

Hieronder volgen de antwoorden op Kamervragen (d.d. 2 juli 2014) over de brief van 27 juni 2014 over het Wetsvoortel langdurige zorg (2014Z12256).

1.

*Zal bij een versmalde vorm van de ABWZ in 2015, zoals beschreven in de bijlage "Uitvoering langdurige zorg" van de brief, het pgb ook als trekkingsrecht worden ingevoerd?*

Ja. De afgelopen jaren zijn diverse maatregelen genomen om het pgb meer solide en fraudebestendig te maken. Deze ambitie wordt de komende jaren voortgezet. De invulling daarvan in 2015 is voor het merendeel niet afhankelijk van het wettelijk regime. Zo zal vanaf 2015 het trekkingrecht worden ingevoerd voor alle budgethouders in zowel Jeugdwet, Wmo en Wlz danwel de versmalde AWBZ. De voorbereidingen om dit trekkingsrechtstelsel in te voeren vinden momenteel plaats.

2.

*Gaan cliënten met een pgb bij de eventuele versmalde vorm van de AWBZ in 2015, zoals beschreven in de bijlage "Uitvoering langdurige zorg 2015" van de brief, ook een eigen bijdrage betalen voor het pgb, in plaats van dat deze op het pgb-budget wordt ingehouden?*

Ja. Ook bij de versmalde vorm van de AWBZ zal de eigen bijdrage systematiek veranderen voor budgethouders, omdat deze maatregel onderdeel is van het meer solide maken van het pgb. De invoering van het bruto pgb is een afspraak uit het begrotingsakkoord 2013.

3.

*In de bijlage "Brief aan de Nederlandse Zorgautoriteit over Voorlopige budgettaire kader Wlz 2015", staat dat een korting van €510 miljoen is verwerkt in de contracteerruimte voor 2015, vanwege het extramuraliseren van de zorg voor nieuwe cliënten in de "lage" zzp's. Betreft dit een extra taakstelling?*

Het kabinet geeft in de bedoelde brief aan de NZa een toelichting op enkele specifieke onderdelen van de contracteerruimte. De korting van € 510 miljoen is geen extra taakstelling. Het betreft een uitname uit de contracteerruimte die direct is gerelateerd aan de geleidelijke daling van het aantal mensen dat met een laag ZP in een intramurale instelling verblijft. Daarbij is uitgegaan van de eerder gemaakte afspraken over het tempo van extramuralisering in achtereenvolgens het begrotingsakkoord 2013, het regeerakkoord en de verzachtingen vanuit de zorgakkoorden uit april 2013 en april 2014. Het kabinet stelt uiteraard extra middelen voor gemeenten en zorgverzekeraars beschikbaar om de toename van extramurale zorg die uit deze maatregel voortvloeit, op te vangen.

4.

*Waarom wordt de datum 1 januari 2012 gebruikt? Het Kunduzakkoord (met daarin de maatregel voor het extramuraliseren zzp 1-3) dateert immers van 25 mei 2012, en het stoppen met de financiering van zzp 1 en 2 is toch per 1 januari 2013 gestart, en het stoppen met de financiering van zzp 3 per 1 januari 2014?*

De datum van 1 januari 2012 is ten onrechte opgenomen in de brief van 27 juni jl. over het voorlopige budgettaire kader Wlz 2015. De extramuralisering van de ZP's V&V 1 en 2 is inderdaad gestart per 1 januari 2013. Per 1 januari 2014 is de extramuralisering ook van toepassing op het ZP VV3.

5.

*In de contracteerruimte 2015 is een korting van € 510 miljoen verwerkt vanwege het extramuraliseren van de zorg voor nieuwe cliënten in de 'lage' zzp's. Deze € 510 miljoen is niet verwerkt in de beantwoording op de aangeleverde tabel op bladzijde 55 van de beantwoording vragen nader verslag Wlz. Waarom niet?*

Het kabinet heeft op de bedoelde bladzijde 55 de voorbeeldtabel waarmee de leden van de PVV-fractie de financiële effecten van extramuralisering in kaart willen brengen, aangevuld. De aangevulde tabel A laat aldus zien welke bedragen er op de achtereenvolgende begrotingsmomenten *netto* zijn ingeboekt. Zoals aangegeven in de nota naar aanleiding van het nader verslag Wlz geeft het kabinet met tabel B inzicht in de opbouw van de geactualiseerde netto besparingen van extramuralisering. Daarbij zijn de effecten, anders dan in tabel A, opgedeeld naar de verschillende domeinen (Wlz, Wmo, Zvw en huurtoeslag). Hierdoor is het effect van extramuralisering op de contracteerruimte met tabel B helder toegelicht. Zoals onder deze tabel is aangegeven, is van de korting op de Wlz-uitgaven in 2015 (€ 810 mln) in 2014 reeds € 370 mln. gerealiseerd. In het voorlopige budgettaire kader Wlz 2015 is daarom een korting op de contracteerruimte van € 510 mln. opgenomen.

6.

*Welke tabel klopt (nader verslag Wlz) als het gaat om de opbrengsten van de sluiting van de verzorgingshuizen? Tabel A op bladzijde 55 waarin in 2018, € 475 miljoen bezuinigd wordt, wat uiteindelijk door alle verzachtingen en compensaties nog maar € 115 miljoen oplevert? Of Tabel B op bladzijde 56 waarin € 1,8 miljard bezuinigd wordt wat uiteindelijk nog maar € 330 miljoen oplevert?*

Het kabinet heeft op de bedoelde bladzijde 55 de voorbeeldtabel waarmee de leden van de PVV-fractie de financiële effecten van extramuralisering in kaart willen brengen, aangevuld. De aangevulde tabel A laat aldus zien welke bedragen er op de achtereenvolgende begrotingsmomenten *netto* zijn ingeboekt. Bij deze begrotingstechnische verwerking zijn nog niet de effecten voor de verschillende domeinen (Wlz, Wmo, Zvw en huurtoeslag) inzichtelijk gemaakt. In tabel B is, zoals aangegeven in de beantwoording, rekening gehouden met actuele en meer gedetailleerde gegevens over aantallen cliënten en de kosten van intramurale respectievelijk extramurale zorg. Hierdoor geeft tabel B een goed beeld van de netto besparingen van extramuralisering en de financiële effecten voor de onderscheiden domeinen. De netto besparingen vertonen een oploep van € 190 miljoen in 2015 tot € 330 miljoen in 2018. Het kabinet verwacht op basis van de geactualiseerde ramingen dat, als gevolg van de geleidelijke daling van het aantal mensen dat met een laag ZZP in een intramurale instelling verblijft, de uitgaven aan intramurale zorg in 2018 afnemen met cumulatief € 1,8 miljard. Daar staat tegenover dat de opbrengsten van de eigen bijdragen afnemen (€ 330 mln. in 2018) en er voor deze mensen middelen beschikbaar komen voor extramurale zorg via de Wmo en Zvw (samen bijna € 1,1 miljard) en voor huurtoeslag (€ 60 mln.). De actuele netto besparing die in 2018 is verwerkt in het totaal budgettaire kader van de hervorming langdurige zorg bedraagt aldus € 330 miljoen. Voor de volledigheid voeg ik tabel B uit het nader verslag Wlz hieronder toe.

**Tabel B: Budgettaire effecten extramuralisering ten opzichte van ongewijzigd beleid**

<i>bedragen in miljoenen euro</i>		<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
1	Besparing Wlz-uitgaven	-880	-1360	-1650	-1800
2	Derving intramurale eigen bijdragen Wlz	170	260	310	330
3	Compensatie Wmo	280	450	570	650
4	Compensatie Zvw	210	330	400	430
5	Compensatie huurtoeslag	30	45	55	60
<b>6</b>	<b>Saldo netto besparing extramuralisering</b>	<b>-190</b>	<b>-275</b>	<b>-315</b>	<b>-330</b>

7.

*Welk deel van de in Tabel B (p 56 nader verslag Wlz) genoemde 1.8 miljard besparing door de sluiting van de verzorgingshuizen valt toe te schrijven aan de kapitaallasten? Die waren op een later tijdstip (2018 en verder) met de invoering van scheiden wonen-zorg en de normatieve huisvestingscomponent toch ook uit de begroting gelopen en kunnen derhalve toch niet toegeschreven worden aan het extramuraliseren?*

Van het totale effect op de intramurale zorguitgaven van € 1,8 miljard in 2018 heeft € 0,4 miljard betrekking op kapitaallasten in de vorm van de normatieve huisvestingscomponent (NHC's). De NHC's worden vanaf 2012 geleidelijk opgenomen in de ZPP-tarieven. Er is met ingang van 2018 inderdaad geen sprake meer van nacalculeerbare kapitaallasten. De kapitaallasten worden dan volledig vergoed via de systematiek van NHC's. Dit betekent echter niet dat deze kosten uit de begroting zouden lopen, maar dat ze op een andere wijze worden bekostigd (via de NHC als onderdeel van de ZPP-prijs en niet langer via nacalculatie).

8.

*Op of kort na Prinsjesdag, waarop de begroting 2015 wordt gepresenteerd, zal ik het definitieve kader voor de contracteerruimte 2015 en het maximumbudget voor de pgb's in 2015 bekend maken bij de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal. Is er dan voldoende tijd voor zorgkantoren en aanbieders om voor 2015 contracten af te sluiten?*

Het inkooptraject is, zoals gewoonlijk, al op 1 juli gestart. Mede om deze reden zijn de voorlopige budgettaire kaders op 27 juni 2014 bekend gemaakt. In november 2014 wordt dit proces afgerond met het indienen van de productieafspraken tussen zorgaanbieders en zorgkantoren bij de NZa. Indien zich bij het definitief vaststellen van het kader nog wijzigingen voordoen kunnen de zorgkantoren dit nog meenemen in afspraken voor 1 november 2014 of kunnen zij aanvullende afspraken maken met zorgaanbieders, die in de tweede budgetronde (november 2015) aan de NZa worden doorgegeven.

9.

