huurtoeslag | 30 | 45 | 55 | 60 | 60 |
| | | | | | | |
| 6 | Saldo netto besparing extramuralisering | -190 | -275 | -315 | -330 | -360 |

Ook merkt het kabinet op dat zij reeds in de bijlage bij haar brief aan de Tweede Kamer van 25 april 2013 over de hervorming van de langdurige zorg (TK 2012-2013, 30 597, nr 296) inzichtelijk heeft gemaakt in welk tempo de afbouw van het aantal lage zzp's zal verlopen. Ook daarbij is helder het *structurele* aantal cliënten inzichtelijk gemaakt dat, gegeven de afspraken uit het regeerakkoord, valt onder het beleid van langer thuis wonen.

Onderstaande tabel presenteert de financiële effecten van de maatregelen uit het Regeerakkoord, inclusief de bijstellingen in latere akkoorden. Het overzicht is geactualiseerd ten opzichte van de tabel in de nota naar aanleiding van het verslag Wlz (TK 2013-2014, 33891, nr 9) over de taakstellingen in de langdurige zorg. Ten opzichte van die tabel heeft het kabinet in 2015 en 2016 extra middelen beschikbaar gesteld aan gemeenten voor de huishoudelijke hulptoelage, waarmee gemeenten de mogelijkheid krijgen om arbeidsplaatsen in de huishoudelijke hulp te behouden. Dit betreft een kasschuif binnen de regeerakkoordmaatregel Intensivering arbeidsmarkt zorg. Tot slot is een bedrag aan groeiruimte boven demo 2018 ingezet.

In onderstaande tabel is tot slot zoals gevraagd de kolom 'structureel' toegevoegd. Daarmee is voldaan aan het verzoek van de leden van de PVV-fractie om inzicht te geven in de structurele effecten van de maatregelen die zijn opgenomen in de kamerstukken Wlz.

| Tabel : Ombuigingen HLZ vanaf regeerkoord 2015-2018 en structureel (exclusief loon- en prijsontwikkelingen) | | | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | structureel |
| Wmo | | | | | |
| Maatregelen begeleiding/pv | -654 | -710 | -725 | -735 | -780 |
| Beperken huishoudelijke hulp | -465 | -610 | -610 | -610 | -610 |
| Compensatie maatregelen (dec 2013) | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 |
| Beperken uitgaven scootmobiel | -15 | -25 | -50 | -50 | -50 |
| Compensatie (voorjaar 2014) | 195 | 165 | 50 | 40 | 30 |
| Huishoudelijke hulptoelage (apr 2014) | 75 | 75 | | | |
| Huishoudelijke hulptoelage (APB-motie Slob) | 40 | | | | |
| Totaal Wmo | -624 | -905 | -1.135 | -1.155 | -1.210 |
| Wlz | | | | | |
| Beperken intramurale zorg Wlz | | -45 | -500 | -500 | -500 |
| Tariefmaatregel care | -200 | -200 | -250 | -250 | -250 |
| Overgangsrecht wlz | 125 | 75 | 70 | 65 | 0 |
| Taakstelling PV/BGL overgangsrecht | -125 | -75 | -70 | -65 | 0 |
| Doelmatige inkoop | -30 | -30 | -30 | -30 | -30 |
| totaal Wlz | -230 | -275 | -780 | -780 | -780 |
| Overig Care | | | | | |
| extra middelen overgang cliënten Zvw | 100 | - | - | - | - |
| groeiruinimte boven demo | -100 | -410 | -410 | -410 | -410 |
| nominaal en herschikking BKZ | -325 | 135 | 140 | 145 | 145 |
| Transitie HLZ | -75 | -85 | -95 | -95 | -95 |
| VP naar Zvw | | - | -30 | -30 | -30 |
| Eigen bijdrage AWBZ | -40 | -50 | -50 | -50 | -50 |
| Intensivering arbeidsmarkt zorg | | | 50 | 50 | 100 |
| Maatregel PV/BGL niet Wlz/Wmo | -750 | -745 | -750 | -755 | -810 |
| Extramuraliseren zzp 4 | | -35 | -70 | -75 | -110 |
| Verzachten extramuralisering | 30 | 130 | 280 | 300 | 300 |
| ILO-Care | -215 | -315 | -245 | -250 | -250 |
| Beleggen groeimiddelen care | | -10 | -160 | -180 | -180 |
| Verzachten ZP VV4 en VG 3 | 5 | 35 | 50 | 60 | 70 |
| Groei middelen 2018 | | | | -113 | -176 |
| totaal Overig Care | -1.370 | -1.350 | -1.290 | -1.403 | -1.496 |
| TOTAAL CARE | -2.224 | -2.530 | -3.205 | -3.338 | -3.486 |

In antwoord op de vraag naar de structurele opbrengst van de extramuralisering en het totaal aan (gespecificeerde) verzachtingen, merkt de regering op dat voor de vaststelling van de kaders met betrekking tot de hervorming van de langdurige zorg, de effecten van het extramuraliseringsbeleid opnieuw integraal zijn doorgerekend, waarbij actuele en meer gedetailleerde gegevens over aantallen cliënten en de kosten van intramurale respectievelijk extramurale zorg zijn gebruikt. De nieuwe integrale doorrekening leidt per saldo tot een netto besparing van extramuralisering op de zorguitgaven die geleidelijk oploopt tot ruim €300 mln. structureel vanaf 2017. Deze meerjarige effecten zijn verwerkt in het totaal budgettair kader van de hervorming van de langdurige zorg. De nieuwe integrale doorrekening vervangt daarmee de oorspronkelijk ingeboekte netto besparingen en verzachtingen. Zoals aangegeven in tabel A van de nota naar aanleiding van het tweede nader verslag Wlz⁵ bedroeg het totaal aan ingeboekte (gespecificeerde) verzachtingen een bedrag dat opliep van € 66,3 miljoen in 2015 tot € 420,8 miljoen in 2018. Een van de redenen waarom de oorspronkelijk ingeboekte bedragen niet aansluiten op het bedrag dat nu resulteert uit de actuele integrale doorrekening is dat de raming van de effecten van de extramuralisering op verschillende tijdstippen is bijgesteld. De leden van de PVV-fractie willen dit antwoord kunnen controleren en vragen daarom om de toevoeging van de kolommen 'structureel'.

⁵ Kamerstukken II 2014/15, 33891, nr. 55

Het kabinet heeft de structurele opbrengsten van extramuralisering aangegeven in tabel B bij het voorgaande antwoord. In deze tabel is rekening gehouden met de verzachtingen uit de zorgakkoorden van 2013 en 2014. Aan deze tabel is de kolom 'structureel' toegevoegd. Daarmee is de opbouw van de structurele netto-besparing van extramuralisering (€ 360 miljoen vanaf 2026) toegelicht.

1.2 SP-fractie

Toegang tot zorg

De leden van de fractie van de SP hebben aangegeven van mening te zijn dat, gezien het hoge tempo van behandeling en gezien de veelvuldige amendering, van een gedegen behandeling geen sprake kan zijn, waardoor het de Eerste Kamer wordt bemoeilijkt om de deugdelijkheid en uitvoerbaarheid van het wetsvoorstel goed te beoordelen. Ook andere fracties hebben op de fragmentarische behandeling gewezen. Het antwoord van de regering - "Ik zie wel het gegeven dat de wet in een hoog tempo moet worden bestudeerd, al geeft de periode tussen het aannemen van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer op 25 september jl. en de behandeling in uw Kamer op 25 november a.s. ruim de gelegenheid het wetsvoorstel gedegen te bestuderen en te behandelen" - wekt verbazing. Gezien het belang van het wetsvoorstel en de consequenties voor het wel en wee van veel mensen die met grote veranderingen in en onzekerheid over hun woon- en zorgsituatie worden geconfronteerd, zou een goede analyse van de uitvoerbaarheid van de geamendeerde wet plaats moeten vinden. Daarvoor is tijd nodig en die tijd (voor onderzoek en reflectie) is de Kamer niet gegund. Voor de behandeling van een vergelijkbare stelselwijziging, de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2005, werd ruim zes maanden uitgetrokken. Daarnaast blijken juist in het voorliggend wetstraject van dag tot dag nieuwe koerswijzigingen en nieuwe onzekerheden op te duiken voor steeds weer andere groepen, zodat het schier onmogelijk is het overzicht over het geheel up-to-date te houden. Dat daarnaast (zoals ook enige malen in de memorie van antwoord wordt vermeld) de Tweede Kamer in allerlei brieven op de hoogte wordt gebracht en de leden van de Eerste Kamer maar moet raden waar de relevante correspondentie te vinden is, bevordert een soepele behandeling ook niet. Graag krijgen de leden van de SP-fractie een serieus commentaar hierop.

De regering begrijpt dat de leden van de SP-fractie het tempo van de behandeling van dit wetsvoorstel als hoog ervaren en dat zij het wetsvoorstel gedegen willen bestuderen en behandelen. De regering blijft van mening dat het verantwoord is dat deze wet op 1 januari 2015 in werking treedt. De voorbereiding was gedegen door de intensieve consultatie van de betrokken veldpartijen, waaronder de patiënten- en cliëntenorganisaties, fraudetoetsen en adviezen van diverse colleges waaronder de Raad van State. Met alle bij de uitvoering betrokken partijen is uitvoerig overlegd over invoering van de wet per 1 januari 2015. In de praktijk zal vanaf dat moment sprake zijn van een geleidelijke omslag; alle partijen zijn nu druk doende zich voor te bereiden op de implementatie. Het verlaten van dit pad levert geen voordelen op, noch voor de cliënt noch voor de betrokken uitvoerende partijen. De leden van de SP-fractie merken op dat hen onvoldoende tijd wordt gegund voor de behandeling van dit wetsvoorstel. Zoals de regering in eerdere beantwoording aangaf, is zij van mening dat er wel degelijk sprake is van voldoende voorbereidingstijd. In de antwoorden wordt inderdaad regelmatig verwezen naar brieven die naar de Tweede Kamer zijn gestuurd (met vindplaats). Ik meen dat het ook voor uw Kamer van belang is om op de hoogte te worden gehouden van correspondentie met de Tweede Kamer. Ik zal in overweging nemen om voortaan brieven aan de Tweede Kamer die gaan over de Wlz, in afschrift aan uw Kamer te doen toekomen.

Uitvoerbaarheid en zorgvuldigheid staan in ieder geval voor de leden van de fractie van de SP voorop en daar zijn de vragen dan ook grotendeels op gericht. Op verzoek van de fractie van D66 is in de memorie van antwoord een poging gedaan om een overzicht te geven van alle zorgvragende doelgroepen.⁶ De leden van de SP-fractie hebben hierover nog vragen. Er wordt vermeld dat in het overgangsjaar 2015 het aantal zorgprofielen nagenoeg hetzelfde zal zijn als de

⁶ Kamerstukken I 2014/15, 33891, F, p. 73

huidige zorgzwaartepakketten. Het streven is om daarna het aantal zorgprofielen te beperken. De leden van de SP-fractie zouden graag een overzicht willen hebben van alle op dit moment nog geldige zorgzwaartepakketten in de huidige AWBZ met, voor hun begrip, een duiding van het bijpassende (ziekte) beeld.

Bijlage 1 bevat alle op dit moment nog geldige zorgzwaartepakketten in de huidige AWBZ, waarbij een globale duiding is gegeven van het bijpassende (ziekte)beeld. De volledige omschrijving van de zorgzwaartepakketten is vastgelegd in de Regeling zorgaanspraken.

Vervolgens krijgen de leden van de SP-fractie graag per pakket een vermelding wat daarmee gebeurt als de Wlz zijn intree doet. Welke pakketten (de leden van deze fractie zijn zich terdege bewust van het feit dat het om mensen en niet om pakketten gaat, maar bedienen zich nu even voor het gemak van deze terminologie/classificering) gaan zonder enig gedoe over naar de Wlz, welke pakketten krijgen te maken met een verandering en welke dan, en over welke pakketten bestaat nog onduidelijkheid? Hoe worden de verschillende situaties gefinancierd en hoe is de toegang geregeld?

Onderstaande tabel geeft op hoofdlijnen een overzicht van het domein waarbinnen nieuwe cliënten in 2015 met een zorgprofiel behorend bij het huidige AWBZ-zzp na de hervorming van de langdurige zorg terecht kunnen. De financiering is geregeld in het betreffende domein. Voor de Wlz is van belang dat de zorgzwaartepakketten als bekostigingstitel blijven bestaan. De beleidsregels voor zorg in natura worden opgesteld door de NZa en beschrijven wanneer en op welke wijze geld door instellingen is te declareren voor de geleverde prestaties, die door zorgkantoor en instellingen in contracten zijn afgesproken (zorgprofielen). De bekostiging van zorg en ondersteuning op grond van de Wmo 2015 en de Jeugdwet vindt plaats vanuit het Gemeentefonds en voor de Zorgverzekeringswet is dat het Zorgverzekeringsfonds.

Het CIZ bepaalt de toegang tot de Wlz. Voor de Jeugdwet en de Wmo 2015 bepaalt de gemeente de toegang. Voor de Zorgverzekeringswet stelt de professional de indicatie. Deze bepaalt wat nodig is en wie de zorg uitvoert.

| ZZP | 18 min | 18 plus |
|-----------------|---------------|--|
| VV01 - 03 | n.v.t. | Geëxtramuraliseerd ¹ (muv VV03 na ziekenhuisopname). |
| VV04 – 9b | | Wlz |
| VV10 | Wlz | Wlz |
| VG01 - 02 | Jeugd | Geëxtramuraliseerd ¹ |
| VG03 | Jeugd | Wlz |
| VG04 – 08 | Wlz | Wlz |
| LVG01 - 05 | Jeugd | Wlz |
| SGLVG01 | Wlz | Wlz |
| LG01 en 03 | Jeugd | Wlz (tot 2016) |
| LG02 en 04 - 07 | Wlz | Wlz |
| ZG01 aud/vis | Jeugd | Wlz (tot 2016) |

| | | |
|------------------------------|-------|---------------------------------|
| ZG02 aud/vis – 04 aud/vis | Wlz | Wlz |
| ZG05 vis | Wlz | Wlz |
| GGZ01B – 02B | Jeugd | Geëxtramuraliseerd ¹ |
| GGZ03B – 07B | Jeugd | Zvw (na 3 jr: Wlz) |
| GGZ01C – 02C | Jeugd | Geëxtramuraliseerd ¹ |
| GGZ03C – 06C | Jeugd | Wmo |

¹Cliënten met dit zorgprofiel kunnen vanaf 2015 een beroep doen op de Wmo 2015 en/of de Zvw.

Expliciet verzoeken de leden van de SP-fractie om een toelichting op de positie van huidige GGZ-cliënten die onder de AWBZ vallen, uitgesplitst naar verschillende zzp-en en een toelichting op de situatie vanaf 1 januari. Tevens zien zij dit graag uitgesplitst naar leeftijd.

Voor de positie van de huidige cliënten in de intramurale GGZ met een AWBZ-indicatie, geldt het volgende:

Cliënten van 18 jaar en ouder

Vanaf 1 januari 2015 bepaalt de duur van het verblijf gericht op behandeling de toegang tot de Wlz. Verblijft een cliënt meer dan drie jaar aaneengesloten in een psychiatrische kliniek? Dan wordt na deze drie jaar de zorg niet langer vergoed op grond van zijn zorgverzekering, maar op grond van de Wlz. Deze voorwaarde geldt niet voor cliënten met een geldige ZP-B-indicatie die op 31 december 2014 in een psychiatrische instelling verblijven. Zij gaan per 1 januari 2015 automatisch over naar de Wlz. De Wlz-indicatie krijgt een geldigheidsduur van drie jaar.

Beschermd wonen valt vanaf 1 januari 2015 onder de Wmo 2015. Na 1 januari gaan nieuwe cliënten voor zorg gericht op begeleiding en wonen naar het gemeentelijk Wmo-loket. Voor cliënten die op 31 december 2014 een geldige ZP-C-indicatie hebben, geldt dat zij op 1 januari 2015 hun recht op beschermd wonen houden. Dit recht geldt voor de nog resterende duur van de indicatie, met een maximum van vijf jaar.

Cliënten tot 18 jaar

De psychische zorg voor kinderen en jongeren met psychische problemen valt vanaf 1 januari 2015 onder de Jeugdwet. Dit geldt ook voor langdurige intramurale ggz. Als een kind of jongere op 31 december 2014 in een psychiatrische instelling verblijft met een geldige ZP-B-indicatie, kan hij of zij in 2015 in deze instelling blijven zolang de opname noodzakelijk is. Als een kind of jongere een geldige ZP-C-indicatie heeft, heeft hij of zij automatisch recht op beschermd wonen. Dit recht geldt voor de nog resterende duur van de indicatie, met een maximum van een jaar. Daarna moet de gemeente passende zorg bieden.

Per Saldo⁷ bepleit dat mensen met een hoog GGZ-C pakket ook direct toegang krijgen tot de Wlz vanuit het leidende principe dat er een gelijke toepassing van criteria en toegang tot de Wlz moet worden verleend. Ook zij hebben levenslang 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of toezicht nodig. Ze zijn dan ook wel voorgesorteerd maar hebben geen directe toegang. Eerst moeten criteria worden uitgewerkt waarop de toegang tot de Wlz getoetst kan worden. Wanneer zijn die criteria klaar? Aangezien het, naar de leden van de SP-fractie aannemen, voor het merendeel mensen zijn die opgenomen zijn, vragen zij wat er met deze groep na 1 januari 2015 gebeurt. Is er de mogelijkheid van een verlengd overgangsrecht totdat de Wlz-criteria beschikbaar zijn? Hoe groot is deze groep?