*In de Wlz omvat het kader voor de zorg van € 17.100 miljoen;*  
*a. de contracteerruimte zorg in natura betreft € 16.200 miljoen;*  
*b. het maximumbudget voor pgb's betreft € 900 miljoen.*

*Het beschikbare kader voor de Wlz 2015 is gebaseerd op de contracteerruimte 2014 en de maximaal beschikbare middelen voor het persoonsgebonden budget 2014, waardoor continuïteit van zorg in de Wlz gewaarborgd wordt. Bestaande productieafspraken en bestaande verplichtingen voor het persoonsgebonden budget leggen uiteraard in 2015 beslag op het kader. Afhankelijk van*

*het beroep dat op beide leveringsvormen wordt gedaan kan gedurende het jaar tussen deze twee kaders worden geschoven. Hierbij is het zowel mogelijk om van de contracteerruimte voor zorg in natura te schuiven naar het budgetplafond voor pgb als andersom. Wat gebeurt er als het plafond van de contracteerruimte bereikt is? Worden mensen dan aan hun lot overgelaten? Wat zijn de gevolgen van de mogelijkheid tot het schuiven tussen zorg in natura en pgb? Bestaat dan niet het risico dat halverwege het jaar, mensen die voldoen aan de criteria voor een pgb, dit alsnog niet kunnen krijgen omdat er geld is overgeheveld naar zorg in natura?*

De NZa zal gedurende 2015 een rapportage uitbrengen over de ontwikkeling van de zorguitgaven ten opzichte van de contracteerruimte. Indien het budgettaire kader dreigt te worden overschreden, zijn er verschillende instrumenten die kunnen worden ingezet:

- 1: voor zorg in natura kan de NZa de budgetten van de zorgaanbieders evenredig verlagen;
- 2: voor pgb kan er een pgb-stop worden ingesteld;
- 3: het kabinet kan besluiten de budgettaire ruimte te verhogen dan wel aanvullende maatregelen te nemen.

Bij de inzet van alle instrumenten is het uitgangspunt dat de zorgkantoren aan hun zorgplicht voldoen en uit hoofde daarvan een zorgarrangement wordt aangeboden aan cliënten met een geldige indicatie. Omdat er tussen de kaders voor zorg in natura en pgb geschoven kan worden ligt het niet in de rede dat een pgb-stop wordt ingesteld indien nog middelen voor zorg in natura beschikbaar zijn.

10.

*Een tweede mogelijkheid is het schuiven tussen de regionale contracteerruimte en de beschikbare middelen voor pgb, op verzoek van de betreffende zorgkantoren. De verzoeken hiertoe dienen de zorgkantoren in bij het aanleveren voor het indienen van de definitieve productieafspraken over het jaar. Voor het jaar 2015 is dit op 1 november 2015. Op dat moment weten Wlz- uitvoerders ook in hoeverre er nog middelen onbenut zijn ten aanzien van de contracteerruimte en kunnen ze op basis van de zorg die in de eerste maanden van het jaar is geleverd, een inschatting maken van de benutting van het pgb kader. De schuif tussen pgb en contracteerruimte zorg in natura is alleen mogelijk als het binnen het totale beschikbare kader past. Wat zijn de consequenties van dit schuiven in het regionale budget? Kan het hierdoor voorkomen dat iemand alleen nog zorg in natura kan krijgen in een andere regio?*

Het schuiven in het regionale budget is bedoeld om optimaal gebruik te maken van de beschikbare middelen. Bij het antwoord op vraag 9 is ingegaan op de instrumenten die kunnen worden ingezet als het kader wordt overschreden. Het zorgkantoor in de regio waar de cliënt onder valt heeft zorgplicht. Een cliënt kan niet van zorgkantoor wisselen (behoudens bij verhuizing).

11.

*De totale contracteerruimte AWBZ 2014 wordt verminderd met de kosten van zorg die in 2015 door de gemeenten in het kader van de Wmo en de Jeugdwet en door de zorgverzekeraars in het kader van de Zorgverzekeringswet geleverd zal worden. In het kader is de groei 2014 naar rato van de bedragen van de zorg verdeeld over de verantwoordelijke overheden en zorgverzekeraars in 2015. Welke maatregelen kunnen er genomen worden als blijkt dat deze verdeling niet de juiste is geweest, of als blijkt dat er toch veel meer mensen in aanmerking komen voor zorg vanuit de Wlz?*

De ontwikkeling van de Wlz-uitgaven zal worden gemonitord door de NZa mede in relatie tot onder meer het aantal indicaties dat in 2015 wordt afgegeven. Op basis van het NZa-advies kan ik eventueel het Wlz-budget bijstellen. Tevens heb ik afspraken gemaakt met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars dat in 2015 de ontwikkeling van de verschillende budgetten wordt gemonitord over de nieuwe wetten heen.

12.

*Daarnaast is er in 2015 een subsidieregeling voor extramurale behandeling (€ 95 miljoen) en een subsidieregeling voor ADL (€ 80 miljoen). Waarop zijn deze bedragen gebaseerd?*

De bedragen zijn gebaseerd op het historische zorggebruik voor extramurale behandeling en ADL in de AWBZ tot en met 2013 rekening houdend met de verwachte ontwikkeling in 2014 en 2015.

13.

*De contracteerruimte bevat een bedrag van € 670 miljoen in verband met het overgangsrecht. Deze middelen worden verdeeld over de zorgkantorregio's op basis van het aandeel van de zorgkantoren in de extramurale zorg in 2013. Op basis waarvan is dit bedrag vastgesteld?*

Het bedrag dat samenhangt met het overgangsrecht is berekend aan de hand van de cliënten die in 2014 een indicatie verblijf hebben en die zorg zonder verblijf afnemen (met name via functies en klassen). Zij komen in aanmerking voor overgangsrecht. Zij moeten in 2015 een keuze maken op welke wijze zij hun recht op zorg structureel willen verzilveren. Bij het berekenen van dit bedrag is ook rekening houden met een geleidelijke uitstroom van deze groep.

14.

*In de contracteerruimte 2015 is een korting van € 510 miljoen verwerkt vanwege het extramuraliseren van de zorg voor nieuwe cliënten in de 'lage' zzp's. Waar komt deze € 510 miljoen vandaan? De opbrengst is door de regering steeds geraamd op € 475 miljoen. Waar komt de extra € 35 miljoen vandaan?*

De afname van € 510 miljoen betreft een uitname uit de contracteerruimte in het jaar 2015 die gerelateerd is aan de daling ten opzichte van 2014 van het aantal mensen dat met een laag ZP in een intramurale instelling verblijft. Daarbij is uitgegaan van de eerder gemaakte afspraken over het tempo van extramuralisering in achtereenvolgens het begrotingsakkoord 2013, het regeerakkoord en de verzachtingen vanuit de zorgakkoorden uit april 2013 en april 2014.

Het bedrag van € 475 miljoen betreft de som van de netto besparingen in 2018 die zijn ingeboekt bij het begrotingsakkoord 2013 (€ 400 miljoen) en het regeerakkoord (€ 75 miljoen). Bij deze netto besparingen zijn de effecten voor de verschillende domeinen (Wlz, Wmo, Zvw en huurtoeslag) nog niet zichtbaar. Het netto bedrag van € 475 miljoen over het jaar 2018 is dus niet vergelijkbaar met de korting op de contracteerruimte in 2015.

15.

*De extramurale zorg komt in 2015 ten laste van gemeenten en verzekeraars, die hiervoor uiteraard gecompenseerd worden. Voor hoeveel worden gemeenten en verzekeraars precies gecompenseerd?*

Het kabinet laat in tabel B op bladzijde 56 van de nota naar aanleiding van het nader verslag zien met welke bedragen gemeenten en verzekeraars worden gecompenseerd. In 2015 gaat het voor gemeenten om een bedrag van cumulatief € 280 miljoen via de Wmo en voor verzekeraars om een bedrag van cumulatief € 210 miljoen ten opzichte van ongewijzigd beleid.

16.

*De zorgkantoren en de zorgaanbieders maken derhalve productieafspraken over een gemiddelde afname van capaciteit over het gehele jaar, terwijl het daadwerkelijk aantal mensen met een "laag" zzp op 1 januari 2015 nog hoger is. Gelet hierop wil ik het voor zorgkantoren mogelijk maken om passende productieafspraken te maken met de zorginstellingen, waarbij rekening wordt gehouden met deze geleidelijke daling van het aantal mensen met een lage ZP dat intramuraal verblijft. Bestaat hier niet een heel groot risico dat instellingen eerder om zullen vallen, zoals nu eigenlijk ook al gebeurt?*

Per regio wordt vooraf gezien wat de omvang van de verwachte zorgvraag is ten laste van de Wlz in 2015 gezien de ontwikkelingen. Aan de hand van deze analyse worden vooraf met de zorgaanbieders afspraken gemaakt over de zorg die zij gaan leveren. Bij de planning voor 2015 kunnen instellingen rekening houden met deze ontwikkelingen en is er dus geen extra risico. Door

een relatief groot gedeelte van de groeimiddelen reeds bij aanvang van 2015 beschikbaar te stellen, ontstaat extra manoeuvreerruimte in verband met langer thuis wonen.

17.

*Daarom heb ik besloten om een relatief groot deel van de groeimiddelen 2015 (namelijk € 140 miljoen) reeds bij aanvang van 2015 beschikbaar te stellen. Daarnaast heb ik besloten om de herverdelingsmiddelen over 2014 structureel beschikbaar te stellen. Per wanneer komen de herverdelingsmiddelen 2014 precies beschikbaar? Er worden nu al bij bosjes mensen ontslagen en locaties gesloten, dit had dus eigenlijk voorkomen kunnen worden?*

De herverdelingsmiddelen zijn bedoeld om onverwachte ontwikkelingen tussen regio's te kunnen opvangen. De middelen waren reeds en blijven volledig beschikbaar voor de sector. Het kan voorkomen dat de toename van de zorgvraag in regio A iets hoger is dan in regio B, waardoor het zinvol is om in de loop van 2015 het budget van regio A iets meer te verhogen. De herverdelingsmiddelen worden medio 2015 na het verschijnen van het mei-advies van de NZa aan de sector toegewezen. Over de herverdelingsmiddelen 2014 beslis ik binnenkort. Ik zal voor 15 juli a.s. een standpunt innemen op het zogenaamde mei-advies 2014 van de NZa.

18.

*De normatieve huisvestingscomponenten (NHC's) zijn vanaf 2012 binnen de contracteerruimte gebracht met inachtneming van de overgangsregeling NHC. De daarmee gemoeide middelen worden aan de contracteerruimte toegevoegd. Nieuw is dat 50% van het door u genormeerde bedrag aan inventariskosten (NIC's) in 2015 binnen de contracteerruimte gaan vallen. Per saldo is in 2015 voor NHC's en NIC's een bedrag van € 600 miljoen toegevoegd aan de contracteerruimte. Vanwege het langer thuis wonen van cliënten is het aantal afgesproken zzp-dagen 2013 hoger dan het aantal dat in 2015 afgesproken zal worden. Naar rato van het lagere aantal dagen waarover de normatieve huisvestingslasten in 2015 zal worden berekend, is het initiële bedrag van € 710 miljoen met € 110 miljoen verlaagd tot voornoemde € 600 miljoen. Het totale bedrag aan NHC in 2015 wordt € 1.170 miljoen en voor de NIC's € 130 miljoen. Vanwege de toename van het NHC-percentage tot 50% en de introductie van voornoemd NIC-percentage verminderen in 2015 uiteraard de na te calculeren huisvestingslasten buiten de contracteerruimte. Is hierdoor niet ook het risico veel groter dat instellingen financieel omvallen, terwijl er nog mensen verblijven in die instelling? Waarom is er niet een overgangsregeling voor de NHC gekozen voor de extramuralisering, een gefaseerde afbouw?*

*Als gevolg hiervan worden de zzp-tarieven in 2015 verlaagd met een bedrag van € 40 miljoen. Op welk percentage van de kostprijs liggen de zzp's nu?*

De vraag bestaat uit twee onderdelen die niet aan elkaar gerelateerd zijn. Het eerste gedeelte gaat over de geleidelijke overgang van nacalculerbare kapitaallasten naar een systeem met NHC. Het tweede gedeelte gaat over de tariefskorting van de ZZP's met € 40 mln.

Er wordt gevraagd of er bij de invoering van de NHC's geen sprake kan zijn van een geleidelijke invoering. Bij de andere wijze van vergoeding van de kapitaallasten is reeds sprake van een geleidelijke overgang in zes jaar van 0% NHC naar 100% NHC in 2018. In 2015 is het NHC-percentage 50.

Bij de tweede vraag wordt veronderstelt, dat door de NHC invoering de ZZP-tarieven met € 40 mln. worden verlaagd. Dit is onjuist. Deze verlaging van de ZZP-tarieven is het gevolg van een tariefsmaatregel die in 2014 is ingevoerd. Daarbij is de gedachte dat deze verlaging kan worden opgevangen door meer doelmatige uitvoering van de zorg. Door het verbeteren van de doelmatigheid zal de kostprijs evenredig meedalen.

19.

*Omwille van een soepele overgang van de AWBZ naar de Wlz, is het van groot belang om in 2015 Wlz-zorg thuis aan te kunnen bieden en te bekostigen op de wijze zoals in de AWBZ gebruikelijk is. Dit betekent dat zorgkantoren met zorgaanbieders kunnen afspreken dat de zorg voor cliënten die een indicatie hebben voor verblijf, op grond van functies en klassen bekostigd kan worden. Het*

*woord "kan" impliceert dat het niet moet, wat zijn de gevolgen als wordt besloten niet in klassen en functies in te kopen? Zowel voor patiënten, als voor zorgaanbieders. Hierdoor kan aan cliënten die voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz de keuze worden geboden om Wlz-zorg niet in de vorm van een totaalpakket af te nemen. Hebben de cliënten wel een keuze, of bepaalt de zorgverzekeraar dit?*

Het woord "kan" is hier gebruikt omdat het een extra mogelijkheid biedt naast de reeds eerder voorziene opties van zorg in een instelling, vpt en pgb. Cliënt, zorgaanbieder en zorgkantoor bepalen gezamenlijk welke wijze van zorg gewenst en verantwoord is. Het zorgkantoor neemt daarbij formeel het besluit, maar zwaarwegend zijn daarbij de wens van de cliënt en het oordeel van de zorgaanbieder of de zorg op een verantwoorde manier geleverd kan worden.

20.

*Ook kan Wlz-zorg in functies en klassen passend zijn voor nieuwe cliënten die weliswaar voldoen aan de objectieve criteria voor toegang tot de Wlz, maar bijvoorbeeld vanwege goede informele zorg niet zijn aangewezen op het volledige zorgpakket thuis. Zij kunnen ervoor kiezen alleen die onderdelen van Wlz-zorg thuis af te nemen, waaraan zij behoefte hebben. Zou het niet wenselijk zijn om deze mogelijkheid ook na 2015 te behouden?*

Zoals in de nota naar aanleiding van het nader verslag is aangegeven, heeft de regering ambities op het terrein van de persoonsvolgende bekostiging. De Wlz biedt daarvoor de noodzakelijke wettelijke basis, waarop de komende jaren voortgebouwd zal worden. Hiervoor is geen nieuw of aangescherpt wettelijk kader nodig, maar een zorgvuldig voorbereid traject met de NZa, Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders. Dit traject zal gericht zijn op het realiseren van een bekostigingssysteem dat recht doet aan de kenmerken en wensen van de doelgroep van de Wlz. Een ingrijpende wijziging van de bekostiging is per 2015 niet haalbaar. Voor 2015 wordt aangesloten bij de huidige mogelijkheid om zorg te bekostigen op basis van functies en klassen.

21.

*In lijn met de invoering van functies en klassen in de Wlz wordt mogelijk gemaakt dat cliënten in 2015 Wlz-zorg deels afnemen in natura en deels inkopen met een pgb (deelbaar pgb). De invoering van functies en klassen en het deelbaar pgb worden bij tweede nota van wijziging van de Wlz geregeld. Ook hiervoor geldt de vraag: Is het niet wenselijk dit ook na 2015 mogelijk te maken?*

Het jaar 2015 is een overgangsjaar. Ik heb daarom voor 2015 functies en klassen weer mogelijk gemaakt. Voorts wordt ook het deels afnemen van zorg in natura en pgb weer mogelijk. In 2015 zal met partijen worden gekeken hoe het bekostigingsmodel van de Wlz voor zorg in natura en pgb er definitief uit komt te zien.

22.

*Ten aanzien van de onderstaande onderwerpen wordt de lijn van de Wlz, ongeacht het wettelijk regime in 2015, gevolgd: De aanspraken ADL en extramurale behandeling op grond van de AWBZ worden per 2015 vervangen door een subsidieregeling, die wordt uitgevoerd door het Zorginstituut Nederland. Beide vormen van zorg worden immers ook in de Wlz op grond van een subsidieregeling bekostigd, waardoor zorgkantoren op dit moment de zekerheid hebben dat deze vormen van zorg niet in de inkoop 2015 betrokken hoeven te worden, maar via het subsidie-instrument bekostigd kunnen worden. Wat zijn de gevolgen voor de gebruikers van deze zorg als het subsidieplafond bereikt is?*

23.

*De aanspraken ADL en extramurale behandeling op grond van de AWBZ worden per 2015 vervangen door een subsidieregeling, die wordt uitgevoerd door het Zorginstituut Nederland. Beide vormen van zorg worden immers ook in de Wlz op grond van een subsidieregeling bekostigd, waardoor zorgkantoren op dit moment de zekerheid hebben dat deze vormen van zorg niet in de inkoop 2015 betrokken hoeven te worden, maar via het subsidie-instrument bekostigd kunnen worden. Wat zijn de gevolgen voor de gebruikers van deze zorg als het subsidieplafond bereikt is?*

De subsidieregeling extramurale behandeling zal door het ZINL worden uitgevoerd. Hierbij wordt nauw aangesloten bij de huidige uitvoeringsstructuur, waarbij de zorgkantoren voor de subsidieregeling extramurale behandeling deze behandeling contracteren. Het subsidiebudget wordt door het ZINL op historische gronden over de zorgkantoren verdeeld. Op basis van deze verdeling zullen de zorgkantoren deze zorg contracteren. Vanaf de start van de subsidieregeling zal nauwlettend worden gemonitord of en zo ja, de behoefte aan deze behandeling hoger of anders ligt in deze dan vooraf verwacht. Mocht dit zo zijn, dan wordt tussentijds bijgestuurd en indien noodzakelijk het subsidiebedrag anders verdeeld c.q. verhoogd, zo nodig in combinatie met aanvullende maatregelen.

ADL-assistentie wordt door het Zorginstituut Nederland uitgevoerd. Ook hier geldt dat vanaf de start van de subsidieregeling nauwlettend gemonitord zal worden of en zo ja, het subsidiebudget passend is. Is dit niet zo, dat zal er tussentijds worden bijgestuurd en indien noodzakelijk zal het subsidiebedrag anders verdeeld c.q. verhoogd worden, zo nodig in combinatie met aanvullende maatregelen.

24.

*Het indicatieproces wordt zodanig herzien dat niet langer wordt ge(her)indiceerd aan de hand van standaard indicatieprotocollen, indicatiemeldingen en taakmandaat en dat meer in persoon wordt geïndiceerd. Ook zal het CIZ vanaf 2015 niet meer in termen van zorgzwaarten indiceren, maar een zorgprofiel vaststellen. Welke zorg, gegeven dit profiel, het meest passend is, bepaalt de zorgaanbieder met de cliënt en zijn of haar vertegenwoordiger, binnen de inkoopafspraken die zijn overeengekomen met het zorgkantoor. Door deze wijze van indicatiestelling worden de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt meer centraal gesteld en krijgen professionals in de zorg meer ruimte om maatwerk te leveren. De leden van de PVV-fractie maken hier ernstig bezwaar tegen. Het CIZ heeft bewezen niet adequaat en efficiënt te werken. In de pilot regelarm werken is bewezen, dat indiceren via mandaat beter en goedkoper is. Waarom houdt de regering vast aan het vergroten van de macht van een orgaan waarop zoveel aan te merken is? Als u nu weer begint over fraude, er waren toch slechts twee instellingen die aantoonbaar fraudeerden? Die kunt u via naming and shaming toch aanpakken? En die twee kunt u de mandatering toch afnemen? Daardoor houdt u toch niet zo'n vreselijk ergerlijk (uitkomsten ERAI) verantwoordingssysteem (CIZ) in het leven?*

De regering is het met de leden van de PVV-fractie eens als deze stellen dat in experimenten regelarme instellingen (ERaI) is aangetoond dat indiceren in taakmandaat goed heeft gewerkt. Het "speelveld" van de ERaI is echter anders dan dat van de nieuwe constellatie van de langdurige zorg. Waar het taakmandaat inderdaad goed heeft gewerkt, was in de extramurale zorg. Dat betreft de zorg die in het kader van de hervorming langdurige zorg wordt ondergebracht in de Wmo 2015 en in de Zvw. In deze laatste wordt immers de wijkverpleging ondergebracht. Voor de Wmo 2015 en de Zvw geldt niet dat het CIZ de toegang bepaalt. De resultaten van de ERaI kunnen worden meegenomen in de vormgeving van het bepalen of Wmo 2015-ondersteuning of Zvw-zorg noodzakelijk is.