⁷ Bijdrage van 13 oktober 2014, ter inzage gelegd onder griffienummer 155006.13

Het eindperspectief is inderdaad dat GGZ-cliënten op basis van objectieve inhoudelijke criteria toegang kunnen krijgen tot de Wlz. De regering streeft ernaar dit eindperspectief zorgvuldig, doch zo spoedig mogelijk, te realiseren. De inhoudelijke criteria worden thans ontwikkeld. Het Zorginstituut werkt aan een afwegingskader voor de toegang. Naar verwachting is dat kader in het voorjaar van 2015 gereed, waarna besluitvorming hierover en operationalisering (bijvoorbeeld het aanpassen van CIZ-systemen) moeten plaatsvinden. Tot het moment dat er toegang tot de Wlz is op basis van objectieve criteria dragen gemeenten de verantwoordelijkheid voor de ondersteuning aan alle mensen met een GGZ-C indicatie. De Wmo 2015 biedt daarbij een ruim overgangsrecht: mensen met een GGZ-C indicatie behouden hun recht op beschermd wonen gedurende ten minste vijf jaar of, indien de lopende indicatie voor een kortere periode geldt, voor de nog resterende duur van die indicatie. Dit robuuste overgangsrecht geeft samen met de gemaakte werkafspraken met veldpartijen over de transitie voldoende waarborgen dat de zorg en ondersteuning doorloopt voor mensen tot het moment dat ze in aanmerking kunnen komen voor de Wlz. De omvang van de groep waaraan Per Saldo refereert is afhankelijk van de vraag wat als een "hoog GGZ-C pakket" wordt beschouwd. Wanneer de GGZ-C pakketten met zwaarte 5 en 6 als een "hoog GGZ-C pakket" worden gezien, dan gaat het om ca. 7.000 indicaties (Bron: CIZ met 1 juli 2014 als peildatum).

De leden van de SP-fractie vragen wat er na 1 januari gebeurt met nieuwe cliënten die ook voldoen aan Wlz-toegangscriteria en psychiatrisch patiënt zijn.

De regering heeft ervoor gekozen om de zorg voor nieuwe cliënten met GGZ-problematiek de eerste drie jaar onder de Zvw te positioneren. Het gaat hierbij om intramuraal verblijf gericht op behandeling. Voor patiënten waarbij het perspectief op (spoedig) herstel en/of een overgang naar ambulante zorg of ondersteuning vrij groot is, is de Zvw het meest passend. Voor de meest kwetsbare GGZ-patiënten wordt ruimte geboden in de Wlz. Daarom is in de Wlz geregeld dat cliënten voor wie na het verstrijken van deze drie jaar is gebleken dat zij intramurale zorg nodig blijven hebben, toegang hebben tot de Wlz. Deze grens van drie jaar is een tijdelijke oplossing tot de invoering van objectieve inhoudelijke toetsingscriteria voor de toegang tot de Wlz. De regering heeft het Zorginstituut gevraagd om haar hierover te adviseren.

De leden van de SP-fractie vragen of de regering bekend is dat er verscheidene psychiatrische ziekten zijn te benoemen die zich intermitterend voordoen, met goede en ook zeer slechte perioden, waarin zonder meer 24 uur toezicht nodig is. Start met elke terugvalperiode een nieuw driejarig traject, totdat de toegang tot de Wlz kan plaatsvinden of is het denkbaar dat er cumulatie van opnametijd plaatsvindt?

Ja, dat is de regering bekend. In de wet- en regelgeving is daar rekening mee gehouden. In de Zvw is geregeld dat een kortdurende onderbreking van het verblijf de telling voor de driejaarsgrens niet onderbreekt. De telling wordt voortgezet na een onderbreking van maximaal dertig dagen. In de Wlz blijft de indicatie geldig indien een onderbreking niet langer dan negentig dagen duurt. Zo wordt voorkomen dat mensen vanwege korte onderbrekingen in hun opname nooit kunnen doorstromen naar de Wlz, of bij heropname na (snelle) terugval direct weer vanuit de Wlz in de Zvw terecht komen.

Daarnaast krijgen de leden van de SP-fractie graag een toelichting op de situatie van cliënten die zich nu op een zogenaamde sectorvreemde plaats bevinden. Is de regering op de hoogte van dit fenomeen en heeft zij er vertrouwen in dat het CIZ voldoende kennis in huis heeft om mensen uit deze groep adequaat in kaart te brengen?

Ja, de regering kent dit fenomeen. De regering is van mening dat het CIZ voldoende kennis in huis heeft om bij de indicatiestelling het best passende zorgprofiel toe te kennen. Als er sprake is van meerdere gezondheidsproblemen of in termen van de Wlz van meerdere grondslagen, zal het CIZ bezien welke grondslag 'dominant' is. De dominante grondslag wordt bepaald door de zwaarstwegende beperkingen in relatie tot de geobjectiveerde zorgbehoefte. Vervolgens indiceert het CIZ in de betreffende situatie het best passende zorgprofiel. Wanneer op enig moment blijkt, dat het zorgprofiel niet (meer) passend is, dan is er reden tot het aanvragen van een herindicatie

bij het CIZ. Ter illustratie: aanvankelijk is in het indicatiebesluit als dominante grondslag een somatische aandoening of beperking vermeld, later kan een andere grondslag de dominante grondslag worden, bijvoorbeeld de grondslag psychogeriatrische aandoening of beperking.

De leden van de SP-fractie vragen of er nog meer vergeten groepen zijn opgedoken. Naast de groep van 14.000 extra instromers met een extramurale indicatie en een zodanige zorgzwaarte dat ze waarschijnlijk een beroep kunnen doen op de Wlz, die inmiddels bekend is (klopt overigens de inschatting van deze leden dat het meer kinderen dan volwassenen betreft en wat is de verdeling?) is er ook een groep, die langzamerhand duidelijker contouren krijgt: deze groep heeft nooit een indicatie met verblijf aangevraagd, maar zou daar volgens de toegangscriteria tot de Wlz wel recht op kunnen hebben en is verder wat betreft zorgzwaarte vergelijkbaar met de 14.000. Is de regering op de hoogte van dit gegeven? Wat voor advies heeft zij voor deze groep?

In mijn brief van 9 september 2014 aan de Tweede Kamer (Kamerstukken II, 2013–2014, nr. 2955) heb ik een groep mensen met een verstandelijke handicap gedefinieerd met een indicatie voor ten minste 8 dagdelen behandeling groep per week. Er zijn mensen met een zware zorgvraag, hoofdzakelijk kinderen, welke hun zorg krijgen in een kinderdienstencentrum, maar minder dan 8 dagdelen per week. Dit veelal om zorginhoudelijke redenen. Ik ben in overleg getreden met Ieder(in) en de VGN om deze mensen onder het overgangsrecht Wlz-indiceerbaren te brengen. In samenspraak met deze organisaties heb ik geregeld dat deze mensen voor zover zij niet onder een van de andere vijf doelgroepen Wlz-indiceerbaren vallen, ook onder het overgangsrecht Wlz-indiceerbaren vallen. Verder word ik op de hoogte gehouden van individuele casuïstiek die naar voren komen uit de contacten van het informatiepunt Wlz-overgangsrecht van Per Saldo en Ieder(in). Ook heb ik V&VN en VERENSO gevraagd een vinger aan de pols te houden. Indien aan de orde, zal ik bezien of hiervoor extra maatregelen nodig zijn. Uiteraard is het voor mensen met een zware zorgvraag nu en in 2015 altijd mogelijk om een aanvraag in te dienen bij het CIZ voor Wlz-zorg.

De leden van de SP-fractie vragen wat de laatste stand van zaken is met betrekking tot de groep met een multiple-complexe en zware zorgvraag (mcz). Juist voor deze groep is een indicatie op maat van groot belang. Is de regering bekend met de bezwaren die Per Saldo heeft aangevoerd met betrekking tot de rollen van CIZ (stelt een passende indicatie vast waarin wordt voorzien in alle benodigde zorg) en zorgkantoor (start meerzorg-procedure). Met Per Saldo zijn deze leden van mening dat hierdoor onduidelijkheid ontstaat over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen CIZ en zorgkantoor bij het vaststellen van de indicatie en de benodigde zorg. Graag krijgen zij een toelichting hierop.

In de memorie van antwoord op het voorlopig verslag inzake het wetsvoorstel Wet langdurige zorg van 24 oktober jl. ben ik, in antwoord op vragen van diverse fracties waaronder de SP, uitvoerig ingegaan op de uitwerking van het aangenomen amendement-Dik-Faber cs (33 891 nr. 150) en de invulling van de aangenomen motie van het lid Bergkamp (33 891 nr. 102). Het kabinet is van mening dat met de gekozen uitwerking er sprake is van een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen CIZ en zorgkantoor bij de besluitvorming over meerzorg. Deze verdeling van verantwoordelijkheden sluit aan bij de verdeling van verantwoordelijkheden die ik voorsta in de Wlz. De uitgangspunten van de Wlz daarbij zijn eenmalige toegangsbeoordeling door het CIZ, zorgplicht van de Wlz-uitvoerder en zorg op maat in het zorgplan of budgetplan. Ik geef momenteel uitvoering aan dit amendement en deze motie met het oog op operationalisering per 2016. Ik herhaal mijn eerdere toezegging dat ik Per Saldo hierbij zal betrekken. Zoals reeds eerder aangegeven, zal ik de Tweede Kamer voor de zomer van 2015 over de voortgang voor informeren.

De leden van de SP-fractie vragen of er nog ontwikkelingen te melden zijn met betrekking tot de financiering van de zorg van de specifieke groep met multiple-complexe zorgvraag, de chronische intramurale beademde patiënten.

Voor de chronisch beademde patiënten in een instelling zijn er bovenop de zzp's specifieke vaste toeslagen voor chronische ademhalingsondersteuning. Voor cliënten met invasieve beademing is

een aanvullende toeslag van ruim € 200 euro per dag beschikbaar. Deze toeslagen blijven ongewijzigd beschikbaar in de Wlz. De functie en vormgeving van toeslagen in de bekostiging van Wlz-zorg zal ik wel betrekken in een brede verkenning die ik met betrokken partijen (vertegenwoordigingen van cliënten, professionals, zorgverzekeraars en aanbieders) op korte termijn zal starten naar de uitgangspunten en doelstellingen van zorgvernieuwing. Hiermee beoog ik verschillende onderwerpen rond zorgvernieuwing (waaronder bekostiging) in samenhang te bezien.

Eerstelijnsverblijf blijft voorlopig via een tijdelijke subsidieregeling onder de Wlz. De leden van de SP-fractie denken dat dit het zogenaamde kortdurende verblijf in een woonzorgcombinatie betreft, bijvoorbeeld ter overbrugging (maximaal 2x6 weken) van een ziekenhuisopname naar huis of om een ziekenhuisopname te vermijden. Is dat correct? Hoe is de toegang geregeld? Het betreft nogal eens spoedzorg; is hierbij een telefoontje van de huisarts toereikend?

De wettelijke basis voor de subsidieregeling eerstelijns verblijf is vastgelegd in artikel 11.1.4 derde lid van de Wlz. Het betreft hier een subsidie voor het verstrekken van medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in verband met geneeskundige zorg, zoals huisartsen die plegen te bieden, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg. Bij het vaststellen van de noodzaak tot kortdurend eerstelijns verblijf wordt de afweging gemaakt of er sprake is van een hulpvraag waarvoor verblijf met 24-uurs toezicht of zorg in de nabijheid onder medische verantwoordelijkheid van de huisarts noodzakelijk is. Daarbij wordt de inschatting gemaakt of binnen korte termijn (maximaal drie maanden) terugkeer naar huis mogelijk is en verblijf niet meer noodzakelijk is. Hierbij is te denken aan medisch noodzakelijk verblijf na een ziekenhuisopname gericht op terugkeer naar de thuissituatie. Er kan ook sprake zijn van opname vanuit de thuissituatie.

De toegang tot deze zorg ten laste van de subsidieregeling wordt in 2015 op eenvoudige wijze geregeld. Er kan bij het regelen van deze zorg sprake zijn van urgentie. Het CIZ indiceert deze zorg op basis van aanvragen van professionals. Het CIZ gebruikt hiervoor een eenvoudig aanvraagformulier die huisartsen in samenspraak met transferverpleegkundigen en/of wijkverpleegkundigen kunnen gebruiken. Het uitgangspunt bij het regelen van de toegang is dat deze zorg kan starten op de datum dat deze zorg wordt aangevraagd. In bijzondere omstandigheden (bijvoorbeeld als de zorg start in het weekend of op een feestdag) moet de aanvraag zo spoedig mogelijk, maar maximaal 5 (kalender)dagen na de start van de zorg bij het CIZ worden ingediend. De ingangsdatum van de geïndiceerde zorg is dan de datum waarop de zorg is gestart.

Graag krijgen de leden van de SP-fractie een nadere toelichting op het gestelde op bladzijde 88 van de memorie van antwoord dat per ministeriële regeling de doelgroep wordt aangewezen die met een extramurale AWBZ- indicatie kan kiezen voor zorg uit de Wlz. Deze regeling is in voorbereiding en zal worden gepubliceerd in de Staatscourant. Over welke doelgroepen gaat het hier? Wanneer wordt deze regeling gepubliceerd? De betreffende groepen moeten, naar de mening van deze leden, voor 1 januari 2015 weten waar ze aan toe zijn.

Bij de Wlz-indiceerbaren gaat het om ca. 14.000 verzekerden met een AWBZ-indicatie voor extramurale zorg die zulke zware gezondheidsproblemen hebben, dat zij in aanmerking zouden zijn gekomen voor een indicatie voor een zzp indien zij deze zouden hebben aangevraagd. Op grond van artikel 11.1.1, zesde lid, van de Wlz kunnen verzekerden die behoren tot bij ministeriële regeling aan te wijzen groepen kiezen voor een indicatiebesluit voor de Wlz. Dit besluit zal het CIZ zonder onderzoek afgeven en is een jaar geldig. De ministeriële regeling wordt op korte termijn gepubliceerd in de Staatscourant en is feitelijk een juridische vertaling van de groepen die zijn genoemd in de brief van 9 september 2014 aan de Tweede Kamer (Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 67) en sluit aan bij hetgeen per brief van 9 oktober 2014 is medegedeeld aan uw Kamer (kenmerk 675325-127227-LZ). De brieven zijn op 20 oktober 2014 aan de desbetreffende cliënten verzonden die tot dan toe bij het CIZ bekend zijn. Het CIZ zal dit herhalen voor cliënten die dit jaar op een later moment tot de selectie Wlz-indiceerbaren gaan behoren. Cliënten die met het terugsturen van het antwoordformulier voor het Wlz-overgangsrecht kiezen krijgen per omgaande

een gelijkkluidend indicatiebesluit dat geldig is tot 31 december 2015.

De groep kinderen en jong volwassenen met intensieve behandeling in groepsverband is ten opzichte van de omschrijving daarvan in de brief van 9 september 2014 uitgebreid. Het betreft twee groepen cliënten die ook een indicatie kunnen hebben voor minder dan 8 dagdelen dagbehandeling. Het gaat om cliënten die dagbehandeling krijgen als gedragsproblematiek aan de orde is (aan deze vorm van behandeling ligt altijd een advies van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) ten grondslag) en ernstig meervoudig gehandicapte kinderen die behandeling krijgen zoals omschreven bij de prestatiecode's H817 (dagbehandeling VG kind emg) of H819 (dagbehandeling VG emg volwassenen). Deze verzekerden zijn administratief alleen herkenbaar aan het type zorg in natura dat zij ontvangen. Om deze reden wordt in de regeling verwezen naar H-codes, zoals vermeld in de Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven dagbesteding en vervoer AWBZ (CA-300-582) van de NZa. Deze kinderen en jong-volwassenen zijn inmiddels rechtstreeks benaderd door de kinderdienstencentra (KDC's) waar deze verzekerden hun zorg krijgen. De behandelende zorgverleners zullen de aanvraag van de cliënt mede ondertekenen en de aanvragen van hun cliënten rechtstreeks naar het CIZ sturen. De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland is op 23 oktober 2014 door mij per brief op de hoogte gesteld over de regeling Wlz-indiceerbaren en specifiek over wat de zorgaanbieders hierover moeten weten.

Ook maken de leden van de SP-fractie zich zorgen of de verschillende groepen wel worden bereikt. Hoe worden al deze groepen op de hoogte gebracht van wat er gaande is? Zowel de groepen die (waarschijnlijk) overgaan, als de groepen die voor hun zorgprobleem straks op een andere vorm van financiering zijn aangewezen, hebben recht op goede, duidelijke voorlichting. Doelgroepgericht voorlichting is een vereiste, evenals loketten met duidelijke telefoonnummers waar inlichtingen en adequate antwoorden kunnen worden ingewonnen. Hoe wordt dit geregeld? Graag krijgen zij per doelgroep een toelichting wat er geregeld is.

Zorgvuldige voorlichting naar mensen vind ik belangrijk. Ik informeer cliënten via berichtgeving in kranten, websites, radio, televisie, bijeenkomsten en doelgroepgerichte folders. Daarbij hoort ook het Informatiepunt langdurige zorg en jeugd, waar mensen uit alle doelgroepen met vragen over de wijzigingen per 2015 terecht kunnen. Het informatiepunt is bereikbaar via het gratis telefoonnummer 0800-0126. Via internet www.hoeverandertmijnzorg.nl kunnen cliënten informatie inwinnen over hun situatie. Tevens is er voor de groep van 14.000 mensen die kunnen kiezen voor overgangsrecht, het Informatiepunt Wlz-overgangsrecht ingericht. Met voorlichting van Steffie.nl zal op eenvoudige wijze informatie aangeboden worden voor laaggeletterden over de veranderingen in de zorg. Voor aanbieders is een helpdesk hervorming langdurige zorg beschikbaar en een toolkit met informatie ontwikkeld over de veranderingen, zodat zij hun medewerkers en cliënten kunnen informeren. Voor professionals is een app ontwikkeld met informatie over de veranderingen zodat zij vragen van cliënten en/of hun familie zo goed mogelijk kunnen beantwoorden. Tot slot zullen er vanaf eind november op diverse plaatsen in het land 'mobiele vraagbaken' voor cliënten aanwezig zijn. Het doel is dat cliënten hier hun vragen kunnen stellen op locaties, zoals zorg- en verpleeginstellingen, bibliotheken of gemeentehuizen. Als vervolg op de publiekscampagne zullen cliënten vervolgens door zowel gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren als ZBO's concreter kunnen worden geïnformeerd over wat er in hun persoonlijke situatie verandert. Diverse wethouders gaven tijdens de gesprekken die ik onlangs met hen voerde aan dat zij de voorlichting naar hun inwoners op verschillende manieren oppakken. De zorgkantoren zullen cliënten die overgaan van de AWBZ naar de Wlz informeren. Zorgverzekeraars informeren betrokken cliënten over het pgb in de Zvw en informeren daarnaast met de polisvoorwaarden alle verzekerden over de aanspraak wijkverpleging binnen het basispakket van de Zvw.