In de intramurale zorg is er door zes aanbieders geëxperimenteerd op het vlak van indicatiestellen. Voor vier aanbieders in de gehandicaptenzorg is voor drie specifieke zorgzwaartepakketten de mogelijkheid van een herindicatie in taakmandaat gecreëerd. Bovendien is de geldigheidsduur van het indicatiebesluit verlengd. In de overige twee experimenten in de V&V is de afspraak gemaakt dat door middel van een indicatiemelding en zonder dat alle normaal gebruikelijke invulvelden hoefden worden gebruikt zorg kan worden aangevraagd. Een en ander derhalve in afwijking van de reeds bestaande mandaatregelingen. De nieuwe Wlz biedt de mogelijkheid om in de toekomst tot taakmandatering over te gaan. Dat daarvoor nu nog niet is gekozen, heeft te maken met de zeer zware doelgroep die in de Wlz een recht op zorg krijgt. Hierbij is het principe dat herindicaties zo min mogelijk plaatsvinden. Ook zal vooralsnog niet met mandatering worden gewerkt binnen de langdurige zorg, omdat alle uitvoerenden in alle nieuwe wettelijke systemen moeten gaan werken met voor hen nieuwe kaders, cliënten, zorgaanbieders etcetera. Ook de grenzen tussen de diverse wettelijke systemen zullen moeten worden gemarkeerd door binnen de Wmo 2015, de Zvw en de Wlz te gaan beoordelen wie daarvoor wel en niet zijn aangewezen. Het is onder die omstandigheden niet verstandig om instellingen op wie heel veel veranderingen afkomen alsmede



met het oog op de objectieve, indicatiestelling meteen in staat te stellen in mandaat besluiten Wlz te gaan stellen. Zoals gezegd, het taakmandaat is dan ook helemaal niet "in de ban" gedaan. Het kan worden ingezet als de tijd daarvoor rijp is. Tot die tijd beoordeelt het CIZ als onafhankelijke, regelgebonden organisatie of verzekerden recht hebben op Wlz-zorg.

25.

*Omdat kortdurende opnames vanaf 2015 onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar of de gemeente vallen, wordt vanaf 2015 verblijf op basis van een noodzaak tot een snelle opname alleen uit de langdurige zorg (Wlz of AWBZ) gefinancierd als uit de versneld afgegeven indicatie van het CIZ blijkt dat de cliënt daarop blijvend is aangewezen. Dit in tegenstelling tot de huidige praktijk in de AWBZ. Indien de Wlz niet op 1 januari 2015 in werking treedt, dan zal dit onder het AWBZ-regime in het Zorgindicatiebesluit worden geregeld. Wat is er mis met de huidige praktijk?*

In de Zvw, Wmo 2015 en Jeugdwet bestaat per 2015 de mogelijkheid tot kortdurend verblijf in een instelling voor cliënten die niet blijvend op instellingszorg zijn aangewezen. Het gaat hier om cliënten die tijdelijk moeten worden opgenomen omdat zij vanwege een intensievere zorgbehoefte of vanwege het tijdelijk overnemen van de ondersteuning aan de cliënt die de mantelzorg gewoonlijk biedt, even niet thuis kunnen zijn. Met deze cliënten wordt het perspectief dat zij weer terug zullen keren naar hun eigen omgeving direct bij de opname besproken en is de aanpak van de zorg en ondersteuning dan ook specifiek op terugkeer naar huis gericht. Door de beschikbaarheid van kortdurende opname vanuit voorgenoemde domeinen, is het niet meer nodig om dit kortdurend verblijf vanuit de Wlz of AWBZ te bieden. Voor die cliënten bij wie met een zekerheid grenzende waarschijnlijkheid kan worden verwacht dat zij blijvend op Wlz-zorg zijn aangewezen, heb ik de mogelijkheid gecreëerd dat zij direct op een plek terecht kunnen komen die past bij het blijvende karakter van hun zorgbehoefte.

26.

*Palliatieve terminale zorg: Deze zorg is vanaf 1 januari 2015 onderdeel van de aanspraak wijkverpleging in de Zvw. Voor personen die deze zorg in een op grond van de Wtzi toegelaten instelling voor Zvw-verblijf ontvangen valt deze zorg vanaf 2015 onder de Zvw. Voor personen met een AWBZ-indicatie voor verblijf of een Wlz-indicatie geldt dat zij in 2015 de benodigde palliatieve terminale zorg uit de langdurige zorg krijgen aangeboden. Bestaat hier niet een groot risico, dat zorgverzekeraars dit zullen afwentelen op de Wlz? Beperkt dit niet de keuze van mensen om thuis of in een hospice te sterven? Waarom is er na al die jaren nog geen duurzame dekkende oplossing voor palliatieve zorg?*

De zorg in de laatste levensfase van de cliënt (palliatief terminale zorg) aan mensen die geen Wlz-indicatie hebben, valt onder de aanspraak wijkverpleging. Het maakt geen verschil of deze zorg nu thuis, in een hospice of, als dat gezien de zwaarte van de zorg alsnog noodzakelijk is, in een verpleeghuis moet worden geboden. Waar deze zorg wordt geboden, is afhankelijk van de wensen van de cliënt en zijn mantelzorgers in combinatie met de zwaarte van de zorgvraag van de cliënt. Mijns inziens is hiermee juist voorzien in een duurzame dekkende financiering voor alle vormen van palliatieve zorg die maximale keuzevrijheid biedt aan cliënten. Door deze zorg integraal onderdeel uit te laten maken van de Zvw, wordt geregeld dat mensen die in de terminale fase geraken snel hun zorg uit hetzelfde domein kunnen krijgen, ongeacht waar deze zorg geboden wordt of geboden zal moeten worden wanneer gedurende de terminale fase toch blijkt dat de zorg thuis niet meer afdoende kan worden geboden. Palliatief terminale zorg is binnen de Wlz dus beschikbaar voor mensen die voordat zij in de terminale fase geraakten al een Wlz-indicatie hadden. Hiermee is een duidelijke afbakening tussen de Zvw en de Wlz bewerkstelligd en wordt het heen en weer schuiven van mensen tussen domeinen voorkomen.

27.

*De te extramuraliseren zpz's lg1, lg3 en zg1: Deze zullen per 1 januari 2016 worden geextramuraliseerd, ongeacht het wettelijk regime in 2015. Is het niet wenselijk om eerst de gevolgen van eerdere extramuralisaties te evalueren, alvorens nog een grote groep dakloos te maken?*

*Dit betekent bijvoorbeeld dat de gemeente vanaf 1 januari 2015 verantwoordelijk is voor cliënten met ggz-C pakket die vanwege hun specifieke zorgbehoefte in een verpleeghuis verblijven. Wat gaat er met deze mensen gebeuren? Zijn gemeenten hier klaar voor?*

Er is geen sprake van dat er mensen dakloos worden gemaakt. Het extramuraliseren geldt voor nieuwe cliënten. De huidige cliënten met lg 1, lg 3 en zg 1 (en de nieuwe cliënten die nog instromen in 2014 en 2015) behouden hun rechten. De pakketten lg 1, lg 3 en zg 1 betreffen de lichtere zorgzwaartepakketten in de lichamelijk gehandicaptenzorg en de sector zintuiglijk gehandicapten. Het betreft cliënten die goed in staat zijn regie over hun eigen leven te voeren met zorg en ondersteuning vanuit de Zvw en Wmo.

Het is inderdaad zo dat gemeenten vanaf 1 januari 2015 verantwoordelijk worden voor mensen met een indicatie zzp ggz-c, ongeacht de plek (RIBW, verpleeghuis etc.) waar deze mensen hun zorg en ondersteuning genieten. Deze cliënten hebben op grond van het wetsvoorstel Wmo 2015 een robuust overgangsrecht van vijf jaar (of korter als de indicatie eerder eindigt). Gemeenten treffen op dit moment hun voorbereidingen voor hun nieuwe taak inzake beschermd wonen. Ik faciliteer dat onder meer door de activiteiten van het TransitieBureau en het verstrekken van beleidsinformatie. Zo hebben de centrumgemeenten vorige maand overzichten ontvangen van de instellingen, budgetten en aantallen cliënten in hun regio. Gemeenten weten dus ook dat er mensen zijn die met een zzp ggz-c indicatie in een verpleeghuis verblijven en dat zij tegenover die mensen een verplichting hebben om het overgangsrecht in te vullen en adequate zorg en ondersteuning te bieden. Daarnaast zal ik centrumgemeenten vragen om dusdanige afspraken te maken zodat deze mensen op dezelfde plek kunnen blijven als waar ze nu zitten.

28.

*Voor een zo zorgvuldig mogelijke indicatiestelling wordt onder de Wlz ingezet op het vervallen van de mandaatconstructie en het invoeren van de indicatiestelling in persoon. Deze ambitie zal ook bij een eventuele versmalde AWBZ in 2015 worden vormgegeven. Waarom wordt deze beslissing genomen voordat de evaluatie van de ERAI heeft plaatsgevonden, daar de verwachting is dat zelf indiceren beter, goedkoper en efficiënter zal zijn*

De verworvenheden van de ERAI waren vooral op het terrein van de extramurale zorg aanwezig. In de Wmo 2015 en de Zvw vindt geen indicatiestelling plaats zoals dat onder de Wlz wel het geval zal zijn. Gemeenten en zorgverzekeraars kunnen met de verworvenheden doen wat hen goeddunkt. V&VN heeft met de ervaringen van de ERAI rekening kunnen houden bij het opstellen van het triage-instrument.