De leden van de SP-fractie vragen hoe het staat met de instellingen die met de omwenteling te maken hebben. Hoe wordt er met hen gecommuniceerd? Waar kunnen ze heen met vragen?

De zorgaanbieders die te maken hebben met de Wlz worden op meerdere manieren geïnformeerd. De brancheorganisaties, waarbij de zorgaanbieders zijn aangesloten, hebben de verantwoordelijkheid om alle relevante informatie te geven aan hun leden. In aanvulling hierop

heeft het ministerie van VWS voor de zomer, in het kader van de transitie, 10 congressen georganiseerd waarbij zorgaanbieders informatie kregen en vragen konden stellen. Ook is sinds de zomer van dit jaar de website hervorminglangdurigezorg.nl ingericht. Deze website bevat alle beschikbare informatie om zorgaanbieders te ondersteunen bij hun voorbereidingen op de wettelijke invoering van de hervorming van de langdurige zorg, waaronder de Wlz. Aan deze website is een helpdesk voor zorgaanbieders gekoppeld. Verder is er een tweewekelijks cockpitoverleg waarbij alle partijen (cliënten, inkopende en aanbiedende partijen) elkaar spreken over alle aspecten van de hervorming. Ook daar kunnen de zorgaanbieders via hun brancheorganisaties vragen stellen. Tenslotte zal het ministerie van VWS op 8 december a.s. een congres over de invoering van de Wlz organiseren, waarvoor zich op dit moment ruim 600 deelnemers hebben aangemeld.

Kwaliteit van zorg

De leden van de fractie van de SP hebben een aantal vragen over de rol van de zorgverzekeraars en de positie van de zorgkantoren.

Er wordt in de memorie van antwoord wisselend gesproken over zorgkantoren en Wlz-uitvoerders. Het lijkt erop alsof de termen door elkaar worden gebruikt en er geen onderscheid is. Wat is de relatie en wat is het verschil tussen beide? Hoeveel zorgkantoren zijn er en hoeveel Wlz-uitvoerders? Is er een directe verbinding tussen een zorgkantoor en een zorgverzekeraar? En tussen een Wlz-uitvoerder en een zorgverzekeraar? Kan een zorgverzekeraar een verbinding hebben met verschillende Wlz-uitvoerders?

De uitvoering van de Wlz wordt, voor zover deze niet bij andere instanties wordt belegd, opgedragen aan Wlz-uitvoerders. Voorgeschreven is dat een Wlz-uitvoerder deel moet uitmaken van een (juridische) groep waarvan ten minste één zorgverzekeraar deel uitmaakt. Net als in de AWBZ, zal de verzekerde automatisch worden ingeschreven bij een Wlz-uitvoerder die behoort tot de groep waartoe ook zijn zorgverzekeraar (van de Zvw) behoort. De Wlz-uitvoerder is verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wlz voor zijn eigen verzekerden, behalve voor de taken administratie en pgb, die op grond van de wet direct bij het zorgkantoor zijn belegd. Het ligt daarbij in de rede dat de Wlz-uitvoerders die voor een bepaalde regio niet als zorgkantoor zijn aangewezen, hun uitvoeringstaken voor hun verzekerden die in die regio wonen, uitbesteden aan het zorgkantoor.

Nederland is voor de uitvoering van de Wlz ingedeeld in 32 regio's. Per regio zal een Wlz-uitvoerder worden aangewezen die in die regio als zorgkantoor fungeert voor alle in die regio wonende verzekerden. Er zullen dan ook 32 zorgkantoren komen, waarbij eenzelfde Wlz-uitvoerder in meerdere regio's als zorgkantoor kan worden aangewezen. Het aantal Wlz-uitvoerders is nog niet bekend. Op dit moment worden de Wlz-uitvoerders opgericht.

De relatie tussen een Wlz-uitvoerder die in een regio niet als zorgkantoor is aangewezen en het zorgkantoor in die regio is vergelijkbaar met die van een opdrachtgever en opdrachtnemer. De Wlz-uitvoerder kan (en zal) taken zoals de zorginkoop uitbesteden aan het zorgkantoor. Daarbij geeft de Wlz-uitvoerder wensen en richtlijnen mee voor de gewenste uitvoering. Het zorgkantoor zal zich verantwoorden over de taken die hij heeft uitgevoerd namens de Wlz-uitvoerder. Een zorgkantoor zal taken voor meerdere Wlz-uitvoerders verrichten: het zorgkantoor koopt bijvoorbeeld zorg in voor alle cliënten die in de regio wonen. Het is aannemelijk dat die inwonenden bij verschillende Zvw-verzekeraars en daarmee ook verschillende Wlz-uitvoerders verzekerd zijn.

Er bestaat derhalve een zeer directe relatie tussen de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor: een zorgkantoor is altijd tevens Wlz-uitvoerder. De relatie tussen zorgverzekeraar en Wlz-uitvoerder/zorgkantoor hangt af van de wijze waarop het zorgverzekeraarsconcern de Wlz-uitvoerder in het concern (dit is de juridische groep) positioneert. Te verwachten is dat de Wlz-uitvoerders zustermaatschappijen van de zorgverzekeraars worden.

Hoe onafhankelijk zijn zorgkantoor en Wlz-uitvoerder van elkaar en van de/een zorgverzekeraar, zo vragen de leden van de SP-fractie. Wie van de drie bepaalt het beleid en wie ziet er op toe? Hebben beide, zorgkantoor en Wlz-uitvoerder, een eigen klachtenprocedure en een eigen cliëntenraad?

De Wlz draagt de uitvoering van die wet op aan Wlz-uitvoerders. Dat zijn rechtspersonen die niet tevens zorgverzekeraar (in de zin van de Zvw) zijn, maar wel deel uitmaken van een (juridische) groep (verder genoemd: concern) waar ook ten minste één zorgverzekeraar in deelneemt. Omdat een zorgkantoor altijd een Wlz-uitvoerder is, kan niet gesteld worden dat een zorgkantoor onafhankelijk van de Wlz-uitvoerders is. De mate waarin de Wlz-uitvoerder (on)afhankelijk is van de zorgverzekeraar, hangt af van de positionering van die Wlz-uitvoerder in het concern en van de binnen deze groep en de bij deze wet en het Burgerlijk Wetboek gestelde regels.

De zorgverzekeraar, de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor bepalen binnen de parameters van de geldende wetgeving en hun onderlinge verhouding hun beleid. Zo dragen in afwijking van het voorgaande de Wlz en het Blz de zorgadministratie en het verstrekken van pgb's voor alle verzekerden die in een bepaalde regio wonen op aan een door de Minister van VWS voor de desbetreffende regio als 'zorgkantoor' aan te wijzen Wlz-uitvoerder. Aangezien het hier gaat om een eigen wettelijke taak van het zorgkantoor, zijn de Wlz-uitvoerders die in een regio niet als zorgkantoor zijn aangewezen, niet verantwoordelijk voor de zorgadministratie en de verstrekking van pgb's aan hun verzekerden die in de desbetreffende regio wonen en kunnen ze daarvoor ook geen beleid bepalen. Daarvoor is de Wlz-uitvoerder verantwoordelijk die als zorgkantoor voor die regio is aangewezen.

De NZa houdt toezicht op de uitoefening door de zorgverzekeraars en de Wlz-uitvoerders c.q. de zorgkantoren op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg. Naar verwachting zullen Wlz-uitvoerders die in een regio niet het zorgkantoor zijn, de uitvoering van hun eigen wettelijke taken voor hun verzekerden in zo'n regio uitbesteden aan het zorgkantoor. Uitbesteding van een wettelijke taak ontslaat degene die de wettelijke taak heeft (i.c. dus de Wlz-uitvoerder) niet van de eindverantwoordelijkheid voor het volbrengen van die taak (i.c. een recht- en doelmatige uitvoering van de aan de Wlz-uitvoerder opgedragen taken). Aangezien het toezicht van de NZa zich dient toe te spitsen op de wettelijk verantwoordelijke, zal de Wlz-uitvoerder naar verwachting in het uitbestedingscontract bedingen dat het zorgkantoor de taken die hij namens de Wlz-uitvoerder verricht recht- en doelmatig uitvoert. Tevens zal de Wlz-uitvoerder naar verwachting bedingen dat het zorgkantoor hem rapporteert hoe hij de uitbestede taken voor de verzekerden van de Wlz-uitvoerder heeft verricht en hoeveel dat heeft gekost en naar verwachting zal gaan kosten. Doet hij dat niet, dan kan de NZa de Wlz-uitvoerder daarop aanspreken. Het voorgaande brengt met zich mee, dat de Wlz-uitvoerder in moet grijpen indien hij constateert dat het zorgkantoor de aan hem uitbestede taken niet goed uitvoert. Ook hier geldt weer dat de NZa kan ingrijpen als dat niet gebeurt.

Aangezien Wlz-uitvoerders en derhalve ook zorgkantoren bestuursorganen zijn, dienen zij ingevolge titel 9 van de Awb te voorzien in een klachtenprocedure. Voor wat betreft een eigen cliëntenraad zij opgemerkt dat de Wlz-uitvoerders op basis van de Wlz in hun statuten moeten voorzien in een redelijke mate van invloed van de verzekerden op het beleid. Aangezien zorgkantoren tevens Wlz-uitvoerder zijn, geldt dit ook voor de zorgkantoren. Daarnaast nemen de zorgkantoren kennis van het cliëntenperspectief door contact met gehandicapten- en patiëntenorganisaties te onderhouden en signalen te ontvangen van individuele cliënten die bij de afdeling zorgbemiddeling van het zorgkantoor binnen komen, de organisatie van regionale bijeenkomsten met diverse cliëntenraden van zorginstellingen en dergelijke.

De leden van de SP-fractie vragen of er voor cliënten met betrekking tot de keus van een Wlz-uitvoerder keuzevrijheid is.

Wlz-verzekerden met een zorgverzekering worden ingeschreven bij de bij de zorgverzekeraar behorende Wlz-uitvoerder. Zij kunnen van Wlz-uitvoerder wisselen door van zorgverzekeraar te wisselen. Dit betekent overigens niet dat de verzekerde dan ook wisselt van zorgkantoor, omdat de

zorgkantoren regionaal georganiseerd zijn. De woonplaats is de bepalende factor bij welk zorgkantoor de cliënt terecht komt. Het zorgkantoor dat is gevestigd in de regio waar een cliënt woont, zal de cliënt bedienen.

Zorgkantoren (Wlz uitvoerders?) mogen geen winst maken. Kunnen /mogen ze wel met elkaar concurreren, zo vragen de leden van de SP-fractie.

Wlz-uitvoerders mogen inderdaad geen winst beogen of uitkeren. Omdat een zorgkantoor een aangewezen Wlz-uitvoerder is voor de inwonenden van de regio, mag ook het zorgkantoor geen winst beogen of uitkeren. Wlz-uitvoerders zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wlz voor eigen verzekerden (tenzij taken bij wet aan een ander zijn opgedragen). De Wlz-uitvoerder is gekoppeld aan de Zvw-verzekeraar van de cliënt. Bij de uitvoering van de Wlz concurreren de Wlz-uitvoerders in die zin met elkaar dat de cliënt bij ontevredenheid van zijn Wlz-uitvoerder kan overstappen naar een andere Zvw-verzekeraar en een daaraan gekoppelde andere Wlz-uitvoerder.

De leden van de SP-fractie vragen of de manier waarop iemand verzekerd is (bij welke zorgverzekeraar en met welke polis) bepaalt op welk zorgkantoor/ Wlz-uitvoerder men is aangewezen.

Bij welke zorgverzekeraar iemand verzekerd is, is bepalend op welke Wlz-uitvoerder men is aangewezen. De soort zorgpolis (natura-, resitutie-, of combinatiepolis) bij een zorgverzekeraar is daarvoor niet van belang. Verzekerden kunnen ieder jaar van zorgverzekeraar wisselen, en daarmee ook van Wlz-uitvoerder. Echter, de woonplaats is bepalend voor het zorgkantoor waarop iemand aangewezen is. Het is namelijk regionaal bepaald welk zorgkantoor de cliënt bedient. Dat geldt in ieder geval voor de taken administratie en pgb, die direct aan het zorgkantoor zijn opgelegd. Andere taken, zoals zorginkoop en zorgplicht, hoeft de Wlz-uitvoerder niet per sé uit te besteden aan het zorgkantoor.

Graag krijgen de leden van de SP-fractie een nadere toelichting op de pilot die zorgverzekeraar DSW met twee zorgkantoren (Wlz-uitvoerders?) zal uitvoeren met het oog op een eventuele schaalvergroting in de toekomst.

DSW is in overleg met het ministerie van VWS gestart met een pilot die uit drie onderdelen bestaat: een verdere reductie van de administratieve lasten in het proces van de inkoop van langdurige zorg, mogelijke opschaling van regionale zorgkantoren en het ontwikkelen van meerjarencontracten. Kortheidshalve zij ook verwezen naar de brief aan de Tweede Kamer van 27 juni 2014 (Kamerstukken I 2013/14, 33 891, nr. 13). Zoals toegezegd tijdens de plenaire behandeling van het wetsvoorstel Wlz, zullen de voor- en nadelen van de eventuele opschaling van regionale zorgkantoren in beeld worden gebracht. De pilot van DSW dient daar mede toe. Aan de hand van de uitkomsten zal bezien worden of opschaling al dan niet gewenst is en hoe daaraan vorm en inhoud te geven. Tijdens de pilot onderzoekt DSW de gevolgen en benodigde acties van het samenvoegen van de twee zorgkantoorregio's tot één regio. Het samenvoegen van beide zorgkantoorregio's van DSW leidt er bijvoorbeeld toe dat met de aanbieders die werkzaam zijn in beide regio's nog maar één afspraak gemaakt hoeft te worden. Dit leidt vervolgens ook tot één nacalculatie en één accountantsverklaring.

Ook vernemen de leden van de SP-fractie graag of de regering verschil ziet tussen samenwerking in de zorg in de vorm van onderaanneming en het uitlenen van personeel. Zo ja, kan de regering aangeven waar de grens ligt? Is de regering van mening dat de kwaliteitswetgeving op dit punt mogelijk moet worden aangepast?

Voor de kwaliteitswetgeving (de huidige Kwaliteitswet zorginstellingen en het voorstel van wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg, Wkkgz) maakt het niet uit of sprake is van onderaanneming of uitlenen van personeel. De zorgaanbieder (hoofdaannemer of inlener) is en blijft verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg, die voldoet aan de professionele standaard. Overigens zijn onderaannemers en ingeleend personeel zelf ook verplicht om zich te houden aan de eisen van de Kwaliteitswet zorginstellingen, de wet Big en de eisen van het voorstel Wkkgz. Op

grond van het voorstel Wkkgz krijgen ook zzp-ers een eigenstandige verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg die zij leveren. Indien sprake is van onderaanneming of inlenen van personeel moet de zorgaanbieder ervoor zorgen dat hij zodanige afspraken met de onderaannemer of het ingeleende personeel maakt dat gewaarborgd is dat de onderaannemer of het ingeleende personeel handelt conform alle verplichtingen die rusten op de zorgaanbieder. In het voorstel Wkkgz, dat momenteel ter behandeling ligt in de Eerste Kamer, is als extra eis opgenomen dat de zorgaanbieder met onderaannemers of ingeleend personeel een schriftelijke overeenkomst sluit die waarborgt dat de onderaannemer of het ingehuurd personeel handelt conform alle verplichtingen die rusten op de zorgaanbieder. Dit laat onverlet dat onderaannemers en ingeleend personeel zelf ook verplicht zijn om zich te houden aan de eisen van de Kwaliteitswet zorginstellingen, de wet BIG en de eisen van het voorstel Wkkgz.

Is de regering van mening dat concurrentie tussen zorgaanbieders mogelijk is met de komst van de Wlz, zo vragen de leden van de SP-fractie. Hiermee ontstaat toch een andere economische en ook een andere juridische realiteit dan onder de AWBZ? Is de regering van plan een economische analyse te laten verrichten naar de feitelijke mogelijkheden van concurrentie binnen de Wlz? Ziet de regering (nog) een rol weggelegd voor de Autoriteit Consument & Markt (ACM) binnen het Wlz-domein? De ACM zag die rol wel voor zichzelf weggelegd met het oog op de mogelijkheden tot concurrentie binnen de (extramurale) AWBZ.

De regering is van mening dat binnen de Wlz, cliënten nog steeds mogen kiezen tussen aanbieders en dat het zorgkantoor de keuze maakt met welke aanbieders een contract wordt gesloten. Er hoeft niet met elke aanbieder een contract gesloten te worden. Bovendien kunnen cliënten die kiezen voor een pgb zelf zorg inkopen bij de door hen gewenste aanbieder. Aanbieders moeten dus blijven concurreren om gecontracteerd te worden door het zorgkantoor of individuele cliënten. Ik ben niet voornemens een nadere economische analyse te laten maken. De ACM houdt op grond van de mededingingsregels toezicht op de concurrentie en de daarmee samenhangende keuzemogelijkheden voor cliënten en zorgkantoren. Dit toezicht zal de ACM ook onder de Wlz uitoefenen.

De IGZ ziet toe op de kwaliteit van de extramurale zorg. Kan de IGZ deze taak werkelijk waarmaken? De leden van de SP-fractie denken aan al die pgb-houders met hun eigen zorgverleners. Het is belangrijk om op de kwaliteit van de door hen geleverd zorg toe te zien, maar naar de mening van deze leden, is dit ook volstrekt onmogelijk. Graag krijgen zij hierop een reactie.

Pgb-houders kunnen zorg inkopen bij een zorginstelling of BIG-geregistreerde zorgverleners (zoals ZZZP'ers) en bij niet-professionele zorgverleners (bijvoorbeeld familieleden). Op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG houdt de IGZ toezicht op de kwaliteit van zorg die wordt geleverd door zorginstellingen en BIG-geregistreerde zorgverleners. De IGZ houdt, net als in de AWBZ, geen toezicht op de kwaliteit van zorg die wordt geleverd door niet-professionele zorgverleners.