In slechts 6 ERAI –experimenten is met indicatiestelling voor intramurale zorg geëxperimenteerd. Voor vier aanbieders in de gehandicaptenzorg is voor drie specifieke zorgzwaartepakketten de mogelijkheid van een herindicatie in taakmandaat gecreëerd. In de overige twee experimenten in de V&V is de afspraak gemaakt dat door middel van een indicatiemelding en zonder dat alle normaal gebruikelijke invulvelden hoefden worden gebruikt zorg kan worden aangevraagd. Op basis van de resultaten van deze instellingen, waarvan kostenbesparing niet als uitkomst is genoteerd, acht ik het verstandig dat - in een periode dat het gehele stelsel van de langdurige zorg in nieuwe wettelijke systemen vorm moet krijgen - de toegang tot de Wlz via objectieve indicatie wordt bepaald. Overigens biedt de Wlz wel de mogelijkheid om mandatering op termijn weer een plek te geven.

29.

*De verplichting van medische beroepsbeoefenaren om, met eventuele doorbreking van hun beroepsgeheim, medische gegevens te verstrekken is gekoppeld aan de invoering van de Wlz. Als de Wlz niet per 1 januari 2015 wordt ingevoerd, wordt dit vooralsnog niet gerealiseerd. Dit mag helemaal nooit een verplichting worden?*

In de bijlage "Uitvoering langdurige zorg 2015" ben ik ingegaan op de vraag of gefaseerde invoering van de Wlz mogelijk is. Indien de inwerkingtreding van de Wlz op 1 januari 2015 niet mogelijk is, ben ik voornemens per 2015 een aantal wijzigingen door te voeren in de versmalde AWBZ. Het is daardoor mogelijk op een aantal onderwerpen de lijn van het wetsvoorstel Wlz voor te zetten, ongeacht het wettelijk regime in 2015. Het wetsvoorstel voorziet in een verplichting van medische beroepsbeoefenaren om, met eventuele doorbreking van hun beroepsgeheim, medische

gegevens te verstrekken. Dit draagt er aan bij dat het CIZ alle noodzakelijke gegevens kan gebruiken voor het nemen van indicatiebesluiten, waardoor ook fraude bij de indicatiestelling wordt tegengegaan. De in het wetsvoorstel opgenomen wettelijke verplichting tot gegevensverstrekking is in lijn met de regels betreffende het medisch beroepsgeheim als opgenomen in o.a. artikel 7:457 van het Burgerlijk Wetboek. Indien de Wlz niet per 1 januari 2015 zal gelden, kan de voorgestelde wettelijke verplichting niet reeds in 2015 onder de AWBZ worden gerealiseerd.

30.

*Onder de Wlz is voorzien dat het pgb en de zorg in natura onder één budgettair kader komen. Dit vervalt als de Wlz nog niet in 2015 wordt ingevoerd. Het pgb en de zorg in natura blijven dan gescheiden kaders. Wat zijn hiervan de gevolgen voor pgb-houders?*

Er zijn geen gevolgen voor pgb-houders. Ook in de situatie dat pgb en zorg in natura onder één budgettair kader vallen, wordt een afzonderlijk maximumbudget voor het pgb bekend gemaakt.

31.

*Kan de regering duidelijk uiteenzetten hoe de ruimte voor de professional ontstaat?*

Ruimte voor de professional in de Wlz ontstaat op twee manieren: aan de voorkant door de gewijzigde indicatiestelling en aan de achterkant door het verminderen van regels die de ruimte van de professional inperken.

Zo geef ik de zorgverlener ruimte om in een goed gesprek met de cliënt naar een professioneel en passend antwoord te zoeken op de werkelijke hulpvraag; de vraag achter de vraag. Hiervoor wordt de indicatiestelling in de Wlz aangepast. Het CIZ zal in de Wlz niet meer in een zzp, maar in een zorginhoudelijk profiel indiceren. Dit biedt zowel voor de cliënt als voor de zorgverlener ruimte voor maatwerk. In de memorie van toelichting heb hiervoor een voorbeeld opgenomen dat ik hierbij opnieuw aanhaal: "In het indicatiebesluit in de AWBZ staat onder andere hoe de cliënt zal gaan wonen en leven, hoeveel uur zorg hij zal krijgen en welke zorg hij zal krijgen. In de Wlz doet het CIZ hierover geen uitspraak meer. Cliënten en zorgaanbieders krijgen hiermee een grotere vrijheid in de wijze waarop de zorg geleverd wordt en er komt minder nadruk te liggen op de omvang. Het zzp blijft bestaan voor de bekostiging, maar er is geen rechtstreekse koppeling met te leveren zorguren. De vormgeving van de zorgprofielen wordt door het Zorginstituut Nederland nader uitgewerkt. De wijziging in indicatiestelling draagt bij aan de omslag in het denken die de regering wil bewerkstelligen met haar visie op de hervorming van de langdurige zorg. De cliënt of zijn vertegenwoordiger maken afspraken over de zorg met de zorgaanbieder, die worden vastgelegd in het zorgplan."

Voorts wil ik de het aantal regels dat de ruimte van de professional inperkt verminderen. Zorgaanbieders leveren in opdracht van de zorgkantoren of, in geval van het pgb, van de budgethouder verantwoorde en doelmatige zorg aan Wlz-cliënten. Iedere professional is verantwoordelijk voor zijn eigen handelen. Duidelijk moet zijn wie waarvoor verantwoordelijk is en onnodige regels moeten worden voorkomen. De Raad van Bestuur van een zorginstelling is eindverantwoordelijk voor zorg en verblijf. De verantwoordelijkheid om de kwaliteit van zorg te optimaliseren of kwaliteitsnormen vast te stellen, ligt bij de zorgaanbieders en het Zorginstituut. Het is de taak van de IGZ om actief toe te zien op de geleverde zorg en te handhaven wanneer de zorg niet voldoet aan de minimale vereisten op gebied van veiligheid en kwaliteit. Het beleid om de regeldruk bij professionals te beperken wordt voortgezet en de mogelijkheid om hiermee te experimenteren wordt wettelijk verankerd.

32.

*Voor 2015 kunnen bestaande cliënten met een hoge ZZP die thans AWBZ zorg ontvangen in functies en klassen hun vertrouwde zorg in 2015 houden. Zij vallen niet onder het overgangsrecht, maar het overgangsrecht in de Wlz voor cliënten met een laag ZZP verandert niet. Waarom niet?*

Het kabinet is voornemens het wetsvoorstel met de tweede nota van wijziging zo te wijzigen, dat Wlz-zorg in 2015 thuis aan kan worden geboden op de wijze zoals in de AWBZ gebruikelijk is. Dit betekent dat zorgkantoren met zorgaanbieders kunnen afspreken dat de zorg voor cliënten die een

indicatie hebben voor verblijf, op grond van functies en klassen bekostigd kan worden. Het wetsvoorstel biedt deze mogelijkheid nu nog niet en gaat uit van de leveringsvormen zorg met verblijf in een instelling, een vpt of een pgb. Het wetsvoorstel wordt derhalve voor het jaar 2015 aangevuld met een vierde leveringsvorm. Verzekerden met een hoog ZZP hoeven dan niet, zoals thans voorzien in het overgangsrecht van de Wlz, een keuze te maken voor verblijf, vpt of pgb.

Voor verzekerden met een laag ZZP die nog niet in een instelling verblijven, biedt het wetsvoorstel reeds de mogelijkheid om in 2015 de zorg die zij onder de AWBZ ontvangen te laten voorzetten, ook als zij die zorg met omzetting naar functies en klassen ontvangen. Het is dus niet nodig om het overgangsrecht op dit punt te wijzigen.

33.

*Deze fasering houdt in dat in het overgangsjaar 2015 geen wezenlijke veranderingen worden doorgevoerd ten aanzien van de bekostiging van zorg (zzp-bekostiging), de regionale zorgkantoorindeling (32 zorgkantoorregio's), de AZR-registratie en de zorginkoop. Gelet op deze geleidelijke overgang heeft een uitstel van de Wlz geen voordelen, maar biedt invoering in 2015 wel mogelijkheden om genoemde verbeteringen onder de Wlz te realiseren. Het is dus mogelijk om binnen de AWBZ wijzigingen door te voeren, waarom wordt er niet gekozen voor het verbeteren van de huidige AWBZ in plaats van die op te heffen en te vervangen voor de Wlz?*

Zoals in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel en in de nota naar aanleiding van het nader verslag is aangegeven, is de regering van mening dat de AWBZ zoals wij die nu kennen vastloopt in steeds ingewikkeldere regelgeving. Door aanpassingen die in de wet, de lagere regelgeving en de uitvoeringspraktijk zijn doorgevoerd sinds 1968, is het systeem van de AWBZ als geheel een lappendeken geworden die niet goed meer wordt overzien en niet meer aansluit bij de behoefte van mensen. Er is behoefte aan een nieuwe volksverzekering die de huidige AWBZ uit 1968 vervangt. Een deel van de wijzigingen die met de Wlz worden beoogd zouden ook via aanpassingen van bestaande regelgeving kunnen worden bewerkstelligd maar dat zou evenwel een partiële benadering zijn; de AWBZ zou dan voorts een lappendeken blijven. Bovendien kunnen niet alle wenselijke verbeteringen worden bereikt met een amvb, zoals het wettelijk regelen van de aanspraak op zorg.

Ik verwacht dat de nieuwe wet op een aantal vlakken verbeteringen brengt ten opzichte van de AWBZ. Zo biedt de Wlz een wettelijke verankering van het persoonsgebonden budget (pgb) en het volledig pakket thuis (vpt). Hiermee ontstaat een wettelijk recht op het scheiden van wonen en zorg en krijgen cliënten de mogelijkheid om de zorg te laten aansluiten bij hun eigen wensen op het gebied van wonen, of dat nu thuis is of in een instelling. De Wlz zorgt ook voor een duidelijker verantwoordelijkheids-verdeling tussen het Rijk, de Wlz-uitvoerders en de zorgkantoren. Er is meer ruimte voor de professionals in de zorg door het duidelijke onderscheid tussen de indicatie en het zorgplan. Hierdoor wordt de te leveren zorg minder bepaald door het indicatiebesluit en meer door een gesprek over de individuele zorgbehoefte. Tot slot biedt de Wlz meer ruimte voor innovatie en experimenten doordat er een experimenteerartikel in de wet is opgenomen. De meerwaarde van de Wlz ten opzichte van de huidige AWBZ wordt door deze vijf pijlers gevormd en vormen samen de kern van het wetsvoorstel.

34.