De leden van de SP-fractie willen graag weten wat de functie van de Wmo-regiosecretarissen is. Wat is het takenpakket, wie is de opdrachtgever en wie betaalt ze? Betreft het een tijdelijke functie? Vervullen zij ook een signalerende functie naar de centrale overheid? Zijn zij ook aanspreekpunt voor burgers?

De landelijke partijen hebben werkafspraken gemaakt over de hervorming langdurige zorg^[1]. Daarin is opgenomen dat er een regionale aanpak komt voor het faciliteren van de transitie. Per Wmo-regio is door gemeenten en zorgverzekeraars gezamenlijk een secretaris aangewezen die regie voert op het regionale overleg zodat relevante informatie in de regio wordt gedeeld. Ook voert de secretaris regie op het maken van afspraken tussen de gemeenten en zorgverzekeraars en op het overleg over de in de werkafspraken opgenomen scharnierpunten. De secretaris is aanspreekpunt voor de regio en voor VNG, ZN en VWS met betrekking tot de voortgang van de

^[1] 355051-119080-HLZ

hervorming van de langdurige zorg. De VNG heeft subsidie ontvangen om gemeenten in 2014 en 2015 te kunnen ondersteunen bij de voorbereidingen die gemeenten en de VNG treffen in verband met de veranderingen in de langdurige zorg. Daarbij hoort ook de inzet van de secretarissen tot 1 juli 2015. De secretarissen zijn geen aanspreekpunt voor individuele burgers. De secretaris heeft wel als taak de lokale en regionale cliëntorganisaties te betrekken bij het regionale overleg.

Het lijkt erop dat de regering het onderscheid tussen een mantelzorger en een vrijwilliger niet duidelijk op het netvlies heeft, zo stellen de leden van de SP-fractie. Deze leden vragen wat volgens de regering een mantelzorger is en wat zijn/haar positie in de Wlz is, en wat een vrijwilliger is en wat is zijn/haar positie in de Wlz is.

Het onderscheid tussen mantelzorger en vrijwilliger wordt in de Wlz wel degelijk gemaakt. Een mantelzorger wordt in de begripsbepalingen gedefinieerd als natuurlijke persoon die rechtstreeks voortvloeiend uit een tussen personen bestaande sociale relatie zorg verleent zonder dat dit beroeps- of bedrijfsmatig geschiedt. Zoals aangegeven in de Wlz wordt onder zorg in dit kader ook overige diensten verstaan, zoals begeleiding. De term vrijwilliger heeft betrekking op iemand die zich in enig georganiseerd verband onbetaald inzet voor anderen. Onderscheidend is dus of de inzet al dan niet voortvloeit uit de bestaande sociale relatie met de persoon die hulp ontvangt. In het wetsvoorstel wordt de eis gesteld dat de contracten tussen Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders bepalingen dienen te bevatten over de betrokkenheid van mantelzorgers en vrijwilligers (artikel 4.2.2. lid 2e). Voor mantelzorgers zijn in het wetsvoorstel voorts specifieke bepalingen opgenomen die toezien op bijvoorbeeld de betrokkenheid bij de zorgplanbespreking (artikel 8.1.1., lid 8) en op de ontlasting van hun taak door middel van logeeropvang (artikel 3.1.1. lid g).

De leden van de SP-fractie vragen of de zorgverzekeraar ook kan vragen om een indicatie-onderzoek door het CIZ. Er wordt vermeld dat er een speciaal loket voor verwijzers komt bij het CIZ. De leden van de fractie van de SP juichen dat idee toe, omdat uit praktijkervaring is gebleken dat het CIZ moeilijk bereikbaar is voor (huis)artsen, het CIZ niet servicegericht is en de daar (althans in het verleden) aanwezige kennis ontoereikend is. Wanneer opent het loket de lijnen, want ook nu al worden (huis)artsen regelmatig geconfronteerd met vragen van verontruste patiënten, die zich afvragen wat er voor hen gaat veranderen na 1 januari 2015. Des te eerder des te beter, is het advies van de leden van deze fractie. Op bladzijde 7 en 8 van de memorie van antwoord wordt ingegaan op fraudebestrijding en de positie van het CIZ daarin. Het is de leden van deze fractie niet duidelijk of het CIZ nu wel of niet een rol heeft bij fraudebestrijding. Anders geformuleerd, is fraudesignalering een taak van het CIZ? Is fraudebestrijding een taak van het CIZ? Zo ja, hoe communiceert zij dat met de indicatie-aanvrager en waar meldt zij een eventueel vermoeden?

Bij een cliënt die zorg ontvangt op grond van de Zvw kan op een gegeven moment sprake zijn van een zwaardere zorgvraag. De wijkverpleegkundige zal dit op enig moment in het contact dat zij met de cliënt heeft over voortzetting van de Zvw-zorg constateren. De wijkverpleegkundige bespreekt met de cliënt dat er een indicatie voor de Wlz bij het CIZ behoort te worden aangevraagd. De zorgverzekeraar kan niet zelf een Wlz-indicatiebesluit voor zijn verzekerde aanvragen, tenzij die verzekerde hem daartoe heeft gemachtigd.

Ter ondersteuning bij de aanvragen van Wlz-indicaties wordt door het CIZ een "Wlz-aanvraag Advieslijn" open gesteld. Deze lijn is bedoeld voor professionals die met ervaren indicatiestellers casuïstiek of eventuele twijfelgevallen kunnen bespreken en zal zo snel mogelijk na 1 januari 2015 operationeel zijn. Op dit moment worden al meerdere (communicatie)instrumenten ingezet, zoals de helpdesk bij het CAK en de website www.hoeverandertmijnzorg.nl.

Het CIZ heeft een duidelijke taak in het kader van de fraudebestrijding en maakt als poortwachter een cruciaal onderdeel uit van de totale zorgketen. Het CIZ heeft weliswaar geen wettelijke opsporingstaak, maar heeft wel een afdeling Fraudebestrijding. Deze afdeling is begin 2013 formeel opgericht. Deze afdeling voert op basis van interne- en externe fraudemeldingen onderzoeken uit. Op basis van de uitkomsten van deze onderzoeken worden passende bestuurlijke maatregelen getroffen en/of nadere acties uitgezet in de keten. Het CIZ heeft het Convenant

zorgfraudebestrijding van VWS in 2013 getekend en is actief deelnemer binnen de totale zorgketen. Er wordt onder andere samengewerkt met zorgkantoren, de NZa, de ISZW en het OM.

In beginsel communiceert het CIZ hierover niet met de indicatie-aanvragers, maar uiteraard wel met de ketenpartners. De aanvrager, maar ook iedere burger in Nederland, kan uiteraard een melding van fraudevermoedens doen bij het CIZ. De meldingen worden vervolgens door de afdeling Fraudebestrijding in behandeling genomen en zo nodig doorgezet naar andere partners in de keten. De afdeling Fraudebestrijding onderzoekt tevens via datamining proactief de CIZ-databases (aan de hand van risicoprofielen) op onregelmatigheden die kunnen duiden op misbruik/onjuist gebruik of fraude. Vanaf 2015 worden deze taken belegd bij de afdeling Analyse en Advies van het zbo CIZ.

Op bladzijde 50 en 51 van de memorie van antwoord wordt de verantwoordelijkheid binnen de verschillende domeinen toegelicht. Bij inadequate zorgverlening in de Zvw zijn reguliere klachten- en geschillenregeling van toepassing. In de Wmo kan iemand tegen een besluit van de gemeente op een aanvraag voor maatschappelijke ondersteuning bezwaar en beroep indienen. Tot het moment dat de CIZ een positief besluit neemt voor toegang tot de Wlz is de gemeente verantwoordelijk. Eenmaal onder de reikwijdte van de Wlz valt cliëntondersteuning onder de zorgplicht van het zorgkantoor. Vanwege de versnippering vrezende leden van de SP-fractie dat het vooral de (kwetsbare) cliënt die zorg krijgt uit meerdere domeinen bemoeilijkt wordt om in beroep te gaan. Is er een overkoepelende instantie die een cliënt zou kunnen ondersteunen bij de hulpvraag en wanneer er sprake is van inadequate zorgverlening?

De verschillende mogelijkheden voor burgers om op te treden tegen beslissingen waarmee zij het niet eens zijn, zijn over het algemeen goed kenbaar. Instanties zijn verplicht - en doen dat ook - om de verzekerde of de cliënt in begrijpelijke taal te wijzen op klacht-, bezwaar- en beroepsmogelijkheden. Klachten kunnen bijvoorbeeld ingediend worden bij een Wmo helpdesk, in persoon of telefonisch, sommige gemeenten hebben een eigen klachtenlijn, een meldpunt 'cliëntenbelang' en/of een gemeentelijke Ombudsman. Ook kunnen gemeenten via mail of per post benaderd worden. Onderaan elke beschikking die wordt genomen, ongeacht het wettelijk kader, staat wat iemand moet doen indien hij het daar niet mee eens is. Alle zorgaanbieders beschikken over een regeling voor het in behandeling nemen van klachten. Mensen voor wie deze uitingen te ingewikkeld zijn of die om andere redenen geen kennis (kunnen) nemen van deze informatie, kunnen altijd een beroep doen op cliëntondersteuning. Die is zonder kosten beschikbaar in alle domeinen. Cliëntondersteuning kan vervolgens de juiste weg wijzen voor het indienen van een klacht of bezwaar. Ook kan verwezen worden naar bijvoorbeeld een Juridisch loket, gefinancierd door het ministerie van Veiligheid en Justitie, waar gratis juridisch advies kan worden ingewonnen.

De regering onderschrijft de stelling dat afwenteling tussen domeinen moet worden voorkomen. Het is duidelijk dat afwenteling naar de Wlz door de strenge criteria waarschijnlijk niet zal optreden. Het gaat de leden van de SP-fractie juist om de garantie dat gemeenten en zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid nemen. Graag krijgen zij antwoord op de vraag hoe voorkomen gaat worden dat gemeenten en zorgverzekeraars 'onderzorg' gaan leveren.

De verpleging en verzorging zonder verblijf wordt van de AWBZ overgeheveld naar het basispakket. Zorgverzekeraars zijn vervolgens verplicht om deze zorg of de vergoeding van de kosten daarvan in hun zorgpolissen op te nemen. De zorgverzekeraars hebben zorgplicht. Dit houdt in dat zij bij een naturapolis ervoor moeten zorgen dat de verzekerde zijn aanspraak op zorg tot gelding kan brengen. Bij een restitutiepolis moet de zorgverzekeraar desgevraagd activiteiten verrichten tot het verkrijgen van de zorg en vervolgens de kosten van deze zorg vergoeden. Met andere woorden, er is een garantie dat de cliënt de zorg straks ten laste van het basispakket krijgt. Gemeenten krijgen met de Wmo 2015 een brede verantwoordelijkheid voor de ondersteuning van mensen bij participatie en zelfredzaamheid. Gemeenten worden geacht, op basis van een zorgvuldig proces waarin het individueel onderzoek centraal staat, passende ondersteuning te bieden die mensen in staat stelt zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. De gemeente is verantwoordelijk voor de beschikbaarheid en kwaliteit van deze ondersteuning en legt daarover verantwoording af aan de gemeenteraad.

De leden van de SP-fractie vragen op wie de taak rust om bewuste-keuzegesprekken te voeren. Op basis van welke informatie kunnen mensen een keus maken en hoe vindt de follow-up plaats?

Het zorgkantoor heeft als taak om bewustkeuzegesprekken te voeren. Er zijn verschillende aanleidingen voor een bewustkeuzegesprek. Bij het pgb (of het deel van het mpt dat met een pgb wordt ingevuld) heeft de cliënt feitelijk al de keuze op het pgb laten vallen op basis van algemeen beschikbare informatie en informatie bij de indicatiestelling. Doel van het bewustkeuzegesprek bij het pgb is te bezien of mensen zich inderdaad realiseren wat er komt kijken bij het pgb en het zelf regelen van zorg. Naast een moment van voorlichting van de zijde van het zorgkantoor kan het zorgkantoor ook in persoon beter beoordelen of daadwerkelijk geen van de weigeringsgronden van het pgb van toepassing is.

De cliënten kunnen voor het vpt of mpt kiezen op basis van algemene informatie die beschikbaar is, informatie die het zorgkantoor beschikbaar stelt en informatie die ze ontvangen bij de indicatiestelling. Bij een keuze voor vpt of mpt gaat de cliënt vaak direct in gesprek met een aanbieder. Daarnaast kunnen ook (andere) individuele zorgaanbieders hun specifieke aanbod op vele manieren kenbaar maken. Een follow-up vindt plaats bij de bespreking van zorgplannen en, indien binnen het mpt wordt gekozen om een deel met een pgb in te vullen, budgetplannen.

Kortdurend verblijf, onder de Wlz logeren genoemd, dient plaats te vinden in een gecontracteerde instelling, in principe dus niet op de zorgboerderij of enig ander particulier initiatief dat geen WTZi-toelatingsbewijs kan laten zien. De regering adviseert dat dergelijke instellingen een toelating aanvragen in het kader van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). De leden van de SP-fractie vragen hoe een dergelijke procedure verloopt en hoeveel tijd, administratie en geld dat kost. Veel pgb-houders zullen graag hun logeermogelijkheid willen blijven behouden en continueren.

In aanvulling op mijn antwoord op de vraag over het logeren van budgethouders van de PVV-fractie (op pagina 4) het volgende:

De eisen die de WTZi-toelating met zich meebrengt zijn goed verdedigbaar en zorgen voor extra waarborg op de kwaliteit en bescherming van de budgethouder. Een WTZi-toelating wordt aangevraagd bij het CIBG. Op de website www.wtzi.nl/toelatingen staat beschreven welke documenten bij een aanvraag bij het CIBG moeten worden aangeleverd. De behandeltermijn is maximaal 16 weken. Aan de aanvraag zijn geen kosten verbonden. Afhankelijk van voor welke zorg/zorgaanbieder de aanvraag wordt gedaan dienen bepaalde documenten te worden aangeleverd. Zo mogen kleinere zorgaanbieders volstaan met een beperktere accountantsverklaring (een samenstellingsverklaring of een beoordelingsverklaring).

Zoals genoemd, realiseert de regering zich dat niet iedere aanbieder op 1 januari 2015 een toelating heeft kunnen regelen zodat haar budgethouders naast de zorgkosten ook de kosten van de overnachting bij de SVB kunnen declareren. Daarom is met zorgkantoren afgesproken dat het voldoende is dat een budgethouder op 1 januari 2015 een verklaring van de aanbieder kan laten zien waaruit blijkt dat de aanbieder een aanvraag in werking heeft gezet of zal laten zetten. Met die verklaring kunnen naast de zorgkosten ook de kosten van de overnachting bij de SVB worden gedeclareerd. Uiterlijk 1 mei moet de budgethouder laten zien dat de toelating door de aanbieder daadwerkelijk is geregeld.

Financiële aspecten

De leden van de SP-fractie hebben voorts vragen over een aantal financiële aspecten.

Op bladzijde 38 van de memorie van antwoord wordt aangegeven dat de hervormingen nodig zijn vanwege de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg: "In de afgelopen decennia is de AWBZ overbelast geraakt; teveel zaken die we ook zelf zouden kunnen regelen, worden uit de collectieve middelen betaald." Graag krijgen de leden van de SP-fractie een verheldering van deze stelling: welke zaken hadden we ook zelf kunnen regelen?

De regering heeft drie motieven om het stelsel van langdurige zorg te hervormen. Dit is het verbeteren van de kwaliteit van ondersteuning en zorg, het vergroten van de betrokkenheid in de samenleving (meer oog voor elkaar) en de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg en ondersteuning.

In de huidige praktijk wordt bij relatief lichte zorgvragen te vaak gehandeld vanuit een medisch perspectief met minder aandacht voor problemen achter of naast de zorgvraag (bijvoorbeeld eenzaamheid of schuldenproblematiek). De verdergaande specialisatie in de zorg heeft de afgelopen jaren een belangrijke kwaliteitsimpuls tot stand gebracht. Een effect daarvan is echter ook dat de mens wordt 'opgeknipt' in domeinen en als geheel met zijn wensen en doelen uit beeld dreigt te raken. Ook wordt de ondersteuning en zorg en daarmee het dagelijkse leven – met alle goede bedoelingen – te vaak onnodig overgenomen door professionals (medicalisering), waardoor mensen te afhankelijk van zorg worden gemaakt. Nederland is toegegroeid naar een situatie waarbij hulp en ondersteuning, zoals huishoudelijke hulp, wordt geboden, terwijl de (financiële) mogelijkheden van de mensen zelf of hun sociale omgeving teveel op de achtergrond zijn gekomen. Ook binnen de zorgverlening thuis of in een instelling wordt te vaak een kloof waargenomen tussen informele en formele zorg.

Met de hervorming wil ik bereiken dat het welbevinden van mensen meer centraal komt te staan, zowel thuis als in instellingen. Het is nodig om meer te kijken naar de persoon in plaats van naar enkel diens aandoening of indicatie. Op die wijze kan met de burger worden bekeken welke informele en formele ondersteuning en zorg het beste bijdraagt aan zijn mogelijkheden en levensdoelen. Dit draagt bij aan het verbeteren van de kwaliteit van ondersteuning en zorg, het vergroten van de betrokkenheid in de samenleving (meer voor elkaar zorgen) en aan de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg en ondersteuning.

Binnen het totale budgettaire kader van de Wlz zullen twee dekkaders worden gecreëerd. Een contracteerruimte voor zorg in natura en een budgetplafond voor pgb. Voor beide leveringsvormen zijn vooraf voldoende middelen beschikbaar. De leden van de SP-fractie vragen waarop deze bewering (op bladzijde 9 van de memorie van antwoord) is gebaseerd. Naar de mening van de leden van deze fractie kan het toch slechts een veronderstelling zijn die nog moet blijken waar te zijn.

Het kabinet heeft op basis van het wetsvoorstel Wlz en historische gegevens over de zorguitgaven de omvang van de contracteerruimte voor zorg in natura en het budgetplafond voor pgb bepaald. Daarmee zijn voor beide leveringsvormen naar verwachting voldoende middelen beschikbaar. Net als in de huidige AWBZ zal het kabinet vervolgens op basis van de feitelijke ontwikkelingen in het lopende jaar bezien of er bijstellingen nodig zijn.