*Op welke manier en binnen welke termijn zullen cliënten, die nu met een laag ZZP thuis wonen, worden geïnformeerd over het overgangsrecht in de Wlz?*

Cliënten met een laag zzp die thuis wonen, moeten uiterlijk voor 1 januari 2016 kenbaar maken of zij alsnog in een instelling willen gaan verblijven of niet. Het zorgkantoor zal deze groep mensen zo spoedig mogelijk na inwerkingtreding van de Wlz informeren over de wijze waarop de keuze kenbaar gemaakt kan worden. Zolang iemand gedurende 2015 nog geen keuze heeft gemaakt, wordt de zorg op grond van de Wlz geboden.

35.

*Kan het feit dat er meer in personen wordt geïndiceerd en niet in termen van zorgzwaarte nader geduid worden?*

Graag duid ik het indicatieproces en de wijze waarop gewerkt wordt met zorgzwaartes nader. Er lijkt in de vraag een tegenstelling te zitten die er niet direct is. Er wordt inderdaad meer "in persoon" geïndiceerd: meer dan thans het geval is wordt, met onderscheid des persoons en al naar gelang de situatie en met het oog op de best mogelijke manier een bepaalde cliënt van dienst te zijn, besloten tot een persoonlijke ontmoeting, al dan niet bij de cliënt thuis. Soms kan worden volstaan met een telefonisch contact. Maar ook dan is het belangrijk dat de cliënt of diens vertegenwoordiger door de indicatiesteller op de hoogte wordt gebracht van de procedure die zal volgen, van de doorlooptijden van het onderzoek, van het voorgenomen besluit en de redengeving daarbij. Vooral ook de introductie van een vast contactpersoon bij het CIZ draagt mijns inziens bij aan een goede cliëntbejegening in de langdurige zorg.

De uitkomst van de beoordeling van de eerste aanvraag en het onderzoek door de indicatiesteller resulteert inderdaad niet meer in een zorgzwaartepakket, maar in een zorgprofiel. Uiteraard heeft de ernst van de aandoeningen en/of beperkingen en de daaruit voortvloeiend behoefte aan zorg rechtstreeks invloed op de keuze van een passend profiel. Dat is straks niet anders dan nu. Wat wel anders is, is dat het profiel een duiding bevat van de soort zorg en waarvoor die ingezet kan worden, zonder een omvang aan te geven. De feitelijke zorginzet is een zaak van aanbieder en cliënt samen en resulteert in een zorgplan.

36.

*Hoe transparant is het nieuwe proces van indicatiestelling voor de cliënt?*

Het nieuwe proces van indicatiestelling zal voor de cliënt transparanter zijn dan nu het geval is. In de huidige situatie wordt veel rondom de cliënt georganiseerd, terwijl in de nieuwe situatie de werkprocessen zo worden ingericht dat indicatiestelling veel meer in het bijzijn van de cliënt of zijn of haar vertegenwoordiger plaatsvindt. De transparantie zal vooral door het directe contact tussen cliënt, wettelijk vertegenwoordiger en onderzoeker van het CIZ worden bereikt. In alle stadia van het indicatieproces zal worden uitgelegd waar het CIZ mee bezig is, welke informatie van derden wordt betrokken in de beoordeling, van wie aanvullend informatie zal worden gevraagd, op welke termijn een volgende stap kan worden verwacht etc. Uiteraard zal veel aandacht uitgaan naar de omschrijving van het besluit en de motivering ervan.

37.

*In dat geval zal de AWBZ na 1 januari 2015 tijdelijk, zij het in versmalde vorm, worden voortgezet. Versmald omdat ik ervan uitga dat de Wmo 2015, de Jeugdwet en de wijziging van het Besluit zorgverzekering wel op 1 januari 2015 ingaan. De AWBZ-amvb's (het Besluit zorgaanspraken, het Zorgindicatiebesluit en het Bijdragebesluit zorg) zullen alsdan worden aangepast in verband met de geplande overhevelingen naar de Zvw en decentralisaties naar gemeenten. Ook hieruit blijkt dat een hele stelselwijziging niet echt nodig is en dat er binnen de AWBZ een heleboel te realiseren is, waarom dan toch deze stelselwijziging middels het opheffen van de AWBZ doorduwen?*

Zoals ik hierboven bij vraag 33 heb aangegeven, zou een deel van de wijzigingen die met de Wlz worden beoogd ook via aanpassingen van bestaande regelgeving kunnen worden bewerkstelligd. Dat zou evenwel tot een partiële verbetering leiden. Voorts zijn Echter niet alle verbeteringen met een amvb te bereiken. Een voorbeeld is het wettelijk regelen van de aanspraak op zorg. Daarnaast is de AWBZ als gevolg van een veelheid van aanpassingen sinds 1968 een lappendeken van regels geworden die niet meer overeenkomt met de praktijk. Daaraan wil ik met de Wlz een einde maken.

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

38.

*Zijn de zorgprofielen waar in 2015 mee gewerkt moet worden al bekend?*

De zorgprofielen voor 2015 zijn op hoofdlijnen bekend, aangezien de basis daarvoor in de huidige zorgzwaartepakketten is gelegen. De belangrijkste verandering is dat in de beschrijving de specifieke functies en de gemiddelde uren niet meer worden opgenomen. Dit biedt cliënten en aanbieders de mogelijkheid om in de zorgplanbespreking tot een maatwerk-aanpak te komen. Daarnaast heb ik het Zorginstituut Nederland gevraagd om een advies op te stellen om te komen tot cliëntprofielen die zich meer richten op de cliëntkenmerken dan nu. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is uit te gaan van mogelijkheden van cliënten. De huidige pakketten richten zich vooral op (ondervangen van) beperkingen.

39.

*Hoe kan telefonisch worden nagegaan of de situatie zonder twijfel duidt in de richting van een bepaald zorgprofiel?*

Uitgangspunt is persoonlijk contact. Echter cliënten met bepaalde aandoeningen en/of beperkingen waarover al veel bekend is bij derden (wettelijk vertegenwoordiger, huisarts, medisch specialist, aanbieder van langdurige zorg waar de cliënt mogelijk reeds verblijft of zorg van ontvangt) hoeven bij een (nieuw) indicatiebesluit niet onnodig met een persoonlijk contact te worden geconfronteerd, tenzij de cliënt of zijn vertegenwoordiger er prijs op stelt om toch persoonlijk te worden benaderd.

De kennis en ervaring van het CIZ maken dat een beslissing op basis van een telefonisch gesprek met de cliënt of diens vertegenwoordiger (denk aan ouders van ernstig meervoudig gehandicapte kinderen) kan leiden tot een deugdelijk gemotiveerd indicatiebesluit. Het is nooit alleen op basis van een telefoongesprek alleen dat kan worden besloten tot een indicatiebesluit met een bepaald zorgprofiel.

40.

*Dit omvat alle werkzaamheden die er toe leiden dat er op 1 januari 2015 een organisatie is die op die taak is toegerust. Onder meer betekent dit dat de scholing van de medewerkers is afgerond, de systemen en processen voor het indicatieproces gereed en getest zijn en de werkwijze van het CIZ met een nieuw klantbedieningsconcept (de cliënt wordt in persoon beoordeeld) operationeel is. Hoe groot is de kans, dat het CIZ hiervoor op tijd klaar is?*

De gesprekken met het CIZ over de transitie die de organisatie moet doorvoeren om per 1 januari 2015 invulling te kunnen geven aan de indicatiestelling voor de Wlz, zijn reeds in het najaar van 2013 gestart. Gezien de omvang en het belang van de operatie is er voor gekozen om de noodzakelijke activiteiten programmatisch aan te sturen. Projecten in het kader van de afwikkeling van de huidige organisatie als ook voor de ontwikkeling en transitie met het oog op de indicatiestelling voor de Wlz zijn in aparte programmalijnen belegd. Om te borgen dat gedurende de transitie de indicatiestelling voor de AWBZ ongestoord doorgang kan vinden is er een aparte programmalijn voor de lopende activiteiten. Alle activiteiten van het CIZ zijn er op gericht dat er op 1 januari 2015 een organisatie staat die op haar taak is toegerust.

41.

*De hoeveelheid werkzaamheden en tegelijkertijd de wijze waarop die werkzaamheden in het kader van de Wlz uitgevoerd gaan worden, brengen met zich mee dat de gehele huidige organisatie onder de loep moet worden genomen, dat er met alle medezeggenschaporganen overleg moet worden gevoerd over de afbouw van de huidige en de opbouw van de nieuwe organisatie in alle facetten. Welke garantie is er dat de organisatie optimaal is ingesteld op de nieuwe werkwijze voor 1 januari 2015?*

Zoals het antwoord 40 aangegeven, zijn de activiteiten van het CIZ in het kader van de transitie van de langdurige zorg in meerdere programmalijnen belegd. In het kader van de nieuwe taak worden de werkprocessen herontworpen. Het ICT-systeem wordt aangepast zodat het de nieuwe werkwijze adequaat kan ondersteunen. Voor de medewerkers vindt in de tweede helft van 2014

een intensief scholingstraject plaats. Alle activiteiten zijn er op gericht dat de organisatie per 1 januari 2015 de nieuwe werkwijze naar behoren kan uitvoeren.

42.

*Het CIZ, dat onafhankelijk is van andere partijen in de zorg, beschikt over de kennis en expertise om deze aanvragen te beoordelen. Omdat het gaat om complexe Wlz-zorg, is van belang dat aanvragers in direct contact worden onderzocht. Hoe onafhankelijk is het CIZ? Waaruit blijkt dat er over voldoende kennis en expertise wordt beschikt? Het onderzoek dat door het CIZ zelf is gedaan naar het zelf indiceren van organisaties en zorgverleners is niet echt onafhankelijk en objectief te noemen toch?*

Het CIZ is onafhankelijk van verzekeraars, zorgaanbieders, van cliëntenorganisatie en branches. De opdracht aan het CIZ is dat zorg gedragen moet worden voor het nemen van indicatiebesluiten. Op objectieve, voor iedereen gelijke wijze dient vastgesteld te worden of er recht op Wlz-zorg is. De hoogte van het bedrag dat voor Wlz-zorg beschikbaar is in enig jaar speelt geen enkele rol in de werkzaamheden van het CIZ.