Op grond van de historische zorgvraag worden deze middelen over de zorgkantoorregio's verdeeld. Deze kaders mogen door de zorgkantoren niet worden overschreden. Wel kan/mag er tussen de contracteerruimte voor zorg in natura en het budgetplafond voor pgb gedurende het jaar geschoven worden, zo vragen de leden van de SP-fractie. Verwacht de regering dat met deze regeling wachtlijsten voor Wlz- zorg tegen het einde van een jaar (als het plafond is bereikt en de contracteerruimte is gevuld) zullen ontstaan? Zo nee, waarom niet en zo ja vindt zij dat acceptabel?

De regering verwacht niet dat er wachtlijsten voor Wlz-zorg zullen ontstaan. Er zijn naar verwachting voldoende middelen beschikbaar voor zowel zorg in natura als voor pgb. Er is derhalve geen reden om vooraf te veronderstellen dat er wachtlijsten zullen ontstaan. Mocht lopende het jaar blijken dat er bij zorg in natura of pgb knelpunten ontstaan die niet door het schuiven tussen beide kaders zijn op te lossen, dan zal het kabinet een nieuwe afweging maken ten aanzien van de budgettaire kaders.

Overproductie wordt niet vergoed. Wat raadt de regering instellingen aan die geconfronteerd worden met de situatie waarin ze geen financiële ruimte meer hebben en toch een cliënt op de stoep hebben staan met een geldig Wlz-besluit, zo vragen de leden van de SP-fractie. Moeten ze

toch maar de deur dicht houden? Wie is in een dergelijke situatie eindverantwoordelijke? Waar ligt de zorgplicht?

In de kaderbrief over het macrobudget voor de Wlz (EK 2014–2015, 33 891, nr. 173) is aangegeven dat zorgkantoren in 2015 ook bij de nacalculatie mogen herschikken. Ik heb daarom de zorgkantoren en de zorgaanbieders gevraagd om periodiek met elkaar in overleg te gaan om het budget regionaal optimaal te alloceren. Hierbij is het van belang dat aanbieders die minder zorg leveren dan verwacht tijdig melden dat zij hun budget niet vol zullen maken. Het zorgkantoor kan in dat geval bezien of zij instellingen met overproductie tegemoet kan komen. Het zorgkantoor zal toetsen of de gevraagde hogere productie verantwoord is en beoordelen of de overproductie binnen het beschikbare kader kan worden verrekend met onderproductie. Daarmee wordt ervoor gezorgd dat de beschikbare middelen zo goed mogelijk worden benut en wordt voorkomen dat zorginstellingen onnodig 'de deur dicht moeten houden'. De zorgplicht ligt bij de Wlz-uitvoerders, maar zij besteden dit in de praktijk uit aan zorgkantoren. Het zorgkantoor kan met de genoemde maatregel zijn zorgplicht effectiever invullen. De eindverantwoordelijkheid blijft bij de Wlz-uitvoerder, die wordt getoetst door de NZa.

De leden van de SP-fractie vragen wat de regering een cliënt aanraadt met een geldig Wlz-besluit, die opteert voor een pgb, dat mogelijk ook al helemaal heeft voorbereid, totdat blijkt dat de Wlz-uitvoerder het budgetplafond heeft bereikt. Wie is in een dergelijke situatie eindverantwoordelijke?

Zowel de contracteerruimte voor zorg in natura als het budgetplafond voor pgb worden op basis van gegevens over de historische zorgvraag zo zorgvuldig mogelijk over de zorgkantoren verdeeld. Gedurende het jaar kan er tussen deze twee kaders worden geschoven afhankelijk van het beroep dat op beide leveringsvormen wordt gedaan. Een zorgkantoor kan dus een eventueel tekort op het pgb verrekenen met het bedrag voor naturazorg mocht daar sprake zijn van onderuitputting. De verdeling tussen zorgkantoren kan ook worden aangepast als bij het ene zorgkantoor sprake is van onderuitputting en bij het andere van tekorten. Ook wordt een klein bedrag aan herverdelingsmiddelen achter de hand gehouden om aan te vullen bij die zorgkantoren die hogere verplichtingen blijken te hebben dan voorzien. Mocht het budgetplafond voor pgb ondanks deze mogelijkheden worden bereikt dan dient het kabinet te bezien of er extra middelen beschikbaar kunnen worden gesteld. De zorgplicht, ook voor de cliënten die opteren voor een pgb, ligt bij de Wlz-uitvoerder. Die draagt dus ook de eindverantwoordelijkheid voor de levering van de zorg.

Met de regering zijn de leden van de SP-fractie van mening dat de kwaliteit van de zorg in intramurale settings omhoog moet. De laatste jaren is vaak noodgedwongen bezuinigd op de kwaliteit en deskundigheid van de verpleging en verzorging. Het opleidingsniveau is omlaag gegaan, want dat was goedkoper. Echter, het bereiken van een hogere kwaliteit door de verpleging en verzorging in verpleeghuizen te laten verrichten door zorgaanbieders met een hoger opleidingsniveau, kost extra geld, wat er naar verwachting van deze leden niet zal komen. Een wrange paradox. Graag ontvangen zij het commentaar van de regering hierop.

Om een betere kwaliteit van zorg te bereiken, draait het niet uitsluitend om hoger opgeleid personeel, maar vooral ook om anders opgeleid personeel. En personeel dat door het management van een organisatie wordt gestimuleerd in het zo goed mogelijk uitoefenen van het vak. Daar wordt in de uitwerking van de Kwaliteitsbrief van 12 juni jl. (Kamerstukken II, 2013 - 2014, 31 765, nr. 90) nadrukkelijk aandacht aan besteed. Natuurlijk is het meer inzetten van hoger opgeleid personeel wel een factor die meespeelt, en daarom is het goed dat dit door veldpartijen reeds wordt opgepakt. Zo werkt ActiZ samen met de HBO-Raad en V&VN actief aan de opleiding HBO verpleegkunde Gerontologie-Geriatrie. Er zijn de afgelopen tijd ruim 350 HBO-ers van deze opleiding ingestroomd bij 25 zorgorganisaties.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaalt de maximale tarieven die passen bij de zorgprofielen (zzp's). Is de verwachting dat deze naar beneden gaan als het totale budgettaire kader wordt overschreden, zo vragen de leden van de SP-fractie.

De NZa stelt jaarlijks de maximumtarieven vast die passen bij de zorgprofielen. De zorgkantoren dienen de productieafspraken die zij met aanbieders hebben gemaakt in bij de NZa. De NZa toetst (net zoals in de huidige AWBZ) vervolgens of deze productieafspraken passen binnen de contracteerruimte. Het kabinet heeft op basis van het wetsvoorstel langdurige zorg en historische gegevens over de zorguitgaven de omvang van de contracteerruimte voor zorg in natura en het budgetplafond voor pgb bepaald. Daarmee zijn voor beide leveringsvormen vooraf voldoende middelen beschikbaar. Het is dus niet op voorhand te verwachten dat het totale budgettaire kader zal worden overschreden. Indien gedurende het jaar toch blijkt dat het totale budgettaire kader ontoereikend is, dan is er sprake van een nieuwe afweging voor het kabinet. Het kabinet zal op dat moment bezien hoe de overschrijding kan worden opgelost.

Gezien de vele financiële onzekerheden die met de invoering van de Wlz samenhangen, is het verstandig dat de regering besloten heeft de uitgavenontwikkeling te monitoren. De monitor, die naast de financiële aspecten, ook inzicht zal bieden in de functionering van het stelsel en in de vraag in hoeverre de doelstellingen van de hervorming van de langdurige zorg worden bereikt, zal input leveren voor de periodieke evaluatie door een onafhankelijke partij. Graag vernemen de leden van de SP-fractie welke onafhankelijke partij de regering hiervoor in gedachten heeft. Is deze al aan de slag gegaan om een nulmeting te doen? Zijn de evaluatiepunten ergens duidelijk omschreven? Zo ja, waar? Indien niet, wanneer zal dit wel het geval zijn?

De monitor moet inzicht bieden in het functioneren van het stelsel en de vraag in hoeverre de doelstellingen van de hervorming van de langdurige zorg betreffende de Wlz worden bereikt. Op basis van deze informatie zal verantwoording worden afgelegd aan beide Kamers over de behaalde resultaten. De monitor is anders dan de periodieke evaluatie. De monitor zal samen met de inbreng van de reguliere overleggen met de Tweede Kamer over de voortgangsrapportages de evaluatiepunten bepalen. Pas nadat de evaluatiepunten en daarbij behorende onderzoeksvragen zijn omschreven zal er een aanbesteding plaatsvinden voor een onafhankelijke onderzoekspartij. Deze partij is daarom nog niet bekend. De eerste periodieke evaluatie zal binnen drie jaar na de inwerkingtreding van de Wlz plaatsvinden.

Het budgettaire kader van de Wlz wordt aangepast voor de zorg aan de al bekende 14.000 cliënten met een extramurale indicatie die voldoen aan het Wlz-profiel. Op bladzijde 3 van de brief van 3 november 2014⁸ passeren een aantal bedragen de revue, waarbij het er naar het oordeel van de leden van de SP-fractie op neer komt dat het kader voor Wlz wordt verhoogd en de kaders voor WMO, Jeugdwet en Zvw worden verlaagd. Graag krijgen zij een tabel waarin de verschuivingen inzichtelijker worden gemaakt. Het gaat over voorlopige schattingen en een dekkingsbedrag. Als deze leden het proberen na te rekenen, lijken er gaten te vallen.

Het klopt dat het kader Wlz wordt verhoogd en de kaders voor Wmo, Jeugdwet en Zvw worden verlaagd. In onderstaande tabel is een integraal overzicht opgenomen van de financiële dekking voor de hogere Wlz-uitgaven door de overheveling van de genoemde groep cliënten. De nummers in de tabel corresponderen met de genummerde tekstpassages uit de kaderbrief van 3 november 2014 (Kamerstukken I, 2014–2015, 33 891, nr. 173).

⁸ Kamerstukken I 2014/15, 33891, G

| Tabel : Opbouw financiële dekking overheveling Wlz-indiceerbaren (in miljoenen euro) | | |
|---|---|----------|
| 1. | Extra Wlz-uitgaven | 345 |
| <i>dekking extra Wlz-uitgaven via:</i> | | |
| 2. | Overheveling uit gemeentelijk domein en Zvw | -171 |
| | (waarvan Zvw) | -(37) |
| | (waarvan Wmo) | -(25) |
| | (waarvan Jeugd) | -(109) |
| 3. | inzet gereserveerde middelen pgb | -140 |
| 4. | inzet gereserveerde herverdelingsmiddelen | -34 |
| 5. | Saldo dekking (1+2+3+4) | 0 |

Puntsgewijze toelichting tabel:

1. In de kaderbrief is aangegeven dat er met de overheveling van de Wlz-indiceerbaren naar de Wlz een bedrag van € 345 miljoen aan zorguitgaven is gemoeid.
2. De dekking hiervoor komt uit verschillende bronnen. Ten eerste is er sprake van een vermindering van het aantal cliënten dat een beroep doet op het gemeentelijk domein en de Zvw. Naar mijn inschatting zal hierdoor het beroep op zorg en ondersteuning in het gemeentelijke domein en de Zvw afnemen met een bedrag van in totaal € 171 miljoen (€ 25 miljoen Wmo, € 109 miljoen Jeugdwet en € 37 miljoen Zvw). Dit betreft een voorlopige schatting op basis van gegevens van het CIZ over de 14.000 cliënten die een brief zullen ontvangen van het CIZ waarmee zij rechtstreeks in de Wlz kunnen instromen. Op basis van het feitelijk aantal instromers is het mogelijk begin januari een meer nauwkeurige berekening maken van de financiële omvang per kader en voor het gemeentelijk domein per gemeente. De VNG en ZN onderschrijven de verschuiving van deze doelgroep en de budgettaire consequenties die hiermee gemoeid zijn. Momenteel vindt overleg plaats over de wijze waarop de verschuiving van middelen kan plaatsvinden opdat alle partijen hier zo min mogelijk hinder van ondervinden. Ik zal in de decembercirculaire van het Gemeentefonds gemeenten hier ook nader over informeren en over de wijze waarop de bijstelling van het budget voor gemeenten volgend jaar zal plaatsvinden.
3. Daarnaast is een bedrag van € 140 miljoen beschikbaar als dekking. Het gaat daarbij om een budgettaire reservering voor een groep cliënten met een pgb en een extramurale indicatie waarvan op voorhand was te voorzien dat zij bij aanvraag van een Wlz-indicatie aan de toegangscriteria zouden voldoen (en aldus geen beroep zouden doen op het gemeentelijke domein of Zvw, maar op de Wlz).
4. Het restant van de benodigde dekking (€ 34 miljoen) betreft de inzet van een gedeelte van de gereserveerde herverdelingsmiddelen uit mijn brief van 27 juni 2014 (Kamerstukken II, 2013/14, 33891, nr. 13).

Zijn er nog juridische consequenties aan het licht gekomen met betrekking tot al afgesloten contracten, waarmee zorg voor 'de vergeten groep' hier en daar al geregeld was?

Het vereist voor gemeenten, zorgaanbieders, zorgkantoren en CIZ de nodige inspanningen om de zorg voor cliënten met een Wlz-profiel die kiezen voor voorzetting van hun huidige zorg via de Wlz in goede banen te leiden. Met name voor gemeenten speelt dat er een administratieve last gepaard gaat met het bijstellen van gemaakte afspraken met de zorginstellingen. In sommige situaties hadden gemeenten reeds contracten afgesloten die achteraf moeten worden herzien. Er zijn gemeenten die hun afspraken met zorgaanbieders hebben gemaakt onder voorbehoud van goedkeuring van de verordening en het beleidsplan door het gemeentebestuur en eventuele wijzigingen van landelijke wet- en regelgeving. De leden van de VGN is verzocht aan het neerwaarts bijstellen van met gemeente gemaakt afspraken constructief mee te werken. Dat is ook redelijk aangezien de zorg voor de betreffende cliënten aanvullend wordt ingekocht door de zorgkantoren.

De leden van de SP-fractie vragen of het de bedoeling is dat zorgaanbieders pas enkele maanden later hun vergoeding voor de zorg ontvangen en of die periode zelf moeten overbruggen of dat de mogelijkheid blijft bestaan dat zij een bevoorschotting ontvangen (op basis van feitelijk-historisch-productieverloop)?

In het kader van de transitie is eerder dit jaar met het veld de afspraak gemaakt dat onder de Wlz de huidige bevoorschotting in elk geval in 2015 en 2016 gehandhaafd blijft.

Het pgb wordt per 1 januari 2015 via een trekkingsrecht door de SVB rechtstreeks aan de gecontracteerde zorgaanbieders betaald. De huidige praktijk leert dat de doorlooptijd voor het proces tot goedkeuring van zorgovereenkomsten en zorgbeschrijvingen van budgethouders door zorgkantoren 3 maanden betreft. Met deze doorlooptijd zal de budgethouder te laat goedkeuring krijgen, waardoor betalingen aan zorgaanbieders in januari en februari 2015 niet door de SVB gedaan kunnen worden. Dit is met name het geval bij mensen van wie de indicatie in de laatste maanden van 2014 afloopt en die om een aansluitende indicatie verzoeken. Doorbetaling van zorgverleners komt hierdoor direct in de knel met gevolg voor de continuïteit van zorg en/of doorbetaling. Onder de mensen die hiermee te maken hebben zitten relatief veel mensen die de zorg thuis organiseren. Ze hebben nu een passende indicatie in functies en klassen en zullen in de toekomst geïndiceerd worden op basis van de nieuwe nog te ontwikkelen Wlz-profielen, die pas later bekend zullen worden. De leden van de SP-fractie vragen of dit probleem bekend is bij de regering en of zij bereid is te zorgen voor goed overgangsrecht.

Het proces van zorgovereenkomsten en zorgbeschrijvingen is voor alle partijen nieuw. In de pilot Trekkingsrecht van 2014 blijkt inderdaad dat het in voorkomende gevallen wel eens voorkwam dat zorgovereenkomsten en zorgbeschrijvingen heen en weer gingen voordat ze goedgekeurd konden worden. Van die ervaringen is veel geleerd. Momenteel worden van alle bestaande budgethouders de zorgovereenkomsten en zorgbeschrijvingen opgevraagd en gekeurd. Het kan voorkomen dat het proces wat langer duurt, maar een periode van 3 maanden zal naar verwachting niet meer voorkomen. Dat opvragen van overeenkomsten gebeurt nu zowel bij budgethouders met een doorlopende indicatie als bij budgethouders met een aflopende indicatie. Indien dat onverhoopt bij laatst genoemde groep niet gebeurt, dan is voor alle partijen duidelijk dat de doorlooptijd beperkt moet zijn. Dit om tijdig te kunnen en omwille van de continuïteit van zorg. Evengoed moet de overeenkomst wel rechtmatig zijn, zorgkantoren en SVB zijn daarin ook afhankelijk van het goed aanleveren door de budgethouder.

De SVB betaalt pas als de overeenkomst is goedgekeurd; de zorgverzekeraar kan pas zorg beëindigen als in Wlz-zorg is voorzien; om in Wlz-zorg te voorzien is een redelijke termijn nodig. Vindt er een verrekening plaats als de zorg geregeld is? Wat is een redelijke termijn?

De fractie doelt op de situatie dat iemand nu zorg op grond van de Zvw ontvangt en straks in aanmerking komt voor een pgb-Wlz. De vraag van de fractie ziet op een goede overgang van zorg tussen deze twee zorgdomeinen, zowel zorginhoudelijk als op juridisch vlak. De continuïteit van zorg moet worden gewaarborgd en ook juridisch moet er sprake zijn van een goede, en werkbare, overgang. Dit vraagstuk heeft mijn volle aandacht. Ik ben hierover in gesprek met de VNG en ZN.

Het volledig pakket thuis (vpt) dekt alle kosten van de zorg en wordt vaak in de vorm van een pgb uitgekeerd. De leden van de SP-fractie vragen hoeveel van de vpt's niet in de vorm van een pgb wordt uitgekeerd.

Het vpt is evenals het pgb één van de mogelijkheden om een verblijfsindicatie te "verzilveren". Het is daarmee niet zo dat een vpt in de vorm van een pgb wordt uitgekeerd; het zijn twee verschillende naast elkaar bestaande leveringsvormen. In 2014 is er door de zorgkantoren voor ongeveer 6.500 cliënten op jaarbasis een productieafspraken voor een vpt gemaakt.

Bij een vpt worden de verblijfskosten, de kapitaallasten en kosten van eten en drinken niet vergoed. Worden kosten voor eventuele dagbesteding er wel mee vergoed of wordt dat apart door de gemeente met Wmo-geld gefinancierd, zo vragen de leden van de SP-fractie.

Voor cliënten die een Wlz-indicatie hebben voor een zorgprofiel inclusief dagbesteding geldt dat de dagbesteding vanuit de Wlz wordt bekostigd (ook in het geval een cliënt zorg geniet in de vorm van het vpt). Deze dagbesteding wordt dus niet apart door de gemeente vanuit de Wmo vergoed. De verstrekking van de hotelmatige verblijfskosten (waaronder het eten en drinken) vormen overigens eveneens onderdeel van de verstrekking bij het vpt. De kapitaallasten niet, omdat de cliënt zelf zijn woonlasten betaalt.

Bij een vpt behoudt men de eigen huisarts. De leden van de SP-fractie vragen waaruit de kosten voor medicatie worden betaald. Moet een cliënt met vpt gewoon het eigen risico betalen? Hij/zij betaalt ook al een niet geringe (inkomensafhankelijke) eigen bijdrage. Is er zicht op de cumulatie? Wat zijn de consequenties? Is er nagedacht over een tegemoetkoming?

De kosten van de medicatie komen in het geval van een vpt ten laste van de Zvw. Een cliënt betaalt een eigen risico over de kosten onder de Zvw vallen, waarbij een uitzondering geldt voor o.a. de kosten van het bezoek van de huisarts. De kosten voor de medicatie vallen voor alle mensen (behalve de mensen die intramuraal zijn opgenomen in een instelling die verblijf en behandeling levert) onder de Zvw. Bij het bepalen van de hoogte van de eigen bijdrage bij het vpt is rekening gehouden met het feit dat mensen zelf hun woonlasten betalen, maar bijvoorbeeld wel eten en drinken vanuit de Wlz ontvangen.

De leden van de SP-fractie vragen waaruit de kosten voor eventuele ergo- en/of fysiotherapie worden betaald. Uit de aanvullende verzekering? Is het voor cliënten met een Wlz-indicatie überhaupt mogelijk een aanvullende verzekering af te sluiten?

In de Wlz gaat het om behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard. Voorbeelden van paramedische zorg zijn fysiotherapie, ergotherapie of logopedie. Kenmerkend voor Wlz-behandeling is dat het gaat om een specifieke behandeling in die zin dat deze samenhangt met de aard van de beperking op grond waarvan iemand toegang heeft gekregen tot de Wlz. Fysiotherapie en/of ergotherapie worden dus uit de Wlz betaald als die fysio- en/of ergotherapie nodig is voor behandeling van de beperking op grond waarvan iemand toegang heeft gekregen tot de Wlz. Wanneer de fysio- of ergotherapie op een andere aandoening is gericht, bijvoorbeeld een tenniselleboog bij een zintuiglijke handicap, dan valt de fysio- en/of ergotherapie niet onder de Wlz maar onder de Zvw.

Paramedische zorg (zoals fysiotherapie) is beperkt verzekerd in de basisverzekering van de Zvw. De kosten komen dan voor eigen rekening of komen ten laste van een aanvullende verzekering. Over de mogelijkheid voor Wlz-cliënten om een aanvullende verzekering af te sluiten merk ik het volgende op. De overheid is verantwoordelijk voor de basisverzekering, niet voor de aanvullende verzekering. De derde schaderichtlijn binnen de Europese Unie is van toepassing op de aanvullende verzekering. De minister van VWS kan daarom geen voorwaarden, zoals acceptatieplicht, opleggen aan deze aanvullende verzekering. De aanvullende verzekering behoort per definitie geheel tot de vrije markt en is de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars. Het is aan verzekeraars om te bepalen wat in het aanvullende pakket zit, welk acceptatiebeleid wordt gevoerd en welke prijs ze ervoor vragen.

Het is dus ook aan verzekeraars om te bepalen of zij medische selectie toepassen bij de aanvullende verzekering en of er ten behoeve daarvan formulieren moeten worden ingevuld bij de toelating tot de aanvullende verzekering. In de praktijk blijkt dat in 2014 vier labels (merknamen) van zorgverzekeraars voor een deel van de aanvullende verzekering aanvullende vragen stellen voorafgaand aan de toelating. De toegankelijkheid van zowel basisverzekering als aanvullende verzekering wordt door de NZa als goed aangeduid.

De leden van de SP-fractie vragen wat de subsidieregeling extramurale behandeling inhoudt. Welke behandelingen vallen daaronder? Is dit een al bestaande regeling of betreft het een nieuwe regeling onder de Wlz? Wat zijn de plannen met betrekking tot deze regeling voor de toekomst?

De subsidieregeling extramurale behandeling is bedoeld voor mensen die specifieke behandeling nodig hebben en die geen Wlz-indicatie hebben. Het gaat in feite om voortzetting van de behandeling zoals nu wordt geboden vanuit artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Hierbij kan het bijvoorbeeld gaan om aanvullende functionele diagnostiek bij mensen met beginnende dementie. Er wordt dan gekeken naar de precieze aard en ernst van de beperkingen en op welke wijze iemand zo lang mogelijk zijn zelfstandigheid kan handhaven. Hierbij behoort dan ook het formuleren van een zorg- of behandelplan. Bij deze diagnostiek kunnen een specialist ouderengeneeskunde en een gedragswetenschapper betrokken zijn. De doelgroep is ten opzichte van de AWBZ gewijzigd. Mensen met een zintuiglijke handicap krijgen deze behandeling vanaf 1 januari 2015 vanuit de Zvw. Kinderen tot 18 jaar met een verstandelijke handicap krijgen deze behandeling vanuit de Jeugdwet. Het gaat binnen de subsidieregeling dan nog om mensen met een somatische- of psychogeriatrische aandoening of beperking, mensen met een lichamelijke handicap en volwassenen met een verstandelijke handicap. De behandeling die kan worden geboden is van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke en specifiek paramedische aard en betreft een gelijk pakket aan behandeling zoals deze nu in de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ 2014 zijn beschreven. De regering is voornemens om deze behandeling op termijn onder te brengen in de Zvw. Het Zorginstituut zal hierover een advies uitbrengen.

De leden van de SP-fractie vragen wat de minimale en wat de maximale eigen bijdrage is die een Wlz-geïndiceerde moet opbrengen, zowel bij zorg in natura, intra- en extramuraal, als voor de situatie van vpt, mpt (modulair pakket thuis) of pgb.

Wlz-zorg kan zowel via zorg in natura (gecontracteerde zorg) worden verkregen als met een pgb worden ingekocht. Bij zorg in natura kan het gaan om zorg met verblijf in een instelling, een vpt of een mpt. Een combinatie tussen zorg in natura en een pgb is ook mogelijk, namelijk in het geval een mpt met een pgb wordt gecombineerd.

De minimale en maximale eigen bijdrage is niet alleen afhankelijk van deze leveringsvormen, maar ook van de het inkomen en vermogen van de verzekerde en een eventuele partner. In beginsel wordt uitgegaan van twee vormen voor de eigen bijdrage: een hoge en een lage eigen bijdrage. In 2015 geldt echter dat de ook de zogenaamde extramurale eigen bijdrage blijft bestaan, doch uitsluitend voor het mpt, zodat de huidige situatie van de AWBZ op dit punt een jaar wordt voortgezet. Er zijn bij gehuwden tal van combinaties van leveringsvormen denkbaar. Voor al die situaties wordt in het Blz precies geregeld welke bijdrage in welke situatie verschuldigd is. Hierna wordt in grote lijnen geschetst welke bijdragen gelden.

De hoge bijdrage voor zorg geldt met verblijf en bedraagt in 2015 maximaal € 2.284,60. Deze hoge eigen bijdrage is van toepassing op de ongehuwde verzekerde en voor de gehuwde verzekerden die beiden zijn opgenomen in de instelling. Er geldt voor de hoge eigen bijdrage geen minimum. Daarnaast kent de Wlz ook de lage bijdrage voor zorg met verblijf. De bijdrage geldt in de eerste zes maanden waarin zorg met verblijf wordt genoten en voor situaties waarin slechts een van beide partners zorg met verblijf ontvangt (al dan niet met een partner die een vpt, pgb of mpt ontvangt) of nog een onderhoudsplicht jegens een kind bestaat. Ook geldt de lage bijdrage als één of beide partners een vpt of pgb ontvangen. De lage bijdrage bedraagt 12,5% van het bijdrageplichtige inkomen met in 2015 een minimum van € 158,60 en een maximum van € 832,60 per maand. Indien een verzekerde een pgb heeft, betaalt hij in de Wlz de lage eigen bijdrage minus € 136 per maand.

Vanaf 2016 zullen mensen met een mpt ook de lage eigen bijdrage gaan betalen, minus € 136, zoals dat ook voor mensen met een pgb geldt. In 2015 is dit al het geval indien de verzekerde een mpt met een pgb combineert. In 2015 wordt bij de leveringsvorm mpt echter nog aangesloten bij de eigenbijdragesystematiek die de AWBZ nu kent voor extramurale zorg. Mensen die gebruik maken van een mpt zijn daarvoor een bepaald bedrag per uur of dagdeel zorg verschuldigd. Deze eigen bijdrage kent een inkomens- en vermogensafhankelijk maximum per vier weken, dat kan verschillen voor mensen die wel of juist niet de pensioensgerechtigde leeftijd hebben bereikt en verschilt voor partners of alleenstaanden. De verschuldigde eigen bijdrage (het totaal van de uurbijdragen) voor de ongehuwde verzekerde die een mpt ontvangt, of voor de gehuwde

verzekerde die een mpt ontvangt en voor gehuwden verzekerden die beiden een mpt ontvangen tezamen, wordt gemaximeerd op een bedrag per bijdrageperiode (€ 19,40 onderscheidenlijk € 27,60), dat afhankelijk van de leeftijd (wel of niet pensioengerechtigd) en de mate waarin het bijdrageplichtig inkomen bepaalde grenzen meer of minder te boven gaat, wordt verhoogd. Die verhoging bestaat uit een bedrag dat gelijk is aan een dertiende deel van 15% van het inkomen (waarin verdisconteerd de zogenoemde vermogensinkomensbijtelling ter hoogte van 8% van het vermogen) dat boven de vrijgelaten ondergrens uitgaat. Voor verschillende groepen van verzekerden is dus, rekening houdende met hun draagkracht, de vrijgelaten ondergrens verschillend.

De eigen bijdrage wordt niet langer aan de voorkant ingehouden; de cliënt krijgt periodiek een rekening van het CAK om de bijdrage te betalen. De pgb-houder krijgt daardoor een in verhouding hoger bruto-rgb. Graag krijgen de leden van de SP-fractie een bevestiging dat dit alleen een bruto/netto verhaal is en geen verkapte korting/bezuiniging. De meeste pgb-houders weten nog niet hoeveel ze volgend jaar kunnen besteden, terwijl ze ook rekening moeten houden met een forse aderlating omdat de tegemoetkoming chronisch zieken vervalt.

De invoering van het bruto pgb is niet bedoeld als korting of bezuiniging. Onder de Wlz zullen budgethouders ten opzichte van de AWBZ door indexering en het bruto-rgb zelfs wat meer pgb te besteden hebben, uitgezonderd een kleine groep waarvan de laatste tranche van de budgetgarantie wordt afgebouwd.

De toekomstige financieringswijze en wijze van contractering van de wijkverpleging is nog onduidelijk voor de leden van de SP-fractie. Graag krijgen zij een toelichting op de indeling en daaraan gekoppelde financiering in segmenten. Hoe wenselijk is deze opsplitsing? Deze leden begrijpen niet waarom 'Buurtzorg Nederland', sinds jaar en dag het voorbeeld hoe wijkverpleging zou moeten werken, niet gecontracteerd wordt door CZ. Begrijpt de regering dat wel?

De financieringswijze van wijkverpleegkundige zorg bestaat uit drie segmenten. Het eerste segment van deze bekostiging zal zich moeten richten op de beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige in de wijk. De invulling van dit segment zal op basis van populatiebekostiging worden vormgegeven. In het tweede – en verruit het grootste – segment zal de verpleging en verzorging worden geleverd in een beperkt aantal zorgcategorieën met een gemiddeld tarief voor groepen cliënten op basis van voor die groep benodigde intensiteit en bijbehorende kosten van zorgverlening. Het derde segment moet zich richten op het belonen van uitkomsten. In dit segment wordt ruimte aan zorgverzekeraars en aanbieders geboden om afspraken te maken over de resultaten van de inzet van zorg. De NZa werkt, in samenspraak met partijen van het onderhandelaarsresultaat verpleging en verzorging, het bekostigingsmodel wijkverpleging voor 2016 uit. Integrale uitvoering van de wijkverpleegkundige is en blijft het uitgangspunt. De bekostiging in drie segmenten staat dit niet in de weg.

Zorgverzekeraars sluiten, om te kunnen voldoen aan hun zorgplicht, contracten met aanbieders van wijkverpleging. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen wijkgerichte zorg, zoals de deelname aan sociale wijkteams (S1) en de zorgverlening zelf (S2). Wijkgerichte zorg is een aparte prestatie in 2015 en heeft een omvang van € 40 mln. Voor de zorgverlening zelf (S2) is in 2015 €3,1 mld. beschikbaar.

Het proces van contractering is momenteel in volle gang en nog niet afgerond. Ik kan derhalve niet ingaan op de contractering van wijkverpleging door zorgverzekeraar CZ. Daarbij komt dat zorgverzekeraars vrij zijn in de keuze van de te contracteren zorgaanbieders.

Valt de financiering van de wijkverpleging alleen onder de Zvw of wordt ze ook uit de Wlz betaald, in die gevallen dat cliënten een Wlz-indicatiebesluit hebben voor zorg in natura, vpt of mpt? Kan wijkverpleging ook vanuit een pgb-Wlz betaald worden, zo vragen de leden van de SP-fractie.

De verpleging en verzorging thuis voor mensen met een Wlz-indicatie wordt bekostigd vanuit de Wlz en kan ook met een pgb worden ingekocht.

De leden van de SP-fractie hebben nog een vraag over het mpt. Is dit nu een containerbegrip, dat nog nader moet worden ingevuld, qua inhoud en financiering of is al volledig duidelijk wat daar onder valt en wat de financieringswijze is? Met de brief van 22 september 2014⁹ wordt de Tweede Kamer onder meer geïnformeerd over de uitkomsten van het overleg met Zorgverzekeraars Nederland (ZN). ZN geeft aan dat het vanaf 1 januari 2015 nog niet onmiddellijk mogelijk is het mpt volgens de nieuwe (welke?) condities voor de volledige 100 % operationeel te hebben, omdat dit andere expertise en andere werkprocessen bij zorgkantoren vereist. Wat betekent dit nu precies voor de cliënten? De leden van de SP-fractie krijgen hierop graag een nadere toelichting.

In 2015 zal bij de uitwerking van het mpt nauw worden aangesloten bij de huidige mogelijkheid om een verblijfsindicatie om te zetten in zorglevering in functies en klassen. De bekostiging vindt plaats op basis van de NZa-beleidsregels voor extramurale zorgverlening. Daarnaast is het – net als nu – mogelijk om dit te combineren met een pgb. Zorgkantoren hebben aangegeven dat ze mogelijk niet direct al bij de invoering van het mpt in staat zijn om met iedere cliënt een bewustkeuzegesprek te voeren. In 2015 zal ik samen met ZN een ingroei-traject vorm geven dat er toe moet leiden dat het mpt per 2016 volledig operationeel is. Voorafgaand aan de verlening van een mpt voeren cliënt en zorgaanbieder overleg over de invulling van de zorg in de thuissituatie. Ook in de huidige situatie doen cliënt en zorgaanbieder een voorstel voor een invulling van de zorg in de thuissituatie. Bij deze werkwijze wordt in 2015 nauw aangesloten. Zorgkantoren moeten de nieuwe werkwijze, waarbij zij nadrukkelijk een beslissing nemen over de zorglevering thuis, opnemen in hun werkprocessen. De cliënt zal in de beginfase vooral samen met de zorgaanbieder het gesprek voeren over de invulling van de zorg thuis en het zorgkantoor zal daarbij in aanvank meer op de achtergrond aanwezig zijn.

Gegevensuitwisseling

Tot slot hebben de leden van de SP-fractie nog enige vragen met betrekking tot de privacy.

Op bladzijde 59 van de memorie van antwoord staat: "om gemeenten in staat te stellen om ten aanzien van hun inwoners te beoordelen of die in het bezit zijn van een indicatiebesluit van het CIZ wordt een register ontwikkeld waarin deze basisinformatie is ondergebracht. Wat is het doel van dit register met zogenaamde basisinformatie? De toelichting vermeldt dat gemeenten op basis van de informatie actie kunnen ondernemen. Dat klinkt nogal vrijblijvend. Waar berust het register en voor wie is het toegankelijk? Wordt van gemeenten verwacht dat ze periodiek een kijkje nemen in het register? Worden degenen die erin zijn opgenomen daarvan op de hoogte gesteld?"

Gemeenten kunnen op grond van artikel 2.3.5, zesde lid van de Wmo 2015, een maatwerkvoorziening weigeren indien de cliënt aanspraak heeft op verblijf en daarmee samenhangende zorg in een instelling. Gemeenten zullen op grond van artikel 2.3.9. ook periodiek onderzoek uitvoeren om een dubbele verstrekking te voorkomen. Om deze taken uit te kunnen voeren moeten gemeenten kunnen beschikken over actuele informatie over de vraag of een ingezetene beschikt over een geldige Wlz-indicatie. De bevoegdheid om deze bij het CIZ op te vragen is dan ook wettelijk geregeld in de Wmo. Op grond van artikel 4.1.1, vijfde lid, Wmo 2015 is het college bevoegd tot verwerking van gegevens die noodzakelijk zijn voor een oordeel over de behoefte aan maatschappelijke ondersteuning. De cliënt moet hiervoor zijn toestemming hebben verleend. De bevoegdheid van het CIZ om de gegevens te verstrekken, is opgenomen in artikel 4.2.5 Wmo 2015. Ook hiervoor moet de cliënt zijn "ondubbelzinnige toestemming" hebben verleend.