Veel van de medewerkers van het CIZ hebben een verpleegkundige, een paramedische of medische achtergrond, die naar verwachting ook nodig is in de nieuwe CIZ-organisatie. Op dit moment worden de functieprofielen voor de nieuwe organisatie ontwikkeld. Medewerkers van het CIZ nieuwe stijl zullen aan deze profielen moeten voldoen.

Cijfers over aantallen bezwaar- en beroepszaken in 2012 laten zien dat de CIZ-organisatie over voldoende kennis en ervaring beschikt. In 2012 zijn er 5.661 bezwaarschriften ingediend op een totaal van 857.000 afgegeven indicatiebesluiten. Dat is minder dan 1%. Vervolgens zijn op uitspraken op bezwaarschriften in 2012 664 beroepszaken aangetekend. Slechts 11% van de behandelde beroepen in 2012 heeft de rechtbank gegrond verklaard.

Ten slotte vraagt u naar de onafhankelijkheid en objectiviteit ten aanzien van het onderzoek naar het zelf indiceren door zorgaanbieders en zorgverleners. Die was ook in dat geval volledig aanwezig. Belangrijk is te weten dat ook in taakmandaat voorbereide indicatiebesluiten, besluiten van het CIZ zijn. Bij het CIZ kan bezwaar worden gemaakt tegen gemandateerde besluiten, niet bij de zorgaanbieder. Dat het CIZ om die reden toetst en heeft onderzocht in hoeverre in mandaat voorbereide besluiten stroken met de daaraan te stellen vereisten, is in mijn ogen logisch, terecht en doet aan de objectiviteit en onafhankelijkheid niets af.

43.

*Op basis van welke gegevens van het CIZ is uitgekomen op de verwachte reductie van 50%? Op welke manier zal dit percentage worden beïnvloed door ofwel de inwerkingtreding van de WLZ, ofwel de gefaseerde uitvoering van de WLZ tot 1 januari 2016?*

Het is belangrijk aan te geven dat op dit moment nog druk wordt gewerkt aan het definitieve beeld van de organisatie per 2015 en de 50% een raming betreft van de structurele situatie. Het CIZ en VWS baseren zich op gegevens ter zake onder andere over bestaande aanvraagstromen, maar betrekken uiteraard ook de gewenste nieuwe cliëntbediening. Bovendien moet het CIZ in 2015 nog aanvragen die zijn gedaan tot en met 31 december 2014 op de huidige wijze afwickelen.

44.

*Thans zijn bij het CIZ circa 1300 mensen werkzaam. Op basis van de meest recente inzichten van het CIZ zou een reductie van circa 50% te verwachten zijn. Over welke inzichten gaat het hier? De verwachting is dat het aantal indicaties zal afnemen, maar daar staat tegenover dat er met iedere cliënt persoonlijk contact zal moeten worden gezocht en onderhouden. Dat is veel arbeidsintensiever dan de huidige manier van indiceren toch? En arbeidsintensiever dan het zelf indiceren met de steekproefsgewijze controle achteraf?*

De verwachting ten aanzien van de reductie van 50% hangt voor een groot deel samen met de afname van het aantal aanvragen. De nieuwe werkwijze is inderdaad per cliënt intensiever. Deze werkwijze leidt naar verwachting ook tot beter begrepen besluiten en daardoor bijvoorbeeld minder

bezwaar- en beroepzaken. Ook het aantal medewerkers dat nodig is voor het beantwoorden van telefoontjes zal kunnen worden beperkt. Bij deze berekeningen worden uiteraard alle bij het CIZ werkzame personen betrokken. Naar rato slaat de lagere werkvoorraad neer in de hele organisatie.

45.

*Er is een hoop afspraken gemaakt met zorgkantoren en aanbieders over het beperken van de administratieve lasten. Hoort hier ook bij dat alle zorgkantoren (lees: zorgverzekeraars) op alle fronten uniform gaan werken?*

Zorgkantoren willen actief bijdragen aan het terugdringen van administratieve lasten. Zij hebben daartoe onder andere ook een uniformeringslag gemaakt. Zo is de uitvraag van zorgkantoren aan zorgaanbieders voor het overgrote deel gelijkgetrokken met daarbij het behoud van regionale verschillen. In de praktijk zal dit resulteren in een lastenvermindering voor zorgaanbieders, vooral voor hen die te maken hebben met verschillende zorgkantoren. Ook op een aantal inkoopcriteria is een uniformeringslag toegepast.

46.

*In de brief wordt een pilot genoemd over het reduceren van administratieve lasten, het proces van inkoop van de langdurige zorg, de opschaling van zorgkantorregio's en de ontwikkeling van meerjarige overeenkomsten. Kan er meer duidelijkheid gegeven worden over de realiseerbaarheid en de duur van de pilot? Wanneer zal de Kamer worden geïnformeerd over de uitkomsten van deze pilot? Wanneer zal de pilot met betrekking tot de reductie van de administratieve lasten worden gestart?*

Binnenkort zal met zorgverzekeraar DSW gesproken worden over de opzet en uitvoering van de pilot over een verdere beperking van administratieve lasten, opschaling van zorgkantorregio's en de ontwikkeling van meerjarige overeenkomsten. Het streven is de besprekingen in het najaar af te ronden en de pilot nog dit jaar te starten. De uitkomsten zullen betrokken worden bij (het proces van) de inkoop van langdurige zorg voor 2016. De Kamer zal medio 2015 over de inkoop van langdurige zorg voor 2016 worden geïnformeerd en daarmee ook over de stand van zaken van de pilot.

47.

*Zorgkantoren hebben de overtuiging dat door hun gezamenlijke inzet zorgaanbieders in 2015 een wezenlijke vermindering van administratieve lasten zullen ervaren. Ook hier is dus geen stelselwijziging nodig?*

Vereenvoudiging, uniformering en standaardisering tussen zorgkantoren van de inkoop van langdurige zorg is een groeipad, dat past binnen de doelstellingen van de hervorming, maar ook zonder de hervormingen in de langdurige zorg grotendeels zijn te realiseren. De afgelopen jaren zijn daarin door zorgkantoren stappen gezet en ook voor 2015 is een slag gemaakt in het reduceren van de administratieve lasten in lijn met de door de Kamer aangenomen motie-Van Dijk c.s. (Kamerstukken II 2012/13, 29 515, nr. 356).

48.

*Kan de regering aangeven op basis waarvan de besparing van € 880 miljoen met betrekking tot de extramuralisering wordt geraamd?*

De regering raamt de afname van € 880 miljoen van de intramurale zorguitgaven ten opzichte van ongewijzigd beleid op basis van de geleidelijke daling van het aantal mensen dat met een laag ZZP in een intramurale instelling verblijft en de bijbehorende intramurale zorgkosten per ZZP. Tegenover de afname van € 880 mln. staat in 2015 een toename van € 280 mln. van de Wmo-uitgaven en een toename van € 210 mln. van de Zvw-uitgaven. Deze bedragen zijn bedoeld om de stijging van de vraag naar extramurale zorg uit hoofde van de extramuralisering op te vangen.



49.

*Kan de regering de berekening van de € 880 miljoen de Kamer doen toekomen? Zo nee, waarom niet?*

Het bedrag van € 880 miljoen is direct gerelateerd aan de geleidelijke daling van het aantal mensen dat met een laag ZZP in een intramurale instelling verblijft. Het kabinet verwacht dat het aantal lage ZZP's in 2015 circa 22 duizend lager ligt dan bij ongewijzigd beleid. Daarbij is uitgegaan van de eerder gemaakte afspraken over het tempo van extramuralisering in achtereenvolgens het begrotingsakkoord 2013, het regeerakkoord en de verzachtingen vanuit de zorgakkoorden uit april 2013 en april 2014. Het gemiddelde bedrag per laag ZZP (inclusief de normatieve huisvestingscomponent) in 2015 bedraagt circa € 40.000. Aldus zijn de intramurale zorguitgaven ten laste van de contracteerruimte in 2015 circa € 880 miljoen lager dan bij ongewijzigd beleid (22 duizend ZZP's maal € 40.000).

50.

*Kan de regering aangeven hoe het komt dat van de geraamde € 880 miljoen al € 370 miljoen is gerealiseerd. Kan de regering nader verklaren hoe dat komt?*

Van het cumulatieve effect van € 880 miljoen in 2015 is in 2014 reeds € 370 miljoen gerealiseerd, omdat er per 1 januari 2013 reeds is gestart met het extramuraliseren van de ZZP's 1 en 2 en per 1 januari 2014 met het ZZP VV3. Door de geleidelijke daling van het aantal mensen dat met de genoemde ZZP's gebruik maakt van intramurale zorg is in het jaar 2014 sprake van een afname van de intramurale zorguitgaven van € 370 miljoen.

51.

*Kan de regering de Kamer een overzicht doen toekomen waarin de daling van het aantal mensen met een laag ZZP is weergegeven? Zo nee, waarom niet?*

In onderstaand overzicht zijn kwartaalstanden weergegeven van het aantal cliënten met een indicatie voor een laag ZZP. Het betreft hier cliënten met een geldige verblijfsindicatie die is afgegeven door het CIZ.

<b>Aantal geïndiceerde cliënten</b>	<b>1-1-2012</b>	<b>1-4-2012</b>	<b>1-7-2012</b>	<b>1-10-2012</b>	<b>1-1-2013</b>	<b>1-4-2013</b>	<b>1-7-2013</b>	<b>1-10-2013</b>
18+ VV 1-3	56.105	55.650	54.690	52.500	50.785	47.080	43.760	40.645
18+ VG 1-2	9.770	9.795	9.805	9.650	9.485	9.085	8.590	8.265
18+ LG 1 en 3	3.785	3.615	3.475	3.320	3.205	3.025	2.820	2.635
18+ ZG 1	60	55	40	40	35	30	30	25
18+ GGZ B1 en B2	385	355	310	280	245	205	175	150
18+ GGZ C1 en C2	7.320	7.110	6.885	6.535	6.095	5.585	5.070	4.665
Totaal lage ZZP's	77.430	76.575	75.205	72.320	69.860	65.010	60.445	56.385

Bron: CIZ

52.