Om gemeenten praktisch te ondersteunen bij het opvragen van de gegevens, ontwikkelt het CIZ een inijkvoorziening. Gemeenten kunnen het register bij het CIZ raadplegen uitsluitend om te bezien of een ingezetene wel of niet in het bezit is van een Wlz-indicatie. De gemeente kan via deze voorziening geen informatie verkrijgen over de inhoud van het besluit. Gemeenten kunnen ervoor kiezen de inijkvoorziening ad-hoc te raadplegen, bijvoorbeeld als men een aanvraag

⁹ Kamerstukken II 2014/15, 33891, nr. 158, p. 2

behandelt voor een maatwerkvoorziening. Ook kan men met enige regelmaat bezien of cliënten die al een maatwerkvoorziening hebben inmiddels een Wlz-indicatie hebben. Indien dat het geval is, kan een gemeente het gesprek aangaan met de cliënt en tot een oordeel komen of de gemeentelijke voorziening kan worden beëindigd.

Uit de beantwoording van de regering blijkt dat zij van mening is dat de KNMG onnodig bang is dat bijzondere gegevens de gezondheid betreffende, door het CIZ verzameld, terecht komen bij ambtenaren zonder geheimhoudingsplicht. De minister wijst er op dat ook die ambtenaren een geheimhoudingsplicht hebben op grond van artikel 2:5 van de Awb en artikel 9.1.2, lid 5 van de Wlz. De leden van de SP-fractie hebben van de KNMG vernomen dat zij er na deze toelichting nog niet helemaal van overtuigd is dat het beroepsgeheim van de arts en de privacy van de cliënt aldus afdoende beschermd blijven. Daarom leggen deze leden nog graag het volgende voor. Dat ambtenaren een geheimhoudingsplicht hebben, is geen voldoende garantie. Zo blijkt bijvoorbeeld uit de evaluatie van de Wet politiegegevens dat het ongeoorloofd doorbreken van de geheimhoudingsplicht die voor politieambtenaren geldt, vrijwel altijd zonder gevolgen blijft. Het enkele feit dat een ambtenaar een geheimhoudingsplicht heeft, is kennelijk nog geen garantie dat die ook wordt gerespecteerd. Over artsen kan juist wel worden gezegd dat geheimhouding gewaarborgd is. Volgens artikel 21, lid 2 van de Wet bescherming persoonsgegevens mogen alleen personen die uit hoofde van ambt, beroep of wettelijk voorschrift, dan wel krachtens een overeenkomst tot geheimhouding zijn verplicht over gezondheidsgegevens beschikken. Deze bepaling is de implementatie van artikel 8, lid 3 van de EU Richtlijn 95/46/EG, dat bepaalt dat gezondheidsgegevens uitsluitend mogen worden verwerkt door gezondheidswerkers met een beroepsgeheim of andere personen voor wie een soortgelijke geheimhoudingsplicht geldt. Deze voorwaarde staat ook in artikel 81, lid 1, sub a van het EU voorstel voor de Algemene Verordening Gegevensbescherming. De leden van de SP-fractie zijn van mening dat een geheimhoudingsplicht van een ambtenaar niet gelijkwaardig is aan het beroepsgeheim van een arts; zij krijgen hierop graag een reactie.

De leden van de SP-fractie hebben gevraagd om een reactie op het onderscheid tussen de geheimhoudingsplicht van een ambtenaar en het beroepsgeheim van een arts. De schending door een ambtenaar van zijn geheimhoudingsplicht kan leiden tot het opleggen van een disciplinaire straf. De lichtste disciplinaire straf is een berisping, de zwaarste ontslag. De schending door arts kan leiden tot het opleggen van een tuchtrechtelijke maatregel. De lichte maatregel is een waarschuwing, de zwaarste maatregel de algehele doorhaling van de inschrijving in het BIG-register. Die doorhaling heeft tot gevolg dat de arts zijn beroep niet meer kan uitoefenen. De ambtenaar en de arts kunnen bij schending van hun geheimhoudingsplicht ook strafrechtelijk worden aangepakt. De straf voor die schending is een gevangenisstraf van ten hoogste een jaar of een geldboete van de vierde categorie (maximaal € 20.250 in 2014). De ambtenaar is niet verplicht tot geheimhouding indien een wettelijk voorschrift hem tot de gegevensverstrekking verplicht of uit zijn taak de noodzaak tot die verstrekking voortvloeit. Een arts is niet verplicht tot geheimhouding indien de patiënt toestemming heeft gegeven voor de gegevensverstrekking of een wettelijk voorschrift tot die verstrekking verplicht. Het beroepsgeheim van een arts geldt ook voor medische handelingen waarbij de vrijwilligheid om die handeling te ondergaan vanwege een feitelijke of juridische verplichting ontbreekt. Gelet op bovenstaande meent de regering dat er voor de handhaving van zowel de geheimhoudingsplicht van de ambtenaar als van het beroepsgeheim van de arts voldoende waarborgen bestaan.

De KNMG - en ook de LHV in een brief van 2 juni 2014¹⁰ - pleit ervoor om ambtenaren bij gezondheidsgegevens een 'afgeleid beroepsgeheim' te verlenen. Afgeleid van de oorspronkelijke geheimhouder (de behandelende arts, huisarts e.d.). De ambtenaar heeft hiermee ook een afgeleid verschoningsrecht, waarop een beroep kan/moet worden gedaan hetgeen betekent dat de toestemming van de oorspronkelijke geheimhouder nodig is voordat de ambtenaar gezondheidsgegevens op verzoek van derden (andere instanties, leidinggevende e.d.) mag doorgeven. Is de regering bereid ambtenaren dit afgeleide beroepsgeheim te verlenen, zo vragen de leden van de SP-fractie.

¹⁰ Ter inzage gelegd onder griffienummer 155105.07

De inspecteurs van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hebben al een afgeleid medisch beroepsgeheim op grond van de Gezondheidswet, de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit van het handelen van zorgaanbieders. De inspecteurs van de IGZ kunnen voor de uitoefening van dat toezicht zonder toestemming van de patiënt patiëntendossiers inzien. Het afgeleid medisch beroepsgeheim hangt samen met de bovenbedoelde bevoegdheid (Kamerstukken II 2007/08, 31 122, nr. 20). De uitoefening van die bevoegdheid kan noodzakelijk voor het toezicht op de kwaliteit van zorgaanbieders. De overige ambtenaren zullen niet in dezelfde mate als de inspecteurs van de IGZ, inzage krijgen in individuele patiëntendossiers omdat die voor hun taakuitoefening niet noodzakelijk is. Het afgeleid medisch beroepsgeheim heeft tot gevolg dat een ambtenaar de medische gegevens uit dossiers van medisch beroepsbeoefenaren, niet zonder toestemming van de patiënt, aan anderen kan geven. De ambtenaar zal in principe voor iedere verstrekking van gegevens aan een derde, toestemming moeten vragen aan de patiënt. De regering vindt dat met het oog op de goede uitvoering van o.a. de Wlz en de Zvw ongewenst. De ambtenaar met een afgeleid medisch beroepsgeheim, zal voor gevallen waarin de toepassing van het (afgeleid) verschoningsrecht aan de orde is, de afweging of beroep wordt gedaan op dat recht, aan de medische beroepsbeoefenaar moeten laten, waarvan het beroepsgeheim is afgeleid.¹¹ De regering vindt gezien het bovenstaande een afgeleid medisch beroepsgeheim voor andere ambtenaren dan de inspecteurs van de IGZ, niet noodzakelijk en ook ongewenst.

1.3 GroenLinks-fractie

Financiële aspecten

De leden van de fractie van GroenLinks vragen of de kaderbrief over het macrobudget van de langdurige zorg in 2015, waarin de budgettaire consequenties voor onder meer gemeenten worden toegelicht, inmiddels verstuurd is. Zo niet, acht de regering het wenselijk dat gemeenten en andere partijen slechts een maand voor de invoering van de Wlz beschikken over informatie over de budgetverdeling? Zo ja, kan de regering deze Kamer informeren over de inhoud daarvan?

De kaderbrief over het macrobudget voor de Wet langdurige zorg 2015 is op 3 november 2014 verstuurd naar beide kamers der Staten-Generaal (Kamerstukken I, 2014–2015, 33 891, nr. 173). In deze kaderbrief is aangegeven wat de financiële gevolgen zijn van de uitbreiding van het overgangsrecht tot de gehele groep van 14.000 cliënten met een extramurale indicatie die voldoen aan het Wlz-profiel. Voor de gemeenten geldt dat het beroep op zorg en ondersteuning via de Wmo met € 25 miljoen en de Jeugdwet met € 109 miljoen zal afnemen. Dit betreft een voorlopige schatting op basis van gegevens van het CIZ over de 14.000 cliënten die een brief zullen ontvangen van het CIZ waarmee zij rechtstreeks in de Wlz kunnen instromen. Op basis van het feitelijk aantal instromers is het mogelijk begin januari een meer nauwkeurige berekening te maken van de financiële omvang per kader en voor het gemeentelijk domein per gemeente. De VNG onderschrijft de verschuiving van deze doelgroep en de budgettaire consequenties die hiermee gemoeid zijn. Momenteel vindt overleg plaats over de wijze waarop de verschuiving van middelen kan plaatsvinden opdat alle partijen hier zo min mogelijk hinder van ondervinden. Ik zal in de decembercirculaire van het Gemeentefonds gemeenten hier ook nader over informeren en over de wijze waarop de bijstelling van het budget voor gemeenten volgend jaar zal plaatsvinden.

Toegang en kwaliteit zorg

Klopt het dat de regering onvoldoende zicht heeft op welke andere groepen of individuen dan de eerder besproken 14.000 nog tussen wal en schip kunnen raken? Zo niet, om welke groepen of individuen gaat dit, zo vragen de leden van de fractie van Groen Links.

De regering is van mening dat voorkomen moet worden dat door de hervorming van de langdurige zorg groepen cliënten tussen wal en schip vallen. Ik heb daarom in het voorjaar met alle betrokken

¹¹ Zie HR 12 februari 2013, ECLI:NL:HR:2013:BV 3004.

partijen werkafspraken gemaakt om de hervorming te begeleiden. Het hoofddoel van de werkafspraken is voorkomen dat mensen tussen wal en schip geraken. Er zijn diverse waarborgen vormgegeven om zo nodig snel te kunnen handelen. Al sinds het voorjaar van dit jaar komt elke twee weken een overleggroep (de 'HLZ cockpit') bij elkaar waar signalen worden gedeeld. Daarnaast monitoren de cliëntenorganisaties de effecten van de hervorming op de cliënten. Zij hebben daartoe o.a. meldpunten ingesteld. Deze en andere monitorinformatie komt in de 'HLZ cockpit' aan de orde. Voorts zijn er in alle Wmo-regio's secretarissen ingesteld om partijen in de regio te ondersteunen bij de transitie. Ook zijn er interventieteams ingericht, o.a. op het gebied van wonen (onder leiding van de heer Norder) en de transitie (onder leiding van de heer Terpstra). In oktober zijn twee oplossingsgericht tafels gestart waar specifiek aandacht is voor Wlz-implementatievragen. Eén 'werktafel Wlz' is gericht op invoeringsvragen die leven bij zorgkantoren, zorgaanbieders en professionals. Met de cliënten ben ik op gelijke wijze in gesprek. Hierbij gaat de aandacht vooral naar de effecten voor cliënten. Niet alleen vertegenwoordigers van budgethouders en cliëntenorganisaties zijn hierbij aanwezig maar bijvoorbeeld ook huisartsen, zorgaanbieders en de V&VN. Zo houd ik "10 vingers aan de pols" inzake de implementatie, waarbij ik uiteraard breder dan alleen de Wlz zal kijken. Met deze manier van werken is er voor de diverse partijen een duidelijk "loket" waar zij hun zorgen rond groepen cliënten kunnen melden. Vervolgens is er voorzien in een werkwijze waarbij direct geacteerd kan worden op een signaal. Dat kan betekenen dat een regiosecretaris wordt ingeschakeld, het interventieteam het signaal oppakt of dat het signaal vanuit mijn ministerie moet worden opgepakt. Tot slot merk ik op dat de hervorming van de langdurige zorg zo'n 800.000 cliënten aangaat. Het streven is om uiteraard van te voren zo goed mogelijk alle situaties in beeld te hebben, en veel is inmiddels ook al in beeld. Gezien de grootte van de groep cliënten is het echter onmogelijk alle modaliteiten volledig te voorzien en daarom heb ik bovengenoemd proces vormgegeven.

De leden van de fractie van Groen Links vragen hoe de regering oordeelt over het feit dat ouders nog voordat de parlementaire behandeling is afgerond, worden gevraagd een formulier te tekenen om in aanmerking te komen voor de Wlz, zonder dat ze zicht hebben op de inhoud en consequenties van die keuze. Heeft de regering bij voorbeeld de open brief van 24 oktober 2014 van een bezorgde moeder gelezen?¹²

Op grond van het overgangsrecht kunnen 14.000 cliënten met een extramurale indicatie en een Wlz-profiel de zorg die zij nu ontvangen via het zorgkantoor blijven ontvangen. Voor een zorgvuldige uitvoering van alle veranderingen per 1 januari 2015 is het voor zorginkoop en pgb-toekenning van groot belang tijdig te weten of de cliënten zorg zullen ontvangen op grond van de Jeugdwet, de Zvw en de Wmo 2015. Het is daarom onvermijdelijk de wensen van cliënten op dit punt al te inventariseren voordat met zekerheid is te zeggen of zij dan zorg zullen ontvangen op grond van de AWBZ of op basis van de Wlz. Overigens heb ik, naar aanleiding van de motie van de leden Keijzer, Bruins Slot en Voortman (motie 30 597, nr. 472, Kamerstukken II, 2014-2015), navraag gedaan omtrent de uiterste datum waarop cliënten moeten aangeven of ze gebruik willen maken het Wlz-overgangsrecht. Hieruit is mij gebleken dat deze reactie tot 1 december kan worden ingestuurd. Dit is toegelicht in mijn brief aan de Tweede Kamer van 13 november jl.

De open brief van een bezorgde moeder is gericht aan het CIZ. Over haar dochter is recent vastgesteld dat zij vermoedelijk zal voldoen aan de Wlz-toegangscriteria. Haar moeder geeft aan een voorkeur te hebben om per 1 januari de zorg van het zorgkantoor te behouden die haar dochter nu heeft. Het kabinet merkt daarover het volgende op. De zorg en hulp voor haar dochter zal in het jaar 2015 hetzelfde blijven. In dat jaar zal het CIZ vaststellen welk zorgprofiel voor haar het meest passend is en een definitieve indicatie afgeven, ervan uitgaande dat zij voldoet aan de Wlz-toegangscriteria. Het zorgkantoor neemt daarna een beslissing over de omvang van de passende zorg.

De regering noemt in haar memorie van antwoord diverse vormen van monitoren en zegt toe een tweetal oplossingsgerichte tafels voor Wlz-implementatievragen in te richten. Er is echter

¹² <http://webdrift.nl/24-oktober-2014-overzetting-naar-wlz-onder-protest/>

onvoldoende antwoord gegeven op de vraag of de omzetting naar de Wlz onder de bevoegdheden van de Transitiecommissie Sociaal Domein gebracht wordt en waarom daar niet voor gekozen is met het oog op overzichtelijke structuren en eenheid van beleid. Welke bevoegdheden krijgen de oplossingsgerichte tafels, waarover de regering spreekt, zo vragen de leden van de fractie van Groen Links.

Bij het sociale domein gaat het om taken op het gebied van wonen, welzijn, werk en onderwijs die worden gedecentraliseerd naar het gemeentelijk niveau. De zorg die in het kader van de Wlz (en de Zvw) is verzekerd, valt buiten deze scope van het sociale domein. Bij deze zorg gaat het ook om andere partijen, sturingsregimes en een andere verantwoordelijkheidsverdeling. Vandaar is ervoor gekozen de transitie van AWBZ naar Wlz niet onder de bevoegdheden van de Transitiecommissie Sociaal Domein te laten vallen. Met betrokken partijen zijn eerder dit jaar afspraken gemaakt om de transitie gezamenlijk in te vullen en nauwlettend te volgen. Met alle betrokken (cliënt, inkopende en aanbiedende) partijen is een overleg, afstemmings- en faciliteringsstructuur afgesproken. Elke twee weken vindt overleg plaats tussen betrokken partijen waarin alle modaliteiten op het gebied van de transitie aan de orde komen. Ook is er een apart overleg met deze partijen over de communicatie en technische implementatievraagstukken. Indien nodig vindt er bestuurlijk overleg plaats. Dit is voor partijen een toereikende structuur gebleken.

Daarnaast zijn vanuit het perspectief van invoering van de Wlz twee overlegtafels ingericht. De Wlz-implementatietafel gaat over implementatievragen, zoals kaderstelling en planning en duiding van de regelgeving. Hiervoor zijn cliëntenorganisaties, brancheorganisaties van zorgaanbieders en de ZBO's uitgenodigd. De tweede tafel gaat over vraagstukken op het gebied van de cliënt. Hiervoor zijn cliëntenorganisaties en de beroepsorganisaties van professionals in de langdurige zorg uitgenodigd. VWS zit beide tafels voor, zodat vraagstukken die uit deze tafels naar voren komen snel zijn te adresseren. Bij het oplossen van eventuele knelpunten zal worden uitgegaan van bestaande verantwoordelijkheden en bevoegdheden van partijen.

De regering antwoordt op vragen naar uit pgb betaalde verblijfkosten bij logeeropvang dat dat ook mogelijk blijft bij kleinschalige initiatieven, zolang de instelling een toelating heeft op basis van de WTZi. De leden van de fractie van Groen-Links vragen of het klopt dat voor deze toelating onder meer nodig is dat de instelling een Raad van Toezicht, cliëntenraad en geschillenregeling heeft en een uitgebreide accountantsverklaring opstelt. Is dat voor kleinschalige initiatieven niet een onredelijke en feitelijk onmogelijke eis? Is het niet voldoende dat het zorgplan is getoetst door het zorgkantoor en de overeenkomst door de SVB?