*Waarom is de Kamer niet eerder geïnformeerd over de besparing van € 880 miljoen die de extramuralisering moet opbrengen? Kan de regering dat toelichten met argumenten?*

Ook in voorgaande jaren is de Kamer geïnformeerd over voorlopige budgettaire kaders en de daarin opgenomen vermindering van de contracteerruimte als gevolg van het extramuraliseren. In 2013 en 2014 was er als gevolg van extramuralisering sprake van een verschuiving binnen de contracteerruimte van de AWBZ. Daarbij werd de besparing, als netto korting op de contracteerruimte in mindering gebracht. In 2015 is er eveneens sprake van verschuiving van intramurale zorg naar extramurale zorg, maar is er tevens sprake van decentralisatie van extramurale zorg naar Zvw en Wmo. De vermindering van de intramurale zorg in de Wlz/AWBZ komt terug als extramurale zorg en ondersteuning in Zvw en Wmo. Ook via de bijlage van de brief van 25 april 2013 over de toekomst van de AWBZ (Tweede Kamer 2012 -2013, 30 597, nr. 296) heb ik u geïnformeerd.

53.

*Wanneer heeft de regering de zorgkantoren geïnformeerd dat zij in de contracteerruimte de korting van € 510 miljoen moeten meenemen, terwijl de definitieve contracteerruimte nog vastgesteld moet worden?*

Ik heb de NZa op 27 juni 2014 geïnformeerd over het voorlopige budgettaire kader Wlz/AWBZ 2015. Dit is onder voorbehoud van parlementaire behandeling. De NZa heeft vervolgens eind juni de voorlopige regionale kaders aan de zorgkantoren kenbaar gemaakt. In dit kader is de korting van € 510 mln. verwerkt. De Eerste en Tweede Kamer hebben op 27 juni jl. een afschrift van deze brief aan de NZa ontvangen.

54.

*Waarom heeft de regering wel de NZa en de zorgkantoren geïnformeerd over de korting in de contracteerruimte, voordat de Kamer hierover werd geïnformeerd? Kan de regering toelichten waarom zij hier voor gekozen heeft? Zo nee, waarom niet?*

De Eerste en Tweede Kamer en de NZa zijn, zoals gebruikelijk, gelijktijdig (op 27 juni 2014) geïnformeerd over het voorlopige budgettaire kader Wlz 2015. Publicatie van de voorlopige budgetten is noodzakelijk om het inkooptraject 2015 te kunnen starten op 1 juli 2014. Overigens hangt de uitname van € 510 mln. samen met het traject van langer thuis wonen (extramuraliseren). Over de effecten van deze beleidsmaatregel en de korting van € 510 mln is de

Tweede Kamer in een eerder stadium geïnformeerd. Onder meer via de bijlage van de brief van 25 april 2013 over de toekomst van de AWBZ (Tweede Kamer 2012 -2013, 30 597, nr. 296).

55.

*Welk effect heeft deze mogelijke korting op de contracteerruimte, met betrekking tot de inkoopgesprekken die momenteel plaatsvinden? Kan de regering daar nader op ingaan?*

De uitname van € 510 mln. hangt samen met het traject van langer thuis wonen (extramuraliseren). Per regio wordt vooraf gezien wat naar verwachting in 2015 de omvang van de zorgvraag ten laste van de Wlz zal zijn, gezien de afname van de vraag naar zorg verbonden aan de lage ZZP's. Aan de hand van deze analyse worden vooraf met de zorgaanbieders afspraken gemaakt over de zorg die zij gaan leveren. Bij de planning voor 2015 kunnen instellingen rekening houden met deze ontwikkelingen.

56.

*Waarom kiest de regering ervoor om de overige € 510 miljoen te korten op de contracteerruimte in 2015?*

Deze uitname vindt plaats gezien de verwachte afname van de vraag naar zorg verbonden aan het beleid van langer thuis wonen.

57.

*Kan de regering aangegeven welke consequenties de korting van € 510 miljoen op de contracteerruimte 2015 zal meebrengen?*

De korting van € 510 miljoen is gebaseerd op een lager aantal cliënten met een licht ZZP dat in de toekomst naar een instelling zal gaan. Deze mensen kunnen in de toekomst geholpen worden met zorg en ondersteuning vanuit de Wmo en de Zvw. De korting heeft geen betrekking op de populatie met een hoger ZZP. In de Transitieagenda Langer zelfstandig wonen, die het kabinet op 4 juni 2014 aan de Kamer heeft gezonden (TK 2013-2014, 32 847 nr. 121), ga ik samen met de minister voor Wonen en Rijksdienst in de op de gevolgen voor diverse partijen.

58.

*Hoeveel verzorgingshuizen verwacht de regering die de deuren zullen sluiten, vanwege de korting op de contracteerruimte?*

De trend dat mensen langer thuis blijven wonen is al langere tijd zichtbaar. Instellingen hebben zich daarop kunnen voorbereiden. Verzorgingshuizen kunnen zich omvormen tot moderne woonzorgcentra, waar mensen huur betalen en ter plekke zorg en ondersteuning op maat kunnen krijgen. Ook is het mogelijk dat verzorgingshuizen zich gaan richten op de zwaardere doelgroepen. In een aantal gevallen – vaak bij verouderde gebouwen – komt de instelling tot de conclusie dat een locatie niet meer kan voldoen aan de veranderende eisen van deze tijd en de wensen van de mensen om langer thuis te blijven wonen. In dat geval kan sluiting van een locatie een reële optie zijn. Overigens is sluiting of verbouwing van verzorgingshuizen niet nieuw. Tussen 1980 en 2010 is het aantal verzorgingshuisplaatsen afgenomen van ongeveer 150.000 plaatsen naar ongeveer 84.000. Dat betekent een afname van ongeveer 2.200 plaatsen per jaar, hetgeen overeenkomt met ongeveer 30 locaties per jaar.

59.

*Hoeveel ontslagen verwacht de regering naar aanleiding van de korting op de contracteerruimte in 2015?*

Zoals ik in mijn antwoord op vraag 58 heb aangegeven, is al langere tijd de trend zichtbaar dat mensen langer thuis blijven wonen. Instellingen hebben zich daarop kunnen voorbereiden. Verzorgingshuizen kunnen zich omvormen tot moderne woonzorgcentra, waar mensen huur betalen en ter plekke zorg en ondersteuning op maat kunnen krijgen. Ook is het mogelijk dat verzorgingshuizen zich gaan richten op de zwaardere doelgroepen. Indien zorginstellingen op deze

manieren kunnen voorzien in de veranderende eisen van de maatschappij en de wensen van de cliënten, kunnen zij daarmee ontslagen voorkomen.

De korting van € 510 miljoen is gebaseerd op een lager aantal cliënten met een licht ZZP dat in de toekomst naar een instelling zal gaan.

60.

*Welke consequenties heeft de korting van € 510 miljoen op de kwaliteit en continuïteit van zorg voor mensen die verblijven in een instelling?*

De uitname van € 510 miljoen uit de contracteerruimte is gebaseerd op een lager aantal cliënten met een licht ZZP dat in de toekomst naar een instelling zal gaan. Dit bedrag heeft geen betrekking op de populatie met een hoger ZZP.

Als bijlage bij de Transitieagenda Langer zelfstandig wonen die ik op 4 juni jl. samen met de minister voor Wonen en Rijksdienst aan de Kamer heb gezonden (TK 2013-2014, 32 847 nr. 121) is een monitor opgenomen van de NZa naar de effecten van het langer thuis wonen voor de continuïteit van zorg. Conclusie van dit NZa-onderzoek is dat op korte termijn geen problemen voor de continuïteit van zorg zijn te verwachten. De NZa heeft vijf (van de 32) regio's aangewezen met een potentieel verhoogd risico in de komende jaren. De NZa zal in de komende jaren blijven toezien dat zorgkantoren blijven voldoen aan hun zorgplicht en continuïteit van zorg ook in de toekomst kunnen waarborgen.

61.

*Is deze korting op de intramurale zorg verantwoord? Kan de regering daarover rapportages overleggen?*

De uitname van € 510 miljoen uit de contracteerruimte is gebaseerd op een lager aantal cliënten met een licht ZZP dat in de toekomst naar een instelling zal gaan. Deze mensen kunnen in de toekomst geholpen worden met zorg en ondersteuning vanuit de Wmo en de Zvw. De korting heeft geen betrekking op de populatie met een hoger ZZP. In de monitor *Continuïteit van langdurige zorg* van de NZa - die het kabinet als bijlage bij de Transitieagenda Langer zelfstandig wonen aan uw Kamer heeft gezonden (TK 2013 -2014, 32847 nr. 121) - is de conclusie dat op korte termijn geen problemen voor de continuïteit van zorg zijn te verwachten. In de hiervoor genoemde brief ga ik samen met de minister voor Wonen en Rijksdienst ook in de op de gevolgen voor de instellingen.

62.

*Is de regering nog steeds voornemens om kleine en standalone verzorgingshuizen een overlevingskans te bieden, zoals zij eerder beloofde? Zo ja, hoe moeten zorgkantoren rekening houden met standalone instellingen in hun inkoop?*

In de monitor *Continuïteit van langdurige zorg*, die het kabinet als bijlage bij de Transitieagenda Langer zelfstandig wonen aan uw Kamer heeft gezonden (TK 2013-2014, 32 847 nr. 121), heeft de Nza ook gekeken naar de positie van klein(er)e aanbieders. In het rapport wordt aangegeven dat kleinere aanbieders gemiddeld genomen een hoger percentage cliënten hebben met een lichter ZZP. Daar staat tegenover dat ze gemiddeld genomen ook een hogere solvabiliteit hebben. De trend dat mensen langer thuis blijven wonen is al langere tijd zichtbaar. Instellingen (ook kleinere instellingen en stand-alone verzorgingshuizen) hebben zich daarop kunnen voorbereiden. Verzorgingshuizen kunnen zich omvormen tot moderne woonzorgcentra, waar mensen huur betalen en ter plekke zorg en ondersteuning op maat kunnen krijgen. Ook is het mogelijk dat verzorgingshuizen zich gaan richten op de zwaardere doelgroepen. In een aantal gevallen – vaak bij verouderde gebouwen – komt de instelling tot de conclusie dat een locatie niet meer kan voldoen aan de veranderende eisen van deze tijd en de wensen van de mensen om langer thuis te blijven wonen. In dat geval kan sluiting van een locatie een reële optie zijn. Zorgkantoren moeten bij hun zorginkoop voldoen aan hun zorgplicht en op een doelmatige wijze kwalitatief verantwoorde zorg inkopen die aansluit bij de wensen van de mensen en waarbij rekening wordt gehouden met regionale spreiding en de rechten van de bestaande cliënten.