In aanvulling op het antwoord op de vraag van de PVV-fractie over het logeren van budgethouders (op pagina 4) het volgende. De zorgkantoren krijgen met de eis van de WTZi-toelating een objectieve maatstaf om te beoordelen of de verblijfskosten uit het pgb mogen worden betaald. De geschillenregeling gaat pas gelden als het wetsvoorstel Wkkgz is aangenomen. Kleinere zorgaanbieders mogen volstaan met een beperktere accountantsverklaring (een samenstellingsverklaring of een beoordelingsverklaring).

De leden van de fractie van Groen Links vragen hoe de koppeling tussen de Wlz en het passend onderwijs is geregeld. Klopt het dat de zorg op school valt onder de verantwoordelijkheid en financiering van de gemeente/samenwerkingsverband? De memorie van toelichting stelt dat dit om samenwerking vraagt en dat er geen afwenteling zal zijn. Kan de regering toelichten hoe die samenwerking wordt afgedwongen en hoe overlap, kloven en afwenteling voorkomen worden? Hoe wordt voorkomen dat vanwege afstemmingsproblematiek bijvoorbeeld kinderen met een meervoudige complexe handicap worden buitengesloten en richting dagbesteding worden gedrongen?

Het klopt dat scholen in samenwerkingsverbanden verantwoordelijk zijn voor de extra ondersteuning in het onderwijs. Zij hebben met de ingang van passend onderwijs per 1 augustus jl. een zorgplicht en moeten zorgen voor een passende plek voor elke leerling. De samenwerkingsverbanden passend onderwijs voeren op overeenstemming gericht overleg met

gemeenten. Doel hiervan is om de ondersteuning van leerlingen in het onderwijs af te stemmen op die vanuit de Jeugdwet.

In geval van de Wlz wordt het recht op zorg bij een kind vastgesteld door het CIZ, ongeacht of het kind deelneemt aan het onderwijs. Zo blijft dagbesteding onderdeel van zijn recht op Wlz-zorg, ook als het (soms een paar uur) naar school gaat. Daarmee wordt de combinatie van dagbesteding en onderwijs eenvoudiger. Wel blijft samenwerking en afstemming tussen de uitvoerders van de Wlz en die van het onderwijs van belang. Het gaat dan om het zorgplan en het ontwikkelingsperspectief van het kind. De aanbieders die zorg vanuit de Wlz leveren, kunnen met de betrokken (v)so-school afspraken maken over de inzet van zorg.

De Wlz en de wetgeving passend onderwijs bieden daarmee ruimte aan ouders, zorgaanbieders en scholen voor nadere afstemming over Wlz-zorg tijdens onderwijs voor een kind met een Wlz-indicatie. De regering is van mening dat met bovenstaande in voldoende mate de mogelijkheid wordt geboden om overlap, kloven, afwenteling en afstemmingsproblematiek tussen betrokkenen te voorkomen ten gunste van de beoogde samenwerking.

Bijlage 1: Overzicht van AWBZ-zorgzwaartepakketten

Deze bijlage bevat alle op dit moment nog geldige zorgzwaartepakketten in de huidige AWBZ, waarbij een globale duiding is gegeven van het bijpassende (ziekte)beeld. De volledige omschrijving van de zorgzwaartepakketten is vastgelegd in de Regeling zorgaanspraken.

| Sector Verpleging en verzorging | ZZP AWBZ |
|---|----------|
| <p><i>Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging.</i></p> <p>Cliënten met een matig dementieel syndroom. Bewoners met PG meerzorg in het verzorgingshuis. Cliënten die door ouderdom een verzorgingsbehoefte hebben gekregen naast reeds bestaande langdurende psychiatrische problematiek. Personen die in samenhang met de fysieke verzorgingsbehoefte extra begeleiding nodig hebben vanwege ernstige zintuiglijke beperkingen (doof- en/of blindheid op latere leeftijd).</p> | 4 VV |
| <p><i>Beschermd wonen met intensieve dementiezorg.</i></p> <p>Cliënten met een ernstige mate van dementie zonder veel gedragsproblematiek.</p> | 5 VV |
| <p><i>Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging.</i></p> <p>Cliënten met ernstige somatische beperkingen (bijvoorbeeld blijvend hersenletsel, Parkinson, chronisch hartfalen, spierziekte). Cliënten met complexe ziekten in een nog niet vergevorderd stadium en/of zonder gedragsproblematiek.</p> | 6 VV |
| <p><i>Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding.</i></p> <p>Volwassenen met ernstig en blijvend niet aangeboren hersenletsel. Cliënten met een ernstige mate van dementie in combinatie met gedragsproblemen (vooral voorkomend bij jong dementerenden). Mensen met de ziekte van Korsakov. Ouderen met complexe lichamelijke problematiek in combinatie met actieve psychiatrische problematiek. Ouderen die als gevolg van doofblindheid op latere leeftijd specifieke zorg nodig hebben.</p> | 7 VV |
| <p><i>Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging.</i></p> <p>Cliënten in de laatste (terminale) fasen van de ziekte, zoals Huntington, ALS, MS of zware reuma. Cliënten met Korsakov in een fase van volledige zorgafhankelijkheid.</p> | 8 VV |
| <p><i>Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging.</i></p> <p>Bij deze cliëntgroep heeft medisch-specialistische diagnostiek/interventie plaatsgevonden waarbij doorgaans sprake is geweest van een opname. Voorafgaand aan de interventie ontvingen (vrijwel) alle cliënten uit deze groep reeds behandeling in combinatie met verblijf.</p> | 9b VV |
| <p><i>Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg.</i></p> | 10 VV |

| | |
|---|------|
| Cliënten verblijven kortdurend (doorgaans niet langer dan drie maanden) in verband met een naderend overlijden, in een situatie van beschermd verblijf. | |
| Sector Verstandelijk Gehandicapt | |
| <p><i>Wonen met begeleiding en verzorging.</i></p> <p>Deze cliëntgroep functioneert sociaal beperkt zelfstandig. De cliënten wordt een veilige en vertrouwde leef- en werkwoonomgeving geboden. Het tijdsbesef is beperkt. De ondersteuning is gericht op het stimuleren van de zelfredzaamheid bij het uitvoeren van taken en op regievoering over het eigen leven</p> | 3 VG |
| <p><i>Wonen met begeleiding en intensieve verzorging.</i></p> <p>De cliënten functioneren sociaal zeer beperkt zelfstandig vanwege een verstandelijke handicap (functiestoornis). Deelname aan het maatschappelijk leven is slechts met begeleiding mogelijk. Een belangrijk doel van de begeleiding is het bieden van een veilige en vertrouwde leef- en werkwoonomgeving</p> | 4 VG |
| <p><i>Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging.</i></p> <p>Deze cliëntgroep functioneert sociaal niet zelfstandig en is continu begeleidingsbehoefstig vanwege een verstandelijke handicap (functiestoornis). Deelname aan het maatschappelijk leven is slechts met individuele begeleiding mogelijk. De begeleiding heeft een structuurverlenend karakter, met een duidelijke dagindeling, vaste leefregels en strikte afspraken. Daarnaast is er aandacht voor het ontwikkelen van sociale en praktische vaardigheden.</p> | 5 VG |
| <p><i>Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering.</i></p> <p>Deze cliëntgroep functioneert sociaal (zeer) beperkt zelfstandig en is intensief begeleidingsbehoefstig, vanwege een verstandelijke handicap (functiestoornis) gecombineerd met gedragsproblematiek en/of psychiatrische problematiek. De begeleiding is vaak individueel en structuurbiedend, gericht op veiligheid en er worden grenzen gesteld door anderen. Er is sprake van een voorspelbare invulling van de dag en van vaste leefregels. Veiligheidsrisico's voor de begeleiders zijn beperkt.</p> | 6 VG |
| <p><i>(Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering.</i></p> <p>Dit profiel is gericht op cliënten met sterke gedragproblematiek en een licht of ernstige verstandelijke beperking. Deze SGLVG of SGEVG-cliënten functioneren sociaal beperkt of nauwelijks zelfstandig en zijn intensief begeleidingsbehoefstig, vanwege een verstandelijke handicap (functiestoornis) gecombineerd met gedrags- en/of psychiatrische problematiek.</p> | 7 VG |
| <p><i>Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging.</i></p> <p>Deze cliëntgroep functioneert sociaal niet zelfstandig en is continu begeleidingsbehoefstig vanwege een verstandelijke handicap (functiestoornis). De cliënten hebben daarnaast lichamelijke beperkingen waarvoor volledige verzorging en soms verpleging noodzakelijk is.</p> | 8 VG |

| | |
|--|---------|
| Sector Licht Verstandelijk Gehandicapt | |
| <p><i>Wonen met enige behandeling en begeleiding.</i></p> <p>De cliënt verblijft gedurende een afgebakende periode in een omgeving waar huisvesting, huishoudelijke ondersteuning en begeleiding met een behandelend karakter wordt geboden.</p> | 1 LVG |
| <p><i>Wonen met behandeling en begeleiding.</i></p> <p>De cliënt verblijft gedurende een afgebakende periode in een omgeving waar huisvesting, huishoudelijke ondersteuning en begeleiding met een behandelend karakter wordt geboden.</p> | 2 LVG |
| <p><i>Wonen met intensieve behandeling en begeleiding, kleine groep.</i></p> <p>De cliënt verblijft gedurende een afgebakende periode in een omgeving waar huisvesting, huishoudelijke ondersteuning en begeleiding met een behandelend karakter wordt geboden.</p> | 3 LVG |
| <p><i>Wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding.</i></p> <p>De cliënt verblijft gedurende een afgebakende periode in een omgeving waar alle leefsfere, te weten het wonen, school en/of dagbesteding en de vrije tijd op elkaar zijn afgestemd en waar vanuit de voorziening ondersteuning in de andere leefsfere plaatsvindt.</p> | 4 LVG |
| <p><i>Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding.</i></p> <p>De cliënt verblijft gedurende een afgebakende periode in een besloten omgeving, waar alle leefsfere, te weten het wonen, school en/of dagbesteding en de vrije tijd op elkaar zijn afgestemd en waar vanuit de voorziening ondersteuning in de andere leefsfere plaatsvindt.</p> | 5 LVG |
| <p><i>Behandeling in een SGLVG behandelcentrum.</i></p> <p>Het verblijf van de cliënten op de SGLVG-behandelafdeling wordt gekenmerkt door een drie leefsfere situatie (een geïntegreerd aanbod van wonen, school/werk en vrije tijd) en een therapeutisch milieu.</p> | 1 SGLVG |
| Sector Lichamelijk Gehandicapt | |
| <p><i>Wonen met enige begeleiding en enige verzorging.</i></p> <p>Cliënten zijn licht lichamelijk gehandicapt, functioneren sociaal grotendeels zelfstandig binnen een bepaalde structuur en hebben een goed besef van tijd, plaats en persoon.</p> | 1 LG |
| <p><i>Wonen met begeleiding en enige verzorging.</i></p> <p>Cliënten zijn matig lichamelijk gehandicapt en functioneren sociaal beperkt zelfstandig binnen een afgesproken vaste structuur. Cliënten worden op een eenduidige manier benaderd.</p> | 2 LG |
| <p><i>Wonen met enige begeleiding en verzorging.</i></p> <p>Cliënten zijn ernstig lichamelijk gehandicapt en functioneren sociaal grotendeels zelfstandig binnen een bepaalde structuur.</p> | 3 LG |

| | |
|--|---------|
| <p><i>Wonen met begeleiding en verzorging.</i></p> <p>Cliënten zijn ernstig lichamelijk gehandicapt en functioneren sociaal beperkt zelfstandig binnen een afgesproken vaste structuur. De cliënten worden op een eenduidige manier benaderd.</p> | 4 LG |
| <p><i>Wonen met begeleiding en intensieve verzorging.</i></p> <p>Cliënten zijn zeer ernstig lichamelijk gehandicapt en functioneren sociaal grotendeels zelfstandig binnen een bepaalde structuur.</p> | 5 LG |
| <p><i>Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging.</i></p> <p>Cliënten zijn zeer ernstig lichamelijk gehandicapt en functioneren sociaal beperkt zelfstandig binnen een afgesproken vaste structuur. De cliënten worden op een eenduidige manier benaderd.</p> | 6 LG |
| <p><i>Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging.</i></p> <p>Cliënten zijn zeer ernstig lichamelijk gehandicapt en functioneren sociaal zeer beperkt zelfstandig. De cliënt moet op een eenduidige manier worden benaderd.</p> | 7 LG |
| Sector Zintuiglijk Gehandicapt, auditief en communicatief | |
| <p><i>Wonen met begeleiding en enige verzorging.</i></p> <p>De cliënten zijn auditief en/of communicatief gehandicapt, met eventueel andere problematiek.</p> | 1 ZGaud |
| <p><i>Wonen met intensieve begeleiding en verzorging.</i></p> <p>De cliënten zijn auditief en/of communicatief gehandicapt en hebben beperkte meervoudige problematiek.</p> | 2 ZGaud |
| <p><i>Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging.</i></p> <p>De cliënten zijn auditief en/of communicatief gehandicapt en hebben een ernstige meervoudige problematiek.</p> | 3 ZGaud |
| <p><i>Wonen met intensieve begeleiding en enige verzorging.</i></p> <p>De cliënten zijn auditief en/of communicatief gehandicapt. Er is sprake van bijkomende problematiek.</p> | 4 ZGaud |
| Sector Zintuiglijk Gehandicapt, visueel | |
| <p><i>Wonen met enige begeleiding en enige verzorging.</i></p> <p>De cliënten zijn enkelvoudig visueel gehandicapt en hebben een beperkte andere problematiek.</p> | 1 ZGvis |
| <p><i>Wonen met begeleiding en enige verzorging.</i></p> <p>De cliënten zijn enkelvoudig visueel gehandicapt en hebben matige andere problematiek.</p> | 2 ZGvis |

| | |
|--|----------|
| <p><i>Wonen met intensieve begeleiding en verzorging.</i></p> <p>De cliënten zijn visueel gehandicapt en hebben ernstige andere problematiek.</p> | 3 ZGvis |
| <p><i>Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging.</i></p> <p>De cliënten zijn visueel gehandicapt en hebben een ernstige meervoudige problematiek.</p> | 4 ZGvis |
| <p><i>Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging.</i></p> <p>De cliënten zijn visueel gehandicapt en hebben zeer ernstige meervoudige problematiek.</p> | 5 ZG vis |
| Sector GGZ, B-groep | |
| <p><i>Voortgezet verblijf met begeleiding.</i></p> <p>Deze cliëntgroep heeft vanwege een psychiatrische aandoening een vorm van behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt.</p> | 1b GGZ |
| <p><i>Voortgezet verblijf met structuur en uitgebreide begeleiding.</i></p> <p>Deze cliëntgroep heeft vanwege een psychiatrische aandoening een vorm van behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt.</p> | 2b GGZ |
| <p><i>Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding.</i></p> <p>Deze cliëntgroep heeft vanwege een psychiatrische aandoening een vorm van behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt.</p> | 3b GGZ |
| <p><i>Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en verzorging.</i></p> <p>Deze cliëntgroep heeft vanwege een ernstige psychiatrische aandoening een vorm van behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt.</p> | 4b GGZ |
| <p><i>Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en gedragsregulering.</i></p> <p>Deze cliëntgroep heeft vanwege een ernstige psychiatrische aandoening intensieve behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt.</p> | 5b GGZ |
| <p><i>Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging.</i></p> <p>Deze cliëntgroep heeft vanwege een ernstige psychiatrische aandoening intensieve behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt.</p> | 6b GGZ |
| <p><i>Beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding.</i></p> <p>Deze cliëntgroep heeft vanwege een zeer ernstige psychiatrische aandoening zeer intensieve behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in</p> | 7b GGZ |

| | |
|---|--------|
| een instelling noodzakelijk maakt. | |
| Sector GGZ, C-groep | |
| <p>Beschermd wonen met begeleiding</p> <p>Deze cliëntgroep heeft vanwege een lichte psychiatrische aandoening, begeleiding en vooral bescherming en stabiliteit nodig, in een veilige en weinig eisende woonomgeving.</p> | 1c GGZ |
| <p><i>Gestructureerd beschermd wonen met uitgebreide begeleiding</i></p> <p>Deze cliëntgroep heeft vanwege een psychiatrische aandoening continu begeleiding nodig. De cliënten hebben een structuur, stabiliteit, bescherming en veiligheid biedende woonomgeving nodig waarin toezicht wordt gehouden en die weinig eisen stelt.</p> | 2c GGZ |
| <p><i>Beschermd wonen met intensieve begeleiding.</i></p> <p>Deze cliëntgroep heeft vanwege een psychiatrische aandoening intensieve begeleiding nodig. De cliënten hebben een veilige, weinig eisende en prikkelarme woonomgeving nodig die bescherming, stabiliteit en structuur biedt. De symptomatologie is bij deze cliënten naar de achtergrond geschoven en de 'defecten' staan op de voorgrond.</p> | 3c GGZ |
| <p><i>Gestructureerd beschermd wonen met intensieve begeleiding en verzorging.</i></p> <p>Deze cliëntgroep heeft vanwege een complexe psychiatrische aandoening intensieve begeleiding nodig. De cliënten hebben een structuur en toezicht biedende beschermende woonomgeving nodig, die deels een besloten karakter kan hebben (gecontroleerde in- en uitgang).</p> | 4c GGZ |
| <p><i>Beschermd wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering.</i></p> <p>Deze cliëntgroep heeft vanwege een complexe psychiatrische aandoening intensieve zorg en intensieve begeleiding nodig. De woonomgeving moet veel structuur, veiligheid en bescherming bieden, die deels een besloten karakter kan hebben (gecontroleerde in- en uitgang).</p> | 5c GGZ |
| <p><i>Beschermd wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging.</i></p> <p>Deze cliëntgroep heeft vanwege een complexe psychiatrische aandoening, in combinatie met een somatische aandoening, lichamelijke handicap of verstandelijke beperking, intensieve begeleiding en zorg nodig.</p> | 6c GGZ |